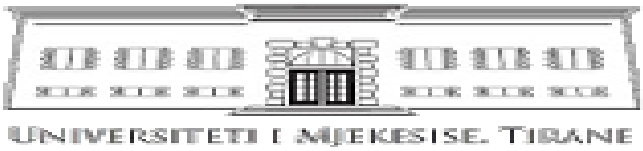


REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE TIRANË

PROGRAMI I STUDIMIT TË DOKTORATURËS

DISERTACION

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE
"DOKTOR NË SHKENCAT INFERMIERORE"

Tema: PREVALENCA E ABORTEVE NË MOSHAT 15- 45 VJEÇ

UDHËHEQËS SHKENCOR **PUNOI**

PROF. DR. GJERGJ THEODHOSI **ALBANA POLOSKA**

TIRANË, 2016

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE TIRANË

PROGRAMI I STUDIMIT TË DOKTORATURËS

DISERTACION

I PARAQITUR NGA:
ZNJ. ALBANA POLOSKA

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE
"DOKTOR NË SHKENCAT INFERMIERORE"

TEMA:
PREVALENCA E ABORTEVE NË MOSHAT 15- 45 VJEÇ

UDHËHEQËS SHKENCOR
Prof. Dr. GJERGJ THEODHOSI

PUNOI
ALBANA POLOSKA

MBROHET ME DATË ...../..... 2016 PARA JURISË

1. Prof. Asc Kiri Zallari (kryetar)
2. Prof Genc Burazeri (oponent)
3. Prof Astrit Bimbashi (oponent)
4. Prof.Asc Gentiana Qirjako (anëtar)
5. Prof.Asc Edmond Pistuli (anëtar)

FALENDERIME

Falenderimet e mia shkojnë për të gjithë ata që nga afër apo larg më kanë ndihmuar në realizimin e këtij punimi.

Falenderoj Prof. Dr. Petrit BARA, Dekanin e Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike, dhe gjithë stafin e këtij fakulteti të cilët më mundësuan mbrojtjen e Doktoraturës pranë Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike.

Falenderoj udhëheqësin e kësaj teme Prof. Dr. Gjergj Theodhosi, 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 Profesorin për durimin dhe qetësinë që e karakterizon i cili më ka ndihmuar dhe inkurajuar që të realizoj një studim me standarte akademike.Mendimet dhe sugjerimet e tij kanë qenë shumë të dobishme dhe ndihmuese për mua gjatë kryerjes së këtij proçesi kërkimor.

Falenderim për Ilir Akshija, MD, PHS, MSC Shërbimi i Statistikës,QSUT "Nënë Tereza", Tiranë i cili më ndihmoi në realizimin e të dhënave statistikore në studim.

Një falenderim shkon për Shërbimin e Statistikës SUOGJ"Mbretëresha Geraldinë", me personelin e mjekësor, të cilët me gjithë kushtet e vështira të punës së tyre nuk u kursyen kurrë në ndihmën e dhënë.

Falenderoj miqtë për mbështetjen dhe përkrahjen që më kanë bërë në proçesin e mbrojtjes së shkollës së doktoraturës.

Dhe një falenderim i veçantë për familjen time babain tim dhe bashkëshortin të cilët më kan përkrahur në ç'do hap të ngritjes time akademike.I falenderoj për mirëkuptimin, mbështetjen, përkrahjen e cila ka qënë një shtysë e vazhdueshme për mua që në fillesat deri në finalizimin e këtij studimi.

MIRËNJOHJE PËR TË GJITHË!

Ç'DO KRIJESË HUMANE KA TË DREJTË TË JETOJË

DEKLARATË STATUORE

Nën përgjegjësinë time deklaroj se ky punim është shkruar prej meje.Punimi i kësaj teze është origjinal dhe pronë e autores dhe është i pari i këtij lloji për personelin infermieror në vendin tonë.

Ky punim nuk është paraqitur në ndonjë shkallë kualifikimi,në ndonjë universitet apo në ndonjë institucion tjetër, nuk është pasqyruar në ndonjë botim brenda apo jashtë vendit,por kemi shfrytëzuar pjesë të statistikës për botime për të plotësuar kriteret e tezës së doktoraturës.

Punimi nuk përmban material të shkruar nga ndonjë person tjetër përveç rasteve të cituara dhe referuara.

PËRMBAJTJA E DISERTACIONIT

Falenderime……iii
Deklaratë statuore……v
Përmbajtja e lëndës……vi
Indeksi i tabelave……vii
Indeksi i grafikëve……ix
Parathënie……x
Abstrakt……xi
Abstract……xi
Lista e shkurtimeve të përdorura në tekst……xii

1. KAPITULLI PARE -PJESA TEORIKE……xiii

1.1 Aborti……xiii
1.1.2. Aborti në vendin tonë……xiv
1.1.3.Teknikat e ndërprerjes së shtatzanisë që ofrohen në këto shërbime……xvi
1.1.4. Arsyet të cilat çojnë në abort……xvi
1.2. Diagnozat e abortit sipas klasifikimit të ICD-9 i kemi……xvii
1.2.1. Aborti Spontan ……xvii
1.2.2. Ndërprerja terapeutike e shtatzanisë ……xix
1.2.3. Shtatzania Ektopike (barra jashtë mitre) ……xxi
1.2.4. Shtatzania Molare (mola hydatidiforme) ……xxiv
1.2.5. Missed abort (feto morto inutero)……xxvi
1.3. Pasojat psikologjike te femrat pas abortit ……xvii
1.4. Përkujdesja Infermierore te pacientet të cilat i nënshtrohen abortit dhe ndjekja në vazhdimësi……xxviii
1.4.1.Kujdesi Para-abortit ……xxviii
1.4.1a. Anamneza duhet të përfshijë……xxxi
1.4.1b. Ekzaminimi fizik ……xxviii
1.4.1c. Ekzaminimi laboratorik ……xxix
1.4.3. Informacioni dhe këshillimi ……xxix
1.4.4. Informacioni dhe shërbimet kontraceptive……xxx
1.4.4a. Kujdesi për procedurën abortit……xxx
1.4.4b. Menaxhimi i dhimbjes……xxxi
1.5. Menaxhimi i komplikimeve të abortit……xxxii
1.6. Kujdesi pas abortit dhe ndjekja në vazhdimësi……xxxii

2.KAPITULLI DYTË QËLLIMI I STUDIMIT……1

2.1 Qëllimi i studimit……1
2.2 Objektivat e studimit……1

3. KAPITULLI TRETË MATERIALI DHE METODA…… 2

3.1. Materiali……. 2
3.1a Popullata në studim…… 2
3.1b. Mbledhja e të dhënave…….....2
3.2.Metodologjia…….. 4
3.3.Analiza Statistikore …… 4

4. KAPITULLI KATËRT - REZULTATET…….. 5

4.1. Pjesa e parë paraqet trendin lindje- aborte në rang kombëtar periudha 1994-2014….. 6
4.2. Pjesa e dytë e studimit paraqet aktivitetin për lindjet dhe abortet periudha 2009-2014 në Qëndrën Spitalore Universitare Obsetrik-Gjinekologjik"Mbretëresha Geraldinë…….. 7
4.2.5.Diagnozat e aborteve të studiuara sipas diagnozës së abortit secilën prej tyre……. 14
4.2.5.1 Barra Molare…….....14
4.2.5.2 Ndërprerje terapeutike…….....16
4.2.5.3. Fetus i vdekur in utero…….....17
4.2.5.4. Barra ektopike…… 17
4.2.5.5. Aborti spontan……. 20
4.2.5.6. NVB (pa indikacion klinik)…….....21
4.2.5.7 Aborti provokuar…… 22
4.3 Pjesa e tretë e studimit ndikimi i abortit në gjendjen psikologjike të pacienteve… 23

5. KAPITULLI PESTË – DISKUTIMI……. 34

5.2 Vlerësimi i incidencës dhe prevalencës së diagnozave të abortit ……..... 34
5.3 Vlerësimi i grupmoshës më të riskuar për të kryer aborte…… 35
5.4 Vlerësimi i situatës së aborteve sipas vendbanimit (urbane, rurale, rrethe)…….....37
5.5 Vlerësimi trendit të aborteve dhe korrelacionit të tij me informimin mbi përdorimin e metodave të planifikimit familjar…….....37
5.6 Vlerësimi i lidhjes të faktorëve të riskut për abort faktorëve socio-demografike, me statusin psikologjik të pacienteve dhe me veset e jetës (alkoli duhani) …… 38
5.7 Vlerësimi i lidhjes mes statusit psikologjik të pacienteve pas abortit dhe faktorëve socio-demografike, dhe lidhjen me informacionin që kanë pacientet rreth abortit…….....38

6. KAPITULLI GJASHTË – KONKLUZIONE…….....41

7. KAPITULLI SHTATË – REKOMANDIME…… 42

8. KAPITULLI TETË – REFERENCAT…….. 44

INDEKSI I TABELAVE:

Tabela 1.1. Vendet me numrin më të lartë të aborteve në botë ……..xiii
Tabela 1.2. Klasifikimi i nëngrupeve të abortit spontan sipas klinikës…….xviii
Tabela 3.1. Diagnozat e abortit sipas kodifikimit të ICD-9……..... 3
Tabela 4.1. Hapat e studimit…….....5
Tabela 4.1.1. Raporti lindje abort në vend periudha 1994-2004…….....6
Tabela 4.1.2 Raporti lindje abort në vend periudha 2005-2014…….....6
Tabela 4.2.1 Raporti lindje aborte në vite……. 7
Tabela 4.2.2 Raporti lindje abort në Maternitetin "Mbretëresha Geraldinë" ……..... 8
Tabela 4.2.3 Abortet M. Mbretëresha Geraldinë & M. Koco Glozheni…….....8
Tabela 4.2.4 Diagnozat e abortit në vlera absolute…… 9
Tabela 4.2.5 Abortet sipas moshës barrës … 10
Tabela 4.2.6 Numri total i aborteve dhe grupmosha e pacienteve…… 11
Tabela 4.2.7. Tabela përmbledhëse e aborteve në total sipas diagnozave dhe sipas grupmoshave për periudhën e viteve 2009-2014…… 12
Tabela 4.2.8.Tabela përmbledhëse e aborteve sipas diagnozave dhe vendbanimit… 13
Tabela 4.2.9 Barra ektopike sipas faktorit etiologjik dhe grupmoshës……..... 19
Tabela 4.2.10 Grupmosha në raport me klinikën…… 20
Tabela 4.3.1 Mosha e gruas dhe mosha e shtatzanisë…… 23
Tabela 4.3.2 Statusi Civil në raport me vendbanimin…… 24
Tabela 4.3.3 Arsimimi në kohën kur është kryer aborti…… 24
Tabela 4.3.4 Statusi Civil në kohën kur është kryer aborti…… 25
Tabela 4.3.5 Konsumimi i duhanit dhe alkolit…….... 25
Tabela 4.3.6 Frekuenca e moshës së shtatzanis,lindje aborte……... 26
Tabela 4.3.7 Simptoma të gjendjes psikologjike negative (ankth)…….....27
Tabela 4.3.8 Njohurit mbi abortin dhe metodave kontraceptive…….....28
Tabela 4.3.9 Vlerësimi i lidhjes mes ndjesis së pendimit dhe nivelit arsimor……... 29
Tabela 4.3.10 Vlerësimi i lidhjes mes ndikimit seksit të fëmijës dhe aborteve…… 29
Tabela 4.3.11 Vlerësimi i lidhjes mes ndikimit të seksit të fëmijës dhe lindjeve…….. 29
Tabela 4.3.12 Vlerësimi i lidhjes mes njohurive mbi metodat kontraceptive dhe aborteve 30
Tabela 4.3.13 Simptoma të gjendjes emocionale negative (ankthi dhe stresi)…….....30
Tabela.4.3.14 Vlerësimi i ndikimit mes ndjesis së pendimit dhe abortit moralisht i gabuar 31
Tabela 4.3.15 Vlerësimi i lidhjes mes gjendjes emocionale negative dhe pyetjeve mbi informimin rreth abortit…… 31
Tabela 4.3.16 Vlerësimi i lidhjes mes ndjesis së pendimit dhe pyetjeve mbi informimin rreth abortit…….....32

INDEKSI I FIGURAVE

Figura 1.2.Proçedura e abortit të induktuar…….....xx
Figura 1.3 Shtatzënia ekstra uterine…….. xxi
Figura 1.4 Shtatzënia ektopike në pjesë të ndryshme te regjonit abdominal…….. xxii
Figura 1.5a Mola Totale(homozigot,heterozigot), Mola Parciale…….. xxiv
Figura 1.5b Mola Totale Mola Parciale…….....xxiv

INDEKSI I GRAFIKËVE

Grafiku 1.1 Shtatzënia tubare dhe shtatzënitë ektopike jotubare…… xxviii
Grafiku 1.1.2 Aborti sipas prefekturave në Shqipëri …….....xv
Grafiku 4.1.1 Lindjet dhe abortet 1994-2014……..... 7
Grafiku 4.2.1 Lindjet dhe Abortet…… 8
Grafiku 4.2.2 Tendenca sipas diagnozave……..... 9
Grafiku 4.2.3 Tendenca sipas diagnozave dhe incidenca e abortit në %..... 10
Grafiku. 4.2.4 Statusi civil i pacienteve me %……..... 10
Grafiku. 4.2.5 Totali i aborteve sipas moshës barrës me % 11
Grafiku.4.2.6 Ndarja në vite sipas grupmoshave……..... 11
Grafiku.4.2.7.Vendbanimi i pacienteve……..... 14
Grafiku 4.2.4.1a Mola hidatiforme sipas vendbanimit……..... 14
Grafiku 4.2.4.1b Raporti në përqindje i barrës molare me abortin në vite……..... 14
Grafiku 4.2.4.1c Paraqitja grafike e Barrës Molare sipas javëve të shtatzanisë……..... 15
Grafiku 4.2.4.1d Etiologjia e Barrës Molare…… 15
Grafiku 4.2.4.1e Moshat e pacienteve me barrë molare…… 15
Grafiku 4.2.4.2a Ndërprerje terapeutike sipas vendbanimit……..... 16
Grafiku 4.2.4.2b Ndërprerja terapeutike në krahasim me numrin e aborteve ……..... 16
Grafiku4.2.4.2c Ndërprerja terapeutike sipas javëve…… 16
Grafiku 4.2.4.3a Fetus i vdekur in utero sipas vendbanimit……..... 17
Grafiku 4.2.4.3b Feto morto inutero në raport me abortet……..... 17
Grafiku 4.2.4.3c Feto morto in utero sipas javëve të barrës……..... 17
Grafiku 4.2.4.4a Barra ektopike sipas vendbanimit…… 18
Grafiku 4.2.4.4b Barra ektopike në raport me abortet…… 18
Grafiku 4.2.4.4c Barra ektopike sipas faktorit etiologjik…….. 18
Grafiku 4.2.4.4d Klinika e Barrës Ektopike…… 19
Grafiku 4.2.4.5a Aborti spontan sipas vendbanimit……..... 20
Grafiku 4.2.4.5b Raporti i abortit spontan në krahasim me numrin e aborteve…… 21
Grafiku 4.2.4.5c Aborti spontan sipas javëve……... 21
Grafiku 4.2.4.6a NVB (pa indikacion klinik)sipas vendbanimit……..... 21
Grafiku 4.2.4.6b NVB (pa indikacion klinik) në raport me aborted…….. 22
Grafiku 4.2.4.6c NVB (pa indikacion klinik) sipas javëve…… 22
Grafiku 4.3.1 Raporti i moshës së femrës me moshën e shtatzanisë…… 23
Grafiku 4.3.2 Vendbanimi në kohën kur është kryer aborti…….. 24
Grafiku 4.3.3 Mosha e femrave kur është kryer aborti…….. 25
Grafiku 4.3.4 Lloji i abortit…… 26
Grafiku 4.3.5 Vlerësimi i lidhjes mes ndjesis së pendimit dhe statusit civil……..... 28
Grafiku 4.3.6 Vlerësimi i lidhjes mes ndikimit duhanpirjes tek numri i aborteve…..... 30
Grafiku 4.3.7 Njohurit mbi metodat kontraceptive dhe aborteve..... 30
Grafiku 5.1 Abortet Shqipëri rajon me %…..... 35
Grafiku 5.2.3 Paraqitja e shtatzanisë ekstra uterine në Evropë me %..... 37

Parathënie

Të sjellësh në jetë një krijesë është hyjnore ta ndërpresësh këtë proçes është fatale.Të gjithë ne kemi opinionin tonë pro apo kundër abortit qoftë kjo një shtatzani e dëshirur(abort spontan) apo e padëshiruar (abort i induktuar).

Shtatzania e padëshiruar është një shtatzëni e keqvendosur ose e padëshiruar në kohën e konceptimit por e lidhur me një rritje të rrezikut te sëmundshmërisë për gratë, dhe me mungesën e metodave të planifikimit familjar e cila do të parandalonte një pjesë të madhe të shtatzënive dhe aborteve të paqëllimshme, si dhe shumë vdekje të nënave dhe foshnjave.

Mënyra në të cilën Dunstan G.R. ka shprehur dilemën e tij për abortin i jep drejtimin më të mirë moralit tonë për të menduar për të: "Duhet të kalojmë prej pyetjes, cfarë dëmi jemi duke i bëre fetusit duke e shkatërruar atë, te pyetja, cfarë dëmi po i shkaktojmë vetvetes, njerëzimit, kur ne veprojme keshtu ?".

Reagimi negativ psikologjik me pasoj (ankth,stres,depresion) pas abortit është një fenomen mbi të cilin duhet të hidhet dritë duke gjeneruar informacion për tu shërbyer politikbërësve për hartimin e politikave ndërgjegjësuese mbi reduktimin e aborteve.

Gratë që dëshirojnë të ndërpresin shtatzëninë duhet të kenë qasje të menjëhershme, informata të besueshme, këshillim, dhe shërbim për parandalimin e mëvonshëm të shtatzënisë të padëshiruar e lidhur kjo me informim mbi metodat e planifikimit familjar dhe menaxhimin e komplikacioneve kur ato shfaqen dhe kjo është e lidhur drejtpërdrejt me punën e stafit mjekësor(mjek,infermier,mami dhe politikat mbizotëruese të vendit lidhur me shëndetin riprodhues të femrave).

Përqasja më e mirë është përforcimi i politikave për të promovuar praktikat parandaluese për abortin dhe edukimin shëndetësor mbi metodat e planifikimit familjar në mënyrë korrekte sipas efikasitetit mbi parandalimin e shtatzanisë duke e konsideruar abortin si një shqetësim të madh për shëndetin publik.

Abstrakt

Hyrje: Aborti përkufizohet si terminimi i parakohshëm i shtatzanisë, përpara se fetusi të jetë i aftë të mbijetojë në mënyrë indipendente para javës së 20-të të shtatzanisë. ***Objektivi:*** Qëllimi i studimit është të vlerësojë situatën e aborteve gjatë një periudhe 6 vjeçare (2009 -2014) në maternitetin"Mbretëresha Geraldinë"dhe çfarë raporti zënë abortet e këtij materniteti me abortet në rang kombëtar. Vlerësimi i lidhjes mes abortit dhe statusit psikologjik në femrat me faktorë të tjerë, si njohuritë kontraceptive, karakteristikat sociodemografike, faktorët socio-kulturore. ***Metodologjia*****:** Studimimi është retrospektiv duke vlerësuar ndryshimin e numrit të aborteve në vite. Pjesa tjetër e studimit mbështetet në pyetësorin e standardizuar që analizon komponentë të ankthit dhe stresit tek pacientët që kanë realizuar abort u përzgjodhën 346 paciente nga grupi ynë i studimit dhe është i tipit cross-sectional. ***Rezultatet:*** Ne konstatuam një tendenc në regres të numrit të aborteve nga viti në vit. Diagnozat me peshën kryesore të aborteve janë:NVB, Fetus i vdekur in utero, Aborti spontan.Grupmosha me numrin më të lartë të aborteve ishte 25-34 vjeç me 50.83%. NVB ishte diagnoza me incidencën më të lartë 42.32%. Aborti paraqitet si një fenomen urban vitet e fundit.Gjatë vlerësimit të gjendjes psikologjike ankthi, ndjesia e pendimit dhe çrregullimet e gjumit janë predominuese në gratë pas abortit. ***Konkluzione:*** Prevalenca e abortit është në regres, dhe shumica e aborteve ndodhin në këtë institucion.Incidenca e abortit pa indikacion klinik është e lartë, gjë që shtron domosdoshmërinë e politikave parandaluese të shtatzanisë së padëshiruar. Politikëbërësit dhe OJF-të duhet të punojnë me politikat e tyre mbi informimin lidhur me promocionin mbi metodat e planifikimit familjar që kanë si qëllim reduktimin e numrit të aborteve. ***Fjalët kyçe:*** *abort,abort pa indikacion klinik, moshë,barre molare, fetus morto in utero, gjendje emocionale,ankth*

Abstract

Summary: Abortion defined as premature termination of pregnancy before the fetus is able to survive in order Indipendente before the 20th week of pregnancy. ***Objective:*** The aim of the study is to assess the situation of abortions over a period of 6 years (2009 -2014) in the maternity hospital "Queen Geraldine" and what have abortions report of the maternity abortions nationwide. Assessment of the relationship between abortion and psychological status in women with other factors, such as contraceptive knowledge, socio-demographic characteristics, socio-cultural factors. ***Methods:*** The study is retrospective we have estimated the change in number of abortions in years. The rest of the study is based on a standardized questionnaire that analyzes components of anxiety and stress in patients who have performed abortionswe selected 346 patients from our group and the study is cross sectional type.Results: We found a tendency to regress the number abortions each year. The diagnosis with the highest percentage of all abortion as voluntary termination of pregnancy, the fetus died in utero, miscarriage. The age group with the highest number of abortions was 25-34 with 50.83%. Voluntary termination of pregnancy, was the diagnosis with the incidence 42.32%. Abortions presented as an urban phenomenon in recent years. In assessing the psychological state the anxiety feeling remorse and sleep disorders are prevalent in women after abortion. ***Conclusions:*** The prevalence of abortion is in regression, and the majority of abortions occur in this institution. The incidence of abortion without clinical indication is high, which necessitates policy unwanted pregnancy prevention. Policymakers and nongovernmental organizations should work with their policies on information regarding the promotion of family planning methods aimed at reducing the number of abortions.

Keywords: *abortion, abortion without clinical indication, age, molar pregnancy, the fetus died in the womb, emotional, anxiety*

Shkurtimet

OBSH-Organizata Botërore e Shëndetësisë

INSTAT-Instituti i Statistikës

D & C- dilatacioni dhe kyretazhi

AV- aspirimi me vakum

ICD-9-International Classification of Diseases (Klasifikimi Ndërkombëtar i Sëmundjeve)

GEU-gravidanca ekstra uterine

NVB- ndërrprerje vullnetare e barrës me pagesë

MVA- vakum aspirator manual

D&E -dilatacion dhe ekstraksion

EVA- vakum aspirator elektrik

P/V-në rrugë vaginale

P/O-në rrugë orale

FIV-fertilizimit in vitro

DIU- dispozitivi intra uterin

PID- sëmundje inflamatore pelvike

DES-diethylstilbestroli

TSH-hormonin tiroide-stimuluese

HTA-hipertension arterial

SUOGJ-spitali universitar obsetrik gjinekologjik

S/C-seksio cezarea

1. KAPITULLI PARË – PJESA TEORIKE

1.1 HYRJE

Aborti quhet terminimi i parakohshëm i shtatzanisë, përpara se fetusi të jetë i aftë të mbijetojë në mënyrë indipendente ose ndërprerja e shtatzanisë para javës së 22-të të shtatzanisë dhe kur pesha e tij është nga 300g – 1000g.[1]

Kanë ekzistuar debate të vazhdueshme në lidhje me çështjen e abortit si një përgjigje ndaj shtatzënisë së padëshiruar. Këto debate janë të përqendruara rreth një çeshtje etike, çështjet fetare të lidhura me të drejtat e fetusit dhe nënës në rrethana të padëshiruara të shtatzanisë ajo ka përfshirë edhe shqetësimet në lidhje mes shtatzënis së padëshiruar, abortit dhe pasojat mbi shëndetin mendor.[2]

OBSH abortin e klasifikon si: abort spontan i cili i referohet humbjes së produktit të konceptuar para javës 22-të të shtatzënisë,kur kjo gravidancë nuk është provokuar nga faktorë ekstern dhe abort i induktuar kur provokohet nga faktorë ekstern.[3,4]Aborti është karakterizuar si një problem i shëndetit publik, për shkak të morbiditetit dhe mortalitetit të lartë, si dhe natyra e paligjshme sidomos vendet të cilat nuk e kanë të lejueshëm abortin.[5] Sipas OBSH është e rëndësishme që të bëhet pasqyrimi klinik i abortit dhe ndarja mes abortit të hershëm dhe abortit të vonshëm. Aborti i hershëm përfshin vdekje fetale deri në 12 javë të shtatzanisë dhe aborti i vonshëm deri në 22 javë të shtatzanisë. [11] OBSH vlerëson se të paktën 33% e të gjitha grave që kërkojnë kujdes spitalor për komplikimet e lidhura me abortet janë më pak se 20 vjeç. [12]

Epidemiologjia e abortit

Nga 210 milion shtatzani që ndodhin në botë ç'do vit, rreth 79 milion vlerësohen të jenë të padëshiruara, nga këto më shumë se 50% përfundojnë në abort. [12]Sipas klasifikimit të abortit dhe sipas shteteve në Europ Shqipëria zë nga 20 -29.9% të numrit të aborteve [5] Në vitin 1995 raporti i abortit ishte 35 aborte për 1000 gra i cili ka rënë në 28-29/1000 gra të moshës 15-45 vjeç në periudhën 2003 -2008. Ndryshimi mesatar vjetor ishte 2.4% në periudhën 1995 dhe 2003 dhe 0.3% në periudhën 2003 dhe 2008. Rreth një në pesë shtatzëni përfundoi me abort në vitin 2008. [139]

Tabela 1. 1. Vendet me numrin më të lartë të aborteve në botë [144]

Shteti	Nr. Aborteve	Përqindja e aborteve
Kina	7,930,000	26.1/ 1000 gra
Rusia	2,287,300	68.4/ 1000 gra
Vietnami	1,520,000	83.3 / 1,000 gra
SHBA	1,365,700	22.9 / 1000 gra
Ukraina	635,600	57.2 /1000 gra

1.1.2 Aborti në vendin tonë

Para viteve 1990 aborti ishte i paligjshëm në Shqipëri dhe konsiderohej akt kriminal. Në këtë periudhë shumica e aborteve kryhej ilegalisht dhe në kushte jo të sigurta, duke shkaktuar vdekjen e shumë grave të cilat kryenin aborte në këto kushte. Nga fundi i viteve 1988 pati disa ndryshime ligjore për sa i përket ligjit të abortit, kryerja e të cilit u bë më pak e kufizuar, duke u lejuar vetëm në kushte të caktuara mjekësore, kur shtatzënia ishte rezultat i përdhunimit apo incestit, apo në rastet kur gruaja shtatzanë ishte nën moshën 16 vjeç.[6] Aborti u legalizua në vitin 1991 ligji nr.7491 me 21 nene i ndarë në 3 pjesë ku neni 4,8,9,10 lejohet ndërprerja e shtatzanisë në bazë të disa kritereve. [7] Ky ligj siguron respektimin e çdo qënieje njerëzore që në fillim të jetës, parim i cili nuk shkelet, përveç rasteve kur është e domosdoshme dhe në kushtet e përcaktuara në ligj.Asnjë mjek nuk është i detyruar të kryej abort kundër vullnetit të tij(neni 16).

Sipas këtij ligji aborti lejohet deri në javën e 12$^{-të}$ të shtatzënisë dhe pas kësaj periudhe, në varësi të shëndetit të nënës dhe fetusit, nevojitet leje e veçantë që jepet nga një komision mjekësor i specializuar.

Aborti për arsye mjekësore mund të bëhet deri në javën e 22$^{-të}$ të shtatzënisë, në rast se një komision i përbërë nga 3 mjekë, pas ekzaminimit dhe konsultimit, gjykon se vazhdimi i shtatzënisë ose lindja e fëmijës rrezikon jetën ose shëndetin e gruas. Kur komisioni gjykon se fetusi ka keqformime të papajtueshme me jetën, apo sëmundje invaliduese, me trajtim të pasigurt, vendos për ndërprerjen e shtatzënisë në çdo kohë.

Në ligj përcaktohet qartë se personeli shëndetësor duhet të njoftojë gruan që kërkon të ndërpresë shtatzaninë mbi rreziqet shëndetësore që mund të sjellë aborti, dhe po ashtu të informojë gruan dhe çiftin mbi të drejtat ligjore që rrjedhin nga ligji për ndërprerjen e shtatzënisë. Gruaja duhet të informohet edhe për institucionet që ofrojnë mbështetje financiare dhe psiko-sociale për gratë, si dhe për klinikat dhe spitalet që kryejnë ndërprerje shtatzanie sipas standardeve të miratuara. Në rast se gruaja përsërit kërkesën për të ndërprerë shtatzëninë, mjeku kërkon dhënien e konfirmimit me shkrim nga gruaja brenda 7 ditëve nga kërkesa e parë.

Për rastet kur shtatzana është vajzë e mitur (nën 16 vjeç) ligji përcakton që duhet miratimi nga vajza e mitur, por i domosdoshëm edhe miratimi i prindit ose kujdestarit ligjor të vajzës. Në këtë ligj parashikohen masa të veçanta ndëshkimi në rast se ai shkelet, masa që shkojnë nga gjoba administrative (35.000 lekë) deri në heqjen e lirisë (5 vjet burgim).

Ligji nuk përcakton ndjekje penale për gratë që kryejnë abort ilegalisht, por përcakton qartë se aborti në asnjë rast nuk duhet konsideruar si një metodë e planifikimit familjar. Të gjithë mjekët të cilët kryejnë abort janë të detyruar të raportojnë në Institutin e Statistikave,duke respektuar skedën e abortit, e cila ruan privatësinë e gruas.[8]

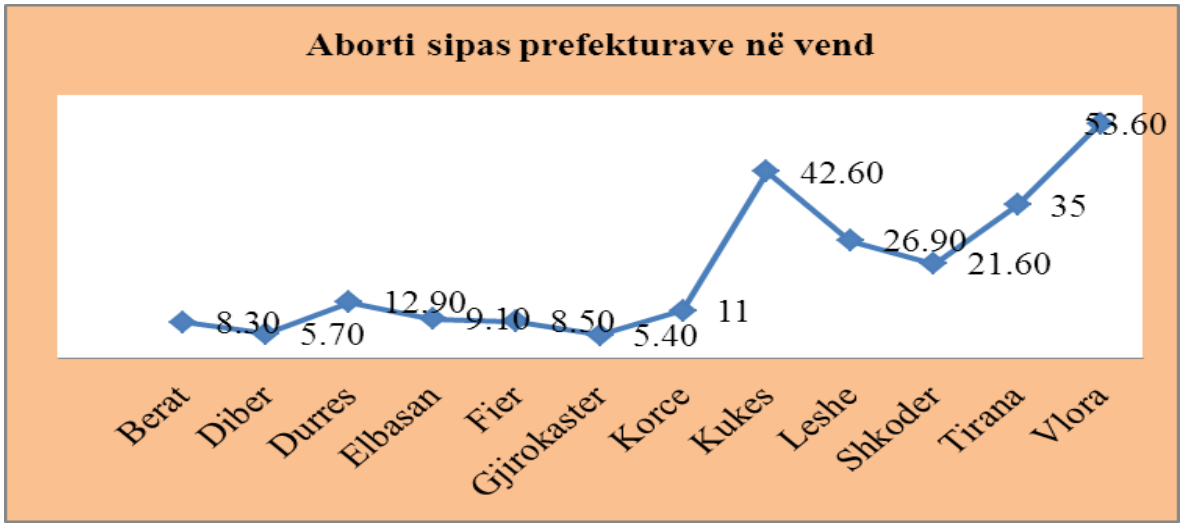
Në vitin 2007 në bashkëpunim me INSTAT-in u përgatit skeda e re e abortit dhe udhëzimet për raportimin e këtyre të dhënave nga të gjitha shërbimet shëndetësore publike dhe private. Në vitin 2009 është krijuar edhe një software që lejon hedhjen e të dhënave të skedës së abortit dhe analizën e tyre në 20 rrethe të vendit, nga të cilët informacioni vjen në mënyrë elektronike çdo 3-mujor.

Edhe pse ndër vite numri i aborteve ka ardhur drejt uljes, përsëri Shqipëria është një ndër vendet me numrin më të lartë të aborteve në rajon. Në fund të viteve 1990 numri i aborteve të kryera nga femrat që jetonin në fshat ishte shumë më i lartë se ato që banonin në qytet, ndërsa pas viteve 2000 ky raport ka ndryshuar.

Një tjetër rrugë për të abortuar (por e paraportuar) është dhe kryerja e abortit përmes tabletave apo e njohur ndryshe si "aborti medikamentoz". Kjo metodë përdoret kryesisht në fazat e hershme të shtatzënisë përmes marrjes së dy tabletave. [8]

Në vendin tonë aborti ofrohet në këto shërbime shëndetësore

Niveli i kujdesit shëndetësor parësor nuk ofron asnjë lloj metode aborti. Kjo si rrjedhojë e mungesës së stafit të trajnuar dhe organizimit të shërbimeve shëndetësore. Aborti ofrohet vetëm në nivel kujdesi dytësor dhe tretësor dhe në disa klinika private të liçensuara nga Ministria e Shëndetësisë. Lejohet të bëhet vetëm nga staf i trajnuar obstetër-gjinekolog. [6]Përcaktimi i moshës barrës është një faktor kritik në zgjedhjen e metodës së përshtatshme të abortit.



Grafiku .1.1.2 Aborti sipas prefekturave në Shqipëri [8]

Vlora zë përqindjen më të lartë me 53.60%, dhe Kukësi me 42.60% Tirana me 35% të aborteve kjo i përket vitit 2001 dhe kjo përqindje ka rënë vitet e fundit në 13.1% për Tiranën dhe 12.1% për Vlorën.

1.1.3 Teknikat e ndërprerjes së shtatzanisë që ofrohen në maternitete

Tremujori i parë i shtatzanisë (6-12 javë) janë Dilatacioni dhe Kyretazhi (D & C) dhe Aspirimi me Vakum (A&V) që ofrohet në nivel terciar dhe në disa maternitete të nivelit dytësor dhe klinika private. Aspirimi me Vakum (A&V), kjo teknikë e cila ka përqindje të ulët komplikacionesh dhe trauma të pakta, nuk ofrohet në të gjitha maternitetet e vendit tonë. Ajo ofrohet në 2 spitalet obstetrik-gjinekologjik të nivelit tretësor në Tiranë. Dilatacioni dhe Kyretazhi D & C ende mbetet teknika e zgjedhur (rreth 80%), për pjesën më të madhe të shërbimeve publike të nivelit dytësor. Anestezia aktualisht përdoret për tremujorin e parë në rreth 89% të aborteve (61% anestezia lokale, 39% anestezia gjenerale). Aborti mjeksor si (mifepristoni) nuk ofrohen zyrtarisht në vendin tonë por në maternitetet Universitare të nivelit tretësor në Tiranë, gjatë vitit 2005 filluan një projekt pilot lidhur me abortin mjeksor nëpërmjet përdorimit të tabletave të mifepristonit. Ndërprerja në tremujorin e dytë të shtatzanisë (14-21-javësh), që kryhet për disa indikacione mjeksore dhe sociale përdoret induktimi mjeksor meqënëse efektet anësore dhe rreziqet për komplikacione janë më të larta në këtë tremujor dhe kërkojnë staf më të aftë teknikisht dhe institucione më të përgatitura për trajtimin e këtyre pasojave. Këto teknika nuk ofrohen në të gjitha maternitetet e nivelit dytësor, kështu pacientët referohen nga rrethet në spitalet terciare. [6,7,8]

1.1.4 Arsyet të cilat çojnë në ndërprerje të shtatzanisë (abort) janë:

- Dështim i metodës kontraceptive
- Arsyet financiare
- Parandalimi i një fëmijë me probleme shëndetsore ose të papajtueshme me jetën.
- Dy partnerët nuk kanë dashur fëmijë,dhe shtatzania sidomos te të rinjtë janë pasojë e përdorimit të alkolit dhe substancave narkotike.
- Shtatzania mund të jetë pasojë, e kontaktit seksual me dhunë dhe është konceptuar një shtatzani.
- Femra vihet në djeni nga vizitat që fëmija i ardhshëm do jetë vajzë dhe partneri patriarkal e nxit ta abortojë.
- Femra është shume e re nën 18 vjeç dhe nuk mund ta mbajë beben,pasi ajo nuk punon dhe mund të ndikojë negativisht, duke penguar femrën për shkollim dhe karrierë në punë.[9,10]

1.2 Diagnozat e abortit sipas klasifikimit të ICD-9 i kemi:

- Aborti spontan
- Ndërprerje terapeutike
- Mola hidatiforme (barra molare)
- Barrë ektopike(GEU)
- Fetus i vdekur in utero
- Dështim(abort) i provokuar
- NVB (ndërrprerje vullnetare e barrës me pagesë)

Sipas diagnozave i kemi paraqitur secilën prej tyre si më poshtë;

- **1.2.1 Aborti Spontan**

Aborti spontan i referohet humbjes së produktit të konceptuar para javës 20^{-te} të shtatzanisë,kur kjo gravidancë nuk është provokuar nga faktorë ekstern.[10,11]Aborti spontan takohet 13 % deri në 20% të gjitha shtatzanive të diagnostikuara. Rreth 20 % e grave shtatzana nëse kanë pak hemoragji para javës së 20 të gravidancës, afërsisht gjysma e këtyre shtatzanive do të përfundojnë në abort.[12,13]

Etiologjia e abortit spontan:

Anomalitë kromozomale fetale me 14%.[13] Çrregullimet e sistemit imunitar, si lupus eritematoz, sëmundjet autoimune 10%.[14] Faktori moshë sidomos ato femra mbi 40 vjeç. Obeziteti. Rreziku i abortit është 12 % për gratë nën 20 vjeç dhe rritet në 25 % për gratë në moshën 40 vjeç. [12] Disa infeksione të transmetueshme vertikalisht (si rubeola dhe klamidia). [15] Ekspozimi ndaj niveleve të larta të rrezatimit ose agjentët toksike. Traumat fizike. Problemet hormonale ku kemi insuficienc të progesteronit, amniocenteza. [15,16,17]Anomalitë uterine malformacionet uterine, fibromiomat, sindromi i ovarit polikistik.[18] Insuficienca cervikale. Diabeti Melitus(kur niveli i glicemis është i pa kontrolluar). [19]Malnutricioni,aktiviteti fizik i sforcuar. Disa medikamente (preparatet antidepresive). Veset e jetës si konsumimi i kafesë, duhanit, alkoolit, apo substancave narkotike. [20]

Tabela.1.2.1 Klasifikimi i nëngrupeve të abortit spontan sipas klinikës [11]

Nën grupet e abortit	Klinika
Rrezik aborti	Hemoragji vaginale në prani të një shtatzanie funksionale nuk ka ndryshime në cerviks.
Aborti iminent (i pashmangshëm)	Ndodh kur cerviksi është i dilatuar dhe membranat janë rupturuar, produktet e konceptimit mbeten në uterus.
Missed abort	Karakterizohet nga vdekja intrauterine e fetusit dhe mbajtjen e produkteve të konceptimit(mungesa e aktivitetit kardiak embrional) në ekzaminimin ekografik pas 7-javëve gravidancë.
Abort inkomplet (jo i plotë)	Kemi daljen në ambjentin ekstra uterin të një pjese embrionale dhe membranave por kemi evidente hemoragji progresive.
Aborti komplet	I referohet daljes spontane të gjitha produkteve të konceptimit.
Aborti habitual	Një histori prej tre ose më shumë aborte të përsëritura.
Aborti septik	Çdo abort mund të infektohet dhe të progredojë deri në shok septik.

Diagnoza

Rrezik aborti është përcaktuar me hemoragji vaginale në një paciente me një shtatzani të konfirmuar. Duhet të vlerësohen me anamnezë të plotë dhe ekzaminim fizik. Analizat laboratorike (gjak,faktori Rh, dhe matja serike e nivelit β-hCG) rekomandohet aplikimi i antibiogramës për Gonorrea dhe Klamidia dhe Ultrasonografia transvaginale. [21]

Trajtimi

Dilatacioni dhe kyretazhi,aspirimi me vakum manual.Evakuimi kirurgjikal i uterusit rekomandohet për shkak të rrezikut për infeksion. Menaxhimi për pritje është i suksesshëm, pa ndërhyrje kirurgjikale në 82-96 % të pacienteve. Në rastet e rrezikut për abort, rekomandohet regjim shtrati, kufizim të aktiviteteve, dhe abstenim nga marrëdhëniet seksuale deri sa shenjat të jenë zhdukur.[21]

Parandalimi i abortit spontan është i bazuar kryesisht në shmangien ose zbutjen e ndonjërit nga faktorët e rrezikut të saj. Identifikimi i shkakut të abortit mund të ndihmojë për ta parandaluar ndodhin e abortit spontan në të ardhmen.[22,23]

1.2.2 Ndërprerja terapeutike e shtatzanisë

Aborti i induktuar është përcaktuar nga Federata Ndërkombëtare e Gjinekologjistëve, Obstetristëve dhe Komiteti i Etikës si terminim ose ndërprerje e shtatzanisë duke përdorur medikamente ose ndërhyrje kirurgjikale pas implantimit dhe përpara se fetusi të bëhet viable (i jetueshëm) dhe indipendent (i pavarur). [5] Ndërprerja terapeutike është përfundimi i shtatzanisë me largimin nga uterusi të një fetusi ose embrioni para se të jetë i jetueshëm në ambjentin ekstrauterin.[26]

Vendimi që të ketë një ndërprerje terapeutike për arsye mjekësore duhet të bëhet nga ana e gruas shtatzanë në bashkëpunim me obstetrin, gjenetistin, dhe një neonatolog.[27]

Në mbarë botën çdo vit ndodhin mbi 1/3 aborte të padëshiruara dhe 1/5 i përkasin ndërprerjes terapeutike.[28,29] Shumica e ndërprerjes terapeutike janë rezultat i shtatzanive të padëshiruara. [30,31] Mënyra më e shpesht e ndërprerjes terapeutike varet nga mosha gesacionale e embrionit ose fetusit. [32][33] Mosha gesacionale mund të përcaktojë se cilat metoda të ndërprerjes terapeutike do të praktikohen.[32,33]Arsyet e ndërprerjes terapeutike janë karakterizuar në mënyrë tipike si terapeutike ose zgjedhore.[34]Një ndërprerje terapeutike është cilësuar si një metodë vullnetare kur është kryer me kërkesën e gruas për arsye jo-mjekësore. Ndërprerje terapeutike mjekësore janë ato të shkaktuara nga ndërprerja farmaceutike.[34,35]

Indikacionet e ndërprerjes terapeutike:

- kur është kryer për të shpëtuar jetën e gruas shtatzanë,[34,35]
- si masë profilaktike për shëndetin fizik dhe mendor të gruas,[34,35]
- fetusi ka predispozitë të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë së parakohshme ose me çrregullime skeletike ose genetike (anomali të papajtueshme me jetën) [34,35]
- për arsye selektive për të zvogëluar numrin e fetusit për të pakësuar rreziqet shëndetësore lidhur me shtatzanitë e shumta. [34,35]
- mungesë të mbështetjes sociale dhe financiare për gratë shtatzana dhe fëmijët e tyre [36]
- mungesa e edukimit, ku përfshihen njohuritë e pakta dhe të paplota të metodave kontraceptive, kufizim i mundësive për t'i gjetur ato[36]

Metodat e terminimit të shtatzanisë

Metodat e sigurta mjekësore përdoren gjatë trimestrit të parë të shtatzanisë, periudha e shtatzanisë që plotëson përcaktimin e abortit.[36]

Aborti kirurgjikal përfshin ndërprerjen mekanike të shtatzanisë nga Obsetër Gjinekolog ose personeli i trajnuar shëndetësor.
Aborti farmakologjik përdor mënyra të ndryshme për të ndërprerë shtatzaninë, si përdorimin e kombinimit të antiprogresteronit mifepriston dhe analogun prostaglandin. Aborti me inspirim është një metod standarte kryhet deri në javën e $8^{-të}$ të shtatzanisë. Në traktin e poshtëm genital dhe pastaj në cerviks futet një instrument, që bën dilatimin e tij. Në uterus futet një tub i lidhur me aparatin thithës. Përmbajtja e brëndshme e uterusit, së bashku me embrionin dhe placentën përthithet brënda $10^{-të}$ minutash. Kjo metodë është shumë efikase sepse është e sigurtë për nënën, nuk paraqet rreziqe dhe është relativisht e shpejtë në përdorim. [36] Aborti me dilatim dhe kyretazh kryhet deri në javën e $12^{-të}$ të shtatzanisë. Cerviksi dilatohet dhe në uterus futet një kyretë (instrument), e cila përdoret për nxjerrjen e pjesëve fetale.[36] Lindja e induktuar është metodë aborti që realizohet me injektim të kimikateve.

Komplikacionet e ndërprerjes terapeutike janë të menjëhershme të mëvonshme:[28]

- ✓ komplikacione të menjëhershme:

hemoragji
trauma
infeksion
tromboembolizim

- ✓ komplikacione të mëvonshme:[28]

infertiliteti
komplikacione në shtatzanit e ardhshme

probleme në statusin psikologjik

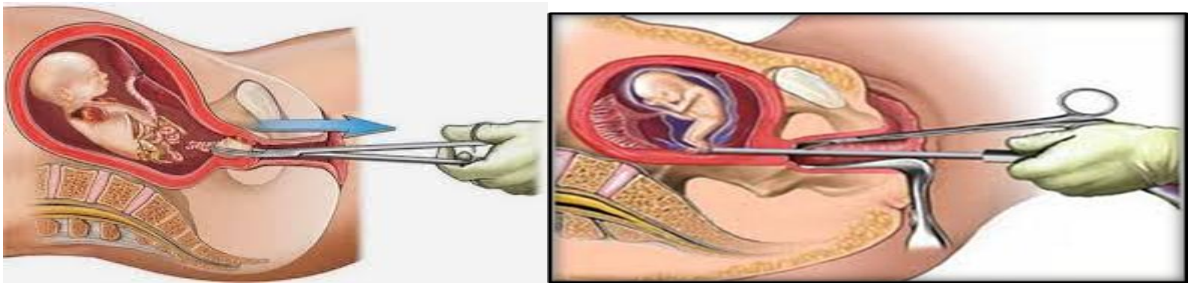


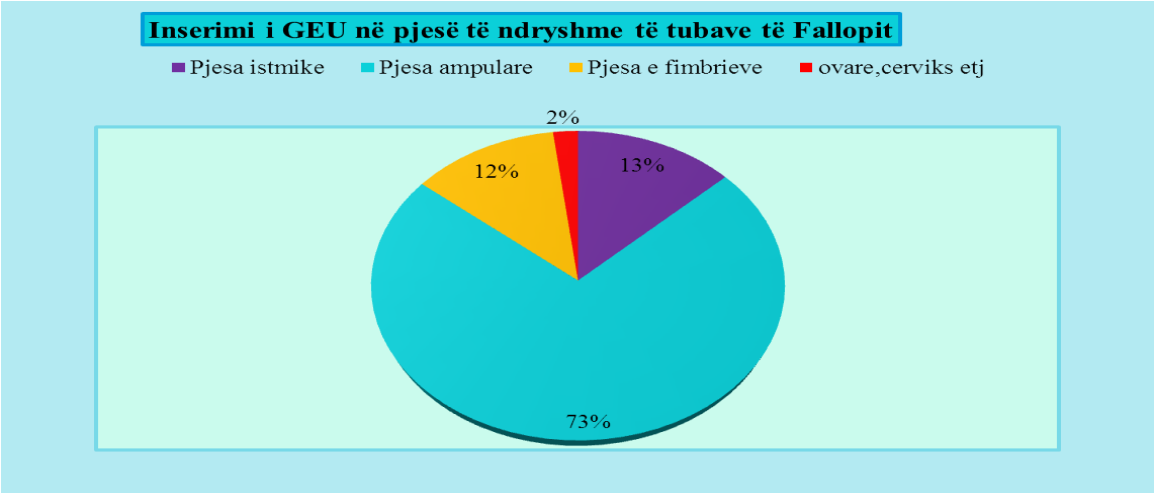
Figura 1.2.Proçedura e abortit të induktuar

1.2.3 Shtatzania Ektopike (barra jashtë mitre)

Shtatzania ekstra uterine, është një komplikacion i një shtatzanie, në të cilën embrioni implantohet jashtë kavitetit uterin por kudo në kavitetin abdominal.[37]Një shtatzani ekstra uterine paraqitet si një urgjencë mjekësore, dhe nëse nuk trajtohet si duhet, mund të çojë në vdekje. Zbulimi i hershëm është arritur nga zhvillimi i proçedurave diagnostike dhe paraqitja e gruas sa më herët për shërbim mjekësor.[38]

Fig.1.3 Shtatzënia ekstra uterine

Grafiku 1.1 Shtatzënia tubare dhe shtatzënitë ektopike jotubare [39]



Takohet 1 në 100 lindje dhe është një situatë e rrezikshme për jetën e gruas n.q.se nuk diagnostikohet në kohën e duhur. 98% e shtatzanive ektopike janë të vendosura në tubin fallopian.

Incidenca e shtatzanisë ekstra uterine është 2% lindje të gjalla në vendet e zhvilluara. Rreth 2% e shtatzanive ektra uterine inserohen në vende të ndryshme të kavitetit abdominal. Mund të inserohen në ovare, cerviks, ose janë intraabdominale (rene, intestinum, ose arterie hepatike dhe në aortë).[39] Sëmundshmëria e nënës dhe vdekshmëritë nga shtatzanitë extrauterine janë të larta, si përpjekje për të hequr placentën nga organet me të cilat ajo është e bashkangjitur zakonisht mund të agravojë në hemoragji të pakontrollueshme. Vdekshmëria e një paciente nga shtatzania tubare në isthmus mund të rezultojë nga hemorragjia e papritur masive interne.

Nëse organi në të cilin placenta është aderuar, është i lëvizshëm,atëherë placenta duhet hequr bashk me organin.[41]

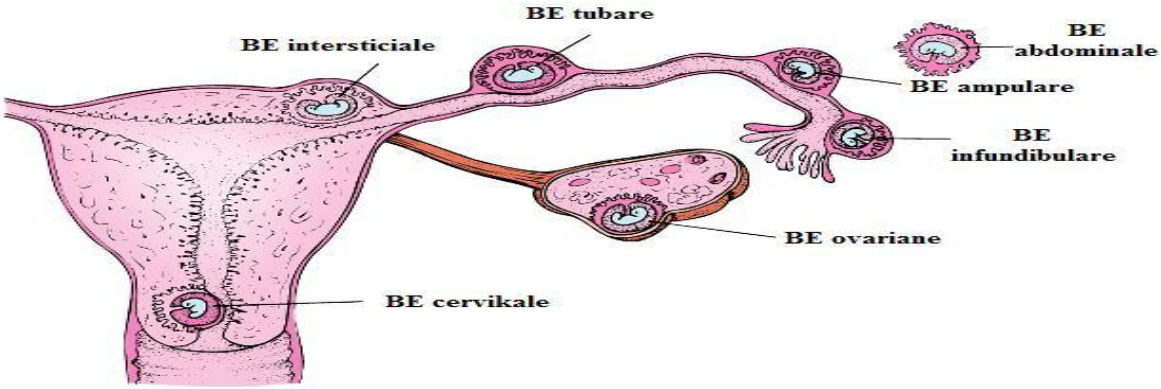


Fig.1.4 Shtatzania ektopike në pjesë të ndryshme të regjonit abdominal

Shtatzania heterotopike është kur shtatzania ektopike, mund të ketë dy vezë të fekonduara, një jashtë uterusit dhe një tjetër brenda kavitetit uterin. Kur nivelet e β-hCG vazhdojnë të rriten pas heqjes së shtatzanisë ektopike, ekziston mundësia që një shtatzani brenda kavitetit uterin është e mundshme. Shtatzanitë heterotopike po bëhen më të shpeshta, për shkak të rritjes së përdorimit të teknologjis së asistuar Fertilizimit In Vitro (FIV).[40]

Shkaqet dhe faktorët e rrezikut përfshijnë: infertilitetin, përdorimi (DIU), kirurgji tubare, kirurgji intrauterine (p.sh. D & C), konsumimi i duhanit, anamnezë për shtatzani ektopike të mëparshme, dhe ligimi (adarencat) tubare.[39] Dëmtimi cilial dhe mbyllja në tubat fallopiane.[45] Gratë me sëmundje inflamatore të pelvikut (PID) [39] Sindromi Asherman zakonisht ndodh nga një operacion intrauterin, zakonisht pas aplikimit të D & C.[39] Endometrioza,tuberkulozi i traktit të poshtëm genital.

Pacientët mund të jenë në rrezik më të lartë për shtatzani ektopike me avancimin e moshës(pra sa më e madhe është mosha e femrave aq më të riskuara janë për këtë diagnoz.[44]

Dushet e shpeshta të traktit të poshtëm genital.Gratë të ekspozuara ndaj diethylstilbestrol (DES) në uterus. Statusi i ulët social-ekonomik është faktorë rreziku për shtatzaninë ektopike.[39]

Diagnoza fokusohet në marrjen e një anamneze të detajuar ku gruaja referon për dhimbje abdominale ose hemoragji vaginale dhe si kriter kryesor duhet (në çdo grua që ka një test pozitiv shtatzanie). Qëllimi kryesor i proçedurave diagnostike në shtatzanin ektopike është e mundshme të përzgjedhë vendndodhjen e saj.[40] Ultrasonografia Transvaginale ka një ndjeshmëri të paktën 90% për shtatzani ektopike dhe niveli hematik i β-hCG serike.[42] Një uterus pa embrion me nivele më të larta se 1500 UI / ml ose edhe më të larta dhe mosvizualizimi i dhomës gesacionale në uterus tregon për një shtatzani ektopike. Një laparoskopi ose laparotomi mund të kryhet për të konfirmuar një shtatzani ektopike.[40] Culdocentesis, është një provë që mund të përdoret për të evidentuar hemoragjin interne. Dilatacioni dhe Kyretazhi përdoren për të diagnostikuar vendndodhjen e shtatzanisë me qëllim për të dalluar një barrë ektopike.[40]

Trajtimi mjekësor ka të bëjë me trajtimin e hershëm të shtatzanisë ektopike me methotrexate e cila mund të shkaktojë abort, ose embrioni në zhvillim mund të reasorbohet.[40] Trajtimi kirurgjik është përdorimi i laparoskopis ose laparotomis për të hequr vetëm shtatzaninë (salpingostomi) ose heqja e tubit të prekur me shtatzaninë (salpingektomi).[41]

Prognoza e shtatzanisë ekstra uterine [43] shkakton morbiditetit dhe mortalitet të madh të nënës, dhe shoqërohet me humbje të shtatzanisë.

Incidenca e saj është në rritje në mbarë botën.[43 -45] Në Evropën veriore në mes të viteve 1976 dhe 1993 incidenca është rritur 11,2%-18,8% për 1000 shtatzani, [44]dhe në vitin 1989 në spitalet në SHBA është rritur nga 17800 në 1970 me 88400.[46] Këto ndryshime kanë qënë më të mëdha në gratë mbi 35 vjet.[44,46] Në Mbretërinë e Bashkuar ka rreth 11000 raste në vit(incidenca 11.5% për 1000 shtatzani) dhe e shoqëruar me katër vdekje(një normë prej 0.4% për 1000 shtatzanitë ektopike).[43]Shkalla e përqindjes së shtatzanisë së grave nën 40 vjeç në popullatën e përgjithshme është mbi 90% [48,49] Pas përdorimit të methotrexatit, mes 62% dhe70% e grave kanë pasur një shtatzani pasardhëse intrauterine dhe rreth 8% kishin shtatzani të përsëritur ektopike. [47][48] Incidenca e shtatzanisë ektopike është 2% lindje të gjalla në vendet e zhvilluara, edhe është më e lartë se 4% në shtatzanitë që përfshijnë FIV(Fertilizimin In Vitro).[39]

1.2.4 Shtatzania Molare (mola hydatidiforme)

Barra molare është një sëmundje trofoblastike gesacionale me natyrë pre- malinje. Ajo është një formë jo normale e shtatzanisë, në të cilën veza e fekonduar nuk implantohet në uterus në kohën e duhur [50,51]dhe ka shtim të vileve korionike të cilat rriten në grupe dhe i ngjajnë vileve të rrushit. [52] Një shtatzani molare mund të zhvillohet kur një veze i mungon bërthama e saj e cila është pllenuar dhe që mund të jetë me ose pa prezencën e indeve fetale është e karakterizuar nga prania e një mole hydatidiforme. [53]Bazuar në morfologjinë, mola hydatiforme ndahet në dy lloje në molë të plotë dhe të pjesshme.

Një molë e plotë (totale) është shkaktuar nga dyfishim i spermatozoidit duke formuar një grup të plotë me 46 kromozome [54] gjenotipi është zakonisht 46, XX (diploid), ose 46, XY (diploid). [54]

Një molë e pjesshme (parciale) ndodh kur veza fekondohet nga dy spermatozoid ose nga një spermë e cila është kopje identike në vetvete japin gjenotipet e 69, XXY (triploid) ose 92, XXXY (tetraploid). [54] Mola e plotë hydatidiforme ka një rrezik më të lartë për të zhvilluar koriokarcinomë (një tumor malinj i qelizave trofoblastike).

Mola hydatidiforme mund të prezantohet ekografikisht si missed abort ose shtatzani anembrionike në tremujorin e parë të shtatzanisë. [55] Në raste të rralla një molë hydatiforme ekziston në uterus me një fetus normal në këto raste uterusi përmban dy konceptues: një me një placentë të parregullt (mola), dhe një me një placentë normale dhe një fetus të qëndrueshëm.[56]

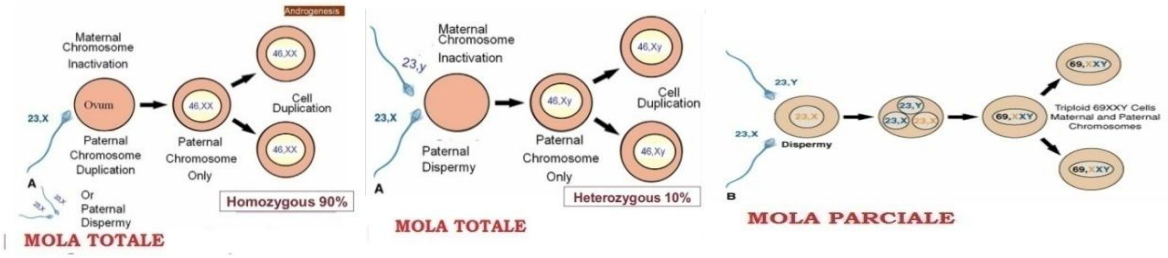


Figura 1.5a Mola Totale (homozigot,heterozigot), Mola Parciale

Klasifikimi i molës hydatidiforme

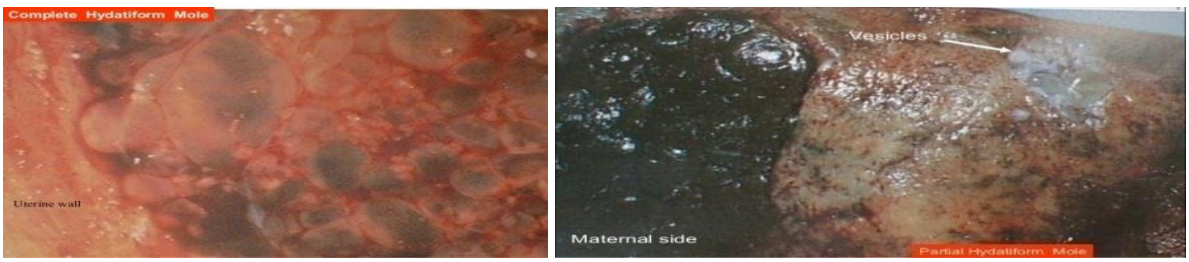


Figura 1.5b Mola totale & Mola parciale

Etiologjia

Faktorët potencialë të rrezikut mund të përfshijnë defektet në vezore, anomalitë brenda uterusit, dhe defiçenca nutricionale. Femrat nën 20 ose mbi 40 vjeç kanë një rrezik më të lartë. Faktorë të tjerë të rrezikut përfshijnë dietë të ulët me proteina, acid folik, dhe karotene.[57]

Klinika

Hemoragji vaginale anormale pa dhimbje vaginale në muajin e katërt e të pestë të shtatzanisë.[53]

Uterusi zmadhohet ose paraqitet më i vogël se mosha e shtatzanisë(kjo në varësi të diagnozës), vezoret mund të zgjerohen dhe shoqërohet me hyperemezis.

Rritje e presionit të gjakut, edema, porteinuri.

Diagnoza

Bazohet në klinikë ku mund të shfaqen simptoma të hipertiroidizmit, për shkak të niveleve të larta të β-hCG, të cilat mund të imitojnë hormonin tiroide-stimuluese (TSH).[58]

Ekzaminimet laboratorike.Rritet përhapja e trofoblastit dhe zgjerimi i vileve korionike.[60]

Ekzaminimet imazherike.Në ekzaminimin ekografik, mola i ngjan vileve të rrushit.[59]

Trajtimi

Pacientja me molë hydatiforme i nënshtrohet evakuimit, aspirimit dhe kyretazhit (A&C) të përmbajtjes uterine. Stabilizohet gjendja e pacientes (nëse ka HTA, insufiçenc pulmonare, apo anemi etj).[56,61,62,63] Pacientja ndiqet rregullisht derisa niveli i β-hCG të kthehet në nivele optimale. Mola invazive ose metastatike mund të kërkojë si mjekim kimioterapi dhe përdorimin e methotreksatit. Brenda 6 muajve nëse niveli i β-hCG qëndron në shifra të larta ose në nivel stacionar duhet investiguar më tej për mundësinë e përjetimit të choriocarconomës.[56]

Pacientët këshillohen që të mos konceptojnë shtatzani për një vit pas një shtatzanie molare. Shanset për të pasur një tjetër shtatzani molare janë përafërsisht 1 % .

1.2.5 Missed abort (feto morto in utero)

Feto morto in utero i referohet gjendjes klinike në të cilën një shtatzani intrauterine është e pranishme, por nuk zhvillohet normalisht. Do të quhet feto morto vetëm nëse diagnoza e abortit inkomplet ose të abortit pashmangshëm është përjashtuar. Gjendja mund të paraqitet si një konceptim anembrionik ose abortimi para javës së 22$^{-të}$ të shtatzanisë. [64,65,70]

Patofiziologjia: Shkaqet përfshijnë pozicioni transversal uterin, gesacioni anembrionik anomalitë fetale kromozomale, sëmundje të nënës, anomali embrionale, anomalitë e placentës dhe anomali uterine. Pothuajse të gjitha abortet spontane janë të paraprira nga feto morto.[66]

Vdekshmëria dhe Morbiditeti: Incidenca është e lidhur me faktorin moshë në të cilën vdekja fetale in utero rritet me moshën dhe rritet në mënyrë të konsiderueshme pas moshës 40 vjeç.

Diagnoza[65]Anamneza ku merret informacion në lidhje me diagnozën e shtatzanisë, çdo test (β-hCG), apo zvogëlimin e simptomave të shtatzanisë mund të ndihmojë në rritjen e indeksit të dyshimit për diagnozën e abortit të humbur.

Të dhënat fizike:

Një uterus më i vogël për moshën e barrës sugjeron feto morto. Hemoragji vaginale. Humbja e toneve të zemrës fetale ose paaftësia për të dëgjuar tonet e zemrës në kohën e duhur. Analizat laboratorike: nivelet sasiore të (β-hCG) janë të dobishme për vlerësimin e hershëm të shtatzanisë kur sakusi amniotik nuk është i dukshëm në uterus nëpërmjet ekografis. Diagnoza me ultratinguj përfshin: mungesa e rahjeve të zemrës fetale, mungesa e rritjes së fetusit, mungesa e rritjes së uterusit në moshën e duhur gesacionale, sakusi amniotik i deformuar ndarje e placentës. Ekzaminimi me ekografi, pasi niveli i β-hCG ka arritur nivelin diskriminues. Ekografia me sond transvaginale është proçedura më e mirë për të vlerësuar përmbajtjen intrauterine nëse shtatzania është normale apo jo normale. Trajtimi[67]
Kujdesi mjekësor: përdorimi i Mifepristonit (RU 486) dhe Misoprostolit janë përdorur për të zbrazur uterusin. Missed abort zakonisht menaxhohet me Aspirim dhe curetage (A&C).[67,65]
Kujdesi ambulator: pacientët Rh-negativ duhet të marrin Imunoglobulina anti-D pas abortit të humbur.Mbështetja psiko-emocionale është shumë e rëndësishme.Sigurohet pacientja se prognoza për shtatzaninë normale në të ardhmen është e shkëlqyer.[69,70]

1.3. Pasojat psikologjike te femrat pas abortit

Statusi psikologjik i femrave është gjithmonë e më shumë i riskuar për tu prekur nga stresi dhe ankthi pas përjetimit të një aborti. Është e domosdoshme që të studiohet prevalenca, faktorët ekspozues të cilat agravojnë nga ankth stres në gjëndje depresive te femrat pas abortit.[74,75] Shumë autorë, psikologë, psikoterapist dhe psikoanalist argumentojnë se shtatzania është një krizë e thellë, sepse ajo mund të përfaqësojë një rrezik duke çuar në ankth.[71,72] Shtatzania është një kohë e veçantë në jetën e një gruaje dhe karakterizohet nga një përvojë shumë e veçantë emocionale dhe psikologjike. Si pasojë, ndërprerja e këtij proçesi mund të shkaktojë një sërë problemesh psikologjike që, mund të rezultojë nga simptoma ankthi dhe stresi në çrregullime të rënda mendore.[73]

Pasojat psikologjike që lidhen me abortin

Aborti mund të ketë pasoja afat-shkurtër dhe afat-gjatë në statusin psikolgjik. Në pasojat afat - shkurtër mund të shoqërohet me një rritje të nivelit të ankthit. [76,77,78] Në pasojat afat -gjatë, në një përqindje të pacienteve është një faktor i rëndësishëm për incidencë më të lartë të çrregullimeve të ankthit, depresionit, rrezikun e vetëvrasjes, abuzimi i substancave narkotike dhe veseve të jetës sidomos në një moshë të re.[79,80,81,82,83]

Skematikisht, ka këtë tablo klinike:[83,84,85]

- çrregullime emocionale (ankth, amnezi, humbje interesi, shkëputje nga të tjerët dhe paaftësia për të përjetuar emocione),
- çrregullime komunikimi,
- çrregullime të ushqyerit, çrregullime mendimi(mendimet obsesive),
- çrregullim të marrëdhënieve afektive karakterizuar nga një izolim i dukshëm (me njerëzit që e rrethojnë),
- mosfunksionim seksual,
- çrregullime gjumi (pagjumësi, nervozizëm, ankth),
- ripërjetim të traumës, kujtimet e përvojës kaluar,
- risk për abuzimin e substancave (drogë, alkool), tentativa vetëvrasje.

Një studim i vitit 2010, në Journal Kanadeze të Psikiatrisë me 3.000 paciente në SHBA, gjeti se pacientet që iu nënshtruan abortit kishin 98 % rritje të rrezikut për çrregullime të shëndetit mendor në krahasim me femrat të cilët nuk kanë pasur abort. 59 % rritje të rrezikut për mendimet vetëvrasëse, 61 % rritje të rrezikut për çrregullime humori, rritje të ankthit, 26.1 % rritje të rrezikut për abuzim me alkoolin, duhanin, substancave narkotike.

1.4 Përkujdesja Infermierore te pacientet të cilat i nënshtrohen abortit sipas OBSH

1.4.1 Kujdesi Infermieror para-abortit

Hapat e parë në sigurimin e kujdesit të abortit janë vërtetimi i shtatzanisë, kohëzgjatja dhe konfirmimi nëse është intrauterine.[86,87] Përcaktimi i moshës së shtatzanisë është një faktor kritik në zgjedhjen e metodave më të përshtatshme të abortit, dhe përcakton përmbajtjen e informacionit dhe këshillimin para abortit. Çdo qendër shëndetësore ku realizohet proçedura e abortit duhet të ketë staf të cilët janë të trajnuar dhe kompetent për të marrë historinë mjekësore të gruas dhe do të kryejnë një ekzaminim pelvik bimanual dhe abdominal për të vlerësuar me saktësi shtatzaninë dhe kohëzgjatjen e saj. Qëndrat e kujdesit shëndetësor që nuk janë të pajisura për të siguruar abortin duhet t'i referojnë pacientet në shërbime më të specializuara. Stafi duhet të jetë kompetent për të ofruar këshilla për të ndihmuar gruan.

1.4.1a Anamneza duhet të përfshijë:

- histori personale dhe familjare të sëmundjeve përkatëse;
- histori obstetrike dhe gjinekologjike, duke përfshirë shtatzani ektopike të mëparshme;
- çdo tendenc gjakderdhje apo çrregullime menstruale;
- histori apo prania e Infeksioneve Seksualisht të Transmetueshme (IST);
- përdorimi aktual i barnave;
- alergji të njohura;
- vlerësimi i rrezikut për dhunë.

1.4.1b Ekzaminimi fizik

Observim të parametrave vital (pulsi, frekuenca kardiake dhe respiratore, temperatur) janë baza e përkujdesjes nga mamia. Përveç kësaj, ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të konfirmojnë shtatzaninë dhe vlerësojnë kohëzgjatjen e saj nga një ekzaminim pelvik bimanual dhe abdominal.

Shenjat e shtatzanisë që janë evidente gjatë një ekzaminimi bimanual pelvik në javën e 6-8 të shtatzanisë përfshijnë zbutjen e isthmusit cerviksit zbutjen dhe zgjerimin e uterusit. Një uterus më i vogël se mosha e barrës mund të jetë për shkak të një shtatzanie më pak e avancuar, një shtatzani ektopike, ose një feto morto; një uterus që është më i madh se sa pritej mund të tregojë një shtatzani që është më e avancuar sesa llogaritet, një shtatzani e shumëfishtë, një vezikë mbushur, fibromioma uterine apo tumore të tjera të pelvisit, ose një shtatzani molare. Gjatë ekzaminimit fizik, ofruesi i kujdesit shëndetësor duhet të vlerësojë nëse uterusi është anteversio, retroversio ose e pozicionuar në një mënyrë që mund të ndikojë në vlerësimin e moshës gesacionale apo të komplikojë një abort kirurgjik.

1.4.1c Ekzaminimet laboratorike dhe imazherike

Matja e hemoglobinës apo nivelet e hematokritit për të zbuluar anemin mund të jenë të dobishme për fillimin e trajtimit në rastet e rralla të hemorragjis që ndodhin në kohën e proçedurës së abortit. Analizat për faktorin Rezus (Rh) grup gjaku duhet të sigurohen, për të administruar Rh-imunoglobulinën.

Ekzaminimi ekografik nuk është i nevojshëm në mënyrë rutinore për proçedurën e abortit [88,89] por mund të ndihmojë në identifikimin e një shtatzanie intrauterine dhe të përjashtojë një shtatzani ektopike në 6 javët e para të saj.[90] Ajo gjithashtu mund të ndihmojë të përcaktojë moshën e shtatzanisë dhe të diagnostikojë patologjitë ose jo-qëndrueshmërin e saj.

1.4.3 Informacioni mbi abortin

Ofrimi i informacionit është një pjesë thelbësore e shërbimit të abortit me cilësi të mirë.[94] Ç'do grua shtatzan që po mendon për abortin duhet të marri informacion të mjaftueshëm përkatës nga një profesionist i trajnuar i kujdesit shëndetësor me njohuri të plotë dhe me përvojë mbi metodat e ndryshme të abortit. Informacioni duhet të jepet për çdo grua, pavarësisht nga mosha e saj apo rrethanat, në një mënyrë që ajo mund të kuptojë, të marrë vendimet e veta nëse do të ketë një abort dhe, nëse po, çfarë metode të përzgjedh.

Sigurimi i informacionit duke ofruar këshillim mund të jetë shumë i rëndësishëm për të ndihmuar gruan duke e siguruar gruan të marrë një vendim të lirë.

Për gratë këshillimi duhet të jetë vullnetar, konfidencial, dhe me një person të trajnuar [95,96] Nëse gruaja zgjedh abortin, personeli i kujdesit shëndetësor duhet të shpjegojë çdo kërkes ligjore për ta realizuar atë.

Pasi është marrë vendimi nga gruaja, aborti duhet të sigurohet sa më shpejt që është e mundur [95]Në disa rrethana, gruaja mund të jetë nën presionin e partnerit, anëtarët e familjes së saj, ofruesit e kujdesit mjekësorë apo personave të tjerët që të ketë një abort. Adoleshentët e pamartuar, gratë në lidhje abuzive dhe gratë që jetojnë me HIV mund të jenë veçanërisht të prekshme nga një presion i tillë. Nëse punonjësit e kujdesit shëndetësor dyshojnë për një situatë të tillë, duhet të flasin me gruan vetëm, ose i referohen asaj për këshillim shtesë. Nëse stafi dyshon se gruaja ka qenë subjekt i dhunës seksuale apo abuzimit, duhet të ofrojnë referime për këshillim dhe trajtim të kualifikuar.

Informacion mbi proçedurat e abortit:

- sa kohë zgjat proçesi i abortit;
- çfarë menaxhohet për dhimbjen;
- rreziqe dhe komplikime të lidhura me abortin

- çfarë do të bëhet gjatë dhe pas proçedurës së abortit;
- pas abortit pacientja do të ketë (ciklin menstrual, dhimbjet e barkut);
- kur do të jetë në gjendje të rifillojë aktivitetet normale, përfshi kontaktet seksuale
- këshillim dhe ndjekje e kujdesshme në vazhdimësi.[97,98]

1.4.4. Informacioni mbi shërbimet kontraceptive

Qëllimi i këshillimit kontraceptiv në kontekstin e kujdesit të abortit është zgjedhja e metodës menjëherë pas abortit. [97,99,100] Sigurimi i informativ i kontraceptivëve, metodat dhe shërbimet është një pjesë thelbësore e kujdesit të abortit, se ndihmon gruan për të shmangur shtatzanitë e padëshiruara në të ardhmen. Çdo grua duhet të informohet se ovulacioni mund të kthehet 2 javë pas abortit [101] duke e vënë atë në rrezik të shtatzanis nëse një metodë efektive kontraceptive nuk përdoret. Gruaja duhet të zgjedh metodën kontraceptive më të përshtatshme për të ardhmen por nëse ajo është duke kërkuar abortin të cilin ajo e konsideron si një dështim kontraceptiv,ofruesi i kujdesit shëndetësor duhet të diskutojë nëse metoda mund të jetë përdorur gabimisht dhe tregon si të përdoret saktë, ose për të ndryshuar në një metodë tjetër kontraceptive.

1.4.4a Përgatitja për proçedurën e abortit

Përgatitja e cerviksit duke përdorur dilatoret osmotike, të tilla si Laminaria, apo agjentët farmakologjike ose kirurgjikale përdoret zakonisht në tremujorin e parë të shtatzanisë. Përdorimi i dilatorëve osmotike mund ta bëjë proçedurën e abortit më të shpejtë dhe më të lehtë, duke ulur nevojën për hapje mekanike të cerviksit [102,103] Përgatitja e cerviksit para se aborti kirurgjik të bëhet është e dobishme për gratë me anomali të cerviksit apo kirurgji paraardhëse. Adoleshentët dhe gratë me shtatzani të avancuara, kanë rrezik të lartë për dëmtim të cerviksit apo perforacion të uterusit që mund të shkaktojë hemorragji. [104,105] Përgatitja e cerviksit rekomandohet për të gjitha gratë me shtatzani më shumë se 12-14 javë [102,103], edhe pse përdorimi i saj mund të konsiderohet për gratë në çdo moshë gesacionale, por në veçanti ato me rrezik të lartë për dëmtimin e cerviksit apo perforacionin e uterusit.Përgatitja e cerviksit duke përdorur dilatatorët osmozik kërkon të paktën 4 orë që të jetë efektive. [102,106,107]

1.4.4b Trajtimi

Shumica e grave raportojnë një shkallë të lartë të dhimbjes në abort. Faktorët që lidhen me dhimbjen gjatë proçedurës kirurgjikale të abortit me anestezi lokale janë vlerësuar në disa studime observuese. Shkalla e dhimbjes ndryshon me moshën e gruas, paritetit, historinë e dismenoreas dhe nivelit të ankthit apo të frikës së gruas. [108-110] Ofrimi i përgatitjes së cerviksit para proçedurës është e lidhur me faktin se gruaja përjeton më pak dhimbje gjatë abortit [108,109,111]

Menaxhimi adekuat i dhimbjes nuk kërkon një investim të madh në preparate, pajisje ose trajnim. Por neglizhimi i këtij elementi të rëndësishëm rrit ankthin e grave dhe parehatin, duke kompromentuar seriozisht cilësinë e kujdesit dhe duke rritur vështirësinë e kryerjes së proçedurës. Këshillimi dhe trajtimi dashamirës u redukton grave frikën dhe perceptimet e dhimbjes, siç ka qenë raportuar për gratë e trajtuara për abortin (incomplet)të paplotë. [112] Teknikat jo-farmakologjike të relaksimit mund të rezultojnë efikase në kohë më të shkurtër dhe ulin nevojën për medikamente për qetësimin e dhimbjeve si dëgjimi i muzikës e cila mund të ulë dhimbjen proçedurale.[110,113,114] Personeli i cili do të kryejë proçedurën, duhet të jenë miqësor komunikues mbështetës. Kur është e mundur,dhe nëse gruaja dëshiron, mund gjithashtu të ketë një person mbështetës, si partneri, apo një anëtar i familjes, të qëndrojë me të gjatë proçedurës.

Ilaçet për menaxhimin e dhimbjes gjithmonë duhet të ofrohen pa vonesë për metodat mjekësore dhe kirurgjike të abortit, sidomos për gratë që e dëshirojnë dhe janë:

- analgjezikët, që të lehtësojnë ndjesin e dhimbjes;
- qetësuesit, të cilat ulin nivelin e ankthit;
- anestetikët, të cilat ulin ndjesin fizike gjatë abortit kirurgjik.

Pas një aborti, bëhet mbështetje psiko-emocionale, dhe këshillimi i duhur. Profilaksia Anti - Rh (250 IU) ofrohet për të gjitha gratë rezus negative (Rh-) që kanë një proçedurë kirurgjike për menaxhimin e një aborti.[23]Pacientja duhet të marrë 400 mg acid folik çdo ditë, duke filluar një ose dy muaj para konceptimit. Ushtrime të rregullta dhe aktivitet fizik. Ushqyerje të shëndetshme, dhe të mirë - ekuilibruar. Mbajtja e peshës në norm. Menaxhimin e stresit. Shmangje të sporteve që bartin një rrezik të lartë për dëmtim. Përpara përdorimit të ndonjë medikamenti konsultimi me mjekun gjatë shtatëzanisë. Shmangje të rreziqeve mjedisore të tilla si rrezet - X dhe sëmundjet infektive. Disa terapi mund të ndihmojnë dhe të jenë efikase si: masazhet të cilat ndihmojnë çiftin të kalojnë situatën, ndihmon dhe në rikuperimin e dialogut në çift. Agopuntura e cila ndihmon në forcimin e organizmit dhe rikonstruksionin e depozitave të gjakut. Duhet pritur përpara së të konceptohet një gravidancë tjetër nga 6 muaj deri në 1 vit sidomos pas një barre molare. [24],[25]

1.5 Menaxhimi i komplikacioneve të abortit

Kur aborti është kryer nga personeli i trajnuar në mënyrë të përshtatshme në kushte moderne mjekësore, komplikimet janë të rralla dhe rreziku i vdekjes është i papërfillshëm.[123]

- Vazhdimi i shtatzanisë (në këto situata ofrohet një evakuim i uterusit sa më shpejt të jetë e mundur) [95]

- Aborti jokomplet i cili ka këto simptoma: hemoragji vaginale deri në anemi, dhimbje barku, dhe shenjat e infeksionit.Aborti i paplotë mund të trajtohet duke përdorur Aspirim me vakum ose Misoprostol. [122][124]

- Hemorragjia mund të rezultojë nga produktet e konceptimit, trauma ose dëmtimi i cerviksit, Koagulopatia ose, perforacioni i uterusit. Trajtimi i përshtatshëm varet nga shkaku i hemorragjis, dhe mund të përfshijë ri-evakuimin e uterusit dhe administrimin e barnave uterotonik për të ndaluar hemorragjin, zëvendësimi intravenoz i fluideve, në raste të rënda, transfuzioni i gjakut, zëvendësimi i faktorëve të koagulimit, laparoskopia ose laparotomia eksploruese.

Zgjatja e gjakderdhjes menstruale është një efekt i pritshëm i metodave mjekësore të abortit.Mesatarisht, gjakderdhja vaginale pakësohet rreth 2 javë pas abortit mjekësor, në raste të veçanta, mund të vazhdojnë deri në 45 ditë e cila është e rrallë por e rëndë dhe përbën një emergjencë për gruan. Evakuimi kirurgjikal mund të kryhet me kërkesën e gruas, apo në rastet kur rrjedh gjak në sasi të madhe(sjell anemin), ose prezenca e infeksionit. Shërbimi mjekësor duhet të jetë në gjendje për të stabilizuar dhe trajtuar këto situata ose ti referojnë menjëherë te specialisti femrat me hemorragji. [95]

- Infeksioni shoqërohet me këto simptoma temperaturë ose të dridhura, shtim të sekrecioneve vaginale apo cervikale, dhimbje barku ose pelvike, gjakderdhje vaginale e zgjatur, ndjeshmëri të uterusit. Gratë me infeksione të rënda mund të kërkojnë shtrimin në spital. Kur infeksioni është diagnostikuar, stafi i kujdesit shëndetësor duhet të administrojë antibiotikët dhe sidomos gratë që i janë nënshtruar abortit kirurgjik.[91]Gratë me dhimbje pelvike, abdominale,adnekseve, sekrecione vaginale, dhe ethe duhet të trajtohen me antibiotikë me spektër të gjerë veprimi. [92,93,128]

- Perforacioni i uterusit zakonisht dallohet dhe zgjidhet pa nevojën për ndërhyrje. [129] Është evidentuar në femrat me mosh të madhe të shtatzanis, femrat të cilat kanë bërë një S/C të mëparshme por edhe në gratë pa këto faktorë rreziku. [130]Kur dyshohet për perforacion uterin, observimi dhe trajtimi me antibiotikë mund të jetë e nevojshme. Laparoskopia është metodë hetimore dhe laparotomia përdoret për riparimin e strukturave të dëmtuara.

- Pasojat afatgjata të abortit

Të dhënat epidemiologjike tregojnë se pjesa më e madhe e grave që kanë një abort spontan apo të induktuar rrit riskun e kancerit të gjirit për gratë [131,132]

Pasojat psikologjike të shoqëruara me ankth,stres depresion ndodhin në një numër të konsiderueshëm të grave dhe vjen si rezultat i përvojës së abortit të indukuar [133,134]

1.6 Kujdesi pas abortit dhe ndjekja në vazhdimësi

Proçedura e abortit përfshin kontaktin me gjakun dhe likide të tjera të trupit të pacientes, të gjitha objektet që ofrojnë këto shërbime duhet të aplikojnë masa standarde për parandalimin e infeksionit, për mbrojtjen individuale dhe atë të pacientëve.

Masat standarde të parandalimit të infeksionit, përfshijnë:

- larjen e duarve me sapun dhe ujë para dhe pas gjithë proçedurave;
- përdorimi i barrierave mbrojtëse të tilla si doreza, veshja, maska, dhe syze për të shmangur kontaktin e drejtpërdrejtë me gjakun dhe lëngjet e tjera të trupit;
- asgjesimin e sigurt të mbeturinave të kontaminuara me gjak apo lëngje trupore;
- trajtimi i kujdesshëm,asgjesimin e mjeteve të mprehta,dezinfektimi i duhur i instrumenteve dhe pajisjeve të tjera të kontaminuara të cilat nuk duhet të ripërdoren. [135,136] Sterilizimi ose dezinfekti me autoklavë për (>5 orë).

Pas një aborti të sigurt, gruaja duhet të ketë marrë informacionin e duhur për ndërlikimet, metodat kontraceptive duke përfshirë kontracepsionin e emergjencës, DIU,dhe kontraceptivët hormonal. Ka disa metoda që nuk duhet të përdoren menjëherë pas një aborti:diafragma kapat cervikale deri 6 javë pas tremujorit të dytë të abortit. [137]

Ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të diskutojnë për parandalimin e SST, IST, rëndësin e përdorimit të kondomit. [137]

Jepen udhëzime me gojë dhe shkrim në lidhje me përkujdesjen dhe informacioni duhet të përcillet nga personeli infermieror i cili përfshin:

- abstenim nga marrëdhëniet seksuale deri në ndalim të gjakderdhjes;
- shmanget shtatzania(fertiliteti kthehet pas 2 javëve) merret kontracepsioni urgjencës,
- në rast të rritjes së dhimbjes pelvike, hemoragji ose ethe rikthim në institucionin. [96]

Në mungesë të komplikimeve, pacientet mund të largohen nga institucioni mjekësor kur ndjehen të afta dhe kur parametrat vital janë në normë.

2. QËLLIMI I STUDIMIT DHE OBJEKTIVI KRYESOR

Qëllimi i studimit është të vlerësojë situatën e aktivitetit të aborteve gjatë një periudhe 6 vjeçare (2009 -2014) në maternitetin ”Mbretëresha Geraldinë”dhe çfarë raporti zënë abortet e këtij materniteti me abortet në rang kombëtar dhe korrelacionin e tij me informimin e femrave mbi përdorimin e metodave të planifikimit familjar me qëllim reduktimin e aborteve.

2.1 OBJEKTIVAT SPECIFIK

- Të vlerësojmë situatën e aborteve në grupmoshat 15-45 vjeç për të përcaktuar cila është grupmosha më e riskuar për të kryer aborte.
- Të vlerësojmë situatën e aborteve sipas vendbanimit(zona urbane,rurale,rrethet).
- Të vlerësojmë incidencën e diagnozave të abortit për të përcaktuar cila prej tyre ka tendencën më të lartë e krahasuar me totalin e aborteve të këtij institucioni.
- Të vlerësojmë situatën e aborteve në maternitetin”Mbretëresha Geraldinë” dhe”Koço Glozhieni” Tiranë periudha 2009-2014 me abortet në vend.
- Të vlerësojmë trendin e numrit të aborteve dhe korrelacionin e tij me informimin mbi përdorimin e metodave të planifikimit familjar me qëllim reduktimin e aborteve.
- Të vlerësojmë lidhjen (shoqërimin) e faktorëve të riskut për abort faktorëve socio-demografike (kulturorë, arsimimi, vendbanimi dhe mosha), lidhjen me statusin psikologjik të pacienteve (gjendjes emocionale negative ankth)dhe me veset e fituara të jetës(alkoli dhe duhani).
- Të vlerësojmë lidhjen (shoqërimit) mes statusit psikologjik të pacienteve (gjendjes emocionale negative ankth)pas abortit dhe faktorëve socio-demografike (kulturorë, arsimimi, vendbanimi dhe mosha), dhe lidhjen me informacionin që kanë pacientet rreth abortit.

3. KAPITULLI TRETË MATERIALI DHE METODA

3.1. MATERIALI

3.1a Popullata në studim

Për realizimin e objektivave të dhëna u krye një studim retrospektiv duke observuar dhe studiuar ndryshimin e numrit të aborteve në vite.Informacioni për studimin është marrë nga baza e të dhënave të kartelave të pacientëve në Spitalin Universitar Obsetrik Gjinekologjik (SUOGJ) "Mbretëresha Geraldinë" Tiranë. Periudha kohore mbulon të dhënat e pranimeve gjatë një periudhe 6 vjeçare nga viti 2009 -2014.

Studimi ka nisur në Shtator të vitit 2013- Qershor të vitit 2015. Në studimin tonë u përfshinë pacientet të cilat janë drejtuar në këtë institucion për proçedurën e abortit para javës së 22-të të shtatzanisë [1] me interval moshe 15-45 vjeç. Për qëllimet tona studimore i kemi ndarë në grupmosha:15-24 vjeç,25-34 vjeç,35-45 vjeç.

3.1b. Mbledhja e të dhënave

U studiuan kartelat e këtij institucioni të cilat përfshinin femrat që kishin kryer abort në SUOGJ"Mbretëresha Geraldinë".U regjistruan të dhënat e mëposhtme: mosha, vendbanimi, diagnoza, karakteristikat klinike.Gjithashtu janë observuar dhe abortet në rang kombëtar për një periudhë afërsisht 21vjeçare, 1994-2014 si kanë evoluar ato, për të vlerësuar tendencat e viteve të fundit.

Dokumenti zyrtar për raportimin e aborteve është skeda e abortit,e cila duhet të plotësohet detyrimisht nga mjeku specialist që kryen abortin. Plotësimi i saktë dhe i të gjitha rubrikave që përmban skeda e abortit është jo vetëm kusht metodologjik për çdo maternitet apo klinik private për ndërprerje shtatzënie, por edhe një detyrim ligjor për të siguruar të dhëna dhe informacione të vlefshme. Skeda e abortit nuk përmban identitetin e gruas, për të ruajtur konfidencialitetin. [6]

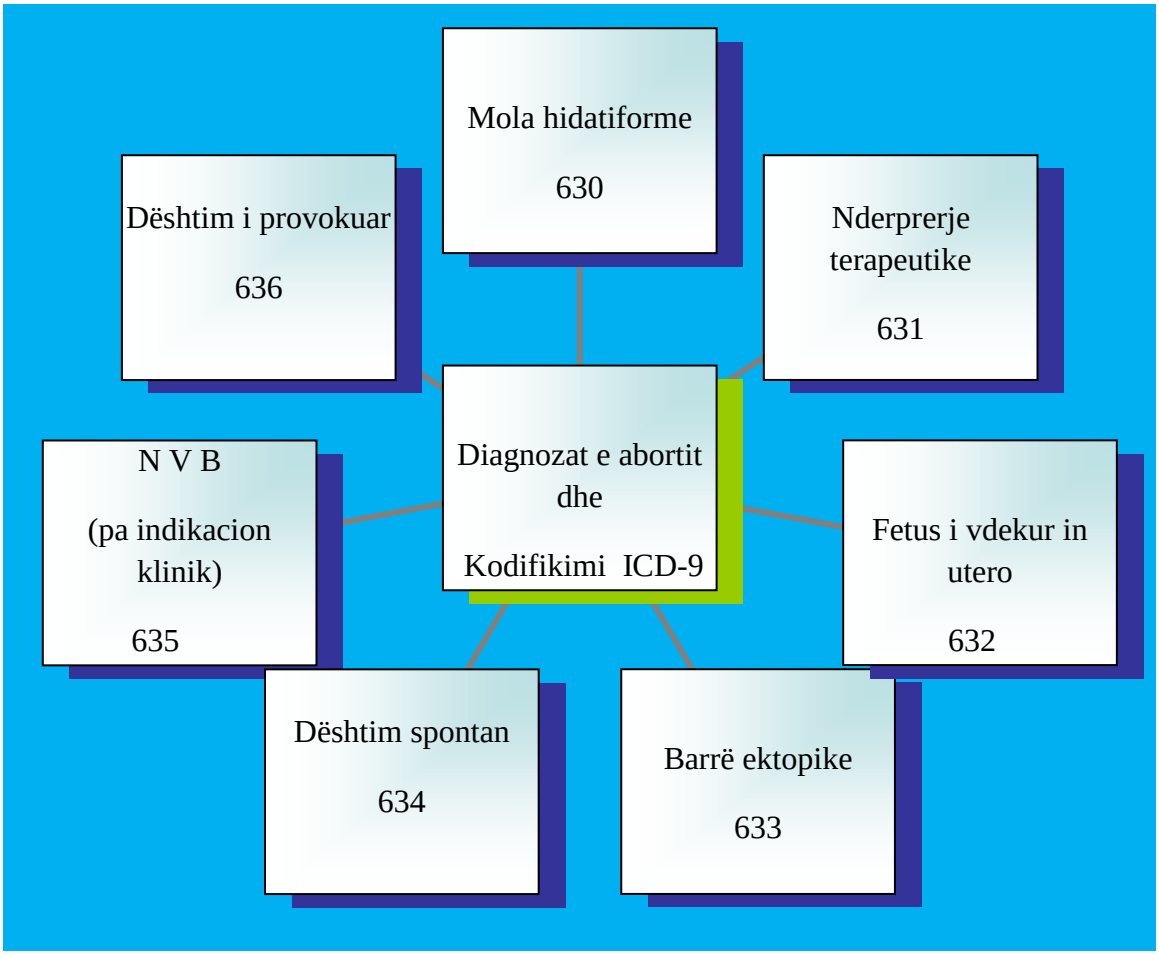
Nëngrupet e interesit

- Paciente që kanë abortuar
- Diagnoza e abortit
- Mosha e gravidancës
- Vendbanimi i pacientes
- Mosha e pacientes

Pjesa tjetër e studimit mbështetet në pyetësorin e standardizuar që analizon komponentë të ankthit dhe stresit tek pacentët që kanë realizuar abort. Gjatë periudhës Shtator 2013 – Dhjetor 2014 u përzgjodhën në mënyrë rastësore 346 paciente nga grupi ynë i studimit. Studimi është i tipit *cross-sectional*. Këto paciente kanë plotësuar një pyetësor për gjendjen e tyre psikologjike post abortit. Pyetësori është marrë nga Beck Anxiety Inventory®. Zgjedhja e pyetësorit është bërë duke konsideruar mundësitë praktike të administrimit të tij. Administrimi i pyetësorit është realizuar nga personel i trajnuar dhe me përvojë nëpërmjet intervistës. Kemi përjashtuar vetëm pacentët të cilat ishin me sëmundje të sistemit nervor,të sistemit kardiak,sistemit pulmonar, sistemit endokrin të cilat paraqesin problematika në statusin mental.

Është përdorur kodifikimi ICD-9, treshifror për kodifikimin e diagnozave të aborteve.

Tabela 3.1. Diagnozat e abortit sipas kodifikimit të ICD-9



3.2 METODOLOGJIA

Metodologjia e studimit: retrospektiv me dy komponentë:

3.2a deskriptiv(përshkrues): ky komponent i referohet përshkrimit dhe vlerësimit të situatës së aborteve dhe shpërndarjes sipas kodifikimit të diagnozave, klasifikimit klinik dhe grup-moshave të ndryshme.

3.2b analitik: ky komponent i referohet vlerësimit të lidhjes (shoqërimit) të faktorëve të riskut fiziopatologjikë dhe atyre kulturorë si arsimi, karakteristikat demografike (vendbanimi),veset e jetës (alkooli,duhani) ndikimin psikologjik(ankthi,stresi) dhe mosha e individëve të përfshirë në studim.

3.3 Analiza Statistikore

Proçedurat statistikore të përdorura në analizën e të dhënave përshkruhen më poshtë:

- Llogaritja është e bazuar në treguesin standard.
- Për variablet kategorike (nominale dhe/ose ordinale), u raportuan frekuencat (numrat absolutë) dhe përqindjet përkatëse.
- Janë përdorur metoda deskriptive statistikore, teste të hi-katror u përdor për krahasimin e proporcioneve të variableve kategorikë (χ^2)
- Regresioni logjistik binar (binary logistic regression)u përdor për vlerësimin e lidhjes (shoqërimit) mes abortit me faktorët përkatës të riskut përfshi karakteristikat demografike (mosha, gjinia). Është përdorur raporti i gjasave OR për vlerësimin e asocijimit ndërmjet variablave.Vlerësimet janë shoqëruar me intervalin e konfidencës 95% për të përmbushur objektivat e duhura për studimin tonë.
- Janë përdorur tabela dhe grafikë për vizualizimin e të dhënave.
- Në të gjitha rastet, u konsideruan si statistikisht sinjifikante (të përfillshme) vlerat e $p<0.05$
- Për analizën statistikore janë përdorur programet *Excel 2007* dhe *IBM SPSS 20*.

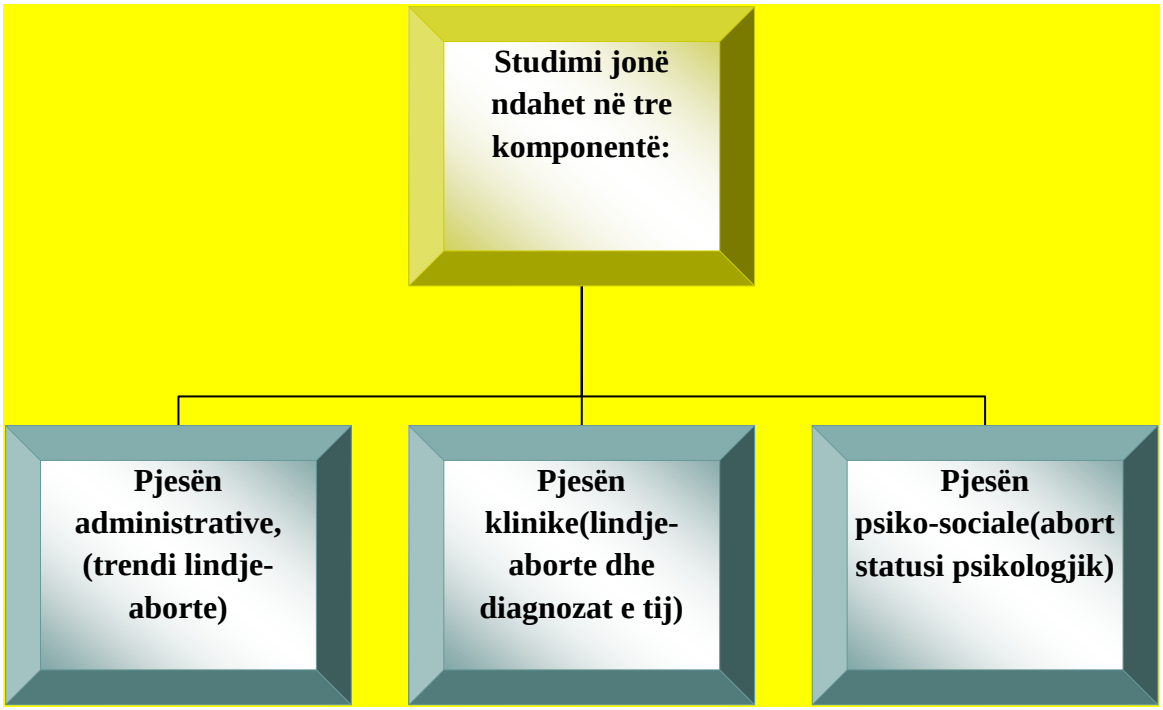
4. KAPITULLI KATËRT - REZULTATET

Të dhënat për prevalencën ë aborteve janë përfshirë për të gjithë Shqipërinë

Prevalenca mesatare për 100,000 femra në moshën riprodhuese në periudhën e viteve 2009-2014 është 1112.2 aborte.Popullata referencë është marrë nga INSTAT është e Censusit dhe i përket vitit 2011.

Rezultatet e përpunimit të këtij informacioni në tabelat përkatëse, lejojnë të bëhet një analizë e thelluar mbi fenomenin e abortit në aspekte të ndryshme të tij dhe në periudha të ndryshme kohe në maternitetin SUOGJ"Mbretëresha Geraldinë". Nëpërmjet këtyre metodave ne vlerësojmë normat e shkaktuara të abortit në vendin tonë të bazuara kryesisht në regres.

Tabela 4.1 ***Hapat e studimit***



4.1 Pjesa e parë paraqet trendin lindje - aborte në rang kombëtar periudha 1994-2014

Retrospektivisht është parë trendi lindje aborte në rang kombëtar gjatë periudhës 1994-2014.Të dhënat janë marrë nga INSTAT dhe Ministria e Shëndetësisë.[142,143]

Tabela 4.1.1. *Raporti lindje abort* në vend periudha *1994-2004*

Vitet	Lindje Nr.	Aborte Nr.	Raporti Aborte/1000 lindje
1994	72179	31292	434
1995	72081	32268	448
1996	68358	27734	406
1997	61739	22133	358
1998	60139	18948	315
1999	57948	16360	282
2000	51242	17120	334
2001	53205	15700	295
2002	42527	13961	328
2003	45313	12087	267
2004	40989	10517	257

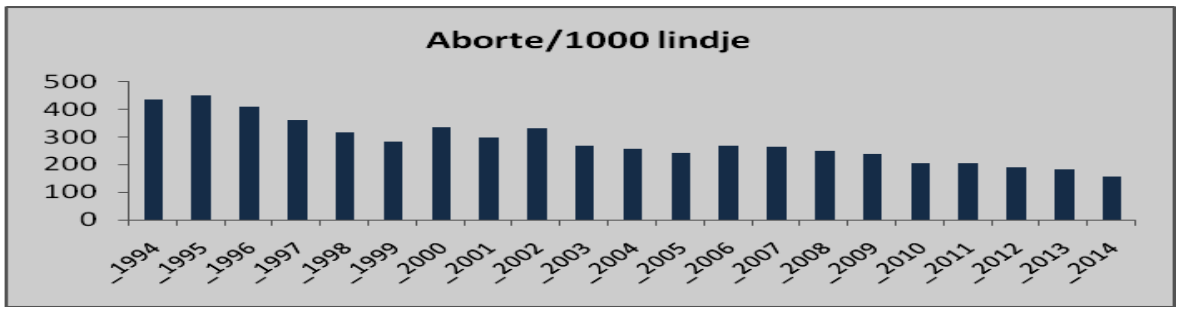
Në këtë tabelë janë pasqyruar numri i lindjeve, aborteve,dhe raporti i aborteve për 1000 lindje në vendin tonë për periudhën 1994-2004. Na rezultoi se për këtë periudhë ishte 218120 aborte në vitin 1995 ka qënë numri më i lartë i aborteve në vendin tonë 448 për 1000 lindje por ky raport është reduktuar me kalimin e viteve.

Tabela 4.1.2 *Raporti lindje abort* në vend periudha *2005-2014*

Vitet	Lindje Nr.	Aborte Nr.	Raporti Aborte/1000 lindje
2005	38898	9403	242
2006	35891	9552	266
2007	34448	9030	262
2008	33445	8335	249
2009	34114	8139	239
2010	34061	6919	203
2011	34285	7042	205
2012	35473	6755	190
2013	35750	6442	180
2014	35760	5563	156

Në këtë tabelë janë pasqyruar numri i lindjeve, aborteve,dhe raporti i aborteve për 1000 lindje në vendin tonë për periudhën 2005-2014.Ne konstatuam se numri i aborteve për këtë periudh ishte 77406 aborte.Në vitin 2006 ka qënë numri më i lartë i aborteve në vendin tonë 268 për 1000 lindje por ky raport është reduktuar me kalimin e viteve.

Grafiku 4.1.1 Paraqitja grafike *Lindjet dhe abortet 1994-2014*



* Ministria e Shëndetësisë[142] ** Buletini ISHP[143]

Kemi tendencë për ulje të numrit të lindjeve dhe aborteve nga viti në vit.Është evidentuar një rritje e madhe në vitin 1995 të numrit të aborteve por që nga viti 2004 është evidentuar një regres i aborteve nga viti në vit.

Në retrospektiv na rezultoi se në këto 21 vjet të survejuara janë kryer 295526 aborte në të gjithë vendin tonë dhe 977845 lindje.

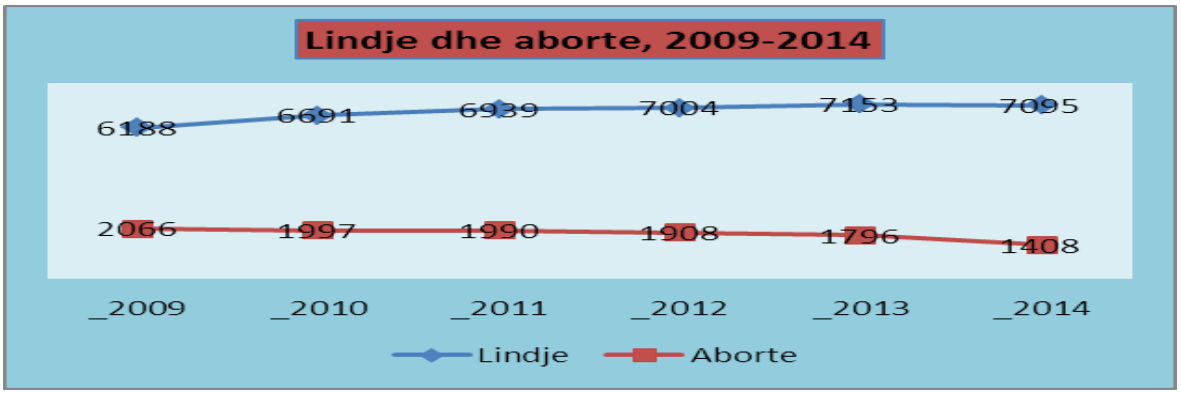
2 - Pjesa e dytë e studimit paraqet të dhënat epidemeologjike për lindjet dhe abortet periudha 2009-2014 në Qëndrën Spitalore Universitare Obsetrik-Gjinekologjik "Mbretëresha Geraldinë"

Tabela 4.2.1 Raporti *lindje abort* në vite krahasuar me ato në vend

Viti	Lindje Nr.	Sexio Nr.	Aborte Nr.	Raporti i Aborteve	Sexio %	Lindje AL Nr.	Aborte AL Nr.	Aborte AL (%)
2009	6188	2211	2066	3.0	35.7	34044	8139	25.4
2010	6691	2344	1997	3.4	35.0	33856	6919	28.9
2011	6939	2482	1990	3.5	35.8	34297	7042	28.3
2012	7004	2643	1908	3.7	37.7	34974	7846	24.3
2013	7153	2719	1796	4.0	38.0	33994	6638	27.1
2014	7095	2588	1408	5.0	36.5	35760	5563	25.3
Total	41070	14987	11165	3.7	36.5	206925	42147	26.5

Raporti lindje abort është shumë sinjifikant për studimin dhe vlera e $p < 0.001$. Ajo që vlen të theksohet në tabelën më sipër është tendenca e lartë e lindjeve me intervent S/C por që kjo është një fenomen i cili kërkon studime me të detajuara.

Grafiku 4.2.1 ***Lindjet dhe Abortet*** **në vlera absolute**



Ky grafik pasqyron trendin në rritje të numrit të lindjeve në institucionin që kemi marrë për studim dhe kemi një rënie në vite të numrit të aborteve.

Tabela 4.2.2 ***Raporti lindje abort*** **në Maternitetin "Mbretëresha Geraldinë"**

Viti	Lindje Nr.	%	Aborte Nr.	%
2009	6188	18.2	2066	25.4
2010	6691	19.8	1997	28.9
2011	6939	20.2	1990	28.3
2012	7004	20.0	1908	24.3
2013	7153	21.0	1796	27.1
2014	7095	19.4	1408	25.3

Raporti lindje abort në Maternitetin "Mbretëresha Geraldinë" është shumë sinjifaknt për studimin dhe vlera e $p < 0.001$. Evidentohet qartë se në Maternitetin "Mbretëresha Geraldinë" ndodhin një në pesë lindje dhe një në katër aborte të krahasuara me lindjet dhe abortet që kanë ndodhur në të gjithë vendin. Ndryshimi i numrit në vite është statistikisht sinjifikant dhe vlera e $p < 0.001$ për totalin e aborteve.

Tabela 4.2.3 Abortet M. Mbretëresha Geraldinë & M. Koco Glozheni

Vitet	M. Koco Glozheni Nr.	%	M. Mbreteresha Geraldine Nr.	%
2009	610	12.44%	2066	18.48%
2010	896	18.27%	1997	17.88%
2011	905	18.45%	1990	17.82%
2012	1009	20.57%	1908	17.08%
2013	754	15.39%	1796	16.08%
2014	729	14.88%	1408	12.66%
Totali	4903	100.00%	11165	100.00%

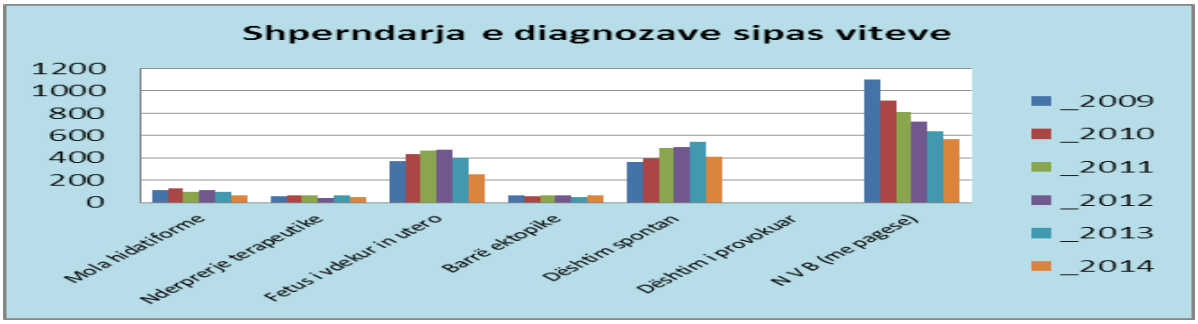
Në të dy maternitet totali i aborteve është 16068 dhe zënë pjesën dërmuese të aborteve në vend për periudhën e viteve 2009-2014.Raporti i aborteve që zënë janë përkatesisht 1 në 4 aborte ose 25% të aborteve në vend i zë M. Mbretëresha Geraldinë dhe vlera e p= 0.00026 dhe 1 në 9 aborte ose 12% të aborteve në vend i zë M. Koco Glozheni dhe vlera e p=0.00011.Ndryshimi i numrit në dy institucionet është statistikisht sinjifikant dhe vlera e p < 0.001 për totalin e aborteve.

Tabela 4.2.4 *Diagnozat e abortit* në vlera absolute sipas viteve të studimit

Kodi ICD-9	Diagnoza	Viti Nr. 2009	2010	2011	2012	2013	2014
630	Mola hidatiforme	110	130	99	114	98	68
631	Nderprerje terapeutike	60	66	66	42	64	46
632	Fetus i vdekur in utero	370	433	462	469	400	254
633	Barrë ektopike	63	57	65	63	52	62
634	Dështim spontan	360	395	491	494	542	409
636	Dështim i provokuar	2	0	0	0	0	0
635	N V B (me pagese)	1101	916	807	726	640	569
	Totali	2066	1997	1990	1908	1796	1408

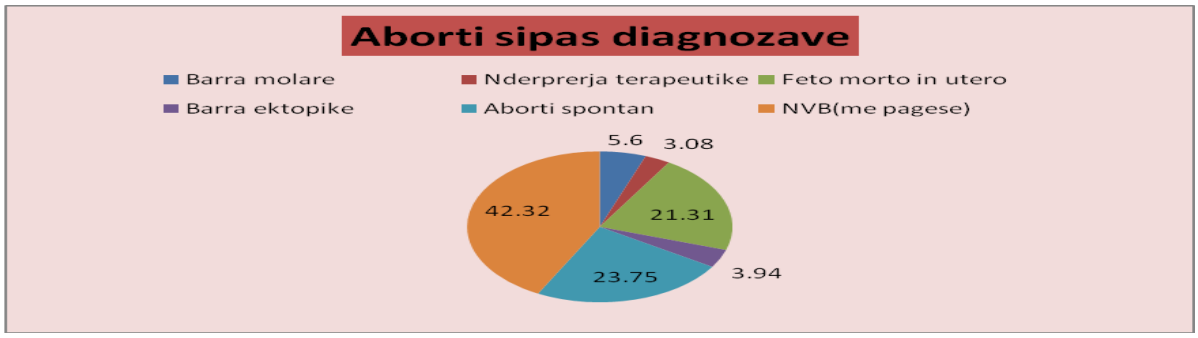
Kjo është tabela përmbledhëse e diagnozave.Kemi pasqyruar një përshkrim të ngarkesës që paraqet secila prej diagnozave dhe tregon se N V B (Ndërprerje Vullnetare e Barrës pa indikacion klinik) është fenomeni më i shpesht i ndodhur por që paraqet ulje të dukshme me kalimin e viteve.

Grafiku 4.2.2 ***Tendenca sipas diagnozave***



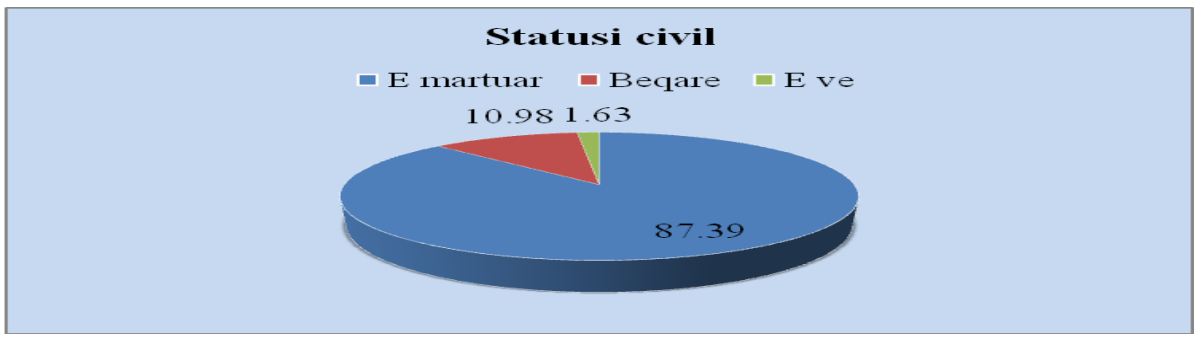
Janë tre diagnoza që kanë peshën kryesore të gjithë aborteve që ndodhin në këtë institucion. Diagnozat që përfshihen në nivele të larta të numrit të aborteve janë NVB (pa indikacion klinik),aborti spontan,feto morto inutero.Evidentohet qartë një rënje nga viti në vit e numrit të aborteve.Gjatë studimit u vu re një lidhje e rëndësishme statistikore ku vlera e $p < 0.001$ është shumë sinjifikative për totalin e aborteve. Ndryshimi i numrit të aborteve në vite është statistikisht sinjifikant.

Grafiku 4.2.3 Tendenca sipas diagnozave dhe *incidenca e abortit me %*



Në studimin tonë na rezultoi se incidenca më e lartë e diagnozave të abortit ishte NVB(Ndërprerja vullnetare e barrës pa indikacion klinik) me 42.32% të rasteve të totalit të aborteve për periudhën 2009-2014 ku totali është 11165 aborte.

Grafiku 4.2.4 ***Statusi civil i pacienteve me %***

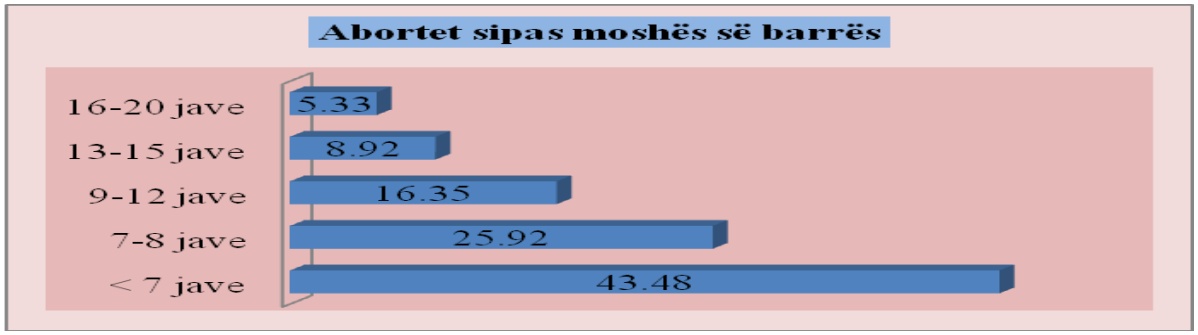


Në studimin tonë na rezultoi se pacientet e martuara zënë 87.39% të rasteve.Gjatë studimit nuk u vu re lidhje e rëndësishme statistikore për totalin e aborteve.

Tabela 4.2.5 Abortet sipas *moshës barrës*

Mosha	**e barrës**	**Diagnozat**	**e abortit**			
Javet	Barra Molare Nr. (%)	Ndërprerja Terapeutik Nr. (%)	Feto Morto Nr. (%)	Aborti Spontan Nr. (%)	NVB Nr. (%)	Barra Ektopike Nr. (%)
< 7	187(31.20)	174(50.58)	1028(43.04)	1104(41.02)	2249(47.46)	113(31.23)
7-8	83(24.60)	94(27.32)	797 (33.37)	746(27.72)	1106(23.24)	69(19.06)
9-12	49(23.90)	38 (11.04)	286 (11.97)	475(17.65)	908(19.01)	65(17.95)
13-15	152(13.40)	20 (5.81)	178 (7.45)	232(8.64)	351(7.27)	63(17.40)
16-20	148 (7.90)	18 (5.25)	99 (4.14)	134(4.97)	145(3.02)	52(14.36)
Totali	619(100.)	344(100.)	2388(100.)	2691(100.)	4759(100.)	362(100.)

Grafiku 4.2.5 Totali i aborteve sipas *moshës barrës me %*



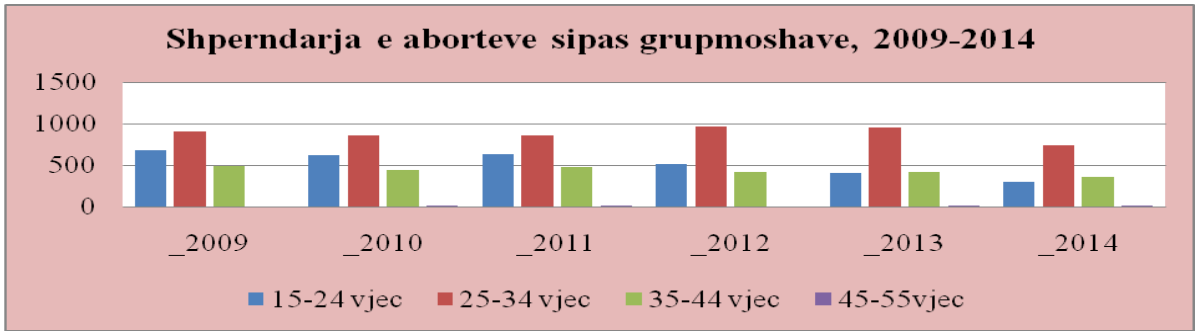
Ndryshimi i numrit sipas moshës gesacionale është statistikisht sinjifikant vlera e $p < 0.001$ për totalin e aborteve ajo që mbart peshën kryesore është < 7 javë.

Tabela 4.2.6 Totali i aborteve dhe *grupmosha* e pacienteve

Viti	**Totali**	**15-24 vjec**		**25-34 vjec**		**35-44 vjec**		**45-55vjec**	
	Nr.	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
2009	2066	675	32.7	902	43.7	484	23.4	5	0.2
2010	1997	620	31.04	854	42.8	440	22	15	0.8
2011	1990	634	31.9	859	43.2	477	24	20	1
2012	1908	514	26.9	970	50.8	415	21.8	9	0.5
2013	1796	408	22.7	956	53.2	420	23.4	12	0.7
2014	1408	301	21.4	736	52.3	356	25.3	15	1.1
Total	11165	3152	28.23	5277	47.26	2592	23.22	76	0.7

Në studimin tonë u konstatua se ndryshimi i numrit të aborteve në vite është statistikisht sinjifikant ku vlera e $p < 0.001$ për totalin e aborteve.Ajo që vlen të përmendet nga studimi ynë është tendenca në regres e numrit të aborteve nga viti në vit.

Grafiku 4.2.6 Ndarja *në vite sipas grupmoshave* të pacienteve



Grupmosha me numrin më të lartë të aborteve ishte 25-34 vjeç me 47.26% dhe në 2012 kishte numrin më të lartë të aborteve me 970 raste ose 50.8%.

Tabela 4.2.7.*Tabela përmbledhëse* e aborteve sipas *diagnozave dhe grupmoshave*

Kodi_Diagnoza	Viti	15-24 vj.	%	25-34 vj.	%	35-44 vj.	%	45-55vj.	%	Total
630 Mola hidatiforme	2009	43	39.1	47	42.7	20	18.2	0	0.0	110
	2010	51	39.2	49	37.7	26	20.0	4	3.1	130
	2011	47	47.5	33	33.3	17	17.2	2	2.0	99
	2012	31	27.2	61	53.5	20	17.5	2	1.8	114
	2013	24	24.5	58	59.2	16	16.3	0	0.0	98
	2014	20	29.4	35	51.5	13	19.1	0	0.0	68
631 Nd. terapeutike	2009	26	43.3	26	43.3	8	13.3	0	0.0	60
	2010	33	50.0	29	43.9	3	4.5	1	1.5	66
	2011	37	56.1	22	33.3	7	10.6	0	0.0	66
	2012	18	42.9	19	45.2	5	11.9	0	0.0	42
	2013	21	32.8	39	60.9	4	6.3	0	0.0	64
	2014	18	39.1	21	45.7	6	13.0	1	2.2	46
632 Fetus i vdekur in utero	2009	149	40.3	151	40.8	70	18.9	0	0.0	370
	2010	158	36.5	204	47.1	67	15.5	4	0.9	433
	2011	152	32.9	223	48.3	80	17.3	7	1.5	462
	2012	142	30.3	238	50.7	87	18.6	2	0.4	469
	2013	106	26.5	218	54.5	73	18.3	3	0.8	400
	2014	62	24.4	141	55.5	48	18.9	3	1.2	254
633 Barrë ektopike	2009	21	33.3	30	47.6	12	19.0	0	0.0	63
	2010	16	28.1	31	54.4	10	17.5	0	0.0	57
	2011	13	20.0	37	56.9	15	23.1	0	0.0	65
	2012	20	31.7	28	44.4	14	22.2	1	1.6	63
	2013	12	23.1	27	51.9	13	25.0	0	0.0	52
	2014	13	21.0	39	62.9	10	16.1	0	0.0	62

634 Dështim spontan	2009	150	41.7	154	42.8	51	14.2	5	1.4	360
	2010	144	36.5	178	45.1	70	17.7	3	0.8	395
	2011	171	34.8	223	45.4	90	18.3	7	1.4	491
	2012	140	28.3	272	55.1	78	15.8	4	0.8	494
	2013	136	25.1	280	51.7	121	22.3	5	0.9	542
	2014	82	20.0	223	54.5	95	23.2	9	2.2	409
635 N V B	2009	285	25.9	493	44.8	323	29.3	0	0.0	1101
	2010	218	23.8	432	47.2	264	28.8	2	0.2	916
	2011	214	26.5	321	39.8	268	33.2	4	0.5	807
	2012	163	22.5	352	48.5	211	29.1	0	0.0	726
	2013	109	17.0	334	52.2	193	30.2	4	0.6	640
	2014	106	18.6	277	48.7	184	32.3	2	0.4	569

Tabela 4.2.7. kemi paraqitur në vlerë absolute dhe në përqindje diagnozat e abortit.Si për moshën e pacienteve edhe për ndryshimin e numrit total sipas viteve ku evidentohet se ka ndryshim i cili është statistikisht sinjifikativ.Në të dy rastet vlera p < 0.001.

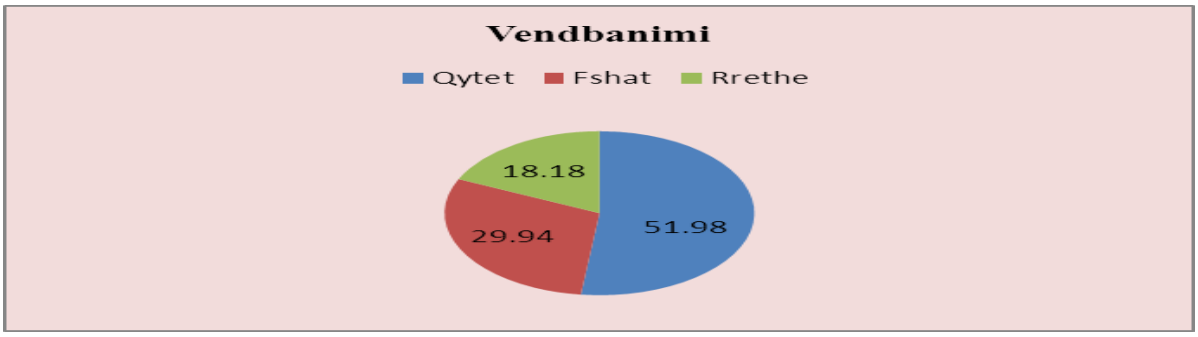
Tabela 4.2.8.*Tabela përmbledhëse* e aborteve sipas *diagnozave dhe vendbanimit*

Kodi_Diagnoza	Viti	Gjithesej	Qytet	Fshat	Rrethe
630_Mola hidatiforme	_2009	110	61	26	23
	_2010	130	73	39	18
	_2011	99	46	33	20
p < 0.001	_2012	114	55	43	16
	_2013	98	42	38	18
	_2014	68	23	17	28
631_Nderprerje terapeutike	_2009	60	29	16	15
	_2010	66	27	18	31
	_2011	66	26	17	23
p > 0.05	_2012	42	20	15	7
	_2013	64	23	13	28
	_2014	46	13	17	16
632_Fetus i vdekur in utero	_2009	370	204	113	53
	_2010	433	230	144	59
	_2011	462	248	139	77
p < 0.001	_2012	469	232	164	73
	_2013	400	201	133	66
	_2014	254	83	56	115
633_Barrë ektopike	_2009	63	25	21	17
	_2010	57	35	12	10
	_2011	65	43	7	15
p > 0.05	_2012	63	35	13	15
	_2013	52	23	11	18

	_2014	62	13	18	31
634_Dështim spontan	_2009	360	188	130	42
	_2010	395	198	146	51
	_2011	491	257	170	64
p > 0.05	_2012	494	269	171	54
	_2013	542	276	180	86
	_2014	409	140	55	214
635_N V B (me pagese)	_2009	1101	659	348	94
	_2010	916	567	284	65
	_2011	807	470	269	68
p < 0.001	_2012	726	426	230	70
	_2013	640	401	183	56
	_2014	569	141	54	374

Si për vendbanimin e pacienteve edhe për ndryshimin e numrit total sipas viteve evidentohet ndryshim statistikisht sinjifikativ dhe vlera p < 0.001.

Grafiku 4.2.7. *Vendbanimi* i pacienteve

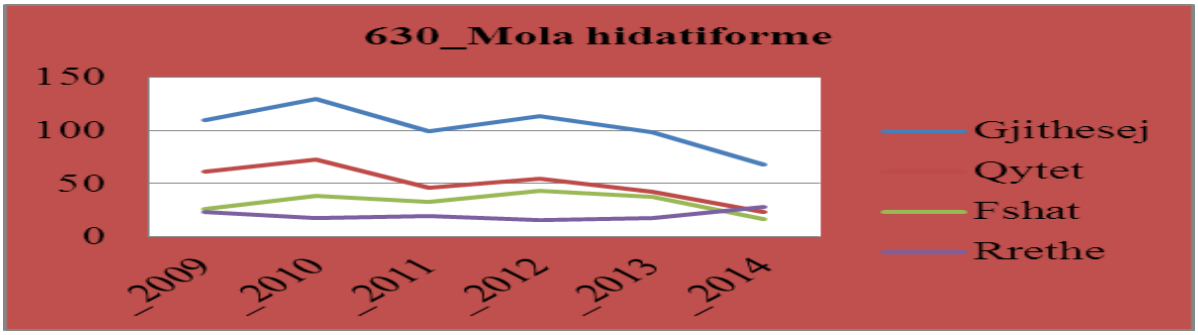


Në studimin tonë na rezultoi se vend kryesor zënë pacientet nga rrethet me 51.98%

Diagnozat e aborteve të studiuara sipas diagnozës së abortit secilën prej tyre

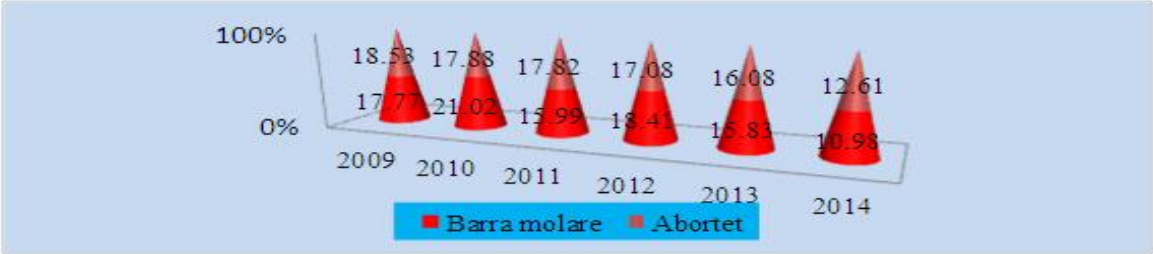
4.2.4.1 *Mola hidatiforme*

Grafiku 4.2.4.1a Mola hidatiforme sipas *vendbanimit*



Në studimin tonë është krahasuar si ka qënë numri i aborteve mes grupmoshave të ndryshme me totalin e aborteve të njëjtit vit.Mola hidatiforme, është sinjifikante me vlerë e p < 0.001. Vlen të theksohet rënia afërsishtë ½ e rasteve të pacienteve me molë në 2014 e cila paraqitet me 68 raste evidentohet shtim i numrit të pacienteve nga rrethet.

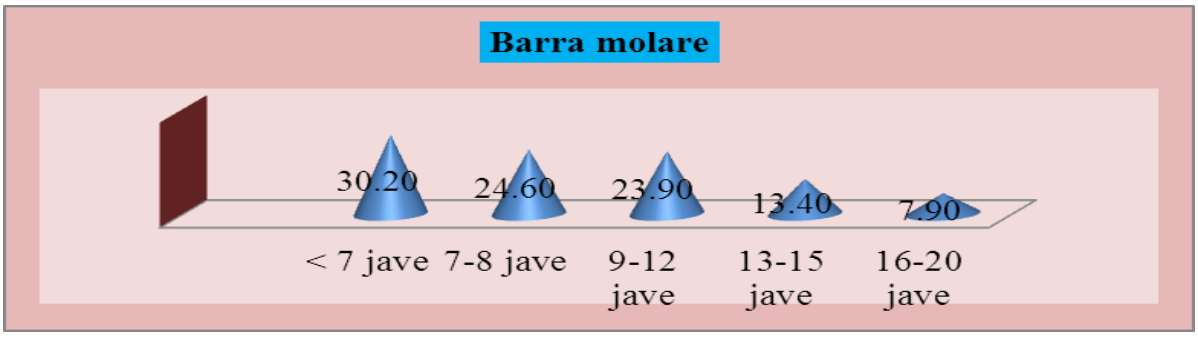
Grafiku 4.2.4.1b *Barra molare* në krahasim me abortin në vite



Na rezultoi që incidenca e barrës molare është 5.6 % për abortet e kryera nga 2009-2014 ose raporti që zë barra molare në krahasim me abortet është 1 në 18 aborte.

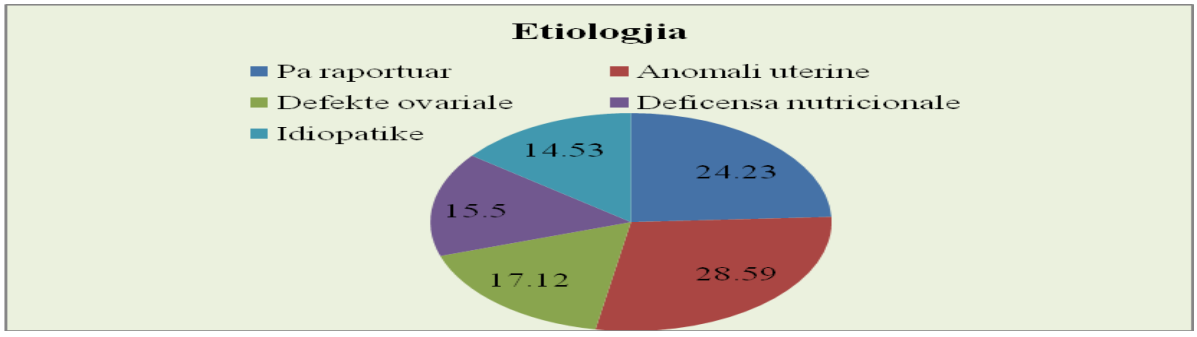
Për rëndësin që paraqet kjo diagnozë e cila ka mundësi malinjizimi kemi studiuar faktorin etiologjik dhe klinikën e Barrës Molare

Grafiku 4.2.4.1c Barra Molare sipas *javëve të barrës me %*



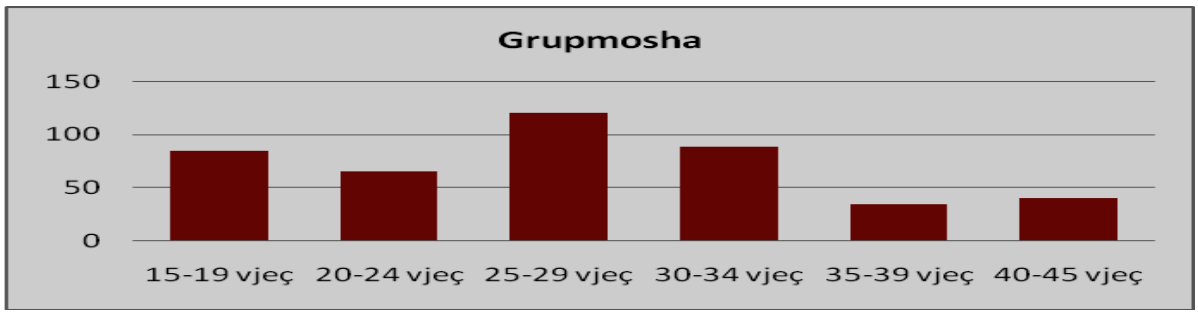
Na rezultoi se frekuencën më të lartë e mbajnë shtatzanitë e ndërprera më barrë molare <7 javë me 30.20 % është sinjifikant për studimin tonë vlera e p = 0.0005

Grafiku 4.2.4.1d *Etiologjia* e Barrës Molare me %



Anomalit uterine predominojnë te faktori etiologjik i barrës molare me 28.59 % rasteve.

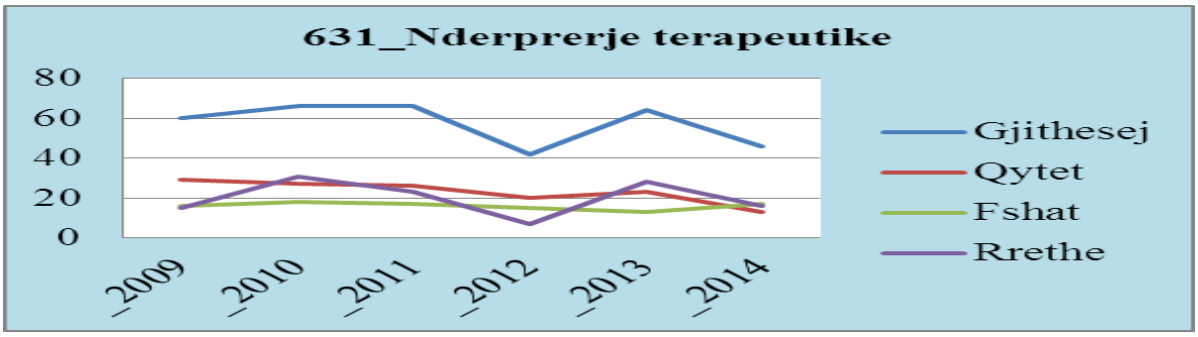
Grafiku 4.2.4.1e *Grupmosha* e pacienteve me barrë molare



Grupmosha më e prekshme nga fenomeni i barrës molare është 25-29 vjeç me 31.8% të rasteve.Por ajo që shohim është se kemi një numër të konsiderueshëm në grupmoshën 15-19 vjeç me 19.2% të totalit të rasteve me barrë molare.

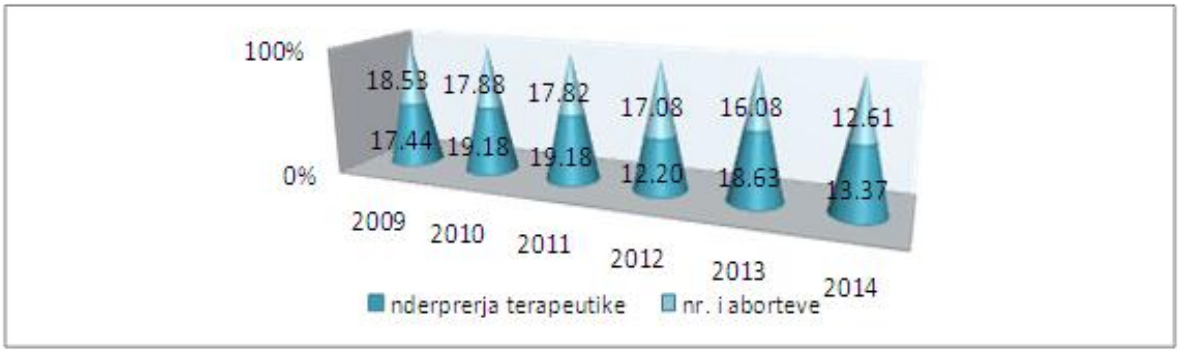
4.2.4.2 *Ndërprerja terapeutike*

Grafiku 4.2.4.2a Ndërprerja terapeutike sipas *vendbanimit*



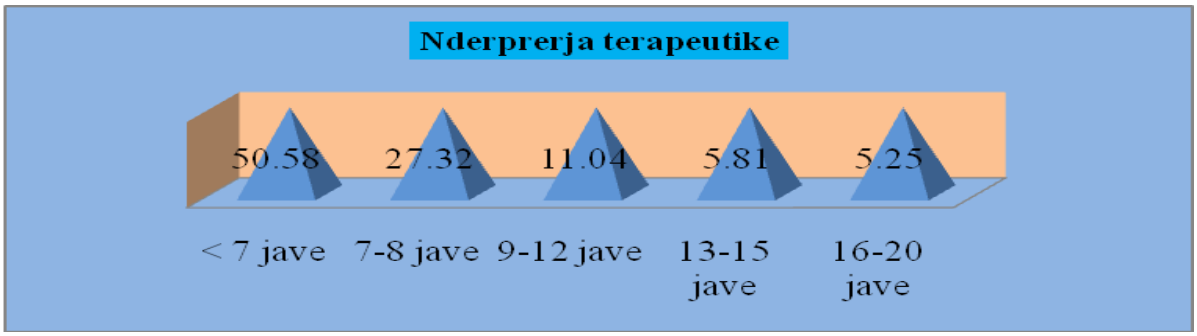
Ndërprerje terapeutike, me kodin 631 në studimin tonë nuk është vërejtur ndonjë sinjifikancë e madhe ku vlera e p > 0.05dhe përqindjen më të ulët e ka patur në vitin 2012 me 42 raste.Përqindjen më të lartë e ka grupmosha 25-34 vjeç me 60.9% në vitin 2013 dhe përqindjen më të ulët kjo grupmoshë e ka patur në vitin 2012 me 42.9% .

Grafiku 4.2.4.2b Ndërprerja terapeutike me abortet në vite



Nga të dhënat që kemi mbledhur na rezultoi që incidenca e ndërprerjes terapeutike nga viti 2009-2014 është 3.08% për abortet nga 2009-2014 ose 1 në 33 aborte në SUOGJ "Mbretëresha Geraldinë".

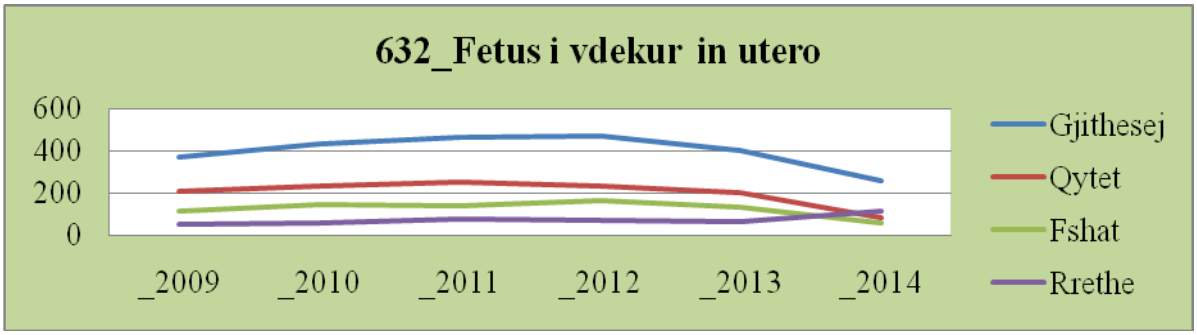
Grafiku 4.2.4.2c Ndërprerja terapeutike *sipas javëve të barrës me %*



Mosha gravidare e cila paraqet vlerat më të larta është < 7 javë me 50.58% dhe është sinjifikante për studimin ku vlera e p= 0.00030

4.2.4.3 *Fetus i vdekur in utero*

Grafiku 4.2.4.3a Fetus i vdekur in utero sipas *vendbanimit*

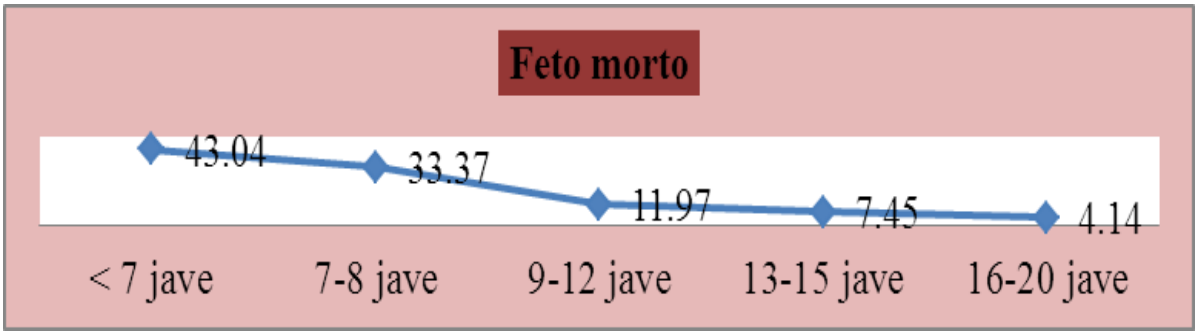


Fetus i vdekur in utero, me kodin 632 u konstatua një lidhje e rëndësishme statistikore dhe vlera e p < 0.001 është sinjifikante.Vlerat më të larta i ka patur në 2012 me 469 raste dhe vlerat më të ulëta në 2014 me 254 raste.Përqindjen më të lartë e zë grupmosha 25-34 vjeç në vitin 2012 me 50.7% të rasteve.

Grafiku 4.2.4.3b Feto morto me abortet

Incidenca e diagnozës feto morto inutero është 21.31% ose raporti që zë kjo diagnozë me abortet paraqitet 1 në 47 aborte për totalin e aborteve për 2009-2014.

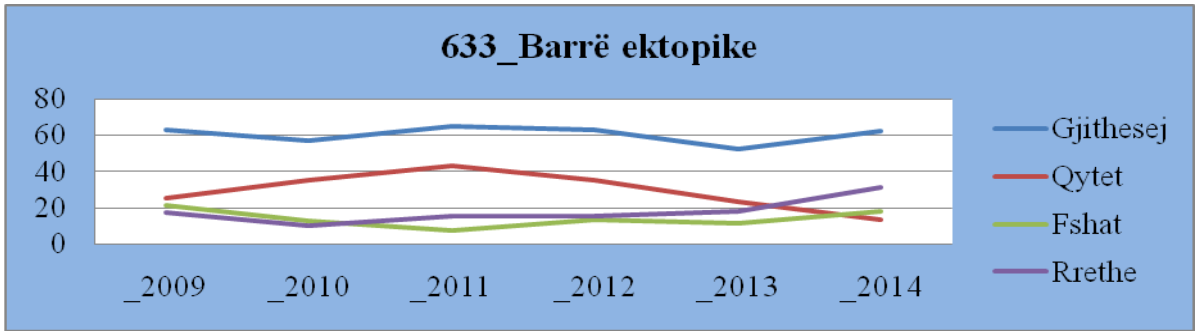
Grafiku 4.2.4.3c Feto morto in utero sipas *javëve* të barrës



Mosha me < se 7 javë zë përqindjen më të lartë të feto morto in utero me 43.04% është sinjifkant për studimin dhe vlera e p = 0.00021

4.2.4.4 *Barra ektopike*

Grafiku 4.2.4.4a Barra ektopike sipas *vendbanimit*



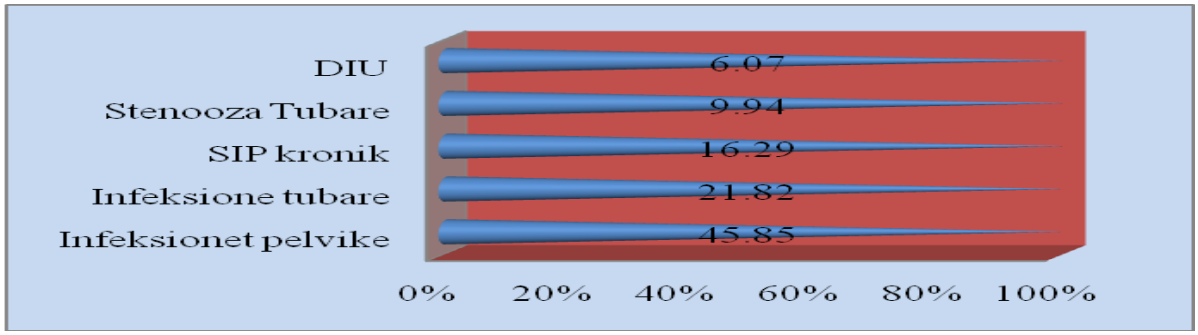
Barra ektopike me kodin 633, nuk u vu re ndonjë diferencë e rëndësishme statistikore dhe vlera e p > 0.05.Në vitin 2013,2014 kemi shtim të fluksit të pacienteve nga rrethet.

Grafiku 4.2.4.4b Barra ektopike me abortet

Në barrën ektopike në maternitetin "Mbretëresha Geraldinë" incidenca është 3.94% për totalin e aborteve ose 1 në 31 aborte të kryera në këtë institucion.

Për rëndësin që paraqet kjo diagnoz e abortit kemi studiuar faktorin etiologjik të Barrës Ektopike

Grafiku 4.2.4.4c Barra ektopike sipas *faktorit etiologjik*



Në etiologjin e Barrës Ektopike na rezultoi se në 362 kartela të survejuara ato që zënë përqindjen më të lartë janë infeksionet pelvike me 45.85% të rasteve.Përqindjen më të ulët e zënë pacientët të cilat kanë vendosur DIU (Dispozitiv Intra Uterin) me 6.07%.

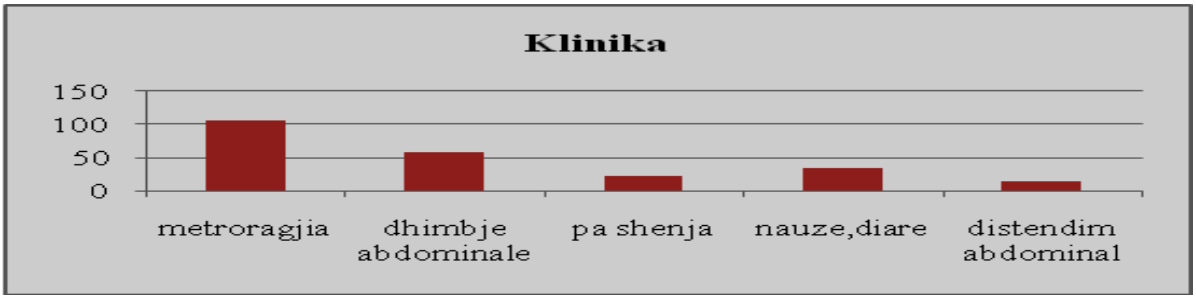
Tabela 4.2.9 Barra ektopike sipas *faktorit etiologjik dhe grupmoshës*

Grupmosha		Infeksionet pelvike	Infeksione tubare	SIP kronik	Stenoza Tubare	DIU
15-19 vjeç	Nr.	26	8	4	1	5
	%	19.54	10.12	6.77	1.78	14.28
20-24 vjeç		12	4	10	17	4
		9.02	5.06	16.96	30.35	11.42
25-29 vjeç		41	29	10	16	8
		30.85	36.73	16.96	28.58	22.85
30-34 vjeç		31	21	27	16	9
		23.30	26.58	45.76	28.58	25.75

35-39 vjeç	17	10	3	2	1
	12.78	12.65	5.08	3.57	2.85
40-45 vjeç	6	7	5	4	8
	4.51	8.86	8.47	7.14	22.85
	133	79	59	56	35
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

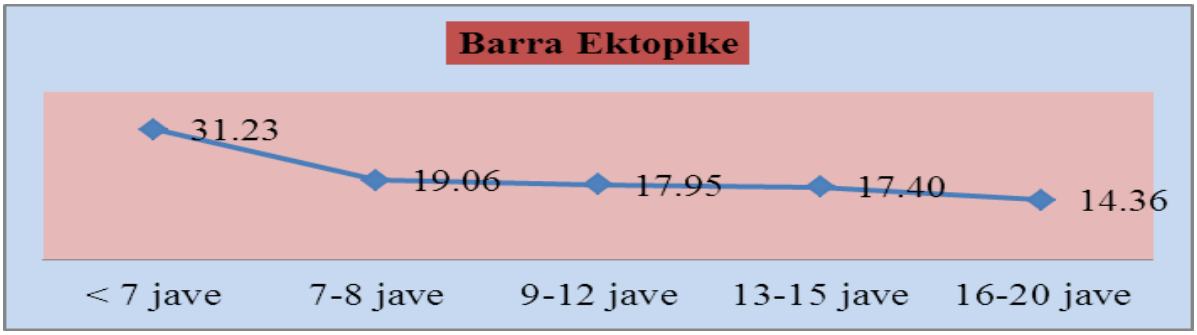
Në studim na rezultoi se grupmosha më e prekshme nga ky fenomen është 25-29 vjeç me 36.73% të rasteve paciente të cilat kishin si etiologji infeksionet pelvike.

Grafiku 4.2.4.4d *Klinika* e Barrës Ektopike



Kemi konstatuar se shumica dhe përqindja më e madhe e pacienteve me Barrë ektopike paraqesin si shenjë kryesore metroragjin me 45.1% të rasteve.

Grafiku 4.2.4.4e Barra Ektopike sipas javëve të barrës me %



Në studim u vure një korrelacion mes moshës gravidare dhe diagnozës së Barrës Ektopike është sinjifkant për studimin dhe vlera e p = 0.00032

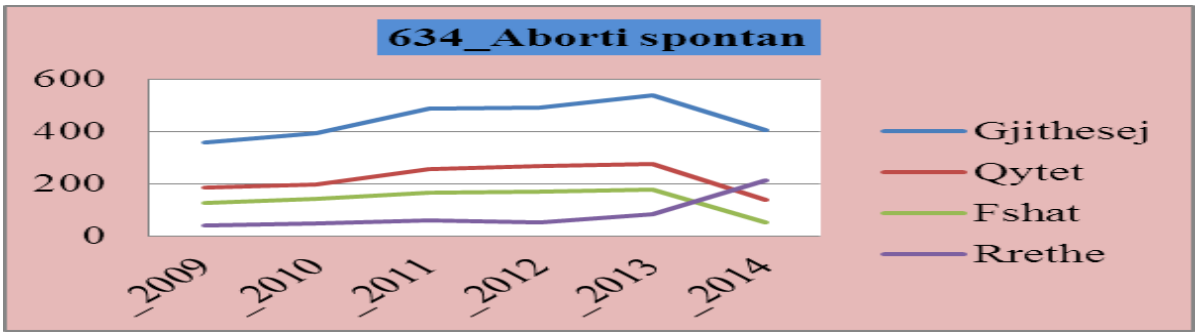
Tabela 4.2.10 ***Grupmosha në raport me klinikën***

Grupmosha		metroragjia	dhimbje abdominale	pa shenja	nauze,diare	distendim abdominal
15-19 vjeç	Nr.	20	9	4	3	4
	(%)	14.79	11.39	12.5	6.66	18.18
20-24 vjeç		15	10	3	10	8
		10.49	12.65	9.37	22.26	36.36
25-29 vjeç		35	28	13	7	6
		25.54	35.44	40.63	15.55	27.28
30-34 vjeç		46	20	2	13	4
		33.87	25.34	6.25	28.88	18.18
35-39 vjeç		10	6	8	4	0
		7.29	7.59	25	8.88	0.0
40-45 vjeç		11	6	2	8	0
		8.02	7.59	6.25	17.77	0.0
Totali	Nr. (%)	137(100.0)	79(100.0)	32(100.0)	45(100.0)	22(100.0)

Grupmosha më e prekshme në Barrën Ektopike është 30-34 vjeç me një përqindje 33.87 % të rasteve të studjuara me shenjë kryesore metroragjin.

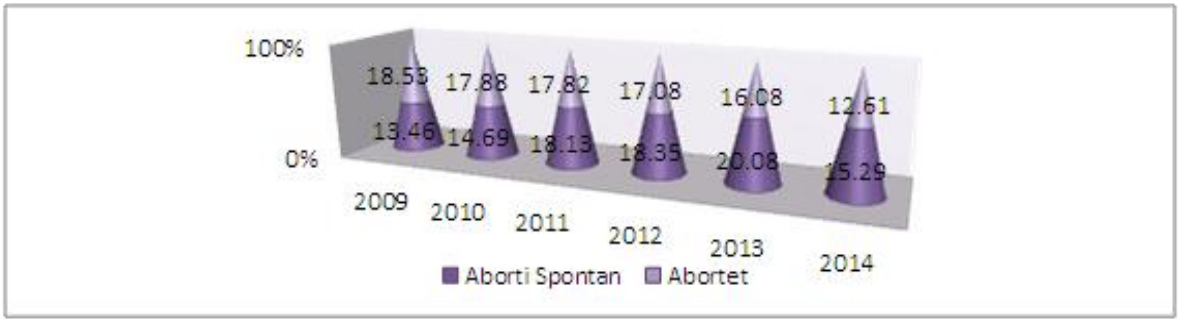
4.2.4.5 *Aborti spontan*

Grafiku 4.2.4.5a Aborti spontan sipas *vendbanimit*



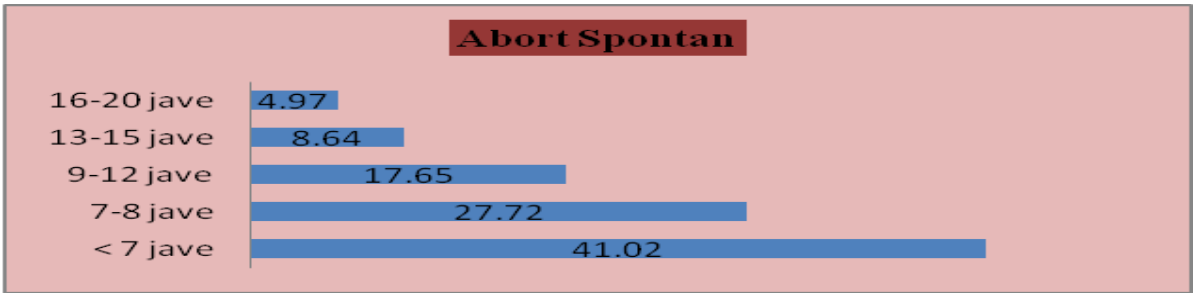
Aborti spontan me kodin 634 nga studimi nuk u vu re ndonjë diferencë e rëndësishme statistikore ku vlera e p > 0.05 edhe këtu pasqyrohet qartë shtimi i pacienteve me abort spontan nga rrethet.Në abortin spontan paraqitet grupmosha 25-34 vjeç me shifra të larta me 51.7% të rasteve në vitin 2013 dhe vlerën më të ulët në 2009 me 42.8% të rasteve.

Grafiku 4.2.4.5b Aborti spontan me numrin e aborteve në vite



Incidenca e abortit spontan në maternitetin "Mbretëresha Geraldinë" është 23.75% për abortet e kryera ose 1 në 41 aborte të kryera në këtë institucion

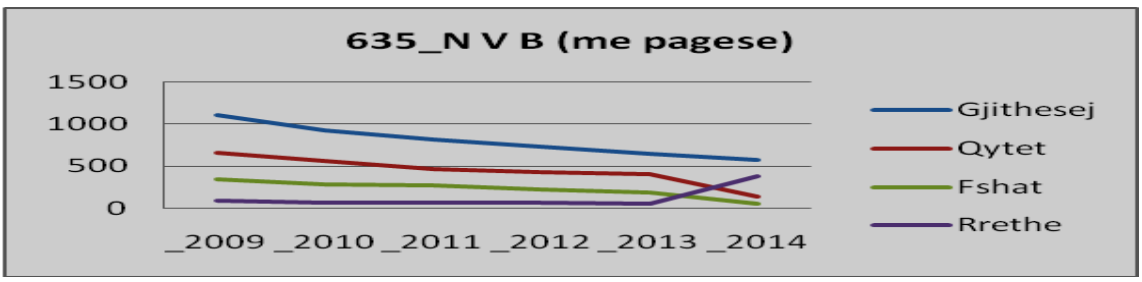
Grafiku 4.2.4.5c Aborti spontan sipas *javëve* të barrës me %



Numrin më të lartë të aborteve spontane e zënë ato me më < se 7 javë 41.02% dhe vlera e p= 0.00024

4.2.4.6 *NVB (pa indikacion klinik)*

Grafiku 4.2.4.6a NVB (pa indikacion klinik)sipas *vendbanimit*

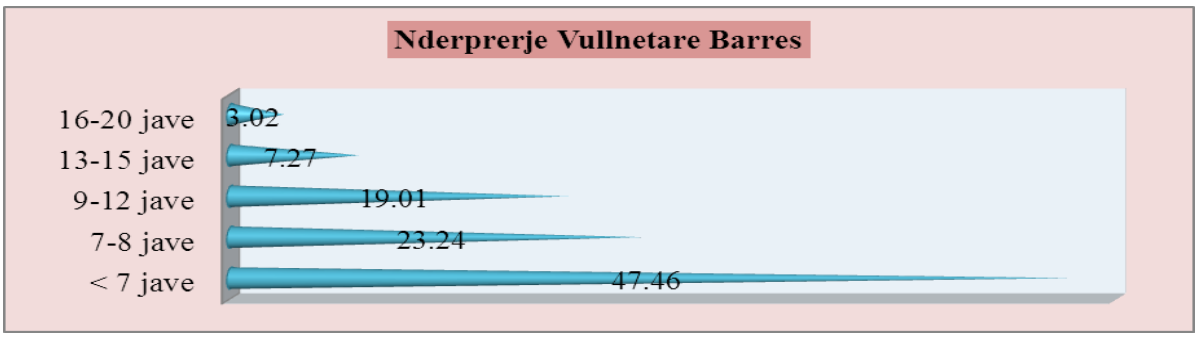


N V B (Ndërprerja Vullnetare e Barrës pa indikacion klinik), është sinjifikante për studimin tonë dhe vlera e p < 0.001.Është diagnoza e cila paraqet dhe numrin më të lartë të rasteve për periudhën 2009-2014 e krahasuar me ç'do diagnozë të abortit në vitin 2009 kishte 1101 raste me NVB dhe paraqitet grupmosha 25-34 vjeç me vlerat më të larta në vitin 2009 me 44.8%

Grafiku 4.2.4.6b NVB (pa indikacion klinik) me abortet në vite

Në institucionin tonë NVB (pa indikacion klinik) zë përqindjen dhe incidenca e saj është 42.32% për periudhën 2009-2014 ose raporti është 1 në 24 aborte.

Grafiku 4.2.4.6c NVB (pa indikacion klinik) *sipas javëve të barrës me %*



Na paraqitet numri më i lartë i rasteve <7 javë me 47.46% dhe vlera e p = 0.00042

4.2.7 Sipas kodifikimit të ICD- 9 Dështim i provokuar ose me kodin 636 kapatur vetëm 2 raste të paraqitura në 2009.

4.3 *Pjesa e 3-të e studimit paraqet ndikimi i abortit në statusin psikologjik të pacienteve*

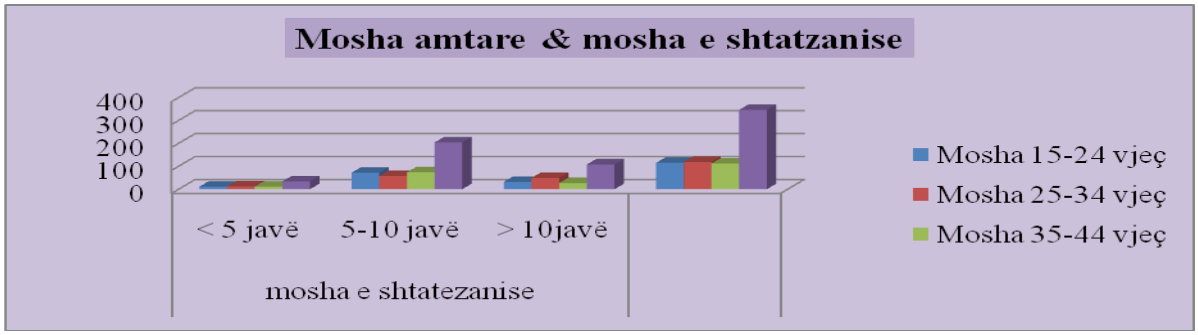
Kemi realizuar një pyetësor për të parë nëse femrat të cilat i nënshtrohen proçedurës së abortit paraqesin gjendje emocionale negative të ankthit pas abortit për të vlerësuar reagimin mes statusit psikologjik dhe abortit dhe informimi mbi metodat e planifikimit familjar dhe proçedurës së abortit.

Tabela 4.3.1 ***Mosha e gruas dhe mosha e shtatzanisë***

Mosha e gruas	**Mosha e shtatzanisë**			**Total**
	< 5 javë Nr. (%)	5-10 javë Nr. (%)	> 10 javë Nr. (%)	Nr. (%)
15-24 vjeç	11(3.17)	72(20.82)	32(9.24)	115(33.23)
25-34 vjeç	12(3.46)	58(16.76)	49(14.16)	119(34.39)
35-44 vjeç	11(3.17)	74(21.38)	27(7.80)	112(32.36)
Total	34(9.80)	204(58.97)	108(31.21)	346(100.00)

Grupmosha me frekuencë më të lartë në këtë studim është 35-44 vjeç me 74 raste ku mosha e gravidancës kur është kryer aborti ka qënë 5-10 javë.

Grafiku 4.3.1 ***Raporti i moshës së femrës me moshën e shtatzanisë***



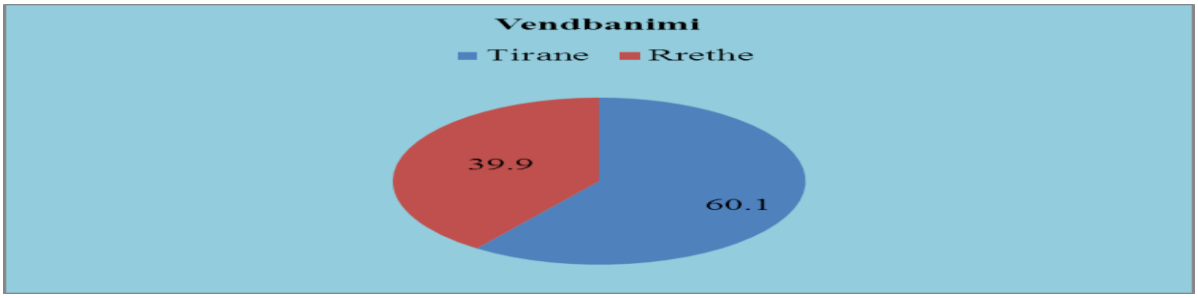
Në studimin tonë na rezultoi se mosha amtare është faktor sinjifikant për moshën e abortit dhe vlera e $\chi 2$ ($p = 0.053$).Grupmoshat 15-24 vjeç dhe 35-44 vjeç hezitojnë të abortojnë kur mosha e shtatzanisë është e madhe.

Tabela 4.3.2 ***Statusi Civil në raport me vendbanimin***

		Vendbanimi Nr.(%)		**Total**
		Rrethe	Tiranë	
Statusi Civil	Beqare	33(9.54)	68(19.65)	101(29.19)
	E matuar	93(26.87)	133(38.44)	226(65.31)
	E ve	12(3.47)	7(2.02)	19(5.49)
Total		138(39.89)	208(60.11)	346(100)

U konstatua një lidhje e rëndësishme statistikore ndërmjet statusit civil dhe vendbanimit ku evidentohet se gratë e veja vijnë më shumë nga rrethet dhe vlera e χ^2 është $p< 0.05$.

Grafiku 4.3.2 *Vendbanimi* në kohën kur është kryer aborti



Rreth 60.1% e pacienteve të cilat janë përfshirë në pyetësor dhe i janë nënshtruar proçedurës së abortit janë nga Tirana.

Tabela 4.3.3 *Arsimimi* në kohën kur është kryer aborti

Arsimimi në kohën kur është kryer aborti	Frequenc	Përqindje (%)
I ulët	150	43.4
I mesëm	134	38.7
I lartë	62	17.9
Total	346	100.0

Përqindjen më të madhe të femrave të intervistuara e zënë ato me arsim të ulët 43.4%.

Tabela 4.3.4 *Statusi Civil* në kohën kur është kryer aborti

Statusi Civil në kohën kur është kryer aborti	Frekuenc	Përqindje(%)
Beqare	101	29.2
E matuar	226	65.3
E ve	19	5.5
Total	346	100.0

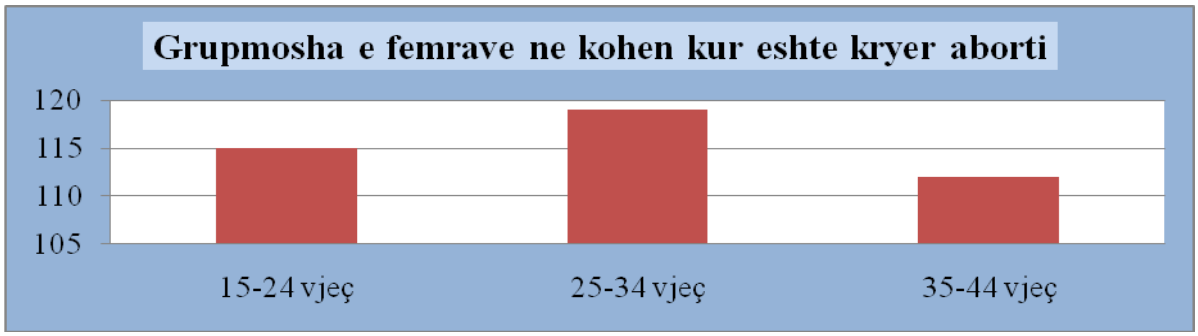
Nga studimi na rezultoi se numrin më të lartë të pacienteve që i janë nështruar abortit e zënë ato me status civil të martuara me 65.3% të rasteve.

Tabela 4.3.5 *Konsumimi i duhanit dhe alkolit*

Keni filluar të konsumoni duhan pas abortit	Frekuenca	Përqindje{%}
Jo	181	52.3
Po	165	47.7
Total	346	100.0
Keni filluar të konsumoni alkol pas abortit	Frekuenca	Përqindje{%}
Jo	280	80.9
Po	66	19.1
Total	346	100.0

Femrat të cilat kanë filluar të konsumojnë duhanpirjen pas proçedurës së abortit janë rreth 47.7% shifër kjo e konsiderueshme për të bërë hulumtime edhe në studime më të detajuara.Femrat që kanë filluar të konsumojnë alkol pas abortit janë 19.1%.

Grafiku 4.3.3 *Mosha e femrave* kur është kryer aborti

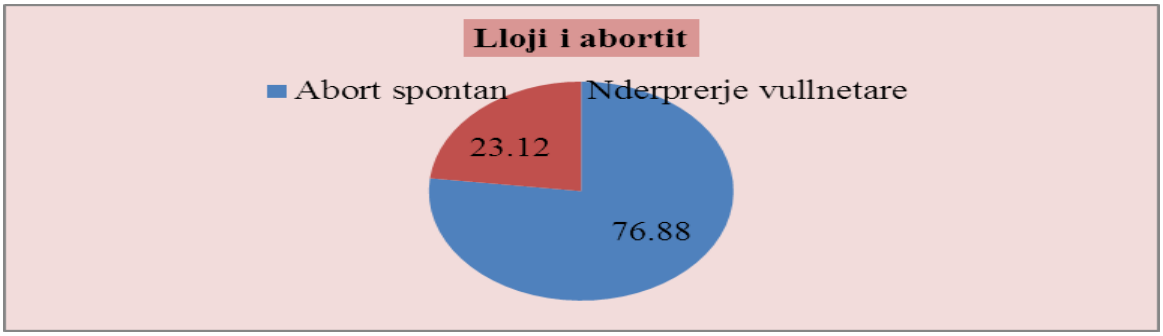


Në studim na rezultoi se mosha e femrave në kohën në të cilën është kryer aborti dhe ka përqindjen më të lartë e zë grupmosha 25-34 vjeç me 34.4% të rasteve por edhe grupmosha 15-24 vjeç ka një përqindje të konsiderueshme me 33.2%.

Tabela 4.3.6 *Frekuenca e moshës së shtatzanis, lindje aborte*

Mosha e shtatzanisë në kohën kur është kryer aborti	Frekuenca	Përqindja(%)
< 5 javë	34	9.8
5-10 javë	204	59.0
> 10javë	108	31.2
Total	346	100.0
Nr aborteve në kohën kur është kryer aborti	Frekuenca	Përqindja(%)
0	113	32.7
1	135	39.0
2	70	20.2
3	28	8.1
Total	346	100.0
Nr fëmijëve në kohën kur është kryer aborti	Frekuenca	Përqindja(%)
0	124	35.8
1	57	16.5
2	83	24.0
3	82	23.7
Total	346	100.0

Grafiku 4.3.4 *Lloji i abortit me %*



Në studim na rezultoi se ka një sinjifikancë mes ndërprerjes vullnetare të barrës dhe statusit psikologjik ku rezultoi se vlera e p < 0.05 pra femrat paraqesin nivele të ankthit edhe kur kemi ndërprerje vullnetare të barrës.

Tabela 4.3.7 *Simptoma të gjendjes psikologjike negative(ankth)*

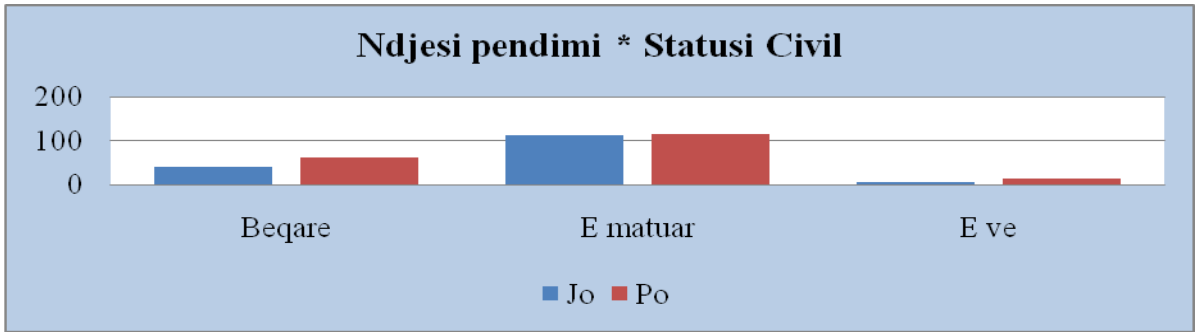
Ndjesi frike,fatkeqësie,frikë për humbje kontrrolli	Frekuenca	Përqindja(%)
Normal	137	39.6
Prani e ankthit	209	60.4
Total	346	100.0
Amnezi (humbje kujtese)	Frekuenca	Përqindja(%)
Normal	305	88.2
Prani e ankthit	41	11.8
Total	346	100.0
Humbje interesi(nervozizëm)	Frekuenca	Përqindja(%)
Normal	259	74.9
Prani e ankthit	87	25.1
Total	346	100.0
Shmangie nga persona të tjerë	Frekuenca	Përqindja(%)
Normal	263	76.0
Prani e ankthit	83	24.0
Total	346	100.0
Ndjesi pendimi	Frekuenca	Përqindja(%)
Normal	156	45.1
Prani e ankthit	190	54.9
Total	346	100.0
Të qara	Frekuenca	Përqindja(%)
Normal	226	65.3

Prani e ankthit	120	34.7
Total	346	100.0
Çrregullime të gjumit,ushqimit	Frekuenca	Përqindja(%)
Normal	172	49.7
Prani e ankthit	174	50.3
Total	346	100.0
Vizit psikologu	Frekuenca	Përqindja(%)
Normal	293	84.7
Prani e ankthit	53	15.3
Total	346	100.0

Tabela 4.3.8 ***Njohurit mbi abortin(mendimin) ndikimi i partnerit dhe seksi i fëmijës***

Keni marre njohuri rreth risqeve të proçedurës	Frekuenca	Përqindja(%)
Jo	247	71.4
Po	99	28.6
Total	346	100.0
Aborti konsiderohet moralish i gabuar ?	Frekuenca	Përqindja(%)
Jo	71	20.5
Po	275	79.5
Total	346	100.0
A mendoni se partneri ka rol në abort	Frekuenca	Përqindja(%)
Jo	68	19.7
Po	278	80.3
Total	346	100.0
A ndikon seksi i fëmijës mashkull në vendimin e abortit?	Frekuenca	Përqindja(%)
Jo	227	65.6
Po	119	34.4
Total	346	100.0
Mosha në kohën kur është kryer aborti	Frekuenca	Përqindja(%)
15-24 vjeç	115	33.2
25-34 vjeç	119	34.4
35-44 vjeç	112	32.4
Total	346	100.0

Grafiku 4.3.5 Vlerësimi i lidhjes mes *ndjesis së pendimit dhe statusit civil*



Tek beqaret dhe tek gratë e veja ka më shumë femra të penduara për abortin që kanë kryer kurse te femrat e martuara nuk kemi shifër të lartë të rasteve me ndjesi pendimi dhe vlera e $\chi 2$ ka rezultuar p = 0.06.

Tabela 4.3.9 Vlerësimi i lidhjes *mes ndjesis së pendimit dhe nivelit arsimor*

	Arsimimi			**Total**
Ndjesi pendimi	I ulët Nr. (%)	I mesëm Nr.(%)	I lartë Nr. (%)	Nr. (%)
Jo	61(17.63)	68(19.65)	27(7.81)	156(45.09)
Po	89(25.72)	66(19.08)	35(10.11)	190(54.91)
Total	150 (43.35)	134(38.73)	62(17.92)	346(100.)

Tek arsimi i ulët dhe i lartë ka ngjashmëri, ku femrat të cilat i janë nënshtruar proçedurës së abortit janë më tepër me ndjesi pendimi sesa pa ndjesi pendimi.Tek arsimi i mesëm nuk shihet ndonjë dallim i madh dhe vlera e p > 0.05.

Tabela 4.3.10 Vlerësimi i lidhjes mes ndikimit të *seksit të fëmijës dhe aborteve*

		Nr. aborteve	Nr. (%)		Total
		_1	_2	_3	Nr. (%)
Ndikimi i seksit fëmijës në vendimin e abortit	Jo	176(50.87)	42(12.14)	9(2.60)	227(65.61)
	Po	72(20.81)	28(8.09)	19(5.49)	119(34.39)
Total		248(71.68)	70(20.23)	28(8.09)	346(100.00)

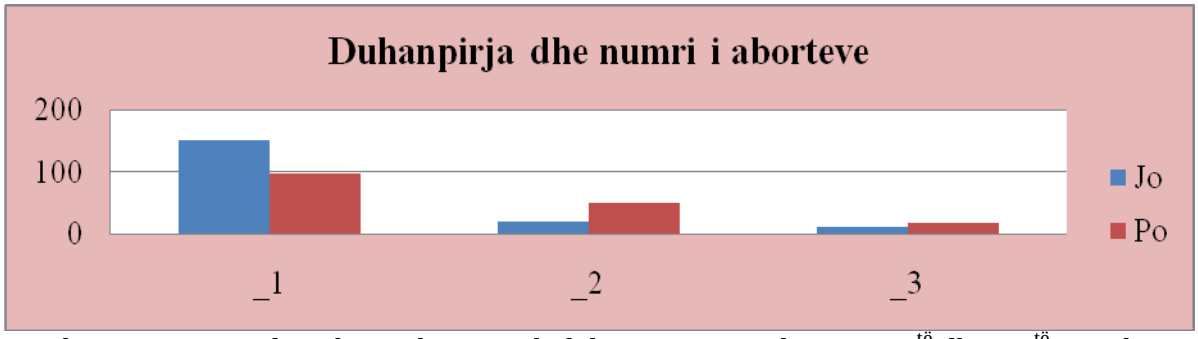
Në studim na rezultoi se ka një korrelacion mes ndikimit të seksit të fëmijës mashkull dhe aborteve është sinjifikative për studimin dhe vlera e p < 0.001.Pas abortit të parë dhe të dytë femrat neglizhojnë të abortojnë kur fetusi është i seksit mashkull.Ajo që evidentohet qartë është se pas abortit të 3 rritet në 5.49% të femrave të cilat do abortonin.

Tabela 4.3.11 Vlerësimi i lidhjes mes *ndikimit të seksit fëmijës të dhe numri lindjeve*

		Nr lindjeve	Nr.(%)			Total
		_0	_1	_2	_3	
Ndikimi seksit fëmijës në vendimin e abortit	Jo	90(26.06)	42(12.13)	51(14.73)	44(12.71)	227(65.63)
	Po	34(9.82)	15(4.33)	32(9.24)	38(10.98)	119(34.37)
Total		124(35.88)	57(16.46)	83(23.97)	82(23.69)	346(100.00)

Vihet re një diferencë e rëndësishme statistikore mes ndikimit seksit të fëmijës mashkull do abortonin dhe numrit të lindjeve është sinjifikative për studimin vlera e $p < 0.05$.

Grafiku 4.3.6 Vlerësimi i ndikimit te *duhanpirjes tek numri i aborteve*



Në abortin e I-rë evidentohet sa ka më pak duhanpirëse, në abortin e II-të dhe III-të përmbysen këto vlera dhe paraqitet me më shumë femra duhanpirëse.Vlera e $p < 0.001$

Grafiku 4.3.7 Njohurit mbi metodat kontraceptive dhe abortet

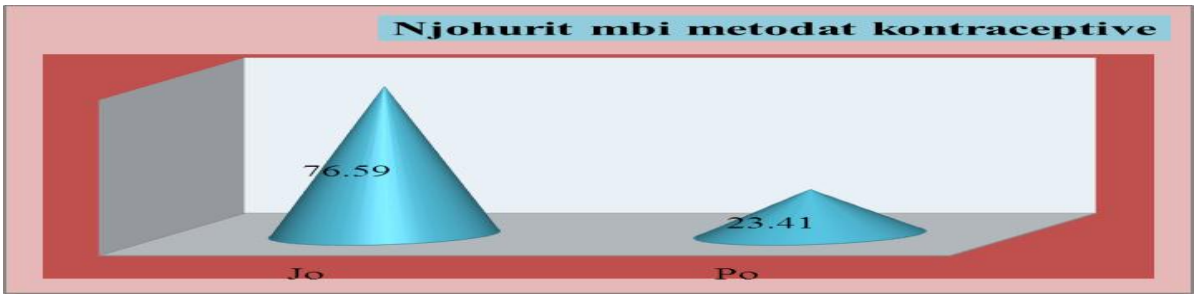


Tabela 4.3.12 Vlerësimi i lidhjes mes njohurive mbi metodat kontraceptive dhe aborteve

	B	**S.E.**	**Wald**	**df**	**Sig.**	**Exp(B)**	**95% C.I.for EXP(B)**	
							Lower	Upper
Njohurit mbi metodat kontraceptive	.485	.255	3.610	1	.057	1.625	.985	2.680
	-.173	.223	.603	1	.437	.841		

Vihet re një lidhje e rëndësishme statistikore në studim ku pacientet në abortin e parë nuk kanë shum njohuri mbi metodat e planifikimit familjar por me shtimin e njohurive numri aborteve te këto paciente reduktohet vlera e p< 0.05

Tabela 4.3.13 Vlerësimi simptomave *të gjendjes emocionale negative (ankth, stres)*

Simptoma të gjendjes emocionale negative (ankthi dhe stresi)	Nr.	(%)	Nr.	(%)
	Jo	Jo%	Po	Po%
Ankth	137	39.6	209	60.4
Humbje interesi	259	74.9	87	25.1
Amnezi(humbje kujtese)	305	88.2	41	11.8
Shmangie nga persona të tjerë	263	76.0	83	24.0
Ndjesi pendimi	156	45.1	190	54.9
Të qara	226	65.3	120	34.7
Çrregullime të gjumit	172	49.7	174	50.3

Në studimin tonë na rezultoi se ankthi, ndjesia e pendimit dhe çrregullimet e gjumit janë predominuese tek simptomat e ankthit.Ajo që ne observojmë në studim është se ka një korrelacion mes komponentëve të ankthit dhe ndjesis së pendimit, megjithëse kjo e fundit mund të ndikohet edhe nga faktorë socio-kulturorë dhe vlera e p > 0.05.

Tabela 4.3.14 Vlerësimi i ndikimit mes *ndjesis pendimit dhe abortit moralisht i gabuar*

Ndjesi pendimi		Aborti moralish i gabuar?		Total
		Jo	Po	
Jo	Nr.	32	124	156
	%	9.2	35.8	45.1
Po	Nr.	39	151	190
	%	11.3	43.6	54.9
Total	Nr.	71	275	346
	%	20.5	79.5	100.0

Në studim u konstatua një korrelacion ndërmjet ndjesis së pendimit dhe abortit si fenomen është moralisht i gabuar ku vlera e p > 0.05.Vetëm 151 (43.6%) mendojnë njëkohësisht që veprimi është i gabuar dhe kanë ndjesi pendimi,duke qëndruar tek komponenti moral.Por kemi 163 (47.1%) ku ndjesia e pendimit nuk përkon me qëndrimin moral.

Tabela 4.3.15 Vlerësimi i lidhjes mes *gjendjes emocionale negative (ankthi stres) dhe pyetjeve specifike mbi njohurit rreth abortit si*:

Statusi emocional negativ (ankth dhe stres)			Lower	Upper
Vizit psikologu	.070	.553	.291	1.051
Keni marrë njohuri rreth risqeve të proçedurës së abortit	.308	1.286	.793	2.086
A mendoni se aborti është moralisht i gabuar	.565	.854	.498	1.464
A mendoni se partneri ka rol në abort	.396	.793	.464	1.355
A ndikon seksi i femijës mashkull në vendimin tuaj do abortoni	.237	.758	.479	1.200
Keni marrë njohuri mbi metodat kontraceptive	.037	.566	.332	.968

Vizit psikologu shoqërohet me më pak ankth. Gjatë vlerësimit të ankthit se si ndikon ai te pacientet të cilat kanë shkuar për vizit psikologu u konstatua se kur pacientet të cilat kanë kryer proçedurën e abortit dhe shkojnë për vizit psikologu janë 0.55 herë më të riskuara për ankth.Dhe vlera e OR= 0.55(95%CI= 0.29-1.05), p<0.07).

Njohuritë rreth proçedurës kanë shanse të rrisin nivelin e ankthit.Pacientet të cilat kanë marrë njohuri rreth risqeve të proçedurës së abortit shoqërohet me më shumë ankth afërsisht 1.28 herë më të riskuara se pacientet të cilat nuk kishin marrë njohuri rreth kësaj proçedure.Raporti i gjasave tregoi se OR = 1.28(95% CI=0.79-2.08), p<0.3

Kur mendohet se aborti është moralisht i gabuar nivelet e ankthit pritet të jenë më të ulëta.Pacientet të cilat mendojnë se aborti është moralisht i gabuar janë 0.85 herë më të riskuara për të përjetuar simptomat e ankthit dhe stresit se pacientet të cilat nuk e kanë këtë mendim.Raporti i gjasave tregoi se OR = 0.85(95% CI=0.49-1.46), p< 0.56

Kur partneri ka rol në abort nivelet e ankthit pritet të jenë më të ulëta. Pacientet të cilat mendojnë se partneri ka rol në abort janë 0.79 herë më të riskuara për të përjetuar simptomat e ankthit. Raporti i gjasave tregoi se OR = 0.79(95% CI=0.46-1.35), p< 0.39

Duke u nisur nga eksperienca që shumica e aborteve selektive janë femra, rezulton që niveli i ankthit kur abortohet bebe femër pritet të jetë më i ulët se kur abortohet bebe mashkull. Pacientet të cilat mendojnë se do abortonin nëse fëmija ishte i seksit mashkull janë 0.75 herë më të riskuara për të përjetuar simptoma të ankthit. Raporti i gjasave tregoi se OR = 0.75(95% CI=0.47-1.20), p< 0.23

Sa më të informuara të jenë pacientet rreth proçedurës së abortit aq më pak ankth paraqesin ato mbas kësaj proçedure. Pacientet të cilat kanë marrë njohuri mbi metodat kontraceptive janë 0.56 herë më të riskuara për të përjetuar simptoma të gjendjes emocionale negative. Raporti i gjasave tregoi se OR = 0. 56(95% CI=0.33-0.96), p< 0.03

Tabela 4.3.16 ***Vlerësimi i lidhjes mes ndjesis pendimit dhe njohurit rreth abortit***

Ndjesi pendimi	Sig.	Exp(B)	95%.C.I.for EXP(B)	
			Lower	Upper
Vizit psikologu	.788	.922	.511	1.664
Keni marrë njohuri rreth risqeve të proçedurës abortit	.529	1.163	.727	1.862
A mendoni se aborti është moralisht i gabuar	.998	1.001	.592	1.691
A mendoni se partneri ka rol në abort	.020	1.946	1.112	3.406
A ndikon seksi i fëmijës mashkull në vendimin tuaj do abortoni	.000	.433	.272	.690
Keni marrë njohuri mbi metodat kontraceptive	.057	1.625	.985	2.680

Pacientet të cilat kanë kryer vizit psikologu në studimin tonë paraqesin më pak ndjesi pendimi. Raporti i gjasave tregoi se OR = 0.92(95% CI=0.51-1.66), p< 0.78

Pacientet të cilat kanë marrë njohuri rreth risqeve të proçedurës paraqesin më shumë ndjesi pendimi dhe janë 1.16 herë më të riskuara.Raporti i gjasave tregoi se OR = 1.16(95% CI=0.72-1.86), p< 0.52

Pacientet të cilat mendojnë se aborti është moralisht nuk paraqesin ndjesi pendimi. Raporti i gjasave tregoi se OR = 1.001(95% CI=0.59-1. 96), p< 0.99

Pacientet të cilat mendojnë se partneri ka rol në abort paraqesin më shumë ndjesi pendimi. Raporti i gjasave tregoi se OR = 1.94(95% CI=1.11-3.40), p< 0.02

Pacientet të cilat mendojnë se ndikon seksi i fëmijës në vendimin e abortit paraqesin mëpak ndjesi pendimi. Raporti i gjasave tregoi se OR = 0.43(95% CI=0.27-0.69), p< 0.001

Pacientet të cilat kanë marrë njohuri mbi metodat kontraceptive paraqiten me më pak ndjesi pendimi. Raporti i gjasave tregoi se OR = 1.62(95% CI=0.98-2.68), p< 0.05

5. KAPITULLI PESTË – DISKUTIMI

Pse është koha për të bërë një studim të tillë ?

Qëndrimi që duhet mbajtur ndaj ndërprerjes së shtatzanisë është një nga çështjet më të rahura sot në gjinekologji. Sot literaturat janë të pafundme për këtë fenomen. Shum studime kanë nxjerrë rezultate mbi qëndrimin ndaj abortit i pranueshëm apo i pa pranueshëm por duke ditur pasojat dhe komplikacionet që paraqet duhet bashkëpunojmë edhe më shumë mbi zgjerimin e fushatave sensibilizuese për metodat e planifikimit familjar me qëllim reduktimin e numrit të aborteve.

Pyetjet që shtrohen janë?

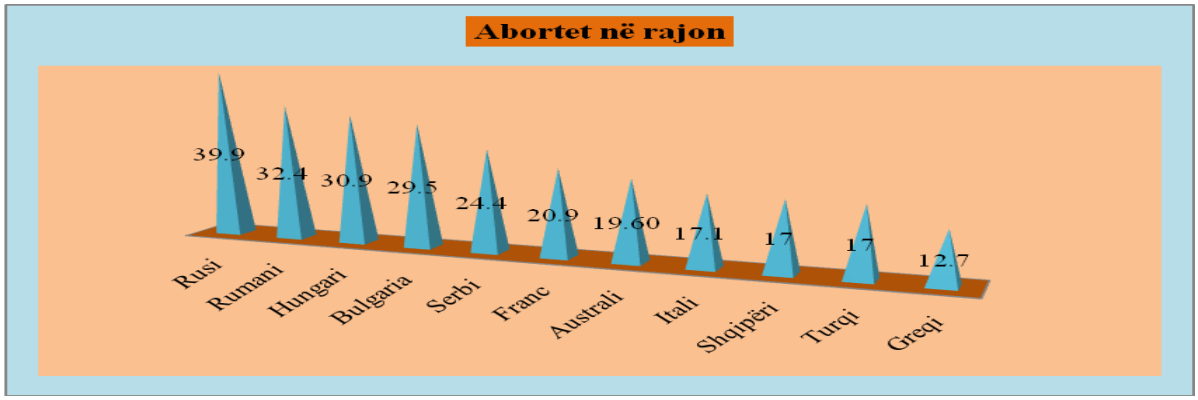
- A duhet të shikohet fenomeni i ndërprerjes së shtatzanisë si problematikë e shëndetit publik dhe të merren masa në lidhje me uljen e numrit të aborteve?
- A shkakton komplikacione aborti?
- A duhet të ndërhyjmë në menaxhimin e pasojave psikologjike pas abortit?
- A duhet të ndërhyjmë në menaxhimin dhe implementimin e platformave të ndryshme në metodat e planifikimit familjar me qëllim reduktimin e aborteve?

5.1 Prevalenca mesatare e aborteve për 100,000 femra në moshën riprodhuese në periudhën e viteve 2009-2014 në vendin tonë është 1112.2 aborte.

5.2 Vlerësimi situatës së aborteve (2009 -2014) në maternitetin"Mbretëresha Geraldinë" dhe raporti që zënë abortet e këtij materniteti me abortet në rang kombëtar.

Në rang kombëtar mund të themi që pranë SUOGJ "Mbretëresha Geraldinë"verifikohen një në pesë lindje, pra në pesë fëmijë që lindin në shqipëri njëri lind në këtë qëndër spitalore, dhe zënë afërsisht 20% të lindjeve. Në rang kombëtar ndodhin një në katër aborte, 25% e aborteve ndodhin pranë SUOGJ "Mbretëresha Geraldinë". Ajo që vlen të përmendet nga studimi ynë është tendenca në regres e numrit të aborteve nga viti në vit. Nga studimi na rezultoi se të dhënat tona përputhen me të dhënat në vend e cila tregon rritje të lindjeve dhe ulje të aborteve. Raporti lindje/abort nga 2/1 (2 lindje /një abort) për vitet 1994-2000 ka ardhur duke u rritur në favor të lindjeve për vitet 2006-2007 (3.7 lindje/një abort). [8]Në Evropën Perëndimore, norma e aborteve është 12 për 1,000 paciente, ndërsa në Evropën Lindore është 43 për 1000 paciente.[141] Si mospërputhje në normat midis dy rajoneve reflekton përdorimi relativisht i ulët i kontraceptivëve në Evropën Lindore, si dhe një shkallë e lartë e dështimit në përdorimin të metodave kontraceptive. Në Evropë, 30% e shtatzënive përfundojnë në abort. [139-140]Evropa Perëndimore, Afrika Jugore dhe Evropa Veriore kanë normat më të ulta abortit në botë, respektivisht me 12, 15 dhe 17.[140]

Grafiku 5.1 Abortet Shqipëri rajon me %



5.3 Vlerësimi i incidencës së diagnozave të abortit dhe tendenca më e lartë

Në studimin tonë na rezultoi se janë tre diagnoza që kanë peshën kryesore të gjithë aborteve që ndodhin në këtë institucion si: NVB (pa indikacion klinik), Fetus i vdekur in utero, Aborti spontan.

- NVB (Ndërprerja Vullnetare e Barrës pa indikacion klinik), ishte dhe diagnoza e cila paraqet dhe numrin më të lartë të rasteve për periudhën e viteve 2009-2014 për ç'do diagnozë të abortit. Shifra më e lartë i përket vitit 2009 me 1101 raste ose me 53.29% të rasteve. Grupmosha 25-34 vjeç me vlerat më të larta në vitin 2009 me 44.8% të rasteve. Në institucionin tonë NVB (pa indikacion klinik) zë përqindjen dhe vlerat më të larta të gjithë aborteve incidenca e saj na rezultoi 42.32% për totalin e aborteve për periudhën 2009-2014 ose raporti përkatësisht 1 në 24 aborte të cilat i përkasin NVB (pa indikacion klinik). Në 2013 aborti në Tanzani (36 /1,000 gra të moshës riprodhuese) Kenia (48/1,000), në Afrikë, 29 aborte /1,000 femra të moshës riprodhuese. Afrika e Jugut 15/1,000 femra, Afrika Lindore 38/1000 e ndjekur nga Afrika e Mesme 36/1000, Afrika Perëndimore 28/1000 Afrika e Veriut, 18/1000 [5]

- Fetus i vdekur in utero përqindjen më të lartë e zë grupmosha 25-34 vjeç në vitin 2012 me 50.7% të rasteve dhe përqindjen më të ulët kjo grupmoshë e ka në vitin 2009 me 40.8% të rasteve. Incidenca e diagnozës feto morto in utero ishte 21.31% ose raporti që zë kjo diagnozë me abortet paraqitet 1 në 47 aborte për totalin e aborteve për 2009-2014. Shkalla e vdekjes fetale në të gjithë botën ka rënë me 14.5% nga 22.1 vdekjeve fetale në 1000 lindje në vitin 1995 për 18.9 vdekjeve fetale në 1000 lindje në vitin 2009. [68]

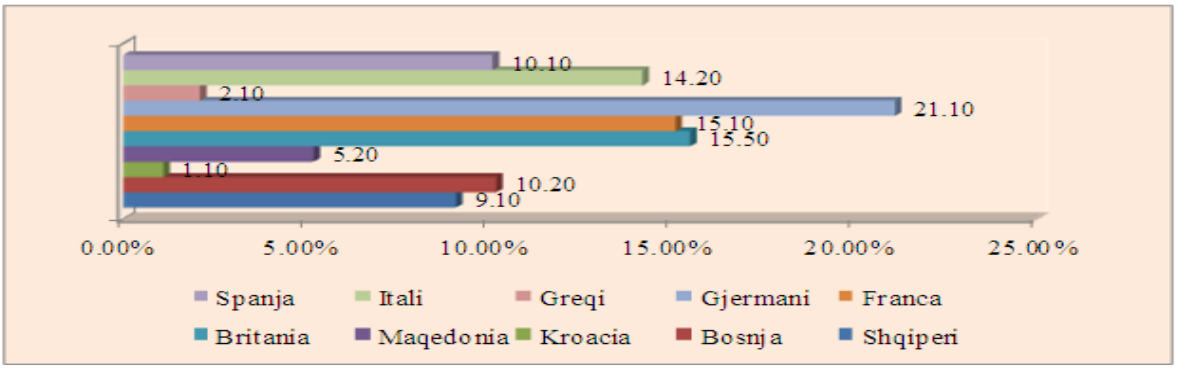
- Aborti spontan me kodin 634 nga studimi nuk u vu re ndonjë diferencë e rëndësishme statistikore ku vlera e $p > 0.05$ këtu pasqyrohet qartë shtimi i pacienteve me abort spontan nga rrethet. Evidentohet se grupmosha 25-34 vjeç ka shifra të larta me 51.7% të rasteve në vitin 2013, numrin më të madh e ka patur në 2013 me 542 dhe numrin më të ulët në vitin 2009 me 360 raste. Incidenca e abortit spontan ishte 23.75% për 11165 aborte të kryera ose 1 në 41 aborte të kryera në këtë institucion. Por numri i aborteve

spontane nga viti në vit është gjithmonë në rritje. Në fakt ne mendojmë se ky numër kaq i lartë i aborteve spontane nuk është i saktë, prandaj nevojitet të hetohen më tej shkaqet që kanë sjellë në një rritje artificiale të aborteve spontane, kundrejt atyre me kërkesë të gruas. Nëse krahasojmë në vite të dhënat e sistemit të survejancës, shohim se ka një rritje mjaft të madhe të aborteve spontane kundrejt atyre me kërkesë të gruas. Në 1996 abortet spontane përbënin rreth 18,2% të gjithë aborteve të raportuara, për vitin 2009 ato përbënin 22.50% të totalit të aborteve,dhe në vitin 2012 abortet spontane përbënin rreth 26.12% të numrit total të aborteve. [142]Në një studim në Universitetin e Pensilvanis Medical Center u vu re se grupmosha më e prekshme për abort spontan ishte 25-34 vjeç. [14] Mosha luan një rol kryesor në ndodhin e këtij fenomeni.

- Në studimin tonë u vu re se Mola hidatiforme ka të njëjtin regres, edhe pse është një fenomen që lidhet vetëm me fizpatologjinë e barrës dhe diskutimi më i mundshëm është që në përgjithësi nuk ka reduktim të fenomeneve por pacientet kanë zgjedhur institucione të tjera për të realizuar këtë proçedurë. Grupmosha më e prekshme është 25-34 vjeç si rezultat i moshës ideale për fertilizim por kjo bie në kundërshtim me faktorin etiologjik të moshës nën 20 vjeç dhe mbi 40 vjeç. Për këtë duhen bërë studime edhe më të detajuara dhe me një numër më të madh pacientesh dhe duke u shtrirë në të gjith vendin kjo mund të jetë e lidhur me mënyrën e jetesës defiçencat nutricionale(proteina,karoten) ose mund të ketë ndikim grupi i gjakut. Dhe ky studim ka ngjashmëri me studimin [52-54,56]të cilët kanë nxjerrë si përfundim se barra molare ka grupmoshën 15-34 vjeç më të prekshëm nga ky fenomen. Në 33 % të rasteve me mola hidatiforme janë diagnostikuar kur gravidanca ka qënë më pak se 7 javë gjë e cila është pozitive si për studimin tonë edhe për shëndetin amtar sa më herët të vendoset diagnoza aq më pozitive është prognoza e kësaj patologjie.

- Barra ektopike në vitin 2013,2014 kemi shtim të fluksit të pacienteve nga rrethet. Grupmosha më e prekshme ishte 25-34 vjeç e cila në vitin 2013 paraqitet me shifra shum të larta me 62.9% të rasteve. Ajo që evidentohet në studimin tonë është ndodhia e këtij fenomeni në femra me moshë më të re e cila bie ndesh me faktorin etiologjik mbi 35-40 vjeç por për rezultate përfundimtare duhen studime më të detajuara dhe në rang kombëtar. Në një studim në Evropë i cili është bërë për të pasqyruar shtatzaninë ekstra uterine evidentohet se përqindjen më të lartë të shtatzanisë ekstra uterine e ka Gjermania me 21%. Përqindjen më të ulët e ka Kroacia me 1.10% dhe Shqipëria me përqindje të konsiderueshme me 9.10 % raste që është një shifër e lartë për numrin e popullatës që kemi dhe numrin e lindjeve krahasuar kjo me vendet fqinje. [141]

Grafiku 5.2.3 Paraqitja e shtatzanisë ekstra uterine në Evropë me % [141]



Fokusimi i personelit shëndetësor duhet të përqëndrohet në etiologjin, diagnostikimin e hershëm minimizimin e numrit të rasteve me shtatzani ektopike duke marrë masat e duhura në kohën e duhur.

- Ndërprerja terapeutike na rezultoi se përqindjen më të lartë e ka grupmosha 25-34 vjeç me 60.9% në vitin 2013 dhe ajo që vlen për tu theksuar është grupmosha 15-25 vjeç me 56.1% e cila ka tejkaluar edhe grupmoshën 25-34 vjeç. Nga të dhënat që kemi mbledhur na rezultoi që incidenca e ndërprerjes terapeutike nga viti 2009-2014 është 3.08% për 11165 aborte të kryera nga 2009-2014 ose 1 në 33 aborte. Në Evropë 30% e shtatzënive përfundojnë në abort. Një përqindje më e lartë e shtatzënive përfundojnë në abort në Evropën Lindore sesa në pjesën tjetër të rajonit. [139]

5.4 Vlerësimi i grupmoshës më të riskuar për të kryer aborte

Grupmosha me numrin më të lartë të aborteve ishte 25-34 vjeç dhe në vitin 2012 ka patur numrin më të lartë të aborteve me 970 raste ose 50.83% të totalit të aborteve të atij viti.Si për moshën e pacienteve edhe për ndryshimin e numrit total sipas viteve evidentohet se ka ndryshim i cili është statistikisht sinjifikativ. Një studim i INSTAT i kryer në vitet 1996-1998 tregoi se 28% e aborteve ishin kryer nga gratë e moshave 30-34 vjeç dhe 22.9 % për gratë e moshës 25-29 vjeç. [8]Studimi jonë është i përputhshëm me studimin e INSTAT-it. Në një studim në US rezultoi se femrat e moshës 20-24 vjeç kishin shkallën më të lartë të abortit, 39.9 për 1,000. Shkalla e dytë më e lartë e abortit është parë në 18- 19-vjeçarët, 34.7 për 1000, ndërsa gratë mbi moshën 40 vjeçare ka pasur shkallën më të ulët të abortit, 3.2 për 1,000. [144]

5.5 Vlerësimi i situatës së aborteve sipas vendbanimit (urbane, rurale, rrethe)

Në studim na rezultoi se pjesa më e madhe e pacienteve të cilat i janë nënshtruar abortit janë nga zona urbane. Kjo mund të shpjegohet me faktin se materniteti që ne kemi marrë në studim ndodhet në Tiranë e cila ka dhe numrin më të lartë të banorëve. Pra kjo përputhet dhe me survejancën e aborteve të bëra nga INSTAT dhe ministri e Shëndetësis. Por në studim

nuk konstatuam aborte ilegale. Sipas vendbanimit vitet e fundit po shihet se aborti është bërë më tepër një fenomen urban sesa rural, pasi deri në fund të viteve ’90 numri i aborteve të kryera nga femrat që jetonin në fshat ishte shumë më i lartë se ato që banonin në qytet, ndërsa pas viteve 2000 ky raport ka ndryshuar. [8]Statistikat tregojnë se nga të dhënat e mbledhura në vitin 2012 rezulton se abortet e kryera nga femrat që banojnë në qytet përbëjnë rreth 65,1% të numrit të përgjithshëm të aborteve.[8]

Vlerësimi i statusit civil të pacienteve rreth 87.39% e aborteve kryhen nga gratë e martuara. Kjo të bën të hedhësh hipotezën se gratë beqare duket se zgjedhin më tepër të kryejnë ndërprerjen e shtatzënisë në klinikat private (rreth 10.98 % e aborteve kryhet nga beqaret), dhe 1.63% nga gratë e veja ndoshta edhe për shkak të ruajtjes së fshehtësisë dhe lehtësisë së praktikave të kryerjes së abortit në sektorin privat. Kjo është e përafërt me një studim të INSTAT i cili paraqet 93% të rasteve me abort nga paciente me status civil të martuara. [8]

5.6 Në të dy maternitet totali i aborteve është 16068 dhe zënë pjesën dërmuese të aborteve në vend për periudhën e viteve 2009-2014.Raporti i aborteve që zënë janë përkatësisht 1 në 4 aborte ose 25% në vend i zë M. Mbretëresha Geraldinë dhe 1 në 9 aborte ose 12% në vend i zë M. Koco Gliozheni.Ndryshimi i numrit në dy institucionet është statistikisht sinjifikant dhe vlera e $p < 0.001$ për totalin e aborteve.

5.7 Ajo që vlen të përmendet nga studimi ynë është tendenca në regres e numrit të aborteve nga viti në vit dhe kjo e lidhur me fushatat sensibilizuese të metodave të planifikimit familjar dhe informimi që kanë pacientet vitet e fundit nëpërmjet mediave dhe punës në vazhdimësi nga personeli mjekësor dhe kjo evidentohet qartë nëpërmjet studimeve të fundit në vendin tonë. Dhe në studimin tonë rezultoi se pacientet në abortin e parë nuk kanë shum njohuri mbi metodat e planifikimit familjar por me shtimin e njohurive numri aborteve te këto paciente reduktohet.

5.8 Rëndësia e këtij studimi në vendin tonë qëndron në faktin se nuk është folur dhe nuk janë kryer studime të tilla për pasojat psikologjike pas abortit. Gjatë vlerësimit të gjendjes psikologjike negative (ankthi) ndjesia e pendimit dhe çrregullimet e gjumit janë predominuese tek simptomat e ankthit. Ajo që ne observojmë në studim është se ka një korrelacion mes komponentëve të ankthit dhe ndjesis së pendimit, megjithëse kjo e fundit mund të ndikohet edhe nga faktorë socio-kulturorë. Në një studim i bërë në Amerik duke shqyrtuar 22 studime të tjera nga 1995-2009 nga Priscilla K. Coleman rezultoi se pacientet që kishin pësuar abort përjetonin një rritje të rrezikut 81% të problemeve të shëndetit mendor, dhe gati 10% të rasteve të problemeve të shëndetit mendor është treguar se i atribuohen abortit. Në këtë studim u konstatua se aborti rrit rrezikun për çrregullime të ankthit 34%; për depresion 37%; dhe për sjellje vetëvrasëse ishte 15.5%.[71]

Grupmoshat 15-24 vjeç dhe 35-44 vjeç hezitojnë të abortojnë kur mosha e shtatzanisë është e madhe. U konstatua një lidhje e rëndësishme statistikore ndërmjet statusit civil dhe vendbanimit ku evidentohet se gratë e veja vijnë më shumë nga rrethet. Nga studimi na

rezultoi se numrin më të lartë të pacienteve që i janë nënshtruar abortit e zënë ato me status civil të martuara me 65.3% të rasteve. Përqindjen më të madhe e zënë ato me arsim të ulët 43.4%. Në studim na rezultoi se ka një sinjifikancë mes ndërprerjes vullnetare të barrës dhe statusit psikologjik ku rezultoi se vlera e $p< 0.05$ pra paraqitet nivele të ankthit edhe kur kemi ndërprerje vullnetare të barrës.

5.9 Vlerësimi i lidhjes (shoqërimit) mes statusit psikologjik të pacienteve (gjendjes emocionale negative ankthit) pas abortit dhe faktorëve socio-demografike (kulturorë, arsimimi, vendbanimi dhe mosha), dhe lidhjen me informacionin që kanë pacientet rreth abortit.

- Pas abortit të parë dhe të dytë pacientet neglizhojnë të abortojnë kur fetusi është i seksit mashkull. Ajo që evidentohet qartë është se pas abortit të 3-të kjo përqindje rritet në 5.49% të cilat do abortonin.

- Në abortin e I-rë evidentohet sa ka më pak duhanpirëse se joduhanpirëse. Në abortin e II-të dhe III-të në studim paraqiten me më shumë paciente duhanpirëse pra veset e jetës shtohen pas shtimit të numrit të aborteve dhe kjo na përkon me të dhënat e një studimi në Amerik ku përdorimi duhanit ishte 22.0%, dhe i alkoolit te pacientet pas abortit ishte rritur 11.0%, te studimi ynë alkooli nuk kishte sinjifikancë të madhe.[71]

- Tek beqaret dhe tek pacientet e veja ka më shumë të penduara për abortin e kryer.

- Tek arsimi i ulët dhe i lartë ka ngjashmëri, ku pacientet të cilat i janë nënshtruar proçedurës së abortit janë më tepër me ndjesi pendimi.

- Në studim u konstatua një korrelacion ndërmjet ndjesis së pendimit dhe abortit si fenomen është moralisht i gabuar.Vetëm 151 (43.6%) mendojnë njëkohësisht që veprimi është i gabuar dhe kanë ndjesi pendimi,duke qëndruar tek komponenti moral. Në një studim të pacientëve 8 javë pas abortit të tyre, studiuesit gjetën se 44% u ankuan për çrregullime nervore, 36% kishin përjetuar shqetësime gjatë gjumit, 31% kishin ndjesi pendimi për vendimin e tyre, dhe 11% kishin marrë preparate. [72]

- Pacientet të cilat kanë shkuar për vizit psikologu u konstatua se paraqesin më pak ankth. Pacientet të cilat kanë marrë njohuri rreth risqeve të proçedurës së abortit kanë shanse të rrisin nivelin e ankthit sepse janë të informuara.

- Pacientet të cilat mendojnë se partneri ka rol në abort nivelet e ankthit janë më të ulëta. Duke u nisur nga eksperienca që shumica e aborteve selektive janë femra, rezulton që niveli i ankthit kur abortohet bebe femër pritet të jetë më i ulët se kur abortohet bebe mashkull. Kjo pasqyron fenomenin që po i ndodh shoqëris sonë mbi abortet selective(seksi femër). Por ky fenomen sigurisht që kërkon studime më të detajuara për të mbëritur në konkluzione definitive.

- Pacientet të cilat kanë marrë njohuri rreth risqeve të proçedurës paraqesin më shumë ndjesi pendimi.
- Pacientet të cilat mendojnë se partneri ka rol në abort paraqesin më shumë ndjesi pendimi.

Rezultatet e studimit tonë janë të krahasueshme me studime të ndryshme të njohura nga OBSH, në vendet në zhvillim dhe mund të shërbejnë si një pikë referencë për politik-bërësit dhe kërkuesit në Shqipëri e më gjerë. Ky studim mund të zgjerohet duke përfshirë më shumë femra në rang republike.

Ky studim është menduar si një përshkrim i pasojave psikologjike që mund të lindin pas abortit, megjithatë, duket e nevojshme për të hetuar dhe studiuar karakteristikat dhe incidencën e këtij fenomeni në vendin tonë.

Duke ofruar dëshmi mbi disa nga faktorë risku, ky studim nxjerr në pah nevojën për mbështetje psikologjike për pacientet dhe është pjesë e një peisazhi shkencor që pasqyron mungesën e të dhënave kombëtare për çrregullimet psikologjike pas abortit.

Reagimet negative të gjendjes psikologjike janë të lidhura me abortin. Pacientet nuk janë të mirë- informuara ose të përgatitura për problemet psikologjike të krijuara nga aborti. Në përputhje me hulumtimet e vendeve fqinje, të dhënat sugjerojnë se aborti mund të rrisë stresin dhe uli aftësitë përballuese, veçanërisht ato paciente që kanë një histori të ngjarjeve negative gjatë fëmijërisë dhe trauma paraprake.

Bashkëpunimi i të gjithë aktorëve: mjek, infermierë, përfaqësuesit e promocionit shëndetësor mbi metodat kontraceptive dhe planifikimin familjar është i nevojshëm për informimin e sjelljeve dhe qëndrimeve të shëndetshme te femrat shqiptare dhe mund të sjellë një rikuperim psikologjik adekuat pas abortit.

Është obligim të gjithë atyre që janë të dedikuar në shëndetin dhe mirëqenien e gruas për të promovuar mënyra që do të ulin numrin e aborteve. Përqasja më e mirë është përforcimi i politikave për të promovuar praktikat parandaluese për abortin dhe edukimin shëndetësor mbi metodat e planifikimit familjar në mënyrë korrekte sipas efikasitetit mbi parandalimin e shtatzënisë. Pacientet që dëshirojnë të ndërpresin shtatzëninë duhet të kenë qasje të menjëhershme, informim të besueshëm, këshillim, shërbime për parandalimin e mëvonshëm të shtatzënisë padëshiruar dhe menaxhimin e komplikacioneve kur ato shfaqen. Është me rëndësi që politikat qeverisëse dhe organizatat joqeveritare të merren në mënyrë të hapur me abortin si një shqetësim të madh për shëndetin publik.

6. KAPITULLI I GJASHTË – KONKLUZIONE

- Prevalenca mesatare e aborteve për 100,000 femra në moshën riprodhuese në periudhën e viteve 2009-2014 në vendin tonë është 1112.2 aborte.

- Të dhënat e studimit tonë tregojnë se materniteti "Mbretëresha Geraldinë" paraqet numrin më të lartë të lindjeve 1 në 5 dhe aborteve 1 në 4 në vendin tonë me 11165 aborte për periudhën 2009-2014.

- Në të dy maternitet totali i aborteve është 16068 dhe zënë pjesën dërmuese të aborteve në vend për periudhën e viteve 2009-2014.Raporti i aborteve që zënë janë përkatësisht 1 në 4 aborte ose 25% në vend i zë M. Mbretëresha Geraldinë dhe 1 në 9 aborte ose 12% në vend i zë M. Koco Glozheni.

- Diagnoza më e shpeshtë e abortit është NVB (Ndërprerja vullnetare e Barrës pa indikacion klinik), me 4759 aborte për periudhën 2009-2014.

- Incidencën më të lartë në këtë institucion e NVB (Ndërprerja vullnetare e Barrës pa indikacion klinik), me 42.32 % të rasteve.

- Grupmosha me numrin më të lartë të aborteve ishte 25-34 vjeç si rezultat dhe i moshës ideale të fertilitetit.

- Sipas vendbanimit aborti është paraqitur si një fenomen urban dhe kjo vjen si rezultat i lëvizjeve dhe tranzicionit demografik që ka pësuar vendin jonë vitet e fundit.

- Trendi i abortit spontan në maternitetin "Mbretëresha Geraldinë" është gjithmonë në rritje.

- Fenomeni i shtatzanisë ektopike paraqitet me shtim të rasteve të pacienteve me moshë të ulët, gjë që nuk korrespondon me të dhënat e mëparshme të cilët e konsiderojnë rritjen e moshës mbi 35 vjeç si faktor risku për shtatzani ektopike por kjo mund të lidhet me veset e jetës,fillimi i kontakteve seksuale (risk për PID) në moshë të vogël.

- Sipas studimit tonë evidentohet se kemi një regres të numrit të aborteve si rezultat i njohurive dhe informacionit mbi metodat e planifikimit familjar të metodave kontraceptive nga pacientet por në rajon kemi përqindje të lartë të aborteve. Pra politikat duhet të jenë më të fokusuara kundrejt këtij fenomeni.

- Nga studimi na rezultoi se gjendja emocionale negative (ankthi), ndjesia e pendimit dhe çrregullimet e gjumit janë predominuese në gjendjet pas abortit. Ka një korrelacion mes komponentëve të ankthit dhe ndjesisë së pendimit.

- Në studim na rezultoi se ka një sinjifikancë mes ndërprerjes vullnetare të barrës dhe statusit psikologjik pra femrat paraqesin nivele të ankthit edhe kur kemi ndërprerje vullnetare të barrës.

- Në studim paraqiten më shumë femra duhanpirëse pas abortit të I-rë pra veset e jetës shtohen pas shtimit të numrit të aborteve.

7. KAPITULLI I SHTATË – REKOMANDIME

7. 1. Sugjerime për të reduktuar abortin e induktuar ku implementimi i një platforme adekuate do të ishte:

- Aborti vjen si rezultat i shtatzënive të padëshiruara numri i aborteve mund të reduktohet duke siguruar një mbështetje sociale për të cilën ka nevojë gruaja shtatzënë për të pasur një fëmijë pa sakrifikuar planet e së ardhmes.
- Një femër ka nevojë për mbështetje në mënyrë që të mos humbë punën dhe të marrë kujdes të përshtatshëm gjatë shtatzënisë.
- Planifikimi familjar si pjesë zyrtare e programeve të kujdesit për shëndetin e gruas duke siguruar kontraceptivë falas për rreth 85% të popullsisë. Vetëm kur plotësohen nevojat për kontraceptivë numri i aborteve të induktuara do të reduktohet. Metodat kontraceptive duhet të jenë në dispozicion jo të kushtueshme dhe informim më i madh për përdorimin e tyre.
- Fokusimi i pjesëmarrësve të shërbimit shëndetsor duhet të theksohet mbi etiologjin e abortit spontan dhe kapja sa më herët e situatës dhe reduktimi i numrit të aborteve spontane duke marrë masat e duhura në kohë.
- Shërbim të planifikimit familjar në zonat rurale; rritja e nivelit të edukimit shëndetësor; zgjerimi i infrastrukturës dhe personelit të kualifikuar shëndetësor në zonat rurale.
- Fokusimi i personelit shëndetësor duhet të përqëndrohet në etiologjin, diagnostikimin e hershëm minimizimin e numrit të rasteve me shtatzani ektopike duke marrë masat e duhura në kohën e duhur
- Sigurimi i programeve mbi edukimin seksual te të rinjtë ku një element themelor i programeve të arsimit të seksualitetit është për të ndihmuar adoleshentët të kuptojnë anatominë dhe fiziologjinë e trupi të tyre ajo rrit njohuritë dhe përgjegjësit.[5]
- Rritja e përfshirjes së meshkujve dhe femrave të cilë kanë pjesë të barabarta në krijimin e shtatzënisë. Shumë agjenci të planifikimit familjar drejtojnë programe të cilat ndihmojnë njerëzit të njohin përgjegjësinë e tyre të barabarta në të gjitha aspektet e seksualitetit: vendimmarrjes, marrjen dhe përdorimin e kontracepsionin, dhe trajtimin e çdo krize që ndodh.
- Krijimi i metodave të reja të kontrollit të lindjes.Deri tani metoda më e zakonshme e kontrollit të lindjes për çiftet e martuara është sterilizimi, sepse ajo ofron mbrojtje të mirë kundër shtatzënisë së paparamenduar. Por sterilizimi është metod e përhershme.
- Në studimet e kryera në botë shkalla më e lartë e shtatzanive ndodh tek të rinjtë. Mjedisi në të cilin fëmijët tanë janë rritur: cilësia e strehimit, kujdesit të fëmijëve, arsimi,

mirëkuptimi dhe pranimi - janë të gjithë faktorët të cilat ndikojnë te këta individë dhe aftësinë e tyre për të përballuar presionet e jetës. Studimet mbështetën se të rinjtë me nivel të lartë të vetëbesimit kanë më pak gjasa për shtatzëni të padëshiruara. Për ti ndihmuar të rinjtë të shmangin shtatzënitë e padëshiruara duhet të ofrojmë atyre alternativa të rëndësishme: kuptimi i zhvillimit seksual, arsimim më të mirë, mundësitë reale për karrierë, zhvillimin e punës, trajnimin, vendosja dhe shpresa për një jetë më të mirë. [5]

- Shtatzënitë ektopike mund të parandalohen duke ulur incidencën e sëmundjeve inflamatore pelvike dhe infeksione të traktit të poshtëm genital dhe duke përmirësuar trajtimin e tyre.

- Ultrasonografia e hershme duhet të jetë një kriter i domosdoshëm në shtatzënitë pasardhëse për gratë që kanë pasur një diagnozë të mëparshme të shtatzënisë ektopike apo barrës molare.

- Diagnoza e hershme dhe mjekimi adekuat ul komplikacionet e barrës molare sidomos ato me predispozitë për koriokarcinom.

- Matja në mënyrë frekuente e nivelit të beta hCG deri në 6 muaj pas trajtimit dhe ndjekja me anën e matjes së këtij indeksi në të gjitha rastet e diagnostikuara si mola hidatidiforme.

- Ministritë dhe OJF-të duhet të punojnë me politikat e tyre në dy drejtime kryesore:

1.Zgjedhjet ku primare mbetet shëndeti amtaro-fetal

2.Informimi i lidhur me promocionin mbi metodat e planifikimit familjar ku primare ngelet reduktimi i numrit të aborteve.

7. 2. Sugjerime për të reduktuar abortin spontan

- ✓ Menaxhimin e stresit.Rekomandohet të aplikohet Yoga dhe Noti
- ✓ Evitimin e konsumimit të duhanit,alkoolit,substancave narkotike
- ✓ Evitimin nga rrezatimet helme të tilla si arsenik, plumb,benzinë, dhe oksid etilenit.
- ✓ Evitimin nga sportet që bartin një rrezik më të lartë për dëmtim.
- ✓ Një psikoterapeut mund të ndihmojë të kalojë kjo situatë e vështirë.Gjithashtu i jepet prioritet të shprehurit nga ana e gruas.
- ✓ Agopuntura e cila ndihmon në forcimin e organizmit dhe rikonstruksionin e depozitave të gjakut.

7.3 Sugjerime për pasojat psikologjike post-abortit

- ✓ Relaksimi:teknika të relaksimit dhe mendimi pozitivisht, teknikat e frymëmarrjes eliminimi i mendimeve negative t'ë zëvendësohen me mendime pozitive.
- ✓ Reduktimi i ankthit.Shprehja e emocioneve, të përdoret humor i mirë, të lejojë që të ketë më shumë kontroll të situatës dhe të jetës.
- ✓ Reduktohet koha për biseda me familjarë,afërm kur ai fokusohet te fëmijët dhe shtatzënia.
- ✓ Marrja e një relaksimi,aktivitete të ndryshme gjatë kohës së lirë.
- ✓ Terapia psikologjike ndihmon çiftet të kalojnë të kaluarën dhe të fokusohen drejt së ardhmes.
- ✓ Reduktimin e stresit do të ndihmojë në mbajtjen e bilancit emocional që çifti t'i kthehet normalitetit.
- ✓ Përdorimi i metodave të ngrohjes për të zbutur dhimbjen.
- ✓ Meditimi është një mundësi e madhe për gratë.
- ✓ Pushimi.Ndërhyrjet mbështetëse ku biseda luan një vlerë terapeutike, sepse ajo i lejon gruas për të folur në lidhje me shtatzëninë e mëparshme, abortin dhe rrethanat e rreziqet pas kësaj.

8. KAPITULLI TETË – REFERENCAT

1.Sharon Mantik Lewis,RN,PhD,Idolia Cox Collier,DNSc,RNCS;Medical Surgical Nursing(Assessment and Management of Clinical Problems) Third Edition;1424-1427.

2.Association for Child and Adolescent Mental Health, 2005.Abortion Supervisory Committee.(2002). Annual Report to Parliament reprinted in 'Demographic Trend sublished by Blackwell Publishing.

3.Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion related mortality in the United States. Obstetrics and Gynecology, 2004, 103:729–737.

4.Everett, C. (1997). "Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy:Prospective study from general practice".BMJ 315 (7099): 32–4.

5. World Health Organization (WHO), Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008, sixth ed., Geneva: WHO, 2011

6.Petrela E., Mërkuri L. "Study on the Assessment of Abortions Performed in the Public and Private Sector in Albania," 2010.

7. Law No.8045, dated 7.12.1995, "On Termination of Pregnancy" pursuant to Article 16 of Law no.7491, dated 29.4.1991.

8.ISHP 2012, Abortion Surveillance System in Albania Study12-Albania-Report-July2013-FINAL.pdf

9.Bulletin of the Institute of Public Health in Albania 1-2014 P 28-32.

10.Finer, Lawrence B.; Frohwirth, Lori F.; Dauphinee, Lindsay A.; Singh, Susheela; Moore, Ann M. (2005). "Reasons U.S.Women Have Abortions:Quantitative and Qualitative Prespectives"(PDF)."37 (3): 110–118.

11.1995-2015 Healthwise, Incorporated. Healthwise, Healthwise for every health decision, and the Healthwise logo are trademarks of Healthwise, Incorporated.

12.Spontaneous and induced abortion.Report of a WHO Scientific Group.Geneva, World Health Organization,1970 (WHO Technical Report Series,No. 461).

13.Gracia, Clarisa R.;Sammel,Mary D.;Chittams, Jesse;Hummel,Amy C.;Shaunik, Alka; Barnhart, Kurt T. (2005). "*Risk Factors for Spontaneous Abortion in Early Symptomatic First-Trimester Pregnancies*".

14. Ellish NJ, Saboda K, O'Connor J, Nasca PC, Stanek EJ, Boyle C. A prospective study of early pregnancy loss. Hum Reprod 1996;11:406–12.15.Zinaman MJ, Clegg ED, Brown CC,

O'Connor J, Selevan SG.Estimates of human fertility and pregnancy loss. Fertil Steril 1996;65:503–9.

16. Ellish NJ, Saboda K, O'Connor J, Nasca PC, Stanek EJ, Boyle C. A prospective study of early pregnancy loss. Hum Reprod 1996;11:406–12.

17. Fistarol M, Ceriani SB, Borruto F. Incidence of genetic alteration in spontaneous abortion: attempted correlations with beta HCG values and with the ultrasonic image [in Italian]. Minerva Gynecol 1999;51:265–70.

18.Spontaneous abortion among women admitted into ... occurrence of a spontaneous abortion is a tragic loss for Normal and Problem Pregnancies, 5th ed. Academic Journals IJNM

19.Ness, Roberta B.; Grisso, Jeane Ann; Hirschinger, Nancy; Markovic, Nina; Shaw, Leslie M.; Day, Nancy L.; Kline, Jennie (1999). *"Cocaine and Tobacco Use and the Risk of Spontaneous Abortion"*. New England Journal of Medicine 340 (5): 333–9.

20.Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (April 2011). "The investigation and treatment of couples with recurrent first-trimester and second-trimester miscarriage".*Green-top Guideline No. 17*.Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).Retrieved 2 July 2013.

21.Maternity Nursing Sixtenth Edition Family Newborn and Women's Health Care Reeder/Martin [Sharon J. Reeder, Deborah Koniak-Griffin, Leonide L. Martin]

22.Ankum WM, Wieringa-De Waard M, Bindels PJ. Management of spontaneous miscarriage in the first trimester: an example of putting informed shared decision making into practice. *BMJ*. 2001;322:1343–6.

23.Coste J, Job-Spira N, Fernandez H. Risk factors for spontaneous abortion: a case control study in France. Hum Reprod 1991;6:1332–7.

24. Risch HA, Weiss NS, Clarke EA, Miller AB. Risk factors for spontaneous abortion and its recurrence. Am J Epidemiol 1988;128:420–30.

25. Parazzini F, Chatenoud L, Tozzi L, Benzi G, Dal Pino D, Fedele L. Determinants of risk of spontaneous abortions in the first trimester of pregnancy. Epidemiology 1997;8:681–3.

26.*Medical methods for termination of pregnancy. Report of a Scientific Group*.Geneva, World HealthOrganization, 1997 (WHO Technical Report Series, No. 871).

27.Sedgh, G.; Singh, S.; Shah, I. H.; Åhman, E.; Henshaw, S. K.; Bankole, A. (2012). "Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008" (PDF).*The Lancet* 379 (9816): 625–632. doi:10.1016/S0140-6736(11)61786-8. PMID 22264435.

28.Cheng L. (1 November 2008). "Surgical versus medical methods for second-trimester induced abortion". *The WHO Reproductive Health Library*.World Health Organization. Archived from the original on 17 June 2011.Retrieved 17 June 2011.

29.Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries "International Family Planning Perspectives", 1998, 24(3):117-127 & 152.

30.The Care of Women Requesting Induced Abortion, Evidence-based Clinical Guideline Number 7; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (November 2011). 32.Stubblefield, Phillip G. (2002). "10. Family Planning".In Berek, Jonathan S.*Novak's Gynecology* (13 ed.). Lippincott Williams & Wilkins.ISBN 978-0-7817-3262-8.

33.Bartlett, LA; Berg, CJ; Shulman, HB; Zane, SB; Green, CA; Whitehead, S; Atrash, HK (2004). "Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States" (PDF).*Obstetrics & Gynecology*103 (4): 729–37.

34.Roche, Natalie E. (28 September 2004)."Therapeutic Abortion".eMedicine. Archived from the original on 14 December 2004.Retrieved 19 June 2011.

35.Schorge, John O.; Schaffer, Joseph I.; Halvorson, Lisa M.; Hoffman, Barbara L.; Bradshaw, Karen D.; Cunningham, F. Gary, eds. (2008). "6. First-Trimester Abortion".*Williams Gynecology* (1 ed.).McGraw-Hill Medical.ISBN 978-0-07-147257-9.

36. Finer, Lawrence B.; Frohwirth, Lori F.; Dauphinee, Lindsay A.; Singh, Susheela; Moore, Ann M. (2005). "Reasons U.S. Women Have Abortions: Quantitative and Qualitative Perspectives"(PDF). Perspectives on Sexual and Reproductive Health37 (3): 110–118.

37.Seeber BE, Barnhart KT.Suspected Ectopic Pregnancy.Obstet Gynecol. 2006;107: 399–413.[PubMed].

38.Shaw JL, Fitch P, Cartwright J, Entrican G, Schwarze J, Critchley HO, et al. Lymphoid and myeloid cell populations in the non-pregnant human Fallopian tube and in ectopic pregnancy.J Reprod Immunol.2011;89:84–91. PubMed].

39.Marchbanks PA, Annegers JF, Coulam CB, Strathy JH, Kurland LT. Risk factors for ectopic pregnancy.A population based study.JAMA.1988;259:1823–1827.[PubMed].

40.Barnhart KT. Clinical practice.Ectopic pregnancy. N Engl J Med. 2009;361:379–387.

41. Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2003

42.Van Mello NM, Mol F,Opmeer BC,Ankum WM,Barnhart K,Coomarasamy A, Mol BW, van der Veen F, Hajenius PJ (2012)."Diagnostic value of serum hCG on the outcome of pregnancy of unknown location:A systematic review and meta-analysis". *Human Reproduction Update* 18 (6): 603–617.

43.Why women die.Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom 1994-1996.Norwich:Stationery Office; 1998.

44.Storeide O, Veholmen M, Eide M, Bergsjo P, Sandevi R.The incidence of ectopic pregnancy in Horlaland County, Norway 1976-1993.Acta Obstet Gynecol Scand. 1997;76:345–349. [PubMed]

45.Ectopic pregnancy—United States, 1990-1992.MMWR.1995;44:46–48.[PubMed].

46.Simms I, Rogers PA, Nicoll A.The influence of demographic change and cumulative risk of pelvic inflammatory disease on the change of ectopic pregnancy.Epidemiol Infect.1997;119:49–52.[PubMed]

47.M, Tulandi T. Current status of surgical and nonsurgical management of ectopic pregnancy. Fertil Steril.1997;67:421–433. [PubMed]

48.Jimenez-Caraballo A, Rodriguez-Donoso G. A 6-year clinical trial of methotrexate therapy in the treatment of ectopic pregnancy.Eur J Obstet Gynecol.1998;79:167–171.[PubMed].

49.Mol BWJ, Hajenius PJ, Engelsbel S, Ankum WM, Hemrika DJ, Van Der Neen F, et al.Is conservative surgery for tubal pregnancy preferable to salpingectomy? An economic analysis. Br J Obstet Gynaecol.1997;104:834–839.[PubMed].

50.US Census Bureau, Population Estimates, 2004.2.US Census Bureau, International Data Base, 2004.*Ectopic pregnancy in Europe (*Extrapolated *Statistics*)

51.American Joint Committee on Cancer.Gestational trophoblastic tumors. In: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer; 2010:437-444.

52.Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, et al. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. Lancet Oncol. 2003;4:670-678.

53. Cunnigham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Gastational trophoblastic diseas.Williams obstetrics. 22thed. New York: Mc Graw Hill; 2005; 274-278

54. Petignat P, Billieux MH, Blouin JL, Dahoun S, Vassilakos P. Is genetic analysis useful in the routine management of hydatidiform mole? Hum Reprod.,Feb 2003;18(2):243–9.

55.Cortes-Charry R, Figueira LM, Garcia-Barriola V, Gomez C, Garcia I, Santiago C.Gestational trophoblast-ic disease in ectopic pregnancy: A case series. J Reprod Med. 2006; 51: 760-763

56.Berkowitz RS, Goldstein DP. Current management of gestational trophoblastic diseases. Gynecol Oncol. 2009;112:654-662.

57.Sebire NJ, Foskett M, Paradinas FJ, *et al.* (June 2002). "Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin".*Lancet*359 (9324): 2165–6.

58.Gillespie AM, Lidbury EA, Tidy JA, Hancock BW. The clinical presentation, treatment, and outcome of patients diagnosed with possible ectopic molar gestation. Int J Gynecol Cancer. 2004; 14: 366-369.

59. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophob-lastic diseases. Lancet Oncol. 2003; 4: 670-678..

60.Diver E, May T, Vargas R, Bernstein M, Goldstein D, Berkowitz R. Changes in clinical presentation of postterm choriocarcinoma at the New England Trophoblastic Disease Center in recent years. Gynecol Oncol. 2013 Sep;130(3):483-6. Epub 2013 Jun 15.

61.Cotran RS, Kumar V, Fausto N, Nelso F, Robbins SL, Abbas AK. Robbins and Cotran pathologic basis of Disease. 7thed. Philadelphia: St. Louis: Saunders; 2005; 1112

62.Berkowitz Rs, Bernstein MR, Harlow BL, Rice LW, Lage JM, Lage JM, Goldstain DP, et al. Case control study of risk factors for partial molar pregnancy. Am J obstet Gynecol. 1995; 173(3 pt1): 788-794.

63.Lawler SD, Fisher RA, Dent J (May 1991). "A prospective genetic study of complete and partial hydatidiform moles". Am J Obstet Gynecol.164 (5 Pt 1): 1270–7. PMID 1674641.

64.American College of Obstetrics and Gynecology: Early Pregnancy Loss. The American College of Obstetrics and Gynecology, Compendium of Selected Publications. 1995.

65.Cengiz H, Dagdeviren H, Kanawati A, et al. Ischemia-modified albumin as an oxidative stress biomarker in early pregnancy loss. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015 Sep 18. 1-4.

66.Creinin MD, Schwartz JL, Guido RS: Early pregnancy failure--current management concepts. Obstet Gynecol Surv 2001 Feb; 56(2): 105-13[Medline].

67.Barnhart KT, Katz I, Hummel A, Gracia CR. Presumed diagnosis of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2002 Sep. 100(3):505-10.

68. Cousens S, Blencowe H, Stanton C, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. Lancet. 2011 Apr 16. 377(9774):1319-30.

69.Lelaidier C, Baton-Saint-Mleux C, Fernandez H: Mifepristone (RU 486) induces embryo expulsion in first trimester non-developing pregnancies: a prospective randomized trial. Hum Reprod 1993 Mar; 8(3): 492-5

70.Pridjian G, Moawad AH: Missed abortion: still appropriate terminology? Am J Obstet Gynecol 1989 Aug; 161(2): 261-2[Medline].

71.Priscilla K. Coleman, "Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009", *The British Journal of Psychiatry*, 2011, 199: 180-186.

72.Barnard CA. *The Long-Term Psycho-social Effects of Abortion*. Portsmouth, N.H.: Institute For Pregnancy Loss, 1990.

73.Broen AN, Moum T., Bodtker AS, Ekeberg O. *The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study*. BMC Med 2005 Dec 12; 3(1):18. 26.

74.David H. *Postpartum and Postabortion Psychotic Reactions*. Family Planning Perspectives 1981; 13:88-91.

75.Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. *Abortion in young women and subsequent mental health*. Journal of Child Psychology & Psychiatry, 2006; 47(1): 16-24.

76.Kero A, Hogberg U, Lalos A. *Well-being and mental growth – long-term effects of legal abortion*. Soc Sci Med 2004; 58: 2559-2569.

77.Shusterman LR. *Predicting the psychological consequences of abortion*. Soc Sci Med 1979; 13: 683-689.

78.Neugebauer R, Kline J, O'Connor P, Shrout P, Johnson J, Skodol A, et al. Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *Am J Public Health*. 1992;82:1332–9.

79.Prettyman RJ, Cordle CJ, Cook GD. A three-month follow-up of psychological morbidity after early spontaneous abortion.*Br J Med Psychol*. 1993;66:363–72.

80.Frost M, Condon JT. The psychological sequelae of miscarriage: a critical review of the literature. *Aust N Z J Psychiatry*. 1996;30:54–62.

81.Koopman C, Classen C, Spiegel D. Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *Am J Psychiatry*. 1994;151:888–94.

82.Wallin Lundell I, Sundstrom Poromaa I, Frans O, Helstrom L, Hogberg U, Moby L, Nyberg S, Sydsjo G, Georgsson Ohman S, Ostlund I, Skoog Svanberg A: The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion.

83. Source: Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. The British Journal of Psychiatry (2011) 199, 180–186.

84. Mota, NP et. al., "Associations Between Abortion, Mental Disorders and Suicidal Behavior in a Nationally Representative Sample," *The Canadian Journal of Psychiatry* 55(4): 239-246 (April 2010).

85. DC Reardon and PK Coleman, "Relative Treatment Rates for Sleep Disorders and Sleep Disturbances Following Abortion and Childbirth: A Prospective Record Based-Study," *Sleep* 29(1):105-106, 2006.83. Hutchison."A Feminist Approach to Post-Abortion Counselling" . Herizons, June 1997:23-24

86.Rogers, James L., George B. Stoms, and James L. Phifer. 1989. Psychological Impact of Abortion: Methodological and Outcomes Summary of Empirical Research between 1966 and 1988, *Health Care for Women International*, 10:347-376.

87. Fingerer, M. 1973. Psychological sequelae of abortion: anxiety and depression. *Journal of Community Psychology*. 1:221-225.

88.Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion related mortality in the United States. Obstetrics and Gynecology, 2004, 103:729–737.87.Grimes DA, Cates W, Jr. Complications from legally-induced abortion: a review.

88.Obstetrical and Gynecological Survey, 1979, 34(3):177–191.

89.Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion.Evidence based guideline no. 7. London, RCOG Press, 2004.

90.Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. Contraception, 2010, 83:30–33.

91.Laing FD, Frates MC. Ultrasound evaluation during the first trimester of pregnancy. In: Callen P, ed. Ultrasonography inobstetrics and gynecology, 4th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2010:118–119.

92.Sawaya GF et al. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a metaanalysis. Obstetrics and Gynecology, 1996, 87:884–890.

93.Shannon C et al.Infection after medical abortion: a review of the literature. Contraception, 2004, 70:183–190.

94.Frequently asked clinical questions about medical abortion. Geneva, World Health Organization, 2006

95.Barnhart KT et al. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first trimester pregnan-cies. Fertility and Sterility, 2006, 86:36–43.

96.Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, World Health Organization, 2003.

97.Baker A, Beresford T. Informed consent, patient education and counseling. In: Paul M et al. eds. Management of unintended and abnormal preg-nancy: comprehensive abortion care. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:48–62.

98.Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration:women's prefer-ences and acceptability of treatment.British Medical Journal, 1993, 307:714 –717

99.Slade P et al. A comparison of medical and surgi-cal termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1998, 105:1288 –1295.

100.Honkanen H, von Hertzen H. Users' perspectives on medical abortion in Finland. Contraception, 2002, 65:419 – 423.

101.Honkanen H et al., WHO Research Group on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2004, 111:715 –725 .

102.Cameron IT, Baird DT.The return to ovulation follow-ing early abortion a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. Acta Endocrinologica, 1988, 118:161–167.

103.Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010, (2):CD007207.

104.Newmann SJ et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010, (8):CD007310.

105.Grimes DA, Schulz KF, Cates WJ. Prevention of uterine perforation during currettage abortion.Journal of the American Medical Association, 1984, 251:2108 –2112.

106.Schulz KF, Grimes DA, Cates W. Measures to pre-vent cervical injury during suction curettage abor-tion. Lancet, 1983, 1(8335):1182–1185.

107.Borgatta L, Kapp N. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. Contraception, 2011, 84(1):4–18.

108.World Health Organization, Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Cervical ripening with mifepristone (RU 486) in late first trimester abortion. Geneva, World Health Organization, 1994 (Report No. 50)

109.Smith G et al. Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables.American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1979, 133:489 – 498.

110.Belanger E, Melzack R, Lauzon P. Pain of first trimester abortion: a study of psychosocial and medi-cal predictors. Pain, 1989, 36:339–350.

111.Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009;(2):CD006712.

112.Borgatta L, Nickinovich D. Pain during early abortion.Journal of Reproductive Medicine, 1997, 42:287–293.

113.Solo J. Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. Reproductive Health Matters, 2000, 8:45–51.

114.Faymonville ME et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. Pain, 1997, 73:361–367.

115.Marc I et al.The use of hypnosis to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy: an open randomized preliminary study. Contraception, 2007, 75:52–58.

116.Suprapto K, Reed S. Naproxen sodium for pain relief in first trimester abortion. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1984, 150:1000–1001.

117.Matambo J, Moodley J, Chigumadzi P. Analgesia for termination of pregnancy.

South African Medical Journal, 1999, 89:816.

118.Cade L, Ashley J. Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. Anaesthesia and Intensive Care, 1993, 21:93–96.

119.Jackson E, Kapp N. Pain control in first and second trimester medical termination of pregnancy: a systematic review.Contraception, 2011, 83:116 –12 6.

120.Lawson HW et al. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1994, 171:1365 –1372.

121.Mackay H, Schulz KF, Grimes D. Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilation and evacuation abortion. Obstetrics and Gynecology, 1985, 66:661–665.

121.Osborn JF et al. General-anesthesia, a risk factor for complication following induced-abortion. European Journal of Epidemiology, 1990, 6:416–422.

122.Niinimaki M et al. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. Obstetrics and Gynecology, 2009, 114:795 – 804.

123.Clinical management of abortion complications: a practical guide. Geneva, World Health Organization, 1994.

124.Tuncalp O, Gulmezoglu AM, Souza J. Surgical procedures to evacuate incomplete miscarriage. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010, (1):CD001993.

125.Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010, (1):CD007223.

126.Diop A et al. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion:a randomized clinical trial. Contraception, 2009, 79:456–462.

127. Tang OS et al.Pharmacokinetics of repeated doses of misoprostol.Human Reproduction, 2009, 24:1862–1869.

128.FDA public health advisory; sepsis and medical abortion.Silver Spring, MD, US Food and Drug Administration, 2010.

129.Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS.The frequency and management of uterine perforations during 1st-trimester abortions.American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1989,161:406–408.

130.Goyal V.Uterine rupture in second-trimester misoprostol induced abortion after cesarean delivery:a systematic review.Obstetrics and Gynecology, 2009, 113:1117–112 3

131.Beral V et al. Breast cancer and abortion: collabo-rative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83 000 women with breast cancer from 3.6 countries. Lancet, 2004, 363:1007–1016.

132.Melbye M et al. Induced abortion and the risk of breast cancer. New England Journal of Medicine, 1997, 336:81–85.

133.Dagg PKB. The psychological sequelae of thera-peutic-abortion – denied and completed. American Journal of Psychiatry, 1991, 148:578–585.

134.Major B et al. Abortion and mental health evaluat-ing the evidence.American Psychologist, 2009, 64:863–890.

135.WorldHealth Organization.Standard precautions in health care.WHO Infection Control, October 2007, Epidemic and Pandemic Alert and Response.

136.WHO guidelines on hand hygiene and health care. First global patient safety challenge, clean care is safer care.Geneva, World Health Organization, 2009.

137.World Health Organization and Johns Hopkins Blomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) IP. Family plan-ning: a global handbook for providers. Baltimore and Geneva,CCP and WHO, 2008.

138.Reeves MF et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 2009, 34:104–109.

139.Sedgh G et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, The Lancet,2012,379(9816):625–632.

140.Jewkes R and Rees H, Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice on Termination of Pregnancy Act, South African Medical Journal, 2005, 95:250.

141.Gissler M, Hemminki E, Lonnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987–94: register linkage study. BMJ 1996; 313: 1431–4

142.Public Health Bulletin Vol.1

143.Ministry of Health, 2011, "Live births and abortion in Albania," Ministry of Health, on line.144.Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A. Drescher, J. (2007). "Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends" Retrieved Jan, 2011

144. Rachel K. Jones and Megan L. Kavanaugh, appears in the June issue of the journal Obstetrics & Gynecology.”Changes in Abortion Rates Between 2000 and 2008 and Lifetime Incidence of Abortion”.

145. Human Rights Committee; Committee Against Torture; Committee on the Elimination of Discrimination Against Women.

JETA IME ËSHTË NË DORËN TENDE

FALEMINDERIT

Beck Anxiety Inventory

1.Ndjenjë nxehtesie

□ 0□ 1□ 2 □ 3

2. Mpirje apo ndjesi shpimi të muskujve

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

3. Pamundësi për t'u çlodhur

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

4. Dhimbje koke

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

5. Marrje mendsh

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

6. Ndjenjë pasigurie

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

7. Rahje të shpejta zemre

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

8. Nervozizëm

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

9. Ndjenjë mbytje

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

10. Dridhje duarsh

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

11. Ndjesi pasigurie

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

12. Ndjesi frike

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

13. Frikë për humbje kontrolli

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

14. Dispepsi

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

15. Skuqje në fytyrë

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

16. Djersitje ndjesi të nxehtë apo të ftohtë

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

17. Ndjenjë frikësimi`

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

18. Crregullime të frymarjes

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

19. Ndjenja e frikës nga vdekja

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

20. Ndjesi fatkeqësie

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

21. Ndjenjë lodhje

□ 0 □ 1 □ 2 □ 3

Përgjigjet u vlerësuan sipas skemës së mëposhtme

Një shumë nga 0-21 tregon ankth shumë të ulët(i lehtë).

Një shumë nga 22-35 tregon ankth të moderuar.

Një shumë e madhe që kalon 36 pikëtregon ankth të rëndë i cili ndikon në gjendjen psikologjike.

Shkalla e rezultateve është si më poshtë:

Nuk i përgjigjet gjendjes time

I përgjigjet gjendjes time në shkallë të lehtë

I përgjigjet gjendjes timenë shkallë të moderuar

I përgjigjet gjendjes time në pjesë të mirë kohe dhe jam shumëe shqetësuar

Abstrakt

Hyrje: Aborti përkufizohet si terminimi i parakohshëm i shtatzanisë, përpara se fetusi të jetë i aftë të mbijetojë në mënyrë indipendente para javës së 20-të të shtatzanisë.

Objektivi: Qëllimi i studimit është të vlerësojë situatën e aborteve gjatë një periudhe 6 vjeçare (2009 -2014) në maternitetin"Mbretëresha Geraldinë"dhe çfarë raporti zënë abortet e këtij materniteti me abortet në rang kombëtar.Vlerësimi i lidhjes mes abortit dhe statusit psikologjik në femrat me faktorë të tjerë, si njohuritë kontraceptive, karakteristikat sociodemografike, faktorët socio-kulturore.

Metodologjia: Studimimi është retrospektiv duke vlerësuar ndryshimin e numrit të aborteve në vite. Pjesa tjetër e studimit mbështetet në pyetësorin e standardizuar që analizon komponentë të ankthit dhe stresit tek pacientët që kanë realizuar abort u përzgjodhën 346 paciente nga grupi ynë i studimit dhe është i tipit *cross-sectional*. ***Rezultatet:*** Ne konstatuam një tendenc në regres të numrit aborteve nga viti në vit. Diagnozat me peshën kryesore të aborteve janë:NVB, Fetus i vdekur in utero, Aborti spontan. Grupmosha me numrin më të lartë të aborteve ishte 25-34 vjeç me 50.83%. NVB ishte diagnoza me incidencën më të lartë 42.32%.Aborti paraqitet si një fenomen urban vitet e fundit. Gjatë vlerësimit të gjendjes psikologjike ankthi ndjesia e pendimit dhe çrregullimet e gjumit janë predominuese në gratë pas abortit.

Konkluzione: Prevalenca e abortit është në regres, dhe shumica e aborteve ndodhin në këtë institucion.Incidenca e abortit pa indikacion klinik është e lartë, gjë që shtron domosdoshmërinë e politikave parandaluese të shtatzanisë së padëshiruar.Politikëbërësit dhe OJF-të duhet të punojnë me politikat e tyre mbi informimin lidhur me promocionin mbi metodat e planifikimit familjar që kanë si qëllim reduktimin e numrit të aborteve.
Fjalët kyçe: *abort, abort pa indikacion klinik, moshë, barre molare, fetus morto in utero, gjendje emocionale, ankth*

Abstract

Background:Abortion defined as premature termination of pregnancy before the fetus is able to survive in order Indipendente before the 20th week of pregnancy.

Objective: The aim of the study is to assess the situation of abortions over a period of 6 years (2009 -2014) in the maternity hospital "Queen Geraldine" and what have abortions report of the maternity abortions nationwide. Assessment of the relationship between abortion and psychological status in women with other factors, such as contraceptive knowledge, socio-demographic characteristics, socio-cultural factors.

Methods:The study is retrospective we have estimated the change in number of abortions in years. The rest of the study is based on a standardized questionnaire that analyzes components of anxiety and stress in patients who have performed abortions we selected 346 patients from our group and the study is cross sectional type. ***Results:*** We found a tendency to regress the number abortions each year.The diagnosis with the highest percentage of all abortion as voluntary termination of pregnancy, the fetus died in utero, miscarriage. The age group with the highest number of abortions was 25-34 with 50.83%. Voluntary termination of pregnancy, was the diagnosis with the incidence 42.32%.Abortions presented as an urban phenomenon in recent years. In assessing the psychological state the anxiety, feeling remorse and sleep disorders are prevalent in women after abortion.

Conclusions: The prevalence of abortion is in regression, and the majority of abortions occur in this institution.The incidence of abortion without clinical indication is high, which necessitates policy unwanted pregnancy prevention.Policymakers and nongovernmental organizations should work with their policies on information regarding the promotion of family planning methods aimed at reducing the number of abortions.

Keywords: *abortion, abortion without clinical indication, age, molar pregnancy, the fetus died in the womb, emotional, anxiety*