

REPUBLIKA E SHQIPERISE
UNIVERSITETI MJEKESOR I TIRANES
FAKULTETI SHKENCAVE MJEKESORE TEKNIKE
DEPARTAMENTI I INFERMIERISTIKËS

DISERTACION

I

PARAQITUR NGA

Znj. ALMA IMAMI – LELÇAJ

PËR MARRJEN E GRADES SHKENCORE

DOKTOR

NË

SHKENCA INFERMIERORE

SPECIALITETI: OBSTETRIKË - GJINEKOLOGJI

*TEMA: Dismenorrea Primare -
Prevalenca, ndikimi në cilësinë e jetës
dhe mjekimi jofarmakologjik*

UDHEHEQES SHKENCOR: PROF. Dr. NIKITA MANOKU

REPUBLIKA E SHQIPERISE
UNIVERSITETI MJEKESOR I TIRANES
FAKULTETI SHKENCAVE MJEKESORE TEKNIKE
DEPARTAMENTI I INFERMIERISTIKËS

DISERTACION

I

PARAQITUR NGA

Znj. ALMA IMAMI – LELÇAJ

PËR MARRJEN E GRADES SHKENCORE

DOKTOR

NË

SHKENCA INFERMIERORE

SPECIALITETI: OBSTETRIKË - GJINEKOLOGJI

*TEMA: Dismenorrea Primare -
Prevalenca, ndikimi në cilësinë e jetës
dhe mjekimi jofarmakologjik*

UDHEHEQES SHKENCOR: PROF. Dr. NIKITA MANOKU

MIRATOHET MË DATË/..../2016

PARA JURISË

1. Prof. Asc. Edmond Pistulli
2. Prof. Elizan Petrela
3. Prof. Bajram Hysa
4. Prof. Llukan Rrumbullaku
5. Prof. Asc. Kiri Zallari

KRYETAR
ANËTAR (Oponent)
ANËTAR (Oponent)
ANËTAR
ANËTAR

1. HYRJE	Error! Bookmark not defined.
2.Qëllimi i këtij studimi	Error! Bookmark not defined.
2.1 Qëllimi i studimit	Error! Bookmark not defined.
2.2 Objektivi i përgjithshëm	Error! Bookmark not defined.
2.3 Objektivat specifike të studimit	Error! Bookmark not defined.
2.4 Metodologjia e studimit	Error! Bookmark not defined.
2.5 Tipi i studimit	Error! Bookmark not defined.
2.6 Popullata në studim	Error! Bookmark not defined.
2.7 Mbledhja e të dhënave	Error! Bookmark not defined.
2.8 Kriteret e përzgjedhjes së kampionit	Error! Bookmark not defined.
2.9 Analiza statistikore	Error! Bookmark not defined.
3. Rezultatet	Error! Bookmark not defined.
4. DISKUTIMET	Error! Bookmark not defined.
5. PERFUNDIME	Error! Bookmark not defined.
6. REKOMANDIME	Error! Bookmark not defined.
7. BIBLIOGRAFIA	Error! Bookmark not defined.

MIRËNJOHJE

Familjes time, bashkëshortit, fëmijëve, vëllait dhe motrës time, të cilët më kanë inkurajuar dhe mbështetur emocionalisht gjatë gjithë kohës së punimit të disertacionit.

Falenderoj drejtuesin shkencor Prof. Dr. Nikita Manoku, i cili me këshillat, sugjerimet dhe vërejtjet më udhëzoi në të gjitha fazat e punimit, në mënyrë që ky punim të vijë i plotë dhe dinjitoz.

Falenderoj Dekanin e Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike, Prof. Dr. Petrit BARA.

Falenderoj studentet, të cilat pa hezitim pranuan të bëhen pjesë e këtij punimi.

Gjithashtu falenderoj të gjithë miqtë, të afërmit e mi dhe të gjithë ata që në mënyra të ndryshme më motivuan në përgatitjen dhe përfundimin e tezës së disertacionit.

Këtë punim ia dedikoj vajzës time, e cila ndonëse jeton larg ka përjetuar bashkë me mua të gjithë vështirësitë dhe emocionet që më dhuroi ky kërkim shkencor.

Faleminderit!

I. HYRJA

Adoleshenca është ura që lidh periudhën e fëmijërisë me atë të adultit. Është pikërisht kjo periudhë tranzitore e cila karakterizohet nga ndryshimet fizike, endokrine, emocionale dhe psikike, duke kaluar nga një varësi e plotë në pavarësinë relative. Fillimi i pubertetit është një indikator i cili tregon që faza e jetës së adoleshentit ka nisur. [1] Nga ndryshimet e mëdha fiziologjike që ndodhin tek vajzat në këtë moment është fillimi i menstruacioneve, i cili shënohet si një nga ngjarjet më të rëndësishme. Cikli menstrual është proces fiziologjik që lidhet me aftësinë riprodhuese. [2]

Pavarsisht rëndësisë së padiskutueshme, opinionet dhe qëndrimet rreth menstruacioneve janë të variueshme duke ju referuar kohërave dhe kulturave të ndryshme. Në kohët e lashta gjakrrjedhja menstruale konsiderohej misterioze. Shoqëritë sekrete matriarkale zhvillonin me nismën e grave rite e rituale të cilat i sillnin gratë në harmoni me natyrën e veçanërisht me hënën. Në shumë kultura të asaj kohe besonin se menstruacioni kontrollohej nga hëna dhe se fluksi menstrual ishte toksik.

Gjithashtu, në vende, grupe etnike, klasa shoqërore menstruacionin e kanë konsideruar si “papastërti”, e njëjta mendësi është interpretuar dhe nga pikëpamja religjioze. Po ti referohemi Biblës ka një aluzion të qartë të papastërtisë së femrave lidhur me menstruacionet e tyre. [3]; [4].

Në traditën çifute çdo gjë që gratë me mense prekin është konsideruar e papastër. Në kulturën Hindu menstruacionet janë konsideruar si “ndotje”. Gjatë periudhës menstruale gratë dhe vajzat nuk lejoheshin të vizitonin tempujt, të luteshin apo të gatuanin. Ato nuk lejoheshin të preknin asnjë dhe duhet të qëndronin larg familjarëve të tyre, sepse ato konsideroheshin si të papastra.

Në besimin mysliman gratë me menstruacione e kishin të ndaluar të preknin Kuranin, të luteshin, të agjëronin, të ndanin krevatin me bashkëshortin, si dhe nuk ju lejohej futja në xhami [5]. Ndërsa në disa kultura të tjera menstruacionet janë parë me nderim dhe respekt tek femrat, me fillimin e tyre.

Kohët moderne treguan se gjatë flukseve menstruale çlirohen substanca të cilat shtojnë kontraksionet uterine, që shoqërohen me probleme fizike si dhimbje barku, shpine, koke, ndryshueshmëri të gjendjes emocionale dhe shpirtërore të përmbledhura këto si dismenorre.

Shumë studime janë kryer në lidhje me menstruacionet dhe problemet që i shoqërojnë, duke arritur në përfundimin se dismenorrea është problemi më i zakonshëm gjinekologjik që ndodh në shumicën e femrave që menstruojnë, i cili ka ndikim negative në aktivitetet akademike e sociale.

Termi dismenorrea rrjedh nga fjalët greke “dys”, do të thotë "i vështirë / i dhimbshëm / i çrregullt, "meno do të thotë "muaj", dhe “rrhea”, do të thotë "rrjedhje." Dismenorrea është përcaktuar si fluks menstrual i dhimbshëm.

Nisur nga pathfisiologjia, dismenorrea klasifikohet në: dismenorre primare dhe sekondare [6].

Dismenorrea primare nuk ka lidhje me patologjitë pelvike. Dismenorrea sekondare ka lidhje me gjendje patologjike si endometrioza, adenomyoza, myomat, dhe sëmundja inflamatore pelvike (SIP) [6]

Dismenorrea primare zakonisht takohet shpejt tek vajzat e reja kur ciklet bëhen ovulare.

Prania e këtij problemi është shumë i rëndësishëm, pasi ka ndikim të drejtëpërdrejtë në cilësinë e jetës së femrave e për rrjedhojë edhe në ekonominë kombëtare, për shkak të mungesave për një kohë të shkurtër në punë apo në shkollë [7].

Pesha e këtij problemi vlerësohet kur parafytyrohet që janë rreth 40 milionë femra të moshës riprodhuese në Shtetet e Bashkuara paraqesin një problem të tillë me menset.

Humbja ekonomike në këtë rast është vlerësuar të jetë 600 milion orë pune dhe 2 miliardë dollarë në vit (8). Lidhur me prevalencën e dismenorresë primare dhe mënyra se si femrat orvaten të gjejnë zgjidhje janë të panjohura për shumë vende në zhvillim. [7]

1. SISTEMI RIPRODHUES FEMËROR

Anatomia

Sistemi riprodhues femëror përbëhet nga: vulva, vagina, coli uteri, uterus, ovalet dhe tubat e fallopit.

Vulva përbën organet e jashtme genitale femërore.

Vagina është një organ muskulo elastik që vendoset midis qafës mitrës dhe vulvës.

Uterusi është organi ku zhvillohet shtatzania, ai vendoset në pelvis minor midis vezikës nga përpara dhe rektumit nga pas. Pjesët përbërëse të tij janë, fundusi, segmenti dhe qafa. Shtresa e brendëshme e tij është endometri, i cili i nënshtrohet ndryshimeve ciklike gjatë periudhës menstruale. Qafa e mitrës lidh uterusin me vaginën.

Ovalet vendosen në dy anët e uterusit, roli kryesor i të cilave është prodhimi i hormoneve dhe ovociteve.

Tubat e fallopit shërbejnë për kapjen dhe mbartjen e vezës nga ovari në uterus.

Endokrinologjia riprodhuese

Organet të cilat prodhojnë hormonet riprodhuese janë hipotalamusi, hipofiza dhe ovalet. Hipotalamusi vendoset në bazën e trurit dhe prodhon hormone çlirues të gonadotropinave. Hipofiza është një gjendër e cila përbëhet nga dy lobe dhe që vendoset poshtë hipotalamusit në sela turcika të kockës sfenoidale. Hormoni stimulues i folikulit (FSH) dhe hormoni luteinizues (LH) prodhohen nga lobi anterior dhe quhen gonadotropina, sepse veprimi i tyre është në gonade (vezore).

Ovalet janë organe çifte që vendosen në dy anët e uterusit dhe prodhojnë estrogenin, progesteronin dhe testosteronin, si dhe ovocitet.

Efekti i hormoneve

Hipotalamusi vepron përmes hormonit çlirues të gonadotropinave në hipofizën anteriore për të prodhuar FSH dhe LH, të cilët veprojnë në ovalet për prodhimin e estrogenit dhe progesteronit. Këto ngjarje janë të ndërsjellta dhe në varësi të njëra - tjetrës.

Cikli menstrual

Cikli menstrual përcaktohet si periudha nga dita e parë e gjakrrjedhjes menstruale deri ditën e parë të gjakrrjedhjes së ciklit pasardhës.

Cikli menstrual kalon në katër faza. Faza e parë është faza e menstruacionit që shkon nga 3 deri në 7 ditë. Faza proliferative që shkon deri në ditën e katërmbëdhjetë të ciklit. Faza e ovulacionit është momenti kur veza del nga ovari për tu kapur nga tubat e fallopit dhe pas kësaj faze, vjen faza luteale me formimin e korpus luteum (trupit të verdhë).

Qëllimi i ciklit menstrual është përgatitja e uterusit për shtatzëni të mundshme. Mungesa e shtatzënisë çon në gjakrrjedhjen menstruale [8].

Menset apo rrjedhjet menstruale përbëhen nga gjak, sekrecione cervikale dhe vaginale, bakterie, mukus, leukocite, dhe sasi relativisht të shtuar fibrinolizine nga indi endometrial. Shkarkimet menstruale janë në ngjyrë të kuqe të errët, normalisht nuk përmbajnë koagula, pasi fibrinoliza i shkrin ato, gjithashtu kanë dhe një erë karakteristike që rezulton në mënyrë fiziologjike nga indet e vdekura shkaktuar nga pamjaftueshmëria e gjakut dhe oksigjenit në endometër.

Përgjithësisht menstruacioni ndodh çdo 28 ditë, plus ose minus 7 ditë.

Faktorët emocional dhe fizik si sëmundja, frika e shtuar, stresi ose ankthi, programe ushtrimesh të forta, mund të alternojnë ciklin menstrual.

Sasia e gjakut të humbur gjatë një fluksi menstrual varion nga 30 – 80 ml [9] dhe humbja e hekurit afërsisht 0,5 - 1 mg në ditë. Pas menstruacionit endometri fillon të rigjenerohet nga shtresa bazale.

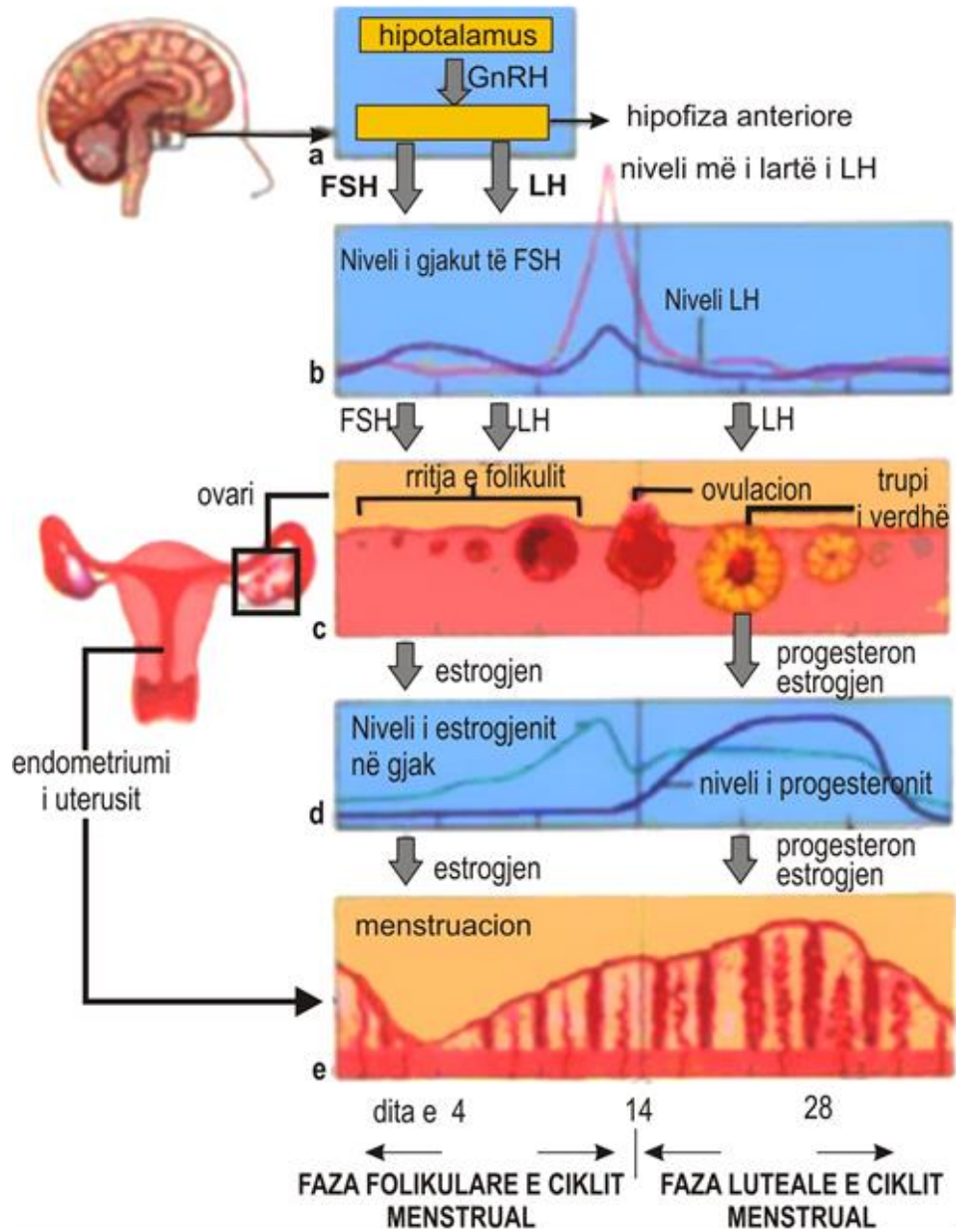


Figura 1.1. Cikli menstrual

Menarka

Menarka shënon fillimin e menstruacionit. Moshë mesatare e menarkës është 13 vjeç, por mund variojë nga 8 - 18 vjeç (2). Megjithatë trashigimia, raca, kushtet e ushqyerjes, klima dhe ambienti influencojnë në shfaqjen e hershme të saj. Për shembull maturiteti priret të ndodh më herët në rajonet me klimë të nxehtë se sa ato me klimë të ftohtë. Të dhënat e mbledhura në femrat me ngjyrë në vitet 1997 dhe 2000 treguan për një moshë mesatare më të ulët të menarkës

respektivisht 12.16 dhe 12.2 [10]. Sipas literaturës aktuale moshë mesatare e menarkës në përgjithësi, ka mbetur konstante gjatë 50 viteve të fundit [11].

Në dy studime të mëdha krahasohen të dhënat në një interval 21- 25 vjeçar. Në nivel mikro shihet një rënie e moshës mesatare të menarkës prej tre muajsh (tek femrat e bardha) dhe pesë muajsh (tek femrat me ngjyrë). [10]. Pas menarkës gjatësia ciklit menstrual mund të jetë i çrregullt në vitet e para për shkak të papjekurisë të aksit Hypothalam – Hypofizë – Ovarë, ku përgjithësisht shoqërohet me cikle anovulatore [12]

Afërsisht 80% e cikleve janë të parregullt në vitin e parë pas menarkës, cikle që shkojnë nga 21- 45 ditë; gjakderdhja zakonisht zgjat 2-7 ditë; dhe adoleshentët përdorin mesatarisht tre deri gjashtë linesa ose tampona në ditë [13].

Çrregullimet menstruale krijojnë ankth në mesin e vajzave adoleshente si dhe familjarëve të tyre. Adoleshentët dhe prindërit e tyre janë shpesh të pavetëdijshëm rreth ciklit menstrual

2.DISMENORREA PRIMARE

2. 1 Klasifikimi

Dismenorre primare, quhen dhimbjet në formë krampesh në pjesën e poshtme të abdomenit vetëm pak përpara fillimit të menstruacioneve ose gjatë menstruacioneve, në mungesë të një patologjie pelvike,[14]; [15]; [16]. Shumica e dismenorres në adoleshentet dhe adultet e reja është funksionale, e shoqëruar me një cikël normal ovulator si dhe me një etiologji të qartë fiziologjike [17]; [18].

Ajo mund të fillojë gjashtë muaj deri në dy vite pas menarkës dhe mund të vazhdojë ndoshta gjatë viteve të riprodhimit të femrës. Femrat të cilat përjetojnë dismenorre primare përgjithësisht paraqesin ankesa të përsëritura çdo muaj. Dhimbja spazmodike e dismenorres primare mund të zgjasë jo më shumë se 48 – 72 orë. [19].

Dhimbja është e ngjashme me dhimbjet e aktivitetit të lindjes, me dhimbje të cilat vijnë e shkojnë, të cilat pacientja për ti ilustruar ato hap dhe mbyll grushtin. Krampet janë në regjionin suprapubik dhe në regjionin abdominal. Dhimbja irradiohet në regjionin lumbosacral dhe në pjesën anteriore të kofshëve. Simptoma të tjera mund të përfshijnë nauze të moderuar deri në të rëndë, të vjella dhe diarre, ndjenjë të nxehti ose të ftohti, dhimbje koke, asteni dhe rrallë herë gjendje sinkopale, si dhe rritje të frekuencës urinare. [20]; [21]. Simptomat ndryshojnë në çdo cikël. Dismenorea e rëndë mund të përfshijë gjithashtu, marramendje nervozizëm dhe të fikët.

Dismenorea sekondare karakterizohet nga dhimbje në pjesën e poshtme abdominale e cila mund të ketë karakteristika të ndryshme duke qënë prezente jo vetëm para ose gjatë rrjedhjes menstruale, por dhe në çdo kohë tjetër të muajit, kohëzgjatja e dhimbjes është e lidhur me gjendje anormale si endometrioze dhe malformime uterine [14]; [15]; [22].Ndërsa shpërthimi i simptomave në dismenorrenë sekondare mund të ndodh më vonë, shumë vite ose dekada pas menarkës, për këtë nevojitet një ekzaminim vaginal ose ekzaminim laparoskopik të cilat shpesh kërkohen për të konfirmuar diagnozën. [23].

2. 2 Prevalenca

Prevalenca e dismenorres primare është nënvlerësuar shumë. Akoma është e vështirë të përcaktohet, pasi pak femra të cilat kanë këtë problem kërkojnë trajtim mjekësor, pavarësisht

shqetësimit që ato kanë, pasi shumica e tyre e konsiderojnë dhimbjen si pjesë normale e ciklit menstrual dhe për këtë arsye mbeten të padokumentuara [24].

Prevalenca e dismenorres primare është raportuar të jetë 50% - 90% [25]; [26]; [27]; [28]; [29]. 15% – 33 % e femrave me dismenorre primare raportojnë dhimbje menstruale të moderuar deri në të fortë (30). Si e tillë dismenorrea shihet të jetë një çrregullim gjinekologjik në shumicën e femrave pavarësisht nga kombësia dhe mosha e tyre [32]; [33].

2. 3 Faktorët e riskut

Disa specialistë mendojnë që simptomat e dismenorresë janë shkak që lidhen me kequshqyerjen. Emil Novak konstaton se dismenorrea primare është e zakonshme në femrat që janë me probleme fizike si në rastin e dobësisë, anemisë dhe vajzave astenike. Ai shprehet “Unë kam parë shpesh raste të rënda të dismenorresë primare të shëruara pa ndonjë trajtim lokal, thjeshtë duke përmirësuar gjendjen e përgjithshme, përmes mirëushqyerjes dhe masave për një higjienë të përgjithshme” [34]. Të njëjtën gjë vërtetoj dhe Marian Goldwasser, në studimin e tij disa vite më vonë [35].

Disa të dhëna lidhin dietën me dismenorrenë. Femrat e reja të cilat shmangin mëngjesin kanë një nivel më të lartë të simptomave të dismenorresë krahasuar me femrat e reja të cilat e konsumojnë atë, për më tepër rritja e marrjes së peshkut, vezëve dhe frutave ul frekuencën e dhimbjeve gjatë menstruacioneve [36].

Të tjerë studiues akuzojnë nuliparitetin, pasi vlerësojnë se lindja e fëmijës ndikon pozitivisht në përmirësimin e dismenorresë [30];[37]. Ndërsa Juang dhe kolegët e tij gjetën se edhe kohëzgjatja e shtatzanisë si dhe mënyra e lindjes influencin në dismenorrenë primare. Gratë të cilat kishin kryer lindje spontane patën përmirësim shumë më të madh në simptomat e dismenorres se sa gratë që kishin kryer lindjen me sectio caesarea, po ashtu gratë të cilat kishin patur lindjen e infantit në termë u përmirësuan dukshëm në raport me gratë të cilat kishin patur lindje pretermë [38].

Ashpërsinë e dismenorresë disa autorë e lidhin me moshën e hershme të menarkës [26]; [30]; [32], kohëzgjatjen e menseve, si dhe rrjedhjet e shtuara menstruale [30]; [37].

Duhanpirja është një sjellje negative e cila është e dëmshme për shëndetin. Djegia e cigares prodhon tymin i cili përmban mbi 4000 lëndë kimike, shumë prej të cilave janë toksike dhe të rrezikshme [39]. Lidhur me duhanpirjen Harlow dhe Parazzini vunë re se konsumi tij përkeqëson dhimbjet menstruale [32]; [40], gjithashtu sipas një studimi prospektiv edhe ekspozimi i shtuar në ambientet ku konsumohet duhan ndikon në dhimbjet menstruale [41].

Problemet e shëndetit mental janë një tjetër risk potencial për këtë problem. Depresioni, ankthi dhe problemet sociale lidhen me krampet menstruale. [42]. Në bashkësinë e studimeve ka një konsensus të përgjithshëm, lidhur me marrëdhënien reciproke midis stresit dhe dhimbjes [43].

Ka të dhëna të cilat sugjerojnë që stresi mund të ketë efekte të dëmshme në çlirimin e pashmangshëm të hormoneve stres nxitës [44]; [45]. Këto hormone mund të frenojnë organizmin për të menaxhuar dhimbjen.

Studimet epidemiologjike sugjerojnë se ekziston një marrëdhënie e ngushtë mes dhimbjes klinike dhe çrregullimeve të gjumit [46]; [47]. Marrëdhënia mes gjumit dhe dhimbjes është e ndërsjelltë. Madje dhe në individë të shëndetshëm çrregullimi apo privimi i gjumit nxjerrë në pah dhimbjen, ose rezulton në hyperalgjesi [47]; [49]. Nga ana tjetër kthimi i gjumit pas privimit të tij ka efekt analgjezik [49]. Studimet kanë treguar herë pas here se çrregullimet e gjumit janë më të përhapura tek femrat se sa tek meshkujt. Ky dallim duket bindës për shkak të ndryshimeve fiziologjike që ndodhin periodikisht në organet e femrave gjatë ciklit menstrual. Është parë se gratë bëjnë gjumë më të shqetësuar gjatë ditëve të para të menstruacioneve se sa në pjesët e tjera të ciklit menstrual, gjithashtu gjumi i tyre trazohet nga krampet apo dhimbja menstruale [50]. Lidhur me krampet e tyre të dhimbshme uterine, gratë me dismenorre shpesh ankohen për lodhje dhe pagjumësi. [51].

Në tabelën e mëposhtme jepen në mënyrë të përmbledhur disa faktorë të risku që lidhen me episode të rënda të dismenorresë:

Mosha e hershme e menarkës (< 12 vjeç)	Pirja e duhanit.
Ciklet menstruale ovulatore	Dieta
Zgjatja e periudhës menstruale	Çrregullimet e gjumit
Rrjedhjet shumta menstruale	Depresioni
Nulipariteti	Ankthi
Histori pozitive familjare	Stresi

2. 4 Etiologjia e dismenorresë primare

Të dhënat janë të paqarta lidhur me mekanizmat përgjegjëse të simptomave të dismenorresë primare. Teori të shumta janë propozuar si shkaqe të dismenorresë primare duke përfshirë: aktivitetin myometrial, faktorët neuromuskular, influencën hormonale, prostaglandinat, vasopresinën, dhe faktorët psikologjik [12]

Shumë studime theksojnë rolin e prostaglandinave në mekanizmin fiziologjik të dhimbjeve menstruale [52]; [53], si dhe çlirimin e përbërësve të tjerë biologjikisht aktiv të cilat rrisin aktivitetin myometrial dhe ulin qarkullimin uterin, të tillë si leukotrina dhe vasopresina.

Përveç aspektit fiziologjik, teori të ndryshme kanë sugjeruar aspektin psikologjik, duke theksuar rolin e faktorëve të personalitetit në drejtim të menstruacioneve. [54]; [55].

Lidhur sa më sipër, stresi dhe emocionet negative zgjojnë dhe mund të rrisin dhimbjet menstruale, duke bërë që gruaja të ulë menjëherë aftësitë përballuese të dhimbjes. [54].

Në dismenorre, apo në gjendje të tjera dhimbjeje, të kuptuarit e etiologjisë është themelore, për trajtimin dhe lehtësimin e tyre. Për këtë është e rëndësishme të njihet intensiteti i dhimbjes me qëllim që trajtimi i saj të jetë sa më efikas [57].

2. 5 Pathfisiologjia

Prostaglandinat janë derivate të acideve yndyrore që zakonisht gjenden në murin qelizor. Prodhimi i prostaglandinave në mitër rritet nën influencën e progesteronit, duke arritur kulmin në / ose menjëherë pas fillimit të menstruacioneve.

Dy prostaglandinat kryesore të prodhuara në mitër janë: prostaglandina F2 dhe prostaglandina E2. Prostaglandina F2 është një stimulator potent i muskulaturës së lëmuar dhe vazokonstriktor. Prostaglandina E2 është një vazodilatator i fuqishëm. Në menstruacioneve normale tonusi që arrihet nga kontraksionet uterine shkon 50 – 80 mm Hg dhe këto kontraksione zgjasin 15 – 30 sekonda, kontraksione të cilat ndodhin me një frekuencë 1 – 4 kontraktime në dhjetë minuta. Linja bazë e tonusit uterin është 5 – 15 mmHg. Në femrat me dismenorre kemi një panoramë

krejt tjetër, fuqia kontraktuese uterine arrin 400mmHg edhe më shumë dhe që zgjat mbi 90 sekonda. Ndërkohë që linja bazë e presionit kontraktues ndonjëherë është më e lartë se 80 apo 100 mmHg [58]. Një gjendje e tillë shkakton iskemi uterine, një faktor tjetër ky i cili e shton akoma më shumë dismenorrenë.

Studimet me Doppler kanë konfirmuar se qarkullimi i gjakut brenda arterieve uterine në femrat me dismenorre në ditën e parë të ciklit të tyre menstrual, është në mënyrë domethënëse i ulur si rezultat i aktivitetit myometrial, krahasuar me femrat pa dismenorre [59].

2. 6 Vlerësimi i dismenorresë

Vlerësimi i dismenorres primare bëhet së pari duke përjashtuar dismenorrenë sekondare [14]. Për këtë arsye marrja e anamnezës dhe ekzaminimi fizik ndihmojnë në vendosjen e diagnozës. Anamneza duhet të jetë e hollsishme, ajo duhet të përfshijë: moshën e menarkës, rregullsinë e ciklit menstrual, gjatësinë e ciklit menstrual, menstruacionin e fundit, kohëzgjatjen si dhe sasinë e fluksit menstrual. Eksplorohet me kujdes dhimbja për: natyrën dhe lokalizimin e ankesave, ashpërsinë e saj, prezencën e simptomave lidhur me ovulacionin, si dhe për mungesën e shenjave ose simptomave të tjera që sugjerojnë shkaqet sekondare. Merret informacion lidhur me simptoma të tilla si: të përziera, të vjella, fryrje, diarre, dhe lodhje, të cilat vërehen nga vetë pacientët me dismenorre.

Koha e ndërprerjes nga aktivitetet e përditshme, të cilat ndikohen nga dismenorrea ndihmojnë të vlerësohet ashpërsia e dhimbjes. Përcaktohen faktorët që rëndojnë apo përmirësojnë simptomat.

Anamneza familjare mund të jetë e dobishme në diferencimin e endometrioizës nga dismenorrea primare [60]. Diagnoza diferenciale mes dismenorresë dhe sindromit premenstrual (SPM), është e rëndësishme të realizohet, për arsye se trajtimi i tyre është plotësisht i ndryshëm.

Ekzaminimi pelvik duhet të rezultojë normal në dismenorrenë primare, nuk duhet të ketë anomali të prekshme të mitrës ose adneksëve. Pavarësisht se ekzaminimi pelvik rezulton normal nuk është përfundimisht ai që përjashton patologjitë pelvike. Një ekzaminim abdominal duhet të kryhet tek çdo paciente për të përjashtuar patologjitë e prekshme. Abdomeni duhet të jetë i butë dhe mitra normale. Në femrat të cilat asnjëherë nuk kanë patur aktivitet seksual dhe kanë një

anamnezë tipike të dismenorresë primare të formës së lehtë ose të moderuar, ekzaminimi pelvik nuk është domosdoshmëri. [20]; [61]; [62]; [63].

Nga ana tjetër, një anamnezë sugjeruese për çrregullime organike ose malformime kongjenetale të traktit riprodhues, si dhe në rastet kur pacientja nuk i përgjigjet terapisë tradicionale të dismenorresë primare, indikohet një ekzaminim pelvik i plotë.

Për të përjashtuar patologjitë teste të tjera diagnostikuese që mund të kryhen janë gjak komplet me formulë, analizë urine, eritrosedimenti dhe ultrasonografia pelvike.

Në mënyrë të përmbledhur, një anamnezë e plotë duhet të përfshijë si më poshtë:

- Moshën e menarkës;
- Frekuencën menstruale;
- Kohëzgjatjen menstruale;
- Vlerësimin e fluksit menstrual, prania ose mungesa e gjakderdhjes intermenstruale;
- Simptomat;
- Ashpërsinë e dhimbjes dhe marrëdhënien e saj me ciklin menstrual;
- Ndikimin mbi fizikun dhe aktivitetin social;
- Progresionin e ashpërsisë së simptomave.

2. 6.1 Vlerësimi i intensitetit të dhimbjes

Dhimbja është një ndjesi e pakëndshme dhe përjetim emocional, i cili transmetohet në tru përmes fijeve ndjesore. Dhimbja është me shumë se një ndjesi apo vetëdije fizike, në të përfshihet: perceptimi dhe interpretimi subjektiv i shqetësimit. Perceptimi jep informacion për lokalizmin e dhimbjes, intensitetin dhe natyrën së saj.

Për të matur intensitetin e dhimbjes në shumë studime dhe klinika përdoren si metoda vlerësimi shkallë të ndryshme, tilla si: shkalla verbale, shkalla numerike dhe shkalla analoge vizuale [57].

Shkalla verbale e vlerësimit konsiston në një seri përshkrimi verbal të dhimbjes, duke e listuar nga më e ulëta (pakta) deri në më të fortën (p.sh: pa dhimbje, dhimbje e lehtë, dhimbje e moderuar, dhe dhimbje e ashpër).

Shkalla numerike kërkon që pacientët të zgjedhin një vlerë numerike e cila i korrespondon intensitetit të dhimbjes (p.sh. 0 = pa dhimbje, 1 = dhimbje e lehtë, 2 = dhimbje e moderuar, 3 = dhimbje e ashpër).

Shkalla analoge vizuale konsiston në një vijë 10 mm horizontale ose vertikale e kufizuar në dy skajet ekstreme të saj, në të cilat shënohen “pa dhimbje” në një skaj dhe “dhimbje shumë e fortë” në skajin tjetër [57]. Pacienteve u kërkohet të bëjnë një shënim në vijë e cila pasqyron në mënyrën më të mirë intensitetin e dhimbjes së tyre dhe distanca në milimetra përdoret si indeksi numerik i intensitetit të dhimbjes.

Studimet kanë treguar që tre tipat e vlerësimit lidhen shumë me njëri – tjetrin [64]; [65]. Shkalla analoge vizuale është shkalla më superiore e vlerësimit për të matur intensitetin e dhimbjes [66]; [67].

Shkalla analoge vizuale ka provuar të jetë e vlefshme dhe e sigurt për të matur intensitetin e dhimbjes akute dhe kronike [68]; [69].

Më poshtë jepen modele të ndryshme vlerësimi dhimbje sipas disa autorëve:

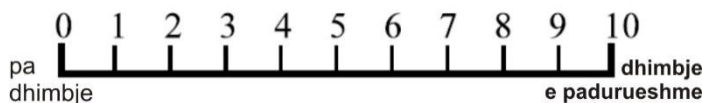


Figure 2.2 Shkalla analoge vizuale sipas (Ortiz, 2009)

McCormack HM, Horne 1988

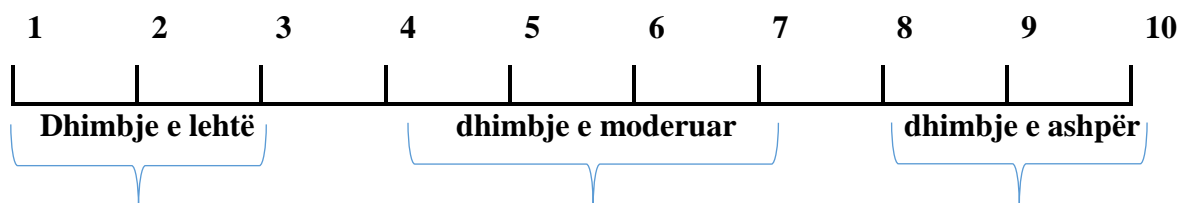


Figura 2.3 Shkalla analoge vizuale sipas Mc Cormack [70] kategorizohet në shkallën 1- 10

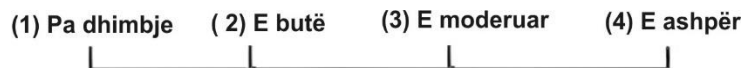


Figure 2.4 Shkalla verbale e vlerësimit sipas (Daniels, 2008)

Sistemi i pikëzimit sipas Andresch dhe Milsom 1982 (30) të cilët e kategorizojnë dismenorrenë në varësi të kësaj shkalle:

Tabela 2.1

•	Grada 0	Pa dhimbje. Nuk ndikon në aktivitetin ditor
•	Grada I	Dhimbje e butë. Rrallëherë influencon në aktivitetin ditor, nevojitet rrallë marrja e analgjezikëve.
•	Grada II	Dhimbje e moderuar. Influencën në aktivitet ditor, merren analgjezikë, rrallë mungesa në punë e shkollë, simptoma të pakta.
•	Grada e III	Dhimbje e ashpër. Aktivitet i kufizuar, analgjezikët veprojnë dobët, simptomat prezente (dhimbje koke, lodhje, të vjella, diarre).

2. 6.2 Vlerësimi i ndjeshmërisë së dhimbjes

Studimi i parë i cili ka aluduar për një rritje të mundshme të ndjeshmërisë së dhimbjes gjatë ciklit menstrual në femrat me dismenorre krahasuar me ato pa dismenorre, u realizua nga Haman. Në këtë studim, femrat dismenorreike e kishin më të ulët pragun e dhimbjes (kundrejt një presure në gishtin e madh të dorës) krahasuar me femrat jo dismenorreike, në të gjitha fazat e ciklit menstrual [71].

Studime të tjera pasuan këtë studim duke përdorur vende të ndryshme trupore për të stimuluar dhimbjen eksperimentale tek femrat me dismenorre, të tilla si: gishtin tregues [72], parakrahun [73], krahun, këmbën, abdomenin dhe fund shpinën [74].

Studimet e kryera lidhur me këtë aspekt kanë investiguar nëse perceptimi i dhimbjes ndryshon mes femrave dismenorreike dhe jo dismenorreike në faza të ndryshme të ciklit menstrual. Bazuar në këto studime ende mbetet e paqartë nëse femrat me dismenorre primare janë hypersensitive ndaj dhimbjes gjatë fazës menstruale dhe / ose gjatë fazave të tjera të ciklit menstrual.

2. 6.3 Vlerësimi i gjendjes së stresit

Stresi i zgjatur mund të intensifikojë dhimbjen tek të gjithë individët të cilët vuajnë nga ndonjë lloj dhimbje [43]. Negative dhe potencialisht e dëmshme nënvizohet marrëdhënia mes stresit dhe dismenorresë [75]. Roli i ankthit dhe i stresit në dhimbjen menstruale është komplekse. Ndërkohë që tensioni nervor kontribuon në rritjen e dhimbjes, menstruacionet periodikisht të dhimbshme dhe dobësia që krijohet prej tyre mund të çojnë në ankth e stres rreth kohës së menstruacionit. Pra kemi një marrëdhënie reciproke mes stresit dhe dismenorresë.

Stresi mund të shkaktojë alterim të menstruacioneve dhe alterimi i menstruacioneve mund të shkaktojë stres [76]. Në një studim u vlerësua niveli i stresit dhe dismenorresë, duke konkluduar që rreziku i dismenorresë ishte dy herë më i madh në mesin e femrave me nivel të lartë stresi, se sa në ato femra ku niveli i stresit ishte më i ulët [77].

Është shumë e rëndësishme që kur trajtohet dhimbja lidhur me dismenorrenë nevojitet të bëhen orvatje për të reduktuar stresin. [78].

2. 6.4 Vlerësimi ndikimit dhimbjes në cilësinë e jetës

Dhimbja kronike është një kontribues madhor i cili ul cilësinë e jetës. Dismenorrea primare paraqet karakteristikat e sindromës akute dhe kronike të dhimbjes, pasi është një dhimbje periodike me një kohëzgjatje të shkurtër. Dismenorrea jo vetëm që ndikon në jetën personale të femrave, por gjithashtu ndikon dhe në produktivitetin e tyre, e si rrjedhojë mund të ketë pasoja ekonomike[79].

Lidhur me disfunktionin menstrual është vlerësuar një kosto prej 94 – 308 milion dollar të humbura në ditë në SHBA [80].

Dhimbja e fortë ciklike është e lidhur me kufizim të aktivitetit fizik dhe ulje të pjesëmarrjes në eventet sportive. [20];[23];[26];[30]. Dhimbja është raportuar të jetë po ashtu shkak primar i mungesave afatshkurtra të përsëritura në shkollë ose punë në mesin e femrave në moshë të re. Në disa studime longitudinale tek femrat e reja me dismenorre është gjetur se shkalla e mungesave në këto femra të variojë nga 34-50% [26]; [30].

Shkalla e vlerësimit të sjelljes ndaj dhimbjes, realizohet përmes një pyetësi lidhur me aktivitetin fizik. Shkëputja apo tërheqja nga aktiviteti ditor përdoren gjerësisht për të vlerësuar aktivitetin fizik [81], si dhe sigurojnë informacion se si dhimbja interferon në performancën e punëve të përditshme.

Në pyetësorë dhe në analiza retrospektive, femrat listojnë simptomat menstruale si dismenorrea, lodhje, retension fluidik dhe shtim në peshë si dhe kufizim në aktivitete sportive dhe performancë [82]; [83].

2.7 Menaxhimi

Strategjitë e trajtimit për lehtësimin e dhimbjeve të dismenorresë mund të grupohen në menaxhim farmakologjik dhe jo farmakologjik. Këto strategji janë të variushme në mesin e popullsisë të ndryshme. Në to përfshihen: modifikimi i stilit të jetesës, mënyrat alternative, analgjezikë të shumtë dhe kontraktivët hormonalë.

2.7.1 Menaxhimi farmakologjik

Anti-inflamatorë josteroidë

Është terapi e zgjedhur, më e mira dhe më e përdorshme për trajtimin e dismenorresë. Ato kanë efekt analgjezik direkt nëpërmjet frenimit të sintezës së prostaglandinave dhe uljes të fluksit menstrual. Këto efekte ka gjasa të jenë në përgjithësi tek të gjithë anti-inflamatorët josteroidë. Ato përdoren për një periudhë të shkurtër dhe përgjithësisht tolerohen mirë. [14]

Anti-inflamatorë josteroidë kanë efektivitet të lartë në menaxhimin e dismenorresë. 50% - 90 % e femrave raportojnë lehtësim të kënaqshëm dhe 90 % raportojnë lehtësim të pjesshëm Miller, 1997.

Çrregullimet gastrointestinale janë më së shumti efekte të padëshirueshme lidhur me përdorimin e këtyre medikamenteve. Pacientet të cilat marrin këto medikamente duhet të monitorohen për influencën serioze të tyre, duke përfshirë problemet gastrointestinale dhe renale.

Pacientët gjithashtu duhet të monitorohen për bashkëveprimin potencial farmakokinetik dhe farmakodinamik, si dhe mundësinë e agregimit të pllakëzave të gjakut.

Administrata e medikamenteve dhe ushqimit ka specifikuar dhe aprovuar këto medikamente për trajtimin e dismenorresë: diclofenac, ibuprofen, ketoprofen, meclofenamate, acidin mefanamic, dhe naproksenin. Aspirina nuk është aq efektive sa këto medikamente. Acetaminopheni mund të përdoret për lehtësimin e dhimbjeve në krampet e lehta menstruale.

Medikamentet anti - inflamatore josteroide që arrijnë kulmin e koncentrimin në serum brenda 30 – 60 minuta dhe kanë një veprim të shpejtë (ibuprofeni, naproxeni, meclofenamate) preferohen më shumë. Trajtimi me këto medikamente mund të preferohet nga ato paciente të cilat nuk do të dëshironin të përdornin hormone, por do të preferonin të përdornin medikamente për një kohë të shkurtër. Medikamenti përshkruhet të merret në fillim të shenjave të dhimbjeve dhe të vazhdohet për 5 ditë.

Medikamente anti - inflamatore jo steroide

- Ibuprofen
- Mefenamic acid (Ponstel)
- Naproxen (Naprosyn, Aleve)
- Diclofenac (Voltaren, Cataflam)
- Diflunisal (Dolobid)
- Etodolac (Lodine)
- Flurbiprofen (Ansaid)
- Ketoprofen (Orudis)
- Ketorolac (Toradol)
- Nabumetone (Relafen)
- Oxaprozin (Daypro)
- Piroxicam (Feldene)
- Sulindac (Clinoril)
- Inhibitor COX-2, celecoxib (Celebrex)

Antispasmodikët

Antagonistët e kalciumit

Nifedipina është një kalci blllokues, frenues i tkurrjeve të miometrit. Ai vepron në lehtësimin e krampeve. Duke e blllokuar kalciumin, ai futet në qelizat e muskulaturës së lëmuar. Kalciumi i lire intracelular pakësohet, muskulatura relaksohet, kontraksionet reduktohen, nxitet vazodilatacioni.

Efektet e padëshirueshme të raportuara nga studimet e ndryshme përfshijnë skuqje dhe nxehtësi të fytyrës përkohësisht, rritje të rrahjeve të pulsit, palpitacione dhe dhimbje koke. [84].

2.7. 2 Menaxhimi hormonal

Modifikimi menstruacioneve me kontraktivë

Për arsye se ciklet anovulatore kanë më pak gjasa të japin simptomat e dismenorresë primare, një qasje ka qenë modifikimi i vetë cikleve menstruale. Në vitin 1865 kjo konsistonte në heqjen e ovareve. Sot, ndonëse frenimi i plotë i funksionit të ciklit ovarial është i mundur me shumë rrugë joinvazive, kjo qasje për shumë pacientë nuk është praktike. Frenimi i ovulacionit me kontraktivë oral i siguron shumë pacienteve përmirësim të plotë ose të pjesshëm. Përdorimi i kontraktivëve oral e bën endometrin më të hollë dhe shumë atrofik duke ulur nivelin e prostaglandinave. Pilulat mbrojnë nga një shtatzani e padëshirueshme dhe nga ana tjetër lehtësojnë dhimbjet menstruale. Kontraktivët oral janë efektive në trajtimin e dismenorresë primare [14]. Këto zakonisht preferohen nga femra të cilat janë seksualisht aktive, gjithashtu dhe nga ato të cilat nuk paraqesin probleme të kundra indikacionit.

Të papërshtatshme për përdorimin e pilulave janë femrat me kundra indikacione të njohura, duke përfshirë; hipertension; testet laboratorike jonormale, ekzaminime pelvike ose të gjirit të cilat kanë rezultuar me probleme; anamnezë për çrregullime kardiovaskulare, cerebrovaskulare, thrombotike ose thromboembolike; çrregullime renale apo hepatike ekzistuese; ose diabetike insulinovartëse. Edhe pse studimet e fundit kanë treguar se doza e ulët e kontraktivëve oral të jetë superiore në trajtimin e dismenorresë, është ende e nevojshme të kryhen studime apo prova klinike për të krahasuar efikasitetin e tyre me trajtime të tjera të njohura farmakologjike, si medikamentet anti inflamatorë josteroid [75].

Pavarësisht se mund të kenë efikasitet të barabartë, kontraktivët oral natyrisht nuk janë të përshtatshme për femrat të cilat kanë planifikuar një shtatzani, ose për femrat që nuk duan të përdorin kontraktivë për arsye të tjera. Për më tepër ekziston mendimi nga shumë prindër që përdorimi i kontraktivëve për shumë adoleshentë mund të nxisë fillimin e marrdhënieve seksuale [31].

Mirena (sistemi intrauterin levonorxhstrel)

Mirena është një sterile e cila çliron progestin brenda kavitetit uterin. Pavarësisht kësaj ovulacioni nuk frenohet. Mirena ka një efekt lokal në endometër, duke e bërë atë atrofik dhe inaktiv. Sasia e gjakderdhjes përgjithësisht ulët. Përdorueset bëhen amenorreike pas një viti të përdorimit të mirenes. Përdorimi i saj përmirëson dismenorrenë [85]

2.7.3 Menaxhimi jofamakologjik

Meditimi

Meditimi është përqëndrimi i mendjes brenda vetes duke krijuar mundësinë që të bisedojmë e të lidhemi së brendshmi me veten, gjithashtu na ndihmon t'i japim përgjigje drejtpërsëdrejti mendimeve tona brenda nesh.

Arsyet e meditimit janë të ndryshme si psh: për të mpakur dhimbjet fizike dhe mendore, për të ulur stresin, si dhe për t'u ndjerë më qetë dhe më mirë.

Njerëzit meditojnë në mjedise të qeta, duke qëndruar ulur, në gjunjë, në këmbë duke vallëzuar a duke kryer aktivitete të ndryshme ditore. Meditimi ka efekt pozitiv në lehtësimin e dhimbjeve menstruale [8]

Joga

Joga është një mënyrë e lashtë trajtimi për fizikun. Ajo është një sistem gjithëpërfshirës që ndihmon për të balancuar mendjen shpirtin dhe trupin përmes relaksimit. Praktikimi i jogës jep fleksibilitet, vitalitet, fuqi, vetëbesim, koncentrim, dhe rehati apo qetësi mendore. Jogagjithashtu ndihmon në uljen e stresit [86]; [87].Rakhshae sugjerojë se joga ul ashpërsinë dhe zgjatjen e dismenorresë primare [88].

Ushtrimet

Një tjetër alternativë trajtimi për të zvogëluar simptomat e dismenorresë primare janë ushtrimet e kryera sistematikisht. Ushtrimet fizike ndikojnë pozitivisht në lehtësimin e krampeve menstruale [89]. Gjatë ushtrimeve truri prodhon endorfinat të cilat ndihmojnë në bllokimin e dhimbjeve. Ushtrimet të cilat tonizojnë muskulaturën dhe rrisin qarkullimin e gjakut e zbusin iskeminë. Në një nga studimet u pa se ushtrimet, për më shumë se 2-3 herë në javë pakësonin simptomat gjatë menstruacioneve në krahasim me ato të cilët bënin një jetë sedentare [90]. Noti, ushtrimet aerobike, ecja, vrapimi, ngarja e biçikletës janë të shkëlqyer për shtimin e tonusit muskular [8].

Është parë se gratë të cilat merren me ushtrime fizike kanë incidencë më të ulët të dismenorresë. Si rrjedhojë e efekteve të ndryshimeve hormonale në shtresën e brendshme të uterusit, ose nga rritja e nivelit të endorfinave në qarkullim. Gjithashtu ushtrimet veprojnë si analgjezike jospecifike për lehtësimin e dhimbjeve në një kohë të shkurtër [91]; [92]

Ushtrimet fizike janë përkrahur si një ndërhyrje jo medikale për lehtësimin e dismenorresë [78]. Suportuesi i parë i ushtrimeve për lehtësimin e dismenorresë ishte Billing në 1943 [93]. Ai mendonte se femrat me dismenorre i kishin të kontraktuara ligamentet e barkut, kështu ai hartoi një seri ushtrimesh (stretching) për të cilat deklaroi lehtësim të simptomave në një masë të madhe. Këto ushtrime nuk u bënë asnjëherë trajtim standart por gjykimi se ato ishin të dobishme u pranua gjerësisht, të dhënat kanë qenë kryesisht më shumë personale sesa të bazuara në fakte dhe hulumtime.

Përgjithësisht duket se terapia e ushtrimeve mund të lehtësojë diskomfortin lidhur me dismenorrenë, megjithatë artikujt shkencorë në këtë fushë janë të diskutueshme [94].

Orgazma

Orgazma mund të lehtësojë krampet menstruale. Me dhe pa partner, mund të ketë efekt.

Gjumi

Pushimi adekuat duket se e ul dhimbjen menstruale tek disa femra. Nevojat për gjumë shpesh janë të rritura gjatë menstruacionit, shtimi i kohës së gjumit mund ta lehtësojë tensionin. Gjumi gjeneron një efekt analgjezik që është i krahasueshëm me atë që arrihet duke përdorur acetaminophen ose anti inflamatorë josteroidë [49].

Nxehtësia

Nxehtësia ka veti lehtësuese për dhimbjen, sepse shkakton vazodilatacion dhe rrit qarkullimin në sipërfaqet e afektuara, pakëson kontraksionet muskulare hipertoni duke ndikuar kështu në dy shkaqet e dismenorresë (iskemi dhe hipertoni). Ky lloj trajtimi klasifikohet në dy forma, forma e thatë dhe forma e lagësht. Forma e thatë p.sh: me jastëk të nxehtë apo shishe të mbushur me ujë të ngrohtë, që vendosen në pjesën e poshtme të abdomenit. Forma e lagësht p.sh: banjat me ujë të ngrohtë. Të dyja këto forma janë efektive në menaxhimin e dhimbjeve. Këto teknika praktikohen thuajse gjerësisht në botë [95].

Për gratë të cilat kanë efekte anësore nga marrja e analgjezikeve oral, përdorimi termoterapiasë (nxehtësisë) do të ishte i dobishm për lehtësimin e dhimbjeve menstruale [95].

Aromaterapia

Aromatherapia është përdorimi terapeutik i vajrave esenciale të përftuara nga bimët. Përbërësit e vajrave esenciale mund të absorbohen përmes lëkurës ose inhalacionit përmes gojës dhe hundës. Aromaterapia është raportuar të jetë një terapi e cila lehtëson krampet menstruale.

Në një studim Korean u aplikua aromaterapia me trëndafil, trumze të butë apo sherebele. Një pikë trëndafil, një pikë sherebele dhe dy pika trumzë në 5 cc vaj bajamesh. Subjektet e grupit eksperimental iu nënshtruan 15 min aromaterapisë në një dhomë të qetë si dhe iu siguria masazhi abdominal. Kjo në mënyrë domethënëse lehtësonte diskomfortin e dhimbjeve menstruale. Aromaterapia mund të ofrohet si pjesë e kujdesit infermieror në femrat të cilat përjetojnë krampe menstruale, si dismenorrea [96].

Masazhi

Masazhi ose goditjet e lehta që përdoren në masazhimin e pjesës së poshtme të abdomenit apo fund shpinës shpesh herë janë terapeutike, pasi e rrisin pragon e dhimbjes me anë të provokimit të një stimuli sekondar. Masazhi çlodh dhe çliron tensionin muskular. Teknika e masazhit aplikohet nga vetë personi ose nga një person tjetër [97]. Kombinimi i masazhimit të barkut me të ngrohta dhe vajra esenciale ndihmon shumë në lehtësim e dhimbjeve të dismenorresë. Ndikimi i dismenorresë shtrihet përtej dhimbjes të barkut, pasi shumica e femrave përjetojnë dhe simptoma të tjera të cilat lehtësohen nga masazhi.

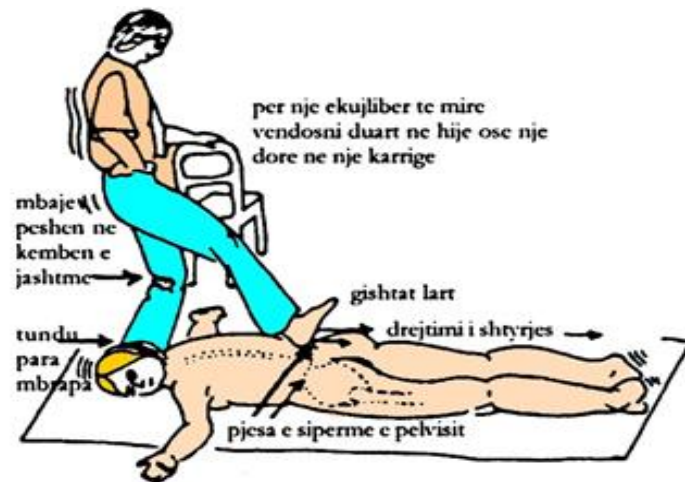


Figura 2.5 Masazhi nga një tjetër person nga Esther Rome

Akupresura

Akupresura bazohet në principet e mjekësisë tradicionale kineze. Studimet e kryera për akupresurën kanë treguar efikasitetin e saj në lehtësimin e dhimbjeve, në përgjithësi nëpërmjet efektit analgjezik dhe sedativë. Mendohet që akupresura ka efekt pozitiv në sajë të çlirimit të endorfinave dhe glukokortikoideve, si dhe në bllokimin e pragut të dhimbjes. Akupresura i kthen energjinë trupit, gjithashtu përmirëson qarkullimin e gjakut, kështu që transporti i oksigjenit është shumë më efektiv në të gjithë pjesët e trupit, duke rritur energjinë dhe përmirësuar sistemin imunitar [98].

Efektet e padëshiruara mund të ndodhin, por ato janë përgjithësisht të padëmshme dhe të rralla [99]. Shumë studime kanë treguar që përdorimi i akupresurës në disa pjesë të trupit (abdomen, pelvis, vesh) gjithashtu, ka efekt në dismenorre. Figura 2.6 tregon se kjo pikë në të cilën aplikohet kjo teknikë zakonisht përdoret tek femrat me dismenorre, për induktimin e aktivitetit të lindjes dhe për lehtësimin e dhimbjeve të tjera trupore [100].



Figurë. 2.6 Akupresura

Muzika

Teoria e përdorimit të muzikës si mjet i mundshëm për trajtimin e dhimbjes i ka rrënjët tek teoria e kontrollit të pragut të dhimbjes [101]. Bazuar në këtë teori, muzika, mund ti largojë mendjen individit nga dhimbja dhe si rezultat ul perceptimin e dhimbjes dhe suporton relaksimin. Kështu, dëgjimi aktiv i muzikës mund të sigurojë një zbatimje emocionalisht tërheqëse, e aftë për të zvogëluar si ndjesinë e vetë dhimbjes dhe përjetimet negative të cilat shoqërojnë atë [102].

Efekshmëria e muzikës e cila përdoret për dhimbje, ka të bëjë shumë me vetitë apo tiparet e saj. Muzika sedative (qetësuese) karakterizohet nga një ritëm ngadaltë, amplitudë të ulët dhe timbër të ëmbël dhe instrumental. Ekspozimi ndaj muzikës sedative lidhet me ulje të ritmit të zemrës [103], ulje të ritmit respirator dhe ulje të presionit të gjakut [104].

Efektiviteti i muzikës si një modalitet trajtimi varet nga disa faktorë, duke përfshirë ato të lartpërmedurat, llojin e muzikës së përdorur, si dhe pranimin e trajtimit. Për arsye se dhimbja është subjektive, komplekse dhe manifestohet ndryshe nga individ në individ [105]; [106].

Muzika është përdorur gjerësisht për trajtimin e manifestimeve të ndryshme të dhimbjes, ajo është përdorur në drejtim të shumë simptomave dhe efekteve anësore që stresi mund të ketë tek një individ. Kombinimi i muzikës sedative dhe teknikës relaksuese ka qenë veçanërisht efektive në studimet lidhur me dhimbjen dhe reduktimin e stresit [103];[104]. Relaksimi dhe muzika janë shpesh sinonime të njëra – tjetrës. Thaut dhe Davis (1993) sugjerojnë se shumë individë automatikisht kombinojnë teknikat e relaksimit fizik dhe muzikës [107].

Relaksimi progresiv i muskujve (RPM)

Relaksimi progresiv i muskujve (RPM) është një teknikë relaksimi e zhvilluar nga Edmund Jacobson [108], [109]. Ai ka treguar se kjo teknikë është veçanërisht efektive në menaxhimin e dhimbjes dhe stresit.

RPM është një teknikë e thjeshtë në të cilin individ i relakson muskujt e tij në dy hapa. Fillimisht, kryhet me kujdes tendosja për grupe të caktuara muskujsh. Së dyti, tendosja stopohet dhe vëmëndja përqëndrohet se si muskujt relaksohen ndërsa tendosja largohet [110]. Shumë individë preferojnë të përdorin RPM për shkak të fleksibilitetit dhe thjeshtësisë së ushtrimit: RPM mund të zbatohet në shtëpi apo mjedisin e punës dhe të merr vetëm pak minuta. RPM mund të mësohet

dhe zbatohet në mënyrë individuale, ose ushtrimi mund kryhet duke përdorur një kasetë të para-regjistruar [111]. RPM duhet të përdoret vetëm me aprovimin e mjekut, pasi në disa raste mund të jetë inefektive, madje dhe antiproduktive.

Rezultatet nga studimet që shfrytëzuan RPM si një ndërhyrje terapeutike, treguan se kjo metodë ndikon në reduktimin e disa simptomave, të tilla si: ulje të frymëmarrjeve gulçuese tek astmatikët; ulje të niveleve të stresit tek individët të cilët kishin patur sulm kardiak; pakësim të dhimbjeve dhe ankthit gjatë aktivitetit të lindjes [111]; lehtësim të dhimbjeve menstruale [112].

Dieta

Ndryshimet në dietë janë pjesë integrale e planit të trajtimit të dismenorresë primare. Një dietë terapeutike duhet të fokusohet në uljen e prodhimit të PGF2-alfa dhe PGE2 për të reduktuar dhimbjet spazmodike. Acidi arachidonic është pararendës i PGF2-alfa dhe PGE2. Shmangia e ushqimeve me përmbajtje të lartë të tij të tilla si: e kuqja e vezës, mishi i kuq, dhe shpendët ulin prodhimin e këtyre prostaglandinave dhe reduktojnë kontracionet uterine. [113] Yndyrnat e ngopura gjithashtu stimulojnë PGE2. Hulumtimet kanë treguar se kur femrat konsumojnë një dietë vegjetariane me pak yndyrë intensiteti dhe zgjatja e dhimbjes ulen [114].

Ushqimet të cilat nxisin prostaglandinat antispazmodike, PGE1 dhe PGE3, gjithashtu ulin në mënyrë efektive dhimbjet menstruale në to përfshihet salmon, skumbri, ton, sardelet- rritja e acideve yndyrore omega 3 prodhojnë PGE3. Një dietë e pasur me arra e fara – duke përfshirë kungullin, liri, luledielli, susam, i rritin gjithashtu këto prostaglandina.

Identifikimi i ushqimeve acaruese/rënduese dhe eliminimi i tyre nga dieta mund të ndihmojë në uljen e simptomave. Ushqimet që nxisin gazra dhe fryrje tek individë të ndjeshëm siç janë qumështi dhe kripa, mund të përkeqësojnë dhimbjet menstruale. [113]. Reduktimi i marrjes së këtyre ushqimeve mund të ulë diskomfortin e përgjithshëm. Marrja e suplementit të acidit gamma linolenik, i cili është një tjetër acid yndyror esencial, gjithashtu mund të ndihmojë për të balancuar prodhimin e prostaglandinave. Shumë perime përmbajnë lëndë ushqyese esenciale për funksionin optimal të muskujve të tilla si magnezium, calcium, dhe potasium. Përveç kësaj frutat janë të parura me substanca natyrore anti- inflamatore të tilla si bioflavonoidet dhe vitamina c. këto lëndë ushqyese ulin inflamacionin e përgjithshëm dhe suportojnë qarkullimin në zonat e tensionit muskular duke reduktuar dhimbjen.

Bimët mjekësore

Mjekësia popullore është gati paralele me mjeksinë moderne. Kjo lloj mjekësie nuk është braktisur, madje sot ka një interes të shtuar për to. Bimët janë elementi kryesorë i mjekësisë popullore. Në tabelën e mëposhtme janë paraqitur disa prej bimëve të cilat sugjerohen për trajtimin e dismenorresë. [115].

Bima	Veprimi
Aloe <i>Aloe vera</i>	Antiprostaglandin
Angelica (<i>Angelica archangelica</i>)	Antispasmodic Calcium Antagonist
Avocado (<i>Persea americana</i>)	COX-2-Inhibitor
Selino (<i>Apium graveolens</i>)	Antispasmodic
Chamomile (<i>Matricaria recutita.</i>)	Analgesic Antispasmodic Cyclooxygenase-Inhibitor
Kanelle (<i>Cinnamomum verum</i>)	Analgesic, Anesthetic, Antiprostaglandin, Cyclooxygenase-Inhibitor, Estrogenic, Uterorelaxant, Uterotonic
Luleradhiqe (<i>Taraxacum</i>)	Antispasmodic
Kopër (<i>Foeniculum vulgare</i>)	Analgesic Antispasmodic Estrogenic
Hurdhë (<i>Allium sativum</i>)	Antiprostaglandin
Xhinxher (<i>Zingiber</i>)	Analgesic, Antileukotriene, Antispasmodic, Cyclooxygenase Inhibitor
Këna (<i>Laësonia inermis</i>)	Antispasmodic, Sedative
Mullage (<i>Alcea rosea.</i>)	Analgesic
Rrepë (<i>Armoracia rusticana.</i>)	Antispasmodic
Livando (<i>Lavandula spp.</i>)	Analgesic, Anesthetic, Antispasmodic, COX-2 Inhibitor
Bli (<i>Tilia spp.</i>)	Analgesic, Antiseptic, Antispasmodic, Antistress
Mango (<i>Mangifera indica</i>)	Analgesic
Marijuana (<i>Cannabis sativa</i>)	Analgesic, Antispasmodic, Estrogenic
Hithra (<i>Urtica dioica L.</i>)	Analgesic Anesthetic
Qepë (<i>Allium cepa.</i>)	Cyclooxygenase Inhibitor
Majdanoz (<i>Petroselinum crispum</i>)	Analgesic Antispasmodic COX-2-Inhibitor Sedative
Lulesahati (<i>Passiflora incarnata</i>)	Analgesic, Antispasmodic, Sedative, Uterotonic
Mendër (<i>Mentha x piperita</i>)	Analgesic, Anesthetic, Antispasmodic
Ananas (<i>Ananas comosus</i>)	Analgesic
Gjethë delli (<i>Plantago major</i>)	COX-2- Inhibitor
Shege (<i>Punica granatum</i>)	Analgesic
Mjeder (<i>Rubus idaeus</i>)	Antispasmodic, Uterotonic
Rozmarinë (<i>Rosmarinus</i>)	Analgesic, Antiprostaglandin, Antispasmodic
Sherebele (<i>Salvia</i>)	Antispasmodic, COX-2 Inhibitor, Estrogenic
Trumzë (<i>Satureja</i>)	Analgesic, Antispasmodic

Bimët mjekësore luajnë një rol të rëndësishëm si ushqim, ndihmojnë trupin të funksionojë në mënyrë optimale, si dhe përdoren për trajtimin e shumë sëmundjeve. Ka shumë sugjerime në lidhje me përdorimin e bimëve për lehtësimin e simptomave dhe diskomfortin e dhimbjeve menstruale, pasi është vlerësuar se ato janë efektive.

Stimulimi nervor elektrik transkutan (SNET)

Stimulimi nervor elektrik transkutan përdor rrymë elektrike me voltazh të ulët për të lehtësuar dhimbjet. Pajisja është e lehtë në përdorim, portabël, e cila funksionon me një bateri të vogël që mund të jetë e gjitha në një rrip. Dy elektodat që shtrihen nga pajisja ngjiten me lëkurën duke përcjellë rrymë elektrike me voltazh të ulët. Gratë të cilat preferojnë trajtime joinvazive mund të bien dakord për të përdorur SNET për dismenorrenë. Një numër studimesh e kanë parë këtë metodë si një mjet shërimi efikas për dismenorrenë [116].

Akupunktura

Është arti i mjekësisë tradicionale kineze, kjo praktikë është përdorur e zhvilluar përgjatë 2000 vitesh. Gjatë procedurës aplikuesi i kësaj metode stimulon pika të veçanta në trup duke futur gjilpëra [117]. Rrallë herë gjilpërat shkaktojnë rrjedhje gjaku. Përgjithësisht përdoren 2 – 15 gjilpëra.

Ka shumë studime të cilat e mbështesin dhe sugjerojnë akupunkturën për të lehtësuar dhimbjen e krampeve menstruale dhe nauzenë. Në studimet e fundit është parë që pacientët me dhimbje menstruale të forta të cilat kishin aplikuar 15 seanca trajtimi akupunktore mbi tre muaj kishin më pak krampe gjatë menseve se sa gratë të cilat nuk kishin aplikuar ndonjëherë këtë procedurë.

Akupunktura, është e njohur për rritjen e prodhimit të endorfinave, duke ndikuar pozitivisht në dismenorrean primare. Akupunktura shpesh kombinohet me dietë dhe me bimë mjekësore

Në mënyrë të përmbledhur janë përshkruar modifikime të stilit të jetesës dhe dietës

- Ulni ose më mirë stoponi konsumin e duhanit. Konsumi i duhanit mendohet se ul sasinë e oksigjenit në zonën pelvike dhe gjithashtu mund të rritë dhimbjet menstruale.
- Reduktoni sasinë e alkoolit, kripës dhe ushqimeve me sheqer që ju konsumoni, pasi këto mund të çojnë në retension të ujit dhe të japin fryrje.
- Në përgjithësi dieta duhet të jetë me pak yndyrna. Hani ushqime me përmbajtje fibrash, shumë fruta dhe zarzavate, për tu siguruar që ju keni marrë mjaftueshëm vitaminat dhe mineralet.
- Hani peshk dhe mish pule dhe më pak mish të kuq, pasi ato janë më shumë ushqyese.
- Administrimi i suplementeve të shumta ushqyese për trajtimin e dismenorresë, e dhimbjeve menstruale, duke përfshirë vitaminën B1 (thiaminë), vitaminën B3 (niacinë), vitaminën B6 (pyridoxin), zink, magnezium dhe acid yndyror omega 3.
- Aerobia dhe ushtrimet në ajër të pastër si: ecjet e shpejta dhe stretching, joga rritin qarkullimin e organeve pelvike dhe ndihmojnë në lehtësimin e tensionit emocional dhe fizik të cilat rëndojnë apo acarojnë krampet menstruale.

3. Qëllimi i këtij studimi

3.1 Qëllimi i studimit

Qëllimi i këtij studimi ishte përcaktimi i prevalencës së dismenorresë, ndikimi i saj në cilësinë e jetës, mes vajzave të Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike

3.2 Objektivi i përgjithshëm

Vlerësimi i prevalencës dhe ashpërsisë së dismenorreasë lidhur me simptomat dhe gjendjen e përgjithshme të shëndetit, tek studentet e Fakultetit Shkencave Mjekësore Teknike

3.3 Objektivat specifike të studimit

Objektivat specifike të punimit paraqiten më poshtë:

- Përshkrimi i karakteristikave demografike të vajzave të marra në studim
- Vlerësimi i lidhjes (shoqërimit) të faktorëve biologjikë si: mosha e menarkës, koha e shpërthimit të dhimbjes lidhur me rrjedhjen menstruale, zgjatja e fluksit menstrual, sasia e fluksit menstrual.
- Vlerësimi i simptomave premenstruale si: dhimbje koke, marrje mendsh, ndryshim humori, gjendje të fikti, pagjumësi, ngërçe stomaku, fryrje barku, shtim/ ulje oreksi, nauze, diarre/ konstipacion, poliuri, edemë, ndjeshëri gjiri.
- Vlerësimi i lidhjes midis dismenorresë dhe stilit të jetesës si: konsumi i mëngjesit, përdorimi i duhanit, alkoolit, si dhe aktiviteti fizik.
- Vlerësimi i lidhjes (shoqërimit) mes dismenorresë dhe aktivitetit të përditshëm (frekuentimi i shkollës, përqëndrimi në klasë, pjesmarrja në provime, rezultatet në provime, aktivitetet sociale, marrdhënia me familjen dhe miqtë)
- Vlerësimi i njohjes dhe përdorimi i strategjive vetmenaxhuese nga ana e vajzave.

4. Metodologjia e studimit

4. 1 Tipi i studimit

Studimi që kemi realizuar është studim vrojtues i tipit cross-section. Me anë të pyetësorëve kemi bërë një “fotografim” pra, kemi marrë të dhëna mbi prevalencën e dismenorresë primare në grupin tonë të studimit. Më tej, këto të dhëna i kemi përshkruar e analizuar për të nxjerrë përfundimet e duhura.

4. 2 Popullata në studim

Në studimin tonë kemi përfshirë 320 vajza, studente të Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti Mjekësisë, Tiranë. Ato i përkasin grupmoshave nga 18 deri 26 vjeç. Përzgjedhja e këtyre vajzave është bërë në mënyrë rastësore. Studentet i përkasin nivelit bachelor dhe master .

Paraprakisht u ndërtua një pyetësor standard i cili u përgatit në mbështetje të referencave të studimeve të autorëve të tjerë të literaturës në këtë drejtim.

Në vijim u arrit pëlqimi (konsenti) për kryerjen e këtij studimi me autoritet e Fakultetit si edhe me vetë vajzat studente që do të merrnin pjesë në studim. Më tej, vajzat u informuan shkurtimisht në lidhje me qëllimin e studimit duke i instruktuar për mënyrën e plotësimit dhe duke i shpjeguar në detaje çdo pyetje e paqartësie të ngritur nga to, gjithashtu duke i inkurajuar për të shprehur eksperiencën e tyre sa më realisht, si dhe cilësuar se të dhënat e mbledhura do të ishin konfidenciale. Pyetësori duke qenë anonim rriti vërtetësinë dhe komoditetin për plotësimin e tij, për të ndarë sa më lehtë eksperiencat e tyre me atë ç’ka u kërkohej. Secila prej tyre administronte pyetësorin e plotë.

Pyetësori u shpërnda gjatë periudhës prill – maj 2015.

4. 3 Mbledhja e të dhënave

Të dhënat u morën përmes plotësimit të pyetësorëve.. Pyetësori ishte ndërtuar mbi bazën e kategorizimit të shtatë seksioneve, secili prej këtyre seksioneve përbëhej nga disa pyetje, të cilat

synonin në mbledhjen e të dhënave dhe përpunimin e tyre për të dhënë informacion mbi komponentët e mëposhtëm:

- a. Të dhëna mbi karakteristikat demografike të vajzave (mosha, pesha dhe gjatësia);
- b. Të dhëna të përgjithshme mbi periodat (si mosha e menarkës, natyra dhe zgjatja e tyre në ditë, etj.
- c. Të dhëna mbi dhimbjen menstruale dhe simptomat shoqëruese premenstruale
- d. Të dhëna mbi historinë familjare të dhimbjes menstruale
- e. Të dhëna mbi ndikimin e dhimbjes menstruale në veprimtarinë e përditshme
- f. Të dhëna mbi përdorimin e medikamenteve të ndryshme për lehtësimin e dhimbjeve, si dhe efektivitetit të tyre.
- g. Të dhëna mbi përdorimin e metodave jofamakologjike për të normalizuar problemin e tyre
- h. Të dhëna për ekzaminimin e kryer ose jo lidhur me këtë problem
- i. Të dhëna mbi stilin e jetesës (përdorim i duhanit, alkoolit, kafesë, kryerjes së aktivitetit fizik)

4.4 Kriteret e përzgjedhjes së kampionit

Kampioni ynë i përbërë nga 320 vajza studente iu nënshtrua kritereve përfshirëse dhe kritereve përjashtuese, si më poshtë:

A. Kriteret përfshirëse:

- ✓ Studente të moshës 18 - 30 vjeç.
- ✓ Cikle menstruale të rregullta mesatarisht çdo 28 ditë \pm 7 ditë
- ✓ Studente nulipara

B. Kriteret përjashtuese:

- Studente të cilat përdornin analgjezik për ndonjë problem tjetër shëndetësor
- Studente të cilat përdornin terapi hormonale gjatë gjashtë muajve të fundit
- Studente të cilat kishin kryer ndërhyrje kirurgjikale abdominale dhe pelvike.
- Studente të diagnostikuara me dismenorre sekondare
- Studente shtatzana

4.5 Analiza statistikore

Llojet e të dhënave në studim janë:

- I. **Të dhëna numerike** – si mosha, pesha dhe gjatësia.

- II. **Të dhëna kategorike** -
 - a. Të dhëna kategorike binare – a keni dhembje, a merrni medikamente, etj
 - b. Të dhëna kategorike nominal – regjioni i dhembjes, familjarët me dismenorre, kush e përshkruan mjekimin, etj.
 - c. Të dhëna kategorike ordinal – mosha e Menarkës, ashpërsia e dhembjes menstruale, zgjatja e ciklit menstrual, stili i jetës, etj.

- III. **Të dhëna të tjera** – Pikësimet – ndikimi i periodave në stilin e jetës, efektiviteti i medikamenteve, efektiviteti i metodave jo farmakologjike, etj.

Të dhënat u analizuan në Paketën Statistikore SPSS-16. Gjatë analizës statistikore u përdorën disa teste statistikore. Analizat e përdorura janë si me poshtë:

Statistika deskriptive konsistoi në përlllogaritjen e madhësive mesatare dhe madhësive të dispersionit (rangun, deviacioni standard (SD) dhe gabimin standard (SE) për të dhënat numerike dhe frekuencave dhe peshat specifike (numrat dhe përqindjet përkatëse) për të dhënat kategorike.

Statistika analitike konsistoi në përdorimin e testeve të krahasimit: Testi 't' i Studentit dhe ANOVA u përdoren për të krahasuar vlerat mesatare të të dhënave numerike, ndërsa testi i Hi-katrorit u përdor për të krahasuar të dhëna kategorike.

Për të gjitha testet statistikore të përdorura, vlerat e $P \leq 0.05$ u konsideruan statistikisht e rëndësishme.

5. REZULTATET

Siç përmendëm me sipër, rezultatet e studimit tonë janë përpunuar me anë të statistikave deskriptive, prapërlllogaritjen e madhësive mesatare dhe madhësive të dispersionit (rangun, deviacioni standard (SD) dhe gabimin standard (SE) për të dhënat numerike dhe frekuencave dhe peshat specifike (numrat dhe përqindjet përkatëse) për të dhënat kategorike, dhe **statistikave analitike** me përdorimin e testeve të krahasimit: Testi ‘t’ i Studentit dhe ANOVA u përdorën për të krahasuar vlerat mesatare të të dhënave numerike, ndërsa testi i Hi-katrorit u përdor për të krahasuar të dhënave kategorike.

Te dhënat numerike si mosha, pesha, gjatësia, BMI janë përpunuar me anë të programit SPSS (v. 16), me të cilin janë përllogaritur madhësitë mesatare, dhe treguesit e variacionit si rang, deviacioni standard (SD), e gabimi standard (SE).

Te dhënat kategorike si mosha e menarkës, kohëzgjatja e hemorragjisë, cikli menstrual në ditë, regjioni i dhembjes, përdorimi i medikamenteve apo i metodave jomedikamentoze për qetësimin e dhembjeve, konsumi i mëngjesit, i duhanit, i alkoolit apo aktiviteti fizik (ushtrimet fizike), etj. janë vlerësuar për peshën specifike që zënë komponentët e tyre.

Rezultatet paraqiten në tabelat dhe grafikët si më poshtë:

5.1 INFORMACION I PËRGJITHSHËM

5.1.1 Përshkrimi i moshës mesatare

Mosha mesatare 20.46 vjeç; SD i moshës 1.31 vjeç; mosha më e vogël 18 vjeçe, mosha më e madhe 26 vjeçe, SE 0.07 vjeç.

5.1.2 Përshkrimi i të dhënave antropometrike

Pesha mesatare 55.88 kg., SD i peshës 7.36 kg.; pesha më e vogël 40 kg ; pesha më e madhe 96 kg, SE 0.41 kg.

Gjatësia mesatare 164.56 cm; SD e gjatësisë 5.84 cm; gjatësia minimale 150 cm; gjatësia maksimale 180 cm, SE 0.33 cm.

Tab. 5/1. Karakteristikat demografike

	Mesatarja	SD	Min.	Max.	SE
Mosha (vjeç)	20.46	1.31	18	26	0.07
Pesha (kg)	55.88	7.36	40	96	0.41
Gjatësia (cm)	164.56	5.84	150	180	0.33
BMI	20.63	2.36	15.6	35.4	0.13

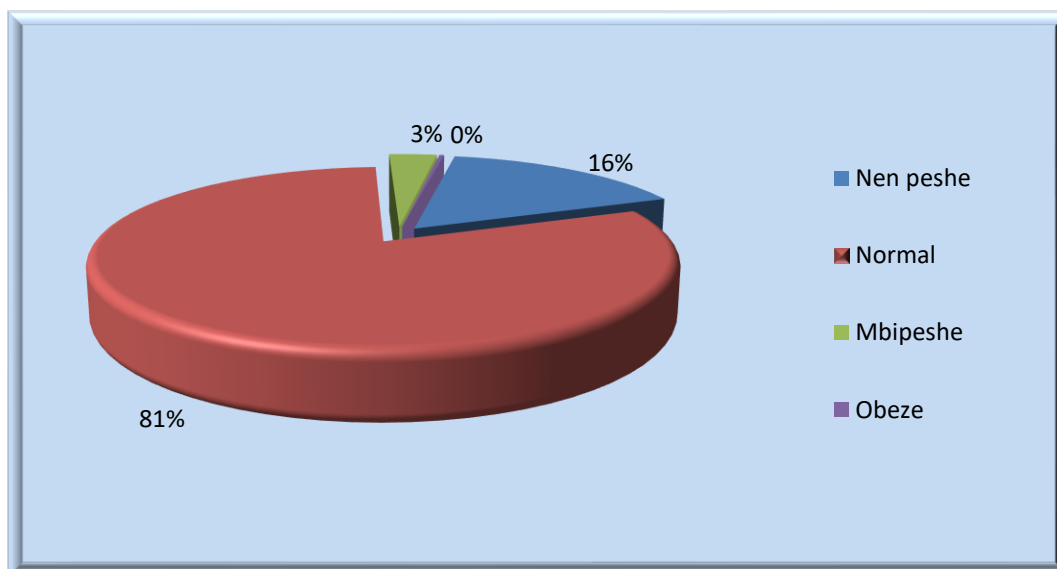
5.1.3 Përshkrimi i BMI

BMI mesatare 20.63; SD 2.36; SE 0.13; Min. 15.6; Max. 35.4.

Tab. 5/2 Struktura e popullatës në studim sipas treguesit BMI :

BMI	Standardi	Nr.	%
Nën peshë	< 18.5	52	16.3
Normal	18.5 - 24.9	258	80.2
Mbipeshë	25 - 29.9	10	3.2
Obeze	> 30	1	0.3

Grafiku. 5/1 Struktura e popullatës në studim sipas treguesit BMI:



Siç shihet në rezultatet e mësipërme rreth 16.3% e popullatës sonë rezulton nën peshën normale; 80.2% e saj rezulton me peshë normale, 3.2% është mbi peshë dhe vetëm 0.3% është obeze.

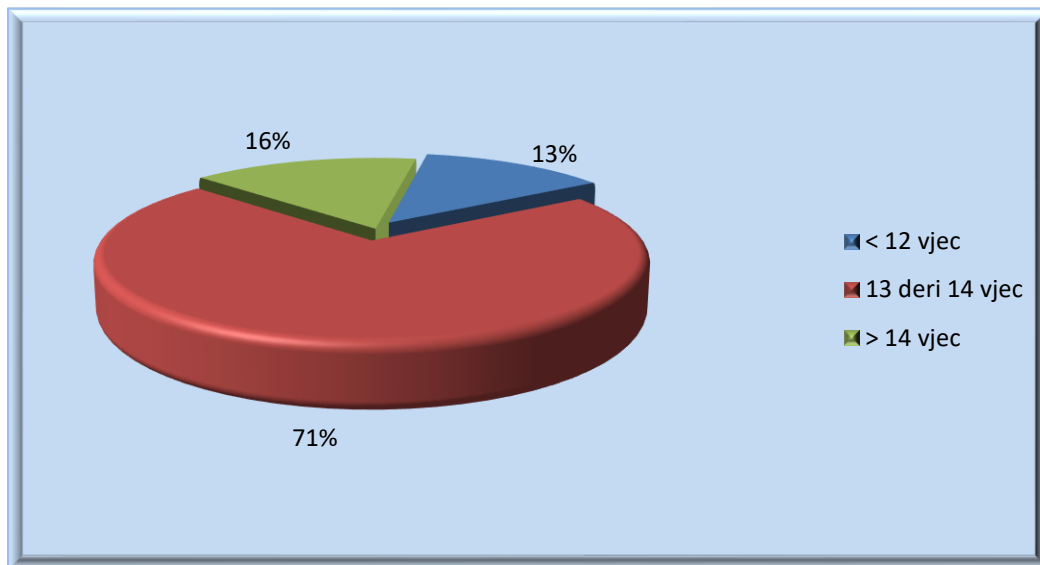
5.2 INFORMACION I PERGJITHSHEM RRETH MENSTRUACIONEVE

Përpunimi i të dhënave mbi moshën e menarkës në vajzat e studimit tonë nxori që 71% e tyre e kishin menarkën në moshën 13 - 14 vjeçe, 16% mbi moshën 14 vjeçe dhe 13% para moshës 12 vjeçe.

Tab. 5.2.1. Mosha e Menarkës

Mosha e menarkës	< 12 vjeç	13 deri 14 vjeç	> 14 vjeç	Totali
Nr.	42	228	50	320
%	13	71	16	100

Grafiku 5.2.1 Mosha e Menarkës

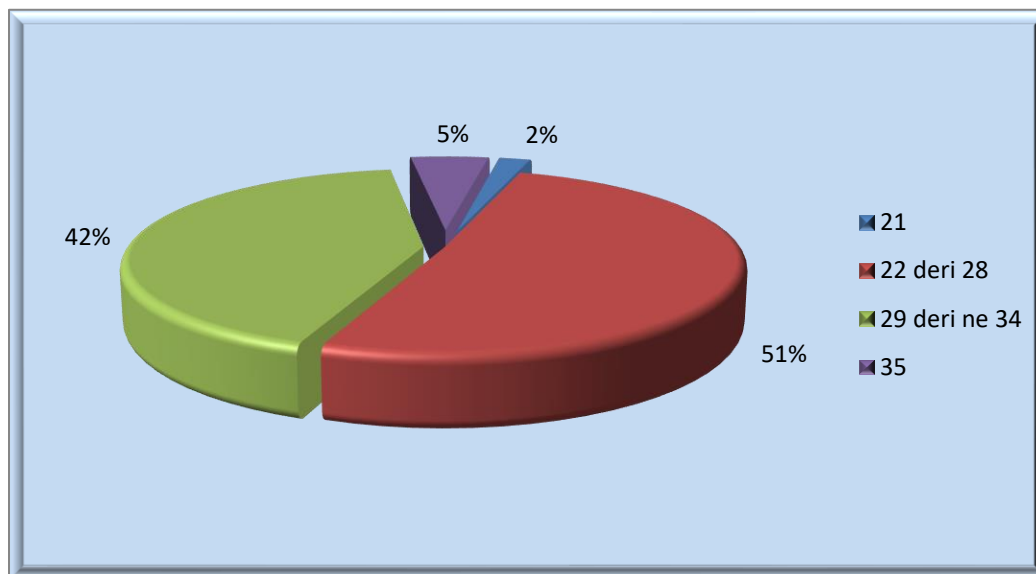


Në studimin tonë rezulton se 51% e vajzave kanë një cikël menstrual nga 22 deri në 28 ditë, 42% e tyre e kanë nga 29 deri në 34 ditë, 5% e tyre çdo 35 ditë dhe vetëm 2% e tyre e kanë ciklin menstrual çdo 21 ditë

Tab. 5.2.2. Gjatësia e Ciklit Menstrual

Ditë	21	22 deri 28	29 deri në 34	35	Total
Gjatësia e Ciklit Menstrual	8	164	133	15	320
%	2	51	42	5	100

Grafiku 5.2.2. Gjatësia e Ciklit Menstrual

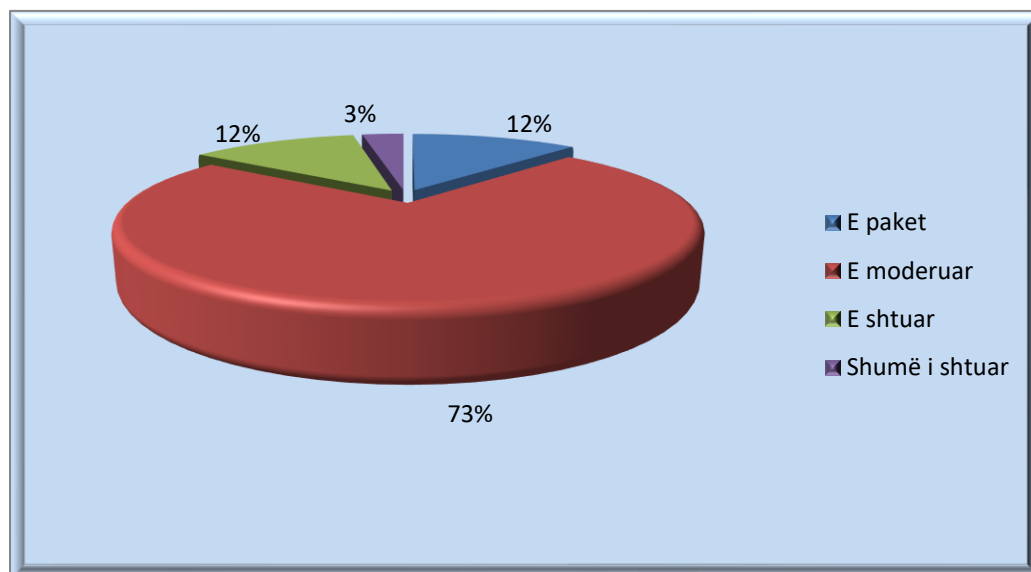


Rezultatet tregojnë se shumica dërmuese e vajzave, 73% e tyre kanë hemorragji të moderuar, 12% kanë hemorragji të pakët ose të shtuar dhe vetëm 3% e tyre kanë hemorragji shumë të shtuar.

Tab. 5.2.3. Intensiteti i Hemorragjisë

Intensiteti i hemorragjisë	E pakët	E moderuar	E shtuar	Shumë e shtuar	Total
Frekuenca	37	233	40	10	320
%	12	73	12	3	100

Grafiku 5.2.3. Intensiteti i Hemorrhagjise

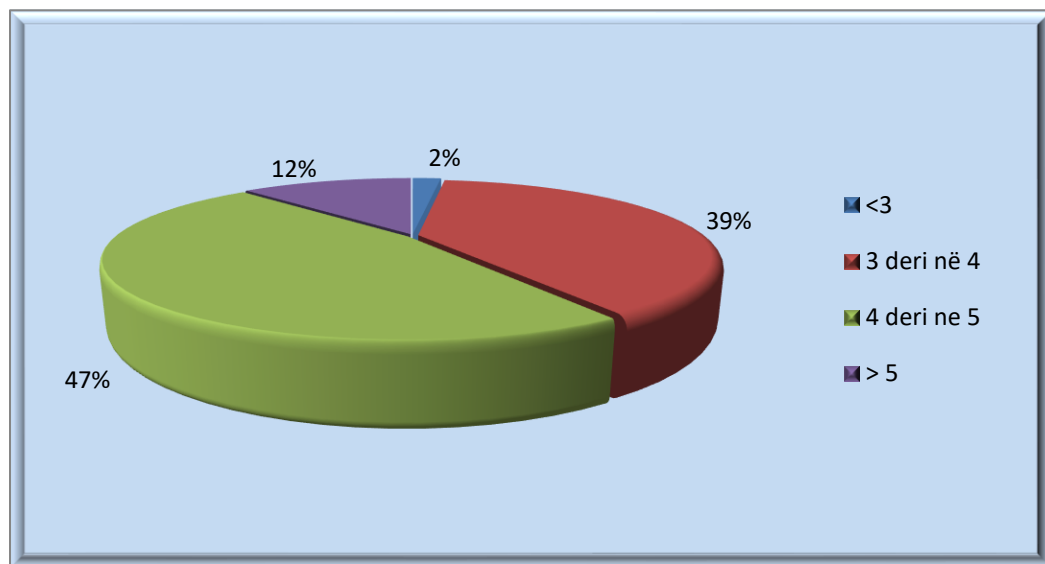


Nën vlerësimin e zgjatjes së hemorragjisë në ditë rezulton se 47% e vajzave kanë hemorragji nga 4 deri në 5 ditë, 39% e tyre kanë nga 3 deri në 4 ditë , 12% kanë më shumë se 5 ditë dhe vetëm 2% kanë hemorragji më pak se 3 ditë.

Tab. 5.2.4. Sa ditë zgjat hemorragjia menstruale ?

Hemorragjia në ditë	<3	3 deri në 4	4 deri në 5	> 5	Total
Frekuenca	8	125	150	37	320
%	2	39	47	12	100

Grafiku 5.2.4. Sa ditë zgjat hemorragjia menstruale ?

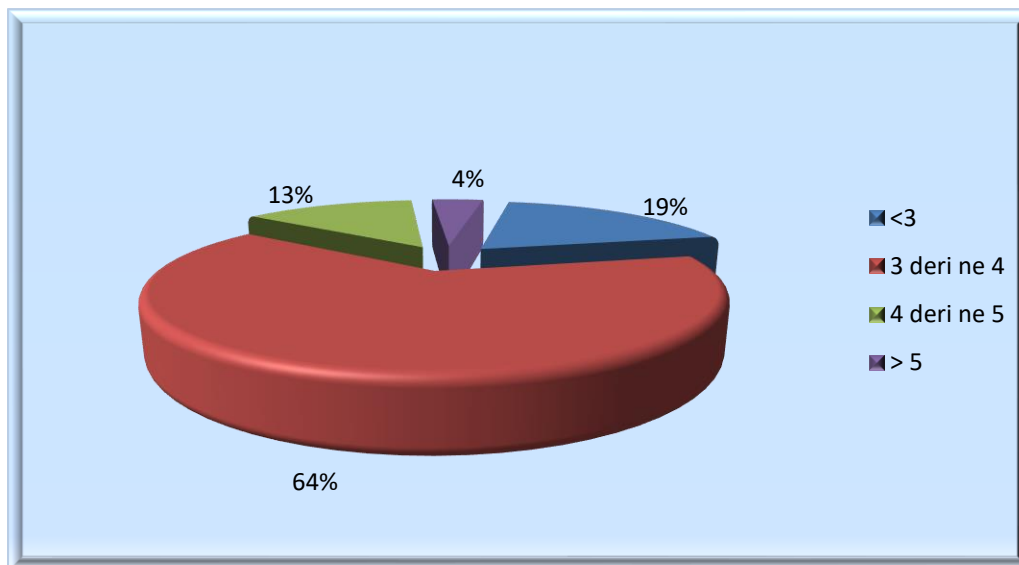


Në lidhje me përdorimin e pecetave higjienike rezultojn se 64% e vajzave referojnë se përdorin 3 deri në 4 peceta, 19% e tyre përdorin më pak se 3 peceta, 13% përdorin 4 deri në 5 peceta dhe vetëm 4 % përdorin më shumë se 5 peceta.

Tab. 5.2.5. Sa peceta higjienike përdorni gjatë menstruacioneve?

Nr. i pecetave	<3	3 deri në 4	4 deri në 5	> 5	Total
Frekuenca	60	204	43	13	320
%	19	64	13	4	100

Grafiku 5.2.5. Sa peceta higjienike përdorni gjatë menstruacioneve?



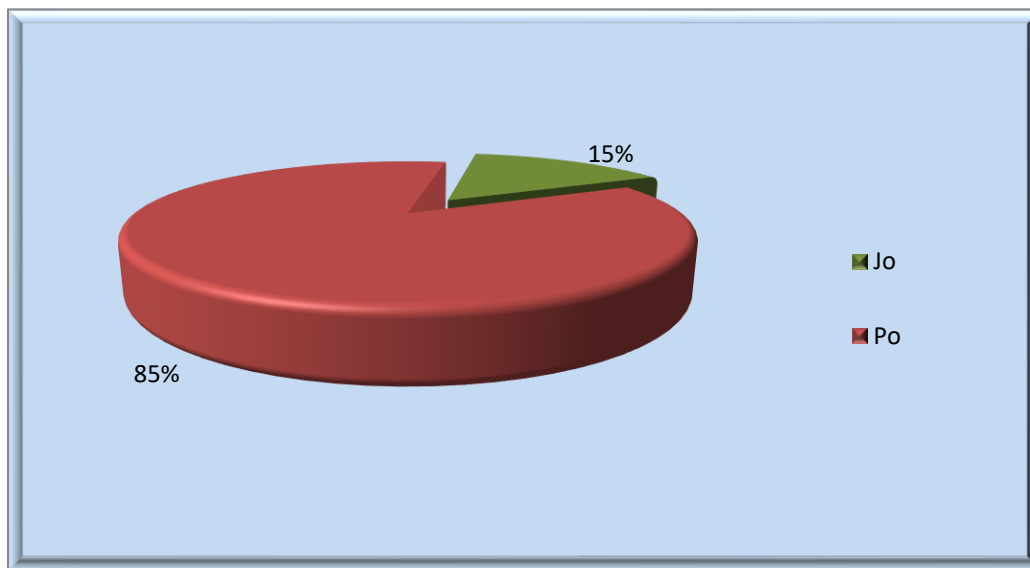
5.3 INFORMACION RRETH DHEMBJES MENSTRUUALE (DISMENORRE)

Pyetjes nëse janë të dhembshme menstruacionet i janë përgjigjur me po 85% e vajzave të përfshira në studim, ndërsa 15% e tyre referojnë se nuk i kanë të dhimbshme menstruacionet.

Tab. 5.3.1. A janë të dhembshme menstruacionet tuaja?

Përgjigja	Nr.	%
Jo	48	15
Po	272	85
Total	320	100

Grafiku 5.3.1. A janë të dhembshme menstruacionet tuaja?

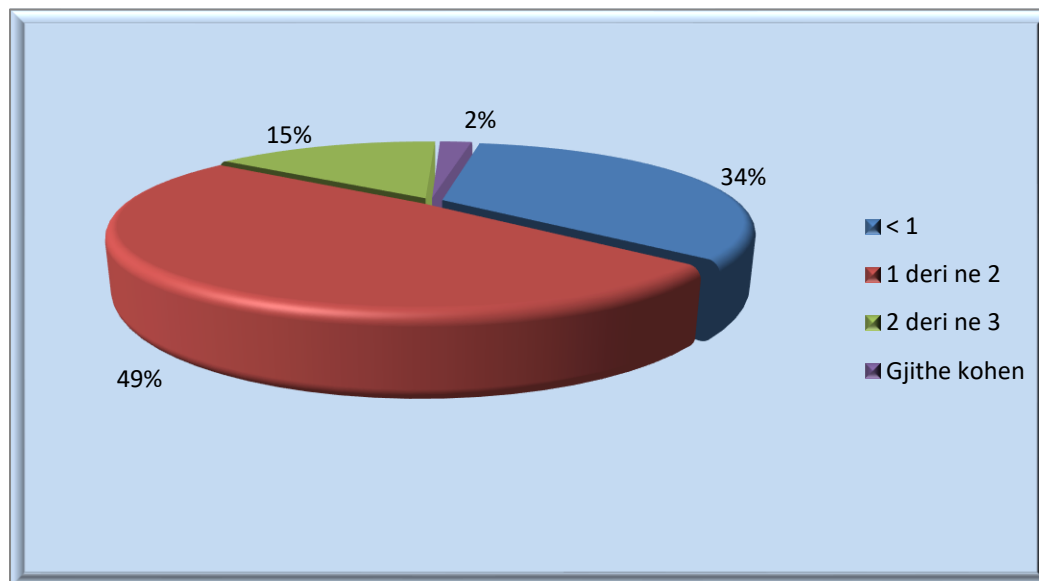


Lidhur me kohëzgjatjen e dhembjes menstruale, 49% e vajzave referojnë se zgjat 1 deri në 2 ditë, 34% e tyre referojnë se dhembja zgjat më pak se 1 ditë, 15% referojnë që dhembja zgjat nga 2 deri në 3 ditë dhe vetëm 2% e tyre referojnë për dhembje gjatë gjithë kohës.

Tab. 5.3.2. Sa ditë zgjat dhembja?

Sa ditë zgjat dhembja	< 1	1 deri në 2	2 deri në 3	Gjithë kohën	Total
Frekuenca	92	132	42	6	272
%	34	49	15	2	100

Grafiku 5.3.2. Sa ditë zgjat dhembja?

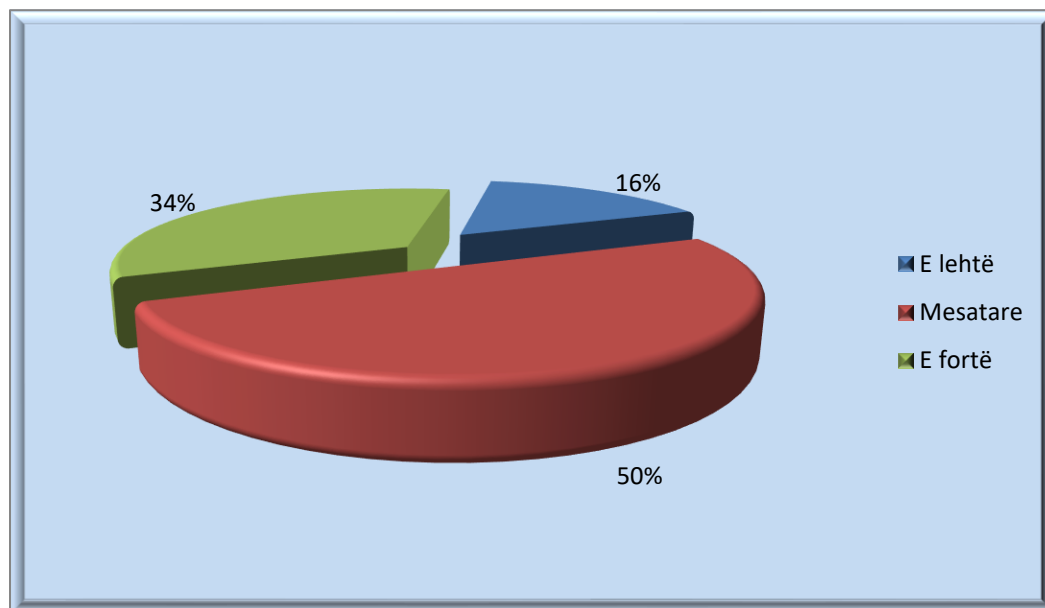


Në vlerësimin e ashpërsisë së dhembjes menstruale bie në sy se luhatet në nivele mesatare me rreth 50% të rasteve, të fortë në 34% të rasteve dhe 16% të rasteve kanë referuar për dhembje të lehtë.

Tab. 5.3.3. Sa e ashpër është dhembja gjatë menstruacioneve?

Dhimbja Shkalla	E lehtë			Mesatare				E fortë			Total i vajzave
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nr.	6	18	18	37	44	33	24	41	18	33	272
%	2	7	7	13	16	12	9	15	7	12	100
Totali %	16			50				34			

Grafiku 5.3.3. Sa e ashpër është dhembja gjatë menstruacioneve?

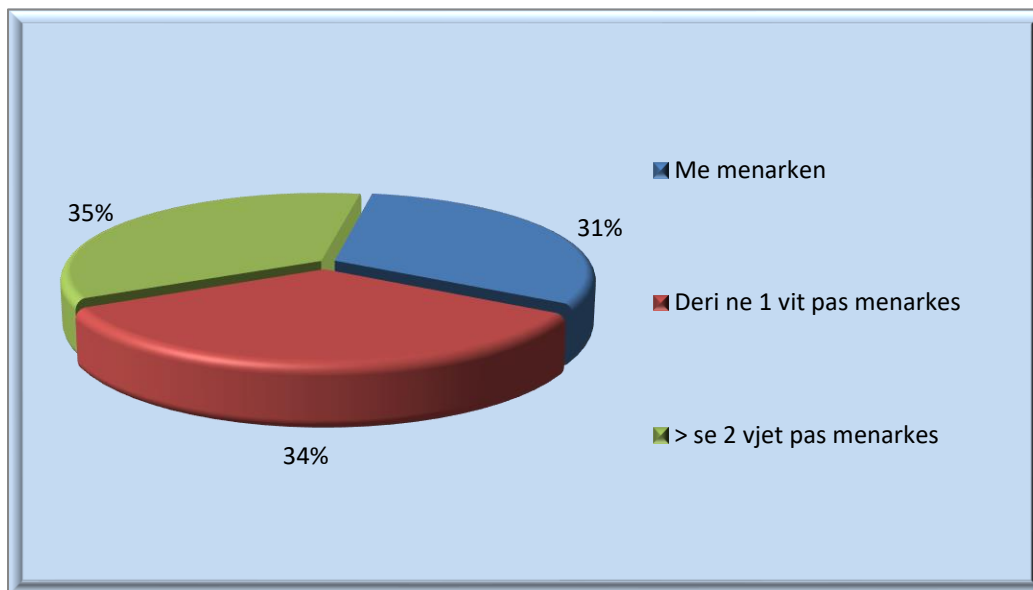


Koha e shfaqjes së dhembjes menstruale për herë të parë ka një shpërndarje pothuajse të barabartë; 31% referojnë se ajo u shfaq me menarkën, 34% deri në 1 vit pas menarkës dhe 35% më pak se 2 vite pas menarkës.

Tab. 5.3.4. Kur u shfaq dhembja menstruale për herë të parë?

Kur u shfaq	Me menarkën	Deri në 1 vit pas menarkës	> se 2 vjet pas menarkës	Total
Frekuenca	84	92	96	272
%	31	34	35	100

Grafiku 5.3.4. Kur u shfaq dhembja menstruale për herë të parë?

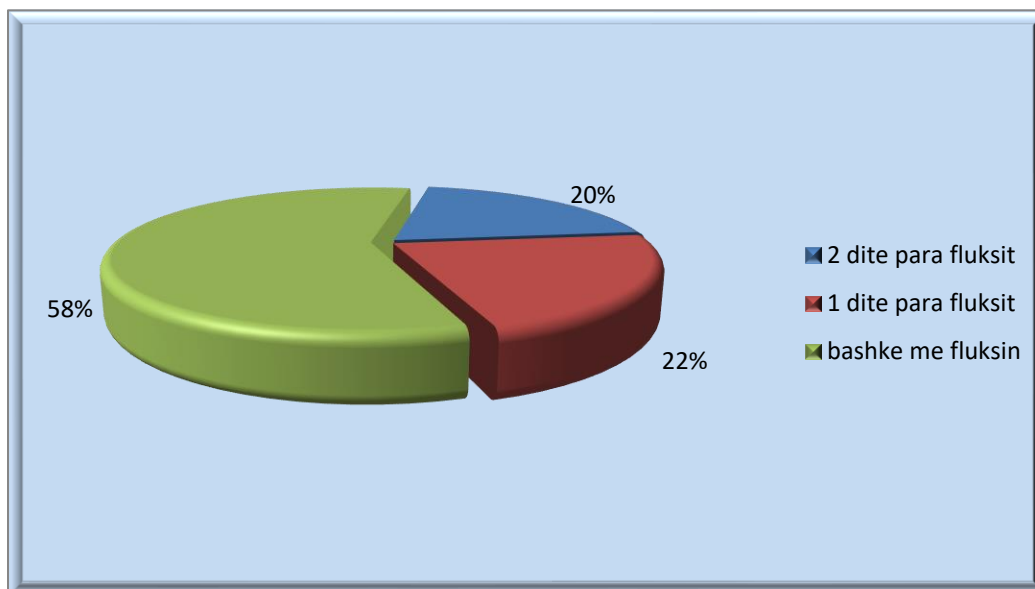


Rezultatet e studimit tonë tregojnë se 58% e vajzave referojnë se dhembja menstruale shfaqet bashkë me fluksin, 22% 1 ditë para fluksit dhe 20% 2 ditë para fluksit.

Tab. 5.3.5. Kur shfaqet dhembja menstruale?

Koha	2 ditë para fluksit	1 ditë para fluksit	bashkë me fluksin	Total
Frekuenca	55	60	157	272
%	20	22	58	100

Grafiku 5.3.5. Kur shfaqet dhembja menstruale?

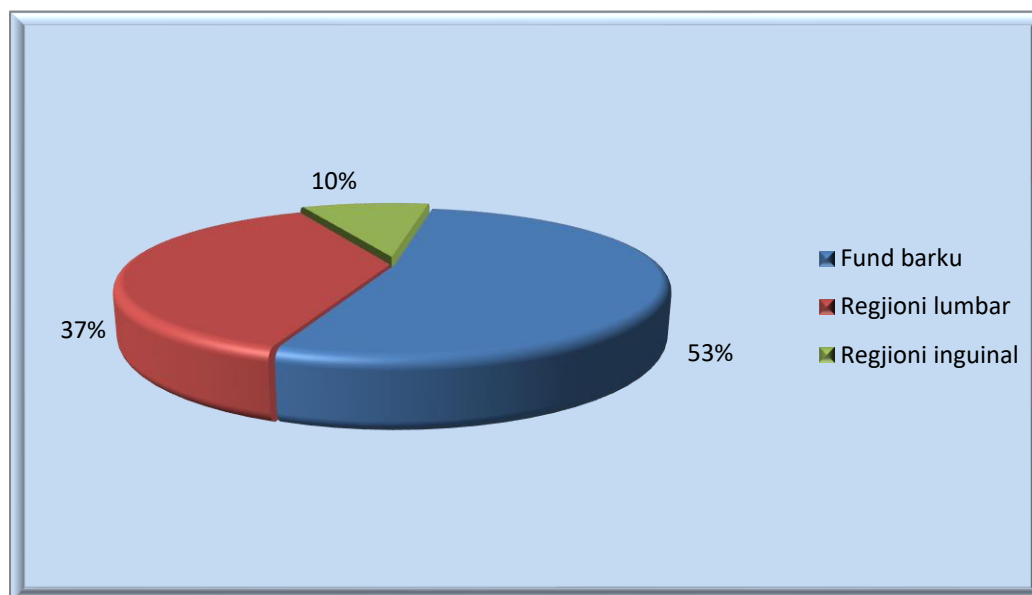


Lidhur me regjionin ku vajzat ndejnë dhembje gjatë menstruacioneve, 53% referojnë dhembje në fund të barkut, 37% në regjionin lumbar dhe 10% në regjionin inguinal.

Tab. 5.3.6. Në cilin regjion ndjeni dhembje?

Regjioni	Fund barku	Regjioni lumbar	Regjioni inguinal	Total
Frekuenca	234	166	43	443
%	53	37	10	100

Grafiku 5.3.6. Në cilin regjion ndjeni dhembje?

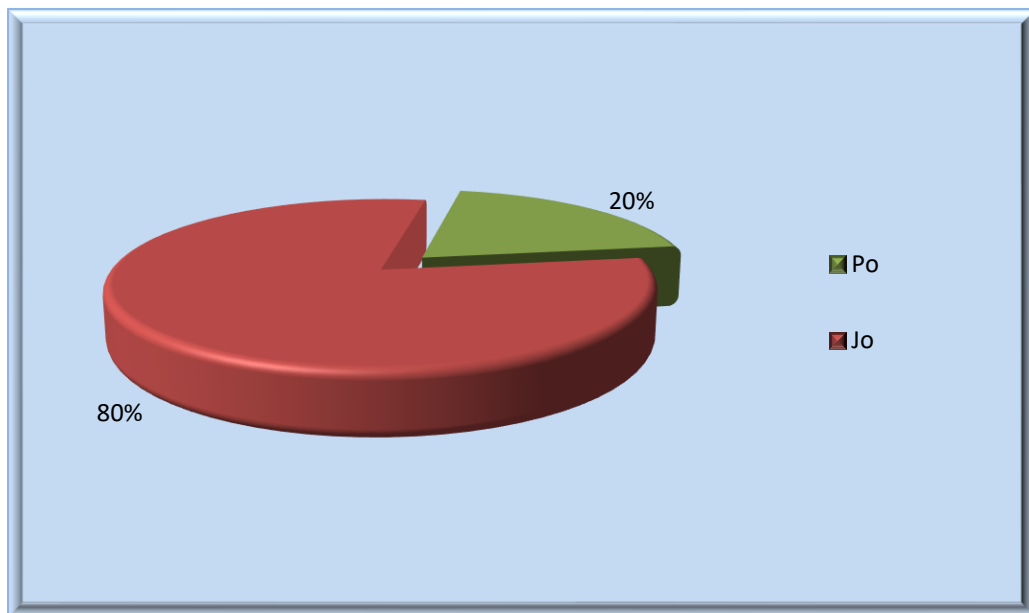


Në studimin tonë rezulton se 80% e vajzave nuk janë konsultuar për krampet ndërsa vetëm 20% e tyre po.

Tab. 5.3.7. A jeni konsultuar për krampet?

Përgjigja	Numri	%
Po	54	20
Jo	218	80
Total	272	100

Grafiku 5.3.7. A jeni konsultuar për krampet?

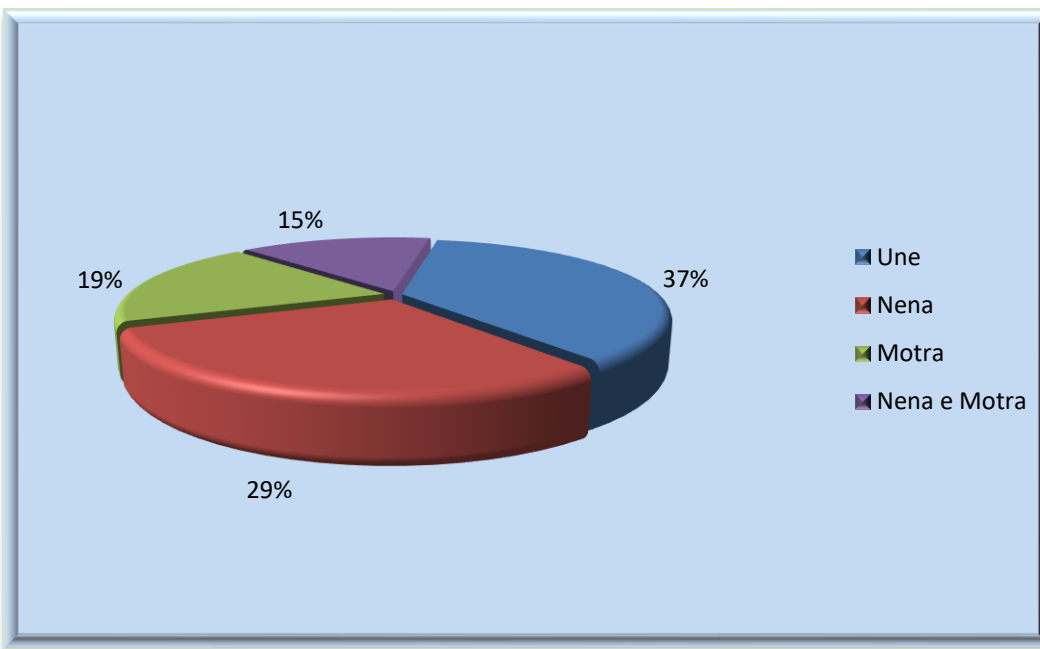


Pyetjes lidhur me shfaqjen e dismenorresë në familje, 37% e vajzave i janë përgjigjur që vetëm ato vuajnë nga dismenorrea, 29% e tyre referojnë nëna, 19% referojnë motra dhe 15% referojnë se të dyja pra nëna edhe motra.

Tab. 5.3.8. Kush tjetër në familje vuan nga dismenorrea?

Kush tjetër në familje	Unë	Nëna	Motra	Nëna e Motra	Total
Frekuenca	100	80	52	40	272
%	37	29	19	15	100

Grafiku 5.3.8. Kush tjetër në familje vuan nga dismenorrea?



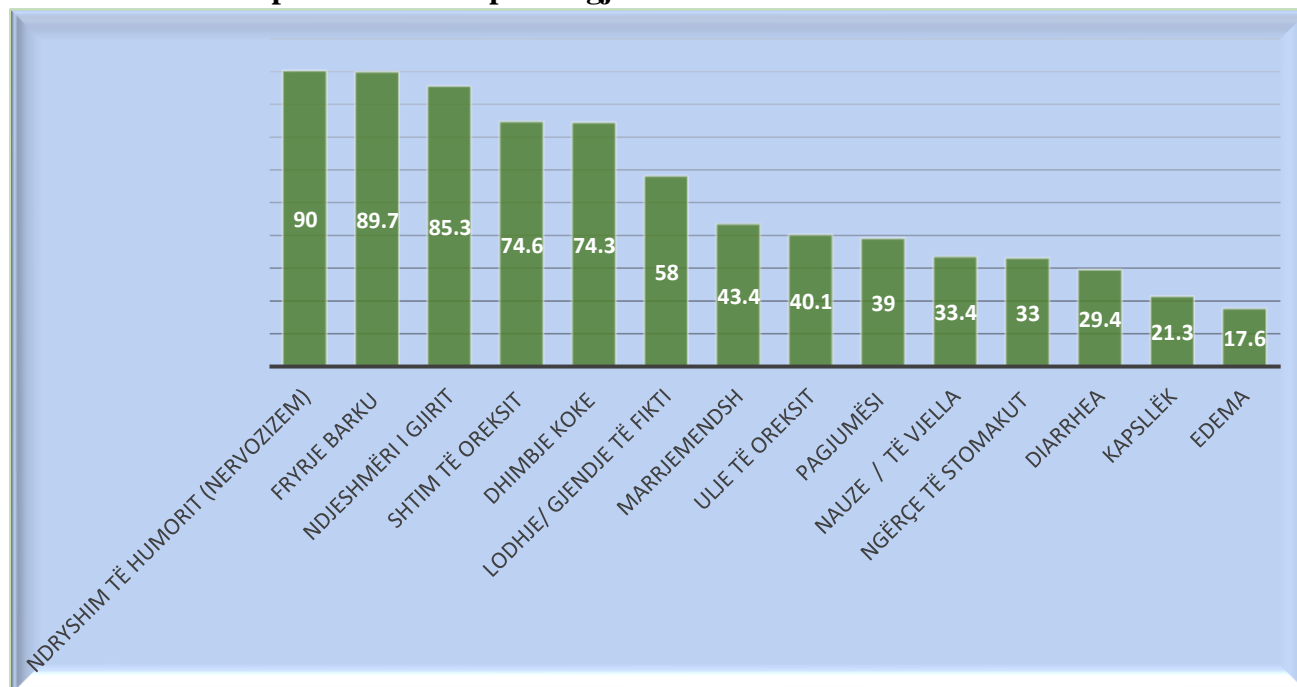
5.4 INFORMACIONI RRETH SIMPTOMAVE TE PERGJITHSHME

Lidhur me simptomat e përgjithshme që ndjejnë gjatë menstruacioneve, vajzat referojnë se simptomat më të shpeshta janë nervozizmi (90%), fryrja e barkut (89.7%), ndjeshmëria e gjirit (85.3%), shtimi i oreksit (74.6%) dhe dhembja e kokës (74.3%) të rasteve.

Tab. 5.4.1. Simptomat më të shpeshta gjatë menstruacioneve

Simptoma/Frekuenca	Rrallë	Shpesh	Gjithmonë	Total	%
Ndryshim të humorit (nervozizem)	42	83	120	245	90
Fryrje barku	39	90	115	244	89.7
Ndjeshmëri i gjirit	37	81	114	232	85.3
Shtim të oreksit	36	91	76	203	74.6
Dhimbje koke	95	70	37	202	74.3
Lodhje/ gjendje të fikti	63	63	32	158	58
Marrjemendsh	65	35	18	118	43.4
Ulje të oreksit	60	25	26	111	40.1
Pagjumësi	69	27	10	106	39
Nauze / të vjella	50	26	15	91	33.4
Ngërçe të stomakut	39	35	16	90	33
Diarre	45	21	14	80	29.4
Kapllëk	40	12	6	58	21.3
Edema	24	11	13	48	17.6

Grafiku 5.4.1. Simptomat më të shpeshta gjatë menstruacioneve



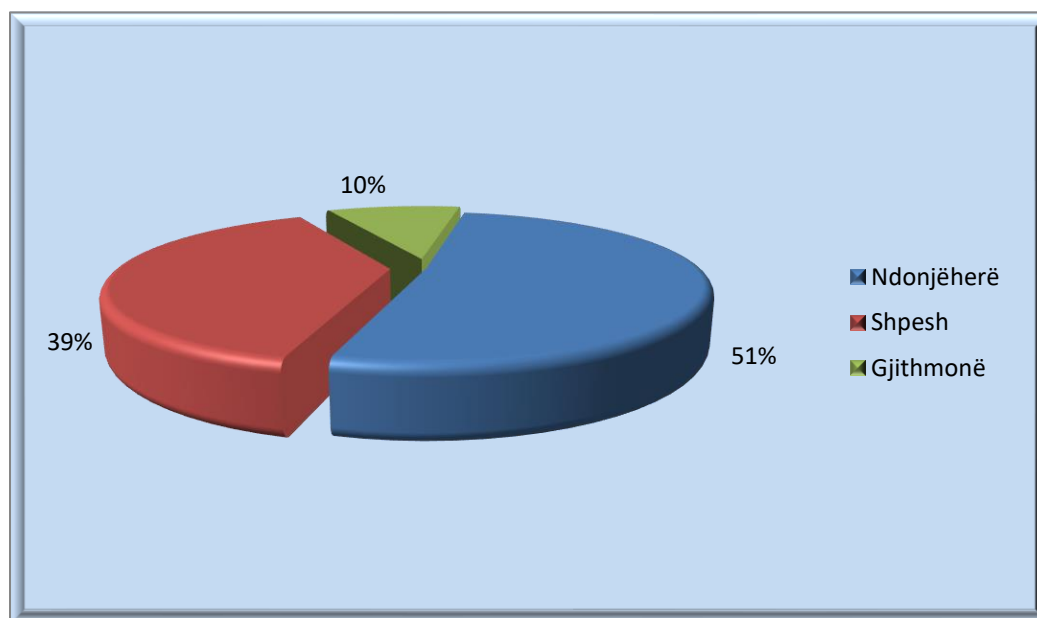
5.5 EFEKTET E DISMENORRESË NE AKTIVITETIN E PËRDITSHËM

Nga studimi ynë rezulton se në 51% të rasteve periodat ndikojnë ndonjëherë në stilin e jetës, në 39% ndikojnë shpesh dhe vetëm në 10% ndikojnë gjithmonë.

Tab. 5.5.1. A ndikojnë periodat në stilin e jetës?

	Ndonjëherë	Shpesh	Gjithmonë	Total
Frekuenca	135	101	26	262
%	51	39	10	100

Grafiku 5.5.1. A ndikojnë periodat në stilin e jetës?

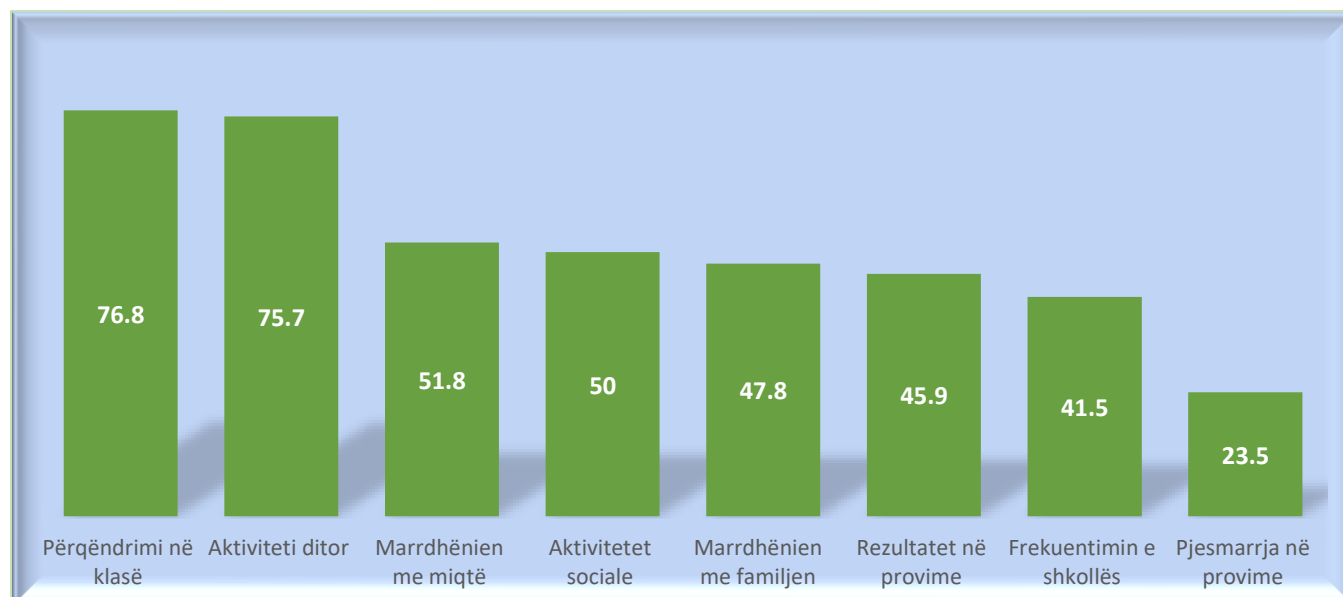


Rezultoni se aktiviteti që ndikohet më shumë nga periodat është përqëndrimi në klasë me 76.8%, aktiviteti ditor me 75.7%, marrëdhëniet me miqtë në 51.8% të rasteve, aktiviteti social me 50%, marrëdhënie me familjen në 47.8%, rezultatet në provime me 45.9%, frekuentimi i shkollës me 41.5% të rasteve e në fund pjesëmarrja në provime me 23.5% të rasteve.

Tab. 5.5.2. Aktivitetet ku ndikojnë periodat

	1 ndik. Min.	2	3	4	5	6	7	8	9	10 ndik. Max.	Totali	%
Përqëndrimi në klasë	14	16	26	11	35	19	18	22	20	28	209	76.8
Aktiviteti ditor	13	13	35	24	35	17	15	24	9	21	206	75.7
Marrdhënien me miqtë	11	17	11	12	27	8	15	12	8	20	141	51.8
Aktivitetet sociale	7	13	17	22	19	9	12	16	11	10	136	50
Marrdh me familjen	14	19	17	9	13	16	7	7	12	16	130	47.8
Rezultatet në provime	16	9	16	8	17	4	11	16	11	17	125	45.9
Frekuentimin e shkollës	14	19	14	13	8	8	5	12	5	15	113	41.5
Pjesëmarr në provime	7	5	4	5	12	2	0	13	5	11	64	23.5

Grafiku 5.5.2. Aktivitetet ku ndikojnë periodat



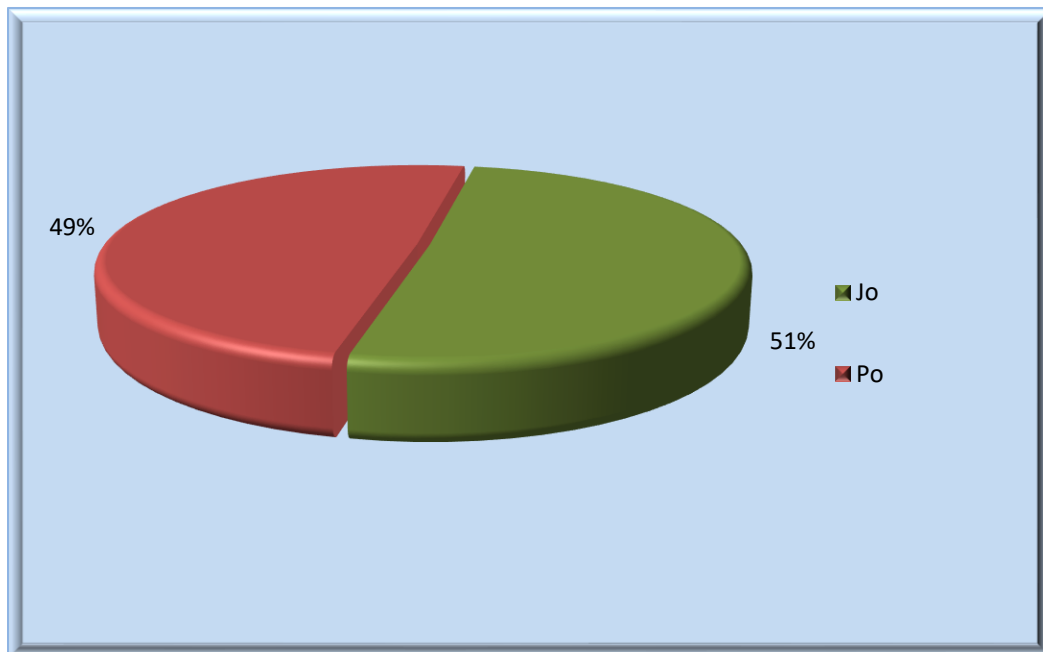
5.6 MENAXHIMI FARMAKOLOGJIK DHE JO FARMAKOLOGJIK I DHEMBJEVE MENSTRUALE

Në studimin tonë 51% e vajzave kanë referuar se nuk përdorin medikamente për të qetësuar dhembjet menstruale.

Tab. 5.6.1. A merrni medikamente për të qetësuar dhembjet?

	Nr.	%
Jo	138	51
Po	134	49
TOTAL	285	100

Grafiku 5.6.1. A merrni medikamente për të qetësuar dhembjet?

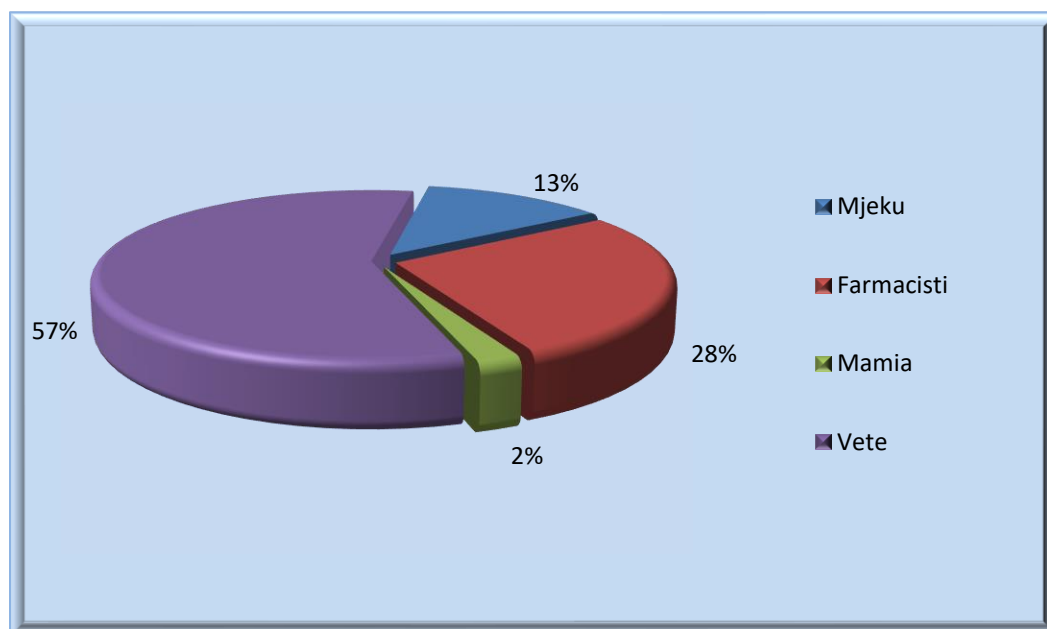


Nga ato që përdornin medikamente për të qetësuar dhembjet menstruale, në 57% të rasteve e përshkruajnë vetë medikamentin, në 28% të rasteve ia përshkruan farmacisti, në 13% mjeku dhe vetëm në 2% mamia.

Tab. 5.6.2. Kush i përshkruan medikamentet?

	Mjeku	Farmacisti	Mamia	Vetë	Total
Nr.	17	37	3	77	134
%	13	28	2	57	100

Grafiku 5.6.2. Kush i përshkruan medikamentet?

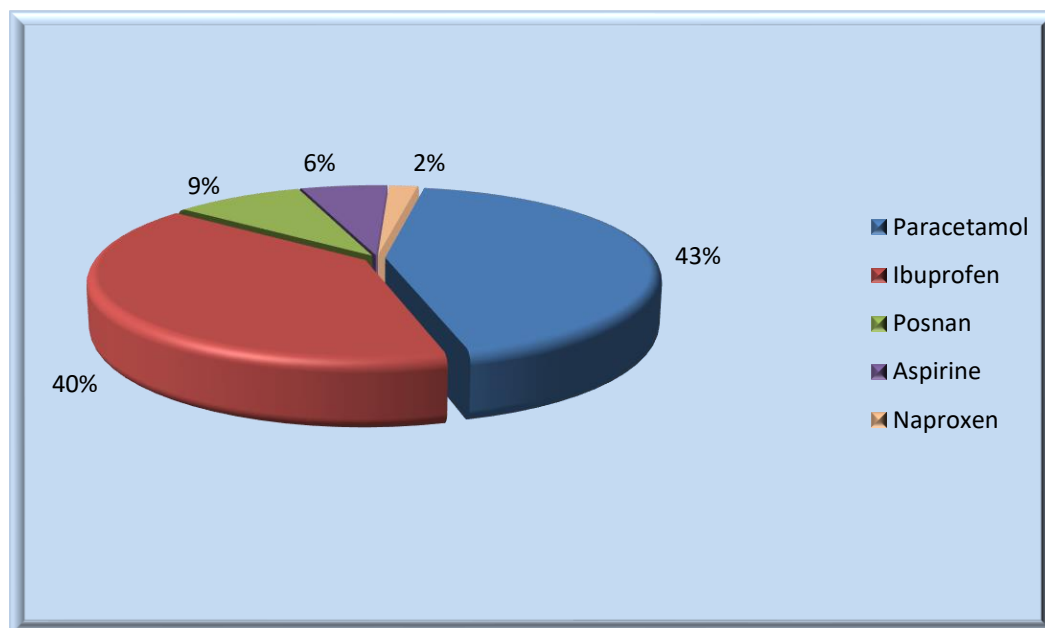


Për të vlerësuar shkallën e efektivitetit të medikamentit është përdorur sistemi i pikësimit nga 1 që do të thotë efekt minimal, deri në 10 që do të thotë efekt maksimal. 43% e rasteve referojnë se përdorin paracetamol me efektivitet shumë të mirë në rreth 31% të rasteve. Në vend të dytë përse i përket përdorimit është ibuprofeni me 40% të rasteve nga të cilat me efekt shumë të mirë në pothuajse mbi 40%.

Tab. 5.6.3. Shkalla e efektivitetit të medikamentit të përdorur

Efekti	1 efekt minimal									10 efekt maksimal		Total	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Paracetamol	1	4	4	3	7	7	3	10	9	12	60	43	
Ibuprofen	1	2	0	0	6	1	4	10	9	24	57	40	
Ponstan	1	1	0	1	1	1	1	4	2	1	13	9	
Aspirinë	2	0	1	0	0	2	0	1	0	2	8	6	
Naproxen	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	3	2	

Grafiku 5.6.3. Shkalla e efektivitetit të medikamentit të përdorur

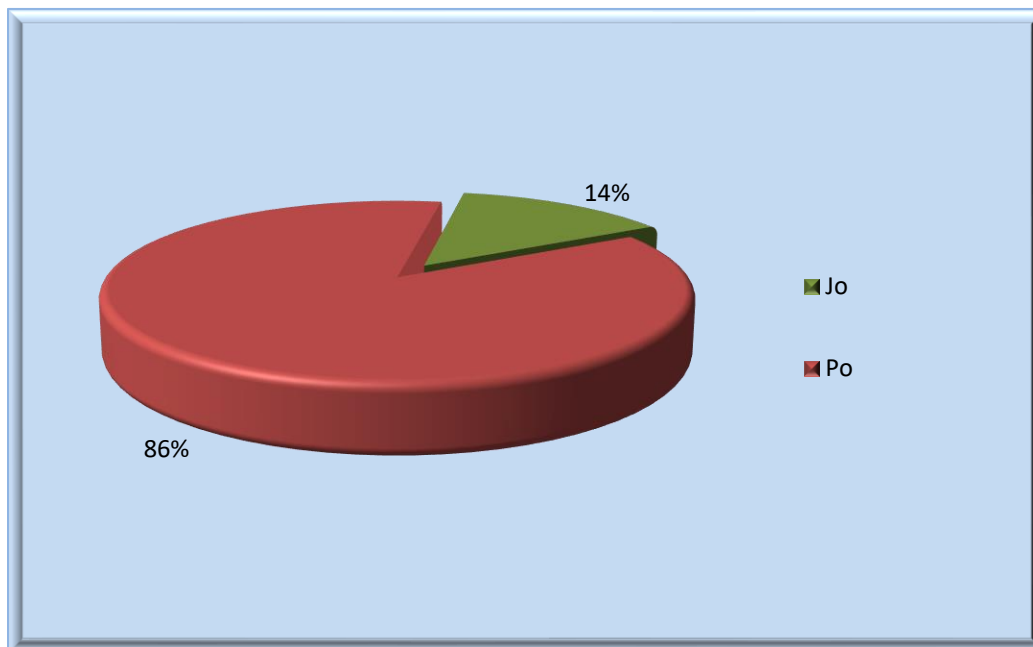


Shumica dërmuese e vajzave të përfshira në studim (mbi 86%) referojnë se përdorin strategji vetëmenaxhuese për dhembjen menstruale.

Tab. 5.6.4. Strategjitë vetmenaxhuese të dhembjes menstruale

	Nr.	%
Po	228	86.04%
Jo	37	13.96%
Total	265	100%

Grafiku 5.6.4. Strategjitë vetmenaxhuese të dhembjes menstruale



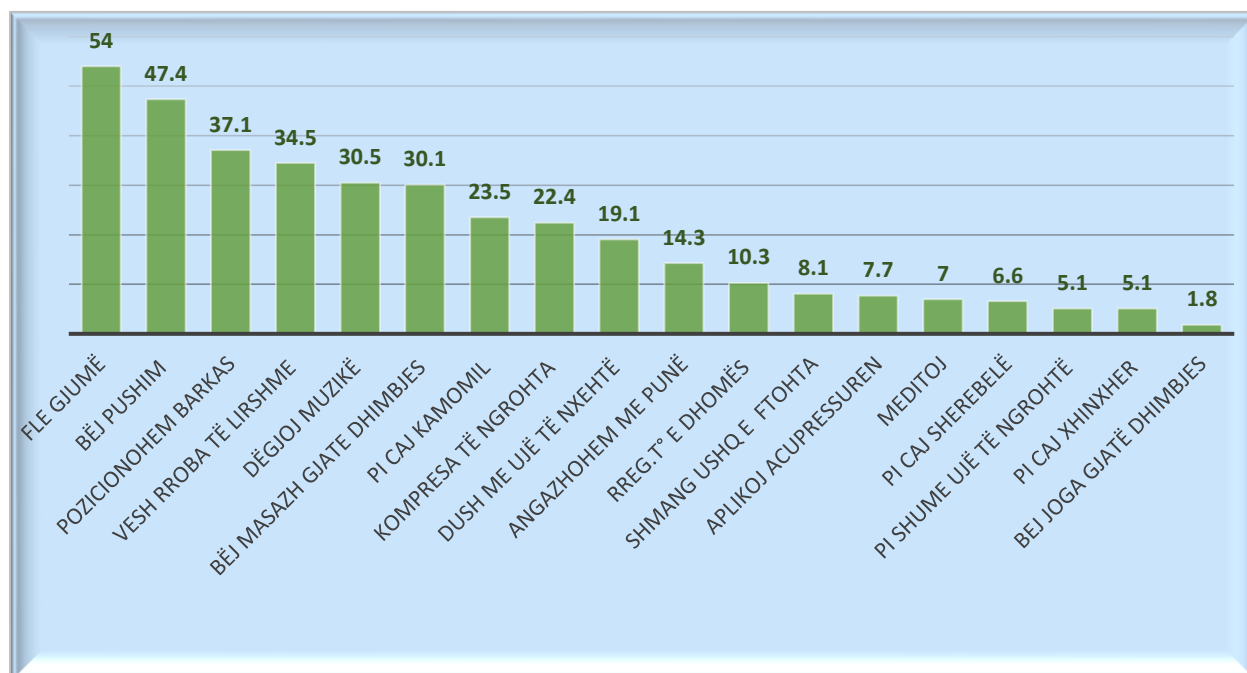
Nder strategjitë vetmenaxhuese të dhembjeve jo farmakologjike më të përdorshme janë; gjumi në 54% të rasteve, pushimi në 47.4%, qëndrimi në pozicionin barkas (37.1%), veshja e rrobave të lirshme (34.5%), dëgjoj muzikë me (30.5%), masazhi (30.1%), etj.

Tab. 5.6.5. Strategjitë vetmenaxhuese jo farmakologjike të përdorura nga vajzat

Metoda / Efektiviteti	1min efek	2	3	4	5	6	7	8	9	10 max efek	totali	%
Fle gjumë	3	3	7	7	29	17	17	15	15	34	147	54
Bëj pushim	1	3	8	9	24	9	21	25	11	18	129	47.4
Pozicionohem barkas	1	2	4	6	12	13	9	30	7	17	101	37.1
Vesh rroba të lirshme	2	4	7	12	12	6	6	14	9	22	94	34.5
Dëgjoj muzikë	2	1	7	6	12	11	11	10	10	13	83	30.5
Bëj masazh gjatë dhimbjes	3	4	3	6	15	7	10	11	11	12	82	30.1
Pi caj kamomil	1	3	2	11	3	3	11	8	7	15	64	23.5
Kompresa të ngrohta	1	3	5	3	7	2	9	9	12	10	61	22.4
Dush me ujë të nxehtë	2	2	6	2	4	8	3	9	6	10	52	19.1
Angazhohem me punë	0	2	4	3	4	5	4	6	6	5	39	14.3
Rreg.T□ e dhomës	0	3	3	4	6	2	4	1	4	1	28	10.3
Shmang ushq e ftohta	1	0	0	4	7	2	2	1	3	2	22	8.1
Aplikoj acupressurën	2	5	4	3	2	1	0	2	1	1	21	7.7
Meditoj	2	2	2	2	2	1	3	3	0	2	19	7
Pi caj sherebelë	1	2	0	5	0	2	2	0	1	5	18	6.6
Pi shume ujë të ngrohtë	1	3	4	4	0	1	1	0	0	0	14	5.1

Pi caj xhinxhër	2	3	4	1	0	2	1	0	1	0	14	5.1
Bej joga gjatë dhimbjes	1	1	0	2	0	0	0	0	0	1	5	1.8

Grafiku 5.6.5. Strategjitë menaxhuese të dhembjes menstruale jo farmakologjike



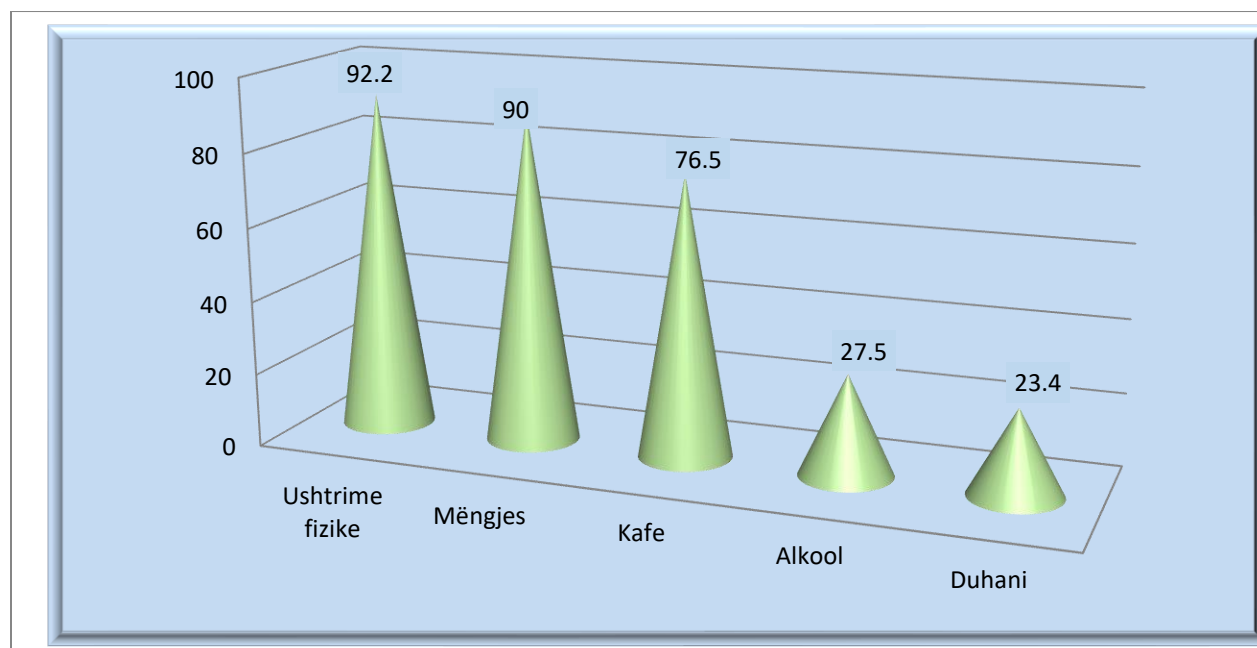
5.6 FAKTORE LIDHUR ME STILIN E JETESES

Analiza e faktorëve të stilit të jetës tregon se 92.2% e vajzave në studim bëjnë ushtrime fizike, të paktën ecje 30 minuta në ditë, 90% e tyre hanë mëngjes, 76.5% konsumojnë kafe, 27.5% pijnë duhan dhe vetëm 23.4% pijnë alkool.

Tab. 5.7.1. Faktorë të lidhur me stilin e jetës

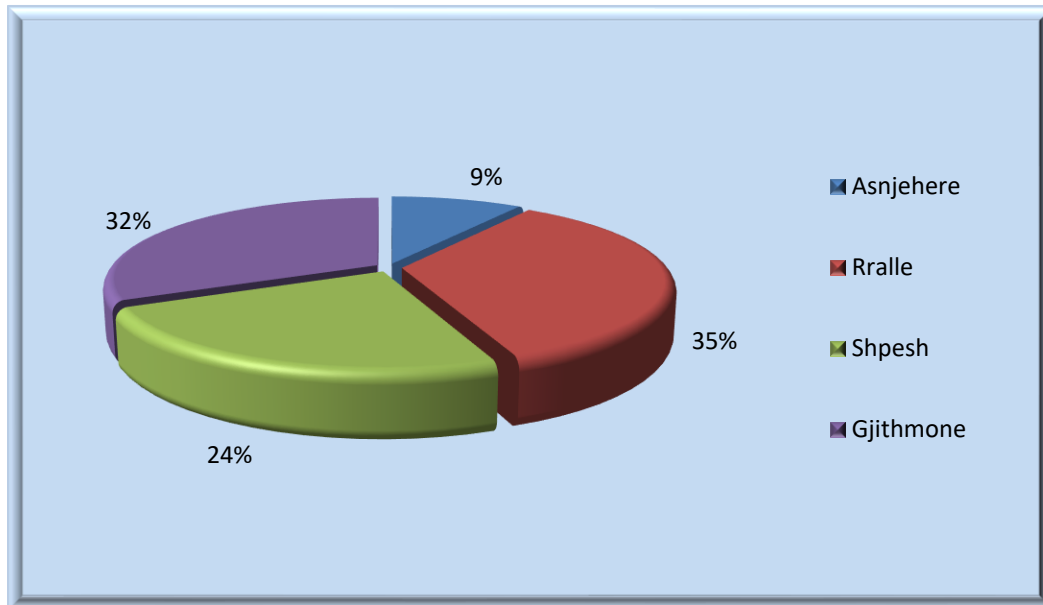
Stili i jetes	Asnjeherë	Rrallë	Shpesh	Gjithmonë	Gjithsej konsumues	%
A bëni ushtrime fizike (të paktën 30 min ecje)?	25	69	108	118	295	92.2
A konsumoni mëngjes	32	112	77	99	288	90
A konsumoni kafe?	75	108	87	50	245	76.5
A konsumoni alkool?	232	75	13	0	88	27.5
A konsumoni duhan?	245	48	25	2	75	23.4

Grafiku 5.7.1. Faktorë të lidhur me stilin e jetës



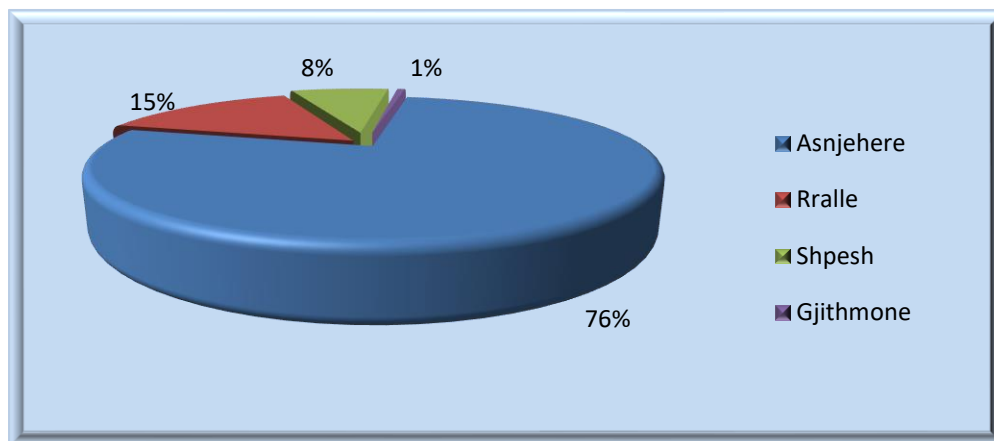
Analiza e detajuar e konsumit të mëngjesit tregon se vetëm 9% e vajzave nuk konsumojnë mëngjes, 35% konsumojnë rrallë, 24% konsumojnë shpesh dhe 32% konsumojnë gjithmonë.

Grafiku 5.7.2. Faktorë të lidhur me stilin e jetës – konsumi i mëngjesit



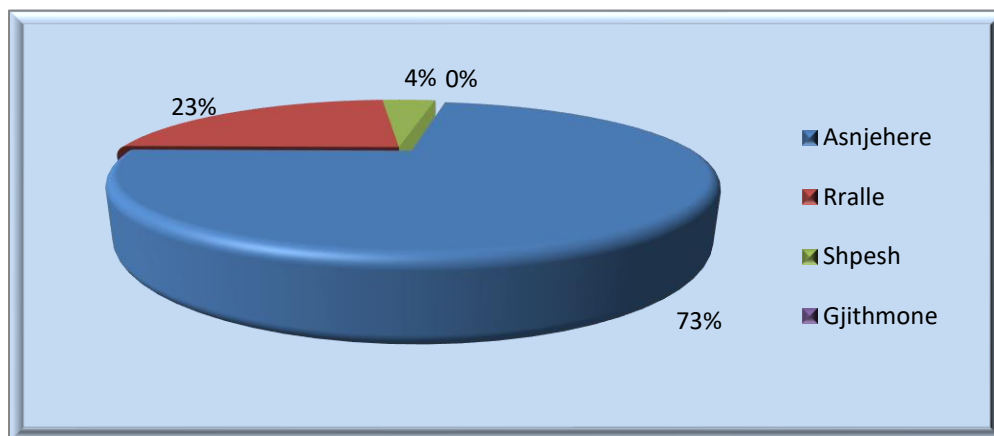
Analiza më e detajuar e konsumit të duhanit tregon se 76% e vajzave nuk konsumojnë duhan, 15% konsumojnë rrallë, 8% konsumojnë shpesh dhe vetëm 1% konsumojnë gjithmonë.

Grafiku 5.7.3. Faktorë të lidhur me stilin e jetës – konsumi i duhanit



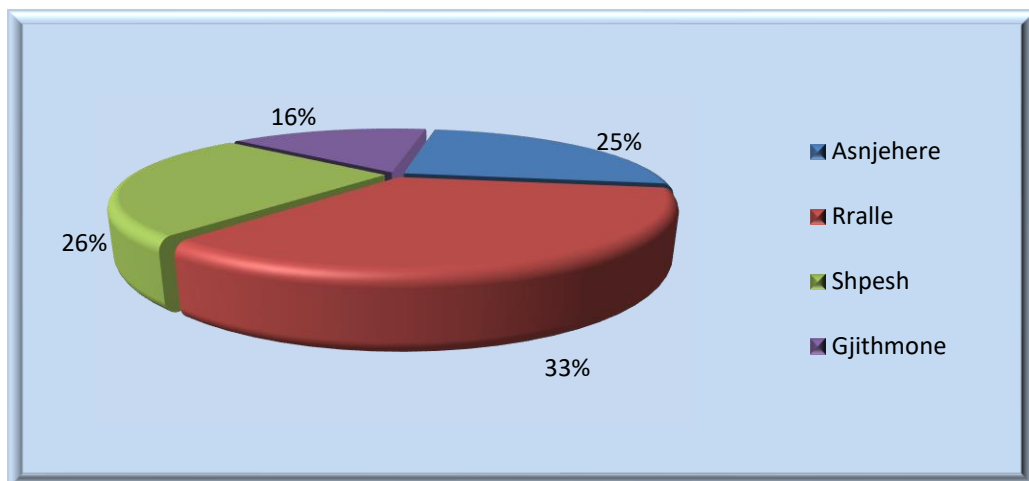
Analiza më e detajuar e konsumit të alkoolit tregon se 73% e vajzave nuk konsumojnë alkool, 23% konsumojnë rrallë, 4% konsumojnë shpesh dhe 0% konsumojnë gjithmonë.

Grafiku 5.7.4. Faktorë të lidhur me stilin e jetës – konsumi i alkoolit



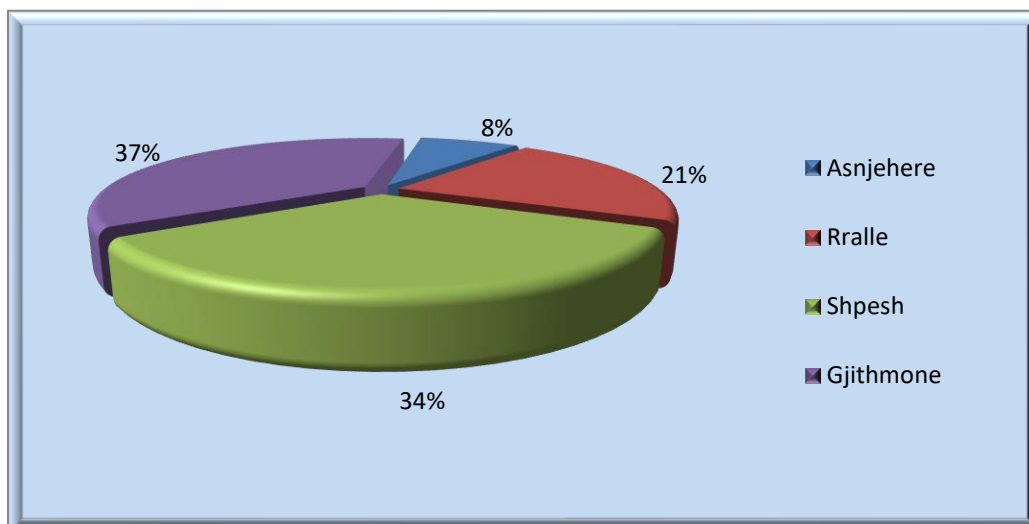
Analiza më e detajuar e konsumit të kafesë tregon se 25% e vajzave nuk konsumojnë kafe, 33% konsumojne rrallë, 26% konsumojnë shpesh dhe 16% konsumojnë gjithmonë.

Grafiku 5.7.5. Faktorë të lidhur me stilin e jetës – konsumi i kafesë



Analiza më e detajuar e aktivitetit fizik tregon se vetëm 8% e vajzave nuk bëjnë aktivitet fizik, 21% rrallë, 34% shpesh dhe 37% bëjnë aktivitet fizik, të paktën 30 minuta ecje në ditë gjithmonë.

Grafiku 5.7.6. Faktorë të lidhur me stilin e jetës – aktiviteti fizik



5.6 STATISTIKAT ANALITIKE

Analiza statistikore e të dhënave të studimit mbështetet në logjikën e klasifikimit të tyre në dy grupe; **grupi i pare** janë vajzat që referojnë se nuk kanë dhembje gjatë menstruacioneve (48) ndërsa **grupi i dyte** janë ato vajza që referojnë se kanë dhembje gjatë menstruacioneve (272).

Në bazë të kësaj ndarje për madhësitë numerike si mosha, gjatësia, pesha, dhe BMI janë llogaritur rangjet, mesaret, deviacioni standard (SD) dhe gabimi standard (SE). Këta tregues janë llogaritur me anë të programit SPSS. Krahasimet për këtë kategori të dhënash janë bërë me anë të **testit z**.

Për madhësitë kategorike si mosha e menarkës, kohëzgjatja e hemorragjisë, cikli menstrual në ditë, predispozita familjare, konsumi i duhanit, alkoolit apo aktiviteti fizik (ushtrimet fizike) është përdorur **testi Hikatror (χ^2)** për të krahasuar rezultatet midis dy grupeve, pra për të parë nëse ka ndryshime statistikisht të rëndësishme midis vajzave që kanë menstruacione të padhembshme me ato që kanë menstruacione të dhembshme.

Rezultatet paraqiten në tabelat dhe grafiket më poshtë:

Tabela 5.8.1. Treguesit mesatarë dhe të variacionit për moshën.

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
Mosha 1(me dismen)	48	8	18	26	20.00	.253	1.750
Mosha 2(pa dismen)	272	8	18	26	20.55	.075	1.235
Valid N (listwise)	48						

Z = - 2.08 p = 0.0375. Ndryshimi është statistikisht i rëndësishëm.

Komenti: Mosha e vajzave me dismenorre është (rreth 1 vit) më e madhe se ajo e vajzave pa dismenorre.

Tabela 5.8.2. Treguesit mesatarë dhe të variacionit për peshën.

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
Pesha 1(me disme)	48	32	44	76	55.58	.969	6.716
Pesha 2 (pa disme)	272	56	40	96	55.92	.453	7.478
Valid N (listwise)	48						

Z = - 0.32; p = 0.7566. Ndryshimi është statistiki i parëndësishëm.

Komenti: Nuk ka ndryshim në peshën e vajzave me dismenorre apo pa dismenorre.

Tabela 5.8.3. Treguesit mesatarë dhe të variacionit për gjatësinë.

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
Gjatësia 1(me dismeno)	48	25	153	178	163.81	.788	5.460
Gjatësia 2(pa dismeno)	272	30	150	180	164.69	.358	5.901
Valid N (listwise)	48						

Z = - 1.02; p = 0.3125. Ndryshimi është statistiki i parëndësishëm.

Komenti: Nuk ka ndryshim në gjatësinë e vajzave me dismenorre apo pa dismenorre.

Tabela 5.8.4. Treguesit mesatarë dhe të variacionit për BMI.

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
BMI 1(me dismenorr)	48	170.8	16.2	187.0	24.231	3.4808	24.1159
BMI 2(pa dismenorr)	272	19.8	15.6	35.4	20.606	.1427	2.3529
Valid N (listwise)	48						

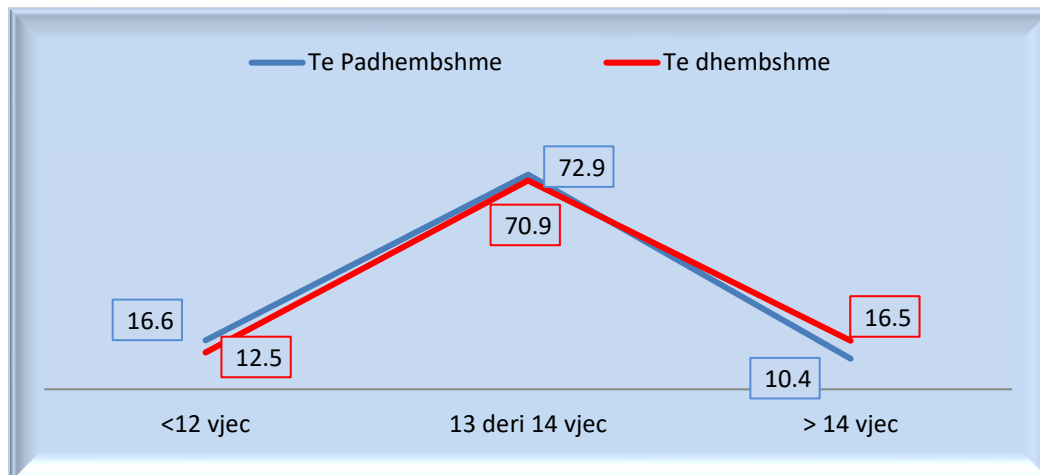
Z = 1.04; p = 0.2983. Ndryshimi është statistikisht i parëndësishëm.

Komenti: Nuk ka ndryshim në treguesin BMI në vajzat me dismenorre apo pa dismenorre.

Tabela 5.8.5. Moshë e Menarkës sipas grupeve.

Menset	< 12 vjeç	13 deri 14 vjeç	> 14 vjeç	Totali
Të Padhembshme	16.6	72.9	10.4	100
Të dhembshme	12.5	70.9	16.5	100
Total	13.1	71.2	15.6	100

Grafiku 1: Moshë e Menarkës sipas grupeve



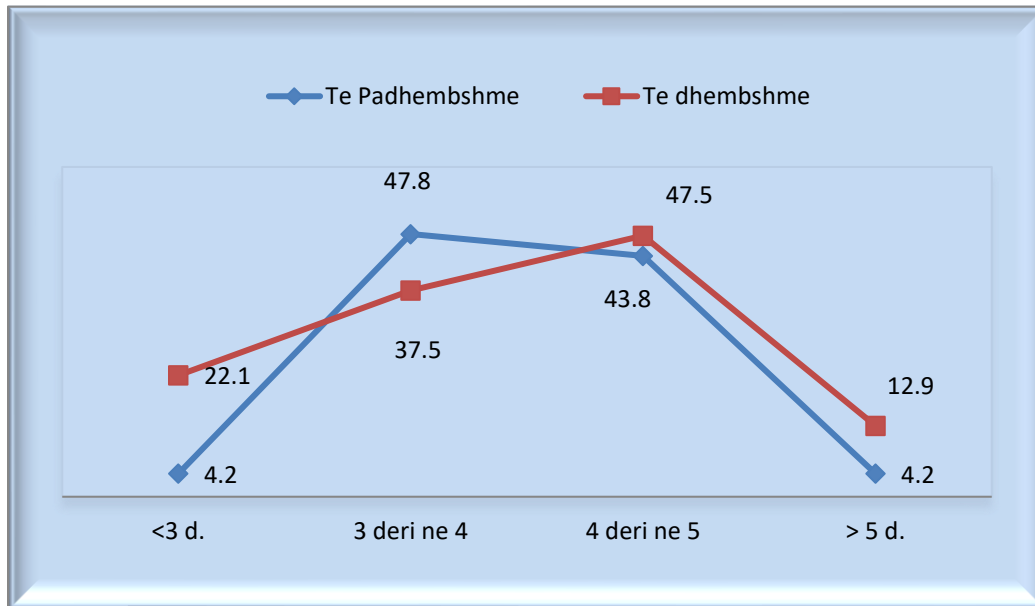
$\chi^2 = 1.54$	$p > 0.2$	Ndryshimi i parëndësishëm statistikisht
-----------------	-----------	--

Komenti: Nuk ka ndryshim në moshën e Menarkës në vajzat me dismenorre apo pa dismenorre.

Tabela 5.8.6. Kohëzgjatja e hemorragjisë në ditë sipas grupeve.

Ditë	<3 d.	3 deri në 4	4 deri në 5	> 5 d.	Total
Të Padhembshme	4.2	47.8	43.8	4.2	100
Të dhembshme	22.1	37.5	47.5	12.9	100
Total	8	39	46.9	11.6	100

Grafiku 5.8.6. Kohëzgjatja e hemorragjisë në ditë sipas grupeve



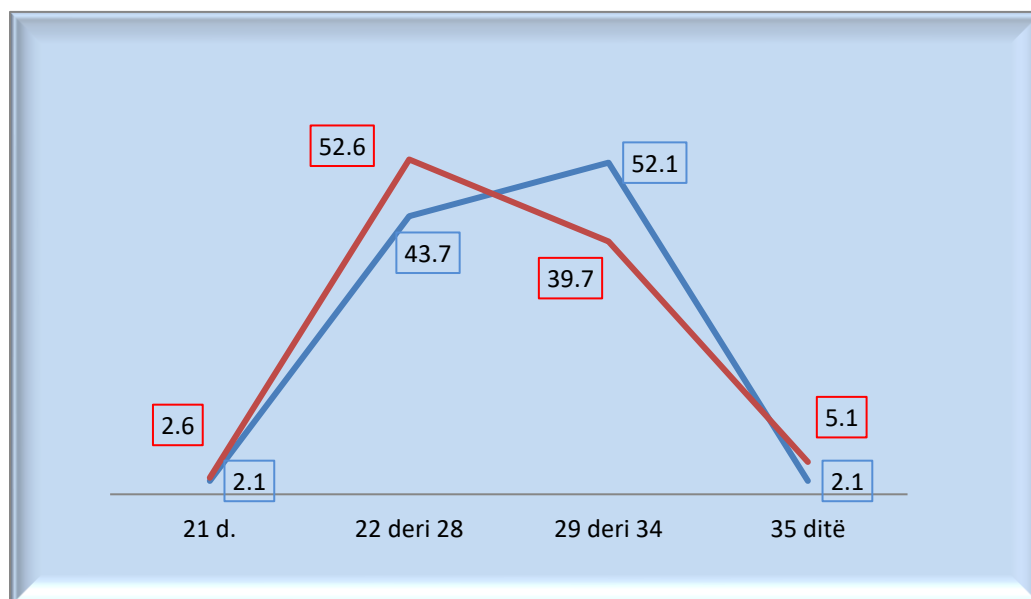
$\chi^2 = 4.59$	$p > 0.2$	Ndryshimi statistikisht i parëndësishëm
-----------------	-----------	---

Komenti: Nuk ka ndryshim në zgjatjen e hemorragjisë në ditë në vajzat me dismenorre apo pa dismenorre.

Tabela 5.8.7. Cikli menstrual në ditë sipas grupeve.

Ditë	<21 d.	21 deri 28	29 deri ne 35	> 35 d.	Total
Të Padhembshme	2.1	43.7	52.1	2.1	100
Të dhembshme	2.6	52.6	39.7	5.1	100
Totali	2.5	51.2	41.6	4.7	100

Grafiku 5.8.7. Cikli menstrual në ditë sipas grupeve



$\chi^2 = 2.91$	$p > 0.2$	Ndryshimi statistiki i parëndësishëm
-----------------	-----------	---

Komenti: Nuk ka ndryshim në gjatësinë e ciklit menstrual në vajzat me dismenorre apo pa dismenorre.

Tabela 5.8.8. Kush në familjen tuaj ka dismenorre?

Ditë	Vetëm unë	Nëna	Motra	Nëna dhe Motra	Total
Të Padhembshme	0	0	0	0	48
Të dhembshme	100	80	52	40	272
Total	100	80	52	40	320

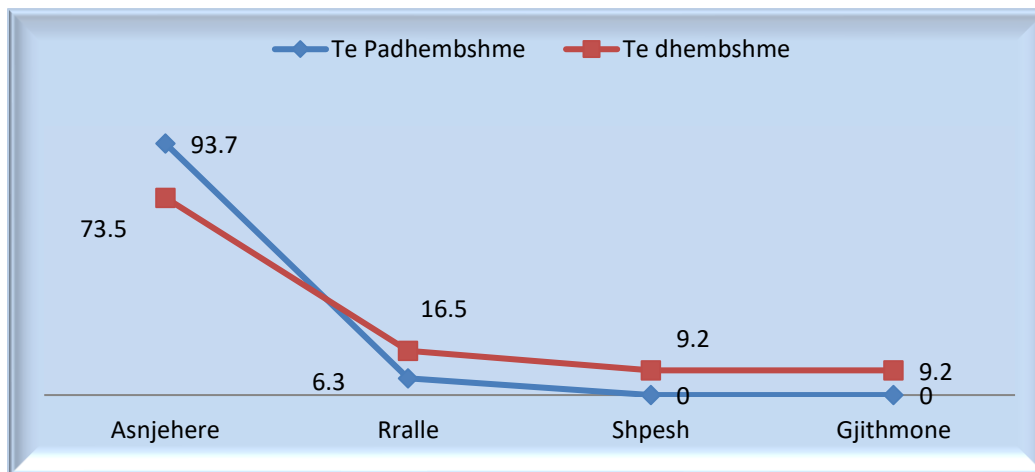
Vajzat me menstruacione të padhembshme nuk referojnë për histori familjare, me fjalë të tjera, askush (nëna, motrat) nuk kanë menstruacione të dhembshme.

Komenti: Kjo është një e dhënë që mbështet mbi bazën gjenetike të dismenorresë.

Tabela 5.8.9. A konsumon duhan?

Ditë	Asnjëherë	Rrallë	Shpesh	Gjithmonë	Totali
Të Padhembshme	93.7	6.3	0	0	100
Të dhembshme	73.5	16.5	9.2	9.2	100
Total	76.6	15	7.8	0.6	100

Grafiku 5.8.9. A konsumon duhan?



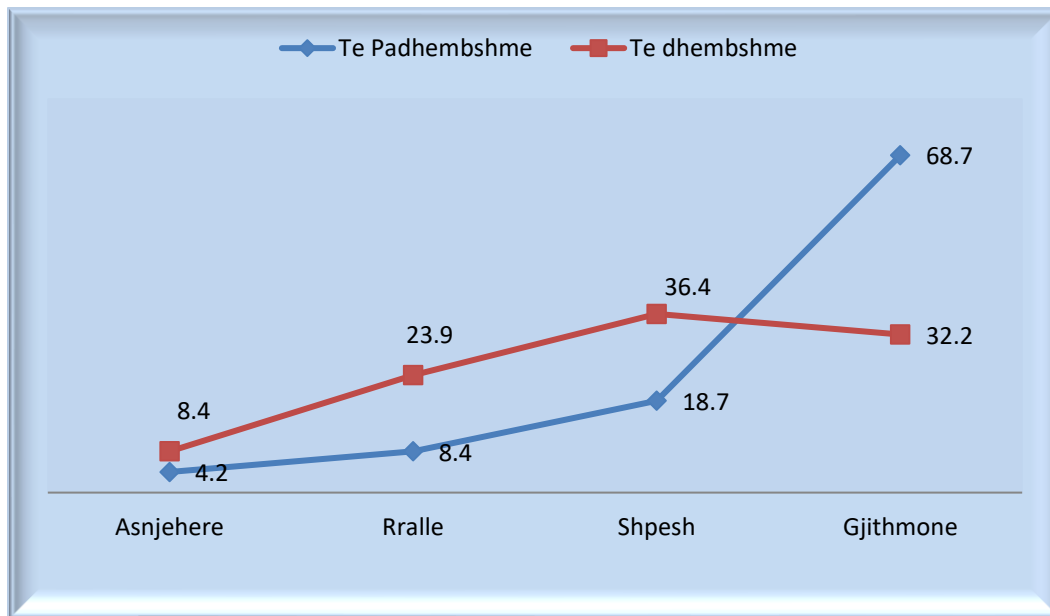
$\chi^2 = 9.84$	$p < 0.02$	Ndryshimi statistikiqst i rëndësishëm
-----------------	------------	--

Komenti: Ka ndryshim të rëndësishëm në konsumin e duhanit; vajzat me dismenorre janë përdoruese të duhanit sidomos në nivelet shpesh dhe gjithmonë në krahasim me ato pa dismenorre.

Tabela 5.8.10. A bëni ushtrime fizike (të paktën 30 minuta ecje në ditë)?

Ditë	Asnjëherë	Rrallë	Shpesh	Gjithmonë	Totali
Të Padhembshme	4.2	8.4	18.7	68.7	100
Të dhembshme	8.4	23.9	36.4	32.2	100
Total	7.8	21.6	33.7	36.9	100

Grafiku 5.8.10. A bëni ushtrime fizike (të paktën 30 minuta ecje në ditë)?



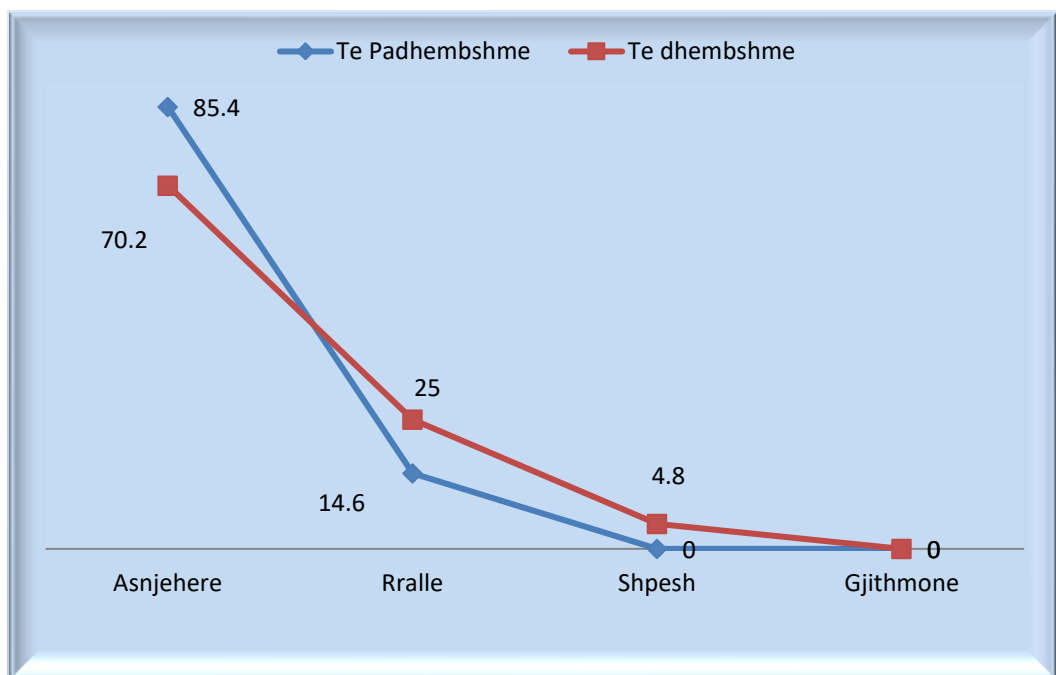
$\chi^2 = 24.92$	$p < 0.001$	Ndryshimi statistikiqst tepër i rëndësishëm
------------------	-------------	--

Komenti: Ka ndryshim të rëndësishëm në aktivitetin fizik (të paktën 30 minuta ecje në ditë); 68.7% e vajzave pa dismenorre bëjnë gjithmonë aktivitet fizik të paktën ecje deri në 30 minuta në ditë në krahasim me vetëm 32.2% të vajzave me dismenorre.

Tabela 5.8.11. A konsumon alkool?

Ditë	Asnjëherë	Rrallë	Shpesh	Gjithmonë	Total
Të Padhembshme	85.4	14.6	0	0	100
Të dhembshme	70.2	25	4.8	0	100
Total	72.5	23.4	4.1	0	100

Grafiku 5.8.11. A konsumon alkool?



$\chi^2 = 5.47$	$p > 0.1$	Ndryshimi statistikiqst i parëndësishëm
-----------------	-----------	--

Komenti: Nuk ka ndryshim në konsumin e alkoolit në vajzat me dismenorre apo pa dismenorre.

6. DISKUTIMI

Dismenorrea është një problem shumë i rëndësishëm i shëndetit publik, posaçërisht i shëndetit të femrave. Sipas studimeve të kryera, vlerësohet se ky problem gjinekologjik është mbarë botëror. Në studimin tonë ne gjetëm që prevalenca e dismenorres në vajzat studente të Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti Mjekësisë, Tiranë ishte 85%. Kjo shifër është brenda rangut (50% - 90 %) të raportuar në shumë studime të tjera [31], [51], [118], [119], [120], [121], [122].

Nga studimi ynë rezulton se moshja e vajzave me dismenorrhea është më e madhe (rreth 1 vit) nga moshja e vajzave pa dismenorrhea, diference kjo statistikisht e rëndësishme ($p = 0.0375$).

Krahasimi i mesatareve BMI, paraqet diferencë të lehta të parëndësishme nga ana statistikore 80.2% e vajzave rezulton të ishin me peshë normale me BMI mesatare 20.63. Dismenorrea nuk rezulton të jetë e lidhur me BMI-në në studimin prezent, kjo e dhënë konvergjon me studimet e kryera në Tajvan, Suedi, [26],[123]. Ndërsa studimet në Turqi dhe Jordani gjetën se dismenorrea ishte më e lartë në mesin e femrave me BMI të ulët [124], [125]. Këto të dhëna konfirmojnë se lidhja mes dismenorresë dhe BMI- së mbetet kontradiktore .

Ballafaqimi i rezultateve të moshës së menarkës tregon se vajzat me dismenorre kanë prirje të kenë menarkën në moshë më të madhe (16.5% e vajzave me dismenorre në krahasim me 10.4% të vajzave pa dismenorrhea), pra nuk kemi lidhje mes moshës së menarkës dhe prevalencës së dismenorresë, gjë të cilën e observojë dhe Derman në studimin e tij [126]. Por, studimi i Sundell gjeti lidhje domethënëse mes prevalencës dhe moshës së menarkës [123].

Në vlerësimin e ashpërsisë së dhimbjes menstruale në studimin tonë bie në sy se luhartet në nivele mesatare me rreth 50% të rasteve, të fortë në 34% të rasteve dhe 16% të rasteve kanë referuar për dhimbje lehtë. Këto të dhëna janë të njëjta me një studim të bërë në Iran [88].

Koha e shfaqjes së dhimbjes së parë menstruale në studimin tonë ka një shpërndarje pothuajse të barabartë; 31% referojnë se ajo u shfaq me Menarkën, 34% deri në 1 vit pas Menarkes dhe 35% më pak se 2 vite pas Menarkës.

Edhe krahasimi i rezultateve të kohëzgjatjes së hemorragjisë në ditë, pavarësisht diferencave sidomos në dy ekstremet (më pak se 3 ditë dhe më shumë se 5 ditë), statistikisht rezulton i parëndësishëm ($p > 0.2$). Nga ana tjetër Sundell dhe Taperi vunë re një lidhje domethënëse të dismenorresë me zgjatjen e fluksitit menstrual në studimet e tyre [26], [37].

Ndërsa përsa i përket gjatësisë së ciklit menstrual rezulton se vajzat me dismenorre kanë prirje të kenë një cikël menstrual më të gjatë, 35 ditore (5.1% në krahasim me 2.1%) se vajzat pa dismenorre, gjithësesi edhe kjo diferencë rezulton statistikisht e parëndësishme. ($p > 0.2$). Tangchai, po ashtu raportoi se dismenorrea nuk ishte e lidhur me zgjatjen e ciklit menstrual si dhe me sasinë e hemoragjisë.[127].

Studimi ynë gjithashtu vlerëson regjionin ku vajzat ndjejnë dhembje gjatë menstruacioneve, 53% referojnë dhembje në fund të barkut, 37% në regjionin lumbar dhe 10% në regjionin inguinal. Të njëjtat rezultate u vunë re në një studim në Iran ku dhembja përjetohet më shumë në fundbark (55.2%), regjionin lumbar (34.8%), dhe regjionin inguinal (10%) [88].

Dismenorrhea është një sindromë komplekse e bashkëshoqëruar me simptomat premenstruale. Në studimin tonë evidentohen këto simptoma të renditura sipas shpeshtësisë: nervozizmi 76.5%, fryrja e barkut 76.2%, ndjeshmëria e gjirit 72.5%, shtimi i oreksit 63.4% dhe dhembja e kokës 63.1% të rasteve. Këto rezultate konvergjojnë me ato të studiuesve të tjerë [128], [129].

Në studimin tonë pyetjes nëse përdornin mjekim për të qetësuar dhembjen, 51% e vajzave kanë referuar se nuk përdorin medikamente për të qetësuar dhembjet menstruale, ndërsa 49 % kanë referuar se përdorin. Në disa studime, përdorimi i medikamenteve nga ana e vajzave për lehtësimin e dismenorresë është e variueshme, në Tajvan përdorimi i tyre ishte (37.6%) [123], në Egjipt (34.7%) [51], ndërsa në SHBA [129] dhe Kanada[130] është gjetur të jetë në shkallë të lartë respektivisht (93%) dhe në (70%)

Nga ato që përdorin medikamente për të qetësuar dhembjet menstruale, në 57% të rasteve e përshkruajnë vetë medikamentin, në 28% të rasteve ia përshkruan farmacisti, në 13% mjeku dhe vetëm në 2% mamia. Praktika e vetë përshkrimit të medikamentit duket të jetë gjërësisht e përhapur mes vajzave të reja [131].

Përsa i përket llojit të medikamentit të përdorur, 43% e rasteve referojnë se përdorin paracetamol. Në vend të dytë përsa i përket përdorimit është ibuprofeni me 41% të rasteve, ndjekur nga postani 9%, aspirina 6% dhe naproxeni 2%.

Shumica dërmuese e vajzave të perfshira në studim mbi 86% referojnë se përdorin strategji vetmenaxhuese për dhembjen menstruale. Ndër strategjitë vetmenaxhuese jo farmakologjike të dhembjeve më të përdorshme janë; gjumi në 54% të rasteve, pushimi në 47.4%, qëndrimi në pozicionin barkas (37.1%), veshja e rrobave të lirshme (34.5%), dëgjoj muzikë me (30.5%),

masazhi (30.1%), etj. Në studimin tonë vajzat prirën të përdorin më shumë metodat jofarmakologjike për menaxhimin e dhimbjeve.

Megjithëse dismenorrea nuk është kërcënuese për jetën, ajo mund të ndërpresë aktivitetin ditor dhe produktivitetin. Në mungesë të lehtësimit të përshtatshëm të dhembjeve, femrat me dismenorre nuk janë në gjendje të kryejnë një aktivitet normal. Dismenorrea është shkaku kryesor i mungesave në shkollë, punë dhe në aktivitete të tjera, gjithashtu është shkaku i disfunkcionit të jetës së përditshme [132].

Nga studimi ynë rezulton se në 51% të rasteve menstruacionet ndikojnë ndonjëherë aktivitetin e përditshëm, në 39% ndikojnë shpesh dhe vetëm në 10% ndikojnë gjithmonë. Rezulton se aktiviteti që ndikohet më shumë nga periodat është përqendrimi në klasë me 76.8%, aktiviteti ditor me 75.7%, marrëdhëniet me miqtë në 51.8% të rasteve, aktiviteti social me 50%, marrëdhënia me familjen në 47.8%, rezultatet në provime me 45.9%, frekuentimi i shkollës me 41.5% të rasteve e në fund pjesëmarrja në provime me 23.5% të rasteve.

Studime të shumta kanë gjetur se përqindja e mungesave në shkollë është në rangun (25-50%) [5], [11], [13].

Në studimin e tij Burnett raportoi se (51%) e subjekteve kufizuan aktivitetet e tyre nga dismenorrea [133], Ndërsa Hillen raportoi (45%) e subjekteve kufizuan aktivitetet shkollore, (48%) aktivitetet sportive dhe (46%) aktivitetet shoqërore [38].

Në studimin tonë vajzat pa dismenorre nuk referojnë për histori familjare, me fjalë të tjera, askush (nëna, motrat) nuk kanë menstruacione të dhembshme ndërsa mbi 63% e vajzave me dismenorre referojnë histori familjare për dismenorre. Të dhënat më të detajuara tregojnë se në 29.4% të rasteve është nëna, në 19.1% është motra dhe në 14.7% të dyja së bashku paraqesin dismenorre. Kjo e dhënë konvergjon edhe me gjetjet e shumë studimeve të tjera të cilat kanë vërtetuar se vajzat të cilat kishin histori pozitive vuanin më shumë këtë problem, duke akuzuar në këtë rast faktorin gjenetik, faktor ky shumë i rëndësishëm rrisht [134], [135].

Faktori gjenetik lidhur me dhimbjen menstruale është evidentuar në binjaket femra monozygotikë dhe dyzygotikë, duke konkluduar që simptomat menstruale janë plotësisht gjenetike [136].

Është e njohur që stili i jetës ka efekte të rëndësishme në dismenorre. Rezultatet e studimit tonë në këtë drejtim janë mjaft interesante. Kështu lidhur me konsumin e duhanit rezultoi se nga vajzat pa dismenorre vetëm 6.3% e tyre ishin duhanpirëse, ndërsa në grupin e vajzave me

dismenorre mbi 35% e tyre ishin duhanpirëse. Për më tepër, nga ky proporcion, rreth 18.4% ishin duhanpirëse të shpeshta ose kronike. Krahasimi me testin e Hi - katrorit evidentoi një diferencë të rëndësishme statistikore ($p < 0.02$). Ky raportim përputhet me atë të shumë studiuesve të tjerë të cilët raportojnë se prevalenca e dismenorresë është vlerësuar të jetë e lartë në duhanpirëset [26], [32], [40], [120].

Lidhur me konsumin e alkoolit rezultoi se 29.8% e vajzave me dismenorre përdornin alkool shumica dërmuese e të cilave (25%) e konsumonin rrallë. Nga vajzat pa dismenorre vetëm 14.6% e tyre konsumonin alkool rrallë. Krahasimi i këtyre të dhënave nuk rezultoi statistikisht i rëndësishëm ($p > 0.1$). Parazzini, po ashtu gjeti se konsumi i alkoolit nuk lidhet përputhshmërisht me dismenorrenë [40].

Analiza e të dhënave mbi aktivitetin fizik tregoi se 95.5% e vajzave pa dismenorre bënin se paku 30 minuta ecje në ditë krahasuar me 91.6% të vajzave me dismenorre. Për më shumë, 68.7% e vajzave pa dismenorre bënin aktivitet të rregullt fizik, ndërsa vetëm 32.2% e vajzave me dismenorre bënin aktivitet të rregullt fizik. Krahasimi me testin e Hi-katrorit evidentoi një diferencë tepër të rëndësishme statistikore ($p < 0.001$). Kjo e dhënë mbështetet nga një studim ku femrat të cilat ju nënshtruan ushtrimeve fizike (30 min ecje të vazhdueshme apo programe joga tre herë në javë duke i krahasur me femrat të cilat bënin jetë sendentare) ulën ndjeshëm simptomat dhe intensitetin e dhimbjes [137].

7. PERFOUNDIME

Analiza e të dhënave të studimit tonë çon në përfundimet e mëposhtme:

1. Prevalenca e dismenorresë në vajzat studente të Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike të U.M. të Tiranës ishte 85%.
2. Moshë e menarkës nuk ka lidhje me dismenorrenë.
3. Vajzat me dismenorre kanë prirje të kenë një cikël menstrual më të gjatë.
4. Historia familjare për dismenorre është një faktor i rëndësishëm përcaktues për dismenorrenë.
5. Prevalenca e dismenorresë është më e lartë në duhanpirëset se në vajzat që nuk pinë duhan.
6. Prevalenca e dismenorresë në vajzat që bëjnë aktivitet fizik të rregullt (ecja se paku 30 minuta në ditë) është më e ulët se në vajzat që nuk bëjnë aktivitet fizik të rregullt.
7. Simptomat premenstruale më të shpeshta që bashkëshoqërojnë dismenorrenë janë: nervozizmi 76.5%, fryrja e barkut 76.2%, ndjeshmëria e gjirit 72.5%, shtimi i oreksit 63.4% dhe dhembja e kokës 63.1% të rasteve.
8. Shumica e vajzave me dismenorre 52% nuk përdorin medikamente për të qetësuar dhembjet menstruale. Nga ato që përdorin medikamente për të qetësuar dhembjet menstruale, në 57% të rasteve e përshkruajnë vetë medikamentin.
9. Medikamenti më i përdorshëm për qetësimin e dhembjes menstruale është paracetamoli me 43% të rasteve
10. Mbi 86% e vajzave të përfshira në studim referojnë se përdorin strategji vetmenaxhuese për dhembjen menstruale.
11. Strategjitë vetmenaxhuese jo farmakologjike të dhembjeve më të përdorshme janë; gjumi në 54% të rasteve, pushimi në 47.4%, qëndrimi në pozicionin barkas (37.1%), veshja e rrobave të lirshme (34.5%), dëgjoj muzikë me (30.5%), masazhi (30.1%), etj.
12. Rezulton se aktiviteti që ndikohet më shumë nga periodat është përqendrimi në klasë me 76.8%, aktiviteti ditor me 75.7%, marrëdhëniet me miqtë në 51.8% të rasteve, aktiviteti social me 50%, marrëdhënie me familjen në 47.8%, rezultatet në provime me 45.9%,

frekuentimi i shkollës me 41.5% të rasteve e në fund pjesëmarrja në provime me 23.5% të rasteve.

8. REKOMANDIME

- Promovimi i një stili jete të shëndetshme mund të jetë efektive në prevenimin e lehtësimin e dhimbjeve menstruale.
- Vlerësimi i diskomfortit menstrual në stadin e hershëm ndihmon në minimizimin e ashpërsisë dismenorresë.
- Vlerësimi objektiv i aktivitetit ditor është një instrument i rëndësishëm për të investiguar ndikimin e dismenorres në cilësinë e jetës .
- Promovimi i përdorimit metodave jofarmakologjike, pasi janë të lehta në përdorim, kosto efektive dhe pa efekte anësore
- Bërja e konsulta me specialistë lidhur me krampet menstruale
- Përmirësimi i njohurive lidhur me strategjitë e lehtësimit të dhimbjeve menstruale, për të arritur këtë duhet :
 - Gjatë periudhës së studimeve, studentet duhet të marrin informacionin e duhur rreth gamës së gjerë të strategjive për vetmenaxhimin e dismenorres primare.
- Ky studim, le të shërbejë si nxitje për studime të tjera, pasi deri më tani ky problem shihet thuajse i neglizhuar në vendin tonë. Lidhur me këtë:
 - I njëjti studim mund të përsëritet me një kampion më të madh, në rang rrethi apo vendi duke përfshirë dhe grupmoshën e shkollave të mesme, për të fituar një kuptim më të mirë rreth prevalencës dhe ndikimit të këtij problemi në planin individual dhe social në vendin tonë.

9. BIBLIOGRAFIA

1. McAnarney ER, Kreipe R, Comerci G. Normal somatic adolescent growth and development. In: Bralow L, ed. Textbook of Adolescent Medicine. Philadelphia, PA: WB Saunders Co; 1992:46-67
2. Reproduction and reproductive health. Accessed on 2013. <http://stanfordshprc.wordpress.com/sex-info/reproduction/>
3. Ten VTA (2007); Menstrual hygiene; A neglected concern for the achievement of several Millennium Development Goals. Europe External Policy Advisors
4. Ben-Noun L What is the biblical attitude towards personal hygiene during vaginal bleeding? European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, (2003) vol 106, 99-101.
5. Various personal communications; www.idealMuslimah.com (accessed 22 Sep 2011).
6. Proctor, M., & Farquhar, C. (2006). Diagnosis and management of dysmenorrhoea. British Medical Journal, 332 (7550), 1134-1138
7. Fedele L, Parazzini F, Bianchi S, et al. (1990). Stage and localization of pelvic endometriosis and pain. Fertil Steril 53:155
8. Lowdermilk, Perry, Bobak (1997) Maternity and Women's Health Care 6th ed 65-68, 1149-1150.
9. Prentice A. (1999). Medical management of menorrhagia, BMJ 319: 1343–1345.
10. Hermann-Giddens, M.E. (2006). Recent data on pubertal milestones in United States children: The secular trend toward earlier development. International Journal of Andrology, 29, 241-246.
11. Whincup, P.H., Gilg, J.A., Odoki, K., Taylor, S.J.C. & Cook, D.G. (2001). Age of menarche in contemporary British teenagers. British Medical Journal, 322, 1095- 1096.
12. Deligeoroglou E., Karountzos V., Creatas G., (2012) Abnormal uterine bleeding and dysfunctional uterine bleeding in adolescence: diagnosis, management and treatment revista medicală română – volumul LIX, NR. 4, 272-277
13. Slap, G.B. (2003). Menstrual disorders in adolescence. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology
14. Dawood, MY. (2006) Primary dysmenorrhea. Advances in pathogenesis and management. Obstetrics and Gynecology, 108:428-441.
15. Coco AS. (1999). Primary dysmenorrhea. Am Fam Physician 60(2):489–96
16. French L. (2005). Dysmenorrhea. American Family Physician 71:285-291.
17. Alvin PE, Litt IF. (1982) Current status of etiology and management of dysmenorrhea in adolescents. Pediatrics;70:516-525.

18. Adeyemi S, Adekanle DA. (2007) Management of dysmenorrhea among medical students. *Intj Gynecol obstet.* 7(1)
19. Jarrett M, Heitkemper MM, Shaver JF, et al. (1995) Symptoms and self care strategies in women with and without dysmenorrhea. *Health Care Women Int.* 16: 167 – 178.
20. Banikarim C, Middleman AB. (2004) Primary dysmenorrhea in adolescents. *UpToDate Online* 12.2.
21. Barbieri RL. (2004) Primary dysmenorrhea in adults. *UpToDate Online* 12.2.
22. Harel, Z. (2006). Dysmenorrhoea in adolescents and young adults: Etiology and management. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 19(6), 363-371.
23. Dawood MY. (1985). Dysmenorrhea. *J Reprod Med Mar*; 30(3): 154-167
24. Daley A.J. (2009) The role of exercise in the treatment of menstrual disorders: The evidence. *Br.J.Gen.Pract.*, 59:241-242.
25. Zondervan, K and Yudkin, PL. (1988). The prevalence of chronic pelvic pain in women in the United Kingdom: a systematic review. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30: 93-99.
26. Sundell G, Milsom I, Andersch B. (1990) Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 588–94.
27. Tonini, G. (2002). Dysmenorrhea, endometriosis and premenstrual syndrome. *Minerva Pediatrica* 54:525-538.
28. Strinic, T; Bukovic, D; Pavelic, L; Fajdic, J; Herman, I and Stipic, I. (2003). Anthropological and clinical characteristics in adolescent women with dysmenorrhoea. *Collegium Antropologicum* 27:707-711.
29. Houston, AM; Abraham, A; Huang, Z and D'Angelo. LJ. (2006). Knowledge, attitudes and consequences of menstrual health in urban adolescent females. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 19:271-275.
30. Andersch B, Milsom I. (1982). An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol* 144: 655-660.
31. Davis AR and Westhoff CL. (2001). Primary dysmenorrhea in adolescent girls
32. Harlow SD, Park M. (1996). A longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 103(11):1134–1142.
33. Proctor, M and Farquhar, C. (2002). Dysmenorrhoea. *Clinical Evidence* 7:1639-1653.
34. Novak E. (1930) Discussion of Dysmenorrhea, *J. A. M. A., Tr. Sec.*, 101-22
35. Goldwasser M. (1938). Primary dysmenorrhea 48:6: 418-420
36. Balbi C, Musone R, Menditto A, et al. (2000). Influence of menstrual factors and dietary habits on menstrual pain in adolescence age. *Eur J ObstetGynecol Reprod Biol* 91(2):143-8.
37. Teperi, J and Rimpela, M. (1989). Menstrual pain, health and behaviour in girls. *Social Science and Medicine* 29:163-169.
38. Juang CM, Yen MS, Twu NF, Horng HC, Yu HC, Chen CY. (2006). Impact of pregnancy on primary dysmenorrhea. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* .92, 221—227

39. Sidharta A (2009). Kegunaan Bahan Kimia Dalam Kehidupan. Bandung: Pusat Pengembangan dan The Effect of Passive Smoking on the Incidence of Primary Dysmenorrhea (Raisa Amini et al.) 165 Pemberdayaan Pendidik dan Tenaga Kependidikan Ilmu Pengetahuan Alam (PPPPTK IPA), pp: 49-51.
40. Parazzini F, Tozzi L, Mezzopane R, Luchini L, Marchini M, Fedele L. (1994). Cigarette smoking, alcohol consumption, and risk of primary dysmenorrhea. *Epidemiology*, 5:469-72.
41. Chen C, Cho S, Damokosh AI, et al. (2000). Available from: Prospective Study of Exposure to Environmental Tobacco Smoke and Dysmenorrhea. <http://www.pubmedcentral.nih.gov>. Accessed March 6, 2010
42. Alonso C, Coe CL. (2001). Disruptions of social relationships accentuate the association between emotional distress and menstrual pain in young women. *Health Psychol.* 2001;20:411–6.
43. Hadjistavropoulos, T., & LaChapelle, D. (2005). Age-related differences among adults coping with pain: Evaluation of a developmental life-context model. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 37(2), 123-137.
44. Amir, S., Brown, Z. B., & Amit, Z. (1979). The role of endorphins in stress: Evidence and speculations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 4, 77-86.
45. Polk, D. E., Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., & Kirschbaum, C. (2005). State and trait affect as predictors of salivary cortisol in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, 30(3), 261-272.
46. Gislason T and M Almqvist (1987). Somatic diseases and sleep complaints. An epidemiological study of 3,201 Swedish men. *Acta Med Scand* 221: 475-81.
47. Goodin BR, RB Fillingim, S Machala, L McGuire, LF Buenaver, CM Campbell, et al. (2011). Subjective sleep quality and ethnicity are interactively related to standard and situationspecific measures of pain catastrophizing. *Pain Med* 12: 913-22.
48. Ohayon MM (2006). Chronic pain and sleep. *Int J Sleep Disorders* 1: 16-21
49. Onen SH, A Alloui, A Gross, A Eschallier and C Dubray (2001). The effects of total sleep deprivation, selective sleep interruption and sleep recovery on pain tolerance thresholds in healthy subjects. *J Sleep Res* 10: 35-42
50. National Sleep Foundation's 1998 Women and Sleep poll,
51. El-Gilany AH, Badawi K and El-Fedawy S (2005). Epidemiology of dysmenorrhea among adolescent students in Mansoura, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 11(1/2): 155-163
52. Weissman AM, Hartz AJ, Hansen Md, Johnson SR. (2004). The natural history of primary dysmenorrhea: a longitudinal study. *BJOG*. 111:345–352.
53. Hayes EC, Rock JA. (2002). COX-2 inhibitors and their role in gynecology. *Obstet Gynecol Surv* ;57(11):768–80.
54. Jones, G.S. and H.W. Jones, 1981. *Novak's Textbook of Gynecology*. 10th. Edn. Baltimore: Williams and Wilkins

55. Sigmon, S.T., D.M. Dorhofer, K.J. Rohan and N.E. Boulard, 2000. The impact of anxiety sensitivity, bodily expectations and cultural beliefs on menstrual symptom reporting: A test of the menstrual reactivity hypothesis. *J. Anxiety Disord.*, 14 (6): 615-633
56. Nicassio PM. (1980). Behavioral management of dysmenorrhea: An overview. In AJ Dan, EA Graham, CP Beecher (Eds.), *the menstrual cycle: a synthesis of interdisciplinary research* (Vol. 1). New York: Springer.
57. Melzack, R and Katz, J. (2006). Pain assessment in adult patients. In: Wall and Melzack's *Text book of Pain*, 5th edition, edited by McMahon, S and Koltzenburg, M. Elsevier, Philadelphia, 291- 305.
58. Dmitrovic R. (2004). Uterine diameters and endometrial thickness in patients with severe primary dysmenorrhea. *Int J Gynaecol Obstet* 85 : 183–185.
59. Altunyurt S, Göl M, Altunyurt S, Sezer O, Demir N (2005). Primary dysmenorrhea and uterine blood flow: a color Doppler study *J Reprod Med.*; 50(4):251-255.
60. Simpson JL, Elias S, Malinak LR, et al.(1980). Heritable aspects of endometriosis: I. Genetic studies. *Am J Obstet Gynecol* 137:327
61. Iglesias EA, Coupey SM. (1999). Menstrual cycle abnormalities. Diagnosis and management. *Adolesc Med* 10(2):255–73.
62. Emans SJ, Laufer RL, Goldstein DP. (2005). *Pediatric & adolescent gynecology*. 5th ed. Philadelphia. Lippincott, Williams & Wilkins. 417–422.
63. Twigg J. (2002) Dysmenorrhoea. *Curr Obstet Gynaecol* 12:341–5
64. Bijur, PE; Latimer, CT and Gallagher, EJ. (2003). Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. *Academic Emergency Medicine* 10:390-392.
65. Ekblom, A and Hansson, P. (1988). Pain intensity measurements in patients with acute pain receiving afferent stimulation. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 51:481-486.
66. Price, DD; McGrath, PA; Rafii, A and Buckingham, B. (1983). The validation of the visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain* 17:45-56.
67. Price, DD and Harkins, SW. (1987). Combined use of experimental pain and visual analogue scales in providing standardized measurements of clinical pain. *Clinical Journal of Pain*, 3:1-8.
68. Kelly, AM. (1988). Does the clinically significant difference in visual analog scale pain scores vary with gender, age, or cause of pain? *Academic Emergency Medicine*, 11:1086-1090
69. Libman, M; Berkoff, D; Lahn, M; Bijur, P and Gallagher, EJ. (2000) Independent validation of the minimum clinically important change in pain scores as measured by visual analog scale. *Academic Emergency Medicine* 7:550.
70. McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. (1988) Clinical applications of visual analog scales: A critical review. *Psychol Med* . 18:1007–19.
71. Haman JO (1944). Pain threshold in dysmenorrhea. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 47: 686–691.

72. Amodei N and RO Nelson-Gray (1989). Reactions of dysmenorrheic and nondysmenorrheic women to experimentally induced pain throughout the menstrual cycle. *J Behav Med* 12: 373-85.
73. Goolkasian P (1980). Cyclic changes in pain perception: an ROC analysis. *Percept Psychophys* 27: 499-504.
74. Bajaj P, Madsen H, Arendt-Nielsen L(2002) A comparison of modality-specific somatosensory changes during menstruation in dysmenorrheic and nondysmenorrheic women. *Clin J Pain* 18: 180-190
75. Proctor, M. L., Roberts, H., & Farquhar, C. (2001). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2,CD002120
76. Dalton, K. (1959). Menstruation and acute psychiatric illness. *British Medical Journal*, 148-149.
77. Wang, L., Wang, X., Wang, W., Chen, C., Ronnennberg, A. G., Guang, W., Huang, A., Fang, Z., Zang, T., Wang, L., & Xu, X. (2006). Stress and dysmenorrhoea: A population based prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 1021-1026.
78. Metheny WP, Smith RP. (1987) The relationship among exercise, stress and primary dysmenorrhoea. *Journal of Behavioural Medicine* 1989;12(6):569–86.
79. Hofmeyr GJ (1996). Dysmenorrhoea. *Topics in Obstetrics and Gynaecology*. J Bassin. Johannesburg, Julmar Communications: 269-274.
80. Gordley, L.B., Lemasters, G., Simpson, S.R., & Yiin, J.H. (2000). Menstrual disorders and occupational, stress, and racial factors among military personnel. *Journal of Dysmenorrhea* 101 *Occupational & Environmental Medicine*, 42, 871-88 1.
81. Bernstein, M; Sloutskis, D (1998). Kumanyika, S; Sparti, A; Shutz, Y and Morabia, A. Data-based approach for developing a physical activity frequency questionnaire. *American Journal of Epidemiology* 147:147-154.
82. Bale, P and Davis, J. (1983). Effect of menstruation and contraceptive pill on the performance of physical education students. *British Journal of Sports Medicine* 17:46-50.
83. Lebrun, CM. (1993). Effect of different phases of the menstrual cycle and oral contraceptives on athletic performance. *Sports Medicine*, 16:400-430.
84. Sandahl B, Ulmsten U, Andersson KE, (1979) *Arch Gynecol*. Trial of the calcium antagonist nifedipine in the treatment of primary dysmenorrhoea; 227(2):147-51.
85. Critchley HO, Wang H, Jones RL, Kelly RW, Drudy TA, Gebbie AE.,(1998).Morphological and functional features of endometrial decidualization following long-term intrauterine levonorgestrel delivery.*Hum Reprod*13(5):1218–24.
86. Wang L, Wang X, Wang W, Chen C, Ronnennberg AG, Guang W, Huang A, Fang Z, Zang T, Wang L, Xu X (2004) Stress and dysmenorrhoea: a population based prospective study. *Occup Environ Med*; 61: 1021–1026
87. White LS.Reducing stress in school-age girls through mindful yoga. *J Pediatr Health Care*. 2012 Jan-Feb;26(1):45-56. Parshad O. Role of yoga in stress management. *West Indian Med J*. 2004 Jun;53(3):191-4

88. Rakhshae Z. (2011) Effect of three yoga poses (cobra, cat and fish poses) in women with primary dysmenorrhea: a randomized clinical trial. *J Pediatr Adolesc Gynecol.*;24(4):192-196.
89. Golomb L, Solidum A, Warren M. (1998). Primary dysmenorrhea and physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 30(6):906–909.
90. Choi P, Salmon P. (1995) Symptom changes across the menstrual cycle in competitive sportswomen, exercisers and sedentary women. *Br J Clin Psychol* 34:447–60.
91. Bonen A, Keizer H. (1984) Athletic menstrual cycle irregularity endocrine response to exercise and training. *Physician Sports Med.*; 12: 78-93.
92. Ganon. L. (1986) The potential of exercise in the alleviation of menstrual disorders and menopausal symptom. *Women Health.*; 14(2): 105-7.
93. Billig HE Jr. (1943) Dysmenorrhoea, the result of a postural defect. *Archives of Surgery*;46:611.
94. Locke R.J., M.P.Warren (1999) Exercise and primary dysmenorrhea. *Br.J.Sports Med.*, 33:227.
95. Akin MD. (2001) Use of continuous low level topical heat in the treatment of dysmenorrhoea. *Obstetrics and Gynaecology*; 97: 343–349.
96. Han S-H, Hur M-H, Buckle J, Choi J, Lee MS. (2006) Effect of aromatherapy on symptoms of dysmenorrhea in college students: a randomized placebo-controlled clinical trial. *J Altern Complement Med.* July,;12(6):535-541.
97. Rome E (1986). *Health care for Women International* 7: 1-2: 145- 151
98. Blanchet T. (2001). Press here with acupuncture, the power to heal lies in your fingertips. *Vegetarian Times* 18-22.
99. Snyder M. and Lindquist R.. (2006). *Complementary/alternative therapies in nursing* (5th ed.), Springer Publishing Company, New York
100. Chen H.M and Chen C.H. (2004). Effects of acupuncture at the Sanyinjiao point on primary dysmenorrhoea, *J Adv Nurs* 4. 380–387.
101. Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-979.
102. Mitchell, MacDonald, Knussen, and Serpell (2007) conducted a cross-sectional survey with chronic pain, 37.
103. Lai, H., & Good, M. (2005). Music improves sleep quality in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3), 234-244
104. Chafin, S., Roy, M., Gerin, W., & Christenfeld, N. (2004). Music can facilitate blood pressure recovery from stress. *British Journal of Health Psychology*, 9(3), 393 - 403.
105. O'Callaghan, C. (2001). Bringing music to life: A study of music therapy and palliative care experiences in a cancer hospital. *Journal of Palliative Care*, 17(3), 155-160.
106. Prensner, J. D., Yowler, C. J., Smith, L. F., Steele, A. L., & Fratianne, R. B., (2001). *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 22(1), 83-88.

107. Thaut, M. H., & Davis, W. B. (1993). The influence of subject-selected versus experimenter-chosen music on affect, anxiety, and relaxation. *Journal of Music Therapy*, 30, 210-223
108. Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: Chicago University Press.
109. Jacobson, E. (1987). Progressive relaxation. *American Journal of Psychology*, 100 (3-4), 522-537
110. Carlson, C., & Hoyle, R. (1993). Efficacy of abbreviated progressive muscle relaxation training: A quantitative review of behavioral medicine research. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 61, 1059-1067
111. Lolak S., Connors G.L., Sheridan M.J., Wise T.N (2008) Effects of progressive muscle relaxation training on anxiety and depression in patients
112. McCallie, M. S., Blum, C. M., & Hood, C. J. (2006). Progressive muscle relaxation. *Human Behavior in the Social Environment*, 13, 54-66.
113. Hudson, T. ,(2008) *Women's Encyclopedia of Natural Medicine — Alternative Therapies and Integrative Medicine for Total Health and Wellness*, McGraw-Hill, New York.
114. Barnard, N.D., et al. (2000) Diet and sex-hormone binding globulin, dysmenorrhea, and premenstrual symptoms. *Obstetrics and Gynecology* Vol. 95, (2): 245–250
115. Duke J A, Bogenschutz-Godwin MJ, Cellier, Peggy-Ann, K. Duke.(2002). *Handbook of medicinal herbs*, 2nd ed.
116. Walker JB, Katz RL. Peripheral nerve stimulation in the management of dysmenorrhea. *Pain* 1981; 11: 35
117. Napadow V, Ahn A, Longhurst J, Lao L, Stener-Victorin E, Harris R, Langevin HM. (2008) The status and future of acupuncture mechanism research. *J Altern Complement Med*;14:861–869.
118. Svanberg L, Ulmsten U. (1981). The incidence of primary dysmenorrhea in teenagers. *Arch Gynecol*, 230: 173-177.
119. Jamieson DJ, Steege JF. (1996). The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol*, 87: 55-58.
120. Nur N, Sümer H. (2008). Prevalence of dysmenorrhea and related risk factors in adolescents. *Surekli Tip Egitimi Dergisi*, 7:27–30.
121. Polat A, Celik H, Gurates B, Kaya D, Nalbant M, Kavak E, et al. (2009). Prevalence of primary dysmenorrhea in young adult female university students. *Arch Gynecol Obstet*. 279:527–532.
122. Loto OM, Adewumi TA, Adewuya AO (2008) Prevalence and correlates of dysmenorrhea among Nigerian college women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 48:442-444.
123. Lu I-Chen (2010) *Dysmenorrhea and Related Factors in Taiwanese Adolescent Girl*.
124. Ozerdogan N, Sayiner D, Ayranci U, Unsal A, Giray S. (2009) Prevalence and predictors of dysmenorrhea among students at a university in Turkey. *Int J Gynaecol Obstet*,107: 39-43.

125. Mukattash L.T, AlRawi N, Jarab A, Hammad, Nuseir K (2013). Behaviors and Attitudes towards Dysmenorrhea; A Crosssectional Survey of 2,000 Jordanian University Students, *J Med J* Vol. 47 :26-34
126. Derman O, Kanbur NÖ , Baltaci G, Akbayrak T, Tokur T. (2004);The pain intensity level in adolescence with primary dysmenorrhea. *The Pain Clinic*, 16:349-352.
127. Tangchai, K; Titapant, V and Boriboonthirunsarn. (2004). D. Dysmenorrhoea in Thai adolescents: prevalence, impact and knowledge of treatment. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 87:S69-73.
128. Hillen TIJ, Grbavac SL, Johnston PJ, Straton JAY, Keogh JMF. (1999) primary dysmenorrhea in young Western Australian women: prevalence, impact, and knowledge of treatment. *J Adolesc Health*, 25: 40-45.
129. Campbell, M. A., & McGrath, P. J. (1997). Use of medication by adolescents for the management of menstrual discomfort. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 151: 905-913.
130. O'Connell, K., Davis, A. R., Westhoff, C. (2006). Self-treatment patterns among adolescent girls with dysmenorrhea. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 19: 285-289.
131. Ohde S, Tokuda Y, Takahashi O, Yanai H, Hinohara S, Fukui T (2008) Dysmenorrhea among Japanese women. *Int J Gynaecol Obstet*, 100:13–17.
132. Rayan K.(1995). Puberty and Menstrual Cycle and Dysmenorrhea. *Kistner's Gynecology Principle and Practice*. Mosby Publication, 6 th edition. 44-46, and, 102-104.
133. Burnett, M.A., Antao, V., Black, A., Feldman, K., Grenville, A., Lea, R., Lefebvre, G, Pinsonneault, O., & Robert, M. (2005). Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada*, 27:765-770.
134. Elahi N, Parveen N. (1997). Menstrual disorders in adolescent age group. *J Coll Physc Surg Pak*, 7(3):105-107.
135. Limb AY, Pee DH, Eun BL, Park SH, Kim SK. (1994). A study of menstruation of school girls in ansan. *J Korean Pediatr Soc*, 37: 1586-1594.
136. Silberg L, Martin NG, Heath AC. (1989). Testing structural equation models for twin data. *J Behavior Genetics*,19:9-35.
137. Israel R.G., M.Sutton, K.F.O'Brien (1985) Effects of aerobic training on primary dysmenorrheal symptomatology in college females. *J.Am.Coll.Health.*, 33:241-244.

