

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I TIRANËS
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE**

DISERTACION
I
PARAQITUR NGA

Zj . ZAMIRA ÇABIRI
PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

**TEMA: NJOHURITË, QËNDRIMET DHE PLANIFIKIMI I NEVOJAVE PËR
METODAT E PLANIFIKIMIT FAMILJAR NË PREFEKTURËN E
ELBASANIT**

Udhëheqës Shkencor: Prof. Dr. Enver ROSHI

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I TIRANES

DISERTACION
I
PARAQITUR NGA

Zj. ZAMIRA ÇABIRI

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

**TEMA: NJOHURITË, QËNDRIMET DHE PLANIFIKIMI I NEVOJAVE PËR
METODAT E PLANIFIKIMIT FAMILJAR NË PREFEKTURËN E
ELBASANIT**

Udhëheqës Shkencor: Prof. Dr. Enver ROSHI

MBROHET ME DATE...../..../ 2016 PARA JURISE

1. _____ **KRYETAR**
2. _____ **ANËTAR (OPONENT)**
3. _____ **ANËTAR (OPONENT)**
4. _____ **ANËTAR**
5. _____ **ANËTAR**

© Të gjitha të drejtat i rezervohen autorit

Ndalohej botimi i plotë ose i pjesshëm, kopjimi, futja në internet apo transmetimi në forma të tjera elektronike dhe/ose çdo formë tjetër qarkullimi tregtar i këtij botimi, pa lejen përkatëse me shkrim të autorit.

Citimi i mundshëm: Universiteti i Mjeksisë, Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike, Zamira Çabiri “Njohuritë, Qëndrimet dhe Planifikimi i nevojave për metodat e Planifikimit Familjar në prefekturën e Elbasanit” Temë disertacioni, Tiranë 2016.

Falenderime

Dëshiroj të falenderoj përzemërsisht udhëheqësin tim shkencor Prof. Dr. Enver Roshi për mbështetjen dhe inkurajimin e tij të vazhdueshëm përgjatë gjithë periudhës së studimit dhe hartimit të dizertacionit përfundimtar.

Dëshiroj të falenderoj gjithashtu të gjithë kolegët e Fakultetit të Infermierisë, Tiranë, për bashkëpunimin e ngushtë dhe atmosferën mbështetëse dhe profesionale.

Falenderime për të gjithë kolegët dhe miqtë e mi të ngushtë për mbështetjen e vazhdueshme dhe inkurajimin moral.

Së fundi, falenderimet më të veçanta ia kushtoj familjes sime, bashkëshortit dhe djalit tim për mbështetjen shumë të madhe gjatë gjithë periudhës së realizimit të këtij studimi shkencor.

I. PËRMBAJTJA

I. PËRMBAJTJA	v
II. LISTA E TABELAVE.....	vii
III. LISTA E GRAFIKËVE	viii
IV. SHKURTESAT	ix
1 HYRJA.....	x
1.1 KUPTIMI DHE PËRKUFIZIMI I PLANIFIKIMIT FAMILJAR.....	xi
1.1.1. PËRFITIMET NGA PLANIFIKIMI FAMILJAR.....	xii
1.1.2 SI E NDIHMON PLANIFIKIMI FAMILJAR INDIVIDIN.....	xiii
1.2 PLANIFIKIMI FAMILJAR, PROGRAMI NË SHQIPËRI.....	xv
1.2.1 SITUATA AKTUALE E KONTRACEPSIONIT	xvii
1.2.2 BARRIERAT NË REZULTATET E PLANIFIKIMIT FAMILJAR.....	xviii
1xviii	
1.3 PROFILI DEMOGRAFIK I SHQIPËRISË DHE I QARKUT ELBASAN	xxi
1.3.1 KARAKTERISTIKAT E PROFILIT DEMOGRAFIK TË VENDIT	xxii
2 NEVOJA PER KËTË STUDIM	xxv
2.1 RISHIKIM I LITERATURËS	xxvii
3. QËLLIMI I STUDIMIT DHE OBJEKTIVAT	1
3.1 QËLLIMI I STUDIMIT.....	1
3.2 OBJEKTIVI I PËRGJITHSHËM.....	1
3.3 OBJEKTIVAT SPECIFIKE.....	1
3.4 HIPOTEZAT E NGRITURA DHE VARIABLAT	2
3.5 METODOLOGJIA	3
3.5.1 FUSHA E STUDIMIT	3
3.5.2 METODA KËRKIMORE	3
3.5.3 PERIUDHA KOHORE E STUDIMIT	3
3.5.4 POPULLATA TARGET DHE PËRZGJEDHJA E KAMPIONIT	4
3.5.5 INSTRUMENTI I MBLEDHJES SË TË DHËNAVE	5
3.5.6 PROCEDURA E MBLEDHJES SË TË DHËNAVE	6
3.5.7 PYETSORI I REALIZUAR.....	7
3.5.8 ANALIZA E TË DHËNAVE	16
3.5.9 TESTIMI I HIPOTEZAVE.....	17
3.6 KONSIDERATA ETIKE E STUDIMIT	18
3.7 LIMITET E STUDIMIT	18
3.8 PËRKUFIZIME KONCEPTUALE	19
4. REZULTATET DHE INTERPRETIMI I TË DHËNAVE	21
4.1 KARAKTERISTIKA DEMOGRAFIKE E SOCIO - EKONOMIKE.....	21
4.2 NJOHURITË MBI SHËNDETIN RIPRODHUES DHE PLANIFIKIMIN FAMILJAR	25
4.2.1 NJOHURITË MBI DITËT FERTILE.....	25
4.2.2 NJOHURITË PËR PLANIFIKIMIN FAMILJAR DHE METODAT KONTRACEPTIVE	27
4.3 REZULTATET PËRSHKRUESE PËR QËNDRIMIN NDAJ PLANIFIKIMIT FAMILJAR	34
4.3.1 QËNDRIMI NDAJ FORMIMIT TË FAMILJES NË MESIN E GRAVE DHE VAJZAVE NË PREFEKTURËN ELBASAN	34
4.3.2 MOSHA E MARTESËS DHE E LINDJES SË PARË	36
4.3.3 RREGULLIMI I FERTILITETIT	38
4.3.4 ABORTET SPONTANE DHE ME KËRKESË	40
4.3.5 PREFERENCAT E FERTILITETIT	42
4.3.6 VENDIMARRJA NË FERTILITET	43

4.4 PRAKTIKA E PËRDORIMIT TË METODAVE KONTRACEPTIVE	45
4.4.1 FILLIMI I KONTRACENSIONIT.....	46
4.4.2 PËRDORIMI AKTUAL I METODAVE KONTRACEPTIVE.....	51
4.4.3 NDRYSHIMET NË PËRDORIMIN E METODAVE KONTRACEPTIVE SIPAS KARAKTERISTIKAVE TË PËRZGJEDHURA	55
4.4.4 TENDENCA NË PËRDORIMIN E KONTRACEPTIVËVE	57
4.4.5 BURIMI I FURNIZIMIT ME KONTRACEPTIVË	58
4.4.6 SI KA NDRYSHUAR PËRDORIMI I KONTRACEPTIVËVE	60
4.4.7 NDËRPRERJA E METODAVE KONTRACEPTIVE	63
4.4.8 ARSYET E MOSPËRDORIMIT TË METODAVE MODERNE KONTRACEPTIVE	65
4.4.9 NEVOJAT E PAPLOTËSUARA PËR PLANIFIKIM FAMILAR	66
4.4.10 PLANI PËR TË PËRDORUR METODË MODERNE KONTRACEPTIVE NË TË ARDHMEN	69
5. AKSESI NDAJ SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE DHE TË PLANIFIKIMIT FAMILJAR	70
5.1 LARGËSIA E SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE NGA VENBANIMI.....	70
5.2 INFORMIMI MBI PRANINË E KËTYRE SHËRBIMEVE	70
5.3 PËRFITIMI I SHËRBIMEVE TË SHËNDETIT RIPRODHUES	71
5.4 BESUESHMËRIA TEK PERSONELI MJEKËSOR.....	75
6. HIPOTEZAT.....	76
7. KONKLUZIONE.....	82
8. REKOMANDIME	85
9. BIBLIOGRAFIA	88

II. LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Disa nga treguesit e shendetit riprodhues ne vendet e rajonit.	xxv
Tabela 2. Frekuenca dhe përqindja e shpërndarja e të intervistuarave sipas moshës.	21
Tabela 3. Shpërndarja e subjekteve sipas vendbanimit statusit martesor, nivelit arsimor dhe punësimit.	22
Tabela 4. Frekuenca dhe përqindja e të intervistuarave në bazë të etnisë dhe besimit të tyre fetar.	24
Tabela 5. Frekuenca dhe përqindja e të intervistuarave sipas njohurive për ditët fertile.	25
Tabela 6. Lidhja që ekziston midis nivelit të njohurive të sakta për ditët fertile dhe nivelit arsimor.	26
Tabela 7. Frekuenca dhe përqindja e shpërndarjes së të intervistuarave sipas njohurive për planifikimin familjar dhe shkallën e njohjes.	27
Tabela 8. Frekuenca dhe përqindja e nivelit të njohjes së metodave të planifikimit familjar.	27
Tabela 9. Lidhja që ekziston midis nivelit të njohurive me statusin, nivelin arsimor të grave dhe vajzave	28
Tabela 10. Frekuenca dhe përqindja e njohjes së metodave të planifikimit familjar	29
Tabela 11. Lidhja që ekziston për shkallën e njohjes së metodave kontraceptive sipas etnisë, statusit civil, arsimit dhe vendbanimit.	30
Tabela 12. Frekuenca dhe përqindja e informacionit për burimin e furnizimit me kontraceptive.	33
Tabela 13. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve sipas qëndrimeve të tyre për moshën ideale të lindjes së parë, hapsirën midis lindjeve dhe numrin e fëmijëve të dëshiruar.	34
Tabela 14. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve sipas moshës së lindjes së parë.	36
Tabela 15. Frekuenca dhe përqindja sipas numrit të fëmijëve që kanë aktualisht gratë e intervistuar.	37
Tabela 16. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve mbi qëndrimin ndaj shtatzanisë së tyre të fundit.	38
Tabela 17. Lidhja midis shtatzanive që ka realizuar një grua dhe qëndrimi ndaj shtatzanisë së fundit.	39
Tabela 18. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve sipas numrit të shtatzanive gjithsej dhe numrit të lindjeve për cdo grua	40
Tabela 19. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve sipas numrit të aborteve me kërkesë dhe arsyeve	41
Tabela 20. Lidhja që ekziston midis qëndrimit nëse do të donin më fëmijë dhe kohës kur donin ta realizonin lindjen tjetër.	43
Tabela 21. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve mbi qëndrimin se kush duhet të vendosë për numrin e lindjeve dhe kohën e realizimit të tyre.	43
Tabela 22. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve sipas përdorimit në të shkuarën të një metode të PF.	45
Tabela 23. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve sipas numrit të fëmijëve që kishin kur filluan të përdorin një metodë të PF.	46
Tabela 24. Lidhja që ekziston midis numrit të fëmijëve që kishin në kohën e fillimit të kontracepsionit dhe moshës.	48
Tabela 25. Frekuenca dhe përqindja sipas përdorimit aktual të një metode të PF.	51
Tabela 26. Lidhja që ekziston midis moshës dhe përdorimit të metodave kontraceptive	53
Tabela 27. Lidhja që ekziston midis përdorimit të kontraceptivëve, statusit dhe vendbanimit.	55
Tabela 28. Prevalenca e përdorimit të kontraceptivëve në mesin e grave të martuara	57
Tabela 29. Frekuenca dhe përqindja sipas burimit të furnizimit me kontraceptive.	58
Tabela 30. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve. në lidhje me instruksionet për përdorimin e kontraeptivëve dhe efektet anësore.	59
Tabela 31. Lidhja që ekziston midis burimit të informacionit dhe instruksioneve për efektet	59
Tabela 32. Lidhja që ekziston midis përdorimit në të shkuarën dhe aktual të metodave kontraceptive.	61
Tabela 33. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve sipas arsyeve të ndërprerjes së metodës moderne të kontracepsionit.	64
Tabela 34. Arsyeja që nuk përdorin asnjë metodë moderne kontraceptive.	65
Tabela 35. Frekuenca e të anketuarve në lidhje me nevojat e paplotësuara për kufizim dhe për hapsirë.	67
Tabela 36. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve sipas aksesit ndaj shërbimeve shëndetsore	70
Tabela 37. Frekuenca dhe përqindja e shpërndarjes së të anketuarve që kanë marrë shërbime të PF në qëndrën e tyre shëndetësore të paktën vitin e fundit.	71
Tabela 38. Frekuenca dhe përqindja e shpërndarjes së të anketuarve që kanë marrë ose jo shërbime sipas numrit të vizitave dhe shkaktut te vizitës	73

III. LISTA E GRAFIKËVE

Grafiku 1. Prevalenca e metodave moderne kontraceptive, në vende të Evropës Lindore dhe Azisë Qendrore . xvii	
Grafiku 2. Shpërndarja e subjekteve të marrë në studim sipas grup moshës 22	22
Grafiku 3. Burimi i informacionit për metodat e planifikimit familjar 32	32
Grafiku 4. Numri i fëmijëve që do të donin të kishin në jetë 35	35
Grafiku 5. Shkaqet e aborteve me kërkesë 42	42
Grafiku 6. Qëndrimi i të anketuarave ndaj preferencës për fëmijë të tjerë në jetë..... 42	42
Grafiku 7. Grafiku i të anketuarve që janë shprehur mbi diskutimin me partnerin për PF 44	44
Grafiku 8. Të dhëna mbi numrin e përdoruesve të metodave kontraceptive..... 51	51
Grafiku 9. Përdorimi aktual ndonjë metode kontraceptive..... 52	52
Grafiku 10. Përdorimi actual i kontraktivëve sipas grupmoshave 53	53
Grafiku 11. Arsyet e ndërprerjes së metodës moderne kontraceptive..... 63	63
Grafiku 12. Arsyja që gratë nuk përdorin asnjë metodë moderne kontraceptive..... 66	66
Grafiku 13. Vendimi nëse do përdornin ndonjë metodë moderne në të ardhmen..... 69	69
Grafiku 14. Njohuritë për ofrim të shërbimeve të PF në qendrën e tyre shëndetësore..... 70	70
Grafiku 15. Të anketuarit që besojnë ose jo në aftësitë e personelit për shërbimet e PF..... 75	75

IV. SHKURTESAT

ADHS	(STUDIMI DEMOGRAFIK SHENDETESOR NE SHQIPERI)
AIDS	(SINDROMI I IMUNIDEFICIENCES SE FITUAR)
ASC	(QENDRA PER STUDIME TE AVANCUARA)
CPR	(SHKALLA E PREVALENCËS SË KONTRACEPTIVËVE)
DHS	(STUDIM DEMOGRAFIKSHENDETESOR)
ERTF	(EUROPEAN ROMA AND TRAVELLERS FORUM)
MSH	(MINISTRIA SHENDETESISE)
ISHP	(INSTITUTI I SHENDETIT PUBLIK)
PF	(PLANIFIKIMI FAMILJAR)
LMIS	(SISTEMI LOGJISTIK I INFORMACIONTT DHE MENAXHIMIT TE KONTRACEPTIVEVE)
MCU	(PERDORIMI I METODAVE KONTRACEPTIVE)
KAP	(KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE)
OZHM	(OBJEKTIVAVE TË ZHVILLIMIT TË MIJËVJEÇARIT)
OBSH	(ORGANIZATA BOTERORE E SHENDETIT)
IST	(INFEKSIONE SEKSUALISHT TE TRANSMETUESHME)
HIV	(HUMAN IMUNODEFICIENCE VIRUS)
ICPD	(KONFERENCA NDËRKOMBËTARE MBI POPULLSINË DHE ZHVILLIMIN)
IPPF	(THE INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION)
OJF	(ORGANIZATA JO FITIMPRURESE)
IPPF	(THE INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION)
MCM	(MODERN CONTRACEPTIVES METHODS)
MÇV	(MINISTRIA ÇESHTJEVE VENDORE)
LAM	(LACTATIONAL AMENORRHEA METHOD)
TFR	(TOTAL FERTILITY RATE)
QKNF	(QENDRAT E KONSULTORIT TE NENES DHE FEMIJES)
SHR	(SHENDETI RIPRODHUES)
DSHP	(DREJTORIA E SHENDETIT PUBLIK)
IEK	(INFORMIM EDUKIM KOMUNIKIM)
SHSR	(SHENDETI SEKSUAL RIPRODHUES)
UNFPA	(UNITED NATION POPULATION FUND AGENCY)

1 HYRJA

Kontracesioni përdoret nga çiftet që duan të rregullojnë fertilitetin e tyre. Sistemi Logjistik i Informacionit dhe Menaxhimit të kontraktivëve (LMIS) llogarit përqindjen e grave seksualisht aktive që janë duke përdorur ndonjë metodë të planifikimit familjar dhe kjo është quajtur shkalla e prevalencës së kontraktivëve (CPR).

CPR aktualisht në Shqipëri sipas studimit e vitit 2008-2009 ishte 70%, ku 11% e grave përdornin metoda moderne kontraktive dhe 59% metoda tradicionale. Megjithatë këto lloj indikatorësh nuk na japin të dhëna mbi njohuritë, qëndrimet e popullatës dhe vecanërisht të grave për kontracesionin. Këto të dhëna mblidhen zakonisht nga studimet e tipit KAP (Knowledge, Attitude, Practice).

Rezultatet e studimeve KAP zakonisht përshkruajnë karakteristikat e veçanta të grave në komunitetin në fjalë dhe zakonisht janë kombëtare.

Sondazhet kombëtare tregojnë se ka variacione rajonale në përdorimin e kontraktivëve në mesin e grave në moshë riprodhuese. Por studimet duke qënë kombëtare nuk mund të hyjnë në detajet përsa i përket dallimeve dhe veçantive që i përkasin komuniteteve të veçanta, siç është komuniteti rom.

Shkalla e tanishme e përdorimit të metodave kontraktive moderne është një nga treguesit që mund të përdoret në vlerësimin e pranueshmërisë së kontraktivëve nga popullata dhe aktivitetet e programit të planifikimit familjar. Ajo është gjithashtu një përcaktues i fertilitetit dhe preferencat e fertilitetit ndryshojnë nga një komunitet në tjetrin. Ato janë të lidhura me normat shoqërore ku çështjet si kontracesioni, rregullimi i fertilitetit ose planifikimin familjar janë tabu.

Barrierat sociale- kulturore për njohuritë, qëndrimet dhe praktiket mund të jenë një sfidë, aq më tepër nëse një shoqëri është ende e mbyllur. Deri tani disa studime janë bërë në gratë shqiptare por më shumë në fushën e fertilitetit dhe asnjë studim nuk gjendet që të jetë bërë në mënyrë specifike për njohuritë, qëndrimet dhe praktiket në lidhje me kontracesionin, aq më pak në zona të caktuara, siç mund të jëtë dhe prefektura Elbasan.

Kjo mund të ndihmojë në zhvillimin e strategjive të përshtatshme të veçanta për gratë e prefekturës me qëllim të rritjes së pranueshmërisë dhe përdorimit të metodave moderne kontraktive.

1.1 KUPTIMI DHE PËRKUFIZIMI I PLANIFIKIMIT FAMILJAR

Planifikimi familjar është përcaktuar nga OBSH që në vitin 1971 si "një mënyrë e të menduarit dhe të jetuarit mbi bazën e njohurive, qëndrimeve dhe përgjegjësive në vendimet e individëve dhe çifteve, për të promovuar shëndetin dhe mirëqenien e familjes dhe në këtë mënyrë të kontribuojnë në mënyrë efektive në zhvillimin social të një vendi"(Prachi, R. Gupta S. and Ankur, B.).¹

Ai është cituar si thelbësor për arritjen e Objektivave të Zhvillimit të Mijëvjeçarit (OZHM) dhe ka një ndikim të drejtpërdrejtë në shëndetin e grave dhe në pasojat e çdo shtatzënie (Najafi-Sharjabad F).²

Planifikimi Familjar në thelb i referohet praktikave që ndihmojnë individët apo çiftet për të shmangur lindjet e paplanifikuara, të rregullojnë intervalet ndërmjet shtatzënive, kontrollojnë kohën në të cilën lindjet ndodhin në lidhje me moshën e prindërve dhe të përcaktojnë numrin i fëmijëve në familje (Deb, R.).³

Tomaszewski e përcakton planifikimin familjar si një veprim të ndërgjegjshëm nga një çift për të kontrolluar aftësinë e tij riprodhuese, me fjalë të tjera, një veprim që ka për qëllim parandalimin e një shtatzënie, ose për të nxitur një shtatëzani. Ndërsa Keyser thotë se qëllimi i planifikimit familjar është që të mundësojë prindërve (çifteve) për të vendosur nëse duan apo jo fëmijë dhe në qoftë se ata vendosin të kenë fëmijë, kur dhe sa (Naidoo, S).⁴

Qasja në shërbimet e planifikimit familjar ka ndryshuar rolet sociale dhe ekonomike të grave. Planifikimi Familja ka dhënë përfitime shëndetësore, si madhësia e vogël e familjes, interval më të gjatë në mes të lindjes së fëmijëve, më pak vdekje foshnjore dhe amtare dhe përdorimi i kontraceptivëve për të parandaluar shtatzëninë dhe transmetimin e IST dhe HIV/AIDS.

Qëllimi i menjëhershëm i planifikimit familjar është për të kontrolluar rritjen e popullatës në masën e nevojshme për ta sjellë atë në harmoni me resurset ekonomike dhe shoqërore të vendit (Family Planning in China).⁵

Aspektet e tjera të planifikimit familjar janë njësoj të rëndësishme dhe nuk mund të injorohen. Planifikimi familjar përfshin të gjitha aspektet e jetës njerëzore, të cilat ndihmojnë në ndërtimin e familjeve të lumtura, të shëndetshme, ku fëmijët mund të rriten mirë dhe të marrin atë që i takon atyre legjitimisht, dhe që nënat të mos humbin energji dhe vitalitetin e tyre nën barrën e shtatzënive dhe të lindjeve të përsëritura (Srivastava,K.S.).⁶

Rritja e popullsisë është qartësisht një formë e ndryshimit shoqëror. Kombet dhe qeveritë që përballen me ndryshimin (Eberstadt,N.)⁷ kanë sfidën e tyre për t'u marrë me disekuilibrin që sjell rritja e shpejtë e popullsisë.

Në raportin e Kombeve të Bashkuara mbi Popullsinë dhe Zhvillimin pasqyrohet kompleksiteti i problemit, se si rritja e shpejtë e popullsisë ka disa pasoja ekonomike. Nga shtetet kërkohen

investime të mëtejshme në arsim, shëndetësi, transport dhe jo thjesht për ti mbajtur këto shërbime në nivelin e tyre të mëparshëm (Ahlburg,A.D.).⁸

Shumë vende në zhvillim janë futur në një rreth vicioz në përpjekjet për të përmirësuar standartet e jetesës, uljen e varfërisë nga njëra anë dhe nevojën për të ofruar shërbime themelore dhe vende pune për numrin e njerëzve gjithnjë në rritje.

Edhe pse rritja e popullsisë nuk është problemi i vetëm duke i ndarë vendet e pasura dhe të varfra, kjo është një variabël i rëndësishëm që ka zgjeruar hendekun në rritjen e të ardhurave për frymë midis vendeve të zhvilluara dhe vendeve në zhvillim. Ekspertet e shohin kontrollin e lindjeve si një mjet për të parandaluar rrisqet sociale që rezultojnë nga rritja e shpejtë e popullsisë (Encyclopedia Britannica).⁹

Ritmet e rritjes ndryshojnë në masë të madhe për shkak të variacionit në të të lindshmërisë. Totali i fertilitetit, parashikuar në 2,0 fëmijë për grua në mbarë botën në vitin 2050, do bjerë në një pikë të ulët të 1,87 rreth 2075 (në projektim të mesëm) (UN).¹⁰ Megjithatë mjaft vende në zhvillim kanë përmirësuar ndjeshëm cilësinë e jetës së qytetarit gjatë dekadave të kaluara. Shumica e këtyre vendeve kanë adoptuar programe të planifikimit familjar, si pjesë e përpjekjeve të tyre për zhvillim.

1.1.1. PËRFITIMET NGA PLANIFIKIMI FAMILJAR

Planifikimi familjar i lejon njerëzit të arrijnë numrin e dëshiruar të fëmijëve dhe të përcaktojnë largësinë, ose e thënë ndryshe, distancën ndërmjet shtatzanive.

Sigurimi i aksesit për shërbimet dhe i metodës kontraceptive të preferuar në çdo vend dhe në çdo kohë është thelbësor për sigurimin e mirëqenies së komuniteteve nga njëra anë, si dhe mbështesin zhvillimin e tyre nga ana tjetër.

-Reduktimin e vdekshmërisë foshnjore dhe amtare

Planifikimi familjar mund të parandalojë hapsirat e ngushta kohore në shtatzani dhe në lindje, të cilat kontribuojnë në vlerat më të larta të vdekshmërisë foshnjore në botë. Foshnjat e nënave që vdesin si pasojë e lindjes gjithashtu kanë një rrezik më të madh të vdekin apo të kenë shëndet të dobët.

-Parandalimin e rreziqeve shëndetësore në shtatzani të lidhura me gratë

Planifikimi familjar lejon hapsirën midis shtatzënive dhe mund të vonojë shtatzëni në gratë e reja, të eliminojë ato me rrezik në rritje për shkak të problemeve shëndetësore dhe të vdekjeve nga shtatzanitë. Aftësia e një gruaje për të zgjedhur nëse dhe kur do të bëhet nënë ka një ndikim të drejtpërdrejtë në shëndetin dhe mirëqenien e saj. Ajo parandalon shtatzëni të padëshiruara,

duke përfshirë edhe ato të grave të mëdha në moshë që përballen me rrezik të rritur që lidhet me shtatzëninë.

Planifikimi familjar i mundëson grave të cilat dëshirojnë të kufizojnë madhësinë e familjeve të tyre ta bëjnë këtë, duke ulur numrin e shtatzënanive të padëshiruara e për pasojë zvogëlon nevojën për abort.

-Reduktimi i shtatzënieve tek adoleshentët

Adoleshentet shtatzëna kanë më shumë gjasa të bëjnë aborte, lindje parakohe apo të lindin fëmijë me peshë të ulët. Fëmijët e lindur nga nëna adoleshente kanë shkallë më të lartë të vdekshmërisë neonatale (Phipps, Soëers & Demonner).¹¹ Vajzat adoleshente duhet të largohen nga shkolla kur ngelin shtatzënë dhe kjo ka implikime afatgjata për ato vetë pasi ndryshon totalisht jetën e tyre, për familjet dhe komunitetin e tyre.

-Për të parandaluar HIV / AIDS

Planifikimi familjar zvogëlon rrezikun e shtatzënanive të padëshiruara në mesin e grave që jetojnë me HIV, që do të thotë më pak foshnja të infektuara dhe më pak fëmijë jetimë. Përveç kësaj, condomët meshkullorë dhe femërorë të sigurojnë mbrojtje të dyfishtë kundër shtatzënanive të padëshiruara dhe ndaj IST-ve, duke përfshirë dhe HIV-in.

-Rritje e statusit të gruas dhe forcimi i rolit të saj në vendimarrje

Planifikimi familjar ndihmon individët, por sidomos gruan për të zgjedhur lirisht madhësinë e familjes së saj, një vendim personal duke e bërë atë vendimarrëse.

-Fuqizimin e individëve nëpërmjet ndërgjegjësimit dhe edukimit

Planifikimi familjar përfaqëson një mundësi për gratë për të ndjekur arsimin shtesë dhe të marrë pjesë në jetën publike, duke përfshirë punësimin dhe karrierën e tyre. Përveç kësaj, duke pasur familje të vogla prindërit investojnë më shumë për secilin fëmijë (WHO).¹²

-Ngadalësimi i rritjes së popullsisë

Planifikimi familjar është çelësi për të ngadalësuar rritjen e popullsisë dhe ndikimet negative që rezultojnë në ekonomi, mjedis si dhe ndihmon në përpjekjet për zhvillimin kombëtar dhe rajonal (WHO).¹³

1.1.2 SI I NDIHMON PLANIFIKIMI FAMILJAR INDIVIDËT

Politika e Shëndetit Riprodhues është e bazuar në menaxhimin e shëndetit të nënave, të porsalindurve, fëmijëve, adoleshentëve, grave dhe burrave duke u ofruar atyre shërbime dhe kujdes shëndetësor riprodhues cilësor, të integruar, të arritshëm, të pranueshëm dhe efektiv, duke respektuar të drejtat themelore të njeriut dhe pa diskriminim (Congo)¹⁴.

Po si përfitojnë të gjithë këto aktorë?

- **Gratë.** Planifikimi i familjes ndihmon në zvogëlimin e numrit të shtatzënive të rrezikut të lartë që rezultojnë pastaj në nivele të larta të sëmundshmërisë dhe vdekjeve të nënës dhe fëmijës (Saunders, M.).¹⁵

Metodat moderne të planifikimit familjar dhe programet e lidhura me të kanë ndihmuar gratë nga e gjithë bota për të shmangur 400 milionë shtatzëni të padëshiruara dhe kështu, jeta e shumë grave është ruajtur nga shtatzënitë me rrezik të lartë apo aborti i pasigurt.

Hatcher vlerësoi se nëse të gjitha gratë mund të shmangnin shtatzënitë me rrezik të lartë, numri i vdekjeve amtare mund të binte me një të katërtën (Hatcher, R.A).¹⁶

Gjithashtu, shumë metoda të planifikimit familjar kanë përfitime të tjera shëndetësore tek individët. Për shembull, disa metoda hormonale (kontrceptivi oral i kombinuar) ndihmojnë në parandalimin e kancerit të endometrit dhe të ovarëve, prezervativët, diafragmat, kapat, ndihmojnë për të parandaluar IST, përfshirë dhe HIV/AIDS.

Kontrolli efektiv i riprodhimit mund të jetë thelbësor në aftësinë e një gruaje për të arritur qëllimet e saj individuale dhe për të kontribuar për mirëqënien e saj (Gori, G)¹⁷.

- **Fëmijët.** Planifikimi familjar ruan jetën e fëmijëve duke ndihmuar gratë në rregullimin e hapësirës mes lindjeve. Në shumë vende në zhvillim fëmijët e lindur në më pak se dy vjet diferencë me njëri-tjetrin kanë dy herë më shumë gjasa të vdesin brenda vitit të parë të jetës, sesa ata që janë lindur tre ose më shumë vite diferencë (Save the Children).¹⁸

- **Burrat.** Planifikimi familjar ndihmon burrat dhe gratë për t'u kujdesur për familjet e tyre (B & M Gates Institute).¹⁹ Burrat sot thonë se planifikojnë familjet e tyre dhe kjo i ndihmon ata për të siguruar një jetë më të mirë për familjet e tyre.

- **Familjet.** Planifikimi familjar përmirëson mirëqënien e familjes. Familjet me shumë fëmijë kanë më shumë gjasa që të bëhen të varfër (Mason, J.E).²⁰ Çiftet me pak fëmijë janë më të aftë për t'i siguruar atyre ushqim të mjaftueshëm, veshmbathje, banesë, dhe shkollim më të mirë sesa familjet numeroze.

- **Kombet.** Planifikimi familjar ndihmon vendet në zhvillimin e tyre. Në vendet ku gratë kishin pasur shumë më pak fëmijë se nënat e tyre bëri që situata ekonomike të përmirësohet më shpejt se në shumicën e vendeve të tjera.

- **Tokën.** Popullsia e botës parashikohet të rritet nga 6.1 miliard që ishte në vitin 2000 në 8.9 miliard në vitin 2050, duke u rritur me 47 për qind. Norma mesatare vjetore e rritjes së popullsisë gjatë këtij gjysmë shekulli do të jetë 0.77 për qind, pak më e ulët se norma mesatare 1.76 për qind të rritjes 1950-2000.

Përveç kësaj rritja është parashikuar të ngadalësohet më tej nga 1,22 për qind që ka qënë norma vjetore në 2000-2005, në 0,33% që parashikohet në 2045- 2050 (.. UN).²¹

Kërkesat e ardhshme në burimet natyrore të tilla si ujë dhe tokë pjellore do të jetë më pak në vitet dhe dekadat e ardhshme. Gjithkush do të ketë një mundësi më të mirë për një jetë më të mirë.

1.2 PLANIFIKIMI FAMILJAR, PROGRAMI NË SHQIPËRI

Qeveritë janë bërë të vetëdijshëm për rëndësinë e fertilitetit si një faktor kyç në të drejtat e njeriut, shëndetin e nënave dhe fëmijëve, zhvillimin social dhe ekonomik të vëndit. Shumica e vendeve në zhvillim tani kanë politikën dhe programet demografike dhe e konsiderojnë popullsinë në planet e tyre të zhvillimit kombëtar. Në vitin 1994 Konferenca Ndërkombëtare mbi Popullsinë dhe Zhvillimin (ICPD) mbajtur në Cairo inkurajoi të gjitha vendet të miratojnë qëllimet e kësaj konference, nevojat shëndetësore riprodhuese të popullsive të tyre brenda dekadave të ardhshme (Stover,J).²²

Kjo konferencë theksoi nevojën për ofrimin e qasjes universale në shëndetin riprodhues, duke përfshirë planifikimin familjar dhe shëndetin seksual, si dhe integrimin e shëndetit riprodhues në strategjitë dhe programet kombëtare (Sen,G).²³

Që nga kjo periudhë dhe në Shqipëri shërbimet e shëndetit riprodhues të quajtura Shëndeti i nënës dhe fëmijës pësuan një përshtatje me nevojat shëndetësore të popullsisë, të grave dhe të fëmijëve (.Boci, A. Eichleay, M).²⁴

Shërbimet e planifikimit familjar në Shqipëri deri në vitin 1991, kanë qënë të ndaluara, si pasojë e politikës pronataliste që kërkonte nxitjen e sa më shumë lindjeve. Asnjë mjet kontraceptiv nuk lejohej t'i shpërndahej popullatës ndërsa personeli shëndetësor nuk kishte asnjë njohuri për këto mjete.

Në këtë situatë, në Maj 1992, me Vendim të Këshillit të Ministrave nr 226, u lejuan shërbimet e planifikimit familjar në Shqipëri (MSH).²⁵

Më pas ky ligj u pasua me dy ligje të tjera shumë të rëndësishme siç ishin ato për ndërprerjen e shtatzanisë (lejimi i abortit) dhe ligji për shëndetin riprodhues.

Ligji nr.8045, datë 07.12.1995 “Për ndërprerjen e shtatzënisë” dhe Ligji nr.8876, datë 4.4.2002, “Për shëndetin riprodhues”, përfaqësojnë mjete të rëndësishme në kuadrin ligjor shqiptar, në lidhje me të drejtat riprodhuese. Njohja me këto të drejta dhe përmbushja e tyre, është një mundësi për rritjen e cilësisë së jetës dhe për zhvillimin e gruas (.Anastas, A).²⁶

Me mbështetjen e USAID, agjensi të rëndësishme ndërkombëtare si JSI/SEATS /Albania dhe JSI/TASC kanë implementuar projekte që i shtrinë shërbimet e shëndetit riprodhues, planifikimit familjar në të gjithë sistemin tonë shëndetësor. Sot këto shërbime ofrohen në sistemin parësor të shërbimit në fshat, në qendrat shëndetësore dhe ambulancat, ndërsa në qytet ofrohen në konsultoret e gruas, konsultoret e fëmijëve dhe qëndrat shëndetësore.

Në sistemin dytësor ofrohen në maternitete dhe shërbimet pediatrike në nivel rrethi. Aktualisht ky shërbim ofrohet në mbi 431 pika shëndetësore maternitete, poliklinika, qendra shëndetësore dhe në disa ambulanca fshati (MSH.)²⁷ dhe kontraktivët që ofrohen nga shërbimet shëndetësore publike blihen nga buxheti i shtetit dhe ofrohen falas për popullatën.

Në vitin 2003 u hartua Strategjia e parë kombëtare e sigurimit të kontraktivëve, e cila kishte për qëllim të siguronte dhe furnizonte me një gamë të gjerë mjetesh moderne kontraktive çdo burrë dhe grua që ka nevojë për to, në përputhje me qëllimin e Konferencës Ndërkombëtare mbi Popullsinë dhe Zhvillimin për qasje universale në çështjet që lidhen me shëndetin.

Një ndër objektivat madhore të kësaj strategjie ishte arritja e pavarësisë në sigurimin e kontraktivëve modernë në vitin 2010, objektivi që u realizua nga Qeveria Shqiptare duke siguruar blerjen e kontraktivëve me fondet e saj.

Po ashtu që nga viti 2007, me mbështetjen e USAID-it dhe UNFPA-s, në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP), është ngritur dhe funksionon Sistemi Kombëtar i Informacionit të Menaxhimit Logjistik (LMIS), përmes të cilit grumbullohen statistika për shërbimet si dhe informacion logjistik mbi kontraktivët. Kjo i jep mundësi Ministrisë së Shëndetësisë të përlogarisë nevojat kombëtare për kontraksion modern si dhe të monitorojë ecurinë, progresin dhe mbarëvajtjen e programit kombëtar të planifikimit familjar dhe masën e përdorimit të tyre në shkallë vendi. Ndihma teknike ofrohet në ISHP për parashikimin, prokurimin, magazinimin dhe shpërndarjen e kontraktivëve për rritjen e aksesit të kontraktivëve në vendet e ofrimit të shërbimeve në mbarë vendin (JSI).²⁸

Gjithashtu organizata ndërkombëtare IPPF (The International Planned Parenthood Federation) në kuadër të Vision 2020 i kërkon qeverive të reduktojnë në të paktën 50% nevojat e paplotësuara për planifikim familjar deri në vitin 2020 (IPPF).²⁹ Në këtë kuadër MSH por dhe OJF locale kanë hartuar Dokumentin Strategjik për Shëndetin Riprodhues 2009-2015 si dhe Planin e Veprimit të Planifikimit Familjar ku përfshihen objektiva dhe aktivitete konkrete në këtë fushë.

Këto dy dokumente u pasuan nga hartimi dhe miratimi i Strategjisë së dytë kombëtare për sigurimin e kontraktivëve, e cila mbulon periudhën 2012 – 2016 (M.SH.).³⁰

Qëllimi kryesor është të sigurojë që burrat dhe gratë shqiptare mund të zgjedhin, të marrin dhe përdorin kontraktive dhe shërbime të planifikimit familjar me cilësi të lartë, sa herë që të duan, për planifikimin e familjeve të tyre. Synimi i kësaj strategjie është që në fund të saj të rrisë konsumin e metodave moderne të kontraksionit me 30% më shumë se niveli i vitit 2008(M.SH.).³¹

Në vitin 2009, me mbështetjen e USAID-it, Ministria e Shëndetësisë hartoi dhe publikoi Protokollin kombëtar të planifikimit familjar, protokoll i cili u shpërnda në të gjitha institucionet apo qendrat e kujdesit shëndetësor që japin shërbime të shëndetit riprodhues dhe planifikimit familjar. Ky është një dokument i rëndësishëm strategjik i cili bazohet mbi normat dhe standartet ndërkombëtare dhe sjell një informacion të standartizuar në lidhje me efektshmërinë dhe përdorimin e metodave moderne kontraktive si dhe këshillimin e klientit sipas nevojave specifike të tij (QSHPZH).³²

Deri në fund të vitit 2011 ka patur disa projekte të përqëndruara kryesisht tek përmirësimi i strukturës, shërbimeve, cilësisë apo dhe rritja e kërkesës për të përdorur metodat moderne kontraceptive. Këto projekte janë mbështetur kryesisht nga USAID dhe janë zbatuar nga agjensi të rëndësishme ndërkombëtare, si JSI/SEATS II/Albania dhe JSI/TASC I-II/Albania, URC/Pro shëndeti, ACCESS-FP/Jpiegho, AED/Communication for Change (C-Change). Me mbylljen e këtyre programeve, pjesa më e madhe midis viteve 2009-2011, USAID apo donatorë të tjerë të mundshëm nuk po mbështesin më programe të planifikimit familjar në Shqipëri (Boci,A.).³³

1.2.1 SITUATA AKTUALE E KONTRACEPSIONIT

Në Shqipëri, programi i planifikimit familjar ka filluar me qëllim krijimin e një rrjeti shërbimesh në të gjithë vendin. Për këtë qëllim, një njësi planifikimi familjar u krijua për herë të parë në çdo rreth, në maternitetet dhe në konsultoret e gruas dhe më vonë, kur koncepti i mjekësisë familjare filloi të marrë përparësi, shërbimet e planifikimit familjar u përhapën në sistemin shëndetësor parësor dhe në zonat rurale të vendit (USAID).³⁴

Sipas studimeve ndërkombëtare, një rritje e përdorimit të metodave moderne mund të zvogëlojë varësinë e çifteve nga metodat tradicionale dhe faktorët socio -demografikë dhe programet të kenë një ndikim të rëndësishëm në praktikën e planifikimit familjar (Aassve,A.).³⁵

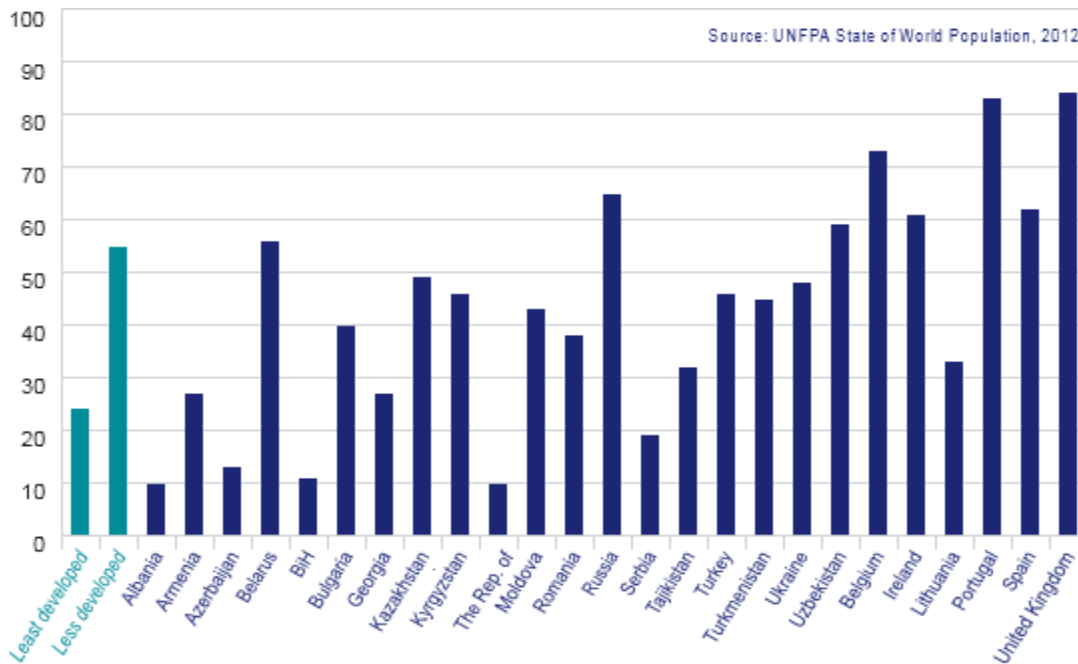
Në Shqipëri janë bërë shumë pak kërkime për të identifikuar njohuritë, praktikën dhe pikëpamjet e njerëzve lidhur me përdorimin e kontraceptivëve (Gorishti,J).³⁶

Studime të mirëfillta në rang kombëtar ishin ato të viteve 2002 dhe 2008-2009.

Duke patur parasysh faktin se pikërisht kjo periudhë midis këtyre viteve 2002- 2008 ka qënë një periudhë që është punuar mjaft në drejtim të planifikimit familjar, si në shtrirjen e shërbimeve në të gjithë territorin, po ashtu dhe në promovimin, përmes fushatave sensibilizuese mediatike dhe rezultatet u vërejtën në studimin e vitit 2008-2009. Kështu përdorimi i metodave tradicionale ra ndjeshëm, nga 67 përqind në mesin grave të martuara të moshës 15- 44 vjeç në vitin 2002 në 59 përqind në ADHS 2008-09 ndërsa përdorimi i metodave moderne ishte rritur nga 8 për qind në 11 për qind (ADHS).³⁷

Megjithëse duket si zhvillim përsëri si në shumë vende të Evropës Lindore, Shqipëria ka përdorim shumë të ulët të metodave moderne të PF, madje më të ultin në rajon.

Grafiku 1. Prevalenca e metodave moderne kontraceptive, në vende të Evropës Lindore dhe Azisë Qëndrore (IPPF).³⁸



Shumica, 58% e grave të martuara në Shqipëri përdorin tërheqjen (coitus) për të parandaluar shtatzëninë dhe vetëm 11% përdorin një metodë moderne. Vetëm 4% përdorin prezervativët, 3% janë sterilizuar dhe vetëm 2% përdorin kontraktivët oralë (INSTAT).³⁹

Shfrytëzimi i ulët i metodave hormonale mund të shpjegohet me frikën e grave shqiptare nga efektet anësore (Stolarsky,G).⁴⁰

Idetë e gabuara që hormonet shkaktojnë kancer ose infertilitet janë të zakonshme në mesin e klientëve dhe janë përforcuar nga disa ofrues shërbimesh (Gryboski,K).⁴¹

1.2.2 BARRIERAT NË REZULTATET E PLANIFIKIMIT FAMILJAR

1.2.2.1 STATUSI I FEMRËS NË SHOQËRI

Ndikimi i emancipimit të grave është esencial dhe hapi i parë në arritjen e progresit të vërtetë në zhvillimin kombëtar dhe progresin ekonomik dhe social. Studimet e shumta kanë arritur në përfundimin se përmirësimi i statusit social-ligjor i grave me kushte më të mira jetese dhe vetëdije më të madhe ka një ndikim të drejtpërdrejtë në pranimin e normës së vogël familjare (Singh,P.J).⁴²

Shoqëria shqiptare sidomos ajo në zonat rurale është ende e dominuar nga kufizime kulturore dhe vlerat tradicionale tipike të një shoqërie patriarkale: familje numeroze, martesë në moshë relativisht të re dhe meshkuj që dominojnë nga lindjet (Gruber,S).⁴³

Pavarësisht nga ndryshimet shoqërore gjatë gjysmës së fundit të shekullit të kaluar, qëndrimet në vend janë të tilla që edhe sot, veçanërisht në zonat rurale dhe në komunitete të caktuara një vajzë shihet si një detyrim, ndërsa një djalë është i mirëpritur.

Përgjithësisht duke ndjekur shkollën apo sapa e mbarojnë atë ato realizojnë martesën. Tek vajzat që vijnë nga zonat rurale bashkëjetesa nuk është e aplikueshme.

Politikat sociale dhe ekonomike, të cilat përfshijnë arsimimin universal, në veçanti për gratë, punësimin e femrave ishin politika të përmirësimit të statusit të gruas në shoqëri (Gjonça, A.).⁴⁴

Por pengesa kryesore në shumicën e shoqërive tradicionale dhe rurale, është se ndryshimi në qëndrimin e çifteve ndaj planifikimit familjar është jashtëzakonisht i ngadaltë (Odimegëu, O.C).⁴⁵

Gratë janë të prirura për të provuar feminitetin e tyre duke mbetur shtatzënisë sa më parë që të jetë e mundur pas martesës. Femrat pa fëmijë dhe ata që vonojnë dhënien e fëmijës së pare bëhen objekt talljeje dhe keqardhjeje.

Gratë praktikisht nuk kanë, apo e kanë shumë të kufizuar rolin në marrjen e vendimeve riprodhuese (Ram,U).⁴⁶

Gratë nuk kanë autoritet për të kontrolluar fertilitetin e tyre nëpërmjet masave të planifikimit familjar për disa arsye⁴⁷ dhe një nga këto arsye është dhe statusi i tyre. Statusi aktual i grave brenda dhe jashtë familjes duket se është faktor i rëndësishëm për nivelin dhe të mungesën e njohurive të metodave të planifikimit familjar. Kjo më pas pengon qasjen e tyre në të drejtën themelore grave për të rregulluar shtatzënitë e tyre dhe madje edhe frenon dëshirën e tyre për ta bërë këtë (Martin,C.T; Juarez,F).⁴⁸

1.2.2.2 SISTEMI SOCIAL EKONOMIK DHE TRADITA

Në Shqipëri, veçanërisht në zonat rurale të rinjtë jetojnë në familje të përbashkëta, me prindërit e bashkëshortit, sidomos kjo më e theksuar për vitet e para të martesës. Familja e përbashkët është e përbërë nga prindërit dhe çifti, të cilët jetojnë nën një çati, kanë kuzhinë të përbashkët dhe mbajnë ekonominë e përbashkët, aq më tepër kur kemi parasysh që djali i shtëpisë, bashkëshortit, i duhet të emigrojë, nusja duhet të rrijë me prindërit e bashkëshortit. Anëtari mashkull i familjes menaxhon pronën dhe kontrollon të ardhurat dhe shpenzimet.

Struktura shoqërore e Shqipërisë është ndikuar nga ndryshimet e popullsisë në vitet e tranzicionit. Sistemi i familjes së madhe në zonat rurale në veçanti, dhe sistemi i familjeve numeroze në disa komunitete, si ai rom, tregojnë një ndikim të konsiderueshëm mbi nivelin e lindshmërisë. Kjo sepse në familjen e përbashkët çiftet kanë mundësi më të pakta në aplikimin e metodave të planifikimit familjar, sepse mbi to mund të ndikojnë dhe personat e tjerë, vjehrra, vjehrra, kunata, etj.

Nga ana tjetër besimet fetare dhe sjelljet tradicionale të të moshuarve patjetër që kanë një ndikim mbi të rinjtë veçanërisht gratë, të cilët kanë më shumë gjasa të zhvillojnë qëndrim negativ ndaj planifikimit familjar për të kënaqur prindërit e tyre.

Kështu, për këto arsye çiftet në këto familje të përbashkëta mund të riprodhojnë pa asnjë hezitim apo kufizim dhe krejtësisht të qetë sepse ka një përgjegjësi kolektive të menaxhimit të familjes, ku barra e rritjes së fëmijëve është kënaqësi e marrë përsipër nga të moshuarit e familjes, që mund të jenë prindërit e djalit. Madje dhe fëmija i dytë vjen shumë shpejt pas të parit sepse çifti përfiton nga kjo ndihmë. Pra, sistemit i familjes së përbashkët me disa pika të saj pozitive, është

ende për t'u konsideruar si një pengesë kryesore e përjasjes ndaj metodave të planifikimit familjar.

Bashkëshorti për shkak të qëndrimit autoritar ka shumë ndikim në vendimin e gruas duke e vendosur atë “pro” apo “kundër” përdorimit të metodave të planifikimit familjar. Ky personalitet autokratik i bashkëshortit në sistemin e traditës shpesh pengon dëshirën e gruas për të kufizuar madhësinë e familjes së saj.

1.2.2.3 ARSIMIMI I FEMRAVE

Arsimimi ka një efekt të rëndësishëm mbi shëndetin e gruas dhe sjelljet riprodhuese nëpërmjet ndikimit të saj në moshën e martesës, konceptimit të lindjeve, kontracesionit dhe përdorimit të kujdesit shëndetësor, ndërgjegjësimit ndaj shenjave të rrezikshme, etj (M SH).⁴⁹

Edukimi ka një ndikim të fortë negativ në të gjitha lindjet, sidomos në lindjen e tretë (Gjonça, A.).⁵⁰

Një femër e arsimuar nuk do të jetë në favor të një familje të madhe, ku ajo ka të ngjarë të mos ketë asnjë fuqi vendimarrëse.

Ajo ka më shumë gjasa të realizojë lindjen e parë në moshë më të madhe dhe të shtyjë lindjet dhe për shkak të angazhimeve në punë dhe në ngritjen e saj profesionale. Në shoqërinë tonë e vetmja alternativë në dispozicion për gruan, sidomos atë të paarsimuar, ka qënë dhe është të vërtetojë feminitetit të saj me fëmijë; por një grua e arsimuar nuk ka të ngjarë ta bëjë këtë.

Edukimi i një gruaje do të thotë edukim i një familje të tërë (Mol, A).⁵¹

Arsimi njihet si një instrument që shoqëria mund të përdori për të drejtuar procesin e ndryshimit dhe zhvillimit drejt qëllimeve të dëshiruara (Bryant).⁵²

Gratë me arsim dhe gratë me indeksin më të lartë të pasurisë kanë më shumë gjasa të përdorin metoda moderne të kontracesionit (Institute of Statistics).⁵³

1.2.2.4 PUNËSIMI I FEMRAVE

Ndikimi i punësimit të grave në statusin dhe mirëqënien e familjes së saj është shumë i rëndësishëm për familjen dhe shoqërinë. Në një vend me papunësi të përhapur, aftësia e një gruaje për të fituar të ardhura dhe për të kontribuar në financën e familjes, automatikisht rrit statusin e saj.

Gratë që nuk kanë fëmijë kanë shkallë më të lartë të aktivitetit ekonomik dhe social. Ndërsa numri i fëmijëve rritet, aktiviteti ekonomik zakonisht bie, sidomos për gratë me katër ose më shumë fëmijë.

Kjo tregon se roli i grave si nëna dhe kujdestare mund t'i largojë ato nga tregu i punës, veçanërisht në rrethana kur ka një mungesë kujdesi për fëmijët dhe mbështetje sociale (UNFPA).⁵⁴

Pas vitit 1990, kemi një kthim mbrapa në të kaluarën e afërt shqiptare, tabloja tipike e së cilës ishte që gratë rrinin në shtëpi për t'u kujdesur për fëmijët, shtëpinë dhe burrin. Bashkë me to kemi dhe rigjallërimin e mentalitetit se vendi i gruas është në shtëpi.⁵⁵

Megjithatë dhe për ato gra janë të punësuara në sektorë publik apo privat dhe pse shteti ka siguruar të drejtën për pagë të barabartë për punë të barabartë, praktikat sociale dhe paragjykimet sfidojnë kundër këtyre ligjeve. Gratë për të njëjtin pozicion pune paguhen më pak. Për më tepër ato mbeten të bllokuara në rolet tradicionale dhe përveç në sektorin publik punësimi i tyre në sektorin privat nuk është i inkurajuar.

Sektori privat ofron punë për gratë, por më shumë në tregun informal të punës sesa në atë formal dhe kjo dihet për shkaqet, por grate nuk gëzojnë asnjë mbrojtje sociale, pasi nuk paguajnë kontributet shoqërore (ASC).⁵⁶

Fenomeni i përhapur sot në Shqipëri është vetëpunësimi i grave. Është e rëndësishme të përmendet se këto lloj mundësish për vetëpunësim janë konveniente për to, sepse në shumicën e rasteve ato punojnë shumë afër shtëpisë duke balancuar kohën mes shtëpisë dhe vendit të punës, për tu kujdesur më shumë për familjen dhe për fëmijët (INSTAT).⁵⁷

Në rastin e gruas së punësuar mosha e martesës dhe mosha në të cilën fillon të mendojë për lindjen e një fëmije priren të jenë të vonuar, si dhe numri i fëmijëve në familje ka të ngjarë që të zvogëlohet.

1.3 PROFILI DEMOGRAFIK I SHQIPËRISË DHE I QARKUT ELBASAN

Regjistrimi i popullsisë i vitit 2011 përllogariti që popullsia e Shqipërisë ishte 2,831,741 banorë, ndërsa popullsia e Shqipërisë sipas censusit të vitit 2001 ishte 3,069,275. Siç vihet re numri i popullsisë është zvogëluar në 7.7% në vitin 2011. Supozohet që shkaqet kryesore të zvogëlimit të popullsisë janë emigrimi në shkallë të gjerë dhe rënia e lindshmërisë.⁵⁸

Popullsia rezidente është e përbërë nga 1,421,810 meshkuj (50.2%) dhe 1,409,931 femra (49.8%).⁵⁹

Ende Shqipëria mbetet një nga vendet me moshë më të re në Evropë, megjithese mosha mesatare e popullsisë banuese është rritur nga 30,6 vjeç në vitin 2001 në 35,3 vjeç në vitin 2011 dhe struktura e moshës së popullsisë ka ndryshuar ndjeshëm këto vitet e fundit.

Numri mesatar i fëmijëve për grua është ulur nga 2.3 në vitin 2001 në 1.76 në vitin 2011.⁶⁰

Raporti gjinor në lindje vazhdon të jetë i lartë 109 djem për 100 vajza, nga 105 që është norma biologjike natyrore (INSTAT).⁶¹

Qarku i Elbasanit është një nga 12 qarqet në Shqipëri, me një sipërfaqje prej 3,278 km² dhe ka një popullsi prej 296 647 banorë, 11% e popullsisë së vendit ku, 148 791 meshkuj dhe 147 036 femra, e ndarë në 4 rrethe, 7 qytete, 43 komuna dhe 397 fshatra. (Census 2011).

Qarku i Elbasanit në veri kufizohet me Qarkun e Dibrës, në veriperëndim me Qarkun e Tiranës, në perëndim me Qarkun e Fierit, në jug me Qarkun e Beratit, në juglindje me Qarkun e Korçës dhe në lindje me Republikën e Maqedonisë.

Shtrihet në fushën me të njëjtin emer, në krahun e djathtë të rrjedhës së mesme të lumit Shkumbin në lartësinë 120 metra dhe është Rreth fushor dhe pjesërisht kodrinor-malor.

Ai renditet i treti në vend për numrin e popullsisë, pas qarkut të Tiranës e Fierit, dhe i treti, pas qarkut të Korçës e Shkodrës, për nga sipërfaqja e tij.

Elbasani është një rreth ku është përqëndruar popullsia e ardhur pas viteve të tranzicionit nga zonat rurale drejt qendrave të mëdha urbane sic është dhe Elbasani. Popullsia që jeton në zonat urbane është rreth 115 613 dhe në zonat rurale rreth 18214, pra me një zotërim të popullatës që vazhdon të jetojë në zonat rurale. Edhe pse me ndarjen e re administrative zhduket nocioni “rural” përsëri ai mbetet i tillë për sa kohë do të duhet të rregullohen kompetencat dhe përgjegjësitë e njësive të reja administrative.

Në rrethin e Elbasanit jetojnë 63.8 % e popullsisë së prefekturës, ndërsa në tre rrethet të tjera së bashku Librazhd, Gramsh, Peqin 36.2 % (: INSTAT).⁶²

Pra 65% në Elbasan, 17,7% në Librazhd dhe 8,7% dhe 8,4% të regjistruar përkatësisht në Peqin dhe Gramsh (M.Ç.V).⁶³

1.3.1 KARAKTERISTIKAT E PROFILIT DEMOGRAFIK TË VENDIT

Profili demografik i Shqipërisë, ku dhe Elbasani përshtatet, karakterizohet nga tre fenomene kryesore:

- **Valët e emigracionit të jashtëm e të brendshëm**
- **Përmirësimi i treguesve të vdekshmërisë foshnjore dhe amtare**
- **Ulja e fertilitetit**

- **Valët e emigracionit të jashtëm e të brendshëm**

Ndryshe nga të dhënat e Censurit të vitit 2001 ku popullsia më shumë banonte në zonën rurale dhe më pak në atë urbane, në Censurin e vitit 2011 është e kundërta, 53.7% e popullsisë jeton në zonat urbane dhe 46.3% në zonat rurale. Kjo dëshmon se lëvizjet e brendshme të popullsisë kanë vazhduar me ritme të larta gjatë periudhës 2001-2011 kryesisht nga zona rurale në zonat urbane. Krahasuar me Censurin e mëparshëm rreth 10,6% e popullsisë banuese ka ndryshuar vendbanimin e zakonshëm brenda vendit.

Emigracioni ka qenë një faktor mbizotërues social-ekonomik këto 25 vitet e fundit.

Gjatë viteve nëntëdhjetë, afro 20% e popullsisë u larguan nga vendi dhe tani jetojnë jashtë tij. Më shumë se 480 mijë persona janë larguar jashtë vendit në 10 vjeçarit 2001-2011.⁶⁴

Fenomen tjetër i përhapur ka qënë dhe migrimi i brëndshëm. Dyndjet kryesore të migruesve të brendshëm nisën nga rajonet malore dhe qendrore drejt Tiranës dhe Durrësit.

Gjatë dekadës së fundit, rreth 10 përqind e banorëve u zhvendosën brenda vendit, duke ndryshuar qytetin ose fshatin e vendbanimit të zakonshëm, ndërkohë femrat janë ato që dominojnë këtë lëvizje me 59 përqind (.. INSTAT).⁶⁵

Raporti i lartë i grave mes migrantëve të brendshëm në moshë të re zakonisht ndodh për qëllime martesë. Në të vërtetë, analizat e mëparshme tregojnë se gratë në zonat rurale nxiten të lëvizin pasi nuk kanë të drejta mbi trashëgiminë familjare (tokat), ose ka më shumë mundësi të gjejnë punë në sektorin terciar në zonat urbane. Burrat në moshën 35-vjeç e sipër kanë pak më shumë gjasa të migrojnë brenda vendit sesa gratë.⁶⁶

Ndërsa në migracionin ndërkombëtar zakonisht gratë shkojnë pas burrave, për shkak se ato vendosen dhe sistemohen në punë atje dhe më pas tërheqin bashkëshorten dhe familjen, ose për shkak të martesës (.. INSTAT).⁶⁷

Sot po ndodh një fenomen tjetër, emigrantët për shkak të krizës po kthehen në vendlindje dhe ky emërtohet migracion i kthimit. Migracioni i kthimit mund të ndodhë nga ndryshimet në aspekte të ndryshme si arsytet e migrimit (faktorët shtytës), vetë personi migrant (p.sh. personi ka punuar dhe ka kursyer gjatë qëndrimit jashtë vendit dhe tani mendon të fillojë një biznes në vendin e tij), ose konteksti familjar (p.sh. ribashkimi familjar nuk është i mundur dhe migranti vendos të kthehet në shtëpi) (Dragoti,E).⁶⁸

Ndërkohë që numri më i madh i të kthyerve vendoset në Tiranë dhe jo të gjitha qarqet preken në të njëjtën shkallë nga migracioni i kthimit (.. INSTAT).⁶⁹

Megjithatë vlen të theksohet se qytetet e mëdha të tilla si Durrësi, Fieri, Elbasani janë prekur dukshëm nga migracioni i kthimit gjatë këtyre viteve.

- Përmirësimi i treguesve të vdekshmërisë foshnjore dhe amtare

Vdekshmëria amtare dhe sëmundshmëria janë probleme të rëndësishme shëndetësore në vendet në zhvillim. Përmirësimi i shëndetit të nënës ka qënë një element thelbësor për arritjen e shëndetit për të gjithë dhe i përfshirë në Objektivat e Mijëvjeçarit që duhet të arrihen deri në vitin 2015 (Lodhiya, Kaushik K.; Pithadiya).⁷⁰

Reduktimi i vdekshmërisë foshnjore është një nga prioritetet madhore të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Objektivave të Zhvillimit të Mijëvjeçarit. Një nga këto objektiva do të ishte ulja e vdekshmërisë foshnjore, nën 5 vjeç me 10 për 1000 lindje gjallë.⁷¹

Në Shqipëri, vdekshmëria foshnjore ka ardhur duke u ulur në mënyrë të qëndrueshme vit pas viti nga 14.7 në vitin 2005, duke shënuar nivelin më të ulët historik në vitin 2011 me 8.7 vdekje për 1000 lindje të gjalla dhe vdekshmëria femërore (1-5vjeç) në 9.6 në vitin 2011 (M. SH.).⁷²

Megjithatë të dhënat e raportit Shëndetësor kombëtar në vitin 2014 i referoheshin të dhënave të Fondit të Kombeve të Bashkuara për Fëmijët, ku shifrat e vdekshmërisë foshnjore ishin të

ndryshme nga të dhënat zyrtare, në vitin 2013, vdekshmëria foshnjore në Shqipëri ishte 13 vdekje për 1,000 lindje të gjalla (Burazeri,G).⁷³ Megjithëse mbetemi ende në shifra të larta përsëri tendenca është në rënie.

Në vitin 2011 niveli i vdekshmërisë amtare ishte 21 për 100 000 lindje të gjalla, i cili është një rezultat mjaft i kënaqshëm dhe i krahasueshëm me nivelet e disa dekadave të mëparshme. Megjithatë ky indeks mbetet ende i lartë dhe i krahasuar me fqinjët tanë (World Bank).⁷⁴

Ndër arësyet e rënies së vdekshmërisë foshnjore dhe amtare përmenden:

- Rritja e aksesit dhe cilësisë së kujdesit shëndetësor gjate shtatzanisë dhe postpartum.
- Përmirësimi i menaxhimit të sëmundjeve apo gjendjeve problematike shëndetësore.
- Lejimi ligjor i abortit, ku vihet re një ulje drastike të numrit të aborteve të pasigurta (MSH).⁷⁵

- **Ulja e fertilitetit**

Kontrolli vullnetar i fertilitetit është i një rëndësie të madhe për shoqëritë moderne. Një nga qëllimet e planifikimit familjar është forcimi i shërbimeve të planifikimit familjar, për të promovuar shëndetin dhe mirëqenien e familjes, komunitetit dhe kombit dhe përfundimisht për të zvogëluar normën e rritjes së popullsisë (Engelman,R).⁷⁶

Disa autorë kanë sugjeruar se fazat e ndryshme të procesit të transformimit politik dhe ekonomik përcaktuan motivet dhe në këtë mënyrë edhe modelet, në përgjigje të aspektit të sjelljes familjare (Sobotka,T).⁷⁷

Procesi i tranzicionit mund të ndahen në mënyrë skematike në dy faza.

Në fazën e parë e cila karakterizohet nga kolapsi i sistemeve politike dhe ekonomike, ndjenja mbizotëruese e pasigurisë është supozuar se shkakton një rënie në fertilitet. Vështirësitë ekonomike, papunësia në rritje dhe rënia e nivelit social në të vërtetë kanë çuar në shtyrje të përkohshme të lindjes së fëmijëve.

Në fazën e dytë, të konsolidimit, vendet ish-socialiste përjetuan ristrukturim të madh ekonomik dhe nisën procesin e integritimit. Individët duke dashur që të mbarojnë gjithë sistemin e shkollimit, të kualifikimeve për t'iu përshtatur këtij ristrukturimi ekonomik nuk bënë gjë tjetër veçse shtynë moshën e martesës dhe lindjen e fëmijëve.

Shtyrja e lindjes së fëmijëve është konsideruar të jetë një përgjigje racionale ndaj kohës së shpenzuar në arsim dhe më vonë, kostos së jetesës dhe pasigurisë në tregun e punës (Kohler,H).⁷⁸

Shtyrja e lindjes së parë ka qenë me të vërtetë më i rëndësishëm në vendet ku konteksti ekonomik është përmirësuar në mënyrë të konsiderueshme dhe ku frekuentimi i arsimit të lartë është rritur (Lerch,M).⁷⁹

Arsyeja për rënien në nivelin e lindjes i atribuohet dhe faktorëve të tjerë, duke përfshirë emigrimin e të rinjve si dhe emigrimin e brendshëm nga zonat rurale në ato urbane (Gori,G).⁸⁰

Vendet e Evropës Qendrore dhe Lindore kanë përjetuar një rënie të konsiderueshme në normat e tyre të fertilitetit. Me përjashtim të Shqipërisë (më shumë se 2 fëmijë për grua) dhe Maqedonisë

(1.77 lindje për grua), të gjitha vendet kanë normat e fertilitetit më pak se 1,4 fëmijë (Popescu,R).⁸¹

Popescu në analizën vet i referohet vitit 2004, por duhet thënë se që nga ai vit fertiliteti në Shqipëri ka rënë, megjithatë ne kemi përqindjen më të lartë të fertilitetit në Evropë dhe në rajon (World Bank).⁸²

Tabela 1. Disa nga treguesit e shëndetit riprodhues në vendet e rajonit.

<i>Shteti</i>	<i>Fertiliteti</i>	<i>% rritjes natyrore</i>	<i>Lindje per 1000 banore</i>	<i>Vdekshmëria foshnjore</i>	<i>Të gjitha metodat</i>	<i>Metodat moderne të kontracepsionit</i>
<i>Shqipëri</i>	1.8	0.5	12	14.4	69	10
<i>Bosnjë</i>	1.26	-0.1	8	5	46	12
<i>Croaci</i>	1.5	-0.3	10	3.6	-	-
<i>Greqi</i>	1.3	-0.1	9	2.9	76	46
<i>Itali</i>	1.4	-0.1	9	3.2	63	41
<i>Maqedoni</i>	1.5	0.2	11	10	40	13
<i>Mal i zi</i>	1.7	0.3	12	5.2	39	17
<i>Serbi</i>	1.5	-0.5	9	5.4	61	22

Burimi 2015 Population Reference Bureau <http://ëëë.prb.org/>

Nga kjo tabelë duket që Shqipëria ka nivelin e fertilitetit më të lartë në rajon, numrin më të lartë të vdekjeve foshnjore dhe përqindjen më të ulët të përdorimit të metodave moderne kontraceptive.

Nivelet dhe tendencat në infertilitet janë të vështira për tu konstatuar për shkak të çështjeve në përkufizim dhe të matjeve, sterilitetit që është më i lartë dhe rrezikut të abortit që është duke u rritur (Botev,N).⁸³

2 NEVOJA PER KËTË STUDIM

Nga metodat më frekvente të përdorura për të vlerësuar nivelin e njohurive, qëndrimeve e sjelljeve në një popullatë janë pikërisht studimet e tipit KAP (Knowledge, Attitude and Practise Survey).

Studimet të tipit KAP grumbullojnë informacion mbi atë çfarë dinë të intervistuarit, çfarë ata mendojnë e besojnë dhe si ata sillen rreth një çështje të caktuar.

Ato vlerësojnë hendeqet në njohuritë, besimet e sjelljet dhe identifikojnë faktorët që i Influencojnë ato. Një studim i kësaj natyre, i mirëprojektuar dhe sigurisht i mirëzbatuar, prodhon të dhëna të dobishme të cilat ndihmojnë ekspertët e fushës të përcaktojnë prioritetet dhe bazuar

mbi këto të planifikojnë dhe implementojnë ndërhyrje të ndryshme të tipit IEK për ndryshimin e sjelljeve për një popullatë të caktuar.

Hartimi i programeve të Informim Edukim Komunikimit (IEK) kanë nevojë për tu mbështetur në evidenca të qarta shkencore të cilat të vendosin në dispozicion të hartuesve të tyre, të dhëna të sakta mbi njohuritë, qëndrimet dhe sjelljet që duhen ndryshuar në një popullatë target, lidhur me një çështje të caktuar.

Ekspertët e fushës nënvizojnë qartazi rëndësinë e hartimit të programeve të promocionit shëndetësor bazuar në sigurimin paraprak të evidencave të besueshme shkencore për disenjimin, monitorimin dhe vlerësimin e këtyre ndërhyrjeve (Mërkuri,L). ⁸⁴

Atraktiviteti i sondazheve të tipit KAP, i atribuohet karakteristikave të tilla si; lehtësi në disenjimin e studimit, ofrimin e të dhënave sasiore, lehtësi në interpretimin dhe paraqitjen konçize të rezultateve të mbledhura, gjeneralizimin e rezultateve prej një mostre të vogël në një popullsi më të gjerë, krahasueshmëria ndërkulturor, shpejtësia e implementimit, etj (Launiala,L)⁸⁵

Studime të tipit KAP mbi kontracëpsionin janë kryer ne Shqipëri përmes studimeve DHS në vitet 2002 dhe 2008-2009, ku janë identifikuar në shkallë të gjerë niveli i njohurive, qëndrimeve dhe praktikave ndaj metodave kontracëptive dhe nevojave të paplotësuara për kontracëpsion.

Por këto studime jo vetëm që nuk prekin komunitete të vecanta, por dhe në rezultatet e tyre nuk marrin parasysh karakteristika që mund të jenë barrierë dhe do të ndikojnë në mënyrë të pashmangshme në qëndrimin dhe praktikën, në çështjet që lidhen me kontracëpsionin (Pathirana,S.V). ⁸⁶

Sondazhet kombëtare në Shqipëri tregojnë se ka variacione rajonale në nivelin e njohurive, qëndrimeve dhe përdorimit të kontracëptivëve në mesin e grave. Studimi kombëtar megjithatë nuk mund të hyjë në detaje në sqarimin dallimeve delikate dhe veçantitë që i përkasin komuniteteve specifike, sidomos etnive dhe grupeve të marginalizuara.

Në Shqipëri, shumë pak dihet për faktorët që mund të përcaktojnë përdorimin e planifikimit familjar dhe nevojat paplotësuar për planifikim familjar në çiftet. Nuk ka pothuajse asnjë studim nga autorë shqiptarë ose të huaj në lidhje me këto tema të cilat japin një analizë të thellë,të bazuar në mostra përfaqësuese. Nga ana tjetër, nuk ka kërkesë në rritje nga politikëbërësit lokalë por dhe më gjere, për t'iu përgjigjur këtyre çështjeve.

Ky studim mund të ndihmojë në zhvillimin e strategjive të përshtatshme të veçanta për gratë e prefekturës me qëllim rritjen së pranueshmërisë dhe përdorimit të metodës kontracëptive.

Ky studim do përpiqet që të nxjerrë në pah situatën rajonale dhe të zhvillojë dhe politika rajonale që shkojnë në sinkron me planin e veprimit të MSH dhe kontribuojnë në arritjen e këtyre synimeve, ku parashikohet që të rritet prevalenca e përdorimit të metodave moderne të kontracëpsionit (M SH). ⁸⁷

Gjithashtu ky studim i shtohet listës së pakët të studimeve të thelluara, të realizuara më herët në vendin tonë të tipit “KAP survey” me fokus të veçantë, trajtimin e çështjeve të Planifikimit familjar.

2.1 RISHIKIM I LITERATURËS

Studimi i parë në fushën e Planifikimit Familjar në vitin 1996 që përfshiu 8 grupe të përzgjedhura u organizua në Durrës, Tiranë dhe Bathore (Gorishti,E)⁸⁸ Të gjitha pjesëmarrëset e mbështetën konceptin e PF, kjo ndoshta për faktin se shumica e tyre ishin të papuna, nën stresin ekonomik, kështu që mund ta vlerësonin kontributin e PF si ndihmë në mirëqenien financiare të familjeve të tyre. Megjithatë, shumë pjesëmarrëse ishin të mendimit se kontraktivët e sotëm jo vetëm që janë të pasigurtë, por edhe të rrezikshëm për shëndetin e gruas.

Në studimin e Unicef 2000 (UNICEF)⁹⁰ vihet re se megjithëse nocioni dhe shërbimet e Planifikimit familjar kanë vetëm disa vite që kanë filluar të artikuloohen dhe të jenë në dispozicion të gruas shqiptare përsëri 15% e tyre përdorin të paktën një metodë moderne të kontracesionit, 58 përqind e grave të martuara ose që kanë partner përdorin aktualisht kontraktivë, ku 33 % përdorin tërheqjen. Më tepër se 42 përqind e grave të martuara apo me partner nuk përdorin asnjë lloj kontraktivë. Metoda e dytë më popullore është prezervativi, i cili përdoret nga 7.9 përqind e grave të martuara.

Përdorimi i kontraktivëve është në të njëjtin nivel si në zonat urbane ashtu dhe rurale. Gratë e reja kanë tendencë më të vogël të përdorin kontraktivët se sa gratë me moshë më të madhe.

Niveli arsimor i gruas është i lidhur ngushtë me nivelin e përdorimit të kontraktivëve.

Studimi masiv në Shqipëri në vitin 2002 siguroi të dhënat bazë për zhvillimet e reja në fushën e shëndetit riprodhues dhe të planifikimit familjar, zhvillime të cilat kanë ndikuar stilin e jetës, legjislacionin, politikat dhe shërbimet sociale (Morris,L)⁹¹. Deri në këtë studim në vend nuk kishte asnjë analizë gjithëpërfshirëse krahasuese të treguesve kryesorë të planifikimit familjar dhe shëndetin riprodhues.

Një objektiv kryesor i këtij studimi ishte të vlerësonte statusin e shëndetit riprodhues dhe nevojat, të cilat do të ndihmonin në hartimin e programeve të reja dhe të përmirësonin ato ekzistuese sipas nevojave të popullatës.

Studimi tregoi se kishte një rënie 21% në nivelin e lindshmërisë (TFR) nga vitet 1993 deri në 2002, nga 3.3 fëmijë për grua në 1993 në 2,8 deri në 1999 dhe në 2.6 në vitin 2002. Gratë shqiptare përdornin rreth 15% njërën nga metodat moderne të kontracesionit

Studimi i Bankës Botërore në vitin 2006 (World Bank)⁹² ishte nga studimet e para mbi situatën e sistemit shëndetësor në Shqipëri pas përmbysjes së diktatures.

Përpara vitit 1991 planifikimi familjar ishte praktikisht joekzistent. Në mungesë të zgjidhjeve të tjera, grate shpeshherë përdornin abortin ilegal, duke vënë në rrezik jo pak herë shëndetin e tyre. Legalizimi i abortit çoi në një rritje shumë të madhe të përqindjes së aborteve, që arriti në 47.6 aborte për 100 lindje në vitin 1996 dhe zbriti në 34.4 në vitin 1999. Nga 36.000 në vitin 1996, numri absolut i aborteve të deklaruara zbriti në 11.000 në vitin 2003. Planifikimi familjar ishte i arritshëm lehtësisht për afërsisht 60% të grave në Shqipëri. Ndonëse shërbimet e planifikimit

familjar ishin falas, numri i njerëzve, sidomos i adoleshentëve, që i merrnin këto shërbime ishte i ulët.

Një studim i kryer tek 100 gra që kishin lindur dhe 100 gra që kishin bërë abort në tre qytete të Shqipërisë Tiranë, Korçë dhe Shkodër⁹³ (Stolarsky,G) ku vlerësohej që 94% në postpartum dhe 80 % në postabort janë të interesuara që të marrin informacion për metodat e PF, por vetëm 4 % në postpartum dhe 22 % në postabort marrin ndonjë informacion për planifikimin familjar dhe asnjë nuk merr ndonjë metodë.

Në vitin 2009 një studim që përfshiu 176 farmacistë dhe 2178 studentë në Tiranë, Elbasan dhe Vlorë (Volle,J)⁹⁴, duke përdorur vlerësimet me farmacistët dhe anketimet sasiore me studentët identifikoi ndryshimet në sjelljet tek popullata që ishte ekspozuar ndaj fushatës mediatike dhe kontributin e ndërhyrjes ndërpersonale të komunikimit. U pa që fushata mediatike ndikon pozitivisht e përcakton sjelljen, por kombinimi i fushatës mediatike me ndërhyrjen ndërpersonale të komunikimit japin rezultate në një shkallë edhe më të madhe se sa vetëm fushata mediatike.

Anketa e Shëndetit Riprodhues 2002 dhe Studimi Demografik dhe Shëndetësor 2008/9, u hetuan (Lerch,M)⁹⁵ për të evidentuar trendet që nga viti 1993, si dhe diferencat socio-ekonomike, që ndikojnë në fertilitet. Parashikimi i martesës dhe lindjeve sjell një rritje fillestare të lindshmerisë; shkalla e lartë e lindjeve të fëmijëve nuk bie para krizës financiare në vitin 1997. Gjatë konsolidimit të mëvonshëm ekonomik dhe politik, individët e arsimuar dhe në qytet fillojnë të shtyjnë martesat dhe lindjet e tyre, duke justifikuar rënien e fundit të fertilitetit në nivele të ulta.

Vazhdimi i normave dhe vlerave tradicionale vazhdojnë të ndikojnë në formimin e familjes në Shqipëri, ndërsa ndryshimet në rrethanat sociale dhe ekonomike ndikojnë në lindjen e fëmijëve (Gjonça,A).⁹⁶

Studimi Demografiko Shëndetësor në Shqipëri 2008/9 investigoi efektet e faktorëve socialë, demografikë dhe kulturorë në sjelljet ndaj planifikimit familjar tek gratë në moshë riprodhuese dhe seksualisht aktive (MSH. INSTAT)⁹⁷. Dhe pse nuk duken shumë të mëdha diferencat por ato ekzistojnë në shkallën e përdorimit të kontraktivëve mes grave të shkolluara, mes zonave, moshave etj.

Raport alternativ i OJF mbi situatën në vend lidhur (.. QSHPZH)⁹⁸ me komponentët e shëndetit riprodhues në vitin 2011 ku bëhet një panoramë e gjendjes së programit të shëndetit riprodhues dhe sidomos i planifikimit familjar në vitet nga 1994- 2011.

Shqipëria renditet ndër vendet me përdorim më të ulët të metodave moderne kontraktive, pasi shumica e shqiptarëve bazohen në metodën natyrale të tërheqjes si mënyrë kontraktive. Niveli i ulët i përdorimit të kontraksionit modern pasqyrohet në numrin e lartë të aborteve.

Hulumtimi mbi perspektivat e grave në kontraksion (Gryboski,K)⁹⁹ zbuloi një nevojë të paplotësuar për informacion të saktë në lidhje me kontraktivët midis grave dhe vajzave që

ndjekin universitetin. U vu në dukje një tabu e përhapur shoqërore në lidhje me diskutimin e kontraktivëve në publik ose me profesionistët e shëndetit, të cilat kufizojnë mundësitë e grave për të patur akses në informacion dhe këshillim për zgjedhjen dhe përdorimin e metodave kontraktive. Burimi i këtyre frikërave ishte informacioni nga miqtë dhe gjithashtu në një farë mase nga profesionistët e shëndetit.

Një vlerësim i organizimit aktual të shërbimeve të ofruara nga QKNF në mënyrë që t'i ofroheshin Ministrisë së Shëndetësisë evidenca dhe një përshkrim për organizimin efektiv të kujdesit shëndetësor parësor të nënës dhe fëmijës në zonat urbane, ishte raporti që (Gori,G)¹⁰⁰ përshkruan gjetjet e vlerësimit dhe sugjeronte një model riorganizimi bazuar në diskutimet mbi avantazhet dhe disavantazhet e kontekstit shqiptar dhe propozon një udhërrëfyes të ndarë në faza për zbatimin e modelit të propozuar.

Në këtë studim u identifikuan pikat e forta të sistemit tonë shëndetësor.

Qendrat janë "porta qasjeje" të rëndësishme për shërbimet shëndetësore, dhe përmes vizitave në shtëpi mund të arrihet pjesa më e madhe e popullatës, përfshirë dhe grupet vulnerable. Punonjësit kanë rrënjë të thella pranë komuniteteve ku ata ofrojnë shërbimet e tyre.

Përmirësimi i qasjes dhe përdorimi i metodave moderne kontraktive në mesin e të rinjve dhe grave (Zazo,A.)¹⁰¹ ishte studim që gjeti se ekspozimi ndaj programit të edukimit bashkëmohatar ndikoi në mënyrë të konsiderueshme në përdorimin e metodave moderne kontraktive; të ekspozuarit kishin 1,7 herë më shumë gjasa të raportojnë përdorimin e metodat moderne të kontraksionit, kur krahasohet në të gjithë ato që nuk u ekspozuan ndaj kësaj ndërhyrjeje.

Studentët e ekspozuar në programin e edukimit bashkëmohatar, kishin 2.3 herë më shumë gjasa për të identifikuar MCM-të e shumta. Të dhënat e studimit gjithashtu sugjeruan se edukimi i bashkëmohatarëve, kombinuar me një fushatë komunikimi afatgjatë do të çojë në ndryshimin e sjelljes dhe rritjen e përdorimit të kontraktivëve.

Shqipëria vazhdon të ketë një nga normat më të ulta të përdorimit të metodave moderne të PF në Evropë. Përveç kësaj, perceptimet negative për efektivitetin e metodës dhe të sigurisë janë të zakonshme. Aborti mbetet i lartë dhe pak e raportuar. Të dhënat tregojnë se aborti i padokumentuar po rritej me shpejtësi (Boci,A and Eichleay,M).¹⁰² Shprehimisht për shkak të përdorimit të ulët të kontraktivëve, qëndrimet negative ndaj kontraksionit, dhe mungesa e subvencioneve, ka bërë të mundur që norma e abortit të rritet.

Për të adresuar nevojat e klientëve të planifikimit familjar dhe për të përmirësuar shërbimet në Shqipëri, përpjekjet programatike duhet të fokusohet në qasjen dhe kalimin nga aborti në ndërhyrje strategjike parandaluese.

Ky studim rekomandoi që të zhvillohen politika dhe programe për të thyer "kulturën e abortit" të minimizohen idetë e gabuara mbi kontraksionin modern, dhe shpejt të shkojë në një qasje të "kulturës moderne të kontraksionit." Kjo mund të bëhet po të kombinohen dhe të integrohen

ndërhyrjet socio-ekonomike dhe intervenimet afatgjata shëndetësore në ndryshimin e sjelljes së individëve.

3. QËLLIMI I STUDIMIT DHE OBJEKTIVAT

3.1 QËLLIMI I STUDIMIT

Vlerësimi i njohurive, qëndrimeve dhe praktikave mbi metodat e planifikimit familjar, planifikimi i nevojave për kontracëion të grave dhe vajzave në prefekturën e Elbasanit.

3.2 OBJEKTIVI I PËRGJITHSHËM

Të identifkohen treguesit kryesorë të njohurive, qëndrimeve dhe sjelljeve të grave dhe vajzave të prefekturës Elbasan, lidhja e tyre me karakteristikat socio demografike. Do të identifkohen nevojat e paplotësuara për kontracëivë dhe për këto të formulohen rekomandime, për vendosjen e prioriteteve, hartimin dhe implementimin e programeve specifike ndërhyrëse me qëllim rritjen e prevalencën së përdorimit të kontracëivëve në prefekturën Elbasan.

3.3 OBJEKTIVAT SPECIFIKE

-Përshkrimi i popullatës së marrë në studim sipas, moshës, edukimit, vendbanimit, statusit social, gjendjes martesore, etnive.

-Prevalenca e njohurive mbi metodat e planifikimit familjar sipas, edukimit vendbanimit, statusit social, gjendjes martesore të grave dhe vajzave të marra në studim.

- Prevalenca e qëndrimeve mbi metodat e planifikimit familjar sipas, edukimit, vendbanimit, statusit social, gjendjes martesore, etnive.

-Prevalenca e praktikave, mbi metodat e planifikimit familjar sipas, edukimit, vendbanimit, statusit social, gjendjes martesore, etnive

-Lidhja midis nivelit të njohurive dhe moshës, edukimit, vendbanimit, statusit social, gjendjes martesore, etnive.

-Lidhja midis nivelit të qëndrimeve dhe moshës, edukimit, vendbanimit, statusit social, gjendjes martesore, etnive.

-Lidhja midis nivelit të praktikave mbi metodat e planifikimit familjar dhe moshës, edukimit qytet/fshat, statusit social, gjendjes martesor, etnive.

- Identifikimi i nevojave të paplotësuara për kontracëivë në mesin e grave dhe vajzave të martuara në prefekturën e Elbasanit.

-Lidhja midis aksesit ndaj shërbimeve shëndetsore, përfitimit të shërbimeve me shkallën e besueshmërisë ndaj personelit të qendrave shëndetësore.

3.4 HIPOTEZAT E NGRITURA DHE VARIABLAT

Në bazë të qëllimit të këtij hulumtimi, janë formuluar disa hipoteza:

H 1 - Ka lidhje midis përdorimit të metodave të planifikimit familjar dhe numrit të fëmijëve.

H 2- Ka lidhje negative midis gjendjes ekonomike dhe praktikimit të metodave moderne të kontracepsionit.

H 3 - Ka lidhje midis moshës dhe praktikimit të metodave moderne të kontracepsionit.

H4 - Ka lidhje midis diskutimit me bashkëshortët/partnerët dhe nivelit të përdorimit të kontraktivëve modernë të kontracepsionit.

H5 - Ka lidhje midis nivelit të përdorimit të kontraktivëve dhe besimit tek aftësitë e personelit shëndetësor të qendrës shëndetësore.

Për hulumtimin do të përdornim dy lloje të variablave, që janë të ndryshueshme të pavarur dhe të ndryshueshme të varur.

Mosha, variabël i vazhdueshëm

Niveli i arsimit, variabël kategorik

Etnia, variabël kategorik

Besimi fetar, variabël kategorik

Punësimi, variabël kategorik

Numri i fëmijëve, variabël i vazhdueshëm

Vendbanimi, dikotomik

Njohja e Planifikimit Familjar, variabël kategorik

Qëndrimi ndaj Planifikimit Familjar, variabël kategorik

Praktika e Planifikimit Familjar, variabël kategorik

3.5 METODOLOGJIA

3.5.1 FUSHA E STUDIMIT

Studimi është shtrirë në fushën e planifikimit familjar dhe kontracepsionit. Një analizë e situatës së shëndetit riprodhues e bërë nga Ministria e Shëndetësisë, konstatoi se në fushën e planifikimit familjar ka të dhëna të mjaftueshme që mbledhen nga Sistemi Logjistik i Menaxhimit të Kontraceptivëve, por matja e nivelit të njohurive, qëndrimeve dhe praktikave ishte pak i eksploruar. Nga kërkimet e literaturës në internet dhe asaj të botuar u pa që në Shqipëri ekziston vetëm Studimi Demografik Shëndetësor, që të dhënat i pasqyron në nivel kombëtar dhe nuk kishte studime në bazë rajonesh nga ku nuk mund të nxirren të dhëna për zona të caktuara për të bërë më pas ndërhyrje konkrete me strategji sektoriale lokale.

3.5.2 METODA KËRKIMORE

Studimi është cross sectional dhe teston prevalencën e njohurive, qëndrimeve dhe praktikave midis grave dhe vajzave të prefekturës mbi metodat e planifikimit familjar. Studimi sillet rreth çështjeve të tilla si identifikimi i njohurive, qëndrimeve dhe praktikave të metodave kontraceptive në mesin e grave dhe vajzave të prefekturës Elbasan.

Studimi synon të adresojë çështje të tilla si:

- (i) Niveli i njohurive të grave dhe vajzave për planifikimin familjar dhe për metodat e kontraceptive.
- (ii) Qëndrimet e tyre në drejtim të riprodhimit dhe praktikave të planifikimit familjar.
- (iii) Prevalenca e përdorimit të kontraceptivëve, praktikave në lidhje me metodat kontraceptive, shkallën e përdorimit të tyre.
- (iv) Identifikimin e nevojave të paplotësuara për planifikim familjar.
- (v) Qëndrimet e grave në vendimmarrje për numrin e lindjeve, kohën e lindjes, largësinë midis lindjeve si dhe qëndrimet ndaj metodave moderne, arsytet e mospërdorimit të tyre.
- (vi) Vlerësimi i aksesit ndaj shërbimeve të tilla nëpër qendrat tona shëndetsore dhe nivelin e besimit ndaj personelit shëndetësor nga gratë.

3.5.3 PERIUDHA KOHORE E STUDIMIT

Gjithë procesi i zbatimit të këtij studimi deri në përfundimin e këtij raporti është realizuar për një periudhë afërsisht 5 vjeçare, mars 2011-dhjetor 2015. Faza e parë u

fokusua në grumbullimin e të gjitha të dhënave ekzistuese lidhur me subjektin, me qëllim që të kuptonim kontekstin e problemit dhe të mundësonim shmangien e dublikimeve ose grumbullimin e të dhënave të panevojshme, duke gjetur se çfarë ishte e njohur deri tani dhe cilat aspekte kishin nevojë për studime më të thelluara. Gjatë kësaj periudhe u realizuan një sërë takimesh dhe konsultash me kolegë të fushës, u bë grumbullimi i materialeve të ndryshme të botuara si dhe navigime në internet. Studimi dhe përzgjedhja e asaj literature që do të ishte e përshtatshme për natyrën e studimit tonë. Faza tjetër ishte ajo e grumbullimit të të dhënave në terren, në vitet 2012-2014 e cila vazhdoi me hedhjen dhe analizën e të dhënave dhe u finalizua me shkrimin e këtij disertacioni.

3.5.4 POPULLATA TARGET DHE PËRZGJEDHJA E KAMPIONIT

Bazuar në supozime konservatore u llogarit se nevojiteshin 972 subjekte për evidentimin e diferencave të mundshme midis grupeve në studim.

Teknika e kampionimit në disa faza u aplikuar për të përzgjedhur popullatën në studim. Në mënyrë që të përfshinim të gjithë territorin e prefekturës si dhe të gjithë nivelet sipas gjendjes socio-ekonomike, ato janë grupuar në tri grupe bazuar dhe në madhësinë e popullsisë (komuna mbi 7000 banorë, komuna me mbi 5000 banorë dhe komuna me mbi 3000 banorë), pasi zona e banimit përgjithësisht lidhet me statusin socio-ekonomik. Llogaritja e kampionit u bë duke marrë për bazë të dhënat e Censurit të vitit 2011.

E gjithë prefektura Elbasan ka në përbërjen e saj ka 7 bashki dhe 43 komuna.

U hartua një listë e të gjitha zonave të banimit në prefekturën e Elbasanit.

Përcaktimi i grave do bëhej në mënyrë të thjeshtë. Nga lista e grave dhe vajzave të moshës riprodhuese në cdo zonë ne do të përzgjidhnim numrin 7 dhe do të vazhdonim me shumëfishat e shtatës për aq sa do kishim numër grash dhe vajzash të përzgjedhura sipas përcaktimit paraprak.

Nga qyteti i Elbasanit si një nga bashkitë më të mëdha do merreshin si kampion në studim 100 gra dhe vajza të moshës riprodhuese 15-49 vjeç. Në qytetet Elbasan dhe Peqin ne morëm në studim dhe 200 gra dhe vajza të komunitetit rom pasi kishim synim që në këtë studim të identifikonim dhe nevojat e këtij komuniteti. Nga dy bashkitë e tjera me numer gati të barabartë banorësh Librazhd dhe Gramsh do të pyeteshin nga 40 gra dhe vajza, ndërsa nga bashkitë më të vogla Peqin, Prrrenjas, Cërrik, Belsh do të përfshiheshin në studim për secilin nga 30 gra dhe vajza. Ndërsa përse i përket komunave kishim bërë një ndarje paraprake: nga 15 komunat me mbi 7000 banorë do të përfshinim në intervistime në sejcilën nga 15 gra dhe vajza, nga 17 komunat me mbi 5000 banorë do të përfshinim në intervista nga 7 gra dhe vajza nga sejcila komune dhe nga 11 komuna me mbi 3000 banorë do të përfshinim nga 5 gra dhe vajza për sejcilën komunë.

Nga 1000 gra dhe vajza në moshë riprodhuese të testuara, 972 gra u zgjodhën për studim dhe vetëm 800 ose 82.3% e tyre pranuan të testoheshin dhe ti përgjigjeshin pjesëmarrjes në studim dhe kjo besojmë se ishte e mjaftueshme, në mënyrë që të rritej edhe me tej

fuqia e studimit, pra probabiliteti i vënies në dukje të një lidhjeje statistikore, nëse ajo vërtet ekziston. Për të llogaritur madhësinë e kampionit u përdor fuqia e studimit 90 % dhe gabimi alfa në nivelin 5 %.

3.5.5 INSTRUMENTI I MBLEDHJES SË TË DHËNAVE

Gjatë fazës së hartimit të pyetësorit u konsultuan një sërë materialesh si dhe u konsideruan modele pyetësorësh të përdorur për studime afërsisht të ngjashme (Varkervisser C) (Miller LË) (Bradburn,N)^{103,104,105}.

Drafti paraprak i pyetësorit, u konsultua me ekspertë të ndryshëm të fushës, dhe më pas u pretestua me një grup prej 50 grash dhe vajzash të moshës riprodhuese. Bazuar në rezultatet e pretestimit u bënë modifikimet e nevojshme në pyetësor, dhe u hartua versioni përfundimtar i tij. Pyetësori u hartua me pyetje të mbyllura. Kjo sepse duke patur parasysh natyrën specifike të këtij pyetësi pyetjet e hapura mund ti vinin në vështirësi gratë. Nga ana tjetër pyetjet e hapura sigurisht janë të dobishme për marrjen në thellësi të informacionit sidomos për çështje të tilla të ndjeshme, duke hedh me tepër dritë mbi çështjet, por kërkojnë kujdes në pasqyrimin e të gjithë informacionit të grumbulluar për të shmangur humbjen e informatave të rëndësishme. Përveç kësaj, informacioni i marrë nga pyetjet e hapura është shumë i vështirë për tu analizuar statistikisht sepse përgjigjet nuk janë uniforme.

Nga ana tjetër, duke qënë se pyetësori përfshinte pyetje me opsione përgjigjesh të shumfishta të anketuarit ishin të prirur për tu përgjigjur në mënyrë të orientuar, pra të jepnin përgjigje sipas opsioneve të dhëna. Për të shmangur këtë bias të informacionit në shumë pyetje ishte vendosur edhe opsioni “tjetër”, i cili u mundësonte të anketuarave të shprehnin mendimet e tyre ashtu si ata i mendonin, pa u kushtëzuar nga opsionet e përgjigjeve të listuara në pyetësor.

Pyetësi përmbante pyetje të cilat grumbullonin informacion për;

- Karakteristikat socio-demografike, mosha e tyre, nëse jetonin në zonat urbane apo rurale, statusi i tyre civil, statusi ekonomik, arsimimi, etnia, feja.
- Testohet përmes këtij pyetësi niveli i njohurive të tyre mbi shëndetin riprodhues dhe metodat e planifikimit familjar si dhe burimi i informacionit si dhe nëse e dine se ku ta gjejnë një metodë moderne të kontracepsionit.
- Historia riprodhuese e grave është regjistruar me variablat e mëposhtme: Mosha e martesës dhe e lindjes së parë, mosha e shtatzanisë së fundit, numri i përgjithshëm i shtatzënive, fëmijët që jetojnë, abortet spontane dhe me kërkesë dhe arsyeja.
- Kërkohej që përmes pyetjeve sa fëmijë do të donin në jetën e tyre, kur të merrej informacion mbi të ardhmen e tyre riprodhuese dhe nëse ato do ta përdornin në të

ardhmen një metodë moderne kontraceptive, për të identifikuar nevojat e paplotesuara të tyre për kontracepsionin.

- Informacion në lidhje me përdorimin e metodave të planifikimit familjar si dhe problemet e infertilitetit janë mbledhur gjithashtu duke kërkuar informacion për të shkuarën dhe të tashmen e riprodhimit. Arsyet e ndërprerjes së përdorimit të metodës apo mos përdorimit u identifikuan përmes pyetjeve.
- E dhënë e fundit e mbledhur përmes intervistës ishte aksesimi i tyre ndaj shërbimeve të shëndetit riprodhues, sa ishin përdorur, si dhe shkalla e besimit tek personeli i tyre shëndetsor.

Intervistat janë realizuar ballë për ballë duke ruajtur konfidencialitetin.

Çdo individ u informua mbi pyetsorin dhe fillohej intervista me një pëlqim verbal të marrë para intervistës. Ata u informuan në mënyrë të qartë se pjesëmarrja nuk është e detyrueshme dhe se në qoftë se ata dëshironin mund të ndalonin intervistën në çdo moment dhe kjo nuk do të kishte asnjë lloj pasoje. Për më tepër ata ishin të sigurvek se të dhënat dhe informacioni që ato do ndanin me ne do të ishin konfidencial dhe vetëm për studimin.

3.5.6 PROCEDURA E MBLEDHJES SË TË DHËNAVE

Faza e mbledhjes së të dhënave në terren, ka qënë një sfidë mjaft e madhe, për numurin e pyetsorëve, por dhe për mënyrën e mbledhjes së të dhënave. Faza e mbledhjes së të dhënave, u parapri nga një pretest për të bërë validimin e sensitivitetit dhe specificitetit të testit.

Për shkak të karakterit tepër sensitiv të subjektit të marrë në studim (mbasi pyetjet përmbanin informacion tepër personal për shëndetin seksual të të intervistuarave), bazuar edhe në eksperiencat tona të mëparshme, konsideruam faktin që plotësimi i pyetësorit me intervistim të drejtpërdrejtë do të ishte i pranueshëm, por duhet të ishte shumë i kujdesshëm. Për të realizuar pyetsorin u zgjodhën persona që kishin patur eksperiencat të mëparshme me plotësimin e pyetsorëve me natyrë të ngjashme. Nuk pranuan plotësimin me vetëadministrim, sepse druham se do të mbarte në vetvete rrezikun e pasaktësive të mundshme në lidhje me kuptimin dhe përgjigjen e saktë të pyetjeve dhe me shmangiet nga përgjigjet.

Filluam në fillim me pyetsorin në zonat urbane, për të vazhduar më pas me plotësimin e pyetsorëve në komunitetin rom dhe në fund me intervistimet në zonat rurale.

3.5.7 PYETSORI I REALIZUAR

Pyetsor

Përshëndetje!

Unë quhem Zamira Çabiri dhe jam duke bërë një studim për përcaktimin e nivelit të njohurive, qëndrimeve dhe sjelljeve tek gratë dhe vajzat e moshës 14-49 vjeç në prefekturën e Elbasanit lidhur me shëndetin riprodhues dhe planifikimin familjar .

Pjesëmarrja juaj ne këtë studim është shumë e rëndësishme, sepse informacioni i grumbulluar do të ndihmojë për të vlerësuar situatën aktuale lidhur me shëndetin riprodhues dhe përdorimin e metodave kontraceptive si dhe do të ndihmojë politikbëresit dhe profesionistët e shëndetit të ndërtojnë programe sa më specifike për gratë dhe vajzat, si dhe të përmirësojë programet egzistuese.

Çdo informacion që do të merret prej jush, do të ruhet në mënyrë konfidenciale dhe të dhënat tuaja dhe emri juaj nuk do të përmendet asnjëherë.

Unë do tju lutesha që ti dëgjoni me kujdes pyetjet dhe ti përgjigjeni me sinqeritet vetëm në bazë të asaj që dini, ose që bëni. Plotësimi i këtij pyetëtori është vullnetar. Nëse nuk ndiheni rehat të përgjigjeni ndonjë pyetjeje thjesht mos iu përgjigjini dhe kalojmë në pyetjen tjetër. Në pyetsor nuk ka përgjigje të drejta apo të gabuara. Nëse mendoni se asnjëra nga përgjigjet nuk është ajo që ju mendoni, disa pyetje kanë opsioni “tjetër” dhe ju jepni atë përgjigje që ju mendoni. Pyetëtori kërkon rreth 15-20 minuta për t’u përgjigjur. Nëse jeni dakort mund të fillojmë që tani.

Seksioni 1: Karakteristikat social ekonomike

Emër Mbiemer		
Mosha	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Vendbanimi	a) qytet b) fshat	
Shkolla që keni mbaruar	a) pa arsim b) fillor c) 9-vjecar d) mesëm e) I lartë	
Statusi civil	a) Beqare b) E martuar c) E divorcuar d) E ve e) Bashkëjeton f) E lidhur	
A jeni aktualisht duke punuar	a) po b) jo	
Jeni e punësuar në :	a) Sektor publik b) Sektor privat c) E vetëpunësuar	
Besimi të cilit i përkisni	a) asnjë b) katolik c) ortodoks d) musliman e) tjetër	
Kujt etnie i përkisni?	a) Shqiptar b) Grek c) Egjyptian d) Rome e) Maqedonas f) Vlleh g) Tjetër	

Seksioni 2: Informacioni dhe njohuritë në shëndetin riprodhues dhe planifikimin familjar, metodat dhe burimin.

<p>1 A keni marrë ju informacion se: Nga një periudhë menstruale tek tjetra, janë disa ditë në të cilat gruaja ka më shumë mundësi të mbetet shtatzënë po të ketë marrëdhënie seksuale?</p>	<p>a Po b Jo</p>	
<p>2 Kjo kohë është: para fillimit të periodave, gjatë periodave, sapo kanë mbaruar periodat, apo në mes të dy periodave</p>	<p>A Menjëherë para periodave B Gjatë periodave C Menjëherë pasi kanë mbaruar periodat D Në mes të dy periodave E Nuk e di</p>	
<p>3 A keni dëgjuar për planifikimin familjar?</p>	<p>a Po b Jo</p>	
<p>4 Planifikimi familjar për ju do të thotë:</p>	<p>Te kontrollosh hapsiren midis lindjeve Te parandalosh nje shatzani te pa planifikuar Te parandalosh nje abort Te gjitha</p>	
<p>5 A keni dëgjuar për metodat e planifikimit familjar?</p>	<p>a Po b Jo (nëse po)</p>	<p>(nëse jo, shko tek 9)</p>
<p>6 Për ke nga këto metoda keni dëgjuar?</p>	<p>A Kontraceptivi oral i kombinuar B Kontraceptivi oral vetëm me progesterone C Kontraceptivë injektabel D Dispozitivi intrauterine (aparati,sterileja) E Ligaturën e tubave F Spermicitet G Diafragmat H Prezervativin J Kontracepsionin e urgjences K Ushqyerjen me gji L Metoda kalendarike M Tërheqjen</p>	

<p>7 Nga kush keni dëgjuar ?</p>	<p>A Mjeku i Q Shëndetsore B Infermieri i Q shendetsore C Mjek obstetër-gjinekolog D Media (vizive apo e shkruar) E Farmacist F Shoqe G Të afërm H Bashkëshort/partner J Të tjerë (specifiko)</p>	
<p>8 A dini se ku ta gjeni një kontraktiv ?</p>	<p>A Qendër shëndetsore B Maternitet C Farmaci D Supermarket E Konsultore gruaje F Klinikë e planifikimit familjar G Ambulancë H Tjetër (specifiko) </p>	

Seksioni 3: Identifikimi i qëndrimeve dhe nevojave të paplotësuara

9 A keni qënë ndonjëherë shtatzënë?	a Po b Jo
10 A jeni aktualisht shtatzënë?	a Po b Jo c Nuk jam e sigurtë
11 Kush do të ishte mosha ideale për lindjen e parë?	A 15-19 B 20-24 C 25-29 D 30-34 E 35-39 F Mbi 40
12 Numuri i shtatzanive gjithsej	<input type="text"/> <input type="text"/>
13 Nr i fëmijëve që keni aktualisht	<input type="text"/> <input type="text"/>
14 Seksii i fëmijëve	<input type="text"/> <input type="text"/>
15 Sa vjeç ishit kur u martuat ?	<input type="text"/> <input type="text"/>
16 Sa vjeç ishit kur lindët fëmijën e parë?	<input type="text"/> <input type="text"/>
17 Sa vjeç ishit kur mbaroi shtatzania e fundit ?	<input type="text"/> <input type="text"/>
18 Në kohën që mbetët shtatzënë, a dëshironit të mbeteshit atëherë, apo dëshironit të prisnit për më vonë, apo nuk dëshironit fare fëmijë të tjerë?	a atëherë b më vonë c fare
19 Keni patur ndonjë shtatzani që ka përfunduar me dështim spontan	a Po b Jo
20 A keni kryer abort me kërkesë?	a Po b Jo (Nëse po)

<p>21 Kush ishte shkaku ?</p>	<p>A Studimet B Shtatzania nuk ishte e planifikuar C Shumë e re për të patur një fëmi D Fëmijë tjetër i vogël E Arsye ekonomike F Fëmijë vajzë G Mbyllje e numurit të lindjeve H Tjetër (specifiko).....</p>
<p>22 A do të donit të lindnit më fëmijë ?</p>	<p>a Po b Jo c Nuk jam e sigurtë (Nëse po)</p>
<p>23 Pas sa kohësh ?</p>	<p>A Pas një viti B Pas dy vjetësh C Pas tre vjetësh D Pas pese vjetësh E Nuk e di F Tjetër</p>
<p>24 Sa fëmijë do të doni të kishit në jetën tuaj?</p>	<p>A një B dy C tre D më shumë se tre E nuk e di</p>
<p>25 Kush do të vendoste për numrin e fëmijëve dhe kohën e lindjes?</p>	<p>A vetë B Bashkëshorti C Të dy D Vjehri E Vjehra F Të tjerë (specifiko).....</p>
<p>26 Kush do të ishte sipas mendimit tuaj largësia ideale midis lindjeve ?</p>	<p>A 1-2 vjet B 2-3 vjet C 3-4 vjet D 4-5 vjet E mbi 5 vjet</p>
<p>27 A keni diskutuar ndonjëherë me bashkëshortin/ partnerin për planifikimin familjar dhe metodat kontrceptive?</p>	<p>a Po b Jo</p>

Seksioni 4 : Përdorimi i metodave kontraceptive

<p>28 A keni përdorur ndonjëherë nga këto metoda për të shmangur një shtatzani ?</p> <p>*Rretho sa lloj kontraktivësh ka përdorur (Nëse jo, shko te pyetja 38)</p>	<p>A Kontraceptivi oral i kombinuar B Kontraceptivi oral vetëm me progesterone C Kontraceptivi injektabel (depoprovera) D Dispozitivi intrauterine (aparati, sterileja) E Ligaturën e tubave F Spermicitet G Diafragma H Prezervativin J Kontracepsionin e urgjencës K Ushqyerjen me gji L Metoda kalendarike M Tërheqjen</p>
<p>29 Herën e parë kur përdoret diçka apo bëtë dicka që të mos mbeteshit shtatzënë, sa fëmijë kishit ?</p>	<p>A Asnjë B Një C Dy D Tre E Më shumë se tre</p>
<p>30 Aktualisht a jeni duke përdorur ndonjë mënyrë apo duke bërë diçka për të shmangur shtatzaninë?</p>	<p>a Po b Jo (shko tek pyetja 37) (Nëse po)</p>
<p>31 Çfarë metode po përdorni ?</p>	<p>A Sterilizimi femeror B Spermicit C Pilula/kokrra D IUD (sterile, aparati) E Gjilpëra/injeksionet F .Prezervativ G Diafragma H Shkumë/xhel J Kontracepsion urgjences K LAM (ushqyerja me gji) L Mënyra ritmike ,kalendarike M Tërheqja N Tjetër</p>
<p>32 Sa kohë keni që e përdorni këtë metodë ?</p>	<p>A Vite (sa?) <input type="checkbox"/> B muaj (sa?) <input type="checkbox"/></p>
<p>33 Ku e gjetët kontraceptivin ?</p>	<p>A Qendër shëndetsore B Maternitet C Farmaci D Supermarket E Konsultore gruaje F Klinikë e planifikimit familjar G Ambulancë H Tjetër (specifiko) </p>

34 A keni marrë instruksione për të mësuar përdorimin e kontraceptivit që keni zgjedhur ?	a Po b Jo (Nëse po)
35 Nga kush?	A Mjeku i familjes. B Obstetër/ gjinekologu C Infermiere/ mami D Mjek privat E Farmaci F Punonjës social G Tjetër
36 A ju tha ndonjë çfarë efekte anësore apo probleme mund të keni me metodën dhe çfarë duhej të bëni?	a Po b Jo
37 Pse e keni ndërprerë metodën ?	A Donit të ngelnit shtatzënë B Ngelët shtatzënë ndërsa po përdornit metodën C Efektet anësore D Dëmtimet në shëndet E Vështirësi në përdorim F Nuk frekuenton sex/ bashkëshorti i larguar G Bashkëshorti/partneri nuk është dakort H Do një metodë më efektive J Qendra shëndetsore /farmacia janë larg K Shtatzani / menopause L Metoda nuk gjendet M Tjetër (specifiko)_____
38 Kush është arsyeja që nuk përdorni asnjë metodë moderne kontraceptive?	A Të vështira për tu marrë B Frika nga efektet anësore C Frikë nga pasojat në shëndet D Dua fëmijë tjetër E Nuk është dakort bashkëshorti F Kam njohuri të pakta G Nuk kam partner H Nuk di ku gjenden J Largësia nga qendra që i ofron K Kam besim tek partneri L Nuk e shoh të nevojshëm përdorimin M Arësye të tjera (specifiko)_____
39 A do të përdornit në të ardhmen ndonjë metodë moderne të kontracëpsionit?	a po b jo c nuk e di

Section 5 : Perceptimi mbi shërbimin shëndetsor

<p>40 Sa larg është qendra juaj shëndetsore ?</p>	<p>A < 1 km B 1-5 km C mbi 5km</p>	
<p>41 A e dini që në qendrën tuaj shëndetsore ofrohet shërbim i planifikimit familjar?</p>	<p>a po (Nëse po)</p> <p>b jo</p>	<p>(nëse jo, shko tek 45)</p>
<p>42 A keni marrë ndonjëherë shërbime të planifikimit familjar në qendrën tuaj shëndetsore apo në ambulancë?</p>	<p>a po (Nëse po)</p> <p>b jo</p>	<p>(nëse jo shko tek 45)</p>
<p>43 Sa herë keni marrë shërbime të tilla të paktën vitin e fundit?</p>	<p>A Një herë B Dy herë C Tre herë D Më shumë se tre herë</p>	
<p>44 Kur bëtë vizitën e fundit, kush ishte shkaku?</p>	<p>A Kontracepsion B Infeksion gjinekologjik C Vizitë gjinekologjike D Test shtatzanie E Abort F Ndjekje shtatzanie G Tjeteër</p>	
<p>45 A besoni në aftësitë e personelit shëndetsor për shërbimet e planifikimit familjar?</p>	<p>a po</p> <p>b jo</p>	

Ju faleminderit !

3.5.8 ANALIZA E TË DHËNAVE

Për hedhjen, përpunimin dhe analizën statistikore të të dhënave u përdor programi statistikor **SPSS** (Statistical Package for Social Sciences) version 22.0. Të gjitha pyetjet u analizuan në këtë skemë.

Analiza dhe interpretimi i të dhënave u bë bazuar mbi standarte të pranuar shkencërisht duke u përqëndruar në gjetjet kryesore më të rëndësishme.

Një sërë treguesish, teknikash dhe testesh statistikore u përdorën për të përshkruar, vlerësuar dhe interpretuar të dhënat e disponueshme në këtë studim si dhe lidhjet midis variableve të ndryshme.

Për ndryshorët /variablet numerike u raportuan madhësitë e prirjes qendrore (mesatarja aritmetike) dhe madhësitë e dispersionit (shmangia standarde). Për ndryshorët kategorikë u raportuan numrat absolutë dhe përqindjet respektive.

Për vlerësimin dhe lidhjet midis variableve të ndryshme u përdorën teste statistikore në përshtatje me natyrën e variableve që marrin pjesë në një lidhje të caktuar.

Pas hedhjes, ndërtimit të databazës së variablave dhe kodimit të tyre përdorëm bazën e të dhënave të krijuar në excel e cila u importua në formatin SPSS vs 22.0. Opsionet e pyetjeve janë koduar në mënyrë që të bëhej i mundur përpunimi i tyre statistikor dhe paraqitja e analizës statistikore në formën e tabelave dhe grafikëve. Analiza e parë është përshkruese (deskriptive) dhe paraqitet nëpërmjet tabelave që për çdo pyetje ka përqindjet e fituara përmbledhëse si dhe përqindjet e vlefshme për çdo option (d.m.th përqindjet pa marrë parasysh vlerat e munguara). Disa nga tabelat janë shoqëruar me grafikun përkatës, që u përgjigjet përqindjeve të vlefshme, duke mos marrë parasysh vlerat e munguara, pra rastet kur i intervistuari nuk i është përgjigjur pyetjes. Një sërë treguesish, teknikash dhe testesh statistikore janë përdorur për të përshkruar, vlerësuar dhe interpretuar të dhënat e disponueshme në këtë studim, si dhe lidhjet (shoqërimet) midis variableve të ndryshme. Për variablet numerike janë raportuar madhësitë e prirjes qendrore (mesatarja aritmetike) dhe madhësitë e dispersionit (shmangia standarde). Për vlerësimin e lidhjeve (shoqërimeve) midis variableve të ndryshme janë përdorur teste statistikore në përshtatje me natyrën e variableve që marrin pjesë në një lidhje të caktuar. Në rastin e variableve numerike (të vazhdueshme) ka kuptim të flasim për vlerën mesatare të tyre dhe krahasimin e vlerës mesatare të këtij variabli midis grupeve në studim.

Në rastin kur variabli numerik është i shpërndarë në mënyrë normale në popullatën e studimit (pra, vlera mesatare, mediana dhe moda janë të përafërta me njëra-tjetrën dhe kurba nuk është e zhvendosur shumë majtas apo djathtas, apo shumë lart apo poshtë kurbës normale), atëherë për vlerësimin apo krahasimin e vlerave mesatare mes dy grupeve u përdor testi “t” i Studentit, i cili është një test që duhet aplikuar kur të dhënat janë shpërndarë në mënyrë normale. Në rastin kur variabli numerik nuk i përmbush

kushtet e një shpërndarjeje normale, atëherë testi “t” i Studentit është i papërdorshëm, sepse dëmtohet normaliteti i shpërndarjes së vlerave të variablit. Prandaj përdoret një test tjetër që merr parasysh këtë situatë, siç është testi joparametrik Mann-Ëhitney. Rezultatet nga këto teste janë raportuar vetëm nëse vlera përkatëse e domethënies statistikore ka qënë më e vogël se 5%. Për vlerësimin e shoqërimeve midis variableve kategorike është përdorur testi statistikor hi katror. Ky është testi i parapëlqyer për vlerësimin e shoqërimeve midis variableve kategorike. Ky test raporton vlerën e P-së, si dhe shkallën e lirisë.

Për paraqitjen grafike të të dhënave, krahas tabelave, u përdorën edhe bar-diagramet pasi natyra e të dhënave tona favorizonte përdorimin e kësaj teknikë (e përshtatshme për vizualizimin e të dhënave kategorike). Gjithashtu, u përdorën edhe grafikët në trajtë pie charts, column, bar, etj.

3.5.9 TESTIMI I HIPOTEZAVE

Për testimin e hipotezave të ndryshme të studimit u përdor Regresioni Logjistik Binar. Që të aplikohet kjo teknikë, duhet që variabli i varur të jetë dikotomik, pra të ketë dy kategori. Në thelb, Regresioni Logjistik Binar parashikon vlerat e një variabli të varur bazuar në një ose më shumë variable të pavarur. Regresioni Logjistik Binar vlerëson raportin e gjasave që një ngjarje e caktuar e variablit të varur të ndodhë bazuar në vlerat e një ose më shumë variablave të pavarura. Më konkretisht vlerësohet se sa herë më shumë ose sa herë më pak ka gjasa që një ngjarje e varur të ndodhë në varësi të kategorive të variablit të pavarur, një prej të cilave merret si kategori referencë. Në mënyrë që të kontrollohej efekti i variableve të ndryshëm konfondues, janë përdorur dy modele të Regresionit Logjistik Binar. Variable konfondues janë të gjithë ata variable të cilët, në mënyrë të drejtpërdrejtë apo jo të drejtpërdrejtë, ndikojnë në lidhjen e interesit. Për këtë arsye fillimisht u realizua lidhja univariate, pra krudo, bruto apo e pakontrolluar për asnjë faktor të mundshëm konfondues midis variableve të interesit. Analiza krudo është e nevojshme pasi ndihmon tek orientimi drejt faktorëve të mundshëm konfondues, të cilët më pas do të futen në modelet e tjera të analizës. Hapi pasues ka qënë kontrollimi apo axhustimi i moshës, gjinisë edukimit, punësimit, vendbanimit, ky përfaqëson dhe modelin tonë final, ku rezultatet janë të axhustuar për të gjithë faktorët potencialisht konfondues të përfshirë në studim.

Ky përfaqëson dhe modelin tonë final, ku rezultatet janë të axhustuar për të gjithë faktorët potencialisht konfondues të përfshirë në studim.

Në të gjitha rastet, u konsideruan si statistikisht sinjifikante vlerat e $P < 0.05$.

3.6 KONSIDERATA ETIKE E STUDIMIT

Studimet të tilla që grumbullojnë informacion personal duhen disenjuar në një mënyrë etike që të mbrojnë individët pjesmarrës në studim, mbështetur kjo edhe në Kartën e të Drejtave Fundamentale të Bashkimit Evropian (EU) ¹⁰⁶.

Bazuar në këto konsiderata etike, gratë dhe vajzat e intervistuar u informuan paraprakisht për qëllimin e studimit, për privatësinë e konfidencialitetin duke i siguruar se pyetësi do të ishte anonim dhe se të dhënat e grumbulluara prej tyre nuk do të ishin të identifikueshme. Të gjitha këto ishin të pasqyruara në faqen e parë të pyetësit dhe një miratim gojor i informuar u mor prej pjesëmarrësve përpara fillimit të intervistimit. Për të ruajtur privatësinë gratë u intervistuan veç dhe në ambiente të vecanta.

3.7 LIMITET E STUDIMIT

Pavarësisht kujdesit për të disenjuar dhe realizuar një studim bazuar në standarte të njohura shkencore, disa kufizime të këtij studimi ishin të mundura dhe janë përshkruar më poshtë:

- Në studime ku sasia e pyetësorëve është e madhe dhe duhet të angazhohen disa njerëz, është e njohur se përgjigjet janë objekt i një mbi apo nën raportimi. Kjo është edhe më e evidente sidomos kur bëhet fjalë për çështje kaq sensitive si sjelljet seksuale të subjekteve në studim. Duke qënë se të dhënat tona derivojnë pikërisht prej faktit që kanë refuzuar ti përgjigjen pyetjeve të veçanta mendojmë se mund të jenë subjekt i këtij limitimi.

- Një nga limitet e tjera këtij studimi ishte ndërtimi i pyetësit me pyetje të mbyllura, duke limituar në këtë mënyrë explorimin në detaj të çështjes në studim dhe kështu ne nuk mund të merrnim informacion në thellësi prej të intervistuarve. Për më tepër kur bëhet fjalë për çështje kaq sensitive siç është shëndeti riprodhues dhe kontracepsioni.

- Gjithashtu, hartimi i pyetësit me pyetje të cilat orientonin dhënien e përgjigjeve, ishte objekt i një biasi informacioni përderisa të intervistuarit, duhet të zgjidhnin vetëm përgjigjet e listuara në pyetësor (Brener ND)¹⁰⁷

Për të evituar këtë, pra për tu mundësuar të intervistuarve të shprehin lirshëm opinionet e tyre, pa u kushtëzuar nga opsionet e përgjigjeve të listuara në pyetësor, ne për disa pyetje kishim vendosur edhe opsionin “tjetër”.

- Një limit tjetër i studimit ishte dhe vështirësia në perceptimin e pyetjeve të pyetësorit nga gra dhe vajza të pa arsimuara, por dhe që lidhen me gjuhën dhe komunikimin sidomos për komunitetin rom.

Pavarësisht këtyre limiteve, ne mendojmë se studimi ynë do të ofrojë të dhëna të

dobishme në lidhje me njohuritë qëndrimet dhe sjelljet grave dhe vajzave të prefekturës Elbasan lidhur me planifikimin familjar.

3.8 PËRKUFIZIME KONCEPTUALE

Përkufizimet e mëposhtme japin nocionin e termave të cilat janë të përdorur më së tepërmi në këtë temë:

Shëndet Riprodhues

Periudha e moshës në të cilën individët janë të aftë për t'u bërë prindër. Termi mund të aplikohet për burrat dhe gratë, por më shpesh iu referohet femrave.

Planifikim familjar

Përpjekje e vetëdijshme e çifteve apo individëve për të planifikuar numrin e fëmijëve që ata duan dhe për të rregulluar hapësirën dhe kohën e lindjeve, përmes përdorimit të metodave kontrceptive.

Metoda kontrceptive

Tërësia e metodave dhe mjeteve (natyrale dhe moderne) në dispozicion të individit apo çiftit për të realizuar shmangien e një shtatzanie të paplanifikuar.

Njohja e periudhës fertile

Shpërndarja në përqindje e femrave me njohuri rreth periudhës pjellore gjatë ciklit të ovulimit, për të gjitha gratë.

Njohja e metodave kontrceptive

Përqindja e të gjitha grave aktualisht të martuara, dhe të grave të pamartuara seksualisht aktive që dinë për ndonjë metodë kontrceptive.

Qëndrimet e çifteve ndaj planifikimit familjar

I referohet shpërndarjes në përqindje të femrave të cilat e njohin një metodë kontrceptive të planifikimit familjar dhe e lidhin me perceptimin dhe miratimin e bashkëshortëve të tyre.

Praktikë

Do të thotë zbatimin e rregullave dhe njohurive në veprim. Kjo do të thotë se sa i përdorin gratë dhe vajzat metodat kontrceptive që njohin.

Prevalenca kontrceptive

Eshtë përqindja e grave të moshës riprodhuese që janë duke përdorur, ose partneri i së cilës është duke përdorur një metodë kontrceptive në një pikë të caktuar të kohës.

Përdorimi aktual i kontraktivëve

Shpërndarja në përqindje e të gjitha grave, aktualisht të martuara dhe të femrave të pamartuara, seksualisht aktive që janë duke përdorur aktualisht një metodë kontrceptive, sipas moshës.

Përdorimi aktual i kontrceptionit sipas karakteristikave të përzgjedhura

Shpërndarja në përqindje e femrave aktualisht të martuara që janë aktualisht duke përdorur një metodë kontrceptive, sipas karakteristikave të përzgjedhura.

Përdorim ndonjëherë i kontrceptionit

Përqindja e të gjitha grave dhe e femrave aktualisht të martuara dhe të femrave të pamartuara seksualisht aktive që kanë përdorur ndonjëherë ndonjë metodë kontrceptive, sipas metodës specifike dhe moshës.

Nevoja të paplotësuara për kontrception

Koncepti i nevojave të paplotësuara i referohet hendekut ndërmjet qëllimeve riprodhuese të grave dhe sjelljes së tyre karshi kontrceptionit.

Gratë me nevoja të paplotësuara për planifikim familjar janë ata gra që janë fertile dhe seksualisht aktive, por nuk janë duke përdorur ndonjë metodë të kontrceptionit dhe pse nuk duan më fëmijë, apo duan të vonojë lindja e fëmijës tjetër.

4. REZULTATET DHE DISKUTIMI I TË DHËNAVE

Në këtë seksion janë paraqitur gjetjet më të rëndësishme të këtij studimi. Të dhënat janë prezantuar të ndara në pesë kapituj të veçantë: 1) karakteristika demografike dhe socio ekonomike; 2) të dhëna mbi njohuritë e subjekteve në studim; 3) të dhëna mbi qëndrimet tyre rreth fertilitetit dhe metodat e PF; 4) të dhëna mbi sjelljet dhe praktikat ndaj kontracepsionin; 5) aksesin ndaj shërbimeve shëndetësore të SHR dhe besueshmëria tek personeli shëndetësor.

4.1 KARAKTERISTIKA DEMOGRAFIKE E SOCIO - EKONOMIKE

Në këtë studim morën pjesë 800 gra dhe vajza të prefekturës Elbasan.

Mosha mesatare e subjekteve në studim ishte 32.8 vjeç me deviacion standart ± 1.963 me një përfaqësim të moshës minimale 15 vjeç dhe maksimale 49 vjeç.

Të anketuarave në sesionin e parë i janë mbledhur të dhëna që kanë të bëjnë me demografinë dhe statusin social- ekonomik.

Kështu të gjitha gratë dhe vajzat i përkasin moshës riprodhuese 14-49 vjeç dhe kritere përjashtuese ishin: mosha nën 14 vjeç dhe mbi 49 vjeç, banorë jashtë zonës së studimit si dhe seksi mashkull.

Tabela 2. Frekuenca dhe përqindja e shpërndarja e të intervistuarave sipas moshës.

GRUP MOSHAT	Nr	%
15-19 vjeç	113	14.1
20-24 vjeç	159	19.9
25-29 vjeç	105	13.1
30-34 vjeç	114	14.3
35-39 vjeç	108	13.5
40-44 vjeç	111	13.9
45-49 vjeç	90	11.2
Total	800	100 %

Grafiku 2. Shpërndarja e subjekteve të marrë në studim sipas grupmoshës.

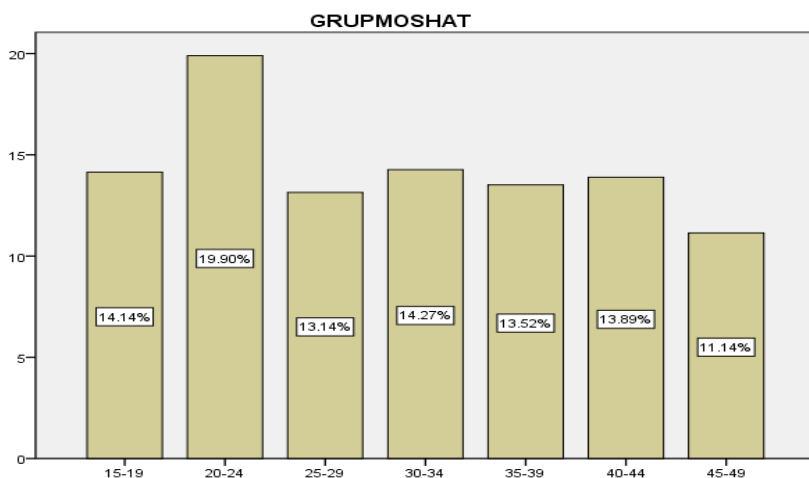


Tabela dhe grafiku i mësipërm tregojnë se numri më i lartë i grave dhe vajzave të intervistuar janë të moshës 20 deri në 24 vjeç dhe përbëjnë 19.9 % të të gjitha të intervistuarave.

Numri dytë më i lartë i të anketuarve është i grupmoshës prej 30-34 vjeç, e cila ishte 14.27% e të gjitha grave dhe vajzave të intervistuarave.

Rreth 14.14 % e të anketuarve janë të ardhur prej grupmoshës prej 14-19 vjeç, dhe 13.52% e të anketuarve janë të grupmoshës 35 deri 39 vjeç, Grupmoshës 40 deri në 44 vjeç i përkasin 13.89 % e të anketuarve dhe 11.14 % vjen nga grupmosha 45 deri 49 vjeç.

Vihet re një dominim i grupmoshës 20-24 vjeç me rreth 5% më shumë se çdo grupmoshë tjetër, por kjo ishte e rastësishme për shkak të përzgjedhjes, megjithatë mendojmë se është me vlerë për arsye të specifikave të kësaj grupmoshe si moshë shumë e re, shumë aktive seksualisht, moshë që ndoshta ka realizuar martesën dhe lindjen e parë.

Grupmosha më pak e përfaqësuar vihet re që ishte ajo 45-49 vjeç, por dhe kjo nuk mund të shmangëj duke qënë zgjedhje e rastësishme, por gjithsesi besojmë se përfaqësimi është i konsiderueshëm sa na lejon të marrim të dhëna të mjaftueshme dhe për këtë grupmoshë.

Tabela 3. Shpërndarja e subjekteve sipas vendbanimit statusit martesor, nivelit arsimor dhe punësimit.

VENDBANIMI	Nr	%
QYTET	500	62.5
FSHAT	300	37.5
Total	800	100%

STATUSI CIVIL	Nr	%
BEQARE	146	18.3
MARTUAR	606	75.8
DIVORCUAR	9	1.1
E VE	1	0.1
BASHKEJETON	12	1.5
E LIDHUR	26	3.3
Total	800	100%

NIVELI I EDUKIMIT	Nr	%
PA ARSIM	56	7.0
FILLOR	145	18.1
9-VJECAR	181	22.6
MESEM	223	27.9
I LARTE	195	24.4
Total	800	100%

PUNËSIMI	Nr	%
PA PUNE	461	57.6
PUBLIK	107	13.4
PRIVAT	106	13.3
VETEPUNESUAR	126	15.8
Total	800	100%

Prej të intervistuarave, 500 jetonin në zonë urbane dhe 300 në atë rurale.

Duket sikur qyteti është përfaqësuar më shumë se fshati dhe kjo është e vërtetë për një arsye, sepse në studim kërkohet të merret në dhëna për etninë rome. Prandaj u përfshinë në studim dhe 200 gra dhe vajza të komunitetit rom që jetojnë në prefekturë, pasi në studimin Demografik Shëndetsor të vitit 2008-2009 nuk është përfaqësuar etnia rome. Nga 7527 gra të intervistuar në të gjithë Republikën në këtë studim, vetëm 101 ishin të etnisë rome (ADHS) ¹⁰⁸.

Duke qënë se mosha riprodhuese lidhet me moshën e martesës shumica e grave të kontaktuar janë të martuara, rreth 75,8 %, ndërsa 18.3% referuan se janë beqare në momentin e intervistimit. Por zgjedhja e rastësishme na interesonte që të kishim gra dhe vajza dhe me status tjetër, të divorcuara, të veja, qëbashkëjetojnë dhe të lidhura. Me

termin “e lidhur” nënkuptohet statusi “e fejuar” dhe kjo shpesh është nënkuptuar ose dhe i është shpjeguar.

Tabela e cila tregon nivelin arsimor të të anketuarve evidenton faktin që numri më i lartë i të intervistuarave është me arsim të mesëm, 223 ose 27.9%.

Gratë dhe vajzat me arsim të lartë zënë 24,4% të të anketuarave .

Numri i grave dhe vajzave me arsim 9 vjeçar është i treti në përqindje me 22.6%.

Me arsim fillor janë rreth 18.1 % e të anketuarave dhe këto më shumë janë pjesë e komunitetit rom.

Numri i të anketuarave që ishin pa arsim zinin rreth 56 (7.0 %) të totalit, pothuajse të gjithë i përkasin komunitetit rom.

Mbi gjysma e të intervistuarave deklaroi se ishin të papuna, rreth 461(57.6%) dhe ka një dominim të grave që jetojnë në zonat rurale si dhe shumë gra të komunitetit rom.

Vihet re një përqindje pothuajse e barabartë e grave të punësuara në sektorin publik dhe atë privat, kjo dhe për shkak të nivelit të tyre të arsimimit. Diferenca midis punësimit në këto dy sektorë është e papërfillshme (13.4 dhe 13.3%).

Të vetëpunësuara janë deklaruar rreth 126 (15.8%) e grave dhe vajzave të intervistuar. Në këtë grup janë deklaruar të vetëpunësuara dhe gra nga zonat rurale që punonin në fermat dhe sipërmarrje të familjeve të tyre.

Nga i gjithë numri i grave të intervistuar rreth 42.5% janë të punësuara apo të vetëpunësuara.

Tabela 4. Frekuenca dhe përqindja e të intervistuarave në bazë të etnisë dhe besimit të tyre fetar.

ETNIA	Nr	%
SHQIPTARE	551	68.9
GREKE	7	0.9
EGJYPTIANE	29	3.6
ROME	200	25.0
VLLEH	13	1.6
Total	800	100.0%

BESIMI FETAR	Nr	%
ASNJE	36	4.5
KATOLIK	21	2.6
ORTODOKS	215	26.9
MUSLIMAN	527	65.9
TJETER	1	0.1
Total	800	100%

Rreth 69 % e të intervistuarave ishin me kombësi shqiptare.

Për etninë rome u pyetën 200 gra dhe vajza pasi është një komunitet mjaft i madh në Elbasan me rreth 1064 banorë rezidente kryesisht në bashkinë Elbasan dhe Peqin. Ato përbëjnë 25.0% të të intervistuarave.

Etnitë e tjera ishin shumë pak të përfaqësuara pasi dhe rezidentë janë shumë pak, psh komuniti egjiptian numëronte 433 banorë rezident gjithsej në Censusin e vitit 2011.

Shumica e të intervistuarave i përkasin fesë muslimane dhe kjo për arsyen e parë që në intervistim janë përfshirë 200 gra dhe vajza rome që kryesisht i përkasin këtij besimi, por dhe se në Prefekturën Elbasan janë të regjistruar 64,41% popullsi e deklaruar e fesë muslimane (.. INSTAT) ¹⁰⁹.

Feja ortodokse ka përqindjen tjetër të konsiderueshme me 26.9%, ajo katolike me 2.6% dhe rreth 36 gra dhe vajza apo 4.5% janë deklaruar se nuk i përkasin asnjë besimi fetar. Një grua i përket besimit fetar, bektashi.

4.2 NJOHURITË MBI SHËNDETIN RIPRODHUES DHE PLANIFIKIMIN FAMILJAR

4.2.1 NJOHURITË MBI DITËT FERTILE

Pyetsori fillonte me pyetjen që identifikonte nivelin e njohurive të grave dhe vajzave për ditët e tyre fertile. Kjo na jep të dhëna të drejtpërdrejta nëse gratë dhe vajzat kanë njohuri mbi fiziologjinë e aparatit të tyre riprodhues.

Përgjithësisht përgjigjet ishin pozitive që do të thotë se 79.3% u përgjigjën se e dinin që ekzistonin ditë në ciklin menstrual ku gruaja ka më shume gjasa të mbesë shtatzënë nëse kryen marrëdhënie seksuale të pambrojtur dhe 158 ose 19.8 % gra dhe vajza iu përgjigjën negativisht, se nuk kishin njohuri dhe 8 prej tyre nuk kanë dhënë përgjigje.

Për të parë nëse njohuritë e tyre ishin të sakta apo jo, pyetja në vazhdim kërkonte të specifikonte njohuritë se kur ishin sipas opinionit të tyre këto ditë.

Table 5. Frekuenca dhe përqindja e të intervistuarave sipas njohurive për ditët fertile.

NJOHURITE PER DITET FERTILE	Nr	%
NUK KANE NJOHURI	152	19.0
MENJEHERE PARA MENSEVE	149	18.6
GJATE MENSEVE	2	0.3
MENJEHERE PAS MENSEVE	195	24.3
NE MES TE DY MENSEVE	294	36.8
NUK E DI	8	1.0
Total	800	100 %

Ndryshe nga përgjigja e pyetjes para ardhëse në këtë pyetje vetëm 294 (apo 36.8 %) e tyre kanë dhënë përgjigje të saktë, ndërsa pjesa tjetër 346 ose 43.3% e tyre kanë dhënë përgjigje të gabuar. Ky konkluzion është i ngjashëm me një studim tjetër të realizuar nga Lundsberg et al, ku afërsisht 40% ishin të panjohur me ciklin e ovulimit (Lisbet S. Lundsberg,)¹¹⁰.

Ndërsa nëse e krahasojmë përgjigjen e saktë se e dinë që një femër ka më shumë gjasa të ngjizë në mes të dy periudhave të saj menstruale, ky studim referon njohuri më të mira sesa studimi demografik i vitit 2008-2009 ku afërsisht një në katër (23 përqind) kanë dhënë përgjigje pozitive (INSTAT)¹¹¹.

Pra niveli i njohurive është rritur nga 23% në 36.8%.

Table 6. Lidhja që ekziston midis nivelit të njohurive të sakta për ditët fertile dhe nivelit arsimor.

KJO KOHE ESHTË	SHKOLLA QË KENI MBARUAR					Total Nr (%)
	PA ARSIM Nr (%)	FILLOR Nr (%)	9-VJECAR Nr (%)	MESEM Nr (%)	LARTE Nr (%)	
NUK KA NJOHURI	17 (2.1)	81 (10.1)	12(1.6)	38 (4.8)	4 (0.5)	152 (19)
MENJEHERE PARA MENSEVE	14 (1.8)	14(1.8)	54 (6.8)	31 (3.9)	36 (4.5)	149(18.6)
GJATE MENSEVE	-	-	1 (0.1)	1 (0.1)	-	2(0.3)
MENJEHERE PAS MENSEVE	5 (0.6)	21(2.6)	65 (8.1)	51 (6.3)	53 (6.6)	195 (24.4)
NE MES TE DY MENSEVE	20 (2.5)	28 (3.5)	47 (5.8)	100(12.5)	100 (12.5)	295(36.8)
NUK E DI	-	1 (0.1)	2 (0.3)	2(0.3)	2 (0.3)	7(0.9)
Total	56 (7)	145 (18.1)	181(22.7)	223 (27.9)	195(24.4)	800(100)

Nëse do e shohim me vëmendje këtë tabelë duket që ka një tendencë që me rritjen e nivelit të shkollimit të ketë dhe njohje më të mirë për ditët fertile. Megjithatë në nivelet më të ulta të shkollimit diferenca është shumë më e shprehur, psh gratë pa arsim nga 56 gra dhe vajza 20 prej tyre kanë njohuri të saktë, ndërsa në ato me arsim fillor nga 145 të intervistuar vetëm 28 kishin njohuri të sakta dhe në gratë dhe vajzat me arsim të mesëm janë gati gjysma, kurse në ato me arsim të lartë janë më shumë se gjysma e grave dhe vajzave (nga 195 gjithsej 100) që kanë njohuri të sakta rreth ditëve fertile në një cikël menstrual.

4.2.2 NJOHURITË PËR PLANIFIKIMIN FAMILJAR DHE METODAT KONTRACEPTIVE

Gati 95% e grave dhe vajzave kishin dëgjuar për planifikimin familjar (757 ose 94.6%) dhe vetëm 41 ose 5.1 % e tyre nuk kishin dëgjuar fare për të. Kjo donte të thoshte se nocioni i planifikimit familjar për to ish i njohur në masë të madhe, por kur vazhdohej explorehej se si e kuptonin ato planifikimin familjar përgjigjet ishin të ndryshme.

Tabela 7. Frekuenca dhe përqindja e shpërndarjes së të intervistuarave sipas njohurive për planifikimin familjar dhe shkallën e njohjes.

KONCEPTI PER PLANIFIKIMIN FAMILJAR	Nr	%
NUK KA NJOHURI	26	3.3
TE KONTROLLOSH HAPSIREN MIDIS LINDJEVE	282	35.3
TE PARANDALOSH NJE SHATZANI TE PA PLANIFIKUAR	244	30.5
TE PARANDALOSH NJE ABORT	180	22.8
TE GJITHA	68	8.5
Total	800	100%

Të gjitha përgjigjet janë të përfshira në konceptin e planifikimit familjar dhe gratë në përgjithësi dinë të paktën një benefit të tij. Fakti që vetëm 3.3% e të intervistuarave nuk kishin njohuri për konceptin e planifikimit familjar, shifër shumë e vogël, tregon se gratë dhe vajzat janë të mirëinformuara për planifikimin familjar

Shumica e tyre 282 (ose 35.3%) e konceptonin planifikimin familjar si kontroll të hapsirës midis lindjeve, ndërsa 244 (ose 30.5%) e tyre e lidhnin planifikimin me mënyrën për të parandaluar një shtatzani të paplanifikuar. Ndërsa 180 prej tyre (apo 22.5%) e shihnin si një mënyrë për të parandaluar një abort. Vetëm 68 prej tyre ose 8.5 % e tyre kishin njohuri të sakta për të.

Pra njohuritë për pjesën më të madhe të grave dhe vajzave janë të cingura (Park,J.E). ¹¹² Ndërsa kur kërkohet më tej mbi njohuritë e tyre për metodat e planifikimit familjar niveli i informimit ishte i kënaqshëm.

Tabela 8. Frekuenca dhe përqindja e të intervistuarave mbi nivelin e njohjes së metodave të planifikimit familjar.

KANE DEGJUAR RRETH METODAVE	Nr	%
PO	715	89.4
JO	85	10.6
Total	800	100%

Gati 90 % (89.4%) shprehen se kanë dëgjuar për metodat e planifikimit familjar, por 10.6 % e tyre shprehen se nuk kanë dëgjuar për asnjë prej tyre. Por a ka lidhje midis shkallës së njohjes dhe nivelit të tyre arsimor dhe statusit të tyre?

Tabela 9. Lidhja që ekziston midis nivelit të njohurive me statusin, nivelin arsimor të grave dhe vajzave të intervistuar.

STATUSI CIVIL	SHKOLLA QE KENI MBARUAR					Total %	
	PA ARSIM %	FILLOR %	9-VJECAR %	I MESEM %	I LARTE %		
BEQARE A KENI DEGJUAR PER METODAT E PF	PO		1	1.6	11.3	2.9	16.9
	JO		-	1	0.4	-	1.3
	Total		1	2.6	11.8	2.9	18.2
MARTUAR A KENI DEGJUAR PER METODAT E PF	PO	3.6	11.9	19.2	13.3	18.6	66.8
	JO	2.3	4.2	0.5	1.4	0.6	9
	Total	5.9	16.1	19.7	14.7	19.2	75.8
DIVORCUAR A KENI DEGJUAR PER METODAT E PF	PO			0.1	0.6	0.4	1.1
	Total			0.1	0.6	0.4	1.1
E VE A KENI DEGJUAR PER METODAT E PF	PO	0.1					0.1
	Total	0.1					0.1
BASHKEJET A KENI	PO			-	0.3	1.1	1.4

ON	DEGJUAR PER METODA T E PF	JO			0.1	-	-	0.1
	Total				0.1	0.3	1.1	1.5
E LIDHUR	A KENI DEGJUAR PER METODAT E PF	PO JO	1	1		0.4	0.8	3.1
	Total		1	1		0.5	0.8	3.3
TOTAL	A KENI DEGJUAR PER METODA T E PF	PO JO	4.8	13.9	21	26	23.8	89.3
	Total		7	18.1	22.6	27.9	24.4	100%

Sic mund të shihet dhe nga të dhënat e kësaj tablele niveli i njohurive rritet me rritjen e nivelit të shkollimit dhe me statusin. Gratë e martuara kanë nivel njohurish në masën 66.8%, por gratë dhe vajzat e martuara me arsim të mesëm dhe të lartë kanë një nivel njohurish mbi 90 %, e krahasuar kjo me nivelin e njohurive tek gratë e martuara pa arsim apo me arsim të ulët ku niveli i njohurive nuk shkon më shumë se 75%. Këto rezultate janë të njëjtë me një studim në 374 gra të martuara në Mru, Bangladesh ku në mes të të tjerave dhe arsimimi ka patur efekt të rëndësishëm në njohuritë e PF dhe në përdorimin e kontraceptivëve (M Rakibul Islam). ¹¹³

Tabela 10. Frekuenca dhe përqindja e njohjes së metodave të planifikimit familjar.

METODAT	PO		JO	
	Nr	%	Nr	%
CO	657	82.1	143	17.9
INJ	470	58.8	330	41.3
DIU	446	55.8	354	44.3
SKV	275	34.4	525	65.6
SP	18	2.3	782	97.8
DIAFR	16	2.0	784	98.0
PR	665	83.1	135	16.9
CU	265	33.1	535	66.9
LAM	112	14.4	688	86.0
KALENDARIKE	67	8.4	733	91.6
COITUS	655	81.9	145	18.1

Metodat si: prezervativi (PR), kontraktivët oralë (CO) dhe coitus janë metodat më të njohura nga gratë dhe vajzat e intervistuar.

Niveli më i lartë i njohurive është për prezervativin, të cilin 665 (ose 83.1%) gra dhe vajza e njohin, i dyti kontraktiv oral (COC dhe POP) 657 (ose 82.1%) dhe coitus me 655 (ose 81.9%) gra dhe vajza që e njohin si një metodë kontraktive. Shihet që diferencat midis këtyre tre metodave janë shumë të vogla, pothuajse njihen njësoj nga të intervistuarat. Injektibli (INJ), DIU dhe SKV ishin metodat që vinin më pas si më pak të njohura nga gratë dhe vajzat e intervistuar. Kontraksioni i urgjencës (CU) njihet nga 33.1 % e të intervistuarave. Metodatat natyrale (LAM, kalendrike) dhe metodatat që nuk gjenden, ose gjenden shumë pak në treg sic janë diafragma (DIAFR), spermicitet (SP) njihen në masë shumë të ulët.

Pothuajse të njëjtat rezultate i gjejmë dhe në Sudimin Demografik Shëndetësor në Shqipëri 2008-2009 ku prezervativi njihet nga 88 përqind, pilula nga 85 përqind, ndërkohë që tërheqja 84 përqind është metoda tradicionale e njohur më gjerësisht (.. INSTAT,ADHS 2008-2009). ¹¹⁴

Tabela 11. Lidhja që ekziston për shkallën e njohjes së metodave kontraktive sipas etnisë, statusit civil, arsimit dhe vendbanimit.

		NUKKA DEGJUAR	1-3 METODA	4 E ME SHUME	P
ETNIA	SHQIPTARE	26 (31.7 %)	107 (93.0 %)	418(69.3 %)	
	EGJYPTIANE	1(1.2%)	0 (0.0 %)	28(4.6%)	
	ROME	55 (67.1 %)	7(6.1 %)	138(22.9 %)	<0.001
	VLLEH	0 (0.0 %)	1 (0.9 %)	12(2.0 %)	
STATUSI CIVIL	BEQARE	9 (11 %)	27 (23.5 %)	109 (18.1 %)	
	E MARTUAR	72 (87.8 %)	80 (69.6 %)	452 (75. %)	
		0 (0.0%)	1(0.9%)	8 (1.3%)	
	DIVORCUAR				
	E VE	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)	<0.001
	BASHKEJET ON	0 (0.0%)	1 (0.9%)	11 (1.8%)	
	E LIDHUR	1(1.2%)	6 (5.2%)	18 (3.0%)	
ARSIMIMI	PA ARSIM	17 (20.7%)	5 (4.3 %)	34 (5.6 %)	
	FILLOR	35 (42.7%)	4 (3.5%)	105 (17.4%)	

	9 VJECAR	13(15.9%)	39 (33.9%)	128 (21.2%)	<0.001
	MESEM	11(13.4%)	42 (36.5%)	169 (28.0%)	
	I LARTE	5 (6.1%)	25 (21.7%)	165 (27.4%)	
VENDBANIM	QYTET	61 (7.6%)	39 (4.9%)	400 (50%)	<0.001
	FSHAT	21 (2.6%)	76 (9.5%)	203(25.4%)	

Tabela e fundit jep rezultatet e pearson chi-square test e cila tregohet në rreshtin e parë dhe na jep vlerën e testit chi-square të statistikës e barabartë me 48.8, shkallët e lirisë 2 dhe vlerën p .000 e cila deklarohe si një p value <0.001 e cila na jep një evidence të fortë kundër hipotezës nul, pra ka një lidhje të rëndësishme statistikore midis variblave.

Nga të dhënat e këtij crosstab-i vihet re që ka një lidhje midis nivelit të lartë të njohurive dhe grave që jetojnë në qytet, nivelit arsimor, statusit dhe etnisë.

Njohuri të mira (njohin mbi 4 metoda contraceptive) vihet re që kanë gratë shqiptare, në qytet, me arsim të lartë dhe të martuara. Shihet që dhe gratë rome kanë njohuri të mira lidhur me metodat contraceptive, rreth 138 gra dhe vajza rome (nga 200 të intervistuar) njohin mbi 4 metoda kontraceptive.

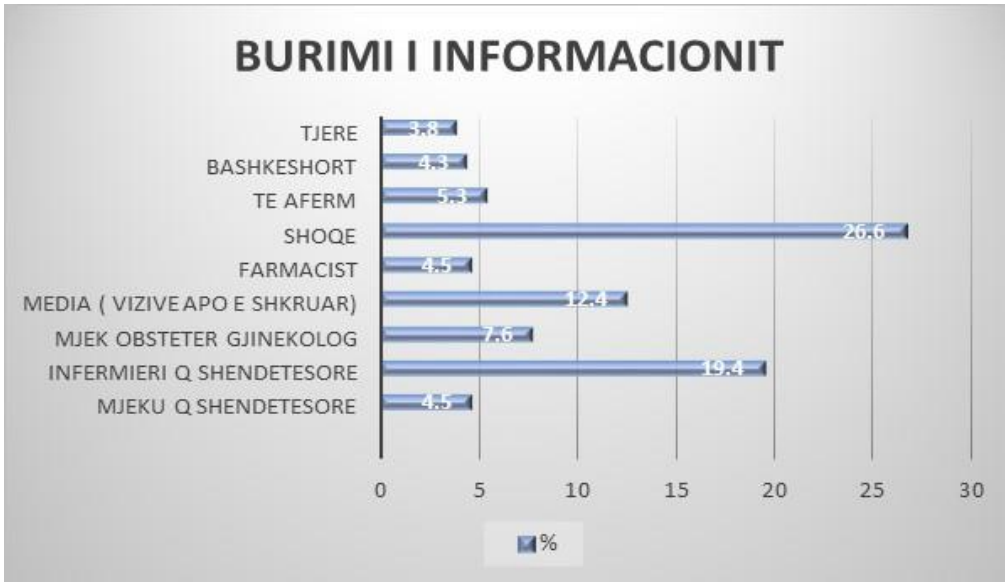
Nga 800 gra dhe vajza të intervistuar 603 prej tyre kanë njohuri të mira për kontraktivët (pra njohin mbi 4 metoda, moderne dhe natyrale); 115 kanë njohuri të kënaqshme (njohin 1-3 metoda) dhe 82 nuk kanë fare njohuri (nuk njohin asnjë metodë kontraceptive) dhe kjo pa dyshim sic duket dhe në tabelë është e lidhur me statusin, nivelin arsimor, vendbanimin, etninë.

Edhe përse i përket vendbanimit ndër gratë dhe vajzat e intervistuar kur pyeten për llojet e kontraktivëve nga gratë e zonave urbane 80% e grave njohin 4 e më shumë metoda, ndërsa nga gratë e zonave rurale 67.6% njohin 4 apo më shumë metoda kontraceptive.

Pavaresisht të gjithë faktoreve sociale arsimit është një përcaktues i fuqishëm i përdorimit të metodave moderne kontraceptive dhe i ekspozon gratë ndaj informacionit shëndetësor riprodhues si dhe i fuqizon ato për të marrë vendimet e duhura (Shapiro D) (Koc J.).¹¹⁵

116

Grafiku 3. Burimi i informacionit për metodat e planifikimit familjar.



Rreth 213 (26.6%) gra dhe vajza u shprehën se ishin shoqet që i kishin dhënë informacion rreth metodave kontraceptive, më pas vinin infermerët e qendrave shëndetsore 160 ose 20%. Burim i tretë i informacionit ishte media qoftë ajo vizive apo e shkruar nga ku kishin marrë informacion rreth 100 gra dhe vajza, mjeku obstetër-gjinekolog në 61 raste ka qënë ai që ka dhënë informacion për metodat kontraceptive dhe shumë më pak mjekët të qendrave shëndetësore, vetëm 37 raste. Po kaq kanë qënë dhe farmacistët që kanë dhënë informacion, 4.5%. Megjithatë duhet thënë që 37% e grave dhe vajzave e kanë marrë informacionin mbi metodat kontraceptive nga persona përgjegjës dhe të informuar mirë sic janë (mjeku dhe infermieri i qendrës shëndetësore, obstetri, farmacisti) dhe gati 40% nga burime jo shumë të sigurta siç janë shoqet, të afërmit, bashkëshortët. Me termin “të tjerë” i janë referuar informacionit të marrë në takime dhe trajnime të realizuara për informim-edukimin rreth planifikimit familjar dhe metodave të kontracesionit.

Media mbetet burim i rëndësishëm i informacionit me 12.5% të grave që e kanë marrë informacionin përmes saj.

Edhe në një studim tjetër të bërë në Tanzani në mesin e grave Massai, gratë e kishin marrë përgjithësisht informacionin mbi metodat e planifikimit familjar nga shoqet e tyre (Pathirana, S. V.) (ArbabA.A.). ^{117,118} I njëjti përfundim është arritur dhe nga një studim i realizuar në Uganda ku personeli shëndetësor, farmacistët janë ndër burimet e para të informacionit për gratë (Asiimwe JB). ¹¹⁹

Tabela 12. Frekuenca dhe përqindja e informacionit të intervistuarve për burimin e furnizimit me kontraceptivë.

A E DINI KU TA GJENI NJE KONTRACEPTIV	Nr	%
NUK DI KU TA GJEJ	86	10.8
Q SHENDETESORE	296	37.0
MATERNITET	206	25.8
FARMACI	122	15.3
SUPERMARKET	12	1.5
KONSULTORE GRUAJE	34	4.3
KLINIKE E P.FAM	11	1.4
AMBULANCE	17	2.1
TJETER	16	2.0
Total	800	100 %

Qendrat shëndetsore janë rradhitur të parat si burim i furnizimit me kontraceptivë nga gratë dhe vajzat e intervistuar me 296 raste ose 37.0%. Më pas renditet materniteti me 206 (25.8 %) e pas këtyre farmacitë dhe konsultori i gruas. Megjithatë duhet thënë se burim kryesor mbetet sektori publik (qëndër shëndetësore, maternitet, konsultore e gruas, ambulancë, klinikë e planifikimit familjar) me 70.6%. Pjesa tjetër 18.8 % shohin si burim furnizimi sektorin privat (farmaci, supermarket, klinika private).

Ne shkallë kombëtare qendrat publike (shtetërore) japin metoda kontraceptive falas për pjesën më të madhe të përdoruesve të metodave moderne (53%), ndërsa 40% e përdoruesve furnizohen nga burime private mjekësore, dhe 7% nga burime të tjera (p.sh., dyqane) thotë MSH në Strategjinë e sigurimit të kontraceptivëve për 2012-2016 (M. SH),¹²⁰ por Prefektura Elbasan përqindjen e grave që marrin falas e ka në masën mbi 70% dhe kjo mund të justifikohet me faktin se Elbasani renditet ndër rrethet më të varfra të Shqipërisë, ku sipas LSMS në 2012, qarku i Elbasanit shënon një nivel varfërie prej 10.7%, tregues më i ulët se niveli kombëtar i varfërisë (M.Ç.V).¹²¹

4.3 REZULTATET PËRSHKRUESE PËR QËNDRIMIN NDAJ PLANIFIKIMIT FAMILJAR

Pyetëtori përmbante edhe një set me pyetje, të cilat reflektonin qëndrimet e grave dhe vajzave lidhur me kontracepsionin.

Qëndrimi ndaj formimit të familjes përfshin moshën ideale të të pasurit fëmijën e parë, numrin e dëshiruar të fëmijëve, numrin e aborteve me kërkesë, hapsirën midis lindjeve.

Qëndrimet ndaj diskutimeve të planifikimit familjar përfshijnë qëndrimin e pjesëmarrësve ndaj numurit të lindjeve dhe kohës së lindjeve, kush vendos për lindjet, qëndrimet e bashkëshortëve apo partnerëve të tyre, qëndrimin e shoqërisë nga ku ata kanë origjinën në kontekstin social –kulturore të tyre (Asma, A).¹²²

4.3.1 QËNDRIMI NDAJ FORMIMIT TË FAMILJES NË MESIN E GRAVE DHE VAJZAVE NË PREFEKTURËN ELBASAN

Në mesin e pjesëmarrësve, 606 e të anketuarave (75.8%) ishin të martuara. Moshë minimale e martesës ishte 13 vjeç, moshë maksimale ishte 37 vjeç dhe moshë mesatare ishte 18 vjeç.

Moshë mesatare rezultoi kaq e ulët për shkak të përfshirjes në studim të grave dhe vajzave që e kanë moshën e martesës shumë të ulët. Këtë fakt e dokumenton dhe Osmanaj,E. në një studim në vitin 2013 ku evidentonte dhe një herë që vajzat që në moshën 12-13 vjeç nuk lejohen më nga prindërit të shkojnë në shkollë, pasi konsiderohet turp që në këtë moshë të mos martohesh, por të vazhdojnë shkollën (Osmanaj,E).¹²³

Nga të gjitha gratë dhe vajzat e intervistuarat 74.3 % e tyre kishin qënë të paktën një herë shtatzënë, ndërsa 25,8 % e tyre nuk kishin qënë asnjëherë shtatzënë.

Ndërsa në momentin e intervistimit 4.1 % (ose 33 gra) ishin aktualisht shtatzëna ndërsa 3.5 % (ose 28) prej tyre nuk ishin të sigurta nëse ishin apo jo shtatzënë në momentin e intervistimit.

Pjesa tjetër e grave dhe vajzave 728 apo 91.0 % e tyre referuan se nuk ishin shtatzënë dhe 11 prej tyre nuk i kanë dhënë përgjigje kësaj pyetjeje.

Ata u pyetën në lidhje me opinionin e tyre për formimin e familjes, moshën ideale të lindjes së parë, hapsirën midis lindjeve dhe numrin e fëmijëve që do të donin të kishin.

Tabela 13 . Frekuenca dhe përqindja e të anketuarave sipas qëndrimeve të tyre për moshën ideale të lindjes së parë, hapsirën midis lindjeve dhe numrin e fëmijëve të dëshiruar.

MOSHA IDEALE E LINDJES SE PARE	Nr	%
PA PERGJIGJE	3	0.4
15-19	103	12.9
20-24	348	43.5
25-29	343	42.9
30-34	3	0.4
HAPSIRA MIDIS LINDJEVE	Nr	%
1-2 VITE	11	1.4
2-3 VITE	162	20.3
3-4 VITE	357	44.6
4-5 VITE	220	27.5
>5 VITE	25	3.1

NUMRI I FEMIJEVE TE DESHIRUAR	Nr	%
0 fwmijw	6	0.8
1	17	2.1
2	499	62.4
3	220	27.5
>3	37	4.6
NUK E DI	21	2.6

Gati gjysma e të anketuarave të martuara 348 (ose 43.5%) mendonin se 20-24 vjeç është mosha ideale për të patur fëmijën e parë, 42.8 % ishin të mendimit se do ish mosha 25-29 vjeç. Vetëm 3 gra dhe vajza (ose 0.4%) u shprehën se mosha ideale e lindjes së parë do të ishte mbi 30 vjeç. Për shumicën e grave dhe vajzave të komunitetit rom (për 103 prej tyre) mosha ideale për lindjen e parë do të ishte 15-19 vjeç.

Hapsira midis lindjeve sipas mendimit të 44.6% të grave dhe vajzave duhet të ishte 3-4 vjet, ndërsa 220 prej tyre (apo 27.5%) mendonin që hapsira midis lindjeve duhej të ishte 4-5 vjet. Rreth 162 prej tyre (apo 20.3%) vlerësojnë që kjo hapsirë duhet të jetë 2-3 vjet. Nga totali i grave të intervistuar 3.1% mendojnë që largësia midis lindjeve duhet të jetë më shumë se 5 vjet, dhe 1.4 % mendojnë se duhet të jetë 1-2 vite.

Grafiku 4. Numri i fëmijëve që do të donin të kishin në jetë gratë dhe vajzat e intervistuar.



Më shumë se gjysma 499 (ose 62.4%) e femrave do të donin të kishin 2 fëmijë në jetën e tyre, 220 (ose 27.5%) do të donin të kishin 3 fëmijë dhe më shumë se 3 do të donin vetëm 4.6 % ose 37 gra dhe vajza të intervistuar. Vetëm 17 (ose 2.1 %) do të donin një fëmijë në jetën e tyre. Kjo shpjegon dhe shkallën e lartë të fertilitetit në Shqipëri.

Një përfundim i rëndësishëm i një studimi nga Zavier ishte se gratë kanë preferencat e dy dhe mbi dy fëmijëve dhe seksin e këtyre fëmijëve (P. N. Mari Bhat and A. J. Francis Zavier).¹²⁴

4.3.2 MOSHA E MARTESËS DHE E LINDJES SË PARË

Mesatarja e moshës së martesës për gratë e intervistuar ishte 18 vjeç.

Kjo tabelë tregon qartë se moshë mesatare e lindjes së parë luhet nga 14-38 vjeç dhe mesatarja është 18 vjeç. Kjo mesatare është e ulët për faktin e përfshirjes në studim të komunitetit rom të cilat e kanë shumë të ulët moshën e martesës e për rrjedhojë dhe moshën e lindjes së parë (Tarnovo, V)¹²⁵.

Edhe në Shqipëri një raport i Bankës Botërore në vitin 2011, në 661 familjet rome dhe egjiptiane të anketuara moshë mesatare e martesës mes vajzave rome ishte 15.5 vjet, ndërsa për meshkujt romë ishte 18.2 vjet. Në bazë të të njëjtit studim, 31% e 13-17 vjeçarëve rome ishin të martuar ose në bashkësi (ERTF).¹²⁶

Tabela 14. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve sipas moshës së lindjes së parë.

MOSHA E LINDJES SE PARE	Nr	%
15-19 vjeç	219	27,3
20-24	224	28

25-29	129	16.1
30-34	21	2.6
35-39	1	0.1

Sic shihet dhe nga tabela moshë me frekuencë më të lartë të lindjes së parë është 20-24 vjeç me 28%, e ndjekur nga 15-19 vjeç me një diferencë shumë të vogël 27.04%.

Duke qënë se moshë e martesës ende mbetet e re në Shqipëri dhe moshë e lindjes së parë është e hershme dhe përgjithësisht nga studimi ishte 1-1.5 vite pas martesës.

Kjo mund t'i atribuohet faktit se fëmija i parë duhet të vijë shpejt pavarësisht moshës së martesës, sepse gratë e reja priren të provojnë fertilitetin e tyre menjëherë pas martesës (UBOS).¹²⁷

Më pas vjen grupmosha 25-29 vjeç me 129 gra (ose 16.1%) të cilat e kishin realizuar lindjen e parë në këto moshë. Grupmosha 30-34 vjeç ka shumë më pak lindje 21 gjithsej dhe vetëm një grua ka lindur në moshën 37 vjeç.

Ajo që vihet re në moshën e lindjes së parë midis grave të komunitetit rom është moshë e hershme e lindjes që lidhet me martesat e hershme e të lidhura zakonisht me normat e ulëta të përfundimit të shkollimit dhe me problemet ekonomike (Wablembo SM and Doctor).¹²⁸ Martesa e hershme i ekspozon këto gra për marrëdhënie të shpeshta dhe të pambrojtura seksuale e cila mund të çojë në lindjen e parë të hershme dhe të rrezikshme (Mensch B) (Haberland N),^{129,130} e për rrjedhojë dhe në një numër më të madh fëmijësh për familje.

Tabela 15 .Frekuenca dhe përqindja sipas numrit të fëmijëve që kanë aktualisht gratë e intervistuar.

NUMRI I FEMIJEVE QE KA AKTUALISHT	GRUPMOSHA							Total Nr (%)
	15-19 Nr (%)	20-24 Nr (%)	25-29 Nr (%)	30-34 Nr (%)	35-39 Nr (%)	40-44 Nr (%)	45-49 Nr (%)	
0 fëmijë	101 (12.6)	69 (8.6)	24 (3.0)	15 (1.9)	1(0.1)	-	-	210 (26.2)
1	12 (1.5)	52(6.5)	31 (3.8)	8 (1.0)	6 (0.7)	4 (0.5)	-	113 (14.0)
2	1 (0.1)	26(3.2)	28 (3.5)	56 (7.0)	59 (7.4)	59 (7.4)	43(5.4)	272 (34.0)
3	-	12 (1.5)	10 (1.2)	22 (2.8)	32 (4.0)	27 (3.4)	26 (3.2)	129 (16.1)
4	-	-	11 (1.4)	11 (1.4)	10 (1.3)	19 (2.4)	10 (1.3)	61 (7.6)
5	-	-	1 (0.1)	2 (0.3)	-	2 (.0.3)	10 (1.3)	15 (1.9)
Total	113 (14.2)	159(19.8)	105 (13.0)	114(14.4)	108(13.5)	111(14.0)	89(11.2)	800(100)

Nga tabela vihet re se grupmosha 15-19 vjeç me një fëmijë numëron 12 gra (1.5%). Nga këto gra 10 i përkasin komunitetit rom, vetëm 2 gra nuk janë nga ky komunitet.

Gjithashtu shihet që numrin më të madh të lindjeve të para e ka grupmosha 20-24 vjeç me 52 gra (6.5%). Në moshën 24 vjeç është shumica e lindjeve të para në këtë grupmoshë.

Ajo që na bie në sy është se lindjet e dyta në grupmoshën 20-24 vjeç janë gjithsej 26 gra (3.2%), gjë që tregon qartazi se jo vetëm lindjet e dyta janë realizuar shumë shpejt pas lindjes së parë, por dhe që i vë në rrisht këto gra përsa i përket të ardhmes së tyre riprodhuese. Po ashtu 12 ose 1.5% po tek kjo grupmoshë kanë tre fëmijë. Dhjetë gra që në moshën 25-29 vjeç kanë tre fëmijë. Këto janë gra që kanë nevojë për shërbime të planifikimit familjar. Kjo është provuar të jetë e vërtetë në kontekste të caktuara ku faktorët tradicionalë mbeten të fortë dhe ku përdorimi i kontraktivëve është minimal (Riyamia AA).¹³¹

4.3.3 RREGULLIMI I FERTILITETIT

Përmes pyetsorit ne synonim të merrnim të dhëna për të gjithë historinë riprodhuese të gruas, të dhëna për numrin e shtatzanive dhe të lindjeve, për të vlerësuar më pas nevojat e paplotësuara të grave për kontracëpsion. Për këtë pas pyetjeve për numrin e lindjeve, moshën e lindjes së parë dhe shtatzaninë e fundit, ne kishim vendosur në pyetsor pyetjen nëse në kohën kur patën shtatzaninë e fundit, a dëshironin të mbeteshin atëherë shtatzënë, apo dëshironin të prisnit për më vonë, apo nuk dëshironin fare fëmijë të tjerë? si dhe pyetjen pasuese : A do të donin të lindnin më fëmijë?

Tabela 16. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve mbi qëndrimin ndaj shtatzanisë së tyre të fundit.

A E DONIT SHTATZANINE E FUNDIT	Nr	%
NUK KA LINDUR	188	23.5
ATEHERE	326	40.8
ME VONE	136	17.0
FARE	150	18.8
Total	800	100%

Siç shihet rreth 40.8% e grave të intervistuarave janë shprehur se e donin në atë kohë shtatzaninë e fundit, 17.0 % e tyre janë shprehur se ato do ta donin më vonë dhe 18.8% e tyre nuk e kishin dashur fare shtatzaninë e fundit.

Nëse shtatzania e fundit do të jetë në një farë mënyre arsye për nevoja të paplotësuara të këtyre grave na e qartëson tabela.

Tabela 17. Lidhja midis shtatzanive që ka realizuar një grua dhe qëndrimi ndaj shtatzanisë së fundit.

NUMRI I SHTATZANIVE GJITHSEJ	A E DONIT SHTATZANINE				Total Nr (%)
	NUK LINDUR Nr (%)	KA ATEHERE Nr (%)	ME VONE Nr (%)	FARE Nr (%)	
0 shtatzani	186 (23.2)	-	-	-	186 (23.2)
1	2(0.3)	81 (10.1)	28(3.5)	-	111(13.9)
2	-	162 (20.2)	68 (8.5)	7(0.9)	237 (29.7)
3	-	59(7.3)	29(3.6)	62(7.8)	150 (18.7)
4	-	17 (2.1)	3(0.4)	38 (4.7)	58 (7.2)
5	-	5 (0.6)	6 (0.7)	28 (3.5)	39 (4.9)
6	-	2 (0.2)	2(0.3)	12 (1.5)	16 (2)
7	-	-	-	3(0.4)	3(0.4)
Total	188 (23.6)	326 (40.6)	136 (17)	150 (18.8)	800 (100)

Duket qartë në tabelë se në kohën kur gratë kanë patur një shtatzani shumica e ka dashur “atëherë” atë shtatzani. Në lindjen e parë 81(10.1%) prej tyre e kanë dashur në atë kohë atë shtatzani dhe 28 (3.5%) prej tyre e kanë dashur “më vonë” (këtu përfshihen dhe gratë që janë aktualisht shtatzënë), por nuk kemi asnjë grua që nuk e ka dashur fare.

Po e njëjta situatë dhe në rastin kur gratë kanë patur shtatzaninë e dytë, 162 (20.2%) prej tyre e kanë dashur në atë kohë shtatzaninë dhe 68 (8.5%) të tjera e kanë dashur më vonë, vetëm 7(0.9%) prej tyre nuk e kanë dashur fare.

Në shtatzaninë e tretë, megjithëse numri i shtatzanive bie, gjithsesi është i konsiderueshëm dhe 59 (7.3%) gra e duan këtë shtatzani dhe mendojnë se ka ardhur në kohë, 29 (3.6%) prej tyre do ta donin më vonë dhe 62 (7.8%) prej tyre nuk e donin fare. E parë me kujdes vihet re që numri i grave që nuk e donin fare shtatzaninë e tretë është më i madh sesa numri i grave që e donin atë.

Në shtatzaninë e katërt, të pestë dhe të gjashtë vazhdon të jetë më i madh numri i grave që referojnë që nuk e donin fare këtë shtatzani, respektivisht 38 (4.7%), 28 (3.5%) dhe 12 (1.5%). Rendi zbret sepse dhe numri i shtatzanive vjen duke u ulur.

Është vlerësuar se më shumë se një e treta e shtatzënive në vendet në zhvillim janë të paqëllimshme dhe dy të tretat e tyre janë në mesin e grave që nuk janë duke përdorur ndonjë metodë kontrceptive (Magesa,E) .¹³²

Dhe në studimin tonë përqindja e grave që janë shprehur se do ta donin më vonë shtatzaninë ose nuk do e donin fare është 35.8%, pra mbi 1/3 nuk e donte në atë kohë, ose nuk e donte fare shtatzaninë e fundit dhe nga kjo duket që ato nuk kanë qënë ose nuk janë duke përdorur ndonjë metodë kontrceptive.

Megjithatë duhet thënë që të gjitha këto shtatzani nuk kanë përfunduar me lindje, shumica e tyre kanë përfunduar me abort me kërkesë sic do të duket nga marrja e të dhënave të pyetjeve në vazhdim.

Për të vërtetuar këtë fakt ne kërkuam të gjenim lidhjen midis shtatzanive të grave dhe numrit të lindjeve që kishin ato aktualisht.

Tabela 18 . Frekuenca dhe përqindja e të anketuarave sipas numrit të shtatzanive gjithsej dhe numrit të lindjeve për çdo grua.

NUMRI I SHTATZANIVE	NUMRI I FEMIJEVE QE KENI AKTUALISHT						Total Nr (%)
	0 fëmijë Nr (%)	1 fëmijë Nr (%)	2 fëmijë Nr (%)	3 fëmijë Nr (%)	4 fëmijë Nr (%)	5 fëmijë Nr (%)	
0 shtatzani	186(23.2)	-	-	-	-	-	186 (23.2)
1	22 (2.8)	88 (11)	1 (0.1)	-	-	-	111(13.9)
2	1(0.1)	21(2.7)	215 (26.9)	-	-	-	237(29.6)
3	-	3 (0.4)	50 (6.2)	97(12.1)	-	-	150 (18.8)
4	-	1(0.1)	7 (0.9)	21(2.6)	29 (3.6)	-	58 (7.2)
5	-	-	-	9 (1.1)	23 (2.9)	7 (0.9)	39 (4.9)
6	-	-	-	2 (0.2)	9 (1.1)	5 (0.6)	16 (2)
7	-	-	-	-	-	3 (0.4)	3 (0.4)
Total	209 (26.1)	113 (14.1)	273(34.1)	129(16.1)	61 (7.6)	15 (1.9)	800 (100)

Nga kjo tabelë duket se numri i shtatzanive që kishin patur gratë në jetën e tyre nuk përkon me numrin e fëmijëve që kishin gratë aktualisht. Shifrat 21 (2.7%) tek kolona me 1 fëmijë, 50 (6.2%) tek kolona 2 fëmijë, 21 (2.6%) tek kolona 3 fëmijë dhe 23 (2.9%) tek kolona 4 fëmijë, janë shtatzani që nuk përkojnë me numrin e fëmijëve që kanë aktualisht gratë e intervistuar. Kuptohet që këto shtatzani nuk kanë përfunduar me lindje, por mund të jenë fëmijë të vdekur, aborte spontane apo dhe aborte me kërkesë. Pikërisht për të evidentuar këtë vazhduam me pyetjet rreth aborteve të çdo gruaje të intervistuar.

4.3.4 ABORTET SPONTANE DHE ME KËRKESË

Kërkuam në fillim të dhëna për abortin spontan dhe më pas për atë me kërkesë. Grumbullimi i informacionit mbi abortin është problem për shkak të nënraportimit, zakonisht për shkak të stigmës sociale që i bashkëngjitet kryerjes së një aborti (INSTAT,ADHS),¹³³ por besojmë se kemi marrë përgjigje të sinqerta nga gratë e intervistuar.

Përsa i përket abortit spontan 48 gra (apo 6.0 %) kanë patur të paktën një abort spontan në jetën e tyre dhe 569 (71.1 %) thanë që nuk kishin patur abort spontan në jetën e tyre. Nga të gjithë gratë dhe vajzat e intervistuar 107 (ose 13.4 %) e tyre kanë bërë të paktën një abort me kërkesë në jetën e tyre. Pra mbi 1/8 e të intervistuarave pohonin se kishin bërë të paktën një abort me kërkesë në jetën e tyre.

Aborti është i praktikuar nga gratë pavarësisht shkallës së tyre të edukimit për të eliminuar një shtatzani të paplanifikuar (Chiko,M).¹³⁴

Ky rezultat është shumë i ngjashëm me studimin nga shërbimet shëndetësore të zgjedhura në Etiopi ku tre e katërta e pacientëve kishte përjetuar abortin spontan dhe një e katërta (25.6%) e tyre kishte bërë abort me kërkesë (Tekle-Ab Mekbib).¹³⁵

Tabela 19. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve sipas numrit të aborteve me kërkesë dhe arsyeve.

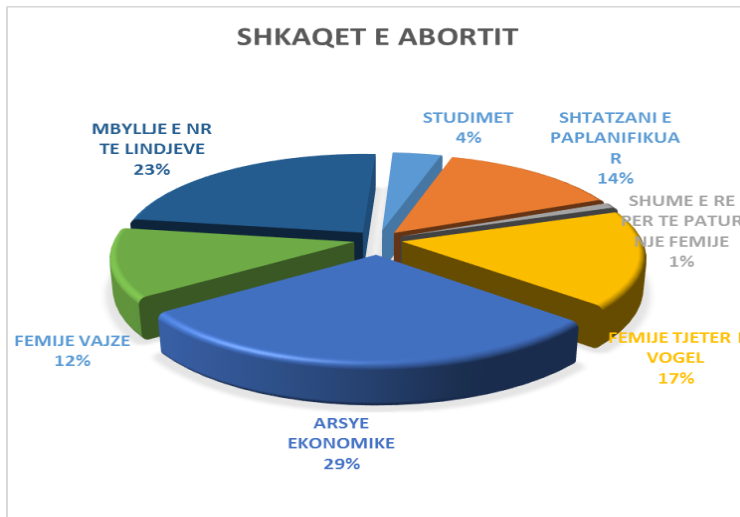
A KENI BERE ABORT ME KERKESE	KUSH ISHTE SHKAKU								Total Nr (%)
	S'KA BERE ABORT Nr (%)	STUDIME Nr (%)	SHTATZANIA E PAPANIFIKUAR Nr (%)	ERE PER TE PATUR FEMIJE Nr (%)	FEMIJE TJETER I VOGEL Nr (%)	ARSYE EKONOMIKE Nr (%)	FEMIJE VAJZE Nr (%)	MBYLLJE NR TE LINDJEVE Nr (%)	
	NUK KAPATUR SHTATZANI	182 (22.8)	-	-	-	-	-	-	
PO	-	4(0.5)	15 (1.9)	1(0.1)	18 (2.3)	31 (3.9)	13 (1.6)	25 (3.1)	107(13.3)
JO	511(63.9)	-	-	-	-	-	-	-	511(63.9)
Total	691(86.3)	4 (0.5)	15 (1.9)	1 (0.1)	18 (2.3)	31(3.9)	13 (1.6)	25 (3.1)	800 (100)

Nëse do të përpiqemi të specifikojmë sipas shkaqeve që i kanë çuar ato të kryenin abortin shkak kryesor do ishin arsyet ekonomike me 29%, mbyllje e numrit të lindjeve me 23%, fëmijë tjetër i vogël me 17% dhe shtatzani e paplanifikuar me 14%. Një lloj tjetër aborti që është shfaqur si problem në qarqet e obstetër-gjinekologëve, të sociologëve, ai selektiv është evidentuar në rreth 12 % e rasteve (ose 13 raste), pasi fëmija ishte vajzë.

Fertiliteti i ulët është përgjegjës për rritjen e aborteve selektive, por dhe (Portner,C.C)¹³⁶ mentaliteti tradicional për fëmijë meshkuj dhe përhapja e teknologjive moderne, bëjnë të mundur të shihet seksi i foshnjës para se të lindë, gjë që shton mundësitë për këtë fenomen.

Të gjitha rastet janë gra që kanë patur fëmijët e parë vajza. Në studimin tonë 10 gra kishin patur dy fëmijë vajza, dy raste kishin 3vajza, dhe 1 rast kishte katër vajza dhe nuk donin më fëmijë të po këtij seksi.

Grafiku 5. Shkaqet e aborteve me kërkesë.



4.3.5 PREFERENCAT E FERTILITETIT

Gratë pavarësisht historisë së tyre riprodhuese janë shprehur rreth preferencave të tyre për fertilitetin. Ato pyeteshin nëse do të donin më fëmijë në jetën e tyre dhe pas sa kohësh.

Grafiku 6. Qëndrimi i të anketuarave ndaj preferencës për fëmijë të tjerë në jetën e tyre.



Nga numri total i grave 293 (ose 36,6%) u përgjigjën se donin dhe një fëmijë tjetër në jetën e tyre. Në mesin e tyre janë dhe vajzat që aktualisht janë beqare, por duan fëmijë në

të ardhmen. Ndërsa 63 (ose 7.9 %) nuk janë të sigurta nëse do të duan më fëmijë. Nuk do të donin kurrë më fëmijë rreth 444, ose 55,5% e grave të intervistuar.
Por si e parashikojnë gratë e intervistuar të ardhmen e tyre riprodhuese?

Tabela 20 . Lidhja që ekziston midis qëndrimit nëse do të donin më fëmijë dhe kohës kur donin ta realizonin lindjen tjetër.

A DO TE DONIN TE LINDNIN ME FEMIJE	PAS SA KOHESH (VITE)							Total Nr (%)
	NUK DO DONTE,/ S' ESHTE E SIGURT Nr (%)	1vit Nr (%)	2 vjet Nr (%)	3 vjet Nr (%)	5 vjet Nr (%)	NUK E DI Nr (%)	TJETER Nr (%)	
PO	4(0.5)	18 (2.3)	31(3.9)	66(8.3)	48(6.0)	126(15.8)	--	293 (36.6)
JO	444(55.5)	--	--	--	--	--	--	444 (55.5)
NUK JAM E SIGURT	30 (3.8)	--	1 (0.1)	5 (0.6)	4 (0.5)	21 (2.6)	2 (0.3)	63 (7.9)
Total	478(59.8)	18(2.3)	32(4.0)	71(8.9)	52(6.5)	147(18.4)	2(0.3)	800 (100)

Sic vihet re dhe nga të dhënat 293 ose 36.6% e grave ishin shprehur se do të donin të lindnin fëmijë të tjerë, por 163 (20.5%) prej tyre e dinin se kur mund ta realizonin një shtatzani tjetër, ndërsa pjesa tjetër 126 (15.8%) nuk e dinë se kur mund të realizojnë një shtatzani në të ardhmen.

Ndërsa shifra 444 (ose 55,5%) i referohet numrit të grave dhe vajzave që nuk do të donin më fëmijë në jetën e tyre dhe 63 prej tyre (ose 7.9%) nuk ishin të sigurta nëse do të donin apo jo ndonjë fëmijë tjetër më pas.

4.3.6 VENDIMARRJA NË FERTILITET

Të lidhur ngushtë me marrjen e vendimeve për shëndetin riprodhues dhe kontracëpsionin vlerësohen tre faktorë, ai individual, ndërpersonal dhe faktori social. Faktori ndërpersonal lidhet me ndikimin e partnerit dhe dinamikat brenda marrëdhënies në çift (Osei,F.I; Mayheë H.S and Biekro, L).¹³⁷

Pikërisht për të evidentuar vetë statusin e gruas në vendimarrjen e riprodhimit përmes pyetjeve mbledhim të dhënat se kush do të vendoste për numrin dhe kohën e lindjes së fëmijëve dhe nëse e kishin diskutuar me bashkëshortin apo partnerin përdorimin e ndonjë metode kontracëpsive.

Tabela 21. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve mbi qëndrimin se kush duhet të vendosë për numrin e lindjeve dhe kohën e realizimit të tyre.

KUSH DO TE VENDOSE PER LINDJET		
	Nr	%
PA PERGJIGJE	9	1.1
VETE	136	17.0
BASHKESHORTI	131	16.3
TE DY	507	63.4
VJEHRRI	2	.3
VJEHRRA	15	1.9
Total	800	100.0

Nga numri i përgjithshëm i grave dhe vajzave të intervistuar 63,4% e tyre mendonin që duhet të ishin të dy në çift ato që do të vendosnin kur dhe sa fëmijë do të kishin në jetën e tyre, ndërsa 17% mendonin se duhet të vendosnin vetë. Gati po kaq gra dhe vajza 16.3%, janë të mendimit që duhet të jenë bashkëshortet ato që do të vendosin, ndërsa 2,2% mendojnë që duhet të jetë vjehrra dhe vjehrri. Ajo që të bie në sy është se këtë përgjigje e kanë dhënë moshat e reja përgjithësisht (nga mosha 15-19 vjec) pjestare të komunitetit rom.

Kjo justifikohet me faktin se duke qënë martesë shumë të hershme dhe fuqia vendimarrëse e çiftit është e vogël dhe për to vendosin të rriturit, duke patur parasysh dhe stilin e të jetuarit në familje të mëdha dhe të bërit shumë fëmijë.

Grafiku 7. Grafiku i të anketuarve që janë shprehur mbi diskutimin me partnerin për PF dhe metodat kontraceptive.



Rreth një e katërta (26.0%) gra dhe vajza i janë përgjigjur negativisht kësaj pyetje, pra nuk kanë folur asnjëherë me bashkëshortin apo partnerin rreth kontracepsionit.

Vetëm 462 gra dhe vajza (ose 57.8%) i janë përgjigjur pozitivisht kësaj pyetjeje. Shifra 130 (16.3%) i referohet vajzave që nuk kanë një partner dhe kjo pyetje i dukej e pavend.

Nëse kthehemi tek pyetja se kush e kishte vendimarrjen për numrin dhe kohën e lindjeve 16.1 % kishin dhënë përgjigjen që do të vendoste bashkëshorti dhe gati po kaq 16.8% që do të vendosnin vetë. Të dyja këto shuma janë afërsisht të barabarta me përgjigjen negative (25.9%) të grave që nuk kishin folur kurrë me bashkëshortin apo partnerin për planifikimin familjar.

Gratë të cilat kanë biseduar me bashkëshortët kanë më shumë gjasa që të përdornin metoda moderne të kontracesionit (Odimegwo,O.C).¹³⁸

4.4 PRAKTIKA E PËRDORIMIT TË METODAVE KONTRACEPTIVE

Të gjithë të intervistuarat që kishin dëgjuar për një metodë specifike kontracesioni u pyetën nëse ata kishin përdorur ndonjëherë ndonjë metodë kontraceutive. Për ato gra që raportnin se nuk kishin përdorur ndonjë metodë kontracesioni pyetëtori përmbante një pyetje shtesë. Tabela tregon përqindjen e të gjitha femrave, femrave aktualisht të martuara dhe femrave të pamartuara seksualisht active që kanë përdorur ndonjëherë ndonjë metodë të planifikimit familjar, sipas moshës.

Tabela 22. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve sipas përdorimit në të shkuarën të një metode të PF.

A KENI PERDORUR NDOJEREN NGA KETO METODA	Nr	%
NUK KA PERDOR ASNJE METODE	356	44.5
CO	59	7.4
INJ	41	5.1
DIU	14	1.8
SKV	7	0.9
SPE	1	0.1
DIAF	2	0.2
PR	58	7.2
CU	30	3.8
LAM	9	1.1
KAL	30	3.8
COIT	193	24.1

Gratë dhe vajzat kanë përdorur në masën 24.1% metodën coitus, ndërsa kontraktivët oralë (COC dhe POP) në masën 7.4%, më pas kondomi (prezervativi) ishte përdorur nga rreth 7.2% e të intervistuarave. Metoda e katërt më e përdorur ishte injektibli 5.1 %, kontraktivi i urgjencës 3.8%. Ajo që të bën përshtypje është përdorimi i metodave natyrale si metoda kalendarike 3.8% dhe LAM 1.1%.

Nga kjo tabelë duket që 26.5 % e grave të marra në studim kanë përdorur në të shkuarën një metodë moderne kontraktive. Kjo e dhënë përkon afërsisht dhe me të dhënë e dalë nga studimi Demografik Shëndetsor i vitit 2008-2009 ku 33 përqind e grave dhe vajzave kishin përdorur në të shkuarën një metodë moderne kontraktive (INSTAT., ADHS). ¹³⁹

Por ne nuk merrim të dhëna nëse këto ishin metoda të përdorura deri vitin e fundit, apo ishin metoda që gruaja i kish përdorur në një fazë të jetës së saj.

4.4.1 FILLIMI I KONTRACENSIONIT

Për të vlerësuar arsyet që i shtojnë femrat të përdorin planifikimin familjar, ato u pyetën sesa fëmijë kishin në kohën kur përdorën për herë të parë një metodë kontraktive, moderne apo natyrale. Femrat që kishin përdorur një metodë për herë të parë pa patur asnjë fëmijë supozohet se dëshironin ta shtynin për më vonë lindjen e fëmijëve. Femrat që kishin përdorur për herë të parë një metodë kontraktive pasi kishin patur një apo dy fëmijë, mund të dëshironin të vononin lindjen tjetër apo të kufizonin numrin e lindjeve.

Tabela 23. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve sipas numrit të fëmijëve që kishin kur filluan të përdorin një metodë të PF.

SA FEMIJE KISHIT KUR FILLUAT METODEN	Nr	%
0 fëmijë	68	8.5
1 fëmijë	116	14.5
2 fëmijë	165	20.6
3 fëmijë	77	9.6
>3 fëmijë	17	2.1
NUK KANE PERDOR ASNJEHERE	356	44.5
Total	800	100.0

Nga tabela duket që shumica e grave kanë filluar të përdorin ndonjë metodë kontraktive pasi kishin realizuar dy lindje, rreth 165gra (ose 20.6 %). Megjithatë dhe fillimi i kontracensionit pas fëmijës së parë është i dukshëm. Kështu 116 gra (ose 14.5 %) e kanë filluar një metodë kontraktive pasi kishin një fëmijë. Rreth 9.6 % e grave janë

shprehur se e kanë filluar kontracepsionin pas lindjes së tretë dhe 8.5% (ose 68) kanë përdorur një metodë kontraceptive dhe kur nuk kanë patur fare fëmijë. Vetëm 2.1% e grave e kanë nisur një metodë kontraceptive pas lindjes së tretë.

Përdorimi i metodave moderne kontraceptive (MCU) në mesin e grave të reja, qoftë të martuara apo jo, përfshin më shumë një eksperimentim dhe është jo i qëndrueshëm (Blanc, A). ¹⁴⁰

Dhe ka gjasa të jetë i tillë pasi ato ende nuk e kanë mbyllur numrin e lindjeve. Dhe nëse e ndërpresin metodën apo dështojnë në përdorim dhe realizojnë një shtatzani ato mund ta mbajnë atë dhe pse nuk do ta donin në atë kohë, apo nuk do ta donin fare.

Tabela 24. Lidhja që ekziston midis numrit të fëmijëve që kishin në kohën e fillimit të kontracesionit dhe moshës.

HEREN E PARE KUR PERDORET NDONJE METODE, SA FEMIJE KISHIT	A KENI PERDORUR NDONJE NGA KETO METODA PER TE SHMANGUR NJE SHTATZANI												Total Nr (%)
	NUK KA PERDOR Nr (%)	CO Nr (%)	INJ Nr (%)	DIU Nr (%)	SKV Nr (%)	SPE Nr (%)	DIAF Nr (%)	PR Nr (%)	CU Nr (%)	LAM Nr (%)	KAL Nr (%)	COIT Nr (%)	
0 fëmijë	15-19	-	-					4(0.5)	3(0.4)	-		18(2.2)	25(3.1)
	20-24	1(0.1)	-					4(0.5)	1(0.1)	-		10(1.2)	16(2.0)
	25-29	2(0.3)	-					4(0.5)	2(0.3)	-		2(0.3)	10(1.2)
	30-34	1(0.1)	-					2(0.3)	-	-		2(0.3)	5(0.6)
	35-39	-	3(0.4)					2(0.3)	-	1(0.1)		2(0.3)	8(1.0)
	40-44	1(0.1)	-					-	-	-		1(0.1)	2(0.3)
	45-49	2(0.3)	-					-	-	-		1(0.1)	3(0.4)
	Total		7(0.9)	3(0.4)					16(2.0)	6(0.8)	1(0.1)		36(4.5)
1 fëmijë	15-19	-	-	-			-	-	-	1(0.1)	-	2(0.3)	3(0.4)
	20-24	3(0.4)	-	-			-	1(0.1)	13 (1.6)	4(0.5)	1(0.1)	20(2.5)	42(5.2)
	25-29	12(1.5)	-	-			1(0.1)	-	6(0.8)	1(0.1)	-	1(0.1)	3(0.4)
	30-34	7(0.9)	1(0.1)	1(0.1)			-	-	5(0.6)	5(0.6)	-	2(0.3)	3(0.4)
	35-39	2(0.3)	-	-			-	-	2(0.3)	-	-	5(0.6)	9(1.1)
	40-44	2(0.3)	-	-			-	-	1(0.1)	-	2(0.3)	5(0.6)	10(1.2)
	45-49	3(0.4)	1(0.1)	-			-	-	-	-	-	2(0.3)	6(0.8)
	Total		29(3.6)	2(0.2)	1(0.1)			1(0.1)	1(0.1)	27(3.4)	10(1.2)	4(0.5)	3(0.4)
2 fëmijë	20-24	1(0.1)	-	-	-			-	1(0.1)	-	1(0.1)	-	6(0.8)
	25-29	1(0.1)	-	-	-			-	-	-	1(0.1)	-	15(1.9)
	30-34	6(0.8)	3(0.4)	2(0.3)	-			-	-	10(1.2)	1(0.1)	1(0.1)	12(1.5)

	35-39		6(0.8)	5(0.6)	2(0.3)	-		1(0.1)	6(0.8)	-	-	9(1.1)	19(2.3)	48(6.0)
	40-44		2(0.3)	7(0.9)	1(0.1)	-		-	4(0.5)	-	1(0.1)	13(1.6)	8(1.0)	36(4.5)
	45-49		-	2(0.3)	3(0.4)	(0.1)		-	1(0.1)	-	-	4(0.5)	10(1.2)	21(2.6)
	Total		16(2.0)	17(2.1)	8(1.0)	1(0.1)		1(0.1)	12(1.5)	10(1.2)	4(0.5)	27(3.4)	70(8.7)	166(20.8)
3 fëmijë	20-24		-	1(0.1)	-	-			-	-			9(1.1)	10(1.2)
	25-29		1(0.1)	1(0.1)	-	-			-	-			9(1.1)	11(1.3)
	30-34		1(0.1)	5(0.6)	1(0.1)	-			1(0.1)	-			11(1.3)	19(2.3)
	35-39		4(0.5)	5(0.6)	1(0.1)	-			-	-			11(1.3)	21(2.6)
	40-44		0	2(0.3)	-	1(0.1)			-	-			3(0.4)	6(0.8)
	45-49		1(0.1)	1(0.1)	-	-			2(0.3)	2(0.3)			4(0.5)	10(1.2)
	Total		7(0.9)	15(1.9)	2(0.3)	1(0.1)			3(0.4)	2(0.3)			47(5.7)	77(9.7)
>3 fëmijë	25-29			-	-	-				1(0.1)			-	1(0.1)
	30-34			2(0.3)	1(0.1)	0				0			1(0.1)	4(0.5)
	35-39			1(0.1)	0	1(0.1)				0			0	2(0.3)
	40-44			1(0.1)	1(0.1)	2(0.3)				0			1(0.1)	5(0.6)
	45-49			0	1(0.1)	2(0.3)				1(0.1)			1(0.1)	5(0.6)
Total			4(0.5)	3(0.4)	5(0.6)				2(0.3)			3(0.4)	17(2.1)	
NUK KANE PERDO R	15-19	85(10.6)												85(10.6)
	20-24	82(10.2)												82(10.2)
	25-29	42(5.2)												42(5.2)
	30-34	27(3.4)												27(3.4)
	35-39	20(2.5)												20(2.5)
	40-44	52(6.5)												52(6.5)
	45-49	44(5.5)												44(5.5)
Total	352(44)													352(44)
Total	352(44)	59(7.4)	41(5.1)	14(1.8)	7(0.9)	1(0.1)	2(0.3)	58(7.3)	30(3.8)	9(1.1)	30(3.8)	196(24.4)	800(100)	

Nga tabela duket që coitusi, condomi, CO dhe contraceptivi i urgjencës janë më të përdorurat ndër gratë që nuk kanë patur asnjë fëmijë në momentin e fillimit të kontracepsionit. Përdorimi i metodave të tjera është i papërfillshëm në këtë stad. Na bie në sy që nga vajzat dhe gratë 15-19 vjeç, 18 përdorin coitusin, 4 ose 0.5% prezervativin, 3 ose 0.4% kontraceptivin e urgjencës, gjë që tregon dhe shkallën e ndërgjegjësimit rreth kontracepsionit të rastësishëm.

Me lindjen e një fëmije shohim se frekuenca e përdorimit të kontraceptivëve rritet. Kështu përdorimi i kontraceptivit oral rritet nga 0.9% që ish kur gratë nuk kishin ende fëmijë në 3.6% kur ato kishin kryer lindjen e parë. Condomi rritet ndjeshëm në përdorim nga 2% në 3.4%. Metoda e coitus ka një rritje të lehtë 36(4.5%) në 40(5.0%) dhe kontracepsioni i urgjencës nga 0.8% në 1.2%. Nga gratë me këtë status vërejmë përdorimin e metodave natyrale LAM dhe kalendarike. Grupmoshat që përdorin më shumë kontraceptivët modernë janë 20-24 vjeç me 42(5.2%), 25-29 vjeç 24(3.0%) dhe grupmosha 30-34 vjeç me 24(3.0%). Këto grupmosha kanë realizuar lindjen e parë dhe kërkojnë të largojnë hapsirën deri në lindjen e dytë.

Me lindjen e fëmijës së dytë metoda coitus rritet ndjeshëm deri në 70(8.7%) dhe kjo sepse çiftet fillojnë të mendojnë për kufizimin e numrit të lindjeve. Duke qënë se duan siguri në kontracepsion përdorimi i metodave shumë efikase si CO 2%, INJ 2.1%, CU 1.2%, DIU 1% janë prezent. Me rritjen e kulturës dhe të shkallës së informimit lidhet dhe përdorimi në përqindje të kënaqshme i metodës kalendarike 3.4%. Grupmoshat që përdorin më shumë kontraceptivë pas lindjes së dytë janë 30-34 vjeç me 35 gra (4.4%); 35-39 vjeç me 48gra (6.0%) dhe grupmosha 40-44 vjeç me 36 gra(4.5%) . Pra rritet mosha e përdorimit të kontraceptivëve sepse këto janë dhe grupmoshat që kanë mbyllur numrin e lindjeve dhe kërkojnë të parandalojnë shtatzanitë që do të ishin të paplanifikuara.

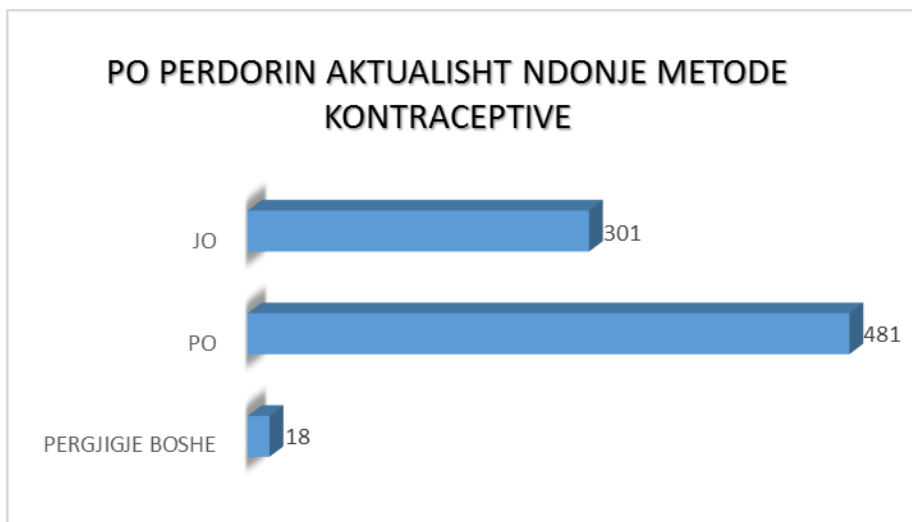
Ndërsa me lindjen e fëmijës së tretë metodat afatgjata si INJ (1.9%), DIU (0.3%) SKV (0.1%) janë metoda që pëlqëhen nga gratë që mund ta kenë mbyllur numrin e lindjeve. Metoda coitus mbetet ende më e përdorura dhe për këtë grup grash me 47(5.7%).

Numri i grave që përdorin metoda kontraceptive dhe që kanë më shumë se tre fëmijë bie dhe kjo lidhet me numrin më të vogël të grave që kanë mbi tre fëmijë. Megjithatë shihet se është SKV 0.6% metoda më e përdorur, më pas INJ me 0.5% dhe DIU me 0.4%. Condomi duket që nuk përdoret fare tek gratë me mbi tre fëmijë dhe kjo na bën të mendojmë se condomi shihet nga këto gra jo si një mjet kontrceptiv, por ndoshta lidhet direkt me perceptimin për të si një mjet që të mbron nga IST.

4.4.2 PËRDORIMI AKTUAL I METODAVE KONTRACEPTIVE

Grafiku nr 8 na jep të dhëna për numrin e grave dhe vajzave që po përdorin aktualisht të paktën një metodë kontrceptive, moderne apo natyrale.

Grafiku 8. Numri i përdoruesve të metodave kontrceptive.

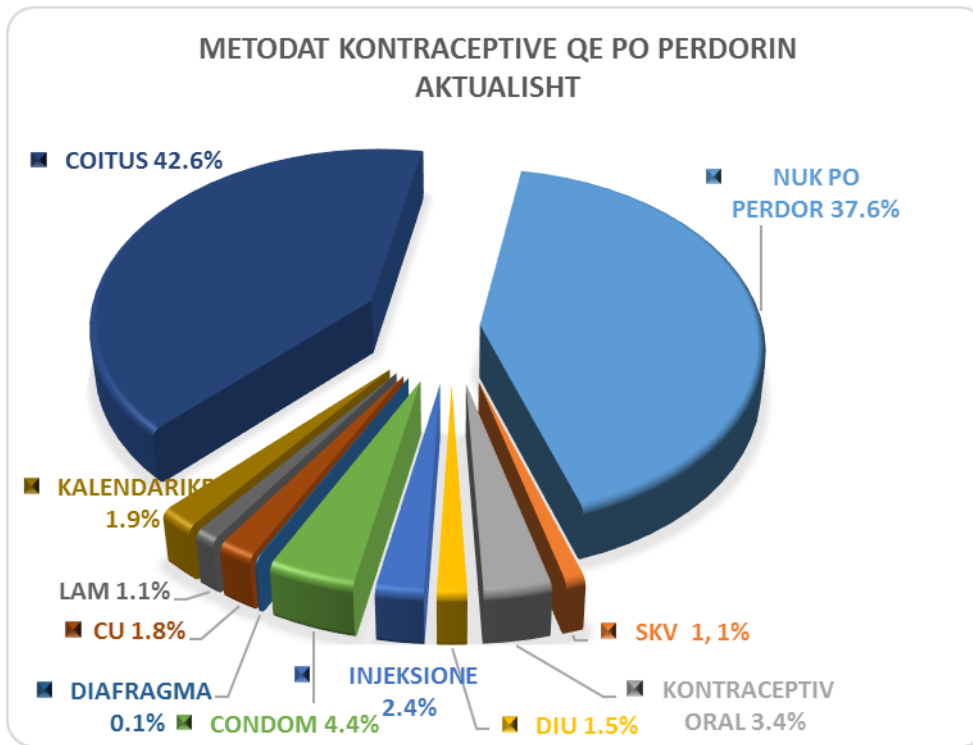


Shihet se 60.1% (ose 481) gra dhe vajza të intervistuar pranojnë se janë duke përdorur aktualisht të paktën një metodë kontrceptive, ndërsa 301(ose 37.6%) nuk përdorin asnjë metodë kontrceptive. Përgjigje boshe kanë dhënë 2.3 % e tyre duke mos u prononcuar nëse përdorin apo jo ndonjë metodë kontrceptive aktualisht.

Tabela 25.Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve sipas përdorimit aktual të një metode të PF.

A PO PERDOR NDONJE METODE	CFARE METODE PO PERDORNI											Total Nr (%)
	NUK PO PERDOR Nr (%)	SKV Nr (%)	CO Nr (%)	DIU Nr (%)	INJ Nr (%)	PR Nr (%)	DIAF Nr (%)	CU Nr (%)	LAM Nr (%)	KALEN Nr (%)	COITUS Nr (%)	
PA PERGJ	16(2.0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2(0.3)	18(2.3)
PO	-	8 (1)	27(3.4)	12(1.5)	19(2.4)	35 (4.4)	1(0.1)	14(1.8)	9(1.1)	15(1.9)	341(42.6)	481(60.1)
JO	301(37.6)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	301(37.6)
Total	317(39.6)	8(1.0)	27(3.4)	12(1.5)	19(2.4)	35(4.4)	1(0.1)	14(1.8)	9(1.1)	15(1.9)	343(42.9)	800(100)

Grafiku 9. Përdorimi aktual i ndonjë metode kontraktive.



Metoda më e përdorur në mesin e grave dhe vajzave në moshë riprodhuese në prefeturë mbetet coitus me 341 ose 42.6%.

Më pas prezervativi me 4.4% (ose 35) gra dhe vajza që e përdorin, kontraktivi oral me 27 gra dhe vajza ose 3.4% dhe me pas injeksioni me 2.4% (ose 19 raste). Kontraktioni i urgjencës përdoret nga 1.8% (ose nga 14) e grave dhe vajzave të prefeturës. Dispozitivi intrauterin, sterilizimi kirurgjikal vullnetar dhe diafragma përdoren shumë pak.

Nga tabela duket qartë që 301 e grave dhe vajzave (apo 37.6%) nuk po përdorin asnjë metodë kontraktive.

Ndërsa 116 (ose 14.6%) po përdorin metoda moderne të kontraktionit dhe 365, ose 45.6% po përdorin metoda natyrale.

Pra gjithsej 481 gra dhe vajza të moshës riprodhuese, (60.1%) po përdorin të paktën një metodë të planifikimit familjar.

Përgjigje boshe kanë dhënë 18 gra dhe vajza.

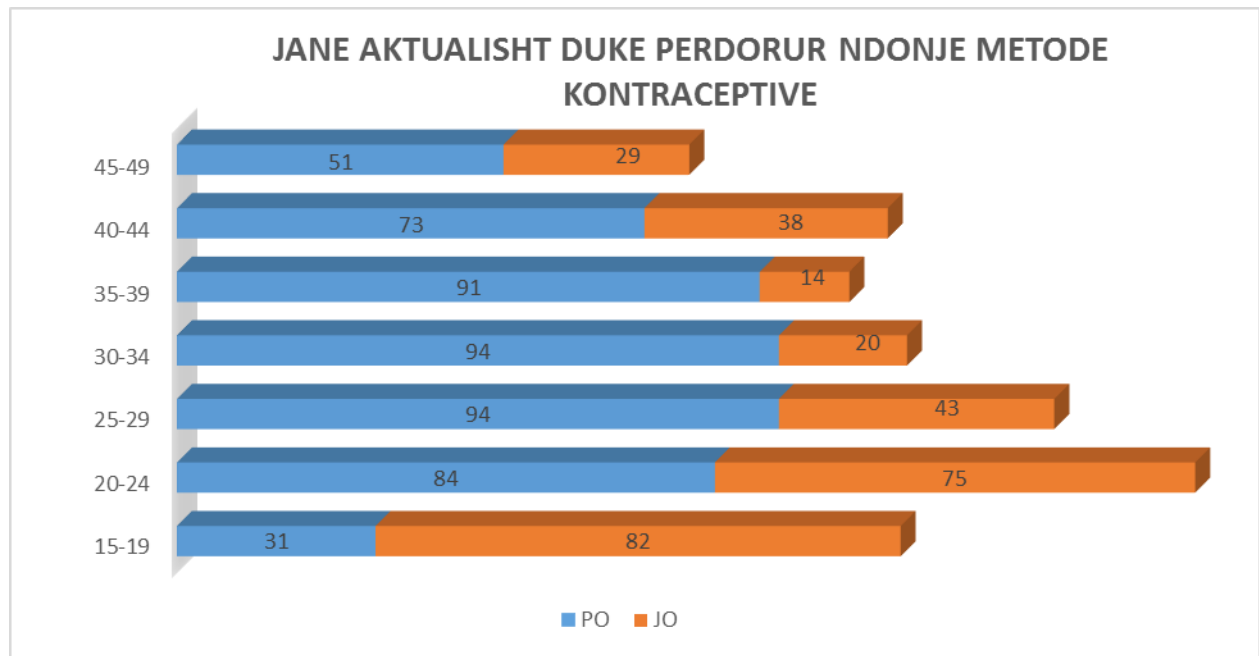
Por kush janë gratë që priren të përdorin më shumë metodat kontraktive?

Tabela 26. Lidhja që ekziston midis moshës dhe përdorimit të metodave kontraceptive.

AKTUALISHT A JENI DUKE PERDORUR NDONJE METODE	GRUPMOSHA							Total Nr (%)
	15-19 Nr (%)	20-24 Nr (%)	25-29 Nr (%)	30-34 Nr (%)	35-39 Nr (%)	40-44 Nr (%)	45-49 Nr (%)	
PERGJIGJE BOSHE	1(0.1)	-	5.(0.6)	-	3(0.4)	-	9(1.1)	18(2.3)
PO	31(3.9)	84(10.5)	57 (7.1)	94 (11.7)	91 (11.4)	73 (9.1)	51 (6.4)	481(60.1)
JO	82(10.2)	75(9.4)	43(5.4)	20(2.5)	14(1.7)	38(4.8)	29(3.6)	301(37.6)
Total	114(14.2)	159(19.9)	105(13.1)	114(14.2)	108(13.5)	111(13.9)	89(11.1)	800(100.0)

Shihet se dhe grupmosha 15-19 vjeç ka filluar përdorimin e mjeteve kontraceptive. Duke patur parasysh që në studim kemi dhe gratë komunitetit rom që në këtë grupmoshë kanë filluar lindjen e fëmijëve, kjo shifër është e justifikuar, merr kuptim dhe vlerë.

Grafiku 10. Përdorimi aktual i kontraceptivëve sipas grupmoshave.



Grupmosha me numrin më të madh të përdoruesve është 30-34 vjeç me 11.7% e ndjekur nga grupmosha 35-39 vjeç me 11.4% dhe kjo është normale, pasi në këto grupmosha gratë e kanë mbyllur numrin e lindjeve dhe nuk duan të kenë më shtatzani. Më pas është mosha 20-24 vjeç ku këto mund të jenë vajza që kanë lidhje dhe nuk duan ende të kenë

një fëmijë, ose duan të planifikojnë lindjen e parë, por janë dhe gra që kanë lindur fëmijën e parë dhe duan të planifikojnë lindjen tjetër.

Grupmosha 25-29 vjeç presupozohet që janë gratë që kanë lindur të paktën një fëmijë, por që lindjen e dytë nuk e kanë planifikuar ende.

Nga të dhënat e hedhura në pyetsorë vihet re një fenomen, që lindjen e dytë gratë ia kanë lënë rastësisë pa përdorur kontracepsionin.

Përqindjet më të ulta të përdorimit të kontraktivëve i kanë grupmoshat 40-44 vjeç me 9.1% dhe 45-49 vjeç me 6.4% dhe kjo është krejt normale pasi fertiliteti tek këto mosha fillon dhe bie.

Ketting sugjeron se faktorët që ndikojnë në përdorimin e kontraktivëve nga gratë më të mëdha në moshë mund të jenë të ndryshme se për gratë më të reja. Gratë në vitet e tyre në fund të riprodhimit kanë shqetësim më të madh për shëndetin, ndryshe nga gratë e reja që nuk shqetësohen shumë për të (Ketting E).¹⁴¹

4.4.3 NDRYSHIMET NË PËRDORIMIN E METODAVE KONTRACEPTIVE SIPAS KARAKTERISTIKAVE TË PËRZGJEDHURA

Tabela 27. Lidhja që ekziston midis përdorimit të kontraceptivëve, statusit dhe vendbanimit.

		NUK PERDOR Nr (%)	SKV Nr (%)	CO Nr (%)	DIU Nr (%)	INJ Nr (%)	CONDOM Nr (%)	DIAF Nr (%)	CU Nr (%)	LAM Nr (%)	KALEN Nr (%)	COITUS Nr (%)	Total Nr (%)
QYTET	BEQARE	69(8.7)	-	-	-	-	4(0.5)	-	-	-	-	17(2.1)	90(11.3)
	MARTUAR	121(15.1)	5(0.6)	13(1.6)	8(1.0)	5(0.6)	15(1.9)	1(0.1)	5(0.6)	7(0.9)	14(1.8)	190(23.8)	384(48.0)
	E VE	1(0.1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1(0.1)
	BASHKEJETON	6(0.8)	-	-	-	-	-	-	2(0.3)	-	-	1(0.1)	9(1.1)
	E LIDHUR	6(0.8)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10(1.2)	16(2.0)
Total		203(25.4)	5(0.6)	13(1.6)	8(1.0)	5(0.6)	19(2.4)	1(0.1)	7(0.9)	7(0.9)	14(1.7)	218(27.3)	500(62.5)
FSHAT	BEQARE	49(6.1)	-	-	-	-	-	-	3(0.4)	-	-	4(0.5)	56(7.0)
	MARTUAR	58 (7.2)	2(0.3)	14(1.7)	4(0.5)	14(1.7)	12(1.5)	-	3(0.4)	2(0.3)	1(0.1)	112(14)	222(27.7)
	DIVORCUA	3(0.4)	1(0.1)	-	-	-	-	-	-	-	-	5(0.6)	9(1.1)
	BASHKEJETON	1(0.1)	-	-	-	-	2(0.3)	-	-	-	-	-	3(0.4)
	E LIDHUR	1(0.1)	-	-	-	-	2(0.3)	-	1(0.1)	-	-	6(0.8)	10(1.3)
Total		114(14.3)	3(0.4)	14(1.7)	4(0.5)	14(1.7)	16(2.0)	-	7(0.9)	2(0.3)	1(0.1)	125(15.6)	300(37.5)
Total		317(39.6)	8(1.0)	27(3.4)	12(1.5)	19(2.4)	35(4.4)	1(0.1)	14(1.8)	9(1.1)	15(1.8)	343(42.9)	800(100.0)

Në pamje të parë duket sikur gratë e qytetit përdorin më pak kontracepsion sesa ato të fshatit. Rreth 203 ose 25.4%, e grave të qytetit nuk përdorin asnjë metodë kontraceptive në krahasim me 14.3%, ose 114 e grave të fshatit, por duhet të kemi parasysh raportin 500/300 (qytet/fshat) të grave dhe vajzave të intervistuar.

Në zonat urbane 37.1% e grave përdorin ndonjë metodë kontraceptive dhe 23.2% e grave të zonave rurale përdorin të paktën një metodë kontraceptive. Këtu vihet re që ky studim është në të njëjtën linjë me studimin demografik shëndetësor të vitit 2008-2009 ku femrat në zonat urbane kanë më shumë gjasa të përdorin kontracepsion sesa femrat në zonat rurale (74 dhe 66 përqind, përkatësisht) (INSTAT,ADHS).¹⁴²

Coitusi është metoda më e përdorur si për gratë e qytetit 218 (27.3%) dhe ato të fshatit 125 (15.6%).

Tjetra që na bie në sy është që kontraceptivët oralë, përdoren më shumë nga gratë e zonave rurale në masën 14 (1.7%) ndërsa gratë e qytetit e përdorin në masën 13(1.6%) Injektabli është një metodë që përdoret gjërësisht nga gratë e fshatit 14(1.7%) për vetë specifikën që ka, kurse në gratë e qytetit 5 raste gjithsej ose 0.6%.

Condomi gjithashtu përdoret pothuajse në masë të njëjtë, 19 gra dhe vajza në qytet dhe 16 në zonat rurale, por gjithnjë duhet të mbajmë parasysh që gratë e qytetit janë më shumë në studim.

Sterilizimi kirurgjikal vullnetar (SKV) është një metodë e përdorur më shumë nga gratë e qytetit sesa të fshatit dhe kjo shpjegohet nga aksesimi më i kufizuar i grave të fshatit për ta marrë këtë shërbim në klinika që janë vetëm në qytet siç janë maternitetet dhe konsultoret e gruas. E njëjta gjë dhe për dispozitivin intrauterin (DIU).

Për tu theksuar është përdorimi në masë të njëjtë i kontraceptivit të urgjencës (7 ose 0.9%), ç'ka tregon se ndërgjegjësimi dhe informimi është i rritur dhe në zonat rurale për kontraceptivët e gjeneratës së re.

Metoda kalendarike është shumë më pak e përdorur në zonat rurale sesa në ato urbane, nga 15 gjithsej 14 janë nga zonat urbane dhe kjo ndoshta lidhet me nivelin e kulturës dhe të edukimit si dhe me shkallën e ulët të informimit nga ana e personelit mjekësor.

E njëjta gjë dhe për metodën e ushqyerjes me gji (LAM) nga 9 gjithsej, dy gra e përdorin nga zonat rurale, në krahasim me 7 në zonën urbane dhe kjo lidhet jo vetëm me kulturën dhe edukimin, por ndoshta dhe me nivelin e punonjësve të shëndetit që mund t'ia sugjerojnë klientëve (Mubita-Ngoma, C).¹⁴³

4.4.4 TENDENCA NË PËRDORIMIN E KONTRACEPTIVËVE

Niveli i prevalencës së kontracepsionit në Shqipëri mbetet i ulët në krahasim dhe me vendet e rajonit. Ky tregues në Shqipëri në vitin 2002 ishte 75 përqind për femrat e martuara me 8 përqind që përdornin metoda moderne (CDC, ISHP, dhe INSTAT, 2005).

Në ADHS 2008-09, përqindja e femrave aktualisht të martuara në moshën 15-44 vjeç që përdorin metoda moderne rritet nga 8 në 11 përqind. Përdorimi i metodave tradicionale ka rënë në mënyrë të ndjeshme, nga 67 përqind mes femrave të martuara të moshës 15-44 vjeç, në vitin 2002, në 59 përqind në ADHS 2008-09. Në studim gjenden dhe shkaqet e rënies së përdorimit të metodave tradicionale duke nënvizuar që kjo rënie është shkaktuar pjesërisht nga përdorimi më i gjerë i prezervativëve (nga 3 në 4 përqind mes femrave të martuara të moshës 15-44 vjeç), i pilulës, DIU dhe i metodave të tjera si LAM, etj.

Pra nëse në vitin 2002 prevalenca e kontraceptivëve (metoda moderne & natyrale) ishte 75% në vitin 2008-2009 prevalenca ra në 70%, kjo gjithmonë për gratë seksualisht aktive dhe të martuara.

Deri tani në studimin tonë kemi përcaktuar prevalencën e përdorimit të kontraceptivëve për të gjithë gratë dhe vajzat e intervistuar, por që janë në moshë riprodhuese. Por prevalencën e përdorimit të kontraceptivëve në mesin e grave të martuara na e jep tabela.

Tabela 28 . Prevalenca e përdorimit të kontraceptivëve në mesin e grave të martuara të marra në intervistë.

STATUSI CIVIL	METODAT QE PO PERDORIN AKTUALISHT GRATE E MARTUARA											Total Nr (%)
	NUK PERDOR Nr (%)	SKV Nr (%)	CO Nr (%)	DIU Nr (%)	INJ Nr (%)	PR Nr (%)	DIAFR Nr (%)	CU Nr (%)	LAM Nr (%)	KAL Nr (%)	COIT Nr (%)	
MARTUAR	179 (29.5)	7(1.2)	27(4.5)	12(1.9)	19(3.1)	27(4.5)	1(0.2)	8(1.3)	9 1.5)	15(2.5)	302(49.8)	606 (75.8)
Total metodave tek të gjitha gratë dhe vajzat	317(39.6)	8(1.0)	27(3.4)	12 (1.5)	19(2.4)	35(4.4)	1(0.1)	14(1.87)	9(1.1)	15(1.9)	343(42.9)	800(100.0)

Shënim: Në totalin e tabelës është numri i të intervistuarave (të martuara apo me status tjetër) që përdorin apo jo ndonjë metodë kontraceptive.

Nga kjo tabelë duket se 101(16.7%) gra të martuara përdorin një metodë moderne kontraceptive, ndërsa 326 ose (53.8%) përdorin një metodë natyrale (kalendarike, LAM, coitus).

Pra trendi është pothuajse i njëjtë, prevalenca e përdorimit të ndonjë metode është po aq sa ajo e vitit 2008-2009 për gratë e martuara. Në studimin e vitit 2008-2009 shkalla e përdorimit të kontraktivëve ishte 70%, në studimin tonë është në masën 70.5%, ose 427 e grave të martuara po përdorin ndonjë metodë kontraktive. Por numri i grave që po përdorin metoda moderne është rritur nga 11% në studimin e vitit 2008-2009 në 16.7% për gratë e martuara, ndërsa numri i grave që po përdorin metoda natyrale është 53.8% , nga 59% që përdornin në vitin 2008-2009.

4.4.5 BURIMI I FURNIZIMIT ME KONTRACEPTIVË

Tabela 29. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve sipas burimit të furnizimit me kontraktivë.

BURIMI I		
KONTRACEPSIONIT	Nr	%
NUK PO PERDOR	684	85.5
QSH	38	4.8
MATERNITET	30	3.8
FARMACI	33	4.1
SUPERMARKET	1	0.1
KONSULTOR	13	1.6
GRUAJE		
KLINIKE E PF	1	0.1
Total	800	100%

Në përgjigjen “Nuk po përdor” shifra 684 i referohet numrit të grave që nuk përdorin asnjë metodë kontraktive, por në këtë shifër përfshihen dhe metodat e tjera natyrale (coitus, kalendarike, LAM) që nuk kanë nevojë për burim të furnizimit.

Qendrat shëndetësore janë në 4.8% të rasteve ambjentet ku gratë dhe vajzat kanë gjetur kontraktivin e tyre. Më pas është farmacia ambjenti tjetër me 4.1%, ose për 33 gra dhe vajza, materniteti me 3.8 %, konsultori i gruas me 1.6%. Klinikat e planifikimit familjar dhe supermarketet janë më pak të listuara si vende ku gratë janë drejtuar dhe kanë gjetur kontraktivë.

Duhet nënvizuar se shërbimi publik mbetet burimi kryesor i kontraktivëve duke i ofruar falas nëpër qendrat shëndetësore dhe ambulancat e shërbimit parësor, si dhe në qendrat spitalore të sistemit sekondar dhe terciar (M.SH).¹⁴⁴

Tabela 30. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve, në lidhje me instruksionet për përdorimin e kontraktivëve dhe efektet anësore.

INSTRUKSIONE PER		
PERDORIMIN	Nr	%
NUK PO PERDOR	674	84.3
PO	121	15.1
JO	5	0.6
Total	800	100%

Për interpretimin e tabelës duhet të kemi parasysh që në përgjigjen “Nuk po përdor” përfshihen gratë dhe vajzat që tek pyetjet e mëparshme kanë dhënë përgjigje negative që nuk po përdorin ndonjë metodë kontraktive, por dhe gratë dhe vajzat që po përdorin metodën natyrale të kontraksionit, coitus dhe nuk kanë nevojë për instruksione. Nga gratë dhe vajzat që po përdorin një metodë moderne kontraktive 121 prej tyre ose 15.1% janë përgjigjur se kanë marrë instruksione nga personeli për përdorimin e metodës së zgjedhur, ndërsa 5 prej tyre, apo 0.6% nuk kanë marrë instruksione në lidhje me përdorimin e metodës. Në fakt nëse shohim përdorimin e metodave moderne kontraktive që po përdoren nga gratë dhe vajzat aktualisht 116 prej tyre po përdorin një metodë moderne dhe besojmë se personeli i ka ndihmuar gratë në vendimmarrjen, duke e lidhur informacionin mbi metodat specifike me rrethanat personale të grave (Kim, YM)¹⁴⁵ dhe ka ndihmuar klientët në zgjedhjen e mirëinformuar dhe instruktimin për metodën e zgjedhur.

Tabela 31. Lidhja që ekziston midis burimit të informacionit dhe instruksioneve për efektet anësore.

NGA KUSH	A JU THA NDONJE PER EFEKTET ANESORE DHE CFARE DUHET TE BENI			Total Nr (%)
	NUK PO PERDOR Nr (%)	PO Nr (%)	JO Nr (%)	
NUK PO PERDOR	671(83.9)	-	5(0.6)	676(84.5)
MJEKU FAMILJES	-	8(1)	-	8(1.0)
OBSTETER	-	22(2.7)	-	22(2.7)
INFERMIERE	-	52(6.5)	-	52(6.5)
MJEK PRIVAT	-	9(1.1)	-	9(1.1)
FARMACIST	3(0.4)	30(3.7)	-	33(4.1)
Total	674 (84.3)	121(15.1)	5(0.6)	800(100.0)

Tabela tregon se kush i ka informuar gratë për efektet anësore dhe menaxhimin e tyre këto gra që kanë vendosur të përdorin ndonjë metodë kontraktive. Duke qënë se

metodat natyrale të kontracesionit nuk shoqërohen me efekte anësore, ndaj dhe numri i përgjigjeve nëse kanë marrë instruksione për efektet anësore është më i vogël sesa ai i përgjigjeve të pyetjes nga kush e kanë marrë informacionin për metodat kontrceptive.

Vihet re që infermierët janë personat më të kontaktuar, rreth 52(6.5%) gra dhe vajza kanë marrë informacion për kontrceptivin që kanë zgjedhur dhe për efektet anësore që mund të kishin gjatë përdorimit të kontrceptivit, pikërisht nga ky personel. Më pas personat më të kontaktuar janë: farmacisti nga 30 gra dhe vajza, obstetër - gjinekologu nga 22 të intervistuarat dhe më pak mjeku privat.

Mjeku i familjes është personi më pak i kontaktuar nga gratë dhe vajzat për të marrë shërbime të planifikimit familjar.

Megjithatë duhet të nënvizohet fakti që në të gjitha rastet informacioni është dhënë nga personel mjeksor.

4.4.6 SI KA NDRYSHUAR PËRDORIMI I KONTRCEPTIVËVE

Një pyetje e drejtuar në fillim të këtij sesiioni mblidhte të dhëna për përdorimin në të shkuarën të ndonjë metode për të shmangur një shtatazani dhe pyetja tjetër mblidhte të dhëna nëse ato ishin duke përdorur pikërisht në momentin e intervistimit ndonjë metode kontrceptive.

Në tabelën në vazhdim duket qartë se si ka lëvizur përdorimi i kontrceptivëve nga e shkuara në të tashmen tek të intervistuarat.

Tabela 32. Lidhja që ekziston midis përdorimit në të shkuarën dhe përdorimit aktual të metodave kontraceptive.

A KENI PERDORUR NDONJE NGA KETO METODA PER TE SHMANGUR NJE SHTATZANI	CFARE METODE PO PERDORNI											Total i përdorimit në të shkuarën
	NUK PERDOR Nr (%)	SKV Nr (%)	CO Nr (%)	DIU Nr (%)	INJ Nr (%)	CONDOM Nr (%)	DIAF Nr (%)	CU Nr (%)	LAM Nr (%)	KAL Nr (%)	COIT Nr (%)	
NUK PERDOR	271 (33.9)	-	2(0.2)	1(0.1)	2(0.3)	1(0.1)	-	1(0.1)	1(0.1)	-	74 (9.3)	353(44.1)
CO	8 (1.0)	-	23(2.9)	1(0.1)	-	-	-	-	1(0.1)	-	26 (3.3)	59 (7.4)
INJ	3 (0.4)	-	1(0.1)	1(0.1)	13(1.6)	-	-	-	-	-	23 (2.9)	41(5.1)
DIU	2 (0.3)	1(0.1)	1(0.1)	9(1.1)	-	-	-	-	-	-	1(0.1)	14(1.8)
SKV	-	7(0.9)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7(0.9)
SPE	-	-	-	-	1(0.1)	-	-	-	-	-	-	1(0.1)
DIAF	-	-	-	-	-	-	1(0.1)	-	-	-	1(0.1)	2(0.3)
CONDOM	15 (1.9)	-	-	-	-	32 (4.0)	-	-	-	-	11(1.4)	58 (7.3)
CU	2 (0.2)	-	-	-	-	-	-	12 (1.5)	5(0.6)	-	11(1.4)	30 (3.7)
LAM	-	-	-	-	1(0.1)	-	-	-	2(0.3)	-	6(0.7)	9(1.1)
KALEND	4 (0.5)	-	-	-	-	1(0.1)	-	-	-	15(1.8)	10(1.2)	30(3.7)
COIT	12 (1.5)	-	-	-	2(0.3)	1(0.1)	-	1(0.1)	-	-	180 (22.5)	196(24.5)
Total i përdorimit aktualisht	317(39.7)	8(1.0)	27(3.4)	12(1.5)	19 (2.4)	35 (4.3)	1(0.1)	14(1.7)	9(1.1)	15(1.8)	343(42.9)	800(100.0)

Nga tabela duket që gati gjysma e grave dhe vajzave që kanë përdorur në të shkuarën e kanë ndërprerë ose e kanë ndërruar metodën e kontraktivit oral (59 gra dhe vajza e kanë përdorur dhe 27 e përdorin aktualisht), po ashtu dhe condomin nga 58 gra dhe vajza që e kanë përdorur në të shkuarën aktualisht e përdorin 35, kontraktivi i urgjencës nga 30 ka rënë në 14. Po ashtu dhe metoda kalendarike është ulur në nivel përdoruesish nga 30 në 15 që po përdorin aktualisht.

Dhe sic mund të pritej është ulur përdorimi i metodave moderne, por është rritur ai i metodës së tërheqjes (coitus) nga 196 (ose 24.5%) në 343 (ose 42.9%). Duket që ka një rënie të shkallës së përdorimit nga e shkuara në të tashmen. Kjo në njëfarë mase justifikohet me ndërprerjen për shkak të shtatzanive, kërkesës për të patur një shtatzani, por ndoshta dhe për shkak të efekteve anësore, mospërdorimit të tyre korrekt, apo dhe shkaqeve të tjera.

Faktorët që ndikojnë në praktikën e kontraktivëve janë shumëdimensionalë dhe sfidues (Mohammed,A) (Acayo, J., E) ^{146,147} Ndryshimi i metodës është i zakonshëm gjatë periudhës së studimeve (Barden-O'Fallon).¹⁴⁸

Në pamje të parë duket sikur përqindja e përdorimit të kontraktivëve është rritur, sepse numri i grave dhe vajzave që nuk përdorin asnjë metodë kontraktive tani është më i ulët se në të shkuarën (nga 44.1% ka rënë në 39.7%), por nëse do të analizojmë këtë tabelë do të shikojmë që vendin e përdorimit të kontraktivëve modernë e kanë zënë kontraktivët natyralë, specifikuisht “coitus” nga 196 (24.5%) gra që e përdornin në të shkuarën, në 343(42.9%) që e përdorin në momentin që është kryer studimi. Po ashtu shumë gra kishin ndërprerë metodën, sidomos gratë që kishin përdorur kontraktive orale nga 59 (7.4%), aktualisht po e përdorin 27(3.4%) gra dhe vajza; prezervativin nga 58(7.3%) gra dhe vajza që e përdornin në të shkuarën, aktualisht e përdorin 35(4.3%) prej tyre. Injeksioni nga 41(5.1%) gra, aktualisht në 19(2.4%). Ndërsa sterilizimi kirurgjikal vullnetar (SKV) duke qënë metodë irreversible nuk ka shënuar ndërrim të metodës. Duke kërkuar të gjejmë shkakun e ndërprerjes së metodave moderne kontraktive hasëm në studime që hidhnin dritë mbi këtë fakt.

Në vendet në zhvillim, ku gratë janë të varura nga traditat e vjetra dhe kufizimet sociale, njohuritë dhe ndërgjegjësimi në lidhje me pranimin e planifikimit familjar nuk do të jetë i vetmi faktor vendimtar në uljen e fertilitetit. (Ehsanpour,S., Mohammadifard,M).¹⁴⁹

Ndërsa Beekle në një studim mbi vetëdijen dhe përcaktimin e praktikës së planifikimit familjar tregon se vetëm njohuria dhe qasja në shërbimet nuk mund të jetë e përshtatshme për pranimin dhe vazhdimin e metodave kontraktive. Pra sipas Beekle mbi gratë, për përdorimin e kontraktivëve bien dhe kufizimet sociale, tradita, përveç nivelit të njohurive dhe ndërgjegjësimit (Beekle AT, McCabe C.).¹⁵⁰

Këto ndoshta janë dhe faktorët që ndikojnë në mospërdorimin por dhe në ndërprerjen e metodës kontraktive.

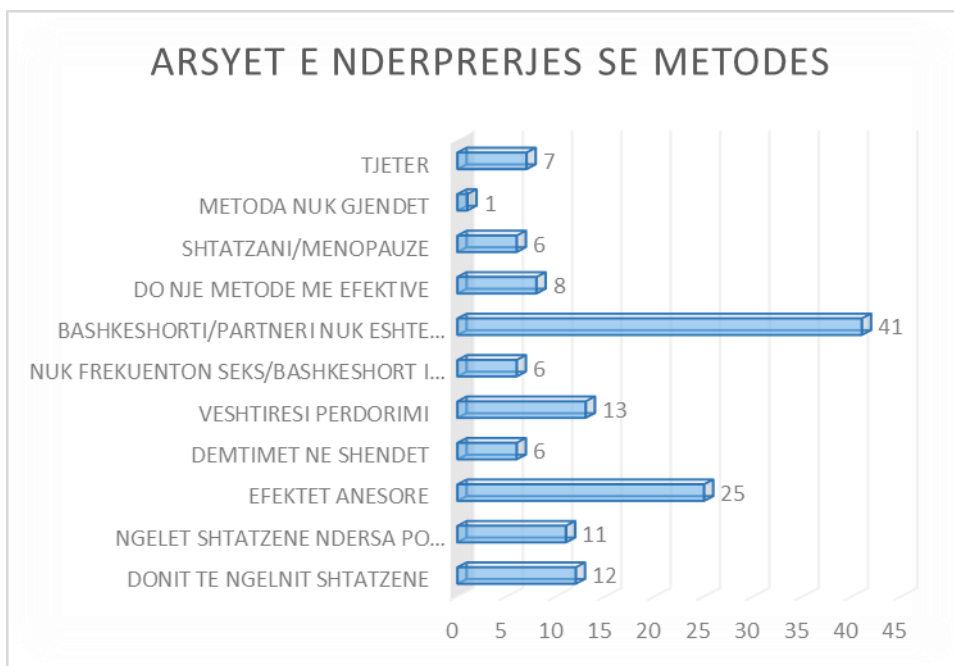
4.4.7 NDËRPRERJA E METODAVE KONTRACEPTIVE

Ndryshimi i vlerave të përdorimit të metodave kontraceptive na çon në përfundimin se gratë i kanë ndërprerë ose ndërruar metodat.

Nga 26,5% e atyre që e kishin përdorur në të shkuarën ndonjë metodë kontraceptive tani po e përdorin 14.7%. Metodën e kanë ndërprerë ose e kanë ndërruar rreth 11.8% e grave dhe e vajzave të intervistuar.

Ndërprerja e metodave nga përdoruesit mbetet një shqetësim dhe arsye për diskutime për punonjësit shëndetësor dhe për menaxherët e programeve të planifikimit familjar.

Grafiku 11. Arsyet e ndërprerjes së metodës moderne kontraceptive.



Bashkëshortët apo partnerët nuk janë dakort me përdorimin e kontracepsionit nga bashkëshortja apo partnerja e tyre dhe ky mbetet shkaku më i shpeshtë i ndërprerjes së kontracepsionit, me 41 gra që e kanë ndërprerë për këtë arsye. Më pas është shfaqja e efekteve anësore, që i ka bërë gratë ta ndërpresin metodën e nisur. Trembëdhjetë gra e kanë ndërprerë pasi e kanë patur të vështirë ta përdorin metodën e zgjedhur. Dështimi i metodës (ato ngelën shtatzënë ndërsa po përdornin metodën) është në njëmbëdhjetë gra shkaku i ndërprerjes së metodës dhe gjashtë gra referuan se e kanë ndërprerë metodën për shkak të dëmeve në shëndet.

Mqënëse ne në pyetsor merrnim përgjigje të mbyllura nuk kemi kërkuar të dhëna nëse ishin komplikacione të metodave apo thjesht perceptim i grave që diçka nuk shkonte mirë me shëndetin e tyre.

Tabela 33. Frekuenca dhe përqindja e të anketuarve sipas arsyeve të ndërprerjes së metodës moderne të kontracepsionit.

A KENI PERDORUR METODA PER TE SHMANGUR NJË SHTATZANI	PSE E KENI NDERPRERE METODEN												TOTAL Nr (%)
	NUK KA PERDOR	DONIT TE NGELNIT SHTATZEN E	NGEL SHTATZ GJATE PERDORI MIT	EFEKTE ANESORE	DEME NE SHENDET	VESHIRE SI PERDORI MI	NUK FREKUENTO N SEKS	BASHKESHO RTI NUK ESHTE DAKORT	DO NJE METODE ME EFEKTIVE	SHTATZ/ MENOPAU	METODA NUK GJENDET	TJETER	
	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	
NUK KA PERDOR CO	355(44.4)	-	-	-	-	-	-	1(0.1)	-	-	-	-	356(44.5)
INJ	24(3)	3(0.4)	9(1.1)	12(1.5)	1(0.1)	6(0.8)	1(0.1)	3(0.4)	-	-	-	-	59(7.4)
DIU	13(1.6)	-	1(0.1)	8(1.0)	2(0.3)	-	-	14(1.7)	-	1(0.1)	-	2(0.3)	41(5.1)
SKV	10(1.3)	1(0.1)	-	1(0.1)	2(0.3)	-	-	-	-	-	-	-	14(1.7)
SPE	7(0.9)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7(0.9)
DIAF	1(0.1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1(0.1)
PR	1(0.1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1(0.1)	-	2(0.3)
CU	30(3.8)	4(0.5)	-	-	-	2(0.3)	3(0.4)	15(1.9)	1(0.1)	3(0.4)	-	-	58(7.2)
LAM	12(1.5)	2(0.3)	1(0.1)	2(0.3)	1(0.1)	3(0.4)	-	8(1.0)	1(0.1)	-	-	-	30(3.8)
KAL	3(0.4)	1(0.1)	-	-	-	-	-	-	2(0.3)	-	-	3(0.4)	9(1.1)
COIT	16(2.0)	-	-	2(0.3)	-	2(0.3)	2(0.3)	-	4(0.5)	2(0.2)	-	2(0.3)	30(3.8)
COIT	192(24)	1(0.1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	193(24.1)
Total	664(83)	12(1.5)	11(1.3)	25(3.1)	6(0.8)	13(1.6)	6(0.8)	41(5.1)	8(1.0)	6(0.8)	1(0.1)	7(0.9)	800(100.0)

Për të identifikuar arsyet më të shpeshta se pse këto gra të intervistuar një kontraktiv të filluar e kishin ndërprerë ne përdorëm një crosstab me dy variabla, llojet e kontraktivëve që kishin përdorur dhe arsyet pse e kishin ndërprerë metodën. Kështu nëse e shohim tabelën me kujdes vëremë se “bashkëshorti nuk është dakort” në rastin e përdorimit nga bashkëshortja të injeksionit duket si arsye në 14(1.7%) të rasteve si dhe në përdorimin e condomit (prezervativit) në 15 (1.9%) të tyre. Po ashtu 9 (1.1%) raste kanë mbetur shtatzënë në kohën që po përdornin kontraktivë oralë, 12 (1.5%) prej tyre kanë ndërprerë metodën për shkak të efekteve anësore, etj.

Dhe Magesa në një studim vlerësonte se arsyet për të mos përdorur kontraktivë përfshijnë shqetësimin në lidhje me efektet e mundshme anësore dhe dështimin e metodës (Magesa,E).¹⁵⁰

Në një tjetër studim të Lee and Jezeeski tregohet se gratë, pavarësisht nga përkatësia etnike, mosha dhe periudha e jetes së tyre, tremben nga metoda e kontraktivëve oralë për shkak të shqetësimeve në lidhje me efektet anësore dhe rreziqet në shëndet (Lee, J).¹⁵¹

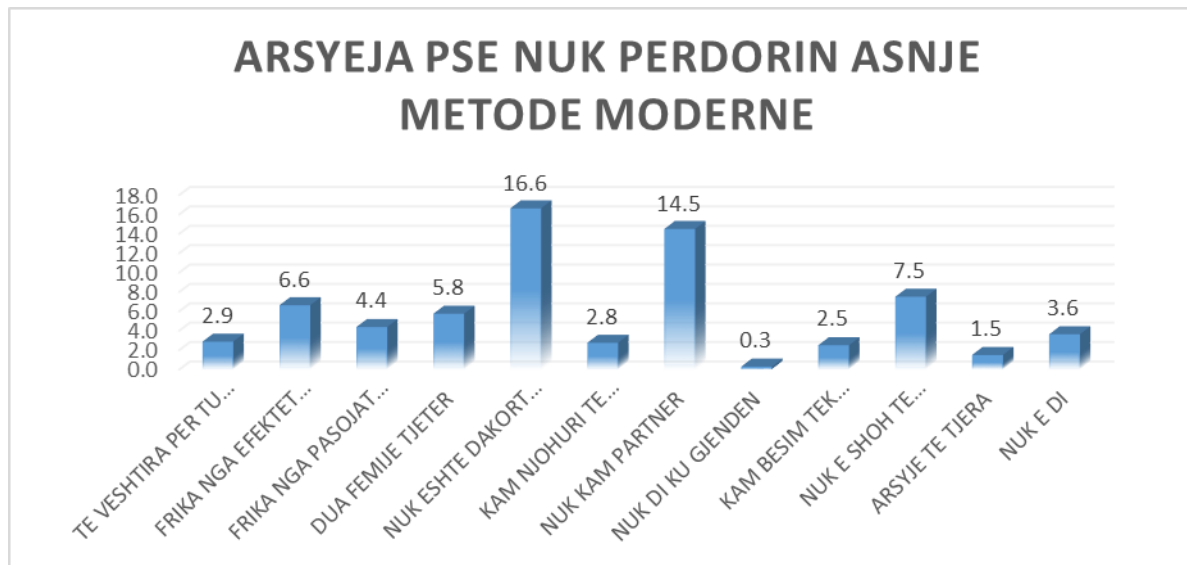
4.4.8 ARSYET E MOSPËRDORIMIT TË METODAVE MODERNE KONTRACTIVE

Duhet theksuar se edhe pse marrëdhënia seksuale, shtatzania dhe lindja e fëmijës janë pjesë e pashmangshme e qënieve njerëzore, mjedisi shoqëror dhe kulturor në këtë drejtim ka diversitet të tillë të lartë në mënyrë që jo të gjitha metodat e kontraksionit të pranohen në mënyrë të barabartë dhe kudo (Ehsanpour,S).¹⁵² Arsyeja që një pjesë e konsiderueshme e grave të marra në studim nuk po përdorin asnjë metodë kontraktive na bën të kërkojmë arsyet.

Tabela 34. Arsyeja që nuk përdorin asnjë metodë moderne kontraktive.

ARSYEJA QE NUK PERDORIN ASNJE METODE MODERNE	Nr	%
PO PERDOR AKTUALISHT	131	16.4
TE VESHTIRA PER TU MARRE	23	2.9
FRIKA NGA EFEKTET ANESOE	53	6.6
FRIKA NGA PASOJAT NE SHENDET	35	4.4
DUA FEMIJE TJETER	46	5.8
NUK ESHT E DAKORT	133	16.6
BASHKESHORTI	22	2.8
KAM NJOHURI TE PAKTA	116	14.5
NUK DI KU GJENDEN	2	.3
KAM BESIM TEK PARTNERI	20	2.5
NUK E SHOH TE NEVOJSHEM PERDORIMIN	60	7.5
ARSYJE TE TJERA	12	1.5
NUK E DI	29	3.6
NUK PO PERDOR	118	14.8
Total	800	100%

Grafiku 12. Arsyet që gratë dhe vajzat nuk përdorin asnjë metodë moderne kontraceptive.



Të dhënat e tabelës dhe grafiku tregojnë se shkaku më i shpeshtë që gratë dhe vajzat nuk po përdorin ndonjë metodë moderne kontraceptive është që bashkëshortët apo partnerët nuk kanë qënë dakort për përdorimin e metodave kontraceptive 16.6 %. Shkak tjetër është që të intervistuarat nuk kanë partner 14.5%, shkaku i tretë më i shpeshtë është “nuk e shoh të nevojshëm përdorimin” 7.5 %; “frika nga efektet anësore” 6.6%. Nga të gjitha gratë e intervistuarat 5.8% donin dhe një fëmijë tjetër. Rreth 4.4% e grave dhe vajzave e justifikonin mospërdorimin e metodave moderne të kontracepsionit me “frikën nga pasojat në shëndet” dhe 3.6% prej tyre nuk gjenin ndonjë shkak për të justifikuar mospërdorimin e metodave moderne. Për 23 prej tyre (ose 2,9 %) është e vështirë ti marrin kontraktivët. Befasues është dhe numri i grave që kanë dhënë përgjigjen “kam besim tek partneri” me 20 të intervistuarat (ose 2.5%). Edhe në një studim të Blanc & al. gratë e reja përballen me shumë barrierat të cilat pengojnë përdorimin e shërbimeve të planifikimit familjar dhe këto përfshijnë: frikën nga efektet anësore, koston, dhe mungesën e njohurive (Blanc A; Tsuai A.O).¹⁵³

Një studim tjetër i Mitali & al. vërehet se gratë nuk janë duke përdorur metoda për rregullimin e hapsirës që tregon mungesën e vetëdijes dhe të njohurive të pamjaftueshme për rëndësinë e kontracepsionit (Mitali G. Patel).¹⁵⁴

4.4.9 NEVOJAT E PAPLOTËSUARA PËR PLANIFIKIM FAMILJAR

Nevoja e paplotësuar për planifikim familjar ka qenë një temë e vazhdueshme e hulumtimit të fertilitetit që nga viti 1960 kur sondazhet mbi njohuritë, qëndrimet dhe praktikat (KAP) zbuluan një "boshllëk të KAP" në shumë vende (Kerry L.D. MacQuarrie).¹⁵⁵

Numri ose përqindja e femrave aktualisht të martuara apo seksualisht aktive që janë fertile dhe të cilat dëshirojnë ose të ndërpresin ose të shtyjnë lindjen e fëmijëve, por që nuk janë duke përdorur një metodë kontrceptive, konsiderohen me nevoja të paplotësuar për planifikim familjar (UNC.).¹⁵⁶

Nevoja të paplotësuar është shprehur shpesh si nevojë të paplotësuar për hapësirë dhe për kufizimin e lindjes.

-Nevoja e paplotësuar për hapësirë i referohet atyre grave që thonë se ata duan më shumë fëmijë në të ardhmen, por jo brenda dy viteve të ardhshme.

-Nevoja e paplotësuar për kufizim i referohet atyre grave që thonë se nuk duan më fëmijë (Bhushan,I).¹⁵⁷

Tabela 35. Frekuenca e të anketuarve në lidhje me nevojat e paplotësuar për kufizim dhe për hapësirë.

		NESE PO , PAS SA KOHESH (VITE)							Total
		NUK DO DONTE/ NUK ESHTE E SIGURT	1 vit	2 vite	3 vite	5 vite	NUK E DI	TJETER	
A DO TE DONI ME FEMIJE/ STATUSI									
NUK PO PERDOR	BEQARE	5 (0.6)	-	2(0.3)	5(0.6)	19(2.4)	87(10.9)	-	118(14.8)
	MARTUAR	111(13.9)	14(1.7)	6(0.7)	19(2.4)	16(2.0)	12(1.5)	1(0.1)	179(22.4)
	DIVORCUAR	2(0.3)	-	-	-	-	2(0.3)	-	4(0.5)
	E VE	1(0.1)	-	-	-	-	-	-	1(0.1)
	BASHKEJETON	-	1(0.1)	6(0.7)	-	-	-	-	7(0.9)
	E LIDHUR	-	-	4(0.5)	3(0.4)	-	1(0.1)	-	8(1.0)
Total		119(14.9)	15(1.9)	18(2.2)	27(3.4)	35(4.4)	102(12.8)	1(0.1)	317(39.7)

Shënim: Kjo tabelë është hartuar të na ndihmojë të llogarisim nevojat e paplotësuar për planifikim familjar. Janë përfshirë në këtë tabelë vetëm gratë dhe vajzat që nuk po përdorin asnjë metodë kontrceptive në momentin e intervistimit.

Në këtë tabelë kemi kombinuar tre variabla, statusin e grave, nëse po përdornin në këtë moment ndonjë metodë kontrceptive dhe nëse do të donin në të ardhmen fëmijë dhe nëse po, pas sa vitesh.

Nevoja e paplotësuar për kufizim i referohet grave dhe vajzave që thonë se nuk duan më fëmijë dhe 119 kanë dhënë përgjigje se nuk do të donin më fëmijë në jetën e tyre, pra 14.9% e grave dhe vajzave të intervistuar.

Të intervistuarat që do të donin të lindnin fëmijë në të ardhmen, por jo brenda dy viteve janë gjithsej 164 gra. Këtu përfshihen dhe ato gra dhe vajza që kanë dhënë përgjigjen “nuk e di”.

Pra në përqindje, nevoja e paplotësuar për hapsirë është në vlerën 20.5%

Gjithsej nevojat e paplotësuara janë 35.4% për gratë dhe vajzat e përfshira në studim.

Nga studimi Demografik Shëndetësor në vitin 2008-2009 rezultoi se kërkesa totale për planifikim familjar mes femrave në moshën 15-49 vjeç është 82 përqind. Kërkesa për kufizim është thujse katër herë më e madhe se sa kërkesa për hapësirë (65 dhe 17 përqind, përkatësisht) (USAID.). ¹⁵⁸

Në një studim të ngjashëm me 700 gra të realizuar nga Malini M. Bhattathiry dhe Narayanan Ethirajan prevalenca e nevojave të paplotësuara për PF ishte 39% , për hapsirë 12% dhe kufizim 27% (Malini,M et al).¹⁵⁹

Ndërsa siç mund të shihet në studimin tonë nevojat për kufizim dhe për ndarje janë pothuajse të njëjta, nevojat e paplotësuara për hapsirën midis lindjeve janë 20.5%, ndërsa nevojat e paplotësuara për kufizim të lindjeve janë 14.9%.Gjithsej nevojat e paplotësuara janë 35.4% për gratë e martuara të marra në studim, shumë më e ulët sesa në studimin e vitit 2008-2009.

Në tabelë evidentojmë dhe nevojat e paplotësuara për gratë e martuara dhe seksualisht aktive.

Gra të martuara që nuk po përdorin asnjë metodë kontrceptive, por që duan të largojnë lindjen pas dy viteve dhe që “nuk e dinë” se kur mund të realizojnë lindjen tjetër, pra nevoja të paplotësuar për hapsirë janë gjithsej 47 ose 7.8%

Ndërsa gratë e martuara që referuan se nuk duan më fëmijë, por në të njëjtën kohë nuk po përdorin asnjë metodë kontrceptive janë 111 gra, pra kanë nevojat të paplotësua për kufizim 18.3% e totalit të grave të martuara.

Pra nevojat e paplotësuara për kufizim janë në vlerë më të larta sesa për hapsirë dhe kjo shkon me një konstatim në një raport të Bankës Botërore ku nevoja e paplotësuar është më e lartë për kufizimin sesa për hapsirë midis lindjes së fëmijëve. Ky fakt evidentohet në të gjitha rajonet, përveç Afrikës Sub-Sahariane, ku nevoja e paplotësuar për hapësirë është pothuajse dy herë më e lartë sa për të kufizuar (World Bank).¹⁶⁰

Gjithsej nevoja e paplotësuara në mesin e grave të martuara është 26.1% që do të thotë se janë gra që kanë nevojë të largojnë lindjet nga njëra tjetra dhe të kufizojnë lindjet, por që nuk po marrin shërbime të planifikimit familjar.

4.4.10 PLANI PËR TË PËRDORUR METODË MODERNE KONTRACEPTIVE NË TË ARDHMEN

Një tregues i rëndësishëm i kërkesës për planifikim familjar është mbledhja e të dhënave nëse jopërdorueset e kontracepsionit kanë ndërmend ta përdorin planifikimin familjar në të ardhmen? Femrat që aktualisht nuk përdornin një metodë kontrceptive u pyetën mbi synimin e tyre në të ardhmen.

Grafiku 13. Vendimi nëse do përdornin ndonjë metodë moderne kontrceptive në të ardhmen.



Rreth 51% e grave dhe vajzave nuk e dinë nëse do të përdorin në të ardhmen ndonjë metodë moderne kontrceptive. Ndërsa 26.6% e tyre referojnë se do ta përdorin në të ardhmen një metodë moderne të kontracepsionit. Kjo është një përqindje e kënaqshme kur kemi parasysh se në studim vetëm afërsisht 15% e të intervistuarave përdorin një metodë moderne. Vetëm 179 prej tyre, apo 22.4% janë shprehur të bindura që nuk do të përdorin në të ardhmen asnjë metodë moderne kontrceptive.

Kjo lidhet me numrin e vajzave të cilat kanë deklaruar që bashkëshortët nuk janë dakort për përdorimin e metodave moderne të kontracepsionit, janë gratë që kanë frikë nga efektet anësore të kontraktivëve, që kanë frikë nga pasojat në shëndet si dhe gratë dhe vajzat që janë shprehur se kanë besim tek bashkëshorti apo partneri i tyre.

5. AKSESI NDAJ SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE DHE SHËRBIMEVE TË PLANIFIKIMIT FAMILJAR

5.1 LARGËSIA E SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE NGA VENBANIMI

Qëllimi i pyetjeve në këtë seksion ishte të vlerësohej niveli i “mundësive të humbura” për të marrë shërbime të shëndetit riprodhues e sidomos të planifikimit familjar në mesin e grave dhe vajzave të intervistuar në prefekturën Elbasan.

Tabela 36 . Frekuenca dhe përqindja e shpërndarjes së të anketuarve sipas aksesit ndaj shërbimeve shëndetësore.

LARGESIA NGA QENDRA SHENDETESORE	Nr	%
<1 km	514	64.3
1-5 km	228	28.5
>5 km	58	7.2
Total	800	100.%

Shumica e grave dhe vajzave 514 (ose 64.3%) shërbimet shëndetësore i kanë shumë afër vendbanimeve të tyre. Vetëm 228 prej tyre (ose 28.5%) e kanë larg ambulancën apo qendrën shëndetësore, më shumë se 1 km larg por më pak se 5 km. Ndërsa 7.2 % (ose 58 prej tyre) e kanë mbi 5 km larg qendrën shëndetësore. Nga 800 gra të intervistuar 3 prej tyre nuk kanë dhënë përgjigje për këtë pyetje. Duket se shumë pak nga gratë dhe vajzat e intervistuar i kanë relativisht larg qendrat shëndetsore, që mund të përbëjë vështirësi në aksesin ndaj shërbimeve shëndetsore në përgjithësi dhe të planifikimit familjar në veçanti.

5.2 INFORMIMI MBI PRANINË E KËTYRE SHËRBIMEVE

Grafiku 14 . Njohuritë për ofrim të shërbimeve të SHR në qendrën e tyre shëndetësore.



Më shumë se gjysma e grave të intervistuar 54.4% e dinin që në qendrën e tyre shëndetësore ofroheshin shërbime të planifikimit familjar dhe 362 (apo 45.3%) nuk kishin informacion që qendra e tyre shëndetësore ofron dhe shërbime të planifikimit familjar krahas shërbimeve të tjera shëndetësore.

Nga të dhënat e marra në pyetjet paraardhëse për burimin e informacionit 37% e grave e kishin marrë informacionin nga personeli shëndetsor dhe për burimin e furnizimit rreth 40% e grave e dinin se në qendrat e tyre shëndetsore apo dhe në ambulancat e fshatrave kishte kontraceptive dhe mund ti gjenin atje, e për pasojë dinë që ofrohen shërbime të tilla. Kjo justifikon nivelin e njohurive se në qendrat e tyre ofrohen shërbime të tilla. Por vlera 45.6% tregon qartazi se shumë gra dhe vajza nuk e kanë këtë informacion.

5.3 PËRFITIMI I SHËRBIMEVE TË SHËNDETIT RIPRODHUES

Tabela 37. Frekuenca dhe përqindja e shpërndarjes së të anketuarve që kanë marrë shërbime të PF në qendrën e tyre shëndetësore të paktën vitin e fundit.

A KENI MARRE SHERBIME TE SHR	Nr	%
NUK KA DIJENI	360	45
PO	247	30.9
JO	193	24.1
Total	800	100.0

Pyetjes nëse kishin marrë shërbime të shëndetit riprodhues në qendrën e tyre shëndetësore do vazhdonin ti jepnin përgjigje ato që i ishin përgjigjur pozitivisht pyetjes se dinin se në qendrën e tyre shëndetësore ofrohen këto shërbime. Kështu 360 gra dhe vajza që nuk e dinin që në qendrën e vet shëndetësore ofroheshin këto shërbime nuk i kanë dhënë përgjigje kësaj pyetjeje dhe nga sistemi është marrë

automatikisht “nuk ka dijeni”. Ndërsa 247 gra dhe vajza janë përgjigjur se kanë marrë shërbime të paktën vitin e fundit, ndërsa 193 apo 24.1 % nuk kanë marrë shërbime të tilla.

Table 38. Frekuenca dhe përqindja e shpërndarjes së të anketuarve që kanë marrë ose jo shërbime sipas numrit të vizitave dhe shkakut të vizitës.

KUR BETE VIZITEN E FUNDIT, KUSH ISHTE SHKAKU			SA HERE KENI MARRE SHERBIME TE TILLA TE PAKTEN VITIN E FUNDIT						Total Nr (%)
			0 vizita Nr (%)	1 vizitë Nr (%)	2 vizita Nr (%)	3 vizita Nr (%)	4 vizita Nr (%)	7 vizita Nr (%)	
NUK KA MARRE SHERBIME	KENI MARRE NDONJEHERE SHERBIME TE PF NE QSH	S'KA DIJENI	360 (45)						360 (45)
		PO					1 (0.1)		1 (0.1)
		JO	193 (24.1)						193 (24.1)
Total			553 (69.1)				1 (0.1)		554 (69.2)
KONTRACEPSION	KENI MARRE NDONJEHERE SHERBIME TE PF NE QSH	PO		4 (0.5)	10 (1.25)	11 (1.4)	25 (3.1)		50 (6.3)
	Total				4 (0.5)	10 (1.25)	11 (1.4)	25 (3.1)	50 (6.3)
INFEKSION GINEKOLOGJIK	KENI MARRE NDONJEHERE SHERBIME TE PF NE QSH	PO		31 (3.9)	27 (3.4)	3 (0.4)	9 (1.1)		70 (8.8)
	Total				31 (3.9)	27 (3.4)	3 (0.4)	9 (1.1)	70 (8.8)
VIZITE GJINEKOLOGJIKE	KENI MARRE NDONJEHERE SHERBIME TE PF NE QSH	PO		19 (2.3)	11 (1.4)	2 (0.3)	1 (0.1)		33 (4.1)
	Total				19 (2.3)	11 (1.4)	2 (0.3)	1 (0.1)	33 (4.1)

TEST SHTATZANIE	KENI MARRE NDONJEHERE SHERBIME TE PF NE QSH	PO		32 (4.0)	8 (0.1)		2 (0.3)		42 (5.2)
	Total			32 (4.0)	8 (0.1)		2 (0.3)		42 (5.2)
ABORT	KENI MARRE NDONJEHERE SHERBIME TE PF NE QSH	PO		2 (0.3)					2 (0.3)
	Total			2 (0.3)					2 (0.3)
NDJEKJE SHTATZANIE	KENI MARRE NDONJEHERE SHERBIME TE PF NE QSH	PO		1 (0.1)	4 (0.5)	6 (0.8)	23 (2.9)	1 (0.1)	35 (4.3)
	Total			1 (0.1)	4 (0.5)	6 (0.8)	23 (2.9)	1 (0.1)	35 (4.3)
TJETER	KENI MARRE NDONJEHERE SHERBIME TE PF NE QSH	PO		3 (0.4)	5 (0.6)	3 (0.4)	3 (0.4)		14 (1.8)
	Total			3 (0.4)	5 (0.6)	3 (0.4)	3 (0.4)		14 (1.8)
Total	KENI MARRE NDONJEHERE SHERBIME TE PF NE QSH	NUK KA DIJENI PO	360 (45)	92 (11.5)	65 (8.1)	25 (3.1)	64 (8)	1 (0.1)	360 (45)
		JO	193 (24.1)						193 (24.1)
	Total		553 (69.1)	92 (11.5)	65 (8.1)	25 3.1	64 (8)	1 (0.1)	800 (100)

Tabela tregon qartë se 554 gra dhe vajza ose 69.2% e tyre nuk kanë marrë shërbime të shëndetit riprodhues. Pra shkalla e përdorimit të këtyre shërbimeve nga këto gra dhe vajza është e ulët. Nga të gjitha gratë dhe vajzat që kanë marrë shërbime 247 (30.9%) , pesëdhjetë gra kanë marrë shërbime për kontracepsion ose 6.3%, 70 gra ose 8.8% e tyre kanë marrë shërbime për infeksionet gjinekologjike. Vizitë gjinekologjike kanë bërë 33 gra (4.1%) dhe 5.2% kanë bërë test shtatzanie. Megjithatë vlen të theksohet se shërbimet për kontracepsionin zënë vendin e dytë në numrin e vizitave të grave në qendrat shëndetësore.

Për ne ka rëndësi studimi për faktin se 360 gra apo 45% e tyre nuk kanë fare dijeni që na bën të mendojmë se shkalla e edukim- informimit mbetet ende e ulët. Por pyetja është : A është stafi përgjegjës për këtë, apo janë dhe faktorë të tjerë?

5.4 BESUESHMËRIA TEK PERSONELI MJEKËSOR

Grafiku 15. Të anketuarit që besojnë ose jo në aftësitë e personelit të tyre shëndetësor për shërbimet e PF.



Në grafik duket që mbi gjysma e të anketuarave (55.9%) besojnë tek personeli i tyre shëndetësor në dhënien e shërbimeve për PF, ndërsa 43.8% e tyre nuk beson tek ky personel për të marrë shërbime të tilla. Ndërsa 3 gra dhe vajza nuk kanë preferuar të japin përgjigje.

Në shumë studime gjetjet tregojnë se cilësia e shërbimit luan një rol përcaktues të rëndësishëm në përdorimin e metodave kontraceptive. Përmirësimi i cilësisë së shërbimeve të planifikimit familjar mund të ndihmojë për të rritur më tej përdorimin e metodave kontraceptive dhe për të zvogëluar fertilitetin (Hong, R)¹⁶¹(Gavin,L Moskosky,S)¹⁶².

6. HIPOTEZAT

H 1 –Ka lidhje në mes përdorimit të metodave të planifikimit familjar dhe numrit të fëmijëve.

Tabela 39. Lidhja që ekziston midis metodës së përdorur dhe numrit të fëmijëve.

CFARE METODE PO PERDORNI	NUMRI I FEMLJEVE QE KANE AKTUALISHT						Total Nr(%)
	0 fëmijë Nr (%)	1 fëmijë Nr (%)	2 fëmijë Nr (%)	3 fëmijë Nr (%)	4 fëmijë Nr (%)	5 fëmijë Nr (%)	
NUK PO PERDOR	156(19.5%)	46(5.8%)	81(10.1)	30(3.8%)	17(2.1%)	7(0.9%)	337 (42.1%)
SKV	-	-	2(0.2%)	1(0.1%)	4(0.5%)	1(0.1%)	8(1.0%)
CO	2(0.3%)	5(0.6%)	13(1.6%)	7(0.8%)	-	-	27(3.4%)
DIU	-	1(0.1%)	7(0.9%)	1(0.1%)	2(0.2%)	1(0.1%)	12(1.5%)
INJEKSIONE	-	-	9(1.1%)	7(0.8%)	3(0.4%)	-	19(2.4%)
PREZERVATIV	6(0.8%)	20(2.5%)	6(0.8%)	3(0.4%)	-	-	35(4.4%)
DIAFRAGMA	-	1(0.1%)	-	-	-	-	1(0.1%)
CU	6(0.8%)	3(0.4%)	3(0.4%)	2(0.2%)	-	-	14(1.8%)
LAM	-	2(0.2%)	6(0.8%)	-	1(0.1%)	-	9(1.1%)
KALENDARIKE	-	-	15(1.9%)	-	-	-	15(1.9%)
COITUS	39(4.9%)	35(4.4%)	131(16.4%)	78(9.8%)	34(4.3%)	6(0.8%)	323(40.3%)
Total	209(26.1%)	113(14.1%)	273(34.2%)	129(16.1%)	61(7.6%)	15(1.9%)	800(100.0%)

testi t me vlerë 314.521; shkalla e lirisë 50; $p < ,0001$

Nga kjo tabelë vihet re një lidhje midis numrit të fëmijëve dhe përdorimit të një metode kontrceptive, gjë që vërteton hipotezën e ngritur. Që tek femija i parë vërehet përdorimi i condomit (20 raste) si një metodë e mire dhe ndaj mbrojtjes nga IST, duke patur parasysh moshën e grave. Fakti që gati 40 % e grave që kishin një fëmijë nuk përdornin asnjë metodë dhe vetëm rreth 28% përdorin metoda moderne tregon se përdorimi i kontraktivëve moderne (MCU) në mesin e grave të reja përfshin më shumë një eksperimentim dhe është jo i qëndrueshëm (Asiimëe, Ndugga and Mushomi)¹⁶⁴.

Me lindjen e fëmijës së dytë kërkesa për një kontracëpsion të sigurt rritet, prandaj në këtë tabelë shohim që rritet ndjeshëm numri i përdorueseve të kontraktivëve oralë (me efikasitet të lartë) 13 raste, injeksioni me 9 raste, DIU me 7 raste, por dhe ajo kalendarike me 15 raste, por që të gjitha janë metoda të rikthyeshme përsa i përket fertilitetit. Ndërsa SKV është një metodë që përdoret shumë pak, vetëm dy raste pas lindjes së fëmijës së dytë, për shkak të ireversibilitetit të saj. Pra gratë që kanë dy apo tre fëmijë janë më të prirur të përdorin kontraktivë moderne me efikasitet të lartë, por afatshkurtër. Ndërsa

kur numri i fëmijëve rritet gratë janë më të prirura të zgjedhin metodat më afatgjatë të kontracepsionit sic janë: DIU, Injeksione dhe SKV. Gratë që kanë dy fëmijë po përdorin për momentin më shumë se dyfish kontraceptivë në krahasim me numrin e grave me një fëmijë.

H2 Ka lidhje negative midis gjendjes ekonomike dhe praktikimit të metodave moderne të kontracepsionit.

Tabela 40. Lidhja që ekziston midis punësimit dhe llojit të kontraceptivit që po përdor.

JENI E PUNESUAR NE	CFARE METODE PO PERDORNI											TOTAL Nr (%)
	NUK PERDOR	SKV	CO	DIU	INJ	PR	DIAFR	CU	LAM	KALEND	COITUS	
	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	Nr (%)	
PAPUNE	202(25.2)	5(0.6)	14(1.8)	7(0.9)	17(2.1)	24(3.0)	-	8(1.0)	8(1.0)	-	176(22.0)	461(57.6)
S.PUBLIK	31(3.9)	1(0.1)	8(1.0)	1(0.1)	1(0.1)	3(0.4)	-	3(0.4)	-	1(0.1)	58(7.3)	107(13.4)
S.PRIVAT	28(3.5)	-	3(0.3)	1(0.1)	1(0.1)	4(0.5)	1(0.1)	3(0.4)	1(0.1)	14(1.8)	50(6.3)	106(13.2)
VETEPUNE	56(7.0)	2(0.3)	2(0.3)	3(0.4)	-	4(0.5)	-	-	-	-	59(7.3)	126(15.8)
Total	317(39.6)	8(1.0)	27(3.4)	12(1.5)	19(2.3)	35(4.4)	1(0.1)	14(1.8)	9(1.1)	15(1.9)	343(42.9)	800(100.0)

testi t me vlerë 184,559; shkalla e lirisë(df) 15; p< ,0001

Në sektorët publikë, privatë dhe të vetëpunësuar regjistrohen 339 gra, pra 42.3% dhe 461 gra të papuna ose 57.6%.

Gratë e punësuar në sektorin publik kanë deri në dy fëmijë dhe shumë pak janë gratë që kanë tre dhe vetëm një me katër fëmijë. Në sektorin privat ka një numër më të madh të grave që kanë tre dhe katër fëmijë. Ndryshe për gratë e vetëpunësuar apo ato të papuna ku gjejmë numër të konsiderueshëm grash të cilat kanë katër dhe pesë fëmijë.

Nga 461 gra të papuna 207 nuk po përdorin metoda kontraceptive pra 44.9% , kurse nga gratë e punësuar, të vetëpunësuar 130 nuk po përdorin (rreth 38.3%) .

Nëse do ti analizonim këto grupe do shihnim që tek gratë e papuna përqindja e përdorimit të kontraceptivëve është 55% , tek gratë e punësuar në sektorin publik është 65.4% ; për gratë e punësuar në sektorin privat është 67.9%; dhe tek gratë e vetëpunësuar është 53.1%. Shihet që tek gratë e punësuar në sektorët publikë dhe privat numri i grave që përdorin kontraceptivë është i konsiderueshëm dhe me diferenca me përdorueset mes grave dhe vajzave të papuna dhe të vetëpunësuar.

H 3 –Ka lidhje midis moshës dhe praktikimit të metodave moderne të kontracesionit.

Tabela 41. Lidhja që ekziston midis shkallës së përdorimit të kontraktivëve dhe grupmoshave.

CFARE METODE PO PERDORNI	GRUPMOSHA							Total Nr (%)
	15-19 Nr (%)	20-24 Nr (%)	25-29 Nr (%)	30-34 Nr (%)	35-39 Nr (%)	40-44 Nr (%)	45-49 Nr (%)	
NUK PO PERDOR	82(10.3)	75(9.4)	49(6.1)	28(3.5)	17(2.1)	43(5.4)	43(5.4)	337(42.2)
SKV	-	-	-	-	1(0.1)	4(0.5)	3(0.4)	8(1.0)
CO	-	4(0.5)	6(0.7)	7(0.9)	4(0.5)	4(0.5)	2(0.3)	27(3.4)
DIU	-	-	-	3(0.4)	5(0.6)	1(0.1)	3(0.4)	12(1.5)
INJEKSIONE	-	2(0.2)	3(0.4)	2(0.2)	3(0.4)	5(0.6)	4(0.5)	19(2.3)
PREZERVATIV	4(0.5)	15(1.9)	5(0.6)	3(0.4)	3(0.4)	2(0.3)	3(0.4)	35(4.4)
DIAFRAGMA	-	1(0.1)	-	-	-	-	-	1(0.1)
CU	3(0.3)	5(0.6)	2(0.3)	1(0.1)	-	1(0.1)	2(0.3)	14(1.7)
LAM	1(0.1)	2(0.3)	-	6(0.7)	-	-	-	9(1.1)
KALENDARIKE	-	-	-	1(0.1)	9(1.1)	5(0.6)	-	15(1.8)
COITUS	23(2.9)	55(6.9)	40(5.0)	63(7.9)	66(8.3)	46(5.8)	29(3.6)	322(40.3)
Total	113(14.1)	159(19.9)	105(13.1)	114(14.2)	108(13.5)	111(13.9)	89(11.1)	799(99.8)

testi t me vlerë 346,148^a; shkalla e lirisë(df) 40; p< ,0001

E krijuam këtë tabelë për të parë nivelin e përdorimit që na vërteton nëse me rritjen e moshës rritet dhe përqindja e përdorimit të kontraktivëve modernë?.

Vihet re që ka një lidhje të dukshme midis moshës dhe përdorimit të metodave kontrceptive, por sidomos atyre moderne që na e vërteton këtë hipotezë. Kështu tek grupmosha 15-19 vjeç shihet që condomi dhe kontracesioni i urgjencës janë metodat më të përdorura. Kjo për arsyen se lidhjet janë jo të qëndrueshme, partnerët janë të rastësishëm, marrëdhëniet janë të rralla dhe frika nga infeksionet është prezente. Por nga kjo grupmoshë 31 gra dhe vajza po përdorin metodë kontrceptive dhe vetëm 7 përdorin metodë moderne kontrceptive.

Ndërsa për grupmoshën 20-24 vjec nga 159 gra dhe vajza gjithsej, 84 po përdorin ndonjë metodë kontrceptive dhe nga këto 29 po përdorin metoda moderne. Kjo lidhet me faktin se gratë në këtë kohë kanë realizuar lindjen e parë dhe kërkojnë kontracesion, ose fakti tjetër se ato kanë lidhje e për pasojë jetë aktive seksuale dhe një kontraktiv do ti

mbronte nga një shtatzani dhe nga IST. Prezervativi dhe CU janë dy prej metodave më të përdorura tek kjo grupmoshë.

Për grupmoshën 25-29 vjec nga 105 gra dhe vajza, 56 përdorin ndonjë metodë përfshi dhe coitus dhe vetëm 16 përdorin metoda moderne. Këtu shohim përdorimin e CO, condom dhe injeksion. Kjo lidhet me faktin se çiftet kërkojnë të shmangin një shtatzani të dytë që në këtë moshë.

Midis moshave 30-34 vjec ne shohim që 86 gra po përdorin ndonjë metodë dhe 16 prej tyre përdorin metoda moderne. Vihet re përdorimi i LAM dhe i metodës kalendarike. Gjithashtu vihet re përdorimi i kontraktivëve afatgjatë dhe të sigurt, por gjithsesi metoda reversible.

Tek grupmosha 35-39 vihet re që nga 108 gra vetëm 17 nuk po përdorin ndonjë metodë ndërsa 91 prej tyre po përdorin të paktën një metodë kontraktive. Kjo grupmoshë ka numrin më të madh të grave që përdorin coitusin, rreth 66 prej tyre dhe 9 atë kalendarike. Ndërsa 16 prej tyre po përdorin metoda moderne. Kjo tregon se kjo grupmoshë është e prirur të përdorë më shumë kontraktive për kufizimin e lindjeve.

Tek grupmosha 40-44 vjec nga 111 gra, 68 përdorin ndonjë metodë kontraktive nga të cilat 22 po përdorin metoda moderne, ku dallohen SKV dhe injeksioni si metoda afatgjatë dhe njëra e pa rikthyeshme.

Po ashtu dhe te 45-49 vjeç, nga 89 gra gjithsej 46 prej tyre përdorin të pakën një metodë kontraktive dhe 17 prej tyre metoda moderne. Dhe në këtë grupmoshë shohim që metodat e sigurta me efikasitet të lartë janë ato që përdoren më gjërësisht.

Pra përqindja më e lartë e përdorimit vihet re në grupmoshën 20-24 vjeç, por kjo edhe për shkak se të anketuarat janë në një numër të lartë në këtë grupmoshë dhe më pas ulët në grupmoshën 25-29 vjeç. Megjithatë në grupmoshën 40-44 vjeç dhe 45-49 vjeç ne vëmë re që përqindja e përdorueseve rritet duke patur parasysh dhe që numri i të intervistuarave 45-49 vjeç është i ulët.

H4– Ka lidhje midis diskutimit me bashkëshortët/partnerët dhe nivelit të përdorimit të kontraceptivëve modernë.

Tabela 42. Lidhja që ekziston midis shkallës së përdorimit të kontraceptivëve dhe diskutimit me bashkëshortët.

A KENI DISKUTUAR ME BASHKËSHORTIN PER KONTRACEPSIONIN	CFARE METODE PO PERDORNI											Total Nr (%)
	NUK PO PERDOR Nr (%)	SKV Nr (%)	CO Nr (%)	DIU Nr (%)	INJ Nr (%)	PR Nr (%)	DIAFR Nr (%)	CU Nr (%)	LAM Nr (%)	KALEND Nr (%)	COITUS Nr (%)	
PA PERGJIGJE	-	-	1(0.1)	-	-	4(0.5)	-	1(0.1)	-	-	23(2.9)	130(16.2)
PO	117(14.6)	7(0.9)	19(2.4)	9(1.1)	14(1.8)	28(3.5)	1(0.1)	5(0.6)	8(1.0)	15(1.9)	239(29.9)	462(57.8)
JO	119(14.9)	1(0.1)	7(0.9)	3(0.4)	5(0.6)	3(0.4)	-	8(1.0)	1(0.1)	-	61 (7.6)	208(26.0)
Total	337(42.1)	8(1.0)	27(3.4)	12(1.5)	19(2.4)	35(4.4)	1(0.1)	14(1.7)	9(1.1)	15(1.9)	323(40.4)	800(100.0)

testi t me vlerë 179,674; shkalla e lirisë(df) 20; p< ,0001

Kjo hipotezë vërtetohet pasi vihet re qartë që ka një lidhje të dukshme midis diskutimit me partnerin dhe përdorimit të metodave kontraceptive, sidomos kur bëhet fjalë për përdorimin e metodave të tilla që duan patjetër konsensusin e bashkëshortëve siç janë metodat coitus, kalendrike dhe condom, apo dhe sterilizimin kirurgjikal vullnetar.

Këtë e vërtetojnë dhe përgjigjet negative që kanë dhënë gratë të cilat nuk kanë diskutuar me partnerin për kontracëpsionin, përdorin më pak coitus, më pak condom dhe më shumë kontraceptivin e urgjencës.

H5- Ka lidhje midis nivelit të përdorimit të kontraktivëve dhe besimit tek aftësitë e personelit shëndetësor te qendrës shëndetësore.

Tabela 43. Lidhja që ekziston midis shkallës së përdorimit të kontraktivëve dhe besimit tek aftësitë e personelit shëndetësor.

AKTUALISHT A JENI DUKE PERDORUR NDONJE METODE KONTRACTIVE	A BESONI NE AFTESITE E PERSONELIT SHENDETESOR NE SHERBIMET E PLANIFIKIMIT FAMILJAR			Total Nr (%)
	PA PERGJIGJE Nr (%)	PO Nr (%)	JO Nr (%)	
PA PERGJIGJE	-	4(0.5)	14(1.8)	18(2.3)
PO	-	304(38)	177(22.1)	481(60.1)
JO	3(0.3)	139(17.4)	159(19.9)	301(37.6)
Total	3(0.3)	447(55.9)	350(43.8)	800(100.0)

testi t me vlerë 34,049 ; shkalla e lirisë(df) 4; p< ,0001

Duket që ka një lidhje të dukshme midis nivelit të përdorimit aktual të kontraktivëve dhe të besimit ndaj personelit shëndetësor. Kështu shifra më e madhe në këtë tabelë i përket përgjigjes pozitive që kanë dhënë gratë për përdorimin e ndonjë metode kontraktive dhe besimit tek personeli. Gratë që aktualisht janë duke përdorur ndonjë metodë kontraktive janë gjithsej 481 dhe nga këto 289, pra 60.1% e tyre besojnë në aftësitë e personelit mjeksor dhe këto kanë më shumë gjasa që të përdorin dhe në të ardhmen metoda kontraktive moderne ose natyrale.

7. KONKLUZIONE

Të dhënat e këtij studimi dhe analiza e tyre na siguruan informacion të vlefshëm dhe koherent mbi njohuritë, qëndrimet dhe sjelljet e grave dhe vajzave të prefekturës Elbasan dhe na ndihmuan në formulimin e konkluzioneve dhe të rekomandimeve të mëposhtme.

Ne shpresojmë se gjetjet e këtij studimi do të influencojnë politikat shëndetësore dhe sociale lokale, por dhe më gjërë për të bërë modifikimet e duhura si dhe për të marrë vendime bazuar në evidenca shkencore. Gjetjet e këtij punimi mund të përdoren gjithashtu, edhe nga stafet akademike, profesionistë të shëndetit publik si dhe të tjerë të interesuar, për disenjimin dhe implementimin e ndërhyrjeve të ndryshme. Më poshtë janë prezantuar disa nga konkluzionet më të rëndësishme të këtij studimi të lidhura me njohuritë, qëndrimet dhe sjelljet e grave dhe vajzave, të cilat mund të përgjithësohen:

- Në përgjithësi njohuritë e grave dhe vajzave të prefekturës për ciklin e tyre të riprodhimit dhe nocionin e planifikimit familjar janë të cunguara dhe kjo varet shumë nga shkalla e arsimimit.
- Gati 95% e grave dhe vajzave kishin dëgjuar për planifikimin familjar dhe shumica i njihnin metodat kontrceptive.
- Niveli më i lartë i njohurive ishte për prezervativin të cilin e njohin 83.1% e grave dhe vajzave të intervistuar, i dyti kontrceptivi oral (COC dhe POP) 82.1% dhe coitus me 81.9% gra dhe vajza që e njohin si një metodë kontrceptive. Kontrceptacioni i urgjencës njihet nga 33.1 % e të intervistuarave.
- Rreth 75.3% e tyre kanë njohuri të mira për kontrceptivët (pra njohin mbi 4 metoda, moderne dhe natyrale) Njohuri të mira (njohin mbi 4 metoda kontrceptive) vihet re që kanë gratë shqiptare, në qytet, me arsim të lartë dhe të martuara. Gratë romë kanë njohuri të mira lidhur me metodat kontrceptive, rreth 138 gra dhe vajza romë nga 200 të intervistuar njohin mbi 4 metoda kontrceptive.
- Shoqet ishin burimi i parë i informacionit mbi metodat kontrceptive 26,6% , më pas infermjeret e qendrave shëndetsore 20.%. Burim i tretë i informacionit është media qoftë ajo vizive apo e shkruar 12.5%, ndërsa mjekët e qendrave shëndetsore janë shumë pak burim informimi, vetëm 37 raste (4.6%).
- Qendrat shëndetsore janë rradhitur të parat si burim i furnizimit me kontrceptivë për gratë dhe vajzat e intervistuar në 37.0%. të rasteve. Më pas renditet materniteti me 25.8%, e pas këtyre farmacitë dhe konsultori i gruas. Megjithatë duhet thënë se burim kryesor mbetet sektori publik me 70.6%.
- Rreth 86% e grave dhe vajzave ndaheshin në dy qëndrime për moshën ideale të lindjes së fëmijës së parë midis grupmoshave 20-24 vjeç dhe 25-29 vjeç, me diferencë të theksuar të grave dhe vajzave nga zonat urbane dhe zonat rurale.
- Shumica e tyre, 44.6% mendonin se largësia midis lindjeve duhet të jetë 3-4 vite.

- Përgjithësisht preferenca e numrit të lindjeve në gratë e prefekturës ndryshon nga gratë e zonave urbane dhe ato rurale. Më shumë se gjysma, 62.4% e femrave do të donin të kishin 2 fëmijë në jetën e tyre dhe 27.5% do të donin 3 fëmijë.
- Moshja e lindjes së parë mbetet e ulët sepse dhe mosha e martesës është e ulët. Mbi ¼ e grave 28% që kanë lindur fëmijën e parë janë të grupmoshës 20-24 vjeç, 27.04% janë të grupmoshës 15-19 vjeç dhe të grupmoshës 25-29 vjeç janë 16.1%.
- Nga gratë e intervistuar 6.0 % kanë patur të paktën një abort spontan dhe 13.4 % e tyre kanë bërë të paktën një abort me kërkesë në jetën e tyre.
- Abortet me kërkesë kishin shkak arsyt ekonomike 29%, mbyllje e numrit të lindjeve 23%, fëmijë tjetër i vogël 17% dhe shtatzani e paplanifikuar 14%. Aborti selektiv është evidentuar në rreth 12 % të këtyre aborteve.
- Nuk do të donin më fëmijë rreth 55,5% e grave të intervistuar, por vendimarrja për të ardhmen e tyre për riprodhimin i takon çiftit sipas mendimit të 63,4% të të intervistuarave, pra ato do të vendosnin kur dhe sa fëmijë do të kishin në jetën e tyre, ndërsa rreth 33% mendonin se duhet të vendosnin ose vetë, ose bashkëshortët, e ndare pothuajse në mënyrë të barabartë.
- Mbi ¼ e grave nuk kanë folur asnjëherë me bashkëshortin apo partnerin rreth kontracesionit dhe kjo mund të jetë dhe një nga arsyet e përdorimit të ulët të kontraktivëve.
- Gratë dhe vajzat e prefekturës Elbasan kanë përdorur kontraktivë në të shkuarën e tyre në masën 26.5 % dhe 20.6% e tyre e kanë filluar përdorimin e ndonjë metode kontrceptive pasi kishin realizuar dy lindje.
- Vihet re një lidhje që ekziston midis numrit të fëmijëve që kishin në kohën e fillimit të kontracesionit dhe moshës. Me rritjen e numrit të lindjeve dhe me rritjen e moshës rritet dhe shkalla e përdorimit, por dhe shtohen dhe llojet e kontraktivëve që përdoren.
- Shihet se 60.1% gra dhe vajza të intervistuar (beqare, të martuara, të lidhura, që bashkëjetojnë,etj) pranojnë se janë duke përdorur aktualisht të paktën një metodë kontrceptive, ndërsa 37.6% nuk përdorin asnjë metodë kontrceptive.
- Rreth 14.6% e grave dhe vajzave po përdorin metoda moderne të kontracesionit dhe 45.6% përdorin metoda natyrale. Pra 60.1% e të gjitha të intervistuarave po përdorin aktualisht ndonjë metodë kontrceptive.
- Gratë e moshës 30-39 vjeç po përdorin më shumë se grupmoshat e tjera kontrceptive dhe kjo argumentohet me faktin se ato e kanë mbyllur numrin e lindjeve dhe nuk duan të kenë më shtatzani.
- Metoda më e përdorur në mesin e grave dhe vajzave në moshë riprodhuese në prefekturë mbetet coitus 42.6%, më pas prezervativi 4.4% gra dhe vajza që e përdorin, kontraktiv oral me 3.4% gra dhe vajza, më pas injeksioni me 2.4%. Kontracesioni i urgjencës përdoret nga 1.8% e grave dhe vajzave të prefekturës. Dispozitivi intrauterin, sterilizimi kirurgjikal vullnetar dhe diafragma përdoren shumë rrallë.

- Më shumë janë gratë e zonave urbane 37.1% që përdorin ndonjë metodë kontraceptive dhe 23.2% nga zonat rurale.
- Qendrat shëndetsore në shumicën e rasteve 4.8% mbeten ambjentet ku gratë dhe vajzat gjejnë kontraktivin që po përdorin. Më pas janë: farmacia ambjenti tjetër me 4.1%, materniteti me 3.8 % dhe konsultori i gruas me 1.6%.
- Përzgjedhja e metodës moderne të kontracsionit është shoqëruar përgjithësisht me instruksione për metodën dhe për efektet anësore të saj dhe 15.1% janë përgjigjur se kanë marrë instruksione nga personeli për përdorimin e metodës së zgjedhur dhe në 52 raste e kanë marrë këtë informacion nga infermierët.
- Nga 26,5% e atyre që e kishin përdorur në të shkuarën ndonjë metodë kontraceptive tani po e përdorin 14.7%. Metodën e kanë ndërprerë rreth 11.8% dhe shkakun me i shpeshtë i ndërprerjes së metodës është mosdakortësia e bashkëshortëve për metodën e përdorur nga gratë, efektet anësore të kontraktivëve, vështirësia në përdorim, etj.
- Arsyet më të shpeshta që gratë dhe vajzat nuk po përdorin ndonjë metodë moderne kontraceptive janë se bashkëshortët apo partnerët nuk kanë qënë dakort për përdorimin e metodave kontraceptive në 16.6 % të rasteve. Shkakun i tjetër është se “nuk e shohim të nevojshëm përdorimin” 7.5 %, “frika nga efektet anësore” 6.6%.
- Nevojat e paplotësuar për kufizim janë 14.9 % dhe nevoja të paplotësuar për hapsirë janë 20.5%. Gjithsej nevojat e paplotësuar janë 35.4% për gratë dhe vajzat e përfshira në studim.
- Rreth 51% e grave dhe vajzave nuk e dinë nëse do të përdorin në të ardhmen ndonjë metodë moderne kontraceptive.
- Shumica e grave dhe vajzave 64.3% shërbimet shëndetësore i kanë shumë afër vendbanimeve të tyre, por vetëm 30.95 e grave dhe vajzave janë përgjigjur se kanë marrë shërbime të paktën vitin e fundit dhe shkakun kanë qënë infeksionet gjinekologjike, kontracsioni, test shtatzanie dhe vizitë gjinekologjike.
- Përkundrazi, 45% e tyre nuk kanë fare dijeni. se në qendrën e tyre shëndetësore ofrohen shërbime të SHR që na bëjnë të mendojmë se shkalla e edukim- informimit mbetet ende e ulët.
- Mbi gjysma e të anketuarave 55.9 % besojnë tek personeli i tyre shëndetësor në dhënien e shërbimeve për PF.

8. REKOMANDIME

Bazuar në gjetjet e studimit doktoral janë formuluar rekomandimet e mëposhtme:

- Të ndërtohen strategji për ndërhyrje të bazuara në evidenca për ndryshimin e praktikave, qëndrimeve dhe sjelljeve në lidhje me përdorimin e metodave moderne të kontracesionit dhe rritjen e aksesit të të gjithë grave dhe vajzave të prefekturës Elbasan në shërbimet e Planifikimit familjar.
- Zbatimi i strategjive locale të edukimit në popullatën e prefekturës Elbasan, por dhe më gjërë si ndërhyrje mjaft efektive për përmirësimin e shëndetit riprodhues të grave dhe vajzave, sepse edukimi synon rritjen e përdorimit të metodave kontrceptive dhe sidomos të prezervativëve dhe si dhe rritjen e kërkesës për kujdes shëndetësor.
- Ndërtimi i strategjive, politikave dhe ndërhyrjeve për kontracesionin, përfshin: përmirësimin e punës së personelit mjeksor në shkolla për promovimin e metodave kontrceptive, sidomos të condomit tek adoleshentët, kjo përmes trajnimit të stafëve mjekësore që punojnë me të rinjtë, mësuesve të lëndëve të shëndetit, bërjen e fushatave mediatike dhe rritjen e aksesit për kontracesionin e urgjencës dhe condomit.
- Ky studim rekomandon që të zhvillohen politika dhe programe për të thyer "kulturën e abortit", të minimizojë idetë e gabuara mbi kontracesionin modern, dhe shpejt të shkojë në një qasje të "kulturës moderne të kontracesionit." Kjo mund të bëhet po të kombinohen dhe të integrohen ndërhyrjet socio-ekonomike dhe intervenimet afatgjata shëndetësore në ndryshimin e sjelljes së individëve.
- Ndërtimi i strategjive, politikave dhe ndërhyrjeve për përfshirjen e burrave në programet e planifikimit familjar
- Realizimi i fushatave ndërgjegjësuese sistematike dhe intensive duke përdorur mediat vizive, por dhe të shkuara me qëllim rritjen e informacionit të popullatës për SHR dhe kontracesionin.
- Duhet të zgjidhen kanale komunikimi për përcjelljen e mesazheve që arrijnë në mënyrë më efektive audiencën target, duke përdorur gjuhën në përshtatje me nivelin e kësaj audience dhe kjo mendojmë të realizohet me spote në televizionet lokale dhe radio, postera, fletëpalosje informuese.
- Diskutimi i çështjeve të lidhura me Shëndetin Riprodhues dhe planifikimin familjar duhet të zërë një vend të konsiderueshëm në emisionet radio-televizive, duke shfrytëzuar radiot dhe televizionet locale.
- Drejtoria Shëndetit Publik në prefekturën Elbasan në bashkëpunim me Drejtoritë e qëndrave shëndetësore duhet të punojnë të përmirësojnë cilësinë e shërbimeve të planifikimit familjar në përputhje me standardet që përfshijnë sigurimin e një zgjedhje të

informuar të metodave moderne kontraktive, duke iu përgjigjur klientëve dhe në menaxhimin e problemeve në lidhje me përdorimin.

- Fuqizim i qendrave të shërbimeve të Planifikimit Familjar ekzistuese për këshillim dhe trajtim të shëndetit riprodhues dhe planifikimit familjar duke i kthyer në qendra që ofrojnë një mjedis të sigurt, mbështetës ku gratë të kenë akses në këshillimin për kontraktivët, në shërbimet klinike, duke ruajtur privatësinë dhe konfidencialitetin.
- Ndërtimi i kapaciteteve të stafit mjekësor në të gjitha nivelet e shërbimeve me qëllim aftësimin e tyre për të mbështetur aktivitetet e promovimit mbi shëndetin riprodhues, nëpërmjet edukimit në vazhdim.
- Trajnimi i personelit shëndetësor është i nevojshëm jo vetëm në fushën e shëndetit riprodhues dhe kontraktionit, por dhe në fushën e etikës dhe komunikimit dhe kjo duhet inkurajuar dhe mbështetur.
- Ndërgjegjësimi i komunitetit për rëndësinë e planifikimit familjar, për të rregulluar numrin e lindjeve dhe largësinë midis tyre, duke shmangur abortin e padëshiruar përmes përdorimit në masë të gjërë të kontraktionit. Kjo mund të realizohet përmes fushatave sensibilizuese masive.
- Informim-Edukimi duhet t'i ofrohet grupeve të caktuara dhe atyre që kanë nevojë sepse ato përfaqësojnë kultura të ndryshme, kanë të vështirë komunikimin duke qënë se kanë pengesa social-kulturore, gjuhësore, etj.
- Edukimi seksual dhe riprodhues në shkolla duhet të jetë një nga objektivat prioritarë të ministrive të linjës. Instucionet edukative pubike dhe private duhet riorientojnë përmbajtjen e kurrikulave të edukimit shëndetësor duke e përfshirë edukimin seksual dhe riprodhues në kurrikulat shkollore në të gjitha nivelet e arsimit parauniversitar, për të siguruar edukimin në vazhdimësi të të rinjve.
- Strategjitë dhe programet e ndryshme të IEK duhet të përqëndrohen në dhënien e informacioneve të sakta shkencore dhe të adresojnë dhe promovojnë të gjitha problematikat e grave dhe vajzave mbi shëndetin riprodhues, të gjithë komponentët e SHR dhe jo vetëm tematika tradicionale.
- Duhet krijuar partnershipe dhe rrjete me instucione dhe organizata të ndryshme që punojnë në këtë fushë, për një përgjigje multisektoriale që reflekton nevojat e grupeve të veçanta siç janë të rinjtë, komunitetet në nevojë dhe që mund të influencojnë politikat e ndryshme shëndetësore për këtë target grup.

- Të realizohen studime të mëtejshme cilësore për eksplorimin më në thellësi të disa gjetjeve të caktuara të këtij studimi.
- Është i nevojshëm realizimi periodik i studimeve të kësaj natyre për të parë trendet si dhe për të vlerësuar progresin e bërë.
- Të kryhen studime më të thelluara duhen bërë për të eksploruar përse personeli shëndetësor raportohet në shifra të ulta si burim informacioni për gratë dhe vajzat e prefekturës Elbasan.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Prachi, R.; Gupta, Sh.; Ankur, B.; Shipra, J.; Binita, K.; "A study of knowledge, attitude and practice of family planning among the women of reproductive age group in Sikkim", J Obstet Gynecol India Vol. 58, No. 1 : January/February 2008 pg 63-67
2. Najafi-Sharjabad F, Zainiyah Syed Yahya S, Abdul Rahman H, Hanafiah Juni M, Abdul Manaf R "Barriers of Modern Contraceptive Practices among Asian Women" A Mini Literature Review. Glob J Health Sci. 2013 Jul 22;5 (5):181-92. doi: 10.5539/gjhs.v5n5p181.
3. Deb, R.; "Knowledge, Attitude and Practices Related to Family Planning Methods among the Khasi Tribes of East Khasi hills Meghalaya" Anthropologist, 12(1): 41-45 (2010)
4. Naidoo, S. "Family planning as responsible parenthood" pg 25-26 Durban January 1999
5. Family Planning in China, Information Office of the State Council of the People's Republic of China , Beijing August 1995 <http://china.usc.edu/family-planning-china-white-paper-1995>
6. S. K. Srivastava. 1989. "The family planning and population problems in India" pg 4
7. Eberstadt, N.; "Population, Food and Income," Progress and the Planet, no. 3 (Washington, DC: Competitive Enterprise Institute, 1997), 16
8. Ahlburg, A., D.; Kelley C.A.; Mason, O., K.; "The Impact of Population Growth on Well-being in Developing Countries" 1996
9. Encyclopedia Britannica: 2003 pg 218).
10. WORLD POPULATION TO 2300 UN Department of Economic and Social Affairs Population Division 2004 Pg 28
11. Phipps, G.M.; Soeters, M.; Demonner, M., S.; "The Risk for Infant Mortality among Adolescent Childbearing Groups" Review JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH Volume 11, Number 10, 2002
12. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112319/1/EHO_RHR_14.07_eng.pdf fact sheet 2014
13. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/> Factsheet N°351 Updated May 2015
14. "Politique nationale de sante de la reproduction" MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE Congo Juillet 2008. pg 18
15. Saunders, M.; Sethi, H.; Jayachandran, A., A.; Sharma, S.; "A policy response to increase access to family planning services for the poor in Jharkhand, India" USAID september 2010
16. Hatcher, R.A. "The Essentials of Contraceptive Technology" . New York, Irvington, 1989 chapter 2.
17. Gori, G; Pivetta, S.; Tamburlini, G. "Vlerësimi i Shërbimeve të Konsultoreve të Nënës dhe Fëmijës në Shqipëri" 28 Mars, 2011
18. Every woman's right. How family planning saves children's lives. Save the Children Fund 2012 pg 6
19. Family Planning Improving the Lives of Women and Their Families Around the World 2011 report: Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health

20. Mason, J. E. "Identifying factors of influence on family planning practices among rural haitian women" pg 38-40 2010
21. WORLD POPULATION TO 2300 UN Department of Economic and Social Affairs Population Division UN 2004 pg 18
22. Stover, J.; Heaton, L.; Ross, J. "A Computer Program for Projecting Family Planning Requirements" 2005 pg 5
23. Sen G. Sexual and Reproductive Rights and Health the Post-2015 Development Agenda Global Public Health [2014, 9(6):599-606]
24. Boci, A.; Eichleay, M.; Searing, H. "Factors Influencing Women's Reproductive Health Choices in Tirana", Albania 2013- PG 15
25. Analizë e situatës në sektorin e shëndetit riprodhues MSH, mars 2009 pg
26. Anastas, A. "Të drejtat e gruas ne legjislacionin shqiptar" 2010 pg 37
27. Situata shëndetsore dhe kujdesi shëndetësor, arritjet dhe drejtimet për të ardhmen (2010) Ministria Shëndetësisë pg 19
28. JSI John Snoë, Inc. Albania Final Report: "The Europe and Eurasia Regional Family Planning Activity", 2009. Pg 16-22 http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADT901.pdf
29. Vision 2020 for Sexual and Reproductive Health and Rights http://ëëë.planovanirodiny.cz/image/vize2020/Vision_2020_for_IPPF.pdf
30. Ministria e Shëndetësisë 2011: Strategjia Kombëtare e Sigurimit të Kontraceptivëve (2003 – 2010)
31. Dokumenti strategjik për shëndetin riprodhues 2009-2015 Pg 24
32. Raporti alternativ i OJF-ve lidhur me situatën në vend, me komponentet e shëndetit riprodhues. Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin (QSHPZH) 2014 pg 12-15
33. Boci, A., Eichleay, M., and Searing, H. 2013. "Factors influencing women's reproductive health choices in Tirana, Albania". The RESPOND Project Study Series: Contributions to Global Knowledge—Report No. 12. New York: EngenderHealth (The RESPOND Project).
34. A legacy of change. Family Planning in Eastern Europe and Eurasia September 2013 pg 14-153
35. Aassve, A.; Gjonca, A.; Mencarini, L. 2006. 'The highest fertility in Europe – for how long? The analysis of fertility change in Albania based on Individual Data', ISER Working Paper 2006-November. Colchester: University of Essex Institute for Social and Economic Research, University of Essex, Eivenhoe Park
36. Gorishti, E.; Haffey, J. "Ne duam të dime çdo gjë për të" Gratë shqiptare flasin për planifikimin familjar 1996 pg 4
37. Albania Demographic Survey Key Findings ADHS pg 6-8
38. "Key Factors Influencing Contraceptive Use in Eastern Europe and Central Asia 2012" IPPF European Network;
39. Studimi Demografik Shëndetësor në Shqipëri 2008-2009 ADHS pg104-107

40. Stolarsky, G.; DeCamp, K. 2011. "Expanding method choice and increasing quality of family planning services in Albania": Program Report. Washington DC: ACCESS-FP pg 10-15
41. Gryboski, K.; Hoxha, E.G.; Volle, J.; and de Negri, B. 2009. "Women's perspectives on contraception: A qualitative study among university students in Tirana, Albania". Report of findings. Washington, DC: Academy for Educational Development (AED)/C-Change pg 7-10
42. Singh P. J. "Problems of India's Changing Family and State Intervention 2009" pg 4-9
43. Gruber, S. Pitchler, R. "Household structures in Albania in the Early 20th Century. History of the Family". 2002.pg: 351-363.
44. Gjonça, A.; Aassve, A.; Mencarini, L. "The highest fertility in Europe – for how long? Determinants of fertility change in Albania" 2006 pg 3
45. Odimegü, O.C. "Family Planning Attitudes and Use in Nigeria: A Factor Analysis International Family Planning Perspectives" Volume 25, Number 2, June 1999 journal
46. Ram, U. "Contraceptive Use among Young Married Women in India"
- 47, 48. Martin, C. T.; Juarez, F. "The Impact of Women's Education on Fertility In Latin America: Searching for Explanations International Family Planning Perspectives" Volume 21, Number 2, June 1995
49. Analize e situates ne sektorin e shendetit riprodhues M SH mars 2009 pg 12
50. Gjonça, A.; Aassve, A.; Mencarini, L. "The highest fertility in Europe – for how long? Determinants of fertility change in Albania" pg 19
51. Mol, A. "Essay on Educating a Girl Child means Educating the Family" 2012
52. Toba Bryant "Role of knowledge in public health and health promotion policy change" Oxford Journals Health Promotion International Volume 17, Issue 1 Pp. 89-98.
53. Institute of Statistics, Institute of Public Health and ICF Macro. Albania Demographic and Health Survey 2008-09. Institute of Statistics, Institute of Public Health and ICF Macro, ; 2010
54. Perspektiva gjinore në Shqipëri, Analiza gjinore Census 2011 UNFPA, INSTAT, UNWOMEN 2014 Pg 68-71
- 55.,56. Qendra për studime të avancuara. Angazhimi ekonomik i grave <http://ucë.asc-al.org/ekonomik.htm>
57. "Women and men in Albania", 2014 INSTAT, UNWOMEN, pg 65- 76
- 58-61. Gjetjet kryesore të censusit të popullsisë dhe banesave 2011 në Shqipëri Census 2011
62. Gjetjet kryesore të censusit të popullsisë dhe banesave 2011 në Shqipëri Census 2011 INSTAT
63. Raport i analizës së njësisë të qeverisjes vendore ne Shqipëri. http://www.ceshtjetvendore.gov.al/files/pages_files/Analiza_e_situates_se_qeverisjes_vendore.pdf pg 53
- 64 ,65 Gjetjet kryesore të censusit të popullsisë dhe banesave 2011 në Shqipëri INSTAT,SDC,BE
- 66, 67. Migracioni në Shqipëri M a j 2 0 1 4 INSTAT Agjensia Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC) Pg 26-34

68. Dragoti, E.; Hoxha, D. "Identifikimi i zonave më të prekura nga emigracioni dhe migracioni i kthimit në Shqipëri: Profili i migrantëve të kthyer" Dhjetor 2008 pg 19
69. Migracioni në Shqipëri M a j, 2 0 1 4 INSTAT Agjensia Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC) pg 40
70. Lodhiya, Kaushik K.; Pithadiya, Pradeep R.; Damor, Raman D.; Unadkat, Sumit V.; Yadav, Sudha B "A study on knowledge and skills of female health workers regarding maternal care under RCH programme" National Journal of Community Medicine . Jan-Mar2012, Vol. 3 Issue 1, p35-39. 5p.
- 71,72 Situata shëndetsore dhe kujdesi shëndetësor, arritjet dhe drejtimit për të ardhmen (2009) pg 15
73. Burazeri, G.; Bregu, A.; Qirjako, G.; Roshi, E.; Petrela, K.; Bukli, M.; Achterberg, P. "Raport shëndetësor kombëtar. Gjendja Shëndetësore e Popullatës Shqiptare" 2014 pg 28
74. Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births) The World Bank 2015
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT/countries?display=default>
75. Raport performanca 2011 Situata shëndetësore dhe kujdesi shëndetësor, arritjet dhe drejtimit për të ardhmen (2011) Tiranë, 2012 MSh pg 14-17
76. Engelman, R. An End to Population Growth: Why Family Planning Is Key to a Sustainable Future the solutions journal.com/node/919 Volume 2/ Issue 3/ Apr 2011
77. Sobotka, T. "Ten years of rapid fertility changes in the European post-communist countries". Population Research Centre Working Paper Series 02-1, July 2002 pg 16
78. Kohler, H.-P.; Billari, C.F; and Ortega, A.J. "The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s". *Population and Development Review* 28 (4): 641–681 (2002).
79. Lerch, M. Fertility decline in Albania: interplay of a societal crisis and subsequent consolidation 2011 University of Geneva pf 5-7
80. Gori, G., Pivetta, S., Tamburlini, G. Vlerësimi i Shërbimeve të Konsultoreve të Nënës dhe Fëmijës në Shqipëri Mars, 2011 pg 6
81. Popescu, R. "Fertility and Social Policies in Europe" 2004 pg 5
82. <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>
83. Botev, N. Is Europe Trapped in/by Low Fertility? *The "Low Fertility Trap" "Entre nous" No.63 – 2006* pg 8
84. Merkuri, L. "Vlerësimi i njohurive, qëndrimeve dhe sjelljeve rreth Infeksioneve Seksualisht të Transmetueshme të studentët e universiteteve shqiptare" 2013 pg 1-4
85. Launiala, A. "How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices?" *Anthropology Matters*, Vol 11, No 1, 2009 *Anthropology Matters Journal* ISSN: 17586453 Publisher: Anthropology Matters [url: www.anthropologymatters.com](http://www.anthropologymatters.com)
86. Pathirana, S.V. "Knowledge, attitudes and practice of contraceptive use among Maasai women of reproductive age in Berega village, Kilosa district, Morogoro". 2009 pg 4-6
87. Plani veprimtari të planifikimit familjar. Ministria Shëndetësisë 2009

88. Gorishti, E.; Haffey, J. “Gratë shqiptare flasin për planifikimin familjar” USAID 1996
89. *DaVanzo, J.; Adamson, M.D.*; “Family Planning in Developing Countries An Unfinished Success Story” 1998
Published Research > Issue Papers > IP-176 > http://ëëë.rand.org/pubs/issue_papers/IP176.html
90. Gratë dhe fëmijët në fund të Mileniumit, Unicef dhjetor 2000 pg 33
91. Morris, L; Herold, J.; Bino, S.; Ylli, A.; Jackson, D. “Reproductive health survey Albania” 2002 Final Report may 2005
92. Studim për sektorin e shëndetësisë të Shqipërisë Shkurt 2006 Ëorld Bank
93. Stolarsky, G.; Peshkatari, A.; Charurat, E. Access FP /Albania “Results from baseline survey of postpartum and postabortion ëomen” 2008
94. Volle, J.; Murthi, M.; Cicolli, A and Gryboski, T. “Albania family planning: Improving access and use of modern contraception among young men and ëomen” Report of findings October 2009
95. Lerch, M. “Fertility decline in Albania: interplay ëith societal crisis and subsequent consolidation” University of Geneva 2011
96. Gjonça, A., Aassve, A., and Mencarini, L. “The highest fertility in Europe—for hoë long? Determinants of fertility change in Albania”. 2009 52(5):76–96 [English edition].
97. Advanced analysis of Albanian demographic and health survey (ADHS) 2008-09 (2011) INSTAT, MSH, ISHP,
98. Raport alternativ i OJF mbi situatën në vend lidhur me komponentet e shendetit riprodhues QSHPZH & UNFPA
99. Gryboski, K.; Hoxha, E.G., Volle, J., and deNegri, B. “Ëomen’s perspectives on contraception: A qualitative study among university students in Tirana, Albania”. Report of findings. 2009.
100. Gori, G., Pivetta, S., Tamburlini, G. “Vlerësimi i Shërbimeve të Konsultoreve të Nënës dhe Fëmijës në Shqipëri” Raport Final 28 Mars, 2011
101. Zazo, A., Dragoti, E., Karaj, Th and Volle, J. “Albania Family Planning Improving access to and use of modern contraceptive methods among young men and ëomen” March 2011
102. Boci, A., Eichleay, M., Searing, H. “Factors Influencing Ëomen’s Reproductive Health Choices in Tirana, Albania” , EngenderHealth 2013
103. Varkervisser C, Prathmanathan I, Broëlee A. “Designing and conducting Health Systems Research. Projects: proposal Development and field ëork”. http://ëëë.idrc.ca/en/ev-33011-201-1-DO_TOPIC.html
104. Miller LË, Crabtree BF. Clinical research: “A multimethod Typology and qualitative Road map. Doing qualitative research”. London: Sage publications; 1999
105. Bradburn, N.M., S. Sudman, and B. Ëansink. 2004. Asking Questions: The Definitive Guide to Questionnaire Design-For Market Research, Political Polls, and Social and Health Questionnaires. Jossey-Bass: San Francisco, CA.
106. Karta e të drejtave fundamentale e Bashkimit Evropian neni 8 Mbrojtja e të dhënave personale http://eas.europa.eu/delegations/the_former_yugoslav_republic_of_macedonia/documents/more_info/publications/charteroffundamentalrights_sq.pdf

107. Brener ND, Billy JOG, Grady ÈR. “Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature”. *J Adolescent Health* 2003; 33: 436–57.
108. Studimi Demografik Shëndetsor 2008-2009, ADHS pg 38
109. INSTAT POPULATION AND HOUSING CENSUS 2011 Elbasan pg 39
110. Lisbet S. Lundsberg, Lubna Pal, Aileen M. Garipey, Xiao Xu, Micheline C. Chu, Jessica L. Illuzzi “Knowledge, attitudes, and practices regarding conception and fertility: a population-based survey among reproductive-age United States women” *Fertility & Sterility*, March 2014, Volume 101, Issue 3, pg 767-774
111. Studimi Demografik shëndetsor në Shqipëri 2008-2009 fq 66-72
112. Park J.E. “Park’s Textbook of Preventive & Social Medicine”, 20th edition 2009 p421
113. M Rakibul Islam, Thorvaldsen, G “Family planning knowledge and current use of contraception among the Mru indigenous women in Bangladesh: a multivariate analysis” . 2012
114. Studimi Demografik Shëndetësor 2008-2009 ADHS fq 62- 72.
115. Shapiro D, Tambashe BO: “The impact of women’s employment and education on contraceptive use and abortion in Kinshasa, Zaire”. *Stud Fam Plann* 1994, 25(2):96-110
PubMed Abstract | Publisher Full Text
116. Koc J: “Determinants of contraceptive use and method choice in Turkey”. *J Biosoc Sci* 2000, 32:329-42. PubMed Abstract | Publisher Full Text
117. Pathirana, S.V. “Knowledge, attitudes and practice of contraceptive use among maasai women of reproductive age in Berekavillage, Kilosa district, Morogoro” 2009
118. Arabab, A.A. Bener, IA. and Abdulmalik M. “Prevalence, awareness and determinants of contraceptive use in Qatari women La Revue de Santé de la Méditerranée orientale” Vol. 17 No. 1 • 2011
119. Asiimëe JB , Ndugga P, Mushomi J, Manyenye Ntozi JP “Factors associated with modern contraceptive use among young and older women in Uganda; a comparative analysis” .
*Corresponding author: John B Asiimëe asiimëeajb@gmail.com *BMC Public Health* 2014, 14:926 doi: 10.1186/1471-2458-14-926
120. Albania Contraceptive Security Strategy 2012-2016 MSH pg 11
121. Ministria e Çështjeve Vendore. Analiza e Treguesve Sociale Sipas Qarqeve pg 43
http://ëëë.parlament.al/ëëb/pub/aneks_treguesit_sociale_16986_1.pdf
122. Asma, A. “Knowledge, attitudes and practice survey of family planning among South Asian immigrant women in Oslo, Norway” 2011 pg 23
123. Osmanaj, E. “E drejta për arsim e komunitetit rom në kuadrin e integritetit të Republikës së Shqipërisë në Bashkimin Evropian” 2013 fq 89-90
124. A. J. Francis Xavier, “Fertility Decline and Gender Bias in Northern India.” *Demography*, P. N. Mari Bhat, A. J. Francis Xavier November 2003, 40 (4), 637–657. *Demography* November 2003, Volume 40, Issue 4, pp 637-657

125. Tarnovo, V. "Preventing early marriages Amalipe Center for Interethnic Dialogue and Tolerance", 2011 fq 54
126. Making early marriage in roma communities a global concern European roma and travellers forum & romani ëomen informal platform "phenjalipe" ERTF May 2013,
127. *Uganda Demographic and Health Survey 2011*. Calverton, MD, USA: Uganda Bureau of Statistics (UBOS) and ICF International Inc; 2012.
128. Eblemba SM, Henry V. Doctor "Intergenerational Differences in Current Contraceptive Use among Married ëomen in Uganda". 2013. *International Journal of Population Research* Volume 2013 (2013), Article ID 329390, 7 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/329390>
129. Mensch B, Bruce J, Greene M: "The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing Eorld". Neë York: Population Council; 1998.
130. Haberland N, Chong EL, Bracken HJ, Parker C. "Early marriage and adolescent girls, YouthLens on Reproductive Health and HIV/AIDS". *YouthNet* 2005 [cited 2013 14 January]; Available from: http://ëëë.popcouncil.org/pdfs/Early_Marriage.pdf ëësite
131. Riyamia AA, Afifib M, Mabryc RM: "Eëomen's Autonomy, Education and Employment in Oman and their Influence on Contraceptive Use". *Reprod Health Matters* 2004, 12(23):144-154. PubMed Abstract | Publisher Full Text
132. Magesa, E. "Assessment of the knoëdlege, attitudes and practices of female secondary school learners on emergency contraception in Ongëediva, Oshana region" 2014 pg 2-3
133. Studimi Demografik Shëndetësor 2008-2009 ADHS fq 73,
134. Matimba, Mavis Chiko "Impediments to contraceptive use in ëomen admitted ëith abortion at the University Teaching Hospital" (UTH) pg 14
135. Tekle -Ab Mekbib, Yirgu G. Hiëot, Mesganaë Fantahun Afeëork "Survey of unsafe abortion in selected health facilities in Ethiopia". *Ethiop J Reprod Health* 2007, 1(1):28-43.
136. Portner, C.C. Sex Selective Abortions, Fertility and Birth Spacing August 2010
137. Osei, F.I.; Mayheë, H. S.; Biekro, L ; Collumbien, M. "Fertility Decisions and Contraceptive Use at Different Stages of Relationships: Eëindoës of Risk Among Men And Eëomen in Accra International Perspectives On Sexual And Reproductive Health" Volume 40, Number 3, September 2014
138. Odimegëu, O.C Family planning attitude and use in Nigeria: A factor analysis *International Family Planning Perspective* 1999 25(2) 86-91
139. Studimi Demografik shëndetësor në Shqipëri 2008-2009 ADHS fq 66
140. Blanc A, Tsui AO, Croft T, Trevitt J: "Patterns and Trends in Adolescents' Contraceptive Use and Discontinuation in Developing Countries and Comparisons Eëith Adult Eëomen". *Int Perspect Sex Reprod Health* 2009, 35(2):63-71. PubMed Abstract | Publisher Full Text
141. Ketting E: "Contraceptive needs of ëomen over 35". *Maturitas* 1988, (Suppl 1):23-38. PubMed Abstract | Publisher Full Text
142. Studimi Demografik Shëndetësor në Shqipëri 2008-2009 ADHS fq 70

143. Mubita-Ngoma C, Kadantu MC “Knowledge and use of modern family planning methods by rural women in Zambia”. March 2010
144. Analizë e situatës në sektorin e Shëndetit Riprodhues, Ministria Shëndetësisë, mars 2009 fq 2
145. Kim YM, Kols A, Mucheke S. “Informed Choice and Decision-Making in Family Planning Counseling in Kenya” *International Family Planning Perspectives* Volume 24, Number 1, March 1998
146. Mohammed, A., Eoldeyohannes, D, Feleke, A., and Megabiae, B “Determinants of modern contraceptive utilization among married women of reproductive age group in North Shoa Zone, Amhara Region, Ethiopia” *Reproductive Health* 2014, 11:13 doi:10.1186/1742-4755-11-13
<http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/1/13>
147. Acayo, J., E. “Study to determine factors affecting utilisation of family planning services among women of reproductive age, in Padibe to'en council Laméo district” 2012
148. Barden-O’Fallon, J., Speizer, I. “Contraceptive Discontinuation: A One-Year Follow-Up Study of Female Reversible Method Users in Urban Honduras” October 2008 pg 12
149. Ehsanpour, S., Mohammadifard, M., Shahidi, Sh., and Nekouyi, S.N. “A comparative study on attitude of contraceptive methods users towards common contraceptive methods”
 _Iran J Nurs Midwifery Res. 2010 Dec; 15(Suppl1): 363–370.
150. Beekle AT, McCabe C. “Awareness and determinants of family planning practice in Jimma, Ethiopia”.
 Int Nurs Rev. 2006 Dec; 53 (4):269-76
151. Magesa, E., “Assessment of the knowledge, attitudes and practices of female secondary school learners on emergency contraception in Ongediva, Oshana region” 2014 pg 2-3
152. Lee J, Jezeeski MA. “Attitudes toward oral contraceptive use among women of reproductive age: a systematic review”. *ANS Adv Nurs Sci*. 2007; 30(1):E85–103.[[PubMed](#)]
153. Ehsanpour, S., Mohammadifard, M., Shahidi, Sh., and Nekouyi, S.N. “A comparative study on attitude of contraceptive methods users towards common contraceptive methods”
 _Iran J Nurs Midwifery Res. 2010 Dec; 15(Suppl1): 363–370.
154. Blanc A, Tsui AO, Croft T, Trevitt J: “Patterns and Trends in Adolescents’ Contraceptive Use and Discontinuation in Developing Countries and Comparisons with Adult Women”. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2009, 35(2):63-71. [PubMed Abstract](#) | [Publisher Full Text](#)
155. Mitali G. Patel, Darshan K. Mahyavanshi, Girija Kartha, Shyamal K. Purani, Sunita S. Nagar “A cross sectional study on knowledge, attitude and practice regarding spacing methods among married women of the reproductive age group in the field practice area of UHTC in Surendranagar district”
 healthline ISSN 2229-337X Volume 2 Issue 2 July-December 2011
156. Kerry L.D. MacQuarrie “Unmet Need for Family Planning among Young Women: Levels and Trends” ICF International Rockville, Maryland, USA 2014
157. Unmet need for family planning http://www.cpc.unc.edu/measure/prh/rh_indicators/specific/fp/unmet-need-for-family-planning
158. Understanding Unmet Need Indu Bhushan The Johns Hopkins school of public health center for communication programs working paper no. 4 • November 1997
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacg563.pdf

159. "Unmet need for family planning among young women: levels and trends" USAID February 2014 pg 35
160. Malini M. Bhattathiry and Narayanan Ethirajan "Unmet need for family planning among married women of reproductive age group in urban Tamil Nadu" J Family Community Med. 2014 Jan-Apr; 21(1): 53-57.
161. Unmet need for contraception http://www.worldbank.org/EXT/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTH/NUTRITION_AND_POPULATION/EXTPHAAG/0,contentMDK:22546157~pagePK:64229817~piPK:64229743~theSitePK:672263,00.html
162. Hong R, Montana L, Mishra V. "Family planning services quality as a determinant of use of IUD in Egypt". BMC Health Serv Res. 2006 Jun 22; 6:79.
163. Gavin,L., Moskosky, S., Carter,M., Curtis,K., Glass,E.,"Providing Quality Family Planning Services: Recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs Centers for disease control and prevention" April 25, 2014 / 63(RR04);1-29
164. Asimwe, B.J; Ndugga,P.; Mushomi,J;Notz ,M,P.J
"Factors associated with modern contraceptive use among young and older women in Uganda; a comparative analysis"
BMC Public Health. 2014; 14: 926; Published online 2014 Sep 8. doi: 10.1186/1471-2458-14-926