

PERCEPTIMI I NDIKIMIT TË ABORTIT TË VULLNETSHËM NË MIRËQENIEN PSIKOLOGJIKE TE NJË GRUP FEMRASH NË SHQIPËRI

Adelina Kakija

Dorëzuar
Universitetit European të Tiranës
Shkollës Doktorale

Në përmbushje të detyrimeve të programit të Doktoratës në
Shkenca Sociale, me profil Psikologji, për marrjen e gradës shkencore
“Doktor”

Udhëheqës shkencor: Prof. Asoc. Dr. Voltisa Lama (PhD)

Numri i fjalëve: 49.655

Tiranë, Janar 2017

DEKLARATA E AUTORËSISË

Unë Adelina Kakija, përmes deklaratës së autorësisë deklaroj se studimi është punë origjinale e imja. Ky punim nuk është botuar apo prezantuar asnjëherë më përpara, para një institucioni tjetër për vlerësim. Punimi nuk përmban material të shkruar nga ndonjë person tjetër, përveç rasteve të cituara dhe të referuara.

ABSTRAKTI

Realiteti i abortit është prezent çdo ditë të vitit, në çdo vend të globit. Femra të kulturave, moshave, edukimit, traditave e nacionaliteteve të ndryshme bëhen pjesë e një procesi i cili mund të ndikojë në të ardhmen e tyre.

Qëllimi: *U synua të kuptohej ndikimi i abortit të vullnetshëm në mirëqenien psikologjike të femrës në Shqipëri, raportuar kjo nga vetë femrat. Studimi i tipit deskriptiv shqyrton mënyrën se si femrat e flasin përvojën e tyre, çfarë ajo mund të përjetojë si pasojë e ndërprerjes së shtatzënisë dhe nëse kjo eksperiencë është një emocion përndjekës në jetën mëvonshme të tyre .*

Pyetjet kërkimore që i adresohen studimit janë 1. Si përjetohet aborti i vullnetshëm në vite pas ngjarjes? 2. Cila është lidhja midis abortit të vullnetshëm dhe mirëqenies psikologjike të femrës vite pas ngjarjes? 3. Cilët janë faktorët riskantë dhe faktorët vetë-rregullues që kanë ndikuar në perceptimin aktual? 4- Cilat janë shkaqet e kryerjes së abortit?

Metoda e përdorur: *Intervista gjysmë e strukturuar me 152 femra të cilat kanë kryer abort të vullnetshëm. Intervista ka pasur shtrirje me pyetje të fokusuara mbi shkaqet, ndodhitë e jetës të cilat mund të ndikojnë indirekt abortin e vullnetshëm, përjetimin emocional, mbështetjen nga rrethi familjar dhe social të femrës, etj.*

Rezultatet: *71.7% e kampionit e ka përjetuar negativisht abortin, 18.4% e konsideron përvojë normale, 4.6% nuk i jep kuptim dhe 5.3% janë ndjerë të çliruara. 19 femra pjesë e kampionit (12%) kanë pasur shqetësime të shëndetit mendor të diagnostikuar tek psikiatri ose psikologu. Faktorët riskant në perceptimin aktual janë mospatja e fëmijëve në vitet e para dhe pas abort (20% e kampionit), mosmbështetja nga ana e partnerit për*

shkak të gjinisë së fetusit (4.1%), abuzim fizik nga bashkëshorti (0.5%) dhe stigmatizimi nga aktorë të ndryshëm (32.2%). Faktorët vetërregullues janë mbështetja emocionale nga familja e shoqëria (49% e kampionit), të pasurit e fëmijëve pas abortit (36%) dhe vetëbesimi për vendimin e marrë (44%). Shkaqet e kryerjes së abortit janë ekonomike (19.8% e kampionit), të pasurit e fëmijëve të tjerë (13.1%), ndërprerja e punës, shkollës, karrierës (12.2%), të qenit beqare (10.4%), mosbesimi në aftësitë e saj për rritjen e fëmijës (7.7%).

Fjalët kyç: femër, abort i vullnetshëm, përvojë, mirëqenie psikologjike, përjetim, Shqipëri.

ABSTRACT

The reality of abortion is present every day of the year, in every country of the globe. Women of different cultures, ages, education, traditions and nationalities become part of a process which can affect their future.

Purpose: *The aim of this study was to understand the impact of voluntary abortion on psychological well-being of women in Albania, reported this from the women themselves. The descriptive type of the study examines how women speak their experience, what she may experience as a result of an abortion and if this experience is an persecutive emotion in their later life.*

Research questions which are addressed in the study are: *1. How is this voluntary abortion experienced in the years after the event? 2. What is the relationship between voluntary abortion and psychological welfare of women after the even? 3. What are the risk and self-regulatory factors that have contributed to the current perception? 4. What are the causes of performing an abortion?*

Method used in the study: *Semi-structured interviews with 152 women who had a voluntary abortion. Interviews had a scope with questions focused on causes, life events that may affect the voluntary abortion, the emotional experience, the support from the family and social circle of women, ect.*

Results: *71.7% of the sample have experienced negative abortion, 18.4% consider it as a normal experience, 4.6% doesn't give a meaning and 5.3% feel released. 19 females part of the sample (12%) had mental health concerns diagnosed by a psychiatrist or psychologist. Risk factors of the current perception are not having children before and after abortion (20% of the sample), not having the support of the*

partner because of the sex of the fetus (4.1%), physical abuse by her husband (0.5%) and stigmatization by different actors (32.2%). Self-regulatory factors are the emotional support of family and friends (49% of the sample), having children after abortion (36%) and self-confidence for the decision she has taken (44%). Causes of abortions are economic causes (19.8% of the sample), having other children (13.1%), work, school and career interruption(12.2%), being single (10.4%), not having confidence in her abilities for bringing up her child (7.7%).

Keywords: female, voluntary abortion, experience, psychological well-being, evocation, Albania.

DEDIKIMI

Gjithçka familjes dhe babit...

FALËNDERIME

Së pari, dua të falënderoj udhëheqësen e këtij punimi doktorature, Prof. Asoc. Dr. Voltisa Lama (PhD), për mbështetjen e pakursyer në dhënien e vazhdueshme të sugjerimeve tepër të vlefshme në të gjitha fazat e këtij studimi. I jam mirënjohëse për besimin, durimin, mënyrën e komunikimit, gatishmërinë për të më ndihmuar dhe profesionalizmin e padiskutueshëm.

Falënderime dhe mirënjohje e veçantë shkon për Violetën, Edlirën dhe Ledianën në ndihmën e tyre të pakursyer për përpunimin e të dhënave.

Mirënjohje pa fund për pjesëmarrëset në këtë punim, femrave të abortit, të cilat pranuan të ndajnë të dhëna dhe perceptime për përvojën e tyre jetësore të abortit të vullnetshëm .

Një falënderim për miket e mia Edlirën, Klodianën, Edon, Ludin, Enin, Evën, Jetën dhe institucionet e abortit së bashku me stafin e tyre, si dhe të gjithë personat, të cilët më kanë inkurajuar dhe ndihmuar përgjatë procesit.

PËRMBAJTJA E LËNDËS

KAPITULLI I: HYRJE

1.1 Shtrirja e problemit.....	1
1.2 Besimet personale të cilat influencuan studimin.....	2
1.3 Definimi i abortit.....	3

KAPITULLI II: ABORTI DHE PIKËPAMJE RRETH TIJ

2.1 Debati jetë-abort / Pikëpamje për abortin.....	5
2.2 Këndvështrimet pro-zgjedhje dhe pro-jetës.....	6
2.3 Pozicioni i vetë-identifikimit të të rriturve në SHBA (amerikanëve) në çështjen e abortit.....	8

KAPITULLI III: ABORTI NDËR VITE

3.1 Prevalenca dhe legjislacioni për abortin në botë.....	10
3.2 Shqipëria krahasuar me vendet e tjera të rajonit.....	10
3.3 Prevalenca dhe legjislacioni për abortin në Shqipëri.....	11
3.4 Të dhëna për lindjen, abortin dhe raportin e aborteve, sipas vitit kalendarik (1994-2011) të marra nga Instituti i Statistikave (INSTAT).....	14
3.5 Hartimi i ligjit të abortit në Shqipëri.....	14

KAPITULLI IV: SHKAQET SOCIALE QË NDIKOJNË NË VENDIMIN

PËR ABORT

4.1 Faktorët ekonomikë.....	17
4.2 Detyrimi / bully.....	18
4.3 Zgjedhja e gjinisë.....	19
4.4 Moshë e femrës.....	19

4.5 Konflikti me vlerat.....	20
4.6 Faktorët social-demografik.....	21

KAPITULLI V: ABORTI I VULLNETSHEM DHE SHËNDETI MENDOR

I FEMRËS PAS-ABORT

5.1 A rrezikon aborti shëndetin mendor ?.....	23
5.2 Të dhënat nga studimi APA.....	24
5.3 Të dhënat nga studimi Charles.....	27
5.4 Të dhënat nga studimi Coleman.....	29
5.5 Hulumtimet rreth abortit.....	31

KAPITULLI VI: VARIABLA TË TJERË TË CILËT MUND TË AFEKTOJNË SHËNDETI MENDOR TË FEMRËS

6.1 Perceptimet e femrave dhe aborti.....	51
6.2 Ankthi dhe aborti.....	52
6.3 Depresioni dhe aborti.....	53
6.4 Hidhërimi pas-abort.....	54
6.5 Mungesa e mbështetjes emocionale.....	55
6.6 Efektet e mbështetjes nga familja dhe/ose nga partneri.....	55
6.7 Aborti dhe abuzimi.....	56
6.8 Alkooli, përdorimi i drogës dhe aborti.....	56
6.9 Vetëvrasja dhe aborti.....	57
6.10 Abortet e përsëritura.....	58
6.11 Shpirtërorja dhe trauma e abortit.....	58
6.12 Konteksti kulturor apo fetar.....	59

6.13 Procedurat e abortit.....	60
6.14 Parandalimi/Këshillimi për zgjedhjen.....	61

KAPITULLI VII: MODELET TEORIKE TË ABORTIT

7.1 Korniza teorike e studimit.....	64
7.2 Ndryshueshmëria në eksperiencat e abortit.....	64
7.3 Stresi dhe përballimi.....	65
7.4 Modeli social-kulturor i abortit/modeli i dhunimit të normave.....	71
7.4.1 <i>Aspekti politik dhe fetar i shoqërisë</i>	72
7.4.2 <i>Sekreti i abortit</i>	72
7.5 Modeli i traumës.....	73
7.5.1 <i>Koncepti i traumës</i>	74
7.5.2 <i>Çrregullimi i stresit pas-traumatik (PTSD) dhe aborti</i>	77
7.6 Modeli i rrezikut të faktorëve të përbashkët.....	79
7.6.1 <i>Shqetësimi psikologjik para-abort</i>	80
7.7 Modeli i sistemeve familjare Bowen.....	81
7.8 Humbje e paqartë/dykuptimtë.....	85
7.9 Përmbledhje e modelit teorik.....	86

KAPITULLI VIII : FEMRAT NË RREZIK TË PROBLEMEVE TË SHËNDETIT

MENDOR PAS-ABORT

8.1 Të dhënat nga studime rreth faktorëve të riskut.....	89
8.2 Femrat më të rrezikuara.....	93
8.3 Përmbledhje e kapitullit.....	95

KAPITULLI IX: METODOLOGJIA

9.1 Tipi i studimit dhe qëllimi	97
9.2 Instrumenti i kërkimit	97
9.2.1 Hapat e punës për pyetësin.....	98
9.3 Pyetjet kërkimore dhe hipotezat.....	102
9.4 Kampioni/Përshkrimi i kampionit.....	103
9.5 Aspektet etike të punës në terren.....	104
9.6 Kufizimet dhe vështirësitë.....	105
9.7 Analizat e të dhënave.....	106

KAPITULLI X: REZULTATET

10.1 Rezultatet për të dhënat demografike të kampionit.....	107
10.2 Rezultatet e shpeshtësisë së dukurisë dhe moshat përkatëse.....	114
10.3 Rezultatet për ecurinë e shtatzënive në vitet pas abortit.....	125
10.4 Rezultatet për shkaqet e abortit	127
10.5 Rezultate mbi ndodhitë e jetës që mund të afektojnë indirekt abortin.....	132
10.6 Rezultatet mbi përjetimin emocional të abortit.....	134
10.7 Mbështetja e femrës nga rrethi familjar dhe social.....	139
10.8 Rezultate të ecurisë jetësore pas-abort.....	141
10.9 Raportimi për shëndetin mendor	149
10.10 Rezultatet për ndarjen konfidenciale të ndodhisë dhe arsyt	151

KAPITULLI XI: KONKLUZIONE DHE DISKUTIME

11.1	<i>Konkluzione.....</i>	157
11.2	<i>Diskutim</i>	161
11.3	<i>Përmbledhje e thelbit të studimit.....</i>	180
11.4	<i>Rekomandime dhe sugjerime.....</i>	181
11.5	<i>Përfitime personale nga ky studim.....</i>	184
SHTOJCA.....		191
LISTA E REFERENCAVE / BIBLIOGRAFIA.....		201

LISTA E TABELAVE DHE DIAGRAMEVE

Tabela 1 : Këndvështrimet pro-zgjedhje dhe pro-jetës

Tabela 2: Aborte për 1000 lindje të gjalla të vendeve të ndryshme

Tabela 3: Krahاسimi i treguesve të aborteve në vitet 2009, 2010, 2011, 2012

Tabela 4: Lindje, aborte dhe raporti i aborteve, sipas vitit kalendarik (1994-2011)

Tabela 5: Lista e faktorëve të rrezikut të identifikuar sipas APA-s

Tabela 6: Studime të cilat nuk pohojnë rrezikun e abortit dhe anasjelltas

Tabela 7: Studime me variabla përcaktues si faktorë statistikisht të vlefshëm të rrezikut për shqetësim psikologjik.

Tabela 8: Karakteristikat e femrave në rrezik të lëndimit emocional pas-abort

Tabela 9: Faktorë predispozues të rrezikut në rritjen e problematikave të shëndetit mendor për femra që zgjedhin abortin

Tabela 10. Rezultatet sipas pjesëve të pyetësorit dhe nënpyetjeve kërkimore

Tabela 11: Përshkrimi i kampionit

Tabela 12: Gjendja ekonomike e kampionit

Tabela 13: Numri i aborteve në total

Tabela 14: Shpërndarja në kohë e abortit të pestë

Tabela 15: Mosha e nënës në abortin e katërt

Tabela 16: Rrethanat që kanë shoqëruar ngjizjen

Tabela 17: Përjetimi emocional i abortit

Tabela 18: Vendi i abortit

Tabela 19: Tipat e gjurmës që mbetën pas-abortit

Tabela 20: Mbështetja sociale pas-abort

Tabela 21: Vështirësitë emocionale të përjetuara

Tabela 22: Përshkrimi i pendesës

Tabela 23: Menaxhimi i ndjesive pas-abortit

Tabela 24: Ndjesitë aktuale të lidhura me abortin

Tabela 25: Arsytet e konfidencialitetit

Tabela 26/1: Profili i femrave tek të cilat aborti i vullnetshëm ka pasoja serioze në përjetimin e mëvonshëm konjektiv-emocional.

Tabela 26/2: Profili i femrave tek të cilat aborti i vullnetshëm ka pasoja serioze në përjetimin e mëvonshëm konjitiv-emocional

Grafiku 1: Pozicioni i vetëidentifikuar nga të rriturit e SHBA-së mbi çështjen e abortit

Grafiku 2: Shpërndarja e kampionit sipas grupmoshave

Grafiku 3: Shpërndarja e kampionit sipas vendbanimit

Grafiku 4: Orientimi seksual

Grafiku 5: Shpërndarja e kampionit sipas nivelit të arsimit

Grafiku 6: Shpërndarja e kampionit sipas statusit martesor në kohën e abortit

Grafiku 7: Shpërndarja e kampionit sipas besimit fetar

Grafiku 8: Numri aktual i fëmijëve të kampionit

Grafiku 9: Shpërndarja në kohë e aborteve

Grafiku 10: Shpërndarja në kohë e abortit të parë

Grafiku 11: Shpërndarja në kohë e abortit të dytë

Grafiku 12: Shpërndarja në kohë e abortit të tretë

Grafiku 13: Shpërndarja në kohë e abortit të katërt

Grafiku 14: Mosha e nënës në abortin e parë

Grafiku 15: Mosha e nënës në abortin e dytë

Grafiku 16: Mosha e nënës në abortin e tretë

Grafiku 17: Mosha e fetusit gjatë aborteve

Grafiku 18: Përmbledhje e moshës së fetusit përgjatë aborteve

Grafiku 19: Mosha e fetusit në kohën e kryerjes së abortit të parë

Grafiku 20: Mosha e fetusit në kohën e kryerjes së abortit të dytë

Grafiku 21: Mosha e fetusit në kohën e kryerjes së abortit të tretë

Grafiku 22: Shtatzëni pas abortit

Grafiku 23: Numri i shtatzënive pas abortit

Grafiku 24: Arsyeja e femrës për abort

Grafiku 25: Arsyetja e partnerit për abort

Grafiku 26: Arsyetja e çiftit për abort

Grafiku 27: Traumat jetësore

Grafiku 28: Lloji i traumës

Grafiku 29: Aspekte të abortit që kanë lënë gjurmë

Grafiku 30: Mbështetja sociale e femrës

Grafiku 31: Rrethi familjar e social kundër abortit

Grafiku 32: Vështirësitë emocionale në vitet pas-abort

Grafiku 33: Ndjesi të këqija për vendimin pas-abort

Grafiku 34: Pendesë për veprimin

Grafiku 35: Raportim për shëndetin mendor

Grafiku 36: Shfaqja e shqetësimit për herë të parë

Grafiku 37: Diagnoza

Grafiku 38: Konfidenca për abortin

Grafiku 39: Ndarja e konfidencës me partnerin

Grafiku 40: Njerëzit që u është treguar për abortin

Grafiku 41: Mungesa e konfidencialitetit për abortin

Diagrama 1: Modeli i teorisë së stresit Lazarus

Diagrama 2: Skema e modelit social-kulturor

Diagrama 3: Skema e modelit të traumës

Diagrama 4: Skema e modelit të rrezikut të faktorëve të përbashkët

Diagrama 5: Skema e modelit të sistemit familjar

Diagrama 6: Skema e modelit të humbjes së paqartë

LISTA E SHKURTIMEVE DHE E FJALORIT

Terma të përdorura në studim:

Abort

- Ndërprerja e barrës që ka ndodhur para javës së 28-të të barrës dhe kur ky produkt është fetus i vdekur.
- Në bazë të këtij përkufizimi ekzistojnë vetëm dy kategori të mëdha të aborteve: aborte spontane dhe aborte të provokuara. Aborti i provokuar ka për origjinë një veprim të ndërmarrë me qëllim për të ndërprerë barrën. Të gjitha abortet e tjera konsiderohen spontane. Definicioni i Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) e raporton në 22 javë⁴.

Abort me zgjedhje, abort i vullnetshëm (termi në studim)

- Një ndërprerje e qëllimshme e shtatzënisë, e bazuar në përzgjedhjen personale të një femre.

WHO - Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH)

Përkufizimi i shëndetit mendor si një "gjendje e mirëqenies në të cilën individi realizon aftësitë e tij ose të saj në përballjen me streset normale të jetës, të mund të punojë në mënyrë produktive dhe të frytshme dhe që është në gjendje të kontribuojë për komunitetin e tij ose të saj Strengthening Mental Health Promotion (WHO). Fact sheet No.220.

- "Shëndet mendor" është aftësia për të menduar dhe mësuar, si dhe aftësia e një individi për të kuptuar e jetuar me emocionet e veta dhe reagimet e të tjerëve.⁵

¹ -www.instat.gov.al/media/190415/shpjeguesi_demografik.doc. Shikuar më 30.12.2015

² http://www.shendetesia.gov.al/files/userfiles/shendeti_mendor/Ligji_Nr.44,_2012_per_shendetin_mendor.pdf. Shikuar më 7 mars 2013.

Çrregullim i shëndetit mendor

- "Çrregullim i shëndetit mendor" është çrregullimi thelbësor i mendimit, perceptimit, orientimit ose kujtesës, që dëmtojnë sjelljen, gjykimin, kapacitetin për të njohur realitetin ose aftësinë e personit për të përmbushur kërkesat e jetës, çka e bën atë mendërisht të sëmurë, ose është prapambetja mendore, kur shoqërohet me sjellje agresive patologjike ose seriozisht të papërgjegjshme⁶.

INSTAT

- Instituti Shqiptar i Statistikave, Agjencia Statistikore e Shqipërisë.

Implikime të shëndetit mendor pas-abort:

- Depresioni, çrregullim ankthi ose çrregullime të stresit pas-traumatik, mendime persekutuese, halucinacione, ndjenja keqardhje, pikëllimi, zemërim, faj.

Sjellje problematike:

- Abuzim me substanca, abuzimi i fëmijëve, vetëvrasje.

PTSD

- Post-traumatic stress disorder

PTSS

- Posttraumatic Stress Symptoms

Stres

- Një agjent shkakor i jashtëm apo i brendshëm, të cilin Robert Hooke e quajti një ngarkesë ndërsa të tjerët më pas e quajtën stres ose stresor.

R. S. Lazarus(1993)

³http://www.shendetesia.gov.al/files/userfiles/shendeti_mendor/Ligji_Nr.44,_2012_per_shendetin_mendor.pdf. Shikuar më 7 mars 2013.

Perspektiva e stresit dhe përballimit

- "Një marrëdhënie e veçantë midis personit dhe mjedisit që është vlerësuar nga individi si e lodhshme ose që tejkalon burimet e saj, duke rrezikuar në këtë mënyrë mirëqenien." (Lazarus & Folkman, 1984, 19).

Përballimi

- "Përpjekjet njohëse dhe të sjelljes të bëra për të zotëruar, toleruar apo reduktuar kërkesat dhe konfliktet e jashtme dhe të brendshme në mes tyre".

Folkman and Lazarus (1980, 223)

RCOG

- Kolegji Mbretëror i Obstetërve dhe Gjinekologëve

AMRC

- Academy of Medical Royal Colleges

APA

- Shoqata Psikologjike Amerikane

NAF

- The National Abortion Federation, Shoqatë profesionale e ofruesve të abortit në Amerikën Veriore.

DSM-5

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

DSM-4

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

UNFPA

- United Nations Population Fund

KAPITULLI I: HYRJE

1.1 Shtrirja e problemit

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (2012), rreth 43.8 milionë aborte janë kryer në të gjithë botën në vitin 2008.

Ekziston debati në lidhje me domethënien e abortit si një ngjarje të jetës. Përveç klimës që rrethon abortin e vullnetshëm, ekzistojnë hulumtime shumë kontradiktore në aspektin e ndikimit psikologjik të abortit të cilat variojnë, nga pa asnjë efekt psikologjik dhe deri në trauma të rënda.

Për disa individë, aborti i vullnetshëm është i krahasueshëm me një ngjarje minimale të jetës siç mund të jetë kryerja e një operacioni të thjeshtë. Nga kjo pikëpamje, rreziku i reagimeve negative psikologjike, emocionale të femrave në vijim të abortit mund të jetë i krahasueshëm me vazhdimin e një shtatzënie të padëshiruar deri fund (Shoqata Psikologjike Amerikane (APA) Task Forcë për shëndetin mendor dhe Abortin, 2008). Një këndvështrim në kuadër të literaturës është se aborti mund të konsiderohet si një ngjarje e jetës që potencialisht mund të shkaktojë një reagim të kundërt psikologjik, duke përfshirë shëndet mendor problematik, në veçanti në femrat më vulnerabël.

Një pikëpamje alternative rreth abortit është se ai konsiderohet si një nga ngjarjet më të rëndësishme të jetës, ndoshta e ngjashme me humbjen e një fëmije, dhe mbart një rrezik shumë më të madh për shëndetin mendor të femrës sesa vazhdimi i një shtatzënie të padëshiruar deri në fund. Rue dhe Spekhard (1992) sugjeruan se aborti mund të çojë në një problem specifik të shëndetit mendor që ata e emërtuan "sindroma post-abort", ndërsa Broen dhe kolegët (2006) deklaruan se ndjenja të tilla si humbje, mjerim dhe dyshim mund të jenë të gjitha të pranishme gjatë kohës së abortit.

Studime të tjera kanë ekzaminuar lidhjen midis abortit dhe shëndetit mendor. Megjithatë në të shumtën e studimeve vihen re problematika të ndryshme rreth cilësisë dhe njëanshmërisë. Edhe pse cilësia dhe dizajni i hulumtimeve janë përmirësuar në studimet më të fundit, rezultatet ende ndryshojnë. Disa studime sugjerojnë një lidhje midis abortit dhe rezultateve negative të shëndetit mendor (Cougle et al., 2005), dhe të tjera studime të cilat nuk sugjerojnë asnjë lidhje ndërmjet tyre (Broen et al., 2004).

Një artikull i shkruar nga Bagarozzi (1994) identifikon, reagimet e stresit post traumatik në një mostër prej 18 grave që kanë pësuar aborte. Kesselman (1990) shkon më tej për të thënë se terapia e pikëllimit duhet të jetë një pjesë e këshillimit për çdo abort. Në anën tjetër, ka pasur mbështetje në idenë se aborti nuk prodhon stres domethënës për shumicën e grave. Në vitin 1989, kirurgu i përgjithshëm amerikan, pas një shqyrtimi të kërkimeve mbi efektet psikologjike të abortit, arriti në përfundimin se edhe pse aborti mund të jetë dërmues për një individ të caktuar, potenciali për probleme psikologjike është me germa të vogla nga një perspektivë e shëndetit publik (Tentoni, 1995).

Është e rëndësishme përditësimi i hulumtimeve mbi pasojat e shëndetit mendor, të abortit të vullnetshëm, për të siguruar qartësi më të madhe mbi natyrën dhe shtrirjen e marrëdhënies midis abortit dhe shëndetit mendor dhe emocional.

1.2. Besimet personale të cilat influencuan studimin

Interesi në aspektin e shëndetit mendor të abortit faktikisht u shfaq në fillim të karrierës time klinike. Shkak të pasurit e një klienteje, e cila u paraqit në këshillim ngaqë ndihej në faj dhe depresion të madh në lidhje me një abort të kryer 9 vite më parë. Para kësaj kohe kam besuar se aborti nuk mund të ketë ndonjë ndikim në shëndetin mendor të një femre, megjithatë ky supozim ishte mjaft i mjegullt dhe nuk kishte asnjë bazë reale për

mua në atë kohë. Deri atëherë nuk kisha hasur në një person i cili ishte duke përjetuar dhimbje aktuale apo vështirësi pas një aborti të vullnetshëm. U bëra shumë e interesuar jo vetëm për të ndihmuar këtë kliente por gjithashtu dëgjimin e procesit dhe përvojave të saj në lidhje me abortin. Filluam duke punuar së bashku për procesin e abortit dhe kuptimin që solli në jetën e saj. Gjatë terapisë ajo filloi të falë veten dhe ta mbushë me trishtim këtë humbje. Terapia përfundoi kur klientja arriti të mendonte se ajo ishte brengosur për humbjen e saj dhe që tashmë nuk ndjehet më e dëshpëruar për të kaluarën. Fillova të pyes veten për të gjitha femrat e tjera që ndoshta janë duke përjetuar diçka të ngjashme dhe nëse jo, ato do të jenë në gjendje të marrin mbështetjen e nevojshme në mënyrë që të jetojnë me jetën e tyre. Kjo eksperiencë bënte të qartë se pas të gjitha statistikave të vërteta apo të rreme mbi paraqitjen e abortit është një femër që është përballur me një vendim të vështirë, apo një femër që mund të pendohet për atë zgjedhje më vonë, apo një femër që mund të jetojë një jetë më të mirë për shkak të këtij vendimi. Mendimi dhe kuptimi personal mbi abortin është ndryshuar në mënyrë drastike. Ndonëse kam pasur besime të forta mbi këtë temë, kam qenë në gjendje të sfidoj vlerat dhe supozimet për t'i ndarë mënjane në të mirën e klientes dhe femrave të tjera që kam pasur fatin të jenë bashkëpunueset e mia në këtë studim.

1.3 Definimi i abortit

Aborti është hulumtuar gjerësisht në të gjithë botën, në kuadër shëndetësor, ligjor, filozofik, religjioz, studimin e femrave, anën sociale dhe perspektivave psikologjike.

Abort do të thotë dhënia fund e shtatzënisë duke hequr fetusin ose embrionin para se ai të mund të mbijetojë jashtë mitrës.

Aborti i vullnetshëm është pasojë e një veprimi i cili ndërmerret me qëllim ndërprerjen e barrës. Të gjitha abortet e tjera konsiderohen spontane.

Fjalori i Oksfordit (1995: 4), përcakton abortin si: "dëbimi i një fetusit në mënyrë të natyrshme ose veçanërisht me anë të induktimit mjekësor në barkun e nënës para se ai të jetë në gjendje të mbijetojë në mënyrë të pavarur, sidomos në 28 javët e para të shtatzënisë njerëzore".

Sipas (Merriam-Webster, 2009) aborti është përcaktuar si "ndërprerje e shtatzënisë, që rezulton e ndjekur nga vdekja e embrionit ose fetusit"

Për këtë studim aborti është specifikuar: *“si një lloj i veçantë përvojë, konkretisht e nxitur nga femra kur ajo vendos të ketë një abort, jo për arsye terapeutike”*.

KAPITULLI II: ABORTI DHE PIKËPAMJE RRETH TIJ

2.1. Debatë jetë-abort / Pikëpamje për abortin

Një shtatzëni e padëshiruar bëhet shpeshherë burim ankthi dhe frike të paimagjinueshme. Aborti nuk është një dukuri që prek vetëm femrën, gjithë shoqëria në mënyrë të drejtpërdrejte ose jo, në heshtje apo protesta mund të përballlet me të.

Është një çështje tejet emotive. "Avokatët" Pro-jetës dhe pro-zgjedhjes, jo rrallë takohen në debate. Për studiuesit kërkimi i asnjësisë në këtë fushë është pothuajse i pamundur.

Përgjithësisht, hulumtimi mbi abortin buron nga tre këndvështrime kryesore: feministe, fetare dhe mjekësore/shëndetësorë. Zakonisht është e lehtë të dallosh perspektivën e kërkuesve ose të autorëve, duke qenë pro-zgjedhje apo pro-jetës. Hulumtuesit feministe janë domosdoshmërisht pro-choice, ndërsa autorët ortodoksë fetarë, janë me shumicë dërrmuese pro-jetës. Hulumtuesit mjekësorë/shëndetësorë kanë përfaqësuesit e të dy qëndrimeve pro-jetës dhe pro-zgjedhjes.

Klima emocionale e debatit mund të jetë mjaft e frikshme, sidomos kur gjuha pro-jetës i referohet abortit si vrasje. Femrat që i frikësohen zërave antiabort, përdorin heshtjen si një mekanizëm mbrojtës për t'u përballur me një mjedis jomiqësor, i cili mund të shpie në konflikt apo abuzim mendor. Ndodh që këto përvoja të pazëshme, pësojnë trazira të madhe emocionale krahasuar me individët e tjerë të cilët janë lejuar ta flasin hapur eksperiencën e tyre. Për shkak se aborti me zgjedhje është një temë e diskutueshme moralisht në shoqërinë tonë por dhe më gjerë, femrat kanë gjasa për ta heshtur veten dhe të fshehim mendimet, ndjenjat që mund të përjetojnë. Edhe kur një femër është duke vepruar brenda kodit të vet moral apo grupit të vlerave që përfaqëson ajo mund të

ndihet e turpëruar nga shoqëria në përgjithësi duke zgjedhur të represojë apo mohojë procesin. Stigmatizimi, mungesa e përkrahjes emocionale mund të çojë në ankth pas-abort. Përveç klimës që rrethon abortin, ekzistojnë hulumtime shumë kontradiktore në aspektin e ndikimit psikologjik të abortit të cilat variojnë nga, pa asnjë efekt psikologjik dhe deri në trauma të rënda. Studimet në lidhje me mënyrën sesi këto femra janë përgjigjur dhe përballur është i kufizuar (Butler, 1996). Ai thekson rëndësinë e të kuptuarit të përvojave të femrave në hulumtimin e abortit të tyre. Shumë studime janë të përqendruara në identifikimin e faktorëve që çojnë në reagime negative pas-abort. Kjo mënyrë është e dobishme kur kemi të bëjmë me një sistem, në të cilën ka një faktor të fuqishëm shkakor, por që nuk e nxit thellësinë e informacionit në rastet kur variabla të shumta ndërmjetësojnë rezultatin e përgjigjes.

Përmendëm që sa herë flitet për abort, do të përballesh me dy koncepte kyçe: Pro-zgjedhje dhe pro-jetës, ku partizanët e këtyre qasjeve afrojnë mendime që shpesh nuk janë të bazuara në hulumtime, por në bazë të emocioneve. Zërat e tyre dukshëm ndikojnë mënyrën se si ne mendojmë fenomenin.

2.2. Këndvështrimet pro-zgjedhje dhe pro-jetës

Në tabelën vijuese janë paraqitur disa nga këndvështrimet Pro-zgjedhje dhe Pro-jetës rreth procesit të abortit.

Tabela 1: Këndvështrimet pro-zgjedhje dhe pro-jetës

"Pro-zgjedhje" / "Pro-jetës" mbi natyrën e jetës paralindjes	
Pro-Zgjedhje	Pro-Jetës
Është thjesht një pikë e indeve, dhe jo një fëmijë.	Rrahjet e zemrës së fetusit fillojnë në fund të javës së tretë. Kur aborti kryhet në fund të tremujorit të parë, fëmija ka

	krahët, këmbët, duart etj.
Ne nuk e dimë se kur fillon jeta. Edhe pse jeta biologjike fillon në ngjizje, ne nuk e dimë kur fillon personaliteti i individit. Jeta njerëzore dhe të personalitetit njerëzor janë të ndryshme.	Sipas teksteve shkollore të embriologjisë pranohet se jeta e njeriut fillon kur veza dhe spermatozoidet bashkohen. Pra jeta fillon në konceptim, ndaj aborti i jep fund një jete njerëzore.
Ky është trupi im dhe unë kam të drejtë të bëjë me të, atë që unë dua.	Kur ju jeni shtatzënë, ka një tjetër organ ... trupi i foshnjës.
Edhe në qoftë se fetusit ka një të drejtë të pamohueshme për të jetuar, kjo e drejtë bie poshtë me të drejtën e nënës për autonomi. Një femër duhet të ketë kontroll mbi trupin e saj. Nëse aborti është i paligjshëm, femrat do të ndërmerrnin atë nën rrethana të rrezikshme.	Pika në të cilën të drejtat e personalitetit njerëzor duhen të aprovohen nuk është diçka që ne e "dimë" apo "nuk e dimë." Është diçka që vendoset. Ne vendosim të drejtat për njerëzit, ne vlerësojmë dhe i mohojmë ato për njerëzit që nuk i zbatojnë.
Fëmija paralindjes nuk ka madhësi të mjaftueshme, aftësi për të ndjerë dhimbje, qëndrueshmërinë, vetë-vetëdije etj., që mund t'i jepen të drejtat e një personaliteti njerëzor. Pothuajse të gjitha abortet të zhvillohen në tremujorin e parë kur fetusit nuk mund të ekzistojë në mënyrë të pavarur nga nëna e saj.	Askush nuk ka të drejtë të pafrenuar për autonomi. Ne kemi nevojë që prindërit të përdorin trupat e tyre për t'u kujdesur për fëmijët e tyre. Kjo përgjegjësi zgjat për 18 vjet.
Nëse një femër është shtatzënë si pasojë e përdhunimit, ajo të lejohet të abortojë.	Fëmija është i pafajshëm për çfarëdo krimi. Askush nuk duhet të vritet për krimin e një personi tjetër.
"Pro-zgjedhje" / "Pro-jetës" mbi rolin e qeverisë	

Çështjet e moralit personal, i përkasin një gjykimi individual. Qeveria nuk duhet të ndërhyjë. Ekziston një e drejtë kushtetuese për abortin.	Qëllimi kryesor i qeverisë është të mbrojë të drejtat themelore të njeriut. Kjo është arsyeja pse ne kemi ligje kundër përdhunimit, vrasjeve dhe neglizhimit të fëmijëve.
"Pro-zgjedhje" / "Pro-jetës" Argumentet rreth cilësisë së jetës	
Nëse një fëmijë është i keqdeformuar do të ishte më mirë që të kursejë atë nga një jetë e vuajtjes pasuese.	Askush nuk ka të drejtë të vrasë një person tjetër, edhe pse personi mund të ketë një cilësi të ulët të jetës pasuese.
Është më mirë që të abortojë fëmijën sesa të jetuarit si një fëmijë i padëshiruar. Duke i detyruar njerëzit të kenë fëmijë të çon në abuzim të fëmijëve të tjerë.	Do të ishte e pafalshme vrasja e një fëmijë thjesht sepse prindërit e tij kanë vendosur se nuk duan të tjerë.
"Pro-zgjedhje" / "Pro-jetës argumentet utilitariste	
Aborti është një mënyrë për të kontrolluar popullsinë e njeriut.	Ne kurrë nuk vrasim fëmijët e lindur për shkak se i perceptojmë si të tepërt për planetin. Aborti nuk duhet të shfrytëzohet si kontroll lindjeje.

2.3. Pozicioni i vetë-identifikimit të të rriturve në SHBA (amerikanëve) në çështjen e abortit

Më 6-10 maj 2015, Gallup zhvilloi një anketë kombëtare për vlerat dhe besimet e amerikanëve mbi abortin. Gallup filloi ndjekjen e identifikimit të amerikanëve si "pro-zgjedhje" ose "pro-jetës", së paku për çdo vit nga 2001.

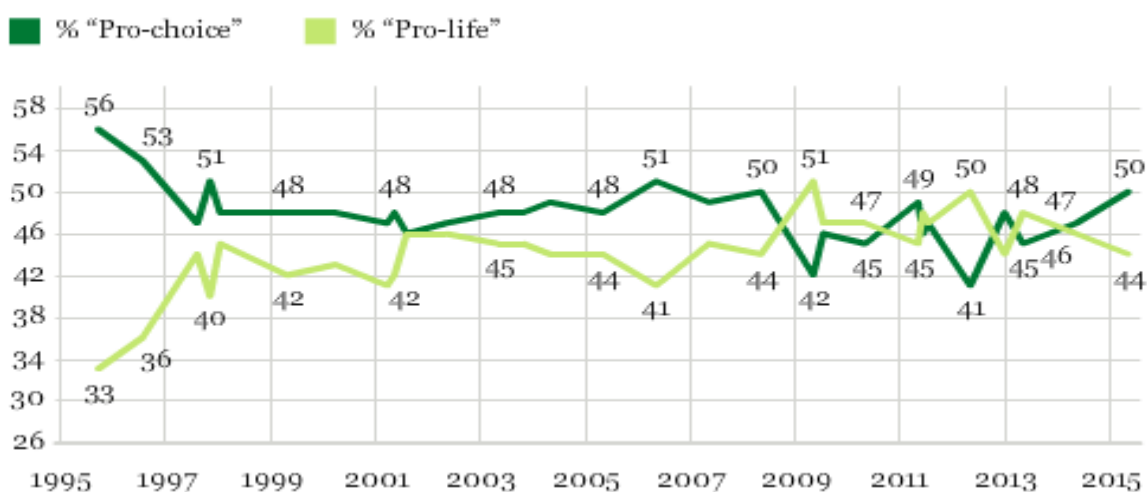
Rezultatet për këtë anketë të Gallup-it janë të bazuara në intervistat telefonike të realizuara nga 6-10 maj 2015 me një mostër të rastësishme prej 1024 të rritur të moshës 18 vjeç dhe më të moshuar, të cilët jetojnë në të 50 shtetet e SHBA-së dhe në Distriktin e Kolumbias. Për rezultatet e bazuara në mostrën totale të të rriturve kombëtar kufiri i gabimit është ± 4 pikë përqindje si dhe në një nivel të besueshmërisë prej 95%.

Secila mostër e të rriturve kombëtarë, përfshin një kuotë minimale prej 50% të anketuarve me telefonin celular dhe 50% të anketuarve me anë të linjës tokësore. Telefonat fiks dhe numrat e celularëve u përzgjedhën duke përdorur metoda të rastit p.sh. - telefonimit pesëshifror.

Rezultatet e anketës: Gjysma e amerikanëve e konsiderojnë veten "pro-zgjedhje" për abortin, duke tejkaluar 44% të të anketuarve të cilët identifikohen si "pro-jetës." Kjo ishte hera e parë që nga viti 2008 ku pozicioni pro-zgjedhje ka pasur një avantazh të rëndësishëm statistikor në pikëpamjet e amerikanëve mbi abortin. Nga vitet 2010 -2014 pozicioni pro-jetës udhëhiqte nga 50% në 41%.

Grafiku 1: Pozicioni i vetë-identifikuar nga të rriturit e SHB-së mbi çështjen e abortit

U.S. Adults' Self-Identified Position on the Abortion Issue



Question wording: With respect to the abortion issue, would you consider yourself to be pro-choice or pro-life?⁷

⁴ <http://www.gallup.com/poll/183434/americans-choose-pro-choice-first-time-seven-years.aspx>

KAPITULLI III: ABORTI NDËR VITE

3.1. Prevalenca dhe legjislacioni për abortin në botë

Aborti i vullnetshëm është një procedurë e zakonshme në të gjithë botën për përfundimin e shtatzënisë. Fenomeni ka një histori të të qenit një nga çështjet më të nxehta, të debatuarat të botës sonë moderne.

Në vitin 2008, shkalla e abortit në Shtetet e Bashkuara ishte 20/1000 gra të moshës reproduktive, dhe në Angli dhe Uells 17/1000. Në Evropë, Evropa Lindore ka normat më të larta abortit, për shembull, Estonia ku shkalla e abortit ishte 30/1000 femra në vitin 2008. Normat më të ulëta të abortit mes vendeve të Europës janë në Gjermani dhe Zvicër me 7/1000. Përveç disa vendeve të Europës Lindore, Suedia kishte shkallën më të lartë të abortit në Europë me 21/1000 grave të moshës riprodhuese (15-44 vjeç) në vitin 2008.

Rreth 40% e grave jetojnë në vende me ligje kufizuese ndaj abortit, për shembull, vendet evropiane të tilla si Polonia, Irlanda, Malta dhe pjesën më të madhe të Afrikës dhe vendeve të Amerikës së Jugut. Këto ligje janë shumë kufizuese duke lejuar abortin vetëm kur është në rrezik jeta e femrës. Në vendet me ligje kufizuese, normat e larta të aborteve të pasigurta janë të prirur me një rrezik në rritje të vdekjeve maternale dhe sëmundshmërisë për shkak të komplikimeve.

3.2. Shqipëria krahasuar me vendet e tjera të Rajonit

Të dhënat e tabelës më poshtë janë marrë nga HFA DB, European Health for all database, WHO Regonal Office for Europe, në të cilën gjenden indikatorë të ndryshëm shëndetësorë për Shqipërinë krahasuar me vende të tjera.

Treguesi i paraqitur më poshtë është Abortion Ratio: Aborte për 1000 lindje të gjalla

Tabela 2: Aborte për 1000 lindje të gjalla të vendeve të ndryshme

	Viti 2008	Viti 2009	Viti 2010	Viti 2011
Shqipëri	249.8	239.1	204.4	205.3
Bullgari	470.9	416.7	417.8	447.7
Mal i Zi	141.2	111.6	114.6	114.1
Serbi	349.7	323.4	323.4	322.5
Slloveni	227.3	215.0	195.0	196.1
Maqedoni	257.1	238.5	209.0	
Kroaci	102.8	99.8	92.8	105.5
Itali	208.8	207.1	205.3	
Rajoni Evropian	307.7	290.8	273.9	274.3

3.3. Prevalenca dhe legjislacioni për abortin në Shqipëri

Krahasimi i treguesve të aborteve në vitet 2009, 2010, 2011, 2012

Nëse krahasojmë në vite të dhënat e sistemit tëurvejancës, shohim se ka një rritje mjaft të madhe të aborteve spontane kundrejt atyre me kërkesë të femrës. Më 1996 abortet spontane përbënin rreth 18,2% të të gjithë aborteve të raportuara, për vitin 2009 ato përbënin 48,1% të totalit të aborteve, dhe në vitin 2012 abortet spontane përbënin rreth 65,6% të numrit total të aborteve.

Tabela 3: Krahasimi i treguesve të aborteve në vitet 2009, 2010, 2011, 2012

Lloji i Abortit	Viti 2009	Viti 2010	Viti 2011	Viti 2012
Ndërprerje (me kërkesë të femrës)	51,9	40	36,5	34,4
Aborte spontane	48,1	60	63,5	65,6

Në fakt mendohet se ky numër kaq i lartë i aborteve spontane nuk është i saktë, prandaj nevojitet të hetohen më tej shkaqet që kanë sjellë në një rritje artificiale të aborteve spontane, kundrejt atyre me kërkesë të femrës.

Sipas INSTAT (Instituti i Statistikave) të paktën nga viti 2006 treguesi i abortit ka qenë në trajektore rënëse por më 2015, grafiku ka ndryshuar krah. Abortet kanë pësuar rritje vjetore me 0.8% ose 47 aborte me shumë, ndërkohë, që numri i lindjeve ka pësuar rënie me 8.5%⁸.

3.4. Të dhëna për lindjen, abortin dhe raportin e aborteve, sipas vitit kalendarik (1994-2011) të marra nga INSTAT

Në një publikim të INSTAT, nëntor 2015, faqe 66-67 “Të rinjtë në Shqipëri: sfidat në kohët që ndryshojnë, Nëntor 2015” publikim, i cili është realizuar me ndihmën e zyrës së United Nations Population Fund (UNFPA) në Shqipëri dhe Qendrës Kombëtare për Studime Sociale (QKSS), financuar nga Agjencia Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC), jepen të dhëna mbi lindjet dhe abortet si dhe raporti ndërmjet tyre nga viti 1994-2013. Theksoj se të dhënat e mëposhtme janë marrë nga Instituti i Statistikave (INSTAT), Ministria e Shëndetësisë dhe Instituti i Shëndetit Publik⁹. Të dhënat e tabelës në vijim tregojnë abortet e regjistruara të vullnetshme / induktuara dhe spontane, të kryera në Shqipëri në periudhën 1994-2013. Shifra prej 6.4 mijë aborte të cilat janë të regjistruara në vitin 2013 nënkuptojnë një raport mjaft të lartë të tyre: 42

⁵ Burimet e brendshme (kombëtare) të informacionit përfshijnë raportet zyrtare të botuara nga Instituti i Statistikave (INSTAT: <http://www.instat.gov.al/al/home.aspx>), Ministria e Shëndetësisë (<http://shendetesia.gov.al/>) dhe Instituti i Shëndetit Publik (<http://www.ishp.gov.al/>).

⁶ INSTAT: <http://www.instat.gov.al/al/home.aspx>, Ministria e Shëndetësisë (<http://shendetesia.gov.al/>) dhe Instituti i Shëndetit Publik (<http://www.ishp.gov.al/>).

për çdo një mijë lindje të gjalla në vitin 2013, ka pasur 180 aborte dhe 1 në 6 shtatzëni ka përfunduar me abort. Krahasuar me shifrën e vitit 1994 ku rezultojnë 434 aborte për çdo njëmijë lindje shifra e mësipërme duket më e ulët.

Sipas Institutit të Shëndetit Publik, një përqindje e vogël (10 përqind) e aborteve në Shqipëri janë kryer në sektorin privat (Instituti i Shëndetit Publik 2014a). Megjithatë, në mungesë të statistikave të besueshme për veprimtaritë në sektorin privat kjo deklaratë është e vështirë të verifikohet dhe numri aktual mund të jetë mjaft i lartë. Përveç kësaj, vlerësimi i të dhënave të abortit prodhon një rritje të dukshme dhe të pamundur në përqindjen e aborteve spontane, nga 18 përqind më 1996 në 66 përqind në vitin 2009. Instituti i Shëndetit Publik ka arsye për të dyshuar vlefshmërinë e kësaj rritjeje (Instituti i Shëndetit Publik 2014a).

Gjithashtu, analiza e bazuar në census nga INSTAT (2014c) jep prova bindëse për ndodhinë e aborteve përzgjedhëse të gjinisë për shkak të preferencës për meshkuj si dhe aspekti tjetër, përdorimi i abortit si metodë e planifikimit familjar. Raporti në rritje i gjinisë në lindje (nga 160 djem për 100 vajza për lindjet e radhës së parë në 162 për lindje të katërt) është tregues i qartë i kësaj praktike.

Një studim i mëparshëm nga World Vision dhe UNFPA (2012) arrin në të njëjtin përfundim. Të dyja çështjet si abortet përzgjedhëse të gjinisë dhe përdorimi i abortit si një metodë për planifikim familjar kërkojnë vëmendje të veçantë të politikave. Që në vitin 1995, aborti i vullnetshëm mund të bëhet ligjërisht gjatë 22 javëve të para për arsye shëndetësore dhe sociale dhe gjatë 12 javëve të para për arsye psikologjike.

Tabela 4: Lindje, aborte dhe raporti i aborteve, sipas vitit kalendarik**(1994-2011)¹⁰**

Viti	Lindje	Aborte	Aborte/numri i lindjeve x 1000
1994	72,179	31,292	434
1995	72,081	32,268	448
1996	68,358	27,734	406
1997	61,739	22,133	358
1998	60,139	18,948	315
1999	57,948	16,36	282
2000	51,242	17,12	334
2001	53,205	15,7	295
2002	42,527	13.961	328
2003	45,313	12.087	267
2004	40,989	10.517	257
2005	38,898	9,403	242
2006	35,891	9,552	266
2007	34,448	9,03	262
2008	33,445	8,335	249
2009	34,114	8,139	239
2010	34,061	6,919	203
2011	34,285	7,042	205
2012	35,473	6,755	190
2013	35,75	6,442	180

3.5. Hartimi i ligjit të abortit në Shqipëri

Në Shqipëri aborti është i rregulluar sipas ligjit dhe urdhërave të Ministrisë së Shëndetësisë për abortin, Nr. 8045, dt. 07.12.1995, që është mbështetje e nenit të ligjit nr.7491, të vitit 1991 "Për dispozitat kryesore kushtetuese" me propozimin e Këshillit të Ministrive, miratuar në Kuvendin e Shqipërisë. Ky ligj është i përbërë nga 21 nene të ndara në tre pjesë. Ndërprerja e vullnetshme e shtatzënisë sipas nenit 3, mund të bëhet

⁷ Numri i aborteve për një mijë lindje të gjalla. Burimi: Regjistri civil dhe ISHP.
http://www.instat.gov.al/media/316719/t_rinjt_n_shqip_ri_sfdat_n_koh_t_q_ndryshojn_.pdf

nga mjeku specialist obstetër gjinekolog i cili është punonjës në institucionet shtetërore dhe private që i plotësojnë kushtet e përcaktuara në udhëzimet e Ministrisë së Shëndetësisë. Paraprakisht, mjeku specialist prej të cilit kërkohet ndërprerja e vullnetshme e shtatzënisë, është i detyruar të informojë personin (femrën) për të gjitha rreziqet dhe komplikimet që i sjell ndërprerja e shtatzënisë, të drejtat që i garantohen me ligj për familjen, nënën dhe fëmijën, për institucionet dhe organizmat që mund t'i ofrojnë ndihmë morale dhe financiare dhe për klinikat që i kryejnë ndërprerjet e shtatzënisë (neni 4). Pasi merr të gjitha udhëzimet përkatëse dhe informatat e duhura, mjeku kërkon konfirmimin me shkrim të kërkesës, 7 ditë pas kërkesës së parë. Kur kërkesa bëhet nga një vajzë e mitur, përveç kërkesës së saj, kërkohet edhe miratimi i një personi i cili ushtron autoritetin prindëror ose të kujdestarit ligjor të saj (neni 8). Ndërprerja e shtatzënisë mund të bëhet deri në javën e 22 të shtatzënisë dhe në çdo kohë, në rast se komisioni i përbërë nga 3 mjekë, pas ekzaminimit dhe konsultimit, gjykon se fetusit ka keqformime të papajtueshme me jetën apo sëmundje invaliduese me trajtim të pasigurtë (neni 9). Kurse në rast se femra vlerëson se shtatzënia e saj krijon probleme psikosociale, ndërprerjen mund ta bëjë brenda javës së 12, por edhe në javën e 22, nëse komisioni i përbërë nga 3 specialistë a) mjekë, b) punonjës socialë dhe c) jurist. Pas ekzaminimit dhe konsultimit, komisioni gjykon nëse shtatzënia është rezultat i përdhunimit ose një krimi tjetër seksual, si dhe arsye të tjera të vërtetuara sociale dhe të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë dhe e Mbrojtjes së Mjedisit (neni 10). Sa i përket mjekut, ai nuk është i detyruar të kryejë ndërprerje të shtatzënisë kundër vullnetit të tij (neni 16).

Ligji mbi abortin është liberal përsa i përket femrave. Përndjekja penale, sipas këtij ligji mund të aplikohet vetëm për mjekun, nëse ai ka shkelur dispozitat e ligjit. Përkatësisht,

që, kur femra mund t'i shkelë dispozitat ligjore me abortin e saj, apo në rast kur ndërhyrja kryet privatisht, nuk parashikohet dënim.

KAPITULLI IV: SHKAQET SOCIALE QË NDIKOJNË NË VENDIMIN PËR ABORT

Faktorë të ndryshëm mund të kontribuojnë në vendimin e një aborti të vullnetshëm. Më poshtë paraqitet faktori ekonomik, detyrimi/bully, zgjedhja e gjinisë, mosha e femrës, konflikti me vlerat dhe faktorët social-demografik të cilët janë dhe faktorët më kryesorë në marrjen e këtij vendimi nga ana e femrës.

4.1. Faktorët ekonomikë

Faktorët ekonomikë mund të ndikojnë që një femër t'i japë fund një shtatzënie kur ajo është financiarisht e paaftë për të mbështetur fëmijën. Frika e rritjes së fëmijëve në varfëri mund të jetë një faktor i fuqishëm në vendimin e abortit (Jagannathan, 2006). Kur një femër zgjedh nga frika, ajo nuk është duke përjetuar lirinë e zgjedhjes. Në vend të kësaj, ajo është duke u përpjekur për të shmangur mundësinë e krijimit të një situatë të cilën ajo nuk e dëshiron për fëmijën e saj. Në këtë kuptim, mungesa e resurseve ekonomike ka një ndikim të fortë mbi zgjedhjen dhe mund të jetë faktori vendimtar. Në këtë rast është grabitur autonomia dhe liria e vërtetë e zgjedhjes (Stoppard, 2000). Gjasat e fajit dhe turpit të brendësuar rritet kur femrat nuk ushtrojnë të drejtën e tyre të plotë për të zgjedhur.

Pra, faktori ekonomik mund të kontribuojë në mënyrë të konsiderueshme në zgjedhjen e abortit, i cili mund të komplikojë mënyrën se si një femër ndihet në lidhje me atë zgjedhje. Me fjalë të tjera, vetja e saj emocionale nuk mund të dëshirojë abort, por vetja praktike (e ndikuar nga vështirësitë e varfërisë) nuk sheh asnjë alternativë tjetër, duke krijuar kështu konfliktin e brendshëm dhe ankthin në mes të dy aspekteve të

personalitetit të saj. Të jetosh me varfëri mund të krijojë krizë të përditshme në jetën e femrave (Jagannathan, 2005). Nivelet e zvogëluara të fuqisë ekonomike gjithashtu mund të ndikojnë në vlerësimin e një femre në vetë-respekt, vetë-efikasitetit dhe autonomi, të cilat mund të kërcënojnë shëndetin mendor dhe të dobësojnë aftësinë e saj për t'u përballur me situata të vështira si aborti.

Sipas një studimi të 1998-ës nga Instituti Guttmacher, mospërballimi i kushteve ekonomike në rritjen e një fëmije është motiv i dukshëm në vendet e zhvilluara, si dhe vendet në zhvillim.

4.2. Detyrimi / bully

Çfarë kuptojmë me detyrim? Frikësim, sjelle kontrolluese, abuzimi verbal, veprime poshtëruese, dhuna fizike, përdhunimi janë shembuj të abuzimit që viktimizon të tjerët dhe aq më shpesh gjininë femërore. Hulumtimet sugjerojnë se aborti është potencialisht dëmprurës për shëndetin mendor kur vendimi për t'i dhënë fund një shtatzënie është ndikuar fuqimisht nga diçka apo dikush tjetër përveç femrës shtatzënë (Lemkau, 1991; Russo&Denious, 2001). Kur zgjedhja është e detyruar apo nuk ka zgjedhje të shëndetshme në dispozicion, femrat mund të përjetojnë një ndjenjë të pafuqisë. Për shembull një skenar mund të jetë kur një burrë kontrollues mund të kërkojë që gruaja e tij të përfundojë shtatzëninë e saj për shkak se ai refuzon të lejojë një fëmijë tjetër në familje. Në këto situata, vendimet mbi lindjen janë të ndikuara shumë nga zërat e jashtëm që kërcënojnë sigurinë e një femre, ndjenjën e përkatësisë, siguria e saj ekonomike, marrëdhëniet e saj të ngushta dhe ndoshta shumë faktorë të tjerë që e vënë atë në rrezik. Kjo kufizon zgjedhjet e saj, zvogëlon ndjenjat e saj të pushtetit dhe kontrollit mbi trupin dhe jetën e saj dhe mund të përforcojë ndjenjat e pafuqisë dhe vetë-dyshimit.

4.3. Zgjedhja e Gjinisë

Tani njerëzit kanë mundësi të zgjedhin dhe vendosin nëse duan të kenë djalë apo vajzë dhe më pas të vendosin të abortojnë nëse gjinia e fetusit nuk është ajo e dëshiruara. Në traditën shqiptare, djemtë kanë rol më të rëndësishëm në familje. Ata janë trashëguesit e emrit të familjes dhe në shumicën e rasteve e gjithë pasuria e familjes iu lihet djemve. Vajzat konsiderohen si ‘persona të huaj’ pasi ato do të martohen dhe do të jenë gratë e dikujt dhe jo më pjesë e asaj familjeje. Ekziston shprehja “vajza lind në shpi të huaj dhe kur martohet shkon në shtëpi të vet”. Femrës i bëhet presion që të ketë djalë. Duke pasur parasysh se kjo çështje nuk varet nga ajo, femra mund të jetë e detyruar të zgjedhë gjininë e fëmijës duke abortuar fetuset femër derisa të ngelet shtatzënë dhe fetusi të jetë djalë.

4.4. Moshë e femrës

Moshë është një faktor që mund të ndikojë në përvojat e njeriut, sepse ajo udhëheq pjekurinë fizike dhe atë emocionale. Piketat zhvillimore dhe tranzicionet formojnë personalitetin dhe shënojnë progres në gjithë jetëgjatësinë. Ngjarjet si pozitive ashtu edhe negative që ndodhin në një fazë të jetës, skalitin identitetin dhe vetë-perceptimin për gjatë gjithë jetës. Këto ngjarje mund të marrin një kuptim të ndryshëm në varësi të moshës së individit. Për shembull, kur ka një abort në moshën e adoleshencës përvoja përjetohej në të njëjtën mënyrë si një i rritur. Quinton, Major dhe Richards (2001) shqyrtuan këtë çështje dhe në hulumtimet e tyre gjetën se adoleshentet nuk përjetojnë emocione më negative (sidomos depresion) gjatë dhe pas abortit krahasuar kjo me femrat e moshës 18 vjeç e lart.

Komente gjithëpërfshirëse të literaturës specifike për adoleshentët, kanë arritur në përfundimin se "efektet në femrat e reja janë të lehta dhe kalimtare dhe se faktorë të tjerë konfondues mund të ndikojnë në rezultatin negativ të një aborti" (Bonevski dhe Adams, 2001). Adler et al., (2003) gjetën se pasja e një aborti tek adoleshentët është shoqëruar me rezultate më të mira psikologjike, duke përfshirë ankthin e reduktuar, vetë-respekt dhe më shumë lokus kontrolli të brendshëm.

Shumica e studimeve kanë rënë dakord se disa femra janë më në rrezik se të tjerat në përjetimin e efekteve negative psikologjike pas një aborti. Faktorët demografikë mund të jenë dukshëm lidhur me rezultatet psikologjike të abortit. Për shembull, femrat e reja dhe të pamartuara pa fëmijë kanë më shumë të ngjarë të përjetojnë rezultate negative se sa ato që ishin më të vjetra dhe të cilat tashmë kishin lindur (Adler et al., 1992).

Për moshat më të vjetra vlen të përmendet kompleksi i Gjyshes, i cili nënkupton që para viteve 2000 femrat shqiptare martoreshin shumë të reja. Shumica e nënave janë akoma fertile edhe kur fëmija i tyre më i madhi ka kaluar të njëzetat. Sidomos në zonat rurale, vjehrra dhe nusja apo vajza mund të jenë shtatzëna në të njëjtën kohë. Femrat deklarojnë që është shumë e papërshtatshme të presësh fëmijë kur edhe fëmija yt është i rritur, aq më tepër i martuar.

4.5. Konflikti me vlerat

Ndonjëherë njerëzit bëjnë zgjedhje dhe sillen në mënyra që nuk pasqyrojnë bashkësinë e tyre të vlerave. Një femër mund të përfundojë shtatzëninë e saj, por më pas kjo shoqërohet me vuajtje dhe dhimbje emocionale sepse beson se aborti është moralisht i gabuar. Këto dinamika mund të lindin kur një femër mund të jetë detyruar në procesin

e vendimmarrjes me një shtatzëni të padëshiruar. Pasja e një aborti është tronditëse sepse sjellja e saj nuk përputhet me vlerat dhe besimet që mbart.

Opinionet e femrave në lidhje me, nëse reflekton apo jo aborti vlerat e saj mund të ndryshojnë me kalimin e kohës, për shkak të ndikimeve nga shoqëria dhe gjithashtu, për shkak të përvojave të jetës komplekse individuale të femrës. Për shembull, ata që fuqimisht kundërshtojnë abortin dhe pastaj e gjejnë veten me një shtatzëni të padëshiruar mund të fillojnë t'i rikonsiderojnë opsionet e tyre. Një rivlerësim i vlerave dhe besimeve mund të ndodhë duke i dhënë asaj një shumëllojshmëri të gjerë të zgjedhjes. Një tjetër skenar është kur femra ka një abort në një moshë të re dhe më vonë ndryshon qëndrimin e saj moral, ka vështirësi për të falur veten për dhënien fund të shtatzënisë. Kjo ndarje mes vlerave dhe sjelljeve të një individi është shpesh fajtori i shëndetit mendor të komprometuar. Të jetosh me faj, vetë-urrejtje ose mungesën e faljes për shkeljen e kodit moral mund të shkaktojnë vuajtje të madhe për një individ i cili nuk është në paqe me vendimet e saj të jetës. Shpesh besimet fetare ndërhyjnë në idetë e një femre në përcaktimin e të drejtës dhe të gabuarës. Kur një femër e sheh abortin si moralisht të gabuar apo fetarisht mëkatar, ndërkohë që ka një të tillë, ajo mund të jetojë me frikën e stigmës shoqërore ose ndëshkimit shpirtëror (Russo& Dabul, 1997).

4.6. Faktorët social - demografik

Adler (1975), tregoi se femrat më të reja, të pamartuara dhe pa fëmijë janë më në rrezik se femrat më të vjetra, të martuara dhe me fëmijë. Një rrezik i lartë i rezultateve negative është gjetur gjithashtu tek femrat që vijnë nga kultura apo religjione që ndalojnë abortin, si edhe në ato të cilat shkojnë në kishë rregullisht. Duke pasur

parasysh se nuk ka rrjet të mbështetjes për nënat që rrisin fëmijë vetëm, mbajtja e fëmijës vetëm është shumë e vështirë, veçanërisht kur nuk mund të mbështeten nga familjet e tyre sidomos në kontekstin shqiptar.

Kjo është arsyeja më e shpeshtë pse femrat e pamartuara vendosin të abortojnë. Fëmijët që rriten vetëm nga njeri prind edhe në kushte të mira të jetesës, janë gjithmonë të përjashtuar dhe të diskriminuar nga më të vjetrit dhe moshatarët. Njerëzit tentojnë t'i etiketojnë dhe t'i thërrasin këta fëmijë me emra të ndryshëm p.sh. “kopil”.

KAPITULLI V: ABORTI I VULLNETSHËM DHE SHËNDETI MENDOR I FEMRËS PAS-ABORT

Marrëdhënia midis abortit dhe shëndetit mendor të mëvonshëm duket të jetë shumë e komplikuar dhe me nuanca.

Çështja specifike nëse aborti i vullnetshëm ka efekte të dëmshme në shëndetin mendor të femrave mbetet për t'u zgjidhur plotësisht. Baza e tanishme, dëshmitë kërkimore janë jobindëse. Disa studime tregojnë prova të lëndimit ndërsa studime të tjera identifikojnë një gamë të çrregullimeve mendore në vijim të abortit.

5.1. A rrezikon aborti shëndetin mendor ?

Kjo pyetje është mjaft e ndërlikuar për shkak se rreth abortit, lidhen shumë çështje duke e bërë përvojën potencialisht shkatërruese për shëndetin mendor të femrave apo mirëqenien emocionale. Për më tepër, ankthi i përjetuar nga femrat që kanë pasur abort ka të ngjarë të ketë origjinën në ngjarjet dhe kushtet që kanë ekzistuar para se ato të mbeteshin shtatzënë (Russo & Dabul, 1997). Ekzaminimi mbi çështjet psiko-sociale përreth abortit është e rëndësishme në mënyrë që të identifikohen saktësisht se cilat faktorë shkaktojnë shqetësim dhe në çfarë rrethanash.

Disa hulumtime mbështetin qëndrimin se aborti në vetvete, nuk shihet një ngjarje traumatike në jetën e një femre. Një studim i (Nancy Adler et al., 1990), tregon se 76% e femrave raportuan lehtësimin, si emocionin më mbizotërues të përjetuar pas ndërprerjes së një shtatzënie të padëshiruar.

(Major et al., 2000) pajtohet me këtë pozicion. Gjetjet në studimin e tij treguan se shumica e femrave (80%) të cilat zgjodhën abortin brenda tremujorit të parë, nuk

shfaqën shqetësime psikologjike afatgjata dhe aq më tepër ndiheshin të kënaqura me vendimet e tyre. Hulumtime të mëtejshme mbështetën këto kërkime (Bradshaw dhe Slade, 2003, Rubin & Russo, 2004).

Edhe pse shumica e femrave sipas studimeve të mësipërme nuk raportojnë ndonjë shqetësim të konsiderueshëm emocional, një përqindje e tyre raportojnë përvoja negative psikologjike pas aktit (Adler et al.,1990); (Major et al., 2000) duke studiuar, ndikimin emocional të abortit tek femrat zbuluan se një përqindje e femrave pas abort vuajnë nga depresioni klinik. Femrat që vuajnë pasoja negative emocionale, ka shumë të ngjarë të luftojnë me çështjet që e kanë komplikuar përvojën e abortit për to (Adler et al.,1990), faktorë të cilat mund të kontribuojnë në vulnerabilitetin e tyre psikologjik pas- abort.

5.2. Të dhënat nga studimi APA

Së pari, në një rishikim sistematik për shëndetin mendor dhe abortin, Task Forca APA, (2008), përfshiu një gamë shumë të gjerë të studimeve cilësore në periudha të ndryshme pas-abort.

Studimi i APA-s ndalej në mbledhjen, shqyrtimin e kërkimeve shkencore si dhe adresimin e faktorëve të shëndetit mendor të lidhur me abortin, duke përfshirë përgjigjet psikologjike pas-abort. Raporti i adresojë pyetjeve të mëposhtme: A shkakton aborti dëm për shëndetin mendor të femrave? Sa të përhapura janë problemet e shëndetit mendor në mesin e grave në SHBA, të cilat kanë pasur një abort? Cili është rreziku relativ i problemeve të shëndetit mendor, që lidhen me abortin në krahasim me alternativat e saj, aspekte të tjera të veprimeve që mund të merren nga një femër

shtatzënë në rrethana të ngjashme. Çfarë parashikon ndryshimi individual në përvojat psikologjike të femrave Pas-abort ?

Autorët rishikuan të gjitha studimet empirike të botuara në gjuhën angleze, pas vitit 1989 të cilat krahasonin shëndetin mendor të grave që kanë pasur abort me ato me aspekte të tjera të shtatzënisë. Rishikimi i pesëdhjetë studimeve vlerësonte edhe faktorët më me shumë gjasa të cilat lidhen me rezultatet problematike të shëndetit mendor në vijim të një aborti, të cilat krahasonin rezultatet e shëndetit mendor në femrat që kanë pasur abort me femrat me rezultate të tjera të shtatzënisë. Studimi i APA-s arriti në përfundimin se asnjë studim nuk ishte metodologjikisht rigoroz i mjaftueshëm për të përcaktuar me saktësi normat e prevalencës së problemeve të shëndetit mendor në vijim të abortit. Megjithatë u sugjerua që normat e prevalencës së problemeve të shëndetit mendor pas-abort kishin të ngjarë të ishin në përputhje me normat e prevalencës së problemeve të shëndetit mendor në kuadër të popullsisë së përgjithshme.

Studimi i APA-s sugjeroi gjithashtu një numër të faktorëve të mundshëm që mund të ndikojnë në zhvillimin e problemeve të shëndetit mendor në vijim të abortit. Këto përfshinin stigmën rreth abortit, nevojën e perceptuar për fshehtësi dhe mungesën e mbështetjes sociale. Megjithatë, faktori më i identifikuar në mënyrë të vazhdueshme dhe me ndikimin më të madh në rezultatet e shëndetit mendor pas-abort ishin problematikat e mëparshme të shëndetit mendor. Autorët sugjeruan se të gjithë faktorët e mësipërm mund të ndikojnë në shëndetin mendor të një femre, pavarësisht vendimit të saj për abort. Së fundi, në rishikim u krahasuan normat e problemeve të shëndetit mendor tek femrat që kishin pësuar abort me rezultatet e tjera të shtatzënisë duke përfshirë lindje të gjallë dhe femrave që nuk kishin qenë asnjëherë shtatzënë. U arrit përfundimi se rreziku relativ i zhvillimit të problemeve të shëndetit mendor, pas një

aborti të vetëm, në tremujorin e parë të një shtatzënie të paplanifikuar, për arsye jo-terapeutike, nuk ishte më i madh se rreziku i përjetuar nga një shtatzëni e paplanifikuar. Shqetësimet ndërpersonale, karakteristikat personale, ndjenjat kundrejt vendimit të abortit dhe episodet e mëparshme të problemeve të shëndetit mendor ishin faktorët kryesorë që lidhen me zhvillimin e problemeve të shëndetit mendor pas një aborti.

Studimi i APA-s është përditësuar nga Major&et.al., (2009), të cilët identifikuan gjashtë studime të tjera, por gjetjet e tyre nuk ndryshonin nga ato të shqyrtimit të parë.

Gjithashtu, Task Forca Shoqata Psikologjike Amerikane mbi Shëndetin Mendor dhe abortin në raportin e tyre të vitit 2008 pasqyruan një numër të madh të faktorëve statistikisht të rëndësishëm të rrezikut që identifikojnë se cilat femra janë në rrezik më të madh në përjetimin apo reagim më të rëndë ndaj abortit. Në vijim është lista e faktorëve të rrezikut të identifikuar:

Tabela 5: Lista e faktorëve të rrezikut të identifikuar sipas APA-s

1. Presion i perceptuar nga të tjerët për ndërprerjen e shtatzënisë
2. Perceptimi i kundërshtimit për abortin nga partnerët, familja ose miqtë
3. Mungesa e përkrahjes sociale e perceptuar nga të tjerët
4. Tipare të ndryshme të personalitetit (p.sh., vetëvlerësim të ulët, pikëpamje pesimiste, kontrolli i ulët i perceptuar gjatë jetës)
5. Një histori të problemeve të shëndetit mendor para shtatzënisë
6. Ndjenja të stigmës
7. Nevoja e perceptuar për fshehtësi
8. Ekspozimi ndaj protestave anti-abortion
9. Përdorimi i shmangies mohimit dhe strategjive përballuese

10. Ndjenja të përkushtimit ndaj shtatzënisë
11. Pasiguria ndaj vendimit të abortit
12. Aftësia e ulët perceptuese për t'u përballuar me abortin
13. Histori paraprake abortuese
14. Periudha e vonë e abortit
15. Të qenit një adoleshent jo një i rritur
16. Të pasurit e një aborti jo i vullnetshëm por për arsye terapeutike
17. Historiku paraprak i abortit, të pasurit e një aborti të dytë apo të tretë, ose më shumë

5.3. Të dhënat nga studimi Charles

Një rishikim i dytë sistematik (Charles et al., 2008). Studiuesit e Universitetit të Johns Hopkins hulumtuan abortin nga këndvështrimi amerikan. Charles dhe kolegët (2008), klasifikuan studimet e përfshira nga (1989-2007), sipas cilësisë së studimit duke u ndalur në probleme të shëndetit mendor afatgjatë, për shembull fokusi në shqetësimet që shfaqeshin të paktën 90 ditë ose më shumë pas-abort.

Qasja e tij analitike ishte ndryshe nga APA. Nga më shumë se 700 artikuj, 21 studime me një grup krahasimi u përfshinë në rishikim duke u fokusuar në pesë karakteristikat kryesore të studimit të cilat ndihmuan në cilësinë e provave sipas shkallës nga i shkëlqyer në shumë i dobët. Këto ishin:

- Përshtatshmëria e grupeve krahasimore;
- Kontrolli për statusin para-abort të shëndetit mendor;
- Përdorimi i instrumenteve të vlefshme për të matur shëndetin mendor;
- Përshtatshmëria e kontrollit bazë;

- Interpretimi i duhur i rezultateve.

Në përdorimin e këtyre kriterëve të cilësisë, studimet janë vendosur në 1 nga 5 nivelet e mundshme si të shkëlqyer, shumë i mirë, i drejtë (i ndershëm), i varfër dhe shumë i varfër, ku studimet e shkëlqyera i plotësojnë pesë kriteret e cilësisë dhe shumë të varfër dështojnë në plotësimin në të paktën e tri kriterëve.

Në kuadër të rishikimit, 4 studime janë identifikuar si të cilësisë shumë të mirë, 8 studime si korrekte, 8 studime si të dobëta dhe një studim si shumë i varfër. Katër studime të cilësisë shumë të mirë treguan se aborti nuk kishte efekt mbi shëndetin mendor në krahasim me një grup kontrolli jo-abortion. Nga 8 studime me cilësinë korrekt, autorët kanë raportuar se 3 treguan gjetjet neutrale, që do të thotë nivele të ngjashme të problemeve të shëndetit mendor janë gjetur në femrat që kanë pasur abort dhe grupin krahasues. Tre studime kanë treguar gjetje të përziera dhe 2 raportonin gjetje negative që do të thotë rritje të problemeve të shëndetit mendor për femrat që kanë pasur abort në krahasim me grupin e krahasimit. Nga 8 studimet me cilësi të varfër të identifikuar, një studim tregoi gjetje neutrale, 4 kishin gjetje të përziera dhe 3 raportonin gjetje negative. Së fundi, një studim të cilësisë shumë të varfër raportonte se aborti ka pasur një ndikim negativ në shëndetin mendor të një femre sipas studimit të Charles.

Në përgjithësi, autorët arritën në përfundimin se sa më e lartë të jetë cilësia e studimit aq më e madhe është mundësia që në studim nuk do të gjendej asnjë lidhje midis abortit të vullnetshëm dhe rrezikut të shëndetit mendor problematik pas-abortion. Ndryshe nga shqyrtimi i APA-s (2008), rishikimi i Charles u fokusua në normat e prevalencës ose faktorët që lidhen me rezultate të varfra të shëndetit mendor në vijim të një aborti.

5.4. Të dhënat nga studimi Coleman

Në një sintezë dhe analizë kërkimesh sasiore (meta-analizë) të viteve 1995 – 2009 botuar në revistën psikiatrike britanike, Coleman, P.K. (2011) në studimin e tij paraqiti rreziqet e shëndetit mendor që lidhen me abortin nga literatura botërore pas-abort. Duke vendosur në pikëpyetje përfundimet nga shqyrtimet tradicionale, rezultatet zbuluan një rritje të moderuar të rrezikut të problemeve të shëndetit mendor pas-abort. Kampioni përbëhej nga 22 studime, 877.181 pjesëmarrës ku 163.831 kishin përjetuar përvojën e abortit. Sipas këtij studimi femrat me një eksperiencë të historisë së abortit kanë 81% rritje të rrezikut për probleme të shëndetit mendor. Niveli i rrezikut në rritje lidhur ky me abortin e vullnetshëm varion nga 34% deri 230% në varësi të natyrës së rezultatit. Efektet e veçanta janë llogaritur bazuar në llojin e rezultatit të shëndetit mendor me rezultatet të zbuluara në vijim: rritjen e rrezikut për çrregullime të ankthit ishte 34%; për depresion ishte 37%; abuzim të pijeve alkoolike ishte 110%, për abuzim me substanca narkotike (marijuanës) ishte 220%, si dhe për sjellje vetëvrasëse ishte 155%. Gati 10% e rasteve të të gjitha problemeve të shëndetit mendor u shfaqën të jenë të lidhura drejtpërdrejt me abortin.

Rue (1991,1995) dhe Spekhard dhe Rue (1992) parashtruan se përvoja traumatike e abortit mund të çojë, në probleme serioze të shëndetit mendor, përgjatë një vazhdimësie të lëndimit nga çrregullime të përshtatjes, psikotike dhe të vetëvrasjes. Rue origjinalizoi termin sindromi post-abortit (PAS) si një lloj i çrregullimit të stresit post-traumatik (PTSD).

Sipas (Spekhard dhe Rue, 2012) aborti është i aftë për të vepruar si një stresor traumatik, duke përgjithësuar natyrën e trishtimit dhe përgjigjet e traumave të cilat janë universale për ata që përjetojnë stresin pas-abort.

Pavarësisht të qenit skeptik të një lidhje "me të vërtetën" midis abortit dhe shëndetit mendor, Fergusson, Horwood, dhe Ridder (2006) gjetën se për disa femra, aborti është përjetuar si një ngjarje traumatike e jetës që rrit ndjeshmërinë afatgjatë për çrregullime të zakonshme mendore. Femrat që i nënshtrohen abortit sipas këtyre autorëve, janë 30% më të ekspozuara ndaj problemeve të shëndetit mendor sesa rezultatet e tjera të shtatzënisë si humbjen e shtatzënisë, lindjeve të gjallë në vijim të shtatzënisë së padëshiruar dhe të lindjeve të tjera të gjalla. Ata identifikuan rritje të riskut të shëndetit mendor për sa i përket: çrregullimit të ankthit, keqpërdorimi / abuzimi me substancat dhe vetëvrasjes (Fergusson, Horwood, dhe Boden, 2008).

Në vitin 2011, Academy of Medical Royal Colleges (AMRC) në Londër rishikoi të gjitha studimet për efektet emocionale të abortit që ishin botuar në gjuhën angleze midis viteve 1990 dhe 2011.

Shumica e studimeve, në një shqyrtim rigoroz sistematik të AMRC-së, janë kryer në Shtetet e Bashkuara të Amerikës. Hulumtuesit arritën në përfundimin se

- Shtatzënia e padëshiruar rrit rrezikun e problemeve të shëndetit mendor të femrës.
- Një femër me një histori të problemeve të shëndetit mendor para abort ka më shumë gjasa të ketë probleme të shëndetit mendor pas abort.
- Rrethanat, kushtet, sjelljet, dhe faktorë të tjerë që lidhen me probleme të shëndetit mendor, janë të ngjashme dhe për femrat vijuese të abortit ashtu dhe për ato që lindin fëmijën.
- Presioni nga një partner që të ndërpresë një shtatzëni, qëndrimet negative për abortin, dhe qëndrimet negative në lidhje me përvojën e një femre rreth abortit mund të rrisë rrezikun e problemeve të shëndetit mendor pas abort. Ndër rekomandimet e tij për

studime të mëtejshme, AMRC sugjeroi që studiuesit të përqendrohen në pasojat e shëndetit mendor të shtatzënisë së padëshiruar në vend se sa në pasojat se si një femër e zgjidh atë (AMRC, 2011).

5.5. Hulumtimet rreth abortit

Në vijim janë disa nga studimet të pozicionuara në qasjet pro rrezikut të abortit dhe të kundërtën.

Tabela 6: Studime të cilat nuk pohojnë rrezikun e abortit dhe anasjelltas

Studime të cilat pohojnë se aborti nuk rrezikon shëndetin mendor	Studime të cilat pohojnë se aborti rrezikon shëndetin mendor
(Nancy Adler et al., 1990), tregon se 76 për qind e femrave raportuan lehtësimin, si emocionin më mbizotërues të përjetuar pas ndërprerjes së një shtatzënie të padëshiruar. Këto të dhëna ishin si rezultat i një rishikimi të studimeve në aspektin metodologjik të shëndoshë, ndaj përgjigjeve psikologjike të femrave të SHBA, pasi ato ndërmorën një abort ligjor, jo kufizues. Sipas këtij studimi ankthi në përgjithësi është më i madh përpara abortit dhe se incidenca e	Thorp, Hartmann & Shadigian (2003) kryen një rishikim cilësor me studime me më shumë se 100 subjekte, 60 ditë e në vijim pas-abort. Ato gjetën se aborti është i lidhur me rritje të rrezikut të depresionit dhe vetëvrasjes. Ritheksuan se modeli i faktorëve të rrezikut të përbashkët mund të jenë përgjegjës për rritje të rrezikut konjitiv-emocional pas-abort. Sipas këtij studimi aborti i detyruar rrit rrezikun si të një lindjeje të mëvonshme të parakohshme ashtu dhe

përgjigjeve të rënda negative është e ulët. Faktorët që lidhen me rritjen e rrezikut të përgjigjeve negative të raportuara në hulumtim janë në përputhje me ato të raportuara për ngjarje të tjera të vështira të jetës.	çrregullimeve të humorit të konsideruar mjaftueshëm për të provokuar përpjekjet e vetë-lëndimit si dhe ofrimit të parakohshëm të depresionit. Shmangia e abortit të vullnetshëm shërben si strategji potenciale për të reduktuar përhapjen e tyre.
(Major et al., 2000) Gjetjet në studimin e tyre treguan se shumica e femrave (80 përqind) të cilat zgjodhën abortin brenda tremujorit të parë, nuk shfaqën shqetësime psikologjike afatgjata dhe aq më tepër ata ndiheshin të kënaqura me vendimet e tyre. Shumica e femrave, nuk do të përjetojnë probleme psikologjike apo të pendohen me abortin e tyre 2 vjet pas ngjarjes, por disa prej tyre do të përjetojnë. Ato që do të tentojnë të shfaqin probleme të tilla do të jenë femra me një histori të mëparshme të depresionit. Provat nuk i mbështesin pretendimet e dhëna për lidhjet midis abortit dhe shëndetit mendor. “Megjithatë është e rëndësishme që përvoja të ndryshme të abortit të jenë të njohura, të	(Coleman et al., 2009) Studimi fokusohej në shqyrtimin e asociacioneve në mes të historisë së abortit dhe një gamë të gjerë të çrregullimeve të ankthit (çrregullim paniku, sulme paniku, PTSD, agorafobi), çrregullimeve të humorit (çrregullim bipolar, mania, depresioni i madh), dhe çrregullimet e abuzimit me substanca (alkool dhe abuzimit të drogës dhe varësia). Duke përdorur një kampion kombëtar, përfaqësues të SHBA-së, aborti është gjetur të jetë i lidhur me një rritje të rrezikut për një sërë probleme të shëndetit mendor (sulme paniku, çrregullim paniku, agoraphobia, PTSD, çrregullim bipolar, depresioni madhor), si dhe çrregullime të abuzimit me

vlerësuar dhe të kuptohen" (f.863)	substanca. Këto të dhëna dolën në pah pas kontrolleve statistikore që ishin
Major B., & Gramzow, R. (1999). Stigma e Abortit: Implikimi konjitiv dhe emocional i stigmës. Journal of Personality and Social Psychology, 77, 735-745. 442 femrat të cilat u ndoqën për 2 vite, pas një aborti me zgjedhje, gjatë trimestrit të parë kishin këto rezultate:	krijuar për një gamë të gjerë të variablave personale, të situatës dhe demografikë. Llogaritja e popullsisë, rreziqet që i atribuohen treguan se aborti ishte i implikuar në mes të 4.3% dhe 16.6% të rasteve të këtyre çrregullimeve.
Nivelet mesatare të ankthit psikologjik 2 vjet pas-abort ishin të ulëta aq më tepër dhe më të ulëta se mesatarja e ankthit para-abort. 2 vjet pas-abort, 47% e grave ishin dakord ose ishin detyruar për të rënë dakord të mendonin se ato do të jenë të stigmatizuara nëse të tjerët do e dinin në lidhje me abortin e tyre. Ndaj 44.9% ndihen se duhet të mbajnë sekret abortin. Fshehja si pasojë e stigmatizimit, është shoqëruar me ankth më shumë të mbetur nëpërmjet rritjes së mendimit të ndrydhjes emocionale.	Coleman, P.K. (2006). Zgjidhja e shtatzënisë së padëshiruar gjatë adoleshencës: Nëpërmjet abortit përkundrejt lindjes së fëmijës: Parashikimet individuale dhe familjare si dhe pasojat. Pas implementimit të kontrolleve të adoleshentëve me një histori të abortit e krahasuar kjo me adoleshentët të cilët e vazhduan një shtatzëni të paplanifikuar nëpërmjet lindjes, gjetjet ishin se ato kishin 5 herë më shumë gjasa për të kërkuar këshillim për probleme psikologjike ose emocionale, 4 herë më shumë gjasa të raportojnë probleme të shpeshta me gjumin si dhe ato kishin 6 herë më shumë
Lazarus (1985) raportoi se në dy javë nga "IVG" aborti i vullnetshëm mendimi	

pozitiv më i shpeshtë në 76% të rasteve, ishte lumturia ndërsa ndër ndjenjat negative u shfaq kryesisht ndjenja e fajit (në 17%).	gjasa në përdorimin e marijuanës.
Një udhërrëfyes ofruar nga Kolegji Mbretëror i Obstetërve dhe Gjinekologëve (RCOG) (2004), bazuar mbi një rishikim të literaturës, doli në përfundimin se nuk ka pasur studime që sugjeronin se normat e sëmundjeve psikiatrike apo vetë-lëndimit mund të jenë më të larta në mesin e femrave që kishin një abort, krahasuar me femrat që kanë lindur fëmijën ose me femrat jo shtatzëna në një moshë të ngjashme.	Bagarozzi (1994) identifikon, reagimet e stresit post-traumatik në një mostër prej 18 femra që kanë pësuar aborte. Kesselman (1990) shkon më tej për të thënë se terapia e pikëllimit duhet të jetë një pjesë e këshillimit për çdo abort.
Russo, Nancy F; Zierk, Kristin L. Marrëdhënia e abortit në mirëqenien e femrave në kontekstin e përvojave të lindjes së fëmijës dhe përballimin e burimeve, ekzaminohet gjatë një periudhe prej 8 vitesh duke përdorur një kampion kombëtar të 5,295 femrave amerikane.	Sipas Cougle, J., Reardon, D., & Coleman, P. (2005). Femrat që nuk marrin këshillim para-abort të mjaftueshëm, janë më të prirura të raportojnë probleme në marrëdhënie, simptoma të ndërhyrjes, shmangien nga të tjerët, hyperarousal si dhe përmbushje të kriterëve diagnostike për çrregullime të stresit post-traumatik (PTSD). Femrat që nuk ishin dakord me partnerët e tyre në lidhje me vendimin për të abortuar, kishin më shumë gjasa për të raportuar simptoma të ndërhyrjes dhe për të përmbushur kriteret diagnostikuese për çrregullime të stresit post-traumatik (PTSD). Studimi i Linda Francke, “The

Nuk ka dëshmi të gjetura mbi traumat pas-abort. Duke pasur 1 abort dhe jo aborte të përsëritura ishte veçanërisht e lidhur me ndjenjat e vetëvlerësimit, të qenurit e aftë dhe jo në ndjenjat e të ndjerit e dështuar. Sipas këtyre autorëve kur lindja e fëmijëve dhe aborti janë variabla të kontrolluar, mirëqenia e femrave është e ndarë dhe në lidhje pozitive me punësimin, të ardhurat dhe arsimimin, por e lidhur negativisht me numrin e përgjithshëm të fëmijëve.	Ambivalence of Abortion” (1978), tregoi se është e nevojshme puna me stabilitetin psikologjik e të prekurve nga një gjendje e varfër e dëmtuar si pasojë e një aborti, sidomos kur ky është i përsëritur. Dëshmia e mohimit dhe izolimit është vënë re shpesh në mesin e femrave që përsërisin abortin. Me anë të ilustrimit, një studiues i cili favorizon ligjshmërinë e abortit, përshkroi një intervistë me një 16-vjeçare, e cila kishte deklaruar se sapo kishte pasur abortin e saj të dytë. Ajo ishte shprehur se: "Ky abort nuk ka të
(Jones, Finer, & Singh 2010), deklaroin se një abort ligjor dhe mjekësor i sigurt, në dispozicion për shumë femra në aksesin amerikan për abort, rrit ndjeshëm autonominë e grave dhe kontrollin mbi vendimmarrjen e tyre riprodhuese, gjë e cila mund të lidhet me uljen e stigmës dhe potencialit për pasoja negative psikologjike të mëvonshme pas një procedure të abortit.	bëjë me mënyrën sesi ndihem e trishtuar apo jo, unë ndjehen mirë.... nuk ka kam patur komplikime.... Duke qenë katolike nuk më shqetëson aspak. Por unë nuk e rrëfej dot atë. Jam frikësuar se çfarë do të thotë prifti. Do të doja shumë që të mund t’ia tregoja nënës time por ajo do të zemërohej shumë". Kjo vajzë beson se ajo është e ngarkuar me sjelljen e vet, por mohimi dhe komunikimi i dëmtuar, me
Kero et. al., (2004) u ndalën në çështjen	njerëz të rëndësishëm në jetën e saj janë

nëse ndjenjat shqësuese pas një aborti duhen konsideruar problematike dhe kërcënuese? Gjetjet e studimit të tyre ishin mikse. Më shumë se gjysma e kampionit të tyre raportuan vetëm eksperiencë pozitive pas-abort të tilla si pjekuri, vetënjohuri më të thella, vetë-vlerësim më të fortë, "identitet në procesin e abortit". Aspekte të tjera pozitive ishin ndjenja maternale, të qenurit e frytshme etj. Ndjenja negative kishte të bënte me trajtimin jo të mirë në spital, ngacmimet seksuale gjatë jetës.	probleme më evidente. Perceptimet e femrave lidhur me mbështetjen sociale nga partneri, familja e miqtë e tyre dhe vetë-efikasiteti për përballimin u vlerësuan nga Major, Cozarelli, Sciacchitano, Cooper, Testa dhe Mueller (1990). Rezultoi që mbështetja sociale e perceptuar përmirësoi në mënyrë indirekte aftësinë rregulluese përmes efekteve të saj mbi vetë-efikasitetin. Femrat që perceptuan mbështetje të lartë nga familja, miqtë e tyre dhe partnerët rezultuan se kishin vetë-efikasitet më të lartë për përballimin e përjetimeve. Vetë-efikasiteti më i lartë, nga ana tjetër, parashikoi rregullim më të mirë në aspektet psikologjike. Femrat që u treguan rrethit të tyre të ngushtë rreth abortit, por i që perceptuan ato si pak ose aspak mbështetës shfaqën një çrregullim psikologjik të varfër pas-abort krahasuar me femrat që perceptuan një mbështetje të plotë emocionale nga e tyre. Në hulumtimin e (Levin et al., 1980)
---	--

krahasuar femra që kishin patur aborte me ata që e lindën fëmijën. Pas kontrollit për çdo histori të sëmundjeve psikiatrike, i vetmi ndryshim midis dy grupeve në vitet pas rezultatit të shtatzënisë është se në mesin e femrave të cilat nuk kanë histori të sëmundjeve mendore, ata që e lindën fëmijën kishte një rrezik në mënyrë të konsiderueshme më të lartë për të pasur një episod psikotike, sesa ata që kishin patur një abort.	Stresi pas-abort është i lidhur me rritjen e pirjes së duhanit. Femrat që ndërpresin shtatzëninë kanë dy herë më shumë gjasa që të bëhen duhanpirëse të rënda dhe të vuajnë rreziqet përkatëse shëndetësore. Femrat pas-abort kanë gjithashtu më shumë gjasa për të vazhduar pirjen e duhanit gjatë shtatzënieve të kërkuar në vijim e shoqëruar kjo me rritjen e rrezikut të vdekjes të sapolindurit apo anomalitë e lindura.
Raportet nga Shoqata Psikologjike Amerikane (2008) dhe Kolegji Mbretëror i Psikiatërve (Qendra e Bashkëpunimit Kombëtar për Shëndetin Mendor(2011) në Mbretërinë e Bashkuar të Anglisë theksojnë se një abort i vetëm në tremujorin e parë nuk e vendos një femër në rrezik të shëndetit të saj mendor.	Stresi që shoqëron një shtatzëni të paplanifikuar shpesh kërkon vendimmarrje të vështirë dhe rivlerësimin të vendimeve personale etike që mund të shkaktojnë përmbysje të konsiderueshme emocionale (Major, Richards, Cooper, Cozzarelli, & Aubek, 1998; Russo & Zierk, 1992).
(Athanasίου et al.,1973; Major et al., 1985) kanë treguar se aborti legal i cili kryhet në tremujorin e parë, zakonisht ka një incidencë të reduktuar të rezultateve të rënda negative. Për më tepër, këto	Gissler, Hemminki & Lonnqvist, (2005) në dy studimet nga Finlanda tregojnë se femrat që kishin aborte kanë qenë 6 deri në 7 herë më me shumë gjasa për të kryer vetëvrasje në krahasim me femrat të cilat

studime, kanë raportuar një prevalencë të ndjenjave pozitive krahasuar me ato negative. (Steinberg & Finer, 2012) treguan se shumica e studiuesve janë duke lëvizur drejt një konsensusi që 1) aborti në vetvete nuk shkakton probleme të shëndetit mendor, 2) shumica e femrave vuajnë pasoja jo afatgjata nga të paturit e një aborti, 3) femrat të cilat kanë një abort mund të ndryshojnë nga femrat e tjera në sensibilitet e tyre për rezultate të dobëta psikosociale në përgjigje të situatave të vështira të jetës (duke përfshirë një abort), 4) ka faktorë personalë dhe mjedisorë që janë parashikues të rezultateve më të mira dhe më të këqija në vijim të një aborti, dhe 5) për një pakicë të femrave, aborti është një përvojë e vështirë e jetës që është perceptuar të jetë përgjegjëse për problemet psikologjike pas-abort. APA Shoqata e Psikologëve Amerikanë ka konstatuar në Report of the Task Force	e kanë lindur fëmijën. Këto studime janë të bazuara në të dhënat mjekësore dhe jo intervista. Hulumtuesit ekzaminuan në certifikatat e vdekjes së femrave për të konstatuar se sa nga ato humbën jetën nga vetëvrasja. Më pas ata kanë përdorur përsëri të dhënat mjekësore për të parë se sa nga këto femra kishin patur aborte. Fakti që ky studim është bazuar në të dhënat mjekësore është e rëndësishme, për shkak të një fenomeni të quajtur "kujtojmë paragjykimin." Kujtimi i paragjykit ndodh kur femrat janë pyetur në pyetësorët ose personalisht nëse ata kishin një abort. Shumë herë, për shkak të stigmës që i bashkëngjitet procedurës së abortit, femrat nuk i përgjigjen kësaj pyetjeje me sinqeritet. Kjo tendencë për të fshehur një abort ka kaluar shpesh në shtrembërime të rezultateve të studimeve të tilla. Prandaj studime të cilat janë të bazuara në të dhënat mjekësore dhe jo intervista janë konsideruar të jenë më të sakta.
---	--

on Mental Health and Abortion (2008) se shumica e femrave të cilat kanë pasur abort, koha e shqetësimit më të madh është vetëm para procedurës. Më pas femrat më së shumti, përshkruajnë ndjenjat e lehtësimit dhe madje edhe të lumturisë. Dëshmitë tregojnë qartë se stigma që një femër mund të ndjehet e çoroditur vjen si pasojë sepse ajo beson se partneri i saj, familja apo komuniteti do ta dënojë. Aktivistët antiabort kanë punuar për dekada të tëra për të promovuar pasojat negative në rezultatet e shëndetit mendor. Sipas APA "shumica e studimeve metodologjikisht të forta ... kanë treguar se shqetësimet ndërpersonale, duke përfshirë ndjenjat e stigmës percepton nevojën për fshehtësi, ekspozimi ndaj protestave antiabort dhe mbështetje e ulët e perceptuar ose e parashikuar sociale për vendimin e abortit ndikon në mënyrë negative në përvojat psikologjike tek femrat pas-abort".	Sipas (Shepard, et al.,1979); (D. Sherman, et al.) për shumicën e çifteve, një abort shkakton probleme të paparashikuara në marrëdhëniet e tyre. Çiftet pas abortit kanë më shumë gjasa të divorcohen ose të ndahen. Shumë femra pas abort, hasin vështirësi më të mëdha në formimin e obligacioneve të qëndrueshme me partnerin mashkull. Kjo mund të jetë për shkak të reagimeve të lidhura me abortin të tilla si: vetë-respekt i ulur, mosbesimit më të madh të burrave, keqfunksionimit seksual, abuzimin me substanca, dhe rritje të nivelit të depresionit, ankthit, dhe hidhërimit të paqëndrueshëm. Femrat të cilat kanë më shumë se një abort (që përfaqëson rreth 45% të të gjitha aborteve) kanë më shumë gjasa për të kërkuar asistencë sociale, pjesërisht ngaqë ato kanë gjithashtu më shumë gjasa për t'u bërë prindër të vetëm. Një studim i vitit 2010 nga studiuesit kanadezë (Mota NP et al.) "Lidhjet në mes abortit, çrregullimeve mendore dhe
Një studim nga Lazarus (1985), raporton	

se në dy javë nga 'IVG mendimi pozitiv ishte lumturia përgjigja më e shpeshtë në 76% të rasteve, ndërsa ndër ndjenjat negative u shfaq kryesisht faji në 17%.	sjelljes vetëvrasëse në një kampion përfaqësues kombëtar" u arrit në konkluzion të rritjes së rrezikut të problemeve të shëndetit mendor që lidhen
Presioni nga një partner mashkull ka qenë arsyeja më e shpeshtë, e dhënë pas një aborti. Ky ishte parashikuesi më i rëndësishëm i shqetësimit emocional në 6 muaj dhe 2 vjet pas- abort. Këto të dhëna tregojnë se kur një femër ndjehet e detyruar të ndërpresë një shtatzëni për të kënaqur partnerin e saj, ajo mund të jetë në rrezik për rezultate negative psikologjike për të paktën disa vite në vijim të abortit e kundërta ndodh nëse vendimi merret me zgjedhjen e saj (Finer et al., 2005).	me abortin. Krahasuar me mostrën referuese, femrat në mostrën e abortit kishin tri herë më shumë gjasa të raportojnë një histori të ndonjë çrregullimi mendor. Shanset më të larta u gjetën për çrregullimin e sjelljes dhe varësisë ndaj drogës. Rezultate të ngjashme u gjetën dhe në vlerësimet e prevalencës duke hequr abortin e vitit të fundit si dhe për femrat që kishin patur abort për herë të parë.
(Bradshaw & Slade, 2003). Në një rishikim cilësor të literaturës së abortit nga 1990-2003 në Britaninë e Madhe studiuesit gjetën simptoma të përjetuara të ankthit dhe depresionit 40-45% ku 20% e femrave ishin para-abort. Simptomat kishin tendencën e rënies për	Sipas (Geissler et al., 2005), kur femrat përjetojnë probleme psikologjike të lidhura me abortin, efektet ka gjasa të ndikojnë tek të tjerët, duke përfshirë partnerët intimë, fëmijët, veçanërisht kur emocionet e dhimbshme nuk janë zgjidhur ende më mënyrë të përshtatshme. Speckhard (1987) tregoi se për të paktën

shumicën e femrave, por ato mbeteshin të ngritura një muaj më vonë për një të tretën e femrave. Ka pak ndikim psikologjik afatgjatë nga aborti. Nuk ka efekte në vetëbesim dhe vetërespekt.	disa femra, stresi pas-abort është i lidhur me çrregullime në të ushqyer të tilla si: të ngrënit për qejf, bulimi dhe anoreksia dhe nervozia.
(Major et al., 2000) gjetën se shumica e femrave (80 përqind) të cilat zgjedhin abortin brenda tremujorit të parë, nuk pësojnë shqetësime psikologjike afatgjatë dhe për më tepër ndjehen të kënaqura me zgjedhjen e tyre.	Studimet kanë treguar më tej se femrat me një histori aborti janë në një rrezik në rritje për mosfunksionim seksual Boesen, Rorbye, Norgaard dhe Nilas, 2004; Fok, Siu, dhe Lau, 2006; Lauzon, Roger-Achim, Achim, dhe Boyer, 2000; Miller, 1992; Rue et al., 2004; Tornboen et al., 1994).
(Adler et al., 1990, Cozzarelli, Sumer & Major, 1998, Major et al., 1998; Russo & Zierk, 1992). Kur një femër është e fortë në bindjet e saj, beson gjykimin e saj dhe ushtron pushtetin dhe lirinë për të marrë vendime për riprodhimin, që janë në interesin e saj më të mirë, ajo ka më pak të ngjarë të përjetojë efekte anësore nga aborti. Këto femra përkundrazi kanë më shumë gjasa që të kenë ndjenja pozitive pas përfundimit të një shtatzënie të	Një studim i bërë nga doktor David C Reardon dhe hulumtues rreth abortit si dhe profesionist i shëndetit mendor që këshillon femrat pas-abort, zbuloi një normë prej 154% më të lartë të vetëvrasjes në mesin e femrave që u ndërpre në shtatzëninë. Në intervistat për librin e tij: “Silent No More” ai zbuloi se deri në 60% e femrave kanë përjetuar ndjenja vetëvrasjeje. Kërkimi i Dr. Reardon konsistoi në femrat që kishin keqardhje për abortet e tyre, kështu që të

paplanifikuar apo të padëshiruar. Në vitin 2008, hulumtuesit në Johns Hopkins Bloomberg, Shkolla e Shëndetit Publik, publikuan analizën e tyre në të cilën kanë konstatuar se: "hulumtimet me cilësi të lartë në dispozicion nuk e mbështetin hipotezën se aborti çon në probleme afatgjata të shëndetit mendor." Ata gjetën një "trend të qartë " me të cilin studimet e cilësisë më të lartë kishin konstatime që ishin kryesisht asnjëse, duke sugjeruar pak, në mos fare, dallimet në mes të femrave që kishin aborte dhe grupeve të tyre respektive krahasim ky në aspektin e pasojave në shëndetin mendor.	dhënat e tij nuk mund të jenë të zbatueshme për të gjitha femrat që kanë aborte. Megjithatë, një statistikë 60% nuk mund të injorohet. 28% e femrave të intervistuar kishin tentuar vetëvrasjen.
Në mënyrë të veçantë ekipet Hopkins gjithashtu theksuan se studimet me të meta në metodologji gjetën pasoja negative të shëndetit mendor pas abortit.	C. Tietze, "Repeat Abortions – Why More?" tregoi se: femrat të cilat kanë një abort janë rrezik në rritje për të pasur aborte të tjera në të ardhmen. Femrat me një përvojë të mëparshme aborti kanë katër herë më shumë mundësi që të ndërpresin një shtatzëni krahasuar kjo me ato femra të cilat nuk kanë histori paraprake të abortit.
Çështjet paraekzistuese të shëndetit mendor mund të parashikojnë një përgjigje të vështirë për abortin e vullnetshëm (Russo & Dabul, 1997). Studimi tregon se ndikimi negativ në	Problemet e komunikimit midis partnerëve (Freeman, 1980) dhe një rritje e rrezikut për ndarje ose divorc pas një aborti janë raportuar në disa studime: (Barnett, Freudenberg dhe Wille, 1992; Bracken & Kasi, 1975, Freeman, 1980, Lauzon, Roger-Achim, Achim, dhe Boyer, 2000; Miller, 1992, Rue et al., 2004). Rue dhe kolegët (2004) kanë

mirëqenien psikologjike pas-abort shpesh lidhet me shëndetin mendor të kopromentuar të femrës para ose gjatë shtatzënisë. Sipas tyre nëse stresi shoqëron shtatzëninë e paplanifikuar dhe që shpesh kërkon vendimarrje shumë të vështirë si dhe rivlerësimin e vendimeve etike personale mund të shkaktojnë shpeshherë përmbysje të mëdha emocionale. Pra, ankthi ka të ngjarë të ketë origjinën në ngjarjet dhe kushtet që kanë ekzistuar para se ato të mbeteshin shtatzënë dhe jo aborti.	raportuar se 6.8% e femrave ruse dhe 26.7% e femrave amerikane raportuan probleme në marrëdhëniet me partnerët për shkak të ndërprerjes së shtatzënisë. Përfitimet në marrëdhënie janë raportuar nga shumë pak femra ruse respektivisht (2.2%) e kampionit si dhe (9%) të kampionit të femrave amerikane.
Shqyrtimi i literaturës në dispozicion dhe takimi me 27 grupe të veçanta të interesit nga C. Everett Koop 1987. Raporti mbi efektet shëndetësore të abortit të vullnetshëm u bë i ditur më 16 mars 1989 nga një panel i ekspertëve të mbledhur nga Shoqata Psikologjike Amerikane. Ata konkluduan njëzëri se aborti legal "nuk krijon rreziqe psikologjike për shumicën e femrave që i nënshtrohen procedurës (f. 241). Numri i femrave që kanë vuajtur	Studime të ndryshme kanë treguar një dobësim të lidhjeve shoqërore (veçanërisht me partnerët meshkuj), në rastin kur aborti është shfrytëzuar gjithnjë e më shumë. Sa më shumë aborte të përsëritura të kenë femrat aq më tepër komunikimet e tyre me të tjerët kanë tendencë të prishen. Këto femra kanë tendencë më shpesh për të marrë vendimin për të abortuar vetë. Ato kanë më pak gjasa të kenë një martesë të

nga trauma pas abortit ishte me germa të vogla. Duket se tek një përqindje e vogël e femrave që janë të lënduara në jetën e tyre të zakonshme si pasojë e vendimit të abortit dhe lidhjen me traumat e mëvonshme si pasojë e kësaj përvoje, nuk rezulton qartë se aborti është burimi kryesor i problemeve të tyre. Siç vuri në dukje psikiatri Nada Stotland "Nuk rezultojnë prova për një sindromë të tillë."	lumtur dhe kanë tendencë të kenë më shumë vështirësi se sa femrat e tjera në qëndrimin për një kohë të gjatë së bashku me të tjerët. Një studim i Universitetit të Yalë-s me 345 femra në një klinikë aborti në New York ka gjetur se femrat që kanë aborte të përsëritura janë në situata më pak të qëndrueshme sociale dhe kanë marrëdhënie të kohëzgjatjes më të shkurtër se sa femrat që kërkojnë aborte për herë të parë.
Në një raport të (Adler, 1989) u gjet se 21% e të gjitha femrave amerikane kishin pasur një abort në atë kohë. Si rrjedhojë nëqoftëse reagimet e tyre emocionalisht të ashpra do të ishin bërë të zakonshme, atëherë do të ekzistonte një epidemi e femrave që kërkojnë trajtim psikologjik. Por që nuk ka asnjë dëshmi të një epidemie të tillë .	Një studim i (Mota, Burnett & Sareen, 2010) raporton se në mes të 5.8% - 24.7% të prevalencës jetësore të disa ç rregullimeve të caktuara mendore në Shtetet e Bashkuara të Amerikës mund të parandalohen nëse femrat nuk zgjedhin abortin.
Kohët e fundit, është sugjeruar se femrat që kanë aborte kanë më shumë gjasa të vuajnë nga çrregullime të stresit post-traumatik, por nuk ka dëshmi thelbësore	Rue, Spekhard, Rogers & Franz (1987) siguruan një rishikim sistematik të shëndetit mendor dhe literaturës së abortit si dhe një meta-analizë. Ata arritën në konkluzion që: Pasojat negative pas një aborti ekzistojnë në vazhdimësi nga

shkencore se kjo është e vërtetë (AMRC, 2011) the Academy of Medical Royal Colleges. Hulumtuesit arritën në përfundimin se në një kohë që çrregullimet psikiatrike para shtatzënisë janë marrë parasysh, shkalla e totalit raportuar për çrregullim psikiatrik nuk ishte më e lartë, pas përfundimit të një shtatzënie të paplanifikuar krahasuar kjo me rezultatin e lindjes së fëmijës.	niveli më i butë tek më i rëndi. Conklin dhe O'Connor (1995) në studimin e 800 femrave, që besonin se fetuset janë njerëzore, përjetuan në mënyrë të konsiderueshme më shumë probleme negative pas-abort dhe pakënaqësira se sa femrat që nuk e kishin menduar në mënyrë të tillë.
Studimet më thelbësore në 30 vitet e fundit kanë gjetur se aborti mund të jetë një procedurë relativisht e mirë në aspektin e efektit emocional përveç rasteve kur ekzistojnë probleme emocionale para-abort ose kur është kërkuar ndërprerja e shtatzënisë (Adler, 1989; Adler et al., 1990).	Rue et., al (2004), në një studim të kryer me një kampion prej 217 femra amerikane të cilat kishin patur një apo më shumë aborte gjetën se 65% e kampionit rijeton në mënyrë persistente ngjarjen përmes kujtimeve të herëpashershme, bezdisje 47%, flashback 46% dhe 36% e kampionit ka shfaqur evitim të herëpashershëm të stimujve të lidhur me ngjarjen.
Çështjet paraekzistuese të shëndetit mendor mund të parashikojnë një përgjigje të vështirë për abortin (Russo &	Coleman dhe Nelson (1998) në studimin e tyre me një kampion prej 31 femra dhe 32 meshkuj studentë të universitetit raportuan qëndrimet e tyre

Dabul, 1997). Ndikimi negativ, në mirëqenien psikologjike pas-abortion shpesh lidhet me shëndetin mendor të komprometuar të femrës para ose gjatë shtatzënisë. Për shembull stresi mund shoqërojë shtatzëninë e paplanifikuar e cila shpesh kërkon vendimmarrje të vështirë dhe rivlerësimin e vendimeve personale etike. Ky proces mund të shkaktojë përmbysje të konsiderueshme emocionale.	për një abort të mëparshëm. Dimensionet e vendimeve të abortit (ambivalenca, keqardhja, komoditeti) dhe lidhja emocionale me fetusin nuk ishin të shoqëruara me ankthin e vetëraportuar dhe depresionin për femrat, me përjashtim të ndjenjës së komoditetit apo rehatisë e cila ishte e lidhur me ankthin. (Soderberg et al., 1998). Objektivi i studimit të tyre ishte shqyrtimi i rasteve dhe faktorëve përcaktues të shqetësimit
Një studim 2-vjeçar që përfshinte ndjekjen e vlerësimeve të femrave në vijim të abortit, nxori në pah reagime psikologjike negative afatshkurta, por nuk u shfaqën efekte psikologjike negative afatgjata (Cozzarelli et al., 2000).	emocional në vijim të abortit të vullnetshëm. Në nëngrupin me shqetësime emocionale (kohëzgjatja duke filluar nga 1 muaj deri në 12 muaj ishin të pranishëm faktorët e identifikuar të rrezikut si: të jetuarit vetëm, mbështetja e dobët emocionale nga familja dhe miqtë,
Cozzarelli dhe Major (1994) ka gjetur se, sa më i madh numri i grevistëve antiabortion që femrat hasin në një klinikë të abortit aq më shumë depresion raportohet menjëherë pas abortit të tyre. Këto efekte lehtësohen pjesërisht, nga	ndryshime negative në marrëdhëniet me partnerët pas-abortionit, kundërthënie ose qëndrim negativ në lidhje me abortin si dhe të qenit në mënyrë aktive besimtar. Konkluzioni i studimit ishte që 50-60% e femrave të cilat i nënshtrohen një aborti

prania e shoqëruesve pro-zgjedhje jashtë klinikës, duke sugjeruar se mbështetja pro-zgjedhje, ndryshon jo vetëm kontekstin social, por edhe domethënien e vetë këtij konteksti të abortit.	të vullnetshëm përjetojnë forma të shqetësimit emocional, klasifikuar si të rënda në 30% të rasteve. Faktorët e rrezikut të identifikuar sugjerojnë që mund të jetë e mundur për të përmirësuar apo edhe parandaluar problematika të tilla.
(Cohan et al., 1993) ekzaminuan përgjigjet e 33 grave 1 muaj pas shtatzënisë, 21 prej tyre kishin ndërprerë shtatzëninë, 12 prej të cilave kanë vazhduar atë deri në lindje. Pothuajse të gjitha kanë raportuar se shtatzënia e tyre ishte e padëshiruar. Nuk ka pasur dallime të mëdha në mes të 21 femrave që kishin ndërprerë shtatzëninë e tyre kundrejt 12 të atyre që kanë vazhduar shtatzëninë, në rezultatet e vlerësuara pozitive dhe negative që ndikojnë kënaqësinë e vendimit.	(Slade et al., 1998), femrat që zgjedhin abortin dhe që e shikojnë fetusin e vdekur më pas kanë më shumë gjasa të përjetojnë simptoma pas-traumatike të ndërhyrjes. Në një studim të Soderberg, Janzon & Sjoberg (1998), 56% e femrave që iu janë nënshtruar një aborti kimik kanë deklaruar se kanë njohur embrionin, nga të cilat 18% e tyre deklarojnë se kanë patur makthe, kthim në retrospektivë dhe mendime të përsëritura. Vëzhgimet e fundit të nxitura nga struktura farmako-vigjilenca amerikane kanë zbuluar se 18% e femrave që kanë abortuar duke përdorur RU-846 kanë shfaqur shqetësim të stresit pos-traumatik (PTSD).
Rregullimi i abortit është një përvojë shumë e individualizuar. Goodwin dhe Ogden (2007) në gjetjet e tyre theksuan se "përgjigjet e femrave për abortet e tyre jo gjithmonë ndjekin reagimet e sugjeruara të pikëllimit apo fajit, por këto	Sipas Coleman, P.K., Coyle, C.T. & Rue,

reagime janë të ndryshme dhe të vendosura brenda kontekstit personal dhe social." Quinton W. J., Major B., & Richards C. (2001) në studimin e tyre "Adoleshentët dhe përshtatja pas-abortit" shtrojnë pyetjen: A janë të miturat në rrezik më të madh? 38 të mitura dhe 402 të rritura u ndoqën për 2 vjet, pas tremujorit të parë të abortit me zgjedhje. Në rregullimin pas-abort, përfshiheshin: depresioni, kënaqësia nga marrja e vendimit, vlerësimet e dobishme apo të dëmshme, emocionet specifike të abortit, do të ndërmerrenin të njëjtin vendim apo jo, në afat kohor 1 muaj dhe 2 vjet, vlerësimi i faktorëve të riskut në ditën e abortit. Rezultatet ishin se nuk ka ndryshim të rëndësishëm në mes të rriturave dhe të miturave në 2 vite pas abortit, gjithashtu rezultoi se adoleshentët ishin më pak të kënaqur dhe kishin më pak përfitim të perceptuar. Pope, Adler, dhe Tschann (2001) kanë raportuar se në 4 javë pas	V.M. (2010), femrat të cilat kanë patur aborte pas tremujorit të parë, mund të jenë në rrezik më të madh për simptoma të traumave se sa ato që kanë patur abort gjatë 12 javëve të para të shtatzënisë. Abortet e mëvonshme ishin të lidhura me pikë të larta në shkallën e ndërhyrjes së mendimeve dhe me gjasa më të mëdha të raportimit të ëndrrave shqetësuese, përjetimin e abortit dhe problemeve të gjumit. (Brashaw & Slade,2003) kanë gjetur se një muaj pas abortit të vullnetshëm më shumë se 30% e femrave manifestonin nivele të konsiderueshme të ankthit klinik dhe/ose nivele të larta të stresit. Ankthi manifestohej në mënyra të ndryshme: nëpërmjet tensionit muskular, marramendje, rrahje zemre të shpejtë, probleme të stomakut, dhimbje koke, frika për të ardhmen, vështirësi në përqëndrim dhe probleme me gjumin. Reardom (2003) në gjetjet e tij theksoi se
--	--

abortit, nuk ka pasur dallime në depresion, ankth, vetërespekt, apo stres post-traumatik në mes të grupeve të rinj dhe të vjetër, edhe pse adoleshentët kishin shënuar rezultate pak më të ulta në "rehatinë me vendimin".	tek femrat që abortojnë shtatzëninë e parë vihet re një rritje prej 65% të propabilitetit të depresionit krahasuar kjo me femrat të cilat kanë lindur. Aborti është i lidhur me rritjen e depresionit, sjellje të dhunshme, alkoolit dhe drogës, zëvendësimit të shtatzënive, dhe reduktimit të lindjeve të tjera më pas.
Një studim cilësor ekzaminoi dallimet në mes të femrave që vetë-identifikoheshin në gjendje të vështirë ose jo-në gjendje të vështirë dhjetë vjet pas-abort duke gjetur se: femrat jo në gjendje të vështirë kanë pasur kontakte më shumë mbështetëse gjatë përvojës së abortit. Këtë mbështetje ato ia atribuojnë drejtpërdrejt përgjigjeve të tyre pozitive të abortit (Congleton & Calhoun, 1993).	Këta faktorë janë të lidhur ngushtë me abuzimin e fëmijëve dhe do të duhej për të konfirmuar vlerësimet individuale klinike që lidhin traumat pas-abort me abuzimin e mëvonshëm të fëmijëve. Reardon, Aborted Women-Silent No More përshkruan rastin e një femre e cila dhunoi fizikisht djalin e saj trevjeçar deri në vdekje, menjëherë pas një aborti i cili kishte shkaktuar tek ajo një "episod psikotik" të pikëllimit, fajit dhe hidhërimit.

KAPITULLI VI: VARIABLA TË TJERË TË CILËT MUND TË AFEKTOJNË MIRËQENIEN PSIKOLOGJIKE TË FEMRËS

6.1. Përceptimet e femrave dhe aborti

Provat klinike sugjerojnë se aborti mund të veprojë në të dyja drejtimet, një qetësues stresi, dhe një prodhues stresi. Themeli për këtë këndvështrim qëndron në një masë të madhe, mbi perceptimin e individit për traumat dhe hulumtimet, të cilat kanë raportuar asociacione të konsiderueshme midis abortit dhe pasojave negative psikologjike.

Për ato femra që përcaktojnë fetuset e tyre si njeri dhe të cilat mund të kenë formuar një nivel të lidhjes, aborti është me shumë gjasa përjetuar si një stresor psiko-social (Conklin dhe O'Connor, 1995; Spekhard dhe Mufel, 2003). Shumë shpesh këto femra besojnë se ata janë të keqinformuara paraprakisht dhe si pasojë ndiheshin keq më pas për t'u përballuar me ndjenjat e tyre dërmuese të humbjes, fajit dhe pikëllimit (Congleton dhe Calhoun, 1993, Franz dhe Reardon, 1992). Një ndryshim i mëvonshëm pas abort në perceptimin e fetusit si njeri, mund të ridefinojë përvojën për disa femra si traumatike (Spekhard dhe Rue, 1992).

Si pasojë e stigmës dhe turpit të konsiderueshëm që mbart aborti, femrat që kanë zgjedhur këtë procedurë dhe që jetojnë në heshtje, ndodh që ndjenjat e akumuluar, shpesh kanë të ngjarë të nxisin dëmtimin e vetëvlerësimit deri në paaftësi dhe pavlefshmëri. Këto femra të cilat ndihen të viktimizuara nga përvoja e tyre ndaj abortit janë në rrezik më të lartë për një sërë problemesh psikologjike, duke përfshirë depresion, ankth, çrregullimin e sresit post-traumatik (PTSD), tentativave për vetëvrasje, drogës dhe problemeve të alkoolit (Coleman, Coyle, Shuping dhe Rue, 2009a; Coleman, Coyle, Shuping dhe Rue 2011; Coleman, 2011).

Sipas (Reardon, Cogle, Rue, Shuping, Ney dhe Coleman, 2003; Ostbye et al., 2001, David, Rasmussen dhe Holst, 1981) femrat me histori të abortit janë më të prirura për t'u hospitalizuar në një spital psikiatrik, dhe që kanë nevojë për shërbim shëndetësor në krahasim me femrat pa një histori të abortit.

6.2. Ankthi dhe aborti

Në gjenezën e çrregullimeve të ankthit ndërveprimet midis faktorëve të mëposhtëm në përgjithësi janë të njohura: efektivitet negativ ose neurotiçisëm, vigjilencë apo ngushtim i vëmendjes ndaj stimujve, një tendencë drejt interpretimit të situatave të paqarta si kërcënuese, shmangia pasive, maturia e tepërt, perceptime të papërmbytjes dhe paparashikueshmëria, shmangie konjitive, shpërqendrim ose përpjekje të tjera aktive për t'i rezistuar ose neutralizuar shqetësimin.

Ankthi përfshin aspekte kognitive, fiziologjike, emocionale dhe aspekte të sjelljes. Ankthi mund të jetë i butë, i moderuar ose më i rëndë. Ankthi pas abortit mund të jetë kalimtar ose kronik dhe nuk është paraqitur para abortit.

Si një stresor që nxit një përvojë traumatike aborti mund të tronditë kapacitetet e dikujt për t'u vetkontrolluar dhe si pasojë do të shkaktonte ndjenjat e pafuqisë, humbjes dhe brengës.

Ndjenja e ankthit dhe nervozizmi janë shpesh të lidhura me humbjen e shtatzënisë dhe abortit në veçanti. Ashton (1980) raportoi se 44% e kampionit të tij janë ankuar për simptoma nervore. Coleman (2011) ka raportuar një rritje të rrezikut 34% të ankthit për femrat që kanë zgjedhur abortin, krahasuar me femrat që nuk kanë histori aborti. Studime të tjera që ekzaminojnë lidhjen e ankthit me abortin janë: Broen et al., 2006; Broen et al., 2005; Broen et al., 2004; Cohen & Roth, 1984; Coleman & Nelson, 1998;

Coleman et al., 2002; Colman, Coyle, Shuping & Rue, 2009&2011; Cogle et al., 2005. Dingle et al., 2008; Fergusson et al., 2006; Fergusson et al., 2008; Hemmering et al., 2005.

6.3. Depresioni dhe aborti

Hulumtues të shumtë dhe klinikistë kanë identifikuar depresionin lidhur me abortin zgjedhor: Broen et al., 2006, Broen et al., 2005a, Broen et al., 2004; Coleman 2011; Coleman et al., 2002; Coleman & Nelson, 1998; Cozzarelli, 1993; Dingle et al., 2008; Fergusson et al., 2009; 2000; Major et al., 1990; Reardon & Cogle, 2002; Reardon et al., 2003; Slade et al., 1998.

Simptomat tipike të çrregullimit depresiv madhor që ndodhin pothuajse çdo ditë janë: (1) Gjendje depresioni në pjesën më të madhe të ditës; (2) zvogëlimi i interesit apo i kënaqësisë në të gjitha ose shumicën e aktiviteteve; (3) shtim në peshë ose humbje të konsiderueshme të saj; (4) problemet e gjumit; (5) ndjenja e nervozizmit apo të qenit, i ngathët; (6) lodhje; (7) ndjenja e pavlefshmërisë apo fajit të tepruar; (8) zvogëlimi i aftësisë për të menduar apo për t'u përqendruar; (9) mendimet e përsëritura të vdekjes dhe mendimit për vetëvrasje. Zija "normale", është identifikuar nga DSM-IV, si përjashtim i simptomave episodike të një depresioni madhor. Ndërsa kohëzgjatja e zisë "normale" ndryshon në mënyrë të konsiderueshme, në përgjithësi ajo nuk mund të zgjasë më shumë se dy muaj pas humbjes.

Në një meta-analizë të literaturës mbi shëndetin mendor, Coleman (2011) arriti në përfundimin, që ekzistonte një rritje prej 37% të rrezikut të vuajtjes nga depresioni pas abortit në krahasim me femrat që nuk kanë pasur një abort.

Depresioni pas abort mund të nxitet nga një numër faktorësh ose kombinime të tyre: ndryshimet hormonale, ndërgjegjësimin e humbjes së dikujt fëmijës së palindur, marrëdhënies primare dhe ndjenja domethënëse të fajit dhe turpit që lidhen me abortin.

6.4. Hidhërimi pas-abort

Një numër klinikistësh dhe hulumtuesish kanë shqyrtuar dhe raportuar për reagimet mbi pikëllimin pas-abort: Angelo, 1992; Angelo, 1995; Broen et al., 2005; Congleton & Calhoun, 1993; Fergusson et al., 2009; Freed & Salazar, 1993; Kero et al., 2000; Kero et al., 2001; Kero et al., 2004. Hidhërimi është një përgjigje universale emocionale e humbjes apo vdekjes ndërsa zia është procesi ku dhembja është zgjidhur. Mbajtja zi, si përgjigje ndaj humbjes dhe vdekjes nuk është një fenomen universal. Ato janë subjekt i dallimeve të konsiderueshme kulturore, familjare dhe individuale. Në shumicën e kulturave, tabutë rrethojnë diskutimin e vdekjes si dhe të ndërprerjes së shtatzënisë. Ndërsa dhembja mund të jetë e përshkruar kulturalisht, ajo është gjithmonë një përvojë unike individuale dhe zgjidhja e saj në fund të fundit qëndron mbi individin. Kjo ndodh ngaqë natyra e pikëllimit është shumë personale dhe subjektive si rezultat procesi dhe koha e zgjidhjes së pikëllimit është gjithashtu individual. Në mënyrë tipike, kur simptomat e pikëllimit vazhdojnë më shumë se një vit, dhembja patologjike apo e komplikuar është e dukshme.

6.5. Mungesa e mbështetjes emocionale

Literatura mbi subjektin, ankthin pas abort, sugjeron se mungesa e mbështetjes emocionale prej partnerit, anëtarëve të familjes apo miqve mund të rrisë rrezikun e saj në përjetimin e ankthit emocional (Major et al., 1998, Rubin&Russo, 2004). Nëse

zgjedhja për t'i dhënë fund një shtatzënie rrezikon marrëdhënie të ngushtë të një femre, ajo ka një kohë më të vështirë në peshën e pasojave të vetëzgjedhjes dhe mund të ketë një përvojë më të vështirë pas abort nëse izolohet apoigmatizohet. Kur femrat ndihen të sigurta në marrëdhëniet e tyre dhe kuptojnë se janë të mbështetura pa kushte në zgjedhjet nga të dashurit, zgjedhja për t'i dhënë fund një shtatzënie është më pak e vështirë dhe periudha pas abort është më e favorshme.

6.6. Efektet e mbështetjes nga familja dhe/ose nga partneri

Bonevski dhe Adams (2001) theksuan se efekti i mbështetjes sociale mund të ndikojë në mënyrë të konsiderueshme rezultatin e abortit. Për shembull (Cozzarelli et al., 1994) ka gjetur se partnerët që shoqërojnë partneret e tyre në vijim të procedurës, rezultojnë në përballimin më të mirë të situatës. (Bracken et al., 1974) kanë gjetur se mbështetja nga partneri dhe prindi, parashikon një rezultat më pozitiv. Robbins dhe DeLamater (1985) gjetën gjithashtu se mbështetja nga partneri ishte e dobishme, sidomos në reduktimin e ndjenjës së vetmisë. Ka pasur edhe disa prova që partnerët më pak mbështetës dhe marrëdhëniet e dobëta kishin më shumë të ngjarë të rezultojnë në aborte (Cozzarelli et al., op cit.).

6.7. Aborti dhe abuzimi

Në SHBA abuzimi seksual në mesin e femrave është një përqindje epidemike, me vlerësimet e prevalencës e abuzimit seksual të jetës dhe varion midis 15 dhe 25% në mesin e popullatës së përgjithshme femërore Lesserman, J. (2005). Femrat që ishin të pafuqishme për të parandaluar abuzimin e tyre të fëmijërisë, përdorën represionin dhe mohimin si mekanizma të tyre primare përballues. Abuzimi në marrëdhënie, komplikon

dhe vendimin e abortit dhe pasojave të tij. Kur vendimi i abortit është konfliktual, rregullat personale, besimet themelore të një femre, morali, drejtësia, jeta njerëzore, natyra e saj prej nëne, kryerja e procesit ka të ngjarë të shkaktojë reaksione post-traumatike.

6.8. Alkooli, përdorimi i drogës dhe aborti

Alkooli, droga, ose çrregullimet e ushqimit mund të jenë përpjekje për të qetësuar gjendjet e hyperarousal dhe vënien nën kontroll të aktivitetit fiziologjik (Coleman et al., 2002; Coleman et al., 2005; Colman, Coyle, Shuping&Rue 2009 dhe 2011; Coleman et al., 2009, Coleman, 2006. Në meta-analizën e saj, Coleman (2011) gjeti një rritje të rrezikut 110% të varësia e alkoolit dhe 250% rritje të rrezikut për përdorimin e marijuanës pas abortit. Lidhja e lartë midis abortit dhe alkoolit dhe përdorimit të substancave / keqpërdorimi është raportuar edhe nga (Fergusson et al., 2011).

Marrja e vendimit të abortit, shpesh përfshin vlera kontradiktore dhe presione të cilat mund të rezultojnë në ambivalence të konsiderueshme. Femrat shpeshherë përshkruajnë këtë proces të vështirë në marrjen e vendimit dhe të keqardhjes me abortin e tyre. Kur ndjenjat janë të forta, do të thotë që vendimi i abortit nuk ishte i tyre, dhe se ato nuk ishin të përgatitura në masën e duhur për abort. Si pasojë do të lindin simptoma të konsiderueshme të fajit, ankthit dhe të turpit. Përdorimi i substancave, mund të jetë një mekanizëm për t'ia dalë mbanë në mënyrë jofunksionale, në të cilat femrat vetëmjekohen, për të mpirë ndjenjat ndërhyrëse.

Studiues të tjerë i kanë mbështetur këto të dhëna si: Dingle et al., 2008; Fergusson et al., 2006; Fergusson et al., 2008; Fergusson et al., 2009; Hope et al., 2003; Mota et al.,

2010; Pederson 2007, Reardon & Ney, 2002; Reardon et al., 2004; Steinberg & Finer, 2011, Yamaguchi & Kandel, 1987.

6.9. Vetëvrasja dhe aborti

Një numër studiuesish kanë shqyrtuar marrëdhëniet në mes të abortit të vullnetshëm dhe ideve për vetëvrasje apo vetëvrasjes: Coleman, 2011; Coleman, Coyle, Shuping & Rue 2009 dhe 2011; Congleton & Calhoun, 1993; Fergusson et al., 2006; Fergusson et al., 2008; Fergusson et al., 2009. Në një studim gjatësor realizuar në Zelandën e Re, Fergusson et al., 2008 gjeti një rritje të rrezikut 61%, si dhe ide vetëvrasëse krahasuar kjo me femrat që nuk kanë përjetuar abort. Coleman (2011) ka raportuar një rritje të rrezikut 155% të vetëvrasjes/vetëlëndimit pas një aborti në krahasim me femrat që nuk kanë histori aborti, dhe një rrezik të popullsisë që i takon prej 34.9%. Nga regjistrat finlandeze kombëtare shëndetësore dhe vdekjes, Gissler dhe kolegët (1996, 2004, 2005) pranuan se të dhënat e tyre në mënyrë të qartë treguan se femrat që kanë përjetuar një abort kanë një rritje të rrezikut të vetëvrasjes. Ata zbuluan se numri i vetëvrasjeve të lidhur me abortin me zgjedhje ishte mbi tre herë më i lartë krahasuar kjo me popullatën e përgjithshme dhe pothuajse gjashtë herë më i lartë se në mesin e femrave që kanë lindur fëmijë.

6.10. Abortet e përsëritura

Shumë femra iu janë rikthyer abortit të dytë, të tretë apo të katërt, një realitet klinik me interes të madh duke pasur parasysh hulumtimet e kufizuara që janë në dispozicion rreth pasojave psikologjike që mund të shfaqen si pasojë e abortit të shumëfishtë. Studimet e ekzaminimit emocional i mirëqenies së femrave që në mënyrë të përsëritur zgjedhin

këtë procedure, sugjerojnë rritjen e rrezikut në vetërespekt, raportuar kjo nga Russo & Zierck (1992), si dhe më pas ndërprerjen e marrëdhënieve ndërnjerëzore Freeman, E., Rickels, K. & Huggins, G. (1980). Problemet e gjumit janë evidentuar nga Berger, C., Gold, D., Andres, D., Gillett, P. & Kinch, R. (1984). Disa femra mund ta përjetojnë abortin si një përsëritje të traumave të tyre origjinale, veçanërisht në qoftë se kjo mund të ishte në natyrë seksuale dhe e ndodhur që në fëmijëri (Paul et al., 2009).

6.11. Shpirtërorja dhe Trauma e Abortit

Shpirtërorja dhe feja luajnë një rol të rëndësishëm për t'i ndihmuar njerëzit të përballen me stresin, ose për t'i mbrojtur ata kundër stresit. Nëse domethënia dhe drejtimi në jetë, ka ndonjë ndikim, vendimet janë të informuara dhe bëhen në bazë të vlerave morale të dikujt dhe besimeve në të mbinatyrshmen dhe shpirtëroren. Ngjarjet traumatike mund të çojnë në ndërprerjen, në përpunimin e informacionit dhe të ndryshimeve në vlerat dhe besimet e personave. Individët me PTSD kanë më shumë gjasa të raportojnë ndryshime në besime fetare pas një ngjarje traumatike, dhe duke u bërë më pak fetarë Falsetti, S., Resick, P. & Davis, J. (2003). Kur trauma e abortit privon një individ nga ndjenja e sigurisë dhe domethënia e jetës, shpirtërorja mund të jetë një mënyrë për të zbuluar një dimension dhe qëllim të ri, si dhe sigurimin e një konteksti të dobishëm ndaj stresit post-traumatik dhe shërimit.

Disa studime meta-analitike kanë treguar se individët që përdorin përpjekjet përballuese fetare dhe shpirtërore demonstrojnë mirëqenie më të madhe fizike dhe emocionale Ano, G. & Vasconcelles, E. (2005).

6.12. Konteksti kulturor apo fetar

Çdo besim ka pikëpamje të ndryshme mbi pasojat morale të abortit. Këto pikëpamje shpesh mund të jenë në kundërshtim të drejtpërdrejtë me njëra-tjetrën. Myslimanët e konsiderojnë abortin si haram, që do të thotë i ndaluar. Myslimanët zakonisht citojnë vargun Kuranor 17:32 i cili thotë se një fetus nuk duhet të jetë i dështuar nga frika e varfërisë. Të krishterët pro-jetës mbështesin pikëpamjet e tyre me referenca të shkrimeve të tilla si ajo e Lukës 1:15; Jeremisë 1: 4-5; Zanafillës 25: 21-23; Mateut 01:18 si dhe Psalmi 139: 13-16. Kisha Katolike beson se jeta njerëzore fillon me ngjizjen. Kështu, aborti konsiderohet i pamoralshëm. Kisha e Anglisë po ashtu e konsideron abortin të jetë moralisht i gabuar edhe pse pozicioni i tyre pranon abortin kur "vazhdimi i një shtatzënie rrezikon jetën e nënës".

Femrat tek të cilat konteksti kulturor apo fetar e ndalon abortin, janë edhe më shumë në rrezik për rezultate negative psikologjike pas-abort. Për shembull, Clare dhe Tyrrell (1994) theksuan në provat e tyre se "femrat të cilat kanë qëndrime të forta fetare ose kulturore për abortin përjetojnë nivele të larta të stresit psikologjik në vijim të abortit" (f. 92). Ky rezultat sipas tyre siguron mbështetje për individët- si pro- dhe anti-abort - të cilët argumentojnë se duke dobësuar tabutë fetare mbi abortin ul fajin, ankthin dhe depresionin në ato femra që i nënshtrohen abortit (f. 97).

Megjithatë, Clare dhe Tyrrell theksojnë qartë se kjo ndodh për shkak të kontekstit kulturor në të cilin gratë e gjejnë veten sesa për shkak të abortit në vetvete. Ata gjithashtu sugjerojnë se detyrimi për të udhëtuar në kryerjen e një aborti padyshim shton stresin dhe traumën e përjetuar nga femrat që kanë për të kryer abortin jashtë vendit tyre (kjo në kontekstin irlandez).

Faktorë të cilat mund të influencojnë shëndetin mendor janë: **arsimimi / karriera / të ardhurat / vendi i abortit / koha dhe procedura.**

Sipas (Russo & Dabul, 1997) raca apo feja nuk ndikonin në mirëqenien e përgjithshme të femrave. Ata përfshinë faktorë të tjerë si: **arsimimi, të ardhurat, karriera, vendi i abortit, koha dhe procedura** që ndikojnë përjetimin pas-abort, variabla të cilat do jenë dhe në fokus të studimit. Femrat amerikane janë të prirura për të shpjeguar si arsye të abortit të vullnetshëm të tyre një faktor më specifik, të tillë si: një fëmijë do të pengonte punësimin apo shkollimin e saj (e dhënë e marrë nga një studim i Institutit Guttmacher në një evidencë të 27 vendeve të botës, 1998 për arsyet e ndërmarrjes së një aborti të vullnetshëm).

6.13. Procedura e abortit

Ka disa mënyra që shoqërojnë procesin e abortit të vullnetshëm. Një ndër format është dhe aborti i provokuar me medikamente dhe më specifikisht RU-486 ose "kokrra e abortit". Në kontekstin shqiptar do të quhej "Pilula fantazmë" emërtim që vetë femrat i japin pilulës.

Shërbimet mjekësore, nëpërmjet futjes së RU-486 janë duke u përpjekur "për ta bërë procedurën për ndërprerjen e shtatzënisë më pak të ndërlikuar dhe burokratike", apo duke minimizuar kohën spitalore. Kjo procedurë përfshin administrimin e RU-486, e cila bllokoi veprimin e progesteronëve dhe 48 orë pas administrimit shkakton përjashtimin e embrionit, kohë e cila merr rreth 2 orë më pas. Femra shkon në objektin shëndetësor ekskluzivisht për të marrë "drogë", përveç rasteve nëse ka ndonjë komplikim mjekësor, dëbimi i embrionit bëhet në shtëpi. Kjo teknikë, në kontrast me abortin në spital e lë femrën krejtësisht të vetme duke e bërë përgjegjëse të vetme për

veprimet e saj si dhe duke shkaktuar dëm të madh mbi shëndetin mendor. Në një studim të Soderberg, Janzon & Sjoberg (1998), 56% e femrave që iu janë nënshtruar një aborti kimik kanë deklaruar se kanë njohur embrionin, nga të cilat 18% e tyre deklarojnë se kanë patur makthe, kthim në retrospektivë dhe mendime të përsëritura.

6.14. Parandalimi/Këshillimi për zgjedhjen

Lind pyetja: Nëse sado pak vuajtje që mund të shfaqet, a ka nevojë për këshillim pas abort? Edhe pse sipas disa studimeve femrat nuk raportojnë ndonjë shqetësim të konsiderueshëm emocional, të tjera raportojnë përvoja negative psikologjike pas aktit, faktorë të cilat mund të kontribuojnë në vulnerabilitetin e saj psikologjik pas- abort. Rrjedhimisht këshillimi psikologjik është mëse i domosdoshëm.

Parandalimi i shëndetit mendor problematik pas-abort fillon para se aborti të ndodhë. Miratimi i kërkesës së një femre për një abort, nuk mund të konfirmohet, pa dhënien e informacionit të duhur dhe të përshtatshëm në lidhje me rreziqet e mundshme dhe përfitimet për shëndetin e saj fizik dhe mendor nga kjo procedurë, si dhe informimin e saj për rreziqet krahasuese dhe përfitimet e mbajtjes së fëmijës së saj.

Në vitin 2008, Kolegji Mbretëror i psikiatërve ndryshoi deklaratat e tij të mëparshme dhe pozitën në lidhje me sigurinë psikologjike të abortit. Sipas tyre: "Profesionistët e kujdesit shëndetësor të cilët vlerësojnë apo i referohen femrave që kërkojnë abort, duhet të vlerësojnë ekzistencën e një çrregullimi mendor, si dhe për faktorët e tjerë të rrezikut që mund të shoqërohen me zhvillimin e tyre të mëvonshëm".

Kur femrave nuk u janë siguruar informacionet e duhura ose të mjaftueshme në ekzaminimin para abort ato kanë më shumë gjasa të vuajnë pasoja negative emocionale nga vendimi i tyre për të përfunduar shtatzëninë. Femrave duhet t'u sigurohet këshillim

profesional që përfshin, eksplorimin e plotë të opsioneve të vendimit të tyre, presionit / detyrimit, rreziqet dhe përfitimet e secilit option, eksplorimin e faktorëve të rrezikut në përgjithësi dhe fokusimi në faktorët e rrezikut individual që lidhen me to. Ekzaminimi i shtatzënive të kaluara dhe historinë psiko-sociale, kërkon kohë të mjaftueshme dhe respekt për ta bërë. Kur femrat me shtatzëni të padëshiruar marrin këshillim jo profesional dhe të rëndomtë kjo ndikon në shëndetin mendor të tyre. Mangësitë e këshillimit para abort janë të njohura dhe kërkojnë rishikim.

Këshillimi abort është i njohur të jetë i mangët në shumë aspekte. (Steinberg, 1989; Rue & Spekhard, 1991, Upadhyay, Cockrill & Freedman (2010). Në vitin 2004, Rue, Coleman, Rue & Reardon gjetën se 51.9% e femrave amerikane që kishin një abort u duhej më shumë kohë për të marrë një vendim, se vetëm 17.5% kanë marrë këshilla në klinikat e abortit, se 64% ndjenë presion nga të tjerët për të abortuar, që 54% nuk ishin të sigurt për vendimin e tyre në kohën e abortit dhe se vetëm 10.8% besonin se morën këshillim adekuat paraprak.

Coyle, Coleman & Rue (2011) publikuan studimin e tyre mbi përshtatshmërinë e perceptuar të këshillimit para abort. Për femrat, perceptimet e para abort, pamjaftueshmëria e këshillimit parashikonte probleme në marrëdhënie, simptomat e ndërhyrjes, shmangien, hyperarousal dhe plotësimin e kritereve të plota diagnostike për çrregullime të stresit post-traumatik (PTSD) me kontrollet e bëra për variablat demografike dhe të situatave personale të përdorura.

KAPITULLI VII : MODELET TEORIKE TË ABORTIT

7.1. Korniza teorike e studimit

Në këtë kapitull do të paraqiten disa prej modeleve më të zakonshme teorike për përvojat e abortit: a) Modeli i stresit dhe përballimit; b) Modeli i dhunimit të normave (Miller, 1992) ose "Modeli i kontekstit social-kulturor " (Major et al., 2009); c) modeli i traumës; d) dhe modeli i faktorëve të rrezikut të përbashkët. Mbetet i pakët numri i literaturës që në mënyrë empirike teston ndonjë prej këtyre modeleve teorike, ndoshta për shkak të kompleksitetit të tyre dhe shumë faktorëve personale dhe të mjedisit që ndërveprojnë në një vendim të abortit të cilët me kalimin e kohës mund të influencojnë përvojën personale të femrave ndaj procesit. Megjithatë këto modele janë paraqitur për t'u orientuar në shumëllojshmërinë e kornizave konceptuale në kuadër të përgjigjeve emocionale ndaj abortit dhe për të demonstruar shumëllojshmërinë e mënyrave që një femër mund t'i japë kuptim personal përvojës së saj të abortit. Sipas (Major et al., 2009, f. 866) këto korniza konceptuale "nuk janë domosdoshmërisht ekskluzive dhe shpesh janë komplementare, megjithatë ato të çojnë drejt pyetjeve e përjasjeve të ndryshme metodologjike dhe në interpretime e konkluzione rreth abortit".

7.2. Ndryshueshmëria në eksperiencat e abortit

Në hulumtimet dhe implikimet psikologjike të abortit të vullnetshëm është e rëndësishme që të njohim se termi abort përfshin një shumëllojshmëri përvojash e cila nënkupton gjëra të ndryshme në femra të ndryshme. Femrat ndërmarrin aborte për një sërë arsyesh, në kohë të ndryshme të shtatzënisë nëpërmjet procedurave të ndryshme mjekësore të cilat mund të ndikojnë në përvojën e abortit. Përgjigjet e femrave pas abort

jo vetëm që pasqyrojnë kuptimin e abortit të saj por gjithashtu pasqyrojnë kuptimin e shtatzënisë e cila ndryshon në mes tyre. Femrat ndërmarrin aborte brenda konteksteve gjerësisht të ndryshme personale, sociale, ekonomike, fetare, kulturore duke formësuar kuptimet kulturore dhe stigmën lidhur me abortin. Të jetuarit në kontekste të ndryshme mund të çojnë në ndryshueshmërinë e përvojave psikologjike të femrave rreth abortit dhe eksperiencës së tyre abortuese.

7.3. Stresi dhe përballimi

Modeli i teorisë së stresit Lazarus

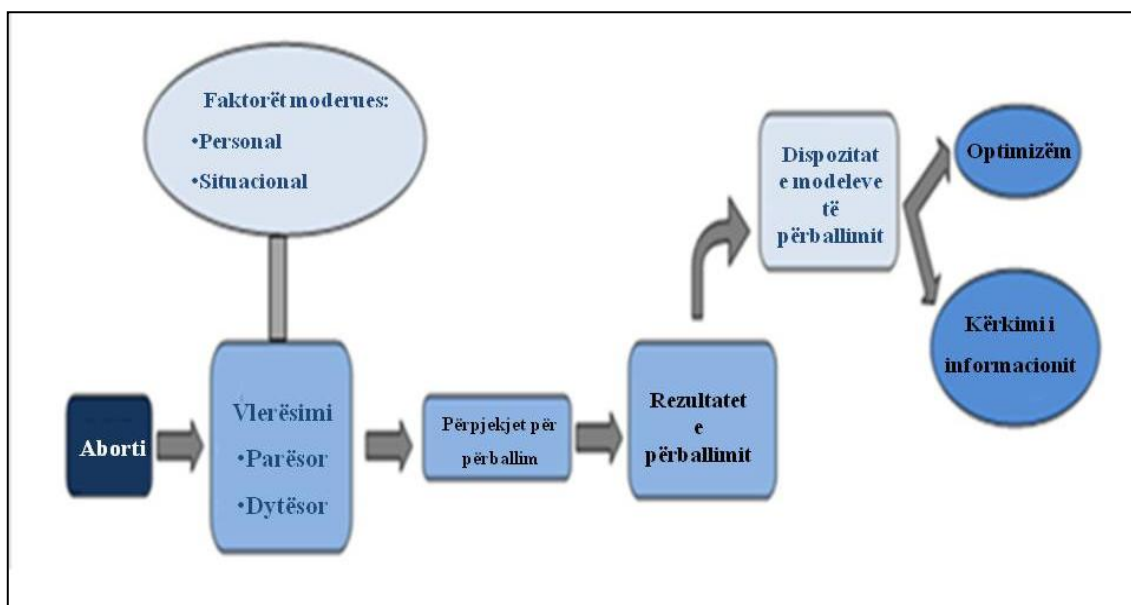


Diagrama 1

Perspektiva e stresit dhe përballjes me të (Lazarus & Folkman, 1984). Sipas saj stresi rrjedh nga ndërveprimet njeri-mjedis dhe duke pasur parasysh shumëllojshmërinë e karakteristikave mjedisore dhe individuale, nuk ka ndryshueshmëri në mënyrën se si njerëzit përjetojnë një ngjarje stres-nxitëse të tillë si aborti. Pavarësisht përdorimeve të ndryshme, katër koncepte esenciale janë gjithmonë të përfshira për të përshkruar procesin e stresit:

1. Një agjent shkakor i jashtëm ose i brendshëm, të cilin Albert Hooke e ka quajtur një peshë apo ngarkesë ndërsa të tjerët e quajnë stres apo një stresor.
2. Një vlerësim nga një mendje apo një sistem psikologjik që përbën tiparin dallues se çfarë është kërcënuese apo e dëmshme nga ajo që është e dëshiruar.
3. Proceset përballuese të përdorura nga mendja apo trupi për t'u marrë me kërkesat stresuese.
4. Një model kompleks i efekteve mbi mendjen dhe trupin, shpesh të referuara si reagim i stresit.

Në rastin e abortit stresi mund të përshkruhet si: *"Një marrëdhënie e veçantë midis personit dhe mjedisit që është vlerësuar nga individi si e lodhshme ose që tejkalon burimet e saj, duke rrezikuar në këtë mënyrë mirëqenien."* (Lazarus & Folkman, 1984, f. 19). Sipas Lazarus dhe Folkman (1984), mund të jetë e vështirë konceptualisht ndarja e ankthit në lidhje me përvojën aktuale të abortit nga ankthi i lidhur me faktorë të tjerë (p.sh., mungesa e mbështetjes së mjedisit, kujdesit të dobët mjekësor, etj.). Studiuesit më tej parashtuan se një ngjarje është përjetuar si e vështirë kur një person përjeton një mungesë të burimeve psikologjike (p.sh., aftësitë përballuese). Sipas kësaj teorie, aborti mund jetë përjetuar në mënyrë të paqëndrueshme (p.sh., pozitivisht, negativisht) dhe mund të varet nga faktorë të ndryshëm dhe ndërveprimet e tyre (p.sh., personaliteti, aftësia për të perceptuar dhe për të përballur me rrethanat).

Për të patur një kuptim të qartë të bazës teorike është e nevojshme të përcaktohen dy procese të rëndësishme që ndërmjetësojnë marrëdhëniet njeri-mjedis: vlerësimin konjitiv ose njohës dhe përballjen me të. "Vlerësimi Njohës" është procesi që përbën vlerësimin i cili përcakton se pse dhe në çfarë mase një transaksion i veçantë apo seri e transaksioneve ndërmjet personit dhe mjedisit është stresuese. Përballja është procesi

përmes të cilit individi menaxhon kërkesat e marrëdhënies njeri-mjedis që janë vlerësuar si të vështirë dhe emocionet që ata gjenerojnë. Mënyra sesi individi interpreton një ngjarje dhe ndikimi i saj në mirëqenien e tij është proces i vazhdueshëm. Domethënia e fjalës vlerësim sipas Lazarus dhe Folkman i referohet - vlerësimit primar ose vlerësimin personal të asaj se *"çfarë është në rrezik për një person"*.

Vlerësimi primar është kategorizuar si një gjykim lidhur me rastin kur individi ballafaqohet me ngjarjen si e parëndësishme, pozitive apo stresuese. Për një ngjarje që interpretohet si e parëndësishme, individi nuk mund të ketë shqetësim për rezultate të mundshme. Në vlerësimin stresues i cili është menduar si një dëm, humbje, kërcënim apo sfidë atëherë ngjarja do të ketë një efekt negativ në të ardhmen duke krijuar frikë dhe ankth si rrjedhojë një kërcënim të vazhdueshëm. Nëpërmjet vlerësimit primar, individi përballlet apo kujton një ngjarje dhe e përjeton atë si stresuese ose jo. Përgjigjet stresuese ndodhin kur një situatë është vlerësuar si e rëndësishme personalisht, e dëmshme, humbje, kërcënuese ose përgjithësisht e vështirë. Përballja, qoftë aktive apo pasive, përfshin angazhimin me ngjarjen stresuese dhe emocionet shqetësuese të mbartura nga eksperienca. *Përballimi aktiv mund të përfshijë zgjidhjen e problemeve, ndryshimin e gjendjes, duke kërkuar mbështetje ose duke ndryshuar diçka në lidhje me veten dhe për pasojë me situatën.* Përballimi pasiv mund të përfshijë, mendimin e dëshiruar, vetëfajësim apo injorim i situatës. Me kalimin e kohës transparenca e ngjarjes mund të ndryshojë mënyrën se si ngjarja nxitëse do të përjetohej më pas. Prandaj, vlerësimi, rivlerësimi dhe emocionet janë në rrjedhë dhe evoluojnë me kalimin e kohës.

Vlerësimi dytësor përcaktohet si "një proces kompleks që përbën atë vlerësim i cili merr parasysh se cilat opsione përballuese janë të disponueshme, mundësia që një opsion i

dhënë përballues do të realizojë atë që supozohet se mund të aplikojë një strategji të veçantë ose grup strategjish në mënyrë efektive" (Lazarus & Folkman, 1984, f. 53). Ky proces zhvillohet njëkohësisht brenda kontekstit të kërkesave dhe kufizimeve të tjera të brendshme dhe/ose të jashtme. Vlerësimet dytësore të përballimit të mundësive të vlerësimeve kryesore të asaj që është në rrezik, kanë ndikim reciprok mbi përcaktimin se si stresi do përjetohet dhe forcën, përmbajtjen apo cilësinë e reagimit emocional (Lazarus & Folkman, 1984, f. 53).

Edhe pse kërkesat dhe presionet prodhojnë stres për shumicën e njerëzve, dallimet individuale dhe grupore mund të identifikohen në lidhje me reagimin e dikujt dhe shkallën e stresit të përjetuar (Lazarus & Folkman, 1984). Dallimet individuale ka të ngjarë të jenë rezultat i ndjeshmërisë dhe vulnerabilitetit të personit ndaj llojeve të caktuara të ngjarjeve si dhe interpretimeve të reagimeve të personave. Për të kuptuar se si dallimet në mes reagimeve të individit ndryshojnë në kushte të ngjashme, duhet të shqyrtojmë proceset konjitive që ndërmjetësojnë në mes takimit, reagimit dhe faktorëve që ndikojnë këtë ndërmjetësim.

Vlerësimi i disa llojeve të proceseve njohëse ndërmjetësojnë reagime të cilat janë të nevojshme për të kuptuar marrëdhëniet reciproke të reaksioneve individuale. Vlerësimi njohës na ndihmon për të kuptuar marrëdhëniet reciproke ndërmjet një personi dhe karakteristikave të tyre të tilla si vlerat, angazhimet, stilet e perceptimit dhe të menduarit. Mënyra sesi një person interpreton një ngjarje dhe i jep asaj kuptim, ndikon përgjigjet sjellore dhe emocionale.

Përballja mund të shihet, si një ndryshim i vazhdueshëm i përpjekjeve konjitive dhe të sjelljes, për t'u marrë me kërkesat e jashtme dhe të brendshme (Lazarus & Folkman, 1984). Përballja është një proces, i ndryshimeve në këtë marrëdhënie e cila mund të jetë

shkak i përpjekjeve për të ndryshuar mjedisin ose përballimin nga brenda, si rrjedhojë dhe ndryshimin e kuptimit të ngjarjes ose rritjen e të kuptuarit. Çdo ndryshim në marrëdhëniet individ-mjedis do të rezultojë në një vlerësim të ri në atë që po ndodh, rëndësinë e saj dhe çfarë mund të bëhet. Kështu, procesi i përballimit ndërmjetësohet vazhdimisht nga rivlerësimet konjitive ose njohëse, të cilat janë ndërhyrëse në procesin e përballimit për shkak se ata ndjekin dhe modifikojë një vlerësim të mëparshëm.

Ka dy forma të përballimit: fokusimi tek emocionet dhe fokusimi te problemi. Të dyja janë të përcaktuara si përpjekje në menaxhimin apo ndryshimin e problemit me stresin e shkaktuar nga mjedisi pa marrë parasysh rezultatin (Lazarus & Folkman, 1984). Një lloj emocioni i fokusuar në përballjen me të, përdor shmangien, minimizimin, distancim, vëmendjen selektive, krahasimin pozitiv dhe gjetjen e vlerave pozitive nga ngjarjet negative për të ulur ankthin. Një tjetër lloj i taktikës përpiket për të rritur shqetësime emocionale për shkak se disa individë kanë nevojë të përjetojnë ankthin e tyre nëpërmjet vetëfajit apo formave të tjera vetëndëshkuese për t'u ndierë të çliruar. Në raste të tjera, individët me qëllim rrisin ankthin e tyre emocional për të fituar energji apo qartësi për veprim. Dhe së fundi, disa forma njohëse në përballjen në fokusin emocional mund të zvogëlojnë kërcënimin duke ndryshuar kuptimin e situatës por pa ndikuar atë.

Fokusimi te problemi përcaktohet si "përpjekje shpesh të drejtuara në përcaktimin e problemit, duke gjeneruar zgjidhje alternative, e cila peshon alternativat në aspektin e kostove dhe përfitimeve dhe më pas duke zgjedhur në mesin e tyre dhe duke vepruar" (Lazarus & Folkman, 1984, f. 156). Megjithatë fokusimi tek problemi ka më shumë se një qëllim për shkak se disa strategji janë të përqendruara në ndryshimin e mjedisit, ndërsa strategjitë e tjera janë të përqendruara nga brenda. Problemi dhe emocioni

fokusuar në përballjen, ndikojnë njëri-tjetrin, gjatë një takimi stresues. Ata të dyja kanë aftësinë, për të ndihmuar dhe penguar njëri-tjetrin në këtë proces përballues.

Mënyra sesi një person përballon ngjarjen ndikohet nga burimet e tij ose të saj, të cilat përfshijnë shëndetin dhe energjinë, besimet ekzistenciale, besime të përgjithshme në lidhje me vetkontrollin, angazhime, të cilat përbëjnë një pasuri motivuese që mund ta ndihmojë të vazhdojë përballjen në zgjidhjen e problemeve, ndërveprimin social, mbështetjen sociale dhe burimeve materiale (Lazarus & Folkman, 1984). Përballja është përcaktuar edhe nga kufizimet që pengojnë përdorimin e burimeve.

Kufizimet personale mund të përfshijnë të brendësuar normat kulturore apo familjare, vlerat apo besimet që diktojnë mënyra të caktuara të sjelljes si dhe defiçite psikologjike. Kufizimet mjedisore përfshijnë kërkesat që garojnë për burimet të njëjta, institucionet që pengojnë përpjekjet e përballimit. Nivelet e larta të kërcënimit biologjik si uria, etja, lëndimi, sëmundje apo abuzim fizik gjithashtu ndalojnë një person në përdorimin efektiv të burimeve.

Sipas Lazarus dhe Folkman (1984), mund të jetë e vështirë për të konceptuar të ndarë ankthin në lidhje me përvojën aktuale të abortit nga ankthi i lidhur me faktorë të tjerë si p.sh. mungesa e mbështetjes mjedisore, kujdesit të dobët mjekësor, etj. Më tej parashtron se një ngjarje është përjetuar si e vështirë kur një individ përjeton një mungesë të burimeve psikologjike p.sh. aftësitë përballuese. *Sipas kësaj teorie, aborti mund jetë përjetuar në mënyrë të paqëndrueshme pozitivisht apo negativisht dhe kjo mund të varet nga faktorë të ndryshëm dhe ndërveprimet e tyre p.sh. personaliteti, aftësia për të përceptuar rrethanat etj.* Nga ky këndvështrim, shtatzënia e padëshiruar dhe aborti me zgjedhje shihen si ngjarje të jetës, potencialisht të vështira që paraqesin

sfida dhe vështirësi, por jo domosdoshmërisht çojnë në pasoja negative afatgjatë (Adler et al., 1992).

7.4. Modeli social-kulturor i abortit / modeli i dhunimit të normave

Skema e modelit social-kulturor



Diagrama 2

Një teori e dytë e rregullimit të abortit është quajtur "Modeli i dhunimit të normave" (Miller, 1992) ose "Modeli i kontekstit social-kulturor" (Major et al., 2009). Ky model tregon se konteksti social-kulturor në të cilin një femër jeton mund të ketë një ndikim të madh në përgjigjen e saj psikologjike pas ndërprerjes së shtatzënisë. Në mënyrë të veçantë (Major et al., 2009, f. 867) theksuan se "nga perspektiva socio-kulturore, praktikat sociale dhe mesazhet që stigmatizojnë femrat që kanë aborte mund të kontribuojnë drejtpërdrejt në negativitetin psikologjik pas-abort". Sipas (Miller, 1992) këtu përfshihen ndjenjat e fajit, turpit, ankthit dhe keqardhjes. Studiuesit sugjerojnë se kur stigma brendësohet, individë të marginalizuar përvetësojnë stereotipe negative të mbajtura nga shoqëria (p.sh. në rastin e abortit, femrat që kanë aborte janë të pamoralshme, mëkatore apo të papërgjegjshme), janë veçanërisht të ndjeshme ndaj rezultateve negative në vijim të abortit. Një profesori i vetëmbushur është krijuar shpesh nga kontekstet sociokulturore e cila sugjeron se femrat (medeomos) duhet apo do të ndihen keq pas një aborti ose se ato nuk do të jenë në gjendje për t'u përballuar në

mënyrë efektive me pasojat emocionale (Major et al., 2009). Nga ana tjetër, mjediset socio-kulturore që mbështesin vendimin e një femre që të ketë një abort si në nivel shoqëror dhe gjithashtu në kuadër të sistemeve më intime të mbështetjes sociale mund të jetë mbrojtëse kundër rezultateve negative psikologjike.

7.4.1. Aspekti politik dhe fetar i shoqërisë

Një nga faktorët, që kontribuon në ankthin e përjetuar nga aborti i vullnetshëm është se çështja merr ndjeshëm vëmendjen nga aspekti politik dhe fetar i shoqërisë (Cozzarelli et al., 2000, Major, 2003; Rubin&Russo, 2004). Pra mënyra se si kultura jonë koncepton abortin rrjedh prej qëndrimeve me origjinë nga sistemet politike, ekonomike, mjekësore dhe morale. Këto sisteme ndikojnë në atë se si kultura e sheh abortin dhe nëse është apo nuk është një çështje e të drejtave të njeriut, një çështje e moralit etik apo një rrezik mjekësor i shëndetit fizik dhe mendor të femrave.

7.4.2. Sekreti i Abortit

Si pasojë e “dhunimit të normave” femrat e heshtin abortin e tyre.

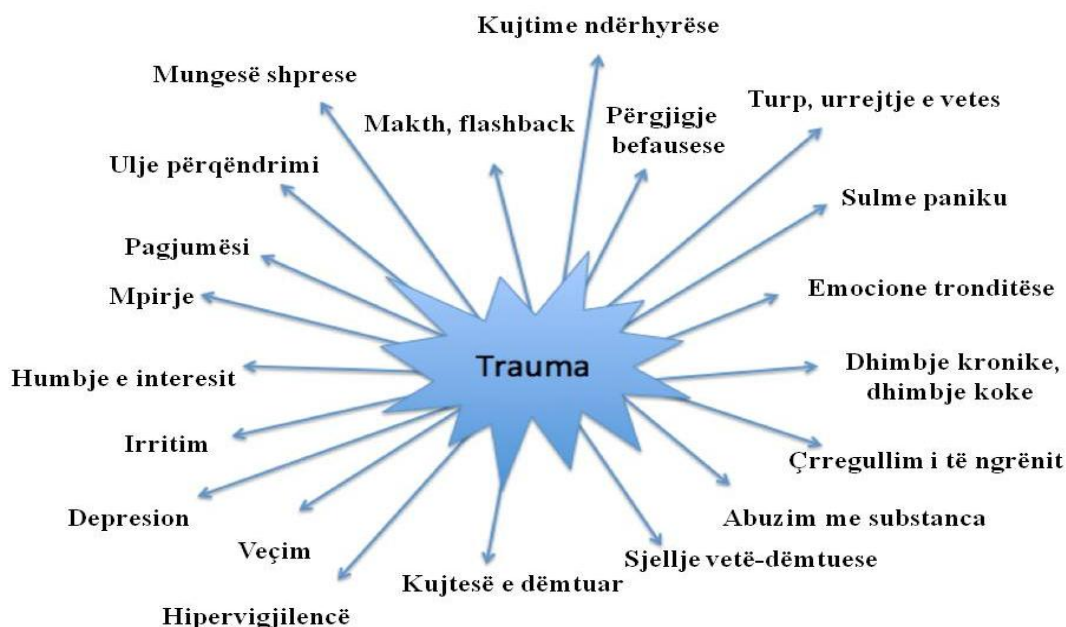
Trybulski në një studim afatgjatë të eksperiencave pas-abort gjeti se shumica e 17 të intervistuarave fshehnin abortin e tyre për shkak të turpit ose frikës nga reagimet negative nga familjarët dhe shokët. Rritja e sekretit, sipas studimit, ndikon në zhvillimin e shtypjes së mendimit, një rritje në mendime ndërhyrëse dhe rënie në hapjen emocionale. Në mënyrë të ngjashme, në një studim ndërsektorial i 797 grave që iu nënshtruan abortit në SHBA, ky fenomen është emërtuar si "konsumatori i heshtur". Femrat që nuk mund të flasin për përvojat e tyre pësojnë trazira më të mëdha emocionale sesa ato që janë të lejuara të flasin hapur. Ato kanë gjasa për ta heshtur veten e tyre dhe të fshehim mendimet dhe ndjenjat për përvojat e tyre ndaj abortit

(Major&Gramzow, 1999). Në momentin që aborti është referuar si vrasje, kur mediat dhe udhëheqësit tanë politikë/fetarë përqendrohen në abortin si një çështje shumë e rëndësishme që përcakton gjykim të dobët moral, këto femra mund të ndihen të shqetësuara nga përvoja (Cozzarelli et al., 2000). Edhe kur një femër është duke vepruar brenda vlerave dhe kodit të vet moral, ajo mund të ndihet e turpëruar nga shoqëria në përgjithësi dhe për këtë arsye ngurron në kërkimin e mbështetjes nga të tjerët. Siç është përshkruar më herët në këtë punim, mungesa e përkrahjes emocionale mund të çojë në ankth pas abort.

7.5. Modeli i traumës

Skema e modelit të traumës

Diagrama 3



Pjesa më e madhe e literaturës psikologjike vitet e fundit është fokusuar për të provuar ose hedhur poshtë premisën se aborti çon në pasoja psikologjike negative. Këto përpjekje janë të bazuara kryesisht në hipotezën e cila është përhapur zakonisht në

media dhe politikë, që duke pasur një abort është një ngjarje e natyrshme traumatike sepse ajo përfshin një përvojë njerëzore siç është vdekja. Veçanërisht sipas (Major et al., 2009, f. 866) kemi të bëjmë me shkatërrimin e qëllimshëm të jetës së fëmijës së palindur dhe qenien dëshmitare në një vdekje të dhunshme dhe më keq akoma një shkelje e instinktit prindëror dhe përgjegjësisë, shkëputjen e atashimit të nënës ndaj fëmijës së palindur si dhe brengosjen e mbetur pa përgjigje. Një shtrirje e kësaj hipoteze ka udhëhequr disa studiues për të zhvilluar idenë e "sindromës post-abort". Sindroma pas abort (PAS) është një formë e çrregullimit të stresit post-traumatik (PTSD) e cila është një funksionim i përvojës traumatike të abortit ku përfshihen: ripërsëritja e traumës, shmangia apo mohimi, pagjumësia dhe një shumëllojshmëri e emocioneve negative (Shoqata Amerikane e Psikologëve, 2000; Spekhard&Rue, 1992). Organizatat anti-abort apo pro-jetës e favorizojë këtë interpretim të përvojës së abortit duke promovuar ekzistencën e saj dhe përhapjen e literaturës psikologjike. Sipas (Major et al., 2009) literatura e përdorur në mbështetjen dhe zhvillimin e këtij Sindromi është kritikuar duke arsyetuar në qenien e njëanshme. Studimet ishin fokusuar në femrat me aborte afatgjata dhe nuk përfaqësonin trimestrin e parë të abortit me zgjedhje. Më shumë diskutim i hollësishëm do të paraqitet më poshtë.

7. 5.1. Koncepti i traumës

Trauma ndikon në rritjen e rrezikut të shëndetit mendor dhe fizik duke përfshirë: përdorimin e substancave, alkoolit, depresion, pirja e duhanit, çrregullime gjumi, ankth, vetvrasje, aktivitet problematik seksual, pasivitet fizik, obezitet, sëmundjet kardiale të zemrës, sëmundje kronike të mushkërive, kancer, fraktura skeletore, hepatit, diabet. Roli psikologjik i traumës si një faktor etiologjik në çrregullimet mendore është

parashikuar nga Janet, Freud dhe Breuer në shek. XIX. Në psikologjinë klinike që një ngjarje të jetë traumatike duhet të ketë një stresor të identifikueshëm të ngjarjes i cili e tejkalon kapacitetin e përshtatjes së një individi. Përballja e pasukseshme me traumën shkakton:

- Paaftësi për të procesuar dhe për të zgjidhur ndjenjat apo eksperiencat që mposhtin aftësinë e përballjes.
- Preokupim të pavullnetshëm me incidentët traumatikë sepse dhimbja mund të shkaktojë ndjenja të pafuqisë dhe të frikës gjatë përpjekjes për t'i dhënë kuptim asaj dhe arritjes së kontrollit mbi të.
- Shmangia nga njërëzit, ngjarjet që evokojnë kujtimet e ngjarjes traumatike, tërheqje nga të dashurit, miqtë apo veprime të cilat sigurojnë lehtësim.
- Përpjekje e pasuksesshme për të shmangur mbingarkesën ndijore dhe atë emocionale.
- Zhvillimi i modeleve jofunksionale të cilat mund të sjellin lehtësim afatshkurtër apo dëmtim afatgjatë.
- Paaftësia për të qenë të pranishëm, të përqendruar dhe të angazhuar duke përjashtuar aftësinë ripërtëritëse dhe përshtatëse.

Sipas Van Der Kolk, B. (2000) PTSD Stresi Post Traumatik i plotë apo i pjesshëm mund të zhvillohet dhe është në vetvete një manifestim individual paaftësie, i cili mund të përfundojë me incident traumatik.

Natyrisht jo të gjitha ngjarjet e dhimbshme janë traumatike. Por trauma fillon me mënyrën se si njerëzit e perceptojnë, një proces njohës dhe emocional identifikuar si vlerësim i dikujt. Shoqata Amerikane e Psikiatrisë (1994), Manuali i Çrregullimeve Mendore IV (DSM-IV) identifikon dy kritere të një stresori traumatik:

- (A1) Ngjarja traumatike "përfshin vdekjen aktuale ose të kërcënuar apo lëndime të rënda ose një kërcënim të integritetit fizik të vetes apo të tjerëve";
- (A2) Përgjigjja e individit duhet të përfshijë një reagim të thellë emocional të tillë si: Frikë, pafuqi apo tmerr" (f. 427-8). Ajo që vlen të përmendet në këtë përkufizim klinik të traumave është humbja e jetës, kërcënimi për jetën.

Kriteret e DSM-IV fokusohen qartë në vdekje apo lëndim serioz dhe jo në ngjarje zhgënjyese, stresuese, trishtim apo vështirësi.

Në vitin 2006, David Fergusson dhe kolegët e tij shqyrtuan historinë e abortit gjatë një periudhe 25-vjeçare për femrat e reja nga mosha 15-25 vjeç. Ata arritën në përfundimin që: "Hulumtimi i pranishëm ngre mundësinë që për disa femra të reja, ekspozimi ndaj abortit është një ngjarje traumatike e jetës e cila e rrit sensibilitetin afatgjatë për çrregullime të zakonshme mendore" (f.22). Natyra traumatike e abortit është raportuar gjithashtu nga Bradshaw&Slade (2003) dhe Miller (1998).

Aborti është përcaktuar në mënyrë tipike si "ndërprerje e shtatzënisë", "në krahasim me" ndërprerjen e jetës së fetusit. Sipas (Slade et al.,1998), femrat që zgjedhin abortin dhe që e shikojnë fetusin e vdekur më pas kanë më shumë gjasa të përjetojnë simptoma pastraumatike të ndërhyrjes. Edhe pse aborti nuk mund të shihet si një kërcënim serioz për jetën ose integritetin fizik të një femre, "pasojat ndaj fetusit janë të pamohueshme" (Koop, 1989, f. 203).

Femra të tjera mund të raportojnë perceptimin e lëvizjes së fetusit, ndiejnë vdekjen ose panik nga ana e fetusit apo shikimin ose kontaktin me pjesë të tij, aspekt ky i traumës së abortit (Selby, 1990, Spekhard, 1987). "Sipas Dykes, Slade dhe Horwood (2010)" femrat raportnin se e dinin që aborti ishte "gjëja e drejtë për t'u bërë" por që tashmë procesi mbart një vetëperspektivë negative e etiketuar si "i keq" ose "fajtor". Shoqata

Psikologjike Amerikane (2008) ka pranuar se kornizat e shumta konceptuale ndihmojnë në ekzaminimin e abortit dhe të shëndetit mendor, duke përfshirë stresin dhe perspektivën e përballimit të traumave.

Sipas Carll, E. (2007), Trauma në psikologji fokusohet në natyrën e saj nga perspektiva e viktimës dhe shqyrton ndërhyrjet e menjëhershme, afatshkurtër, afatgjatë ose përgjigje të vonuara traumatike të shkaktuara nga një ngjarje e vetme, e vazhdueshme apo më afatgjatë.

Rue (1991, 1995) dhe Spekhard&Rue (1992) parashtuan se përvoja traumatike e abortit mund të çojë në probleme serioze të shëndetit mendor përgjatë një vazhdimësie të lëndimit nga çrregullime të përshtatjes në çrregullime psikotike dhe të vetëvrasjes. Rue origjinalizoi termin sindromë post-abort (PAS) si një lloj i çrregullimit të stresit post-traumatik (PTSD). Sipas Spekhard&Rue (2012) aborti është i aftë për të vepruar si një stresor traumatik duke përgjithësuar natyrën e trishtimit dhe përgjigjet e traumave, të cilat janë universale për ato që përjetojnë stresin pas-abort.

7.5.2 PTSD dhe Aborti

Të dhënat empirike nëse ekziston një lidhje ndërmjet abortit dhe simptomave të PTSD-s, janë grumbulluar gjatë viteve të fundit nga (Bradshaw&Slade, 2003; Mufel et al., 2002; Rue et al., 2004; Suliman et al., 2007; Coleman et al., 2009). Vlerësohet se 12-20% e femrave me një histori të abortit mund të përmbushin kriteret e plota diagnostikuese për PTSD, me përqindje të konsiderueshme të femrave që kanë përjetuar disa simptoma të traumës, por jo të gjitha kriteret e plota të saj (Rue et al., 2004; Suliman et al., 2007; Coleman et al., 2009). Duhet përmendur që edhe kur kriteret e

plota nuk janë përmbushur, simptoma të PTSD paraqesin rrezik për dëmtim psikologjik dhe ide vetëvrasëse (Marshall et al., 2001).

Për disa femra të reja, ekspozimi ndaj abortit është një ngjarje traumatike e jetës e cila rrit ndjeshmërinë afatgjatë ndaj çrregullimeve të zakonshme mendore (Fergusson et al., 2006). Duke përdorur të dhënat nga Anketa Kombëtare Comorbidity të SHBA-së, Coleman, Coyle, Shuping&Rue (2011) raportuan një rritje prej 95% të rrezikut të femrave ndaj PTSD-së pas abortit në krahasim me femrat që nuk kishin një histori aborti. Kersting dhe kolegët e tij (2005) arritën në përfundimin se pas një aborti, një shkallë e qëndrueshme përgjigjeje ndaj stresit post-traumatik është akoma e dallueshme disa vite pas ngjarjes dhe se kjo shkallë e pikëllimit nuk ndryshon nga ajo e femrave 14 ditë pas abortit.

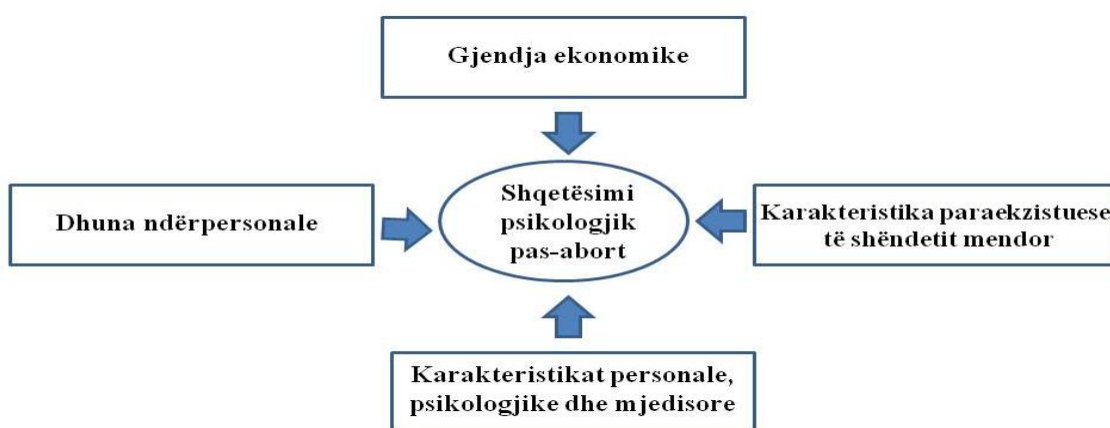
Borins&Forsythe (1985) kanë gjetur se aborti dhe trauma lidhen në mënyrë të konsiderueshme. Në një mostër në Bjellorusi, Spekhard&Mufel (2003) kanë raportuar se 50% e grave që kishin abortuar plotësonin kriteret e pragut për PTSD.

Në një krahasim të femrave amerikane dhe ruse me një histori të abortit, PTSD është më e përhapur në femrat amerikane sesa ruse (Rue, Coleman, Rue&Reardon, 2004). Në dy studimet franceze, deri në 5% e femrave që kanë përjetuar një abort, raportuan çrregullim të stresit post-traumatik PTSD (Denis et al., 2011), dhe 38% e femrave në një tjetër studim, raportuan të njëjtat simptoma të PTSD gjashtë javë pas abortit (Rousset et al., 2011).

Duhet patur parasysh që PTSD zhvillohet ndryshe nga personi në person. Simptomat e PTSD-së më së shumti zhvillohen në orët ose ditët e para pas ngjarjes traumatike. Ato ndonjëherë mund të marrin javë, muaj apo edhe vite para se të shfaqen. Simptomat mund të jenë: shmangia e aktiviteteve, vendeve, mendimeve apo ndjenjave që kujtojnë

ngjarjen, paaftësia për të kujtuar aspekte të rëndësishme të ngjarjes, humbja e interesit në aktivitete dhe jetën në përgjithësi, ndjenja e shkëputjes nga të tjerët dhe emocionalisht e mpirë, ndjenja e një të ardhme të kufizuar, rritja e ankthit dhe zgjimit emocional, vështirësia e gjumit, nervozizëm apo shpërthime të zemërimit, vështirësia e përqendrimit, hipervigilence, faj, turp apo vetëfaj, abuzim me substanca, ndjenja e mosbesimit dhe tradhtisë, depresion, mendime dhe ndjenja vetëvrasëse.

7.6. Modeli i rrezikut të faktorëve të përbashkët



Skema e modelit të rrezikut të faktorëve të përbashkët

Diagrama 4

Modeli i rrezikut të faktorëve të përbashkët propozon se shumica e marrëdhënieve ndërmjet abortit dhe ankthit psikologjik shpjegohet nga faktorë të tretë të cilët rrisin gjasat që një femër do të ketë abort dhe se ajo do të përballet me probleme shëndetësore psikologjike në vijim (Steinberg&Finer, 2011). Me fjalë të tjera, kjo teori thekson se vetë përvoja e abortit nuk çon në shqetësim psikologjik, por karakteristikat themelore personale, psikologjike dhe mjedisore, dhuna ndërpersonale në veçanti,

varfëria dhe gjendjet para-ekzistuese të shëndetit mendor janë shkak i shqetësimit psikologjik pas-abort. Këto faktorë të njëjtë sistemik tregojnë ndikimin e tyre në rritjen e rrezikut në mes shtatzënisë dhe abortimit si dhe rritjen e rrezikut në problemet e shëndetit mendor. Fëmijët që rriten në lagjet e varfra janë më të rrezikuar nga shtatzënitë në adoleshencë, abuzimi me substanca, obezitet, pirje e duhanit dhe braktisja e shkollës, të cilët janë faktorët e rrezikut për probleme psikologjike (Mather & Rivers, 2006; Messer, Kaufman, Dole, Savitz&Laraia, 2006). Ekspozimi ndaj dhunës në familje gjithashtu është një parashikues i fortë dhe i mirë-dokumentuar i problemeve fizike dhe të shëndetit mendor, duke përfshirë vetëvrasje, çrregullime të stresit post-traumatik, depresion dhe abuzim me substanca (Golding, 1999, A meta-analysis and Review), cituar nga Mental Health and Abortion (2008).

7.6.1 Shqetësimi psikologjik para-abort

Çështjet para-ekzistuese të shëndetit mendor mund të parashikojnë një përgjigje më të vështirë për abortin (Russo&Dabul, 1997). Një ndikim negativ në mirëqenien psikologjike pas abort shpesh lidhet me shëndetin mendor të komprometuar të femrës para ose gjatë shtatzënisë. Për shembull, stresi shoqëron shtatzëninë e paplanifikuar e cila shpesh kërkon vendimmarrje të vështirë dhe rivlerësim të vendimeve personale etike që mund të shkaktojnë përmbysje të konsiderueshme emocionale (Russo&Zierk, 1992; Major, Richards, Cooper, Cozzarelli&Aubek, 1998).

Studimet tregojnë se kur femrat raportojnë vetëbesim të lartë përpara abortit, ato kanë më shumë gjasa që të kenë ndjenja pozitive pas përfundimit të një shtatzënie të paplanifikuar apo e padëshiruar (Major et al., 1998). Vetëvlerësimi i shëndetshëm në përgjithësi do të thotë kur një individ ndihet i sigurt, funksionon në bazë të një identiteti pozitiv dhe beson gjykimin e saj. Kur një femër është e fortë në bindjet e saj,

beson në gjykimin e saj, ushtron pushtetin dhe lirinë për të marrë vendime për riprodhimin, që janë në interesin e saj më të mirë.

Si rrjedhojë ka më pak të ngjarë që të përjetojë efekte anësore nga aborti (Adler et al., 1990, Cozzarelli, Sumer&Major, 1998, Major et al., 1998; Russo&Zierk, 1992). Femrat që luftojnë me depresion, ankthin, ndjenjat e inferioritetit apo që përjetojnë një mungesë të vetëkontrollit, në përgjithësi kanë një kohë të vështirë në përballjen me çdo lloj sfide (Major et al., 1998; Teichman et al., 1993).

Një studim nga Russo&Denious (2001) ka gjetur se incidenca e dhunës në familje ka qenë më e lartë në jetën e individëve të abortit. Femrat që kanë vuajtur nga dhuna në jetën e tyre janë të kushtëzuara nga ndjenja të pafuqisë, të cilat mund të kenë një efekt negativ në aftësinë për të marrë vendime të bazuara në opinionet dhe vlerësimet e tyre. Ndjenja e pafuqisë që rrjedh nga ekspozimi ndaj dhunës në familje mund të kontribuojë në simptomat e ankthit dhe depresionit. Stresi në përballimin me një ngjarje të vështirë të jetës të tillë si aborti do të jetë më e vështirë për një femër që vuan nga shëndeti mendor i komprometuar i cili rezulton nga të jetuarit në një mjedis shtypës të brendshëm.

7.7. Modeli i sistemeve familjare Bowen

Teoria Bowen fillon me premisën se: konteksti i familjes duhet të jetë njësi themelore e studimit për të kuptuar qeniet njerëzore.

Skema e modelit të sistemit familjar

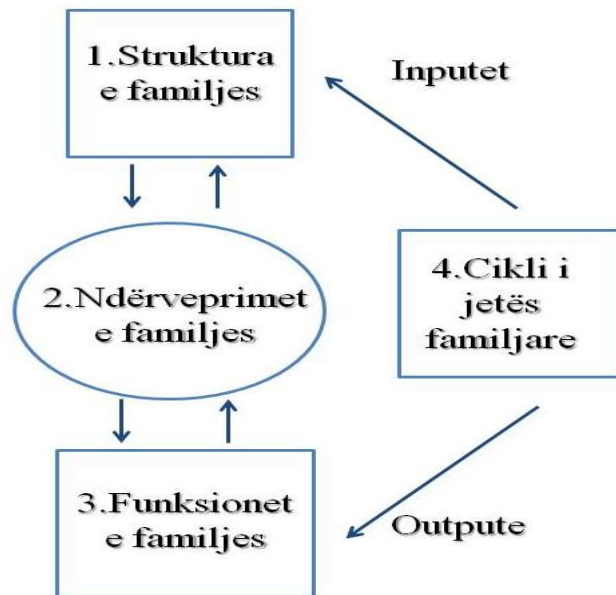


Diagrama 5

Ky model i sistemeve familjare është një teori e sjelljes njerëzore që sheh familjen si një njësi emocionale duke përdorur sistemet e të menduarit për të përshkruar ndërveprimet komplekse brenda kësaj njësie. Kjo është natyra e një familjeje ku anëtarët e saj janë të lidhur intensivisht nga ana emocionale me njëri-tjetrit. Shpesh njerëzit ndihen të largët ose të shkyçur nga familjet e tyre, por kjo është më shumë ndjenjë sesa një fakt. Anëtarët e familjes në mënyrë të thellë ndikojnë mendimet, ndjenjat dhe veprimet e njëri-tjetrit. Shpesh duket sikur njerëzit janë duke jetuar nën të njëjtën "lëkurë emocionale." Njerëzit kërkojnë vëmendjen e njëri-tjetrit, miratimin dhe mbështetje si dhe reagojnë ndaj nevojave të njëri-tjetrit. Lidhshmëria dhe ndërlidhja çojnë në funksionimin e anëtarëve të familjeve të cilët janë të ndërvuar. Ndryshimi në funksionimin e një personi është i ndjekur në mënyrë të parashikueshme dhe me ndryshimet reciproke në funksionimin e të tjerëve. Sistemi emocional ndikon në

aktivitetin njerëzor dhe është forca kryesore shtytëse në zhvillimin e problemeve klinike. Njohuritë se si sistemet emocionale veprojnë në familjen e dikujt, punën si dhe në sistemet e tjera sociale zbulojnë mundësi të reja dhe më efektive për zgjidhjen e problemeve në secilën prej këtyre fushave.

Ndërvarësia emocionale mesa duket, ka evoluar për të promovuar vazhdimësinë, kështu që familjet bashkëpunuese kërkojnë mbrojtjen e saj duke u kujdesur për anëtarët e tyre. Tensioni i rritur megjithatë mund të intensifikojë këto procese që promovojnë unitetin dhe punën në grup, gjë e cila mund të çojë në probleme. Kur tek anëtarët e familjes është prezent ankthi, ky emocion mund të përshkallëzohet në mesin e tyre. Në momentin që ankthi vazhdon të rritet me intensitet lidhshmëria emocionale e anëtarëve të familjes bëhet më tepër një aspekt i vështirë sesa inkurajues. Përfundimisht një ose më shumë anëtarë do të ndjehen të zhytur plotësisht të izoluar ose jashtë kontrollit. Këta janë ata njerëz të cilët përpiqen për të akomoduar të tjerët në uljen e tensionit duke marrë më shumë përgjegjësi për gjendjen ankthioze të tyre. Një akomodim i tillë "thith" ankth duke u ekspozuar kështu ndaj problemeve si: depresioni, përdorim substancash, superaktivitet apo duke u bërë pre e sëmundjeve fizike apo çrregullimeve psikologjike. Kjo teori është një përshtatje e përsosur për të kuptuar aspektet e shëndetit mendor të abortit. Fokusi i përgjithshëm mbi sistemin e familjes është mjaft i dobishëm kur diskutojmë këtë temë aktuale. Teoria Bowen bazohet në natyrën e dyfishtë të marrëdhënieve njerëzore, si këto marrëdhënie mund të ndikojnë ose të ndikohen nga ngjarjet e jetës. Në kushtet e kësaj teorie, aborti do të jetë një ngjarje e tillë e jetës dhe për këtë arsye kjo çështje është e dobishme për t'u menduar në marrëdhënie me kontekstin e abortit.

Sipas Bowen, ndjenjat ankthioze të abortit shfaqen në dy lloje kryesore: ankth akut dhe kronik (Kerr dhe Bowen, 1988). Ankthi akut mund të përshkruhet si një përgjigje ndaj një kërcënimi të vërtetë, është në kohë i kufizuar dhe është më pak problematik (Kerr dhe Bowen 1988). Ankthi kronik nga ana tjetër, është një përgjigje ndaj një kërcënimi të imagjinuar dhe nuk është i kufizuar në kohë. Shpesh, ankthi kronik tejkalon aftësinë e një personi për t'u përshtatur me të, duke u përceptuar si "i mësuar" nga dikush në familjen e origjinës dhe që ndikohet nga shumë aspekte relacionale, në vend që të "shkaktohet" nga një gjë specifike (Kerr&Bowen). Shpesh, përgjigjet problematike brenda një familjeje janë formuar nga një përpjekje për të ulur ose për të pakësuar ankthin kronik (Kerr&Bowen, 1988).

"Aftësia për të qenë në kontakt emocional me të tjerët, por edhe autonom në funksionimin e vet emocional është thelbi i konceptit të diferencimit" (Kerr&Bowen, 1988). "Trazimi ose mungesa e diferencimit është kur zgjedhjet individuale janë vendosur mënjane në shërbim të arritjes së harmonisë ndaj sistemit" (Brown, 1999).

Një nga idetë kryesore është ideja e dyfishtë e diferencimit, e cila fokusohet në dy aspekte, aspekti intrapsikik dhe ndërpersonal (Kerr dhe Bowen, 1988). Diferencimi mund të shihet si një ndjekje gjatë gjithë jetës: "duke luftuar për të mbajtur një gjë të tillë, është të qenit në ekuilibër përmes proceseve të jashtme dhe të brendshme reciproke të vetëpërcaktimit dhe vetërregullimit" (Friedman, 1991, f.140). Në nivel intrapsikik, diferencimi i referohet ndarjes së mendimeve nga ndjenjat. Një person i diferencuar është i aftë të reflektojë për të dyja aspektet, si ndjenjën e fortë shoqëruese ashtu dhe mendimin logjik. Aspekti ndërpersonal i diferencimit fokusohet në aftësinë e një personi për të dalluar veten nga të tjerët. Me fjalë të tjera, njerëzit shumë të diferencuar janë në gjendje të bëjnë dallimin jo vetëm nga mendimet e tyre nga ndjenjat e tyre, por

edhe mendimet dhe ndjenjat e tyre krahasuar nga ato të dikujt tjetër (Kerr dhe Bowen, 1988). Për shembull, femra që po përjeton një kohë të vështirë pasi ka kaluar një abort të vullnetshëm do të karakterizohet si e diferencuar nga mendimet e të tjerëve ose do të jetë shumë e përlur.

7.8. Humbje e paqartë/dykuptimtë

Skema e modelit të humbjes së paqartë

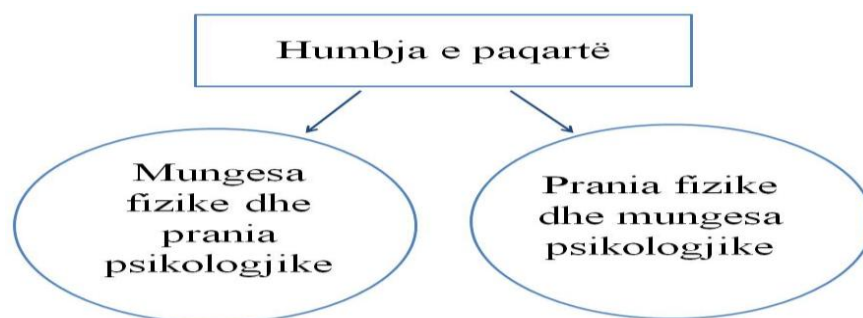


Diagrama 6

Humbja e paqartë ofron një perspektivë të ndryshme mbi arsyen pse disa femra duket se e përjetojnë më negativisht abortin e tyre dhe arsyeja pse te disa të tjera nuk ndodh ky përjetim. Humbja e dykuptimtë është përcaktuar si një humbje që është përjetuar në të njëjtën kohë, si në mungesë por dhe e pranishme (Boss, 1999). Kjo është shpesh një humbje që vijon e pazgjidhur dhe mund të jetë veçanërisht shkatërruese për shkak se ajo është e paqartë dhe e papërcaktuar, pa asnjë pikë të qartë në fund (Boss, 1999). Sa më e madhe dykuptimësia apo paqartësia rreth një humbjeje, aq më e vështirë bëhet menaxhimi i vetes dhe suksesi në të ardhmen. Një situatë që shkakton një shkallë të lartë paqartësie do të ishte një mungesë si fizike ashtu dhe pranie psikologjike

Cacciatore, De Frain&Jones (2008) siç do të ishte rasti me abortin. Një humbje e pazgjidhur mund të çojë në depresion, ankth dhe konflikt familjar (Boss, 1999).

Humbja e dykuptimtë është një humbje e paqartë që vazhdon pa zgjidhje. Kjo është një këputje relacionale që mund të jetë fizike ose psikologjike. Kroniciteti dhe kompleksiteti i humbjes së paqartë mund të krijojnë simptoma që mund të interpretohen sipas çrregullimeve psikologjike të tilla si: depresioni apo çrregullime të vazhdueshme komplekse të cilat mund të shfaqen në periudhën e pikëllimit.

7.8. Përmbledhje e modelit teorik

Pesë perspektivat e e përmbledhura më sipër mund të jenë mënyra plotësuese për të kuptuar shkaqet e përvojës psikologjike të femrave e abortit. Perspektiva e parë e konsideron abortin si një ngjarje të jetës stresuese të ngjashme me problematikat e jetës që një femër mund të përjetojë. Sipas kësaj perspektive, femrat do të ndryshojnë dukshëm në mënyrën se si ato vlerësojnë, përballen dhe përshtaten me shtatzëninë e padëshiruar dhe abortin, ashtu si njerëzit ndryshojnë shumë në atë se si ata i përgjigjen llojeve të tjera të ngjarjeve stresuese të jetës. Këndvështrimi i stresit dhe përballjes në këtë mënyrë, nuk e përjashton mundësinë që disa femra mund të përjetojnë përvoja të rënda negative psikologjike në vijim të abortit, por këto reagime në vlerësimet e këtyre femrave kanë të bëjnë me mënyrën se si ato përballojnë procesin si dhe me faktorët personalë dhe socialë që i formësojnë ato dhe jo natyra e vetë ngjarjes.

Në kontrast, perspektiva e dytë sugjeron se për shkak të karakteristikave të tij unike, aborti ka të ngjarë të jetë përjetuar si ngjarje traumatike nga shumica e grave. Kështu, në kontrast me këndvështrime të tjera të diskutuara kjo kornizë posaçërisht sugjeron se shumica e femrave do të kenë përvoja negative psikologjike të mëvonshme për abortin.

Perspektiva social-kulturore thekson se përvoja psikologjike të abortit janë formuar nga kontekstet e drejtpërdrejta dhe të gjëra sociokulturore, brenda së cilës ndodh aborti. Nga ky këndvështrim, mesazhe sociale dhe kulturore që stigmatizojnë femrat që kanë aborte përcjellin mesazhin se femrat që kanë aborte do të ndjehen keq, gjë e cila mund të vet-sjellë përvoja negative psikologjike. Në kontrast me të mesazhet sociale dhe kulturore që normalizojnë përvojën e abortit dhe që përçojnë pritshmëritë dhe elasticitetin mund të japin efektin e kundërt.

Perspektiva e rrezikut të faktorëve të përbashkët thekson se, kushtet paraekzistuese dhe/ose në vazhdim mund të jenë shkak për ndryshimet në shëndetin mendor apo sjelljet problematike të vëzhguara mes grave që kanë pasur abort. Shtatzënia e padëshiruar dhe aborti janë të lidhura me gjendjen paraekzistuese ose kushte të vazhdueshme p.sh. varfëria, rrethanat e jetës p.sh. ekspozimi ndaj dhunës, sjelljet probleme p.sh. përdorimi i drogës, dhe karakteristikave të personalitetit p.sh. stili i shmangies dhe përballimit me emocion negativ që mund të ketë efekte të thella dhe afatgjata negative në shëndetin mendor. Këto kushte mund të predispozojnë femrat që të mbulojnë shtatzënitë e padëshiruara dhe abortin si dhe të kenë efekte negative në shëndetin mendor të tyre. Nga ky këndvështrim shëndeti mendor dhe sjelljet problematike të vëzhguara pas-abort janë shpesh një efekt anësor i kushteve dhe karakteristikave që i kanë paraprirë apo bashkëjetojnë me shtatzëninë e paplanifikuar/padëshiruar dhe abortin.

Perspektiva e pestë (modeli Bowen) fokusohet në kontekstin e familjes e cila duhet të jetë njësia themelore e studimit, për të kuptuar bashkëveprimin e qenieve njerëzore. Pas disa vitesh duke vëzhguar ndërveprimet mes familjarëve, Bowen kuptoi se sjellja individuale shpesh përcaktohej më pak nga mendësitë individuale dhe më shumë nga

mendësitë e familjarëve. Konteksti i marrëdhënieve sjell rrjedhje apo zhvendosje të ankthit dhe emocioneve të tjera në mesin e anëtarëve të familjes. Ai mendonte se çdo anëtar i familjes nxjerr identitetin e tij ose të saj, kryesisht nga përfshirja në kuadër të sistemit të marrëdhënieve të familjes model i cili lidhet dhe me përjetimet e abortit.

Perspektiva e fundit e punimit është ajo e humbjes së paqartë. Sipas Boss (1999) humbja e paqartë prek njerëzit në mënyra të ndryshme dhe ka kapacitet për të shfaqur pikëllimin edhe duke pasur mundësi përballuese. Edhe pse ambivalenca është një përvojë e zakonshme në përvojën e abortit të vullnetshëm, ajo nuk duhet të nënvlerësohet duke qenë se është një nga përcaktueset më të rëndësishme për çrregullime psikologjike të cilat mund të shfaqen në vitet pas-abort.

KAPITULLI VIII : FEMRAT NË RREZIK TË PROBLEMEVE TË SHËNDETIT MENDOR PAS - ABORT

8.1. Të dhënat nga studime rreth faktorëve të riskut

Studimet formale rreth psikologjisë së abortit të vullnetshëm kanë marrë një vrull të konsiderueshëm gjatë dekadave të fundit, por në të njëjtën kohë dhe ashpërsia e studimeve shkencore të publikuara është rritur në mënyrë dramatike (Bradshaw&Slade, 2003; Coleman, 2011). Hulumtimet e mëposhtme kanë të bëjnë me faktorët e lidhur me pasojat psikologjike negative të rrezikut pas-abort të përmbledhura në literaturën që lidhet me sfidat relacionale pas-abort.

Kërkimet ndërmjet viteve 1972-2011, të botuara në MEDLINE, PubMed dhe PsycINFO, u rishikuan nga Prishila Coleman duke identifikuar faktorët demografik, personal, interpersonal dhe faktorët situacional që ndikojnë në rritjen e rrezikut të shëndetit mendor pas-abort. U identifikuan mbi 400 studime nga të cilat 258 artikuj përmbushin kriteret e përshtatshme të një punimi shkencor. 119 studime origjinale kualitative u përmbledhën dhe u vlerësuan. Faktorët më të qëndrueshëm për rrezik të shëndetit mendor pas-abort u verifikuan. Studimet janë të përmbledhura në tabelën e mëposhtme. Në këtë studim janë identifikuar një total prej 146 faktorësh individualë të rrezikut. Në mesin e shumë faktorëve të rrezikut të ekzaminuar, një numër i variablave të hulumtuara tërësisht doli të ishin të identifikuar në mënyrë të përsëritur në të gjithë studimet e rishikuara që karakterizonin femrat që kanë më shumë gjasa për të përjetuar probleme psikologjike pas-abort. Lista e mëposhtme përfshin 12 faktorët e rrezikut ose grupe faktorësh të rrezikut për këto femra. Në tabelë jepen numri i studimeve në të cilat janë afirmuar variabla përcaktues si faktorë statistikisht të vlefshëm të rrezikut për shqetësim psikologjik.

Tabela 7: Studime me variabla përcaktues si faktorë statistikisht të vlefshëm të rrezikut për shqetësim psikologjik

1. Periudha gjatë adoleshencës ose në një moshë të re, 15 studime të konfirmuara.
2.Aspektet fetare, pjesëmarrja e shpeshtë në kishë, vlerat personale, konflikti me abortin, 10 studime të konfirmuara.
3. Vendimi, kundërthënie ose vështirësitë, dyshimi mbi vendimin pasi është bërë, apo shkallë të lartë e ankthit vendimmarrës, 21 studime të konfirmuara.
4. Dëshira për shtatzëninë, investimi psikologjik në shtatzëni, besimi në humanizmin ndaj fetusit dhe/ose lidhjes me fetusin, 7 studime të konfirmuara.
5. Ndjenjat negative dhe qëndrimet në lidhje me abortin, 16 të konfirmuara, 1 jo.
6. Presioni ose detyrimi për të abortuar nga 10 studime të konfirmuara, 1 jo nuk konfirmohet.
7. Konflikt, marrëdhënia jo mbështetëse me babain e fëmijës, 24 të konfirmuara.
8. Konflikt, marrëdhëniet jo mbështetëse me të tjerët, 28 të konfirmuara.
9. Tiparet, karakteri tregues i një papjekurie emocionale, paqëndrueshmëri emocionale, apo vështirësi përballjeje, duke përfshirë edhe vetërespekt të ulët, vetë-efikasitet i ulët, probleme që përshkruajnë ndjenjat, të qenurit i tërhequr, shmangia e përballjes, fajësimi i vetes etj., 42 studime të konfirmuara.
10. Shëndeti para-abort/problemet mendore psikiatrike, 31 studime të konfirmuara.
11. Treguesit e kujdesit të paktë cilësor rreth abortit ndjenja të keqinformuara/këshillim i pamjaftueshëm, perceptimet negative të stafit, etj., 10 studime të konfirmuara.
12. Përsëritja ose abort në tremujorin e dytë, 19 studime të konfirmuara.

Shumica e faktorëve të rrezikut të listuara më sipër mund të ndodhin në të njëjtën kohë dhe janë të ndërlidhura në mënyrë komplekse. Për shembull, një femër që ndihet e atashuar me fetusin e saj dhe ka dëshirë për të vazhduar shtatzëninë mund të jetë nën presion nga partneri i saj për ta ndërprerë atë. Në qoftë se marrëdhënia është e

paqëndrueshme çon në shfaqjen e ndjenjave të ambivalencës dhe stresit që rrethojnë vendimin e ndërprerjes së shtatzënisë. Nëse ajo gjithashtu vuan nga vetëbesim i ulët dhe ka probleme në artikulimin e ndjenjave të saj, ajo mund të jetë veçanërisht e prirur për nënshtrim ndaj presionit nga partneri i saj, duke u bërë kështu një rrezik në rritje për problemet e shëndetit mendor pas-abort.

Rue dhe kolegët (2004) kanë raportuar se 64% e mostrave të femrave amerikane ndiheshin nën presion për të abortuar. Shkalla në të cilën një vendim bëhet në mënyrë vullnetare është i ndërlikuar dhe padyshim shfaqet në vazhdimësi, pasi këto vendime janë të mishëruara në kontekstin social dhe shpesh ka një përzierje të presioneve, disa të padukshme dhe të tjera më të dukshme.

Husfeldt dhe kolegët (1995) kanë raportuar se 44% e femrave të pyetura kishin dyshime në lidhje me vendimin e tyre për të abortuar pas konfirmimit të shtatzënisë, ku 30% vazhdonin që të shprehnin dyshime kur data e abortit po mbërrinte. Nëse një femër dyshon në vendimin e saj ndaj abortit dhe beson se është moralisht i gabuar, ndjenja e fajit mund të shfaqet duke u implikuar shpesh me depresion.

Faji lidhur me abortin është raportuar më së shumti nga studimet e (Broen et al., 2004).

Rue dhe kolegët (2004) në studimin e tyre zbuluan se 78% e femrave në SHBA ndiheshin në faj në lidhje me një abort të kaluar. Për më tepër, afërsisht 50% e femrave ruse në këtë studim raportonin ndjenjat e fajit, edhe pse këto jetonin në një kulturë e cila është shumë e pranueshme ndaj abortit.

Kero dhe kolegët (2001) treguan se 46% e femrave që kishin ndërmarrë një abort raportonin se mendimet e tyre në lidhje me ndërprerjen e shtatzënisë kanë ngjallur konflikt të ndërgjegjes. Burimi i konfliktit mund të lidhet me të kuptuarit e femrave ndaj njerëzores së fetusit.

Conklin dhe O'Connor (1995) në studimin e 800 femrave, që besonin se fetuset janë njerëzore, përjetuan në mënyrë të konsiderueshme më shumë probleme negative pas-abort dhe pakënaqësira se sa femrat që nuk e kishin menduar në mënyrë të tillë.

Në një studim të Smetana dhe Adler (1979) duke përdorur intervista gjysmë të strukturuar gjetën se 25% e femrave besonin se fetusi është një qenie njerëzore.

Rue dhe kolegët (2004), në një studim të kryer tek femrat amerikane, treguan se 50.7% e tyre dhe 50.5% e femrave ruse ndjenin se aborti ishte moralisht i gabuar.

Coleman dhe Nelson (1998) theksuan se 38.7% e femrave studente të universitetit, ndjenin keqardhje për eksperiencën e një aborti. Soderberg dhe kolegët (1998) treguan se 76.1% e femrave, që kishin një eksperiencë aborti, nuk do të konsideronin kurrë përsëritjen e përvojës.

Hulumtimet të cilat rrjedhin nga një perspektivë e stresit dhe e përballjes kanë identifikuar disa faktorë që janë të lidhur me reagimet psikologjike më shumë negative në mesin e femrave që kanë pasur një abort. Këto përfshijnë ndërprerjen e shtatzënisë ose domethënien e saj, presioni i perceptuar nga të tjerët për ndërprerjen e shtatzënisë, kundërshtimin e perceptuar për abortin nga partnerët, familja, miqtë apo të tjerët, ndjenja e përkushtimit ndaj shtatzënisë, ambivalenca për vendimin dhe aftësia e ulët e perceptuar për t'u përballuar me abortin para ndodhjes së tij.

Kur faktorët specifikë fizikë, demografikë, psikologjikë dhe të situatës janë të pranishëm, femrat janë në rrezik për një rritje të konsiderueshme të përjetimit të problemeve të shëndetit mendor pas-abort.

8.2. Femrat më të rrezikuara

Në vijim do të paraqesim hulumtime dhe prova të tjera klinike ekzistuese që sugjerojnë se disa femra janë në rrezik më të madh për të përjetuar pasoja negative psikologjike pas-abort krahasuar me të tjera.

Sipas APA task force (2008) femrat e mëposhtme me këto karakteristika janë në rrezik të lëndimit emocional pas-abort:

Tabela 8: Karakteristikat e femrave në rrezik të lëndimit emocional pa-abort

<i>1. Femrat që kanë aborte të shumta (rreth 47% të të gjitha aborteve që kryhen çdo vit në SHBA)</i>
<i>2. Femrat që ndërpresin një shtatzëni të dëshiruar, për shkak të detyrimit ose presionit nga palë të treta (mund të shkojnë nga 20-60% në SHBA)</i>
<i>3. Adoleshentet që kanë aborte (rreth 12% në SHBA)</i>
<i>4. Femrat me probleme para ekzistuese të shëndetit mendor (mund të shkojnë nga 10-40% në SHBA)</i>

- Federata e Abortit Kombëtar, shoqata kryesore profesionale e ofruesve të abortit në Amerikën e Veriut, ka pranuar edhe faktorët në vijim të predispozitave të rrezikut në rritjen e problematikave të shëndetit mendor, për femra që zgjedhin abortin:

Tabela 9: Faktorë predispozues të rrezikut në rritjen e problematikave të shëndetit mendor për femra që zgjedhin abortin

<i>1. Vetë-efikasitet i ulët, predispozita të depresionit, dhembje e rëndë ose faj dhe keqardhje pas-abort.</i>
<i>2. Vetë-respekt i ulët para-abort.</i>
<i>3. Një sëmundje ekzistuese mendore ose çrregullim para-abort.</i>
<i>4. Ambivalencë e madhe në lidhje me vendimin.</i>
<i>5. Mungesa e mbështetjes emocionale dhe marrja e kritikave nga njerëzit e rëndësishëm në jetën e tyre.</i>
<i>6. Detyrimi i perceptuar që të ketë abort.</i>
<i>7. Faji intensiv dhe turp para-abort.</i>
<i>8. Besimi se fetusit është i njëjtë si një individ 4-vjeçar dhe se aborti është vrasje.</i>
<i>9. Anomalitë fetale ose indikacione të tjera mjekësore gjatë abortit.</i>
<i>10. Stil i zakonshëm përballimi, shfaqet shtypja e mendimeve apo mohimi i tyre.</i>
<i>11. Humbjet e pazgjdhura nga e kaluara dhe perceptimi i abortit si një humbje.</i>
<i>12. Përjetimi i stigmës sociale dhe protestat anti-abort në ditën e abortit.</i>
<i>13. Abuzimi seksual në fëmijëri.</i>

Sipas Lipp A.Nurs Times (2009) ndërprerja e shtatzënisë mund të ketë pasojë psikologjike që janë më të mëdha sesa ndikimi i saj fizik. Lipps ka identifikuar faktorët e rrezikut që mund të vijojnë me efekte psikologjike të cilët janë pasqyruar në literaturë.

Burimi i provave janë:

- Ndërprerje e shtatzënisë duke qenë në konflikt me grupin etnik, fenë, grupi socio-ekonomik (Harris 2004; Bonevski dhe Adams, 2001).
- Anomalitë e Fetusit (Bonevski dhe Adams, 2001).

- Ndërprerje në tremujorin e dytë të cilat janë shkaktuar nga vonesa në shërbimet ndaj individit (Harris, 2004).
- Vetërespekt të ulët (Bonevski dhe Adams, 2001).
- Mungesa e mbështetjes sociale (Major dhe Gramzow, 1999; Cozzarelli et al., 1998).
- Vështirësia e marrjes së vendimit (Shusterman, 1979).
- Vetëvrasje në familje (Thorp et al., 2002).
- Historia e dëmtimit të vetvetes (Thorp et al., 2002).
- Historia e depresionit (Thorp et al., 2002).
- Historia e sëmundjeve psikiatrike (Broen et al., 2005b; Bonevski dhe Adams 2001).
- Influenca e padrejtë nga partneri mashkull (Broen et al., 2005a; Pope et al., 2001).

8.3. Përmbledhje e kapitullit

Komentet e mësipërme janë të dobishme për të kuptuar më mirë përpjekjet e viteve të fundit të studiuesve rreth abortit. Duhet theksuar se këto komente i përkasin qasjes së studiuesve pro-zgjedhjes, ndërkohë që studiuesit pro-jetës kategorikisht etiketojnë procesin e abortit si shkakun kryesor të shëndetit mendor problematik të femrës. Megjithatë ne mund të shikojmë disa nga gjetjet shumë të dobishme të cilat hulumtuesit kanë bërë në fushën e para-identifikimit të faktorëve që mund të përdoren për të parashikuar pasojat psikologjike pas-abort.

Femrat të cilat kanë mospërshtatje psikologjike pas-abort mund të ndahen në dy kategori të përgjithshme. Kategoria e parë përfshin ato femra tek të cilat ekzistojnë

konflikte të mëdha emocionale, sociale apo morale në lidhje me abortin e parashikuar. Kategoria e dytë, përfshin femrat tek të cilat ekzistojnë probleme të zhvillimit duke përfshirë papjekurinë ose probleme para-ekzistuese dhe të pazgjidhura psikologjike. Femra me karakteristika në njërën ose të dyja këto kategori, duhet me të drejtë të klasifikohen si paciente me rrezik të lartë të shëndetit psikologjik.

Në anën tjetër, një femër me rrezik të ulët mund të përshkruhet si një individ që ka pjekuri emocionale dhe që vendos lirisht për vendimmarrjen ndaj abortit dhe nuk ka konflikte emocionale, sociale, apo morale të cilat sfidojnë atë vendim.

KAPITULLI IX : METODOLOGJIA

9.1. Tipi i studimit dhe qëllimi

Studimi është i tipit deskriptiv fokusuar te aborti i vullnetshëm në Shqipëri.

Studimi ka si qëllim të kuptojë ndikimin e abortit të vullnetshëm në mirëqenien psikologjike të femrës. Femrat kanë raportuar në retrospektivë mbi përvojën e tyre në atë moment dhe ndjesitë e tyre në vitet në vazhdim.

Objektivat

Të nxjerrë në pah përjetimet individuale tek femrat që kryejnë ndërprerje vullnetare të shtatzënisë.

Të hedhë dritë nëse kjo eksperiencë është një emocion përndjekës në jetën e mëvonshme të tyre.

9.2. Instrumenti i kërkimit

Në këtë kërkim shkencor u përdor intervista gjysëm e strukturuar e cila u jep liri të intervistuarve të flasin lirshëm dhe të ofrojnë për kërkuesin sasi të mëdha informacioni në lidhje me çështjen që studiohet (May, T., 2001).

Pyetësi i intervistës është i vetëndërtuar nga unë dhe nga udhëheqësja e këtij studimi, Prof. Asoc. Dr. Voltisa Lama. Ndërtimi i pyetësit mori një kohë 6-mujore.

9.2.1. Hapat e punës për pyetësin:

- 1. Konsultimi i pyetësorëve** (checklista, intervista të literaturës me fokus të ngjashëm).

Për ndërtimin e pyetësorit të përdorur gjatë intervistës u konsultuam me burime të ngjashme me këtë tematikë të cilat më kanë shërbyer në selektimin e pyetjeve që do të ishin më të vlefshme për studimin tim.

Hogan Grief Reaction Checklist, i cili konsiston në një listë të mendimeve dhe ndjenjave që ju mund të keni nga momenti i humbjes së fëmijës.

Perinatal Grief Scale, Versioni i shkurtër me 33 tema; Lori J. Toedter, Ph., Moravian College and Judith N. Lasker, Ph.D., Lehigh University.

Perceived Social Support Scale; Mary E. Pridano and Kenneth Heller - Family Subscale, - Friends Subscale.

Inventory of Social Support; Hogan, N.&Schmidt, L. 1999.

Index of Core Spiritual Experiences-Revised.

DASS- Depression, Anxiety, scale, stress- i standardizuar në shqip nga prof. Anita Pilika.

Core questionnaire for wellbeing: Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)

Pyetësor bazë për matjen e mirëqenies, i vlefshëm për përdorim me të rriturit e moshës mbi 16 vjeç.

Gjithashtu, më kanë shërbyer shumë studime të tjera, të huaja, që kanë trajtuar problemin e abortit. Studimet me metodologji korrekte kanë shërbyer si pika referimi, përmend këtu kërkimet e APA-s Shoqatës Amerikane të Psikologëve si dhe shumë autorë të tjerë të vendeve dhe konteksteve të ndryshme. Nga kërkimet e mia nuk gjendet literaturë në gjuhën shqipe lidhur me fenomenin e abortit të vullnetshëm. Në vendin tonë deri më tani nuk ka një studim të mirëfilltë për këtë fenomen.

2. Struktura e intervistës

Pyetësi i përdorur gjatë intervistës përbëhet nga 10 pjesë me tematika specifike të cilat janë të ndara në çështje më të veçanta.

Pjesa e parë përfshin të dhënat demografike të femrave: mosha, vendbanimi, përkatësia etnike, orientimi seksual, niveli i arsimit, profili i shkollimit, statusi martesor në kohën e kryerjes së abortit, besimi fetar, gjendja ekonomike dhe numri aktual i fëmijëve.

Pjesa e dytë ka të bëjë me shpeshtësinë e dukurisë dhe moshat përkatëse. Femrat u pyetën për numrin e aborteve të vullnetshme apo numrin e lindjeve, vitet përkatëse, moshën që ato kishin kur kryen abortin/abortet. U morën të dhëna për moshën e fetusit në kohën e kryerjes së abortit.

Pjesa e tretë konsiston në ecurinë e shtatzënisë në vitet pas-abort. Femrat u pyetën nëse ato kanë mundur të realizojnë shtatzëni të tjera pas abortit/aborteve, të kenë fëmijë apo abort.

Pjesa e katërt u fokusua te shkaqet e abortit të vullnetshëm. Ndërtuam disa kategori të mundshme me shkaqe të cilat i menduam si më kryesore. Meqenëse arsyet janë personale (mund të jenë të ndryshme midis partnerëve) konsideruam ndërtimin e pyetjeve të veçanta për femrat lidhur me arsyet vetjake: arsye ekonomike, ndërprerje pune, shkolle apo karriere, kishin fëmijë të tjerë dhe nuk donin tjetër, kishin fëmijë shumë të tjerë dhe nuk donin tjetër, e konsideroj moshën të madhe për t'u bërë nënë, kishin frikë se nga mosha e madhe fëmija dilte me probleme, ishte nënë beqare dhe partneri nuk dëshironte lidhjen, nuk e dashuronte partnerin aktual/marrëdhënia ishte emocionalisht me luhatje, ishte një lidhje sipërfaqësore për të, e konsideronte veten të lodhur, jo të aftë për t'u përballur me rritjen e fëmijës, e konsideronte shtatzëninë si

prishje të figurës trupore, ishte egoiste për të jetuar jetën, fëmija do të shkaktonte prishje rehatie, marrëdhënie seksuale e detyruar/me forcë nga partneri, fëmija u ngjiz nga një marrëdhënie jashtëmartesore, përdhunim, incest (marrëdhënie seksuale brenda familjes), nuk e donte vajzë, nuk e donte djalë.

U la një kategori e hapur për arsye të tjera për të cilat mund të mos kishim dijeni.

Në po të njëjtën mënyrë u ndërtuan dhe kategoritë e mundshme të arsyes që femrat raportnin për bashkëshortët e tyre dhe arsyes në çift.

Pjesa e pestë u fokusua te ndodhitë e jetës të cilat mund të kenë afektuar indirekt abortin, traumat jetësore llojin e tyre si dhe arsye të tjera që femrat kanë përmendur.

Pjesa e gjashtë mbledhi të dhëna për mënyrën sesi këto femra e kanë përjetuar këtë përvojë në vitet e mëpasshme të jetës së tyre. Si studiuese isha e interesuar të njihja nëse ato e kanë përjetuar abortin negativisht apo me ndjenja lehtësuese. Gjithashtu u morën të dhëna për vendin e kryerjes së abortit të vullnetshëm, aspekte të abortit që kanë lënë gjurmë dhe tipat e saj.

Pjesa e shtatë konsiston në pyetjet për *mbështetjen emocionale* të këtyre femrave nga njerëzit e miqtë e familjes.

Pjesa e tetë tenton të kuptojë *ecurinë jetësore pas-abort*. Këtu kërkohet përshkrim deskriptiv i ndikimit të familjarëve, miqve, të tjerëve pas-abort, vështirësitë emocionale që lidhen me ngjarjen, momente të të ndjerit keq nga koha e abortit, menaxhimi i ngjarjes në vitet pasuese. Femrave u është kërkuar t'i përgjigjen pyetjes se nëse ato do të ishin në të njëjtën situatë a do të merrnin të njëjtin vendim apo jo.

Pjesa e nëntë mbledhi informacion vetëraportues në lidhje me *shëndetin mendor të femrave*. Këto femra u pyetën për shëndetin mendor si para edhe pas abortit duke

supozuar se ndikimi i abortit mund të mos jetë përcaktues. Kjo është me vetëraportim, jo e dhënë zyrtare diagnostike.

Pjesa e dhjetë konsiston në *ndarjen konfidenciale të ndodhisë me të tjerët*. A është diskutuar hapur? A i është treguar partnerit apo të tjerëve si dhe iu është kërkuar për ta mbajtur sekret.

3. Rishikimi

Rishikimi disa herë i pyetjeve, shtim, heqje pyetjesh, kategorish duke u konsultuar me 4 pedagogë dhe 3 studentë doktoralë.

4. Pilotimi

Brenda harkut kohor dyjavor u provua funksionimi i pyetësorit që u përdor për intervistim. Ky pilotim u krye në qytetin e Tiranës dhe të Shkodrës. Në këtë proces pilotimi u intervistuan 15 femra dhe rezultoi të ishte shumë i vlefshëm. U përfshinë si femrat e shkolluara ashtu edhe femrat e pashkolluara. U testua nëse pyetjet ishin formuluar me gjuhë të kuptueshme për t'iu përshtatur kampionit. Për terma shkencore të cilat hasën vështirësi gjatë pilotimit (p.sh. Aseksual) u shtua i sqaruar shpjegimi përkatës.

Studimi është i tipit deskriptiv dhe si i tillë pyetjet kërkimore patën shtrirje në aspekte të ndryshme të abortit të cilat janë të lidhura dhe ndikojnë njëra-tjetrën.

9.3. Pyetjet kërkimore dhe hipotezat

Pyetjet kërkimore bazë

1-Si përjetohej aborti i vullnetshëm në vite pas ngjarjes ?

2- Cila është lidhja midis abortit të vullnetshëm dhe mirëqenies psikologjike të femrës vite pas ngjarjes (marrëdhëniet ndërpersonale, mbështetja sociale, mekanizmat mbrojtës, shëndeti mendor)?

3- Cilët janë faktorët riskantë dhe faktorët vetë-rregullues që kanë ndikuar në perceptimin aktual? A mundemi të parashikojmë një profil të femrave tek të cilat aborti i vullnetshëm ka pasoja serioze në përjetimin e mëvonshëm konjitivo-emocional krahasuar me profilin e grupit të femrave të cilat e kanë përballuar këtë ngjarje më pozitivisht?

4- Cilat janë shkaqet e kryerjes së abortit?

Hipotezat e punimit

1-Aborti i vullnetshëm përjetohej negativisht, në një pjesë të kampionit si humbje.

2- Ekziston një lidhje midis abortit të vullnetshëm dhe mirëqenies psikologjike.

3- Si faktorë risk është mospasja e fëmijëve më vonë, mosmbështetja nga familjarët, stigma, marrëdhëniet jo të mira me partnerin, kurse disa të tjera mendohen si faktor vetë-rregullues p.sh. tiparet e caktuara të personalitetit, martesë e lumtur, pasja e fëmijëve më pas.

4- Shkak kryesor i abortit të vullnetshëm është arsyeja ekonomike.

9.4. Kampioni / Përshkrimi i kampionit

Kampioni i studimit përfshin 152 femra të cilat kanë kryer abort të vullnetshëm. Për përzgjedhjen e kampionit u vendosën disa kritere:

Kriter pranues

- Femrat të cilat kanë kryer së paku një abort përgjatë jetës.

Kriter përjashtues

- Aborti spontan është kriter përjashtues nga mostra.

Qasja e Kampionit

Brenda kësaj qasjeje është përzgjedhur kampioni i qëllimshëm duke qenë se lidhet drejtpërsëdrejti me kriterin e vendosur për studimin.

U ftuan rreth 200 femra nga të cilat 152 pranuan të bëheshin pjesë e intervistës. 48 prej tyre iu shmangën këtij procesi, ku 40 prej tyre nuk u paraqitën, 8 e ndërprejnë intervistën apo nuk dhanë përgjigje në një pjesë të madhe të pyetjeve të saj.

U tentua për një përfaqësim të të gjithë rretheve të Shqipërisë. Përveç kontakteve personale, kryesore e përzgjedhjes së studimit ishte edhe bashkëpunimi me maternitetet e Shqipërisë. Si të tilla u përfshinë Lezha, Elbasani, Tirana, Durrësi dhe Shkodra. U përzgjodhën këto qytete për disa arsye:

- a. Të pasurit mbështetje në maternitete përmend në mënyrë të veçantë ndihmën e pakursyer nga ana e mamive në gjetjen e kampionit dhe vënies në dispozicion të ambienteve të tyre për zhvillimin e intervistës.
- b. Materniteti i Lezhës është nga më të frekuentuarit në rajonin e Veriut, pacientë të të cilit janë femra nga krahina të ndryshme. Në këtë maternitet gjendet dhe një zyrë këshillimi.

- c. Duhet theksuar se në këto qytete pacientet vinin nga rrethe të ndryshme të Shqipërisë. Përmendim këtu që në maternitetet përkatëse ishte i pakët numri i pacienteve nga po i njëjti qytet. Ky fakt, kur bëhej fjalë për abortin e vullnetshëm.
- d. Në qytetin e Tiranës kontaktet personale ndikuan shumë në përthithjen e kampionit. Lajmërimet nëpërmjet kontakteve si e-mail, telefonata, njohjeve, miqve, etj., të cilat dhanë një rezultat shumë të kënaqshëm në afrimin e femrave të cilat kishin përjetuar përvojën e abortit.

9.5. Aspektet etike të punës në terren

Pjesëmarrëset u informuan për vendin në të cilin do të zhvilloheshin intervistat, gjithashtu datat dhe oraret e takimeve. Pjesëmarrëset u siguruan se do të ruhej konfidencialiteti dhe anonimati si parime bazë të etikës në një kërkim shkencor.

Pjesëmarrëset u siguruan se të dhënat e tyre do të përdoren vetëm për qëllime shkencore dhe kjo gjë u arrit duke marrë lejen e tyre.

Procesi i vendosjes së marrëdhënies me pjesëmarrësit në studim u krye në dy forma.

Një nga momentet kryesore përpara se të fillonte puna në terren ishte procesi i vendosjes së kontakteve dhe krijimit të marrëdhënieve me pjesëmarrësit në studim. Ky proces u realizua në dy faza: Së pari, femrat u ftuan të marrin pjesë në studim me anë të një ftese bashkëpunimi, e cila përmbante shkurtimisht këto çështje:

- Përshkrimin e qëllimit të studimit;
- Lejen e tyre për t'i përfshirë në studim.

Asnjë e dhënë identifikimi personal e të intervistuarave të përfshira në studim, nuk është publikuar dhe të gjitha të dhënat janë përdorur vetëm për efekt studimi. Të gjitha të dhënat fillestare të 152 intervistave të marra ruhen me përgjegjësi të plotë dhe nuk do të përdoren për asnjë qëllim tjetër që nuk ka lidhje me këtë studim.

Në shtojcën në fund të punimit gjenden: letra e ftesës, leja e institucionit ku është kryer intervistimi i një pjese të kampionit dhe miratimi i informuar, bazuar në udhëzimet etike për kërkime, të botuara nga Shoqata Psikologjike Britanike dhe Shoqata Psikologjike Amerikane.

9.6. Kufizimet dhe vështirësitë

Studimi në vetvete mund të ketë disa kufizime. Pavarësisht përparësisë si studimi i parë në Shqipëri në dijeninë time me këtë temë, ai paraqet disa kufizime:

- Numri i vogël i kampionit kufizon përgjithësimin e të dhënave;
- Popullata në studim nuk i ishte nënshtruar studimeve të këtij lloji apo të ishte testuar më parë për tema të ngjashme. Në këtë mënyrë përgjigjet e tyre janë origjinale dhe jo të ndikuara nga studime të tjera;
- Duke qenë se tema është shumë delikate dhe stigma ndaj femrave të procesit është shumë aktuale, kjo bënte që në momentin fillestar gjetja e kampionit të ishte e vështirë;
- Duke pasur raste që asnjë nga anëtarët e familjes nuk kishte dijeni për abortin (përfshirë këtu edhe bashkëshortin) frika që shoqëronte procesin ishte evidente;
- Rrëfimi i tyre në shumë raste shoqërohej më përjetime të forta;

- Gjatë këtij kërkimi përveç faktit të studimit të një fenomeni, jam gjendur dhe në lenten e një psikologu këshillues për të intervistuarat;
- Të dhënat e grumbulluara janë bërë mbi bazën e instrumenteve vetëraportuese. Mund të ketë në ndonjë rast mos-sinqeritet në pjesën e arsyeve vetë-raportuese. Megjithatë instrumenti është i përshtatshëm për shprehjen e përjetimeve.

9.7. Analizat e të dhënave

Intervista përmbante pyetje që afronin përgjigje alternative, rezultatet e të cilave u analizuan me metodën sasiore (p.sh. pyetjet mbi besimin fetar). U përdor SPSS-i për analizën e të dhënave.

Një pjesë e mirë e pyetjeve ishin të hapura. Përgjigjet u shkruan duke respektuar me rigorozitet çdo fjalë të femrave të intervistuar. Më pas formulimet e tyre u analizuan me metodën cilësore. U nënvizuan togfjalëshat kyç, u krijuan kategori me anë të deduksionit. Shprehjet u klasifikuan në kategori të cilat me tej u konvertuan në analiza sasiore (frekuenca të kategorive). U përdor statistika deskriptive për pasqyrimin e kampionit (mesatarja, deviacioni standard) p.sh. te spektri i moshës. Grafikët u realizuan me SPSS-ën.

KAPITULLI X: REZULTATET

Meqenëse pyetësi mblodhi të dhëna të zgjeruara për fenomenin e abortit të vullnetshëm, rezultatet e studimit të përfituara nga instrumentet e përdorura do të paraqiten në këtë kapitull.

Rezultatet janë pasqyruar sipas pjesëve të pyetësit dhe nënpyetjeve kërkimore:

Tabela 10. Rezultatet sipas pjesëve të pyetësit dhe nënpyetjeve kërkimore

10.1. Rezultatet për të dhënat demografike të kampionit
10.2. Rezultatet e shpeshtësisë së dukurisë dhe moshat përkatëse
10.3. Rezultatet për ecurinë e shtatzënive në vitet pas abortit
10.4. Rezultatet për shkaqet e abortit
10.5. Rezultatet mbi ndodhitë e jetës që mund të afektojnë indirekt abortin
10.6. Rezultatet mbi përjetimin emocional të abortit
10.7. Rezultatet mbi mbështetjen e femrës nga rrethi familjar dhe social
10.8. Rezultatet të ecurisë jetësore pas abort
10.9. Raportimi për shëndetin mendor
10.10. Rezultatet për ndarjen konfidenciale të ndodhisë dhe arsyt

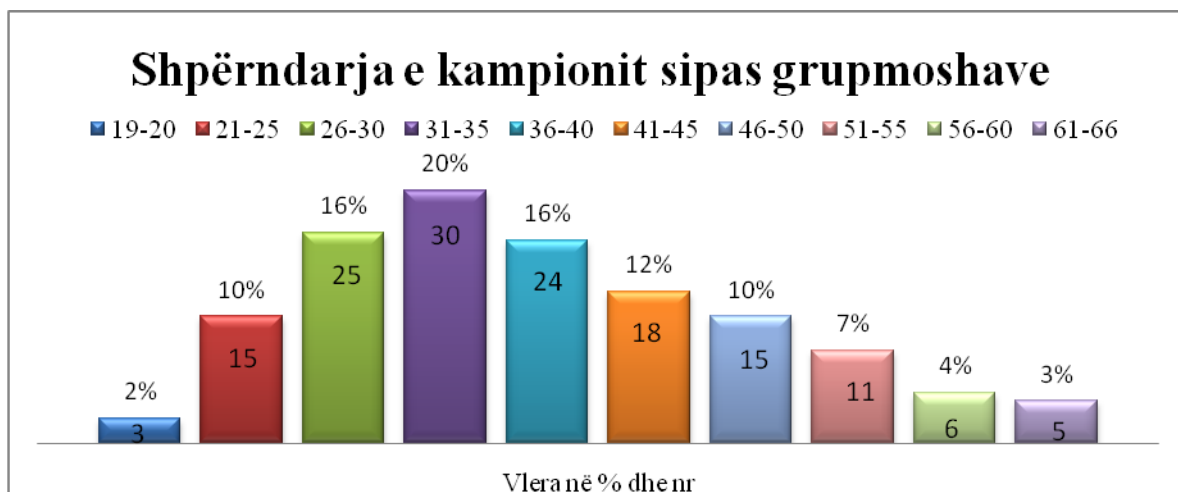
10.1 Rezultatet për të dhënat demografike të kampionit

Tabela 11: Përshkrimi i kampionit

Përshkrimi statistikor i kampionit	
Numri i kampionit	n=152
Mosha minimale	19 vjeç
Mosha maksimale	66 vjeç
Mesatarja	38.05
Devijimi standard	11.05

Kampioni, pjesë e studimit aktual përfshin 152 femra të cilat kanë kryer së paku një abort në jetën e tyre dhe kanë pranuar të jenë pjesë e intervistës. Spektri i moshës varionte nga 19 deri në 66 vjeç, me moshë mesatare 38 vjeç, devijimi standard 11. Femra më e re që mori pjesë në këtë studim ishte 19 vjeçe dhe më e moshuara 66 vjeçe. Grafiku i mëposhtëm paraqet shpërndarjen e kampionit sipas grupmoshave në hark kohor 5-vjeçar.

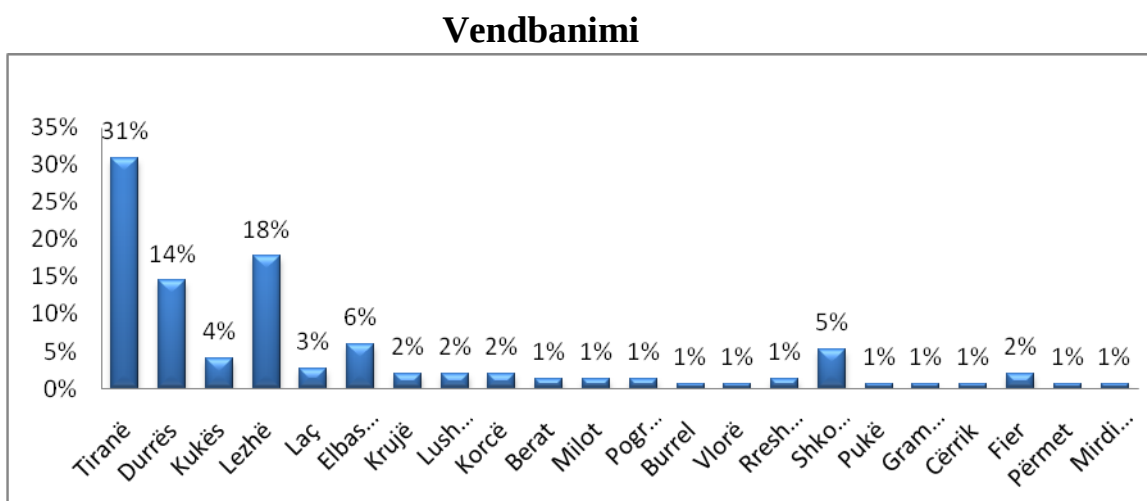
Grafiku 2: Shpërndarja e kampionit sipas grupmoshave



Siç pasqyrohet në grafikun 2, një përqindje e lartë e grupmoshës së kampionit është mosha 31-35 vjeç me 20%. Pas kësaj grupmoshe vjen mosha 26-30 vjeç dhe 36-40 vjeç me një përqindje prej 16 %. Ky kampion pati një përqindje të ulët të femrave me moshë të re 19-20 vjeç (2%) të cilat kishin kryer abort.

Më poshtë paraqitet në mënyrë grafike shpërndarja e femrave sipas vendbanimit.

Grafiku 3: Shpërndarja e kampionit sipas vendbanimit



Ashtu siç bie në sy, pjesa më e madhe e kampionit është nga qyteti i Tiranës, konkretisht 31% e kampionit, pastaj vjen qyteti i Lezhës me 18% dhe ai i Durrësit me 14%.

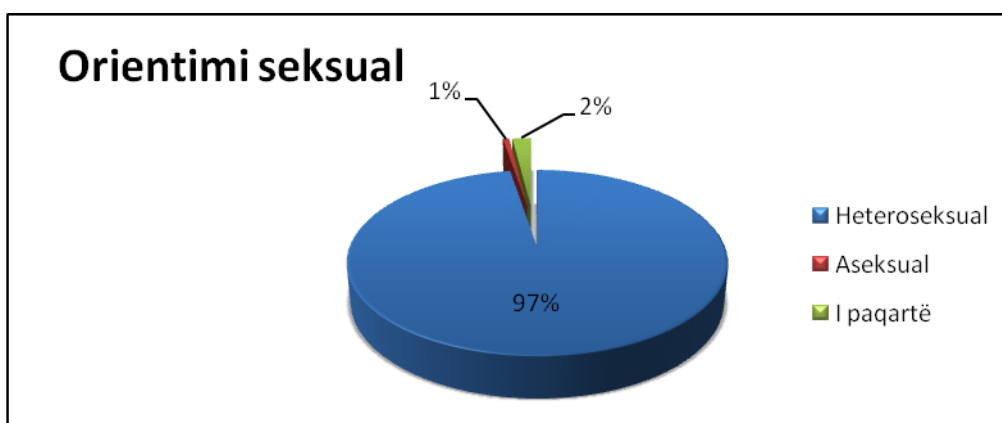
Në këtë studim mbi fenomenin e abortit u tentua për një përfaqësim të të gjitha rretheve të Shqipërisë por duke qenë se koha e studimit ishte e kufizuar, ngaqë do të nevojitej një studim i dytë i mirëfilltë lidhur me statistikat e aborteve në secilin rreth, është bërë përpjekje që qytete të ndryshme të Shqipërisë të kenë kampion përfaqësues të fenomenit të abortit në vendin përkatës. Gjithashtu element ndikues është edhe roli që kanë luajtur qendrat kryesore në të cilat kryheshin abortet me të cilat është kontaktuar, pjesën më të madhe të të cilave i kemi në Tiranë dhe në Lezhë.

Përkatësia etnike

I gjithë kampioni është me përkatësi etnike shqiptare. Sigurisht duke dashur të studiohet fenomeni i abortit të vullnetshëm në Shqipëri, pjesë e kampionit nuk mund të jenë individë të përkatësive të tjera etnike.

U mbledhën të dhëna lidhur me orientimin seksual të femrave, të cilat morën pjesë në këtë studim, gjë që paraqitet në grafikun nr.4 më poshtë.

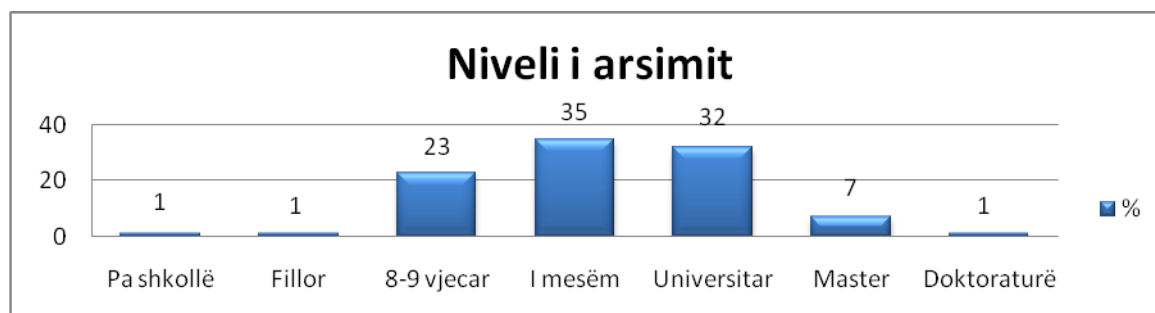
Grafiku 4: Orientimi seksual



Pjesa dominuese e kampionit (97%) ka raportuar orientim heteroseksual. 1% e kampionit nuk ka interes për seksin dhe 2% nuk ndihet e sigurt se në cilën kategori bën pjesë. Orientimi aseksual ishte një gjetje që nuk ishte e pritshme prej meje.

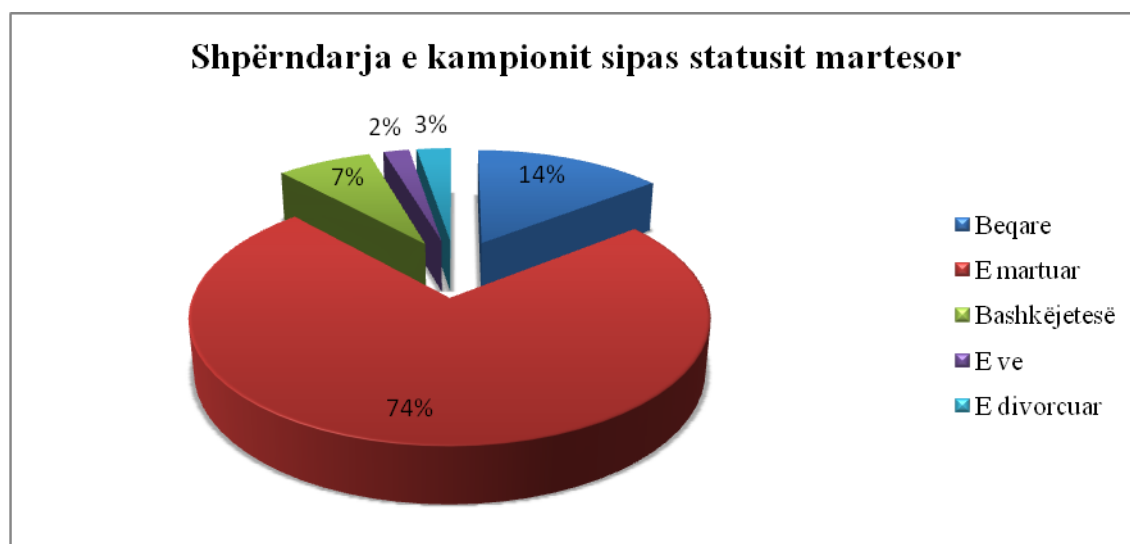
Me interes është niveli arsimor i femrave që kanë kryer abort.

Grafiku 5: Shpërndarja e kampionit sipas nivelit të arsimit



Femrat me arsim të mesëm përbëjnë 35% të kampionit, i ndjekur nga grupi i femrave me arsim universitar me 32% dhe më tej, arsim 8-9 vjeçar me 23%. Dhe pse në një përqindje të ulët kemi kampion të pashkolluar, fillor dhe doktoraturë (secila me 1%). Kampioni me arsim pasuniversitar, pra niveli master është në 7%.

Grafiku 6: Shpërndarja e kampionit sipas statusit martesor në kohën e abortit

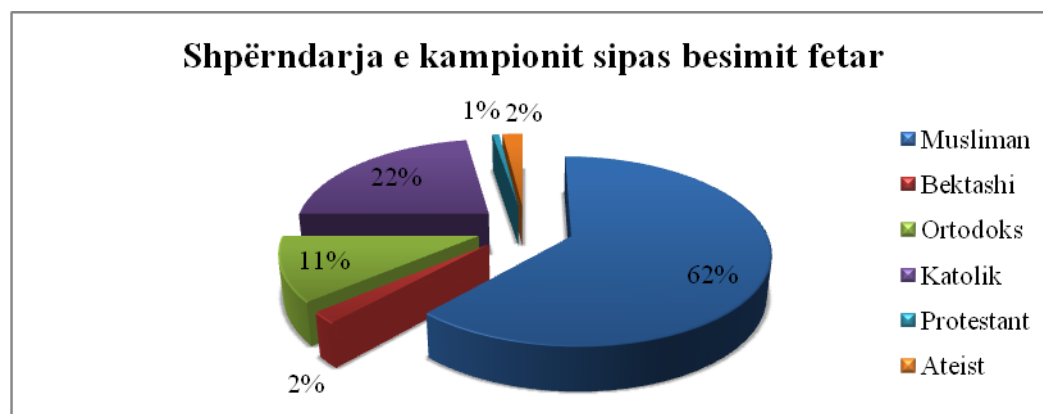


Pjesa më e madhe e kampionit, afro 2/3 e tij kanë raportuar se kanë qenë të martuara, e ndjekur kjo nga femrat beqare të cilat përbëjnë 14% të kampionit. 7% e kampionit ka pasur marrëdhënie bashkëjetese.

Një përqindje e vogël e tij (2% dhe 3%) kanë qenë kategori me status martesor përkatësisht të veja dhe të divorcuara.

Grafiku i mëposhtëm pasqyron besimin fetar të cilit i përket kampioni i femrave që kanë kryer abort.

Grafiku 7: Shpërndarja e kampionit sipas besimit fetar



Siç shihet dhe nga grafiku i mësipërm, aborti është një fenomen universal i këtij kampioni, pavarësisht besimit fetar apo mungesës së besimit në Zot. Përmes tij shohim që pjesa më e madhe e kampionit të marrë në intervistë përmes pyetësorit për këtë studim është me besim mysliman (62%). Pasohet në një përqindje më të ulët nga femra të besimit katolik (22%) dhe të besimit ortodoks (11%). Janë pjesë të kampionit, edhe pse në përqindje të ulët femra të besimit bektashi (2%), protestant (1%). Femrat ateiste përbëjnë 2% të këtij kampioni.

Meqenëse në vendet në zhvillim statusi ekonomik luan rol si shkak i abortit, u mbledhën të dhëna lidhur me gjendjen ekonomike të cilat pasqyrohen më poshtë në tabelën nr.5.

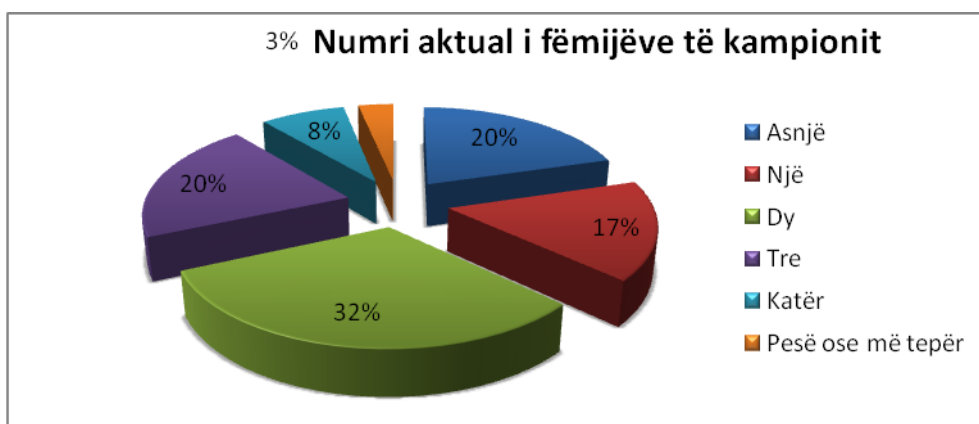
Tabela 12: Gjendja ekonomike e kampionit

Gjendja ekonomike e kampionit	Nr.	%
Nën mesatare	39	26
Mesatare	100	66
Mbi mesatare	13	8
Total	152	100.0

Siç mund të vihet re dhe nga tabela e mësipërme, 66% e kampionit në punim raporton gjendje ekonomike mesatare. Vetëm një numër i vogël i kampionit (8%) raporton situatë të mirë ekonomike. Në një përqindje të konsiderueshme kemi individë me ekonomi nën mesatare, pra 26% të kampionit dhe themi që është një nivel i konsiderueshëm sepse një ndër arsyt kryesore të abortit është edhe arsyeja ekonomike (kjo do të argumentohet dhe më tej në rezultatet e pasqyruara në tabelat në vijim lidhur me shkakun kryesor të raportuar të abortit).

Në literaturë aborti lidhet në një pjesë rastesh me mospasje fëmijësh më vonë, qoftë për arsye shëndetësore, qoftë edhe psikologjike. Kështu që u mbledhën të dhënat lidhur me numrin e fëmijëve, të cilat pasqyrohen në grafikun nr.8.

Grafiku 8: Numri aktual i fëmijëve të kampionit



Afro 1/3 e kampionit ka 2 fëmijë, konkretisht 32% e kampionit. Duhet theksuar se 20% e kampionit nuk ka fëmijë, 17% ka një fëmijë dhe 20% ka tre. Ka një grup me shumë fëmijë (4 dhe 5 ose më shumë) respektivisht 8% dhe 3%. Vlera 20% e kampionit e cila nuk ka fëmijë është shumë domethënëse në studimin aktual sepse më në vazhdimësi të studimit aktual do të shohim se kjo kategori e kampionit është target grupi më i mundshëm për të përjetuar problematika të shëndetit mendor pas-abort.

10.2 Rezultatet e shpeshtësisë së dukurisë dhe moshat përkatëse

Në vijim paraqiten vitet kur janë kryer këto aborte, moshat e femrave dhe mosha e fetusit në momentin kur është kryer aborti. Numri i aborteve në total është $n = 240$, pra disa herë më i madh sesa numri i kampionit dhe kjo sepse kemi disa femra që kanë kryer më shumë se një abort.

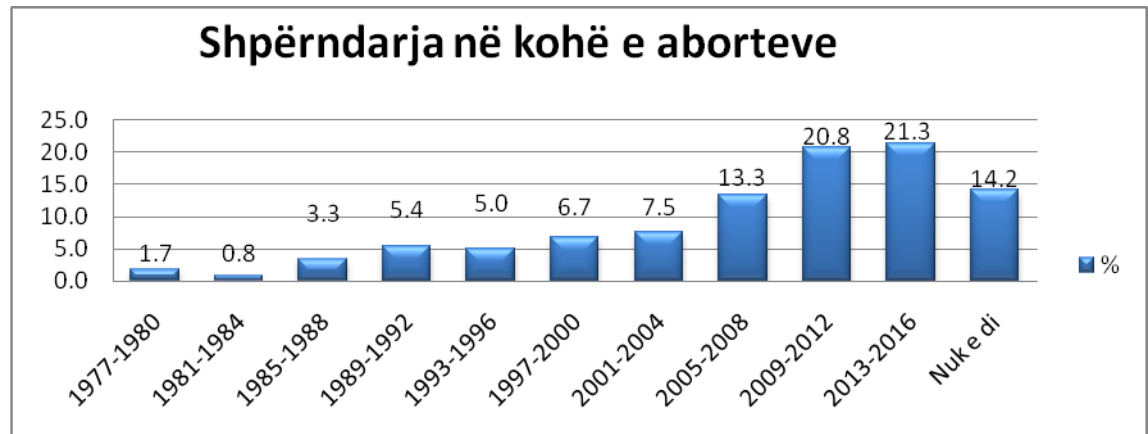
Tabela 13: Numri i aborteve në total

Numri i aborteve në total	Nr.	%
1	93	61
2	40	26
3	13	9
4	3	2
5	2	1
6	1	1

Pjesa më e madhe e kampionit, 87% kanë kryer 1 ose 2 aborte. Pjesa tjetër, 13% e kampionit ka kryer më shumë se 2 aborte. Rasti më specifik i hasur gjatë këtij studimi ka të bëjë me një individ e cila nuk u përfshi në kampion pasi la pa iu përgjigjur një pjese të konsiderueshme të intervistës. Ajo raportoi se kishte kryer përgjatë jetës 12 aborte.

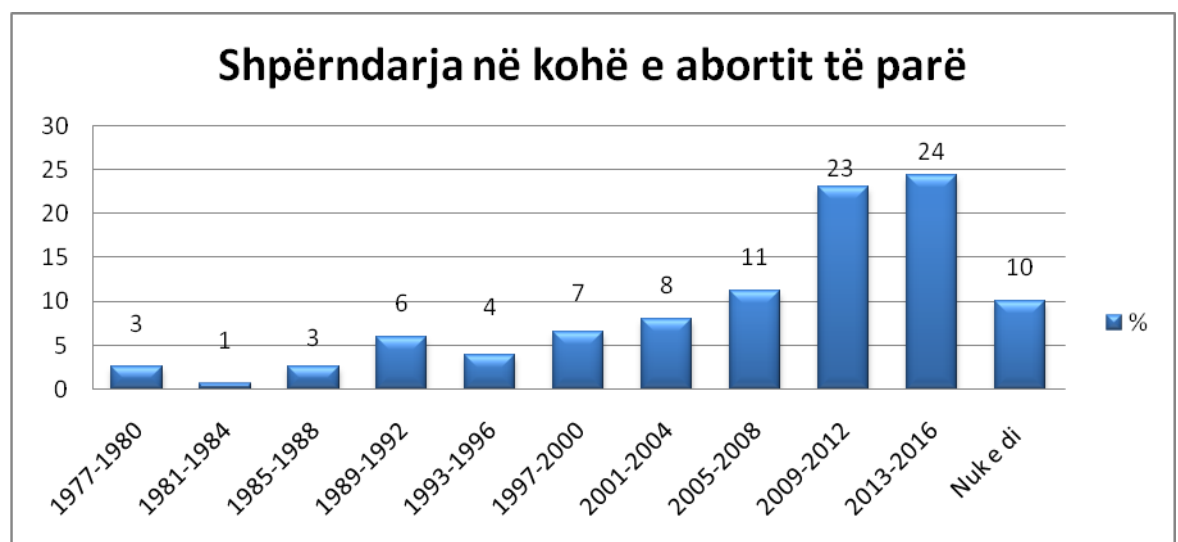
Të dhënat për vitet në të cilat janë kryer këto aborte dhe respektivisht secili prej aborteve të kryer paraqiten në grafikët në vijim.

Grafiku 9: Shpërndarja në kohë e aborteve



Pjesa më e madhe e kampionit, ashtu siç pasqyrohet në grafikun nr.8 raporto i se ka abortuar në vitet 2005-2016, megjithatë ka shumë shtrirje përgjatë viteve duke filluar që nga viti 1977.

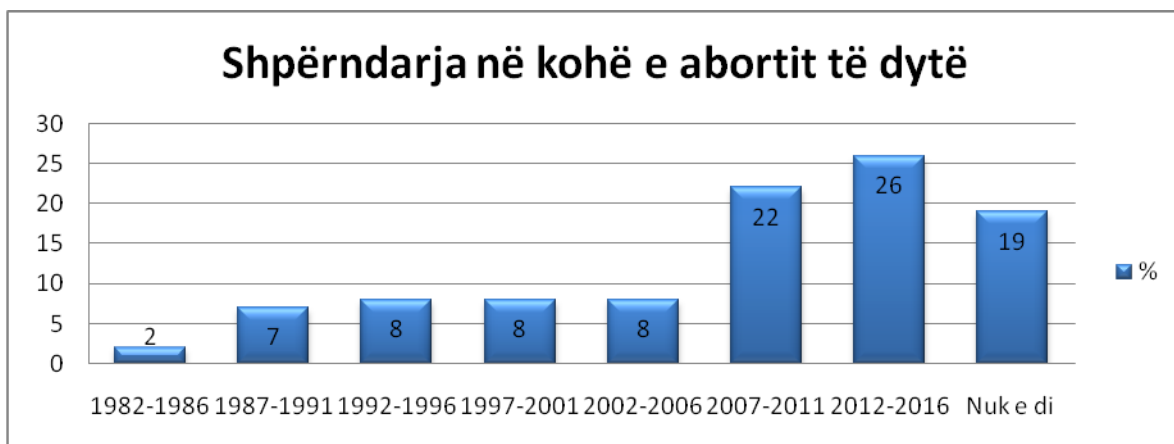
Grafiku 10: Shpërndarja në kohë e abortit të parë



Grafiku i mësipërm jep një pasqyrë të përqindjes së abortit të parë përgjatë viteve, të cilat rezultuan nga grupimi i të dhënave të siguruar nga intervistat. Afro 1/3 e kampionit ka abortuar në vitet 2013-2016. Me një diferencë të vogël përqindjeje (23%)

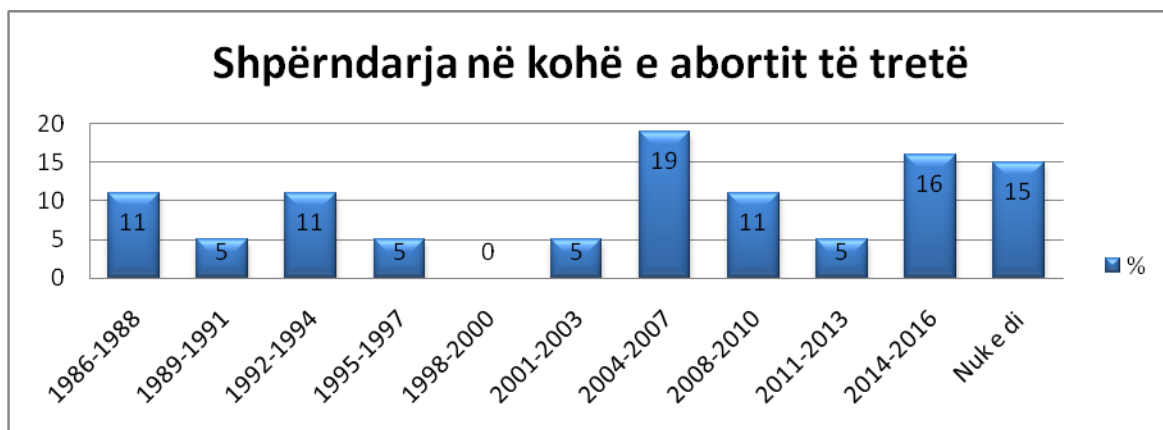
janë kryer në vitet 2009-2012. 10% e kampionit rezultoi që nuk mban mend vitin kur ka kryer abortin e parë.

Grafiku 11: Shpërndarja në kohë e abortit të dytë



26% e kampionit ka kryer abortin e dytë gjatë viteve 2012-2016, e cila është dhe përqindja më e lartë po ta krahasojmë me vitet e tjera (15 aborte). Vitet 1992-1996, 1997-2001, 2002-2006 kanë respektivisht aborte të dyta të realizuara nga 8% e kampionit (5 aborte secili grupim i viteve). Vitet me më pak aborte të dyta janë vitet 1982-1986 me 2% (1 abort) dhe vitet 1987-1991 me 7% (4 aborte). 19% e kampionit rezulton se mban mend vitin kur ka kryer abortin e dytë.

Grafiku 12: Shpërndarja në kohë e abortit të tretë



Numrin më të lartë të abortit të tretë e kemi në vitet 2004-2007 me 19% të kampionit. Gjatë viteve 1986-1988, 1992-1994 dhe viteve 2008-2010 kemi 11% të kampionit që ka kryer abort të tretë dhe gjatë viteve 1989-1991, 1995-1997, 2001-2003 dhe viteve 2011-2013 kemi 5% (përqindje e barabartë për secilin grupim) të kampionit. Gjatë viteve 1998-2000 nuk kemi asnjë individ, pjesë e kampionit që të ketë kryer abort të tretë.

Grafiku 13: Shpërndarja në kohë e abortit të katërt



Kemi 33% të kampionit (2 femra) që ka kryer abort të katërt në vitet 2005-2008 dhe po aq në vitet 2009-2012. Gjatë viteve 1997-2000 kemi 17% të kampionit (1 femër) që ka kryer abort të katërt, ndërsa pjesa tjetër e mbetur, pra 17% (1 femër) nuk mban mend vitin kur ka kryer abortin. Siç tregohet dhe në grafikun e mësipërm, në vitet 2001-2004 dhe 2013-2016 nuk kemi abort të katërt të kryer nga kampioni që përfshin ky studim. Për arsye të numrit të vogël të femrave që kanë kryer 5 aborte (nr.=3) të dhënat paraqiten në tabelë, siç është pasqyruar më poshtë.

Tabela 14: Shpërndarja në kohë e abortit të pestë

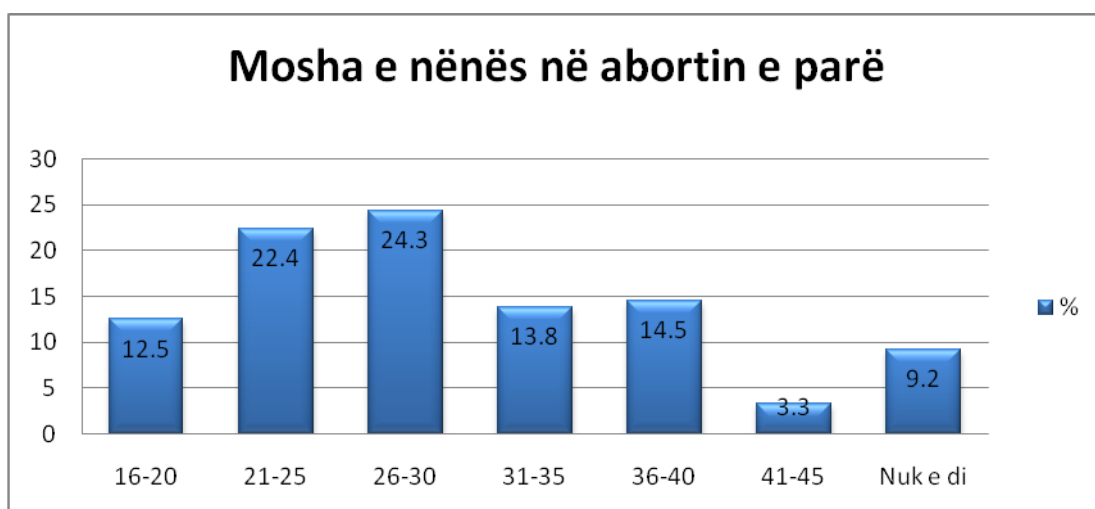
Viti i abortit 5	Nr.	%
2007-2011	1	33.3
2012-2016	1	33.3
Nuk e di	1	33.4
Total	3	100

Kemi 3 individë, pjesë të kampionit tonë që kanë kryer abort të 5-të. Konkretisht një në vitin 2008 dhe një në vitin 2013, ndërsa një individ nuk e mban mend vitin kur ka kryer abortin e saj të 5-të.

Vetëm një femër e kampionit ka kryer 6 aborte por vitet përkatëse të kryerjes së abortit nuk i mban mend.

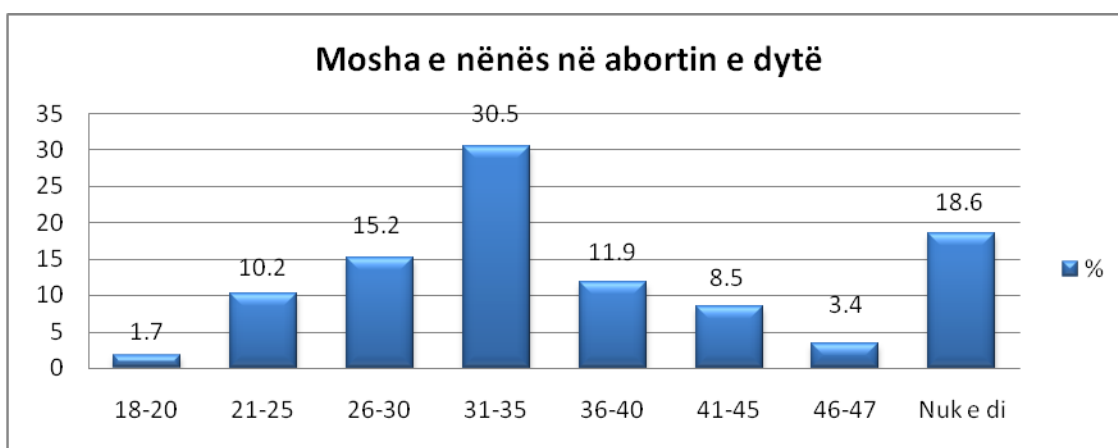
Mosha e femrave në kohën e aborteve paraqitet respektivisht në grafikët në vijim.

Grafiku 14: Mosha e nënës në abortin e parë



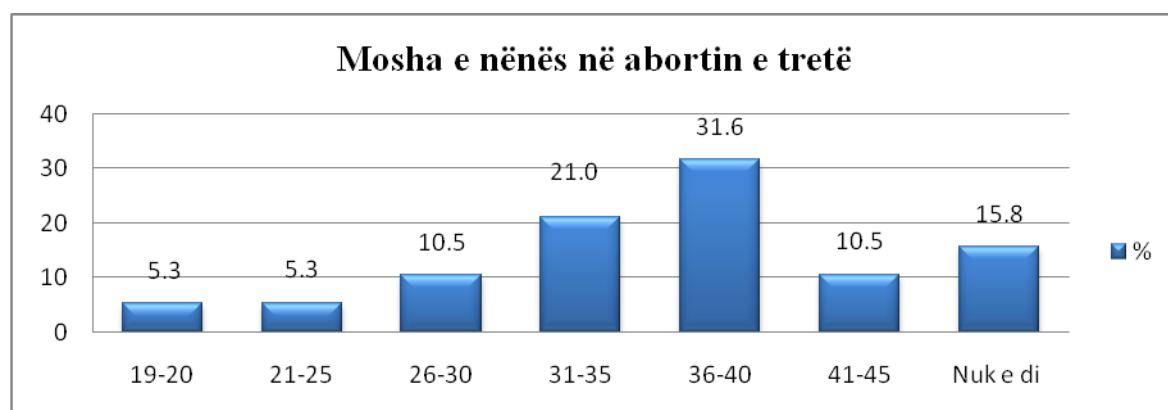
Pjesa më e madhe e kampionit e ka kryer abortin e parë në moshën 26-30 vjeç (24.3% e tij), për të vijuar më pas me grupmoshën 21-25 vjeç përfaqësuar nga 22.4% e kampionit dhe 36-40 vjeç me 14.5%. Mosha gjatë së cilës, kampioni ka kryer më pak abort të parë është mosha 41-45 (3.3%). Vlen të përmendim dhe moshën 16-20 vjeç e cila përfaqësohet me kryerjen e abortit të parë në prevalencë 12.5%, një dukuri kjo e fshehtë për sytë e shoqërisë dhe mjaft shqetësuese.

Grafiku 15: Mosha e nënës në abortin e dytë



Kampioni ka kryer abort të dytë më shumë gjatë moshës 31-35 vjeç (30.5% e tij) dhe moshës 26-30 vjeç (15.2%). Përqindja e kampionit që ka kryer abort të dytë, fillon nga mosha 18-20 vjeç me 1.7%, dhe rritet pak nga pak deri në moshën 31-35, për të pësuar pastaj një rënie graduale në vlerën e përqindjes, gjë të cilën na e tregon fare qartë dhe grafiku i mësipërm. Përmendim këtu moshën 46-47 vjeç gjatë së cilës 3.4% e kampionit ka kryer abort të dytë, shkak për të cilin është bërë mosha e madhe për t'u bërë nënë e kampionit apo numri i madh i fëmijëve (kjo do të trajtohet dhe më me hollësi në tabelat vijuese të arsyes vetjake për abort dhe arsyes në çift për abort). 18.6 % e kampionit nuk mban mend vitin kur ka kryer abortin e dytë.

Grafiku 16: Moshë e nënës në abortin e tretë



31.6% e kampionit ka kryer abort të 3-të në moshën 36-40 vjeç, më shumë se 1/3 e kampionit që ne kemi marrë për këtë studim. 21% e kampionit ka kryer abort të 3-të gjatë moshës 31-35 vjeç.

Tabela 15: Moshë e nënës në abortin e katërt

Moshë e nënës në abortin e katërt	Nr.	%
22-26	1	16.7
27-31	0	0
32-36	3	50
Nuk e di	2	33.3
Total	6	100

Tabela e mësipërme na tregon 3 individë pjesë e kampionit që kanë kryer abortin e tyre të katërt në moshën 32-36 vjeç, pra 50% e kampionit dhe një abort të 4 në moshën 22-26 vjeç. Kemi 2 aborte të katërt, për të cilat kampioni nuk mban mend moshën që ka pasur kur e ka kryer atë.

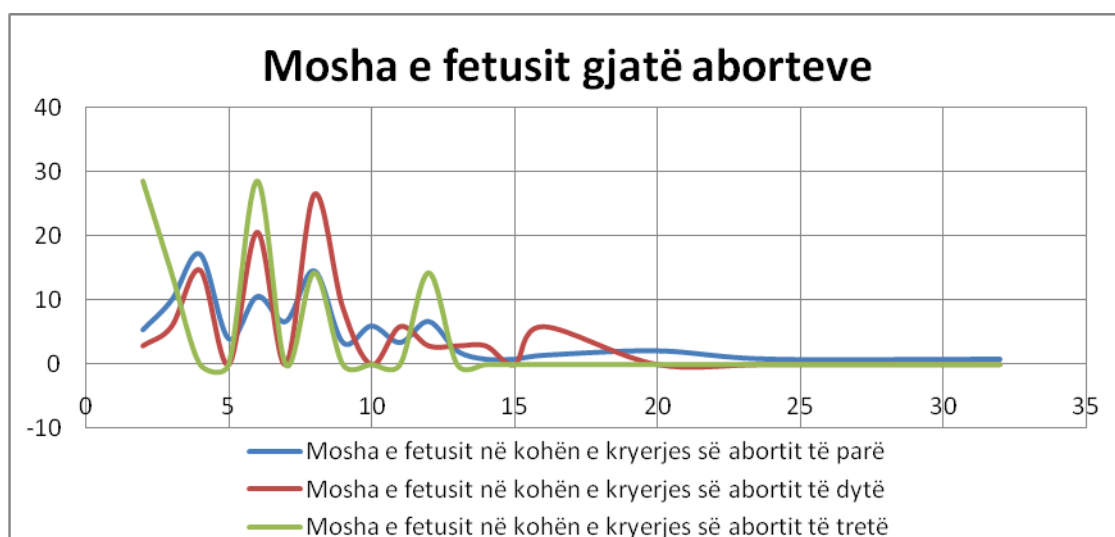
Mosha e nënës në abortin e pestë

Vetëm 3 femra kanë kryer pesë aborte. 1 femër 24 vjeçare, një femër 34 vjeçare, subjekti i tretë nuk e mban mend moshën kur e ka kryer abortin e pestë.

Një subjekt ka kryer abort të 6-të por nuk e mban mend moshën që ka pasur kur e ka kryer.

Më poshtë paraqitet mosha e fetusit të aborteve.

Grafiku 17: Mosha e fetusit gjatë aborteve



Grafiku i mësipërm pasqyron një përmbledhje të moshës së fetusit në javë, në kohën e kryerjes së abortit të parë, të dytë dhe të tretë.

Grafiku 18: Përmbledhje e moshës së fetusit përgjatë aborteve



Shumica e aborteve siç paraqitet janë kryer brenda kuadrit ligjor 4-9 javë. Por ka një përqindje të aborteve edhe pas 12 javësh.

Grafik 19: Mosha e fetusit në kohën e kryerjes së abortit të parë



Kampioni ka kryer abortin e parë (17.1% e kampionit) kur fetusit ka qenë 4 javësh. Një përqindje e konsiderueshme e kampionit, konkretisht 14.5% e tij ka kryer abortin në kohën kur fetusit ka qenë 8 javësh.

Shfaqen raste të abortit kur fetusit ka qenë 12 javësh ose më shumë (14.4% e kampionit). Këto raste tregojnë për mosfunksionimin siç duhet të legjislacionit në Shqipëri në lidhje me abortin. Ligji në Shqipëri, kur fetusit ka kaluar 12 javësh e lejon abortin vetëm në raste kur komisioni e sheh të arsyeshme një gjë të tillë, pra kryerjen e abortit për shkak të keqformimit të fetusit ose për probleme jetësore të nënës, por që në rastet e kampionit tonë, femrat nuk raportojnë të kenë pasur këtë si shkak.

Grafiku 20: Mosha e fetusit në kohën e kryerjes së abortit të dytë



Të dhënat në grafikun e mësipërm na japin informacion lidhur me fetusin, sesa javësh ka qenë ai në momentin kur kampioni ka kryer abortin e tij të dytë. Pika kulminante e kurbës është kur fetusin ka qenë 8 javësh me një përqindje 23.6%. Pikën e fillimit e abortit të dytë e kemi kur fetusin ka qenë 2 javësh (5.1%) dhe numri i aborteve vjen në rritje me rritjen e javëve të fetusit deri në javën e katërt (16.9%) dhe pastaj pëson një rënie deri në javën e tetë të abortit në të cilën, siç përmendëm dhe më lart kemi numrin më të lartë të aborteve të dyta nga kampioni.

Gjithashtu një moment tjetër me vlerë për t'u përmendur është edhe aborti që një individ i kampionit ka kryer në javën e 16, ku siç treguam dhe më sipër është në kundërshtim me ligjin e lejimit të abortit.

Grafiku 21: Mosha e fetusit në kohën e kryerjes së abortit të tretë



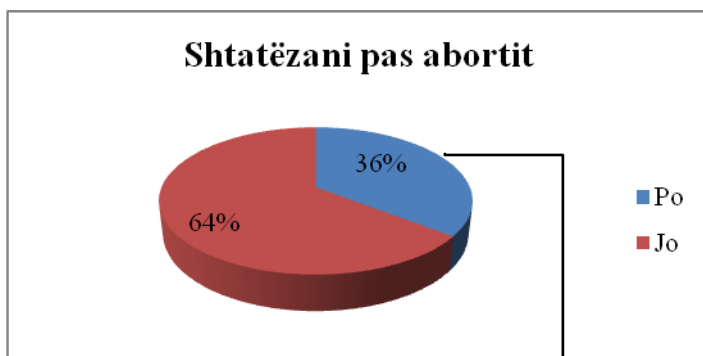
Ashtu siç vumë re dhe në grafikët e mëparshëm edhe në grafikun e mësipërm shohim përsëritjen e të njëjtës dukuri, atë të numrit të lartë të aborteve në javën e 8-të, me 21.1% të kampionit. Në një përqindje të konsiderueshme kemi dhe abortet në javën e 2-të (15.8%) dhe abortet në javën e 12 të fetusit (10.4%)

Abortet e katërta janë realizuar në javën e 4,6,8 dhe 16-të, kjo e fundit është përsëri në kundërshtim me ligjin. Abortet e pesta janë kryer në javën e 8 dhe 9 ndërsa për abortin e gjashtë kampioni nuk mban mend në çfarë jave e ka kryer atë.

10.3 Rezultatet për ecurinë e shtatzënive në vitet pas abortit

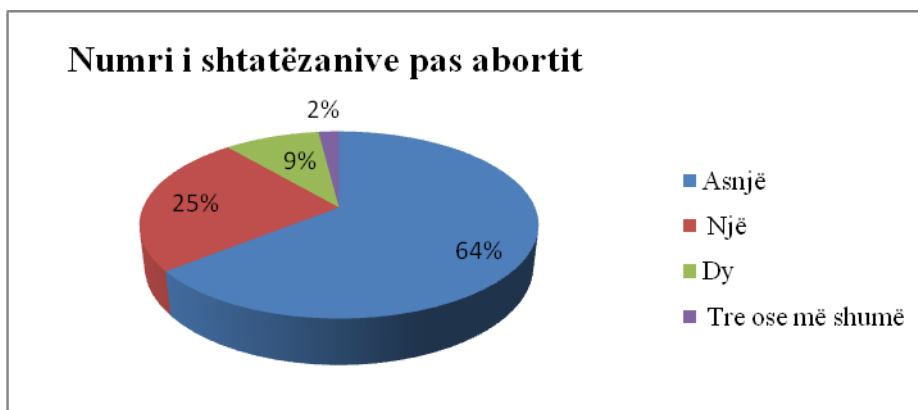
Si studiuese kam pasur interes nëse femrat që kryen abort patën probleme të mirëqenies psikologjike në vitet në vijim.

Grafiku 22: Shtatzëni pas abortit



Ashtu siç pasqyrohet në grafikun nr.22, pjesa më e madhe e kampionit, 64% e tij raporton të mos ketë pasur shtatzëni të tjera pas abortit/aborteve të kryera, kjo jo domosdoshmërisht do të thotë që kampioni nuk ka fëmijë, pasi aborti mund të jetë kryer pas lindjes së disa fëmijëve.

Grafiku 23: Numri i shtatzënive pas abortit



Siç pasqyrohet në grafikun 22,36% e kampionit ka mbetur përsëri shtatzënë pas abortit.

$\frac{1}{4}$ e tyre patën 1 shtatzëni, 9% dy shtatzëni dhe me një përqindje shumë të vogël, vetëm 2% ka pasur tre ose më shumë shtatzëni.

Duhet theksuar se nga këto femra që kanë pasur shtatzëni pas abortit, 3% e tyre kanë abortuar një tjetër fetus.

10.4 Rezultatet për shkaqet e abortit

Rrethanat që kanë shoqëruar ngjizjen

Me shumë rëndësi për t'u analizuar dhe diskutuar janë rrethanat të cilat kanë shoqëruar ngjizjen. Motivet e kampionit janë të ndryshme, duke filluar nga ngjizja me dëshirë (e vullnetshme) e femrës dhe e partnerit deri tek ajo e rasteve të përdhunimit.

Tabela e mëposhtme pasqyron përqindjen e këtyre arsyeve në numër dhe frekuencë.

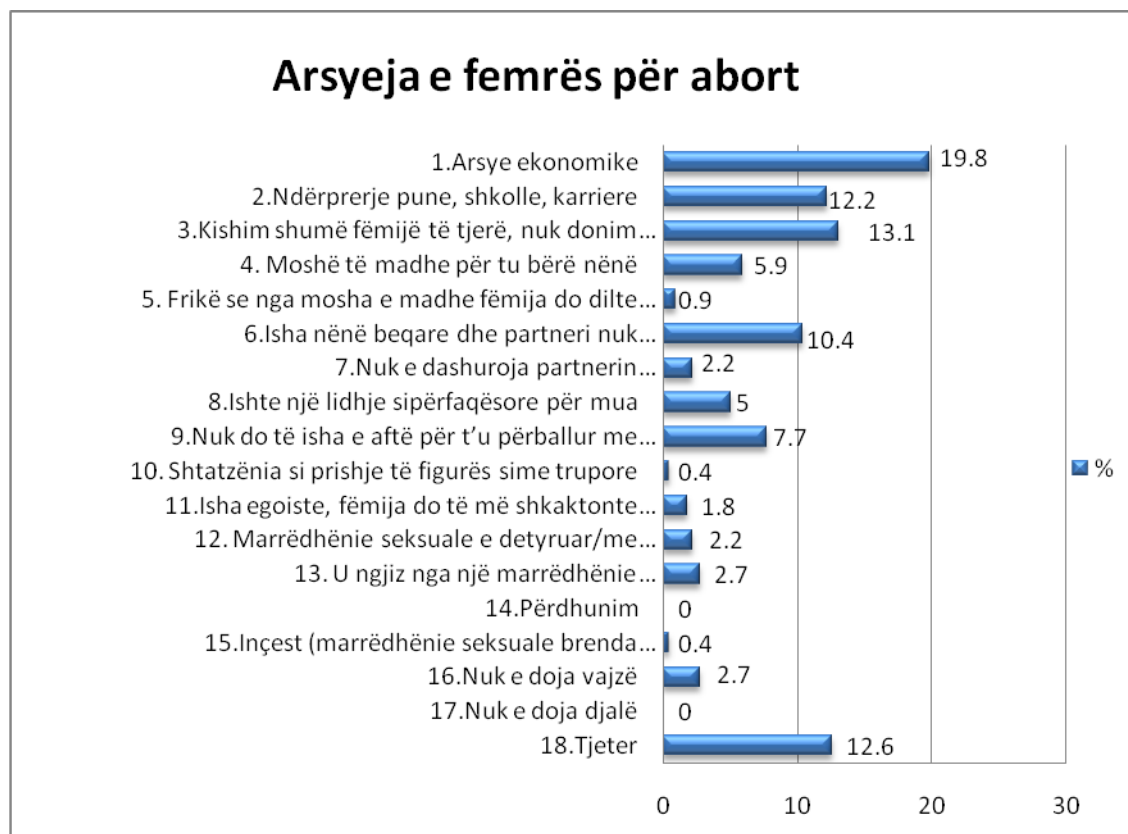
Tabela 16: Rrethanat që kanë shoqëruar ngjizjen

Rrethanat që kanë shoqëruar ngjizjen	Nr.	%
Ngjizje me dëshirë nga unë dhe partneri	31	20.4
Pa dashje, gjatë marrëdhënies	104	68.4
Marrëdhënie seksuale e detyruar/me forcë nga partneri	12	7.9
Incest	1	0.7
Përgjigje ambivalente/ e paqartë	4	2.7
Total	152	100.0

Siç pasqyrohet në kategoritë e tabelës 16, afro 70% e kampionit si motiv kryesor të abortit kanë raportuar një shtatzëni të padëshiruar nga ngjizja pa dashje gjatë marrëdhënies seksuale (kjo raportohet si motivi kryesor për abort). Kemi gjithashtu një rast incesti dhe 12 raste (8% e kampionit) të marrëdhënieve të detyruara me forcë nga partneri. 20% e kanë ngjizur me dëshirë fëmijën por e kanë abortuar më pas për arsye që do të paraqiten në vijim.

Grafiku 24: Arsyeja e femrës për abortit

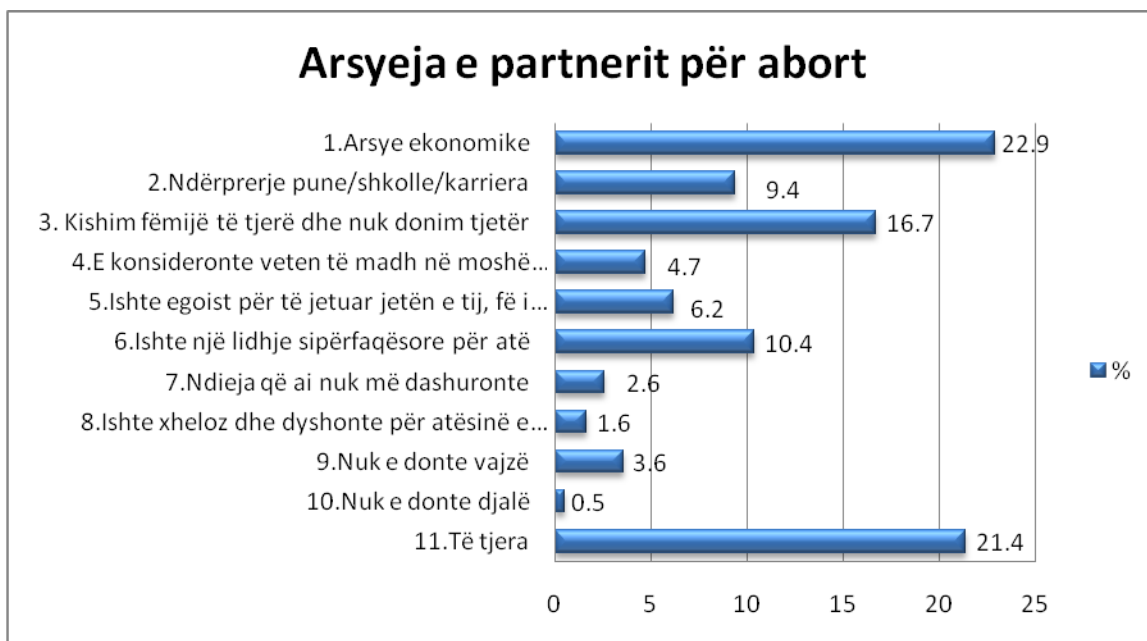
Meqenëse çdo subjekt në çift mund të ketë arsye jo domosdoshmërisht të njëjta për abortim, janë paraqitur të dhëna të kujdesshme për arsyet e femrës, mashkullit dhe në çift. Arsyet e mashkullit për abort janë raportuar nga femrat ashtu si ato i kanë perceptuar.



Pjesa më e madhe e kampionit (19.8%) jep si arsyen më kryesore të abortit atë ekonomike. Siç mund ta shohim dhe nga grafiku i mësipërm me përmbledhje të të dhënave të siguruara nga intervistat, kjo arsye përbën 19.8% të kampionit. Motivet pasuese në frekuencë janë dy kategori me shifra të përafërta, përkatësisht 13.1% dhe 12.2%: femrat që nuk kanë dashur të ndërpresin punën, shkollën apo karrierën në këtë moment shtatzënie dhe kur çifti kishte fëmijë të tjerë dhe nuk donte më shumë. 10.4% e kampionit ka kryer abort me motiv kryesor vetjak të qenit beqare dhe partneri nuk e

dëshironte lidhjen. 7.7% e kampionit nuk e konsideronte veten të aftë për t'u përballur me rritjen e fëmijës për shkak të lodhjes fizike ose emocionale që ato raportonin. Arsye të tjera vetjake të abortit në një përqindje më të ulët janë të pasqyruara në grafikun e mësipërm. Motive të tjera aborti të cilat nuk dhanë shpjegime më tej kishin një pjesë e kampionit (12.6%). Disa përmendën turpin nga familja sepse femra nuk ishte martuar akoma, marrëdhënie jashtëmartesore, nuk donte që ditën e dasmës të dukej e shëmtuar, etj.

Grafiku 25: Arsyeja e partnerit për abort

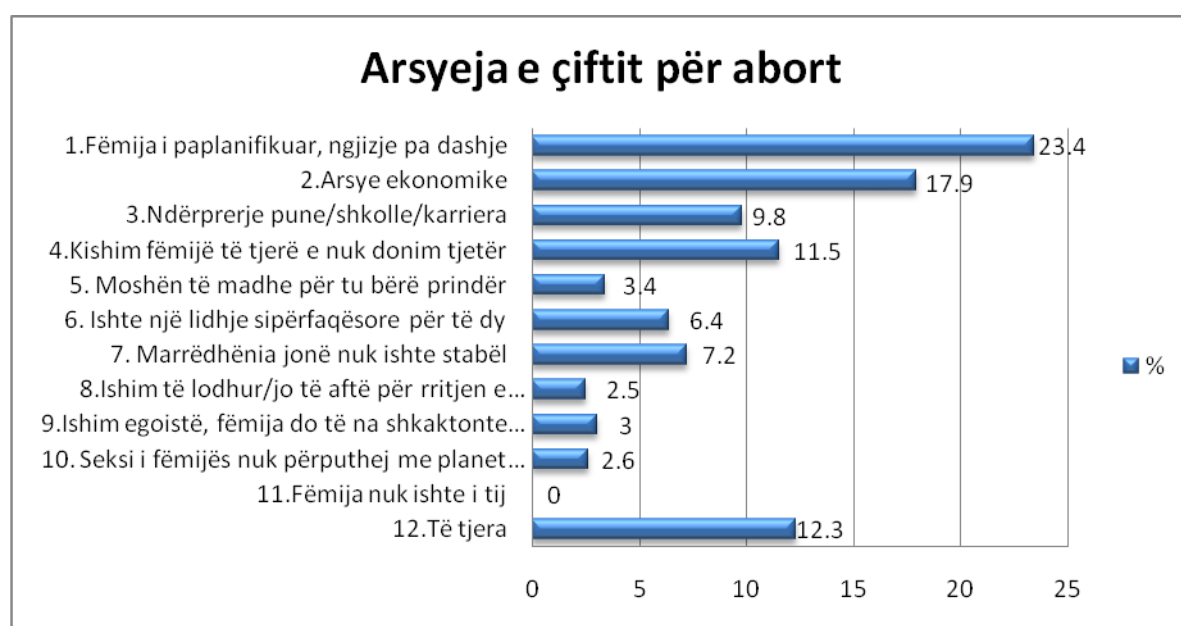


Vihet re që kampioni raporton se partneri i saj shfaq si motiv kryesor të aprovimit të abortit arsyen ekonomike dhe konkretisht është 22.9% e kampionit që e pohon këtë. Ashtu siç treguam më sipër për arsye të vetjake të kampionit për abort, edhe arsye të partnerit rezultojnë pothuajse të ngjashme me to. Pas arsyes ekonomike vendosin një përqindje të konsiderueshme mosdëshirimin e një fëmije tjetër sepse kishin fëmijë të

tjerë e nuk donin më, paqëndrueshmëria e marrëdhënies mes partnerëve, duke qenë në një lidhje sipërfaqësore dhe shkolle, karriera apo puna, arsye këto me rëndësi që çojnë në kryerjen e abortit.

Ka përputhje me motivin kryesor femër-partner për abort, ashtu siç u raportua nga femrat e këtij kampioni.

Grafiku 26: Arsyeja e çiftit për abort



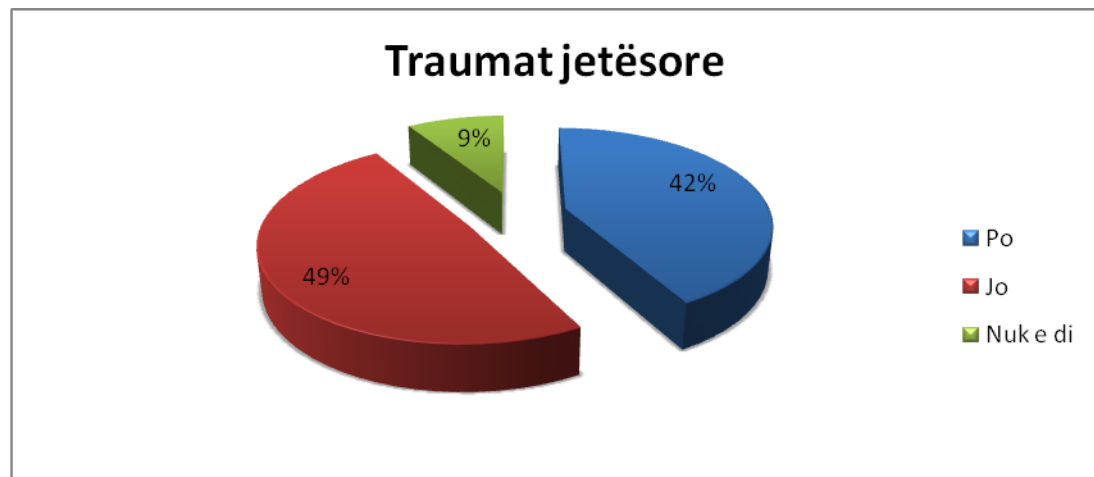
Siç shikohet dhe nga grafiku i mësipërm, arsyeja kryesore e çiftit për abort është mosplanifikimi i të pasurit të një fëmije tjetër, dhe më konkretisht 23,4% e raportojnë një gjë të tillë e lidhur kjo me arsyen ekonomike. Ndër arsyet e tjera me një përqindje të konsiderueshme përmendim zgjedhjet e ndryshme që kishte secili për jetën e tij, partneri nuk e donte, kishin turp nga prindërit sepse ishin akoma të pamartuar dhe opinionin e shoqërisë në të cilin ata bënin pjesë e etiketonte si të pamoralshme një

fenomen të tillë, lidhje jashtëmartesore e të dy partnerëve që mund të ndikonte në familjet e tyre aktuale, kampioni kishte zbuluar se burri e tradhtonte, etj.

10.5 Rezultate mbi ndodhitë e jetës që mund të afektojnë indirekt abortin

Grafiku nr.27 paraqet të dhëna mbi traumat jetësore të raportuara nga kampioni

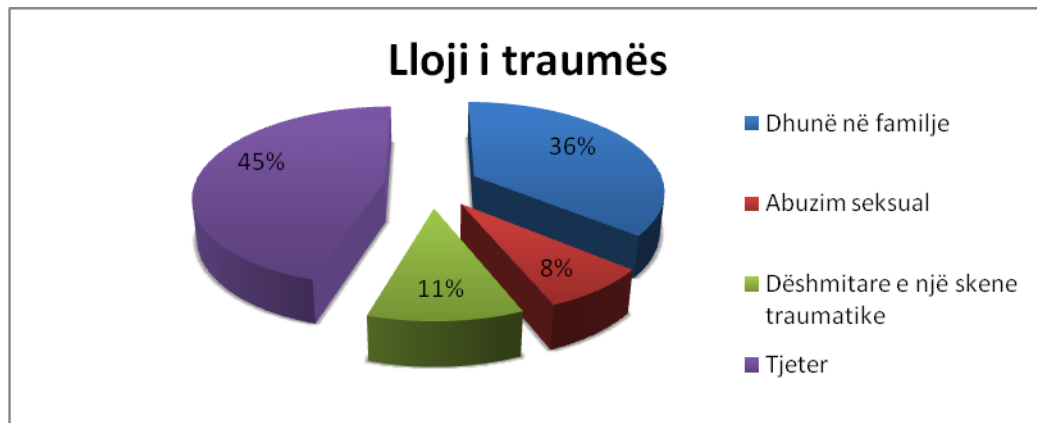
Grafiku 27: Traumat jetësore



Megjithëse nuk mund të provohet një lidhje direkte midis traumës së mëparshme dhe një aborti interes paraqiti mbledhja e të dhënave mbi ndodhi të mëparshme të jetës, të cilat probablisht mund të kenë ndikim në abort në vite të mëvonshme.

42% e kampionit raporton të ketë pasur trauma jetësore, ndërsa 49% raporton që nuk ka pasur më përpara ndodhi traumatike deri në momentin e kryerjes së abortit. Përshkrimi i llojit të traumës dhe frekuencës së saj tek kampioni është e trajtuar më poshtë në grafikun 24. 9% e kampionit nuk jep përgjigje lidhur me situatat traumatike të përjetuara. Shkaku i mosraportimit të këtyre situatave nga ana e kampionit mund të vijë nga arsye të ndryshme të cilat pjesëmarrëset nuk kanë dashur që t'i pasqyrojnë (Si shkaqe të nënkuptuara mund të jenë përdhunimi, incesti e raste të cilat kanë një ngarkesë të lartë emocionale).

Grafiku 28: Lloji i traumës



36% e femrave që kanë përjetuar trauma raportojnë dhunë në familje, shifër kjo shqetësuese duke qenë se përbën më shumë se 1/3 e kampionit tonë dhe 8% abuzim seksual.

Ndër arsyet e tjera që femrat kanë përmendur janë:

1. Abortimi i mëparshëm që kishte bërë në shtëpi;
2. Shoqja humbi fëmijën 6 muajsh, nga peshat në punë;
3. Tradhti nga bashkëshorti;
4. Një histori rreth një aborti që kishte bërë një shoqe dhe më pas nuk kishte mundësi të lindte fëmijë tjetër.

10.6 Rezultatet mbi përjetimin emocional të abortit

Tabela 17: Përjetimi emocional i abortit

Përjetimi emocional i abortit	Nr.	%
Jo të errët	28	18.4
Ankth; stres (e ndjeshme); frikë	25	16.4
Keqardhje (pendesë); nuk e doja sepse isha në moshë të re	15	9.9
Mirë (e çliruar)	8	5.3
Shumë keq (hidhërim, mërzitje, trishtim, dhimbje, dëshpërim); sikur një copë u ndal aty	57	37.5
E vështirë (jo mirë, e lënduar)	10	6.6
E inatosur me partnerin	2	1.3
Nuk dija asgjë, nuk kuptoja	2	1.3
E doja fëmijën, por kisha arsye për të abortuar	2	1.3
Nuk kam gjetur akoma dikë të denjë si baba i fëmijës tim; e vendosur për ta hequr (nuk e doja)	3	2
Total	152	100

Pyetja u la e hapur për të marrë përgjigje origjinale nga subjektet. Tema u fokusua te të dhënat mbi mënyrën sesi e kanë përjetuar abortin femrat e këtij kampioni.

Përvoja e përshkruar me fjalë nga subjekti mbi abortin u klasifikua në disa kategori të cilat mund të kuantifikoheshin. Kategoritë janë krijuar duke respektuar shprehjet origjinale të subjekteve, ndonëse shprehjet p.sh.: “normale”, mund të përkthehet në

tjetër gjuhë (p.sh. Mekanizëm mbrojtës, etj.). Shprehje të cilat përkthehen me të njëjtin kuptim klasifikohen në një kategori.

Subjektet e kanë përjetuar abortin me ndjesi të ndryshme individuale. 37.5% e kampionit e kanë përjetuar abortin shumë keq, me mërzitje, hidhërim, dhimbje për humbjen, dëshpërim. 16.4% e tyre raportojnë të kenë përjetuar stres dhe 6.6% e kanë pasur të vështirë ta kalojnë përjetimin e abortit sepse kanë qenë të lënduara. Nga ana tjetër kemi dhe 18.4% e kampionit që nuk ka pasur ndonjë eksperiencë apo përjetim të jashtëzakonshëm por e konsiderojnë si një përvojë normale. Kemi 5.3% të kampionit të cilat raportojë të jenë ndjerë të çliruara në momentin e kryerjes së abortit dhe ka qenë vendimi i duhur që kanë marrë.

Përvojat e abortit siç shikohet më lart variojnë nga normale apo e çliruar nga procedura deri në rastet më ekstreme simptoma emocionale.

Tabela nr.18 paraqet rezultatet për vendin ku u krye aborti.

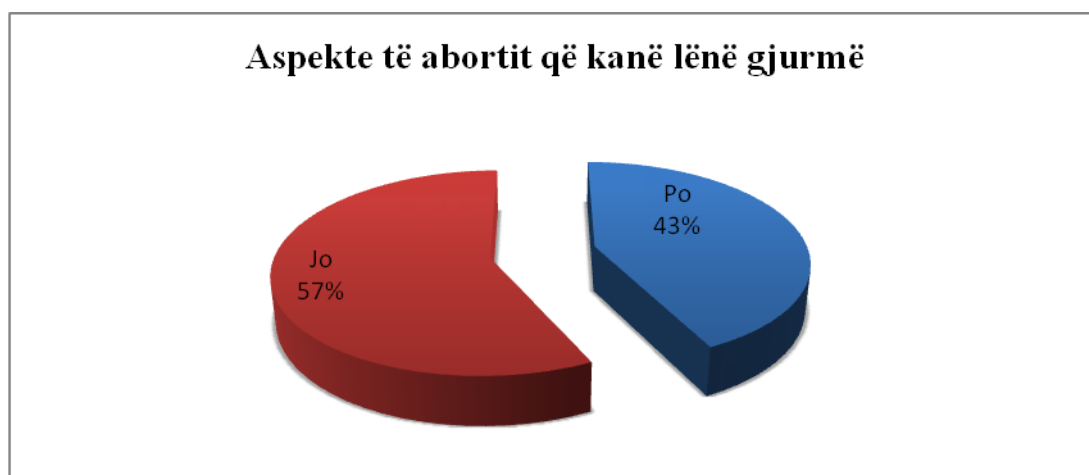
Tabela 18: Vendi i abortit

Vendi i abortit	Nr.	%
Spital	122	80.3
Vetë në shtëpi	16	10.5
Ambiente të tjera	5	3.3
Spital dhe shtëpi	4	2.6
Klinikë private	3	1.9
Shtëpi dhe ambient tjetër	1	0.7
Spital dhe ambient tjetër	1	0.7
Total	152	100

80.3% e kampionit pohon ta ketë kryer abortin në spital. 10,5% e kampionit e ka kryer abortin vetë në shtëpi, dhe kjo përbën një gjetje të studimit. Procedura në këto raste është realizuar përmes përdorimit të pilulës RU-846, edhe pse përdorimi i saj është i këshillueshëm vetëm në prani të mjekut gjendet me lehtësi si në farmaci ashtu edhe në spitale private (kjo e deklaruar nga vetë femrat). Është shumë i rëndësishëm fokusimi në këtë aspekt duke qenë se të gjitha femrat të cilat kishin kryer abortin në shtëpi shfaqnin shqetësime të mëdha psikologjike-emocionale gjë e cila ishte e lidhur ngushtësisht me procedurën e abortit, që i shkakton femrës një përballje me fetusin, duke mbetur kështu një eksperiencë shumë negative për të. Femrat vetëraportuan mendime përndjekëse, ankth, etj., si pasojë e kësaj procedure.

Subjektet u pyetën nëse aborti ka lënë gjurmë dhe më tej sqaruan çfarë u ka mbetur në mendje nga kjo përvojë. Të dhënat paraqiten në grafikun më poshtë dhe tabelën nr.9.

Grafiku 29: Aspekte të abortit që kanë lënë gjurmë



Në vetvete kampioni pohon që për 57% të tyre nuk ka pasur aspekte të abortit që i kanë lënë gjurmë ndërsa pjesa tjetër pohon që po. Elementët që kanë lënë gjurmë tek kampioni janë të detajuar në tabelën nr.9.

Tabela 19: Tipat e gjurmës që mbetën pas abortit

Tipat e gjurmës që mbetën pas abortit	Nr	%
Fjalët e mjekut (këshillimi)	12	18.5
Përfaqësuesi fetar (mëkat)	8	12.3
Shfaqjet TV	8	12.3
Familjarët	10	15.4
Vendi i abortit	10	15.4
Disa (familjarët, miqtë, TV, mjeku, feja, vendi i abortit)	10	15.4
Protestat kundër abortit	2	3.2
Mendimi se nuk do të mundja të lindja fëmijë të tjerë	1	1.5
Etiketimi që më vuri shoqëria	1	1.5
Detyrimi që më bëri bashkëshorti për abort	1	1.5
Mjeku dhe shoqëria	1	1.5
Mjeku dhe feja	1	1.5
Totali	65	100

Pavarësisht se studiohet aborti i vullnetshëm, afro gjysma e kampionit (43%) megjithëse kanë vendosur për të abortuar, emocionalisht elementi apo faktori më ndikues tek pjesëmarrësit duket të jenë fjalët e mjekut ku 18.5% e kampionit e pohon këtë gjë, 15.4% janë familjarët, 15.4% vendi ku kampioni ka kryer abortin (spital, spital privat, shtëpi apo ambiente të tjera). Përfaqësuesi fetar sigurisht ka ndikuar dhe ka lënë gjurmë tek femra që ka kryer abortin 12.3% e kampionit e konsideron element ndikues.

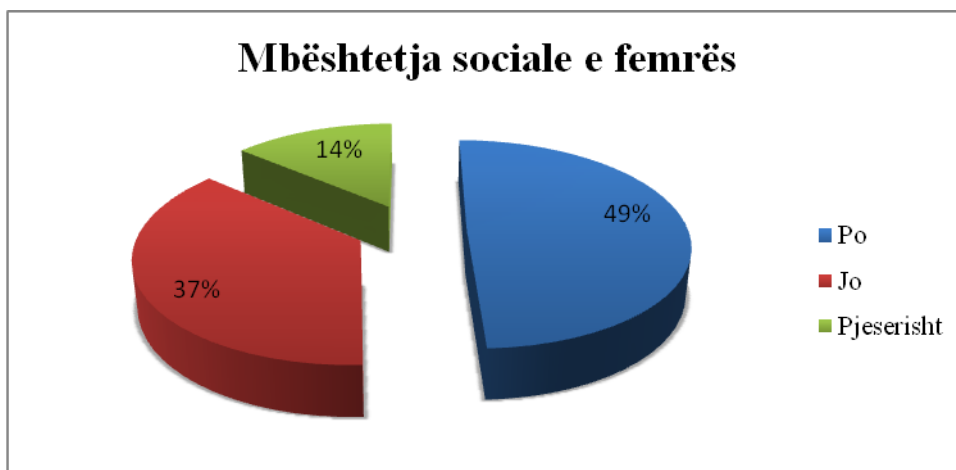
Ndikimi më me pasoja negative mjaft influencuese e shprehur kjo nga pjesëmarrëset ishin fjalët e priftit i cili e deklaronte abortin, në momentet e rrëfimit, si vrasje me

dashje dhe personin që e ka kryer si mëkatore. Për femrat që janë pro-jetës, aspekti shpirtëror apo fetar ka një rëndësi të jashtëzakonshme duke e ndjerë shumë të rëndësishëm aspektin e faljes. Në rast të kundërt duke mos qenë të mbështetura ato zgjedhin heshtjen apo mbajtjen sekret të abortit si mekanizëm mbrojtës. Shfaqjet televizive përbënin 12.3% të përfaqësimit. Në këtë aspekt përfshiheshin emisionet apo dokumentarët rreth abortit, fjalimet e politizuara rreth çështjes në të cilën paraqiten detaje të zhvillimit të embrionit apo fetusit shoqëruar me faza të ndryshme kohore të ndërprerjes së shtatzënisë.

10.7 Mbështetja e femrës nga rrethi familjar dhe social

Kjo pjesë pasqyron rezultatet që lidhen me mbështetjen ose jo të femrës nga familja dhe rrethi i saj social.

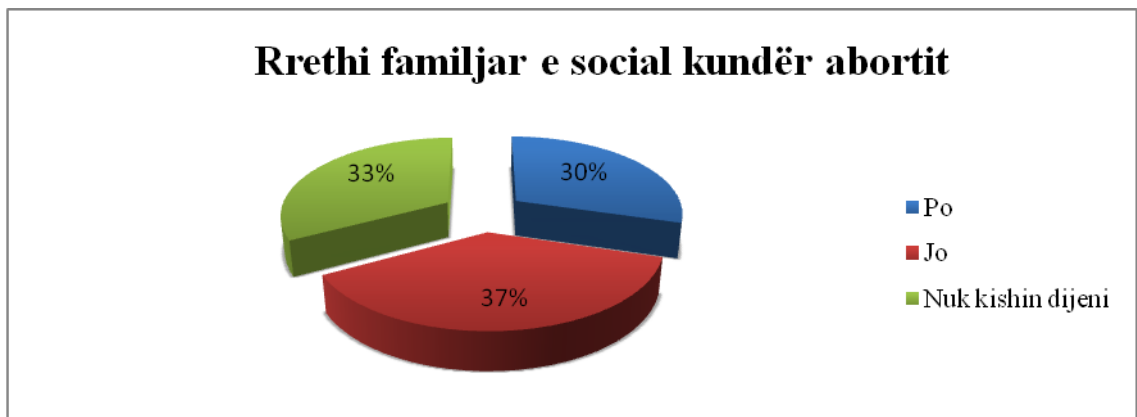
Grafiku 30: Mbështetja sociale e femrës



Një mospërkrahje e konsiderueshme nga ana e familjarëve dhe miqve për fenomenin e abortit vihet re në grafikun e mësipërm. Por kemi dhe pothuajse gjysmën e kampionit që tregon të ketë gjetur mbështetje dhe përkrahje. Ka dhe një kategori të kampionit që ka gjetur pjesërisht mbështetje nga miqtë dhe familjarët, kjo sepse një pjesë e tyre nuk kanë pasur dijeni ose janë treguar mbështetës në fillim por që përsëri e kanë konsideruar si një vendim jo të duhur. Në një pjesë të konsiderueshme të rasteve të abortit të vullnetshëm bashkëshorti nuk është treguar mbështetës.

Një pjesë e rrethit familjar e social nuk e kanë mbështetur vendimin për abort, të dhëna të paraqitura më poshtë në grafikun nr.31.

Grafiku 31: Rrethi familjar e social kundër abortit



Përveç familjarëve dhe rrethit të miqve të kampionit duket se ka pasur njerëz të tjerë që nuk e kanë mbështetur këtë vendim, konkretisht për 30% të tyre ku përfshihen drejtuesit fetar apo bashkësia fetare ku ata bënin pjesë, kolegët e punës apo rrethi shoqëror më i largët i tyre, etj.

10.8 Rezultate të ecurisë jetësore pas-abort

Në vijim paraqitet tabloja e mbështetjes sociale që patën femrat pas abortit, vështirësitë emocionale me të cilat ato u ndeshën në vitet e mëtejshme, përjetimet dhe sesi ato i menaxhuan ndjesitë negative dhe pendesën.

Tabela 20: Mbështetja sociale pas-abort

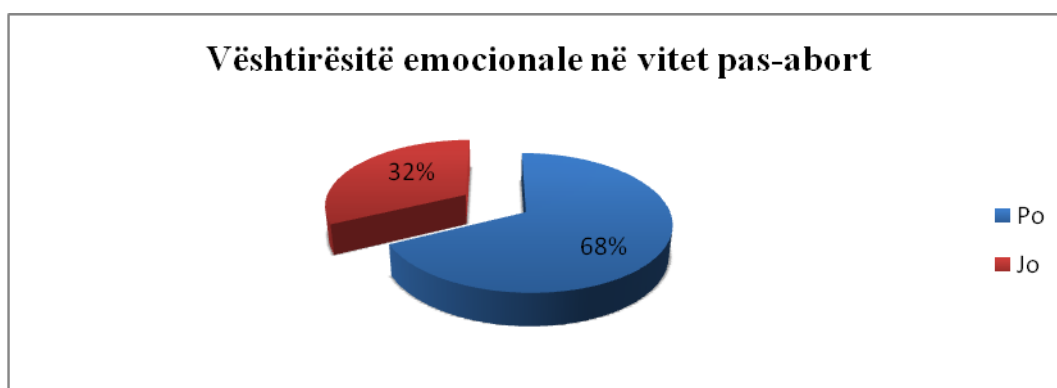
Mbështetja sociale pas-abort	Nr.	%
Mbështetës (kurajë, përkrahje)	67	44.1
Asgjë, nuk e dinë	25	16.4
Normale	18	11.8
Asnjë ndikim	22	14.5
Keq (jo mbështetje, mërzitje, akuza)	5	3.3
Indiferentë (nuk e përmendin)	8	5.3
Disa më mbështetën disa jo (p.sh. kisha); sugjeruan të mos përsëritet (krim)	5	3.2
Kërkonin shtatzëni tjetër	1	0.7
Ndarje nga i dashuri	1	0.7
Total	152	100

Subjektet iu përgjigjën me fjalët e tyre pyetjes: “Si ndikuan njerëzit në përshtatje me jetën tuaj pas abort”. Këto përgjigje u kategorizuan në disa kategori, duke respektuar fjalët që përdorën subjektet.

Jeta pas abortit për 44.1% të kampionit ka pasur mbështetje nga ana e familjes dhe miqve. Por për pjesën tjetër duket që njerëzit përreth tyre nuk kanë pasur ndikim, janë

treguar indiferentë apo i kanë bërë të ndihen dhe më keq me akuzat e tyre. Tregues interesant me 16.4% është edhe mbajtja sekret e dukurisë e pasqyruar edhe më lart .

Grafiku 32: Vështirësitë emocionale në vitet pas-abort



Një nga gjetjet e rëndësishme të punimit është se këto femra të kampionit të cilat vendosën të kryejnë abort të vullnetshëm, nuk janë ndier mirë emocionalisht nga kjo ngjarje në vitet më pas. Aborti ka ndikuar keq emocionalisht në afro 70% të kampionit. Kjo përgjigje është pasuar nga shpjegime të subjekteve për këtë përjetim, e cila sipas analizës cilësore u klasifikua në kategoritë e mëposhtme të pasqyruara në tabelën 11.

Tabela 21: Vështirësitë emocionale të përjetuara

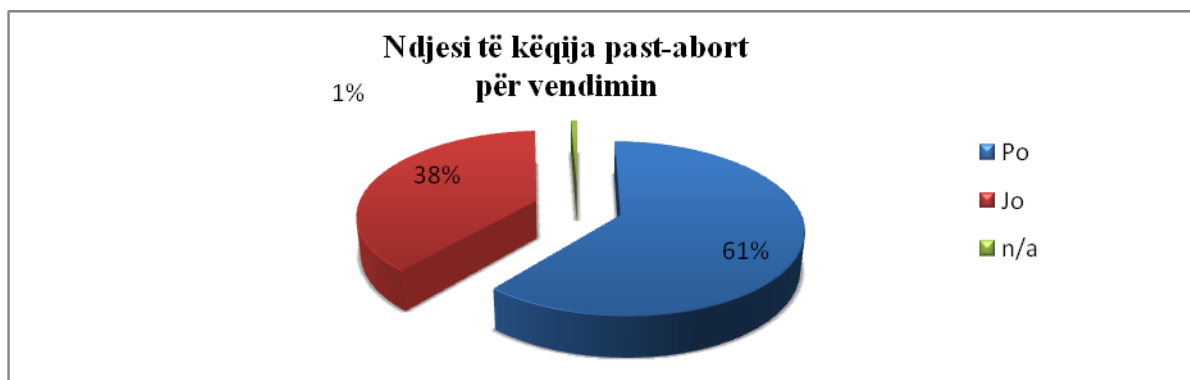
Vështirësitë emocionale	Nr.	%
Ankth	6	5,8
Ndjenjë faji	11	10,7
Kujtime	11	10,7
Ëndrra të këqija	3	2,9
Stres	2	1,9
Keqardhje (pendesë)	20	19,5

E mërzitur, e lënduar	4	3,9
Shumë keq kur shikoja fëmijë të tjerë ose fëmijët e mi	4	3,9
Mbyllje në vetvete (e ftohtë, nuk doja të buzëqeshja më)	2	1,9
Më dukej sikur nuk do të kisha shtatzëni tjetër	1	1,0
Zemërim dhe zhgënjim nga partneri	2	1,9
Vështirësi, pasi të nesërmen duhet të dilja në punë	1	1,0
Kam ndjerë gjithë procesin e pastrimit	1	1,0
Tmerr (më rrëqethet mishi)	2	1,9
Nuk kisha më dhembshuri	1	1,0
Nuk e di	33	32,0
Total	103	100,0

Tabela e mësipërme tregon se ekziston një gamë e gjerë e përvojave emocionale të 68% të kampionit të cilat janë të lidhura me fenomenin e abortit. Theksoj se mbizotëron ndjenja e keqardhjes (përbën 19.5% të tyre) ndjenja e fajit (10.7%) dhe është po e njëjta përqindje dhe për kujtime të ngjarjes, shoqëruar më pas nga përjetimet e ankthit prej 5.8%.

Interesante si e dhënë është shifra prej 33% e pjesëmarrëseve të cilat nuk mund të japin një përshkrim të saktë të përjetimit të tyre.

Grafiku 33: Ndjesi të këqija për vendimin pas-abort



61% janë ndjerë keq për vendimin e marrë dhe për pasojat që ka sjell ky vendim, ndërsa 38% e kampionit kanë përjetuar të kundërtën. Pendesa duket se është një dukuri mbizotëruese tek femrat që kryejnë abort.

Subjekteve iu është kërkuar të shpjegojnë ndjesitë e tyre në vitet pas-abort, përshkrimet individuale të të cilave u kategorizuan me analizë cilësore në kategoritë e paraqitura në tabelën 22.

Tabela 22: Përshkrimi i pendesës

Përshkrimi i pendesës	Nr.	%
Po të kishte lindur, tani do të ishte si një shok, shoqe për mua	1	1,1
Ankth	3	3,1
Jam ndjerë shumë keq	27	29,0
Frikë se zoti do më ndëshkonte (jo fëmijë, bota e përtejme)	2	2,2
Pas një viti ngela përsëri shtatzënë dhe linda njëlloj	1	1,1
Ndihem keq kur shikoj fëmijë, emisione për abortin	5	5,4
Ishte partneri që nuk ishte gati të bëhej prind, unë po	3	3,1
Kam hyrë në gjynah (mëkat)	5	5,4

Fëmijët (fëmija) im sot do kishte një motër ose vëlla	5	5,4
Mendoja se si do ishte sikur të isha nënë (edhe një herë)	7	7,5
Mendoja të kisha një fëmijë dhe një familje	1	1,1
Faj	5	5,4
Qaj	1	1,1
Pendesë	14	15,1
Nuk ishte zgjedhja e duhur	1	1,1
Pata çrregullime psikologjike	5	5,4
Urrej veten	1	1,1
Nuk e di	6	6,4
Total	93	100,0

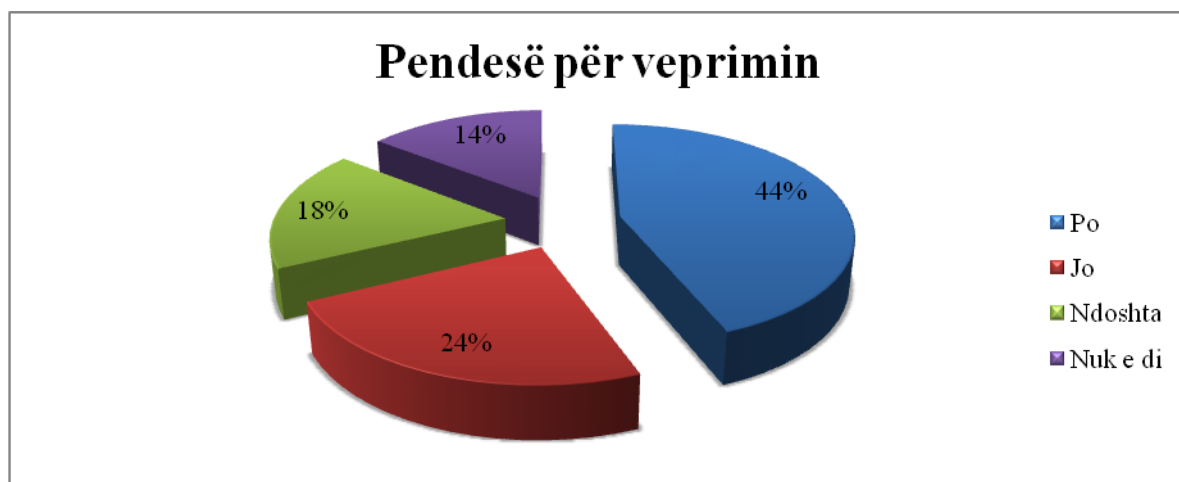
Të dhënat e grafikut 33 janë të detajuara në tabelën e mësipërme, ku femrat të cilat kanë pasur momente kur janë ndjerë keq me zgjedhjen e tyre, 61% e kampionit të cilat përshkruajnë formën e pendesës. 29% e tyre janë ndjerë keq me zgjedhjen që kanë bërë, 15,1% janë penduar, 7.5% fokusohen tek koncepti i mëmësisë. Ndjenja e fajit, kam hyrë në gjynah (mëkat), fëmijët (fëmija) im sot do kishte një motër ose vëlla përbëjnë 5.4% të kampionit secila. Edhe pse në një nivel jo shumë të fortë, ankthi, frikë nga ndëshkimi i Zotit, vajtimi, urrejtja e vetvetes, çrregullimet shëndetësore dhe psikologjike janë element të pendesës të përshkruar nga femrat. Një e dhënë prej 6.4% e kampionit është e paqartë në përshkrimin e pendesës.

Tabela 23: Menaxhimi i ndjesive pas-abortit

Menaxhimi i ndjesive pas-abortit	Nr.	%
Humbje	55	36,2
Ndihem shumë keq në mënyrë të vazhdueshme	32	21,1
Tjetër	40	26,2
Humbje & ndihem keq vazhdimisht	12	7,8
Ndjenjë faji	1	0,7
Duhej bërë	5	3,3
Nuk e kujtoj (përpiqem ta harroj)	2	1,3
E qetë	3	2,0
Frikë se mos nuk ngelja më shtatzënë	1	0,7
Jam ndjerë keq, por e kalova me ndihmën e bashkëshortit dhe miqve	1	0,7
Total	152	100.0

Ndjenjat dhe përjetimet pas-abort janë të një rëndësie të veçantë sepse përmes tyre mund të kuptojmë dhe çrregullimet pas-abort të kampionit. Një ndjenjë humbjeje e cila shpesh edhe e vazhdueshme janë dy ndër dukuritë kryesore të përjetuara nga kampioni i cili ka kryer abort, ndër të cilat 36.2% raporton ndjenjën e humbjes dhe 21.1% raporton që në mënyrë të vazhdueshme është ndjerë keq. Këto përjetime pas-abort dhe qëndrueshmëria e tyre tek kampioni do të jenë një element kyç në trajtimin dhe diskutimin lidhur me pyetjet kërkimore që kemi shtruar në fillim të këtij studimi.

Grafiku 34: Pendesë për veprimin



44% e femrave që janë pjesë e kampionit do të bënin të njëjtin veprim, pra do të abortonin po të ishin edhe një herë në të njëjtën situatë, ndërsa 24% e tyre tregon pendesë dhe nuk do të kryente të njëjtin veprim. Pasiguria e vendimit siç kemi përmendur dhe në pjesën teorike lidhur me humbjen e dykuptimtë luan një rol shumë të rëndësishëm sepse është pikërisht kjo paqëndrueshmëri e cila lidhet dhe me pasojat pas-abort të cilat do t'i trajtojmë dhe gjatë diskutimit.

Tabela 24: Ndjesitë aktuale të lidhura me abortin

Ndjesitë aktuale të lidhura me abortin	Nr.	%
Mirë	29	19,1
Shumë mirë (e plotësuar, e kënaqur)	14	9,2
Ankth	5	3,3
Pendesë	12	7,9
E qetë, por kur e kujtoj ndihem keq	11	7,2
E kam harruar, i përket të kaluarës	20	13,2

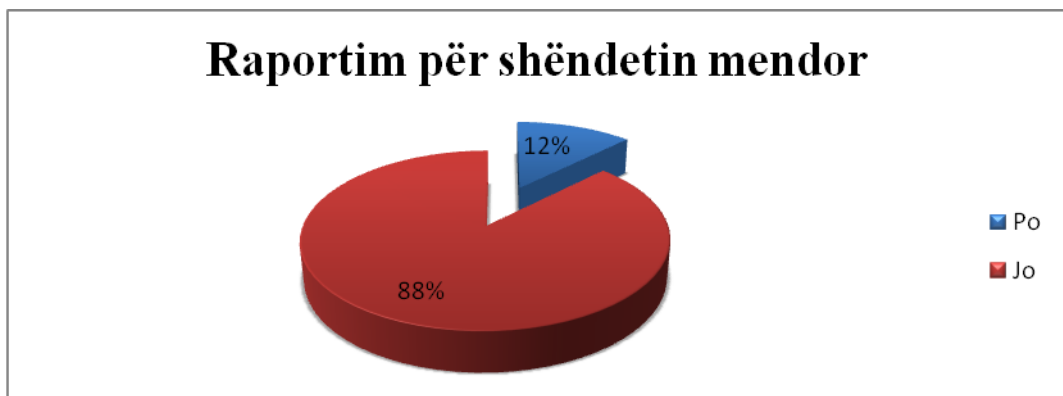
Gjendje e vështirë (e lënduar, e trishtuar, e vetmuar, e shqetësuar)	57	37,4
Frikë se nuk do të kem fëmijë të tjerë	1	0,7
E ndjeshme (prekem shpejt)	2	1,3
Nuk ndihem mirë nga ana shëndetësore, kam hequr mitrën	1	0,7
Total	152	100,0

Ndjësia e ankthit dhe pendesa është një emocion i cili është prezent në jetën e femrave. 19.1% e kampionit tregon që tani ndihet mirë ndërsa 9.2% e tij ndihet shumë mirë. Rikujtimi i procesit të kryerjes së abortit, situatës apo çdo gjëje tjetër lidhur me të bën që 7.2% e kampionit të ndihet keq ndërsa për 13.2% kjo është diçka e kaluar e cila duhet dhe është harruar tanimë. Më shumë se 1/3 e kampionit tregon se gjendja në të cilën ndodhet është e vështirë, ndihet vazhdimisht e lënduar, e trishtuar, e shqetësuar dhe e vetmuar. Ajo që vihet re është se kjo gjendje ka pasur vazhdimësi që në momentin e kryerjes së abortit.

10.9 Raportimi për shëndetin mendor

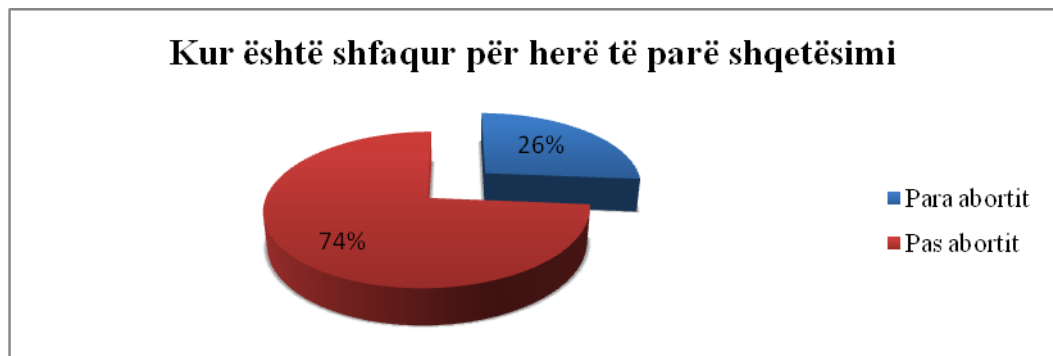
Femrat e intervistuar raportuan mbi shëndetin e tyre mendor. Të dhënat janë raportuar, por jo diagnostikuar. Pyetjet kanë qenë specifike nëse ato ishin të diagnostikuara më parë si dhe pas ndodhisë së abortit për të bërë diferencimin në lidhjen e mundshme shkak-pasojë.

Grafiku 35: Raportim për shëndetin mendor



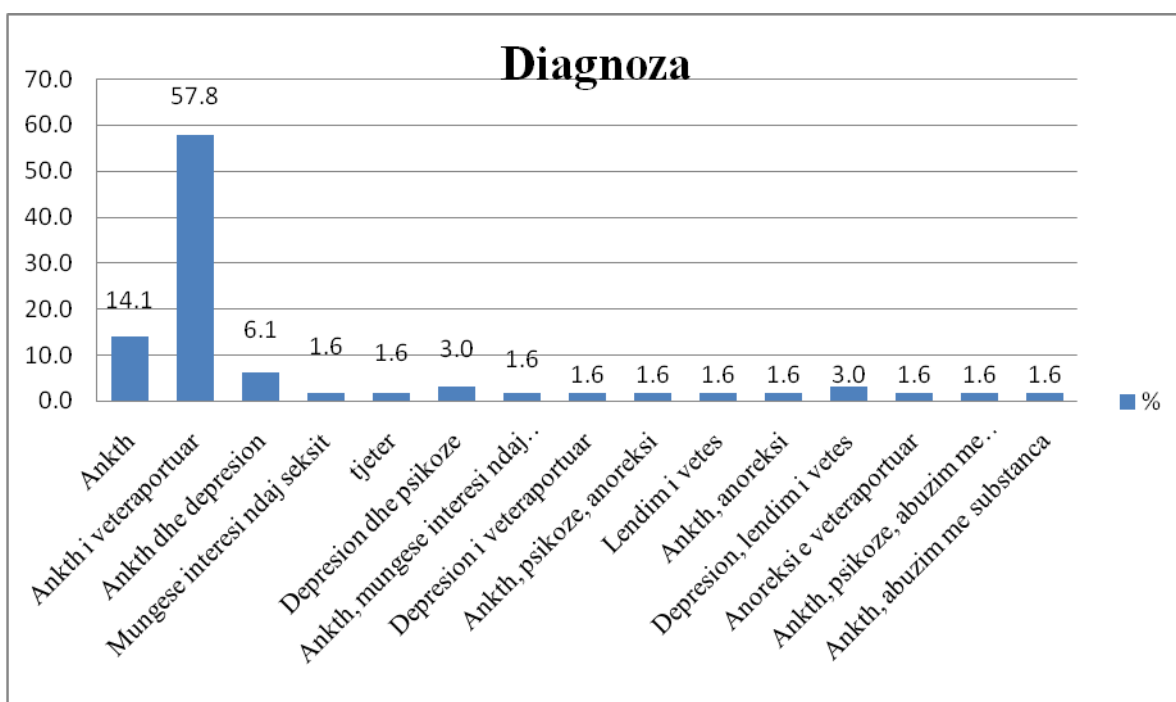
12% e kampionit ka pasur shqetësime të shëndetit mendor të diagnostikuar tek psikiatri ose psikologu. Nëse këtë përqindje e marrim në vlerë lidhur me kampionin tonë themi që 19 femra kanë pasur këtë diagnostifikim nga ana e psikologut. Kjo është një pyetje e mbyllur, detajimin e së cilës do ta trajtojmë në vijim.

Grafiku 36: Shfaqja e shqetësimit për herë të parë



Vazhdimësi të trajtimit të grafikut nr.30, duke marrë në shqyrtim 12% të kampionit (19 femra) që kishin pasur shqetësim të shëndetit mendor të diagnostikuar tek psikiatri apo psikologu, themi që 74% e tyre (14 femra) kanë treguar të kenë pasur shqetësim të shëndetit mendor i cili ka ardhur pas abortit ndërsa 26% e tyre (5 femra) kanë qenë të diagnostikuara që më përpara kryerjes së abortit. Pra, pjesa më e madhe, afro 75% u është shfaqur shqetësimi pas procesit të abortit

Grafiku 37: Diagnoza

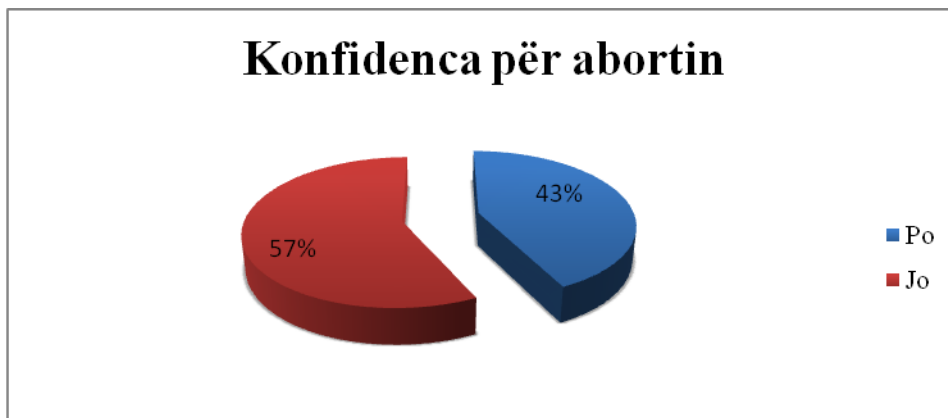


Diagnozat e femrave që kanë pasur shqetësim të shëndetit mendor të diagnostikuar tek psikiatri apo psikologu kanë qenë depresion (çrregullim bipolar), ankth, anoreksi nervore dhe çrregullim obsesivo-kompulsiv. Por 57.8% e pjesës së mbetur të kampionit, pavarësisht se nuk ka pasur diagnostikim nga ana e psikiatrit apo psikologut, vetëraporton përjetimin e ankthit, abuzimit me substancë dhe anoreksi. Grafiku i mësipërm përfshin një përmbledhje të diagnozave të psikologut ose psikiatrit dhe vetëraportimeve nga ana e kampionit total (152 femra).

10.10 Rezultatet për ndarjen konfidenciale të ndodhisë dhe arsyet

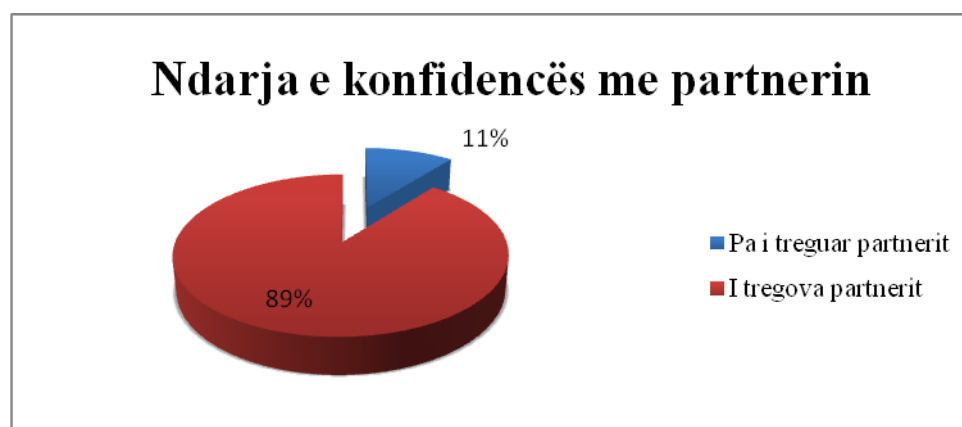
Kjo pjesë paraqet rezultatet që lidhen me hapjen ose jo të kësaj ndodhie me rrethin e ngushtë.

Grafiku 38: Konfidenca për abortin



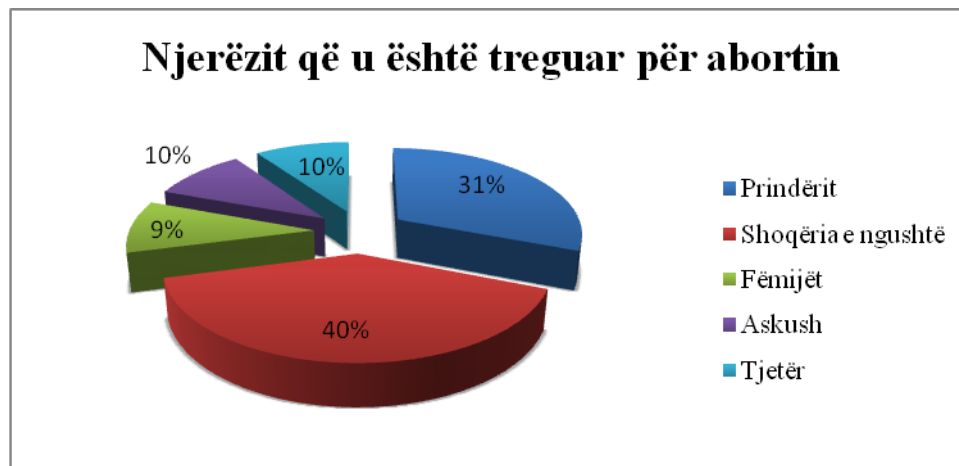
57% e kampionit nuk ka folur haptazi për abortin që ka kryer.

Grafiku 39: Ndarja e konfidencës me partnerin



11% e femrave e kanë kryer abortin pa i treguar partnerit ndërsa 89% e kanë kryer me dijeninë e tij. Grafiku i mësipërm na lejon të kuptojmë që pavarësisht se është femra ajo e cila e bën abortin, vendimin e kryerjes së tij nuk e merr pa dijeninë e bashkëshortit.

Grafiku 40: Njerëzit që u është treguar për abortin



Mjeku, në 80% të rasteve (122 femra) ka qenë në dijeni të abortit që ka kryer kampioni ndërsa në 20% të kampionit (30 femra) nuk ka dijeni.

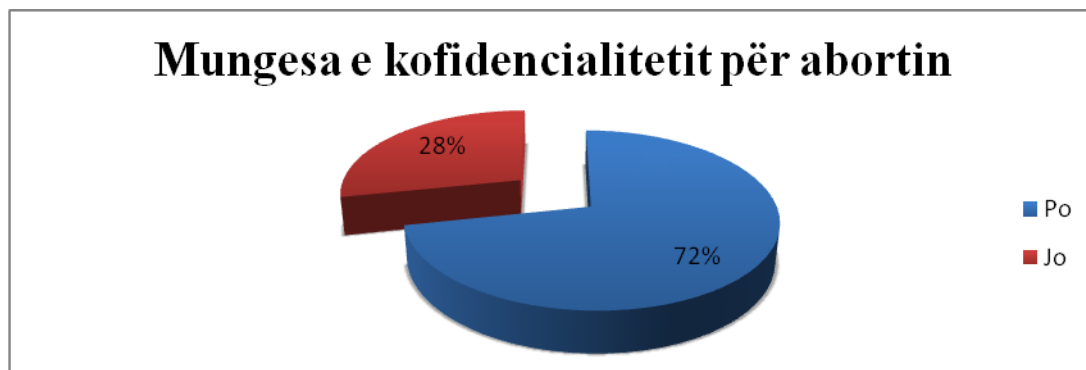
Ndërsa po të marrim në konsideratë personat e tjerë të të cilëve kampioni iu ka rrëfyer rreth abortit rezulton që për 31% të tij kanë dijeni prindërit, për 40% shoqëria e ngushtë dhe në një nivel të ulët përqindjeje kanë dijeni fëmijët (9% e kampionit). 10% e kampionit vazhdon ta mbajë sekret.

Tabela 25: Arsyet e konfidencialitetit

Arsyet e konfidencialitetit	Nr.	%
Me dëshirë	38	25.0
Pa dëshirë	55	36,2
E solli situata	24	15,8
Kisha vetë nevojë për t'ia thënë	31	20,4
E solli situata si dhe e kisha nevojë t'ia thoja	4	2,6
Total	152	100.0

Vetëm për 25% të kampionit, rrëfimi i abortit ka qenë i vullnetshëm ndërsa për 36.2% të tij nuk ka qenë. 20.4% tregojnë që të shtyrë nga nevoja për të ndarë gjërat me dikë, për t'u hapur ndaj dikujt kanë rrëfyer kryerjen e abortit.

Grafiku 41: Mungesa e konfidencialitetit për abortin



Aborti, siç duket nuk është një temë e cila mund të flitet haptazi kurdo dhe me këdo. Konsiderohet si një përvojë personale e cila mund të diskutohet vetëm në raste të veçanta dhe me persona të veçantë. Këtë gjë na ndihmon ta kuptojmë grafiku i mësipërm.

Në grupin që nuk ka folur për abortin arsyet për mbajtje të fshehtë janë të ndryshme.

48% e tyre u është kërkuar që ta mbajnë sekretet nga njerëz të afërm.

KAPITULLI XI: KONKLUSIONE DHE DISKUTIME

Studimi ka si qëllim të kuptojë ndikimin e abortit të vullnetshëm në mirëqenien psikologjike të femrës. Femrat kanë raportuar në retrospektivë mbi përvojën e tyre në atë moment dhe ndjesitë e tyre në vitet në vazhdim. U shqyrtua kuptimi që ka aborti i vullnetshëm për secilën prej 152 femrave të intervistuar. Pjesëmarrëset ndanë aspektet psikologjike dhe emocionale të vendimeve të tyre. Studimi u fokusua jo vetëm në identifikimin e çështjeve të mirëqenies psikologjike që ishin të rëndësishme për pjesëmarrëset, por edhe për të fituar një kuptim të asaj se si çdo femër percepton shëndetin e saj mendor në lidhje me abortin. Qëllimi për kërkimin aktual ishte kapërcimi i mungesës që ekziston në literaturë si dhe për të siguruar një informacion më personal të hollësishëm të çështjeve që janë të rëndësishme për femrat të cilat përfundojnë një shtatzëni në mënyrë vullnetare. Përveç kësaj, informacioni i zbuluar do të jetë i dobishëm për këshilluesit dhe terapistët të cilët në mënyrë të pashmangshme do t'i hasin këto çështje gjatë rrjedhës së punës së tyre klinike.

Ky studim tregoi se përvojat e femrave që i nënshtrohen abortit janë unike dhe të ndryshme. Femrat raportuan një sërë reagimesh dhe përvojash në lidhje me abortet e tyre duke filluar nga çlirimi total deri në dhimbje emocionale afatgjatë, por dhe duke treguar një reagim diku në mes të këtyre dy ekstremeve.

Kuptimet e femrave ndaj abortit

Kuptimet që femrat i atribuojnë ngjarjes së abortit ishin të ndryshme dhe të ndërlikuara. Përjetimi më dominues që këto femra raportuan ishte se jeta e tyre ka ndryshuar përgjithmonë pas ngjarjes së abortit. Për disa prej tyre ky ishte një aspekt pozitiv i abortit. Ato mendonin që mundësitë dhe sukseset e tyre do të ishin në mënyrë drastike

të kufizuara në qoftë se nuk do të kishin zgjedhur përfundimin e shtatzënisë. Tema e ndryshimit të jetës ishte e lidhur me temën e vendimit të duhur, i cili nënkuptohet shpesh si një perceptim për të ndryshuar për të mirën e saj.

Mbështetja nga të tjerët ishte një aspekt tjetër pozitiv që femrat kishin përjetuar. Disa u shprehën se ato ishin më të hapura për të qenë pro-zgjedhje pas aborteve të tyre dhe aq më tepër ishin ndërgjegjësuar për të ndihmuar femrat e tjera të cilat mund të ishin në një situatë të ngjashme. Kjo ka qenë një mënyrë sesi ato e kthyen përvojën e abortit në diçka pozitive. Duke ndihmuar të tjerët ato u bënë proaktive dhe krijuan një kuptim të ri për mënyrën se si aborti ka qenë prezent në jetën e tyre.

Ndërsa për pjesën më të konsiderueshme ky ishte një aspekt negativ. Këto femra kanë pasur përjetime të ankthit, stresit, humbjes së vazhdueshme, pendesës, fajit, vetëvlerësimit të ulët si pasojë e këtij procesi.

Shpirtërorja ka pasur ndikim të rëndësishëm në domethënien që aborti kishte në jetën e tyre, i cili ishte një faktor që e bëri kuptimin e tij më të komplikuar. Kjo do të thotë ndjenjë e vetmisë dhe e izolimit në një kuptim shpirtëror. Këto femra shprehën se ideja e faljes ishte veçanërisht e rëndësishme për pasojat pas-abort. Ndikimi i shpirtërores duket të jetë mjaft i komplikuar në aspektet personale të procesit të vetërregullimit. Në këtë drejtim mund të bëhen kërkime të mëtejshme.

Siç është përmendur në kapitullin VI, aborti duket se është një zgjedhje që bie në kundërshtim me doktrinën më të përhapur fetare. Prandaj femrat kanë hasur vështirësi duke mos ditur se si të përballen me këtë përvojë dhe duke mos ditur se si të shfrytëzojnë spiritualitetin e tyre si një mekanizëm përballimi, sidomos në afat të shkurtër ku dhe përjetimi është më evident. *Femrat në studimin e tanishëm të cilat kishin vështirësi me spiritualitetin konfirmuan atë që është vënë në dyshim që para*

fillimit të këtij studimi: shpirtërorja mund të jetë një faktor që na ngushëllon por që në të njëjtën kohë dhe komplikon procesin e rregullimit pas-abort.

Për pjesëmarrëset e tjera në studim aktual, shpirtërorja nuk ishte një çështje që konsiderohej e rëndësishme. Ajo që duhet theksuar është se kampioni i tanishëm ishte veçanërisht i larmishëm në lidhje me përkatësinë fetare dhe jo tipik i përkatësisë fetare të një komuniteti ku janë kryer intervistat.

Një tjetër çështje e përfaqësuar në kampionin aktual është ajo e femrave që janë bërë nëna pas një aborti ku 36% kishin lindur pas aborteve, ngjarje e cila ndryshoi kuptimin e abortit në jetën e tyre.

Pas lindjes së fëmijës, aborti ndryshoi kuptimin, dhe femra nuk pati vazhdimësi të përjetimit negativisht të vendimit të saj të ndërprerjes së shtatzënisë së mëparshme. Përkundrazi, femrat të cilat nuk kishin një fëmijë pas abortit të kryer, kishin përjetime përndjekëse. Ato raportuan që kanë një rëndesë më të madhe emocionale rreth abortit gjë e cila ka çuar në ndryshimin e mënyrës së perceptimit të tyre rreth abortit. Kërkime të mëtejshme janë të nevojshme për të shqyrtuar efektet e lindjes së fëmijëve mbi procesin e rregullimit pas-abort.

Fillesat e këtij projekti ishin konfuze dhe të mjegullta ndërkohë që tashmë kjo pasqyrë është shumë e qartë. Ndarja e këtij kuptimi do të bëhet përmes këtij kapitulli duke interpretuar mënyrën se si gjetjet e studimit janë relevante në dritën e kërkimeve të mëparshme.

11.1 Konkluzione

Pyetja e parë kërkimore e studimit: Si përjetohej aborti i vullnetshëm në vite pas ngjarjes?

Konkluzion 1:

Subjektet e kanë përjetuar abortin me ndjesi të ndryshme individuale.

- 71.7% e kampionit e ka përjetuar negativisht abortin, nga të cilat 37.5% e tij e ka përjetuar abortin shumë keq, me mërzi, hidhërim, dhimbje për humbjen, dëshpërim. 16.4% e tyre raportojnë të kenë përjetuar stres dhe 6.6% e kanë pasur të vështirë ta kalojnë përjetimin e abortit duke qenë të lënduara emocionalisht.
- 18.4% e kampionit nuk ka pasur ndonjë eksperiencë apo përjetim të jashtëzakonshëm të abortit por e konsiderojnë si një përvojë normale.
- 1.3% e konsideron përvojën e abortit si një eksperiencë së cilës nuk ka arritur t'i japë një kuptim, 1.3% i jep më shumë kuptim arsyes së abortit sesa abortit në vetvete dhe 2% nuk i jep kuptim përvojës së abortit duke mbivendosur arsyen e mosgjetyes së partnerit të duhur.
- 5.3% e kampionit raporton të jetë ndjerë e çliruar në momentin e kryerjes së abortit dhe që ka qenë vendimi i duhur i marrë.

Pyetja e dytë kërkimore e studimit: Cila është lidhja midis abortit të vullnetshëm dhe mirëqenies psikologjike të femrës vite pas ngjarjes (marrëdhëniet ndërpersonale, mbështetja sociale, mekanizmat mbrojtës, shëndeti mendor)?

Konkluzion 2:

- 19 femra pjesë e kampionit (12%) ka pasur shqetësime të shëndetit mendor të diagnostikuar tek psikiatri ose psikologu.
- 74% e tyre (14 femra) kanë pasur shqetësim të shëndetit mendor të shfaqur pas abortit.
- 26% e tyre (5 femra) kanë qenë të diagnostikuara që më përpara kryerjes së abortit me shqetësime të shëndetit mendor të diagnostikuar tek psikiatri ose psikologu.
- Jeta pas abortit për 55.9% të kampionit ka pasur mbështetje nga ana e familjes dhe miqve. Nga këto 44.1% të kampionit i kanë dhënë kurajë dhe përkrahje të vazhdueshme dhe 11.8% kanë pasur një reagim normal.
- Indiferentizmi ka qenë prezent ndaj 19.8% të kampionit.
- 7.9% e kampionit nuk ka gjetur mbështetje nga familja apo miqtë, përkundrazi janë ndjerë keq me akuzat e tyre.
- 16.4% e kampionit e ka mbajtur sekret dhe nuk ka pasur mundësinë të ketë ose jo mbështetje nga ana e tyre.

Pyetja kërkimore 3: Cilët janë faktorët riskantë dhe faktorët vetë-rregullues që kanë ndikuar në perceptimin aktual? A mundemi të parashikojmë një profil të femrave tek të cilat aborti i vullnetshëm ka pasoja serioze në përjetimin e mëvonshëm konjitivo-emocional krahasuar me profilin e grupit të grave të cilat e kanë përballuar këtë ngjarje më pozitivisht?

Konkluzion 3:

Faktorët riskantë në perceptimin aktual janë:

- Mospasja e fëmijëve në vitet e para dhe pas abort (20% e kampionit).
- Mosmbështetja nga ana e partnerit për shkak të gjinisë së fetusit (3.6% nuk e donte vajzë dhe 0.5% nuk e donte djalë).
- Për shkak të varësive të ndryshme që mund të kenë pasur partnerët, varësia nga pijet alkoolike ku si rrjedhojë bashkëshorti abuzon fizikisht (0.5% e kampionit).
- Stigmatizimi nga aktorë të ndryshëm (32.2% e kampionit) si etiketimi i vënë nga drejtuesit fetar si “mëkatare” dhe “vrasëse” dhe duke mos i ofruar “faljen” aq të dëshiruar nga shumë femra, etiketimi nga shoqëria, familjarët apo mjeku, aspekte të tjera të shëndetit mendor para-abort si trauma jetësore (42% e kampionit) ku përfshihen dhuna në familje (36% e kampionit), abuzim seksual (8% e kampionit), dëshmimi i skenave traumatike (11% e kampionit) dhe arsye të tjera të ngjashme me to.
- Faktorët vetërregullues në perceptimin aktual janë mbështetja emocionale nga familja dhe shoqëria (49% e kampionit), të pasurit e fëmijëve të tjerë pas abortit (36% e kampionit) dhe vetëbesimi për vendimin e marrë (44% e kampionit).

Tabela 26/1: Profili i femrave tek të cilat aborti i vullnetshëm ka pasoja serioze në përjetimin e mëvonshëm konjitivo-emocional

Profili i femrave tek të cilat aborti i vullnetshëm ka pasoja serioze në përjetimin e mëvonshëm konjitivo-emocionale	Profili i grupit të femrave të cilat e kanë përjetuar abortin e vullnetshëm më pozitivisht
Përshkrimi	Përshkrimi
1. Vetëbesim të ulët	1. Vetëbesim të lartë

2. Nuk kanë mbështetjen e duhur emocionale sidomos nga partnerët apo familjarët	2. Femra që e marrin vendimin me zgjedhjen e tyre dhe me mbështetjen e partnerit
3. Femra me vlera morale e besime personale që aborti është mëkat	3. Femrat që jetojnë në një shoqëri jo stigmatizuese
4. Femra që kryejnë abortin përmes pilulave në ambiente familjare dhe kanë ballafaqim me embrionin	4. Femra që e kryejnë procedurën në ambientet spitalore nën kujdesin e stafit mjekësor
5. Nuk e flasin eksperiencën e abortit si pasojë e stigmës shoqërore	5. Femra që e flasin hapur eksperiencën e tyre

Pyetja kërkimore 4: Cilat janë shkaqet e kryerjes së abortit?

Konkluzion 4:

1. Shkaqet ekonomike (19.8% e kampionit)
2. Të pasurit e fëmijëve të tjerë dhe të mos dashurit e më shumë fëmijëve (13.1% e kampionit)
3. Ndërprerja e punës, shkollës, karrierës (12.2% e kampionit)
4. Të qenit beqare dhe mosdashja e fëmijës nga ana e partnerit (10.4% e kampionit)
5. Mosbesimi në aftësitë e saj për rritjen e fëmijës (7.7% e kampionit).

Arsye të tjera përmendim moshën e madhe për t'u bërë nënë, frika se fëmija mund të dilte me probleme, marrëdhënia sipërfaqësore me partnerin, prishja e figurës trupore, marrëdhënia seksuale e detyruar, me forcë, ngjizja nga marrëdhënie jashtëmartesore, marrëdhënia seksuale brenda familjes e zgjedhja e gjinisë.

11.2 Diskutim

Pyetja e parë kërkimore e studimit: Si përjetohej aborti i vullnetshëm në vite pas ngjarjes?

Diskutim 1:

Përvojat e abortit variojnë nga normale apo e çliruar dhe deri në rastet më ekstreme e shoqëruar me simptoma të stresit pas-traumatik të cilat mund të shfaqen si në periudhë afatshkurtër ashtu edhe afatgjatë. Femrat në studimin aktual raportuan ankth, hidhërim, çrregullim të gjumit, rikujtime të ngjarjes, flashback, hipervigjilencë, vështirësi në përqendrim, gjendje të rënduar, humbje të interesit, vështirësi të qëndruarit me fëmijë, evitim të diskutimeve rreth abortit, inatosje me partnerin etj.

Në studimin aktual, këto reagime emocionale dhe përvoja të kampionit janë në përputhje me gjetjet e Trybulskit (2005), i cili raportoi se ekzistonte mundësia e shfaqjes së një sërë emocionesh për femrat në vitet në vijim pas abortit. Gjetjet e studimit tonë duke u bazuar në pyetjen *“Cila ka qenë përvoja juaj e abortit?”*, të dhënat e së cilës janë të paraqitura në tabelën nr. 13, tregojnë që 36.8% e kampionit (56 femra) e ka përjetuar abortin me mërzitje, hidhërim, dhimbje për humbjen, dëshpërim nga të cilat 7.2% e tyre (11femra) raportojnë të kenë përjetuar stres dhe 6.6% e kampionit (10 femra) kanë qenë të lënduara. 18.4% e kampionit (28 femra) nuk ka pasur ndonjë eksperiencë apo përjetim të jashtëzakonshëm por e konsiderojnë si një përvojë normale. Kemi 5.3% të kampionit (8 femra) të cilat raportojnë të jenë ndjerë të çliruara në momentin e kryerjes së abortit dhe ka qenë vendimi i duhur që ato kanë marrë.

Coleman&Nelson në studimin e tyre gjetën se 30% e studentëve të universitetit të cilët kishin përjetuar një abort, ishin dakord apo plotësisht dakord me deklaratën e

mëposhtme: "Nganjëherë përjetojmë një ndjenjë të mallit për fetusin e ndërprerë". Këto gjetje përkojnë me studimin e Rue&kolegët (2004), ku 33.6% e femrave ruse dhe 59.5% e femrave amerikane që kanë pasur një abort ishin përgjigjur pozitivisht ndaj deklaratës *"Unë ndjeva se një pjesë e imja ka vdekur"*. Gjithashtu gjetje të tjera të studimeve të Coleman&Nelson (1998), të cilat përputhen dhe me studimet e Kero&kolegët (2004) treguan se rreth 20% e femrave që kanë përjetuar një abort përshkruanin shqetësime të rënda emocionale në lidhje me përvojën, ku disa prej të cilave raportuan se kanë mbajtur zi për humbjen e fëmijës.

Disa prej femrave pjesëmarrëse në studim aktual, në pyetjen se cila ka qenë përvoja juaj e abortit shprehën se janë ndjerë sikur ato të kishin humbur një pjesë të tyre, *"Ndjeva sikur humba një person potencial, sikur një copë e imja u ndal aty"*, deklaratë e cila përkon dhe me studimet e mësipërme.

Shumëllojshmëria e përvojave e shprehur në lidhje me humbjen duket të jetë një aspekt shumë personal në eksperiencën e abortit. *Është e rëndësishme të përmendet se disa femra do të përjetojnë një ndjenjë të humbjes edhe në qoftë se ato ndjehen të kënaqura me rezultatin e abortit.*

Ky konstatim është në përputhje me Boss (1999) ku humbja e paqartë prek njerëzit në mënyra të ndryshme dhe ka kapacitet për të shfaqur pikëllimin edhe duke pasur mundësi përballuese. *Disa pjesëmarrëse në këtë studim shprehën diçka të ngjashme me këtë ide, duke deklaruar se nuk besojnë se aborti ishte diçka për të cilin ato kishin të drejtë që të brengosen.* Për pjesëmarrëset të cilat nuk shprehën apo ndiejnë ndonjë lloj humbje është e rëndësishme të thuhet se duke qenë se aborti përfshin një zgjedhje të tyre dhe rrjedhimisht kjo presupozon që procesi nuk është përjetuar si humbje. *Femra të tjera raportuan ndjenja sikur ato do të donin të mbanin zi, por që nuk kanë të drejtë të*

reagojnë në këtë mënyrë për shkak të zgjedhjes personale. Kjo mund të kuptohet nga shkalla e paqartësisë të të menduarit në lidhje me humbjen e cila kur shfaqet në nivele të larta të ambiguitetit çon dhe në nivele të larta të shqetësimit (Boss, 2007). Për femrat që nuk e përjetojnë abortin si një humbje, ka pak vend për paqartësi.

Edhe pse ambivalenca është një përvojë e zakonshme në studim, ajo nuk duhet të nënvlerësohet, sepse është një nga përcaktueset më të rëndësishëm për çrregullime psikologjike të cilat mund të shfaqen pas-abortit të vullnetshëm. Arsyeja që drejton femrën që të ketë një abort dhe mënyrën në të cilën vendimi është marrë, kanë një ndikim të madh në përgjigjet psikologjike pas-abort. Husfeldt dhe kolegët (1995) në lidhje me këtë thekson një fakt shqetësues: ndërsa 44% e femrave kanë shprehur dyshime në lidhje me vendimin për të pasur një abort në kohën e zbulimit të shtatzënisë, 30% vazhdonin të kishin dyshime edhe në momentin e datës së abortit. Kjo gjetje përkon dhe me përgjigjet e studimit aktual ku 32% e femrave përgjigjen që nuk e dinë ose janë të paqarta në atë se çfarë do të bënin.

Paqartësia e humbjes është e përfaqësuar me rezultate të përziera në studimin aktual. Për disa femra është e rëndësishme të flitet për një humbje që është e paqartë, ndërsa për të tjera nuk ka pasur humbje në asnjë moment. Besoj se teoria e dykuptimtë e humbjes është e përfaqësuar me rezultate të përziera për studimin aktual. Për disa femra, kjo ka kuptim për të folur për një humbje që është e dykuptimtë ndërkohë që për të tjera nuk ka pasur humbje në çdo moment apo në çdo kohë. Për disa femra, një humbje paraprake mund të jetë shumë e rëndësishme duke i bërë ato që të ndërmerrenin një shtatzëni tjetër deri në lindje, gjë e cila kishte një ndikim në procesin e vendimmarrjes. Kampioni aktual përfaqëson një sasi të mjaftueshme të femrave që kanë përjetuar abortin e vullnetshëm si "humbje", si rrjedhojë hulumtime të tjera në të

ardhmen, mund të jenë në gjendje për të siguruar më shumë njohuri në ndikimin e abortit në humbjen e dykuptimtë apo të paqartë.

Humbja është shprehur si një reagim kompleks, ku 61% e femrave deklaruan se janë ndjerë keq për vendimin e marrë dhe për pasojat që ka sjellë ky vendim për jetën pas-abort, ndërsa 38% e kampionit pohon të kundërtën. Kjo gjë vërteton hipotezën se aborti i vullnetshëm përjetohet si një humbje nga femrat të cilat janë përfshirë në proces. Rezultati lidhet dhe me kontekstin shqiptar për abortin. Aborti ka qenë një procedurë e ndaluar ligjërisht që para viteve 1990 dhe stigma, etiketimi rreth fenomenit vazhdon akoma të jetë mjaft evident dhe në momentin aktual, gjë e cila mund të përforcojë më shumë qëndrimin negativ ndaj femrave abortuese dhe si rrjedhojë mosndarjen e përjetimeve të tyre pas-abort, e cila pasohet me probleme të shëndetit mendor.

Në vitet që pasuan, një pjesë e konsiderueshme e femrave duket të mos kenë pasur një menaxhim pozitiv të ndjenjave lidhur me ngjarjen e abortit, ku nga përgjigjet e tyre vihet re një vazhdueshmëri e përjetimit të ndjenjës së humbjes dhe të ndjerit keq.

Pyetja e dytë kërkimore e studimit: Cila është lidhja midis abortit të vullnetshëm dhe shëndetit mendor (depresioni, ankthi, vetëvlerësimi, stabiliteti i marrëdhënieve ndërpersonale, mekanizmat mbrojtës, etj.)?

Diskutim 2.

Në studimin aktual aspekti i shëndetit mendor të abortit u shfaq si një temë mjaft e komplikuar dhe me nuanca të shumta. Gjatë intervistimit të femrave, pyetjes “A keni pasur përgjatë jetës ndonjë shqetësim të shëndetit mendor të diagnostikuar tek psikiatri apo psikologu?” rezultoi që 12% e të intervistuarave kanë pasur disa lloje të vështirësive të shëndetit mendor si ankth, depresion, mungesë interesi ndaj seksit,

psikozë, anoreksi, lëndim të vetes dhe abuzim me substanca të diagnostikuara tek psikiatri apo psikologu, përkundrajt 88% të të tjerave që nuk kanë pasur diagnostikim të tillë nga ana e psikologut apo psikiatrit, por tek të cilat gjejmë një vetëraportim të përjetimit të këtyre vështirësive emocionale. Tek femrat të cilat tregojnë për një diagnostikim nga psikologu, del që vetëm 26% e tyre e kanë pasur diagnostikimin para abortit ndërsa 74% e tyre (14 femra) pas abortit. Kjo duket të jetë në përputhje me rezultatet e Coleman, Reardon, Rue, dhe Cougle (2002b), të cilët zbuluan se femrat që i nënshtrohen aborteve tregojnë shqetësime të shëndetit mendor më shumë se sa femrat të cilat kanë rezultate të tjera siç është lindja. Vlen të theksohet që femrat e intervistuar në këtë studim treguan që këto përjetime të vështirësive emocionale i kanë pasur pas kryerjes së abortit dhe nuk kanë qenë të shfaqura në periudha të mëparshme. *Megjithatë në studimin aktual nuk përfshihen femra me rezultate të tjera të shtatzënisë, ndaj nuk mund të thuhet përfundimisht nëse janë apo jo femrat në studimin e tanishëm të ekspozuara me vështirësitë e shëndetit mendor.*

Në një sintezë dhe analizë kërkimesh sasiore (meta-analizë) të viteve 1995-2009 botuar në revistën psikiatrike britanike, Coleman, P.K. (2011) u paraqitën rreziqet e shëndetit mendor që lidhen me abortin nga literatura botërore. Rezultatet zbuluan rritjen e moderuar të rrezikut të lartë të problemeve të shëndetit mendor pas-abort. Sipas këtij studimi femrat me një eksperiencë të historisë së abortit kanë 81% rritje të rrezikut për probleme të shëndetit mendor. Niveli i rrezikut në rritje lidhur me abortin varion nga 34% deri 230% në varësi të natyrës së rezultatit. Efektet e veçanta janë llogaritur bazuar në llojin e rezultatit të shëndetit mendor me rezultatet të zbuluara në vijim: rritja e rrezikut për çrregullime të ankthit ishte 34%; rreziku për depresion ishte 37%; abuzim ndaj pijeve alkoolike ishte 110%, abuzim me substanca narkotike (marijuanës) ishte

220%, si dhe rreziku i sjelljeve vetëvrasëse ishte 155%. Gati 10% e rasteve të të gjitha problemeve të shëndetit mendor u shfaqën të jenë të lidhura drejtpërdrejt me abortin. Gjetjet e këtij studimi përkojnë dhe me rezultate të studimit tonë ku ankthi i diagnostikuar apo i vetëraportuar tek femrat është i shoqëruar dhe me simptoma të tjera, e konkretisht kemi që 71.9% e kampionit ka përjetuar ankth (ndër të cilat 57.8% e kanë të vetëraportuar ankthin), 6.1% ankth dhe depresion, 3% depresion dhe psikozë, 1.6% ankth dhe mungesë interesi ndaj seksit, 1.6% ankth, psikozë e abuzim me substanca, 1.6% ankth dhe abuzim me substanca, 1.6% ankth dhe anoreksi nervore apo bulimi dhe 1.6% lëndim të vetes/ tentativë vetëvrasjeje.

Shumë nga vështirësitë e shëndetit mendor të përjetuara nga femrat që kanë pësuar abort mund të jenë në aspektin klinik. Ato mund të përjetojnë disa vështirësi por jo të mjaftueshme për t'i diagnostikuar klinikisht apo për t'i trajtuar. Shumica e femrave në kampionin e tanishëm raportuan diçka të ngjashme me këtë ide, duke përjetuar disa vështirësi por jo domosdoshmërisht të mjaftueshme për një tjetërsim të funksionimit jetësor problematik.

Rezultatet në studimin e tanishëm e mbështesin çrregullimin e stresit pas-traumatik (PTSD) si bazë diagnostikuese për femrat pas-abort. Femrat në studim kanë raportuar disa simptoma të PTSD, si rikujtim të ngjarjes, ndjenjë humbje e vazhdueshme, ndjenjë vetmie, shqetësim, faj dhe depresion dhe këto e mbështesin pohimin nga Spekhard dhe Rue (1993) se PTSD është një dukuri e zakonshme për femrat pas-abort.

Studimi nuk pajtohet me gjetjet e (Major et al., 2000) të cilët deklaruan në studimin e tyre se shumica e femrave (80%) e të cilave zgjodhën abortin brenda tremujorit të parë, nuk shfaqën shqetësime psikologjike afatgjata dhe aq më tepër ndiheshin të kënaqura me vendimet e tyre, gjetje, e cila nuk përputhet me studimin aktual ku 57.8% e femrave

që kanë përjetuar abortin ndihen keq me vendimin e marrë përkundrejt 42.2% e të tjerave të cilat ndihen të çliruara me vendimin e abortit, të dhëna këto të rezultuara nga pyetja se si ndiheshin në momentin aktual të intervistës.

Shoqata Amerikane e Psikiatrisë (1994) Manuali i Çrregullimeve mendore IV(DSM-IV) identifikon dy kritere të një stresori traumatik: (A1) Ngjarja traumatike "përfshin vdekjen aktuale ose të kërcënuar apo lëndime të rënda ose një kërcënim të integritetit fizik të vetes apo të tjerëve" (A2). Përgjigjja e individit duhet të përfshijë një reagim të thellë emocional të tillë si: frikë, pafuqi apo tmerr" (f. 427-8). Ajo që vlen të përmendet në këtë përkufizim klinik të traumave është humbja e jetës, kërcënimi për jetën.

Kriteret e DSM-IV fokusohen qartë në vdekje apo lëndim serioz dhe jo në ngjarje zhgënjyese, stresuese, trishtim apo vështirësi.

Pavarësisht se femrat në studim nuk raportuan se plotësonin njëkohësisht të gjitha kriteret si PTSD, shmangien e aktiviteteve, vendeve ku është kryer procedura e abortit, mendimeve apo ndjenjave që kujtojnë ngjarjen, paaftësia për të kujtuar aspekte të rëndësishme të ngjarjes, humbja e interesit në aktivitete dhe jetën në përgjithësi, ndjenja të shkëputjes nga të tjerët, simptoma emocionale të mpirjes, ndjenja e një të ardhme të kufizuar, rritjen e ankthit dhe zgjimit emocional, vështirësi të gjumit, nervozizëm apo shpërthime të zemërimit, vështirësia e përqendrimit, hipervigjilencë, faji, turp apo vetë-faj, abuzimin e substancave, ndjenja të mosbesimit dhe tradhtisë, depresioni, mendime dhe ndjenja vetëvrasëse, të gjitha sa më sipër kjo nuk do të thotë se ato nuk kanë pasur përjetime shqetësuese për shëndetin e tyre mendor dhe emocional në vijim të abortit.

Duhet përmendur që edhe kur kriteret e plota të PTSD nuk janë përmbushur, ato paraqesin rrezik për dëmtim psikologjik, dhe ide vetëvrasëse, gjë e cila përkon dhe me studimin e (Marshall et al., 2001).

Vështirësitë më të zakonshme të shëndetit mendor të nxjerra nga studimi ynë ishin ankthi dhe depresioni gjë e cila përputhet pjesërisht (përjetimi i ankthit por jo përdorimi i substancave) me rezultatet e Fergusson, Horwood dhe Boden (2008), të cilët deklaruan që vështirësitë më të zakonshme të shëndetit mendor për femrat pas-abort janë ankthi dhe përdorimi i substancave. Tek studimi aktual, përdorimi i substancave narkotike shfaqet në nivele shumë më të ulëta sesa në gjetjet e studimeve të mësipërme dhe kjo shpjegohet dhe me faktin që femrat në kontekstin shqiptar nuk e shohin përdorimin e substancave narkotike si një mënyrë kalimi të vështirësive emocionale por si një mënyrë argëtuese, që nuk ka lidhje me ngjarjen e abortit.

Pyetja e tretë kërkimore: faktorët vetë-rregullues që kanë ndikuar në perceptimin aktual? A mundemi të parashikojmë një profil të femrave tek të cilat aborti i vullnetshëm ka pasoja serioze në përjetimin e mëvonshëm konjitivo-emocional krahasuar me profilin e grupit të femrave të cilat e kanë përballuar këtë ngjarje më pozitivisht?

Diskutim 3:

Siç kemi përshkruar në kapitullin VIII disa nga faktorët riskantë dhe vetërregullues që kanë ndikuar në perceptimin e femrave pas-abort janë: numri i lartë i aborteve, detyrimi ose presioni nga palë të treta, mosha e mitur dhe e rritur, probleme para-ekzistuese të shëndetit mendor, vetë-efikasitet dhe vetë-respekt i ulët, ambivalenca e madhe në lidhje me vendimin, mungesa e mbështetjes emocionale, marrja e kritikave nga njerëzit e rëndësishëm në jetën e tyre, detyrimi i perceptuar që të ketë abort, besimi se fetusit është i njëjtë si një individ 4-vjeçar dhe se aborti është vrasje, anomalitë fetale ose indikacione të tjera mjekësore gjatë abortit, shtypja e mendimeve apo mohimi i tyre,

humbjet e pazgjidhura nga e kaluara, përjetimi i stigmës sociale, abuzimi seksual në fëmijëri dhe zgjedhja e gjinisë. Si aktualizohen këto në studimin e tanishëm?

Rezultatet e studimit nxjerrin në pah këto faktorë risku të cilët influenconin në përjetimet pas-abort. Pjesë e rëndësishme e këtyre faktorëve ishte dhe pavarësia.

Disa nga pjesëmarrëset në studimin aktual theksuan se pavarësia që ato kishin ishte një pjesë e rëndësishme e përvojës së tyre të abortit. Për femrat që e panë veten si të vetëmjaftueshme dhe të pavarura, periudha e rregullimit ishte diçka që ishte nën kontrollin e tyre. Nga rezultatet e studimit doli që 73% e femrave (24 femra) që raportnin vetëbesim të lartë, vazhduan që edhe në periudhën pas-abort të kishin të njëjtën ndjesi, atë të marrjes së vendimit të duhur, ndërsa pjesa tjetër prej 27% të femrave (9 femra) që fillimisht shfaqeshin me vetëbesim të lartë dhe pavarësi në marrjen e vendimit, periudha pas-abort është shoqëruar me përjetime negative. Këto rezultate përkojnë me gjetjet e (Adler et al.,1990; Cozzarelli, Sumer dhe Major, 1998; Major et al., 1998; Russo dhe Zierk, 1992) të cilët deklarorin se kur një femër është e fortë në bindjet e saj, beson në gjykimin e saj dhe ushtron pushtetin dhe lirinë për të marrë vendime për riprodhimin që janë në interesin e saj më të mirë, ajo ka më pak të ngjarë të përjetojë efekte anësore pas-aborti.

Një faktor tjetër me rëndësi është edhe perceptimi i mbështetjes sociale që femra kishte. Për shumicën e femrave kjo përfshinte marrjen e mbështetjes sociale nga miqtë e përzgjedhur dhe të familjes, rezultat i cili mbështet gjetjet nga Major, Cozarelli, Sciacchitano, Cooper, Testa dhe Mueller (1990) që kanë deklaruar se mbështetja e fuqishme sociale u shoqërua me një aftësi të lartë për të përballuar përjetimet pas-abort. Gjetjet në studimin aktual mbështesin punën e Major dhe Cozarelli (1992), të cilët

deklaruan se femrat kanë më shumë gjasa të kenë aftësi rregulluese kur ato besojnë se partneri, miqtë dhe familjarët e tyre janë mbështetës të zgjedhjes së tyre për t'i dhënë fund shtatzënisë. Në studimin aktual mbështetja nga ana e miqve dhe e familjarëve ishte për një pjesë të konsiderueshme të femrave të intervistuar (49% e kampionit), të cilat shfaqën aftësi rregulluese më të hershme krahasuar kjo me pjesën tjetër që nuk kishte pasur mbështetje dhe që nuk shfaqti aftësitë rregulluese të dukshme, kjo 51% e kampionit. Vlen të përmendim që pavarësisht mbështetjes që disa nga femrat kishin nga ana e familjarëve dhe miqve përsëri, një pjesë kjo e vogël e kampionit, nuk kishin shfaqur aftësi rregulluese të përjetimeve pas-abort. Kjo dukuri lidhet me vlerat morale dhe besimet personale, të cilat mund të ndërhyjnë në dobësimin e këtyre aftësive rregulluese, gjetje që përkon dhe me studimin e Clare dhe Tyrrell (1994). Ata theksuan se femrat të cilat kanë qëndrime të forta negative fetare apo kulturore përjetojnë nivele të larta të stresit psikologjik në vijim të abortit.

Duhet theksuar se pavarësia nuk shfaqet si e kundërt me konceptin e mbështetjes sociale. Femrat që e shihnin veten si të pavarura e dinin se si dhe ku të kërkojnë përkrahje sociale si një mënyrë për t'u kujdesur për veten e tyre. Pjesëmarrëset në mostrën aktuale shprehen se një pjesë e procesit të kujdesit për veten e tyre ishte mosndarja e përvojës me njerëzit pasi kjo ishte vendim personal i tyre.

Zgjedhja për të mos ndarë përvojën ka qenë një nga temat më mbizotëruese në studimin e tanishëm. 57% e kampionit (87 femra) deklaruan që kishin zgjedhur për të mos ndarë përvojën e tyre të abortit me të tjerët, pra nuk e kanë folur haptazi. Arsyeja ishte shpesh një mjet për ruajtjen e marrëdhënieve ku besimi se zbulimi i abortit do të ndryshojë përgjithmonë marrëdhëniet në fjalë. Këto rezultate përputhen me rezultatet e Major dhe Gramzow (1999), të cilët deklaruan se stresi i mbajtjes së sekretit në lidhje

me një abort të çon në çrregullim ankthi të përgjithësuar, depresion dhe armiqësi. Femrat në studimin aktual shprehën se mbajtja e sekretit, të paktën në disa raste në formë selektive, ishte në lidhje me mbrojtjen emocionale dhe mendore të mirëqenies së tyre. Gjithashtu kjo mënyrë ishte një mjet që i lejoi ato të ushtronin kontroll mbi situatën dhe të ruanin marrëdhëniet e tyre.

Deri më tani diskutuam si elementë vetërregullues por dhe problematik të përjetimeve pas-abortion pavarësinë e femrës, mbështetjen dhe përkrahjen nga të tjerët, vlerat morale dhe besimet personale si dhe mosndarja e përvojës së abortit.

Një aspekt tjetër që vihet re është presioni apo detyrimi për ndërprerjen e shtatzënisë. Qasja pro-jetës, besimi që fetusi është njerëzor, është një element me rëndësi në mënyrën sesi femra e përjeton pas-abortion. Femrat të cilat identifikohen si pro-jetës janë më të prira që të kenë të paktën një reagim fillestar duke dashur të mbajnë shtatzëninë por që vendosin ndërprerjen e saj sepse ato nuk besojnë se mund të rrisin fëmijën duke u përballur me vështirësi pas abort. Këto rezultate mbështeten dhe nga studimet e Adler (1975) dhe Osofsky (1972), të cilët kanë deklaruar se femrat që ndihen në presion për të abortuar ngaqë besojnë se nuk kanë burime për të rritur një fëmijë mund të ketë më shumë të ngjarë që të hasin vështirësi pas një aborti. Femrat që identifikohen si pro-jetës janë më të prirura që të ndjehen të paretshme dhe të pasigurta në lidhje me marrjen e vendimit dhe për këtë arsye ka një periudhë më të vështirë rregulluese në krahasim me femrat që marrin vendimin për të abortuar me vendosmëri dhe menjëherë. Ideja se ato që ndihen në presion për të abortuar nga miqtë dhe familja mund të përjetojnë një kohë më të vështirë pas abort janë dhe gjetje të Allanson&Astbury (2001) dhe Steinberg& Russo (2008) gjë e cila në të shumtën e pjesëmarrëseve përkon dhe me studimin aktual. 16% e kampionit (24 femra) të cilat kishin marrë vendimin në mënyrë të menjëhershme

nuk kishin pasur pasoja negative emocionale ndërsa 4% e kampionit (5 femra) që kishin pasur qasje pro-jetës kishin përjetuar pasoja negative emocionale mjaft evidente në pas-abort.

Marrja e vendimit për abort nga të tjerët, ku këta të fundit mund të ishin familjarët apo partneri të cilët për arsye të ndryshme ndikuan në përfundimin e shtatzënisë, është një dukuri e hasur në studimin aktual e cila sjell pasoja emocionale negative afatgjata pas-abort. Pjesëmarrëset të cilat kanë raportuar ndjenja sikur vendimi i tyre ishte marrë për to u shprehën se kjo kishte çuar në pasoja negative gjatë periudhës së rregullimit dhe si rrjedhojë ato nuk ishin mirënjohëse për zgjedhjen që kanë bërë në interes të tyre. Kjo mund të shpjegohet me faktin se këto pjesëmarrëse besonin se vendimi nuk ishte në harmoni me dëshirën që ato do të kishin pasur dhe ndikimi nga prindërit apo partnerët e tyre ishte i ndryshëm nga dëshirat e vetë femrës. 5 femra të cilat kishin përjetuar një situatë të tillë ku vendimi ishte marrë nga persona të tjerë, kanë përjetuar një ndjenjë të pafuqisë. Një ndër rastet që përkon me një skenar të tillë është kur kunati i cili abuzonte seksualisht me kampionin në fjalë, e kërcënonte atë që në rast të mos abortit *do të braktiste të motrën bashkë me fëmijët në mes të katër rrugëve*. Kampioni është ndier nën presion dhe është kërcënuar, kishte abortuar disa herë dhe shfaqte pasoja të rënda emocionale. Rast tjetër për t'u përmendur është edhe detyrimi për të abortuar për shkak të seksit të fëmijës. Të pasurit të katër fëmijëve vajza, partneri i kishte ushtruar presion për të abortuar. Këto gjetje të studimit përkojnë dhe me ato të sugjeruara nga Lemkau (1991); Russo & Denious (2001).

Vlen të përmendet se shumica e pjesëmarrëseve në studim (89%) iu kanë treguar partnerit përpara kryerjes se abortit dhe ndoshta ky moskundërshtim ka nxitur dhe më shumë vazhdimësinë e vendimit për abort. Është interesante se kjo duket të jetë e

kundërta nga përvoja e partnerëve jo bashkëpunues. Femrat që mendonin pambështetjen nga partnerët e tyre në kohën për abort, gjë e cila çoi në mostregimin e vendimit dhe kryerje e abortit, u shprehën se duke i thënë partnerit pas kryerjes së abortit, reagimet e tyre ishin nga më të ndryshmet, përmendim dhe përjetimin e dhunimit psikologjik dhe fizik nga ana e tyre.

Faktorët ekonomikë gjithashtu mund të ndikojnë që një femër t'i japë fund një shtatzënie kur ajo është financiarisht e paaftë për të mbështetur fëmijën. Frika e rritjes së fëmijëve në varfëri mund të jetë një faktor i fuqishëm në vendimin e abortit (Jagannathan, 2006). Kur një femër zgjedh nga frika, ajo nuk është duke përjetuar lirinë e zgjedhjes. Në vend të kësaj, ajo është duke u përpjekur për të shmangur mundësinë e krijimit të një situatë të cilën ajo nuk e dëshiron për fëmijën e saj. Në këtë kuptim, mungesa e resurseve ekonomike ka një ndikim të fortë mbi zgjedhjen dhe mund të jetë faktori vendimtar. Në këtë rast është grabitur autonomia dhe liria e vërtetë e zgjedhjes (Stoppard, 2000).

Pra, faktori ekonomik mund të kontribuojë në mënyrë të konsiderueshme në zgjedhjen e abortit, i cili mund të komplikojë mënyrën se si një femër ndihet në lidhje me atë zgjedhje. Me fjalë të tjera, vetja e saj emocionale nuk mund të dëshirojë abort, por vetja praktike (e ndikuar nga vështirësitë e varfërisë) nuk sheh asnjë alternativë tjetër, duke krijuar kështu konfliktin e brendshëm dhe ankthin në mes të dy aspekteve të personalitetit të saj. Të jetosh me varfëri mund të krijojë krizë të përditshme në jetën e femrave (Jagannathan, 2005). Nivelet e zvogëluara të fuqisë ekonomike gjithashtu mund të ndikojnë në vlerësimin e një femre në vetë-respekt, vetë-efikasitetit dhe autonomi, të cilat mund të kërcënojnë shëndetin mendor dhe të dobësojnë aftësinë e saj për t'u përballur me situata të vështira si aborti. Në studimin tonë ku edhe pse ishte 19.8% e kampionit shpjegonte si arsye kryesore të abortit anën ekonomike ato përsëri

raportojnë për shfaqje të problemeve të shëndetit mendor pas-abort apo përjetim të vështirësive të tjera emocionale.

Për disa femra shfaqet një aspekt tjetër, *duke parë fëmijët e tjerë veçanërisht fëmijët rreth të njëjtës moshë* me ndërprerjen e shtatzënisë, duke qenë në kontakt me emisionet televizive rreth abortit, bisedat shoqërore. mund të nxitet pyetja "Çfarë janë këto ndjenja?" *20% e femrave në studim nuk kanë patur fëmijë mbas abortit.* Ky mund të jetë një tregues mjaft i rëndësishëm në jetën në vijim. Edhe në rastet kur vendimi është marrë me bindje të plotë, p.sh. për shkak të shkollës apo karrierës, e cila përbën 12.2% të kampionit, vite më pas mospasja e fëmijëve krijon vështirësi të madhe emocionale te femrat, duke e etiketuar veten si shkaktaren e mosngjizjes.

Këto femra në studim të cilat kanë përjetuar këtë fenomen, mund të lidhen me mosrregullimin dhe ndjenja të fshehura të cilat mund të shfaqet në momente të caktuara.

Afatet kohore në kohë të papërshtatshme. Pritshmëritë e femrave si nëna nuk kanë qenë të mundura për t'u përmbushur në momentin e shtatzënisë. Për studimin e tanishëm, *koha ishte një temë që u shfaq për të ndikuar rëndshëm aftësinë për të rregulluar pas abortit.* Në vend të kësaj ajo përbënte një faktor që ka ndihmuar të shpjegojë se si femrat erdhën në vendimin për t'i dhënë fund shtatzënisë.

Literatura e mëparshme ka raportuar se mosha në kohën e ndërprerjes mund të ketë një impakt të rëndësishëm mbi mirëqenien e një femre pas ngjarjes së abortit (Adler, 1992; Fergusson, Horwood, dhe Ridder, 2006). Sipas Adler disa femra janë më në rrezik se të tjerat në përjetimin e efekteve negative pas një aborti. Faktorët demografikë mund të lidhen me rezultatet e tij. Femrat e reja dhe të pamartuara kishin më shumë të ngjarë të përjetonin rezultate negative sesa ato që ishin më të vjetra. Ky studim nuk e mbështet

plotësisht këtë pohim. Rezultatet e studimit tonë na paraqesin femra të reja dhe të pamartuara të cilat deklarojnë për një çlirim dhe mospërjetim vështirësish emocionale. Pa parapërgatitje dhe qëndrueshmëri, këto femra dukej se nuk ishin të gatshme të bëhen nëna, ky fakt për moshat më të reja. *Përkundrazi për moshat më të mëdha gjetjet e studimit lidhen me faktin e “kompleksit të gjyshes”, çka do të thotë të qenit shtatzënë në të njëjtën kohë me fëmijët. Shtatzënia në këtë moshë është përjetuar me emocione të mëdha negative. Në kontekstin shqiptar ky fenomen vazhdon të jetë mjaft i përhapur.*

Reagimi i menjëhershëm i procedurës/ procedura në vetvete /vendi i abortit. Marrja e menjëhershme e vendimit për abort duket të jetë i bazuar kryesisht në pritjet që femrat kishin për periudhën pas-abort. Për pjesëmarrësit të cilat kishin menduar në lidhje me mundësinë e abortit dhe që ishin të kënaqura me vendimin e tyre, reagimi mbizotërues ishte një vlerësim për procedurën prej stafit mjekësor. Për femrat që nuk ishin të kënaqura me idenë e abortit dhe të cilat përjetuan disa efekte negative në një kohë afatshkurtër dhe afatgjatë procedura është përshkruar si "e ftohtë dhe e papërcaktuar qartë", për disa femra procedura iu është përshkruar si “dëshira është e juaja” nga ana e mjekut apo personelit mjekësor. Pothuajse të gjithë pjesëmarrëset që përshkruan përvojën e abortit u shprehën në një mënyrë të ngjashme duke thënë se ka pasur femra të shumta të cilat abortonin në të njëjtën kohë dhe se procedurat janë bërë shpejt dhe pa informacionin e duhur. Dallimi konsistonte në mënyrën se si është interpretuar kjo shpejtësi ose çfarë e bëri përvojën e abortit më të vështirë.

Ka disa mënyra që shoqërojnë procesin e abortit të vullnetshëm që kemi marrë në studim, por në fokus të çështjes do të jetë aborti i provokuar me medikamente dhe më specifikisht RU-486 ose "kokrra e abortit". Në kontekstin shqiptar do të quhej "Pilula fantazmë" emërtim që vetë femrat i vendosin pilulës, e cila është një gjetje e

rëndësishme e studimit aktual. 13% e totalit (32 aborte) të numrit të aborteve (240 aborte) janë kryer në shtëpi me anë të përdorimit të kësaj teknike dhe kanë pasur ballafaqim me embrionin. Sipas studimit të Soderberg, Janzon & Sjoberg (1998), 56% e femrave e kanë njohur embrionin e tyre dhe 18% deklarojnë të kenë përjetuar si pasojë ankth, flashback, mendime të përsëritura dhe shqetësime të stresit pas-traumatik. Sipas (Slade et al.,1998), femrat që zgjedhin abortin dhe që e shikojnë fetusin e vdekur më pas kanë më shumë gjasa të përjetojnë simptoma pas traumatike të ndërhyrjes. Gjetjet e mësipërme janë në sinkron me gjetjet e studimit tonë.

Implikimet klinike. Rezultatet e këtij studimi ofrojnë një pasqyrë unike rreth asaj se çfarë eksperiencë e abortit përfaqëson për pjesën më të madhe të femrave aq më tepër në kontekstin shqiptar ku nuk gjendet asnjë lloj informacioni për këtë fenomen. Gama e rezultateve treguan se ka një shumëllojshmëri të reaksioneve të përjetuara nga femra pas-abort gjatë muajve dhe viteve në vijim të ngjarjes. Asnjë nga pjesëmarrëset në studimin aktual nuk kishin përdorur asnjë lloj terapie si një mjet për t'u përballuar me abortin, kështu që është e panjohur se çfarë faktorësh të veçantë mund të jenë të dobishëm apo të dëmshëm në një kohë afatshkurtër dhe afatgjatë. Të intervistuarat u shprehën se nëse do të kishin vlerësuar emocionet dhe reagimet pas -abort do të kishte qenë më e dobishme për to për t'u shpëtuar viteve të vuajtjeve dhe fajit që i shoqëron pas procedurës.

Përvoja më e zakonshme e femrave në studim ishte se ato kanë përjetuar vështirësi të shëndetit mendor në pika të ndryshme në kohën pas-abort. Edhe pse vështirësitë nuk mund të jetë të lidhura në mënyrë të konsiderueshme me abortin, këto femra mund të jenë ekspozuar ndaj niveleve të larta të vështirësive të shëndetit mendor krahasuar kjo me rezultatet e tjera të shtatzënisë. Përveç kësaj, shumë femra deklaruan se mendonin

sikur të kishin përjetuar disa vështirësi në lidhje me abortin por vështirësia nuk ka qenë e një niveli klinik.

Pjesëmarrëset në studimin aktual deklaruan mosraportimin tek punonjësit e shëndetit mendor, aq më tepër përdorimin e terapisë në momente të ndryshme për "streset e abortit". *Kjo nuk është në përputhje me gjetjet nga Jones dhe Forest (1992).* Ata deklaruan se rreth 50% e femrave në studimin e tyre japin informacione shpjeguese për një abort me terapistët e tyre. Një mënyrë për të përmirësuar shkallën e dhënies së informacioneve shpjeguese mund të jetë duke i kërkuar klientëve të ardhshëm informacion në lidhje me shtatzëninë, përvojat e abortit ose ndoshta modifikimin e formave për të pasqyruar numrin e fëmijëve, shtatzënive apo aborteve. Për shkak se aborti mund të jetë i lidhur me probleme të tjera që mund të shfaqen, të tilla si depresion, ankth, abuzim me substanca apo probleme relacionale, ai ka aftësinë për të ndikuar klinikisht edhe në qoftë se rregullimi pas-abort nuk shfaqet si problemi më aktual.

Çdo lloj ankthi ose vështirësie vlen të theksohet se mund të jetë një fushë ku këshilluesit, terapistët mund ta përmirësojnë me kontributin e tyre.

Përshkrim i profilit të femrave tek të cilat aborti i vullnetshëm ka pasoja serioze në përjetimin e mëvonshëm konjitivo-emocional krahasuar me profilin e grupit të femrave të cilat e kanë përjetuar këtë ngjarje më pozitivisht.

Studimi aktual prezanton këtë profil të femrave tek të cilat aborti i vullnetshëm ka pasoja serioze në përjetimin e mëvonshëm konjitivo-emocional.

Femrat të cilat kanë vetëbesim të ulët, që nuk kanë mbështetjen e duhur emocionale sidomos nga partnerët apo familjarët, me vlera morale e besime personale që aborti

është mëkat dhe që fetsi është njeri, që kanë ballafaqim me embrionin e tyre dhe që nuk e flasin eksperiencën e abortit si pasojë e stigmës shoqërore janë ato femra të cilat janë më të prirura për të pasur pasoja serioze në përjetimin e mëvonshëm konjitivo-emocional.

Profili i grupit të femrave të cilat e përjetojnë ngjarjen e abortit më pozitivisht janë ato femra të cilat kanë një vetëbesim të lartë, marrin vendimin nën mbështetjen e partnerit, që e kryejnë procedurën në ambientet spitalore dhe që e flasin hapur eksperiencën e tyre.

Tabela 26/2: Profili i femrave tek të cilat aborti i vullnetshëm ka pasoja serioze në përjetimin e mëvonshëm konjitivo-emocional

Profili i femrave tek të cilat aborti i vullnetshëm ka pasoja serioze në përjetimin e mëvonshëm konjitivo-emocional	Profili i grupit të femrave të cilat e kanë përjetuar abortin e vullnetshëm më pozitivisht
Përshkrimi	Përshkrimi
1. Vetëbesim të ulët	1. Vetëbesim të lartë
2. Nuk kanë mbështetjen e duhur emocionale sidomos nga partnerët apo familjarët	2. Femra që e marrin vendimin me zgjedhjen e tyre dhe me mbështetjen e partnerit
3. Femra me vlera morale e besime personale që aborti është mëkat	3. Femrat që jetojnë në një shoqëri jo stigmatizuese
4. Femra që kryejnë abortin përmes pilulave në ambiente familjare dhe kanë ballafaqim me embrionin	4. Femra që e kryejnë procedurën në ambientet spitalore nën kujdesin e stafit mjekësor
5. Nuk e flasin eksperiencën e abortit si pasojë e stigmës shoqërore	5. Femra që e flasin hapur eksperiencën e tyre

Pyetja e katërt kërkimore: Cilat janë shkaqet e kryerjes së abortit?

Diskutim 4:

Nga studimi rezultuan shkaqe të ndryshme të kryerjes së abortit të vullnetshëm. Pjesa më e madhe (19.8% e kampionit) jep si shkakun më kryesor *arsyen ekonomike*, kjo në përputhje dhe me studimin e Jagannathan (2006) ku pohon që frika e rritjes së fëmijëve në varfëri mund të jetë një faktor i fuqishëm në vendimin e abortit. Kur një femër zgjedh nga frika, ajo nuk është duke përjetuar lirinë e zgjedhjes. Në vend të kësaj, ajo është duke u përpjekur për të shmangur mundësinë e krijimit të një situatë të cilën ajo nuk e dëshiron për fëmijën e saj. Në këtë kuptim, mungesa e resurseve ekonomike ka një ndikim të fortë mbi zgjedhjen dhe mund të jetë faktori vendimtar. Në këtë rast është grabitur autonomia dhe liria e vërtetë e zgjedhjes (Stoppard, 2000).

Motive të tjera të përafërta për nga rëndësia janë *mosdashja e ndërprerjes së punës, shkollës, karrierës* në momentin e shtatzënisë (13.1% e kampionit) i cili përkon me studimin e Institutit Guttmacher (1998) për arsyet e ndërmarrjes së një aborti të vullnetshëm.

10.4% e kampionit ka kryer abort me motiv kryesor vetjak *të qenit beqare dhe se partneri nuk e dëshironte lidhjen*, gjetje e cila përkon dhe me studimin e (Adler, 1975 dhe Adler, 1992), i cili tregoi se femrat më të reja, të pamartuara dhe pa fëmijë janë më në rrezik se femrat më të vjetra, të martuara dhe me fëmijë.

Mosha e madhe e femrës, për 6% të kampionit ka qenë shkak kryesor i kryerjes së abortit. Shtatzënia e femrës, e cila kishte një moshë të madhe përkonte me shtatzëni të nuses apo vajzës, duke krijuar të ashtuquajturin “kompleksi i gjyshes”, i cili më pas bëhej dhe shkak për abortin e femrës.

Numri i madh i fëmijëve (12.2%) është një gjetje e këtij studimi, duke qenë se deri në vitet e fundit Shqipëria dallonte për numrin e lartë të fëmijëve në familje, edhe pse kohët e fundit ky tregues është në rënie. Mosbesimi në aftësinë e femrës për të rritur fëmijën është një tjetër rezultat i studimit. Konkretisht 7.7% e kampionit raporton këtë motiv si shkak kryesor të abortit. Të ndjerit e lodhur apo mospasja e kohës së duhur për t'iu përkushtuar rritjes së fëmijës për shkak të angazhimeve, ishte shpjegimi që femrat i jepnin bërjes së këtyre aborteve.

Vlen të përmendet dhe një tjetër gjetje lidhur me shtatzëni si rezultat i marrëdhënies brenda familjes, pra *incest* shkak ky që ka çuar më pas në kryerjen e abortit edhe pse në një përqindje të vogël të kampionit.

11.3 Përmbledhje e thelbit të studimit

Rezultatet tregojnë se aborti, është një përvojë që ka të ngjarë të jetë unike për çdo femër dhe e lidhur me një sërë faktorësh të tjerë të jetës dhe të rrethanave. Rezultatet e këtij studimi tregojnë se reagimet dhe emocionet ndaj një aborti të vullnetshëm janë komplekse. Janë disa faktorë që në vazhdimësi janë të rëndësishëm për të gjitha këto femra, të tilla si përkrahje sociale nga miqtë dhe familja. Disa femra do të ndiejnë nevojën për të mbajtur zi pas një aborti dhe të tjera që nuk do të përjetojnë abortin si një ngjarje përndjekëse apo brengosëse në vijim. Vendimi për ndërprerjen e shtatzënisë nuk merret lehtë. Edhe pse mund të jetë i vështirë në kohë, vendimi në fund të fundit mendohet të jetë i drejtë. Femrat që i nënshtrohen abortit presupozojnë se jeta e tyre ka ndryshuar pas ngjarjes dhe se ato janë në gjendje që të sigurojnë një jetë më produktive dhe më të suksesshme si rezultat i ndërprerjes së një shtatzënie të padëshiruar. Aspektet relacionale për femrat që kanë pasur abort variojnë dhe janë të ndërlikuara, shumë

femra nuk zgjedhin që të ndajnë këtë përvojë me njerëz të rëndësishëm me qëllim ruajtjen e një marrëdhënie ekzistuese. Reagimi dhe mbështetja e partnerit është nga gjetjet e studimit që ka një ndikim të rëndësishëm në shumicën e pjesëmarrëseve në studimin aktual. Miqtë mbështetës dhe familjarët janë shumë të rëndësishëm në periudhën e rregullimit pas-abort i cili mund të marrë ditë, javë apo vite. Shumë femra që kanë aborte përjetojnë vështirësi të shëndetit mendor para dhe pas ngjarjes, por vështirësitë nuk janë domosdoshmërisht të lidhura me abortin në vetvete. Ato shpesh priten të kenë një përjetim apo një "çfarë, po sikur" ndjenja për fëmijën e mundshëm e cila mund të stimulohet duke parë fëmijët apo foshnjat, por jo domosdoshmërisht mund t'i nënshtrohen fajit apo pikëllimit në vijim.

11.4 Rekomandime dhe sugjerime

- Studimi përbëhej nga 152 femra të cilat kishin përjetuar eksperiencën e abortit të vullnetshëm. Përjetimet e femrave lidhur me abortin e vullnetshëm ishin të ndryshme. Sugjerohet një studim në shkallë më të gjerë duke u përqendruar në përvojën e shtatzënisë pas-abort me *një kampion gjithëpërfshirës*, i cili do të jetë i vlefshëm për të kuptuar se si femrat i japin kuptim ngjarjeve të ndryshme pas abortit dhe se si ato ndikojnë në rregullimin e mirëqenies së tyre psikologjike në vijim.
- Rezultatet e mirëqenies psikologjike të femrës që përjeton një abort të vullnetshëm, pasqyron *një numër faktorësh para-ekzistues si dhe kushte të bashkëndodhura në jetën e saj*, të cilat e vendosin atë në rrezik më të madh apo më të vogël për shëndet të dobët mendor, pa marrë parasysh mënyrën se si ajo e

zgjidh shtatzëninë e saj. Sugjerohet që këto faktorë të jenë në fokus të studimeve më të detajuara.

- Nga gjetjet e studimit *kontekstet socio-kulturore* në të cilën një femër jeton mund të ndikojnë edhe në shëndetin e saj mendor pas një aborti të vullnetshëm. Stigma e perceptuar sociale, p.sh. në rastin *kur femra braktiset nga partneri i saj, është e pamartuar dhe përjeton një abort*, mund të ndikojë në vendimin që ato marrin, si dhe në mënyrën se si ato do të ndihen në lidhje me vendimet e tyre dhe në përballjen me ndjenjat e shfaqura. Sugjerohet që në hulumtimet e ardhshme të kuptohen më tej kushtet që çojnë në shtatzëni të padëshiruara dhe si rrjedhojë abortin, me qëllimin përfundimtar nxjerrjes së politikave të përshtatshme për përmirësimin e jetës së femrave dhe mirëqenies së tyre.
- Studime të mëvonshme të ndërmerren duke u përqendruar në *reagimin e partnerit mashkull* me gjetje që lidhen me shtatzënitë, procesin e vendimmarrjes, ngjarjen e abortit dhe impaktin e tij. Kjo do të ishte shumë e rëndësishme duke qenë se në studimin tonë kishim raportim nga ana e femrave për motivet e mashkullit për abort por nuk kemi një raportim direkt nga mashkulli për abort apo për rolin që ai luan në lidhje me këtë vendim.
- Mungesa e mbështetjes sociale dhe emocionale për vendimin e abortit ishte e lidhur ngushtë me emocione të vazhdueshme negative. *Kuptimet e implikimeve relacionale të abortit* duhet të jetë një tjetër fushë e hulumtimeve të ardhshme. Sugjerohet që këto studime të mund të bëhen sasiore ose cilësore për të eksploruar dinamikat në çift në mes të lidhjeve dashurore dhe të abortit të cilat ishin prezente në studimin aktual.

- Eksplorimi i veçantë i një çështjeje kaq të stigmatizuar kulturalisht *për femrat që nuk e ndajnë këtë sfond kulturor* i kanë bërë ato edhe më pak të ngjarë që të marrin pjesë në këshillim. Nga gjetjet e studimit asnjë nga femrat e kampionit të studimit aktual nuk ishin paraqitur tek punonjësit e shëndetit mendor. Marrja në konsideratë e një ekipi hulumtues bikultural për këtë arsye mund të jetë më i frytshëm.
- U vu re se *kryerja e abortit në kushtet e shtëpisë* nuk mbart vetëm pasoja fizike por është një nga faktorët kryesorë për pasoja të rënda psikologjike. Rezultatet negative janë prezente në studim. Sugjerohet të rishikohet kjo formë e procedurës së abortit në aspektin e dhënies së pilulës së abortit pa miratimin e mjekut nga persona të paaautorizuar.
- Duke qenë se disa femra në studimin aktual u shprehën se *këshillimi dhe terapia në periudhën e rregullimit afatshkurtër do të ishte i dobishëm*, atëherë çështja është që të mund t'iu sigurojnë ato burime nga të cilat mund të ndikohet mirëqenia e tyre psikologjike në vijim. Sugjerohet që hulumtimet e ardhshme të mund të bëhen për të eksploruar mënyrën se si terapia mund të shfrytëzohet në të mirë të femrave në pas-abort. Edhe pse ka femra që nuk e konsiderojnë veten në gjendje të vështirë mund të përfitojnë nga disa lloje të këshillimit pas-abort. Duhet që personat që kryejnë procedurat e abortit ta bëjnë këshillimin një praktikë të zakonshme për të dhënë rekomandime të shëndetit mendor në kohën e abortit dhe më pas.
- Hartimi i politikave që rrisin efektivitetin e këshillimit për planifikim familjar, duke qenë se rezultatet e kërkimit nxorën në pah që një pjesë e konsiderueshme e aborteve ishin bërë për shkak të moshës së madhe të femrës apo shtatzënive të

paplanifikuara, të padëshiruara gjë që tregon për domosdoshmërinë e implikimit të këtyre politikave në shoqërinë shqiptare.

11.5 Përfitime personale nga ky studim:

Aborti është një procedurë e zakonshme në Shqipëri, e cila mund të vazhdojë të jetë e pranishme edhe për vitet në vijim. Studimi i tanishëm tregoi se kjo ngjarje është në mënyrë të konsiderueshme shqetësuese për shumicën e femrave dhe se disa prej tyre do të përjetojnë një nivel të lartë të efekteve negative në një formë apo në një tjetër. Ky studim gjithashtu ndriçon faktin se aborti është një përvojë e ndryshimit të jetës, që mund të përfshijë ndjenja pozitive dhe negative gjatë rrjedhës së saj.

Si një studiuese, ky hulumtim më detyroi për të menduar në një mënyrë të ndryshme nga më parë. Kjo ka qenë një përvojë e paçmueshme e të mësuarit. Procesi i kryerjes së intervistave ishte një eksperiencë e cila ka ndryshuar mënyrën se si unë do të ndërveproj me njerëzit në fushën e kërkimit si dhe në nivelet klinike.

Studimi më ndihmoi të jem më e hapur dhe jo-gjykuese në të kuptuarit e eksperiencave të tilla mjaft të stigmatizuara dhe delikate. Duke pasur një kuptim më të thellë e shumë personal të çdo lloji të eksperiencave jetësore do të ndikojë në aftësinë time për t'u lidhur profesionalisht me klientët që shfaqin problematika të tilla.

Studimi më ka mësuar më shumë rreth asaj të nënkuptuarës dhe se sa e rëndësishme është vënia mënjanë e vetëbesimeve tona në mënyrë që të jemi me të vërtetë të dobishëm në funksionet që kemi.

U jam mirënjohëse femrave që morën pjesë në këtë studim, për shkak se nuk ishte një temë e lehtë për t'u diskutuar. Shumëllojshmëria e përvojave të tyre dhe gatishmëria për

t'i ndarë ishte diçka që do të më shërbejë mua si studiuese/këshilluese, studiuesve të tjerë por mbi të gjitha femrave që ndërmarrin aborte në të ardhmen.

Letër Ftesë

Ne jemi në kërkim për femrat që janë të gatshme të japin rreth 60 minuta nga koha e tyre për të na ndihmuar të kuptojmë se si procesi i abortit mund të influencojë jetën e tyre. Kontributi juaj mund të ndihmojë femrat e tjera që kanë pasur aborte apo ato që janë në shqyrtim të vendimit për ndërprerjen e shtatzënisë. Nuk ka kompensim për kohën tuaj, edhe pse kontributi juaj do të jetë tepër i dobishëm në aspektin e të kuptuarit të kësaj dukurie. Ky studim nuk fokusohet në aspektet politike të abortit, por, aspektet emocionale të cilat shpesh janë të lidhura me vendimin për të ndërprerë shtatzëninë dhe veprimin e ndërprerjes së shtatzënisë. Ju kualifikoheni për pjesëmarrje në studimin kërkimor në qoftë se të gjitha kriteret e mëposhtme zbatohen për ju:

1. Mosha pa kriter.
2. Ndërprerje vullnetare e shtatzënisë, në tremujorin e parë.
3. Koha nuk ka rëndësi.
4. Në momentin aktual të mos jenë të shoqëruar me mendime vetëvrasëse ose të jenë në krizë.

Të gjitha informacionet e mbledhura për këtë studim do të mbahen rreptësisht konfidenciale dhe do të përdoren vetëm për qëllimet e hulumtimit.

Në qoftë se ju vendosni për të marrë pjesë në këtë studim, ju do të pyeteni për të përfunduar një intervistë personale në lidhje me abortin tuaj dhe përvojat tuaja në vitet në vijim. Intervista do të marrë informacion të përgjithshëm në lidhje me shtatzëninë e ndërprerë, si dhe pikëpamjet tuaja në lidhje me mirëqenien tuaj emocionale dhe shëndetin mendor para dhe pas ngjarjes. Ju gjithashtu do të keni mundësinë për të diskutuar marrëdhëniet tuaja personale dhe të gjitha përvojat e tjera që kanë lidhje me abortin.

Nëse jeni të interesuar në këtë studim, ju lutem kontaktoni: 0682063280

Adelina Kakija, Psikologe Këshillimi, Lektore në Universitetin Wisdom.

Miratimi i informuar, Formulari:

Ju jeni të ftuar të merrni pjesë në një studim kërkimor të titulluar:

Ndikimi konjitiv, emocional i abortit të vullnetshëm tek femrat në Shqipëri.

Qëllimi i këtij studimi është për të fituar një kuptim më të madh të përvojës së abortit.

Shpresohet që ky hulumtim do të kontribuojë në kuptimin e abortit dhe të shëndetit

mendor në literaturën kërkimore. Ju jeni zgjedhur si një pjesëmarrës potencial në këtë

studim, sepse ju përmbushni kriteret e mëposhtme: a) i përkisni gjinisë femërore, b)

keni pasur të paktën një ndërprerje vullnetare të shtatzënisë vite më parë, dhe c) aborti

ka ndodhur gjatë tremujorit të parë të shtatzënisë. Nëse ju vendosni për të marrë pjesë,

ju do të pyeteni për të marrë pjesë në një intervistë në lidhje me përvojën tuaj të abortit.

Intervista do të kërkojë rreth 60 minuta, në të cilën do të kërkohet informacion i

përgjithshëm përshkrues, përvojën tuaj të abortit, perspektivën tuaj në vetë shëndetin

tuaj mendor. Si ajo lidhet me abortin, si ju besoni nëse marrëdhëniet tuaja kanë të bëjnë

me ndërprerjen e shtatzënisë dhe çfarë kuptimesh i jepni ju abortit. Në intervista do të

plotësohet pyetësi i cili më vonë do të analizohet nga ana e studiuesit. Pjesëmarrja në

këtë projekt kërkimor nuk pritet që t'iu ekspozojë ju ndaj asnjë rreziku serioz

pavarësisht që ju do t'iu kërkohen pyetje në lidhje me ndërprerjen e shtatzënisë suaj.

Rreziqet kryesore të pjesëmarrjes në studim rriten me simptomat që lidhen duke kujtuar

ngjarjet stresuese apo të vështira. Rreziqe të tjera nga pjesëmarrja përfshijnë një

ndërgjegjësim në rritje të problemeve me abortin tuaj, ndoshta duke përfshirë

vështirësitë e shëndetit mendor dhe marrëdhëniet problematike me të tjerët. Ju mund të

bëheni më të vetëdijshëm për vështirësitë e lidhura pas intervistimit në thellësi, veçanërisht në qoftë se ju nuk e keni diskutuar më parë abortin në detaje. Përfitimet e mundshme të pjesëmarrjes në këtë studim, përfshijnë një mundësi për të marrë pjesë në një studim ku të keni mundësi për të ndarë përvojat tuaja personale në një mënyrë të sigurt dhe konfidenciale. Kjo mundësi mund t'iu nxisë ju për të bërë ndryshime apo për të punuar përmes çështjeve të cilat më parë kanë qenë një frustrim në jetën tuaj. Nga hulumtimi mund të përfitojnë individë të tjerë, duke rritur të kuptuarit tonë ndaj asaj se si individët përjetojnë abortin në planin afatgjatë. Informacioni mund të çojë në zhvillimin e metodave më të mira terapeutike për të ndihmuar individët të cilët kanë pasur aborte, dhe gjithashtu mund të jenë të dobishme për femrat të cilat janë duke konsideruar ndërprerjen e shtatzënisë. Megjithatë, unë nuk mund të garantoj se ju personalisht do të merrni ndonjë përfitim nga ky hulumtim edhe pse besoj që do të jetë i vlefshëm për shumë femra. Çdo informacion që është marrë në lidhje me këtë studim dhe që mund të jetë identifikuar me ty do të mbetet konfidencial dhe do të serviret vetëm me lejen tuaj. Identitetet e pjesëmarrësve do të mbahen konfidenciale. Informacioni i mbledhur si pjesë e këtij studimi nuk do të përdoren për t'iu identifikuar ju. Pjesëmarrja juaj është plotësisht vullnetare. Nëse ju vendosni për të marrë pjesë, ju jeni e lirë për të tërhequr miratimin tuaj dhe të ndërprisni pjesëmarrjen në çdo kohë. Ju gjithashtu mund të zgjidhni të mos iu përgjigjeni çdo pyetjeje të përfshirë në intervistë që ju nuk e shihni të arsyeshme për t'iu përgjigjur.

Nëse keni ndonjë pyetje, ju lutem mos ngurroni të kontaktoni:

Adelina Kakija 0682063280

kakijaadela@yahoo.com

Data:

Pseudonimi/kodi:

SPITALI LEZHE
SHERBIMI OBSTETRIK- GJINKOLOGJIK

VERTETIM

Me ane te cilit vertetojme se znj. Adelina Kakija u lejua te asistonte prane Zyres se Keshillimit te repartit te gjinekologjise prane maternitetit te Lezhes Per arsye te hartimit te nje teze doktorature me titull : Perceptimet mbi ndikimin e abortit te vullnetshem te nje grup femrash ne Shqiperi . Ky studim u krye ne periudhen Shkurt – Mars 2016 .



Dr. Llesh - Marku
Obsteter – Gjinekolog
Ekografist

SHTOJCA

PYETËSORI

1. DEMOGRAFIKE

Kodi i pjesëmarrësit:	
Mosha:	
Vendbanimi	
Përkatësia etnike:	
Orientimi seksual:	☐ heteroseksuale (marrëdhënie seksuale me meshkuj) ☐ homoseksuale (marrëdhënie seksuale me femra) ☐ biseksuale (marrëdhënie seksuale me meshkuj dhe femra) ☐ asexuale (nuk kam fare interes për seksin) ☐ i paqartë (nuk ndihem e sigurt në cilën kategori fute)
Niveli i arsimit:	☐ pa shkollë ☐ fillor ☐ 8/9vjeçar ☐ i mesëm ☐ universitar ☐ master/kualifikim pasuniversitar ☐ doktoraturë
Profili i shkollimit	
Profesioni (vendi i punës):	
Statusi martesor në kohën e kryerjes së abortit :	☐ beqare ☐ e martuar ☐ bashkëjetesë ☐ e ve ☐ e divorcuar
Besimi fetar	☐ mysliman ☐ bektashian ☐ ortodoks ☐ katolik ☐ protestant ☐ tjetër ☐ ateist
Si do ta vlerësonit gjendjen tuaj ekonomike	☐ nën mesatare ☐ mesatare ☐ mbi mesatare

Numri aktual i fëmijëve	☐ asnjë ☐ një ☐ dy ☐ tre ☐ katër ☐ pesë ose më tepër
-------------------------	---

2. SHPESHTËSIA E DUKURISË DHE MOSHAT PËRKATËSE

Numri i aborteve në total:	
----------------------------	--

Plotëso për secilin abort të kryer sipas radhës përkatësisht moshën dhe vitin. Nëse nuk e mban mend vitin dhe moshën lëre pa plotësuar.

Nr. i abortit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Viti														
Mosha juaj kur u krye aborti														

3. Sa muajshe (javëshe) u krye aborti?

4 ECURIA E SHTATZËNIVE NË VITET PAS ABORTIT

4.1 A keni pasur shtatzëni tjetër pas abortit?

☐ po
 ☐ jo

4.2 Nëse ke pasur shtatzëni pas abortit jep numrin dhe plotëso përkatësisht nëse linde fëmijën apo abortove përsëri. Nëse ke pasur shtatzëni plotëso pyetjen 4.3

☐ asnjë shtatzëni
☐ një shtatzëni
☐ dy shtatzëni
☐ tre ose më shumë shtatzëni

4.3 A linde fëmijë nga këto shtatzëni pas abortit apo abortove përsëri

5 SHKAQET

5.1 Cilat kanë qenë rrethanat që kanë shoqëruar ngjizjen?

- ☐ ngjizje me dëshirë nga unë dhe partneri
- ☐ pa dashje, gjatë marrëdhënies
- ☐ marrëdhënie seksuale e detyruar/me forcë nga partneri
- ☐ përdhunim
- ☐ incest (marrëdhënie seksuale brenda familjes). Nënviz: Lidhjen e gjakut me personin: babai, vëllai, xhaxha/dajë, kushëri
- ☐ të tjera

5.2 Për cilën arsye abortove?

Unë nuk e dëshiroja këtë fëmijë. Jep arsyen, plotëso një ose më shumë

- ☐ arsye ekonomike
- ☐ ndërprerje pune/shkolle/karriera
- ☐ kishim fëmijë shumë të tjerë dhe nuk donim tjetër
- ☐ e konsideroja moshën të madhe për t'u bërë nënë
- ☐ kisha frikë se nga mosha e madhe fëmija dilte me probleme
- ☐ isha nënë beqare dhe partneri nuk dëshironte lidhjen
- ☐ nuk e dashuroja partnerin aktual/marrëdhënia jonë ishte emocionalisht me luhatje
- ☐ ishte një lidhje sipërfaqësore për mua
- ☐ e konsideroja veten të lodhur, jo të aftë për t'u përballur me rritjen e fëmijës
- ☐ e konsideroja shtatzëninë si prishje të figurës sime trupore
- ☐ isha egoiste për të jetuar jetën time, fëmija do të më shkaktonte prishje rehatie
- ☐ marrëdhënie seksuale e detyruar/me forcë nga partneri
- ☐ fëmija u ngjiz nga një marrëdhënie jashtëmartesore
- ☐ përdhunim

- ☐ incest (marrëdhënie seksuale brenda familjes)
- ☐ nuk e doja vajzë
- ☐ nuk e doja djalë
- ☐ të tjera

Partneri nuk e dëshironte këtë fëmijë. Jep arsyen

- ☐ arsye ekonomike
- ☐ ndërprerje pune/shkolle/karriera
- ☐ kishim fëmijë të tjerë dhe nuk donim tjetër
- ☐ e konsideronte veten të madh në moshë për t'u bërë baba
- ☐ ishte egoist për të jetuar jetën e tij, fëmija i shkaktonte prishje rehatie
- ☐ ishte një lidhje sipërfaqësore për atë
- ☐ ndieja që ai nuk më dashuronte
- ☐ ishte xheloz dhe dyshonte për atësinë e fëmijës
- ☐ nuk e donte vajzë
- ☐ nuk e donte djalë
- ☐ të tjera

Të dy në çift nuk e dëshironim këtë fëmijë. Jep arsyen

- ☐ Fëmija ishte i paplanifikuar, ngjizja ndodhi pa dashje
- ☐ arsye ekonomike
- ☐ ndërprerje pune/shkolle/karriera
- ☐ Kishim fëmijë të tjerë dhe nuk donim tjetër
- ☐ e konsideronim moshën të madhe për t'u bërë prindër
- ☐ ishte një lidhje sipërfaqësore për të dy
- ☐ marrëdhënia jonë nuk ishte stabël
- ☐ e konsideronim veten të lodhur/jo të aftë për t'u përballur me rritjen e fëmijës
- ☐ ishim egoistë për të jetuar jetën tonë, fëmija do të na shkaktonte prishje

rehatie

☐ seksi i fëmijës nuk përputhej me planet familjare / nëse është kjo arsyeja nuk e dëshironte çifti

apo të tjerë

☐ fëmija nuk ishte i tij

☐ të tjera

Ndodhitë gjatë jetës që mund të afektojnë indirekt abortin

5.3 A ke qenë dëshmitare e skenave traumatike gjatë jetës (ndodhi deri në momentin e kryerjes së abortit, jo më prapa), shkruaj përkrah fëmijëri, adoleshencë ose moshë e rritur. Mund të shënosh edhe më shumë se një.

☐ dhunë në familje

☐ abuzim seksual

☐ dëshmitare e një skene traumatike

☐ tjetër

6 PËRJETIMI EMOCIONAL I ABORTIT

6.1 Cila ka qenë përvoja juaj e abortit?

6.2 E kreve në spital apo në kushte të tjera?

☐ në spital

☐vete në shpi

☐ ambiente të tjera

-

-

-

6.3 A ka pasur aspekte të abortit, të cilat kanë lënë gjurmë tek ju? (p.sh. protesta kundra-abort, shfaqje televizive, vendi i papërshtatshëm ku është kryer aborti, metoda e ndjekur, fjalët/veprimet e mjekut/familjarit/shokut/përfaqësuesit fetar etj.)

7 MBËSHTETJA/REAGIMI I TË TJERËVE

7.1 A e kanë mbështetur miqtë tuaj dhe të familjes vendimin tuaj?

7.2 A ka pasur njerëz të tjerë që nuk e kanë mbështetur vendimin tuaj? (kisha, miq, etj.)

8 ECURIA JETËSORE PAS ABORTIT

8.1 Si ndikuan këto njerëz në jetën tuaj në përshtatjen me jetën pas abortit?

8.2 A keni përjetuar pas abortit vështirësi emocionale që lidhen me këtë ngjarje?

☐ po ☐ jo

☐ Shpjego:

8.3 A ka pasur *ndonjë moment* nga koha e kryerjes së abortit, që ju jeni *ndjerë keq* me zgjedhjen që keni bërë ose me pasojat e atij vendimi?

☐ po ☐ jo

☐ Shpjego:

8.4 Si e keni menaxhuar ndjenjën e ngjarjes së abortit, në vitet që pasuan?

Shpjego:

- Humbje
- Ndihem shumë keq në mënyrë të vazhdueshme
- tjetër

8.5 Po të ishit në të njëjtën situatë, ju do të merrnit të njëjtin vendim apo do të bënit diçka të ndryshme?

☐ po

☐ jo

- ☐ ndoshta
- ☐ nuk e di
- ☐ Nëse je/nuk je e kënaqur me vendimin e marrë shpjego arsyen:

8.3 Si mund të përkufizosh, lidhësh ndjesinë tënde, përjetimet, mënyra se si ndihesh tani?

9. SHËNDETI MENDOR

9.1. A keni pasur përgjatë jetës ndonjë shqetësim të shëndetit mendor të diagnostikuar tek psikiatri apo psikologu?

- ☐ po ☐ jo
- ☐ shfaqur për herë të parë para abortit
- ☐ shfaqur për herë të parë pas abortit

9.2. Nëse po, specifiko? Mund të shënosh me shumë se një alternativë

- ☐ depresion/çrregullim bipolar
- ☐ ankth
- ☐ psikoza (p.sh. skizofreni, çrregullim delusional, çrregullim psikotik të shkurtër etj.)
- ☐ abuzim me substanca (alkool, drogë)
- ☐ anoreksia nervore/ bulimia
- ☐ çrregullim obsesivo-kompulsiv
- ☐ lëndim i vetes (p.sh. prerje damarësh)/ tentativa vetëvrasëse
- ☐ tjetër

10. NDARJA KONFIDENCIALE E NDODHISË DHE ARSYET

10.1 A keni folur hapur për abortin që ke kryer?

☐ po ☐ jo

10.2 A i tregove partnerit apo e kreve abortin pa i treguar?

☐ pa i treguar

☐ i tregova partnerit

10.3 Kush ka dijeni tjetër për abortin? (Vër kryq te një ose disa)

☐ mjeku

☐ prindërit

☐ shoqëria e ngushtë

☐ fëmijët

☐ askush

☐ tjetër

10.4 A ua rrëfeve me dëshirë njerëzve më sipër?

☐ po

☐ jo

☐ e solli situata

☐ kisha vete nevojë për t'ia thënë

10.5 A ka pasur njerëz që ju nuk u keni treguar? Ju kanë kërkuar për ta mbajtur atë një "sekret"?

LISTA E REFERENCAVE / BIBLIOGRAFIA

- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H, Russo, N. F., & Wyatt, G. E. (1990). "Psychological responses after abortion". *Science*, 248, 41– 44.
- [Abstract/FREE Full Text](#). Shikuar më 21.01.2013
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM–IV). APA, 1994
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders*, (Fourth Edition, Text Revision.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Academy of Medical Royal Colleges (AMRC) - (2011). *Induced Abortion and Mental Health - A Systematic Review of the Mental Health Outcomes of Induced Abortion, Including Their Prevalence and Associated Factors*. London: Academy of Medical Royal Colleges/National Collaborating Center for Mental Health.
- Angelo, E.J. (1992). "Psychiatric Sequelae of Abortion: The Many Faces of Post Abortion Grief". *Linacre Quarterly*, 59, 69-80.
- Ano, G. & Vasconcelles, E. (2005). "Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis". *Journal of Clinical Psychology*, 61: 1-20;
- Athanasiou R, Oppel W., Michelson, I., et al, "Psychiatric sequelae to term birth and induced early and late abortion: a longitudinal study", *Fam Plann Perspect* 5:227-231, 1973.

- Ashton, J.R. (1980). *Br J Obstet Gynaecol*. 1980 Dec; 87(12):1115-22. The psychosocial outcome of induced abortion
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7437379. Shikuar më 19.03.2013
- Berger, et al., “Repeat Abortion: Is it a Problem?” *Family Planning Perspectives* 16(2):70-75 (1984).
- Bradshaw, Z. and Slade, P. (2003) “The Effects of Induced Abortion on Emotional Experiences and Relationships: A Critical Review of the Literature”. *Clinical Psychology Review*, 23, 929-958.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2003.09.001>. Shikuar më 10.12.2014
- Broen, A., Moum, T., Bodtker, A. & Ekeberg, O. (2005). “The Course of Mental Health after Miscarriage and Induced Abortion: A Longitudinal”, Five-Year Follow-Up Study. *BMC Medicine*, 3, 18.
<http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-3-18> Shikuar më 03.03.2014
- Broen, A.N., Moum, T., Bodtker, A. S., Ekeberg O: “Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: A 2-year follow-up study”. *Psychosom Med*. 2004, 66: 265-271. 10.1097/01.psy.0000118028.32507.9d.
[PubMedView ArticleGoogle Scholar](#). Shikuar më 12.03.2014
- Brown, J. (1999). “Bowen family systems theory and practice: Illustration and critique”. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 20(2), 94–103.
- Charles, Vignetta E., et al. (2008). “Abortion and Long-Term Mental Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature.” *Contraception*, 78, 436–50. PubMed Health

Charles VE et al., “Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence”, *Contraception*, 2008, 78(6): 436-450,

<http://www.jhsph.edu/sebin/o/a/Charles_2008_Contraception.pdf>, accessed May 23, 2013. Shikuar më 23.05.2013

Coleman, P.K., Coyle, C.T., Shuping, M. and Rue, V.M.(2009) – “Induced Abortion and Anxiety, Mood, and Substance Abuse Disorders: Isolating the Effects of Abortion in the National Comorbidity Survey”. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 770-776.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.10.009>. Shikuar më 21.02.2014

Coleman, P. K., & Nelson, E. S. (1998). “The quality of abortion decisions and college students’ reports of post-abortion emotional sequelae and abortion attitudes”. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 425-442.

Coleman, P.K. (1995–2009). “Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published”. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 180–186.

[Abstract/FREE Full Text](#). Shikuar më 21.02.2014

Coleman, P.K., Coyle, C.T., Shuping, M., & Rue, V. (2009). “Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey”. *Journal of Psychiatric Research*, 43(8), 770-776.

Coleman, P.K., Coyle, C.T., & Rue, V.M., (2010). “Late-term elective abortion and susceptibility to posttraumatic stress symptoms”. *Journal of Pregnancy*.

<http://dx.doi.org/10.1155/2010/130519>. Shikuar më 23.02.2014

- Coleman, Patricia K. (2011). "Abortion and Mental Health: Qualitative Synthesis and Analysis of Research Published 1995–2002". *The British Journal of Psychiatry*, 199, 180–6.
- Congleton, G. K., & Calhoun, L. G., (1993). "Post-abortion perceptions: A comparison of self-identified distressed and non-distressed populations". *International Journal of Social Psychiatry*, 39(4), 255-265.
- Cogle, J., Reardon, D., & Coleman, P., (2005). "Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: A cohort study of the 1995 national survey of family growth". *Journal of Anxiety Disorders*, 19(1), 137-142.
- Coyle, C.T., Coleman, P.K., & Rue, V.M., (2010). "Inadequate preabortion counseling and decision conflict as predictors of subsequent relationship difficulties and psychological stress in men and women". *Traumatology*, 16 (1), 16-30. DOI: 10.1177/1534765609347550
- Curley, M. & Johnston, C. (2013). "The Characteristics & Severity of Psychological Distress after Abortion among University Students". *Journal of Behavioral and Health Service and Research*, 40, 279-293.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11414-013-9328-0>. Shikuar më 11.2.2013
- David M. Fergusson, L. John Horwood, Joseph M. Boden, "Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study", *The British Journal of Psychiatry* Nov 2008, 193 (6) 444-451; DOI: 10.1192/bjp.bp.108.056499, shikuar më 25.9.2014.

- Dingle, K., Alati, A., et al. (2008), "Pregnancy Loss and Psychiatric Disorders in Young Women: An Australian Birth Cohort Study". *The British Journal of Psychiatry*, 193,455-460.<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.108.055079> .Shikuarmë 13.12.2013
- "Examining the association of abortion history and current mental health: A reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model". *Social Science & Medicine*, 72(1), 72-82. doi:10.1016/j.socscimed. 2010.10.006 Shikuar më 04.10.2013
- Falsetti,S., Resick, P.&Davis, J. (2003). "Changes in religious beliefs following trauma". *Journal of Traumatic Stress*, 16(4): 391-398
- Fergusson, D., Horwood, J. and Boden, J.M. (2008), "Abortion and Mental Health Disorders: Evidence from a 30-Year Longitudinal Study". *British Journal of Psychiatry*, 193, 444-451.
- Fergusson, D.M., Horwood LJ, Boden J,M., "A further meta-analysis (e-letter)". *Br J Psychiatry* 2011.
- <http://bjp.rcpsych.org/content/199/3/180.full/reply>).shikuar më 13.04.2014
- Fergusson, D. M., Horwood, L., & Ridder, E. M. (2006). "Abortion in young women and subsequent mental health". *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 47(1), 16-24. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x
- Finer, L. B., Frohworth, L.F., Dauphinee, L. A., Singh, S., & Moore, A. M. (2005). "Reasons U.S.women have abortions:Quantitative and qualitative perspectives". *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(3), 110-118.
- doi: 10.1111/j.1931-2393.2005.tb00045.x shikuar më 08.09.2013

- Freeman, et al., “Emotional Distress Patterns Among Women Having First or Repeat Abortions”, *Obstetrics and Gynecology*, 55(5):630-636 (1980)
- Friedman, E. H. (1991). Bowen theory and therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (p.140). New York: Brunner/Mazel.
- Folkman, S. K., & Moskowitz, J. T. (2000). *Positive affect and the other side of coping*. American Psychologist, 55, 647–654.
- Gilchrist, A.C., Hannaford, P.C., Frank, P. and Kay, C.R. (1995) “Termination of Pregnancy and Psychiatric Morbidity”. *The British Journal of Psychiatry*, 167, 243-248. Shikuar më 14.01.2014
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.167.2.243>
- Gissler, M., Hemminki, E. and Lonnqvist, J. (1996) *Suicides after Pregnancy in Finland 1987-1994: Register Linkage Study*. BMJ, 313, 1431-1434.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.313.7070.1431> shikuar më 26.12.2013
- Gilchrist AC, Hannaford PC, Frank P, Kay CR. “Termination of pregnancy and psychiatric morbidity”. *Br J Psychiatry* 1995; **167**: 243–248.
[Abstract/FREE Full Text](#) shikuar më 07.02.2014
- Goodwin, P., Ogden J., (2007). “Women’s reflections about their past abortions: An exploration of how emotional reactions change over time”. *Psychology and Health*, 22, 231-248.
- Hamana, L., Rausch, S., Sperlich, M. & Defever, E. (2010) “Previous Experience of Spontaneous Abortion or Elective Abortion and Risk for Post Traumatic Stress and Depression during Subsequent Pregnancy”. *Depression and Anxiety*, 27, 699-707.

- Hess, R. (2004). "Dimensions of women's long-term postabortion experience". *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 29(3), 193-198.
- Husfeldt C, Hansen SK, Lyngberg A. *Ambivalence among women applying for abortion*. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 813-817.
- Tietze. C, "Repeat Abortions – Why More?" *Family Planning Perspectives* 10(5):286-288, (1978).
- Induced Abortion & Mental Health: "A systematic review of the evidence - full report and consultation table with responses. Academy of Medical Royal Colleges" (AoMRC). December 2011.
- http://www.nccmh.org.uk/publications_SR_abortion_in_MH.html shikuar më 15.12.2013
- Jones, R. K., Finer, L. B., & Singh, S. (2010). *Characteristics of U.S. Abortion Patients*, 2008. New York: Guttmacher Institute.
- [https://www.guttmacher.org/pubs/USAbortion - Patients.pdf](https://www.guttmacher.org/pubs/USAbortion-Patients.pdf) shikuar më 04.12.2013
- Kero, A. Hogberg U, Lalos A.(2004). "Well-being and mental growth - long-term effects of legal abortion". *Social Science & Medicine*; 58: 2559-2569.
- Shikuar më 25.01.2014
- Kero, A. & Lalos, A. (2000). "Ambivalence - a logical response to legal abortion: a prospective study among women and men". *J Psychosom Obstet Gynecol* 21,81–91. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10994180>. Shikuar më 25.01.2014
- Kero, A. Högberg, U. & Lalos, A. (2001a). "Contraceptive risk-taking in women and men facing legal abortion". *Eur J Contracept Reprod Health Care* 6, 205–218.

- Kero, A. Högberg, U. Jacobsson, L. & Lalos A (2001b) *Legal abortion: a painful necessity*. Soc Sci Med 53, 1481–1490.
- Kero, A. (2002). *Paradoxes in legal abortion. A longitudinal study of motives, attitudes and experiences in women and men*. Thesis. Umeå University, Umeå, Sweden.
- Kero, A. Högberg, U. & Lalos, A. (2004). *Wellbeing and mental growth - longterm effects of legal abortion*. Soc Sci Med 58, 2559–2569.
- Kerr, M. E., & Bowen, M. (1988). *Family evaluation*. New York: Norton.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). “Stress, appraisal & coping”. (Original work published). <http://www.springerpub.com/stress-appraisal-and-coping.html>
- Linda, Francke. *The Ambivalence of Abortion* (New York: Random House, 1978), 190-91.
- Lemkau, J. P. (1991). “Post-abortion adjustment of health care professionals in training”. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 61(1), Jan 1991, 92-102.
- <http://dx.doi.org/10.1037/h0079234> shikuar më 04.10.2013
- Lemkau, J.P. (1988) “Emotional Sequelae of Abortion: Implications for Clinical Practice”. *Psychology of Women Quarterly*, 12, 461-472.
- Levin, et al., “Association of Induced Abortion with Subsequent Pregnancy Loss”, *JAMA*, 243:2495-2499, June 27, 1980.
- Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. “Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion”, 8/13/2008. *American Psychological Association*, 2008
- (<http://www.apa.org/releases/abortion-report.pdf>).

Major, B. and Gramzow, R.H. (1999) Abortion as Stigma: “Cognitive and Emotional Implications of Concealment”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 735-745.

<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.77.4.735> shikuar më 04.10.2013

Major, B. (2003) “Psychological Implications of abortion – highly charged and rife with misleading research (comment)”. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 1257-1258

Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, Gramzow RH. “Psychological responses of women after first-trimester abortion”. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 777– 84.

[CrossRefMedlineWeb of Science](#). Shikuar më 6.11.2013

Major, B. , Spencer, S., Schmader, T., Wolfe, C., Crocker, J. (1998). “Coping with stigma through psychological disengagement”. In *Prejudice: The Target’s Perspective*, Annu. Rev. Psychol. 2005.56:393-421.

www.annualreviews.org by UNIVERSITY OF WASHINGTON on 09/29/10.

Shikuar më 7.11.2013

Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). “Abortion and mental health: Evaluating the evidence”. *American Psychologist*, 64(9), 863-890. doi:10.1037/a0017497. Shikuar më 7.11.2013

Michael B. Bracken and Stanislav K. Kasl, "First and Repeat Abortions: A Study of Decision-Making and Delay," *Journal of Biosocial Science* 7 (1975): 374-491.

- Miller, W. B., Pasta, D. J., & Dean, C. L. (1998). "Testing a model of the psychological consequences of abortion". In L. J. Beckman & S. M. Harvey (Eds.), *The New Civil War: The Psychology, Culture, and Politics of Abortion*, (pp. 133-156). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Mota, N., Burnett, M. & Sareen, J. (2010) "Associations between Abortion, Mental Disorders, & Suicidal Behavior in a Nationally Representative Sample". *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 239-247.
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al. "Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder". *New England Journal of Medicine* 2011; 364:332-339.
- NCCMH (2011) AoMRC *Induced Abortion and Mental Health*, 2011: a systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. London: NCCMH
- Pederson, W. (2008). "Abortion and Depression: A Population-Based Longitudinal Study of Young Women". *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 424-428.
<http://dx.doi.org/10.1177/1403494807088449> shikuar më 4.2.2014
- Pedersen W. Childbirth. "Abortion and subsequent substance use in young women: a population-based longitudinal study". *Addiction* 2007; 102:1971-1978.
- Reardon, D.C. and Ney, P.G. (2000) "Abortion and Subsequent Substance Abuse". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 61-75.
<http://dx.doi.org/10.1081/ADA-100100591> shikuar më 16.12.2013
- Reardon, D. C. (1987). "Aborted Women – Silent No More" (*Chicago: Loyola University Press*), 129-30.

Reardon, D.C., & Coleman, P.K. (2006). "Relative Treatment Rates for Sleep Disorders and Sleep Disturbances Following Abortion and Childbirth: A Prospective Record-Based study". *Sleep*, 29 (1) 105-106.

Reardon DC, Coughle JR, Rue VM, Shuping MW, Coleman PK, Ney PG. *Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth*. *CMAJ* 2003; 168: 1253– 6. Shikuar më 21.10.2013

[Abstract/FREE Full Text](#)

Reardon et. al., "Deaths Associated With Pregnancy Outcome: A Record Linkage Study of Low Income Women", *Southern Medical Journal* 95(8):834-41, Aug. 2002.

Retrieved from http://books.google.com/books?id=iySQQuUpr8C&dq=Coping+lazarus&source=gbs_navlinks_s

Rue, V. & Speckhard, A. C. (1992a). "Informed consent & abortion: Issues in medicine and counseling", *Medicine & Mind*, (invited article), 7, 75-94.

Rue, V. & Speckhard, A.C. (1992b). "Post abortion trauma: Incidence and diagnostic considerations", *Medicine & Mind*, (invited article) 6(1-2), 57-73.

Rue, V., Coleman, P., Rue, J. and Reardon, D. (2004) "Induced Abortion and Traumatic Stress: A Preliminary Comparison of American and Russian Women". *Medical Science Monitor*, 10, SR5-SR16.

Russo, Nancy Felipe & Jean E. Denious. (2001). "Violence in the Lives of Women Having Abortions: Implications for Practice and Public Policy." *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 142-50

Robinson, G. E., Stotland, N. L., Russo, N. F., Lang, J. A., & Occhiogrosso, M. (2009). "Is there an "abortion trauma syndrome"? Critiquing the evidence". *Harvard Review of Psychiatry*, 17(4), 268-290. doi:10.1080/10673220903149119

Shikuar më 06.01.2014

Steinberg, J. R., & Finer, L. B. (2012). Coleman, Coyle, “Shuping, and Rue make false statements and draw erroneous conclusions in analyses of abortion and mental health using the National Comorbidity Survey”. *Journal of Psychiatric Research*, 46 (3), 407- 408. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.01.019 shikuar më 30.01.2014

Speckhard, A.C. and Rue, V.M. (1992) “Post Abortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern”. *Journal of Social Issues*, 48, 95-119.

Speckhard, A. C., & Rue, V. M. (1992). “Postabortion syndrome: An emerging public health koncern”. *Journal of Social Issues*, 48(3), 95–119.
doi: 10.1111/j.1540- 4560.1992.tb00899.x

Study. Sleep, 29, 105-106. *Elliot Institute*, Springfield, IL; 2 Human Development and Family Studies, Bowling Green State University, Bowling Green, OH
<http://www.journalsleep.org/Articles/290116.pdf> shikuar më 4.10.2013

Shepard, et al., “Contraceptive Practice and Repeat Induced Abortion: An Epidemiological Investigation,” *J. Biosocial Science*, 11:289-302 (1979)

Sherman, et al., “The Abortion Experience in Private Practice”, *Women and Loss: Psychobiological Perspectives*, ed. W.F. Finn, et al., (New York: Praeger Publ. 1985)

TFMHA – “Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the APA Task Force on Mental Health and Abotion. Washington, DC: American Psychological Association Task Force on Mental Health and Abortion”.
<https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-64-9-863.pdf>

There an “Abortion Trauma Syndrome”? Critiqueing the Evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 268-269.

<http://dx.doi.org/10.1080/10673220903149119> shikuar më 6.03.2015

Kimport, K. , Foster, K. , & Weitz, T. (2011). “Social sources of women's emotional difficulty after abortion: Lessons from women's abortion narratives”*Perspectives on Sexual and Reprod Health*,43(2),103-109.

The FreeDictionary, Initials. (2010). *Elective abortion*. Retrieved from
<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/elective+abortion>
shikuar më 23.10.2013

Trybulski, J. (2006). “Women and abortion: the past reaches into the prezent”. *Journal of Advanced, Nursing*, 54(6), 683-690.

Van der Kolk, B. (2000). *Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma*.
Dialogues in clinical neuroscience, 2(1): 7-22.

World Health Organization (2007) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2007*.
<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2007/>
shikuar më 22.10.2013

World Health Organization (2010) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010*.
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
shikuar më 22.10.2013

World Health Organization. *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*.
WHO, 1993

WHO Organization (1990) *International Classification of Diseases*. 9th Revision,
WHO, Geneva.

World Health Organization. (2012, January). Facts on induced abortion worldwide.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/induced_abortion_2012.pdf shikuar më 30.12.2015

http://www.instat.gov.al/media/316719/t_rinjt_n_shqip_ri_sfidat_n_koh_t_q_ndr_yshojn_.pdf shikuar më 30.12.2015

Resources for Religious Views on Abortion on Patheos Archived January 29, 2010, at
the Wayback Machine. Sanctity of life retrieved 17 October 2013

"Article 5: The Fifth Commandment". Catechism of the Catholic

Church. Archived from the original on 14 May 2011. Retrieved 7 June 2011.

"Abortion: the Church of England view". Religion & Ethics. Retrieved 3 August 2009.

-www.instat.gov.al/media/190415/shpjeguesi_demografik.doc. Shikuar më 30.12.2015

http://www.shëndetësia.gov.al/files/userfiles/shëndeti_mendor/Ligji_Nr.44,_2012_per_shëndetin_mendor.pdf. Shikuar me 7 mars 2013.

http://www.shëndetësia.gov.al/files/userfiles/shëndeti_mendor/Ligji_Nr.44,_2012_per_shëndetin_mendor.pdf. Shikuar më 7 mars 2013.