

University for Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Winter 2-2020

QËNDRIMET NDAJ ABORTIT DHE STATUSI SOCIAL TE BANORËT E FERIZAJIT

Djellza Bajrami

University for Business and Technology - UBT

Follow this and additional works at: <https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd>



Part of the [Nursing Commons](#)

Recommended Citation

Bajrami, Djellza, "QËNDRIMET NDAJ ABORTIT DHE STATUSI SOCIAL TE BANORËT E FERIZAJIT" (2020). *Theses and Dissertations*. 1750.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/1750>

This Thesis is brought to you for free and open access by the Student Work at UBT Knowledge Center. It has been accepted for inclusion in Theses and Dissertations by an authorized administrator of UBT Knowledge Center. For more information, please contact knowledge.center@ubt-uni.net.



Kolegji UBT

Fakulteti Infermierisë

**QËNDRIMET NDAJ ABORTIT DHE STATUSI SOCIAL TE BANORËT E
FERIZAJIT**

Shkalla Bachelor

Djellza Bajrami

Shkurt, 2020
Prishtinë



Kolegji UBT

Fakulteti Infermierisë

Punim diplome

2019/2020 (2016)

Djellza Bajrami

**QËNDRIMET NDAJ ABORTIT DHE STATUSI SOCIAL TE BANORËT E
FERIZAJIT**

Mentori: Dr. Kushtrim Ahmeti

Shkurt, 2020

Ky punim është përpiluar dhe dorëzuar në përmbushjen e kërkesave të pjeshme
për Shkallë Bachelor

ABSTRAKTI

Aborti është definuar si ndërprerja e shtatzënisë me heqjen ose dëbimin nga mitra të një fetusit ose embrionit. Një abort mund të ndodhë spontanisht, në të cilin rast zakonisht quhet abort ose mund të nxitet qëllimisht. Termi abort më së shpeshti i referohet abortit të shkaktuar nga spontanisht gjatë shtatzënisë. Qëllimi i punimit është të vlerësoj qëndrimet dhe statusin social të grave rreth abortit në Komunën e Ferizajit. Në hulumtim morën pjesë 200 respondentë të cilat janë rekrutuar për hulumtim në Komunën e Ferizajit. Sa i përket gjinisë respondentët ishin të ndarë në mënyrë të barabartë (50%) meshkuj dhe (50%) femra. Moshë mesatare e respondentëve të gjinisë femrore ishte 28.77 vjet, ndërsa e atyre mashkullore ishte 30.48 vjet. Për këtë hulumtim është përdorur pyetësi Abortion Attitudes Scale (Sloan, 1983) i cili përbëhet nga 18 pyetje që reflektojnë qëndrimet rreth abortit. Rezultatet e studimit kanë dhënë përgjigje në pyetjet kërkimore. Tek hipoteza e parë e ngritur se aborti shihet si një alternativë për të zgjidhur një shtatzëni të padëshirueshme nga rezultatet shohim se shumica e respondentëve në studim (70%) pajtohen plotësisht me faktin se ata nuk e do e zgjidhnin abortin si alternativë për të zgjidhur një shtatzëni të padëshiruar dhe me këtë rezultat nuk vërtetohet hipoteza e parë e ngritur. Sa i përket hipotezës së dytë që aborti nuk duhet konsideruar si vrasje e një personi, shumica e pjesëmarrësve në studim (72%) aspak nuk pajtohen që aborti duhet të konsiderohet si vrasje dhe me këtë rezultat aprovohet hipoteza e dytë e ngritur.

Fjalët kyçe: shtatzënia, femrat, aborti.

MIRËNJOHJE/FALENDERIME

Këto vite ishin përplot angazhim, përkushtim, punë dhe sfida për titullin që do të marr sot. Falenderimi im për çdo person që kontriboi për mundësimin e arritjes së këtij qëllimi nuk do të ketë fund asnjëherë. Fillimisht dua të falenderoj më të çmuarën familje, pa ju asnjëherë nuk do të ishte e mundur kjo dhe asnjëherë nuk do e përjetoja ditën e sotme. Gjithashtu një falenderim të veçantë e meritojnë stafi i Kolegjit UBT dhe të gjithë profesorët, që diturinë e tyre e ndanë bashkë me ne pa asnjë mangësi.

Djellza Bajrami

PËRMBAJTJA

LISTA E TABELAVE.....	iv
LISTA E GRAFIKONAVE.....	iv
FJALORI I TERMAVE.....	v
1. HYRJA.....	1
2. SHQYRTIMI I LITERATURËS	3
2.1 Qëndrimet rreth planifikimit familjar në Kosovë.....	4
2.2 Vlerësimi i OBSH-së për abortin.....	7
2.3 Rreziku nga abortet e pasigurta.....	7
2.3.1 Mungesa e informimit si rrezik për abortet.....	8
2.4 Qëllimi i studimit	10
2.5 Pyetjet hulumtuese	10
2.6 Hipotezat	10
3. DEKLARIMI I PROBLEMIT	11
4. METODOLOGJIA	12
4.1 Mostra	12
4.2 Instrumenti	19
4.3. Procedura	19
5. PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE.....	20
5.1 Analiza e rezultateve.....	20
6. KONKLUSIONE DHE REKOMANDIME.....	24
7. REFERENCAT.....	25

LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Gjinia e subjekteve.....	12
Tabela 2. Niveli i edukimit të subjekteve	13
Tabela 3. Vendbanimi i subjekteve.....	13
Tabela 4. Statusi i punës së subjekteve	14
Tabela 5. Numri i fëmijëve të subjekteve	15
Tabela 6. Moshë e subjekteve	16
Tabela 7. Statusi ekonomik i subjekteve.....	17
Tabela 8. Niveli i pirjes së duhanit të subjekteve.....	17
Tabela 9. Niveli i pirjes së alkoolit të subjekteve	18
Tabela 10. Niveli i gatishmërisë së subjekteve për të abortuar fëmijën e tyre.....	19
Tabela 11. Të dhënat descriptive për variablin qëndrimet ndaj abortit.....	20
Tabela 12. Testi i normalitetit.....	20
Tabela 13. Dallimet e qëndrimeve ndaj abortit sipas gjinisë	21
Tabela 14. Test Statistics ^a	22
Tabela 15. Dallimi i subjektëve në qëndrimet ndaj abortit sipas statusit ekonomik.....	22
Tabela 16. Test Statistics ^{a,b}	22
Tabela 17. Dallimi i subjektëve në qëndrimet ndaj abortit sipas numrit të fëmijëve që posedon subjekti. 23	
Tabela 18. Test Statistics ^{a,b}	23

LISTA E GRAFIKONAVE

Grafikoni 1. Gjinia e subjektit.....	12
Grafikoni 2. Niveli i edukimit të subjekteve.....	13
Grafikoni 3. Vendbanimi i subjekteve	14
Grafikoni 4. Statusi i punës të subjektit	14
Grafikoni 5. Numri i fëmijëve të subjekteve.....	15
Grafikoni 6. Moshë e subjekteve	16
Grafikoni 7. Statusi ekonomik	17
Grafikoni 8. Niveli i pirjes së duhanit.....	18
Grafioni 9. Shpërndarja normale e qëndrimeve ndaj abortit.....	21

FJALORI I TERMAVE

OBSH – Organizata Botërore e Shëndetësisë

SHBA – Shtetet e Bashkuara të Amerikës

DIU – Intrauterine device

UNFPA – United Nations Fund for Population Activities

1. HYRJA

Aborti është një ndërprerje spontane apo e detyruar e shtatzënisë (*Elias, Sherman, 2005*). Ligji i Kuvendit të Kosovës për Ndërprerjen e shtatzënisë (2008) e përkufizon abortin si një ndërprerje e shtatzënisë me dhunë. Në Kosovë, në vitin 2016 kishte 31116 lindje dhe 300 aborte ligjore të raportuara (*Kosovo Agency of Statistics, 2017*). Kjo shifër është më e vogël se ajo e viti 2015 kur kishte 400 aborte të raportuara dhe dukshëm më e vogël se në vitin 2010 kur kishte 800 aborte ligjore të raportuara. Edhe sa i përket shkallës së aborteve në nivel botëror për gratë e moshës prej 15-39 vjeç kjo shkallë në Kosovë është ulur nga 2.2 në vitin 2010 në 0.8 në vitin 2016. Mirëpo me gjithë përmirësimin e statistikave në lidhje me abortin raportimi i aborteve nga sektori privat është një problem ekzistues. Në nivel global çdo vit kryhen rreth 44 milionë aborte (*Sedghet al., 2012*). Qëndrimet e grave, normat e perceptuara dhe njohuritë rreth abortit mund t'i pengojnë gratë ta konsiderojnë abortin si një opsion. Ndërprerja e shtatzënisë mund të jetë kundër besimeve personale, morale dhe fetare të grave (*Montano & Kasprzyk, 2008*). Në Kosovë qëndrimet e femrave për abortin ndryshojnë varësisht nga këndvështrimi, regjioni dhe mosha e femrave (*Basha, & Hutter, 2006*).

Në vitin 2008, Kuvendi i Kosovës ka miratuar Ligjin për ndërprerjen e shtatzënisë. Ky ligj vendos bazën ligjore për rregullimin e ndërprerjes së shtatzënisë, qëllimi kryesor i të cilit është informativ, shëndetësor dhe largimit të rrezikshmërisë për jetë.

Ligji garanton respektimin e jetës që nga zhvillimi i fetusit:

- Çdo femër ka të drejtë të vendosë lirshëm mbi ndërprerjen e shtatzënisë sipas kriterëve të përcaktuara me këtë ligj.
- Çdo femër ka të drejtën e këshillimit dhe informimit lidhur me ndërprerjen e shtatzënisë.
- Femra e cila është e aftë sipas ligjit nuk i nënshtrohet ndërprerjes së shtatzënisë pa pëlqimin e saj.
- Çdo femër e moshës mbi tetëmbëdhjetë (18) vjeç ka të drejtë që të kërkojë ndërprerjen elektive të shtatzënisë.

- Femrat që kanë arritur moshën e rritur prej gjashtëmbëdhjetë (16) vjetësh dhe kanë marrë pëlqimin e prindit ose të kujdestarit ligjor kanë të drejtë të kërkojnë ndërprerjen e shtatzënisë.

Mjeku familjar ose specialisti gjinekolog - obstetër, që në vizitën e parë obligohet që të informojë, këshilloj dhe udhëzoj shtatzënë e cila kërkon ndërprerjen elektive të shtatzënisë për:

- rreziqet mjekësore dhe emocionale që sjell ndërprerja e shtatzënisë për shëndetin e femrës.
- të drejtat, ndihmën dhe përparësitë e garantuara me ligj për femrën, fëmijën dhe familjen.
- institucionet dhe organizmat që mund t'i ofrojnë nënës, fëmijës dhe familjes mbështetje morale dhe sociale.
- institucionet shëndetësore që kryejnë ndërprerjen e shtatzënisë në kushte të sigurta mjekësore.

Ndërprerja e shtatzënisë bëhet vetëm në institucionet shëndetësore nga mjekët specialist obstetër-gjinekolog të licencuar.

- Ndërprerja e shtatzënisë me motiv të përzgjedhjes se gjinisë së frytit është e ndaluar.
- Ndërprerja e shtatzënisë për arsye mjekësore në rastet ku konstatohet se vazhdimi i shtatzënisë, ose lindja e fëmijës rrezikon jetën ose shëndetin e femrës mund të bëhet në çdo periudhë të shtatzënisë, me vendimin e Komisionit mjekësor dhe pëlqimin e femrës shtatzënë përderisa ajo është e vetëdijshme.
- Ndërprerja e shtatzënisë për arsye mjekësore kur vërtetohet se fetusi ka keq formime të papajtueshme me jetën, sëmundje ose gjendje të rënda që lënë invaliditet të rëndë dhe kanë trajtim të pasigurt, mund të bëhet në çdo kohë pas rekomandimit dhe vendimit të Komisionit mjekësor për ndërprerjen e shtatzënisë dhe pëlqimin e pacientes përderisa ajo është e vetëdijshme.
- Indikacionet mjekësore për ndërprerjen e shtatzënisë për arsyet nga paragrafi 1 dhe 2 i këtij neni përcaktohen me akt nënligjor.

2. SHQYRTIMI I LITERATURËS

Aborti është definuar si ndërprerja e shtatzënisë me heqjen ose dëbimin nga mitra të një fetusit ose embrionit. Një abort mund të ndodhë spontanisht, në të cilin rast zakonisht quhet abort ose mund të nxitet qëllimisht. Termi abort më së shpeshti i referohet abortit të shkaktuar nga spontanisht gjatë shtatzënisë (*Shah, Ahman, 2009*).

Shtatzënitë e padëshiruara dhe aborti i pasigurtë paraqesin rëndësi për rreziqet shëndetësore për gratë në moshën riprodhuese. Aborti i pasigurtë është përcaktuar nga OBSH si një procedurë për ndërprerjen e padëshiruar të shtatzënisë që kryhet nga dikush, në mungesë të një mjedisi me standardet minimale mjekësore. Abortimet e pasigurta mund të rrezikojnë shëndetin riprodhues dhe sjellin komplikime serioze, shpesh kërcënuese për jetën. Për më tepër, abortet e pasigurta imponojnë një barrë të rëndë për gratë dhe shoqërinë në sajë të shëndetit të rëndë. Aborti i pasigurtë është shqetësim për shëndetin publik për shkak të pasojave të tmerrshëm shëndetësore dhe ndikimin në sëmundshmërinë e nënës dhe vdekshmërinë e saj (*Haque, Hossain, Ahmed, Sultana, Chowdhury, Akter, 2015*).

Disa ligje për abortet bazohen në një model mjekësor, për shembull, Britania e Madhe përcakton abortin si një zgjidhje për problemin mjekësor. Kjo lejohet vetëm për të parandaluar rrezikun e dëmit fizik dhe psikologjik të një gruaje shtatzënë. Ligji i Shteteve të Bashkuara (SHBA) përcakton vendimin për të pasur një abort si një çështje e të drejtave, që një grua ka të drejtë të marrë vendime private për veten e saj për diçka që do ta prekë atë pa ndërhyrjen e qeverisë (*Senbeto, Degu, Abseno, Yeneneh, 2005*).

Përafërsisht 205 milionë shtatzëni ndodhin çdo vit në mbarë botën. Mbi 1/3 janë të paqëllimshme dhe rreth 1/5 aborte të detyruara. Shumica e aborteve rezultojnë nga shtatzënitë e padëshiruara. Një shtatzëni mund të ndërpritet qëllimisht në disa mënyra. Mënyra e zgjedhur shpesh varet nga mosha gestacionale e embrionit ose fetusit, e cila rritet në madhësi ndërsa shtatzënia përparon (*Cope, 1993*).

Në debatin e abortit, opinionet e profesionistëve të shëndetësisë janë të një rëndësie të madhe, sepse ato konsiderohen autoritetet për çështjet shëndetësore dhe qëndrimet e tyre ndikojnë drejtpërdrejt në disponueshmërinë dhe cilësinë e kujdesit shëndetësor. Ata luajnë një rol qendror në kontekstin e abortit, ose duke e futur atë në rastet e përcaktuara me ligj ose duke refuzuar atë në bazë të rekursit ligjor (ose etik) ose kundërshtimit të ndërgjegjshëm. Femrat e reja janë më në rrezik të provojnë abortin për shkak të gatishmërisë për të vonuar lindjen e fëmijës për shkak të shkaqeve të shumta si shkak financiar, paqëndrueshmëria në marrëdhëniet familjare, arsimi ose mundësitë e punës të cilat mund të nxisin abortin nga trauma e pësuar, abuzimi me produkte farmaceutike. Sipas një studimi dëshmitë treguan se gratë që kishin informata të ulëta rreth ligjeve të abortit kanë më shumë gjasa të përpiqen të kenë aborte të paligjshme dhe të pasigurta. Disa studime kanë raportuar se në popullatën e përgjithshme, njohuritë rreth ligjit të abortit shpesh janë të pakëta (*Becker, Garcia, Larsen, 2002*).

2.1 Qëndrimet rreth planifikimit familjar në Kosovë

Në Kosovë qëndrimet rreth planifikimit familjar dhe njohuritë për metodat e planifikimit familjar ashtu si edhe në vendet tjera të rajonit kanë evaluar vazhdimisht. Kështu p.sh., sipas Studimit demografik, social dhe të shëndetit riprodhues (2003), 97% e femrave kishin dëgjuar për së paku një metodë kontraceptive dhe shumica e tyre (90%) kishin njohuri për tabletat dhe spiralet kontraceptive – DIU.

Një studim tjetër në mesin e të rinjve meshkuj dhe femra tregon se rreth 75% e të rinjve kanë dëgjuar për prezervativët dhe vetëm 27% në fakt përdorin metoda kontraceptive (81% prej tyre përdorin prezervativ). Rezultatet nga studimi në grup tregojnë një vetëdije të lartë të pjesëmarrësve për metodat kontraceptive, së paku për DIU dhe për tabletat. Këto njohuri bazohet në atë se çka kanë dëgjuar pjesëmarrësit nga të tjerët, e jo në informatat që i kanë marrë ata drejtpërsëdrejti, nga personeli shëndetësor ose profesionistë të tjerë (*Care International, 2005*).

Metodat kontraceptive të ofruara nga qendrat e shëndetit publik megjithatë nuk përmenden aq shpesh pasi që femrat i kryejnë abortet kryesisht në klinika private dhe metodat kontraceptive aty nuk u ofrohen falas. Rezultatet e studimit tregojnë se mjetet kontraceptive ofrohen falas nga

klinikat publike vetëm për femrat që kanë pasur abort, që domethënë se mjetet kontraceptive u ofrohen falas pacienteve pas abortit e jo për të parandaluar shtatëzanitë. Pjesëmarrëset përmendën efektet anësore të „metodave kontraceptive” të cilat i bëjnë ato që mos t’i përdorin këto mjete. Përgjigjet përfunduese në lidhje me këtë gati në secilin fokus grup ishte se „mënyra më e mirë është mënyra natyrore.” Femrat e reja kishin mendimet të ndryshme. Prezervativët ishin mjete kryesor për mbrojtje. Shumica e femrave të reja theksuan prezervativët si metodë kontraceptive. Në disa raste, tabletat gjithashtu përdorëshin nga femrat e reja.

Ato u munduan të tregojnë edhe për përparësitë edhe për të metat e mjeteve kontraceptive. Sipas tyre, prezervativët janë më të përshtatshëm në krahasim me metodat tjera kontraceptive, efektet anësore nuk janë me pasoja dhe janë më praktik (*Dhuli, 2016*).

Edukimi për mjetet kontraceptive ishte shumë i kufizuar. Burimi kryesor i informatave ishin nga miqtë, sidomos në mesin e të rinjve. Femrat më të vjetra kryesisht kishin marrë njohuri për mjetet kontraceptive në qendrat shëndetësore edhe në ato private edhe në ato publike, si dhe prej mjekëve që sugjerojnë lloje të ndryshme të mjeteve kontraceptive. Broshurat, posterët dhe informatat në televizion për mjetet kontraceptive ishin mjaft të rralla. Gati të gjithë pjesëmarrësit kishin të njëjtin mendim se duhej të kishte më shumë informata në dispozicion, sidomos në TV ku mund të arrihet shumica e popullësisë, si dhe në shkolla të mesme ku fëmijët mund të edukohen në mënyrë të veçantë për metodat kontraceptive dhe përdorimin e tyre në veçanti (*Care International, 2005*).

Në Kosovë tema e kondomëve si mbrojtës ndaj shtatëzanisë së padëshiruar nuk është promovuar edhe aq herët. Femrat e martuara, pas provimit të mënyrave të ndryshme për mbrojtje nga shtatëzania e padëshiruar, tregojnë se kondomët duket t’ju përshtaten më së shumti. Përparësia e kondomëve krahasuar me lloje tjera kontraceptive është që nuk është e nevojshme të merren barëra (pilula për mbrojtje ndaj shtatëzanisë) dhe nuk është e nevojshme të vendoset spiralja nga mjeku dhe të mos ndihesh rehat me objekt të huaj brenda organizmit. Meshkujt më të rinj i preferojnë kondomët sepse kanë më pak efekte anësore përderisa metodat tjera siç janë pilulat dhe spiralja kanë efekte anësore negative për femrat. Në anën tjetër, meshkujt më të vjetër që jetonin në zonat rurale – edhe pse të vetëdijshëm për efektet anësore të spirales dhe pilulave, ata

preferonin këto dy lloje të metodave kontraceptive. Disa nga mangësitë që femrat përmendën ishin: kondomët mund të shqyhen gjatë marrëdhënies seksuale dhe shumë femra u ankuan për mungesën e kënaqësisë gjatë përdorimit të kondomëve. Për disa femra kondomët mund të jenë frustruese madje edhe mund të shkatërrojnë lidhjen për shkak të mungesës së kënaqësisë (*Dhuli, 2016*).

Metoda e tërheqjes (*coitus interruptus*) si metodë kontraceptive duket të jetë metoda më e shpeshtë dhe më e përdorur në mesin e Kosovareve. Shumica e femrave deklarojnë që përdorin këtë metodë. Ato janë të vetëdijshme që kjo nuk është metoda më e sigurt, megjithatë, është metodë që ju përshtatet më së shumti.

Pasi që disa femra nuk preferojnë të marrin pilula kundër shtatëzansisë, të vendosin spirale ose të përdorin kondomë, prandaj tërheqja mbetet opsioni më i mirë. Shumica e femrave kanë kaluar në këtë metodë pasi që provuan lloje të ndryshme të metodave kontraceptive përderisa disa femra tjera deklarojnë se nuk kanë përdorur fare metoda tjera (*UNFPA, 2012*).

Sa i përket vendimmarrjes për përdorimin e metodave kontraceptive, vendimi për mospërdorimin e metodave kontraceptive sipas femrave është kryesisht vendim që merret nga mashkulli ose në raste të rralla vendim i përbashkët. Kryesisht vendimi i lihet mashkullit. Sipas femrave, matura seksuale është më se e nevojshme kur përdoret metoda e nxjerrjes.

Së pari duhet t'i besosh burrit dhe ai duhet të jetë mjaftë i ndjeshëm që të kuptoj pozitën e gruas. Në disa raste, femrat i besojnë burrave të tyre edhe më shumë se spirales, pilulave dhe kondomëve. Fatkeqësisht, në shumicën e rasteve kjo është më e mira që mund të ndodhë. Në vendimmarrjen për përdorimin e kontraktivëve e gjitha mvaret vetëm nga mashkulli, çfarëdo që t'i pëlqej atij. Përderisa në fund ai rrallë e merr përgjegjësinë, veçanërisht kur meshkujt janë të painformuar sa duhet, nën ndikimin e alkoolit ose të „pavetëdijshëm” për peshën e problemit (*Basha, & Hutter, 2006*).

2.2 Vlerësimi i OBSH-së për abortin

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) vlerëson se në përgjithësi ndodhin 22 milionë aborte të pasigurta dhe pothuajse të gjitha ndodhin në vendet në zhvillim. Komplikimet nga aborti i pasigurt rezultojnë në vdekjet e nënës dhe morbiditetet e ndërlidhura me abortin në mbarë botën, duke i dhënë tendencë të lartë burimeve të kufizuara të sistemit shëndetësor dhe duke çuar në pasoja të rënda fizike, psikologjike dhe financiare për gratë (*Assifi, Berger, Tunçalp, 2016*).

Përqindja e grave dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor me njohuri korrekte të statusit ligjor të abortit janë të dy indikatorë për matjen e qasjes në informata lidhur me abortin e sigurt siç përshkruhet në udhëzimin e OBSH për abortin e sigurt. Ndërsa ka rishikime sistematike që fokusohen në qëndrimet dhe njohuritë e ofruesve të kujdesit shëndetësor të ligjit të abortit në një vend të caktuar ose në perceptimet dhe qëndrimet e tyre ndaj dhënies së aborteve, duket se ka një hendek në sintezën e dëshmive për njohuritë e grave për ligjin e aborteve (*Rehnström, Gemzell-Danielsson, Faxelid, Klingberg-Allvin, 2015*).

2.3 Rreziku nga abortet e pasigurta

Abortet e pasigurta mund të rrezikojnë shëndetin riprodhues të grave dhe të çojnë në komplikime serioze, shpesh kërcënuese për jetën. Për më tepër, abortet e pasigurta imponojnë një barrë të rëndë për gratë dhe shoqërinë në sajë të pasojave serioze të shëndetit që shpesh pasojnë. Në shumicën e vendeve afrikane, aborti mbetet i paautorizuar dhe i pasigurt dhe është një shkak kryesor i vdekjeve të nënës që përbëjnë një mesatare globale prej 13% të vdekjeve të lidhura me shtatzëninë. Është dokumentuar që të rriturit e rinj kanë më shumë gjasa të vonojnë kërkimin e ndërprerjes, gjithashtu përdorin metoda të rrezikshme për të nxitur abortin. Çdo vit, rreth 2-4 milionë adoleshentë përdorin abortin në mbarë botën dhe një vlerësim i OBSH për abortin e pasigurt zbuloi se në rajonin afrikan, të rinjtë e moshës ndërmjet 15-24 vjeç përbëjnë më shumë se 50% të të gjithë vdekshmërisë lidhur me abortin (*World Health Organization, 2000*).

Sipas nje studmi nga të anketuarit 70% kishin dëgjuar ndonjëherë për abortin dhe 69% e dinin për Dilatimin dhe Metoda e evakuimit të abortit. 58% e të anketuarve e dinin se abortet e sigurta kryhen vetëm në institucionet e miratuara nga qeveria. 25% e të anketuarve dinë për ndërlikimet e një abort të pasigurt. 27% e tyre ishin të vetëdijshëm për përdorimin e kontrceptivëve (*Guleria, Bansal, Agarwal, Grover, 2006*).

2.3.1 Mungesa e informimit si rrezik për abortet

Mungesa e informimit dhe qasjes në përdorimin e metodave kontrceptive bën që rreziku për sëmundjet seksualisht të transmtueshme, si dhe shtatzanitë e padëshiruara të jete mjaft i lartë, jo vetëm tek të rinjtë, por edhe në moshat më të rritura. Këto shtatzani të padëshiruara ndodhin kryesisht tek femrat që nuk përdorin asnjë metodë kontrceptive, teksa mund të vijnë edhe nga përdorimi jokorrekt i tyre, shpesh për shkak të mungesës së njohurive mbi përdorimin e metodave kontrceptive (*Steinberg, 2011*).

Të rinjtë përfundojnë në shtatzëni të paplanifikuara për arsye të ndryshme; këto përfshijnë frikën e dëbimit nga shkolla, marrëdhëniet e paqëndrueshme, paqëndrueshmërinë financiare dhe mungesën e mbështetjes nga partneri. Në rastet kur martesë e hershme ose nënat e vetme nuk pranohen, shtatzënia jo vetëm që paraqet një përgjegjësi të padëshiruar por edhe fundin e shpresës për arsimim të mëtejshëm, avancimi financiar dhe mundësitë sociale për të përmirësuar jetën (*Olukoya, 2004*).

Sipas një studimi në gratë e reja në mjedisin universitar janë larguar nga shtëpia për herë të parë dhe bëhen të lira të eksperimentojnë seksualisht sidomos pa ndonjë mbikëqyrje prindërore. E shoqëruar me mungesën e njohurive të dobëta të kontrceptionit, shumë pak zakonisht përfundojnë me shtatzëni të padëshiruara dhe shpesh përballen me vështirësitë e trajtimit të problemit të tyre. Megjithatë, disa studime kanë dokumentuar njohuritë rreth ndërlikimeve dhe praktikave të abortit midis grave të reja në mjedisin universitar (*Aziken, Okonta, Ande, 2003*).

Në një studim të kryer në Kore u zbulua se masmediat e kishin informuar publikun për disa probleme seksuale me të cilat ballafaqohet vendi, duke përfshirë marrëdhëniet e hershme seksuale midis të rinjve, shtatzënitë e padëshiruara dhe rritjen e shkallës së aborteve të detyruara.

Sipas këtij studimi, gjithashtu u gjetë se prindërit luajnë një rol të vogël në dhënien e informacionit mbi abortin tek adoleshentët. Sa i përket informacioneve nga familja, u konstatua se adoleshentët morën arsimim seksual shumë pak nga prindërit e tyre, të cilat mund të jenë për shkak të fakti që duke folur për seksin shpesh konsiderohet ende si tabu në shumë shoqëri afrikane (*Yang, 2005*).

2.4 Qëllimi i studimit

Qëllimi i punimit është të vlerësoj qëndrimet dhe statusin social të grave rreth abortit në Komunën e Ferizajit.

2.5 Pyetjet hulumtuese

Cilat janë qëndrimet e pjesëmarrësve në studim rreth abortit tek shtatzënitë e padëshiruara?

A duhet që aborti të konsiderohet si vrasje e një personi?

2.6 Hipotezat

H1: Ekzistojnë dallime në qëndrimet ndaj abortit sipas gjinisë së subjektit.

H2: Ekzistojnë dallime në qëndrimet ndaj abortit sipas statusit ekonomik që posedon subjekti.

H3: Ekzistojnë dallime në qëndrimet ndaj abortit sipas numrit të fëmijëve që posedojnë subjektët.

3. DEKLARIMI I PROBLEMIT

Aborti është një nga pesë shkaqet kryesore të vdekjeve të nënave në botën në zhvillim. Siç mund ta shohim nga literatura të ndryshme, aborti nuk është vetëm një problem për mjekësinë por edhe një problem social. Është e rëndësishme për të parandaluar komplikimet e rezultuara nga aborti i pasigurt si gjakderdhja vaginale, infeksioni i përgjithshëm, infeksioni i legenit (*Montano, Kasprzyk, 2008*).

Prandaj hulumtimi për këtë çështje edhe në vendin tonë është e domosdoshme për të pasur një pasqyrë reale për çështjet që kanë të bëjnë me abortin dhe me shkaqet e ndodhjes se tij.

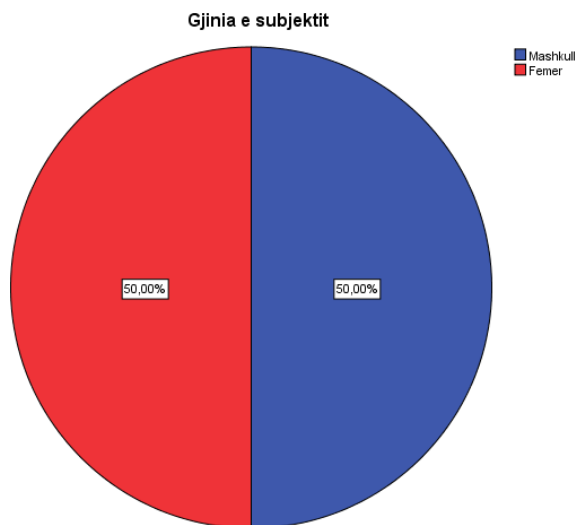
4. METODOLOGJIA

4.1 Mostra

Në tabelën 1 janë paraqitur të dhënat që tregojnë se në këtë studim kanë marr pjesë gjithsej 100 (50%) meshkuj dhe 100 (50%) femra nga total i 200 (100%) subjekteve. Të dhënat e gjinisë së subjekteve janë paraqitur edhe në formë grafike në grafikonin numër 1.

Tabela 1. Gjinia e subjekteve

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja e akumuluar
Mashkull	100	50,0	50,0	50,0
Valide Femer	100	50,0	50,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

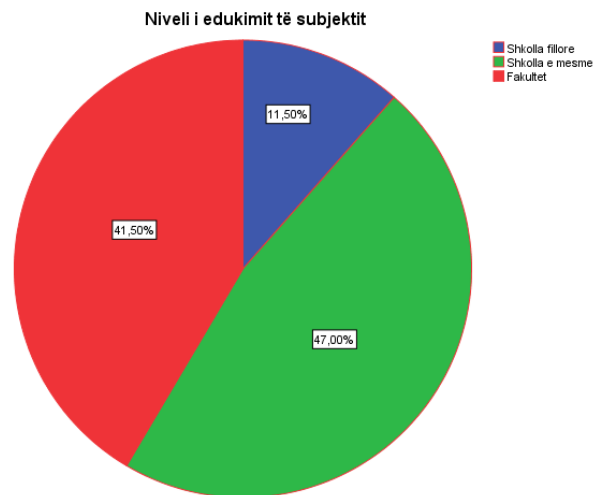


Grafikoni 1. Gjinia e subjektit

Në tabelën 2 tregohen të dhënat e nivelit të edukimit të subjekteve pjesëmarrëse në studim, që tregojnë se me shkollim fillor të kryer janë 23 (11.5%) subjekte, me shkollim të mesëm të kryer janë 94 (47%) subjekte, me fakultet të kryer janë 83 (41.5%) subjekte. Të dhënat për nivelin e edukimit janë paraqitur edhe në formë grafike në grafikonin numër 2.

Tabela 2. Niveli i edukimit të subjekteve

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja e akumuluar
Valide	Shkollim fillor të kryer	23	11,5	11,5
	Shkollim të mesëm të të kryer	94	47,0	58,5
	Fakultet të kryer	83	41,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0

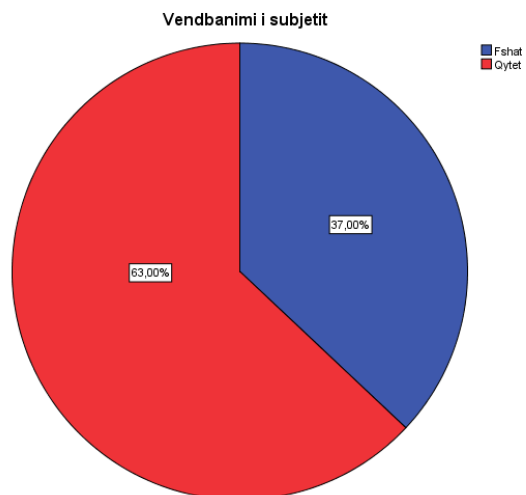


Grafikoni 2. Niveli i edukimit të subjekteve

Në tabelën 3 tregohen të dhënat e vendbanimit të subjekteve që tregojnë se 74 (37%) e tyre janë me vendbanim në fshat dhe 126 (63%) e tyre janë me vendbanim në qytet. Të njëjtat të dhëna janë paraqitur edhe në grafikonin numër 3.

Tabela 3. Vendbanimi i subjekteve

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja e akumuluar
Fshat	74	37,0	37,0	37,0
Valide Qytet	126	63,0	63,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

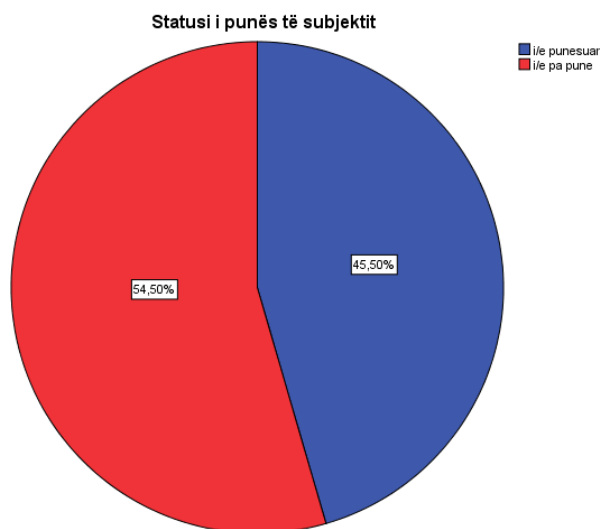


Grafikoni 3. Vendbanimi i subjekteve

Në tabelën 4 janë paraqitur të dhënat rreth statusit të punës së subjektit që tregojnë se 93 (45.5%) e subjektëve janë të punësuar dhe 109 (45.5%) e subjektëve janë të pa punë. Të njëjtat të dhëna janë paraqitur edhe në grafikonin numër 4.

Tabela 4. Statusi i punës së subjekteve

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja e akumuluar
I/e punësuar	91	45,5	45,5	45,5
Valide I/e pa punë	109	54,5	54,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

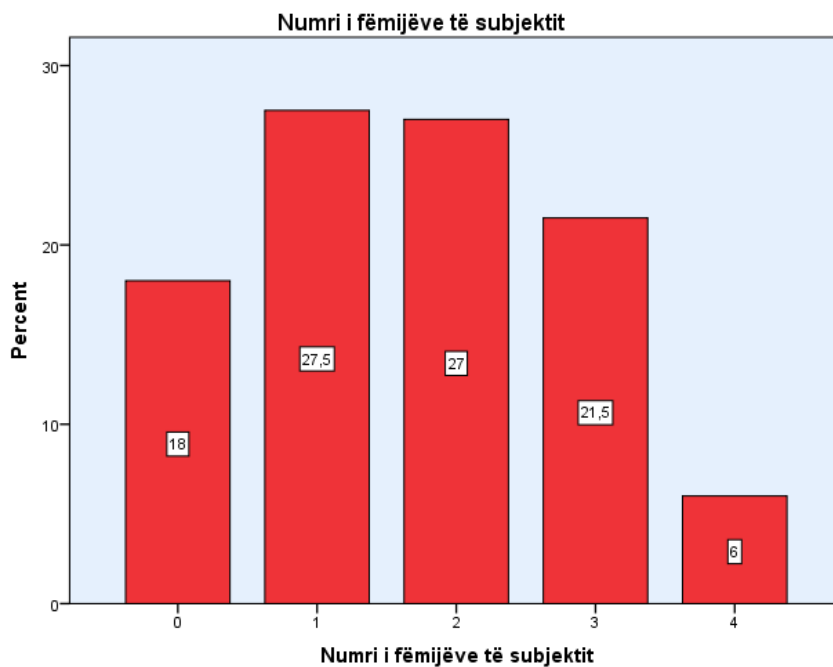


Grafikoni 4. Statusi i punës të subjektit

Të dhënat në tabelën 5 tregojnë numrin e fëmijëve që ka subjekti, ku nga të gjithë të anketuarit 36 (18%) subjekt kanë 0 fëmijë, 55 (27.5%) kanë 1 fëmijë, 54 (27%) kanë 2 fëmijë, 43 (21.5%) kanë 3 fëmijë, 12 (6%) kanë 4 fëmijë nga totali 200 (100%) subjekt. Të njëjtat të dhëna janë paraqitur edhe në grafikunin numër 5.

Tabela 5. Numri i fëmijëve të subjekteve

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja e akumuluar
0 fëmijë	36	18,0	18,0	18,0
1 fëmijë	55	27,5	27,5	45,5
2 fëmijë	54	27,0	27,0	72,5
3 fëmijë	43	21,5	21,5	94,0
4 fëmijë	12	6,0	6,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

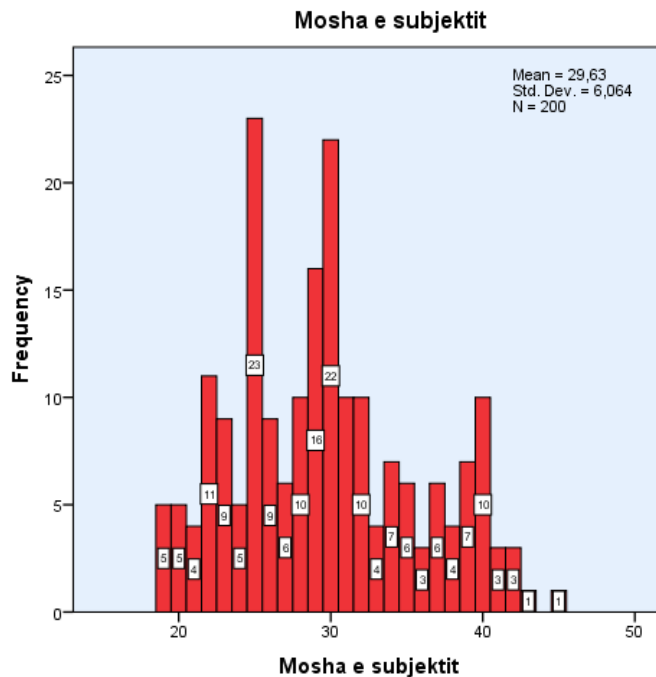


Grafikoni 5. Numri i fëmijëve të subjekteve

Në tabelën 6 tregohet mosha e subjekteve, ku mosha mesatare e tyre është 29.63 vjeçe, mosha minimale 19 vjeçe dhe maksimale 45 vjeçe. Të dhëna e njëjta janë paraqitur edhe në grafikonin numër 6.

Tabela 6. Mosha e subjekteve

		Mosha
N	Valide	200
	Rastet e munguara	0
Mesatarja		29,63
Minimumi		19
Maksimumi		45

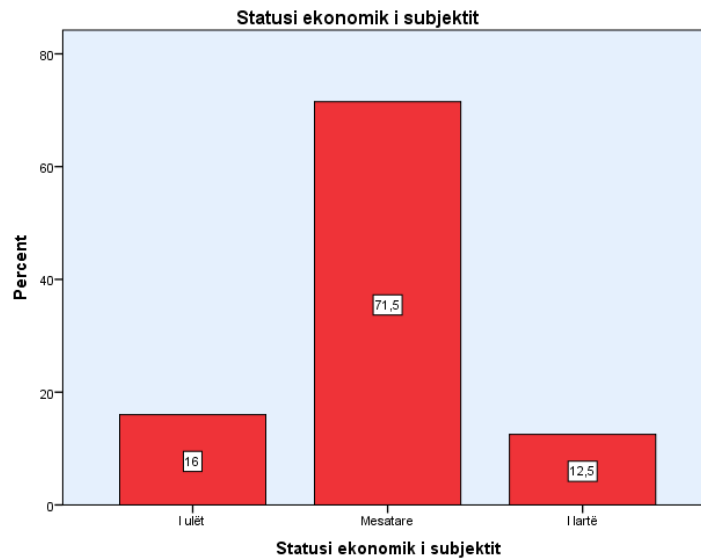


Grafikoni 6. Mosha e subjekteve

Në tabelën 7 janë paraqitur të dhënat që tregojnë statusin ekonomik të subjekteve pjesëmarrës në studim, ku 32 (16%) prej tyre kanë status të ulët ekonomik, 143 (71.5%) status mesatar ekonomik dhe 25 (12.5%) prej tyre kanë status të lartë ekonomik, poashtu këto rezultate janë paraqitur edhe grafikisht në grafikonin numër 7.

Tabela 7. Statusi ekonomik i subjekteve

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja e akumuluar
I ulët	32	16,0	16,0	16,0
Mesatarë	143	71,5	71,5	87,5
I lartë	25	12,5	12,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

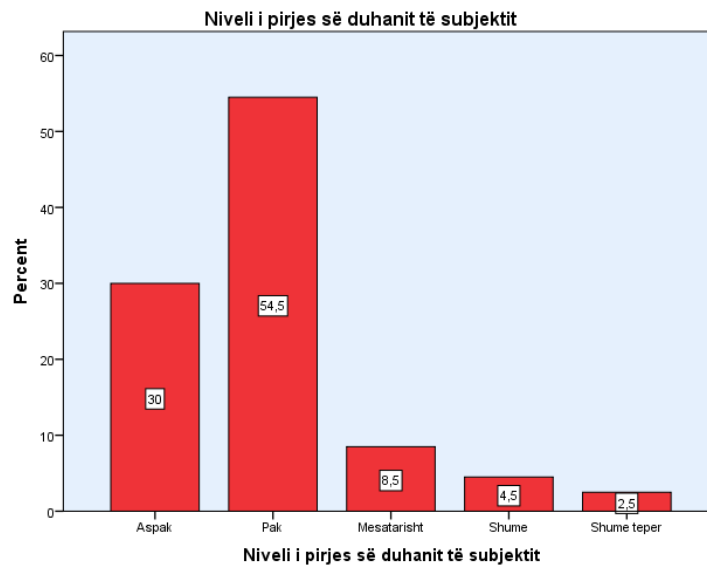


Grafikoni 7. Statusi ekonomik

Në tabelën 8 janë paraqitur të dhënat që tregojnë nivelin e pirjes së duhanit të subjekteve ku: 60 (30%) e tyre aspak nuk e pijnë duhan, 109 (54.5%) pak e pijnë duhanin, 17 (8.5%) e pijnë mesatarisht duhanin, 9 (4.5%) shumë e pine duhanin dhe 5 (2.5%) e subjekteve e pijnë shumë tepër duhanin. Të njëjtat të dhëna janë paraqitur edhe në grafikonin numër 8.

Tabela 8. Niveli i pirjes së duhanit të subjekteve

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja e akumuluar
Aspak	60	30,0	30,0	30,0
Pak	109	54,5	54,5	84,5
Mesatarisht	17	8,5	8,5	93,0
Shumë	9	4,5	4,5	97,5
Shumë tepër	5	2,5	2,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	



Grafikoni 8. Niveli i pirjes së duhanit.

Në tabelën 9 janë paraqitur të dhënat që tregojnë nivelin e pirjes së alkoolit të subjekteve ku: 30 (15%) e tyre aspak nuk e pijnë alkoolin, 135 (67.5%) pak e pijnë alkoolin, 17 (8.5%) e pijnë mesatarisht alkoolin, 12 (6.0%) shumë e pijnë alkoolin dhe 6 (3%) subjekteve e pijnë shumë tepër alkoolin.

Tabela 9. Niveli i pirjes së alkoolit të subjekteve

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja e akumuluar
Aspak	30	15,0	15,0	15,0
Pak	135	67,5	67,5	82,5
Mesatarisht	17	8,5	8,5	91,0
Shumë	12	6,0	6,0	97,0
Shumë tepër	6	3,0	3,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Të dhënat në tabelën 10 tregojnë nivelin e gatishmërisë së subjekteve për të abortuar fëmijën e tyre, ku 175 (88%) e tyre kanë deklaruar se asnjëherë nuk do jenë të gatshëm për të abortuar fëmijë, 21 (10.5%) e subjektëve kanë deklaruar se një herë do ishin të gatshëm për të abortuar fëmijë dhe 3 (1.5%) subjekteve kanë deklaruar se dy herë do mund të bënin abort.

Tabela 10. Niveli i gatishmërisë së subjekteve për të abortuar fëmijën e tyre

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja e akumuluar
Asnjëherë	176	88,0	88,0	88,0
Një herë	21	10,5	10,5	98,5
Dy herë	3	1,5	1,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

4.2 Instrumenti

Të dhënat e hulumtimit janë mbledhur me instrumentin Abortion Attitudes Scale (Shkalla e qëndrimeve rreth abortit). Instrumenti është zhvilluar nga (Sloan, 1983) dhe përbëhet nga 18 pyetje që reflektojnë qëndrimet rreth abortit. Përgjigjet vlerësohen në shkallën Likert prej (1) aspak nuk pajtohem deri në (5) plotësisht pajtohem. Instrumenti ka besueshmëri dhe përshtatshmëri për të matur shkallën e qëndrimeve rreth abortit. Pyetësorit i janë bashkangjitur edhe pyetje demografike si mosha, gjinia, edukimi, kushtet sociale, statusi i punësimit, duhanpirja, konsumimi i alkoolit sidomos gjatë shtatzanisë.

4.3. Procedura

Pjesëmarrësit në studim janë njoftuar paraprakisht për qëllimin e hulumtimit. Pjesëmarrësit në studim janë njoftuar se të dhënat do të përdoren vetëm për punimin e temës së diplomës dhe do të ruhet konfidencialiteti i të dhënave. Në rastet kur pjesëmarrësit në studim kanë hasur në probleme të mos kuptim të ndonjë termi të pyetësorit, i është ofruar asistencë nga ana jonë. Koha për vetë-administrimin e pyetësorit është 10-15 minuta. Të dhënat janë mbledhur nga data 27 nëntor – 20 dhjetor 2019 dhe janë analizuar duke përdorur paketën statistikore SPSS v.23.

5. PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE

5.1 Analiza e rezultateve

Në tabelën 11 janë paraqitur të dhënat deskriptive për variablin kryesorë të studimit “*qëndrimet ndaj abortit*”, ku tregohet se variabli përkatës ka arritur mesatare $M= 62.33$ me vlerë minimale 44 dhe maksimale 79, kjo tregon se mesatarja e fituar është mbi mesataren e pritur dhe tregon prezencë të variablit. Ndërsa statistika e Skewness me vlerë $-.494$ tregon se shtrirja e subjektit është nga ana e djathtë.

Tabela 11. Të dhënat descriptive për variablin *qëndrimet ndaj abortit*.

	N	Minimumi	Maximumi	Mesatarja	Devijimi standard	Skewness	
	Statistika	Statistika	Statistika	Statistika	Statistika	Statistika	Gabimi standard
Qëndrimet ndaj abortit	200	44,00	79,00	62,3300	6,59382	-,494	,172
Valide N (listwise)	200						

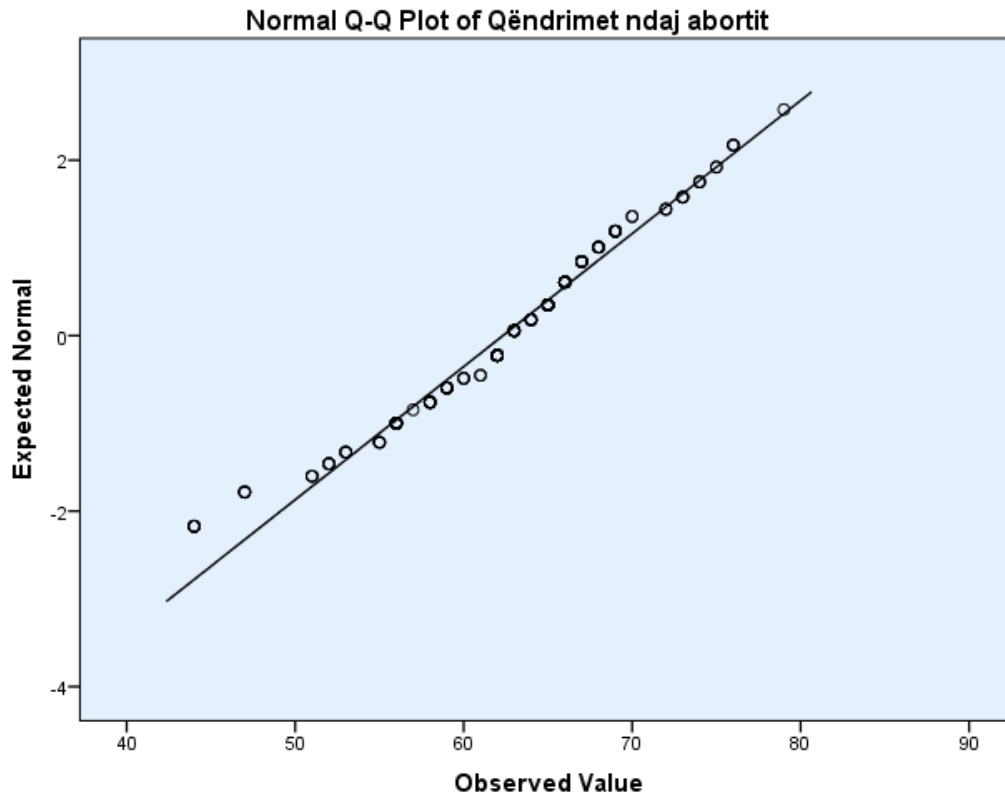
Në tabelën 12 me analizën e normalitetit tregohet se shpërndarja e variablit *qëndrimet ndaj abortit* është nën $0,05$ ($p<.05$), e cila tregon se sipas Kolmogorov-Smirnov nuk ekziston shpërndarje normale.

Shpërndarja e variablit është paraqitur grafikisht, ndërsa në Q-Q plot shihet qartë se mesatarja është e shtrirë në vijën e normalitetit të pritur. Shpërndarja e variablit e *qëndrimeve ndaj abortit* nuk i plotëson kushtet për përdorimin e statistikave parametrike në rezultatet e mëtutjeshme dhe janë përdorur statistikatat jo-parametrike.

Tabela 12. Testi i normalitetit

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistika	df	Sig.	Statistika	df	Sig.
Qëndrimet ndaj abortit	,150	200	,000	,967	200	,000

a. Lilliefors Significance Correction



Grafioni 9. Shpërndarja normale e qëndrimeve ndaj abortit.

Në tabelën 13 tregohen dallimet e subjektëve në qëndrimet ndaj abortit sipas gjinisë, ku vlerat përkatëse të statistikës jo-parametrike të dallimit Mann-Whitney tregon se ekziston dallim të rëndësishme statistikore në *qëndrimet ndaj abortit* mes meshkujve dhe femnave. Ku meshkujt arrijnë vlerë më të ulët me $MW=91.14$ që nënkupton se kanë qëndrime më pak pozitive ndaj abortit përdallim nga femrat që arrijnë vlerë më të lartë $MW=103.87$ (sig.= .04), Andaj, hipoteza e parë se “*ekzistojnë dallime në qëndrimet ndaj abortit sipas gjinisë së subjektit, pranohet*”.

Tabela 13. Dallimet e qëndrimeve ndaj abortit sipas gjinisë

Gjinia e subjektit	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Mashkull	100	97,14	9713,50
Qëndrimet ndaj abortit Femer	100	103,87	10386,50
Total	200		

Tabela 14. Test Statistics^a

	Qëndrimet ndaj abortit
Mann-Whitney U	4663,500
Wilcoxon W	9713,500
Z	-,825
Asymp. Sig. (2-tailed)	,409

a. Grouping Variable: Gjinia e subjektit

Në tabelën 15 janë paraqitur rezultatet e dallimit të subjektëve në qëndrimet ndaj abortit sipas statusit ekonomik, ku vlerat përkatëse të statistikës jo-parametrike të dallimit Kruskal Wallis Test tregon se ekziston dallim të rëndësishme statistikore në *qëndrimet ndaj abortit* mes subjekteve me status të ulët, mesatar dhe të lartë ekonomik. Ku subjektët me status të ulët ekonomik arrinë vlerë më të lartë me $KW=121.08$ që nënkupton se kanë qëndrime më të larta pozitive ndaj abortit përdallim nga ato me status mesatar ekonomik me $KW=94.57$ dhe ato me status të lartë ekonomik me $KW= 108.10$ (sig.= .04), andaj hipoteza e dytë se “*ekzistojnë dallime në qëndrimet ndaj abortit sipas statusit ekonomik që posedon subjekti*”, pranohet.

Tabela 15. Dallimi i subjektëve në qëndrimet ndaj abortit sipas statusit ekonomik

Statusi ekonomik i subjektit	N	Mean Rank
I ulët	32	121,08
Mesatarë	143	94,57
I lartë	25	108,10
Total	200	

Tabela 16. Test Statistics^{a,b}

	Qëndrimet ndaj abortit
Chi-Square	6,022
df	2
Asymp. Sig.	,049

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Statusi ekonomik i subjektit

Në tabelën 17 janë paraqitur rezultatet e dallimit të subjektëve në qëndrimet ndaj abortit sipas numrit të fëmijëve që kanë, ku vlerat përkatëse të statistikës jo-parametrike të dallimit Kruskal Wallis Test nuk tregojnë dallime të rëndësishme statistikore mes grupeve përkatëse në vlerën e Kruskal Wallis Test (sig.= .14), andaj nuk konstatohet dallimi i përkatës dhe hipoteza e tretë se “ekzistojnë dallime në qëndrimet ndaj abortit sipas numrit të fëmijëve që posedojnë subjektët” nuk pranohet, por pranohet hipoteza *NUL*.

Tabela 17. Dallimi i subjektëve në qëndrimet ndaj abortit sipas numrit të fëmijëve që posedon subjekti.

Numri i fëmijëve të subjektit	N	Mean Rank
0	36	96,15
1	55	97,65
2	54	116,43
3	43	94,31
4	12	77,13
Total	200	

Tabela 18. Test Statistics^{a,b}

	Qëndrimet ndaj abortit
Chi-Square	6,923
df	4
Asymp. Sig.	,140

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Numri i fëmijëve të subjektit

6. KONKLUSIONE DHE REKOMANDIME

Duke u nisur nga qëndrimi se planifikimi familjar mund të shpëtojë gratë dhe foshnjat nga abortet kërcënuese për shëndetin dhe jetën:

- Duhet forcuar ligjet dhe rregulloret për sekretin profesional, në mënyrë që gratë të ndihen të sigurta për t'u drejtuar te mjekut rreth informimit të procedurave të abortit.
- Duhet të organizohen seanca informuese mbi abortin, masat parandaluese për planifikimin familjar dhe pasojat e tij nga çdo qendër shëndetësore.
- Organizimi i fushatave sensibilizuese në media lokale për të drejtat riprodhuese dhe planifikimin familjar.
- Hartimi i politikave shëndetësore që garantojnë konfidencialitetin dhe anonimitetin e shfrytëzuesve të shërbimeve të planifikimit familjar dhe ofrimin e kontraktivëve.
- Informimi, edukimi i individëve, veçanërisht i grave dhe vajzave për të drejtat e tyre ligjore për të zgjedhur lidhur me planifikimin familjar dhe shëndetin riprodhues.
- Edukimi i vazhdueshëm i personelit shëndetësor lidhur me këshillimin për planifikim familjar dhe metodat e planifikimit familjar.

7. REFERENCAT

Assifi, A. R., Berger, B., Tunçalp, Ö.Khosla, R., & Ganatra, B. (2016). Women's Awareness and Knowledge of Abortion Laws: A Systematic Review, 02-03.

Aziken ME, Okonta PI, Ande AB. (2003). Knowledge and perception of emergency contraception among female Nigerian undergraduates, 84-87.

Basha, V. & Hutter, I. (2006). Shtatzënia dhe Planikimi Familjar në Kosovë. *Index Kosova*.

Becker, D., Garcia, S.G. and Larsen, U. (2002). Knowledge and opinions about abortion law among Mexican youth. *International Family Planning Perspectives*, 205-213.

Black, A., Yang, Q., Wen, S. W., Lalonde, A. B., Guilbert, E., & Fisher, W. (2009). Contraceptive use among Canadian women of reproductive age: results of a national survey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 627-640.

Cope J. (1993). *Abortion Law Reform in Apartheid South Africa*. Pietermaritzburg, South Africa: Haded Books, 76-84.

Dhuli, B. B. (2016). Abortions in Urban and Rural Areas Due to Gender. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, 5(1), 47.

Elias, S., Getu, D., Nuru, A. & Hailu, Y. (2005), Prevalence and associated risk factors of induced abortion in northwest Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health and Development*, 19 (1), 37-44.

Guleria K, Bansal S, Agarwal N, Grover V. (2006). Women with septic abortion: who, how and why? A prospective study from tertiary care hospital in India. *Indian J Public Health*, 95-6.

Haque M, Hossain S, Ahmed RK, Sultana T, Chowdhury HA, Akter J. (2015). A Comparative Study on Knowledge about Reproductive Health among Urban and Rural Women of Bangladesh. *J Family Reprod Health*, 35-40.

Kosovo Agency of Statistics, 2017, "Live births by months for the years 2002-2016," Kosovo Agency of Statistics, on line [<http://ask.rks-gov.net/ENG/pop/tables>]. (vizitura: 15.06.2017).

Montano, D. E., & Kasprzyk, D. (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, 76-96.

Olukoya P. (2004). Reducing maternal mortality from unsafe abortion among adolescents in Africa. *Afr J Reprod Health*, 57-62.

Rehnström Loi U, Gemzell-Danielsson K, Faxelid E, Klingberg-Allvin M. (2015). Health care providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data, 139-150.

Shah I, Ahman E. (2009). Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges" *J Obstetrics Gynaecology Canada*, 49-58.

Senbeto E, Degu A, Abseno N, Yeneneh H. (2005). Prevalence and associated risk factors of Induced Abortion in northwest Ethiopia. *Ethiop J Health*, 67-73.

Sedgh, G., & Hussain, R. (2014). Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Studies in Family Planning*, 151-169.

Sedgh, G.; Singh, S.; Shah, I. H.; Åhman, E.; Henshaw, S. K. and Bankole, A. (2012). Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008". *The Lancet*, 379(9816), 625-632.

Steinberg, J. R. (2011). "Later Abortions and Mental Health: Psychological Experiences of Women Having Later Abortions—A Critical Review of Research". *Women's Health Issues*, 44–S48.

Sloan, L. A. (1983). Abortion attitude scale. *Health education*, 14(3), 41-42.

Yang M. (2005). Adolescent sexuality and its problems. *Ann Acad Med Singapore*, 736-740.

World Health Organization. (2000). *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*.

Dokumente:

Kuvendi i Kosovës. (2008). *Ligji për ndërprerjen e shtatzënisë*. Prishtinë.

Care International „Njohuritë, qëndrimet, besimet dhe praktikat seksuale dhe riprodhuese”, 2005.

Family planning/ United Nations Population Fund UNFPA. 2012.

8. SHTOJCAT

Pyetesori - Abortion Attitudes Scale (Shkalla e qëndrimeve rreth abortit)

Të nderuar pjesëmarrja juaj në këtë anketë është vullnetare dhe të gjitha përgjigjet do të mbahen konfidenciale duke i'u garantuar në çdo

lloj forme. Pasi ti lexoni pohimet e caktuara duhet të rrethoni vetëm njërën nga mundësitë e dhëna. Përgjigjet e Juaja do jenë një kontribut i madh dhe me këtë rast do na mundësoni që ta finalizojmë studimin tonë.



Ju faleminderit për mirëkuptimin dhe që ndatë kohë për realizimin e këtij instrumenti.

Mosha (shëno në vite): _____ (vite).

Niveli i shkollimit: **Shkolla fillore** **Shkolla e mesme** **Fakultet**

Vendbanimi: **Fshat** **Qytet**

Statusi i punësimit: **I/E punësuar** **I/E pa punë**

Statusi ekonomik: **I ulët** **Mesatarë** **I lartë**

Sa fëmijë keni (shëno): _____

Rretho se sa e konsumoni duhanin: **Aspak** **Pak** **Mesatarisht** **Shumë** **Shumë tepër**

Rretho se sa e konsumoni alkoolin: **Aspak** **Pak** **Mesatarisht** **Shumë** **Shumë tepër**

A keni qenë shkaktarë/e i/e ndonjë aborti: **Asnjëherë** **Një herë** **Dy herë** **Tre herë** **Më shumë se tre herë**

N.r.:	Pohimet	Aspak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Shumë pak pajtohem	Pajtohem	Plotësisht pajtohem
1	Do votoja për një ligj që do e ndalonte abortin në Kosovë.	1	2	3	4	5
2	Nuk do zgjidhja abortin si alternativë për një shtatzëni të padëshiruar.	1	2	3	4	5
3	Çdo nënë duhet të jetë e detyruar të mbajë fëmijën që ka krijuar.	1	2	3	4	5
4	Nuk do kisha abortuar, pavarësisht se cilat janë rrethanat.	1	2	3	4	5
5	Fetusin nuk e trajtoj si një person derisa nuk mund të jetojë jashtë trupit të nënës së tij.	1	2	3	4	5
6	Asnjëherë nuk do e respektoja ligjin nëse do thoshte të mos bëja abort.	1	2	3	4	5
7	Çdo fëmijë i (konceptuar) krijuar ka të drejtë të lindë.	1	2	3	4	5
8	Një shtatzëni të pa dëshiruar do e inkurajoja që të bëj abort.	1	2	3	4	5
9	Aborti është vrasje e një personi.	1	2	3	4	5
10	Nuk duhet ligji t'a ndaloj abortin.	1	2	3	4	5
11	Aborti duhet të jetë si alternativ për të pamartuarat (adoleshentet shtatzëna).	1	2	3	4	5
12	Asnjëherë nuk do merrja vendim për vdekjen e fetusit.	1	2	3	4	5
13	Nuk do e lindja një fëmijë të pa dëshiruar.	1	2	3	4	5

14	Fetusin e konsideroj si një person në momentin e konceptimit (krijimit).	1	2	3	4	5
15	Asnjëherë nuk do e dëmtoja fetusin.	1	2	3	4	5
16	Do e përkrahja çfarëdo ligji që do ishte kundër abortit.	1	2	3	4	5
17	Nuk është e domosdoshme të lind çdo fëmijë.	1	2	3	4	5
18	Aborti i një shtatëzënie të pa dëshiruar nuk është vrasje.	1	2	3	4	5