

University for Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Spring 5-2021

KUJDESI INFERMIEROR TEK PACIENTET ME DEPRESION POSTPARTAL DHE MBESHTETJA PËR NËNAT E REJA

Qendresa Blakaj

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

Blakaj, Qendresa, "KUJDESI INFERMIEROR TEK PACIENTET ME DEPRESION POSTPARTAL DHE MBESHTETJA PËR NËNAT E REJA" (2021). *Theses and Dissertations*. 2604.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/2604>

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 i Infermierisë

**KUJDESI INFERMIEROR TEK PACIENTET ME DEPRESION
POSTPARTAL DHE MBESHTETJA PËR NËNAT E REJA**
Shkalla Bachelor

Qendresa Blakaj

Maj / 2021
Prishtinë



Kolegji UBT
Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome
Viti akademik 2017 / 2018

Qendresa Blakaj

**KUJDESI INFERMIEROR TEK PACIENTET ME DEPRESION
POSTPARTAL DHE MBESHTETJA PËR NËNAT E REJA**

Mentori: Prof.Ass. Yllka Krasniqi

Maj / 2021

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

ABSTRAKT

Depresioni pas lindjes zakonisht shfaqet në muajt e parë pas lindjes. Shkaku i saktë që e shkakton atë nuk dihet por duket se pamja e tij lidhet me ndryshimet hormonale gjatë dhe pas lindjes. Rrethana të tjera të tilla si shtatzënia e padëshiruar, mungesa e mbështetjes familjare ose probleme financiare, ndër të tjera, mund të rrisin rrezikun e vuajtjes nga depresioni.

Qëllimi kryesor i këtij hulumtimi është evidentimi i rëndësisë së diagnostikimit, ndërhyrjes dhe trajtimit në kohë të depresionit postpartum, duke evidentuar maksimalisht stigmat dhe nxitur nënat e reja që të drejtohen tek profesionisti nëse ata mendojnë se po përjetojnë ndryshime dhe çrregullime emocionale në një kohë të shkurtër.

Metodologjia e përdorur për realizimin e këtij hulumtimi është metoda sasiore e gërshtetuar me atë cilësore. Për të dhënat sekondare është bërë shqyrtimi i literaturës relevante mbi temën e marrë në studim, duke ndërtuar një sfond të përgjithshëm të sëmundjes, ndërsa për sa i përket të dhënave primare kemi marrë INVENTARIN E DEPRESIONIT (BECK), të përshtatur në gjuhën shqipe nga Instituti European i Tiranës. Ky inventar ka qenë dhe baza e pyetësorit duke i shtuar atij vetëm 3 pyetje demografike dhe 7 pyetje të tjera që lidhen me depresionin postpartum.

Ky punim ka ardhur në përfundim se kujdesi infermieror në depresionin postpartum duhet të ketë një rol informues dhe udhëzues. Pacientet duhet të pajisen me informacionin e nevojshëm në lidhje me këtë çrregullim dhe mënyrën më të mirë për ta përballuar atë. Duhet të këshillohen teknikat e relaksimit dhe udhëzimet adekuate të pushimit. Për më tepër, derisa zgjat shtrimi në spital, pacientet duhet t'i sigurohet mbështetje emocionale dhe do të krijohet një klimë besimi midis pacientit dhe stafit infermieror.

Fjalë kyçe: kujdesi, mbështetja, nënave, depresion, postpartum etj.

MIRËNJOHJE/FALËNDERIME

Në radhë të parë falënderoj Zotin i cili më mundësoi shëndetin, suksesin si dhe vetëbesimin me të cilin mund të arrijë gjithçka në jetë.

Punimi i temës së diplomës kërkon mund dhe përkushtim të madh i cili nuk mund të realizohej pa përkrahjen e njerëzve më të dashur, prandaj iu jam gjithmonë mirënjohëse dhe i falënderoj pafund të gjithë ata që më kanë mbështetur jo vetëm tani por për gjatë gjithë rrugëtimit tim studentor.

Falenderim i veçantë i dedikohet Prof.Ass. Yllka Krasniqi për mbështetjen e çmuar drejt finalizimit të këtij punimi të diplomës.

Falënderoj thellësisht dhe u jam mirënjohëse përjetësisht familjes time të cilët ishin afër meje në çdo hap të jetës sime duke më ofruar mbështetje të pa kusht, duke më nxitur, këshilluar e motivuar në mënyra të ndryshme për një të ardhme të arsimuar e të ndritshme.

Së fundmi, por jo për nga rëndësia, një falënderim i singertë i dedikohet shoqërisë time për këshillat dhe përkrahjen e vazhdueshme, ndjehem me fat që janë pjesë e jetës sime.

PËRMBAJTJA

ABSTRAKT	III
MIRËNJOHJE.....	IV
Lista e figurave.....	VII
Lista e tabelave.....	VIII
1. HYRJE.....	1
1.1 Qëllimi i hulumtimit.....	1
1.2 Rëndësia e hulumtimit.....	2
1.3 Pyetjet kërkimore dhe hipotezat e hulumtimit	3
2. SHQYRTIMI I LITERATURËS.....	4
2.1 Përkufizimi i depresionit	4
2.2 Etiologjia dhe faktorët e rrezikut.....	5
2.3 Teoritë e depresionit.....	7
2.4 Simptomat	8
2.5 Tipet e depresionit postpartum.....	10
2.6 Diagnostifikimi.....	10
2.7 Këshillimi dhe trajtimi	11
2.7.1 Trajtimi mjekësor	12
2.7.2 Trajtimi farmakologjik	12
2.8 Parandalimi.....	13
2.9 Menaxhimi infermieror	13
2.9.1 Vlerësimi infermieror	13
2.9.2 Diagnoza infermierore.....	14
2.9.3 Ndërhyrjet infermierore.....	14
2.9.4 Vlerësimi	15
3. DEKLARIMI I PROBLEMIT.....	17
4. METODOLOGJIA	18
4.1 Kampioni.....	18
4.2 Instrumenti	19
4.3 Kufizimet dhe aspekti etik.....	19
5. PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE	20

5.1	Të dhënat demografike.....	20
5.2	Historiku i depresionit në mesin e të anketuarave.....	22
5.3	Prevalenca e depresionit postpartum tek të anketuarat	24
6.	KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME.....	25
7.	REFERENCAT	27
8.	SHTOJCA.....	29

Lista e figurave

Figura 1: Statusi civil i të anketuarave.....	20
Figura 2: Mosha e të anketuarave	21
Figura 3: Niveli arsimor i të anketuarave	21
Figura 4: A ishte lindja e parë dhe shtatzani e planifikuar?.....	22

Lista e tabelave

Tabela 1: Prevalenca e depresionit në mesin e të anketuarave	24
--	----

1. HYRJE

Lindja e një fëmije është një ngjarje komplekse e jetës e shoqëruar me një mori ndryshimesh në fusha të ndryshme të jetës së një gruaje, pasi momenti i amësisë nuk nënkupton vetëm ndryshime në një nivel fizik ose biokimik, por edhe ndryshime psikologjike dhe sociale.

Nga ai moment, nëna duhet të fitojë aftësi të reja, të marrë përgjegjësi të reja dhe të përballet me një rol të ri në shoqëri, i cili mund të përfundojë duke prodhuar nivele të larta stresi dhe kërkesë nga vetja. E gjithë kjo, e shoqëruar me praninë e faktorëve të ndryshëm predispozues tek gratë, e bëjnë këtë fazë të ciklit jetësor të femrave një periudhë të ndjeshmërisë së madhe për shfaqjen e çrregullimeve të humorit.

Rreth 60-85% e grave që lindin raportojnë se paraqesin simptoma të caktuara me pamje depresive në ditët e para të pas lindjes. Kjo gjendje është e njohur zakonisht si trishtim pas lindjes, dhe karakterizohet nga simptoma të lehta që zhduken në një mënyrë të vetë-kufizuar pa nevojë për vëmendje mjekësore ose psikologjike.

Në ekstremin tjetër, ne gjejmë psikozë pas lindjes (1-2% të rasteve), një gjendje të rëndë psikiatrike që mund ta çojë nënën drejt vetëvrasjes, të sulmojë foshnjën e saj dhe / ose të kryejë vrasjen e foshnjës.

Si një rrugë e mesme midis këtyre dy çrregullimeve gjejmë depresionin postpartum (PPD), i cili prek rreth 15% të grave që lindin në të gjithë botën. Depresioni postpartum nuk ndryshon për sa i përket simptomave të depresionit në çdo kohë tjetër të jetës, por rëndësia e saj qëndron në dëmin e madh që mund të shkaktojë jo vetëm për nënën (konfigurimi i identitetit të nënës), por edhe për foshnjën (atashimin nënë-foshnje, zhvillimin e fëmijës dhe shëndetin mendor) dhe pjesa tjetër e anëtarëve të familjes (marrëdhëniet martesore).

1.1 Qëllimi i hulumtimit

Qëllimi kryesor i këtij hulumtimi është evidentimi i rëndësisë së diagnoztikimit, ndërhyrjes dhe trajtimit në kohë të depresionit postpartum, duke evidentuar maksimalisht

stigmat dhe nxitur nënat e reja që të drejtohen tek profesionisti nëse ata mendojnë se po përjetojnë ndryshime dhe çrregullime emocionale në një kohë të shkurtër. Për të arritur këtë qëllim, ky hulumtim ka këto objektiva:

- Të shqyrtohet depresioni postpartum, nga definimi, etiologjia dhe faktorët e rrezikut, teoritë e depresionit, simptomat, tipet e depresionit postpartum, diagnostifikimi;
- Të evidentohen format e trajtimit të depresionit, këshillimit dhe parandalimit të tij;
- Të përcaktohet menaxhimi infermieror i depresionit postpartum;
- Hulumtimi i prevalencës së depresionit postpartum tek nënat të cilat kanë lindur gjatë Janarit 2021 në Spitalin e Pëgjithshëm Pejë.

1.2 Rëndësia e hulumtimit

Përçindja e konsiderueshme e rrezikut dhe përhapja e depresionit postpartum nxjerrin në pah nevojën për një qasje gjithëpërfshirëse ndaj grave që vuajnë nga ky ndërlikim pas lindjes përmes një programi shëndetësor specifik. Konkretisht ky hulumtim është shumë i rëndësishëm për:

- Promovimin e kujdesit ndaj grave shtatzëna për të identifikuar faktorët e rrezikut për depresionin pas lindjes dhe për të parandaluar ndërlikimet, kur është e përshtatshme.
- Promovimin e trajtimit të duhur të pacientes me depresion pas lindjes, duke kryer kujdesin e individualizuar të vendosur në Planin e Kujdesit Infermieror ose procesin e kujdesit infermieror (PAE).
- Normalizimin e mjedisit familjar të nënës për të pajtuar pritjen e foshnjës në shtëpi me kërkesën për kujdes dhe bashkëjetesë.
- Edukimin e popullatës së përgjithshme për depresionin pas lindjes për të sensibilizuar mbështetjen dhe kuptimin e tyre në rastet e vërtetuara tashmë.

1.3 Pyetjet kërkimore dhe hipotezat e hulumtimit

Në këtë studim janë ngritur disa pyetje kërkimore, të cilave synoj tu përgjigjem përgjatë këtij punimi:

1. Cilat janë faktorët e rrezikut dhe simptomat e depresionit postpartum?
2. Cilat janë tipet e depresionit postpartum?
3. Cilat janë format e trajtimit dhe këshillimit në rastin e depresionit postpartum?
4. Cili është menaxhimi infermieror adekuat për pacientet me depresion postpartum?

Hipoteza e përgjithshme e këtij hulumtimi është: Kujdesi infermieror tek pacientet me depresion postpartum është i domosdoshëm për informimin e pacientes dhe familjarëve mbi menaxhimin e sëmundjes duke qenë një sëmundje e cila mund të përkeqësohet deri në rrezik jo vetëm për jetën e pacientes por edhe familjarëve. Kujdesi infermieror në depresionin pas lindjes duhet të ketë një rol informues dhe udhëzues.

2. SHQYRTIMI I LITERATURËS

2.1 Përkufizimi i depresionit

Një individ me depresion nuk mund të përshtatet me problemet e jetës. Ai është zakonisht i trishtuar, e mendojnë mendimet dhe ndjenja e fajit dhe e të qenit të pavlefshëm. Shkenctarët kanë disa teori që përpiqen të spjegojnë bazën emocionale të këtij çrregullimi. Sipas përkufizimit të Fernández (2007) “Depresioni postpartum është një nga ndryshimet emocionale që mund të shoqërojë gratë shtatzëna gjatë ose pas procesit të shtatzënisë. Evolucioni me kalimin e kohës do të varet nga faktorët personalë (karakteristikat psikologjike, stilet e përballimit, etj.) ose në thelb socio-demografike. Ky ndryshim negativ nga ana e tij ka pasoja në procesin e adaptimit në shtatzëni dhe si pasojë në procesin e lidhjes afektive me fëmijën si para ashtu edhe pas lindjes”. (Matos Guando, F.; Llantoy Cornejo, S., 2009)

Depresioni mund të variojë në mënyrë të dukshme nga pikëpamja e seriozitetit të gjendjes. Në formë të lehtë është normale që njerëzit të ndihen depresivë, kur ata dështojnë në arritjen e një qëllimi, apo kur u vdes ndonjë i afërt. Një studim nga Winokur (1985) vinte re se, njerëzit kalojnë në gjendje depresive kur ata kanë probleme në punë, probleme bashkëshortore, ose kur ndihen të pazotë për diçka që duan të bëjnë. Ne ndihemi depresive kur zihemi me dikë ose kur marrim notë të ulët në një provim. Seligman është i mendimit se depresioni është shpesh një zgjatje e gjëndjes së pashpresë të fituar. Depresioni i lehtë zakonisht zgjat jo shumë dhe pasohet nga përmirësimi. (Pettijohn T.F., 1996)

Një problem më serioz është distimia, në të cilën personi kalon një gjëndje depresive shpirtërore në pjesën më të madhe të një intervali kohor prej të paktën dy vitesh.

Simptomat e distimisë përfshijnë një ndryshim të madh në shprehitë e të ngrënit dhe të fjeturit (humbja e oreksit ose mbingrënia, pagjumësia ose gjumi i tepërt), këputje, vetëvlerësim i ulët, përqëndrim i dobët dhe ndjenjë e të qenit i pashpresë. Distimia mund

të jetë rezultat i çrregullimeve të tjera, që nuk lidhen me gjendjen shpirtësore, sikurse anoreksia ose përdorimi i drogës.

Personi me distimi zakonisht manifeston çrregullime të vogla në raportet shoqërore dhe vërtëm rrallë herë e shtrojnë në spital, edhe kjo në ato raste kur tenton të bëjë vetëvrasje. Depresioni në distimi është i lehtë, krahasuar me depresionin madhor që është më i rëndë dhe të bën krejt të paaftë. (Pettijohn T.F., 1996)

2.2 Etiologjia dhe faktorët e rrezikut

Ndër karakteristikat fizike, psikologjike, sociale, kulturore, etj. që identifikohen si pararendës predispozues dhe faktorë rreziku janë ata që do të përmenden më poshtë. Shkaku me peshën më të madhe në etiologjinë e depresionit pas lindjes duket se janë ndryshimet hormonale për shkak të marrëdhënies midis ndryshimeve në këto nivele të hormoneve në periudhat kyçe të çekuilibrit siç janë periudhat para menstruale, pas lindjes dhe klimaterike. Prandaj, shkaku fizik ndodhet si predispozicioni më i madh për shfaqjen e këtij komplikacioni të peridhës që sistemi i riprodhimit ka nevojë për rikuperim pas lindjes, që zgjat zakonisht pesë deri në gjashtë javë. Për më tepër, estrogjenet dhe progesteroni ndikojnë drejtpërdrejt në sistemin nervor, duke stimuluar ose frenuar qendrat hipotalamike dhe hipofizare. Sipas disa studimeve të konsultuar, (Jadresic, E., 2004) këto ndryshime kanë ndikim në gjendjen shpirtërore të grave dhe mund të shkaktojnë depresion.

Duke ndjekur marrëdhënien midis hormoneve dhe humorit, dihet që estrogjenet kanë një karakter (indirekt) antidepresiv. Kjo është shkaktuar nga estrogjenet që stimulojnë prodhimin e norepinefrinës dhe ndajnë triptofanin nga albumina në ushqim, nga e cila trupi sintetizon serotoninën. Përbërjet që arrijnë të rrisin sasinë e neurotransmetuesve falas në zonat e sinapsit arrijnë një efekt antidepresiv (Navarro, V., 2007).

Faktorë të tjerë që janë treguar të rëndësishëm sipas literaturës së shqyrtuar dhe intervistat e realizuara me disa paciente janë faktorë psikologjikë, gjithashtu të ndikuar nga përbërësit socialë dhe kulturorë, prejardhja, etj.

Po ashtu, ka situata shoqërore që mund të favorizojnë një përgjigje negative tek nëna e re duke prodhuar stres të shtuar në këtë kohë të përgjegjësisë në rritje, ndër të cilat gjendja e fundit e gruas që duhet ta bëjë këtë fazë të re të jetës së saj të përputhshme me punën (Jadresic, E., 2004), rritja e kërkesave të foshnjës që nuk shkojnë gjithmonë dorë për dorë me ndihmën që partneri ose familja mund të na ofrojë, dhe të qenit vetëm në shtëpi ndërsa bashkëshorti punon, duke u ndjerë pa mbështetje ose mbrojtje. Përveç kësaj, statistikat ndikohen nëse pacienti ka vuajtur nga depresioni i mëparshëm ose ka një histori familjare të depresionit. Në këtë kuptim, nëse depresionit pas lindjes i shtojmë stimulimin psikologjik të vuajtjes nga depresioni i mëparshëm, probabilitetet rriten, pasi sipas studimeve të botuara: “të kesh pësuar episodet e mëparshme të depresionit rrit incidencën me 10-24%. Nëse depresioni ndodh gjatë shtatzënisë, rreziku rritet në 35%, dhe nëse ka precedentë të depresionit pas lindjes, vlera rritet deri në 50%.” (Borbalán Escánez, J., 2013)

Gjithashtu, kur një grua tashmë ka pasur një episod depresioni pas lindjes në një shtatzëni të mëparshme, rreziku i vuajtjes së një depresioni tjetër në lindjet e mëvonshme rritet me 25%. (Lartigue, T., & Martin Maldonado, J. & González Pacheco, I., & Saucedo García, J., 2008) Më në fund, karakteristikat e shtatzënisë në vetvete janë një faktor rreziku, të tilla si sëmundja e nënës ose fetusit në të njëjtën shtatzëni ose të mëparshme, aborte të mëparshme, shtatzëni të shumëfishta, edhe nëse lindja bëhet me lindje cezariene ose vaginale, (Borbalán Escánez, J., 2013) pasi që trupi kalon procesin normal të përshtatjes ndaj ndryshimit hormonal, dhe jo papritur. Po kështu, sipas disa studimeve, depresioni pas lindjes është gjithashtu më i shpeshtë tek lindja e parë, veçanërisht nëse ato janë adoleshente. (Borbalán Escánez, J., 2013)

Mund të ketë më shumë të ngjarë të përjetojnë depresion pas lindjes nëse:

1. Moshë e nënës është më e vogël se 20 vjeç.
2. Janë aktualisht përdoruese të alkoolit, substancave të paligjshme ose janë konsumatore të duhanit (ato gjithashtu paraqesin rreziqe serioze shëndetësore për foshnjën).
3. Një shtatzëni e paplanifikuar ose ekzistenca e ndjenjave të ndryshme për të.

4. Ekzistenca e depresionit, çrregullimit bipolar, ose çrregullimit të ankthit para ose në një shtatzëni të mëparshme.
5. Përjetimi i një ngjarje stresuese gjatë shtatzënisë ose lindjes, për shembull, një sëmundje, vdekje ose sëmundje e një të dashuri, një lindje e vështirë ose urgjente, një lindje e parakohshme ose një sëmundje ose anomali e lindur tek foshnja.
6. Ekzistenca e një anëtari të ngushtë të familjes që ka përjetuar depresion ose ankth.
7. Pasja e marrëdhënieve të keqja me partnerin ose të qenit prind i vetëm.
8. Problemet financiare ose strehimi.
9. Mungesa e mbështetjes nga familja, miqtë, apo bashkëshorti ose partneri.

2.3 Teoritë e depresionit

Depresioni është një problem i zakonshëm i keqpërshtatjes dhe ekzistojnë shumë teori që përpiqen të shpjegojnë sesi ndodh ai. Teoria psikoanalitike përqëndrohet në konfliktin e pavetëdijshëm dhe sipas saj, ndjenja e zemërimit dhe e hakmarrjes zhvendosen dhe kthehen kah brenda vetes dhe si rezultat personi ndjehet aq fatkeq sa jeta e tij bëhet e padurueshme. Kështu ai bëhet depresiv. Beck (1976) në teorinë e tij të njohjes mbi depresionet, thekson mendimet negative dhe vetëshkatërruese që ndeshen te personi depresiv. Ai është i mendimit se, kur një person zhytet në mendime negative për një kohë të gjatë, kjo mund të pasohet nga një ndjenjë zhvleftësuese për veten edhe nga depresioni. (Beck, A.T., 1976)

Teoria e të mësuarit, na mëson se, depresioni është rezultat i të mësuarit që të jesh i pashpresë. Kjo teori, mjaft me popullaritet e parashikuar nga Seligman (1975), thotë se kur njerëzit zbulojnë se nuk kanë më kontroll mbi jetën e tyre nga pikëpamja shoqërore, ekonomike ose psikologjike, ata kanë prirjen të dorëzohen. Ata priren t'jua veshin problemet që kanë personalitetin e tyre dhe besojnë se nuk mund të përmirësohen. Kjo mund të ndihmonte për të shpjeguar përse depresioni ndeshet aq rëndom midis të varfërve dhe të pazotëve. (Seligman, M.E.P., 1975)

Teoricienë të tjerë të pikëpamjes së të mësuarit spekulojnë duke thënë se depresioni është rezultat i uljes së mbështetjes shoqërore dhe aktivitetit shoqëror (Heiby, E.M., 1983) P.sh.

pas vdekjes së gruas, burri nuk ka më mbështetjen dhe gëzimin intim të mëparshëm dhe njerëzit e tjerë nuk presin shumë prej tij. Shumë shpejt ai e mëson këtë rol të ri dhe vazhdon të mbetet depresiv. Trajtimi do të konsistonte në ndryshimin e nivelit të aktiviteteve, e mbështetjes dhe sigurisë, apo të kontrollit të jetës së saj.

Një pjesë e kërkimeve përqëndrohet në rolin e faktorëve psikosocialë mbi depresionin, sidomos në mundësinë që mjedisi të shkaktojë ndryshime në tru (Thase, M., & Frank, E., & Kupfer, D.J., 1985). Paykel (1982) bën të ditur se humbja e një personi të afërt shpesh mund t'i paraprijë një depresioni (Paykel, E., 1982). Roy (1985) vuri re se, fëmijët që humbasin një prind ka më shumë të ngjarë të kalojnë në një gjendje depressive sesa të rriturit. Në përgjithësi, çdo ngjarje e rëndësishme e jetës, e cila ul vetëvlerësimin e një individi ose rrit shkallën e stresit mbi të mund të ndihmojë keqpërshatjen. (Roy, A., 1985)

Për shpjegimin e depresionit janë parashtruar një numër teorish biologjike, Seligman (1975) ka konstatuar se qentë që kishin mësuar të ndjeheshin të mjerë e pa mbështetje kishin nivele tepër të ulëta të norepinefrinës neurotransmetuese. (Seligman, M.E.P., 1975) Schildkraut dhe Kety (1967) kanë paraqitur pikëpamjen se, nivelet e ulta të dopaminës e sidomos të norepinefrinës lidhen me shfaqjen e depresionit. Medikamentet që rrisin nivelin e norepinefrinës kanë dhënë rezultate në kurimin e depresionit te njerëzit. (Cooper, J., & Bloom, F., & Roth, R., 1986)

Kërkimet e fundit janë përqendruar në keqfunksionimin sinaptik dhe në çrregullimet e gjendjes shpirtërore (McNeal E.T. & Cimboic, P., 1986). Disa prova lënë gjithashtu të kuptohet se depresioni ka një komponent gjenetik. (Mendlewicz, J., 1985)

2.4 Simptomat

Sipas Lartigue, (2008) depresioni pas lindjes “mund të fillojë në javën e tretë dhe të katërt pas lindjes deri në një vit më vonë, duke gjetur kulmin e prezantimit në javët 8 deri në 12 pas lindjes”. (Matos Guando, F.; Llantoy Cornejo, S., 2009) Simptomat do të varen nga intensiteti i depresionit që është më i zakonshmi: trishtimi, pesimizmi, pasiguria, ndjenjat e vetë-fyerjes, pafuqisë, tejmbushjes ose paaftësisë përballë situatës së re, të cilat ju bëjnë të vuani dhe pikëlloheni, madje është e zakonshme të hysh në një gjendje ankthi. Nëna

ndihet e irrituar dhe e ndjeshme, duke qarë lehtë, duke shprehur emocione të tilla shumicën e kohës me bërthamën e familjes (veçanërisht me partnerin e saj). Përveç kësaj, ndjenjat e ankthit, acarimit, trishtimit me të qarë dhe shqetësimit janë të zakonshme në dy javët e para pas shtatzënisë. Këto ndjenja shpesh quhen depression pas lindjes ose “baby blues”. (Matos Guando, F.; Llantoy Cornejo, S., 2009) Ata pothuajse gjithmonë zhduken shpejt, pa nevojë për trajtim.

Depresioni pas lindjes mund të ndodhë kur trishtimi nuk zhduket ose kur shenjat e depresionit fillojnë 1 ose më shumë muaj pas lindjes.

Simptomat e depresionit pas lindjes janë të njëjta me simptomat e depresionit që ndodhin në periudha të tjera të jetës. Së bashku me një humor të trishtuar ose të dëshpëruar, mund të keni disa nga simptomat e mëposhtme:

- Axhitim dhe nervozizëm;
- Ndryshime në oreks;
- Ndenja të pavlefshmërisë ose fajësisë;
- Ndjenja të tërheqjes ose shkëputjes;
- Mungesa e kënaqësisë ose interesit për të gjitha ose shumicën e aktiviteteve;
- Humbja e përqendrimit;
- Humbja e energjisë;
- Problem gjatë bërjes së punëve në shtëpi ose punë;
- Ankth i konsiderueshëm;
- Mendime për vdekje ose vetëvrasje;
- Vështirësi për të fjetur.

Një nënë me depresion pas lindjes gjithashtu mund të vuajë nga:

- Të mos qenit në gjendje të kujdeseni për veten ose foshnjën e saj;
- Frika të mos jetë vetëm me foshnjën;
- Ndjenjat negative ndaj foshnjës apo edhe mendimet ta lëndojë. (Megjithëse këto ndjenja janë të frikshme, ato vështirë se materializohen ndonjëherë. Sidoqoftë, duhet t’i tregohen mjekut menjëherë për këtë.)
- Shqetësimet intensive për foshnjën ose mungesa e interesit për të.

2.5 Tipet e depresionit postpartum

Sipas intensitetit të tij, depresioni pas lindjes (PPD) mund të klasifikohet në tre modalitete:

1. Depresioni i lehtë, i njohur gjithashtu si trishtimi pas lindjes ose melankolia ose Baby Blues, i cili është më i zakonshmi dhe mund të vazhdojë deri në 2 javë, duke u shfaqur në 80% të nënave pas lindjes.
2. Depresioni i moderuar, i cili mund të zgjasë deri në 2 vjet.
3. Depresioni intensiv ose psikoza puerperale, e cila është rasti më i rëndë pasi nëna përjeton një humbje të perceptimit të realitetit për periudha të gjata kohore. Po kështu, është modaliteti më i rrezikshëm, pasi që edhe ajo edhe vetë foshnja mund të vuajnë pasoja të rënda.

2.6 Diagnostifikimi

Diagnoza bazohet në simptomat që pacientja i përshkruan ofruesit të kujdesit shëndetësor.

Ashtu si në depresionet e tjera, diagnoza është e vështirë të merret. Nuk ka asnjë ekzaminim të vetëm për të diagnostikuar depresionin pas lindjes. Zakonisht është përmes simptomave që tregojnë nevojën për trajtim për të rregulluar situatën. Shpesh, janë anëtarët e familjes që e nxisin nënën të paraqitet në zyrën e mjekut për ndihmë, sepse ata vërejnë një ndryshim në sjelljen e nënës, kufizime në rutinat e përditshme dhe ndryshime shumë të forta të humorit, me mbizotërimin e ndjenjave të trishtimit dhe apatisë, megjithëse herëve të tjera është vetë pacienti që kërkon ndihmën.

Diagnoza vendoset nga një mjek pasi të ketë bërë një sërë pyetjesh në intervistë, të cilat do të ndihmojnë për të përcaktuar llojin e depresionit dhe për të përsosur trajtimin më të përshtatshëm. Mjeku mund të urdhërojë teste të gjakut për të kërkuar shkaqet fizike të depresionit.

Në rastin e depresionit pas lindjes, është veçanërisht e rëndësishme të kryhet një edukim i saktë shëndetësor për këtë ndërlikim pas lindjes, për të cilin do të vlerësohen karakteristikat personale, paraardhësit, faktorët e rrezikut të pacientit dhe të dy pacientet dhe anëtarët e familjes do të mbahen të informuar për ndryshimet që do të ndodhin në trupin dhe mendjen e gruas me shtatzëninë, lindjen e fëmijës dhe periudhën e rikuperimit pas lindjes. Po kështu, ai do të tregojë se si ta zbulojmë atë, te kush të shkojmë, alternativat dhe parashikimet. Gjatë intervistës, mjete të ndryshme që mund të ndihmojnë në diagnozë mund të përdoren si mbështetje, duke theksuar Inventarin E Depresionit (BECK) (Shtojca). Sidoqoftë, cenueshmëria e nënës me depresion pas lindjes nuk duhet harruar, pasi është shumë e vështirë për të të supozojë se lindja e një fëmije, e rrënjosur shoqërisht si momenti më i lumtur në jetën e një gruaje, sjell mendime negative dhe të trishtuara gjithashtu si nevojë për ndihmë dhe mbështetje.

2.7 Këshillimi dhe trajtimi

Një nënë e re me ndonjë simptomë të depresionit pas lindjes duhet të kontaktojë mjekun dhe personelin mjekësor menjëherë për ndihmë. Këtu janë disa sugjerime të tjera:

- I kërkoni partnerit, familjes dhe miqve tuaj për ndihmë në lidhje me nevojat e foshnjës dhe shtëpisë.
- MOS i fshehni ndjenjat tuaja. Flisni për to me partnerin, familjen dhe miqtë tuaj.
- MOS bëni ndonjë ndryshim të madh në jetën tuaj gjatë shtatzënisë ose menjëherë pas lindjes.
- MOS provoni të bëni shumë ose të jeni perfekt.
- Merrni kohë për të dalë, për të vizituar miqtë ose për të kaluar kohën vetëm me partnerin tuaj.
- Pushoni sa më shumë. Flini kur fëmija është duke fjetur.
- Flisni me nëna të tjera ose bashkohuni në një grup mbështetës.

Trajtimi për depresionin pas lindjes shpesh përfshin medikamente, terapi, ose të dyja. Ushqyerja me gji do të ndikojë në medikamentet që do ju rekomandojë mjeku. Ju mund të referoheni tek një specialist i shëndetit mendor. Terapia e sjelljes njohëse (CBT) dhe

terapia ndërpersonale (TIP) janë lloje të psikoterapisë që shpesh ndihmojnë për depresionin pas lindjes.

Grupet mbështetëse mund të jenë të dobishme, por ato nuk duhet të zëvendësojnë mjekimet ose psikoterapinë nëse keni depresion pas lindjes. Të kesh mbështetje të mirë shoqërore nga familja, miqtë dhe kolegët mund të ndihmojë në uljen e ashpërsisë së depresionit pas lindjes.

2.7.1 Trajtimi mjekësor

Një gamë e gjerë e trajtimeve efektive është në dispozicion për çrregullimin e depresionit.

- 1. Psikoterapi.** Ekzistojnë një numër trajtimesh psikoterapeutike të bazuara në prova për të rriturit me çrregullime të mëdha depressive si terapi të sjelljes, terapi njohëse, sistem analitik njohës, psikoterapi ndërpersonale, terapi për zgjidhjen e problemeve dhe terapi e vetë-menaxhimit ose vetë-kontrollit.
- 2. Terapia elektrokonvulsive.** Terapia elektrokonvulsive është një trajtim mjaft efektiv për depresionin.
- 3. Teknikat e simulimit.** Stimulimi magnetik transkranial (TMS) është aprovuar nga FDA për përdorim në pacientët e rritur të cilët nuk kanë arritur t'i përgjigjen të paktën 4 mjekimeve adekuate dhe / ose regjimeve të trajtimit ECT.

2.7.2 Trajtimi farmakologjik

Medikamentet janë trajtimi kryesor për depresionin e madh. Në rastin ideal, medikamentet duhet të kombinohen me terapi të ndryshme. Medikamentet zakonisht funksionojnë duke modifikuar aktivitetin e rrugëve përkatëse neurotransmetuese.

Antidepressantët klasifikohen sipas klasës:

- Trajtimi në vijën e parë për pacientët me depresion. Përdoren përgjithësisht si agjentë të linjës së dytë për pacientët me çrregullime të mëdha depressive.

- Ilaqet kundër depresionit atipik. Mekanizmi i tyre i veprimit nuk kuptohet qartë. Ato përdoren gjithashtu si agjentë të linjës së dytë.
- Një grup i vjetër i ilaqeve kundër depresionit. Mund të përshkruhet për pacientë me depresion atipik (p.sh. depresion i shënuar nga oreksi i shtuar dhe gjumi). Përdoret rrallë sot për shkak të rrezikut të lartë për efekte anësore si kriza hipertensive dhe ndërveprimet e rrezikshme me ushqime dhe ilaçe.

2.8 Parandalimi

Të kesh mbështetje të mirë shoqërore nga familja, miqtë dhe kolegët mund të ndihmojë në uljen e ashpërsisë së depresionit pas lindjes, por mund të mos e parandalojë atë.

Gratë që kishin depresion pas lindjes pas shtatzënave të kaluara mund të kenë më pak të ngjarë ta marrin atë përsëri nëse fillojnë të marrin medikamentet kundër depresionit pas lindjes. Psikoterapia gjithashtu mund të ndihmojë në parandalimin e saj.

2.9 Menaxhimi infermieror

Infermierët duhet të jenë vigjilentë për të ndjerë gjendjen aktuale psikologjike të pacientes. Personeli infermieror duhet të vëzhgojë dhe vlerësojë faktorët e rrezikut dhe shfaqjen e simptomave dhe shenjave të depresionit dhe komplikimeve psikiatrike. Infermierët duhet të sigurojnë një të dhënë të saktë të mirëqenies së pacientit për t'i lënë vendin një plani më të saktë të kujdesit për një grua me depresion pas lindjes, prandaj vëzhgoni gjendjen shpirtërore, ndërveprimin me çiftin dhe familjen dhe me vizitorët.

2.9.1 Vlerësimi infermieror

Vlerësoni shëndetin psikologjik të gruas edhe para lindjes. Vlerësoni historinë e saj të sëmundjeve për të përcaktuar nëse i duhet ndonjë këshillim para lindjes për të shmangur depresionin pas lindjes.

2.9.2 Diagnoza infermierore

Prind i dëmtuar në lidhje me pamundësinë për të kryer aktivitete të jetës së përditshme sekondare ndaj depresionit pas lindjes.

2.9.3 Ndërhyrjet infermierore

Ndihmoni gruan në planifikimin për aktivitetet e saj të përditshme, të tilla si programi i saj i të ushqyerit, ushtrimet dhe rutinën e gjumit. Rekomandojini grupe mbështetëse gruas në mënyrë që ajo të ketë një sistem ku mund të ndajë ndjenjat e saj. Këshilloni gruan të marrë ca kohë për veten e saj çdo ditë në mënyrë që të ketë një pushim nga kujdesi i saj i rregullt për fëmijën. Inkurajoni gruan të mbajë lidhje me rrethin e saj shoqëror pasi ato gjithashtu mund të shërbejnë si sistemi i saj i mbështetjes. (American Psychiatric Association, 2013)

Për gratë që vuajnë nga depresioni i rëndë afektiv ose depresioni psikotik, shpesh rekomandohen qetësues ose medikamente kundër depresionit dhe, në këto raste, nëna duhet të referohet për trajtim psikiatrik. Shtrimi në spital mund të jetë i nevojshëm, sa më shpejt të jetë e mundur, kur depresioni nuk kontrollohet me medikamente ose sjellja e gruas është ekstreme dhe përfshin tentativat për vetëvrasje ose një rrezik serioz për mirëqenien e fëmijës, kërkohet psikoterapi mbështetëse.

Personeli infermieror gjithashtu mund të marrë masa parandaluese për të shmangur ose minimizuar çrregullimet depressive, kur është e qartë që nga fillimi që nëna mund të vuajë nga depresioni postpartum. Problemet psikiatrike të zemrës shfaqen kur gruas i bëhet dalja nga ambientet e spitalit dhe, në këtë rast, vlerësimi dhe kujdesi varet nga shërbimet e kujdesit primar dhe të shtëpisë. Prandaj, kujdesi infermieror ka një sens profilaktik dhe parandalues, ata duhet të:

1. Sigurojnë mbështetje për t'u përballur me situatën e re pas mbërritjes në shtëpi.
2. Monitorimi i shtëpisë në periudhën e rikuperimit 5-6 javë pas lindjes.
3. Informojnë nënën për faktorët e rrezikut që ekipi shëndetësor ka mundur të zbulojë.

4. Informojë nënën dhe bashkëshortin për shfaqjen e mundshme të trishtimit në ditët e para pas lindjes.
5. Informojë nënën dhe partnerin për simptomat e psikozës postpartum ose neurozës. (American Psychiatric Association, 2013)

Kujdesi infermieror për gratë që vuajnë nga depresioni postpartum përbëhet kryesisht nga:

1. Mbështetja emocionale.
2. Stimulimi i aftësisë për të përballuar dhe zvogëluar depresionin.
3. Udhëzimi se si të marrin ndihmë për punët e shtëpisë dhe kujdesin për të porsalindurit, gjë që lejon nënën të fle në mënyrë adekuate.
4. Mësimin e teknikave të relaksimit.
5. Nënën me ndërlikime më të rënda psikiatrike kërkojnë një mjek të familjes dhe specialistë për këshillim të shëndetit mendor dhe terapi antidepresive dhe qetësuese.
6. Kur depresioni nuk kontrollohet me medikamente ose sjellja e gruas është ekstreme, shtrimi në spital mund të jetë i nevojshëm. (American Psychiatric Association, 2013)

2.9.4 Vlerësimi

Në rastin e depresionit postpartum, kujdesi infermieror është efektiv kur gruaja:

1. Shpreh ndjenjat e saja.
2. Identifikon modelet për të ecur përpara.
3. Pranon ndihmë nga të tjerët.
4. Merr vendimet e saja.
5. Bën ndryshimet e dëshiruara.
6. Marr përgjegjësi.
7. Ofron kujdes për të porsalindurin dhe familjen me inkurajim pozitiv. (American Psychiatric Association, 2013)

Për gruan që vuan nga një ndërlikim psikiatrik, parashikimi është afatgjatë dhe kujdesi efektiv infermieror e udhëzon gruan të marrë trajtimin e duhur që e ndihmon atë të

rikuperohet dhe të miratojë sjellje adaptive për të ecur përpara dhe për të zvogëluar izolimin e saj shoqëror.

Duke përmbledhur temën, puerperiumi është periudha, nga fundi i lindjes derisa trupi i gruas kërkon të rikuperojë gjendjen e tij normale para shtatzënisë dhe shfaqet menstruacioni i parë. Puerperiumi përfshin 3 periudha: puerium i menjëhershëm që mbulon 24 orët e para; ndërmjetësimi i puerperiumit që zgjat 10 ditë; puerperiumi i vonë duke filluar nga dita e njëmbëdhjetë në 42 ditë.

Kujdesi infermieror gjatë kësaj periudhe merr parasysh ndryshimet fizike të involucionit dhe rimëkëmbjes së organeve riprodhuese dhe trupit në përgjithësi, të cilat ndodhin gjatë kësaj faze, dhe nevojat fizike dhe psikologjike të nënës. Objektivi i tij është të kryejë ndërhyrje në kohë të infermierisë për të nxitur shërimin dhe për të shmangur ndërlikimet; inkurajojnë dhe promovojnë zhvillimin e marrëdhënies nënë-foshnje, ndihmojnë nënën dhe familjen që të përshtaten me sukses në tranzicionet pas lindjes.

Komplikimet më të shpeshta postpartum sipas shkallës së incidencës janë: hemoragjia, infeksioni, sëmundja tromboembolike, mastiti, infeksioni i traktit urinar dhe psikoza puerperale.

Personeli infermieror zbaton Programin e Kujdesit Infermieror (PAE) si një metodë për të sjellë shkencën në praktikën infermiore dhe që synon plotësimin e nevojave të grave dhe familjeve. (Sierra Manzano, J.M., Carro García, T. & Ladrón Moreno, E., 2002)

3. DEKLARIMI I PROBLEMIT

Lindja e një fëmije është një ngjarje e komplikuar e jetës e shoqëruar me një mori ndryshimesh në jetën e një gruaje, duke e bërë periudhën e rikuperimit pas lindjes një periudhë delikate për shfaqjen e çrregullimeve të humorit të tilla si depresioni postpartum (PPD), i cili prek rreth 15% të grave që lindin në të gjithë botën.

Një larmi e madhe e faktorëve bio-psikosocialë shkaktojnë këtë sindromë, duke qenë një etiologji shumë komplekse që e bën dhe punën e parandalimit një detyrë të komplikuar. Depresioni postpartum mund të shkaktojë dëm në mjedisin familjar, prandaj rëndësia e identifikimit të saktë të tij dhe diferencimi i tij nga sjelljet normale të adaptimit në periudhën pas lindjes; Inventari i Depresionit (BECK) është aktualisht mjeti i përdorur për këtë qëllim.

Pas diagnozës së PPD, trajtimi që do të ndiqet mund të ndërthurë psikoterapi dhe mediakamente psikotrope, së bashku me grupe mbështetëse ku gratë mund të flasin me nënat e tjera në të njëjtën situatë.

Si profesionistë të infermierisë, ne duhet ta bëjmë të njohur këtë realitet dhe të lehtësojmë verbalizimin e ndjenjave tek gratë pas lindjes si nga Kujdesi Parësor ashtu edhe nga Kujdesi i Specializuar, pasi një qasje korrekte ndaj kësaj patologjie do të nënkuptojë që shumë gra mund të gëzojnë amësinë e tyre.

4. METODOLOGJIA

Metodologjia e përdorur për realizimin e këtij hulumtimi është metoda sasiore e gërshtetuar me atë cilësore. Fillimisht është bërë shqyrtimi i literaturës relevante mbi temën e marrë në studim, duke ndërtuar një sfond të përgjithshëm të sëmundjes, teoritë ekzistuese mbi depresionin, etiologjinë dhe faktorët e rrezikut, simptomat, diagnostifikimin, tipet e depresionit postpartum, trajtimin dhe parandalimin e tij.

Për mbledhjen e informacioneve teorike jemi fokusuar në libra të psikologjisë dhe sociologjisë, sipas disa prej autorëve më në zë. Informacioni teorik në këtë punim është trajtuar me rigorozitet dhe në respekt me të drejtat e autorit, duke u cituar në mënyrë korrekte.

Për sa i përket të dhënave primare kemi marrë INVENTARIN E DEPRESIONIT (BECK), të përshtatur në gjuhën shqipe nga Instituti Europian i Tiranës në Manualin “Teknika dhe strategji të punës praktike profesionale për përmirësimin e kujdesit ndaj shëndetit mendor në sistemin e burgjeve në shqipëri”. (Shtino, N., & Rustemi, J., 2012) Ky inventar ka qenë dhe baza e pyetësorit duke i shtuar atij vetëm 3 pyetje demografike dhe 7 pyetje të tjera që lidhen me depresionin postpartum.

4.1 Kampioni

Siç është përmendur më sipër, kampioni ka qenë i përzgjedhur. Në këtë hulumtim janë marrë nënat që kanë lindur gjatë muajit Janar 2021 në Spitalin e Përgjithshëm Pejë me ndihmën e të punonjësve janë siguruar disa emra të këtyre nënave të cilat më pas janë kontaktuar përmes rrjeteve sociale. Duke qenë se pjesa më e madhe e tyre janë kontaktuar pas daljes nga spitali, pyetësori është zhvilluar përmes platformës online Google forms.

Faza e parë ka qenë kontaktimi i tyre përmes rrjeteve sociale: Facebook dhe Instagram. Pasi është marrë konfirmimi fillestar janë kontaktuar sërish për zhvillimin e pyetësorit. Janë zhvilluar 20 pyetësorë nga nënat e reja.

4.2 Instrumenti

Pyetësori i zhvilluar me nënat të cilat kanë lindur gjatë muajit Janar 2021, është përbërë nga 10 pyetje që kanë pasur për qëllim nxjerrjen e të dhënave demografike dhe historikut të depresionit të tyre dhe Inventari i Depresionit BECK i cili përbëhet nga 21 artikuj, të cilët kanë pasur si alternativa nga 4 përgjigje të pikëzuara nga 0-3 pikë.

Interpretimi:

- 01-10 Normal;
- 11-16 Shqetësim i lehtë;
- 17-20 Depresion në kufi (Mbahet në vëzhgim);
- 21-30 Nivel i moderuar depresioni (i nevojshëm trajtimi psikologjik);
- 31-44 Nivel i lartë depresioni (Merret në konsideratë trajtimi me medikamente);
- 45- 63 Trajtim i kombinuar, medikamente dhe psikoterapi.

Shënim: Është e rëndësishme të merret në konsideratë konteksti dhe të përdoret gjykimi klinik bazuar në ndërveprimet klinike dhe vëzhgimet e sjelljes.

4.3 Kufizimet dhe aspekti etik

Pyetësori i zhvilluar është hasur në disa vështirësi për shkak të mungesës së kontakteve direkte me nënëat e reja. Përtej ndihmës së stafit për të na dhënë emrat e nënave që kanë lindur gjatë muajit Janar 2021 në Spitalin e Pëgjithshëm Pejë, disa prej nënave nuk na janë përgjigjur në rrjetet sociale.

Ky pyetësor ishte anonim dhe u zhvillua personalisht ballë përballë, ku nëna fitoi aftësinë dhe besimin e nevojshëm për të lidhur ndjenjat dhe përvojat e saj pas lindjes, duke ndihmuar kështu jo vetëm për të përfunduar këtë hulumtim, por edhe vetë duke ndarë përvojat e saj dhe duke i kujtuar ato.

5. PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE

5.1 Të dhënat demografike

Pyetësi i zhvilluar me nënat të cilat kanë lindur gjatë muajit Janar 2021, ka pasur në përbërje jo vetëm inventarin e depresionit BECK, por gjithashtu edhe pyetje mbi të dhënat demografike dhe historikun e ndjenjave dhe emocioneve që kanë kaluar nënat pas lindjes. Këto të dhëna do të interpretohen dhe pasqyrohen përmes figurave dhe tabelave të mëposhtme.

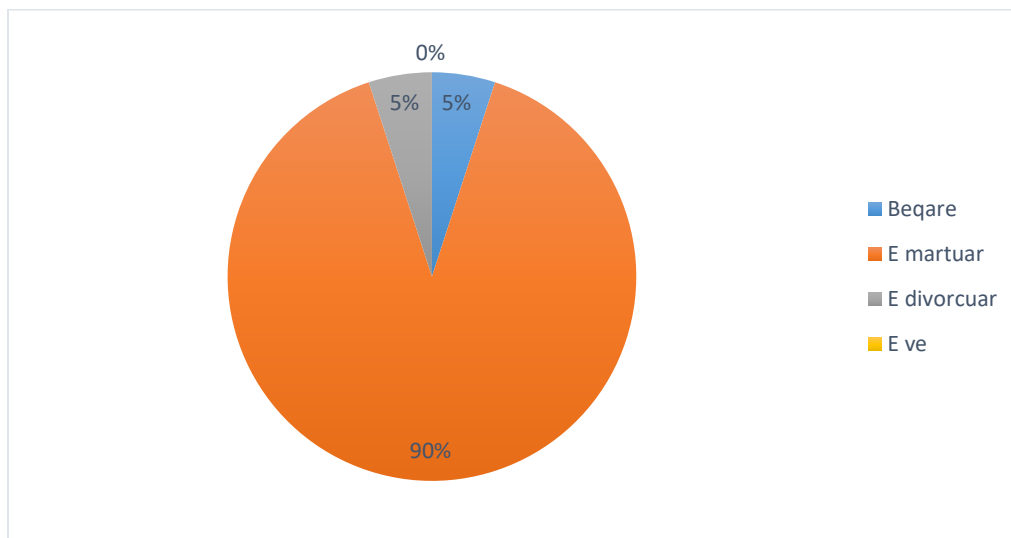


Figura 1: Statusi civil i të anketuarave

Siç shihet nga figura më sipër 90% e të anketuarave janë të martuara, vetëm 5% beqare dhe 5% e divorcuar.

Ndërsa për sa i takon moshës së nënave të bëra pjesë e këtij hulumtimi, të dhënat paraqiten në figuren më poshte.

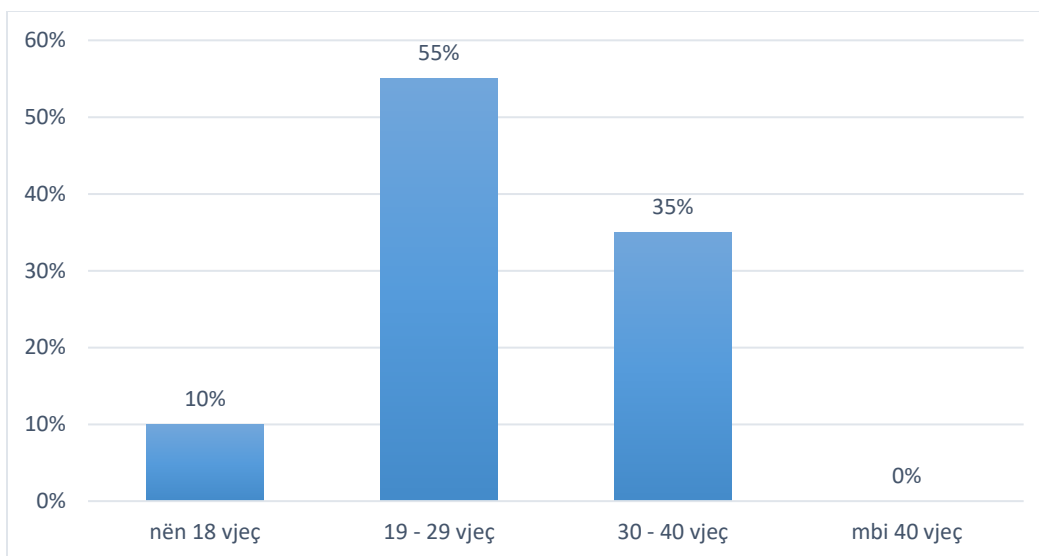


Figura 2: Moshë e të anketuarave

Moshë dominante e nënave ishte ajo 19-29 vjeç me 55%, duke u ndjekur pas nga moshë 30-40 vjeç me 35% dhe nën 18 vjeç me 10%.

Niveli arsimor është një prej të dhënave të cilat në shumicën e studimeve janë shqyrtuar gjithashtu për marrëdhënien e mundshme me depresionin. Në mesin e nënave të anketuara shpërndarja ka qenë si më poshtë.

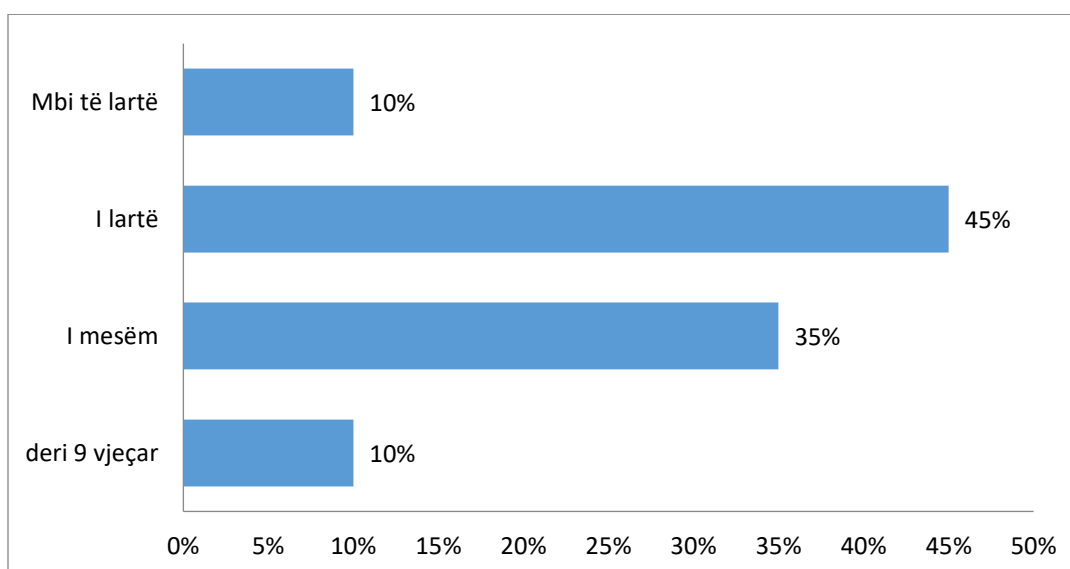


Figura 3: Niveli arsimor i të anketuarave

Arsimi në shumicën e të anketuarave ka qenë i lartë në 45% të rasteve, i mesëm në 35% të tyre dhe dei 9-vjeçar dhe mbi arsimin e lartë me nga 10%.

5.2 Historiku i depresionit në mesin e të anketuarave

Fillimisht nënat e reja janë pyetur për historikun e lindjeve dhe planifikimin e shtatzanisë, si dy ndër shkaktarët e depresionit postpartum sipas literaturës së shqyrtuar.

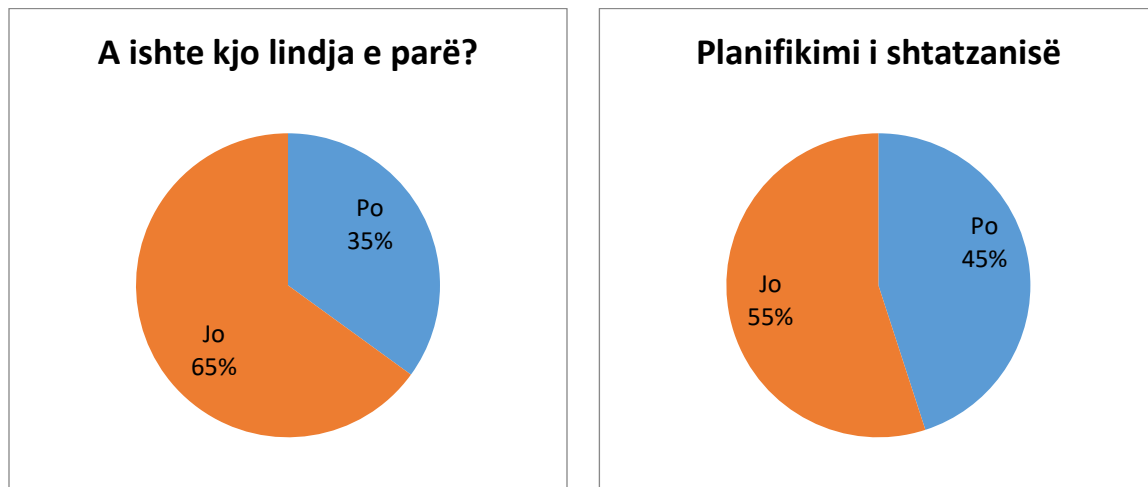


Figura 4: A ishte lindja e parë dhe shtatzani e planifikuar?

Nga sa u shqyrtua në literaturën e mësipërme, zakonisht në lindjet e para rreziku për depresion postpartum është më prezent, për këtë arsye dhe nënat e reja janë pyetur për këtë. Në 35% të rasteve kjo ishte lindja e parë, pra 35% e popullatës ishin më të predispozuar ndaj depresionit postpartum, ndaj 65% për të cilët kjo nuk ishte lindja e parë.

Ndërkohë të pyetura për planifikimin e shtatzanisë si një tjetër faktor i mundur i depresionit postpartum i sugjeruar nga literatura 45% e të anketuarave kanë patur një shtatzani të planifikuar, ndërsa pjesa tjetër prej 55% jo. Kjo do të thotë se 55% e të anketuarave kanë më shumë gjasa të vuajnë nga depresioni postpartum.

Të pyetura për situatën në shtëpi pas lindjes së foshnjës, nënat janë shprehur një zëri se janë ndjerë konfuzë, për shkak të ndryshimit të ritmit të jetës në shtëpi dhe jashtë saj. B. shprehej se:

“Ndoshta për shkak se kjo ishte lindja ime e parë, jam ndjerë shumë konfuzë, e çekuilibruar, nuk dija nga t’ia filloja më parë. Ndihesha e pashpresë, ndjeja dhimbje dhe lodhje. Duke qenë se im bir lindi me prerje cezariene për shkak të një komplikacioni, kisha nevojë për më shumë pushim që ta merrja veten. Por tashmë çdo gjë sillej rreth tim biri, më duhej të kujdesesha orë pas ore, ta ushqeja, ta ndërroja e ta laja. Në raste të rralla më ndihmonin, me preteksin që kjo është detyrë e nënës.”

Për të kuptuar ndjenjat dhe përjetimet e nënave ata janë pyetur nëse sipas mendimit të tyre kanë vuajtur nga episode depresioni pas lindjes, ata janë shprehur në pjesën më të madhe të tyre, që mbase nuk kanë vuajtur nga një depresion i madh, por që kanë pasur episode depressive. D. tha se:

“Mbase ajo që kam vuajtur unë nuk është mirëfilli depresion, por jam ndjerë shpesh herë e trishtuar, e pashpresë, e vetme. Nuk flija, isha e dërrmuar, aq e lodhur sa ndonjëherë qaja me dënësë, mendoja isha një nënë e keqe. Nuk isha në gjendje të kujdesesha 24 orë pas foshnjës e vetme.”

Ndërsa kur janë pyetur nënat për simptomat dhe gjendjen e tyre emocionale pas lindjes së foshnjës, ata kanë shprehur në mënyrë jo të ndërgjegjshme që po flasin për simptomat e depresionit, se kanë vuajtur nga pagjumësia, ndryshimi i vazhdueshëm i humorit, lodhje, humbje ose shtim oreksi, trishtim dhe mjerim, mungesë të vetëbesimit që mund t’ia dalin si nëna të reja, etj. Gjatë pyetësorëve, ata janë shprehur lirisht për ndjenjat e tyre.

Të pyetura se cilat simptoma kanë vërejtur gjatë periudhës pas lindjes E. u shpreh se *“...kam patur shumë vështirësi të ngrihem dhe isha gjithë kohës e lodhur dhe e përgjumur. Nuk kisha fare uri. Nuk kisha dëshirë të kujdesesha për vajzën time. Ndonjëherë kur e merrja në krahë më vinte natyrshëm të qaja. Ndjeja se isha një nënë e keqe. Më kujtoheshin dhimbjet e orëve të gjata në sallën e lindjes.”*

Ndërkohë të pyetura për rutinën ose puna e përditshme në shtëpi gjatë periudhës pas lindjes, shumica e nënëve shpreheshin se duhet të kujdeseshin shumicën e kohës për të gjitha, pa pasur pushimin e mjaftueshëm për tu rikuperuar. Natën kalonin një pjesë të mirë duke përkundur dhe ushqyer apo kujdesur për foshnjën dhe gjithashtu ata nuk flinin

gjithë natën. Nuk kishin shumë kohë të kujdeseshin për veten, apo të dilnin qoftë dhe vetëm për të ecur në një orar të shkurtër gjatë ditës.

Njëra nga nënat u shpreh se dita e saj ishte e zënë me aktivitete brenda shtëpisë dhe mezi priste të flinte. A. tha *“Që në mëngjes kujdesem për djalin, pastaj për punët e shtëpisë, njerëzit që vijnë orë pa orë për vizitë, gjithashtu më duhet të gatuaj dhe e gjithë dita më shkon në këmbë. Bashkëshorti është në punë deri në 17 çdo ditë, prandaj dhe nuk më ndihmon dot me ritmin e jetës.”*

5.3 Prevalenca e depresionit postpartum tek të anketuarat

Nënat e lindura në Janar të vitit 2021, kanë plotësuar pyetësoin të paraqitur në seksionin e shtojcave në fund të këtij punimi. Pasi janë mbledhur pikët në secilin pyetësor është nxjerrë shuma e pikëve për secilin prej këtyre pyetësorëve. Përmes pikëve të mbledhura kemi marrë përgjigje mbi nivelin e depresionit për secilen prej tyre.

Tabela 1: Prevalenca e depresionit në mesin e të anketuarave

Pikët:	Shpjegimi:	% e kampionit
01-10	Normal;	60%
11-16	Shqetësim i lehtë;	25%
17-20	Depresion në kufi (mbahet në vëzhgim);	15%
21-30	Nivel i moderuar depresioni (i nevojshëm trajtimi psikologjik);	0%
31-44	Nivel i lartë depresioni (merret në konsideratë trajtimi me medikamente);	0%
45- 63	Trajtim i kombinuar, medikamente dhe psikoterapi.	0%

Nga tabela më sipër shohim që vetëm 15% e të anketuarave kanë shfaqur normë të depresionit në kufi dhe si i tillë mbahet nën vëzhgim. Ndërsa 25% kanë shfaqur

shqetësim të lehtë dhe pjesa më e madhe e tyre kanë patur sjellje dhe ndenja normale në 60%.

6. KONKLUSIONE DHE REKOMANDIME

Depresioni pas lindjes zakonisht shfaqet në muajt e parë pas lindjes. Shkaku i saktë që e shkakton atë nuk dihet por duket se pamja e tij lidhet me ndryshimet hormonale gjatë dhe pas lindjes. Rrethana të tjera të tilla si shtatzënia e padëshiruar, mungesa e mbështetjes familjare ose probleme financiare, ndër të tjera, mund të rrisin rrezikun e vuajtjes nga depresioni. Pikërisht nisur nga këto rrethana është ndërtuar pyetësori me pyetje specifike mbi numrin e lindjeve dhe planifikimin e shtatzanisë, për të kuptuar shkaqet e vërteta që çojnë në shfaqjen e depresionit. Në 35% të rasteve të të anketuarave kjo ishte lindja e parë, ndërsa në 55% të përgjigjeve lindja e tyre nuk ishte e planifikuar që do të thotë se këto nëna kanë qenë më të predispozuara ndaj depresionit postpartum.

Të pyetura mbi simptomat e shfaqura pas lindje nënat e reja kanë shprehur në mënyrë jo të ndërgjegjshme simptomat e depresionit, se kanë vuajtur nga pagjumësia, ndryshimi i vazhdueshëm i humorit, lodhje, humbje ose shtim oreksi, trishtim dhe mjerim, mungesë të vetëbesimit që mund t'ia dalin si nëna të reja, etj. Gjatë pyetësorëve, ata janë shprehur lirisht për ndjenjat e tyre.

Ndërsa për sa i takon Inventarit të Depresionit BECK, vetëm 15% e të anketuarave kanë shfaqur normë të depresionit në kufi dhe si i tillë mbahet nën vëzhgim. Ndërsa 25% kanë shfaqur shqetësim të lehtë dhe pjesa më e madhe e tyre kanë patur sjellje dhe ndenja normale në 60%.

Rekomandime:

Kujdesi infermieror në depresionin pas lindjes duhet të ketë një rol informues dhe udhëzues. Pacientët duhet të pajisen me informacionin e nevojshëm në lidhje me këtë çrregullim dhe mënyrën më të mirë për ta përballuar atë pas shtrimit në spital. Duhet të këshillohen teknikat e relaksimit dhe udhëzimet adekuate të pushimit. Për më tepër, derisa zgjat shtrimi në spital, pacientes duhet t'i sigurohet mbështetje emocionale dhe do të krijohet një klimë besimi midis pacientit dhe stafit infermieror.

1. Pacientja duhet të angazhohet më shumë në aktivitete shoqërore.
2. Pacientja mund të shprehë ndjenjat dhe pasiguritë e saj.
3. Pacientja mund të kryejë aktivitetet e saj të jetës së përditshme.
4. Pacientja e njuh rëndësinë e këshillimit dhe ndjek rregullisht një specialist të shëndetit mendor.

Shëndeti psikologjik i një nëne ka po aq ndikim sa edhe shëndeti i saj fizik. Mirëqenia e saj gjithashtu duhet të sigurohet sepse ajo është kujdestarja primare e foshnjës, dhe lidhja midis nënës dhe fëmijës do të ishte e mundur vetëm nëse të dy janë në një gjendje të mirë të përgjithshme shëndetësore.

7. REFERENCAT

- American Psychiatric Association. (2013). Depressive disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International Universities Press.
- Borbala Escánez, J. (2013). Depresión postparto. Universidad de Almería.
- Cooper, J., & Bloom, F., & Roth, R. (1986). The biochemical basis of neuropharmacology. New York: Oxford University Press.
- Heiby, E.M. (1983). Depression as a function of the interaction of self and environmentally-controlled reinforcement. Behavior Therapy, 14, 430-433.
- Jadresic, E. (2004). Depresión postparto, Atención primaria. Medwave, revista biomédica.
- Lartigue, T., & Martin Maldonado, J. & González Pacheco, I., & Saucedo García, J. (2008). Depresión en la etapa perinatal. México: Medigraphic Artemisa.
- Matos Guando, F.; Llanto Cornejo, S. (2009). Perfil psicológico de madres primerizas post-parto y afecto en el bebé. Cañete, Perú: Universidad privada Sergio Bernales.
- McNeal E.T. & Cimboic, P. (1986). Antidepressants and biochemical theories of depression. Psychological Bulletin, 99, 361-374.
- Mendlewicz, J. (1985). Genetic research in depressive disorders. Nö E. & Beekham, Handbook of depression: Treatment, assessment and research. Homewood: IL: Dorsey.
- Navarro, V. (2007). Tirosina y triptófano en el tratamiento de la depresión. Clinic Barcelona Hospital Universitari.
- Paykel, E. (1982). Handbook of affective disorders. New York: Guilford Press.
- Pettijohn T.F. (1996). Psikologjia: Një hyrje kocize. Tiranë: Shtëpia Botuese "LILO".
- Roy, A. (1985). Early parental separation and adult depression. Archives of General Psychiatry, 987-991.
- Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness: On depression, development and death. San Francisco: Freeman.

- Shtino, N., & Rustemi, J. (2012). Teknika dhe Strategji të punës praktike profesionale. Tiranë: INSTITUTI EUROPIAN I TIRANËS.
- Sierra Manzano, J.M., Carro García, T. & Ladrón Moreno, E. (2002). Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. Atención Primaria.
- Thase, M., & Frank, E., & Kupfer, D.J. (1985). Biological processes in major depression. Në E. & Beekham, Handbook of depression: Treatment, assessment and research. Homewood: IL: Dorsey.

8. SHTOJCA

Pyetësi me pyetje të pastrukturuara që është zhvilluar me disa paciente që kanë kaluar një fazë depresive postpartum.

1. Inicialet e emrit: _____
2. Statusi civil: _____
3. Moshë juaj: _____
4. Arsimi: _____
5. A ishte kjo lindja e parë e juaja?
 - Po;
 - Jo;
6. A ishte një shtatzani e planifikuar kjo?
 - Po;
 - Jo;
7. Si ishte situata në shtëpi pas lindjes së foshnjës? _____

8. A keni vuajtur nga depresioni pas lindjes? _____

9. Cilat simptoma keni vërejtur gjatë depresionit tuaj pas lindjes? _____

10. Si ishte dita juaj ose puna e përditshme në shtëpi gjatë periudhës pas lindjes?

INVENTARI I DEPRESIONIT (BECK):

Ky pyetësor konsiston në 21 pohime. Lexoni me vëmendje çdo grup pohimesh dhe përzgjidhni pohimin brenda secilës çështje që përshkruan më saktë mënyrën se si jeni ndjerë përgjatë 2 javëve të fundit, përfshirë ditën e sotme. Qarkoni numrin përkrah pohimit të përzgjedhur. Nëse brenda të njëjtës çështje janë disa pohime të vërteta të

barazvlefshme, atëherë qarkoni numrin më të lartë për atë grup. Sigurohuni që nuk keni zgjedhur më shumë se një pohim për çështje.

<p>1. Trishtimi:</p> <p>0. Nuk ndjem i trishtuar.</p> <p>1. Ndjem i trishtuar pjesën më të madhe të kohës.</p> <p>2. Ndjem i trishtuar gjatë gjithë kohës.</p> <p>3. Jam kaq i trishtuar e i palumtur sa që nuk mund duroj dot.</p>	<p>2. Ndjenjat e ndëshkimi:</p> <p>0. Nuk ndjej se jam duke u ndëshkuar.</p> <p>1. Ndjej se mund të ndëshkohem.</p> <p>2. Pres të ndëshkohem.</p> <p>3. Ndjej se jam duke u ndëshkuar.</p>
<p>3. Pesimizmi:</p> <p>0. Nuk jam i dekurajuar mbi të ardhmen time.</p> <p>1. Ndjem më i dekurajuar mbi të ardhmen sesa ç'kam qenë më përpara.</p> <p>2. Nuk pres që gjërat të më shkojnë mbarë.</p> <p>3. Ndej se e ardhmja ime është e pashpresë dhe se do të shkojë gjithmonë e më keq.</p>	<p>4. Pakënaqësia ndaj vetes:</p> <p>0. Ndjem po njëllon ndaj vetes.</p> <p>1. E kam humbur besimin tek vetja.</p> <p>2. Jam i zhgënjyer nga vetja.</p> <p>3. E përbuz veten.</p>
<p>5. Dështimet e së shkuarës:</p> <p>0. Nuk ndjem person i dështuar.</p> <p>1. Kam pasur më shumë dështime sesa duhej në jetën time.</p> <p>2. Kur e kthej kokën mbrapa, shoh shumë dështime.</p> <p>3. Ndjej se jam një person krejtësisht i dështuar.</p>	<p>6. Kritikat ndaj vetes:</p> <p>0. Nuk ndjem person i dështuar.</p> <p>1. Kam pasur më shumë dështime sesa duhej në jetën time.</p> <p>2. Kur e kthej kokën mbrapa, shoh shumë dështime.</p> <p>3. Ndjej se jam një person krejtësisht i dështuar.</p>
<p>7. Pakënaqësia:</p> <p>0. Marr po aq kënaqësi sa më parë nga gjërat që më pëlqejnë.</p>	<p>8. Mendimet ose dëshirat për vetëvrasje:</p> <p>0. Nuk më ka shkuar ndër mend të vras veten.</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuk më shijojnë më gjërat sa më parë 2. Marr fare pak kënaqësi nga gjërat që më parë më pëlqenin. 3. Nuk marr fare kënaqësi nga gjërat që më parë më pëlqenin. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Më ka shkuar ndër mend të vras veten, por sigurisht që nuk do ta bëja. 2. Do doja shumë ta vrisja veten. 3. Do ta vrisja veten po të më jepej mundësia.
<p>9. Ndjenjat e fajit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Nuk e ndjej veten fajtor 1. Ndjem fajtor mbi shumë gjëra që kam bërë ose që duhej të kisha bërë. 2. Ndjem fajtor pjesën më të madhe të kohës. 3. Ndjem fajtor gjatë gjithë kohës. 	<p>10. Të qarët:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Nuk qaj më shumë se sa më përpara. 1. Qaj më shumë se sa më përpara. 2. Qaj edhe për gjërat më të vogla. 3. Kam nevojë të qaj, por nuk qaj dot.
<p>11. Shqetësimi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Nuk ndjem më i shqetësuar apo irrituar se zakonisht. 1. Ndjem më i shqetësuar apo i irrituar se zakonisht. 2. Jam kaq i shqetësuar e irrituar, sa që e kam të vështirë të qëndroj pa lëvizur. 3. Jam kaq i shqetësuar e irrituar sa që më duhet patjetër të lëviz apo të bëj diçka. 	<p>12. Nervozizmi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Nuk jam më i nervozuar se zakonisht. 1. Jam më i nervozuar se zakonisht. 2. Jam shumë i nervozuar. 3. Jam nervoz gjatë gjithë kohës.
<p>13. Mungesa e interesit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Nuk e kam humbur interesin mbi njerëzit dhe aktivitetet. 1. Jam më pak i interesuar mbi njerëzit dhe aktivitetet sesa më përpara 2. Përgjithësisht e kam humbur interesin mbinjerëzit dhe aktivitetet. 3. E kam shumë të vështirë të interesohem për ndonjë gjë. 	<p>14. Ndryshime të oreksit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Oreksin e kam njëlloj si më parë. 1. A. Kam më pak oreks se më parë. B. Kam më shumë oreks se më parë. 2. A. Kam shumë më pak oreks se më parë. B. Kam shumë më shumë oreks se më parë. 3. A. Më ka humbur fare oreksi. B. E kam mendjen tek të ngrënët gjatë

	gjithë kohës.
<p>15. Pavendosmëria:</p> <p>0. Jam i aftë të marrë vendime si më përpara.</p> <p>1. E kam më të vështirë të marr vendime se zakonisht.</p> <p>2. Kam shumë herë më tepër vështirësi për të marrë vendime krahasuar me më përpara.</p> <p>3. E kam thuajse të pamundur të marr vendime.</p>	<p>16. Vështirësi për t'u përqendruar:</p> <p>0. Përqendrohem po aq sa zakonisht.</p> <p>1. E kam më të vështirë të përqendrohem se zakonisht.</p> <p>2. E kam të vështirë të mbaj mendjen te ndonjë gjë për një kohë të gjatë.</p> <p>3. Më duket se nuk mund të përqendrohem dot fare.</p>
<p>17. Denjësia:</p> <p>0. Nuk mendoj se jam i pavlefshëm.</p> <p>1. Nuk e quaj veten aq të vlefshëm e të dobishëm sa më përpara.</p> <p>2. Ndjehem më pak i dobishëm se njerëzit e tjerë.</p> <p>3. Ndjehem tërësisht i padenjë.</p>	<p>18. Lodhje ose rraskapitje:</p> <p>0. Nuk ndjehem më i lodhur se zakonisht.</p> <p>1. Lodhem më shpejt se më parë.</p> <p>2. Ndjehem shumë i lodhur për të bërë shumë nga gjërat që më parë i bëja.</p> <p>3. Ndjehem aq i rraskapitur sa mund të bëj shumë pak.</p>
<p>19. Mungesa e energjive:</p> <p>0. Kam po aq energji sa më parë.</p> <p>1. Kam më pak energji se më parë.</p> <p>2. Nuk kam mjaftueshëm energji për të bërë gjërat që duhet të bëj.</p> <p>3. Nuk kam energji për të bërë thuajse asgjë.</p>	<p>20. Mungesa e interesit ndaj seksit:</p> <p>0. Nuk kam vënë re ndryshime në interesin ndaj seksit.</p> <p>1. Më shkon më pak mendja tek seksi.</p> <p>2. Jam shumë më pak i interesuar.</p> <p>3. E kam humbur fare interesin ndaj seksit.</p>
<p>21. Ndryshime të gjumit:</p> <p>0. Nuk kam pasur ndryshime në gjumë.</p> <p>1. A. Fle diçka më shumë se zakonisht. B. Fle diçka më pak se zakonisht.</p> <p>2. A. Fle shumë më shumë se zakonisht. B. Fle shumë më pak se zakonisht.</p>	

3. A. Fle pjesën më të madhe të ditës.

B. Zgjohem 1-2 orë përpara, e nuk fle dot më.

Faleminderit për kohën tuaj!