

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

FAKULTETI I MJEKËSISË

DREJTIMI MAMI



PUNIM DIPLOME

**KUJDESI INFERMIEROR TEK PACIENTET ME
PSIKOZË POSTPARTALE**

Kandidatja:

Romina Zhara

Mentori:

Prof.Ass.Dr Ilirjana Raça Bunjaku

Tetor, 2018

DEKLARATA STUDENTORE

Unë Romina Zhara me përgjegjesi deklaroj se ky punim diplome është punimi im origjinal i punuar me përkushtim dhe se çdo material në të është i listuar në listen e referencave.

FALENDERIMET

Falenderimi primar shkon për familjen time e cila më ka mbështetur deri ktu gjatë shkollimit dhe finalizimit të këtyre tri vite studimi.

Falenderimi më i veçant shkon për profen time mentore, një herësh edhe bashkpunuese në punimin final, për këshillat, sugjerimet dhe ndihmen e dhënë. Faleminderit Prof. Dr. Ilirjana Raça Bunjaku.

Gjithsesi edhe falendermi tjetër ju shkon edhe shoqerisë time.

PËRMBAJTJA

ABSTRAKT	5
2. HYRJA	7
3. QËLLIMI I PUNIMIT	9
4. METODOLOGJIA E PUNËS	10
KAPITULLI I	11
1.1. Pacientja në periudhen e pas lindjes dhe reagimet psikologjike	11
1.2. Psikozat postpartale (pas lindjes)	12
1.3. Epidemiologjia	12
1.4. Etiologjia	13
1.5. Veçoritë diagnostike dhe klinike	14
KAPITULLI II	14
2.1. Psikozat tjera postpartale (pas-lindjes)	14
2.2. Depresioni	14
2.3. Shkaktarët e depresionit	15
2.4. Faktorët e rrezikut për zhvillimin e depresionit	16
2.5. Trajtimi i pacienteve me depresion pas lindjes	17
2.6. Stresi pas-traumatik pas lindjes	19
2.7. Menaxhimi i dëshpërimit në prag të lindjes	20
5. REFERENCAT	21
7. CV E KANDIDATËS	22

ABSTRAKT

Periudha pas lindjes është një kohë me ndryshime shumë të mëdha fizike, shoqërore dhe emocionale. Thuhet se 85% e grave përjetojnë ndonjë prej llojeve të çrregullimeve të humorit, si paqëndrueshmeri humorit, ose përjetimi pa shkak, gjatë periudhës pas lindjes. Psikoza postpartale apo ajo e paslindjes është relativisht e rrallë dhe mund të ndodhë si pjesë e çrregullimeve të humorit pas lindjes ose si entitet më vete. Megjithatë ka një prognozë të shkëlqyer, psikoza pas lindjes ka gjithashtu një shkallë të lartë përsëritjeje dhe mund të shoqërohet me episode pasuese jo menjëherë pas lindjes. Prognoza e përgjithshme është mjaft e mirë. Etiologjia e psikozës pas lindjes nuk njihet. Incidenca e psikozës pas lindjes është afërsisht 1-2 për 1000 lindje, me simptoma psikotikike, që të pjesa më e madhe e pacienteve shfaqen brenda javës së parë pas lindjes. Psikozat të tjera post partale (pas lindjes) janë edhe depresioni, stresi pas-traumatik pas lindjes, deshpërimi pas lindjes, periudha e zisë së nënës etj. Depresioni mund të përshkruhet si një ndjenjë trishtimi, pakënaqësie, mjerimi shpirtëror, apo mërzie të vazhdueshme. Shumica prej nesh mund të ndihen në këtë mënyrë në periudha të caktuara kohore. Rreziku rritet edhe nëse nëna ka pasur probleme me shtatzëni të mëparshme, problemet martesore apo financiare, mosha e re e nënës, ankthi për zhvillimin e fetusit në barkun e nënës dhe frika për momentin e lindjes, abuzimi me substanca alkoolike ose të drogës. Edhe pas shtatzënisë ka rrezik për t'u shfaqur depresioni, i cili në këtë periudhë njihet me emrin depresioni postpartum. Pas shtatzënisë në organizmin e gruas ndodhin përsëri ndryshime të shumta hormonale, të cilat mund të çojnë në shfaqjen e simptomave të depresionit. Po ashtu çrregullimet e stresit pas-traumatik janë pasojë e një traume fizike apo psikologjike. Në këto raste individët kanë çrregullime të sjelljes, si shmangia e mjediseve të lidhura me traumën, rikthimin e ngjarjeve traumatike dhe paaftësinë për një jetesë normale. Stres pas-traumatik mund të shkaktojë lindjet urgjente me ndërhyrje, qoftë ato vaginale, qoftë ato abdominale, sikurse edhe dhimbjet e papritura. Është e rëndësishme që karakteristikat e pacientes së dëshpëruar, të njihen dhe të kuptohen nga profesionistët që kujdesen për paciente të tilla; përndryshe do të ndodhin keqkuptime dhe keqmenaxhime të konsiderueshme të pacientes.

Fjalë kyçe: psikoza postpartale, depresioni postpartal, kujdesi infermieror

ABSTRACT

The postnatal period is a time of great physical, social and emotional change. Almost 85% of women experience any of the types of mood disorders such as mood fluctuation, or perlotja without cause, during the postpartum period. Postpartum or postpartum psychosis is relatively rare and may occur as part of mood disorders after birth or as a separate entity. However, there is a good prognosis, postpartum psychosis also has a high rate of recurrence and may be accompanied by a subsequent episode not shortly after birth. The overall prognosis is quite good. Etiology of postpartum psychosis is not known. The incidence of postpartum psychosis is approximately 1-2 to 1000 births, with psychotic symptoms, most of the patients appearing within the first week after birth. Postpartum depression, post-traumatic post-traumatic stress, postpartum postpartum, maternal ejaculation etc. Depression can be described as a feeling of sadness, dissatisfaction, spirituality, or mourning constantly. Most of us can feel that way at certain times of time. The risk also increases if the mother has had problems with her previous pregnancies, marital or financial problems, her mother's age, anxiety for the development of the fetus in the womb, fear of birth, abuse of alcohol or drugs. Even after pregnancy there is a risk of depression, which in this period is known as postpartum depression. After pregnancy in the woman's body, numerous hormonal changes occur again, which can lead to symptoms of depression. Also post-traumatic stress disorder is a consequence of physical or psychological trauma. In these cases, individuals have irregular behavior, such as avoiding trauma-related environments, trauma retrieval, and inability to live a normal life. Post-traumatic stress can cause urgent birth with interference, whether vaginal or abdominal, as well as unexpected surprises. It is important that the characteristics of desperate patients are recognized and understood by professionals who care for such patients; otherwise, misunderstandings and significant mismanagement of the patient will occur.

Key words: postpartum psychosis, postpartal depression, nursing care.

2. HYRJA

Psikika është veçori e materies me organizim të lartë që është krijuar në një stadium të caktuar zhvillimi të materies së gjallë. Konsiderohet se psikikë posedojnë edhe kafshët, edhe njeriu. Kjo tek kafshët është e thjeshtë (elementare) dhe është e ndryshme në varësi nga zhvillimi i sistemit nervor të organizmit. Që kafshët kanë psikikë tregon fakti se edhe këto kanë emocione (pikëllimi, gëzimi), kanë memorie dhe mendim, mirëpo sjellja e tyre përcaktohet kryekëput nga nevojat biologjike. Formën më të lartë të psikikës e ka njeriu dhe kjo quhet vetëdije. Vetëdije ka vetëm njeriu. Ekzistojnë përkufizime të shumta të cilat përpiqen ta sqarojnë vetëdijen. Më e pranueshme është ajo se vetëdija është përmbledhje e dukurive psikike në një moment konkret, me të cilat njeriu e di identitetin e vet, që është i orientuar në kohë dhe është i orientuar në hapësirë. Me ndihmën e vetëdijes njeriu e kupton realitetin e personalitetit të vet dhe të mjedisit që e rrethon, andaj edhe sipas kësaj mund ta orientojë dhe ta përshtatë sjelljen e vet. Kjo jep të kuptojë se njeriu mendon, percepton, kujdeset, mban mend etj, përkatësisht vetëdija është baza në të cilën plotësohen të gjitha dukuritë.

Të gjitha çrregullimet hormonale, më herët apo më vonë, në varësi nga shkalla e dëmtimeve, shkaktojnë ndryshime nervore-psikike. Duke pasur parasysh rolin dirigjues të hipofizës, e cila tajit më tepër hormone, të cilat veprojnë në mënyrë stimuluese në gjëndrat tjera endokrine dhe i rregullon hormonet në gjak, ndryshimet psikike gjatë sëmundjes së kësaj gjëndre janë të shpeshta. Ndryshimet i detyrohen tajitjes së zmadhuar, të zvogëluar apo të pamjaftueshme të hormoneve. Ndryshimet psikike janë rezultat i sëmundjes apo hendikepit fizik (rritja e ulët, rritja e lartë, humbja e shenjave seksuale sekondare, qimet etj.). Ndryshimet psikike karakterizohen me ndryshimet në karakter, nervozë, zemërim, pagjumësi, labilitet afektiv (nga të qarat e pamotivuar deri në tërbim të fortë dhe në qeshje të pakontrolluar). Të mundshme janë çrregullimet në formë të psikozave, si pasojë e dukjes fizike, apo për shkak të efektit toksik të hormoneve të tajitura të gjëndrave endokrine. Nëse vjen në shkatërrim të plotë të indit të hipofizës për shkak të lëndimit, gjakderdhjes, ndezjes apo dëmtimit nga tumori, atëherë ndodh çrregullimi poliendokrinologjik. Pacienti e humb peshën, muskujt atrofojnë, lëkura hollohet, organet e brendshme atrofojnë dhe iu zvogëlohet

funksoni. Kjo sëmundje quhet Kaheksioni i Simonsdovit, sipas autorit i cili e ka përshkruar i pari. Për fat të mirë, kjo sëmundje është mjaft e rrallë.¹

¹ Grozdanić, V. Tragovi razvoja posebnog statusa neuračunljivog delikventa u povijesti krivičnog prava starog i srednjeg vijeka, Zbornik Pravnog fakulteta u Rijeci, 1988; vol 9: 37-52

3. QËLLIMI I PUNIMIT

Qëllimi i punimit është:

- Të paraqesim qka është psikoza postpartale (pas lindjes) si dhe të tregojm kujdesi infemioror që ju ofrohet pacienteve.

- Të paraqesim edhe psikozat e tjera postpartale (pas lindjes).

4. METODOLOGJIA E PUNËS

Metodologjia e punës bazohet në rishikim literature.

Është shfrytëzuar biblioteka e Fakultetit të Mjekësisë në Gjakovë si dhe ajo e qytetit të Gjakovës Ibrahim Rugova.

KAPITULLI I

1.1. Pacientja në periudhen e pas lindjes dhe reagimet psikologjike

Periudha pas lindjes është një kohë me ndryshime shumë të mëdha fizike, shoqërore dhe emocionale. Thuhet se 85% e grave përjetojnë ndonjë prej llojeve të çrregullimeve të humorit, si paqëndrueshmëri humorit, ose përlojtja pa shkak, gjatë periudhës pas lindjes.

Reagimet psikologjike të përjetuara pas lindjes së foshnjës, përfshijnë psikozën e përgjithshme relativisht të butë, fiziologjike dhe tranzitore të mërzisë së nënës (50 deri në 70 % të grave), mandej depresionin e vërtetë në 8 deri 20 % të grave dhe psikozën e pastër puerpale që ndodh deri në 0.14 – 0.26% të grave.²

Faktorë rreziku për depresion pas lindjes përfshijnë, një histori familjare depresioni, një nënë me depresion pas lindjes, situatë e pafavorshme sociale, dhe ndarja për një kohë të gjatë nga foshnja e saj. Nënë e depresuar në mënyrë të moderuar, shpeshherë përjeton ndjenja faji dhe turpi, si pasojë e ndjesisë së dështimit në rolin e saj si nënë dhe në këtë mënyrë ajo nuk do të jetë në gjendje të telefonojë mjekun të saj ose të pranojë simptomat e depresionit të saj. Në këto situata, janë me vend vizitat në shtëpi, për të bërë një vlerësim më të saktë të pacientes.

Meqenëse stafi kujdestar shpeshherë për zgjedh telefonata për mjekun dhe mamitë, është e rëndësishme që personeli të udhëzohet që të jetë vigjilent me këto protokolle. Në gjithashtu rekomandojmë që të dy prindërit të paralajmërohen para daljes nga spitali, që nëse gjendja e dëshpëruar e nënës zgjat më shumë se 2 javë ose bëhet shumë e vështirë për tu trajtuar, ata duhet të telefononë.

² Traktati i Oksfordit për Mjekësinë,

1.2. Psikozat postpartale (pas lindjes)

Psikoza postpartale apo ajo e paslindjes është relativisht e rrallë dhe mund të ndodhë si pjesë e çrregullimeve të humorit pas lindjes ose si entitet më vete. Në shekullin XIX, dy mjekë francezë, Jean Esquirol dhe Louis Victor Marce, përshkruan me kujdes profilet klinike të më shumë se 100 grave me psikozë pas lindjes. Pra, zhvillimi i saj është i mirëdokumentuar për shumë vite.

Megjithatë ka një prognozë të shkëlqyer, psikoza pas lindjes ka gjithashtu një shkallë të lartë përsëritjeje dhe mund të shoqërohet me episode pasuese jo menjëherë pas lindjes. Prognoza e përgjithshme është mjaft e mirë.

Implikimet e çrregullimit pas lindjes janë përshkruar në lidhje me fëmijën. Vetë psikoza pas lindjes, si një formë e skajshme e sëmundjes pas lindjes, duhet parë gjithashtu si me ndikim të mundshëm në marrëdhëniet midis nënës dhe fëmijës dhe në tabllo zhvillimore të fëmijët. Megjithëse rrallë, vrasja e foshnjave ka më shumë mundësi të ndodhë në psikozën pas lindjes, sesa në çrregullimet e tjera psikiatrike pas lindjes. Përveç kësaj, psikoza pas lindjes shpesh nuk diagnostikohet si nga mjekët, ashtu dhe nga antarët e familjes, çka e sjell pasoja potencialisht të tmerrshme.³

1.3. Epidemiologjia

Incidenca e psikozës pas lindjes është afërsisht 1-2 për 1000 lindje, me simptoma psikotikike, që te pjesa më e madhe e pacienteve shfaqen brenda javës së parë pas lindjes. Në një rishikim të 20 studimeve të pacientëve të shtruar me psikozë pas lindjes, afërsisht një e pesta e psikozave pas lindjes nuk ishin të lidhura me toksicitetin, me çrregullimin e humorit ose me skizofreninë.

Faktori më i rëndësishëm i riskut për zhvillimin e psikozës pas lindjes është historiku i mëparshëm. Rreziku për përsëritjen e psikozës pas lindjes shkon deri në 70%. Faktorë të tjerë rreziku përfshijnë shtatzënat për herë të parë, të qenit të pamartuara, prerjen cezarijane, lindjen e një vajze dhe histori

³ Traktati i Oksfordit për Mjekësinë,

të sëmundjeve psikiatike të kaluara personale ose familjare. Stresi fetal dhe anomalitë e foshnjës (anomaly neurologjike, cianozë, policitemi neonatale, trombocitopeni) janë përcaktuar gjithashtu si faktorë risku.

1.4. Etiologjia

Etiologjia e psikozës pas lindjes nuk njihet. Megjithëse është vlerësuar roli i ndryshimeve hormonale pas lindjes, nuk ka të dhëna të mjaftueshme për efektet e hormoneve riprodhuese femërore në sistemin nervor, në lidhje me psikozën pas lindjes. Një hipotezë është që rënia e menjëhershme e estrogenit pas lindjes kontribuon në shfaqjen e psikozës pas lindjes. Një teori thotë se një rënie e shpejtë, thuajse 30-fish, e niveleve të progesteronit mund të kontribuojë në shfaqjen e çrregullimit psikotik pas lindjes.

Në tremujorin e fundit të shtatzënisë, nivelet e kortizolit janë gjithashtu të rritura, ku niveli i përgjithshëm dhe pjesa e lirë në plazmë dhe nivelet e tij në urinare në 20 orë janë të ngjajshme me ato që shihen në formën e lehtë të sindromës Cushing. Pasi arrijnë kulmin gjatë lindjes, nivelet e kortizolit kthehen gradualisht në vlerat normale për afërsisht një muaj.

Një studim i vogël zbuloj se te gratë me psikozë pas lindjes, nivelet e kortizolit pas marrjes së deksametazonit ishin shumë të larta, por të gjitha pacientet kishin simptoma të humorit. Prandaj, roli i kortizolit në psikozën joafektive pas lindjes mbetet për tu hulumtuar.

Përqendrimet e hormonit të tiroides janë gjithashtu të larta gjatë shtatzënisë dhe ulen në periudhen pas lindjes. Në periudhen pas lindjes, rreth 10% e grave diagnostikohen me hipotiroidizëm. Disfunksioni i tiroides, sidomos hipotiroidizmi, mund të shkaktojë simptoma psikiatrike. Në lidhje me psikozën pas lindjes, ka sugjerime për një çrregullim në aksin hipolamo-hipofizar, ku një studim raporton një përgjigje të pakët të hormonit stimulues të tiroides (TSH) ndaj hormonit tirootropik (TRH).

1.5. Veçoritë diagnostike dhe klinike

Në DSM-IV-TR, specifikuesi diagnostik për psikozën pas lindjes zbatohet në çrregullimet e humorit, në çrregullimin e shkurtër psikotik dhe në psikozën e paspecifikuar (NOS), nëse fillimi i simptomave ndodh brenda 4 javëve nga lindja.

Në përgjithësi, prodomi klinik për psikozën pas lindjes mund të përfshijë pagjumësi, lodhje, trishtim, nervozizëm dhe paqëndrueshmëri emocionale. Vetë psikoza mund të zhvillohet shpejt dhe në mënyrë dramatike. Për pacientët me çrregullime të humorit pas lindjes, simptomat psikotike mund të përfshijnë halucinacione auditore, nervozizëm, deluzione persekutore, deluzione të kontrollit, çrregullim formal i të menduarit, keqorientim dhe konfuzion. Mund të ketë simptoma të tjera të përkohshme, që i ngjasojnë delirit të lehtë, përfshirë paaftësinë për tu përqendruar, humbjen e vëmendjes, kujtesen afatshkurtër të keqe, humorin e papërqendrushëm, hutimin dhe gjendjen e përkohshme të delirit.

Shpesh deluzionet lidhen me foshnjën e sapolindur, si p.sh., deluzione që foshnja është e pushtuar nga djalli, që ka fuqi të veçanta ose që është përcaktuar të ketë një fat të tmerrshëm. Gjithashtu mund të ketë mendime obsesive për sa i përket dhunës kundrejt fëmijës. Megjithatë, vrasja e foshnjave është e rrallë.

KAPITULLI II

2.1. Psikozat tjera postpartale (pas-lindjes)

2.2. Depresioni

Depresioni mund të përshkruhet si një ndjenjë trishtimi, pakënaqësie, mjerimi shpirtëror, apo mërzie të vazhdueshme. Shumica prej nesh mund të ndihen në këtë mënyrë në periudha të caktuara kohore, kohëzgjatja e të cilave tregon se kur duhet të kërkojmë ndihmën e specializuar mjekësore. Mund të ndihemi të tillë kur kemi strese apo probleme të mirëfillta me shëndetin, punën, probleme të fëmijëve, etj. Por, depresioni i vërtetë klinik është një çrregullim i humorit, gjatë të cilit ndjenja e trishtimit, zemrimit, inatit apo frustrimi, mund të jenë pjesë e jetës së përditshme për një periudhe

të gjatë kohore. Depresioni mund të jetë i butë, i moderuar ose i shkallës së rëndë. Shkalla e depresionit mund të varet nga faktorët që e kanë shkaktuar dhe përcaktohet nga mjeku.⁴

2.3. Shkaktarët e depresionit

Në shumicën e rasteve nuk janë të qarta arsyet se përse një grua mund të bjerë në depresion. Tashmë dihet se depresioni është një sëmundje që ka predispozicion familjar. Kjo do të thotë se nëse ka persona që janë prekur nga depresioni në pemën familjare, kjo grua është më e rrezikuar për t'u prekur, se sa një grua që nuk ka pasur histori të tilla familjare. Ndryshimet hormonale apo një ngjarje stresuese e jetës, e tillë si për shembull një vdekje në rrethin e afërt familjar, mund të shkaktojë ndryshime kimike në tru që çojnë në shfaqjen e depresionit. Gjatë shtatzënisë ndodhin ndryshime të forta hormonale, të cilat e rrisin rrezikun për t'u prekur nga depresioni. Rreziku rritet edhe nëse nëna ka pasur probleme me shtatzënitë e mëparshme, problemet martesore apo financiare, mosha e re e nënës, ankthi për zhvillimin e fetusit në barkun e nënës dhe frika për momentin e lindjes, abuzimi me substanca alkoolike ose të drogës. Edhe pas shtatzënisë ka rrezik për t'u shfaqur depresioni, i cili në këtë periudhë njihet me emrin depresioni postpartum. Pas shtatzënisë në organizmin e gruas ndodhin përsëri ndryshime të shumta hormonale, të cilat mund të çojnë në shfaqjen e simptomave të depresionit. Gjatë shtatzënisë sasia e dy hormoneve femërore estrogenit dhe progesteronit, në trupin e gruas arrijnë vlera të mëdha. Në 24 orët e para pas lindjes, sasia e këtyre hormoneve ulet me shpejtësi deri në nivelet e tyre normale të gjendjes jo shtatzënë. Studiuesit mendojnë se ndryshimi i shpejtë i këtyre niveleve hormonale mund të çojë në depresion, ashtu sikurse ndryshimet më të vogla hormonale mund të ndikojnë në humorin e një gruaje para se ajo të hyjë në ciklin e saj menstrual. Në jo pak raste, pas lindjes mund të ulen edhe nivelet e hormoneve të tiroides. Gjëndra e tiroides është një gjëndër e vogël e vendosur në nivel të qafës, që ndihmon për të rregulluar metabolizmin e organizmit (mënyrën se si trupi ynë përdor dhe ruan energjinë e marrë nga ushqyerja). Nivelet e ulëta të hormoneve të tiroides mund të shkaktojnë simptomat e depresionit duke përfshirë këtu humorin e ulët, nervozizëm, uljen e interesit në

⁴ Šendula-Jengiđ, V., Bošković, G. Forenzički značaj drugih, težih duševnih smetnji, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, 2001; vol 22 (2): 635-654.

aspekte të ndryshme, lodhje, vështirësi për t'u përqendruar, probleme me gjumin dhe shtim në peshë. Një test i thjeshtë i gjakut në këtë rast nxjerr në pah shkaktarin e depresionit tek një grua në këtë periudhë të jetës së saj. Këto raste mjekohen mjaft mirë nga mjekët specialistë dhe kalojnë pa probleme. Natyrisht që momenti i paslindjes shënon një etapë të re për jetën e një gruaje. Kujdesi për fëmijën fillon në momentin e lindjes dhe vazhdon për gjatë gjithë jetës. Sigurisht nënës i duhet të pozicionohet në këtë etapë të re të jetës së saj. Gjatë kësaj kohe shtohen angazhimet, përkujdesjet për fëmijën dhe ndoshta grave u duhet të heqin dorë nga shumë gjëra që i kanë pasur më parë. Megjithatë, me përkrahjen e bashkëshortëve dhe të familjarëve kjo është një periudhë që kalohet, dhe në shumicën e rasteve të jep kënaqësi.⁵

2.4. Faktorët e rrezikut për zhvillimin e depresionit

Ka tetë faktorë kryesorë që mund të shkaktojnë depresion ose të kontribuojnë shumë në këtë. Faktorët që mund të shkaktojnë ose të rrisin rrezikun e zhvillimit të depresionit janë:

- Faktorë jo të ndezshëm
- Faktorë të lidhur me të ushqyerit
- Faktorë socialë
- Faktorë të tjerë që lidhen me stilin e jetës
- Kushtet mjekësore
- Aktiviteti elektrik i pabalancuar i trurit
- Shkaqet e pazakonta të depresionit
- Shkaqet e pajustificuara të Depresionit.

Faktorët e pandryshuar të rrezikut përfshijnë:

- Gjenetikë
- Një vit të jetës

⁵ Gunn, J., Taylor, P.J. *Forensic Psychiatry-Clinical, Legal and Ethical Issues*. Oxford. Butterworth Heinemann,.

- Poli
- Depresioni "kapërcyer" në adoleshencë
- "Historia" e Depresionit Familjar.

Duke pasur parasysh faktorët e pandryshueshëm, duhet t'i kushtohet vëmendje dy gjërave që mund të trashëgojnë prirjen për të konceptuar depresionin, të cilat asnjëherë nuk janë vërejtur te ndonjë anëtar i ngushtë i familjes, por gjithashtu se kushdo që nuk posedon asnjë nga pandryshueshmërinë faktor rreziku. Njerëzit nganjëherë injorojnë faktin se njohja e faktorëve të tyre jo të modifikueshëm mund t'i paralajmërojnë ata në atë kohë dhe t'i ndihmojnë ata ta parandalojnë këtë sëmundje.

2.5. Trajtimi i pacienteve me depresion pas lindjes

Disa studime janë kryer për të parandaluar depresionin e postdozës. Studime janë kryer për dy grupe pacientësh, një grup prej 26 grave të trajtuara me nortriptilin dhe grupin tjetër prej 14 grave me sertralinë. Rezultatet treguan se terapi nortriptilina nuk ishte e suksesshme në parandalimin e depresionit pas lindjes, ndërsa rezultate të dukshme më të mira u gjetën në pacientët me sertralinë. Në një studim të dyfishtë të verbër me fluoxetine, rezultatet më të mira kanë treguar pacientët që përdorën këtë ilaç në krahasim me ata që ishin në placemat. Wisner dhe të tjerët në kopje të dyfishta krahasuan nortriptilin dhe sertralinën dhe zbuluan se nuk kishte dallime domethënëse në përgjigje dhe falje, 46-48% remision dhe 56-68% përgjigje deri në tetë javë terapie. Studime të shumta mbështesin përdorimin e ilaçet kundër depresionit në trajtimin e depresionit postpartum, duke përfshirë sertralinën, paroksetinën, bupropionin. Disa studime janë kryer për përdorimin e estrogjenit në trajtimin e parandalimit të depresionit në postmenopausal, si dhe në trajtimin e simptomave të depresionit në periudhën pas lindjes.

- a) Ilaqet kundër depresionit dhe ushqyerja me gji - Akademia Amerikane e Pediatriisë këshillon dhënien e gjirit deri në 6 muajt e parë të jetës, edhe pse shumica e drogave psikotrope shkojnë në qumësht. Në përgjithësi, nivele të larta të efekteve të padëshiruara nuk u gjetën tek foshnjat e ekspozuara ndaj ilaqeve kundër depresionit, përfshirë triciklikët dhe SSSR-të. Paroksetina, e cila ka një periudhë të gjatë shpërbërje si dhe doza të larta të citalopramit gjatë periudhës së gjirit, dhe pacientët të cilët janë të përshtatshëm për këto ilaçe gjatë shtatëzansisë, rekomandohet në terapi. Një numër i madh i rezultateve të hulumtimit tregojnë se një numër i vogël i veprimeve të padëshiruara, si dhe përqendrime të ulëta të sertralinës dhe paroksetines në plazmë në terapi depresioni. Deri më sot, nuk janë bërë studime mbi sigurinë e escitalopram, edhe pse përqendrimet e saj të ulët të padëshirueshme në plazmë për të porsalindurit mund të ndryshojnë në mënyrë të konsiderueshme. Dihet se shumë antidepressantë janë më mirë të kalojnë përmes placentës, kështu që fëmijët e palindur janë të ekspozuar ndaj rolit të tyre nga foshnjat që ushqehen me qumështin e nënës. Nëse një pacient po merr në shtatzani, duhet të vazhdohet me të njëjtën terapi dhe gjatë dhënies së gjirit, në mënyrë që të porsalindurit të mos ekspozohen ndaj një grupi më të madh medikamentesh. Rekomandimet klinike për nënat duhet të marrin ilaqet kundër depresionit pas ushqyerjes me gji dhe menjëherë pas gjumit për të shmangur ekspozimin ndaj përqendrimit më të lartë të ilaqit.
- b) Në rastin e parë, pacienti është i njohur me depresionin pas lindjes simptomat e saj ishin aq të rënda që ata të ndërhyjnë me aftësinë e saj për t'u kujdesur për veten dhe familjen e saj. Ai kurrë nuk kishte simptoma psikiatrike në të kaluarën, por anëtarët e familjes vuanin nga çrregullime bipolare. Trajtimi në këtë rast do të përfshijë edukimin e pacientit rreth depresionit dhe depresioni pas lindjes, por edhe në lidhje me çrregullim bipolar, sepse rrjedha e sëmundjes së saj mund të zhvillohet në këtë çrregullim. Në këtë rast, rekomandohet përdorimi i ilaqeve antidepressive. Foshnja nuk ishte e ekspozuar në ilaqet kundër depresionit gjatë shtatëzansisë, prandaj pacienti është këshilluar për të shqyrtuar nëse dëshiron të ushqejë me gji, ndërsa duke marrë këto ilaqet kundër depresionit, e pajisë atë me të gjithë informacionin e nevojshëm në lidhje me këto ilaqet kundër depresionit. Burri i saj mori pjesë në planifikimin e terapisë dhe u informua për depresionin, simptomat e çrregullimeve bipolare dhe trajtimin. Pacienti vendosi të vazhdojë me ushqyerjen me gji,

terapia filloi me futjen e sertralinës nën mbikëqyrje të rrept të mjekut në periudhën prej disa javësh, ndërsa fëmija u pasua nga pediatri.

- c) Në një shembull tjetër, pacienti kërkoi këshilla për trajtim gjatë periudhës pas lindjes dhe gjatë dhënies së gjirit. Ajo kishte një histori të depresionit të rëndë dhe përdortenortriptilin gjatë shtatëzansisë. Ajo u informua për rreziqet e depresionit pas lindjes dhe nevojën për të vazhduar trajtimin pas lindjes. Pavarësisht nga mungesa e provave që nortriptilina parandalon fillimin e depresionit postpartum, duke pasur parasysh reagimin e pacientit në mëlçi, është rekomanduar të vazhdohet me nortriptilin dhe të nënshtrohet kontrollit hapësinor gjatë periudhës postpartum. Të gjithë informacionet e disponueshme për përdorimin e nortriptilinës gjatë dhënies së gjirit i janë ofruar pacientit. Pediatri i ardhshëm u kontaktua dhe u diskutua rreth rreziqeve për fëmijë. Në këtë rast, edhe pse foshnja ishte tashmë e ekspozuar ndaj antidepressantëve në subjekt, pacienti vendosi të mos heqë dorë.⁶

2.6. Stresi pas-traumatik pas lindjes

Çrregullimet e stresit pas-traumatik janë pasojë e një traume fizike apo psikologjike. Në këto raste individët kanë çrregullime të sjelljes, si shmangia e mjediseve të lidhura me traumën, rikthimin e ngjarjeve traumatike dhe paaftësinë për një jetesë normale. Stres pas-traumatik mund të shkaktojë lindjet urgjente me ndërhyrje, qoftë ato vaginale, qoftë ato abdominale, sikurse edhe dhimbjet e papritura. Në terren të stresit pas-traumatik mund të shfaqet frika ndaj një lindjeje të mëvonshme, e cila mund të arrijë deri në frikë dhe të shfaqet me të gjitha simptomat e përgjithshme të këtij çrregullimi. Prandaj, në rastet kur është e nevojshme një ndërhyrje urgjente gjatë lindjes, pacientja duhet të nënshtrohet psikoterapisë, menjëherë pas lindjes ose edhe më vonë, për të shmangur shfaqjen e stresit pas-traumatik. Gratë që kanë pasur përvoja të këqija me lindjen priren shpesh të përjetojnë traumat e mëparshme ndërsa afron lindja tjetër.

⁶ Campbell SB, Cohn JF: Prevalence and correlates of postpartum depression in firsttime mothers. *J Abnorm Psychol* 1991; 100:594-599.

2.7. Menaxhimi i dëshpërimit në prag të lindjes

Për pjesën më të madhe të rasteve, episodet e lindjes janë momente lumturie dhe shkak për festime. Kur një paciente dhe familja e saj përjetojnë një humbje të shoqëruar me një shtazëni, një vëmendje e veçantë i duhet kushtuar pacientes së dëshpëruar dhe familjes së saj.

Rastet më të qarta të humbjeve në prag të lindjes, janë ato kur ndodh vdekja fetusit ose vdekja e të porsalindurit. Humbje të tjera më të lehta mund të shoqërohen me një sasi të konsiderueshme trishtimi të tilla si, lindja e një foshnje shumë të sëmurë ose të keqformuar, histerektomi e papritur e bërë për një hemorragji të vështirë pas lindjes.

Është e rëndësishme që karakteristikat e pacientes së dëshpëruar, të njihen dhe të kuptohen nga profesionistët që kujdesen për paciente të tilla; përndryshe do të ndodhin keqkuptime dhe keqmenaxhime të konsiderueshme të pacientes. P.sh., nëse reagimi i pacientes dhe qëndrimi i saj armiqësor nuk merren parasysh, një infermiere apo një mjek mund të ndërmarrë vendime apo veprime personale ndaj pacientes ose familjarëve të saj dhe ta shmangë pacienten pikërisht në momentin kur ajo ka më shumë se kurrë nevojë për ndihmë dhe ngushllim. Për këtë arsyeje shume mjekë, infermier, mami e kanë të vështirë të merren me paciente, fetusin ose foshnjën e të cilave kanë vdekur. Dhe si rrjedhojë, ka një ngurrim për të diskutuar vdekjen e foshnjës me paciente.⁷

⁷ **Obstetrika, - shtatzënitë normale dhe shtatzënitë patologjike.**

5. REFERENCAT

1. **Grozdanić, V. Tragovi razvoja posebnog statusa neuračunljivog delikventa u povijesti krivičnog prava starog i srednjeg vijeka, Zbornik Pravnog fakulteta u Rijeci, 1988; vol 9: 37-52**
2. **Traktati i Oksfordit për Mjekësinë,**
3. **Šendula-Jengiç, V., Bošković, G. Forenzički značaj drugih, težih duševnih smetnji, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, 2001; vol 22 (2): 635-654.**
4. **Gunn, J., Taylor, P.J. Forensic Psychiatry-Clinical, Legal and Ethical Issues. Oxford. Butterworth Heinemann,.**
5. **Campbell SB, Cohn JF: Prevalence and correlates of postpartum depression in firsttime mothers. J Abnorm Psychol 1991; 100:594-599.**
6. **Obstetrika- shtatzënit normale dhe shtatzënit patologjike.**
7. **Traktati Mjekësor i psikiatrisë.**

7. CV E KANDIDATËS

Të dhëna personale	
1.Mbiemri	Zhara
2.Emri	Romina
3.Nacionaliteti	Shqiptare
4.Shtetësia	Kosovare
5.Data e lindjës	02.04.1996
6. Gjinia	Femër
7.Numri Personal	1234967122
Të dhënat kontaktuese	
Telefoni:	+383-49-754-694
Adresa:	Pejë
Emaili:	rominazhara@hotmail.com
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e Mesme e Lartë	Shkolla e Mesme e Mjekësisë Ramiz Sadiku Pejë
	Dega: Ndihm. infermiere e mamisë
Universiteti	Universiteti i Gjakovës "Fehmi Agani"
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Mami
Statusi	E rregullt
Nr.ID- së	150305050