

**UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I I MJEKËSISË
DEPARTAMENTI I NEUROSHKENCËS**

**DEPRESIONI PERINATAL –
PREVALENCA, SKRINIMI DHE
REZULTATET NGA SKRINIMI I
TIJ**

**Dizertacion
Për Marrjen e Gradës Shkencore**

DOKTOR

**Kandidati: Mirela Çela
Udhëheqës Shkencor: Prof. Dr. Vuksan KOLA**

TIRANË 2020



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I I MJEKËSISË

DISERTACION
I PARAQITUR NGA

Znj. Mirela ÇELA
PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: PSIKIATRI
Programi i Studimeve të Doktoraturës në Neuroshkencë

TEMA: “DEPRESIONI PERINATAL – PREVALENCA, SKRINIMI DHE
REZULTATET NGA SKRINIMI I TIJ”

Udhëheqës Shkencor: Prof. Dr. Vuksan KOLA

MBROHET ME DATË 16/11/2020 PARA JURISË

1. M. PETRELA	KRYETAR
2. J. KRUIJA	ANËTAR OPONENT
3. E. PETRELA	ANËTAR OPONENT
4. A. COMO	ANËTAR
5. N. MANOKU	ANËTAR

Parathënie

Depresioni është një nga shkaqet kryesore të sëmundjeve paaftësuese tek gratë (1). Në veçanti gratë në moshë për të lindur janë në një risk të lartë për depresion madhor (2-4). Periudha e shtatzënisë dhe pas lindjes e nënës së re mund të rrisin rrezikun për episode depresive.

Depresioni gjatë periudhës perinatale mund të ketë pasoja shkatërruese, jo vetëm për gruan që e përjeton atë, por gjithashtu edhe për fëmijët dhe familjen e saj (5-8). Depresioni perinatal përmbledh episode të depresionit madhor dhe minor të cilat ndodhin si gjatë periudhës së shtatzënisë ose brenda 12 muajve të parë pas lindjes (96).

Depresioni perinatal, i referuar vetëm si depresion madhor, ose edhe si depresion madhor apo minor, shpesh ngelet i padiagnostikuar sepse shumë nga shqetësimet dhe diskomfortet e shtatzënisë dhe periudhës së lehonisë janë të njëjta me simptomat e depresionit (13-14). Një sëmundje tjetër mendore mund të ndodhë gjatë periudhës postpartum, e cila është psikoza paslindjes. Ndryshe nga depresioni paslindjes psikoza paslindjes është relativisht një ngjarje e rrallë me një shkallë të vlerësuar të incidencës 1.1 deri 4.0 raste për 1000 lindje (15). Shfaqja e psikozës pas lindjes zakonisht është akute, dhe duket të jetë më shumë e zakonshme tek gratë me një histori të fortë familjare për çrregullime bipolare ose skizoafektive (96) psikoza post partum është një çrregullim i rëndësishëm, por nuk adresohet specifikisht në këtë studim.

Prevalenca dhe incidenca e depresionit perinatal është ende e paqartë. Publikime në botë vlerësojnë shkallën e depresionit madhor dhe minor të variojë gjerësisht nga 5 përqind në më shumë se 25 përqind të nënave të reja, në varësi të metodave, kohës së vlerësimit dhe karakteristikave të popullatës. (17-19)

Po kështu nuk ka ndonjë studim mirëfill për të sqaruar mënyrën e skrinimit të depresionit perinatal dhe vlefshmërinë e këtij skrinimi për depresionin perinatal (18,50, 51, 63).

Për këto arsye ndërmerret ky studim për të dhënë më shumë të dhëna lidhur me literaturën në botë të evidencës që ekziston, dhe të dhënave tek ne në lidhje me tre pyetje që ngrihen në lidhje me depresionin perinatal: 1. mbi prevalencën dhe incidencën e tij, 2. përpikmërinë e skrinimit të tij dhe 3. efektiviteti i skrinimit për identifikimin e grave në rrezik dhe për të zhvilluar depresion.

Në këtë mënyrë i vijmë në ndihmë grave shtatzane apo dhe të sapolindura për të njohur dhe për të marrë ndihmë nëse kanë nevojë dhe identifikohen si në rrezik për të zhvilluar depresion i cili ka pasoja si për nënën dhe fëmijën.

Po kështu i vijmë në ndihmë dhe mjekut obstetër (në shërbimin parësor) dhe mjekut konsultor për të identifikuar dhe të aftësohen, për të adresuar nënat të cilat kanë nevojë për ndihmë të mjekut psikiatër lidhur me depresionin perinatal.

Falenderim

*Mirënjohje dhe falenderim të veçantë për **Prof. Dr. Vuksan Kola** si udhëheqës shkencor i këtij punimi.*

Falenderoj profesorët e Departamentit të Neuroshkencës në QSUT, kolegët, dhe bashkëpunëtorët për ndihmesën e tyre, si dhe familjen time për suportin maksimal në realizimin e këtij studimi.

Shkurtesa

EPDS- Edinburg Postnatal Depression Survey

DP - Depresioni Postnatal

QSUT- Qendra Spitalore Universitare Tiranë

QSH- Qendra Shëndetësore

PND – Post Natal Depression

Përmbajtja

Parathënie.....	4 -
Falenderim.....	5 -
Shkurtesa	6 -
Abstrakt	11 -
I HYRJE	13 -
Njohuri të Përgjithëshme - Çrregullimet e humorit	13 -
Çrregullimet Depressive.....	14 -
Simptomat e depresionit	15 -
Simptomat e depresionit	15 -
Simptomat vegetative. Cilat janë.....	16 -
Simptomat e motivacionit.....	18 -
Simptomat kognitive - Cilat janë?	18 -
Simptomat somatike.....	19 -
Klasifikimi i çrregullimeve depressive	19 -
Depresioni psikotik kundrejt depresionit jo psikotik	23 -
Diagnoza diferenciale	24 -
Çrregullimi depresiv madhor.....	26 -
Depresioni perinatal gjate shtatzanise.....	31 -
Depresioni perinatal.....	31 -
Depresioni pas lindjes (postnatal).....	31 -
Faktorët që kontribuojnë për depresionin pas lindjes	33 -
Klinika	34 -
Strategjitë për tu ndjerë më mire	36 -
II. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT.....	38 -
III. METODOLOGJIA	39 -
Analiza statistikore.....	41 -

IV. REZULTATE	- 42 -
V. DISKUTIME	- 72 -
VI. PËRFUNDIME	- 77 -
VII. REKOMANDIME	- 78 -
VIII BIBLIOGRAFIA	- 79 -
IX SHTOJCA	- 90 -

Lista e tabelave

Tabela 3. 1. Karakteristikat sociodemografike te pacientëve	42 -
Tabela 3. 2. Karakteristikat klinike të pacienteve	45 -
Tabela 3. 3. A keni probleme trupore kohët e fundit	48 -
Tabela 3. 4. Mirëqënia psikosociale	49 -
Tabela 3. 5. Unë kam qenë me humor dhe në gjëndje të shoh anën pozitive të gjërave	-
51 -	
Tabela 3. 6. Unë kam qënë në gjëndje të shoh përpara, kam shijuar me kënaqësi momentet.....	51 -
Tabela 3. 7. Unë kam fajësuar veten time në mënyrë të panevojshme kur gjërat shkonin gabim.....	51 -
Tabela 3. 8. Unë kam qenë ankioze ose e shqetësuar pa ndonjë arsye të fortë	52 -
Tabela 3. 9. Unë jam ndjerë e frikësuar pa ndonjë arsye shumë të fortë	53 -
Tabela 3. 10. Gjërat më kanë dalë jashtë kontrollit	53 -
Tabela 3. 11. Unë kam qenë aq e pa lumtur sa kam pasur vështirësi për të fjetur.....	54 -
Tabela 3. 12. Unë jam ndjerë e dëshpëruar ose e trishtuar	54 -
Tabela 3. 13. Unë kam qenë aq e pa lumtur sa më vinte për të qarë	55 -
Tabela 3. 14 Më ka shkuar ndërmend të dëmtoj veten time	55 -
Tabela 3. 15. Frekuenca e depresionit për totalin e pjesëmarrësve	56 -
Tabela 3. 16. Pikëzimi i EPDS tek gratë me depresion dhe pa depresion	56 -
Tabela 3. 17. Frekuenca e Depresionit paralindjes dhe pas lindjes	57 -
Tabela 3. 18. Pikëzimi i EPDS për depresionin para lindjes dhe pas lindjes	58 -
Tabela 3. 19. Frekuenca e depresionit sipas tremujorit të shtatëzaniës	59 -
Tabela 3. 20. Frekuenca e depresionit sipas kohës pas lindjes	60 -
Tabela 3. 21 Frekuenca e depresionit sipas karakteristikave sociodemografike të grave.	-
62 -	
Tabela 3. 22. Frekuenca e depresionit sipas karakteristikave klinike te grave.	65 -
Tabela 3. 23. Frekuenca e depresionit në lidhje me mirëqënien bazë psikosociale.....	68 -
Tabela 3. 24. Faktorët e riskut për depresion. Analiza Multivariate - Regresioni Logjistik	71 -

Lista e figurave

Figura 3. 1 Histogrami i moshës së pjesëmarrësve në studim	- 43 -
Figura 3. 2 Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës, nivelit të edukimit dhe statusit martesor.....	- 44 -
Figura 3. 3 Shpërndarja e rasteve sipas vendlindjes, vendbanimit, profesionit dhe vendit të plotësimit të pyetësorit	- 44 -
Figura 3. 4 Shtatëzania dhe koha pas lindjes	- 46 -
Figura 3. 5 Frekuenca e infertilitetit aborteve dhe numri i fëmijëve	- 47 -
Figura 3. 6 Histori të mëparshme në lidhje me stres.....	- 48 -
Figura 3. 7 Mirëqënia bazë psikosociale.....	- 50 -
Figura 3. 8 Frekuenca e Depresionit për totalin e pjesëmarrësve	- 56 -
Figura 3. 9 Krahasimi i pikëve mesatare të grave pa depression dhe me depression.....	- 57 -
Figura 3. 10 Frekuenca e Depresionit antepartum dhe postpartum (error bars 95%CI) -	58 -
Figura 3. 11 Krahasimi i pikëve të EPDS antepartum dhe post partum për totalin e grave dhe sipas statusit të depresionit.....	- 59 -
Figura 3. 12 Frekuenca e depresionit sipas tremujorit të shtatëzanise.....	- 60 -
Figura 3. 13 Frekuenca e depresionit sipas kohës pas lindjes.....	- 61 -
Figura 3. 14 Krahasimi i moshës së grave me dhe pa depresion	- 63 -
Figura 3. 15 Frekuenca e depresionit sipas karakteristikave sociodemografike-1	- 63 -
Figura 3. 16 Frekuenca e depresionit sipas karakteristikave sociodemografike-2	- 64 -
Figura 3. 17 Frekuenca e depresionit sipas karakteristikave klinike të grave	- 66 -
Figura 3. 18 Frekuenca e depresionit në lidhje me mirëqënien bazë psikosociale	- 69 -
Figura 3. 19 Krahasimi i pikëzimit të kënaqësisë nga martesat.....	- 70 -

Abstrakt

Gjinia luan një rol të rëndësishëm në shkallën e prevalencës së depresionit: tek gratë dy herë më shumë krahasuar me burrat (4). Gratë në moshë për të lindur dhe ushqyer me gji fëmijën janë në rrezik të lartë për depresion madhor (2,3,4-5). Shtatzania dhe periudha pas lindjes (nënë e re) mund të rrisë rrezikun për episode depressive. Depresioni gjatë periudhës perinatale, mund të sjellë pasoja shkatërruese, për gruan, por edhe për fëmijët dhe familjen e saj. Ndërveprimet nënë – fëmijë, të nënave depressive dhe fëmijëve të tyre janë me një cilësi më të ulët sesa atyre jodepressive (7,8). Depresioni matern shoqërohet me mos paraqitjen në vizita pediatrike, paraqitje të shpeshta në shërbimet e urgjencës (47). Depresioni prindëror ka të bëjë me rritjen e niveleve të shqetësimeve psikiatrike midis fëmijëve dhe me një lidhje atachment më të pasigurt tek fëmija (7,8). Depresioni perinatal përmbledh episode të depresionit madhor dhe minor të cilat ndodhin si gjatë periudhës së shtatzanisë ose brenda 12 muajve të parë pas lindjes. Depresioni perinatal, i referuar vetëm si depresion madhor, ose edhe si depresion madhor apo minor, shpesh ngelet i padiagnostikuar sepse shumë nga shqetësimet dhe diskomfortet e shtatzanisë dhe periudhës së lehonisë janë të njëjta me simptomat e depresionit (13, 15). Prevalenca dhe incidenca e depresionit perinatal është ende e paqartë. Publikime në botë vlerësojnë shkallën e depresionit madhor dhe minor të variojë gjerësisht nga 5 përqind në më shumë se 25 përqind të nënave të reja, në varësi të metodave, kohës së vlerësimit dhe karakteristikave të popullatës (17, 19). Punime të hershme janë kryer në këtë fushë ku mund të përmendim O'Hara MW, Swain AM. "Rates and risk of postpartum depression — a meta-analysis". *Int Rev Psychiatry* 1996; Flynn HA, Davis M, Marcus SM, et al. "Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization". *Gen Hosp Psychiatry* 2004; AHRQ; "Perinatal depression" 2005; University of Illinois Chicago "Perinatal Mental Health Project" 2007, apo "Perinatal depression: an update and overview." Stuart-Parrigon K1, Stuart S. *Curr Psychiatry Rep.* 2014 Sep;16(9):468. doi: 10.1007/s11920-014-0468-6. etj

Tek ne, në vendin tonë ende nuk ka të dhëna apo studime të mirfillta në lidhje me depresionin perinatal.

Kontributi specifik që sjell studimi në njohuritë e deritanishme në vendin tonë është shumë i rëndësishëm për disa arsye:

- Marrim një tablo paraprake të prevalencës të depresionit perinatal,

- Të dhëna të vlefshme lidhur me faktorët e rrezikut (socio-ekonomike, të dhëna mbi moshën, kohën e shfaqjes),
- shohim rëndësinë e diagnostikimit të depresionit perinatal (skrinimit),
- rëndësinë e skrinimit të depresionit perinatal tek gratë,
- si dhe nëse duhet shtrirë ky skrinim tek mjeku i familjes apo mjeku obstetër gjinekolog në shërbimin parësor, gjatë vizitave rutinë kontroll që bën gruaja shtatzënë para dhe pas lindjes tek mjeku konsultor.
- Në nivel ndërkombëtar jep të dhëna të cilat mund të krahasohen me të dhënat ekzistuese të të dhënave në botë.

Nga ky studim përfituesit direktë do të jenë pacientet nënat e reja. Diagnostikimi në kohë do të sjellë një cilësi më të mirë të jetës së tyre, një kujdesje më të mirë për fëmijën, familjen dhe martesën. Ky studim do të ketë vlerë për vetë sistemin, mjekun obstetër, mjekun e familjes dhe mjekun psikiatër, të cilët pajisen me të dhëna të vlefshme mbi depresionin perinatal dhe mënyrën e skrinimit të tij si dhe mundësinë e parandalimit.

I HYRJE

Njohuri të Përgjithëshme - Çrregullimet e humorit

Çrregullimet e humorit (të quajtura gjithashtu çrregullime afektive), përfshijnë spektrin e emocioneve që variojnë nga depresioni i thellë në hipomaninë e shfrenuar dhe në mani. Humori i larte ose i deprimuar dominon tabllon klinike, por padyshim që humori nuk është i vetmi problem për pacientin me çrregullime të humorit. Simptomat fizike, sjellja vetëdestruktive, humbja e funksionimit shoqëror dhe dëmtimi i njohjes së realitetit shpesh shoqërojnë depresionin dhe maninë, duke paraqitur vështirësi dhe nganjëherë probleme kërcënuese për jetën e pacientëve dhe familjarëve të tyre (5,6,29,34).

Ne të gjithë jemi subjekt i ndryshimeve të humorit në jetën tonë të përditshme. Ndjenjat e hidhërimit dhe deshperimit janë pjesë normale e ekzistencës humane. Atëherë, si mundemi ne të dallojmë humorin normal nga ai patologjik, jonormal. Mbi çfarë bazë janë gjëndjet e humorit të emërtuara si patologjik, jonormal, Mbi çfarë bazë janë gjëndjet e humorit të emërtuara si patologjike. Në përpjekje për të njohur ndryshimet e humorit patologjik, mund të bëhen disa pyetje në lidhje me intensivitetin e humorit dhe për kohëzgjatjen e tij.- Gjëndjet e humorit patologjik zgjasin në mënyrë të papërshtatshme dhe janë të rënda. A i shoqërojnë simptomat fizike ndryshimet e humorit?- Dëmtimi i funksionimit trupor është i zakonshëm duke përfshirë shqetësimet e gjumit, oreksit dhe të veprimtarisë seksuale. A çrregullon humori aktivitete normale ditore? - Dëmtimi i përshtatjes ndodh në rolet shoqërore të zakonshme (p.sh.; në jetën familjare, punë, shkollë, hobitë e ndryshme). A është i aftë pacienti të njohë dëmtimin e realitetit? P.sh.: A shoqërohet ndryshimi i humorit me halucinacione, me deluzione ose konfuzione? A e fut humori pacientin ose njerëzit e tjerë në rrezik? - Rreziku mund të jetë direkt (p.sh.: qëllim suicidal ose qëllim homocidal, ose indirekt si rezultat i dëmtimit të gjumit) (1,3,48,55).

Ashtu si në shumë sëmundje të tjera shkaqet e çrregullimeve të humorit mbesin një mister dhe janë subjekt i studimeve intensive të një debati të nxehtë. Diagnoza pothuajse mbështetet plotësisht në historinë, simptomat dhe sjelljen e pacientit. Megjithatë, meqënëse depresioni dhe hipomania mund të paraqesin veten në shumë mënyra, diagnoza nuk është gjithmonë e lehtë. Për shumë vite klinikistët kanë debatuar si t'i organizojnë më mirë çrregullimet e humorit në kategoritë diagnostike, duke përdorur hipoteza të ndryshme rreth etiologjisë dhe grupeve të ndryshme të simptomave. Klasifikimi më klasik dhe më pak i kundërshtueshëm i çrregullimeve të humorit është ndarja në unipolar- bipolar. (Tabela 1-1) (6, 24, 30, 40, 41, 50).

Tabela 1-1 Format madhore të çrregullimeve të humorit.	
Tipi	Çelësi i vendosjes së diagnozës
Çrregullimi depresiv madhor	Histori depresioni pa histori hipomanie
Çrregullimi distimik	

Çrregullimi depresiv I paspecifikuar gjetiu	
Çrregullim bipolar I	Histori për episode hipomanie me ose pa histori depresioni
Çrregullim bipolar II	
Çrregullim ciklotimik	
Çrregullim bipolar i pa specifikuar gjetiu	
Për shkak të sëmundjeve mjekësore.	Histori depresioni ose episode hipomanie për shkak të sëmundjes mjekësore
Për shkak të abuzimit të substancave.	për shkak të abuzimit të substancave ose
Të pa specifikuar gjetiu	Nuk i përshtatet një çrregullimi të përcaktuar humori.

Çrregullimet e humorit unipolar karakterizohen nga episode depresioni, por pa episode hipomanie. Depresioni mund të jetë i vazhdueshëm ose episodik: ai mund të rishfaqet përsëri, dhe përsëri, ose të ndodhë vetëm një herë. Kjo kategori nënkupton çrregullimin depresiv madhor dhe çrregullimin distimik më të lehtë e më i zgjatur (6,29,48, 56, 78).

Çrregullimet e humorit bipolar janë sëmundje që janë të pranishme në periudha të ndryshme gjatë dekursit të sëmundjes, si depresioni ashtu dhe hipomania, ose në disa raste manifestohen të dyja në gjëndje të “përzier” (48, 56, 78, 100, 105).

Kjo kategori përbën çrregullimin bipolar I, çrregullimin bipolar II dhe një formë më të lehtë të sëmundjes bipolare, çrregullimi ciklotimik. Dallimi në mes të sëmundjes unipolare dhe bipolar bëhet jo vetëm në bazë të simptomave, por gjithashtu edhe të modeleve të ndryshme gjenetike dhe familjare, përgjigjeve të ndryshme gjatë ndërhyrjeve me mjekim dhe karakteristikave të ndryshme fizike biokimike (48, 56, 78, 100, 105).

Çrregullimet Depressive

Depresioni është një prej sëmundjeve mendore më të zakonshme. Në të vërtetë të paktën 1 në 10 të rritur gjatë jetës së tij ose të saj, përjetojnë një ose më shumë episode depresioni. Studjuesit e vlerësojnë rrezikun gjatë jetës, për depresionin jetësor deri në 30%. Disa prej personave të deprimuar marrin ndihmë profesionale, ndërsa shumë të tjerë jo. Ndoshta vetëm 10%-25% e atyre që janë me çrregullime depressive kërkojnë trajnim. Është e rëndësishme që të gjithë mjekët praktikues si dhe profesionistët e tjerë të shëndetit, të njohin shenjat dhe simptomat e këtyre çrregullimeve bipolare (29, 56, 87, 96, 104-106, 111).

Tabloja klinike e depresionit ndryshon shumë. Një pacient mund të shfaqë lotë dhe të mbyllet në vetëvete, një tjetër mund të ketë dhimbje në pjesën e poshtme të shpinës dhe lodhje kronike, ndërsa një i tretë mund të tmerrohet se bashkëshortja e tij po përgatitet ta vrasë. Megjithatë, tek këta tre pacientë mund të ketë çrregullime depressive, madje edhe mund ti përgjigjen modaliteteve trajtimi të njëjta. Nuk ka një simptomë të vetme që të jetë e

pranishme në të gjitha episodet depressive. Personat e deprimuar më shumë ndjehen të hidhëruar ose “të mërzitur pa humor”, por edhe humori i deprimuar nuk është universal. Disa pacientë nuk tregojnë për shqetësime të humorit, por kanë shenja fizike klasike të depresionit dhe i përgjigjen në mënyrë të favorshme trajtimit me barna antidepressive (29, 56, 87, 96, 104-106, 111).

Simptomat e depresionit

Duke qenë se depresioni mund të paraqitet me forma të ndryshme, lista e simptomave është e gjatë. Disa prej simptomave më të zakonshme të depresioneve unipolare tregohen dhe përshkruhen më poshtë, të grupuara në përputhje me funksionet mendore dhe fizike që ato dëmtojnë. Në çdo kohë të caktuar pacienti mund të shqetësohet nga një ose shumë prej këtyre vuajtjeve (5, 6, 29, 55-56, 78, 95, 100, 102).

Simptomat e depresionit

Afektive

- Humori i deprimuar
- Anhedonia
- Ankthi

Vegjetative

- Çrregullimi i gjumit
- Çrregullimi i oreksit
- Humbje e energjisë
- Humbje e libidos
- Frenim psikomotor
- Axhitacion psikomotor

Motivacional

- Humbje e interesit për veprimtaritë e zakonshme
- Vështirësi në përqëndrim
- Mendimi ose veprim suicidal
- Somatike
- Ankesa trupore
- Lekundjet e afektit
- Humori i deprimuar.

Më shumë se 90% e pacientëve të deprimuar përjetojnë gjëndje shpirtërore hidhërimi ose dekurajimi të zgjatura, ose ndjenjën e moskujdesjes së mëtejshme. Humori depresiv zakonisht e ngjyros krejt jetën mendore të pacientit, ai është i gatshëm dhe dominues. Një përqindje e vogël e pacientëve nuk provojnë humor depresiv, por manifestojnë simptoma të tjera. Çelësi i diagnozës në raste të tjera është se situata e pacientit shpesh hidhëron intervistuesin, megjithëse vetë pacienti nuk tregon pikëllim. Fëmijët e deprimuar shpesh nuk ankohen për disfori, por vazhdimisht paraqesin shprehje të helmuara të fytyrës.

Anhedonia

Anhedonia është paaftësia për të provuar kënaqësi nga aktivitetet e mëparëshme të pëlqyeshme. Ajo është pothuajse simptoma universale e depresionit. Aktivitetet që mund të mos pëlqehen janë: ngrënia, seksi, hobitë, sportet, ngjarjet shoqërore dhe funksionet familjare.

Ankthi.

Shumica e pacientëve të deprimuar përjetojnë ankth, që do të thotë shqetësim i brendshëm me tmerr, frikë ose parashikime të rrezikut, së bashku me disfunsione të sistemit nervor autonom të tilla si: djersitja, palpitacione, pulsi i përshpejtuar ose “flutra në stomak”. Për arsye se ankthi dhe depresioni shpesh shkojnë krah për krah, mund të jetë e vështirë të dallosh pacientët që kanë depresion nga ata që kanë çrregullime të ankthit primar.

Simptomat vegetative. Cilat janë

Simptomat vegetative i referohen problemeve fizike specifike që shpesh shoqërojnë humorin depresiv. Prania ose mungesa e këtyre simptomave është e një rëndësie parësore në parashikimin e përgjigjes ndaj terapive somatike të depresionit. Në këtë mënyrë duhet të kërkohej rreth simptomave vegetative kurdoherë që është e mundur diagnoza e depresionit.

Çrregullimi i gjumit.

Shumica e pacientëve të deprimuar provojnë disa forma të pagjumësisë. Këtu mund të përmendim vështirësinë për të zënë gjumi (insomnia e hershme e fillimit të gjumit). Pacientët që kanë këtë ankesë shpesh tregojnë “përpëlitje në krevat”, ndërsa mund të thuhet se për typin me vete ngjarjet që kanë ndodhur gjatë ditës. Të tjerë ankohen për zgjime gjatë gjumit, shpesh nga tmerret e natës dhe kthimi përsëri në gjumë është i vështirë (pagjumësia e mesme e vazhdimit të gjumit). Veçanërisht zakonshëm është zgjimi herët në mëngjes (pagjumësia terminale) pacientët zgjohen shpejt në mëngjes psh. në orën 5.00 ose shumë më herët dhe nuk mund të flejnë më. Barnat hipnotike shpesh herë janë të pa suksesshëm në zgjatjen e gjumit tek pacientët depresiv, ndërkohë që antidepresivët në përgjithësi janë më efektivë. Ndonëse pagjumësia është normë në të sëmurët depresivë, disa njerëz veçanërisht fëmijët, adultët e rinj dhe ata me sëmundje bipolare kanë hipersomni ose flenë shumë më tepër (29, 55-56, 78, 95, 100, 102, 104,105).

Çrregullimi i oreksit.

Shumë pacientë depresivë kanë humbje të oreksit (anoreksia) me ose pa humbje në peshë. Gjatë marrjes së historisë së pacientit, vazhdimisht duhet të dokumentoni për çdo humbje të peshës dhe të periudhës se kur ka ndodhur kjo humbje. Humbja në peshë mund të jetë e vogël

ose shumë e madhe, madje deri sa të kërcënojnë jetën. Një pakicë njerëzish, veçanërisht “gratë e reja” dhe ato me sëmundje bipolare, mund të kenë mbingrënien (hiperfagi) ose ngrënie të babëzitura (Bulimia) si simptoma të depresionit. Në raste të tilla vihet re shtim në peshë.

Humbja e energjisë (Anergjia).

Pacientët e deprimuar kanë lodhje dhe humbje të energjisë edhe kur nuk bëjnë ushtrime fizike dhe e përshkruajnë këtë si “rënie” ose “anergji”, sikur e gjithë energjia të jetë shkarkuar nga trupi i tyre. Ata mund të mendojnë se mund të kenë deficiencë të vitaminave ose disa persona shumë të deprimuar besojnë se rënia e energjisë së tyre shkaktohet nga kanceri ose TBC. Disa njerëz kanë ndryshime ditore të humorit dhe të nivelit të energjisë që do të thotë se depresioni është më keq në mëngjes dhe përmirësohet deri diku gjatë ditës (5, 6, 29, 55-56, 78, 95, 100, 102).

Pakësim i libidos.

Humbje e interesit dhe energjisë seksuale takohet shpesh në pacientët depresiv. Kjo rënie e libidos mund të rrisë tensionet martesore e të pakësojë vetëvlerësimin tashmë të dobësuar të pacientit. Tek burrat Simptomi më i zakonshëm i pranishëm është impotenca. Duhet të kërkohet në mënyrë specifike rreth difunksionit seksual kur dyshohet për depresion, pasi shumica e njerëzve e kanë të vështirë të shprehin vullnetarisht një informacion të tillë.

Frenimi psikomotor

Shumica e pacientëve depresivë kanë prapambetje të mendimit, të të folurit dhe të veprimit. Përgjigjet e rralla ndaj pyetjeve dhe të folurit e ngadaltë, me vështrim të fiksuar dhe lëvizje të ngadalta të trupit janë të gjitha pjesë të këtij sindromi. i cili mund të jetë mjaft i rëndë për ti ngjarë katatonisë.

Axhitacioni psikomotor

Disa të sëmurë depresiv veçanërisht të vjetër, manifestojnë më shumë axhitacion sesa ngadalesim, frenim. Kjo nënkupton një shqetësim të pakënaqshëm ose tension, që është paaftësia për t'u qetësuar dhe për të qëndruar ulur në një vënd. Njerëzit të tillë duken “nervozë”. Ndryshe nga individët me hipomani, veprimtaria e të cilëve është e qëllimtë, njerëzit e axhituar bëjnë përpjekje të lehtësojnë tensionin, si shkundja e duarve, shëtitja lart e poshtë, ngrënia e thonjëve dhe shkulja e flokëve (55-56, 78, 95, 100, 102-105).

Simptomat e motivacionit

Humbja e interesit për aktivitetet e zakonshme.

Pacientët e deprimuar manifestojnë jo vetëm humbje të kënaqësisë, por gjithashtu dhe pakësim të motivacionit, shpesh herë në të gjitha fushat e jetës. Puna, jeta shtëpiake dhe gjithë veprimtaritë e tjera duken pakuptim dhe jo interesante (5, 6, 29, 55-56).

Ndjenja e mungesës së shpresës dhe e paaftësisë.

Njerëzit që janë shumë të deprimuar, ndjejnë se nuk mund të përballen edhe me detyrat më të vogla, duke përfshirë këtu higjienën personale dhe paraqitjen estetike. Detyrat e shkollës, të punës dhe të shtëpisë papritur duken për të sëmurin depresiv se nuk mund të kryhen dot. Individit që nuk shikon asgjë përveç fatit të keq në të ardhmen, mund të humbë të gjithë motivacionin për të vazhduar më tej. Ngritja e tij nga shtrati në mëngjes, mund të kërkojë orë të tëra, shumë kohë (1,3, 6, 29, 34, 78, 95, 100, 102-103).

Mendimet ose veprimet suicidale.

Suicidi është komplikacioni më serioz i çrregullimeve depresive dhe fatkeqësisht është shumë i zakonshëm. Një përqind e të gjithë pacientëve të deprimuar e vrasin veten brenda 12 muajve pas fillimit të episodit depresiv nëse nuk mjekohen. Ndër pacientët që kanë depresione rekurente, eventualisht 15% të tyre kryejnë suicid. Pacientët depresivë janë në rrezik të madh për suicid edhe 6-9 muaj pas disa përmirësimeve në simptomatikën. Kjo dukuri që duket paradoksale mund të ndodhë, ngaqë pacienti ka fituar mjaft energji dhe motivacion për të përfunduar planet e suicidit, nëse po nuk ka rifituar një vision të mjaftueshëm pozitiv në jetë që të jetë në gjendje të zgjedhë alternativë të kundërt me vetë destruksionin (5, 6, 29, 55-56, 103).

Simptomat kognitive - Cilat janë?

Ndjenja e fajit, pavlerësisë dhe e vetëvlerësimit të ulur.

Njerëzit e deprimuar shpesh e qortojnë vetëveten për të metat që mendojnë që i ekzagjerojnë, por që e ndjejnë se janë të kuptueshme për të tjerët. Njerëz të tillë nuk janë në gjendje të vlerësojnë realisht aftësitë e tyre në detyrat ditore.

Vetëvlerësimi i tyre mund të variojë nga përshtypje të lehta mbi pavlerësinë, deri në halucinacione auditive kritike të rënda ndaj vetes, që përshkruhen në paragrafin e “psikozës” më poshtë (1, 3, 5, 6).

Vështirësi në përqëndrim.

Pacientët e deprimuar mund të jenë plotësisht të preokupuar me mendimet e brendshme, aq sa kanë vështirësi për ti kushtuar vëmendje ambientit të jashtëm. Ata shpesh ankohen për “kujtesë të dobët” ose nuk janë në gjëndje të përqëndrohen në veprimtari të kohës së lirë si; lexim ose shikim të programeve televizive. Meqënëse pacientët me demencë kanë gjithashtu edhe problem me kujtesën dhe përqëndrimin, nganjëherë është e vështirë të dallohet depresioni nga demenca tek të moshuarit (29, 55-56, 78).

Psikoza.

Depresioni mund të jetë mjaft i rëndë, ku mund të shfaqen simptoma psikotike, më shpesh halucinacione dhe deluzione. Përmbajtja e këtyre halucinacioneve dhe deluzioneve zakonisht i përshtatet depresionit (përputhet me humorin). Psh.: pacientët e deprimuar me psikozë, mund të kenë besime deluzionale, dhe ndjehen të përsekutuar dhe fajtores, pasi ata janë mëkatarë ose të pavlerë: (“Burri përpiqet të më vrasë pasi jam grua e keqe”). Halucinacionet shpesh marrin formën e zërave që qortojnë njerëzit e deprimuar për gabimet e tyre. Simptomat psikotike që nuk përputhen, jo kongruente me humorin shfaqen rrallë, nganjëherë në formë të deluzioneve të përsekutimit (5, 6, 29, 55-56, 78, 95, 100, 102).

Simptomat somatike

Përveç simptomave vegetative klasike të depresionit, një varg simptomash somatike janë pjesë e çrregullimit depresiv. Më të shpeshta janë: dhembjet e kokës, dhembjet e shpinës, krampet muskulare, nausea, të vjellët, konstipacioni, djegësira, marrje fryme, hiperventilimi dhe ankthi, dhimbje kraharori. Shumë pacientë të deprimuar i nënshtrohen ekzaminimeve të ndryshme, psh, egzaminimeve radiologjike dhe testeve laboratorike, madje disa i nënshtrohen edhe procedurave kirurgjikale. Jo rrallë diagnoza e depresionit merret në konsideratë vetëm pasi studimet e shumta laboratorike nuk gjejnë ndonjë bazë organike të sëmundjes dhe mjeku arrin në konkluzionin se gjithçka është subjektive. Shqyrtimi i kujdesshëm i ankesave shpesh do të zbulojë simptoma të tjera përveç dhimbjeve, që tregojnë më qartë për diagnozën e depresionit (5, 6, 29, 55-56, 78, 95, 100, 102, 103-105, 110-112).

Klasifikimi i çrregullimeve depresive

Kategoritë diagnostike të çrregullimeve depresive në DSM-IV-ën.

Lista e gjatë e përshkruar më sipër e bën të qartë se ekziston një variacion i madh midis simptomave të depresionit. Variacionet e tipave të depresionit pothuajse janë pa mbarim ku merren në konsideratë faktorët precipitues, historitë familjare dhe dekurset klinike. Disa njerëz mbesin depresivë pas ngjarjeve të dukshme traumatike, të tjerët duket se bien në depresion pa ndonjë arsye të dukshme. Disa pacientë e kanë pemën e familjes me të afërt depresiv, të tjerë kanë histori familjare për sëmundje mendore. Disa njerëz kalojnë episode të veçuara, të kufizuara të simptomave depresive, të tjerë ankohen se kanë qenë të deprimuar gjatë gjithë jetës së tyre. Në çrregullimet e tjera të humorit vihet re një ndryshueshmëri e ngjashme.

Shumë sisteme klasifikuese janë propozuar, shumica e të cilave bazohen në teori të pa provuara për ato që shkaktojnë çrregullimin mendor. Një sistem më i ri i bazuar në simptomat dhe dekursin klinik paraqitet në DSM-IV (manuali diagnostic I semundjeve mendore) (5, 6, 29, 55-56, 78, 95, 100, 102).

Sistemi DSM-IV-ës i diagnostifikimit të çrregullimeve të humorit përbëhet nga tre komponentë: episodet e humorit, çrregullimet e humorit dhe përcaktuesit.

1. Episodet e humorit në të cilat përfshihen episodi depresiv madhor, episodi maniakal, episodi i përzier dhe episodi hipomaniakal, janë episode të veçantë të çrregullimeve të humorit, që përbëjnë blloqet e ndërtesës të çrregullimeve të humorit. Prania ose mungesa e një ose më shumë prej episodeve të humorit nuk diagnostifikohen më vete.
2. Çrregullimet e humorit janë kategori diagnostike, ku secili prej tyre ka grupin e kritereve diagnostike. Këto kritere diagnostike përfshijnë episodet e humorit dhe karakteristikat e tjera të çrregullimit të veçantë të humorit.
3. Përcaktuesit përdoren për mbajtjen e një përshkrimi të hollësishëm të natyrës dhe dekursit të episodeve të humorit të pacientit. Përcaktuesit përshkruajnë episodin më të fundit të humorit (p.sh. Të lehtë, kronik, me tipare katatonike) ose ecurinë e episodeve rekurente të humorit p.sh. Modelin me ciklim të shpejtë sezonal).

Ndonëse çdo çrregullim humori është një entitet i veçantë, episodet e humorit dhe përcaktuesit shkurtojnë çrregullimet në mënyrë të dallueshme, gje që ndikon në përcaktimin dhe përshkrimin e ndryshimeve në çrregullimin e humorit. Psh. Në çrregullimin depresiv madhor një përcaktues karakterizon gravitetin e episodit depresiv madhor më recent dhe tjetri këmbëngul në se episodi ka tipare psikotike (5, 6, 29, 55-56, 78, 95, 100, 102-103, 110-113).

DSM-IV-a përcakton, tre çrregullimet depressive bazë:

1. Çrregullimi depresiv madhor.

Çrregullimi depresiv madhor përbehet nga 1 ose më shumë episode depressive madhore, gjë që varet në se depresioni është një episod i vetëm ose rekurent dhe 2 mungesa e një episod maniakal, një episod të përzier ose një episod hipomaniakal të qartë. Në çrregullimin depresiv madhor, simptomat janë të rënda dhe të qëndrueshme dhe sëmundja ka cilësi të veçanta episodike.

2. Çrregullimi distimik.

Krahasuar me çrregullimin depresiv madhor, depresioni distimik është kronik, por është më e lehtë (gjithashtu quhet neurozë depressive). Në çrregullimin distimik simptomat fluktojnë dhe janë më pak të rënda, psikoza nuk është e pranishme dhe sëmundja është kronike.

3. Çrregullimi depresiv i pa klasifikuar gjetiu (NOS).

Çrregullimi depresiv (p.sh. Çrregullimi depresiv primar, çrregullimi depresiv rekurent), diagnostikohet kur simptomat nuk plotësojnë kriteret për çrregullimet e tjera depressive të përcaktura.

Tabela1-3. Kriteret DSM IV-ës për episodin depresiv madhor.

- A. Pesë (ose më shumë) prej simptomave të mëposhtme, që janë të pranishme gjatë të një periudhë dy javore dhe paraqesin ndryshim nga funksionimi i mëparshëm. Të paktën një prej simptomave është: 1) humor i depresiv ose 2) humbje e interesit ose e kënaqësisë.**

Shënim: Nuk duhet të përfshihen simptomat që duken qartë se janë shkaktuar prej sëmundjeve mjekësore të përgjithshme, ose prej deluzioneve ose halucinacioneve të papërputhshëm me gjendjen shpirtërore të pacienti

1. Pjesën më të madhe të kohës humor depresiv, pothuajse çdo ditë, sikundër duket si nga raportimi i subjektit (psh. Ndjehet i hidhëruar ose i zbratur), ashtu dhe nga vërtetimet e bëra nga njerëzit e tjerë (p.sh. Pamja me lotë).
Shënim: Në fëmijëri dhe tek adoleshentët mund të vërehet humor i shqetësuar.
2. Pakësim i dukshëm i interesit ose kënaqësisë në të gjitha, ose pothuajse në të gjitha veprimtaritë shumicën e ditës, afërsisht çdo ditë, siç duket nga vlerësimi i subjektit ose vërtetimi i bërë nga njerëzit e tjerë.
3. Rënie e dukshme në peshë pa mbajtur dietë, ose shtim në peshë (psh. Ndryshim i më shumë se 5% të peshës së trupit në një muaj), ose pakësim ose shtim i oreksit pothuajse çdo ditë.

Shënim: Tek fëmijët konsiderohet dështim nëse nuk fiton peshën që pritet.

4. Pagjumësi ose gjumë i shtuar pothuajse çdo ditë.
5. Axhitacion psikomotor ose ngadalesim pothuajse çdo ditë (e vërtetueshme nga njerëz të tjerë, jo vetëm ide subjektive të shqetësimit ose të ngadalësimit).
6. Lodhje ose humbje energjie pothuajse çdo ditë.
7. Ndjenjë e pavlerësisë ose fajit të tepruar, ose të papërshtatur (I cili mund të jetë deluzional) pothuajse çdo ditë, (vetëm vetëqortim rreth të qënurit i sëmurë).
8. Pakësim i aftësisë për të menduar ose përqëndruar, ose pavendosmëri pothuajse çdo ditë (si nga vlerësimi subjektiv ashtu dhe nga vërtetimi nga njerëz të tjerë)
9. Mendime rekurente të vdekjes (jo vetëm frikë nga vdekja), ide suicidale rekuerente pa një plan specifik, ose përpjekje suicidal ose plan specifik për të kryer suicid.

B. Simptomat nuk plotësojnë kriteret për një episod të përzier

C. Simptomat shkaktojnë shqetësim të dukshëm klinik, ose dëmtim të fushave shoqërore profesionale, ose të fushave të tjera të rëndësishme të funksionimit.

D. Simptomat nuk shkaktohen nga efektët fiziologjike direkte të substancave (psh. Abuzimi i barnave, mjekim), ose sëmundje mjekësore të përgjithshme (p.sh. Hypotiroizmi)

- E. Simptomat nuk shkaktohen nga një humbje e madhe, psh. Pas, humbjes së një personi të dashur, simptomat persistojnë për më shumë se dy muaj ose karakterizohen nga dëmtim i dukshëm i funksionimit, ide te pavlerësisë, ide suicidale, simptoma psikotike me frenim psikomotor**

Tabela 1-4. Kriteret DSM-IV-së për çrregullimin distimik.

- A.** Humor depresiv për pjesën më të madhe të ditës dhe për më të shumtën e ditëve, sic duket nga shpjegimi i subjektit ose vrojtimi i njerzve të tjerë të paktën për dy vjet. Shënim. Tek fëmijët dhe adoleshentët humori mund të jetë i shqetësuar dhe zgjatja duhet të jetë të paktën 1 vit.
- B.** Prania ndërsa është i deprimuar, i dy ose më shumë prej simptomave të mëposhtme:
1. Oreks i keq ose ngrënie e tepruar,
 2. Pagjumësi ose përgjumësi,
 3. Ulje e energjisë ose lodhje,
 4. Ulje e vetëvlerësimit,
 5. Përqëndrim i keq ose vështirësi në marrjen e vendimeve,
 6. Ndjenja të humbjes së shpresës.
- C.** Gjatë periudhës 2- vjeçare (1 vit për fëmijët dhe adoleshentët), personi nuk ka qënë asnjëherë pa simptoma të kriterit A dhe B për një periudhë më shumë se dy muaj
- D.** Asnjë episode depresiv madhor (shiko tabelën 6-3) nuk ka qënë i pranishëm gjatë dy viteve të para të shqetësimit (1 vit për fëmijët dhe adoleshentët). Psh: shqetësimi nuk shpjegohet më mirë me çrregullimin depresiv madhor kronik, ose me çrregullimin depresiv madhor në remission të pjesshëm.
- Shënim: Mund të ketë qënë një episod depresiv madhor i mëparshëm, i cili lë të kuptojë se ka patur një remision të parë (pa shenja të rëndësishme ose simptoma për dy muaj), përpara zhvillimit të çrregullimit distimik. Përvec kësaj, pas dy viteve të para, (1 vit tek fëmijët dhe adoleshentët) të çrregullimit distimik, mund të ketë episode të superpozuar të çrregullimit depresiv madhor në një masë të tillë, që mund të përdoren të dy diagnozat kur plotësohen kriteret për një episode depresiv madhor.*
- E.** Asnjëherë nuk ka patur episode maniakal, episode të përzier ose episode hipomoniakale, dhe kurrë nuk janë plotësuar kriteret për çrregullimin psikotik kronik , i tillë si skizofrenia ose çrregullimi delusional.

- F. Shqetësimi nuk shfaqet ekskluzivisht gjatë ecures së çrregullimit psikotik kronik, i tillë si skizofrenia ose çrregullimi delusional.
- G. Simptomat nuk shkaktohen ng aefektet fiziologjike direkte të substancave (Psh. Hipotiroidizmi)
- H. Simptomat shkaktojnë shqetësim të rëndësishëm klinik ose dëmtim të aftësive shoqërore, profesionale, ose të fushave të tjera të rëndësishme të funksionimit.

Tabela 1-5 krahasimi i çrregullimit depresiv madhor me distimine

Karakteristikat	Çrregullim depresiv madhor Distimi	
	Po	Po
Humor disforik	Po	Po
Gravitet i simptomave	I rëndë	I lehtë në të moderuar
Dëmtimi i funksionit	I zakonshëm	Më pak i zakonshëm
Psikozë	Mund të jetë e pranishme	Nuk është e pranishme
Persistencë e simptomave	Çdo ditë të pranishme	Zakonisht fluktojnë
Kohëzgjatja e simptomave	Çdo ditë për një periudhë dyjavore	Herë po herë jo për një periudhë dyvjeçare

Shumica qëndrojnë diku në një spektër midis ekstremeve endogjene dhe reaktive. P. Sh, pothuajse të gjithë pacientët depresivë nëse insistohet, mund të përmendimin disa ngjarje recente të papëlqyeshme në jetën e tyre, që mund të konsiderohen si precipituese. Dhe shumë njerëz depresiv kanë si stres jetësore të dukshme ashtu dhe shenja vegetative të qarta. Për ta ndërlikuar dhe më shumë problemin prania e stresorëve precipitues të jetës nuk deklarohet një përgjigje të favorshme ndaj mjekimit me barna ose ECT. (5, 6, 29, 48, 55-56, 78, 95, 100, 102, 104-105)

Depresioni psikotik kundrejt depresionit jo psikotik.

Depresioni psikotik kundrejt depresionit jo psikotik i referohet aftësisë për njohjen e realitetit. Depresioni psikotik, përdoret sidomos për të treguar depresionin gjatë të cilit personi ka humbur aftësinë për të njohur realitetin dhe që manifestohet me deluzione, halucinacione ose konfuzion të thellë. Rreth 10% e të gjithë pacientëve të deprimuar kanë simptoma psikotike.

Ka dëshmi të shumta se depresionet psikotike janë bazë biologjike, madje disa studjues besojnë se depresioni psikotik dallohet shumë nga format jo psikotike dhe të ndërgjegjësojë klinikistin për shtimin e rrezikut për suicid dhe ta çojë në mendimin se duhet shtruar në spital.

Në depresionin jo psikotik njohja e realitetit nuk preket dhe në terma më të përgjithshme funksionimi në jetën e përditshme nuk dëmtohet dukshëm. Termi të lehtë të kuptosh origjinën psikologjike më shumë se shfaqet biologjike, aq sa nganjëherë përdoret në mënyrë sinonime me çrregullimin distimik (5, 6, 29, 55-56).

Depresion i axhituar kundrejt depresionit me frenim, i ndan çrregullimet depresive në varësi të çrregullimeve motore që shfaqen si pjesë e sëmundjes.

Diagnoza diferenciale

Për vendosjen e diagnozës të çrregullimit depresiv madhor ose dhe çrregullimit distimik, ju duhet të përjashtoni sëmundje që imitojnë depresionin dhe që fshehin sëmundje që manifestojnë veten në mënyrë sekondare si depression.

Shkaqet organike

Shkaqet organike të çrregullimeve depressive janë të shumta në numër për tu shënuar në tërësinë e tyre, por ato më të zakonshmet janë si më poshtë:

Barnat

Ndërmjet barnave të shumta që mund të shkaktojnë depresion janë rezerpina, propranololi, steroidet, metildopa, kontraceptivët oralë, etanol, marijuana, halucinogjenet. Zverdhjes nga amfetamina, benzodiazepinat dhe barbiturate, gjithashtu, mund të shkaktojnë sindromë depressive.

Sëmundjet infektive.

Pneumonia, hepatitis dhe mononukleozat mund të shkaktojnë sindromë depressive.

Tumoret.

Tumoret shpesh prezantohen në fillim si depresion, sidomos kanceri i kokës së pankreasit.

Çrregullimet endokrine.

Çrregullimet endokrine, veçanërisht ato të gjëndrës tiroide, adrenaleve ose pituitare, mund të shkaktojnë depresion. Hypotiridizmi edhe kur është subklinik mund të përkeqësojë ose të shkaktojë depresion, dhe zëvendësimi i hormonit të tiroides mund të jetë i vetmi trajtim që kërkohet

Çrregullimet e sistemit nervor qendror Tumoret (SNC).

Tumoret e trurit dhe hemoragjitë cerebrale mund të shkaktojnë depresion.

Sëmundjet sistematike.

Sëmundjet sistematike, përfshirë këtu aneminë dhe deficitet nutricionale, janë shkaqe të zakonshme të depresionit.

Vlerësimi rutinë i pacientëve me depresion duhet të përfshijë matjet depistuese, që paraqiten në tabelën 6 – 6, si dhe matjet plotësuese që janë të domosdoshme, nëse historia e pacientit ose prezantimi klinik sugjeron sidomos një problem organik.

Tabela 1-6 Ekzaminimi mjekësor i pacientit depresiv. (78, 95, 100, 102)

Vlerësimet depistuese rutinë.

Historia mjekësore duke përfshirë edhe përdorimin e barnave.

Ekzaminimi i gjakut komplet

Ekzaminimet biokimike të gjakut

Testet e funksionimit të tiroides

Analiza e urinës

Vlerësimet depistuese plotësuese

Konsulta neurologjike
Ekzaminimi i toraksit me rreze X
Elektrokardiograma
Tomografia e kompjuterizuar
Shkaqet psikiatrike

Demenca.

Meqënëse pacientët me demencë kanë humbje të kujtesës dhe vështirësi në përqëndrim, mund të jetë i vështirë dallimi midis depresionit dhe demencës, veçanërisht në të moshuarit. Vetë demenca Alzheimer ka formë klinike me depresion plus Pseudodemenca Depressive.

Reaksioni psikologjik ndaj sëmundjes fizike.

Njerëzit që papritur e gjejnë veten të paaftë ose të dëmtuar nga ana funksionale për shkak të sëmundjeve mjekësore, shpesh reagojnë me depresion.

Skizofrenia.

Diferencimi midis skizofrenisë dhe depresionit psikotik mund të jetë i vështirë. Në skizofreni simptomat depressive ndjekin fillimin e psikozës, në depresion psikotik çrregullimi i humorit paraqitet ose koincidon me fillimin e psikozës. Historia e funksionimit normal midis episodeve psikotike si dhe prania e sëmundjeve bipolare (çrregullimeve të humorit) në familje, sygjeron për sëmundje bipolare. Kujtoni, gjithashtu, se pacientët skizofrenë mund të kenë episode depressive sekondare, veçanërisht gjatë shërimit nga një remisioi i psikozës akute (5, 6, 29).

Çrregullimi skizoafektiv

Çrregullimi skizoafektiv si diagnozë u vihet pacientëve, simptomat e të cilëve dhe dekursi klinik e bën të pamundur të diferencosh ndërmyjet depresionit dhe skizofrenisë (1,3,55-56).

Çrregullimet bipolar

Pacientët që kanë në fillim depresion, më vonë mund të shfaqin hipomani ose mani ose episod të përzier, e cila i përjashton ata nga kategoria unipolare. Gjatë kësaj kohe, ne nuk jemi në gjëndje të parashikojmë se cili nga pacientët me çrregullim depresiv unipolar, do të shfaqë eventualisht sëmundje bipolar në vënd të asaj skizofrenike(78, 95).

Zia

Sindromi i plotë depresiv shpesh është reaksion normal gjatë vdekjes së njeriut të dashur. Ai mund të nënkuptojë çrregullimet e gjumit dhe të oreksit. Një reaksion i tillë rrallë fillon më shumë se 2-3 muaj pas humbjes, dhe nuk con në dëmtim funksional të dukshëm dhe të zgjatur. Duhet mbajtur mënd se zgjatja e reaksionit gjatë humbjes normale varion shumë midis grupeve etnike. Reaksionet e hidhërimit mund të zgjasin 6 muaj deri në 1 vit. Terapia somatike në përgjithësi nuk është e indikuar po qe se simptomat depressive nuk dëmtojnë gjëndjen shëndetësore të personit, ose të shkaktojnë paaftësi të zgjatur të funksionit (34, 78, 95).

Çrregullime personaliteti.

Shumë pacientë me çrregullime të personalitetit, veçanërisht me çrregullime të personalitetit histerik, kufitar dhe obsesivo- kompulsiv, kanë gjithashtu simptoma depressive. Shpeshherë depresioni është kronik, ka simptoma fluktuante dhe zakonisht plotëson kriteret për çrregullim distimik (55-56, 100, 102).

Varësia ndaj alkolit.

Varësia nga alkoli shpesh shoqërohet me simptoma depressive. Mendohet se shumë pacientë alkoolikë aktualisht janë depresiv dhe e vetë- mjekojnë depresionin bazë duke pirë, por abuzimi kronik i alkoolit mund të jetë gjithashtu shkak i vetëm i simptomave depressive (1,3,5,34).

Ankthi

Dallimi i ndërmjet çrregullimeve të ankthit dhe çrregullimeve të depresionit nuk është gjithmonë një detyrë e lehtë pasi një përqindje e madhe e pacientëve depresivë kanë gjithashtu ankth. Superpozimi ndërmjet depresionit dhe çrregullimeve të ankthit bëhet dhe më i madh në atakun e panikut . Superpozimi nënvizoi efikasitetin e barnave antidepressive në trajtimin e çrregullimeve të panikut .

Luhatjet normale të humorit.

Nuk ka asnjë dyshim se secili prej nesh në një kohë të caktuar është ndier i deprimuar. Megjithatë, lëkundjet normale të humorit nuk janë aq të gjata dhe aq të rënda sa në distimi dhe depresionin madhor. Përveç kësaj ndryshimet normale të humorit nuk ndërhyjnë dukshëm në funksionimin e përditshëm (1,3,5,6,34,48).

Dekursi klinik

Çrregullimi depresiv madhor

Simptomat e episodit depresiv madhor zakonisht zhvillohen brënda një periudhe prej disa ditësh ose javësh, por mund të zhvillohen edhe krejt papritur, veçanërisht pas një stresi të rëndë jetësor. Episodi depresiv mund të paraqitet për disa muaj prej simptomave më të lehta, nga ankthet ose ataket e panikut. Episodet depressive më akute janë vetëkufizues dhe kanë prognozë të mirë edhe pa terapi, ndërkohë që terapia somatike (barnat) shkaktojnë ulje të intesitetit të simptomave dhe përshpejtim të shërimit. Pa terapi (barna) akute, shumica e episodeve depressive zgjat 4-6 muaj dhe 80% e pacientëve shërohen brënda 2 vitesh. Ndërmjet 50% dhe 60 % e tyre që kanë episode depresiv madhor të parë, do të ketë një ose më shumë rishfaqje në jetën e tyre. Një pakicë e njerëzve kthehen në nivelet e tyre të mëparshme të funksionimit ndërmjet episodeve depressive. Megjithatë, rreth 33% e atyre me episode depressive madhore nuk kthehen kurrë më në gjëndjen e tyre premorbide të shëndetit mendor, ata kanë simptoma reziduale dhe dëmtime shoqërore. Faktorët që duken se predispozojnë disa persona depresivë për një dekurs kronik janë: mosha e shtyrë, historia familjare për depresion, problemet afatgjata të personalitetit dhe mungesa e përkrahjes shoqërore. Njerëzit që kanë episode depressive madhore ka shumë mundësi të zhvillojë

episode maniakale ose hipomaniakale (psh. Çrregullimi bipolar), se sa ata që provojnë një episode të vetëm depresiv (1,3,5,6,34,48).

Suicidi

Rreth 50% e njerëzve që kryejnë suicid kanë simptomat e depresionit. Vlerësimet e rrezikut të suicidit në të gjitha çrregullimet e humorit janë më të larta se 15%, me periudhë të madhe rreziku brenda 5 vjetëve pas fillimit të çrregullimit të humorit. Rreziku i suicidit midis pacientëve me çrregullime të humorit është 30 herë më i madh se ai i popullatës së përgjithshme.

Çrregullimi distimik

Ndryshe nga çrregullimi depresiv madhor, çrregullimi distimik nuk ka një fillim të qartë, por duket për pacientin sikur të ai të ketë qënë gjithmonë me të. Si rregull vihet re më shumë një dekurs kronik sesa episodik. Dëmtimi shoqëror dhe profesional mund të jetë i lehtë ose i moderuar, po kjo shkaktohet më shumë nga kroniciteti i simptomave sesa nga graviteti i tyre. Hospitalizimi rrallë here është i domosdoshëm, po qe se pacienti nuk planifikon ose nuk përpiqet të kryejë suicid (1,3,5,6,18,21, 32,36, 54).

Epidemiologjia

Çrregullimet depresive shfaqen kudo. Shifrat e mëposhtme japin një pamje të shpërndarjes së tyre në popullatën e përgjithshme.

Rreziku morbid

Të paktën, 10% e njerëzve të rritur, në popullësin e përgjithshme, gjatë një periudhe ose një tjetër, ka një ose më shumë episode depresive madhore. Disa e vlerësojnë rrezikun e zhvillimit të çrregullimit depresiv madhor ose çrregullimit distimik që ka një individ gjatë jetës së tij.

Mosha e fillimit

Çrregullimi i depresiv madhor, mund të fillojë në çdo moshë dhe mosha më e zakonshme e fillimit lëkundet midis 20-të dhe 50-të. Çrregullimi distimik shpesh fillon në fëmijëri, adoleshencë ose në rini. Në kundërshtim nga besimi popullor, depresioni nuk është më i zakonshëm në njerëzit e moshuar se sa midis adultëve të rinj.

Seksi

Çrregullimi depresiv madhor është afërsisht dy herë më i zakonshëm në femrat sesa në meshkujt, ndërsa çrregullimi distimik vlerësohet të jetë katër herë më i zakonshëm në gratë se në burrat. Arsyet për këtë diferencë nuk njihen plotësisht.

Statusi shoqëror ekonomik

Ndonëse nuk tregohet ndonjë tendencë e fortë ose e vazhdueshme, duket se depresioni është më i zakonshëm në shtresat social-ekonomike më të larta.

Statusi martesor

Incidenca e depresionit madhor nuk vlerësohet ndryshe midis njerëzve beqar, të martuar, të divorcuar ose të ve. Disa studime njoftojnë për një incidencë të rritur të distimisë midis njerëzve të ndarë dhe të divorcuar, por kjo tendencë nuk është e shprehur.

Historia familjare

Çrregullimi depresiv madhor ka një model familjar të qartë dhe një histori familjare për episode depressive dyfishë ose trefishë, përsa i përket rrezikut që ka personi për të zhvilluar sëmundjen. Modelet familjare në çrregullimin distimik nuk janë formuar.

Etiologjia

Nuk është identifikuar asnjë faktor i vetëm shkakor i depresionit. Në të vërtetë sindromet depressive janë aq të ndryshme në dekursin dhe simptomatologjinë e tyre, sa që zbulimi i një shkakut të vetëm i të gjithë çrregullimeve depressive është shumë i pamundur. Kërkimet studimore tregojnë shumë faktorë që duket se kontribuojnë në zhvillimin e sëmundjes depressive.

Gjenetika

Studimet e incidencës së sëmundjes depressive në binjakët, në familje dhe në popullatën e përgjithshme, kanë formuar qartë bazën gjenetike, të paktën, për disa çrregullime depressive. Dëshmitë përfshijnë faktin se familjarët e pacientëve me çrregullim depresiv madhor, kanë një prevalencë më të lartë depresioni se njerëzit në popullatën e përgjithshme. Prevalenca e çrregullimit depresiv madhor, është më e madhe midis familjarëve të shkallës së parë të personave me çrregullim depresiv madhor. Gjithashtu binjakët kanë një shkallë përputhje 65%-75% për depresion, ndërsa binjakët dyvezorë kanë vetëm shkallë përputhje 14% -15% për sëmundje kjo do të thotë se në qoftëse një binjak ka depresion, ka shumë më tepër mundësi që dhe binjaku tjetër gjithashtu të ketë depresion, nëse ai ose ajo është identik më shumë se vëllazëror (65-66, 69,72, 82, 92,95, 99, 104).

Anomalitë neurokimike.

Në studimet shkencore mbi relacionet biokimike të depresionit, vëmendje e madhe është përqendruar te neurotransmetuesit që trasmetojnë impulse nervore në tru nga një neuron në tjetrin, vecanërisht në norepinefrinën, serotoninën, dopaminën dhe acidin gamaaminobutirik (GABA).

Hipoteza katekalamike që u zhvillua gjatë viteve 60-të, u bazua në arsyetimin se depresioni dhe mania ishin gjëndje biokimike opozitare. Depresioni mendohej se kishte lidhje me defecitin e një ose më shumë neurotransmetuesve katekolaminikë në sinapset kritike të SNQ ndërsa mania mendohej se kishte lidhje me shtimin e këtyre katekolaminave (4,20,71, 113).

Norepinefrina.

Norepinefrina është gjetur në sistemin nervor qëndror dhe në atë periferik. Të dhenat sugjerojnë se në disa forma të depresionit ndodh çrregullimi i norepinefrinës në sistemin nervor qëndror. Ky konstatim bazohet në studimet që tregojnë për nivele patologjike të ulëta ose të larta të metabolitit kryesor të saj 3-methoxy-4- hidroksiphenylglykol 9 MHPG) në urinën e disa pacientëve depresiv.

Koncepti i pakësimit të tonit të norepinefrinës në depresion, do të jetë i qëndrueshëm në faktin se disa antidepressiv triklidik psh. Imipramina (Tofranili), desipramina (Norpramina), bllokojnë kapjen e norepinefrinës që mbetet aktive si neurotransmetues, rritja e tonit të norepinefrinës mund të lidhet me shkallën e lartë të ankthit në gjëndjet depressive. Gjithashtu

janë gjetur shumë tregues të tjerë të çrregullimit të norepinefrinës në SNQ port ë dhënat që implikojnë norepinefrinën si neurotransmetues disfunksional primar në depresion mungojnë.

Serotonina.

Në studimet që masim nivelet e acidit 5-hydroxyindolacetik (5-HIAA) në lëngun truno-shpinor, është eksploruar gjithashtu mundësia e çrregullimit të serotoninës në SNQ. Studjuesit kanë shpresuar të identifikojnë një nëngrup pacientësh depresivë që kanë nivele të ulëta të 5-HIAA në likuorin (LCF), dhe që do t'i përgjigjeshin klinikisht barnave antidepressivë triciklike që bllokojnë rikapjen e serotoninës nga neuronet presinaptike dhe për pasojë rritjen e sasisë së serotoninës nga neuronet së efektshme për neurotransmetim. Në fakt, vetëm një shumicë e thjeshtë e studimeve kanë njoftuar për nivele të ulëta të 5-HIAA në lëngun truno – shpinor (LCF) të pacientëve depresivë, dhe ky shënues nuk ka qënë një parashikues i dobishëm i përgjigjes së pacientit ndaj tipave të veçantë të antidepressivëve. Megjithatë, të dhëna të rëndësishme flasin për rolin e serotoninës (- hidroksytryptaminës) në depresionin madhor. Antidepressivët nuk janë të efektshëm kur Sistemi Nervor Qëndror është i Zbrazur nga triptofani, prekursori aminoacid i serotoninës. Inhibitorët e rikapjes së serotoninës, ashtu si dhe antagonistët e receptorëve të serotoninës, kanë efekt terapeutik të rëndësishëm.

Me rëndësi është gjithashtu të kujtojmë se asnjë system neurotransmetues nuk vepron në mënyrë të pavarur nga neurotransmetuesit e tjerë. Norepinefrina dhe serotonina në veçanti; komunikojnë” me njëra tjetrën në mënyrë të tillë, që çrregullimi i njërës afekton funksionin e tjetrës.

Teoritë e depresionit mbi transmetimin e vetëm nuk kanë shumë fuqi shpjeguese. Përveç kësaj, hipotezat e trasmetimit të vetëm janë të vështira për t'u provuar në mënyrë empirike. Teoritë më të reja rreth bashkëveprimit më të mundshëm të sistemeve transmetuese të ndryshme, duken premtuese. P.sh: hipoteza e “lejueshmërisë” e serotoninës, Që thotë se mbytyja e serotoninës defektuaze prej sistemeve të neurotransmetimit (psh. Norepinefrina dopamian), lejon lëkundje të gjëra të humorit, të cilat mund të shpjegojnë kalimet jo vetëm në depression, por dhe në mani.

Duhet theksuar se shumë njerëz që klinikisht janë depresivë, nuk kanë deficienca të dukshme të neurotransmetuesve dhe as nuk i përgjigjen domosdoshmërisht mjekimit me antidepressivë (4, 25, 26-27, 31, 48, 60, 66, 73, 78, 88, 93). Në këtë mënyre deficiencat e neurotransmetuesve nuk shpjegojnë gjithë simptomat depressive.

Receptorët.

Studjuesit kanë qënë në gjëndje të karakterizojnë shumë site receptorësh për neurotransmetuesit, dhe barnat e ndryshme psikotrope, në tru dhe në indin periferik. Ata kanë gjetur se përdorimi afatgjatë i barnave antidepressive dhe ECT, ka tendencë të pakësoje numrin e receptorëve postsinaptik betaadrenergjikë, ndërsa rrisin përgjigjen neuronale ndaj stimulimit serotoninergji që lidhen me serotoninën, në disa fusha të trurit. Studimet sugjerojnë gjithashtu se alfa – adrenoreceptorët në trombocitet e disa pacientëve të deprimuar, janë të desensitizituart në krahasim me ato të subjekteve të kontrollit, jodepresivë. Se çfarë duan të thonë plotësisht këto të dhëna për njohjen tonë të patfiziologjisë së depresionit, akoma nuk është e qartë (4, 5, 29, 34).

Sistemet neuroendokrine

Funksionet hipotalamike, pituitare, adrenale, kortokale, tiroide dhe gonadale janë egzaminuar si faktorë të mundshëm në etiologjinë e çrregullimeve të humorit. Vitet e fundit, me mjaft interes ka qënë boshti pituitaro- adrenal, veçanërisht konstatimi empirik se disa pacientë depresivë nuk mund të supresojnë sasinë e kortizolit nga korteksi adrenal kur ngacmohet me një dozë dexametazon, të mjaftueshme për të shtypur sasinë e kortizolit në individë që nuk janë të deprimuar. Hiperkortisolizmi në pacientët depresive është një nga konstatimet vazhdimisht më të diskutueshme në psikiatrinë biologjike, kështu që studjuesit mendojnë se testi i supresionit të dexametazonit (DST) i cili mat aftësinë për të shtypur sasinë e kortizolit në individë, mund të jetë një test i vecantë për depresionin që i përgjigjet mjekimit. Për fat të keq kjo nuk u provua të ishte kështu, pasi rezultatet patologjike nga (DST) janë të zakonshme midis pacientëve me çrregullime të tjera psikiatrike, të gjitha si çrregullimet e ngrënies. Në këtë mënyrë, përgjigja patologjike e kortizolit ndaj dexametazonit, mund të jetë një tregues i disa tipave të sëmundjeve psikiatrike, por nuk është specifik për depression (1,3,5,6,55,78).

Faktorët e tjerë biologjikë.

Fusha të tjera të rëndësishme kërkimore në biologjinë e depresionit futen gjumi, ritmet cirkadiane, matjet bneuroanatomike, siç janë raporti ventikul-tru dhe gjërësia esulkuseve si dhe modelet në kafshë dhe sensibilizimi i sjelljes. Ndonëse janë gjetur anomaly në të gjitha këto fusha, atyre u mungon specifiteti për depresionin dhe akoma nuk kanë një rëndësi të qartë (48, 55).

Personaliteti dhe faktorët psikodinamikë

Literatuara mbi psikodinamikat e depresionit është e bollshme. Nuk është identifikuar asnjë tipar i vetëm i personalitetit, ose grup tiparësh që predisponon njeriun për depresionin, madje nuk është konstatuar as edhe një mekanizëm i vetëm psikologjik me të cilin zhvillohet depresioni (1, 3, 29, 34, 55, 100, 104).

Shumë teoricienë psikodinamikë tregojnë se ata që priren për deprimon karakterizohen nga vetvlerësimi i pakët dhe shkalla e lartë autokritike. Disa e konceptojnë depresionin si zemërim të kthyer nga brenda. Të tjerë shkruajnë për paqendrueshmërinë dhe pasigurinë gjatë bashkëveprimeve të herëshme nënë- fëmijë, se përbëjnë sfondin e ndjeshmërisë së mëvonshme ndaj ndarjeve prej personave të dashur, dhe i bëjnë më vulnerabël ndaj depresionit kur përballen me ndarjen ose humbjen (56, 78, 102).

Në studimin e shkaqeve të depresionit, i kushtohet vëmëndje e madhe rolit të humbjes interpersonale. Frojdi dhe pasuesit e tij ekzaminuan ngjashmëritë (dhe diferencat) midis humbjes normale dhe depresionit, duke thënë se njerëzit në përgjithësi kërkojnë ndihmë për episodet depresive, që duket se e kthejnë prapa në disa prej dështimeve të marrëdhënieve personale (psh.humbja e punës, vdekja e e personit të dashur, ndërprerja e martesës ose romancës së dashurisë). Studjuesit vunë re rritjen e incidencës së depresionit ndërmjet adultëve me humbjen (nga vdekja e prindtit në fëmijëri. Humbje të tilla mund ti bëjnë individët veçanërisht të ndjeshëm ndaj humbjeve në jetën e mëvonshme dhe në këtë mënyrë më vulnerabël ndaj sëmundjeve depresive, megjithatë, jo cdonjëri që humbet prindin në fëmijëri bëhet deprim në moshë të rritur, dhe shumë argumenta të tjerë duket se

përcaktojnë përgjigjet e individit ndaj humbjes. Vargu i faktorëve psikologjikë që kontribuojnë në depresion praktikisht është pambarim (104, 105).

Ndërsa teoria psikodinamike ia atribuon vulnerabilitetin ndaj depresionit përvojave formative të fëmijërisë, teoria behavior – kognitive nuk i jep rëndësi të kaluarës, dhe në vënd të saj përqëndrohet në çrregullimet e përmbajtjes dhe të proçesit të mendimit, si përgjegjës për humorin dhe sjelljen depressive (56, 100).

Depresioni mendohet se vjen si pasojë e shtrembërimeve kognitive- pikpamjeve negative ireale të vetes, botës dhe të ardhmes, të cilat duhet të korigjohen me qëllim që të lehtësohet shqetësimi afektiv. Një tjetër model i ngjashëm, ai i paaftësisë së mësuar theksohen rolin e përvojave të pakontrolluara të jetës së pacientit të cilat gjenerojnë ndjenjën e pazotësisë dhe në këtë mënyrë të çojnë në depresion (3, 13, 38, 45, 105, 112).

Depresioni perinatal gjate shtatzanise

Depresioni perinatal

Depresioni, çrregullimi më i zakonshëm i humorit në popullatën e përgjithshme, është afërsisht dy herë më i zakonshëm tek gratë, me fillimin e tij fillestar në vitet e moshës riprodhuese (120).

Prandaj, nuk është për t'u habitur që depresioni perinatal, i cili përfshin episodet depressive të mëdha dhe të vogla që ndodhin gjatë shtatzanisë ose në 12 muajt e parë pas lindjes, është një nga ndërlikimet më të zakonshme mjekësore gjatë shtatzanisë dhe periudhës pas lindjes, duke prekur një në shtatë gra (121).

Depresioni perinatal dhe çrregullime të tjera të humorit, siç janë çrregullimi bipolar dhe çrregullimet e ankthit (122) mund të kenë efekte shkatërruese për gratë, foshnjat dhe familjet.

Depresioni perinatal shpesh mbetet i panjohur sepse ndryshimet në gjumë, oreks dhe libido mund t'i atribuohen shtatzënisë normale apo dhe ndryshimeve pas lindjes. Gratë mund të hezitojnë të raportojnë ndryshime te gjendjes se tyre dhe si rrjedhim nuk mund të dallohen simptomat as nga ofruesit e kujdesit shëndetësor. (124)

Referuar një studimi (123), në lidhje me raportimin e simptomave te ofruesit e kujdesit shëndetësor, më pak se 20% e grave në të cilat u diagnostikua depresioni pas lindjes kishin raportuar simptomat e tyre te mjeku (123).

Depresioni pas lindjes (postnatal).

Ardhja e një foshnje është zakonisht një ngjarje e lumtur, por gjithashtu mund të jetë një periudhë e vështirë gjatë së cilës duhen bërë shumë ndryshime. Shumë gra nuk janë të vetëdijshëme se ndryshimet të humorit janë të zakonshme pas lindjes së fëmijës. Në fakt, në në vitin e parë pas lindjes një grua ka më shumë të ngjarë të ketë nevojë për ndihmë psikiatrike, sesa në cdo kohë tjetër të jetës së saj. Ekzistojnë tri çrregullime të njohura të humorit në periudhën pas lindjes.

Në fund të spektrit është “ Baby Blues”, që ndikon tek rreth 80% e nënave të reja , dhe që pritet që të ndodhë në pothuajse të gjitha nënat. Kjo zakonisht ndodh në mes të ditës së

tretë dhe të dhjetë pas lindjes. Simptomat përfshijnë: të lotuarit, ankthin, luhatjen e humorit dhe acarimin, “Blue” janë të përkohshëm dhe kalojnë me mirëkuptim dhe mbështetje. Në anën tjetër të spektrit është psikoza pas lindjes apo lehonisë. Kjo prek një në 500 nëna, zakonisht në 3 deri në 4 javët e para pas lindjes. Psikoza post-natale është një gjendje e rëndë. Nëna mund të mos jetë në dijeni se është sëmurë, por në realitet ajo është e prekur. Simptomat përfshijnë çrregullime të rënda të humorit (humor i lartë ose depresion apo luhatje nga njëra tek tjetra, frenim në proçeset e të menduarit, mendime të çuditshme, pagjumësi dhe përgjigje të papërshtatshme ndaj fëmijës. Ekziston rreziku për jetën e nënës dhe foshnjës nëse problem nuk njihet dhe trajtohet. Psikoza e lehonisë kërkon një qëndrim në spital. Me trajtimin e duhur, gratë që vuajnë nga psikoza e paslindjes shërohen plotësisht. Ndërmjet psikozes dhe „Blues“ shtrihet depresioni postnatal (PND). Më shumë se 15% e grave zhvillojnë depresion postnatal. Shumica e grave nuk e dinë që depresioni postnatal mund të ndodhë papritur pas lindjes dhe zakonisht ato i vënë fajin vetes, partnerëve të tyre ose fëmijëve për mënyrën sesi ndihen. Disa përpiqen shumë „që ta kalojnë këtë gjendje“ pa kuptuar se gratë me depresion pas lindjes kanë shumë pak kontroll ndaj mënyrës sesi ndihen. Është shumë e rëndësishme për gratë dhe partnerët e tyre që të mësojnë të njohin shenjat dhe simptomat e depresionit postnatal në mënyrë që të kërkojnë ndihmë sa më shpejt që të jetë e mundur (7, 9, 12, 16, 17, 28, 35, 37, 44, 49, 61).

Depresioni postnatal ndodhë në të gjitha kulturat, në të gjitha klasat social – ekonomike dhe në gratë e të gjitha moshave që lindin.

Depresioni postnatal nuk është një gjendje modes. Çdo brez e identifikon atë në mënyra të ndryshme. Ajo që ne e quajmë Depresion pas lindjes sot mund të ketë qenë quajtur 50 vjet më parë një „luhatje nervore“. Simptomat e buta, të moderuara ose të rënda mund të fillojnë gjatë shtatëzanisë (depresioni ante-natal) menjëherë pas lindjes, ose gradualisht në javët ose muajt vijim. Simptomat mund të shfaqen në çdo kohë gjatë vitit të parë pas lindjes, por shumica e rasteve e kanë fillimin e tyre brenda 4 muajve të parë;

Depresioni postnatal mund të ndodhë pas abortit gjatë lindjes normale apo (prerje cezariane). Shtatëzënia është faktori i përbashkët. Depresioni postnatal ndodhë kryesisht pas lindjes së foshnjës së pare, por mund të ndodhë edhe pas çdo shtatëzanie tjetër:

Depresioni postnatal ka një shans prej 50% përsëritje në një shtatëzëni të mëvonshme. Në qoftë se një grua mbetet shtatëzënë përsëri para se të shërohet nga depresioni postnatal, gjendja do të vazhdojë me shtatëzaninë dhe madje mund edhe të përkeqësohet (16, 35, 73, 75, 76, 77, 83, 85-87, 93, 101, 107, 109, 112, 115 -116).

Depresioni postnatal duhet parë nën këndvështrimin e gjendjes bio-psiko-sociale dhe ka një impakt ndaj mirëqënies biologjike, psikologjike (shpirtërore dhe social (kulturore). Faktorët që ndikojnë në depresionin postnatal vijnë nga të gjitha fushat dhe rezultojnë në një shumëllojshmëri simptomash. Një kombinim i ndryshëm faktorësh është përgjegjës për përvojën unike të çdo gruaje me depresionin postnatal drejt shërimit duhet të adresojnë të gjitha aspektet bio-psiko-sociale të jetës së gruas.

Depresioni postnatal ekziston brenda familjeve dhe komunitetit, jo vetëm brenda grave (7, 9, 12, 17, 28, 37, 44, 49, 101).

Faktorët që kontribuojnë për depresionin pas lindjes

Biologjikë

- ❖ Predispozita gjenetike për depresion;
- ❖ Ndryshimet e papritura hormonale;
- ❖ Mangësi në të ngrënit;
- ❖ Vështirësitë apo komplikimet e shtatëzanisë ose gjatë lindjes;
- ❖ Një histori HTA para-menstrual;
- ❖ Eksperienca të mëparshëm të depresionit postnatal,
- ❖ Ose një histori personale/familjare të shëndetit mendor.

Psikologjikë

- ❖ **Steriliteti** dhe përdorimi in-vitro fertilizimit (IVF) për konceptim.
- ❖ Një lindje e vështirë apo traumatike (duke përfshirë edhe ndërhyrjet e papritura, si p.sh seksionin e emergjencës cezariane);
- ❖ Një fëmijëri traumatike ose abusive (sidomos abuzimi seksual)
- ❖ Aftësi të kufizuara sociale dhe emocionale (vështirësi në komunikim në mënyrë efektive);
- ❖ Çështje problematike apo të pazgjidhura të marrëdhënies me mamanë;
- ❖ Çështje të pazgjidhura të së kaluarës, pikëllim dhe humbje të tilla si aborti.

Socialë

- ❖ Mungesa e mbështjelljes familjare dhe e komunitetit,
- ❖ Marrëdhënia e vështirë me partnerin nga emocionet nga largimet, puna me orë të zgjatura ose udhëtimet;
- ❖ Marrëdhënia familjare e bezdishme ose e vështirë
- ❖ Izolimi social dhe mungesa e transportit
- ❖ Vështirësia financiare
- ❖ Mungesa e miqve të ngushtë, veçanërisht e familjeve me fëmijë
- ❖ Të qenit në një moshë të re apo të shtyrë

Ngjarje stresuese jetësore të tilla si: vdekja në familje ose humbja e punës.

Gratë që përjetojnë këto gjëra duhet të kurajohen që të flasin me doktorin dhe familjen e tyre. Është e rëndësishme kuptimi individual ndaj kësaj gjëndjeje dhe diskutimi dhe vlerësimi i reagimit ndaj këtyre faktorëve

Klinika

Simptomat mund të fillojnë diku nga 24 orë deri në disa muaj pas lindjes. Gjatë fillimit të mënjëhershëm të simptomave të renda, gratë kanë më shumë gjasa për të kërkuar ndihmë më herët. Kur simptomat janë të vështira për tu ndarë nga ndryshimet normale që lindin nga të paturit e një fëmije, trajtimi mund të vonohet, dhe depresioni postnatal mund të zgjatet deri në vitin e dytë.

Përshkrimet e mëposhtme të simptomave të depresionit postnatal vijnë nga gratë që kanë qenë pjesë në grupe të depresionit postnatal (2, 62, 71).

Shqetësimet e gjumit

Shumica e grave me fëmijë të vegjël bien në gjumë sa më shpejtë që të jetë e mundur. Femrat me depression postnatal mund të qëndrojnë zgjuar me orë të tëra duke u ndjerë në ankth, ndërkohë që fëmija fle. Disa kanë problem për të fjetur ose për tu zgjuar herët në mëngjes. Të tjerat duan të flenë gjatë gjithë kohës dhe kanë problem të të ngriturit në mëngjes (2, 62, 71).

Mungesa e oreksit

Gratë mund të ndihen komplet jo të interesuara ndaj ushqimit dhe thonë. “Unë e forcoj veten për të ngrënë pasi unë jam duke ushqyer fëmijën me gji, për mua nuk më shijon asgjë” Disa hanë shumë në mënyrë që të kontrollojnë ankthin e tyre. Disa sëmuren vetë nga të menduarit e ushqimit (2, 62, 71).

Të qarat

Një grua mund të ndihet e mërzitur dhe të fillojë të qajë pa asnjë arsye. Të qarat vijnë natyrshëm gjatë ditës e natës. Disa thonë;” une dua të qaj por nuk mundem. Unë jam duke qarë përbrenda” (2, 62, 71).

Pamundësia për të përballuar

Punët e përditshme, kujdesja për fëmijën dhe veten mund të duken të pakapërcyeshme për gratë me depresion pas lindjes. Kërkesat e vogla me të cilat ajo është përballur mund ta dërrmojnë atë plotësisht. Ajo mund të flasë rreth ndjenjave të tilla si të vrapuarit, dëshirës për të shkuar sa më larg, të ndjerit plotësisht të dërrmuara ose të rraskapitura dhe shumë rëndë, fizikisht dhe emocionalisht (2, 62, 71).

Nervozizmi

Ajo mund të grindet me partnerin ose fëmijët pa asnjë arsye. Partnerët zakonisht thonë; “unë nuk mund të bëjë asgjë siç duhet“. Nëse unë heq pelenat ajo ankohet që unë e bëj në mënyrë të gabuar. Nëse unë nuk e ndihmoj unë nuk jam mbështës”(2, 62, 71).

Ankthi

Ajo mund të ndiejë “ sikur ka një nyje boshllëk në bark” në pjesën më të madhe të kohës dhe ndiejnë panik pa asnjë arsye. Disa përjetojnë Palpitacionet e zemrës (shumë të rënda) saqë kanë frikën e të paturit të një ataku kardiak. Ato mund të ndihen në ankth rreth shëndetit të tyre ose të fëmijës edhe pasi të sigurohen që nuk ekziston asgjë e gabuar. Shume gra e përshkruajnë ankthin si simptomat e tyre më e dukshme dhe e refuzojnë termin

depression postnatal. Ato e mohojnë të qenit në depression. Termi „ankthi postnatal“ mundet që të përshkruajë më saktë mënyrën sesi disa gra ndihen (2, 62, 71).

Mendimet negative (obsessive)

Në depresionin pas lindjes gratë mund të mos gjejnë qetësi në të menduar. Shqetësimet e vogla mund të bëhen procese të konsumimit të të menduarit që ndërhyjnë në aftësinë e saj për të dëgjuar, përqëndruar apo për të mbajtur mend. Ajo mund të ketë frikë që të lërë partnerin e saj që të shkojë në punë pasi mund të bëjë një aksident me makinë ose të fiksohet që dicka e keqe do ti ndodhë fëmijës së saj. Asnjë lloj shpërqëndrimi nuk mund të mbajë atë larg të menduarit (7, 12,16, 17).

Frika e të qenit vetëm

Shumë gra dalin shpesh ose kanë nevojë që partneri i tyre (ose dikush) të rrijë në shtëpi me to gjatë gjithë kohës pasi kanë frikë për të ndejtur vetëm në shtëpi. Frika se dicka do të shkojë keq me fëmijën ose duke qendruar vetëm, percepton paaftësinë për tu përballur vetëm me fëmijën. Disa ndihen shumë të vetmuara dhe dalin, në mënyrë që të lidhen me njerëz. Kjo kërkon një sasi të madhe përpjekjesh. Disa të tjerë ndjejnë se nuk mund të rrinë me njerëz të tjerë dhe shkëputen nga familja dhe miqtë, duke mos hapur derën ose përgjigjur në telefon (35, 37, 44, 49).

Vështirësi kujtese dhe humbje përqëndrimi

Një grua mund të harrojë se çfarë donte të thoshte në mes të fjalisë. Ajo nuk është në gjëndje që të përqendrohet në detyra të thjeshta ose të marrë informacione të reja. Të organizuarit e vetes dhe familjes mund të bëhet shumë e vështirë. Ndonjëherë ajo sdi nga tja fillojë ose fillon çdo gjë përnjëherë nga e para

Aftësia e saj për të menduar në mënyrë kreative për problemet e saj dhe për të gjetur zgjidhje fillojnë e zhduken, duke përfshirë këtu edhe të menduarit për tu ndjerë më mirë dhe për të gjetur shërbime ndihmëse (61, 73, 75-77).

Të ndjerit fajtor dhe jo i denjë

Të ndjerit fajtor është një ndjenjë e zakoshme për të gjitha gratë por më shumë për gratë me depresionin pas lindjes. Mendimet dhe ndjenjat vazhdimisht përforcojnë në mëndjen e saj se ajo është e padenjë dhe një nënë e keqe. Ajo nuk do të jetë në gjëndje që të kurajohet nga gjërat e mira që ajo ka bërë ose për tu ndjerë e sigurtë për marrëdhënien me fëmijën e saj. Bindja e dikujt nuk do të ndryshojë mendimet e saj dhe mund ta dekurajojë atë ndaj të folurit (83, 85, 86, 93).

Humbja e besimit dhe vetërespektit

Një gruaje që i ka pëlqyer puna e saj mund ta zërë ankthi rreth mendimit të rikthimit, pasi nuk është më e sigurtë nëse mund ta bëjë atë. Një gruaje që i ka pëlqyer familja dhe miqtë mund ta zërë ankthi i ardhjes së miqve në shtëpi. Ajo mund të ndihet jo e aftë për të përgatitur ushqimin që ajo përgatiste përpara se fëmija të lindte. Shumica e grave, me depression postnatal kanë një vetërespekt shumë të ulët rreth mënyrës sesi ato mund të duken. Ato e përshkruajnë eksperiencën e tyre si një mungesë ndjenjeje ndaj asaj që janë (101, 109,112,115,117).

Diagnoza

Shoqëria e bën të vështirë pranimin e një gruaje ndaj përjetimit të depresionit postnatal. Ajo është përballur vazhdimisht me mesazhe rreth gëzimit dhe haresë, por që rrallë përfshijnë pritshmëritë joreale të amesisë, p.sh, promovimin e personave të famshëm të citët ndihen jashtëzakonisht mirë pas lindje (7, 12,16, 17).

Në shtesë ndaj kësaj është stigma e depresionit postnatal, shpesh duke u portretizuar negativisht dhe në mënyrë sensacionale. Gratë shfaqin një fytyrë të guximshme dhe fshehin shumë mirë atë sesi ato ndihen në të vërtetë. Një grua që nuk e përballon dot, do të ndihet shumë vetëm dhe do ta gjeje shumë të vështirë të kuptuarit sesi ajo ndihet në të vërtetë (37, 44, 49, 61).

Të gjitha gratë me depresion pas lindjes kanë nevojë për mbështetje emocionale nga familja dhe miqtë (112,115,117).

Partnerët

Të jetuarit me një grua me depresion postnatal është e vështirë. Edhe partnerët kanë nevojë për mbështetje pasi edhe ato ndihen konfuz, të humbur dhe të pafuqishëm. Është e rëndësishme që edhe partnerët të përfshihen nga profesionist shëndetësor që merren me trajtimin e grave me depresion postnatal. Partnerët janë shumë më shumë përkrahës nëse ata e kuptojnë se çfarë problemi kanë femrat dhe se çfarë ata mund të bëjnë për ti ndihmuar (83, 85, 86).

Ku duhet shkuar për ndihmë

Nëse gruaja nuk ndihet në mënyrën sesi ajo priste që të ndihej pas të lindurit të fëmijës, është shumë e rëndësishme që ajo të flasë me doktorin e saj ose maminë dhe infermieren e fëmijës së saj. Kjo mund të jetë thjesht një vështirësi përshtatjeje me ndryshimet në stilin e jetës që ndodhin kur një fëmijë lind dhe me kërkesat që ka një fëmijë i sapolindur (sipas OBSH-së i porsalindur konsiderohet fëmija gjatë katër javëve të para të lindjes). Nëse ajo është duke përjetuar depresionin postnatal është e rëndësishme që ajo të marrë kujdesin e përshtatshëm sa më shpejt që të jetë e mundur. Të paturit e depresionit postnatal nuk është dicka nga e cila duhet patur turp. Ajo duhet parë si një prej komplikacioneve që lind nga shtatëzania. Me ndihmën e nevojshme, gratë me depresion postnatal shërohen (93, 101, 109, 112).

Strategjitë për tu ndjerë më mire

Strategjitë e mëposhtme përmirësojnë nivelet e mirëqenies për gratë që përjetojnë depresion ante-natal ose post- natal.

- ❖ Të ndjerit të dëgjuar: të paturit e mundësisë për të folur rreth asaj që mendojnë.

Të folurit rreth asaj që ndjejnë dhe se çfarë mund të kenë në mendje gratë me depresion postnatal do ti ndihmojë që të menaxhojnë disa nga simptomat e depresionit postnatal.

Është e rëndësishme që të flasin me dikë që me të vërtetë është i pranishëm për ta dhe i dëgjon, sesa me dikë që vetëm u ofron këshilla (1, 34).

Një këshillues profesional, mamija dhe infemierja e shëndetit të fëmijës, mjeku, një mik ose një pjesëtar familjeje mund ta japë këtë mbështetje për gruan me depresion postnatal.

- ❖ Marrja e kohës së duhur për të qëndruar jashtë: të paturit e një pushimi është jetik për mirëqenien e tyre.

Marrja e një pushimi për të bërë dicka që i gëzon është e rëndësishme. Nëse mamaja e një fëmije bën një punë shumë kërkuse, ndonjëherë nënvlerësohet nga shoqëria fakti i një pushimi. Gratë meritojnë pushime të rregullta, ashtu sikundër edhe çdo punonjës tjetër (veçanërisht gratë që janë në lëvizje 24 orë në ditë) (19,87,98,101).

Disa gra mund të shfrytëzojnë kujdesin ndaj fëmijëve të tilla si shtëpitë komunitare, familjet ditore të kujdesit, qendrat për kujdesin ndaj fëmijëve dhe kujdesin e rastit.

Kontakti social me mamatë e tjera: të kaluarit e kohës me mamatë e tjera, me të cilat mendohet se mund të pushohet, është shumë përfituese.

Të qenit në gjendje që të telefonojnë miqtë, të dalurit bashkë me gra të jera kur duan të dalin nga shtëpia, ose të komunikuarit kur e ndiejnë veten të ngarkuar shumë, bën një ndryshim të madh në faktin sesi do të ndihen, Rekomandohet të marrin pjesë në një grup lojrash ose në një grup prindëror pasi mund ti ndihmojë (84, 97).

❖ Aktiviteti fizik dhe dieta

Ushtrimet e rregullta rrisin nivelin e serotoninës në tru, e cila shkakton të ndjerit mire të grate me depresion postnatal. Një ecje ditore e rregullt, të dalurit nga shtëpia, në ajër të pastër bën që të përjetojnë një ndryshim. Të ecurit rregullisht edhe me prindër të tjerë e bën të ushtruarit me të kënaqshëm. Të ngrënit në mënyrë të shëndetshme mund të jetë shumë e vështirë për mamatë e ngarkuara me punë gjatë ditës. Rekomandohet të hanë gjera të thjeshta si sallatë të freskët, zarzavate, fruta dhe kos, bukë thekre dhe supë. Këto lloj ushqimesh çlirojnë energji më ngadalë dhe mund të jenë mjaft të qëndrueshme (56, 90, 118).

II. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT

- **Qëllimi:** Të përcaktojmë prevalencën e depresionit perinatal në periudhën 2015-2017 në gratë gjatë periudhës së shtatzanisë dhe paslindjes. Skrinimin e tij dhe rezultatet që vijnë nga ky skrinim. Rekomandime për të ardhmen

Objektivat:

1. Të përcaktojmë prevalencën e depresionit perinatal gjatë periudhës së shtatzanisë dhe pas lindjes.

- *A është më i shfaqur gjatë shtatzanisë dhe paslindjes krahasuar me periudhën joshtatzanë të grave?*

2. Ndikimi i faktorëve demografike dhe sociale ekonomike (faktorët e riskut) lidhja me shfaqjen e depresionit perinatal duke dhënë një tablo të grupeve në rrezik,

3. Rëndësinë e identifikimit të depresionit për ndërhyrje dhe rezultatet (rekomandime për të ardhmen).

III. METODOLOGJIA

Metodologjia:

- Mostra nr deri 500 femra
- Objektivi i parë i adresohet përqindjes së kësaj popullate diagnostikuar me depresion në kohë dhe periudha të ndryshme gjatë shtatzanisë dhe vitit të parë pas lindjes, prevalencën
- Studimi është një studim prospektiv ku
- Popullata e përzgjedhur me nr = 500 ishin gratë shtatzana dhe post partum të cilat paraqiten për vizitën e tyre rutinë kontroll pranë qendrës së gruas dhe në tre qendrat e përzgjedhura ne qytetin e Tiranës të cilat iu nënshtruan skrinimit për depresion perinatal
- Skrinimi u bë pas marrjes së miratimit të grave për të marrë pjesë në studim.

Metoda për skrinim

- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS),
- Pyetësori i Edinburgut për shkallën e depresionit perinatal
- me një pikezim ≥ 13
- bazuar në studimet e bëra më parë dhe evidencë (AHRQ 2005) për shkallën e tij të sensitivitetit dhe specifikitetit ku me metanalizë dha një pikëvlerësimi 0.91
- për një pikëzim ≥ 13 (EPDS cut off ≥ 13) për pacientë me depresion postpartum.

Koha e kryerjes së skrinimit

- Ky skrinim u bë në kohë të ndryshme
- fillimi i shtatzanisë,
- tremetri dytë,
- tremetri i tretë dhe
- pas lindjes
- 2-3 javë pas lindjes dhe
- 6 muaj pas lindjes.
- Duke dhënë kështu një tablo të prevalencës në periudha të ndryshme.
- Periudha kohore 2 vjet

Vlerësimi i depresionit

- **Pas çdo Vlerësimi të pyetësorit EPDS + ≥ 13 pikë,**
- U krye intervista e standartizuar sipas kriterëve diagnostike. DSM IV, SIDC është përzgjedhur pasi e lejon intervistuesin të përdorë dhe kontestin lokal të pacientëve (*Lee et al.*)

Lidhjet variablat socio-ekonomiko-demografike

- gjatë marrjes në pyetje u plotësua një formular me të dhëna specifike lidhur me demografinë
- statusin familjar
- social
- ekonomik,
- shkollimin
- punësim
- prejardhjen dhe vendbanimin,
- moshën,
- statusin marital,
- periudhën e shtatzanisë
- fëmijën e parë të dytë etj.
- Këto të dhëna shërbyen për të gjetur lidhjet që kanë ato me shfaqjen e depresionit perinatal.

Kriteret përjashtuese dhe grupi krahasues për studimin e prevalencës

- Të gjitha gratë me sëmundje depresive të njohur, ose çrregullime bashkëshoqëruese të barrës të diagnostikuara dhe nënat që lindin fëmijët me probleme shëndetësore.

Emërtimi i institucionit ku do të kryhet punimi

Ndihmuan në marrjen në pyetje të nënave dhe grave, mjeku dhe infermieri në Obstetrikë Gjinekologji dhe Konsultor në Qendrat shëndetësore dhe në maternitet.

I. Materniteti Mbreterësia Geraldinë:

- Qendra e Gruas , Rep. i Lindjeve
- Bulevardi Zogu i Pare Tirane
- Tel: +3355 42 224 878

Instuticione te tjera qe bashkepunojne;

1. Poliklinika e Specialiteteve nr 9,

Rep. Obsetrikës, Mjekut konsultor , psikolog/ punojësi social
Rruga e Kavajës pranë 21 dhjetorit Tel +355 42 223148

2. Poliklinika nr 2

Rruga Bardhyl (Tiranë)

Rep. Obsetrikës, Mjekut konsultor ,punonjësi social/psikolog,

3. Poliklinika nr.4

pranë Dispancerisë (Tiranë)

Rep. Obsetrikës, Mjekut konsultor punonjësi social

Analiza statistikore

Për analizimin e të dhënave u përdor programi statistikor *STATA 13.0*

Variablat kategorike u paraqitën sipas frekuencës absolute dhe relative të tyre të shprehur në përqindje dhe u përdor testi statistikor i *Hi-katrorit* (χ^2) dhe testi ekzakt i *Fisher* për krahasimin e tyre.

Të dhënat e vazhduara janë paraqitur me mesataren (M) dhe deviacionin standard (SD).

Është përdorur *testi i studentit t* dhe testi i studentit per moster çifte për krahasimin e mesatares së variableve të vazhduar.

Eshte perdorur raporti i gjasave (OR) per vleresimin e deresionit sipas tremujorit te shtatezanise.

Eshte perdorur analiza e regresionit logjistik univariat dhe multivariat qe kontrollon per te gjithë konfonduesit e mundshem per vleresimin e faktoreve te pavaruar te riskut per depresion postnatal.

Jane raportuar OR (odds ratio) dhe intervali i besimit 95%CI

Sinjifikanca statistikore është përcaktuar për $p \leq 0.05$.

Testet statistikore janë të dyanshme.

Janë përdorur tabela dhe grafike për vizualizimin e të dhënave.

IV. REZULTATE

Nga 500 raste vetëm 403 u bënë pjesë e këtij studimi pasi plotësonin kriteret për tu përfshirë. Më poshtë paraqiten të dhënat e analizuara dhe rezultatet nga përpunimi statistikor (SPSS) të paraqitura në formë tabelare dhe me grafikë.

Tabela 3. 1. Karakteristikat sociodemografike te pacientëve

Variablat	N	%	P
Mosha, M (SD)	29.0 (4.5)		
Grupmosha, vite			
≤20	14	3.5	<0.01
21-25	59	14.6	
26-30	199	49.4	
31-35	97	24.1	
>35	34	8.4	
Niveli i edukimit			
fillor	4	1.1	<0.01
Nëntëvjeçar	69	17	
i mesëm	119	29.5	
i lartë	211	52.3	
Statusi martesor			
E martuar	372	92.2	<0.01
Bashkëjeton	31	7.8	
Vëndi i lindjes			
Qytet	366	90.9	<0.01
Fshat	37	9.1	
Vendbanimi			
Urban	376	93.3	<0.01
Rural	27	6.7	
Profesioni			
E Papunë	119	29.6	<0.01
Në punë (part –time)	12	3.1	
Në punë me kohë të plotë	239	59.2	
Shtëpiake	33	8.2	
Vendi i plotësimit të pyetësorit			
M.Geraldinë	81	20.0	0.9
QSH 2	84	21.0	
QSH3	80	20.0	

QSH4	81	20.0
QSH9	77	19.0

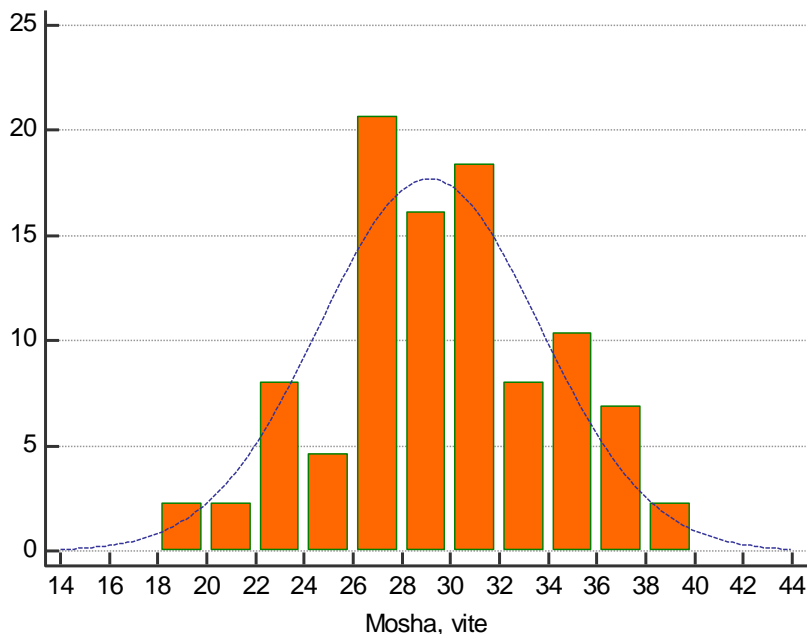


Figura 3. 1. Histogrami i moshës së pjesëmarrësve në studim

Në studim morën pjesë 403 gra me moshë mesatare 29 (± 4.5) vjeç, me rang

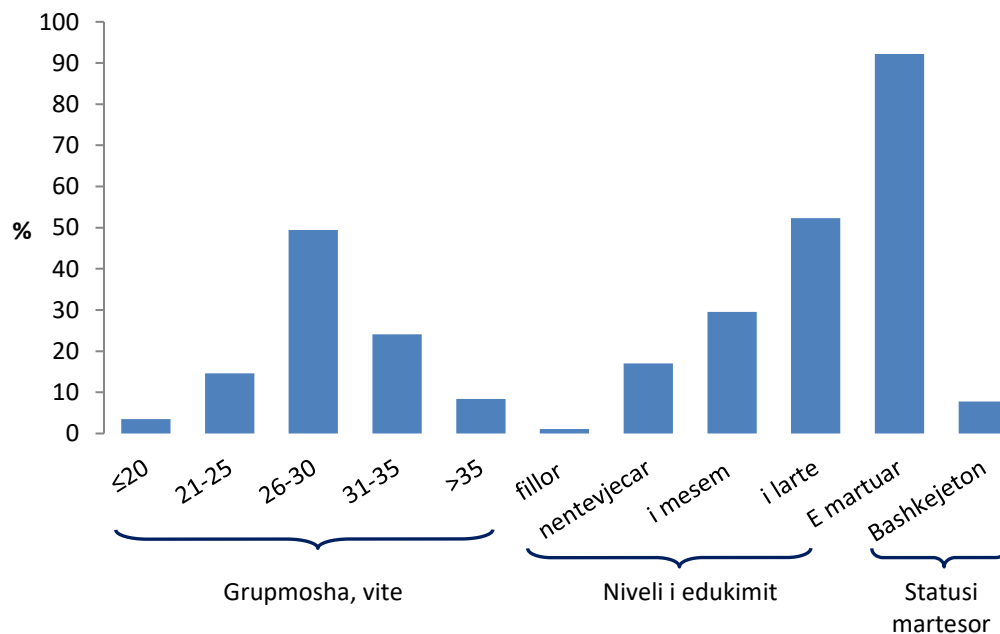


Figura 3. 2 Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës, nivelit të edukimit dhe statusit martesor

Në lidhje me shpërndarjen sipas grupmoshës rezultojnë që shumica e grave janë në grupmoshën 26-30 vjeç, 199 (49.4%) me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me grupmoshat e tjera ($\chi^2 = p < 0.01$)

14 (3.5%) e grave janë në grupmoshën ≤ 20 vjeç,

59 (14.6%) në grupmoshën 21-25 vjeç,

97 (24.1%) në grupmoshën 31-35 vjeç dhe 47 (8.4%) në grupmoshën > 35 vjeç.

Mbizotërojnë gratë me arsim të lartë në 211 (52.3%) të tyre, me ndryshim sinjifikant me kategoritë e tjera ($\chi^2 = p < 0.01$). me arsim të mesëm janë 119 (29.5%) e grave, me arsim nëntëvjeçar janë 69 (17%) e tyre dhe vetëm 4 (1.1%) e tyre janë me arsim fillor.

Shumica e grave, 372 (92.2%) janë të martuara ndërsa 31 (7.8%) e tyre bashkëjetojnë ($p < 0.01$).

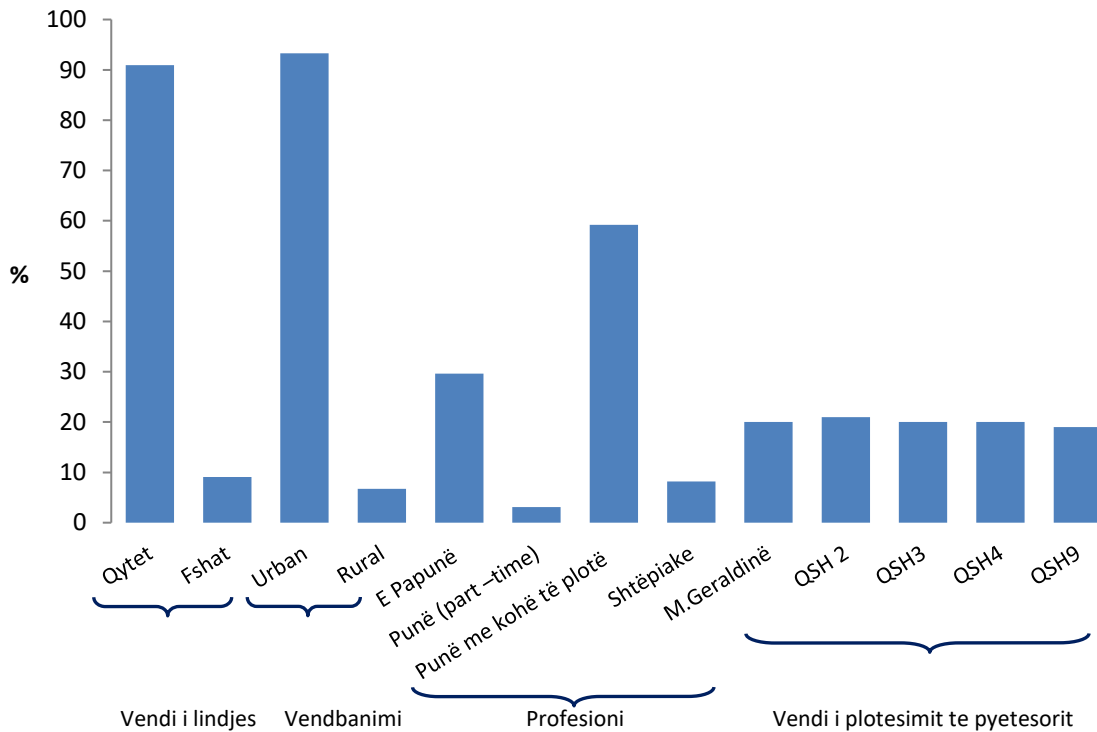


Figura 3. 3. Shpërndarja e rasteve sipas vendlindjes, vendbanimit, profesionit dhe vendit të plotësimit të pyetësorit

Shumica e grave, 376 (93.3%) banojnë në zonën urbane ndërsa 37 (9.1%) e tyre banojnë në zonën rurale ($p < 0.01$).

Në studim mbizotërojnë gratë me kohë të plotë në 239 (59.2%) të tyre, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me kategoritë e tjera ($\chi^2 = p < 0.01$). Një numer i konsiderueshëm i grave, 119 (29.6%) e tyre janë të papuna, 12 (3.1%) e tyre punojnë me kohë të pjesëshme ndërsa 33 (8.2%) e tyre referojnë që janë shtëpiake.

Gratë janë kontaktuar dhe pyetur në Spitalin Obstetrik-Gjinekologjik “M. Geraldinë” 81 (20%), ne QSH 2 84 (21%), QSH380 (20%), QSH4 81 (20%) dhe QSH977 (19%).

Tabela 3. 2. Karakteristikat klinike të pacienteve

Variablat	N	%	P
Shtatëzani	193	48.0	0.4
Pas lindjes	210	52.0	
Mosha e shtatëzanisë, M (SD)	18.1 (\pm 13.4)		
Tremujori i shtatëzanisë			
1	36	18.7	<0.01
2	73	37.8	
3	84	43.5	
Koha pas lindjes, muaj			
<1	44	21.0	<0.01
1-3	32	15.2	
4-6	81	38.6	
7- 12	53	25.2	
Historia e infertilitetit			
JO	375	93.0	<0.01
Infertilitet Primar	28	7.0	
Abort i pavullnetshëm			
0	334	82.8	<0.01
1	53	13.2	
2	16	4.0	
Abort i vullnetshëm			
0	353	87.5	<0.01
1	37	9.1	
2	9	2.3	
3	4	1.1	
Numri i fëmijëve, M (SD)			
1	199	49.5	<0.01
2	142	35.2	
3	53	13.2	
4	4	1.1	
5	4	1.1	

Numri mesatar i fëmijëve për grua është 1.6 (± 0.8) fëmijë. Shumica e grave 199 (49.5%) kanë 1 fëmijë, ndjekur nga 142 (35.2%) me 2 fëmijë, 53 (13.2%) me tre fëmijë dhe nga 4 (1.1%) gra me përkatësisht 4 dhe 5 fëmijë ($p < 0.01$).

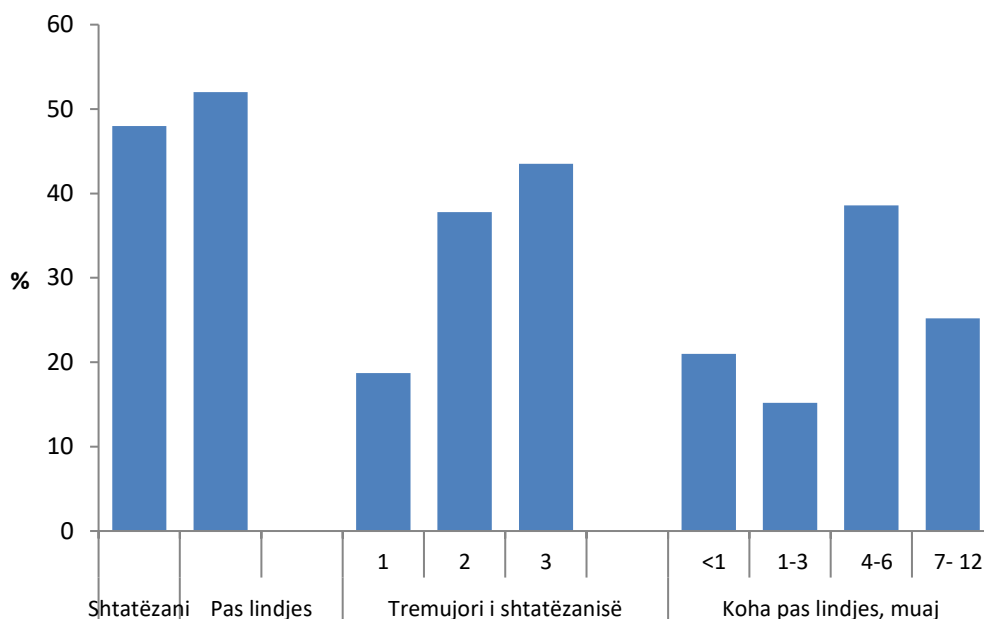


Figura 3. 4. Shtatëzania dhe koha pas lindjes

Përsa i përket karakteristikave klinike 210 (52%) e grave janë shtatëzana ndërsa 193 (48%) e tyre pas lindjes, pa ndryshim të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p = 0.4$).

Nga gratë shtatëzana 36 (18.7%) e tyre janë në tremujorin e I-rë, 73 (37.8%) në tremujorin e II-te ndërsa mbizoterojnë grate në tremujorin e III-te, 84 (43.5%) ($p < 0.01$).

Nga gratë që kishin lindur 44 (21%) e tyre kishin <1 muaj pas lindjes, 32 (15.2%) e tyre ishin në periudhën 1-3 muaj, shumica e tyre 81 (38.6%) në periudhën 4-6 muaj dhe 53 (25.2%) e tyre në periudhën 7-12 muaj pas lindjes ($p < 0.01$).

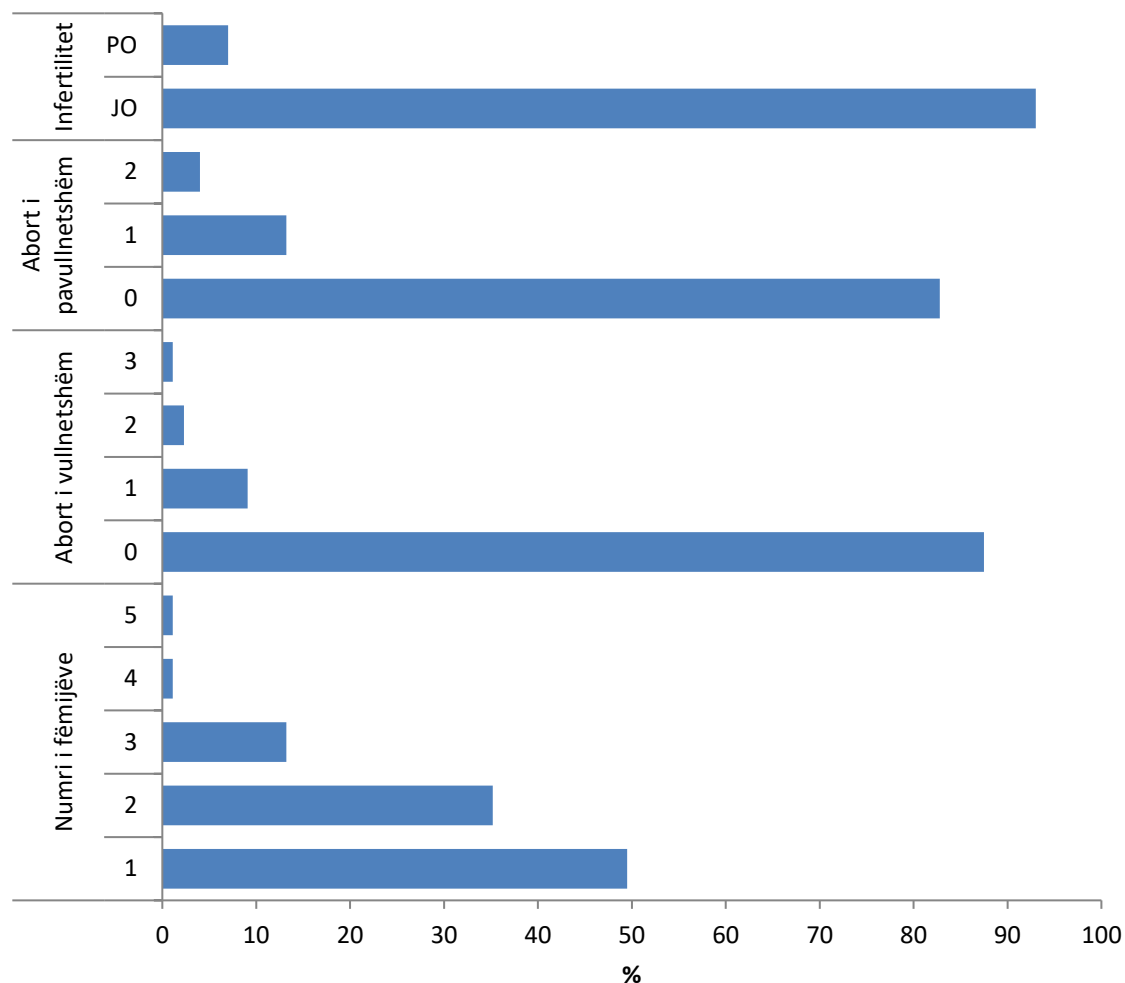


Figura 3. 5. Frekuenca e infertilitetit aborteve dhe numri i fëmijëve

Numri mesatar i fëmijëve për grua është 1.6 (± 0.8) fëmijë. Shumica e grave 199 (49.5%) kanë 1 fëmijë, ndjekur nga 142 (35.2%) me 2 fëmijë, 53 (13.2%) me tre fëmijë dhe nga 4 (1.1%) gra me përkatësisht 4 dhe 5 fëmijë ($p < 0.01$).

28 (7%) e grave referuan histori infertiliteti.

Aborte të pavullnetshme në total referojnë 69 ose 17.2% e grave nga të cilat 53 ose 13.2% referojnë 1 abort ndërsa 16 (4%) e tyre 2 aborte.

Aborte të vullnetshme në total referojnë 50 ose 12.5% e grave nga të cilat 37 ose 9.1% referojnë 1 abort, 9 ose 2.3% 2 aborte ndërsa 4 (1.1%) e tyre 3 aborte.

❖ Histori të mëparshme në lidhje me stres

Tabela 3. 3. A keni probleme trupore kohët e fundit

Variablat	N	%	95%CI
Probleme kohët e fundit			
Po	24	6.0	3.89 - 8.78
Jo	379	94.0	91.22 - 96.11
Episode depressive			
Po	9	2.2	1.04 - 4.154
Jo	394	97.8	95.84 - 98.99
Vetë lëndime			
Po	33	8.2	5.713 - 11.321
Jo	370	91.8	88.67 - 94.28
Histori familjare			
Po	8	2.1	0.937 - 4.024
Jo	395	97.9	95.97 - 99.06

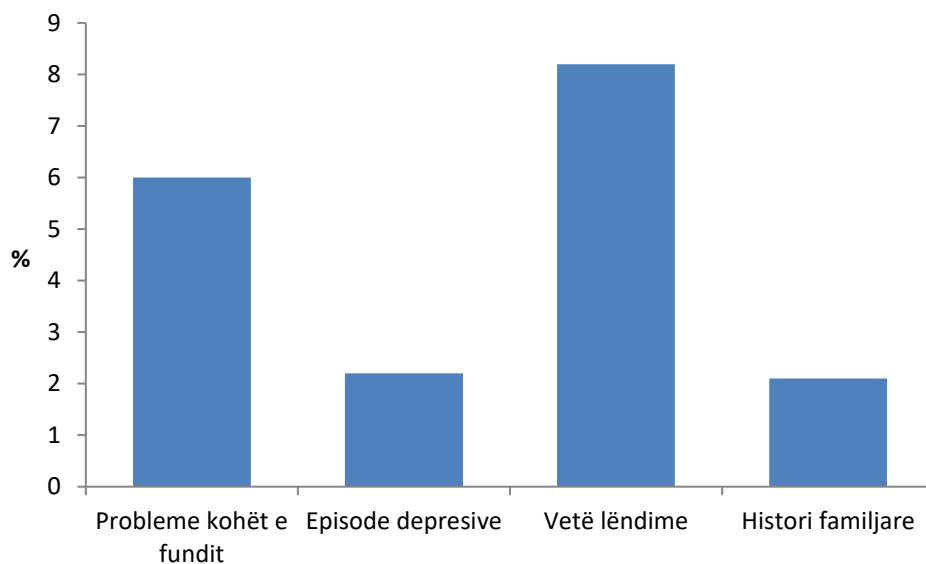


Figura 3. 6. Histori të mëparshme në lidhje me stres

Probleme trupore kohët e fundit referojnë si dhimbje mesi, dhimbje koke, lodhje, referojnë 24 (6%) e grave;

Episode depressive referojnë 9 (2.2%) e tyre;

Vetë lëndime të paramenduara referojnë 33 (8.2%) e tyre;

Histori familjare për çrregullime mendore, ankth, depresion, etj. referojnë 8 (2.1%) e grave.

Tabela 3. 4. Mirëqënia psikosociale

Variablat	N	%	P
Depresion më pare			
Po	8	2	<0.01
Jo	395	98	
Suport social			
Po	19	4.6	<0.01
Jo	384	95.4	
E kënaqur nga martesë			
Po	366	90.9	<0.01
Jo	37	9.1	
Pikëzimi, M (SD)	8.9 (1.4)		
Me kë jetoni			
Me burrin	227	56.3	<0.01
Me familjare të tjerë	154	38.2	
Me prindërit	7	1.8	
Vetëm	15	3.6	
E kënaqur me të ardhurat			
Po	201	50.0	0.9
Jo	202	50.0	
Si janë të ardhurat			
Shumë të mira	24	6.0	<0.01
Të mira	137	34.0	
Mjaftueshëm	222	55.0	
Të ulëta	12	3.0	
Minimale	4	1.0	
Përkrahje sociale	4	1.0	

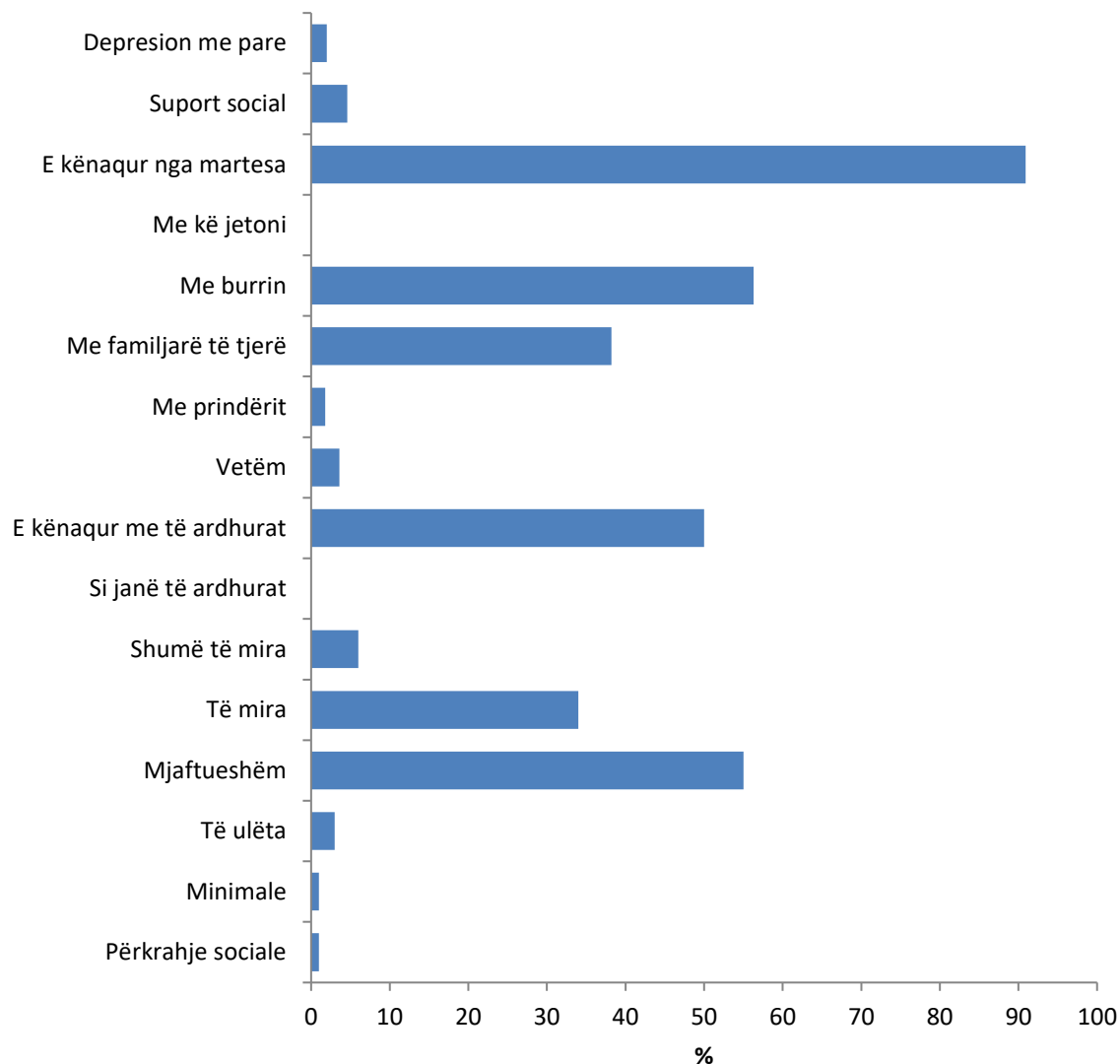


Figura 3. 7. Mirëqënia psikosociale

Depresion të mëparshëm referojnë 8 (2.0) e grave, suport social 19 (4.6%), të kënaqura nga martesja referojnë 90.9% e tyre.

Pikëzimi mesatar i kënaqësisë nga martesja ishte 8.9 (1.4) me rang nga 2 deri në 10 pikë. Shumica e grave 227 (56.3%) e tyre jetojnë me burrin, 154 (38.2%) referojnë që jetojnë edhe me familjarë të tjerë, 7 (1.8%) referojnë që jetojnë me prindërit dhe 15 (3.6%) jetojnë vetëm ($p < 0.01$). Suport social referojnë 19 (4.6%) e grave.

Të kënaqura me të ardhurat referojnë 201 (50%) e grave.

Të ardhura shumë të mira referojnë 24 (6%) e tyre, të mira 137 (34%), mjaftueshëm 222 (55%) të ulëta 12 (3%), minimale 4 (1%) dhe përkrahje sociale 4 (1%).

Në 7 ditët e kaluara

Tabela 3. 5. Unë kam qenë me humor dhe në gjëndje të shoh anën pozitive të gjërave

Pohimet	N	%	95%CI
Aq sa mundem	347	86.0	82.22 - 89.24
Jo dhe aq shumë	40	10.0	7.25 - 13.35
Përfundimisht jo aq shumë tani	4	1.0	0.27 - 2.53
Aspak	12	3.0	1.56 - 5.17
Total	403	100.0	

Mbizotëron përgjigja “aq sa mundem” nga 347 (86%) e pjesëmarrësve, ndjekur nga “jo dhe qa shume” nga 40 (10%), “Përfundimisht jo aq shumë tani” nga 4 (1%) dhe “aspak” nga 12 (3%) e tyre, ($p<0.01$).

Tabela 3. 6. Unë kam qenë në gjëndje të shoh përpara, kam shijuar me kënaqësi momentet

Pohimet	N	%	95%CI
Aq sa gjithmonë	314	77.8	73.422 - 81.765
Më pak seç e kam patur zakon	65	16.2	12.738 - 20.167
Përfundimisht më pak se e kam patur zakon	8	2.0	0.87 - 3.89
Me vështirësi	16	4.0	2.31 - 6.4
Total	403	100.0	

Mbizotëron përgjigja “aq sa gjithmonë” nga 314 (77.8%) e pjesëmarrësve, ndjekur nga “Më pak seç e kam patur zakon” nga 65 (16.2%), “Përfundimisht më pak se e kam patur zakon” nga 8 (2%) dhe “Me vështirësi” nga 16 (4%) e tyre, ($p<0.01$).

Tabela 3. 7. Unë kam fajësuar veten time në mënyrë të panevojshme kur gjërat shkonin gabim

Pohimet	N	%	95%CI
Po, shumicën e kohës	57	14.1	10.852 - 17.886
Po, disa here	102	25.3	21.126 - 29.841
Jo, shumë shpesh	73	18.2	14.554 - 22.32
Jo, asnjëherë	171	42.4	37.522 - 47.39
Total	403	100.0	

Mbizotëron përgjigja “Jo, asnjëherë” nga 171 (42.4%) e pjesëmarrësve, ndjekur nga “Po, disa here” nga 102 (25.3%), “Jo, shumë shpesh” nga 73 (18.2%) dhe “Po, shumicën e kohës” nga 57 (14.1%) e tyre, ($p < 0.01$).

Tabela 3. 8. Unë kam qenë anksioze ose e shqetësuar pa ndonjë arsye të fortë

Pohimet	N	%	95%CI
Jo, asnjëherë	206	51.1	46.103 - 56.081
Rrallë herë	91	22.7	18.7 - 27.107
Po, ndonjëherë	69	17.0	13.46 - 21.03
Po, shumë shpesh	37	9.1	6.478 - 12.341
Total	403	100.0	

Mbizotëron përgjigja “Jo, asnjëherë” nga 206 (51.1%) e pjesëmarrësve, ndjekur nga “Rrallë herë” nga 91 (22.7%), “Po, ndonjëherë” nga 69 (17%) dhe “Po, shumë shpesh” nga 37 (9.1%) e tyre, ($p < 0.01$).

Tabela 3. 9. Unë jam ndjerë e frikësuar pa ndonjë arsye shumë të fortë

Pohimet	N	%	95%CI
Po, shumë herë	37	9.1	6.478 - 12.341
Po, ndonjëherë	93	23.2	19.165 - 27.634
Jo, jo shumë here	45	11.1	8.204 - 14.581
Jo, asnjëherë	228	56.6	51.603 - 61.499
Total	403	100.0	

Mbizotëron përgjigja “Jo, asnjëherë” nga 228 (56.6%) e pjesëmarrësve, ndjekur nga “Po, ndonjëherë” nga 93 (23.2%), “Jo, jo shumë herë” nga 45 (11.1%) dhe “Po, shumë herë” nga 37 (9.1%) e tyre, ($p < 0.01$).

Tabela 3. 10. Gjërat më kanë dalë jashtë kontrollit

Pohimet	N	%	95%CI
Po, në pjesën më të madhe të kohës nuk kam qenë e aftë ti përballoj	54	13.4	10.229 - 17.12
Po, ndonjëherë nuk kam mundur t'i përballoj aq mirë sa zakonisht	87	21.6	17.679 - 25.943
Jo, në pjesën më të madhe të kohës i kam përballuar krejt mirë	137	34.0	29.38 - 38.85
Jo, i kam përballuar aq mirë si gjithmonë	125	30.9	26.419 - 35.664
Total	403	100.0	

Mbizotëron përgjigja “Jo, në pjesën më të madhe të kohës i kam përballuar krejt mirë” nga 137 (34%) e pjesëmarrësve, ndjekur nga “Jo, i kam përballuar aq mirë si gjithmonë” 125 (30.9%) e pjesëmarrësve, “Po, ndonjëherë nuk kam mundur t'i përballoj aq mirë sa zakonisht” nga 87 (21.6%), dhe “Po, në pjesën më të madhe të kohës nuk kam qenë e aftë ti përballoj” nga 54 (13.4%) e tyre, ($p < 0.01$).

Tabela 3. 11. Unë kam qenë aq e pa lumtur sa kam pasur vështirësi për të fjetur

Pohimet	N	%	95%CI
Po, pjesën më të madhe të kohës	17	4.1	2.385 - 6.525
Po, disa herë	49	12.2	9.168 - 15.8
Jo shumë shpesh	49	12.2	9.168 - 15.8
Jo, asnjëherë	288	71.4	66.718 - 75.765
Total	403	100.0	

Mbizotëron përgjigja “Jo, asnjëherë” nga 288 (71.4%) e pjesëmarrësve, ndjekur nga “Po, disa herë” nga 49 (12.2%), “Jo, shumë shpesh” nga 49 (12.2%) dhe “Po, pjesën më të madhe të kohës” nga 17 (4.1%) e tyre, ($p < 0.01$).

Tabela 3. 12. Unë jam ndjerë e dëshpëruar ose e trishtuar

Pohimet	N	%	95%CI
Po shumicën e kohës	8	2.1	66.718 - 75.765
Po shumë shpesh	8	2.1	66.718 - 75.765
Jo shumë shpesh	135	33.3	28.712 - 38.135
Jo asnjëherë	252	62.5	28.712 - 38.135
Total	403	100.0	

Mbizotëron përgjigja “Jo, asnjëherë” nga 252 (62.5%) e pjesëmarrësve, ndjekur nga “Jo shumë shpesh” nga 135 (33.3%), “Po shumicën e kohës” nga 8 (2.1%) dhe “Po shumë shpesh” nga 8 (2.1%) e tyre, ($p < 0.01$).

Tabela 3. 13. Unë kam qenë aq e pa lumtur sa më vinte për të qarë

Pohimet	N	%	95%CI
Po shumicën e kohës	12	3.1	1.637 - 5.296
Po shumë shpesh	17	4.1	2.385 - 6.525
Vetëm me raste	127	31.6	27.087 - 36.386
Jo, kurrë	247	61.2	56.25 - 65.984
Total	403	100.0	

Mbizotëron përgjigja “Jo, kurrë” nga 247 (61.2%) e pjesëmarrësve, ndjekur nga “Vetëm me raste” nga 127 (31.6%), “Po shumë shpesh” nga 17 (4.1%) dhe “Po shumicën e kohës” nga 12 (3.1%) e tyre, ($p < 0.01$).

Tabela 3. 14 Më ka shkuar ndërmend të dëmtoj veten time

Pohimet	N	%	95%CI
Po, shumë shpesh	4	1.0	0.27 - 2.53
Ndonjëherë	4	1.0	0.27 - 2.53
Rrallë here	8	2.0	0.87 - 3.89
Kurrë	387	95.9	93.475 - 97.615
Total	403	100.0	

Mbizotëron përgjigja “Kurrë” nga 387 (95.9%) e pjesëmarrësve, ndjekur nga “Rrallë here” nga 8 (2%), “Po shumë shpesh” nga 4 (1%) dhe “Ndonjëherë” nga 4 (1%) e tyre ($p < 0.01$).

Ekzaminimi i EPDS

Tabela 3. 15. Frekuenca e depresionit për totalin e pjesëmarrësve

Depresion	N	%	95%CI
PO	104	25.8	21.596 - 30.364
JO	299	74.2	69.636 - 78.404

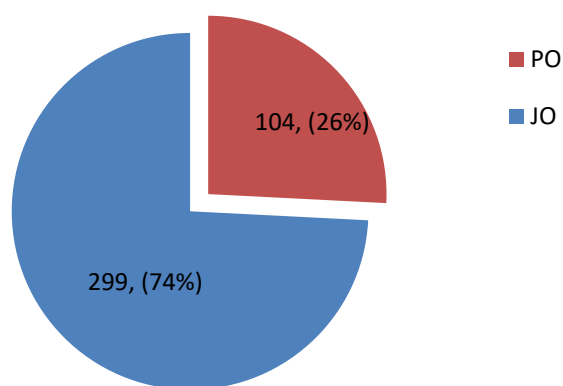


Figura 3. 8. Frekuenca e depresionit për totalin e pjesëmarrësve

Bazuar në kriteret diagnostikuese të DSMIV, në total me depresion rezultuan 104 ose 25.8% e grave (95%CI 21.596 - 30.364).

Tabela 3. 16. Pikëzimi i EPDS tek gratë me depresion dhe pa depresion

Statusi i depresionit	M	SD	Median	Min	Max
Pa depression	3.716	2.46	4	0	8
Depresion	12.077	2.82	11	9	20

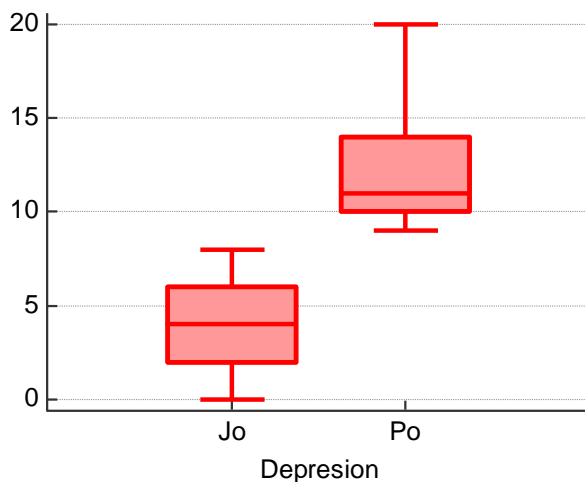


Figura 3. 9. Krahasimi i pikëve mesatare të grave pa depression dhe me depression

Pikëzimi mesatar i EPDS për rastet pa depression ishte 3.71 (2.46) ndërsa i rasteve me depression ishte 12.07 (2.82) me ndryshim statistikiq të rëndësishëm ndërmjet tyre ($t=13.3$ $p<0.01$)

Tabela 3. 17. Frekuenca e Depresionit paralindjes dhe pas lindjes

Depresion	N	%	95%CI
Antepartum(n=193)	44	22.8	17.082 - 29.373
Postpartum (n=210)	60	28.6	22.34 - 35.531

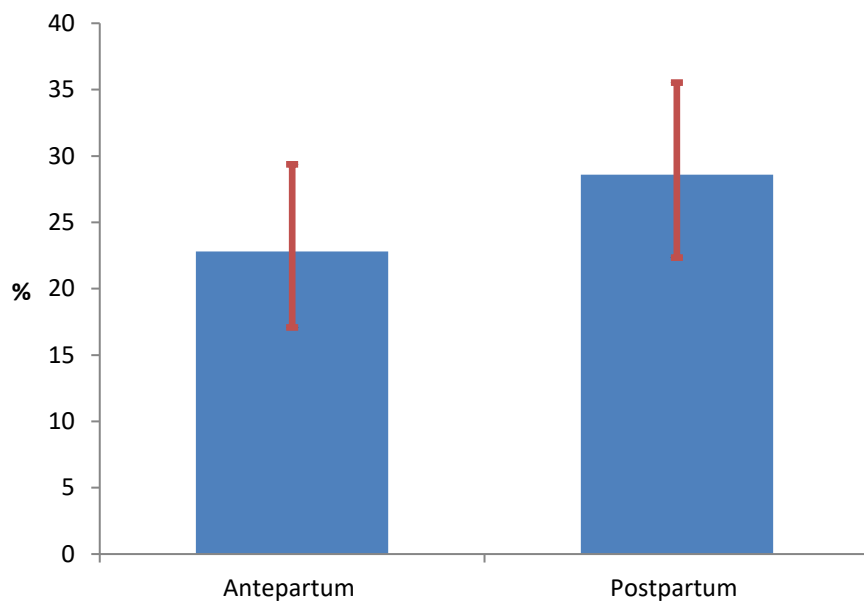


Figura 3. 10. Frekuenca e depresionit para lindjes dhe pas lindjes (error bars 95%CI)

Me depresion antepartum u diagnostikuan 44 ose 22.8% nga 193 gratë e kësaj periudhe (95%CI 17.082 - 29.373) ndërsa me depresion postpartum u diagnostikuan 60 ose 28.6% nga 210 gratë e kësaj periudhe (95%CI 22.34 - 35.531), pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($\chi^2=0.2$ p=0.6).

Tabela 3. 18. Pikëzimi i EPDS për depresionin para lindjes dhe pas lindjes

	M	SD	Median	Min	Max
Pa depresion					
Antepartum	3.81	2.44	4.0	0.0	8.0
Postpartum	3.62	2.52	3.0	0.0	8.0
Depresion					
Antepartum	12.27	2.68	12.0	9.0	18.0
Postpartum	11.93	3.01	10.0	9.0	20.0

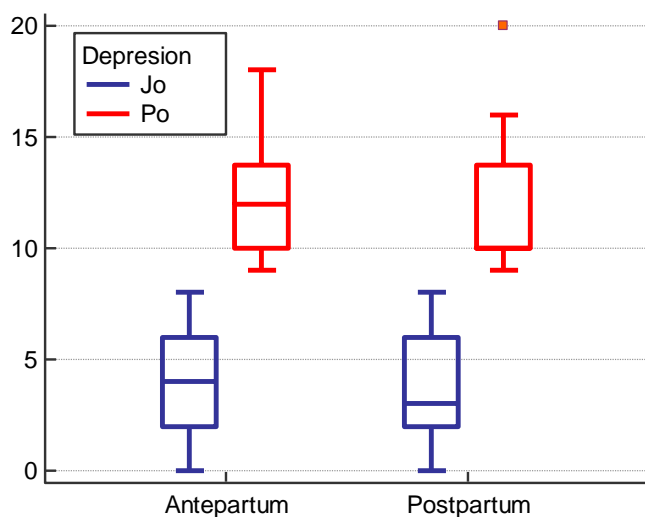


Figura 3. 11 Krahasmi i pikëve të EPDS para lindjes dhe pas lindjes për totalin e grave dhe sipas statusit të depresionit

❖ **Periudha para lindjes**

Tabela 3. 19. Frekuenca e depresionit sipas tremujorit të shtatëzanisë

Tremujori	Pa depresion n (%)	Depresion n (%)	OR (95%CI)	P
I	28 (77.8)	8 (22.2)	Ref.	
II	61 (83.6)	12 (16.4)	0.68 (0.25 – 1.87)	0.4
III	60 (71.4)	24 (28.6)	1.40 (0.55 – 3.50)	0.5
Total	149 (72.2%)	44 (22.8%)		

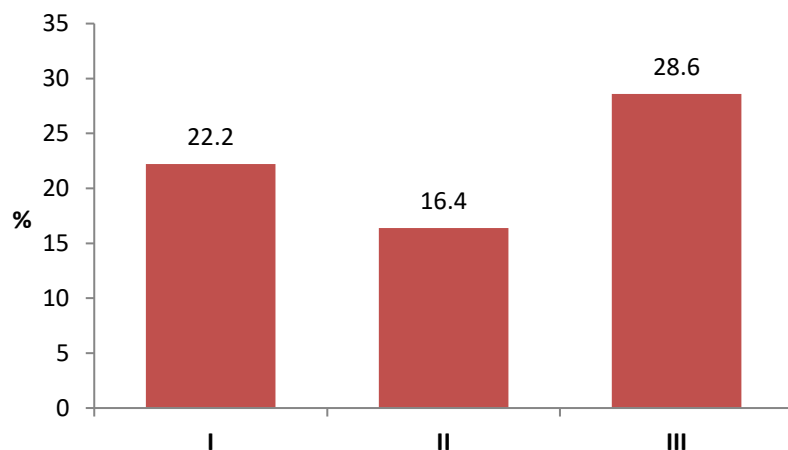


Figura 3. 12 Frekuenca e depresionit sipas tremujorit të shtatëzanië

Në studim nuk u gjet ndryshim sinjifikant i prevalencës së depresionit sipas tremujorit të shtatëzanië ($\chi^2 = 1.3$ $p=0.2$).

Në tremujorin e I-re me depression u diagnostikuan 8 (22.2%) nga 36 gra të këtij tremujori, në tremujorin e II-të 12 (16.4%) nga 73 gra të këtij tremujori dhe në tremujorin e III-të 24 (28.6%) gra të këtij tremujori.

-Gjasat për depression në tremujorin e dytë (OR=0.68 95%CI 0.25 – 17.87) janë më të ulëta krahasuar me tremujorin e parë por pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, $p=0.4$.

-Gjasat për depression në tremujorin e tretë (OR=1.4 95%CI 0.55 – 3.50) janë më të larta krahasuar me tremujorin e parë por pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, $p=0.5$.

❖ Periudha Postpartum

Tabela 3. 20. Frekuenca e depresionit sipas kohës pas lindjes

Koha pas lindjes, muaj	Pa depresion n (%)	Depresion n (%)	OR (95%CI)	P
<1	28 (63.6)	16 (36.4)	Ref.	
1-3	24 (75.0)	8 (25.0)	0.58 (0.21 – 1.59)	0.2
4-6	65 (80.2)	16 (19.8)	0.43 (0.18 – 0.98)	0.04
7- 12	33 (62.3)	20 (37.7)	1.06 (0.46 – 2.42)	0.9
Total	150 (71.4%)	60 (28.6%)		

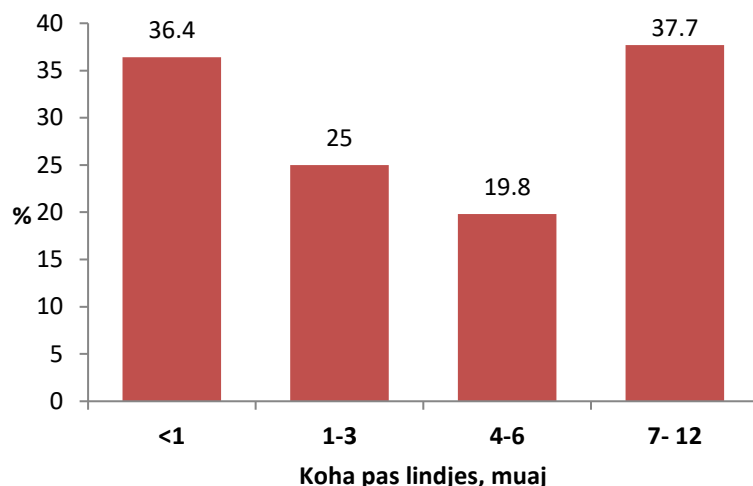


Figura 3. 13 Frekuenca e depresionit sipas kohës pas lindjes

Në studim nuk u gjet ndryshim sinjifikant i prevalencës së depresionit sipas kohës pas lindjes ($\chi^2=1.7$ $p=0.6$).

Në kohën <1 muaj pas lindjes me depresion u diagnostikuan 16 (36.4%) e grave të kësaj kohe, në kohën 1-3 muaj pas lindjes 8 (25%) e grave të kësaj kohe, në kohën 4-6 muaj pas lindjes 16 (19.8%) e grave të kësaj kohe dhe në kohën 7-12 muaj pas lindjes 20 (37.7%) e grave të kësaj kohe.

-Gjasat për depresion në 1-3 muaj pas lindjes (OR=0.58 95%CI 0.21 – 1.59) janë më të ulëta krahasuar me periudhën <1 muaj, por pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, $p=0.2$.

-Gjasat për depresion në 4-6 muaj pas lindjes (OR=0.43 95%CI 0.18 – 0.98) janë më të ulëta krahasuar me periudhën <1 muaj, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, $p=0.04$.

-Gjasat për depresion në 7-12 muaj pas lindjes (OR=1.06 95%CI 0.46 – 2.42) janë pothuajse të njëjta krahasuar me periudhën <1 muaj, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, $p=0.9$.

Tabela 3. 21 Frekuenca e depresionit sipas karakteristikave sociodemografike të grave.

Variablat	Depresion		P
	PO (n=104) n (%)	JO (n=299) n (%)	
Mosha, M (SD)	29.0 (±4.5)	28.2 (±4.8)	0.3
Grupmosha, vite			
≤20	8 (7.7)	6 (2.0)	<0.01
21-25	8 (7.7)	51 (17.1)	
26-30	68 (65.4)	131 (43.8)	
31-35	12 (11.5)	85 (28.4)	
>35	8 (7.7)	26 (8.7)	
Niveli i edukimit			
fillor	0	4 (1.3)	0.04
Nëntëvjecar	20 (19.2)	49 (16.4)	
i mesëm	40 (38.5)	79 (26.4)	
i lartë	44 (42.3)	167 (55.9)	
Statusi martesor			
E martuar	97 (93.3)	275 (92.0)	0.8
Bashkëjeton	7 (6.7)	24 (8.0)	
Vendi i lindjes			
Qytet	100 (96.2)	266 (89.0)	0.04
Fshat	4 (3.8)	33 (11.0)	
Vendbanimi			
Qytet	95 (91.3)	281 (94.0)	0.5
Fshat	9 (8.7)	18 (6.0)	
Profesioni			
E Papunë	36 (34.6)	83 (27.8)	0.03
Në punë (part –time)	0	12 (4.0)	
Në punë me kohë të plotë	64 (61.5)	175 (58.5)	
Shtëpiake	4 (3.8)	29 (9.7)	
Vendi i plotësimit të pyetësorit			
M.Geraldinë	28 (26.9)	53 (17.7)	<0.01
QSH 2	16 (15.4)	68 (22.7)	
QSH3	12 (11.5)	68 (22.7)	
QSH4	12 (11.5)	69 (23.1)	
QSH9	36 (34.6)	41 (13.7)	

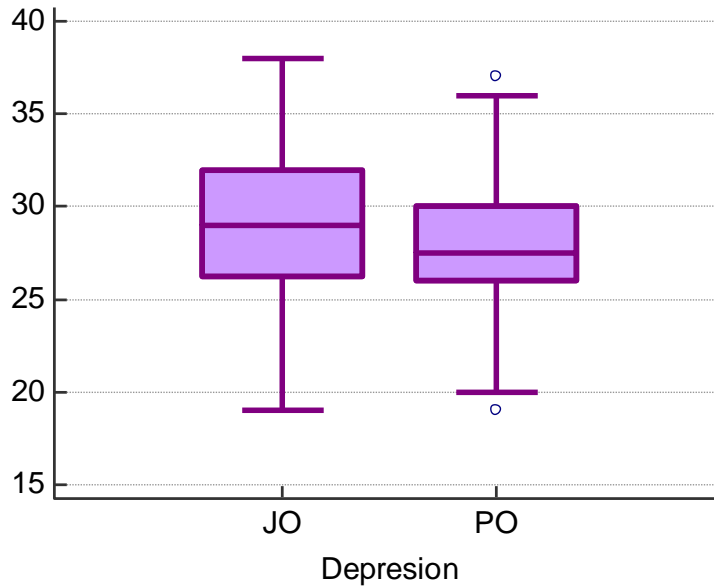


Figura 3. 14 Krahasimi i moshës së grave me dhe pa depression

Mosha mesatare e grave me depression është 29.0 (± 4.5) vjeç, ndërsa e grave pa depression është 28.2 (± 4.8) vjeç, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($t=1.05$ $p=0.3$).

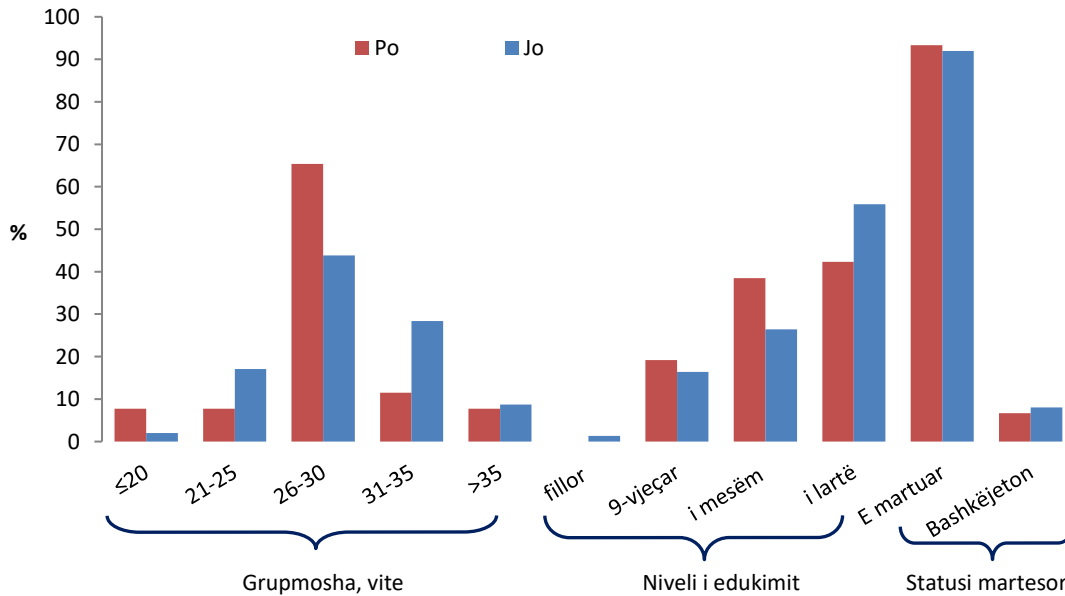


Figura 3. 15 Frekuenca e depresionit sipas karakteristikave sociodemografike-1

Në lidhje me grupmoshën vërehet që shumica e rasteve me depression 68 (65.4%) i përket grupmoshës 26-30 vjeç ndjekur nga 12 (11.5%) raste që i përkasin grupmoshës 26-30 vjeç me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p<0.01$)

Në lidhje me nivelin e edukimit, shumica e rasteve me depression 40 (38.5%) dhe 44 (42.3%) janë përkatësisht me arsim të mesëm dhe të lartë, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p=0.04$).

97 (93.3%) e grave me depression janë të martuara ndërsa 7 (6.7%) bashkëjetojnë, pa ndryshim sinjifikant me rastet pa depression ($p=0.8$)

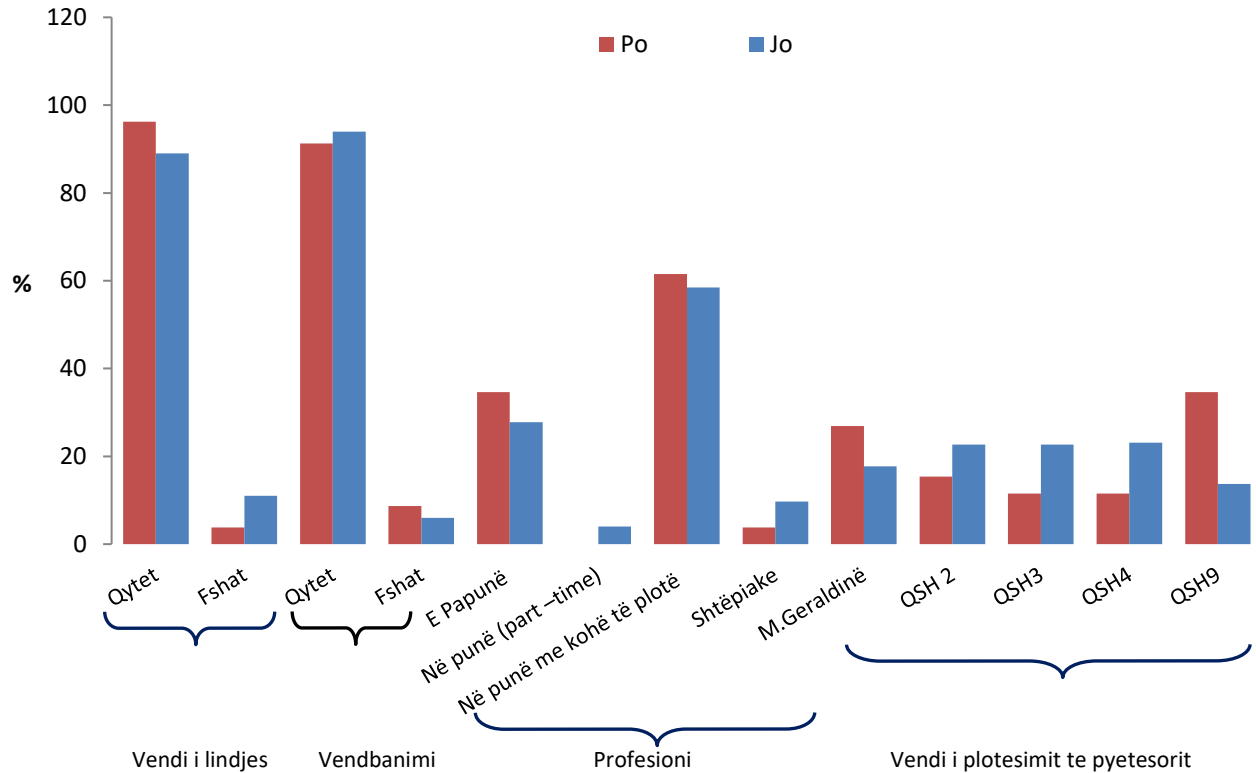


Figura 3. 16. Frekuenca e depresionit sipas karakteristikave sociodemografike-2

Shumica e rasteve me depression 95 (91.3%) kanë lindur në qytet ndërsa 4 (3.8%) e tyre kanë lindur në fshat, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p=0.04$).

Shumica e rasteve me depression 100 (96.2%) banojnë në qytet ndërsa 9 (8.7%) e tyre banojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p=0.5$).

Shumica e rasteve me depression 64 (61.5%) janë në punë me kohë të plotë, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p=0.03$).

Shumica e rasteve me depression 36 (34.6%) i përkasin QSH9, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p<0.01$).

Tabela 3. 22. Frekuenca e depresionit sipas karakteristikave klinike te grave.

Variablat	Depresion		P
	PO (n=104) n (%)	JO (n=299) n (%)	
Historia e infertilitetit			
JO	93 (89.4)	279 (93.3)	<0.01
Infertilitet Primar	7 (6.7)	24 (8.0)	
Abort i pavullnetshëm			
0	88 (84.6)	246 (82.3)	<0.01
1	8 (7.7)	45 (15.1)	
2	8 (7.7)	8 (2.7)	
Abort i vullnetshëm			
0	91 (87.5)	262 (87.6)	<0.01
1	5 (4.5)	32 (10.7)	
2	5 (4.5)	4 (1.3)	
3	4 (3.8)	0	
Numri i fëmijëve, M (SD)			
	1.6 (±0.8)		
1	52 (50.0)	147 (49.2)	<0.01
2	24 (23.1)	119 (39.8)	
3	28 (26.9)	25 (8.4)	
4	0	4 (1.3)	
5	0	4 (1.3)	
Probleme kohët e fundit			
Po	24 (23.1)	0	<0.01
Jo	80 (76.9)	299 (100.0)	
Episode depressive			
Po	7 (6.7)	17 (5.7)	0.8
Jo	97 (93.3)	282 (94.3)	
Vete lendime			
Po	4 (6.5)	29 (9.7)	0.09
Jo	100 (96.2)	270 (90.3)	
Histori familjare			
Po	7 (6.7)	1 (0.3)	<0.01
Jo	97 (93.3)	298 (99.7)	

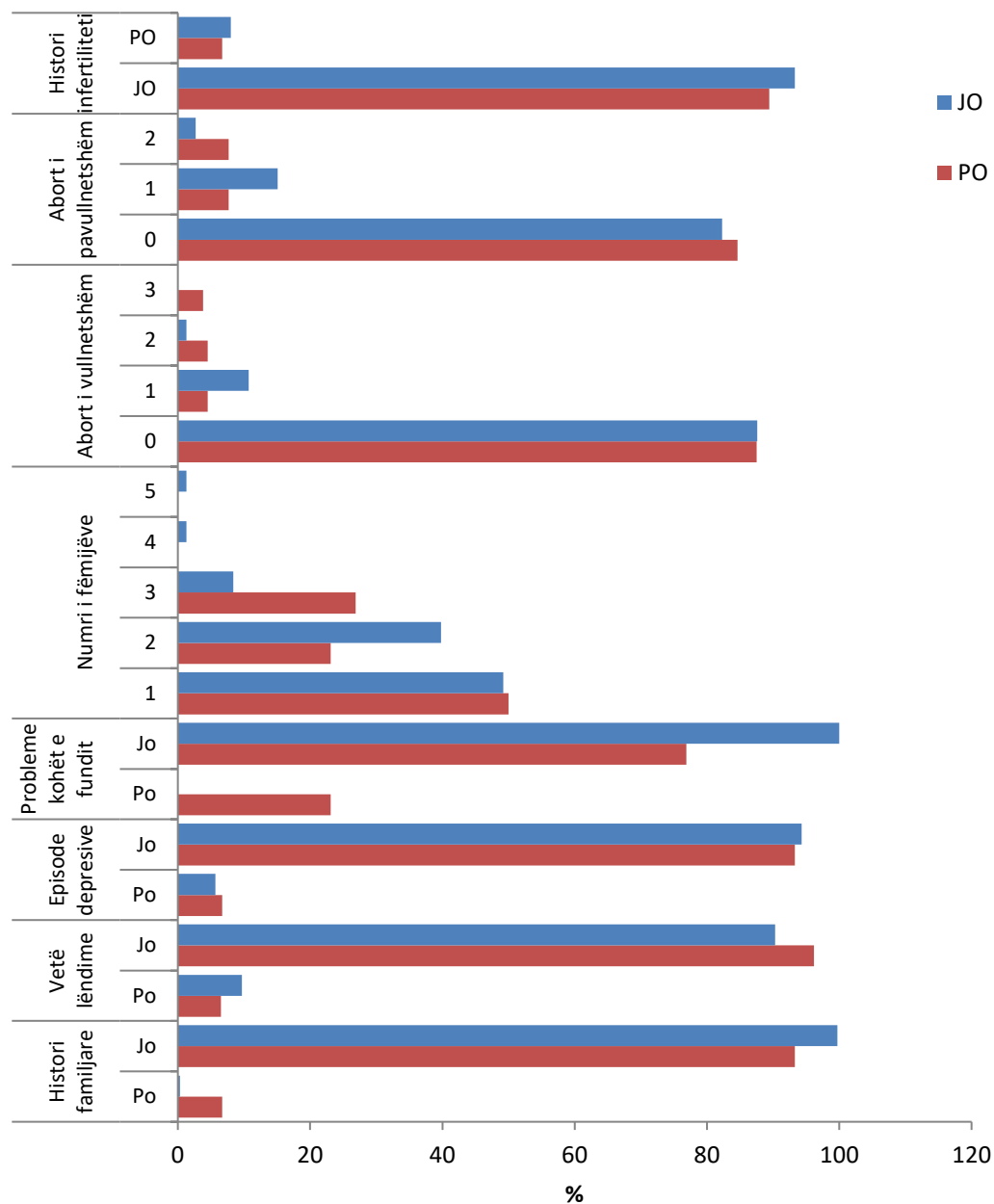


Figura 3. 17. Frekuenca e depresionit sipas karakteristikave klinike te grave

Nga rastet me depression 7 (6.7%) e tyre referojnë histori infertiliteti ndërsa 93 (89.4%) e tyre jo, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p < 0.01$).

Përkatësisht nga 8 (7.7%) e grave me depression kane kryer nga 1 dhe 2 aborte të pavullnetshme ndërsa 88 (84.6%) e tyre nuk kanë kryer, me ndryshim sinjifikant me rastet pas depression, ($p < 0.01$).

Përkatesisht nga 5 (4.5%) e grave me depresion kanë kryer nga 1 dhe 2 aborte të vullnetshme, 4 (3.8%) e tyre kanë kryer 3 aborte, ndërsa 91 (87.5%) e tyre nuk kanë kryer, me ndryshim sinjifikant me rastet pas depression, ($p<0.01$).

Nga rastet me depression 52 (50%) e tyre kanë 1 fëmijë, 24 (23.1%) e tyre kanë 2 fëmijë, dhe 28 (26.9%) e tyre kanë 3 fëmijë, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p<0.01$).

7 (6.7%) nga rastet me depression referojnë histori të episodeve depressive ndërsa 97 (93.3%) e tyre jo, pa ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p=0.8$).

4 (6.5%) nga rastet me depression referojnë histori të vetë lëndimeve ndërsa 100 (96.2%) e tyre jo, pa ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p=0.09$).

7 (6.7%) nga rastet me depression referojnë histori familjarë për depresion ndërsa 97 (93.3%) e tyre jo, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p<0.01$).

Tabela 3. 23. Frekuenca e depresionit në lidhje me mirëqënien bazë psikosociale.

Variablat	Depresion		P
	PO (n=104) n (%)	JO (n=299) n (%)	
Depresion më pare			
Po	7 (6.7)	1 (0.3)	<0.01
Jo	97 (93.3)	298 (99.7)	
Suport social			
Po	9 (8.7)	10 (3.3)	<0.01
Jo	95 (91.3)	289 (69.7)	
E kenaqur nga martesë			
Po	96 (92.3)	270 (90.3)	<0.01
Jo	8 (7.7)	29 (9.7)	
Pikëzimi, M (SD)			
	8.9 (1.4)		
Me kë jetoni			
Me burrin	18 (17.3)	209 (69.9)	<0.01
Me familjare të tjerë	79 (76.0)	75 (25.1)	
Me prindërit	7 (6.7)	0	
Vetëm	0	15 (5.0)	
E kënaqur me të ardhurat			
Po	48 (46.2)	153 (51.2)	0.9
Jo	56 (53.8)	146 (48.8)	
Si janë të ardhurat			
Shumë të mira	0	24 (8.0)	<0.01
Të mira	28 (30.0)	109 (36.5)	
Mjaftueshëm	72 (69.2)	150 (50.2)	
Të ulëta	4 (3.8)	8 (2.7)	
Minimale	0	4 (1.3)	
Përkrahje sociale	0	4 (1.3)	

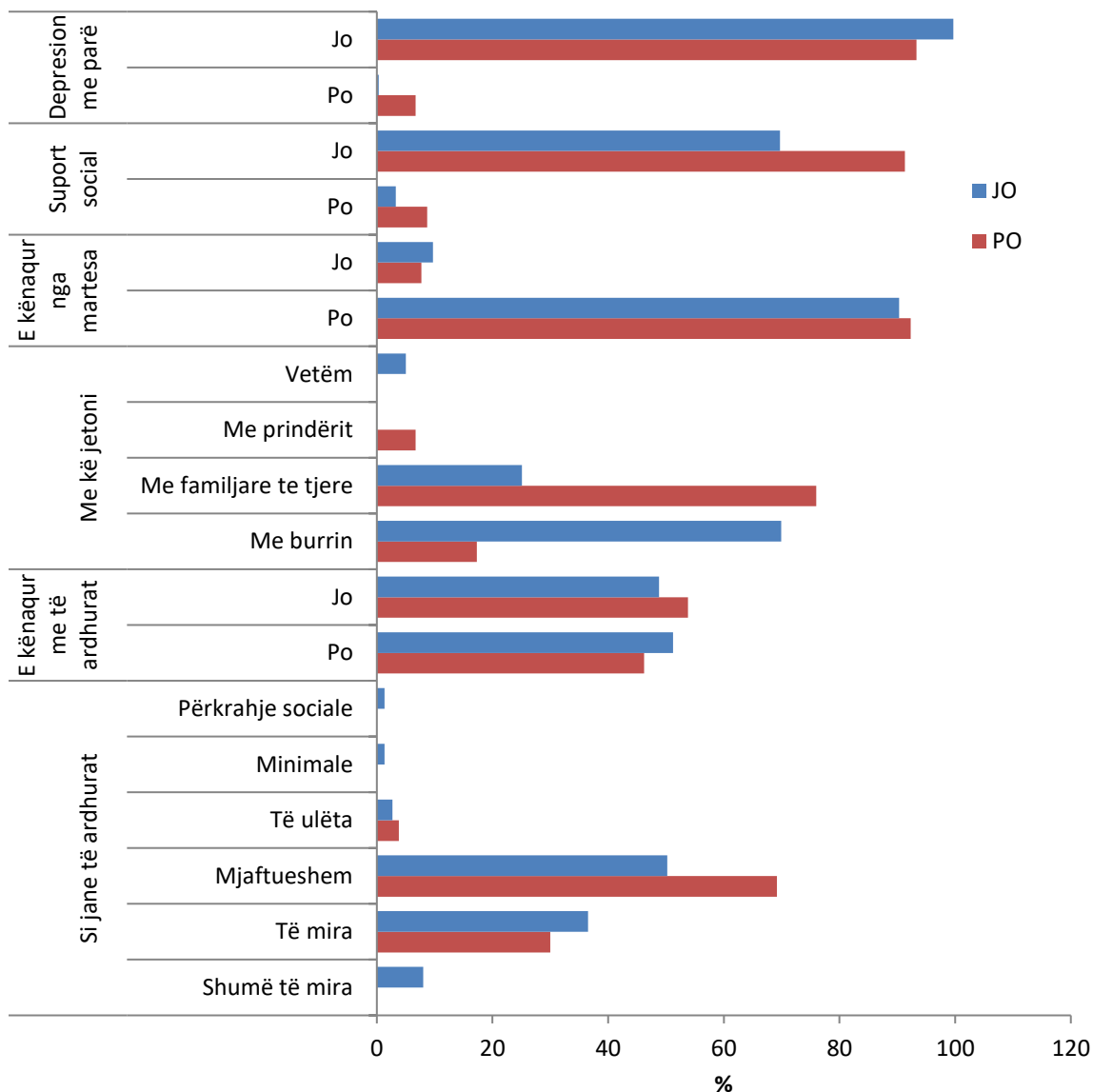


Figura 3. 18. Frekuenca e depresionit ne lidhje me mirëqënien bazë psicosociale

7 (6.7%) nga rastet me depression referojnë që kanë patur më parë depression ndërsa 97 (93.3%) e tyre jo, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p<0.01$).

9 (8.7%) nga rastet me depression referojnë që kanë patur support social ndërsa 95 (91.3%) e tyre jo, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p<0.01$).

96 (92.3%) nga rastet me depression referojnë që janë të kënaqura nga martesja ndërsa 8 (7.7%) e tyre jo, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p<0.01$).

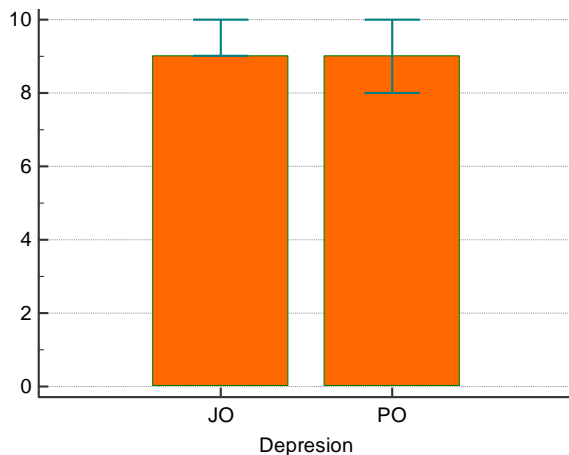


Figura 3. 19. Krahasimi i pikëzimit të kënaqësisë nga martesa

Pikëzimi mesatar i kënaqësisë nga martesa i grave me depression është 8.9 (± 1.4), ndërsa e grave pa depression është 9 (± 1.4), pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($t=0.6$, $p=0.5$).

Shumica e rasteve me depression 79 (76%) jetojnë me familjarë të tjerë, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p<0.01$).

48 (46.2%) nga rastet me depression referojnë që janë të kenaqura me të ardhurat ndërsa 56 (53.8%) e tyre jo, pa ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p=0.9$).

Shumica e rasteve me depression 72 (69.2%) referojnë që të ardhurat janë të mjaftueshme, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression, ($p<0.01$).

Tabela 3. 24. Faktorët e riskut për depresion. Analiza Multivariate - Regresioni Logjistik

Variablat	Coefficient	Std. Error	P
Mosha	-0.40	0.37	0.2
Grupmosha=21-25	-37.08	7068.61	0.9
Grupmosha=26-30	-33.14	7068.61	0.9
Grupmosha=31-35	-35.87	7068.61	0.9
Grupmosha>5	-33.19	7068.61	0.9
Arsimi=9 vjeçar	-4.39	0.00	<0.001
Arsimi=i mesëm	-7.25	0.00	<0.001
Arsimi=i lartë	-7.82	0.00	<0.001
Vendlindja=fshat	-23.07	4003.35	0.9
Vendbanimi=fshat	-0.13	1.89	0.9
Në punë (part –time)	-14.87	5189.67	0.9
Në punë me kohë të plotë	1.52	1.22	0.2
Shtëpiake	-20.72	5634.69	0.9
Gjendja martesore= "tjetër"	3.72	1.92	0.05
E kënaqur nga martesa	6.50	0.00	<0.001
Pikëzimi	-0.67	0.49	0.1
E kënaqur nga të ardhurat	0.65	0.95	0.4
Nr. i fëmijëve	1.56	0.74	0.03
Aborte të vullnetshme	0.91	1.84	0.6
Humbje/aborte të pavullnetshme	0.93	1.31	0.4
Infertilitet	-15.79	4255.34	0.9
Probleme trupore	0.52	1.83	0.7
Vetë lëndime	2.64	3.52	0.4
Episode depressive	2.34	0.00	<0.001
Depresion më pare	-20.41	12297.17	0.9
Histori familjare për depresion	44.52	14861.68	0.9

V. DISKUTIME

Nga 500 raste vetëm 403 u bënë pjesë e këtij studimi pasi plotësonin kriteret për tu përfshirë. Moshë mesatare e tyre ishte 29 (± 4.5) vjeç.

Në lidhje me shpërndarjen sipas grupmoshës shumica e grave janë në grupmoshën 26-30 vjeç, (49.4%) me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me grupmoshat e tjera. (3.5%) e grave janë në grupmoshën ≤ 20 vjeç, (14.6%) në grupmoshën 21-25 vjeç, (24.1%) në grupmoshën 31-35 vjeç dhe 47 (8.4%) në grupmoshën > 35 vjeç.

Në studim mbizotërojnë gratë me arsim të lartë në (52.3%) të tyre, me ndryshim sinjifikant me kategoritë e tjera. Me arsim të mesëm janë (29.5%), me arsim nëntëvjeçar (17%) e tyre dhe vetëm (1.1%) e tyre janë me arsim fillor.

Shumica e grave, (92.2%) janë të martuara ndërsa (7.8%) e tyre bashkëjetojnë. Shumica e grave, (93.3%) banojnë në zonën urbane ndërsa (9.1%) e tyre banojnë në zonën rurale.

Në studim mbizotërojnë gratë e punësuar me kohë të plotë (59.2%) të tyre, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me kategoritë e tjera. Një numër i konsiderueshëm i grave, (29.6%) e tyre janë të papuna, (3.1%) e tyre punojnë me kohe të pjesshme ndërsa (8.2%) e tyre referojnë që janë shtëpiake.

Gratë janë kontaktuar dhe pyetur në Spitalin Obstetrik-Gjinekologjik “M. Geraldinë” (20%), në QSH 2 (21%), QSH3 (20%), QSH4 (20%) dhe QSH9 (19%).

Numri mesatar i fëmijëve për grua është 1.6 (± 0.8) fëmijë. Shumica e grave (49.5%) kanë 1 fëmijë, ndjekur nga (35.2%) me 2 fëmijë, (13.2%) me tre fëmijë dhe nga (1.1%) gra me përkatësisht 4 dhe 5 fëmijë.

Përsa i përket karakteristikave klinike (52%) e grave janë shtatëzana ndërsa 193 (48%) e tyre pas lindjes. Nga gratë shtatëzana (18.7%) e tyre janë në tremujorin e I-re, (37.8%) në tremujorin e II-të ndërsa mbizotërojnë gratë në tremujorin e III-të, (43.5%).

Nga gratë që kishin lindur (21%) e tyre kishin < 1 muaj pas lindjes, (15.2%) e tyre ishin në periudhën 1-3 muaj, shumica e tyre (38.6%) në periudhën 4-6 muaj dhe 53 (25.2%) e tyre në periudhën 7-12 muaj pas lindjes. (7%) e grave referuan histori infertiliteti.

Aborte të pavullnetshme në total referojnë 17.2% e grave nga të cilat 13.2% referojnë 1 abort ndërsa (4%) e tyre 2 aborte. Aborte të vullnetshme në total referojnë 12.5% e grave nga të cilat 9.1% referojnë 1 abort, 2.3% 2 aborte ndërsa (1.1%) e tyre 3 aborte.

Probleme trupore kohët e fundit si dhimbje mesi, dhimbje koke, lodhje, referojnë (6%) e grave;

Episode depresive referojnë (2.2%) e tyre; Vetë lëndime të paramenduara referojnë (8.2%) e tyre; Histori familjare për çrregullime mendore, ankth, depresion, etj. referojnë (2.1%) e

grave. Depresion të mëparshëm referojnë (2.0) e grave, support social (4.6%), të kënaqura nga martesë referojnë 90.9% e tyre.

Pikëzimi mesatar i kënaqësisë nga martesë ishte 8.9 (± 1.4) me rang nga 2 deri në 10 pikë. Shumica e grave (56.3%) e tyre jetojnë me bashkëshortin, (38.2%) referojnë që jetojnë edhe me familjarë të tjerë, 7 (1.8%) referojnë që jetojnë me prindërit dhe 15 (3.6%) jetojnë vetëm ($p < 0.01$). Suport social referojnë 19 (4.6%) e grave.

Të kënaqura me të ardhurat referojnë (50%) e grave. Të ardhura shumë të mira referojnë (6%) e tyre, të mira (34%), mjaftueshëm (55%) të ulëta (3%), minimale (1%) dhe përkrahje sociale 4 (1%).

Në total me depression rezultuan 104 ose 25.8% e grave (95%CI 21.596 - 30.364).

Pikëzimi mesatar i EPDS për rastet pa depression ishte 3.71 (2.46) ndërsa i rasteve me depression ishte 12.07 (2.82) me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre. Incidenca e depresionit perinatal në këtë studim u rrit gjatë tremujorëve dhe më pas u rit edhe në periudhën e pas lindjes.

Me depression antepartum u diagnostikuan 22.8% nga 193 gratë e kësaj periudhe (95%CI 17.082 - 29.373) ndërsa me depression postpartum u diagnostikuan 28.6% nga 210 gratë e kësaj periudhe (95%CI 22.34 - 35.531), pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.

Pikëzimi mesatar i EPDS për rastet me depression antepartum ($M=12.3 \pm 1.4$) dhe postpartum ($M=11.9 \pm 1.2$) ishte më i lartë krahasuar me rastet pa depression, përkatësisht ($M=4.2 \pm 0.7$) dhe ($M=3.8 \pm 0.6$) me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre.

Në studim nuk u gjet ndryshim sinjifikant i incidencës së depresionit sipas tremujorit të shtatëzaniës. Në tremujorin e I-rë me depression u diagnostikuan (22.2%) nga 36 gra të këtij tremujori, në tremujorin e II-të 12 (16.4%) nga 73 gra të këtij tremujori dhe në tremujorin e III-të (28.6%) gra të këtij tremujori.

-Gjasat për depression në tremujorin e dytë (OR=0.68 95%CI 0.25 – 17.87) janë më të ulëta krahasuar me tremujorin e parë por pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.

-Gjasat për depression në tremujorin e tretë (OR=1.4 95%CI 0.55 – 3.50) janë më të larta krahasuar me tremujorin e parë por pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.

Në studim nuk u gjet ndryshim sinjifikant i incidencës së depresionit sipas kohës pas lindjes.

Në krahasuar rezultatet e studimit tonë me studimet e tjera si dhe faktorët klinikë të implikuar në depresionin perinatal.

Edhe në studimet (50) të tjera tregohet se shkalla e depresionit në periudhën prenatale ishte e ndryshme sipas tremujorëve të shtatëzaniës. Studimet tregojnë se prevalenca e depresionit prenatal ishte më e lartë në tremujorin e tretë. Kjo gjetje ishte e përputhshme me rezultatet e një studimi tjetër, i cili gjeti se nivelet e depresionit prenatal ishin dukshëm

më të lartë në tremujorin e tretë krahasuar me tremujorin e dytë [51]. Me fjalë të tjera, koha e periudhës gestacionale ishte një faktor i rëndësishëm në depresionin prenatal [50-51]. Stresi është i lidhur ngushtë me depresionin dhe simptomat depresive [2, 15, 62, 71]. Është e mundshme që nivelet e larta të stresit si barra e lindjes, prishmëritë për rritjen e fëmijës, dhe konflikti i roleve në kulturën shqiptare mund të shkaktojnë nivele më të larta të depresionit në tremujorin e tretë [7, 41]. Pikat kohore gjatë secilit tremujor lidhen në mënyrë të konsiderueshme me njëri-tjetrin, gjë që është në përputhje me rezultatet e një studimi tjetër [7,42]. Megjithatë, lidhja midis secilit tremujor dhe depresionit paslindjes ishte shumë i ndryshëm. Depresioni prenatal në tremujorin e parë nuk ka lidhje të dukshme me depresionin pas lindjes, ndërsa shkalla e depresionit në tremujorin e dytë dhe të tretë lidhej dukshëm me të. Në mënyrë të veçantë, në studimin aktual, depresioni prenatal në tremujorin e parë nuk parashikoi depresionin paslindjes gjë që është në kontrast me rezultatet e studimit të kryer nga Lee dhe kolegët e tij [75-76], në të cilin depresioni në tremujorin e parë ishte një parashikues i depresionit pas lindjes.

Rezultati ynë i një korrelacioni të rëndësishëm midis tremujorit të dytë dhe të tretë dhe depresionit pas lindjes është veçanërisht i rëndësishëm sepse tregon që ndërhyrja për të parandaluar depresionin pas lindjes në gratë me depresion prenatal në tremujorin e dytë. Një studim i depresionit prenatal në gratë tregoi se gratë e vetmuara ose të divorcuara dhe ato me histori të konsumit të alkoolit në tremujorin e parë, mosha e re në tremujorin e dytë, dhe përdorimi i alkoolit gjatë tremujorit të tretë ishin faktorë rreziku për depresionin prenatal [50-51].

Në kohën <1 muaj pas lindjes me depresion u diagnostikuan 16 (36.4%) e grave të kësaj kohe, në kohën 1-3 muaj pas lindjes 8 (25%) e grave të kësaj kohe, në kohën 4-6 muaj pas lindjes 16 (19.8%) e grave të kësaj kohe dhe në kohën 7-12 muaj pas lindjes 20 (37.7%) e grave të kësaj kohe.

-Gjasat për depresion në 1-3 muaj pas lindjes (OR=0.58 95%CI 0.21 – 1.59) janë më të ulëta krahasuar me periudhën <1 muaj, por pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.

-Gjasat për depresion në 4-6 muaj pas lindjes (OR=0.43 95%CI 0.18 – 0.98) janë më të ulëta krahasuar me periudhën <1 muaj, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.

-Gjasat për depresion në 7-12 muaj pas lindjes (OR=1.06 95%CI 0.46 – 2.42) janë pothuajse të njëjta krahasuar me periudhën <1 muaj, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.

Mosha mesatare e grave me depression është 29.0 (\pm 4.5) vjeç, ndërsa e grave pa depression është 28.2 (\pm 4.8) vjeç, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre. Në lidhje me grupmoshën vërehet që shumica e rasteve me depression (65.4%) i përket grupmoshës 26-30 vjeç ndjekur nga 12 (11.5%) raste që i përket grupmoshës 26-30 vjeç me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression.

Në lidhje me nivelin e edukimit, shumica e rasteve me depresion (38.5%) dhe (42.3%) janë përkatësisht me arsim të mesëm dhe të lartë, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression. (93.3%) e grave me depresion janë të martuara ndërsa 7 (6.7%) bashkëjetojnë, pa ndryshim sinjifikant me rastet pa depression.

Shumica e rasteve me depression (91.3%) kanë lindur në qytet ndërsa 4 (3.8%) e tyre kanë lindur në fshat, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression. Shumica e rasteve me depression (96.2%) banojnë në qytet ndërsa 9 (8.7%) e tyre banojnë në fshat, pa ndryshim sinjifikant me rastet pa depression. Shumica e rasteve me depression (61.5%) janë në punë me kohë të plotë, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression. Shumica e rasteve me depression (34.6%) i përkasin QSH9, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression. Nga rastet me depresion (6.7%) e tyre referojnë histori infertiliteti ndërsa (89.4%) e tyre jo. Përkatësisht nga (7.7%) e grave me depresion kanë kryer nga 1 dhe 2 aborte të pavullnetshme ndërsa (84.6%) e tyre nuk kanë kryer. Përkatësisht nga (4.5%) e grave me depresion kanë kryer nga 1 dhe 2 aborte të vullnetshme, (3.8%) e tyre kanë kryer 3 aborte, ndërsa (87.5%) e tyre nuk kanë kryer, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression. Nga rastet me depresion (50%) e tyre kanë 1 fëmijë, (23.1%) e tyre kanë 2 fëmijë, dhe (26.9%) e tyre kanë 3 fëmijë, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression. (6.7%) nga rastet me depresion referojnë histori të episodeve depressive ndërsa (93.3%) e tyre jo, pa ndryshim sinjifikant me rastet pa depression. (6.5%) nga rastet me depresion referojnë histori të vetë lendimeve ndërsa (96.2%) e tyre jo, pa ndryshim sinjifikant me rastet pa depression. (6.7%) nga rastet me depresion referojnë histori familjare për depresion ndërsa (93.3%) e tyre jo, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression. (6.7%) nga rastet me depresion referojnë që kanë patur më parë depresion ndërsa (93.3%) e tyre jo, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression. (8.7%) nga rastet me depresion referojnë që kanë patur support social ndërsa (91.3%) e tyre jo, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression. (92.3%) nga rastet me depresion referojnë që janë të kënaqura nga martesja ndërsa (7.7%) e tyre jo, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depression.

Pikëzimi mesatar i kënaqësisë nga martesja i grave me depresion është 8.9 (± 1.4), ndërsa i grave pa depresion është 9 (± 1.4), pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre. Shumica e rasteve me depresion (76%) jetojnë me familjarë të tjerë, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depresion. (46.2%) nga rastet me depresion referojnë që janë të kënaqura me të ardhurat ndërsa (53.8%) e tyre jo, pa ndryshim sinjifikant me rastet pa depresion. Shumica e rasteve me depresion (69.2%) referojnë që të ardhurat janë të mjaftueshme, me ndryshim sinjifikant me rastet pa depresion.

-Vendlindja ne qytet rezulton faktor favorizues ndaj depresionit

-Arsimi i mesëm dhe i lartë janë faktorë favorizues ndaj depresionit;

-Gjendja martesore rezulton faktor favorizues për depresionin

-Jetesa me familjarë të tjerë rezulton faktor favorizues për depresionin

-Numri i fëmijëve rezulton faktor risku për depresionin

-Punesimi me kohe te plote rezulton favorizues per depresion

Shumë pak njihet marrëdhënia midis kohës së shfaqjes së depresionit prenatal dhe rezultateve maternale dhe foshnjore. Duke qënë se periudha e depresionit prenatal ndikon në problemet e sjelljes, emocionale, zhvillimore dhe konjitive të foshnjeve dhe fëmijëve në vendet perëndimore [45-46], studimet në të ardhmen duhet të fokusohen edhe mbi foshnjat e nënave me depresion. Për të lehtësuar detektimin dhe ndërhyrjen e hershme studimet duhet të përcaktojnë në cilën periudhë të shtatëzansë depresioni prenatal lidhet me pritshmëritë në zhvillimin e fëmijës. Ekziston një besim i kulturës ku të gjitha mendimet, sjelljet, dhe ndjenjat e një gruaje shtatëzanë ndikojnë në zhvillimin konjitiv, bihevioral dhe afektiv të fetusit [45-46].

Për shkak të këtij besimi kulturor, mjaft femra shtatëzane shmangin përdorimin e duhanit dhe alkoolit gjatë shtatëzansë [44,45]. Kjo është e përputhshme me rezultatet e studimit aktual në të cilin pothuajse asnjë pjesëmarrës nuk përdorte duhan apo alkool gjatë shtatëzansë.

VI. PËRFUNDIME

- I.** Prevalenca e depresionit perinatal në periudhën 2015-2017 në gratë gjatë periudhës së shtatzanisë dhe paslindjes (403 gra), pas skrinimit rezultoi:
- Në total me depresion rezultuan 25.8% e grave, (95% CI 21.596 - 30.364).
 - Prevalenca e depresionit postpartum rezultoi 28.6%, (95% CI 22.34 - 35.531),
 - Prevalenca e depresionit antepartum rezultoi 22.8%, (95% CI 17.082 - 29.373), pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.
- II.** Prevalenca e depresionit sipas tremujorevë të shtatzanisë rezultoi:
- Në tremujorin e parë (22.2%), Në tremujorin e dytë (16.4%), Në tremujorin e tretë (28.6%).
 - Në tremujorin e dytë gjasat për depresion janë më të ulëta krahasuar me tremujorin e parë (OR=0.68 95%CI 0.25 – 17.87) pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.
 - Në tremujorin e tretë (gjasat për depresion janë më të larta krahasuar me tremujorin e parë (OR=1.4 95%CI 0.55 – 3.50) pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.
- III.** Në lidhje me ndikimin e faktorëve demografike dhe sociale ekonomike (faktorët favorizues) në shfaqjen e depresionit perinatal rezultoi:
- Arsimi i mesëm dhe i lartë janë faktorë favorizues ndaj depresionit (38.5%) dhe (42.3%)
 - Gjëndja martesore rezulton faktor favorizues për depresionin (93.3%) e grave me depresion janë të martuara ndërsa (6.7%) bashkëjetojnë
 - Numri i fëmijëve rezulton faktor favorizues për depresionin (50%) kanë 1 fëmijë, (23.1%) kanë 2 fëmijë, dhe (26.9%) kanë 3 fëmijë
 - Punesimi me kohë të plotë rezulton favorizues për depresion. (61.5%) e tyre

VII. REKOMANDIME

Bazuar në përfundimet e këtij punimi shkencor do të ishte me vlerë të merreshin në konsideratë edhe disa rekomandime si më poshtë vijojnë:

Rekomandojme skrinimin e grave gjatë shtatzanisë dhe pas lindjes, bazuar në përfundimet rekomandohet muajin e trete (28.6%) të shtatzanisë si dhe periudhën pas lindjes, 1 muaj (36.4%) dhe 7-12 muaj pas lindjes (37.7%) kohe në të cilën gjasat për depresion janë më të larta se në periudhat e tjera

Rekomandojmë mjekun obsteter dhe mjekun konsultor të familjes për kryerjen e këtyre testeve në vendin e tyre të punës apo dhe gjatë vizitave në shtëpi rutinë që u bëhet këtyre pacientëve. Si mjet për skrinim shumë mire do të shërbente EDPS test.

Rekomandojme edukimin e punonjësve shëndetësorë, nënave dhe familjarëve, për depresionin perinatal dhe kapjen e hershme të tij, bazuar në udhëzues specifikë për diagnostikimin, referimin, dhe trajtimin e depresionit perinatal të grate gjatë shtatzanisë dhe pas lindjes.

VIII BIBLIOGRAFIA

1. Adler G: Psychotherapy of the narcissistic personality disorder patient: tëo contrasting approaches. *Am J Psychiatry* 143, 430-436, 1986
2. Alfonso DD, Lovett S, Paul SM, et al. A standardized interview that differentiates pregnancy and postpartum symptoms from perinatal clinical depression. *Birth* 1990; 17(3):121-30.
3. Akhtar S, Thompson JA. Overview: narcissistic personality disorder, *Am J Psychiatry* 139, 12-20, 1982
4. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depression (revision). *Am J Psychiatry* 2000; 157(4).
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition Washington DC, American Psychiatric Association, 1980
6. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition Washington DC, American Psychiatric Association, 1994
7. Areias ME, Kumar R, Barros H, et al. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Br J Psychiatry* 1996; 169(1):30-5.
8. Armstrong K, Fraser J, Dadds M, et al. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *J Pediatric Child Health* 1999; 35(3):237-44.
9. Ballard CG, Davis R, Cullen PC, et al. Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 1994; 164(6):782-8.
10. Bani, M., Dolce, R. (2009). La depressione postpartum in rete: risorse e prospettive. In: Zaccagnino, M. (2009). I disagi della maternità. Individuazione, prevenzione e trattamento. Milano: FrancoAngeli.
11. Beck CT, Gable RK. Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with other depression instruments. *Nurse Res* 2001; 50(4):242-50.
12. Berle J, Aarre T, Mykletun A, et al. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and

- assessment of risk factors for postnatal depression. *J Affect Disorder* 2003; 76(1-3):151-6.
13. Bina, R. (2008). The impact of cultural factors upon postpartum depression: a literature review. *Health care for women international*, 29, fq 568-592.
 14. Bloch M, Daly RC, Robinoë DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry* 2003; 44(3):234-46.
 15. Bolton, H.L., Hughes, P.M., Turton, P. & Sedgëick, P. (1998) Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner London population. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 19, 202–209.
 16. Boyce P, Stubbs J, Todd A. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Australian sample. *Aust N Z J Psychiatry* 1993; 27(3):472-6.
 17. Boyce P., Stubbs, J. (1994). The importance of postnatal depression. *Medical Journal of Australia*, 161, pg 471—472.
 18. -Broën, G.Ë. & Harris, T. (1978) Social Origins of Depression: a Study of Psychiatric Disorders in Women. London: Tavistock. In Jane, H. (2009). *Perinatal Mental Health: A Guide for Health Professionals and Users*. John Wiley & Sons, Ltd.
 19. Brugha TS, Heatley S, Taub NA, et al. Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. *Psychol Med* 2000; 30(6):1273-81.
 20. Bryan TL, Georgiopoulos AM, Harms RE, et al. Incidence of postpartum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retrospective study. *J Reprod Med* 1999; 44(4):351-8.
 21. Burke KC, Burke JD Jr, Rae DS, et al. Comparing age at onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts in five US community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48(9):789-95.
 22. Burke L. The impact of maternal depression on familial relationships. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15(3):243-55.
 23. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *J Abnorm Psychol* 1991; 100(4):594-9.

24. Caretti, V., Ragonese N., Crisafi, C. (2013). (Eds.). La depressione perinatale. Aspetti clinici e di ricerca sulla genitorialità. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
25. Carter, F.A., Carter, J.D., Luty, S.E., Eilson, D.A., Frampton, C.M.A., Joyce, P.M. (2005). Screening and treatment for depression during pregnancy: a cautionary note. *Australian and Neë Zealand Journal of Psychiatry*, 39, fq 255–261.
26. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, et al. Prevention and treatment of postpartum depression: a controlled randomized study on öomen at risk. *Psychol Med* 2002; 32(6):1039-47.
27. Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Rogé, B., Mullet, E. (2002). Prevention and Treatment of Post-Partum Depression: a Controlled Randomized Study on Öomen at Risk. *Psychological Medicine*, 32 (6), fq 1039-1047.
28. Chen CH, Tseng YF, Chou FH, et al. Effects of support group intervention in postnatal distressed öomen. A controlled study in Taiëan. *J Psychosom Res* 2000; 49(6):395-9.
29. Chodoff P, Lyons H, Hysteria, the hysterical personality and hysterical conversion. *AmJ Psychiatry* 114: 734-740, 1985
30. Cochrane Methods Öorking Group, Öorking Group on Systematic Revieë of Screening and Diagnostic Tests. *Recommended Methods*; 1996.
31. Cooper P, Murray L. The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. In: Cooper P and Murray L, editors. *Postpartum Depression and Child Development*. Neë York: Guilford; 1997. p. 201-20.
32. Cooper PJ, Campbell EA, Day A, et al. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br J Psychiatry* 1988; 152:799-806.
33. Cooper PJ, Murray L, Hooper R, et al. The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychol Med* 1996; 26(3):627-34.
34. Coëdry RË, Gardner DL: Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine and tranylcypromine. *ArchGen Psychiatry* 45:111-119, 1988
35. Cox J, Chapman G, Murray D, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal öomen. *J Affect Disord* 1996; 39(3):185-9.

36. Cox JL, Connor Y, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Br J Psychiatry* 1982; 140:111-7.
37. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993; 163:27-31.
38. Dennis C-L. (2004). Preventing Postpartum Depression Part II: A Critical Review of Nonbiological Interventions. *Can J Psychiatry* 49, 526–538.
39. Dennis CL. The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. *Can J Psychiatry* 2003; 48(2):115-24.
40. Dennis, C.-L., Janssen, PA., Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, fq 338- 346.
41. Depression Guideline Panel. *Depression in Primary Care: Volume 1. Detection and Diagnosis*. Clinical Practice Guideline, Number 5. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, 1993. AHCPR Publication No. 93-0550.
42. Doëns SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomized and non-randomized studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52(6):377-84.
43. Eisner KL, Perel JM, Peindl KS, et al. Prevention of recurrent postpartum depression: a randomized clinical trial. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(2):82-6.
44. Elliott SA, Leverton TJ, Sanjack M, et al. Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *Br J Clin Psychol* 2000; 39(Pt 3):223-41.
45. Fisher, J., Cabral de Mello, M., Izutsu, T. (2009). Pregnancy, childbirth and the postpartum period. In: EHO (2009). Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. Geneva.
46. Fleming AS, Klein E, Corter C. The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33(4):685-98.
47. Flynn HA, Davis M, Marcus SM, et al. Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26(4):316-22.

48. Gabbard GO (editor in chief): Treatment of Psychiatric Disorders, 2nd Edition, Vol 2. Washington DC, American Psychiatric Press, 1995, pp 2241-2393
49. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord* 2003; 75(1):71-6.
50. Gaynes B, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. *Perinatal Depression: Feasibility Study*. Final Report from the RTI-International-University of North Carolina Evidence-based Practice Center to the Agency for Healthcare Research and Quality under Contract No. 290-02-0016. Research Triangle Park, NC; 2003.
51. Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Söinson, T., Gartlehner, G., Brody, S., & Miller, E. C. (2005). Evidence Report/Technology Assessment No. 119: Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. Rockville, MD: AHRQ Publication.
52. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Eöllan P, et al. Routine screening for postpartum depression. *J Fam Pract* 2001; 50(2):117-22.
53. Goodman, J. H. (2004). Paternal Postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced nursing*, 45, 1, fq 26-35.
54. Gotlib IH, Ehiffed VE, MountJH, et al. Prevalence rates and demographic characteristics associated eith depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57(2):269-74.
55. Gunderson JG: Borderline Personality Disorders. Washington DC, American Psychiatric Press, 1984
56. Guntrip H: Psychoanalytic Theory, Therapy and the Self. Neö York, Basic Books, 1973, pp 145-173
57. Harris B, Huckle P, Thomas R, et al. The use of rating scales to identify post-natal depression. *Br J Psychiatry* 1989; 154:813-7.
58. Hiscock H, Eäake M. Randomized controlled trial of behavioral infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *Br Med J* 2002; 324(7345):1062-5.
59. Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, et al. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum öomen. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63(3):445-53.

60. Hoffbrand S, Hoëard L, Craëly H. Antidepressant treatment for post-natal depression. *Nurs Times* 2001; 97(45):35.
61. Honey KL, Bennett P, Morgan M. A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression. *Br J Clin Psychol* 2002; 41(Pt 4):405-9.
62. Horoëitz JA, Bell M, Trybulski J, et al. Promoting responsiveness between mothers with depressive symptoms and their infants. *J Nurs Scholarsh* 2001; 33(4):323-9.
63. Jane, H. (2009). *Perinatal Mental Health: A Guide for Health Professionals and Users*. John Wiley & Sons, Ltd.
64. Johan C.H., Van Bussel A., Spitz B., Demyttenaere, K. (2009). Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *Journal of Affective Disorders* 114, fq 232–242.
65. Jones I, Craddock N. Familiarity of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry* 2001; 158(6):913-7.
66. Judd LL, Rapaport MH, Yonkers KA, et al. Randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine for acute treatment of minor depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161(10):1864-71.
67. Kent GN, Stuckey BG, Allen JR, et al. Postpartum thyroid dysfunction: clinical assessment and relationship to psychiatric affective morbidity. *Clin Endocrinol* 1999; 51(4):429-38.
68. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord* 2003; 74(1):5-13.
69. Kitamura T, Shima S, Suggëra M, et al. Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychol Med* 1993; 23:967-75.
70. Kitamura T, Sugaëara M, Shima S, et al. Temporal variation of validity of self-rating questionnaires: improved validity of repeated use of Zung's Self-Rating Depression Scale among women during the perinatal period. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1999; 20(2):112-7.
71. Klein M, Essex MJ. Pregnant or depressed? The effect of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression during the second trimester. *Depression* 1994; 2:1994-5.

72. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984; 144:35-47.
73. Leahy-Ëarren, P., McCarthy, G. (2007). Postnatal Depression: Prevalence, Mother's Perspectives, and Treatments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21, fq 91-100.
74. Lee D, Yip A, Chiu H, et al. A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. *Am J Psychiatry* 2001; 158(2):220-6.
75. Lee D, Yip A, Chiu H, et al. Screening for postnatal depression: are specific instruments mandatory? *J Affect Disord* 2001; 63(1-3):233-8.
76. Lee, D. T. S., Chung, T. K. H. (2007). Postnatal depression: an update. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21 (2), fq 183-191.
77. Leverton TJ, Elliott SA. Is the EPDS a magic wand? 1. A comparison of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and health visitor report as predictors of diagnosis on the Present State Examination. *J Reprod Infant Psychol* 2000; 18(4):279-96.
78. Linehan MM: Cognitive Behavioral Treatment for Borderline Personality Disorder New York, Guilford, 1993
79. Llewellyn AM, Stoebe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(Suppl 15):26-32.
80. Lucas A, Pizarro E, Granada ML, et al. Postpartum thyroid dysfunction and postpartum depression: are they two linked disorders? *Clin Endocrinol* 2001; 55(6):809-14.
81. Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences in Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol*, 16 (1), fq 15-22.
82. Marmorstein NR, Malone SM, Iacono EG. Psychiatric disorders among offspring of depressed mothers: associations with paternal psychopathology. *Am J Psychiatry* 2004; 161(9):1588-94.
83. McMahon, D., Barnett, B., Koalenko, N., Tennant, C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: Past and current relationships, defense styles and mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*, 84, fq 15-24.

84. Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol* 1990; 8(2):99-107.
85. Murray L, Carothers A. The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry* 1990; 157:288-90.
86. Murray L, Stein A. The effects of postnatal depression on the infant. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1989; 3(4):921-33.
87. National Institute for Clinical Excellence (2007). Antenatal and Postnatal Mental Health. Clinical practice guideline No. 45. London: NICE
88. Nemeroff, C. B. (2008). Understanding the pathophysiology of postpartum depression: implications for the development of novel treatments. *Neuron*, 59 (2), fq 185-186.
89. O'Hara MÈ, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984; 93(2):158-71.
90. O'Hara MÈ, Stuart S, Gorman LL, et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(11):1039-45.
91. O'Hara MÈ, Säain AM. Rates and risk of postpartum depression — a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8:37-54.
92. O'Hara MÈ, Zekoski EM, Philipps LH, et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol* 1990; 99(1):3-15.
93. Onozaëa K, Glover V, Adams D, et al. Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *J Affect Disord* 2001; 63(1-3):201-7.
94. Oxman TE, Sengupta A. Treatment of minor depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10(3):256-64.
95. Perry JC: Longitudinal studies of personality disorder. *Journal of Personalities Disorders* 7 7 (supply): 63-85,1993
96. Perinatal Depression. (2006). New York State Department of Health. Retrieved February25,2012,fromhealth.ny.gov/community/pregnancy/health_care/perinatal/perinatal_depression.htm

97. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 136(10):765-76.
98. Pop VJ, Essed GG, de Geus CA, et al. Prevalence of post partum depression—or is it post-puerperium depression? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72(5):354-8.
99. Robertson, E., Grace, S., Eallington, T., Steëart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, fq 289-295.
100. Robins L, Regier D. *Psychiatric Disorders in America*. Neë York: Free Press; 1991.
101. Shapiro D: *Neurotic Styles*. Neë York, Basic Books, 1965 (An excellent and highly readable discussion of personality styles).
102. Stamp GE, Eilliams AS, Croëther CA. Evaluation of antenatal and postnatal support to overcome postnatal depression: a randomized, controlled trial. *Birth* 1995; 22(3):138-43.
103. Stone MH: *The Fate of Borderline Patients: Successful Outcome and Psychiatric Practice*. Neë York, Guilford, 1990
104. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002; 136(10):760-4.
105. Vaillant GE Perry JC: *Personality Disorders*, in *A Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Vol 2, 3 rd Edition. Edited by Kaplan HI, Freedman AM, Sadoc BJ. Baltimore, MD Eilliams and Eikins, 1980, pp 1562-1590.
106. Vaillant GE: Sociopathy as a human process: a vieëpoint. *Arch Gen Psychiatry* 32: 178 – 183, 1975
107. Eäagner HR, Burns BJ, Broadhead EE, et al. Minor depression in family practice: functional morbidity, comorbidity, service utilization, and outcomes. *Psychol Med* 2000; 30(2):1377-90.
108. Eäatson JP, Elliott SA, Rugg AJ, et al. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry* 1984; 144:453-62.
109. Ehiffed V. Vulnerability of postpartum depression: a prospective multivariate study. *J Abnorm Psychol* 1988; 97(4):467-74.
110. Ehite, T., Matthey, S., Boyd, K., Barnett, B. (2006). Postnatal depression and post traumatic stress after childbirth: prevalence, course and concurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24, fq 107-120.

111. Eidding Hedin, L. (2000). Postpartum, also a risk period for domestic violence. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 89, fq 41- 45.
112. Eilliams JË Jr, Pignone M, Ramirez G, et al. Identifying depression in primary care: a literature synthesis of case-finding instruments. *Gen Hosp Psych* 2002; 24:225-37.
113. Eilliamson V., McCutcheon, H. (2004). Postnatal depression: a review of current literature. *J.ACM* 17 (4), fq 11-16.
114. Eisner KL, Eheelers SB. Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45(12):1191-6.
115. Eool house, H., Broën, S., Krastev, A., Perlen, S., Gunn, J. (2009). Seeking help for anxiety and depression after childbirth: results of the Maternal Health Study. *Archives of Eomen's Mental Health*, 12, 75-83
116. Yamashita H, Yoshida K, Nakano H, et al. Postnatal depression in Japanese Eomen. Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. *J Affect Disord* 2000; 58(2):145-54.
117. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, et al. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 2001; 158(11):1856-63.
118. Yoshida K, Marks M, Kibe N, et al. Postnatal depression in Japanese Eomen Eho have given birth in England. *J Affect Disord* 1997; 43(1):69-77.
119. Zlotnick C, Johnson SL, Miller IË, et al. Postpartum depression in Eomen receiving public assistance: pilot study of an interpersonal therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry* 2001; 158(4):638-40.
120. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science* 1995;269:799–801.
121. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005;106:1071–83.
122. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): APA; 2013.

123. Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *Br J Gen Pract* 1996;46:427–8.
124. Screening for perinatal depression. ACOG Committee Opinion No. 757. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2018;132:e208-12.

IX SHTOJCA

Edinburgh Perinatal/Postnatal Depression Scale (EPDS)

For use between 28–32 weeks in all pregnancies and 6–8 weeks postpartum

Name: _____ Date: _____ Gestation in Weeks: _____

As you are having a baby, we would like to know how you are feeling. Please mark "X" in the box next to the answer which comes closest to how you have felt in the **past 7 days** – not just how you feel today.

In the past 7 days:

- | | |
|--|---|
| <p>1. I have been able to laugh and see the funny side of things</p> <p>0 <input type="checkbox"/> As much as I always could</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Not quite so much now</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Definitely not so much now</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Not at all</p> | <p>6. Things have been getting on top of me</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual</p> <p>1 <input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well</p> <p>0 <input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever</p> |
| <p>2. I have looked forward with enjoyment to things</p> <p>0 <input type="checkbox"/> As much as I ever did</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Rather less than I used to</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Definitely less than I used to</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Hardly at all</p> | <p>7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Yes, most of the time</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Yes, sometimes</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Not very often</p> <p>0 <input type="checkbox"/> No, not at all</p> |
| <p>3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Yes, most of the time</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Yes, some of the time</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Not very often</p> <p>0 <input type="checkbox"/> No, never</p> | <p>8. I have felt sad or miserable</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Yes, most of the time</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Yes, quite often</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Not very often</p> <p>0 <input type="checkbox"/> No, not at all</p> |
| <p>4. I have been anxious or worried for no good reason</p> <p>0 <input type="checkbox"/> No, not at all</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Hardly ever</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Yes, sometimes</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Yes, very often</p> | <p>9. I have been so unhappy that I have been crying</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Yes, most of the time</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Yes, quite often</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Only occasionally</p> <p>0 <input type="checkbox"/> No, never</p> |
| <p>5. I have felt scared or panicky for no very good reason</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Yes, quite a lot</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Yes, sometimes</p> <p>1 <input type="checkbox"/> No, not much</p> <p>0 <input type="checkbox"/> No, not at all</p> | <p>10. The thought of harming myself has occurred to me</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Yes, quite often</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sometimes</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Hardly ever</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Never</p> |

Total Score

Talk about your answers to the above questions with your health care provider.

Translations for care-provider use available on PSBC website: perinataleservicesbc.ca.

The Royal College of Psychiatrists 1987. From Cox, JL, Holden, JM, Sagovsky, R (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 150, 782–796. Reprinted with permission.

Edinburgh Perinatal/Postnatal Depression Scale (EPDS)

SCORING GUIDE

- | | |
|--|---|
| <p>1. I have been able to laugh and see the funny side of things</p> <p>0 As much as I always could</p> <p>1 Not quite so much now</p> <p>2 Definitely not so much now</p> <p>3 Not at all</p> | <p>6. Things have been getting on top of me</p> <p>3 Yes, most of the time I haven't been able to cope</p> <p>2 Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual</p> <p>1 No, most of the time I have coped quite well</p> <p>0 No, I have been coping as well as ever</p> |
| <p>2. I have looked forward with enjoyment to things</p> <p>0 As much as I ever did</p> <p>1 Rather less than I used to</p> <p>2 Definitely less than I used to</p> <p>3 Hardly at all</p> | <p>7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping</p> <p>3 Yes, most of the time</p> <p>2 Yes, sometimes</p> <p>1 Not very often</p> <p>0 No, not at all</p> |
| <p>3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong</p> <p>3 Yes, most of the time</p> <p>2 Yes, some of the time</p> <p>1 Not very often</p> <p>0 No, never</p> | <p>8. I have felt sad or miserable</p> <p>3 Yes, most of the time</p> <p>2 Yes, quite often</p> <p>1 Not very often</p> <p>0 No, not at all</p> |
| <p>4. I have been anxious or worried for no good reason</p> <p>0 No, not at all</p> <p>1 Hardly ever</p> <p>2 Yes, sometimes</p> <p>3 Yes, very often</p> | <p>9. I have been so unhappy that I have been crying</p> <p>3 Yes, most of the time</p> <p>2 Yes, quite often</p> <p>1 Only occasionally</p> <p>0 No, never</p> |
| <p>5. I have felt scared or panicky for no very good reason</p> <p>3 Yes, quite a lot</p> <p>2 Yes, sometimes</p> <p>1 No, not much</p> <p>0 No, not at all</p> | <p>10. The thought of harming myself has occurred to me</p> <p>3 Yes, quite often</p> <p>2 Sometimes</p> <p>1 Hardly ever</p> <p>0 Never</p> |

EPDS Score	Interpretation	Action
Less than 8	Depression not likely	Continue support
9– 11	Depression possible	Support, re-screen in 2–4 weeks. Consider referral to primary care provider (PCP).
12– 13	Fairly high possibility of depression	Monitor, support and offer education. Refer to PCP.
14 and higher (positive screen)	Probable depression	Diagnostic assessment and treatment by PCP and/or specialist.
Positive score (1, 2 or 3) on question 10 (suicidality risk)		Immediate discussion required. Refer to PCP ± mental health specialist or emergency resource for further assessment and intervention as appropriate. Urgency of referral will depend on several factors including: whether the suicidal ideation is accompanied by a plan, whether there has been a history of suicide attempts, whether symptoms of a psychotic disorder are present and/or there is concern about harm to the baby.

References:

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987; 150(6):782-786.
 BC Reproductive Mental Health Program and Perinatal Services BC. (2014), *Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period*. Available at: <http://tiny.cc/MHGuidelines>

Revised March 2015

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

The EPDS was developed for screening postpartum women in outpatient, home visiting settings, or at the 6–8 week postpartum examination. It has been utilized among numerous populations including U.S. women and Spanish speaking women in other countries. The EPDS consists of 10 questions. The test can usually be completed in less than 5 minutes. Responses are scored 0, 1, 2, or 3 according to increased severity of the symptom. Items marked with an asterisk (*) are reverse scored (i.e., 3, 2, 1, and 0). The total score is determined by adding together the scores for each of the 10 items. Validation studies have utilized various threshold scores in determining which women were positive and in need of referral. Cut-off scores ranged from 9 to 13 points. Therefore, to err on safety's side, a woman scoring 9 or more points or indicating any suicidal ideation – that is she scores 1 or higher on question #10 – should be referred immediately for follow-up. Even if a woman scores less than 9, if the clinician feels the client is suffering from depression, an appropriate referral should be made. The EPDS is only a screening tool. It does not diagnose depression – that is done by appropriately licensed health care personnel. Users may reproduce the scale without permission providing the copyright is respected by quoting the names of the authors, title and the source of the paper in all reproduced copies.

Instructions for Users

1. The mother is asked to underline 1 of 4 possible responses that comes the closest to how she has been feeling the previous 7 days.
2. All 10 items must be completed.
3. Care should be taken to avoid the possibility of the mother discussing her answers with others.
4. The mother should complete the scale herself, unless she has limited English or has difficulty with reading.

Name:
Date:
Address:
Baby's Age:

As you have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please UNDERLINE the answer which comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:
Yes, all the time
Yes, most of the time
No, not very often
No, not at all

This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week. Please complete the other questions in the same way.

In the past 7 days:

- | | |
|---|--|
| 1. I have been able to laugh and see the funny side of things
As much as I always could
Not quite so much now
Definitely not so much now
Not at all | *6. Things have been getting on top of me
Yes, most of the time I haven't been able to cope at all
Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual
No, most of the time I have coped quite well
No, have been coping as well as ever |
| 2. I have looked forward with enjoyment to things
As much as I ever did
Rather less than I used to
Definitely less than I used to
Hardly at all | *7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping
Yes, most of the time
Yes, sometimes
Not very often
No, not at all |
| *3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong
Yes, most of the time
Yes, some of the time
Not very often
No, never | *8. I have felt sad or miserable
Yes, most of the time
Yes, quite often
Not very often
No, not at all |
| 4. I have been anxious or worried for no good reason
No, not at all
Hardly ever
Yes, sometimes
Yes, very often | *9. I have been so unhappy that I have been crying
Yes, most of the time
Yes, quite often
Only occasionally
No, never |
| *5. I have felt scared or panicky for no very good reason
Yes, quite a lot
Yes, sometimes
No, not much
No, not at all | *10. The thought of harming myself has occurred to me
Yes, quite often
Sometimes
Hardly ever
Never |

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)
J. L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky
From: *British Journal of Psychiatry* (1987), 150, 782-786.