



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

REPUBLIKA E SHQIPËRISË

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

DEPARTAMENTI I NEUROSHKENCËS

DISERTACION

NË MBROJTJEN E GRADËS “DOKTOR I SHKENCAVE MJEKËSORE”

TEMA

**PREVALENCA E DEPRESIONIT POSTPARTAL
NË LINDJET E KRYERA NË KLINIKËN
GJINEKOLOGJIKE-OBSTETRIKE TË
QENDRËS KLINIKE UNIVERSITARE NË
KOSOVË GJATË VITIT 2012-2013**

Doktoranti:

Bujar Obërtica

Udhëheqës shkencor:

Prof.Asc.Dr. Afrim Dangëllia

TIRANË, 2022

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
DEPARTAMENTI I NEUROSHKENCËS



DISERTACION

I PARAQITUR NGA

Z. Bujar OBERTINCA

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: NEUROSHKENCA

**TEMA: PREVALENCA E DEPRESIONIT POSTPARTAL NË
LINDJET E KRYERA NË KLINIKËN GJINEKOLOGJIKE-
OBSTETRIKE TË QENDRËS KLINIKE UNIVERSITARE NË
KOSOVË GJATË VITIT 2012-2013**

MBROHET ME DATË...../....2022

PARA JURISË

1. Prof. Ariel Çomo

KRYETAR

2. PhD. Anita Pilika

OPONENT

3. Prof. Myrvete Paçarada

OPONENT

4. Prof. Xheladin Ceka

ANËTAR

5. Prof. Genc Burazeri

ANËTAR

Përmbajtja

Parathënie.....	V
Falenderime.....	VI
Lista e Akronimeve.....	VII
1. Hyrje	X
1.1. Çrregullime afektive të pas lindjes	XI
1.1.1. Psikozat e paslindjes.....	XII
1.1.2. Depresioni pas lindjes.	XIII
1.1.3. Përkufizimi i depresionit pas lindjes.	XV
1.2. Diagnostikimi i depresionit pas lindjes.....	XVI
1.2.1. Ndikimet e depresionit pas lindjes	XVII
1.2.2. Konteksti kulturor në depresionin pas lindjes	XIX
1.2.3. Faktorët e rrezikut për depresionin pas lindjes.....	XXI
1.2.4. Ndryshimet hormonale	XXI
1.2.5. Komplikimet obstetrike.....	XXII
1.2.6. Depresioni i paralindjes.....	XXIII
1.2.7. Historia e depresionit në familje	XXIII
1.2.8. Gjdhënia	XXIV
1.2.9. Moshë e re e nënës	XXIV
1.2.10. Statusi socio-ekonomik.....	XXV
1.3.1. Pse është i rëndësishëm ky hulumtim.	XXVI
2. Qëllimi dhe Objektivat e Studimit	1
2.1. Qëllimi i Studimit.....	1
2.2. Objektivat Specifike të Studimit	1
2.3. Hipotezat e Studimit.....	2
3. Metodologjia.....	3
3.1. Popullata në studim	3
3.2. Mbledhja e të dhënave.....	3
3.3. Analiza statistikore.....	5
3.4. Konsiderata etike	6
4. Rezultatet	7
5. Diskutimi.....	35
5.1. Përmbledhje e Gjetjeve Kryesore të Studimit	35
5.2. Krahasimi i Rezultateve me Raportimet e Literaturës	37
5.3. Kufizimet e studimit.....	45

6. Përfundime	47
7. Rekomandime	49
8. Referencat	51

Parathënie

Ky studim ofron evidencë të re dhe shumë të rëndësishme mbi situatën e depresionit postnatal tek gratë në Republikën e Kosovës, dhe të problematikës që ajo mbart. Në mënyrë specifike, punimi aktual ofron një panoramë të detajuar të shpeshëtisë dhe shpërndarjes së depresionit postnatal në Republikën e Kosovës.

Studimi aktual përcakton saktë llojet e depresionit postnatal në kontingjentin e grave të prekura nga kjo sëmundje e rëndësishme, dhe trendin kohor në Kosovë. Një rëndësi thelbësore për çdo përpjekje që bëhet në drejtim të parandalimit të kësaj sëmundje dhe të gjitha pasojave që ajo shkakton, ka të kuptuarit se cilët faktorë, qoftë të stilit të jetesës, gjenetikë, apo edhe faktorët ambientalë, mund të ndikojnë në shfaqjen e depresionit postnatal, ko-morbiditetit, dhe kostos financiare që ajo mbulon. Në këtë drejtim janë bërë përparime të vogla, prandaj ka filluar t'i kushtohet vëmendje e veçantë kësaj sëmundje me anë të studimeve të ndryshme pasi deri para pak vitesh depresioni postnatal nuk kishte vëmendjen e duhur sidomos në Kosovën e pas luftës.

Është vlerësuar se prevalenca e depresionit postnatal ka ardhur gjithnjë në rritje, prandaj duhet punuar shumë në drejtim të parandalimit të kësaj sëmundje. Kjo do të ishte shumë frytdhënëse në femrat të cilët kanë predispozicion gjenetik stil jetese jo të shëndetshëm, por edhe tek pjesa tjetër e popullatës së femrave në rrezik, për të shfaqur sëmundjen e depresionit postnatal.

Ndonëse në etiologjinë e depresionit postnatal implikohet një numër i madh faktorësh të tillë si faktorët gjenetikë, të stilit të jetesës dhe ato ambientalë, raportohen rezultate konfliktuale për shumë prej tyre, duke bërë të domosdoshëm zhvillimin e studimeve të tjera akoma më domethënëse.

Faktorë të ndryshëm të tillë si herediteti, faktorët gjenetikë, mosha e lindjes dhe sëmundje të ndryshme amtare, sëmundjet endemike dhe stili jo i shëndetshëm i jetesës, po konsiderohen gjithnjë e më shumë si faktorë të rëndësishëm rreziku për zhvillimin e depresionit postnatal.

Punimi aktual përshkruan në mënyrë të detajuar shpërndarjen e depresionit postnatal, tipologjinë e tyre, dhe faktorët e riskut për zhvillimin e kësaj sëmundje në Prishtinë, prandaj ga kjo pikëpamje, rezultatet e këtij studimi mund të përgjithësohen për të gjithë popullatën e grave në Kosovë.

Rezultatet e këtij studimi do t'i shërbejnë jo vetëm specialistëve të fushës së neoro-psikiatrisë, obsetrikë-gjinekologjisë dhe mjekëve të tjerë klinikistë, por edhe të gjithë punonjësve të sistemit të shërbimeve shëndetësore në Kosovë, veçanërisht politikëbërësve dhe vendimmarrësve të sektorit shëndetësor, të cilët janë të interesuar në përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore të popullatës Kosovare.

Falenderime

Dëshiroj të falenderoj përzemërsisht udhëheqësin tim shkencor, Prof. Dr. Afrim Dangëllia për mbështetjen dhe inkurajimin e tij të vazhdueshëm, gjatë gjithë periudhës së punimit tim shkencor dhe hartimit të dizertacionit përfundimtar.

Dëshiroj të falenderoj gjithashtu të gjithë kolegët e Departamentit të Neuro-psikiatrisë , si dhe kolegët e Fakultetit të Mjekësisë për bashkëpunim e ngushtë, miqësor dhe dashamirës që më kanë krijuar. Gjithashtu, dëshiroj të falenderoj të gjithë kolegët e sistemit shëndetësor në Kosovë me të cilët kam bashkëpunuar për realizimin e këtij punimi, të cilët më krijuan një atmosferë inkurajuese, mbështetëse dhe miqësore.

Shumë falenderime shkojnë edhe për të gjithë miqtë që më kanë mbështetur jashtëzakonisht shumë në të gjitha etapat e këtij studimi.

Së fundi, falenderimet më të veçanta ia rezervoj familjes time, fëmijëve dhe bashkëshortes sime, dhe të gjithë familjarëve të tjerë të ngushtë për mbështetjen e vazhdueshme dhe inkurajimin e pashtershëm, gjatë gjithë periudhës së realizimit të këtij studimi shkencor.

Lista e Akronimeve

- APA** - Shoqata Psikologjike Amerikane (American Psychological Association)
- DPL** - Depresioni pas lindjes
- EPDS** - Edinbourg Postdepression Scale
- ICD 10** - International Clasification Desease
- DSM IV,V** - Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders
- RDC** - Research Diagnostic Criteria
- DSM- IV** - Manuali Diagnostifikues dhe Statistikor i Crregullimeve Mendore.
(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Preschool Age Psychiatric
Assessment
- SPSS 19** - Paketë statistikore për Shkencat Sociale / Versioni 19. (Statistical Package
for Social Sciences / Versioni 19)
- WB** - Banka Botërore (World Bank)
- UNICEF** - Fondi për Fëmijë i Kombeve të Bashkuara (The United Nations Children's
Fund)
- WHO** - Organizata Botërore e Shëndetësisë (World Health Organization)

1. ABSTRAKTI

Hyrje: Depresioni pas lindjes është ndërlikimi më i zakonshëm që shoqëron lindjen e fëmijëve dhe që është përshkruar si ‘vjedhësi’ që vjedh amësinë (Beck, 1999). DPL konsiderohet një problem serioz për shëndetin mendor i karakterizuar nga një periudhë e zgjatur e shqetësimit emocional, e cila ndodh në një kohë të ndryshimeve të mëdha të jetës që karakterizohen me rritjen e përgjegjësive për kujdesin e një foshnje të porsalindur (APA, 2010). Qëllimi i studimit është vlerësimi i prevalencës së depresionit postnatal tek gratë që kanë kryer lindjen në klinikën Gjinekologjike–Obstetrike të Qendrës Klinike Universitare të Kosovës në periudhën 2012-2013.

Metodologjia: Hulumtimi është hulumtim ndërseksional i cili kishte për qëllim të hulumtoi nivelin e depresionit postnatal tek gratë. Mostra ishte e përbërë nga 385 gra, ku për mbledhjen e të dhënave në hulumtim është përdorur Adult Self Report – ASEBA (Achencach and Rescorla, 2003) dhe një pyestorë sociodemografik.

Rezultatet: Ky studim ka gjetur një prevalencë prej 5.2% të depresionit në nivel klinik dhe 22% në nivele në kufinj. Nuk është vertetuar hipoteza e parë që prevalencë e depresionit postnatal në Kosovë të jetë më e lartë se në vendet e tjera. Grupmosha 17-25 vjeçare ka raportuar 10.2% rrezik të lartë për depresion krahasuar me 7.6% për grupmoshën 26-30 vjeç. Ndërkohë që grupmosha mbi 40 vjeç ka raportuar vetëm 1.3% rrezik për depresion. Studimi ka gjetur se gratë të cilat kanë më shumë se dy lindje kanë trëguar nivel më të ulët të depresionit se sa gratë që kanë pasur një apo dy lindje. Analiza e t-testit ka treguar se ka gratë të cilat kanë jetuar në familje të ngushtë të kishin mesatare më të lartë të depresionit postnatal sesa ato që jetonin në familjen e gjerë ($p=0.05$) duke vertetuar që të jetuarit në familje të ndushtë përbën rrezik më të lartë për shfaqjen e depresionit se sa të jetuarit në familje të gjerë.

Konkluzionet: Të jetuarit në familje të gjëra, eksperiencë në lindje, moshat më të rritura tregojnë që janë faktor mbrojtës për depresionin postnatal.

Fjalët kyqe: *Depresioni postnatal, Prevalenca, Klinika Gjinekologjike-Obstetrike*

1. ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression is the most common complication that accompanies childbirth and has been described as the 'thief' who steals motherhood (Beck, 1999). PPD is considered a serious mental health problem characterized by a prolonged period of emotional distress, which occurs at a time of major life changes characterized by increased responsibilities for caring for a newborn baby (APA, 2010). The purpose of the study is to assess the prevalence of postnatal depression in women who have given birth in the Gynecology-Obstetrics Clinic of the University Clinical Center of Kosovo in the period 2012-2013.

Methodology: The research is cross-sectional research which aimed to investigate the level of postnatal depression in women. The sample consisted of 385 women, where Adult Self Report - ASEBA (Achenbach and Rescorla, 2003) and a socio-demographic questionnaire were used to collect data in the research.

Results: This study found a prevalence of 5.2% of depression at the clinical level and 22% at borderline levels. The first hypothesis that the prevalence of postnatal depression in Kosovo is higher than in other countries has not been confirmed. The 17-25 age group reported 10.2% high risk for depression compared to 7.6% for the 26-30 age group. While the age group over 40 years old reported only 1.3% risk for depression. The study found that women who had more than two births showed lower levels of depression than women who had one or two births. T-test analysis showed that there were women who lived in close families had a higher mean of postnatal depression than those living in extended families ($p = 0.05$) confirming that living in close families constitutes higher risk of developing depression than living in large children.

Conclusions: Living in a extended family, experience at birth, older ages indicate that they are a protective factor for postnatal depression.

Keywords: *Postnatal Depression, Prevalence, Gynecological-Obstetric Clinic*

2. Hyrje

Depresioni pas lindjes jo-psikotik, është ndërlikimi më i zakonshëm që shoqëron lindjen e fëmijëve dhe që është përshkruar si ‘vjedhësi’ që vjedh amësinë (Beck, 1999). DPL konsiderohet një problem serioz për shëndetin mendor i karakterizuar nga një periudhë e zgjatur e shqetësimit emocional, e cila ndodh në një kohë të ndryshimeve të mëdha të jetës që karakterizohen me rritjen e përgjegjësive për kujdesin e një foshnje të porsalindur (APA, 2010). Në shumë vende të industrializuara depresioni pas lindjes është bërë madje komplikimi më i zakonshëm i lindjes (Dominic et al, 2004). Studimet epidemiologjike në përgjithësi tregojnë se prevalenca e depresionit të paslindjes varion në 10-15% (Appleby e të tjerë, 1996; Warner e të tjerë, 1996; Swain, O'Hara, Starr dhe Gorman, 1997; Brugha et al, 1998; Lee et al, 2001; Chandran et al, 2002). Një tjetër studim ((Leahy-Warren & McCarthy, 2007) ka treguar vlera të prevalencës që variojnë midis 4.4% dhe 73,7% duke ju referuar studimeve ndërkombëtare, por këto vlera prezantohen në varësi të përkufizimit, instrumenteve të përdorura për matje, dhe zonave gjeografike nga e cila është marrë mostra e hulumtimeve. Meqenëse ende nuk ka një instrument hulumtues i cili të mund të shërbejë si një ‘standard i artë’ në diagnostifikimin e DPL për të cilin të ketë një dakordim universal (Gibson et al, 2009, p.351) ne po ju referohemi vlerave të prevalencës të ofruara nga literatura.

E trajtuar si një çështje serioze e shëndetit publik, që ka ndikimin e vet dhe mund të ketë pasoja tek nënat e reja dhe familjet e tyre (Robertson, Celasun, and Steëart, 2003), pasojat e saj mund të prezantohen në cilësinë e ndërveprimit nënë-foshnje (Murray et al, 1996; Martins & Gaffan, 2000), në efektet negative në zhvillimin njohës dhe atë emocional të fëmijëve (Beck, 1999), në cilësinë e ndërveprimeve nënë-foshnje madje edhe në vitin e dytë të jetës (Cornish, McMahon et al 2006; Cornish, McMahon et al, 2008) duke çuar në vështirësi afatgjata të ndërveprimit social të fëmijëve, nënat e të cilëve kanë pasur DPL (Nelson, Hammen, Brennan, dhe Ullman, 2003).

Depresioni pas lindjes karakterizohet nga çrregullime të humorit me disa simptoma, dhe mund të jetë i butë, i moderuar dhe i rëndë. Simptomat më të zakonshme janë

ankthi, frika, dëshpërimi, ndjenja e paaftësisë, humbje e energjisë, lodhje, trishtim, ndryshimet në të ngrënë dhe në të fjetur, nervozizëm, izolim dhe varësi (APA, 2000).

Lee dhe Chung (2007), në studimin e tyre ofruan përkufizimin e DPL si i karakterizuar gjerësisht nga 'një gjendje shpirtërore e dëshpëruar, përlojtje, mungesa motivimi, tërheqje sociale, pagjumësi, oreks të dobët, koncentrim të dëmtuar, dhe ndjenja të paaftësisë dhe pafuqisë' si dhe nga ndjenja e shkëputjes nga foshnja dhe bota sociale dhe, shpesh me 'simptoma trupore të tilla si dhimbje, dhimbje koke dhe dhimbje shpine.

O'Hara dhe Swain (1996) në studimin e tyre meta-analitik të 59 studimeve që trajtonin depresionin pas lindjes, treguan që ky depresion është i përhapur në 13 % të rasteve që në muajt e parë pas lindjeve. Shumica e rasteve zhvillohen brenda tre muajve të parë, me një incidencë të pikut rreth javës së 4-6 (Hewitt dhe Gilbody, 2009; Cox, Murray dhe Chapman, 1993). Megjithatë, ndërkohë që janë miratuar shkallët uniforme për identifikimin e DPL, (Ip dhe Martin, 2007; Montazeri, Torkan et al, 2007; Jomeen dhe Martin, 2008; Krantz, Eriksson et al, 2008) fakti që "rreth gjysma e të gjitha rasteve të depresionit pas lindjes mbeten të panjohura në praktikat rutinore (Thio, Browne et al, 2006; Mitchell dhe Coyne, 2009) ka bërë që shpesh DPL të përshkruhet apo konsiderohet ende si 'sëmundjeje e fshehur' (Bågedahl dhe Börjesson, 1998)

1.1. Çrregullime afektive të pas lindjes

Çrregullimet afektive të paslindjes janë të ndarë në mënyrë tipike në tri kategori: 'baby blues' pas lindjes, psikozat e pas lindjes dhe depresioni pas lindjes. Prevalenca, fillimi dhe kohëzgjatja e këtyre tri llojeve të çrregullimeve emocionale të paslindjes variojnë nga njëra-tjetra.

'Baby Blues'

Është shqetësimi më i zakonshëm i vërejtur në periudhën e paslindjes, me një vlerësim të prevalencës që varion nga 30% deri në 75% (O'Hara, Neunaber, Zekoski,

1984), nga 50-75 % (O'Hara et al, 1991), apo nga 60% deri në 85% të grave të cilat zhvillojnë baby blues pas lindjes.(Leitch, 2002).

Studime të tjera ofrojnë vlerat në mes 50% dhe 85% (Stowe, 2002; Dennis & Kavanagh, 2002, Shtajner, 1998; Bewley, 1999). Lindja e fëmijës është një kohë shumë e vështirë për gratë si fizikisht dhe emocionalisht. Lodhja fizike dhe ndryshimet hormonale shoqërohen me rregullimet në rolet dhe përgjegjësitë e reja (Berggren-Clive, 1998) dhe pikërisht periudha e baby blues i reflekton këto ndryshime dhe nga shumica shihet si një periudhë normale rregulluese për nënat e reja (Strass, 2002).

Simptomat paraqiten të lehta deri në të moderuara dhe përfshijnë ndryshueshmëri në humor, nervozizëm, gatishmëri për përlotje, gjendje e përgjithshme e ankthit dhe shqetësime të gjumit dhe oreksit. Baby blues shfaqet brenda pak ditësh pas lindjes dhe simptomat zakonisht nuk zgjasin më tepër se nga disa ditë në dy javë. Mjekimi nuk është i nevojshëm për këtë gjendje (Kennerly & Gath, 1989).

Presupozohet se tendenca për të zhvilluar 'baby blues' ose këtë gjendje dëshpëruese nuk ka lidhje me historinë psikiatrike të nënës, stresorët mjedisorë, kontekstin kulturor apo ushqyerjen me gji të fëmijës, (Hapgood et al., 1988). Miller (2002) theksoi se megjithëse zhvillimi i baby blues është jo i varur nga faktorët e sipërpërmendur, të njëjtit mund të ndikojnë për ta shndërruar këtë gjendje në depresion madhor. Kjo mbështetet nga disa studime që tregojnë se deri në 20% e grave me baby blues zhvillojnë depresion madhor në vitin e parë pas lindjes (Campbell et al, 1992;. O'Hara et al, 1991b.)

1.1.1. Psikozat e paslindjes.

Shumë të ndryshme nga depresioni pas lindjes dhe baby blues, psikozat e paslindjes kanë specifikat e tyre në etiologji, ashpërsi, simptoma, trajtim dhe rezultat. Psikozat e paslindjes konsiderohen episode shumë të rënda depresive të cilat karakterizohen nga prania e karakteristika psikotike. Këto psikoza janë forma më e rëndë dhe më e pazakontë e sëmundjeve afektive të pas lindjes (Robertson, Celasun, Stewart, 2003).

Prevalenca e tyre llogaritet të jetë 0.1 – 0.2 %, me shpërndarje 1-2 episode në 1000 lindje (Kendell et al, 1987). Fillimi i psikozave të paslindjes ndodh në 1-4 javët e para pas lindjes. Të dhënat sugjerojnë se psikoza pas lindjes është një prezantim i hapur i çrregullim bipolar që ndodh në kohën e duhur për të përkuar me ndërrime të jashtëzakonshme hormonale pas lindjes (Sit et al, 2006; Robling et al, 2000). Pacientja zhvillon psikozë, dëmtim njohës, dhe sjellje të çorganizuara që përfaqësojnë një ndryshim të fortë dhe të plotë nga funksionimi i saj i mëparshëm.

Fillimi klinik zakonisht është i shpejtë, me simptoma që paraqiten në 2-3 ditët e para pas lindjes, me iluzione të paranojës, të madhështisë, me disponim shumë të lëkundshëm, me proces të menduarit të hutuar dhe sjellje vulgare e të çorganizuara dhe vazhdon me shumicën e episodeve të tjera si haluçinacione dhe humbja e kontaktit me realitetin, që zhvillohen brenda dy javëve të para të pas lindjes. (Brockington et al., 1981).

Hulumtimet e ndryshme kanë treguar se faktorët kryesorë të rrezikut për psikozë të paslindjes janë faktorët biologjikë dhe gjenetikë (Jones et al., 2001). Faktorët psiko-socialë dhe demografikë nuk konsiderohen ndër faktorët kryesorë në zhvillimin e psikozave të paslindjes (Brockington et al, 1990; Dowlatshahi & Paykel, 1990). Studimet kanë treguar që gratë që vuajnë nga ky çrregullim e kanë shkallën e vetëvrasjeve 5 për qind dhe 4 për qind shkallën e vrasjes së fëmijëve. Në Shtetet e Bashkuara, psikoza pas lindjes ka qenë e lidhur me rreth 24 vdekje të fëmijëve në 20 vitet e fundit (Edebohls & Ecklund, 2002). Pesëdhjetë për qind e vrasjeve të foshnjeve ndodh brenda katër muajve të parë, veprime këto të veshura me konceptin e "altruizmit" ose vrasjes nga dashuria, dmth, prindi me mendime vetëvrasjeje nuk dëshiron ta lerë fëmijën "vetëm" dhe si rrjedhim ajo bën atë që ajo mendon se është interesi më i mirë i fëmijës (WHO, 2010.p.25)

1.1.2. Depresioni pas lindjes.

Depresioni pas lindjes është një çrregullim emocional me simptoma të ngjashme me ato të 'baby blues' por faktori kryesor dallues me të është se këto simptoma vazhdojnë përtej dy javëve të para pasi fëmija ka lindur. Simptomat e depresionit të pas lindjes mund të shfaqen menjëherë pas lindjes së fëmijës brenda 2-3 muajve të parë, por 30% deri në 70% e grave vazhdojnë të përjetojnë depresion në gjashtë muaj deri në një vit pas lindjes (Beck, 2006).

Edhe pse depresioni është i zakonshëm tek gratë në mosha dhe faza jetësore të ndryshme të jetës së tyre, dhe në përgjithësi vlerat e prevalencës nuk ndryshojnë shumë, gratë janë veçanërisht të ndjeshme për zhvillimin e një episodi të ndjenjave depressive apo klinike depresioni gjatë periudhës së paslindjes.

Dy simptomat kryesore të depresionit pas lindjes, ku duhet të fokusohet më tepër vëmendja dhe kujdesi për ti observuar, janë një konsistencë [vazhdimësi] e gjendjes pa humor dhe mungesa e gëzimit, kënaqësisë apo pritshmërive për të parë ose për të bërë gjëra të reja (Whooley et al, 2007). Simptomat përfshijnë gjithashtu vështirësi për të fjetur, zgjim të hershëm, lodhje, humbje të peshës, humbje të oreksit, ndjenjat e fajit, ndjenjat e paaftësisë, mungesës së shpresës dhe dëshpërimit, zemërimi apo zbrazëtia.

Ankthi, merak i vazhdueshëm për shëndetin e fëmijës, dhe/ose një ndjenjë e thellë e fajit mund të jenë shumë të pranishme tek nënat në periudhën e menjëhershme pas lindjes. Këto simptoma në fakt nuk janë simptoma tipike të depresionit të madh në vetvete, por ato mund të jenë pjesë e depresionit pas lindjes. Ndjenjat e pamjaftueshmërisë dhe të qenit e tronditur janë gjithashtu simptoma të tjera shoqëruese (Nonacs, & Cohen 1998). Një nënë mund të ketë frikë të jetë vetëm me fëmijën e saj, mund të ndjehet e shqetësuar tepër për shëndetin ose zakonet e të ushqyerit të foshnjës, disa nëna e shohin veten si "nëna jo të mira", të papërshtatshme ose nëna indiferente ndaj fëmijës (Robinson et al., 2001). Megjithatë, depresioni pas lindjes është një depresion jo-psikotik dhe vetëm në raste shumë të rralla një grua do të ketë mendime për veprime lënduese kundrejt vetes apo foshnjës së saj (Jennings, Ross, Popper, Elmore, 1999).

Shumë nga simptomat janë të vështira për tu vlerësuar dhe diferencuar siç duhet nga të ashtuquajturat kushte "normale" të të qenit një nënë e re. Nënat për herë të parë, në veçanti, përballen me kërkesat për të mësuar aftësi të reja në lidhje me praktikat e kujdesit për fëmijën dhe në të njëjtën kohë si të 'shërohen' fizikisht dhe emocionalisht nga lindja e fëmijës. Fakti i të qenit një nënë e re, mund të shkaktojë ankth me ndryshimin e rolit nga të qenit pa asnjë përgjegjësi tjetër përveç vetvetes, në marrjen e përgjegjësisë për kujdesin e një fëmije të vogël. Tranzicioni për të qenë një nënë e një foshnje të re është një proces i ndryshimeve personale dhe ndërpersonale që i ndodh një gruaje që merr detyrat e nënës dhe e vlerëson veten si një nënë (Mercer, 2004; Nelson, 2003). Gjatë kësaj periudhe kalimtare, nënat ballafaqohen në të njëjtën kohë me sfidën për të siguruar vetë-kujdes dhe kujdes për foshnjën ndërsa janë ende në spital dhe pastaj i përvetësojnë më tepër këto aftësi në shtëpi, i cili

shpesh është një mjedis pa mbështetje (Martell, 2001; Weiss, Ryan, Lokken, dhe Nelson, 2004).

1.1.3. Përkufizimi i depresionit pas lindjes.

Ende egzistojnë vështirësi të konsiderueshme në përcaktimin se çfarë është depresioni pas lindjes. Në nivelin makro, studimi transkulturore i depresionit pas lindjes (Asten, Marks et al, 2004), demonstroi heterogjenitetin e definicionit në shumë kultura dhe regjione (shih gjithashtu: Oates, Cox et al, 2004). Në nivelin mikro, pacientët individualë dhe kujdestarët, shpesh nuk pajtohen me vijën ndarëse mes depresionit pas lindjes dhe të ashtuquajturës 'baby blues' (Muscari, 2003; Hatz dhe Rohm, 2007; Welberg 2008). Ndërkohë në një nivel teorik ka ende një diskutim në se depresioni pas lindjes duhet të klasifikohet si një 'sëmundje' apo thjesht një 'konstrukt social' (Thurtle, 1995).

Janë shtatë dimensione të përvojës së depresionit pas lindjes që janë identifikuar: shqetësimet e të fjeturit dhe të ngrënit; ankthi dhe pasiguria; ndryshueshmëri emocionale (jostabiliteti), konfuziteti mendor; humbje e vetëvetes; faji dhe turpi; dhe mendimet vetëvrasëse (Beck and Indman, 2005).

Disa studiues dyshojnë se depresioni pas lindjes është i lidhur me ndryshimin me shpejtësi të mjedisit hormonal gjatë paslindjes, e lidhur me rënien e shpejtë të estrogjenit që ndodh në periudhën e lindjes (Joffe, Cohen, 1998). Sipas National Institute of Mental Health (2002), paraqitja e depresionit pas lindjes mund të shoqërohet me tre kushte. Këto përfshijnë ndërrime të papritura hormonale që ndodhin pas lindjes, streset intensive psiko-sociale në lidhje me lindjen e fëmijës dhe amësinë, dhe një dobësi e panjohur që i kontribuon depresionit të pas lindjes tek disa gra e tek disa të tjera jo.

1.2. Diagnostikimi i depresionit pas lindjes

Janë dy sisteme kryesore të klasifikimit të depresionit pas lindjes: Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders i shoqatës psikiatrike amerikan (edicioni i tij i katërt dhe i pestë -DSM-IV, 1994; DSM V, 2013) dhe edicioni i 10-të i Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve, (ICD-10), botuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO, 1993).

DSM-IV (Shoqata Amerikane e Psikologëve, 1994) dhe ICD-10 (Organizata Botërore e Shëndetësisë, 1993) përmbajnë kriteret diagnostike e standardizuara, të operacionalizuara për çrregullimet të njohura mendore, dhe përdoren globalisht për diagnostikimin e pacientëve si në fushën klinike ashtu edhe në fushën kërkimore. Po ashtu edhe Kriteret diagnostike Hulumtuese (RDC), (Spitzer, Endicott, dhe Robins, 1978) përdoren zakonisht në studime kërkimore, si një mjet për klasifikimin çrregullime psikiatrike.

Literatura sugjeron se trazirat e humorit gjatë lehonisë nuk ndryshojnë në mënyrë të konsiderueshme nga sëmundjet e tjera afektive që ndodhin tek gratë në raste të tjera (Cox et al, 1993; Kumar et al, 1984; O'Hara et al, 1991a. O'Hara et al., 1991b). Aktualisht, depresioni pas lindjes nuk është klasifikuar si një sëmundje e veçantë në të drejtën e vet: ajo është diagnostikuar si pjesë e sëmundjeve afektive ose çrregullimeve të humorit në të dy sistemet e diagnostikimit DSM-IV (Shoqata Amerikane e Psikologëve, 1994) dhe ICD-10 (WHO, 1993). Në DSM-IV ka një specifikim "me fillim në periudhën e pas lindjes" në identifikimin e episodeve afektive apo episodeve të shkurtra psikotike që ndodhin gjatë periudhës pas lindjes: një episod është i specifikuar si fillim i depresionit pas lindjes nëse episodi ndodh brenda 4 javëve të para pas lindjes (DSM –IV, 1994). Në mënyrë të ngjashme në ICD-10, episodi duhet të diagnostikohet brenda një kategorie kryesore diagnostikuese me Specifikues për të treguar lidhmëri me lehoninë [periudhën e pas lindjes] (Organizata Botërore e Shëndetësisë, 1993)

Po ashtu edhe DSM-V nuk e njeh depresionin pas lindjes si një diagnozë të veçantë. Pacientët duhet t'i plotësojnë kriteret për një episod depresiv madhor dhe kriteret për specifikat e fillimit në periudhën e paralindjes. Prandaj, përkufizimi është një episod i madh depresiv me fillimet në periudhën e shtatzënisë ose brenda 4 javëve të para pas lindjes.

1.2.1. Ndikimet e depresionit pas lindjes

Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO) në studimin krahasues të depresionit me angina, astma, artriti dhe diabeti, arriti në përfundimin se efekti i depresionit në aftësinë e një personi për funksionim ishte 50% më i rëndë sesa ndikimi i ndonjë nga katër kushteve të mësipërme fizike në tyre (Mousavi et al, 2007).

Periudha e pas lindjes e karakterizuar nga kërkesat fizike dhe emocionale në rritje ndikon si tek nëna, fëmija ashtu edhe tek anëtarët e tjerë të afërt. DPL, mund të ketë ndikim negativ në një gamë të gjerë të rasteve, duke përfshirë: vdekjet maternale për shkak të vetëvrasjeve (Almond, 2009); marrëdhëniet nënë-fëmijë (Milgrom et al, 2006.); zhvillimin psikologjik të fëmijëve (Murray et al, 2000.); të ushqyerit e foshnjës (Rahman et al., 2008) dhe rritjen e saj/tij (Stewart, 2007b).

Është vlerësuar se vetëm 20% e grave me DPL janë të diagnostikuara dhe trajtuar, duke lënë mijëra nëna të reja të vuajnë në heshtje (Buultjens, & Liamputtong, 2007). Në fakt, togfjalëshi 'depresion i pas lindjes' është përdorur si një 'emërues i përbashkët' për shumë simptoma të çrregullimeve emocionale të pas lindjes. Nënata mund të keqdiagnostikohen me depresionin pas lindjes, kur në fakt ato janë në fillim të depresionit pas lindjes apo kanë çrregullime të panikut (Beck, 1998). Gratë mendojnë se ato nuk mund ti diskutojnë ndjenjat e tyre të depresionit apo çështje të tjera emocionale me mjekët dhe infermierët e tyre në klinika aty ku profesionistët nuk kërkojnë asgjë më tepër se sa trazirat e mundshme emocionale para- ose pas lindjes vetëm si kërkesë e plotësimit të kartelës kontrolluese. Pengesa të tjera për të kërkuar ndihmë janë vështirësitë gjuhësore, sikleti, stigmatizimi, ose frika se mund ti përcaktojnë si nënë e papërshtatshme (Ahmed et al, 2008). Përveç kësaj, gratë kanë raportuar se mendojnë se simptomat e ankthit janë pjesë normale e mëmësisë (McCarthy & McMahon, 2008).

Tashmë është fakt i pakundërshtueshëm se pasojat e depresionit pas lindjes si për nënën ashtu edhe për foshnjën janë shumë mirë të dokumentuara nga kërkimet e shumta shkencore. Nënata me depresion pas lindjes kanë dy herë më shumë gjasa të përjetojnë episode të ardhshme të depresionit për një periudhë të ardhshme 5-vjeçare (O'Hara & Sëain, 1996). Ndjenjat që përshkruajnë nënat në raste e DPL janë: të tilla si humbja e kontrollit (Beck, 1992, 1993; Chan & Levy, 2004; Ugarriza, 2002) ose humbja e identitetit të mëparshëm të saj (Nicolson, 1990).

Ashtu si episode të tjera të depresionit, depresioni pas lindjes ndikon në ndjenjat e gruas për veten dhe në marrëdhëniet e saj ndërpersonale dhe sidomos në marrëdhënien nënë-fëmijë, në marrëdhënien në çift dhe në marrëdhëniet me fëmijët e tjerë më të mëdhenj (Williamson & McCutcheon, 2004). Në një studim të vitit 2006, nënat që kanë raportuar simptoma depresive ishin më pak të ngjarë të angazhohen në praktika të promovimit të zhvillimit të fëmijës, të tilla si duke luajtur me fëmijë të tyre (McLearn, Minkovitz, Strobino, Marks, Hou, 2006).

Edhe pse depresioni mund të konsiderohet i zakonshëm tek gratë në moshën dhe fazën jetësore të ndryshme, dhe në përgjithësi velrat e prevalencës nuk ndryshojnë shumë, gratë janë veçanërisht të ndjeshme për zhvillimin e episodeve dhe ndjenjave depresive apo depresioni klinik gjatë periudhës së paslindjes (Cox, Murray, Chapman, 1993).

Ka një numër të konsiderueshëm të studimeve që kanë raportuar se depresioni pas lindjes prek më shumë fëmijët e grave që kanë vuajtur prej DPL. Greig (1998) raporton se gati tre të katërtat e djemve, nënat e të cilëve kishin DPL, treguan probleme të sjelljes, të tilla si hiperaktiviteti dhe shpërqendrimi, në fillim të shkollimit. Interesant ishte rezultati që vajzat, nënat e të cilave kanë pasur depresion pas lindjes, janë konsideruar më të mirë përshtatura nga mësuesit e tyre. Ndërkohë një studim nga Lindgren (2001), raporton se fëmijët e nënave me depresion pas lindjes shfaqin lidhje më të pasigurt se fëmijët e nënave që nuk kanë pasur DPL. Ndërsa raporti i Organizatës botërore të shëndetësisë (2010, p. 25) tregon se fëmijët e grave me përvoja të depresionit pas lindjes kanë rezultate të ulta në zhvillimin e tyre fizik.

Në mënyrë të ngjashme, një studim nga Brennan, et al. (2000) ka konstatuar se ka pasur një lidhje të rëndësishme statistikore midis ashpërsisë, kronicitetit, dhe kohës së shfaqjes së simptomave depresive tek nëna dhe të arriturave të fëmijëve në moshën pesë vjet të cilët kanë treguar probleme të sjelljes dhe aftësive të të folurit. Nënat me simptoma të karakterizuara si kronike dhe të rënda kanë pasur fëmijë me episode më të shumta të problemeve të sjelljes. Studimet e mëtejme [follow-up] të fëmijëve me probleme të sjelljes, zbuluan se mbi 30% e fëmijëve të nënave me simptoma të rënda dhe kronike të depresionit, kanë pasur rezultate më të larta se se 90 përqind në listën e sjelljeve [Child Behaviour Checklist] në krahasim me më pak se 5% e fëmijëve të nënave të cilat nuk kishin pasur asnjë simptomë (Leitch, 2002).

1.2.2. Konteksti kulturor në depresionin pas lindjes

Përkundër faktit se numri i studimeve edhe sasiore edhe cilësore për përvojat, shkaqet, prevalencën, faktorët që ndikojnë dhe që janë të lidhura me depresionin pas lindjes janë rritur, zhvillimi i njohjes dh etrajtimit të mëtejme të DPL do të kërkonte që rezultatet nga këto studime të vazhdojnë të shqyrtohen sistematikisht. Në këtë kuadër, konsiderohet mjaft e rëndësishme për të kuptuar përvojat individuale të grave dhe të baballarëve për DPL. Në mënyrë të pashmagshme, në këto përvoja ndikojnë besimet dhe qëndrimet që kanë nënat e reja dhe baballarët e rinj, për zgjedhjet e tyre për të kërkuar ndihmë. Përveç kësaj, është e rëndësishme që të njihen edhe nevojat specifike kulturore dhe të shqyrtohen ndikimet e tyre mbi si tek nënat ashtu edhe tek baballarët.

Kuptimi i simptomave të depresionit të pas lindjes dhe se si ato shprehen, mund të ndryshojnë në varësi të kontekstit kulturor (Oates et al, 2004; Posmontier & Horowitz, 2004). Faktorët social-kulturore kanë pasur ndikimin e tyre në formimin e depresionit të paslindjes (Cox, 1996). Kultura ka ndikimin e vet në mënyrën e shprehjes së depresionit për shkak të dallimeve në besimet, në prejardhjen socio-ekonomike dhe në sistemet e ofrimit të kujdesit shëndetësor (Chan, Williamson, & McCutcheon, 2009).

Duke qenë se depresioni i pas lindjes pretendohet se është i rrallë në shoqëritë e paindustrializuara (Becker, 1998), është sugjeruar se depresioni pas lindjes është një sindromë kulturore -e detyruar e modernizmit perëndimor (Stern & Kruckman, 1983). Studimet e hershme (Stern & Kruckman, 1983) kanë hipotezuar se DPL mungonte shumë në kontekstet "jo-perëndimore", për shkak të mbështetjes më të madhe sociale gjatë lindjeve që ju ofrohej grave në kontekste të tilla. Rezultatet e kërkimeve të fundit sugjerojnë se nivelet e depresionit pas lindjes në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme mund të jenë edhe më të larta se 10-15%, shifër kjo e vlerësuar për vendet me të ardhur të larta ekonomike (Affonso et al, 2000; Husain et al, 2006a; Ross & McLean, 2006; Savarimuthu et al,2010). Megjithatë, studimet empirike të etiologjisë socio-kulturore të depresionit të pas lindjes kanë qenë të pakta.

Hayes, Roberts, dhe Davare (2000) supozuan se "në shoqëritë perëndimore nevojat psikologjike të para dhe pas lindjes plotësohen dobët dhe kjo krizë mund të ndërveprojë me faktorët neurofiziologjikë në kompromentimin e funksioneve

psikologjike të nënës "(p.266). Duke krahasuar praktikat perëndimore dhe jo-perëndimore autorët pretendojnë se trendet dhe procedurat moderne në mjekësi mund të jenë faktorë që kontribuojnë në depresionin pas lindjes.

Dallime të mëdha kulturore që ndikojnë në depresion, mendohet të jenë: struktura familjare dhe dinamikat e saj, organizimi shoqëror, mekanizmat shoqërore mbrojtës, ritualet, dhe streset sociale (Kleinman and Good 30). Faktorë të tjerë kulturorë që mund të jenë të rëndësishme për një kuptim të përgjithshëm të depresionit përfshijnë gjuhën e veçantë në lidhje me depresionin, transmetimin e informacionit në mesin e njerëzve në lidhje me depresionin dhe besimet në lidhje me kujdesin shëndetësor dhe sistemin e kujdesit shëndetësor (Babatunde & Leguizamon, 2012).

Normat e prevalencës së depresionit pas lindjes ndryshojnë shumë nga kultura në kulturë. Studimet në vendet e zhvilluara raportojnë norma të prevalencës 10-15 % ose edhe më shumë [O'hara & Swain, 1996]. Në shoqëritë në zhvillim shifrat janë të ndryshueshme. Depresioni pas lindjes është menduar të ndodhë tre herë më shumë në shoqëritë në zhvillim se sa në shoqëritë e zhvilluara për shembull, në Khayelitsha, Cape Town, në Afrikën e Jugut, shkalla prevalenca e depresionit është raportuar të jetë 34.7% në dy muaj pas lindjes (Cooper, et al, 1999), 36 % në Pakistan (Husain et al, 2006) ose 27.2 në Nigeri (Ebeigbe & Akhigbe, 2008) etj.

Një tjetër studim (Dennis and L. Chung-Lee, 2006) ka argumentuar se mënyra se si një person e percepton dhe kupton shëndetin e tij/saj është e lidhur me përvojën subjektive kulturore në tij/saj apo shoqërinë e tij/saj. Tashmë idesë se kulturat iu nënshtruara ndryshimeve të përditshme, risive dhe variacioneve, iu bashkangjitën edhe rezultatet e studimit të Edge (2008) e cili e tregon qartë këtë në studimin mbi mënyrën se si gratë e kanë ekuptuar dhe janë përgjigjur për depresionin sipas kuptimit të tyre kulturor për çrregullimet.

Në fund të fundit, edhe pse depresioni pas lindjes prek të gjitha gratë, pavarësisht nga përkatësia etnike apo klasa sociale, faktorë të tjerë të rrezikut kontribues në zhvillimin e tij, përfshijnë përjashtimin social, privimin, dhe kompleksitetin e marrëdhënieve (Patel, Rodrigues, and DeSouza, 2002). Pra, pavarësisht nga të gjitha përpjekjet e literaturës për të shpjeguar shkaqet e kësaj sëmundje, nuk është një faktor i vetëm që mund të identifikohet me sukses si shkaktar i saj. Krejt në të kundërt, janë disa shpjegime për një mori të faktorëve të cilët të ofruar nga literatura ndërveprojnë dhe

njohja dhe interpretimi i ndërveprimit të këtyre faktorëve, do të lehtësonte diagnostikimin dhe trajtimin e depresionit pas lindjes.

1.2.3. Faktorët e rrezikut për depresionin pas lindjes

Zakonisht kur zhvillohen studime për interpretimin e faktorëve etiologjik të sëmundjeve psikiatrike, gjithmonë vendoset theksi në rëndësinë e trajtimit në kompleks të faktorëve që ndikojnë ose janë të bashkëlodhur me sëmundjen përkatëse, duke theksuar gjithmonë se në asnjë rast nuk mund të pretendojmë që ka vetëm një arsye apo faktor. Studimet gjenetike dhe biologjike të çrregullimeve të humorit tregojnë se ato janë sëmundje komplekse, dhe madje edhe në qoftë se një individ ka një dobësi gjenetike apo predispozitë për zhvillimin e depresionit, duhet të jenë edhe faktorë të përvojës personale dhe mjedisore të cilat bashkëveprojnë ndërmjet tyre për të shkaktuar sëmundjen. (Dubovsky & Buzan, 1999).

Prandaj, është shumë e mundshme që një numër i këtyre faktorëve të luajë një rol të rëndësishëm në zhvillimi i depresionit pas lindjes. Faktorët kryesorë të rrezikut përfshijnë një histori të mëparshme të depresionit, marrëdhënie jo të mira martesore, ndryshimet hormonale në organizëm, ankthi i paralindjes, depresioni paralindjes, gjendje e zgjatur e 'baby blues', temperamenti i foshnjës, stresi i jetës, suporti social, vete-vlerësimi, statusi socio-ekonomik, stresi që shkakton kujdesi ndaj foshnjës (Beck, 2001). Në ditët e para pas lindjes faktorët e rrezikut përfshijnë një lindje të vështirë, një histori të abuzimit, të ardhura të ulëta familjare dhe status më të ulët profesional. (SIGN 2002)

1.2.4. Ndryshimet hormonale

Rënia e shpejtë e niveleve të hormoneve riprodhuese që ndodhin menjëherë pas lindjes është propozuar si një etiologji e mundur e çrregullimeve afektive pas lindjes (Visner et al., 2002). Pas lindjes, progesteroni dhe nivelet e estrogjenit bien me shpejtësi. Niveli i këtyre hormoneve kthehet në nivelin normal të parashtatëzënisë nga 3 ditë (progesteroni dhe estrogjeni) deri në 4 javë (hormonet e gjendrës tiroide) (Robinson et al., 2001). Por, edhe pse ka qenë sugjeruar që depresioni pas lindjes është shkaktuar nga nivelet e ulëta të progesteronit dhe/ose estrogjeni, ose nivelet e larta të prolaktinës, studimet nuk kanë gjetur lidhmëri konsistente ndërmjet tyre

(Harris, 1994; Hendrick, Altshuler, dhe Suri, 1998). Megjithatë, në studimin e tyre Bloch, Schmidt, Danaceau et al. (2000), autorët arritën në përfundimin se rezultatet e tyre ofrojnë mbështetje për përfshirjen e estrogenit dhe progesteronit në zhvillimin e depresionit të paslindjes në një nëngrup të grave.

Mosfunksionimi i gjendrës tiroide ka qenë gjithashtu i lidhur me depresionin pas lindjes. Në disa gra, shtatzënia dhe lindja e fëmijës ndikon në funksionin e tiroides, e cila pastaj mund të jetë e lidhur me çrregullimet e humorit. Harris (1996) tregoi një lidhmëri të ulët të depresionit pas lindjes dhe mosfunksionimit të gjendrës tiroide. Ndërkohë, Epperson (1999) testoi lidhmërinë e simptomave të depresionit pas lindjes me funksionin e tiroides, për të siguruar që ky shkak i mundshëm biologjik është përjashtuar. Simptomat e hipotiroidizmit në fakt përfshijnë humor të ulët, shtim në peshë, ankth dhe lodhje. Treguesit e hipertiroidizmit janë humbje peshe, agjitacion dhe sulme të panikut. Si Hipothyroidismi ashtu dhe hyperthyroidismi ndikojnë tek rreth 5% e femrave pas lindjes dhe ndonjëherë mund të shkaktojnë keqdiagnostim dhe vonesë trajtimi (Epperson, 1999).

Në kundërshtim me gjetjet e Steiner (1998) dhe Epperson (1999), Hayes, Roberts, dhe Davare (2000) gjetën se nuk kishte prova të mjaftueshme që ekziston një lidhje ndërmjet estrogenit, progesteronit, hormoneve të gjendrës tiroide, dhe prolaktinës në paraqitjen e depresionit pas lindjes. Megjithatë ata përmendin se nivelet e dopaminës mund të lidhen me ndryshueshmërinë e humorit tek nënat e reja.

1.2.5. Komplikimet obstetrike

Nëse do të merrnim në konsideratë edhe studimet që kanë vlerësuar lidhjen që mund të ekzistojë ndërmjet komplikimeve obstetrike dhe depresionit të pas lindjes, do të referoheshim të paktën dy hulumtimeve meta-analitike. Kështu, në studimin e tyre O'Hara dhe Sëain (1996) kanë përfshirë 13 studime në të cilat kanë marrë pjesë mbi 1350 subjekte, ata arritën në përfundimin se faktorët obstetrike kishin një efekt të vogël (0,26) në zhvillimi i depresionit pas lindjes. Ndërkohë në studimin e Forman et al (2000) me numër të pjesëmarrëseve 5292, nuk gjetën asnjë marrëdhënie statistikore midis komplikime obstetrike dhe depresionit paslindjes, në të dy analizat multivariate dhe univariate, rezultat ky që ka përforcuar edhe rezultatin nga hulumtimi i Warner et al. (1996 [N=2375]) dhe që është përforcuar s rezultat edhe nga hulumti i Johnstone et al. (2001 [N=490]).

1.2.6. Depresioni i paralindjes.

Depresioni në periudhën e paralindjes është menduar të jetë parashikuesi më i mirë i depresionit paslindjes (Beck, 1996; Beck, 2001; Lee & Chung, 2007). O'Hara dhe Säain (1996) në hulumtimin e tyre meta-analitik përfshinë 14 studime me rreth 3000 subjekteve për të cilat shqyrtuan historinë e mëparshme dhe depresionin e nënës pas lindjes, zbuluan se një histori e mëparshme e depresionit ishte një parashikues në vlera të moderuara në të forta e depresionit të paslindjes. Të njëjtat rezultate ofroi edhe hulumtimi metaanalitik i Beck (2001) që përfshiu 11 studime të cilat ekzaminuan rreth 1000 subjekte. Studimet e mëvonshme vazhdimisht po raportojnë se gratë të cilat në lindjet e mëhershme kanë pasur një një histori të depresionit pas lindjes janë në rrezik në rritje të zhvillimit të depresionit pas lindjes edhe në lindjet e tjera vijuese (Johnstone et al, 2001; Josefsson et al, 2002). Por, edhe faktorët psikosocialë duke përfshirë varfërinë, vështirësitë martesore, mungesën e marrëdhënie të besueshme, stresorët e jetës (p.sh. humbja e një të afërmi) mund të konsiderohen gjithashtu që kontribuojnë si faktorë rreziku dhe janë shumë më parashikues të zhvillimit të DPL se sa faktorët biologjikë ose faktorët hormonal.

1.2.7. Historia e depresionit në familje

Historia e depresionit në familje, po ashtu është konsideruar si një variabël në studime të ndryshme. Kështu, O'Hara dhe Säain (1996) në studimin e tyre me të dhëna të kombinuara nga 6 studimeve (afërsisht 900 gra pjesëmarrëse) ka vlerësuar korrelacionin në mes të një historie familjare të depresionit dhe përvojës së depresionit pas lindjes tek gratë. Rezultatet nuk ofruan korrelacion në mes historisë së familjes dhe depresionit pas lindjes. Historia e depresionit në familje nuk u tregua si parashikues i gjendjes së depresionit të pas lindjes. Megjithatë, Steiner (1998) gjeti se 71% e rasteve të grave QË vuajnë nga depresioni pas lindjes kishte të paktën një anëtar të familjes me një histori e një çrregullimi psikiatrik, duke sugjeruar një predispozitë gjenetike për të vuajtur nga depresioni pas lindjes. Po ashtu, Johnstone et al. (2001) ka gjetur një rrezik në rritje të depresionit pas lindjes në 490 gra pjesëmarrëse në studimin e tyre me histori familjare të sëmundjeve psikiatrike.

Megjithatë, duhet cekur se studimet nuk ofrojnë gjetje se ka një gjen specifik i identifikuar si "gjeni përgjegjës për depresionin". Përveç kësaj, studimet që kanë

shqyrtuar depresionin në familje dhe fëmijët binjakë përfundimisht nuk tregojnë se depresioni është shprehur në gjeneratat e mëvonshme me anë të një lidhjeje gjenetike. Megjithatë, hulumtuesit dyshojnë se ekziston një gjen(e) përgjegjës për këtë dhe sigurisht hulumtimet e mëtejme vazhdojnë (Mazure, C., Keita, G., & Blehar, M. (2002). Kështu, disa studime në gjenetikë tregojnë se një ndjeshmëri ndaj depresionit mund të rezultojë nga ndikimi i gjeneve të shumta që veprojnë së bashku me faktorët e mjedisit (National Institute of Mental Health, 2002).

1.2.8. Gjdhënia

Provat në lidhje me dhënien e gjirit si një faktor të mundshëm të rrezikut për zhvillimin e depresionit pas lindjes janë të dyshimta. Warner et al. (1996) gjeti që mos dhënia gjii në 6 javët e para pas lindjes është e lidhur në mënyrë të konsiderueshme me depresionin pas lindjes (N = 2375). Rezultatet e Warner et al. (1996) mbështetën më shumë rezultatet e Hannah et al. (1992) që ofruan të njëjtat të gjetura në një mostër prej 217 grave. Megjithatë, Forman et al. (2000) (N = 5292) nuk ka gjetur asnjë lidhje në mes të mos dhënies gjii dhe depresionit pas lindjes. Ndërkohë, Taveras, Capra, Braveman, Jensvold, Escobar, Lieu, (2003) treguan se DPL, gjithashtu mund të jetë e lidhur edhe me ndërprerjen e gjdhënies si dhe me kohëzgjatjen e gjdhënies.

Në mesin e baballarëve shkaqet e DPL përfshijnë presionet e atësisë, rritjen e përgjegjësisë, ndryshimet në stilin e jetës, ndryshimet në marrëdhënien me partneret, shpenzimet e të pasurit fëmijë, mungesa e gjumit dhe rritja e ngarkesës së punëve në shtëpi. Disa baballarë ndjehen të paafte për të përballuar këtë gjendje, ose mendojnë se nuk janë duke i ofruar mbështetjen që ka nevojë partnerja e tyre. (Davey, Dziuraëiec, & O'Brian-Malone, 2006; Goodman, 2004)

1.2.9. Moshja e re e nënës

Nënat adoleshente janë raportuar si në rrezik të lartë për shtatzëninë dhe depresionin pas lindjes (Barnet et al, 1996; Hudson et al, 2000; Rich-Edëards et al, 2006; Schmidt et al, 2006) duke përforcuar faktin se sa më e re nëna aq më i madh rreziku për të pasur depresion pas lindjes. Disa studime kanë vënë në dukje se një në dy adoleshente shtatzëna, do të jetë në depresion pas lindjes (Leadbeater & Linares, 1992; Schmidt et al, 2006). Në po të njëjtin studim me simptoma depressive të

moderuar në të rënda janë gjetur 36,7% e kampionit prej 623 nënave adoleshente 18-vjeçare ose më të reja, 3 muaj pas lindjes (Schmidt et al, 2006).

Në krahasim me meshkujt më të rinj, femrat kanë 2 deri në 3 herë më shumë gjasa që të kenë të paktën një episod të depresionit pas lindjes (Essau et al, 2000;. Eickramaratne dhe Weissman, 1998) dhe simptomat e tyre janë shpesh më të rënda (Reinherz et al., 1993). Simptomat depresive gjatë adoleshencës shpesh janë të qëndrueshme dhe mund të vazhdojnë në moshën e rritur (Leëinsohn et al., 2003).

Një tjetër studim i Jones & Venis, (2001), i referohet statistikave që tregojnë se deri në 26% e nënave adoleshente përjetojnë depresion pas lindjes. Kurse Barnett, Duggan, Wilson, dhe Joffe, (1995), shqyrtoan lidhmërinë në mes abuzimit të substancave pas lindjes dhe simptomave depresive, stresit dhe mbështetjes sociale tek nënat adoleshente. Gjetjet treguan se përdorimi i alkoolit dhe drogave ishte e zakonshme në mesin e nënave adoleshente [në këtë mostër]. Depresioni, stresi, nevoja e lartë për mbështetje, dhe përdorimi i drogës në grup, janë përcaktuar të jenë faktorë të lidhur me depresionin pas lindjes.

Nga ana tjetër disa studime sugjerojnë se adoleshentët shtatzëna janë më pak të shqetësuar se sa duken të jenë; arsyeja pse ato përjetojnë depresion pas lindjes mund të jetë nga aspekte të tjera përveç moshës, por që lidhen shumë me shtatzëninë e tyre (Figueiredo et al, 2006). Moshë e re e nënës është konsideruar e lidhur me simptomat e depresionit para dhe pas lindjes, por, në një studim të kohëve të fundit, kryesisht depresioni pa lindjes i atribuohet problemeve financiare, shtatzënisë së padëshiruar dhe mungesës së partnerit (Rich-Edwards et al, 2006).

1.2.10. Statusi socio-ekonomik

Statusi socio-ekonomik po ashtu, ishte një parashikues i vërejtur nga studimi i Beck (2001) dhe studimi në Montreal (Seguin, Potvin, St Denis, dhe Loiselle, 1999). Profesionistë të shëndetit mendor tashmë pranojnë se simptomat depresive shpesh janë prezente në gjahstë muajt e parë të lindjes, tek gratë që bëhen nëna për herë të parë e që kanë status të ulët social-ekonomik.

Studimi gjeti se stressorët kronikë të lidhur me të vështirësitë financiare, dhe mbështetja e pamjaftueshme sociale janë të lidhura me zhvillimin e depresionit pas lindjes. Në studimin e tyre Affonso, Anindy, Horowitz, dhe Mayberry (2000) treguan që gratë financiarisht të varfëra, ishin dy herë më shumë (23.4%) të

predispozuara për të zhvilluar depresion pas lindjes se sa homologet e tyre të klasës së mesme.

Lane, Roufeil, Williams, dhe Tweedie (2001) kanë adresuar edhe prevalencën e depresionit pas lindjes në gratë që jetojnë në zonat rurale kundrejt grave që jetojnë në zonat urbane. Është një supozim i qartë se gratë janë më të izoluar në zonat rurale dhe për këtë arsye kanë më shumë gjasa të vuajnë nga depresioni pas lindjes. Në fakt ka evidenca se anëtarët e familjes mund të jenë më afër nënave në zonat rurale sesa nënave në zonat urbane dhe po ashtu që njerëzit në zonat rurale preferojnë të mbështeten në veten e tyre, tek familja dhe miqtë për ndihmë.

Megjithatë, ka disa dallime në mes parashikuesve të shëndetit mendor në zonat rurale dhe urbane. Statusi i ulët socio-ekonomik dhe prania e fëmijëve të vegjël në shtëpi janë faktorët e rrezikut për gratë në zonat rurale, por jo për gratë në zonat urbane. Nga ana tjetër nënat në zonat urbane e kanë më afër qendrën e shërbimeve shëndetësore dhe mund të jetë që për këtë arsye, ato nuk e përjetojnë stresin sikur e përjetojnë nënat në zonat rurale (Leitch, 2002).

1.3.1. Pse është i rëndësishëm ky hulumtim.

Duke qenë se depresioni pas lindjes konsiderohet që prek një numër të konsiderueshëm të nënave dhe që në vendin tonë ende nuk kemi shifra të sakta për të, zhvillimi i këtij hulumtimi konsiderohet i rëndësishëm pasi do të krijojë një të dhënë të saktë dhe shkencore për numrin e nënave të prekura nga ky lloj i depresionit.

Po ashtu, prezantimi i shifrave për depresionin pas lindjes por njëkohësisht edhe i faktorëve me të cilët ky depresion është i lidhur dhe i ndikuar, krijon mundësinë që tashmë politikat parandaluese, trajtuese dhe ato kuruese të mbështeten në një bazë të mirëfilltë të të dhënave.

Shfrytëzimi i këtyre të dhënave ndihmon të gjithë ofruesit e shërbimeve shëndetësore në të gjitha nivelet e shërbimit por edhe politikëbërësit e politikave shëndetësore, që të krijojnë politika dhe sisteme të shërbimeve në funksion dhe në shërbim të shëndetit jo vetëm të nënave por edhe të posalindurve dhe akterëve të tjera pranë tyre.

2. Qëllimi dhe Objektivat e Studimit

2.1. Qëllimi i Studimit

Qëllimi i studimit është vlerësimi i prevalencës së depresionit postnatal tek gratë që kanë kryer lindjen në klinikën Gjinekologjike – Obstetrike të Qendrës Klinike Universitare të Kosovës në periudhën 2012-2013.

2.2. Objektivat Specifike të Studimit

- Të përcaktojë cilat janë frekuencat dhe shpërndarja e prevalencës së DPL në KOGJ të QKUK në Prishtinë si mostër përfaqësuese e situatës në Republikën e Kosovës
- Të nxjerrë dallimet në këto frekuenca dhe shpërndarje në varësi të moshës, numrit të lindjeve që kanë kryer, llojit të familjes ku jetojnë, statusit civil dhe punësimit.
- Të krahasojë gjetjet e këtij punimi me gjetjet nga literatura dhe të dhënat nga studimet në rajon e më gjerë;
- Të përcaktojë rekomandimet për implikimin e mëtejshëm praktik të gjetjeve në funksion të parandalimit, trajtimit dhe rehabilitimit të DPL në QKUK, përkatësisht Republikën e Kosovës;

2.3. Hipotezat e Studimit

Nga shqyrtimi i gjerë i literaturës, rezultatet relativisht të larta të prevalencës së DPL jo vetëm në vendet e rajonit por edhe më gjerë, si dhe gjetjet për faktorët ndikues në këtë nivel të prevalencës, në mënyrë të pashmangshme diktuan ngritjen e këtyre hipotezave.

Hipoteza 1. Depresionit postnatal tek gratë që kanë lindur në klinikën Gjinekologjike – Obstetrike të Qendrës Klinike Universitare të Kosovës, raportohet në nivele të larta.

Hipoteza 2. Depresioni postnatal raportohet më i lartë tek nënat me moshë më të re.

Hipoteza 3. Depresioni postnatal është më i lartë tek gratë që kanë më shumë se dy lindje.

Hipoteza 4. Depresioni postnatal është më i theksuar tek gratë që jetojnë në familje të ngushtë nukleare sesa tek gratë që jetojnë në familje të gjerë.

3. Metodologjia

Meqenëse qëllimi i studimit është jo vetëm vlerësimi dhe prezantimi i frekuencave dhe shpërndarjes së niveleve të depresionit pas lindjes, por njëkohësisht edhe vlerësimi i prezencës ose mungesës së ndikimit të faktorëve të tillë si moshë, numri i lindjeve dhe lloji i familjeve ku jetojnë, ky studim konsiderohet si një studim i mirëfilltë transversal (*cross-sectional*).

3.1. Popullata në studim

Popullatë e këtij hulumtimi janë të gjitha gratë të cilat kanë kryer lindjen në klinikën obstetrike gjinekologjike në Klinikën Universitare në Kosovë në periudhën 2012-2013.

Sipas të dhënave të mbledhura nga klinika obstetrike gjinekologjike në Klinikën Universitare në Kosovë numri i tyre i përgjithshëm është i mjaftueshëm për të ndërmarrë një studim të tillë.

Duke iu referuar ‘The Research Advisors’ (2006), nga kjo popullatë paraprake e grave të cilat kanë kryer lindjen në klinikën obstetrike gjinekologjike, u përzgjedh kampioni i studimit, prej 385 grash. Ky numër është plotësisht i mjaftueshëm për të testuar hipotezat e studimit të ngritura në fazën paraprake.

3.2. Mbledhja e të dhënave

Për mbledhjen e të dhënave në hulumtim është përdorur Adult Self Report – ASEBA. Në pjesën e parë pyetësi është plotësuar edhe me pyetje të tjera për të dhëna demografike me interes për hulumtimin, të tilla si numri i shtatëzanive, numri i fëmijëve, statusi familjar, statusi social, vendbanimi etj.

Pyetësi ASR plotësohet nga të rriturit dhe me të raportohen funksionet adaptive, problemet dhe abuzimi i substancave. Kjo formë është shumë e vlefshme për vlerësimin e të rriturve në shëndetin mendor, terapinë familjare, forenzikë, këshillime, abuzimin e substancave etj.

ASR vlerëson :

Shkallën adaptive të funksionalitetit: Shokët, bashkëshorti-ja/partneri, familja, puna, arsimimi

Shkallën e sindromave : Anxiozo/Depresiv, tërhequr, ankesa somatike, probleme me të menduarit, problemet me vëmendje, sjellje agresive, sjellje e thyerjes së rregullave dhe intrinsive.

DSM- shkallët e orientuara: Problemet Depresive, Problemet Anxioze, Problemet somatike, Personalitet shmanges, Deficit të vëmendjes/probleme me hiperaktivitet dhe problemet e personalitetit antisocial.

Shkallën e abuzimit me substanca: Duhan, drogë dhe alkool.

Pyetëtori ASR - është përdorur në një numër të konsiderueshëm të punimeve kërkimore dhe besueshmëria dhe validiteti janë mjaft mirë të dokumentuara. Pyetëtori është përkthyer dhe përshtatur në gjuhën shqipe, duke ruajtur sa më shumë domethënien origjinale të artikujve të pyetësorëve origjinalë, por ende nuk është bërë validimi i tij. Format i pyetësorit është bashkangjitur më poshtë

Procesi i mbledhjes së të dhënave është zhvilluar përgjatë periudhës 2012 – 2013. Gratë e përfshira në hulumtim, e plotësuan pyetësin 2 ditë pas lindjes për shkak se qëndrimi mesatar në Klinikë është 3 ditë.

Me secilën prej nënave, është zhvilluar një bisedë informative, në të cilën janë dhënë sqarimet e nevojshme për qëllimin e hulumtimit, shtrirjen e tij, lejimin nga Ministria e Shëndetësisë dhe mënyrën e plotësimit të pyetësorit. Plotësimi i instrumentit është zhvilluar në mjedise konfidenciale dhe pas plotësimit të tyre, janë mbledhur nga personeli i kualifikuar i përfshirë në studim. Shkalla e kthimit të pyetësorëve nga nënat ishte shumë e lartë, fakt ky që vërehet në mënyrë konsistente në studime të shumta të udhëhequra në trevat shqiptare.

3.3. Analiza statistikore

Për përpunimin e të dhënave statistikore janë përdorur analizat statistikore përmes paketës statistikore SPSS, versioni 20.0 për Windows. Tërësia e të dhënave të mbledhura nga pyetësorët, është analizuar përmes analizës deskriptive përshkruese, përmes së cilës janë gjetur parametrat themelorë statistikorë dhe shpërndarja e të dhënave të fituara.

Të gjitha rezultatet janë llogaritur sipas udhëzimeve të dhëna në manualin përkatës (Achencach and Rescorla, 2003). Pikët në shkallët e pyetësorit janë paraqitur përmes mesatares aritmetike (MA) dhe devijimit standard (SD), në intervalin e besimit 95% (95% CI).

Analizat e prezantuara përmbajnë:

- Konsistenca e brendshme, është analizuar duke përdorur Cronbach alfa.
- Për të gjitha shkallët është paraqitur Prevalenca (përqindja e një popullsie që ka probleme të shëndetit mendor në një pikë të veçantë në kohë) e depresionit të pas lindjes.
- Për të parë dallimet ndërmjet përgjigjeve të marra u përdor ‘chi-square goodness-of-fit test’, ndërsa për të zbuluar lidhmëritë e mundshme ndërmjet variablave demografike dhe përgjigjeve u përdor testi hi-katror i Pearson (*‘Pearson’s chi-square test’*).
- Për dallimet ndërmjet grupeve, u përdor t-testi dhe ANOVA një drejtimëshe. Gjithashtu, meqenëse ANOVA njëdrejtimëshe është një analizë statistikore omnibus dhe si e tillë nuk mund të na tregojë se cilat grupe të veçanta janë dukshëm të ndryshme nga njëri-tjetri. Meqenëse në hulumtimin tonë ne i kemi tre e më shumë grupe, dallimet e mundshme të vlefshme statistikisht ndërmjet tyre, i kemi gjetur duke përdorur testin post-hoc Tukey HSD.
- Për të kuptuar nëse ekziston një ndërveprim midis dy variablave të pavarura në variablin e varur, kemi përdorur ANOVA dy drejtimëshe, e cila krahason dallimet mesatare në mes të grupeve që kanë qenë të ndarë në dy ndryshore të pavarura (të quajtura faktorë).
- Manova një drejtimëshe është përdorur për të përcaktuar nëse ka dallime në mes grupeve të pavarura në më shumë se një variabël të vazhdueshme të varur.

3.4. Konsiderata etike

Për të ruajtur dhe garantuar etikën kërkimore, projekti i këtij studimi është aprovuar nga Fakulteti i Mjekësisë.

Të gjithë pjesëmarrëset në studim janë njoftuar lidhur me miratimin. Gjatë njoftimit dhe bisedës, nënat kanë pranuar pjesëmarrjen e tyre vullnetare në studim, duke kërkuar anonimitetin e pjesshëm (emri, mbiemri) të të dhënave të mbledhura. Nënshkrimi i miratimit është siguruar për secilën prej tyre.

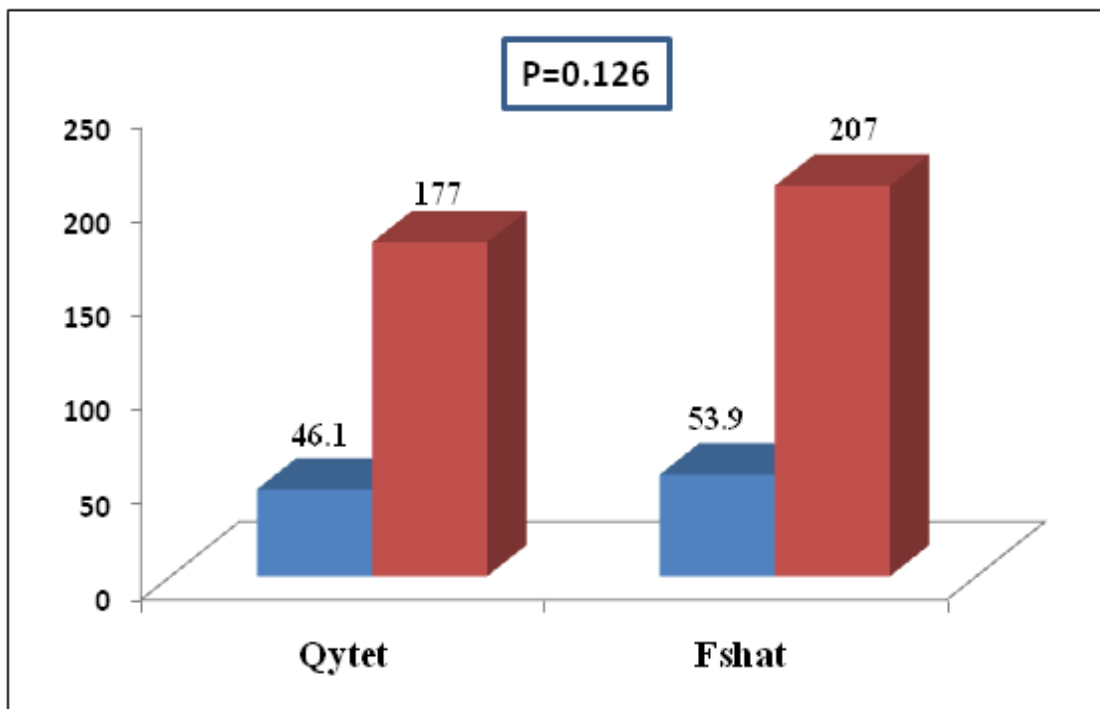
4. Rezultatet

a) Shpërndarja e të dhënave demografike dhe social-ekonomike e pjesëmarrësve në studim.

Mosha mesatare e pjesëmarrësve në total është raportuar të jetë $MA = 28.8$ ($DS = 5.6$), ndërsa vitet e shkollimit $MA = 11$ vite shkollë ($DS = 2.8$). Nga pjesëmarrëset 46.1% ($N = 177$) jetonin në qytet dhe 53.9% ($N = 207$) në fshat. Hi katror testi , $\chi^2(1, N = 384) = 2.3$, $p = .126$ nuk ka gjetur dallime të rëndësishme në shpërndarjen e përqindjeve për vendbanimin.

Figura 1.

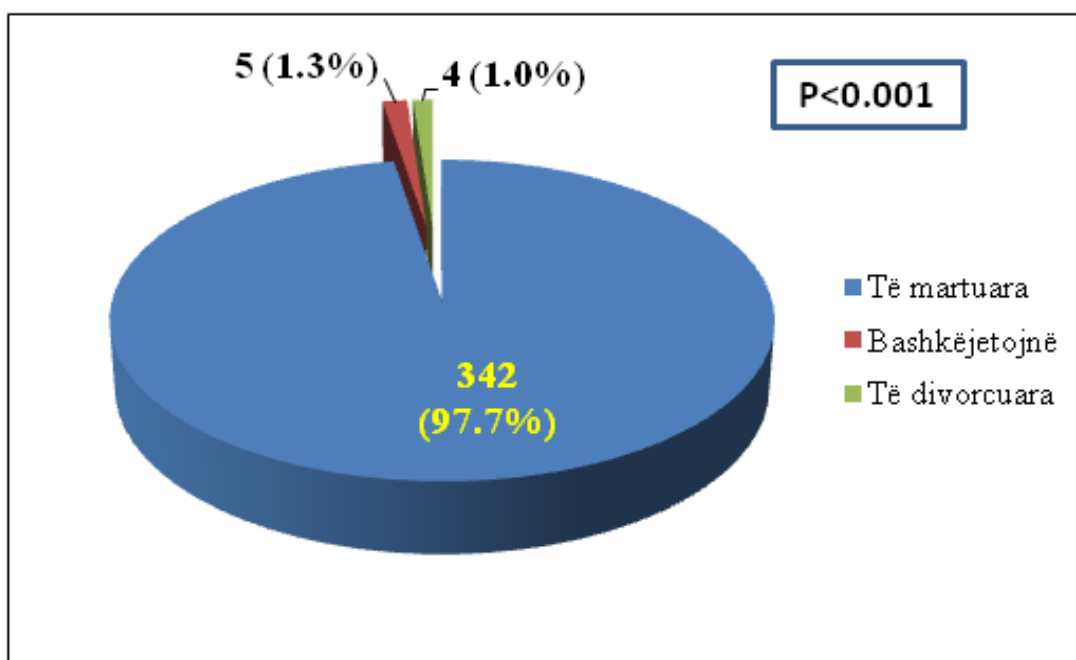
Të dhënat për pjesëmarrëset sipas vendbanimit



Nga gjithsej 351 pjesëmarrëse që kanë ofruar të dhënat e tyre për statusin e gjendjes civile, 342 ose 97.7 % janë të martuara, 5 prej tyre ose 1.3% bashkëjetojnë dhe vetëm 4 prej tyre ose 1 % janë të divorcuara, duke raportuar edhe mungesën e babait të foshnjës $\chi^2(2, N = 351) = 659.6$, $p = 0.001$).

Figura 2.

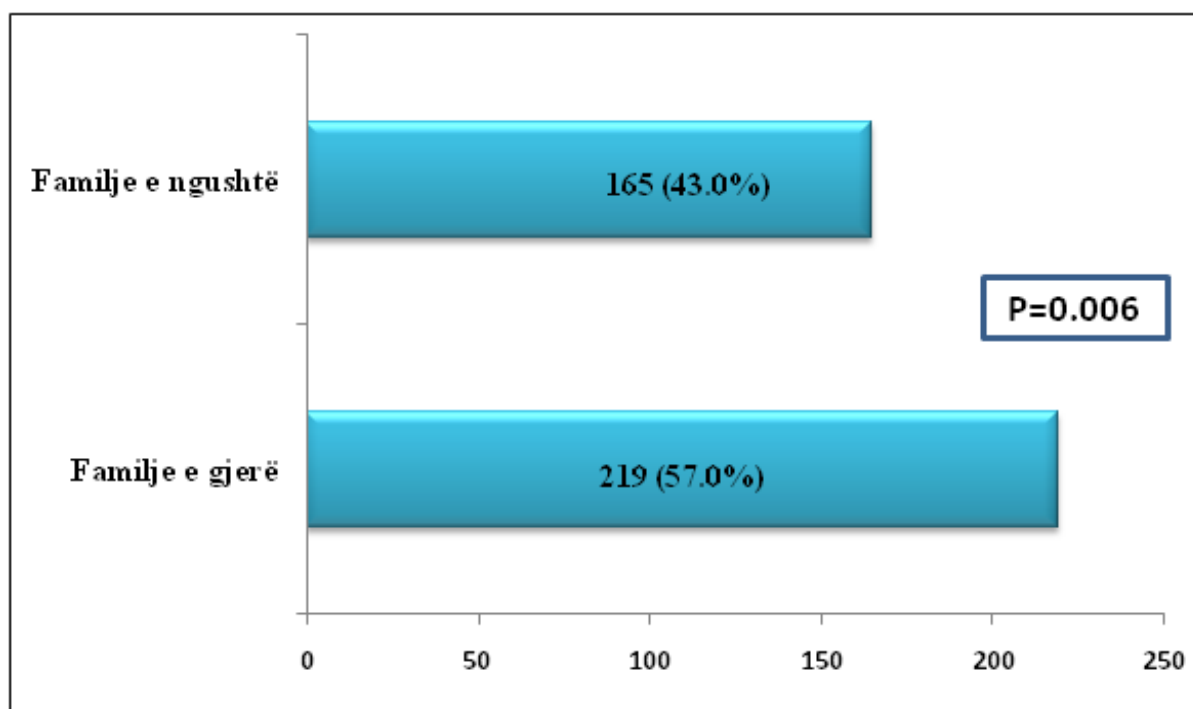
Të dhënat për pjesëmarrëset sipas statusit të gjendjes civile



Afërsisht gjysma e pjesëmarrëseve jetonin në familje të gjerë 57 % (N = 219) dhe pjesa tjetër në familje të ngushtë 43% (N = 165). Analiza e hi katrorit ka pasur dallime të rëndësishme statistikore $\chi^2(1, N = 384) = 7.5, p = .006$.

Figura 3.

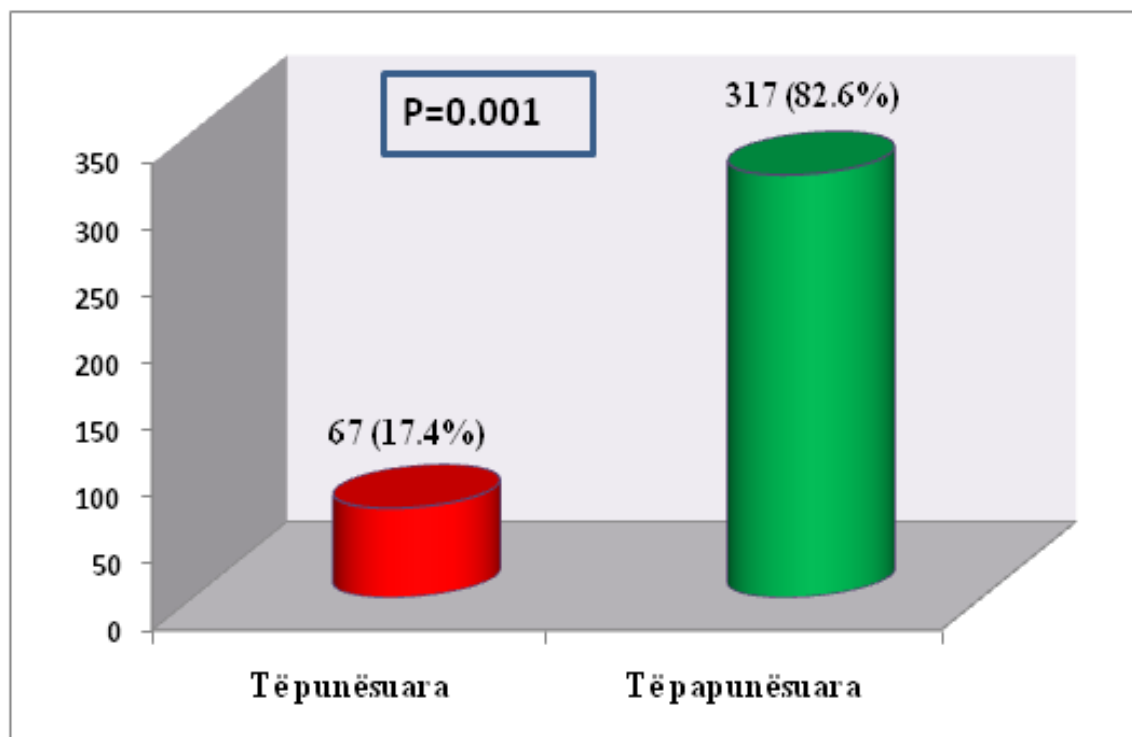
Të dhënat për pjesëmarrëset sipas llojit të familjes ku jetojnë



Për sa i përket statusit të punësimit, është raportuar se përqindjen më të lartë të punësimit e kanë gratë e papunësuar 82.6% (N = 317) përkundrejt grave të punësuar 17.4% (N = 67). Analiza e Hi katrorit (*chi-square*) tregoi dallime të rëndësishme statistikore ndërmjet tyre $\chi^2(1, N = 384) = 155.5, p = .001$.

Figura 4.

Të dhënat për pjesëmarrëset sipas statusit të punësimit



b) Rezultatet për faktorët e lidhur me depresionin pas lindjes.

Rezultatet e dallimeve të mundshme në shpërndarjen e mesatares në ndryshoret e përfshira në hulumtim me disa prej ndryshoreve demografike, janë të paraqitura më poshtë.

Tabela 1 tregon se nuk ka pasur dallime në shpërndarjen e mesatares së moshës në raport me vendbanimin ($t(348) = .513, p = .608$), ndërsa ka dallime të rëndësishme ($t(348) = 5.9, p = .001$), në shpërndarjen e mesatares për edukimin. Gratë nga fshati kanë pasur mesatër më të ulët (MA = 10.1, DS = 2.7) krahasuar me ato nga qyteti (MA = 11.9, DS = 2.7). Dallime të rëndësishme janë gjetur edhe për numrin e anëtarëve të familjes ($t(348) = -4.4, p = .001$). Mesataren më të lartë të numrit të anëtarëve që jetojnë së bashku e kanë raportuar gratë nga fshati (MA = 8 anëtar, DS = 3.7) krahasuar me ato nga qyteti (MA = 6.3, DS = 3.4). Edhe pse të ardhurat në familje janë raportuar më të larta në familjet në qytet, dallimi me fshatin nuk ka arritur signifikançën.

Tabela 1.*Përshkrimi i Rezultateve të T- testit me Vendbanimin e Pjesmarrëseve*

	Vendbanimi	N	M	SD	p
<i>Mosha</i>	<i>Qytet</i>	177	28.5	5.2	
	<i>Fshat</i>	207	29.1	5.8	NS
<i>Edukimi</i>	<i>Qytet</i>	166	11.9	3.6	
	<i>Fshat</i>	178	9.2	3.1	.001 **
<i>Sa anëtarë jetoni së bashku</i>	<i>Qytet</i>	177	6.4	3.4	
	<i>Fshat</i>	207	8.1	3.7	.001**
<i>Të ardhurat në familje</i>	<i>Qytet</i>	138	592.3	500.2	
	<i>Fshat</i>	137	536.8	395.9	NS

Shënim: M – mesatarja. SD- Devijimi standard. Mosha është e shprehur në vite. Edukimi me numurin e viteve të shkollimit.

NS- nuk ka dallim të rëndësishëm.

Tabela 2, tregon se pjesa më e madhe e pjesmarrëseve kanë pasur lindjen e parë 40.9% (N = 157) dhe të dytë 33.6 % (N = 129) ndjekur nga ato që kishin lindjen e tretë 15.4% (N = 59). Një pjesmarrëse e ka pasur lindjen e shtatë. Gra të cilat kanë pasur nga një abort kanë qenë 14.1 % (N = 54) dhe 5.7% (N = 22) nga dy aborte.

Kanë qenë 6 gra të cilat kanë pasur tre aborte dhe një pjesmarrëse që ka pasur 4 aborte.

Tabela 2.

Përqindja e Shpërndarjes së Variablave të Lidhura me Radhë në Lindjes, Abortet dhe Fëmijët e Lindur Gjallë

<i>Variabli</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Cili fëmijë është në rradhë</i>	<i>1</i>	157	40.9%
	<i>2</i>	129	33.6%
	<i>3</i>	59	15.4%
	<i>4</i>	20	5.2%
	<i>5</i>	14	3.6%
	<i>6</i>	4	1.0%
	<i>7</i>	1	.3%
<i>Fëmijë të lindur gjallë</i>	<i>1</i>	161	41.9%
	<i>2</i>	125	32.6%
	<i>3</i>	60	15.6%
	<i>4</i>	19	4.9%
	<i>5</i>	12	3.1%
	<i>6</i>	4	1.0%
	<i>7</i>	1	.3%
<i>Numuri i aborteve</i>	<i>1</i>	54	14.1%
	<i>2</i>	22	5.7%
	<i>3</i>	9	2.3%
	<i>4</i>	1	.3%

Tabela 3, tregon se 97.7% (N = 375) kanë pasur inseminim natyral dhe vetëm 2.3% (N = 9) gra me inseminim artificial ($\chi^2(1)= 348.8$, $p= .001$, S), pjesa më e madhe e pjesmarrseve kanë pasur lindje me prerje cezariane 58.3% (N = 224) dhe 41.7% (N = 160) kanë kryer lindje natyrale ($\chi^2(1)= 10.6$, $p= .001$, S).. Rezultatet tregojnë se 15.1% (N = 58) nuk e kanë pasur të planifikuar shtatzaninë dhe 84.9% (N = 326) kanë pasur shtatzani të dëshirueshme($\chi^2(1)= 108.5$, $p= .001$, S).. Gjatë përfshirjes në studim shohim se 52.5% (N = 200) kanë lindur djem dhe 47.5% (N = 181) vajza ($\chi^2(1)= .948$, $p= .330$, NS).

Tabela 3.*Shpërndarja e Përqindjeve për Disa Variabla të Lidhura me Shtazanisë*

<i>Variabli</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Insenimi</i>	<i>Natyrale</i>	375	97.7%
	<i>IVF</i>	9	2.3%
<i>Lindja</i>	<i>Natyrale</i>	160	41.7%
	<i>Prerje cezariane</i>	224	58.3%
<i>Gjinia e fëmijës</i>	<i>Djalë</i>	200	52.5%
	<i>Vajzë</i>	181	47.5%
<i>A ka qenë i planifikuar ky fëmijë</i>	<i>Po</i>	326	84.9%
	<i>Jo</i>	58	15.1%

Tabela 4, tregon se 11.5% (N = 44) kanë përjetuar stress gjatë shtazanisë dhe ndërkohë 0.8% (N = 3) gra kanë përjetuar dhunë (2 janë specifikuar të kenë përjetuar dhunë emocionale dhe një dhunë fizike). Vetëm një pjesmarrse ka konsultuar psikiatrin gjatë shtazanisë, ndërkohë që 3.1% (N = 12) kanë raportuar të jenë ballafaquar me humbje të rëndësishme gjatë shtazanisë. Nuk ka pasur asnjë pjesmarrëse që të jetë deklaruar se ka ndonjë person të familjes që vuan nga depresioni. Hi katror testi ka treguar vlera të $p < .001$, për të gjitha këto grupe.

Tabela 4.

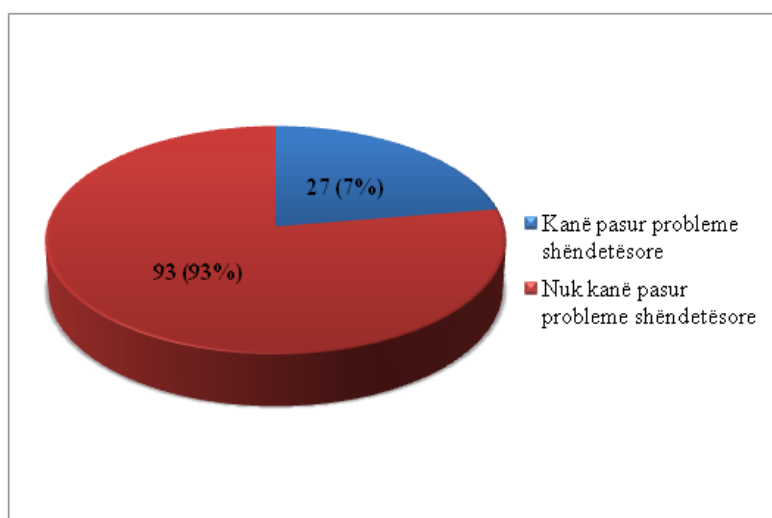
Të Dhënat në numër dhe Përqindje për Përjetimet e mundshme Gjatë Shtatzënisë

Variabli		N	%
<i>A keni përjetuar stres gjatë shtatzënisë</i>	<i>Po</i>	44	11.5%
	<i>Jo</i>	338	88.0%
<i>A keni përjetuar dhunë gjatë shtatzënisë</i>	<i>Po</i>	3	.8%
	<i>Jo</i>	378	98.4%
<i>A keni përjetuar probleme shëndetsore gjatë shtatzënisë</i>	<i>Po</i>	27	7.0%
	<i>Jo</i>	357	93.0%
<i>A keni përjetuar problem psikologjik gjatë shtatzënisë</i>	<i>Po</i>	1	.3%
	<i>Jo</i>	381	99.2%
<i>A keni dikë me depresion në familje</i>	<i>Po</i>	0	.0%
	<i>Jo</i>	384	100.0%
<i>A keni përjetuar ndonjë humbje gjatë shtatzënisë</i>	<i>Po</i>	12	3.1%
	<i>Jo</i>	371	96.6%
<i>A e pini duhanin</i>	<i>Po</i>	61	15.9%
	<i>Jo</i>	322	83.9%
<i>A e përdorni alkolin</i>	<i>Po</i>	1	.3%
	<i>Jo</i>	381	99.2%

Rezultatet tregojnë se 7% (N = 27) e pjesëmarrseve kanë pasur probleme shëndetsore dhe 93% (N = 357) nuk kanë pasur ndonjë problem.

Figura 5.

Numri i pjesëmarrëseve me dhe pa probleme shëndetësore



Nga pjesmarrëset 15.9% (N = 61) janë shprehur të jenë përdoruese të duhanit dhe 83.9% (N = 322) të mos jenë përdoruese të duhanit. Ndërkohë vetëm një pjesmarrëse është deklaruar të jetë konsumuese e alkoolit.

Figura 6.

Të dhënat për pjesëmarrëset që konsumojnë duhan dhe alkool

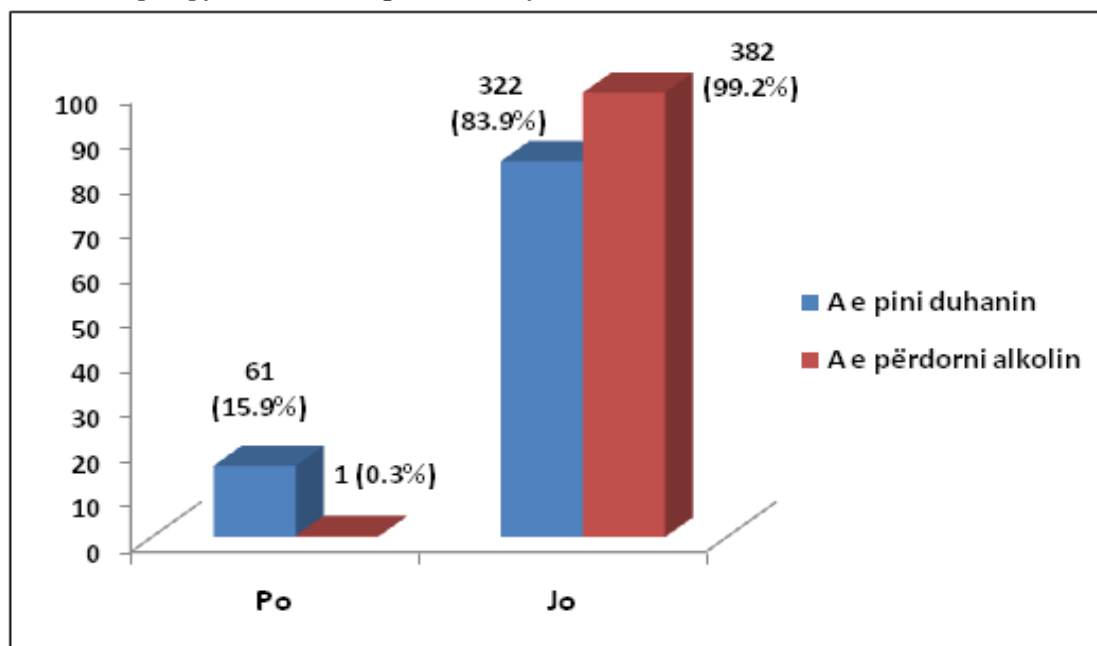


Tabela 5 tregon se pjesmarrëset të cilat kanë bërë inseminim artificial, kanë qenë edhe nga fshati dhe qyteti dhe sipas hi katror testit nuk ka pasur dallime signifikante në shpërndarjen e përqindjeve ($\chi^2(1) = .010$, $p = .920$, NS), dhe po ashtu në raport me familjen e ngushtë apo të gjerë ($\chi^2(1) = .596$, $p = .440$, NS). Vetëm dy nga pjesmarrëset kanë qenë të punësuar dhe të gjitha statusin civil e kanë pasur të martuara.

Tabela 5.*Të dhënat në Numër dhe Përqindje për Inseminimi*

		<i>Inseminimi</i>			
		<i>Natyrat</i>		<i>IVF</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Vendbanimi</i>	<i>Qytet</i>	173	46.1%	4	44.4%
	<i>Fshat</i>	202	53.9%	5	55.6%
<i>Jetoni ne familje</i>	<i>Ngushte</i>	160	42.7%	5	55.6%
	<i>Gjere</i>	215	57.3%	4	44.4%
<i>A jeni e punësuar</i>	<i>Po</i>	65	17.3%	2	22.2%
	<i>Jo</i>	310	82.7%	7	77.8%
<i>Gjendja civile</i>	<i>E martuar</i>	366	97.6%	9	100.0%
	<i>Divorcuar</i>	4	1.1%	0	.0%
	<i>Bashkjetese</i>	5	1.3%	0	.0%

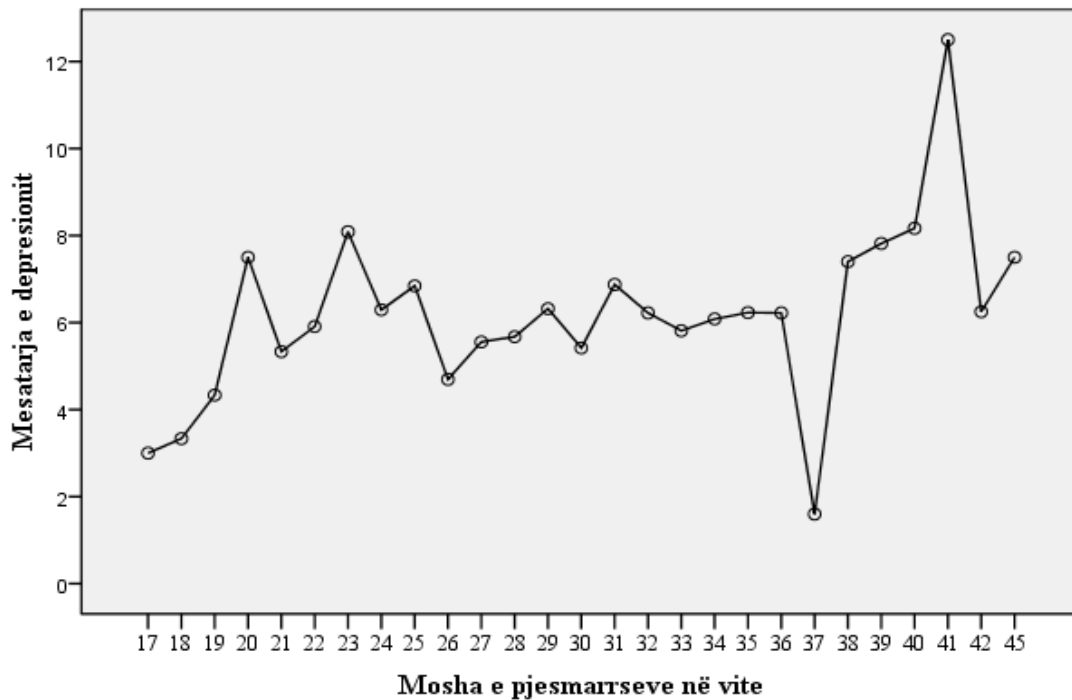
c) Shkalla e depresionit tek nënat

Pjesë marrëset janë vlerësuar për shkallën e depresionit dhe kanë raportuar një mesatare prej $MA = 6.1$ ($DS = 4.5$). Për të parë dallimet në raportimin e mesatares së depresionit me vendbanimin, është përdorur T-testi. Mesatarja e raportuar nga pjesmarrëset që jetonin në fshat ka qenë më e lartë ($MA = 6.4$, $DS = 4.5$) se sa mesatarja e pjesmarrëseve që jetonin në qytet ($MA = 5.8$, $DS = 4.6$), por ky dallim nuk e ka arritur signifkancën statistikore ($t(382) = -1.2$, $p = .216$).

Anova një kahëshe për shkallën e depresioni me moshën e pjesmarrësve nuk ka gjetur ndryshime signifkante në variancën e depresionit përmes moshave të pjesmarrëseve të përfshira në këtë hulumtim ($F(26) = 1.1$, $p = .454$, $\eta^2 = 0.068$, figura në vijim).

Figura 7.

Mesatarja e depresionit sipas moshës së pjesëmarrëse



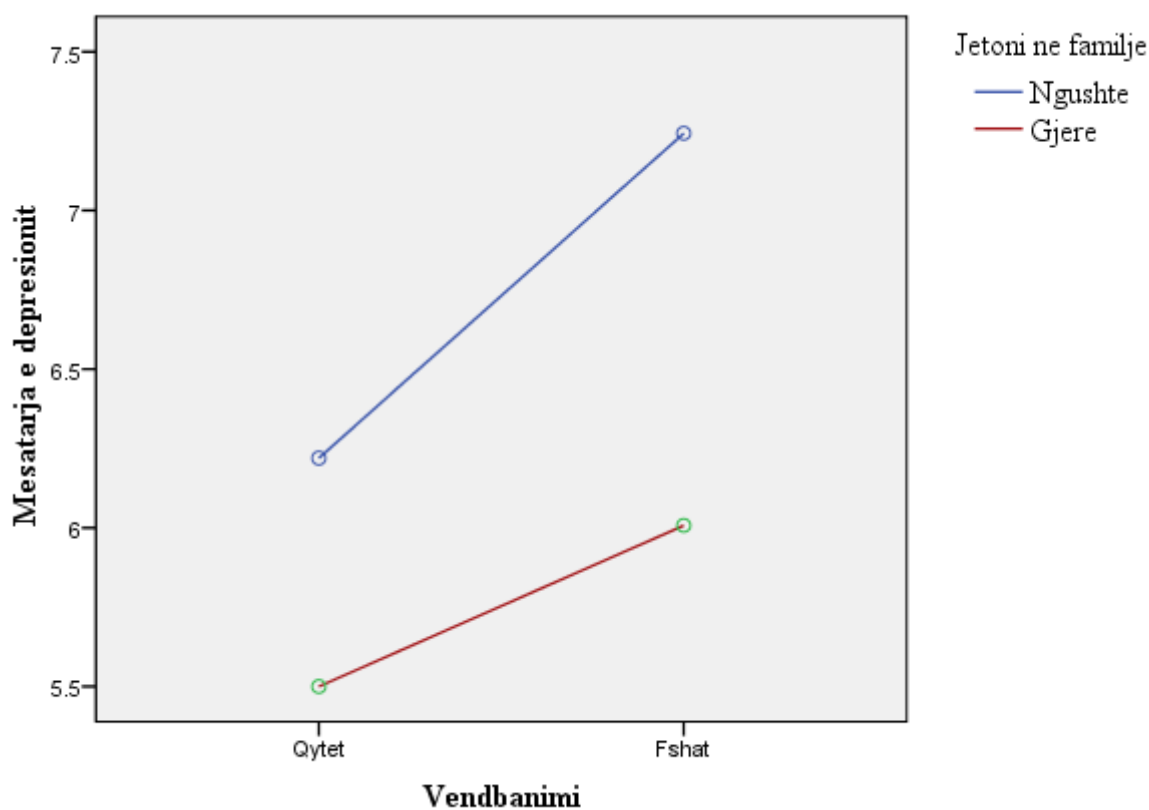
Është përdorur ANOVA e dyfishtë (2 x 6) për të testuar nëse vendbanimi dhe moshë e pjesëmarrëse kanë ndikim në përjetimin e depresionit. Vendbanimi nuk ka treguar efekt ($F(1) = 1.4, p = .237, \eta^2 = 0.002$), po ashtu edhe moshë ($F(3) = 1.6, p = .177, \eta^2 = 0.002$). Nuk është gjetur interaksion efekt në mes këtyre dy variablave ($F(3) = .267, p = .849, \eta^2 = 0.002$).

Analiza e T-testit nuk ka gjetur dallime të rëndësishme në shpërndarjen e mesatares së Shkallës së Depresionit në raport me statusin e familjes (familje e gjerë vs ngushtë) ($t(382) = 1.8, p = .07$). Pjesëmarrëset nga familjet e ngushta kanë raportuar mesatare më të lartë në shkallën e Depresionit ($MA = 6.6, DS = 4.9$) krahasuar me pjesëmarrëset nga familjet e gjera ($MA = 5.8, DS = 4.2$), por ky dallim nuk e ka arritur signifkancën (tabela 6).

Tabela 6.*Rezultatet e T-testit për Depresionin dhe Llojin e Familjes*

	Jetoni ne familje	<i>N</i>	<i>MA</i>	<i>DS</i>	<i>Gabimi i devijimit të mesatares</i>
Depresioni	Ngushte	165	6.6	4.9	.382
	Gjere	219	5.8	4.2	.290

ANOVA e dyfishtë (2 x 2) për të testuar nëse vendbanimi dhe statusi familjar i pjesmarrseve kanë ndikim në përjetimin e depresionit. Vendbanimi nuk ka treguar efekt ($F(1) = 2.5, p = .109, \eta^2 = 0.007$), por statusi i familjes ka qenë signifikant ($F(1) = 4.2, p = .04, \eta^2 = 0.011$). Nuk është gjetur interaksion efekt në mes këtyre dy variablave ($F(1) = .293, p = .589, \eta^2 = 0.001$), por të jetuarit në fshat dhe në familje të ngushtë ka treguar të këtë mesatare më të lartë depresioni ($M = 7.2, SD = 4.9$) në mënyrë signifikante nga grupet e tjera (figura 8).

Figura 8.*Efekti i vendbanimit dhe llojit të familjes me nivelin e depresionit*

Në tabelën 7 janë raportuar të dhënat e T-testit, të performuar për të krahasuar mesataren e raportimit të pjesmarrë seve në Depresion në grupin e pjesmarrseve që ishin të punësuar me ato që nuk ishin të punësuar.

Rezultatet e T- testit tregojnë se dallimi në mes këtyre dy grupeve nuk është signifikant ($t(382) = 1.4, p = .144$). Pjesmarrëset që ishin të punësuar kanë raportur mesatare më të lartë të Depresionit ($MA=6.9, DS=5.2$), krahasuar me pjesmarrëset që nuk ishin të punësuar ($MA=6.03, DS = 4.4$).

Tabela 7.

Rezultatet e T-testit për Depresionin dhe Punësimin

	<i>Punësim</i>				<i>Gabimi i devijimit të mesatares</i>
	<i>i</i>	<i>N</i>	<i>MA</i>	<i>DS</i>	
<i>Depresioni</i>	<i>Po</i>	67	6.9	5.2	.638
	<i>Jo</i>	317	6.1	4.4	.249

ANOVA e dyfishtë (2 x 2) për të testuar nëse vendbanimi dhe punësimi i pjesmarrseve kanë ndikim në përjetimin e depresionit. Statusi punësimi ka treguar efekt signifikant ($F(1) = 4.1, p = .04, \eta^2 = 0.011$), por vendbanimi nuk ka treguar efekt signifikant ($F(1) = 3.5, p = .061, \eta^2 = 0.009$). Nuk është gjetur interaksion efekt në mes këtyre dy variablave ($F(1) = 1.02, p = .311, \eta^2 = 0.001$), por të jetuarit në fshat dhe të qënurit i punësuar ka treguar të këtë mesatare më të lartë depresioni ($M = 8.3, SD = 4.6$) në mënyrë signifikante nga grupet e tjera(tabela 8).

Tabela 8.

Rezultatet e Anova-s për Vendbanimin dhe Punësimin

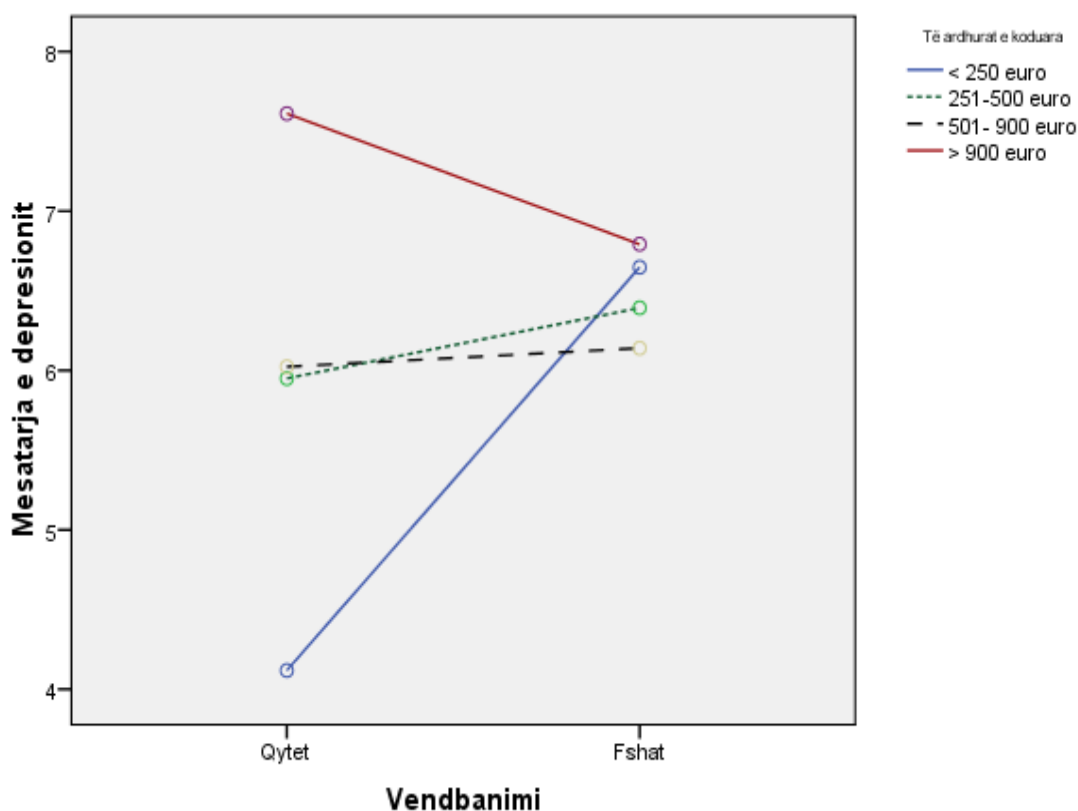
<i>A jeni e punësuar</i>	<i>Vendbanimi</i>	<i>MA</i>	<i>DS</i>	<i>N</i>
<i>Po</i>	<i>Qytet</i>	6.38	5.397	48
	<i>Fshat</i>	8.32	4.607	19
	<i>Total</i>	6.93	5.226	67
<i>Jo</i>	<i>Qytet</i>	5.68	4.133	129
	<i>Fshat</i>	6.26	4.617	188
	<i>Total</i>	6.03	4.429	317

Mbështetur në analizën e regresionit linear për depresionin me të ardhurat në familje dhe të ardhurat personale, shihet se të ardhurat personale nuk janë gjetur të jenë prediktor për r depresionin [$R = .007$, ($\beta (1, 87) = 7.04$, $p = .450$], ndërsa te ardhurat në familje shpjegojnë 2.4% të variancës së depresionit [$R = .024$, ($\beta (1, 382) = 6.09$, $p = .008$].

ANOVA dy kahëshe (2 x 4) është përdorur për të parë se të ardhurat në familje dhe vendbanimi cfarë ndikimi kanë në variancën e depresionit. Rezultatet tregojnë se të ardhurat e ruajnë efektin e tyre significant në variancën e depresionit ($F(44) = 1.4$, $p = 0.3$) ndërsa vendbanimi nuk ka efekt significant ($F(1) = 1.3$, $p = 0.241$). Nuk është gjetur interaksion efekt në mes këtyre dy variablave me variancën e depresionit ($F(16) = 14.8$, $p = 0.759$). Edhe pas kategorizimit të të ardhurave familjare (figura xxx) nuk shihet interaksion efekt, por rezultatet tregojnë që pjesmarrëset nga fshati me të ardhura nën 250 euro dhe ato nga qyteti me mbi 900 euro të kenë ndikuar në signifikançën e të ardhurave në variancën e depresionit.

Figura 9.

Efektet e vendbanimit dhe nivelit të të ardhurave me nivelin e depresionit



Për të testuar se si Shkalla e Depresionit është raportuar nga pjesmarrëset të cilat kanë pasur lindje natyrale dhe atyre që kanë pasur lindje me prerje cezariane është përdorur T-testi. Rezultati e T- testit është gjetur significant $t(382) = -2.2$, $p = .028$, duke rrëzuar hipotezën zero të këtij studimi, e cila parashikonte që Shkalla e

Depresionit të ishtë e njëjtë si në popullatën kanë pasur lindje natyrale dhe atyre me prerje cezariane.

Ky studim ka gjetur dallime të rëndësishme në raportimin e Shkallës së Depresionit, pasi ajo ka qenë më e lartë në gratë me lindje natyrale (MA = 6.8, DS = 4.9) sesa gratë të cilat kanë lindur me prerje cezariane (tabela 9).

Tabela 9.

Rezultatet e T-testit për Dallimet e Depresionit në Mënyrën e Lindjes

	<i>Si është bërë lindja</i>	<i>N</i>	<i>MA</i>	<i>DS</i>	<i>Gabimi i devijimit standard</i>
<i>Depresioni</i>	<i>Prerje cezariane</i>	224	5.7	4.2	.284
	<i>Natyrale</i>	160	6.8	4.9	.393

Tabela 10 jep rezultatet e t test për disa variabla të marrura në konsideratë në këtë studim që nuk kanë treguar të kenë ndikim në raportimin e mesatres së depresionit brenda grupeve të pjesmarrësve brenda atyre variablave (Vlerat e $p > .05$).

Tabela 10.

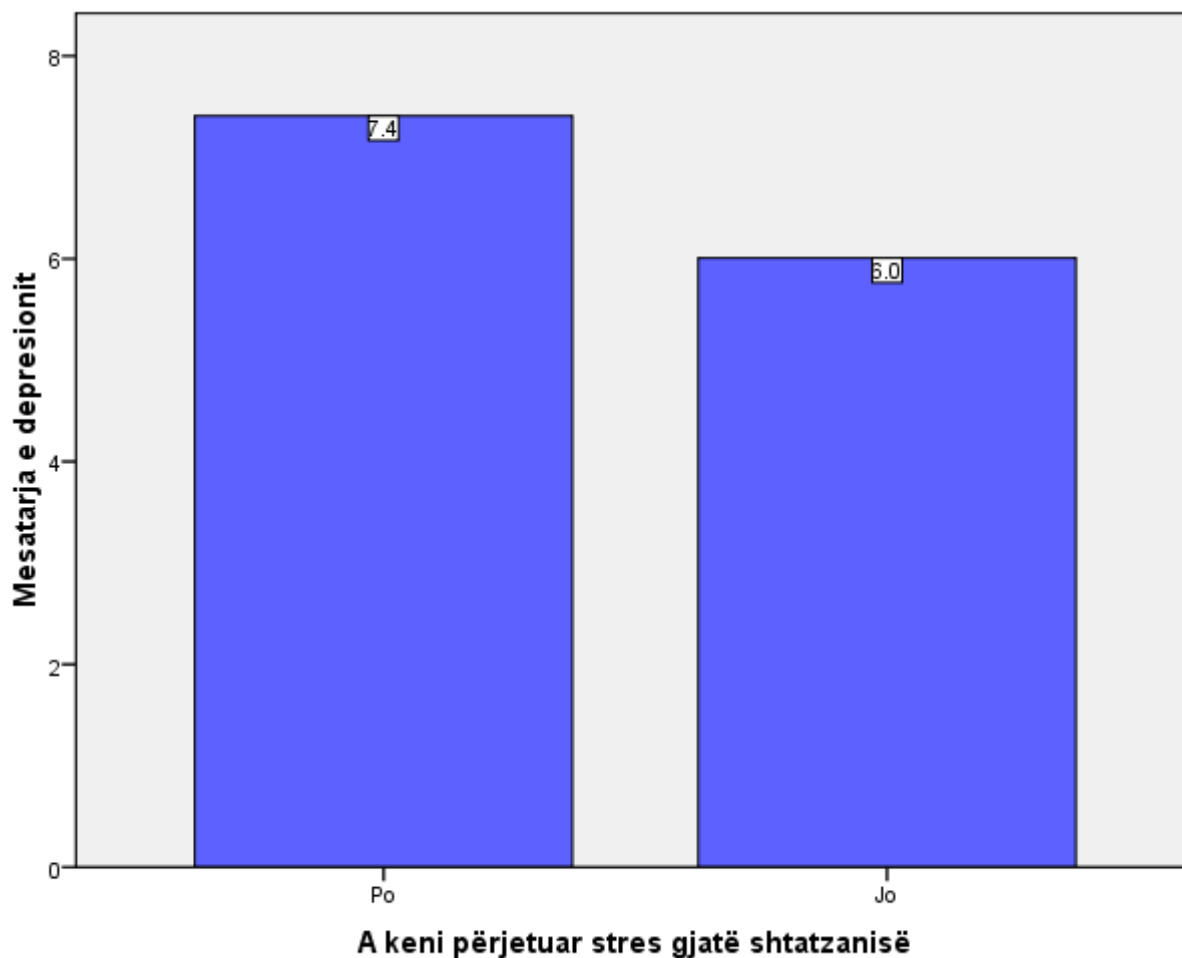
Rezultatet e T-testit për Dallimet e Disa Variablave në Nivelin e Depresionit

		<i>MA</i>	<i>DS</i>	<i>T -test</i>
<i>Insenimi</i>	<i>Natyrale</i>	6.1	4.5	
	<i>IVF</i>	5.8	5.2	(t(382)= 0.19, p= .870, NS)
<i>A ka qenë ky fëmijë i planifikuar</i>	<i>Po</i>	6.2	4.6	
	<i>Jo</i>	5.6	4.4	(t(382)= 0.91, p= .358,NS)
<i>Gjinia i fëmijës së lindur</i>	<i>Djalë</i>	6.2	4.4	
	<i>Vajzë</i>	6.1	4.6	(t(379)= 0.42, p= .671, NS)
<i>A keni abortuar ndonjëherë</i>	<i>Po</i>	6.5	4.8	
	<i>Jo</i>	6.1	4.4	(t(374)= 1.1, p= .314, NS)

Raportimi i mesatres së depresionit (figura 10), ka qenë më e lartë në pjesmarrëset të cilat kanë përjetuar stress(MA = 7.4, DS = 5.7), se sa i atyre që janë përgjigjur se nuk kanë përjetuar stress (MA = 6.1 DS = 4.5). Por ky dallim nuk ka arritur signifkancën statistikore (F (1)= 3.6, p = 0.56, $\eta^2 = 0.01$).

Figura 10.

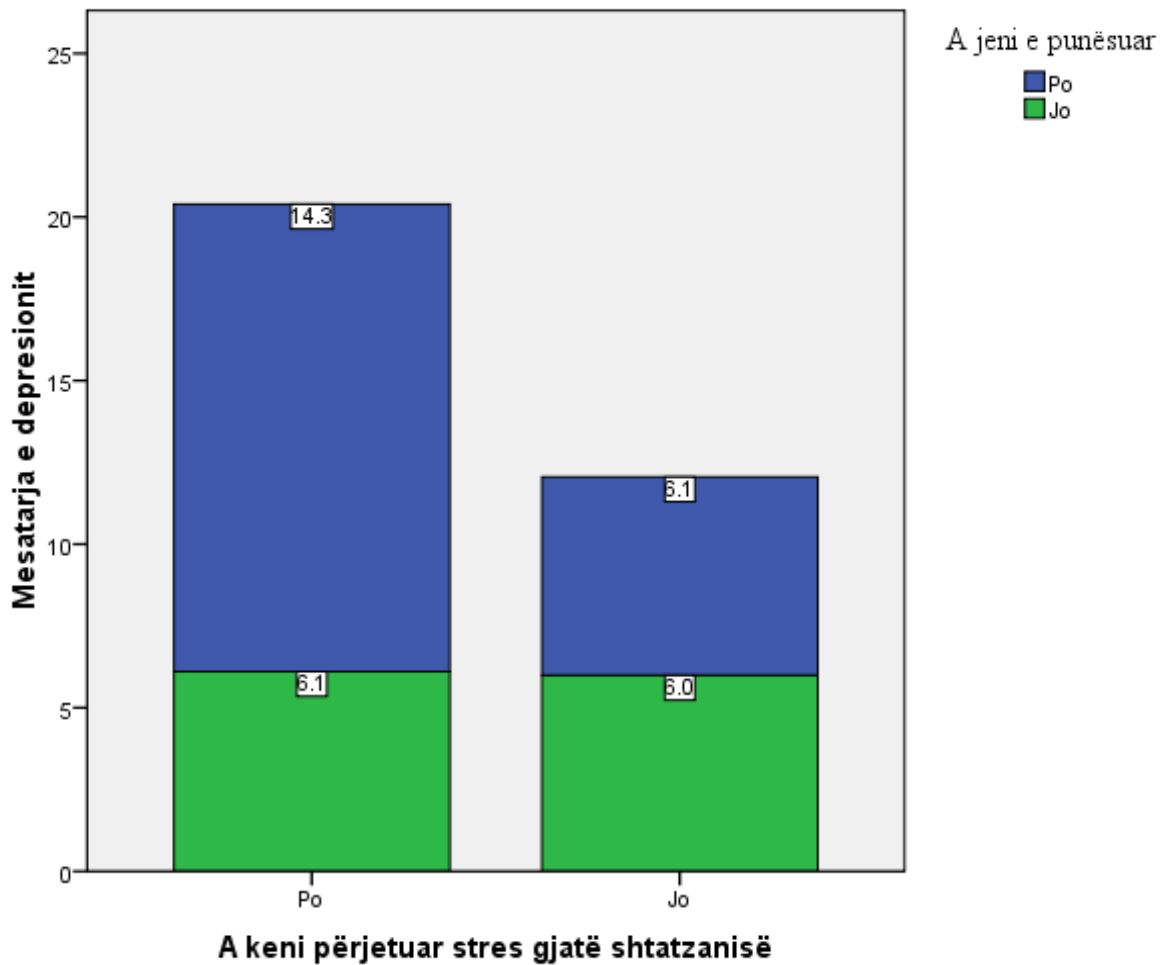
Prezantimi i të dhënave për përjetimin e stresit gjatë shtatzanisë



ANOVA dy kahëshe (2 x 2) është përdorur për të parë se cfarë efekti kanë punësimi dhe përjetimi i ngjarjeve stresante gjatë shtatzanisë në variancën e simptomave depressive (figura 11). Rezultatet tregojnë se punësimi e ruan efektin significant në variancën e depresionit ($F(1) = 17.9, p = 0.001$), po ashtu edhe përjetimi i stresit gjatë shtatzanisë tregon efekt significant ($F(1) = 18.3, p = 0.001$). Është gjetur interaksion efekt në mes këtyre dy variablave me variancën e depresionit ($F(1) = 17.2, p = 0.001$). Figura xxx tregon se gratë të cilat kanë qenë të punësuar dhe kanë përjetuar stress kanë treguar mesatare më të lartë të depresionit ($M = 14.2, Sd = 6.4$), ndërsa gratë të cilat nuk kanë përjetuar stress gjatë shtatzanisë dhe kanë qenë të papuna ($MA = 5.9, DS = 4.4$) kanë raportuar mesataren më të ulët (figura 11).

Figura 11.

Mesatarja e depresionit për stresin gjatë shtatzanisë dhe statusin e punësimit



Përjetimi i simptomave të depresionit e kontrolluar me statusin civil dhe përjetimin e stresit ka gjetur që nuk ka pasur asnjë pjesamrreë e cila ka qenë duke bashkjetuar që të ketë raportuar përjetim stresi, ndërkohë shihet që pjesmarrëset që kanë raportuar shkallën më të lartë të mesatares së depresionit kanë qenë gratë e divorcuara nga grupi I atyre që kanë përjetuar stress gjatë shtatzanisë (tabela 11). Por interaksioni përjetim stresi* gjendje civile nuk ka arritur signifkancën statistikore.

Tabela 11.

Mesatarja Aritmetike dhe Devijimi Standard për r Pë rjetimin e Stresit dhe Statusin Civil

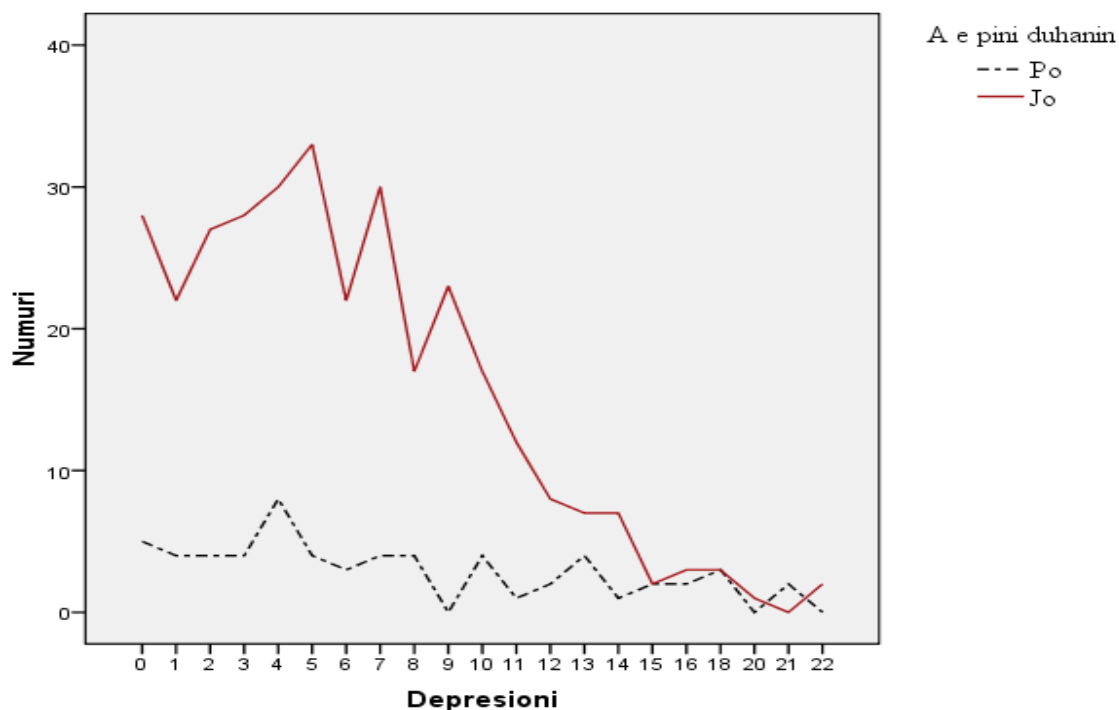
<i>A keni përjetuar stres gjatë shtatzanisë</i>	<i>Gjendja civile</i>	<i>MA</i>	<i>DS</i>
<i>Po</i>	<i>E martuar</i>	7.2	5.6
	<i>Divorcuar</i>	9.2	7.9
<i>Jo</i>	<i>E martuar</i>	6.0	4.4
	<i>Bashkjetese</i>	3.4	3.3
<i>Total</i>	<i>E martuar</i>	6.1	4.5
	<i>Divorcuar</i>	9.2	7.9
	<i>Bashkjetese</i>	3.4	3.3

Tabela 12 përshkruan mesataren dhe devijimin standard për disa variabla të lidhura me jetën e pjesmarrëses si dhe rezultatet e T - testit. Përjetimi I dhunës, sëmundjeve shëndetsore si dhe ndonjë humbje të rëndësishme gjatë shtatzanisë nuk ka treguar të kenë influencuar mestaren e depresionit brenda ketyre grupeve. Ndërkohë pirja e duhanit është gjetur të ndikojë në mesataren e depresionit brenda pirësve të duhanit dhe atyre që nuk e pinë. Pjesmarrëset që kanë qenë pirëse duhani kanë pasur mesatare më të lartë të depresionit (MA = 7.4, DS = 5.7), se sa ato që nuk janë pirse (MA = 5.9, DS = 4.3). Dallimi ka arritur vlerën statistikore ($t(381) = 2.3, p = .02$).

Tabela 12.*Rezultatet e T-testit të disa Variablave me Depresionin*

		Depresioni		T test
		M	SD	
A keni përjetuar dhunë	Po	8.3	11.0	(t(379)= 0.8, p= .420, NS)
	Jo	6.1	4.5	
A keni pasur probleme shëndetsore në shtatzani	Po	7.3	6.1	(t(382)= 1.3, p= .176,NS)
	Jo	6.1	4.4	
A keni përjetuar ndonjë humbje të rëndësishme në shtatzani	Po	5.8	3.8	(t(381)= -.41, p= .759, NS)
	Jo	6.1	4.6	
A e pini duhanin	Po	7.4	5.7	(t(381)= 2.3, p= .02)
	Jo	5.9	4.3	

Mbështetur në analizën e regresionit ordinal për depresionin me pirjen e duhanit, shihet se pirja e duhanit ë shtë gjetur të jenë prediktor për depresionin [$R = .119$, (β (1, 381) = 5.43, $p = .02$, OR = 0.14]. Rezultatet tregojnë që personat që pijnë duhan janë 1.3 herë në rrezik më shumë se ato që nuk pijnë duhan për të pasur mesatare të lartë në raportimin e depresionit (figura 12).

Figura 12.*Të dhënat për depresionin dhe pirjen e duhanit*

ANOVA dy kahëshe (2 x 2) është përdorur për të parë se çfarë efekti kanë pirja e duhanit dhe mënyra e lindjes në variancën e simptomave depressive. Rezultatet tregojnë se pirja e duhanit e ruan efektin significant në variancën e depresionit (F (1)= 5.5, p = 0.01), po ashtu edhe mënyra e lindjes tregon efekt significant (F (1)= 7.8, p = 0.005). Nuk është gjetur interaksion efekt në mes këtyre dy variablave me variancën e depresionit (F (1)= 3.3, p = 0.07). Tabela 13 tregon se gratë që janë pirëse të duhanit dhe kanë pasur lindje natyrale kanë treguar mesatare më të lartë të depresionit(MA = 8.9, DS = 6.1), ndërsa gratë të cilat nuk janë pirëse të duhanit dhe kanë pasur lindje me preje cezariene kanë raportuar mesatare më të ulët (MA = 5.6, DS = 4.1, $\eta^2 = 0.09$).

Tabela 13.

Të dhënat Përshkruese për Pirjen e Duhanit dhe Llojin e Lindjes

<i>A e pini duhanin</i>	<i>Si është bërë lindja</i>	<i>MA</i>	<i>GS</i>	<i>Intervali I konfidencës 95%</i>	
				<i>I ulët</i>	<i>I larti</i>
<i>Po</i>	<i>Prerje cezariene</i>	6.1	.80	4.4	7.6
	<i>Natyrale</i>	8.9	.84	7.3	10.6
<i>Jo</i>	<i>Prerje cezariene</i>	5.6	.33	5.1	6.3
	<i>Natyrale</i>	6.3	.39	5.5	7.1

Gratë që janë pirëse të duhanit dhe kanë përjetuar stress gjatë shtazanisë kanë mesatare më të lartë të raportimit të depresionit (MA = 10.5, DS = 6.1), se ato që janë pirëse të duhanit por nuk kanë përjetuar stress(MA = 6.8, DS = 5.5). mesataren më të ulët e kanë treguar gratë që nuk janë pirëse të duhanit dhe nuk kanë përjetuar stress gjatë shtazanisë (MA = 5.8, DS = 4.1). Rezultatet tregojnë që këto dy variabla kanë efekt significant në depression por nuk kanë interaksion efekt significant në depresioni(F (1)= 2.9, p = 0.08, $\eta^2 = 0.08$).

d) Rezultatet e analizës së ANOVA për shkallët e tjera të ASR

Përpara se të performohej analiza e MANOVA-s, një seri e korrelacionit të Pearsonit është performuar për variablat e varura, në mënyrë që të testohet parashikimi I MANOVA që variablat e varuara janë të lidhura me njëra tjetrën në shkallë të moderuar (Meyer,Gamps& Guarino, 2006). Ashtu sic mund të shihet në tabelën 14, një korrelacion i arsyeshëm është gjetur mes variablave të varura, duke sugjeruar vlefshmërinë e preformimit të MANOVës.

Sic shihet nga tabela 14 shkalla e depresionit, somatizimit, problemeve me vemendjen, thyerja e rregullave, dhe shkallën e Internalizimit e Totalit të problemeve janë significant, ndërkohë që efekti I samplit ë shtë I vogë l, (η^2) varion nga 1.2% për Totalin e Problemeve në 1.8% në thyerjen e rregullave (tabela 14).

Tabela 14.

Rezultatet e Korrelacionit të Pearsonit për Shkallët e ASR

Variabli		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Simptoma depressive	r	1									
	p										
2.Tërheqja	r	.716**	1								
	p	.000									
3.Shqetësime somatike	r	.644**	.588**	1							
	P	.000	.000								
4.Probleme me të menduarin	r	.476**	.535**	.595**	1						
	P	.000	.000	.000							
5.Probleme me vëmendje	r	.737**	.722**	.634**	.669*	1					
	p	.000	.000	.000	.000						
6.Sjellje agresive	r	.722**	.696**	.623**	.610*	.780**	1				
	p	.000	.000	.000	.000	.000					
7. Thyerje e rregullave	r	.521**	.566**	.493**	.579*	.652**	.639**	1			
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000				
	N	485	485	485	485	485	485	485			
9. Internalizimi	r	.934**	.842**	.838**	.596*	.795**	.777**	.592**	1		
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000			
10.Eksternalizimi	r	.699**	.711**	.616**	.666*	.799**	.928**	.836**	.766**	1	
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
11.Totali I problemeve	r	.862**	.831**	.771**	.734*	.899**	.884**	.727**	.937**	.912*	1
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

Analiza multivariale e variancës njëkahëshe (MANOVA) është përdorur për të testuar hipotezën që mund të ketë dallime në mes grave që kanë lindur në mënyrë natyrale dhe atyre me prerje cezarian në shkallët e problemeve emocionale dhe sjelljes. Efekt të rëndësishëm statistikor është gjetur në MANOVA, ku Pillais' Trace = .04, F(8)= 2.2, p = .043. Efekti i samplit ka qenë rreth 4.041, duke treguar që 4% e variancës në variablat e varura mund të shpjegohen nga mënyra e lindjes së pjesmarrëses (tabela 15).

Tabela 15.*Rezultatet e MANOVA për Dallimet në Llojin e Lindjes dhe Depresionin*

<i>Efekti</i>		<i>Vlera</i>	<i>p.</i>	<i>Partial Eta Squared</i>
Si ka qenë lindja	<i>Pillai's Trace</i>	.041	.043	.041
	<i>Wilks' Lambda</i>	.959	.043	.041
	<i>Hotelling's Trace</i>	.043	.043	.041
	<i>Roy's Largest Root</i>	.043	.043	.041

a. statistika ekzakte

e) Rezultatet e korrelacionit të vlerave laboratorike me vlerat e depresionit në matjen e dytë dhe të tretë.

Korrelacioni i Pearsonit (tabela16), është përdorur për të parë lidhshmërinë në mes shkallës së depresionit të raportuar në fazën e dytë të testimit me vlerat laboratorike të marra në konsideratë. Rezultatet tregojnë se korrelacioni në mes depresionit në fazën e dytë dhe nivelit të Na, Fe, Hemoglobinës dhe Leukociteve ka qenë pozitiv ndërsa me vlerat e tjera ka qenë negative. Shkalla e lidhshmërisë ka qenë signifikante vetëm me Na ($p < .013$) dhe me Eritrocitet ($p < .046$). Korrelacioni në mes depresionit 2 dhe Na ka qenë i moderuar ($r = .57$) po ashtu edhe me Eritrocitet($r = -.47$).

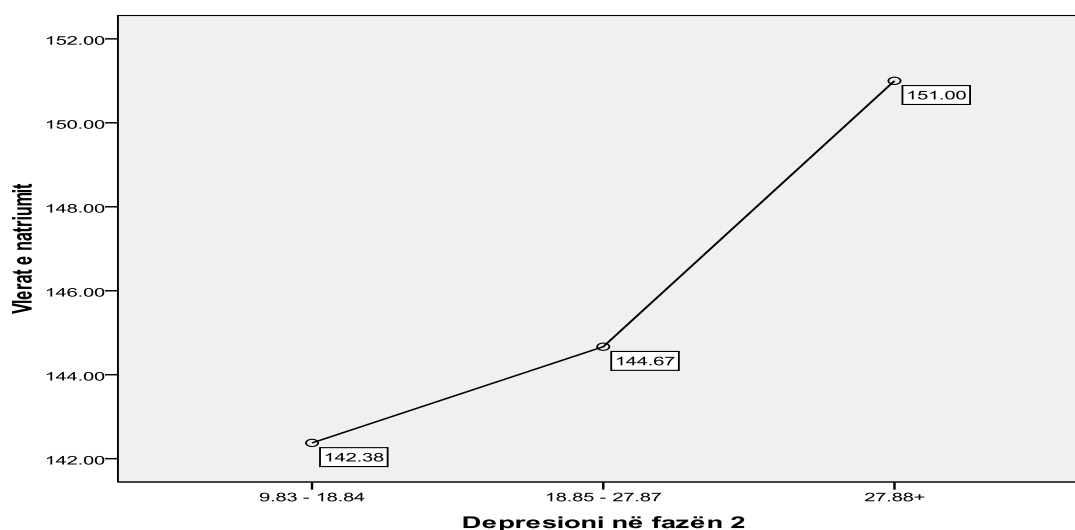
Tabela16.*Vlerat Korrelative të Depresionit në Matjen e Dytë dhe Tretë me Vlerat Laboratorike.*

Vlerat laboratorike		Depresioni 2	Depresioni 3
Ka	r	-.090	-.258
	p	.724	.286
Na	r	.571*	.584**
	p	.013	.009
Mg	r	-.151	-.201
	p	.550	.49
Fe	r	.362	.348
	p	.140	.145
Hemoglobina	r	.118	.007
	p	.642	.979
Eritrocitet	r	-.477*	-.470*
	p	.046	.042
Leukocitet	r	.162	.126
	p	.519	.607
Hematokriti	r	-.094	-.231
	p	.711	.342
Glukoza	r	-.234	-.230
	p	.351	.344

Figura 13 tregon se sa më të ulëta vlerat e Na aq më të ulëta edhe vlerat e raportuara për depresion.

Figura 13.

Vlerat e Na dhe vlerat e raportuara për depresionin



f) Rezultatet e analizave të regresionit për ndikimin e depresionit në të tre fazat e hulumtimit

Rezultatet tregojnë që pjesë marrëset kanë pasur më të lartë mesataren e depresionit në fazën e dytë të testimit (MA = 18.8 DS = 4.5) krahasuar me fazën e parë (MA = 13.3 DS = 5.0). Ky dallim ka qenë significant $p < .001$.

Tabela 17.

Mesatarja dhe Devijimi Standard për Vlerat e Raportuara të Depresionit në të tre Fazat

Fazat	N	MA	DS
Depresioni(1)	20	13.2	4.8
Depresioni (2)	19	18.8	4.5
Depresioni(3)	20	18.2	5.1

Analiza e regresionit është përdorur për të përcaktuar shkallën e lidhshmërisë në mes Depresionit në fazën e parë me atë të fazës së dytë dhe njëkohësisht për të përcaktuar prediktibilitetin e vlerave të depresionit 1 në depresionin 2. Duke qenë se të dy vlerat janë interval është përdorur analiza e regresionit linear.

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1$$

Fillimisht është parë shkalla e korrelacionit në mes vlerave të depresionit në fazën 1 dhe fazën 2. Korrecioni është pozitiv, statistikisht I rëndësishëm($p = .005$) dhe një lidhshmëri nga e moderuar në të fortë ($r = .62$).

Tabela 18 tregon se 38.5 % e shkallës së depresionit në fazën e dytë mund të shpjegohet nga vlerat e depresionit në fazën e parë, ndërkohë që 62% e nivelit të depresionit shpjegohet nga faktorë të tjerë[$R = .385$, $\beta (1, 17) = .36$, $p = .005$].

Tabela 18.

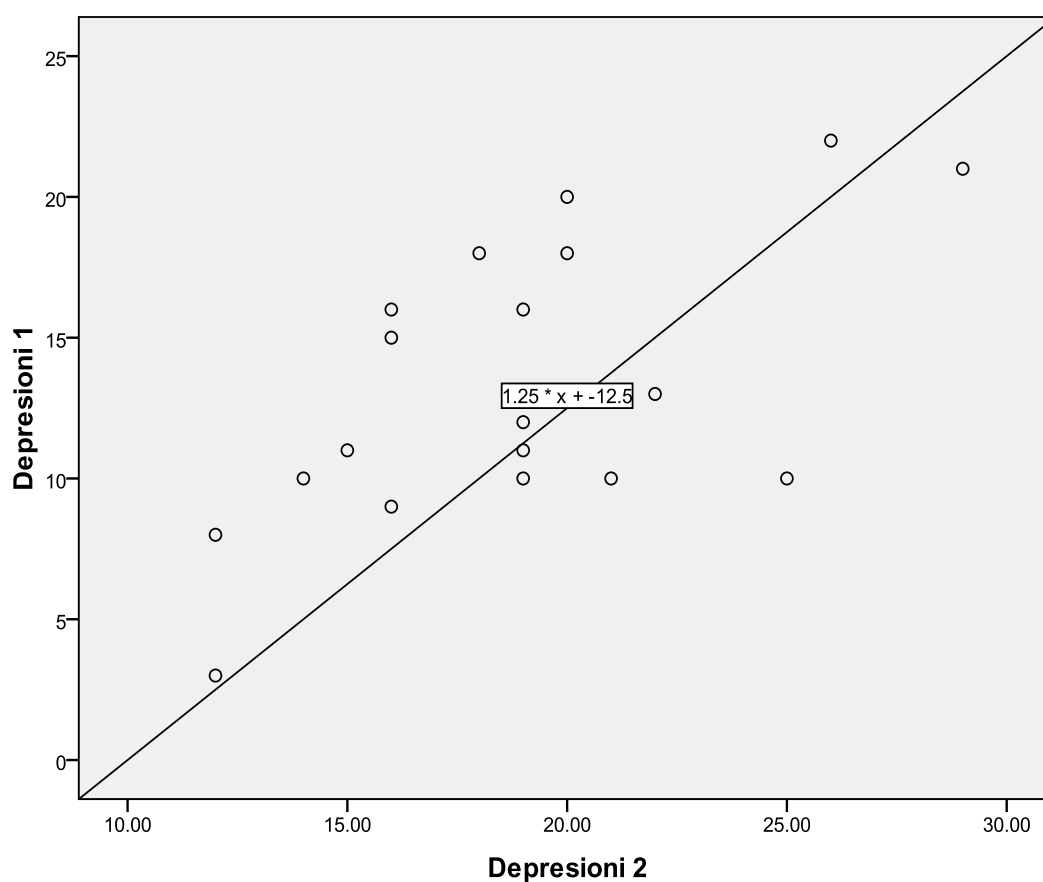
Përmbledhja e Modelit 1 ($Y = \beta_0 + \beta_1 X_1$) për r Ndikimin e Depresionit

Modeli	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.620 ^a	.385	.349	4.036

a. Predictors: (Konstant), Depresioni(2)

Figura 15.

Prezantimi i vlerave të depresionit 1 dhe depresionit 2



Në mënyrë që të determinohet nëse vlerat e depresionit (1) dhe (2) ndikojnë në sjelljen e variablës Depression (3) është përdorur analiza e regressionit të shumfishtë. Si variabël shpjeguese është përdorur depresioni(1) dhe depresioni (2) që janë integruar në model, ndërsa variabla përgjigjëse Depresioni(3).

Tabela 19.

Përmbledhja e Modelit 2 ($Y = \beta_0 + \beta_1X_1 + \beta_2X_2$)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.942 ^a	.887	.873	1.8

a. Prediktors: (Konstant), Depresioni 1, Depresioni 2

Për përqindjen e personave me depresion në fazën dy, për cdo pikë të përqindjes së depresionit (2) shtohet vlera me 1 në depresionin (3) [R = .887, $\beta (2, 16) = -1.9$, p = 0.001]. Depresioni 1 nuk është treguar të jetë predictor për depresionin 3(p > .05).

Tabela 20.

Prezantimi i Koeficientëve Regresivë të Modelit 2

Model		Koefiçenti i pastandartizuar		Koefiçenti i standartizuar.		
		B	Std. Error	Beta	t	p
1	(Konstant)	-1.995	1.863		-1.071	.300
	Depresioni 2	1.079	.123	.941	8.795	.000
	Depresioni 1	.002	.111	.002	.017	.987

a. Variabla e varur : Depresioni 3

Regresioni i shumfishtë ($Y = \beta_0 + \beta_1X_1 + \beta_2X_2 + \beta_3X_3$) është përdorur për të parë nëse kombinimi I variablave eksploruese si depresionit 1 (X_1) dhe 2 (X_2) si dhe vlerat e Na (X_3) ndikojnë në sjelljen e variablës Depression (3).

Tabela 21.

Përmbledhja e modelit 3 ($Y = \beta_0 + \beta_1X_1 + \beta_2X_2 + \beta_3X_3$)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.943 ^a	.889	.866	1.93739

a. Prediktorë: (Konstant), Na, Depresioni (1), Depresioni(2)

Koeficienti i korrelacionit të shumfishtë ($r = .943$) është i shkëlqyer, çka tregon se ky model përshtatet mjaft mirë. Mbështetur në vlerat $R = .889$, mund të themi se 88.9% e variancës së depresionit në fazën e tretë mund të shpjegohet nga kombinimi i këtyre variablave. Vlera e $p < 0.001$, çka tregon se kemi me pak se 5 % shkallë të përgjigjes positive falls.

Tabela 22.

Prezantimi i Koeficientëve Regresivë të Modelit 3

Model		Koeficienti i pastandartizuar		Koeficienti i standartizuar.		
		B	Std. Error	Beta	t	p
1	(Konstant)	-15.297	19.957		-.767	.456
	Depresioni 2	1.001	.172	.873	5.809	.000
	Depresioni 1	.038	.130	.037	.294	.773
	Na	.099	.148	.077	.671	.513

a. Variabla e varur: Depresioni 3

Tabela më sipër tregon që kur të gjithë prediktorët e kanë vlerën zero (që në fakt është e pamundur), depresioni (3) do të fillonte me një vlerë mesatare -15.2. Koeficienti ($\beta = 1.001$) për depresionin (2) tregon që për çdo pikë të përqindjes së depresionit 2 shtohet vlera prej 1 në depresionin 3. Dy variablat e tjera të kombinuara në këtë model nuk kanë treguar të jenë signifikante (Tabela 22). Rezultatet tregojnë se të qënurit me depresion në fazën e dytë është predictor signifikant për depresionin në fazën e tretë.

HIPOTEZA 1

Depresioni postnatal tek gratë që kanë lindur në klinikën e gjinekologjisë

Qendra klinike universitare e Kosovës është I raportuar në shkallë të lartë.

Ky studim ka gjetur një prevalencë prej 5.2% të depresionit në nivel klinik dhe 22% në nivele në kufinj.

Nuk është vertetuar hipoteza e parë që prevalence e depresionit postnatal në Kosovë të jetë më e lartë se në vendet e tjera.

Figura 16.

Shpërndarja e prevalencës së depresionit postnatal në Kosovë

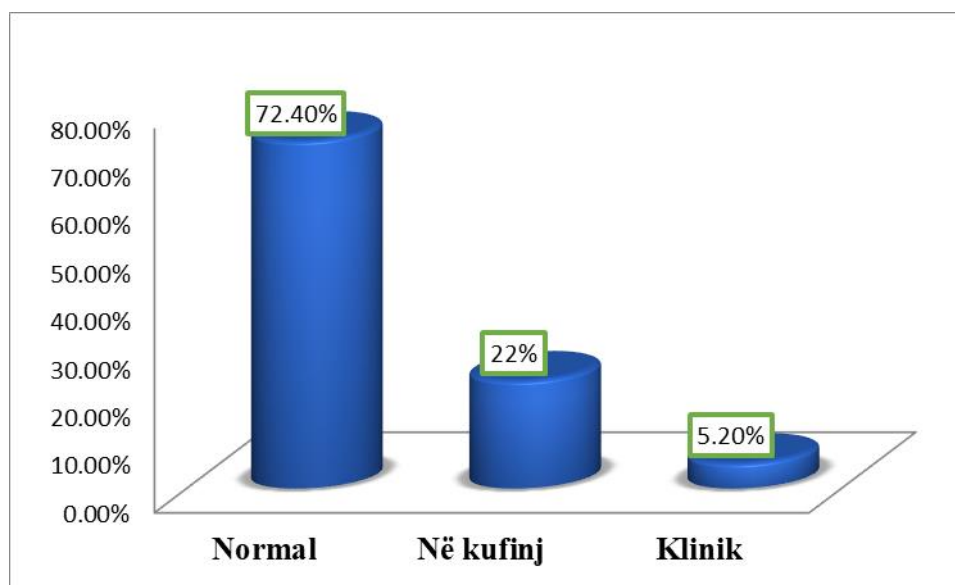


Tabela 23.

Plevanenca e depresionit postnatal e raportuar në vende të ndryshme të botës
Përfshirë edhe Kosovën

Shtetet	Prevalenca në përqindje.
US (Abbasi et al 2013)	5.1%
Canada(Dennis et al 201)	8 %
Greenland (Motzfeldt et al.2014)	8.6%
England(Leahy-Ëarren et al.2011)	13.2%
England (Evans et al. (2001)	2.7%
France(Gaillard et al, 2014)	16.7%
Greece(Lambrinouadaki et al 2010)	13%
Germani (Goecke et al.2012)	10.1%
Netherlands(Meijer et al. 2014)	8.5%
Iran (Goshtasebi et al. 2013)	5.5%
Kosova (Obertinca B, 2012)	5.2%

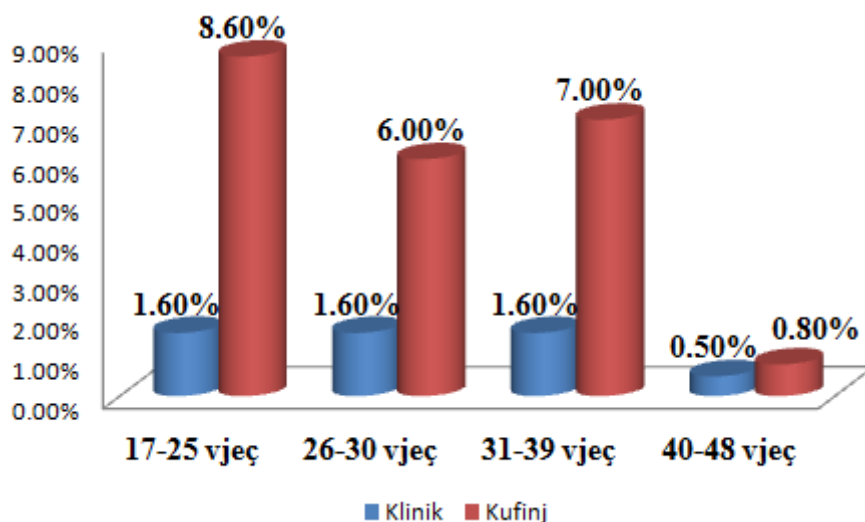
Depresioni potnatal raportohet më i lartë në moshat më të reja.

Studimi e ka vertetuar këtë hipotezë pasi ka gjetur që depresioni postnatal është raportuar me I lartë në moshën moshat e reja . Grupmosha 17-25 vjecare ka raportuar 10.2% rrezik te larte per depresion krahasuar me 7.6% për grupmoshën 26-

30 vjec. Ndërkohë që grupmosha mbi 40 vjec ka raportuar vetëm 1.3% rrezik për depresion.

Figura 17.

Paraqitja e përqindjes së shkallës së depresionit postnatal sipas grupmoshave.

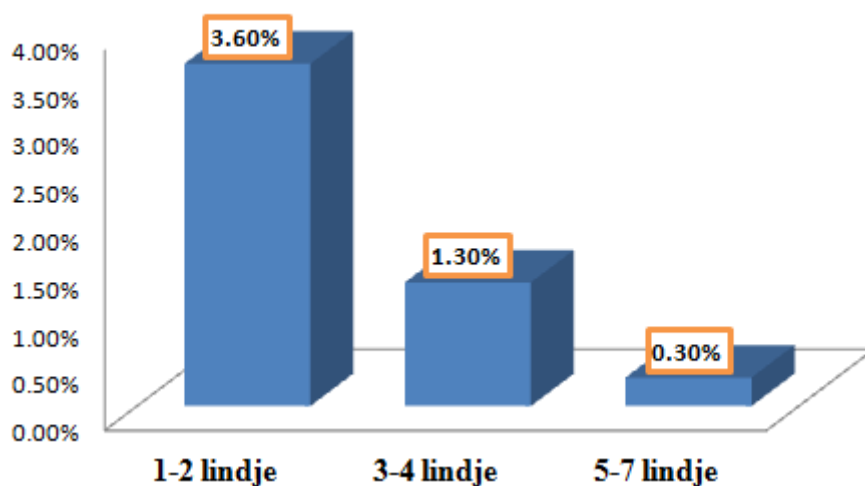


Depresioni postnatal është më i lartë në gratë që kanë më shumë se dy lindje.

Studimi e ka vertetuar hipotezën e tretë pasi ka gjetur se gratë të cilat kanë më shumë se dy lindje kanë trëguar nivel më të ulët të depresionit se sa gratë që kanë pasur një apo dy lindje.

Figura 18.

Shpërndarja e përqindjes së depresionit post natal sipas numurit të lindjeve.

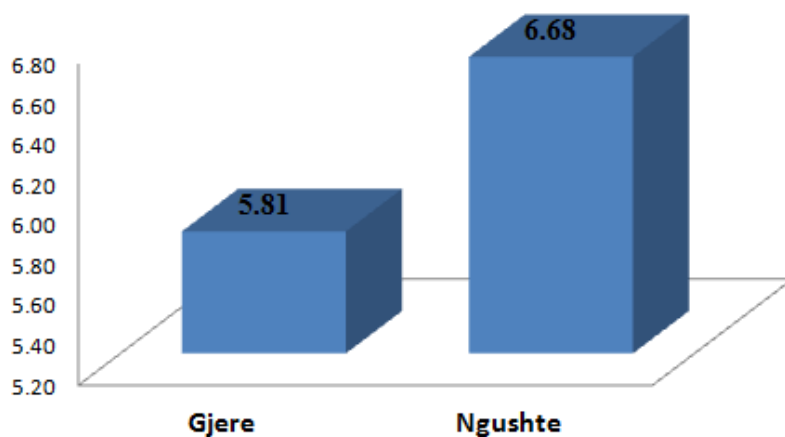


Depresioni postnatal është më I theksuar tek gratë që jetojnë në familje të ngushtë krahasuar me ato që jetojnë në familje të gjerë.

Analiza e t testit ka treguar se ka gratë të cilat kanë jetuar në familje të ngushtë të kishin mesatare më të lartë të depresionit postnatal sesa ato që jetonin në familjen e gjerë. ($p=0.05$). rezultatet konfirmojnë hipotezën e katërt duke vertetuar që të jetuarit ne familje të ndushtë përbën rrezik më të lartë për shfaqen e depresionit se sat ë jetuarit në fëmijë të gjerë.

Figura 19.

Shpërndarja e përqindjes së depresionit post natal sipas jetesës në familje të ngushtë apo gjërë



5. Diskutimi

5.1. Përmbledhje e Gjetjeve Kryesore të Studimit

Mosha mesatare e pjesëmarrëseve në studim është raportuar të jetë 28.8 ± 5.6 vjeç, ndërsa niveli i edukimit ishte 11 ± 2.8 vite shkollë. Nga pjesëmarrëset 46.1% (N= 177) jetonin në qytet dhe 53.9% (N =207) në fshat. Nga gjithsej 351 pjesëmarrëse që kanë ofruar të dhënat e tyre për statusin e gjendjes civile, 342 ose 97.7 % janë të martuara, 5 prej tyre ose 1.3% bashkëjetojnë dhe vetëm 4 prej tyre ose 1 % janë të divorcuara. Afërsisht gjysma e pjesëmarrëseve jetonin në familje të gjerë 57 % (N = 219) dhe pjesa tjetër në familje të ngushtë 43% (N = 165). Për sa i përket statusit të punësimit, është raportuar se përqindjen më të lartë të punësimit e kanë gratë e papunësuara 82.6% (N = 317) përkundrajt grave të punësuara 17.4% (N = 67). Gjithashtu nga studimi rezultoi se nuk ka pasur dallime në shpërndarjen e mesatares së moshës në raport me vendbanimin ($p = 0.608$), ndërsa ka dallime të rëndësishme ($t(348) = 5.9, p = .001$), në shpërndarjen e mesatares për edukimin. Gratë nga fshati kanë pasur mesatë më të ulët (10.1 ± 2.7) krahasuar me ato nga qyteti (11.9 ± 2.7). Dallime të rëndësishme janë gjetur edhe për numrin e anëtarëve të familjes ($p = 0.001$). Mesataren më të lartë të numrit të anëtarëve që jetojnë së bashku e kanë raportuar gratë nga fshati (MA = 8 anëtar, DS = 3.7) krahasuar me ato nga qyteti (6.3 ± 3.4). Edhe pse të ardhurat në familje janë raportuar më të larta në familjet në qytet, dallimi me fshatin nuk kishte lidhje sinjifikante statistikore. Gjithashtu u evidentua se pjesa më e madhe e pjesëmarrëseve kanë pasur lindjen e parë 40.9% (N = 157) dhe të dytë 33.6 % (N = 129) ndjekur nga ato që kishin lindjen e tretë 15.4% (N = 59). Një pjesëmarrëse e ka pasur lindjen e shtatë. Gra të cilat kanë pasur nga një abort kanë qenë 14.1 % (N = 54) dhe 5.7% (N = 22) nga dy aborte. Kanë qenë 6 gra të cilat kanë pasur tre aborte dhe një pjesëmarrëse që ka pasur 4 aborte. Nga ana tjetër u raportua se 97.7% (N = 375) kanë pasur inseminim natyral dhe vetëm 2.3% (N = 9) gra me inseminim artificial ($\chi^2(1) = 348.8, p = 0.001, S$), pjesa më e madhe e pjesëmarrëseve kanë pasur lindje me prerje cezariene 58.3% (N = 224) dhe 41.7% (N = 160) kanë kryer lindje natyrale ($p = 0.001$). Rezultatet tregojnë se 15.1% (N = 58) nuk e kanë pasur të planifikuar shtatzaninë dhe 84.9% (N = 326) kanë pasur shtatzani të dëshirueshme ($p = 0.001$). Gjatë përfshirjes në studim shohim se 52.5% (N = 200) kanë lindur djem dhe 47.5% (N = 181) vajza ($p = 0.330$). Nga të dhënat e studimit rezultoi se 11.5% (N = 44) kanë përjetuar stress gjatë shtatzanisë dhe ndërkohë 0.8% (N = 3) gra kanë përjetuar dhunë (2 janë specifikuar të kenë përjetuar dhunë emocionale dhe një dhunë fizike). Vetëm një pjesëmarrëse ka konsultuar psikiatrin gjatë shtatzanisë, ndërkohë që 3.1% (N = 12) kanë raportuar të jenë ballafaquar me humbje të rëndësishme gjatë shtatzanisë. Nuk ka pasur asnjë pjesëmarrëse që të jetë deklaruar

se ka ndonjë person të familjes që vuan nga depresioni. Rezultatet e studimit gjithashtu tregojnë se 7% (N = 27) e pjesmarrëseve kanë pasur probleme shëndetsore dhe 93% (N = 357) nuk kanë pasur ndonjë problem. Nga pjesmarrëset 15.9% (N = 61) rezultoi të jenë përdoruese të duhanit dhe 83.9% (N = 322) të mos jenë përdoruese të duhanit. Ndërkohë vetëm një pjesmarrëse është evidentuar të jetë konsumuese e alkolit. Përsa i përket inseminimit artificial, gratë nga fshati dhe qyteti nuk ka pasur dallime signifikante në shpërndarjen e përqindjeve ($p = 0.920$), dhe po ashtu në raport me familjen e ngushtë apo të gjerë ($p = 0.440$). Vetëm dy nga pjesmarrëset kanë qenë të punësuar dhe të gjitha statusin civil e kanë pasur të martuara. Nga ana tjetër u raportua një mesatare prej 6.1 ± 4.5 të shkallës së depresionit. Mesatarja e raportuar nga pjesmarrëset që jetonin në fshat ka qenë më e lartë (6.4 ± 4.5) se sa mesatarja e pjesmarrëseve që jetonin në qytet (5.8 ± 4.6), por ky dallim nuk e ka arritur signifikancën statistikore ($p = 0.216$). Vendbanimi nuk ka treguar lidhje sinjifikante me depresionin ($p = 0.237$), po ashtu edhe mosha ($p = 0.177$). Nuk është gjetur interaksion efekt në mes këtyre dy variablave ($p = .849$).

Githashtu nga analizimi i të dhënave nuk rezultoi sinjifikancë statistikore në shpërndarjen e mestares së Shkallës së Depresionit në raport me statusin e familjes (familje e gjerë vs ngushtë) ($p = 0.07$). Pjesmarrëset nga familjet e ngushta kanë raportuar mesatare më të lartë në shkallën e Depresionit (6.6 ± 4.9) krahasuar me pjesmarrëset nga familjet e gjera (5.8 ± 4.2), por ky dallim nuk ka shfaqur lidhje signifikante statistikore.

Vendbanimi nuk ka shfaqur sinjifikancë statistikore ($p = 0.109$), por statusi i familjes ka qenë signifikant ($p = 0.04$). Nuk është gjetur interaksion efekt në mes këtyre dy variablave ($p = 0.589$), por të jetuarit në fshat dhe në familje të ngushtë ka treguar të këtë mesatare më të lartë depresioni (7.2 ± 4.9) në mënyrë signifikante nga grupet e tjera dhe gjithashtu edhe Statusi punësimi ka treguar efekt signifikant ($p = 0.04$). Nga ana tjetër rezultoi se të ardhurat personale nuk janë gjetur të jenë prediktor për depresionin ($p = 0.450$). Gjithashtu është raportuar nga pjesmarrëset të cilat kanë pasur lindje natyrale dhe atyre që kanë pasur lindje me prerje cezariane signifikancë statistikore $p = 0.028$.

Raportimi i mesatres së depresionit ka qenë më i lartë në pjesmarrëset të cilat kanë përjetuar stress (7.4 ± 5.7), se sa i atyre që janë përgjigjur se nuk kanë përjetuar stress (6.1 ± 4.5), pa arritur lidhje signifikante statistikore ($p = 0.56$).

Përjetimi i dhunës, sëmundjeve shëndetsore si dhe ndonjë humbje të rëndësishme gjatë shtatzanisë nuk ka treguar të kenë influencuar mestaren e depresionit brenda këtyre grupeve.

Rezultatet tregojnë që personat që pijnë duhan janë 1.3 herë në rrezik më shumë se ato që nuk pinë duhan për të pasur mesatare të lartë në raportimin e depresionit.

Gratë duhanpirëse dhe që kanë pasur lindje natyrale kanë mesatare më të lartë të depresionit (8.9 ± 6.1), ndërsa gratë të cilat nuk janë duhanpirëse dhe kanë pasur lindje me preje cezariane kanë raportuar mesatare më të ulët (5.6 ± 4.1).

Gratë duhanpirëse dhe që kanë përjetuar stress gjatë shtazanisë kanë mesatare më të lartë të raportimit të depresionit (10.5 ± 6.1), se ato duhanpirëse por nuk kanë përjetuar stress (6.8 ± 5.5), $p = 0.08$.

Shkalla e depresionit, somatizimit, problemeve me vemendjen, thyerja e rregullave, dhe shkallën e internalizimit e totalit të problemeve janë signifkante, ndërkohë që efekti i samplit është i vogël, (η^2) varion nga 1.2% për totalin e problemeve në 1.8% në thyerjen e rregullave.

Korrelacioni në mes depresionit në fazën e dytë dhe nivelit të Na, Fe, Hemogrobinës dhe Leukociteve ka qenë pozitiv ndërsa me vlerat e tjera ka qenë negative.

Gjithashtu rezultoi se 38.5 % e shkallës së depresionit në fazën e dytë mund të shpjegohet nga vlerat e depresionit në fazën e parë, ndërkohë që 62% e nivelit të depresionit shpjegohet nga faktorë të tjerë ($p = 0.005$).

5.2. Krahasimi i Rezultateve me Raportimet e Literaturës

Studimet kërkimore përdorin metoda të ndryshme për identifikimin dhe vlerësimin e depresionit pas lindjes duke përdorur kritere të ndryshme dhe pragje të ndryshme të simptomave. Për shembull, disa përdorin Shkallën Edinburg për depresionin pas lindjes (Edinburg Post Depression Scale- EPDS); që konsiderohet një mjet shqyrtimi për DPL, (rezultatet më të larta tregojnë rrezik më të madh). Shkalla EPDS është një vetë-raportim që përmban 10 pika shqyrtuese dhe përdoret për të zbuluar normat e depresionit pas lindjes në komunitet. Një avantazh i përdorimit të këtij pyetësi është se ajo i jep "leje për të folur" nënave dhe specialistëve të shëndetit ju jep "leje për të dëgjuar" (Koks dhe Holden, 2003). Nga ana tjetër studimi i Ginson et al, (2009, p.358) e tregoi EPDS-në si një mjet shqyrtimi mjaft të vlefshëm për grupe të ndryshme kulturore.

Ndërkohë, studime të tjera përdorin diagnozat profesionale për DPL. Edhe kriteret diagnostike për depresionin paslindjes ndryshojnë. Disa e përcaktojnë DPL me fillimin e simptomave brenda katër javëve të para pas lindjes, edhe pse ka gjithashtu raporte që vlerësojnë se 50% e rasteve fillojnë brenda tre muajve dhe 75% e rasteve brenda shtatë muajve (Cooper, Campbell, Day, et al., 1988). Kjo do të thotë se mund të ketë ndryshime të konsiderueshme në mes provave studimore me implikime për s ai përket përgjithësisht të gjetjeve të kërkimeve.

Është llogaritur që të paktën një në dhjetë gra vuajnë nga depresioni paslindjes (Milgrom, Martin, Negri, 1999), me episode të qëndrueshme të depresionit nga dy në

gjashtë muaj dhe në disa raste edhe më gjatë (Cooper & Murray, 1997; Williamson & McCutcheon, 2004; Lee & Chung, 2007).

O'Hara & Swain (1996), në një studim meta-analitik të 59 studimeve nga Amerika e Veriut, Evropa, Australia dhe Japonia (n=12.810 subjekte), gjetën një normë të përgjithshme prevalence të depresionit pas lindjes prej 13%. Kjo ishte bazuar në studimet që vlerësuan simptomat pas të paktën dy javëve pas lindjes (për të shmangur konfuzitetin me baby blues) dhe përdorën një masë të standardizuar në vlerësimin e depresionit. Në po të njëjtin studim, vlera e prevalencës për depresionin pas lindjes gjatë vitit të parë ishte 10-15 %.

E ngjashme me këtë shkallë prevalence është edhe rezultati prej 13.2 % nga studimi i Leahy-Warren, McCarthy, dhe Corcoran (2011). Shkalla e prevalencës e depresionit pas lindjes në këtë studim të zhvilluar në javën e 6-të të lindjes është i krahasueshëm me hulumtimet e mëparshme të zhvilluara në Irlandë, ku normat e prevalencës së DPL u treguan nga 11.4% deri në 28.6% (Crotty & Sheehan, 2004; Cryan et al, 2001. Greene, Nugent, Weieczorek-Deering, O'Mahony, dhe Graham, 1991; Lane et al, 1997;. Martin, 1977, O'Neill, Murphy, dhe Greene, 1990). Mospërputhjet në vlera, mund t'i atribuohen përfaqësimit të lartë në mostër të numrit të nënave me një histori të mëparshme të depresionit (Cryan et al., 2001) në një prej studimeve apo edhe statusit të nënave singël në një studim tjetër (Greene et al., 1991)

Edhe studimi i Crotty & Sheehan, (2004), ka ofruar vlere 14.4% të prevalencës [edhe ky studim i zhvilluar me nënat në javën e 6-të pas lindjes). Hulumtimet e mëparshme ndërkombëtare kanë raportuar norma të ngjashme në po të njëjtën periudhë [6 javë] (Gao, Chan, dhe Mao, 2008) dhe vlere të ndryshme nga 11.2% në javën e tetë (Eisenach et al., 2008) në 10.4% në javën e nëntë (O'Hara, Zekoski, Phillips, dhe Wright, 1990) në 23.3% në javën e 14 (Stuart, Couser, Schilder, O'Hara, dhe Gorman, 1998) dhe 29.9% ndërmjet javës së 6 dhe 24 (Ege, Timur, Zincir, Geçkil, dhe Sunar-Reeder, 2008). Ndryshueshmëria mund të jetë për shkak të dallimeve në metodologjitë e mostrës/demografike, pikët në grumbullimin e të dhënave, si dhe në mënyrën e matjes së simptomave depressive. Normat e prevalencës në këtë studim ka rënë nga 13.2% në 6 javë për 9.8% në 12 javë, të ngjashme me gjetjet nga normat e hulumtimeve të mëparshme 10.6% (Morse, Durkin, Buist, dhe Milgrom, 2004) dhe 10.2% (Righetti-Veltima, Conne-Pereard, Bousquet, dhe Manzano, 1998) në 12 javë. Meti, Barnett, Judy, dhe ngrënësit (2000) ka raportuar një normë edhe më të ulët të prevalencës prej 6.4% në 4 muaj pas lindjes.

Niveli i prevalencës së depresionit pas lindjes konsiderohet të jetë nga 35% deri 67% tek nënat me të ardhura të ulëta, veçanërisht tek ato që janë të vetme [pa partner], që janë të reja dhe të paarsimuar (Beck, 2001; Beeghly et al, 2003;. Boury et al., 2004; Coiro, 2001; McLennan et al, 2001; Seguin et al, 1999. Walker et al., 2002).

Në raportin përmbledhës vlerësues përgjatë viteve 2004-2005, prevalenca e përgjithshme e DPL së vetë-raportuar nga nënat nga 17 shtete të Shteteve të Bashkuara të Amerikës, shkonin nga 11.7% (Maine) në 20.4% (New Mexico). Karakteristikat demografike të lidhura në mënyrë të konsiderueshme me DPL në të gjitha 17 shtetet ishin të moshës së nënës, statusit martesor, arsimit i nënës, dhe mbulimi shëndetësor. Gratë më të reja, ato me arritje më të ulët arsimore, dhe gratë të cilët kanë marrë shërbime mjekësore, kishin më shumë gjasa të raportojnë simptoma të depresionit pas lindjes . Në mesin e 17 shteteve, përqindje e dallimit në prevalencën e DPL ishte 13.4 pikë në mes të nënave më të reja në moshë dhe më të vjetra, 13.6 në mes të grupeve me arsim më të ulët me nënat me arsim më të lartë, 9.7 nga statusi martesor, dhe 11.0 nga shërbimi shëndetësor. Në 13 prej 16 shteteve për të cilat të dhënat ishin në dispozicion, një lidhmëri e rëndësishme është vërejtur në mes të racës/etnicitetit dhe depresionit të pas lindjes, ku gratë jo-hispanike të bardha, treguan vlera të prevalencës më të ulëta në krahasim me gratë nga grupet e tjera etnike.

Ndërkohë, krahasuar me mesataren ndërkombëtare (prevalenca: 14-18%; Riecher-Rössler 2001, Stewart, Stotland 1993), Austria tregon një prevalencë jashtëzakonisht të lartë të depresionit pas lindjes me 21.3% (Herz, 1997). Rezultate të përafërta janë gjetur edhe për Arabinë Saudite, 22 % ; 20 % në Brazil, sipas studimit Tannous et al, në vitin 2008; 22 % vlera të DPL ka raportuar edhe Finlanda përmes studimit të Hiltunen në 2003; ndërkohë që Nigeria ka vlera relativisht të larta me 27.2 % (Ebeigbe & Akhigbe, 2008). Akoma më të larta këto vlera ofrohen nga studimi i Jadresic dhe Araya (1995) në Santiago, Kili me vlerat 36.7 % .

Shifra shumë më të ulëta të depresionit të pas lindjes, ka treguar Danimarka (Nielsen, 2000; Halbreich, & Karkun, 2006) me vlera të prevalencës së DPL, në 5 % dhe Izraeli (Fish et al, 1997; Halbreich, & Karkun, 2006). Po ashtu për Gjermaninë, studimi i Reck et al, (2008) ofroi vlerat 6.1 % . Vlera të përafërta kanë dalë edhe në studimin e Chee et al, (2005) për gratë në Singapore, me 7% të tyre të vlerësuar me DPL. Po ashtu, Pollock, Manaseki-Holland and Patel (2009) në studimin e tyre për depresionin tek gratë Mongoleze, ofruan vlerat prej 9.1 % . Vlera ndërmjet 5-11 % për DPL dolën nga studimi i Agoub, Moussaoui, Battas (2005) për gratë Morokene. Në Francë po ashtu vlerat e prevalencës së DPL në shifrat 11 % (Claude de Tychey et al, 2005), janë në kufirin e poshtë të prevalencës në nivel ndërkombëtar. Në studimin e tyre Da-Silva et al, (1998) vlerësuan se prevalenca e DPL tek gratë në Rio de Janeiro ishte 12 %, dhe 13.4% in Brasilia (Santos et al, 1999).

Duhet të theksohet se literatura ofron vlerat e prevalencës së depresionit të pas lindjes tek gratë me moshë më të madhe se 18 vjet e më shumë. Hulumtime të tjera të cilat përfshijnë nënat e reja adoleshente, ofrojnë vlera më të larta të DPL. Kështu, hulumtimi i cili ka shqyrtuar normat e prevalencës së DPL-së tek nënat e moshës 14 vjeç - 18 vjeç (n= 128) tregoi një vlerë shumë më të lartë prevalencës, rreth 26% (Troutman & Cutrona, 1990). Sipas Leëinsohn et al., (2000), prevalenca tek nënat

adoleshente varion nga 15% në 20%. Të tjera studime e referojnë prevalencën e depresionit pas lindjes tek nënat adoleshente të jetë mes 6% dhe 36% (Barnet et al, 1996; Birkeland et al. 2005; Figueiredo et al, 2007. Schmidt et al, 2006; Troutman dhe Cutrona, 1990). Në krahasim me nënat me moshë më të rritur, nënat adoleshente kanë një prevalencë më të lartë të depresionit të pas lindjes (Deal and Holt, 1998; Figueiredo et al, 2007) dhe kanë më shumë të ngjarë që të ketë simptoma depresive më vonë në moshën e rritur (Deal and Holt, 1998; Horëitz et al, 1996). Megjithatë, brenda kësaj popullate më të re mund të ketë faktorë të rrezikut të cilat krijojnë predispozita jo vetëm për depresionin pas lindjes, por edhe për depresionin ghatë shtatzanisë.

Në studimin e tyre Gavin et al, (2005) vlerësuan 28 studime, dhe gjetën se prevalenca e DPL shkonte nga 6.5% në 12.9% në gjithë tremujorët e ndryshëm të shtatzënisë dhe në muajt në vitin e parë pas lindjes. Për më tepër, po sipas këtij studimi, më shumë se 19.2% e grave kishin një episod depresiv në tre muajt e parë pas lindjes.

Ndërkohë, Goodman (2004), në shqyrtimin e literaturës së integruar gjeti se incidenca e DPL tek baballarët shkonte nga 1.2% në 25.5% në mostrat e komunitetit, por vlerat rriteshin në mes 24% dhe 50% në baballarët, partneret e të cilëve vuanin nga depresioni pas lindjes. Po ashtu, Paulson & Bazemore (2010), në studimin e tyre meta-analitik nga 43 studime, gjetën se depresioni pas lindjes ishte i dukshëm në rreth 10% të meshkujve dhe ishte relativisht më i lartë në tre deri gjashtë muaj pas lindjes. Depresioni tek baballarët shpesh është i lidhur me DPL tek nënat, por nuk ka dëshmi të mjaftueshme të ndikimit shkakësor.

Arsyeja teorike mbi rolin e faktorëve të ndryshëm biologjike në etiologjinë e DPL -së është mjaft bindëse (Halbreich 2005 Hochberg et al. 2003), por mbështetja empirike mungon. Në rastin më të mirë, rezultatet janë jo shumë të besueshme, dhe në rastin të keq, predominimi i gjetjeve nëpër studime të shumta nuk ka mbështetjen e parashikuar me anë të hipotezave të ndryshme. A janë disa nga faktorët biologjikë kryesisht jokonsistentë në etiologji të DPL-së? Aktualisht shumë studiues argumentojnë se sfida e vërtetë në këtë fushë nuk është e mungesa e efekteve biologjike por nevoja për të marrë një qasje më të sofistikuar në testimin e premisave teorike. Nuk është e habitshme që shumica e studimeve kanë dështuar të japin rezultate të rëndësishme, dhe panorama e përgjithshme në vijim është jokonsistente nëse merr parasysh çështjet në lidhje me teorinë e DPL-së dhe studimeve kërkimore shkencore. Një arsye për këto rezultate jo të kënaqshme është se puna empirike mbi rolin e faktorëve biologjikë të rrezikut në DPL-ë nuk ka provuar me rigorozitet propozimet dhe hipotezat teorike. Për shembull, teoritë e tërheqjes argumentojnë se sistemi i ndërlikuar i përshtatjeve hormonale që është instaluar gjatë shtatzënisë ndërpritet papritmas, situatë e cila sfidon organizmin e nënës për të rivendosur një ekuilibër të ri endokrin (Hochberg et al. 2003). Trajektoret e hormoneve gjatë dhe pas

shtatzënisë mund të jenë një pjesë e rëndësishme e enigmës, por faktorë të tjerë, në mënyrë të veçantë ndjeshmëria e receptorëve ndaj ngacmimit hormonal në inde të caktuara, janë të paktën po aq të rëndësishme, por mbeten ende të pastudiuar në mënyrë të holësishme. Ky është një shqetësim sepse mungesa e ndjeshmërisë e sinjaleve glukokortikoide është sugjeruar si mekanizëm qendror në zhvillimin e depresionit dhe çrregullimeve të tjera të lidhura me stresin (Raison & Miller 2003). Në vazhdim, studimet të cilat kanë qëllim testimin e teorive të tërheqjes duhet të trajtojnë nivelet e hormoneve që qarkullojnë në organizam në kombinim me masat e ndjeshmërisë së indeve. Qasje premtuese mund të përfshijnë testimin e ndjeshmërisë së indeve duke përdorur modelet *in vitro* (ROHLER 2012), me përdorimin e tomografisë së kompjuterizuar me emetimit pozitron për të patur akses në sinjalin hormonal të marrë nga receptorët në fushat kyçe të trurit (Sacher et al. 2010), ose vlerësimin e aktivitetit transkriptional të gjenit në gjakun periferik (Segman et al. 2010). Për më tepër, analizat empirike të modeleve të vulnerabilitetit të stresit janë të rralla në këtë fushë. Këto modele të propozojë që shoqërimi midis variablave biologjike dhe DPL-së duhet të jetë më i theksuar midis popullatave me rrezik të lartë, ndërkohë që lidhja mund të mungojë në kampionet me rrezik të ulët ose me rrezik të përzier. Disa studime të cilat kanë testuar këtë model konfirmojnë që ekzistojnë këto lidhje të moderuara (Comasco et al 2011a, b., Mehta et al 2012;.. Pinheiro et al 2013). Megjithatë, shumë studime në këtë fushë mbështeten në kampionet me rrezik të përzier. Në të e ardhmen puna mund të fokusohet në popullatën me rrezik të lartë ose mund ta konsiderojnë statusin e rrezikut si një moderator. Gjithashtu duhet të adresohen variacionet gjenetike në sisteme të tjera biologjike relevante (p.sh., sistemi glukokortikoid dhe i gonadeve, si dhe faktorët imunë, përfshirë variacionet e receptorëve) dhe faktorët e rrezikut psikologjik (psh, stresi i jetës, mungesa e përkrahjes sociale, historia psikiatrike). Përfshirja e ndryshimeve epigjenetike që lidhen me shtatzëninë dhe të llojeve të ndryshme e stressorëve mban gjithashtu barrën e madhe në përparimin e kësajlinje studimore. Për shembull, kortizoli mund të ndikojë në funksionimin e sistemeve të tjera biologjike të implikuara në depresion, për shembull duke alteruar proceset gonadale dhe inflamatore (Torpy & Chrousos 1996), duke stimuluar rritjen placentare të CRH (Sandman et al. 2006), dhe duke dëmtuar funksionin e serotoninës (Cowen 2002 Dinan 1994). Vëmendje e pamjaftueshme gjithashtu i kushtohet çështjes së kohës. Ka disa tregues se koha më premtuese për të vlerësuar masat biologjike nuk është në fund të shtatzënisë, kur përqendrimet janë njëtrajtësisht të larta në përgatitje për lindje, por më herët në shtatzëni (trimestri i parë dhe i dytë) kur shkalla e ndryshimit mund të jetë më e ndjeshme në diferencat individuale në vulnerabilitet. Lidhur me kohën e vlerësimit të DPL-së, është argumentuar se masat biologjike të lidhura me shtatzëninë mund të ndikojnë simptomat e DPL-së vetëm për aq kohë sa ato ushtrojnë ende efektet fiziologjike (Halbreich 2005).

Literatura psikosociale nuk është një risi, por është një fushë e cila është bërë shumë më e fortë në vitet e fundit, duke lejuar mbikëqyrje shumë më të madhe dhe përpunimin e gjetjeve të rishikimeve të mëparshme të literaturës. Në veçanti, natyra e këtij rishikimi të përditësuar bën të mundur një ekzaminim më të rafinuar e të veçantë të aspekteve të stresit dhe marrëdhënieve personale të cilat janë më prediktive tek DPL. Studimet mbi stresin sugjerojnë se gratë që përjetojnë lloje të veçanta të ngjarjeve stresuese të rënda të mëdha të jetës ose katastrofa gjatë shtatzënisë ose pas lindjes së fëmijës kanë më shumë gjasa për të zhvilluar DPL. Relativisht studime longitudinale të kontrolluara mirë kanë ekzaminuar efektet e një game të gjerë të shtameve kronike, por evidenca aktuale sugjeron se dy forma, stresi prindëror dhe fusha financiare mund të kontribuojnë në rritjen e rrezikut. Studimet prospektive mbi perceptimin e stresi raportojnë rezultate të përziera, dhe të dhënat nga studimet kros-seksionale mund të jenë për shkak, pjesërisht, të konfondimit me faktorë të tjerë të tillë si afektet negative. Studimet në vazhdimësi duhet që të testojnë hipotezat me bazë teorike në lidhje me llojet e ngjarjeve të jetës që mund të bartin ndjeshmërinë më të madhe ndaj DPL-së për shkak të ashpërsisë së tyre apo potencialit të tyre për të krijuar ose të përkeqësuar tensionet kronike (psh, ngjarja e vështirë e humbjes së vendit të punës mund të rezultojë në stres financiar të qëndrueshëm). Gjithashtu duhet të vazhdojmë të studiojmë që format specifike të stresit që ka më shumë të ngjarë të rrisë rrezikun e DPL-së, dhe për të përcaktuar faktorët fiziologjikë, psikologjikë, dhe ndërpersonale që moderojnë efektet e stresit. Një kandidat i potencial është stresi kronik. Lidhur me marrëdhëniet ndërpersonale, ka prova bindëse se kënaqësia e mbështetjes sociale, mbështetja e partnerit, dhe kënaqësia në marrëdhëniet pas lindjes janë faktorë mbrojtës dhe se nevoja e madhe për mbështetje, ankthi i rritur dhe ambivalenca, partner intim apo dhuna në familje, dhe abuzimi me substancave në familje, rrit vulnerabilitetin ndaj DPL-së. Të dhënat paraprake me madhësi modeste të efektit ekziston për të perceptimin dhe marrjen e përkrahjes sociale, mbështetjes së familjes, marrëdhëniet gjatë fëmijërisë me kujdestarët, konflikti jonabusiv me partnerin dhe jetës histori me abuzimin. Së fundi, ka pak tregues se statusi ose marrëdhënia martesore, madhësia e rrjetit, ose mbështetja nga kolegët të ketë ndonjë ndikim në DPL, përtej lidhjeve me tregues të tjerë të cilësisë së marrëdhënieve ndërpersonale të nënës. Formulimet teorike sugjerojnë se, marrëdhëniet e ngushta me cilësi të lartë i shërbejnë funksioneve të veçanta gjatë tranzicionit perinatal, të tilla si ruajtja ose rritja e vetë-vlerësimit dhe besimit të nënës në prag të tranzicionit dhe të kërkesave të ashpra të përditshme, si dhe stresi. Kërkimi shkencor i fokusuar në këto funksione të mundshme mbrojtëse është shumë i nevojshëm. Dizajni i studimit dhe metodologjitë e kërkimit psiko-social janë bërë shumë më të sofistikuar në vitet e fundit. Për shembull, përdorimi i teknikave të përparuara statistikore ka dhënë një pasqyrim më të madh se si faktorë të shumtë psiko-socialë të punojnë në mënyrë shtesë dhe interaktive për të rritur rrezikun për DPL. Efektet janë ulur shpesh kur ka patur kontroll për depresion para lindjes, duke sugjeruar se shumë

faktorë që kontribuojnë në rrezikun e DPL-së nuk janë unike për periudhën pas lindjes. Në të vërtetë, midis tre studimeve që ekzaminuan parashikimin diferencial të de novo DPL (Giardinelli et al. 2012, Husain et al. 2012 Phillips et al. 2010), vetëm ngjarjet e fundit të jetës ishin të lidhura me shenjat epara të DPL pas lindjes. Shumë studiuues kanë filluar që të konsiderojnë moderuesit e efekteve të ekspozimit ndaj stresit në shëndetin mendor Postpartum të tilla si mbështetja sociale, optimizmi, dhe disa burime të tjera të elasticitetit (Cheng & Pickler 2009 Grote & Bledsoe 2007 Hibino et al. 2009). Megjithatë, këto faktorë mbrojtësë potencialë janë konceptuar, dhe testuar më shpesh si përcaktues të veçantë, dhe efektet interaktive rrallë janë studiuar në mënyrë të hollësishme. Shumë studime kanë provuar një numër të madh të faktorëve psiko-sociale ashtu edhe korrelacionet e izoluara të DPL-së ose së bashku me një mori indikatorësh demografikë, socio-ekonomike, dhe obstetrikë pa një arsyetim të qartë për mënyrën e përfshirjes. Këto studime ofrojnë njohuri të pakta mbi marrëdhëniet e mundshme shkakësore midis variablave. Në fakt, analiza të sofistikuar të kryqëzuara të gjithë periudhës së shtatzënisë dhe pas lindjes, tregojnë se për shembull, cilësia e keqe e marrëdhënies me partnerin mund të jetë një pasojë përveç se shkak i DPL-së (Whisman et al. 2011). Vëmendja më e madhe të kohës së parashikimit dhe si rezultatet e pritshme do të ndihmojnë për të sqaruar zhvillimin ose zbutjen e rrezikut në të gjithë kontekstin dinamik në periudhën perinatale. Shfaqja e njëkohëshme e DPL-së si tek nëna ashtu edhe tek babai nuk është studiuar shumë, dhe nuk ka ndikim në të paturit një partner i cili është në depresion ose ka psikopatologjia tjera. Një meta-analizë (Paulson & Bazemore 2010) identifikoi një harmonizimit të moderuar të përgjithshëm mes incidencës të depresionit atëror dhe amtar në periudhën para lindjes ose pas lindjes. Sigurisht, shumë kontributorë ndërpersonale dhe pasojat e depresionit si çrregullimet e sjelljes, modelet negative të ndërveprimit, depresioni ose stressorët e përbashkët të jetës që operojnë në marrëdhënie të ngushta (Hammen 2003) zbatohen për kontekstin pas lindjes dhe mund të përkeqësohet për shkak të shumë sfidave me të cilat përballen çiftet gjatë kësaj kohe. Përveç kësaj, pavarësisht rënies së dokumentuar të kënaqësisë martesore gjatë tranzicionit të të qenit prind (Lawrence et al. 2008), vetëm kohët e fundit studiuuesit kanë analizuar drejtpërdrejt ndërlidhjet e ndryshimeve longitudinale midis kënaqësisë në marrëdhënie dhe DPL, dhe këto studime kanë përdorur kryesisht kampion të popullsisë së bardhë të martuar.

Për shembull, stresi i izolimit shoqëror që është raportuar për të parashikuar DPL-në (Ramchandani et al. 2009) është analog me madhësinë e rrjetit. Ka edhe konfundues të matjes midis të dy grupeve; Për shembull, disa masa që pretendojnë për të matur stresin përfshinë argumenta të destinuar për të vlerësuar nivelin e mbështetjes sociale të marrë nga bashkëshorti dhe individë të tjerë. Kështu, stresi dhe faktorët ndërpersonale janë konstruktë të dallueshëm, por ndonjëherë të mbivendosura dhe duhet të studiohen me kujdes të madh për të shmangur konfundimet konceptuale dhe ato të matjes. Megjithatë, evidenca të konsiderueshme sugjerojnë se nivele të larta të

stresit, niveli i ulët i burimeve shoqërore, dhe marrëdhëniet e tensionuara personale të rrisin rrezikun e një gruaje për të shfaqur DPL. Këto faktorë rreziku kanë implikime për mirëqenien e nënës dhe të foshnjës si dhe zhvillimin e fëmijës, pavarësisht nëse ato rezultojnë në fillimin e DPL klinik. Prandaj, çështja e rëndësishme në këtë pikë është nuk kur faktorët psiko-sociale ndikojnë në shëndetin mendor postpartum, ashtu siç pa dyshim bëjnë, por pse dhe si, dhe çfarë mund të bëhet për të siguruar gratë dhe familjet me mbështetjen dhe burimet për të cilat ato kanë nevojë gjatë vitit të parë të jetës së fëmijës së tyre. Ndër hapat që mund të merren për të të nxitur përdorimin e këtyre të dhënave themelore janë identifikimi, vlerësuarimi, dhe ngritja e burimeve elastike që lejojnë gratë që të menaxhojnë më mirë kërkesat në rritje dhe ndryshimin e marrëdhënieve gjatë tranzicionit të të qenët prind (Dunkel Schetter & Dolbier 2011). Nga ana formale dhe shkencore kjo ofron një bazë të fortë për përkthimin e njohurive aktuale në lidhje me faktorët e rrezikut psikosocialë, në ndërhyrjeve të bazuara në evidencë për të parandaluar dhe trajtuar DPL-në.

5.3. Kufizimet e studimit

Ky studim karakterizohet nga disa kufizime:

- Pyetësi i përdorur për këtë studim, edhe pse ka qenë i përkthyer dhe përshtatur në gjuhën shqipe, është ende i pavaliduar plotësisht në trevat shqip-folëse. Megjithatë, karakteristikat psikometrike të instrumentit të aplikuar në këtë punim rezultuan në vlera të kënaqshme sipas një pilotimi paraprak në një kampion konvenient. Kështu, konsistenca e brendshme dhe stabiliteti kohor (besueshmëria test-retest) e pyetësit ishin në vlera të kënaqshme, fakt i cili justifikon edhe përdorimin në shkallë të gjerë të këtij instrumenti në kampione të mëdha probabilitare të popullatës kosovare.
- Të dhënat e studimit janë mbledhur përmes vetë-raportimit, e cila konsiderohet si mënyrë e mbledhjes së të dhënave që mund të ndikojë në objektivitetin e të dhënave të mbledhura. Nga kjo pikëpamje, të dhënat e mbledhura përmes intervistimit të subjekteve mund të vuajnë në disa raste nga gabime sistematike të informacionit, ku më kryesorët mund të jenë:
 - *Gabimi sistematik i raportimit*, i cili ndodh në rrethanat ku, njëri nga grupet në studim (të sëmurët ose jo të sëmurët në një studim rast-kontroll, dhe të ekspozuarit ose jo të ekspozuarit në një studim kohort) raporton ndryshe lidhur me gjendjen e ekspozimit, apo të sëmundjes. Gabimi sistematik i raportimit ndodh në shumë rrethana ku, informacioni që intervistuesi i kërkon subjekteve në studim është “sensitiv”, apo “konfidencial”. P.sh. ka raste ku, subjekte të caktuara nuk raportojnë “ndershmërisht” lidhur me praktikën e tyre seksuale, apo sjellje të tjera “intime” që lidhen me konsumin e alkoolit, duhanpirjen, faktorët dietetikë, aktivitetin fizik, etj.
 - *Gabimi sistematik i “kujtesës (memories)”*, i cili ndodh sidomos në studimet rast-kontroll (por edhe në ato kros-seksionale) në rrethanat ku, individët e grupeve të ndryshme (të sëmurë dhe jo të sëmurë) kujtojnë në shkallë të ndryshme lidhur me gjendjen e ekspozimit ndaj faktorit ekspozues të interesit. Dallohen dy lloje gabimesh të tilla sistematike: *gabimi sistematik i lidhur me kujtesën e “kufizuar” të kontrolleve* (subjekteve jo të sëmurë), dhe *gabimi sistematik i kujtesës së rasteve* (subjekteve të sëmurë).

- *Gabimi sistematik i “kulturës”,* i cili ndodh në rrethanat ku, grupe me nivele të caktuara edukimi apo norma të caktuara kulturore raportojnë sistematikisht ndryshe mbi faktorët e ekspozimit që ndikojnë në zhvillimin e ngjarjeve shëndetësore. Shumë grupe etnike, apo shtresa të caktuara shoqërore nuk preferojnë që të “zbulojnë” para intervistuesit “elemente” që lidhen me mënyrën apo stilin e tyre të jetesës.
- *Bias i “përkushtimit, ose i vëmendjes”,* i cili ndodh në rrethanat ku, individë të caktuar ndryshojnë sjelljet, qëndrimet, apo raportimet lidhur me gjendjen e tyre shëndetësore dhe/ose ekspozimin si rezultat i efektit të përfshirjes në studim. Ky lloj gabimi sistematik në literaturë njihet me emrin “efekti Hawthorne” (sipas emrit të autorit). Shpeshherë, vihet re që grupe të caktuara subjektsh tentojnë të ndryshojnë sjelljet apo mënyrën e jetesës pas përfshirjes së tyre në një studim epidemiologjik. Kjo mund të ndodhë si rezultat i nxitjes apo motivimit të individëve për të ndryshuar (pozitivisht) stilin e jetesës, gjë për të cilën mund të mos ishin “kujtuar” më parë, ose nuk kishin ndërmarrë akoma “iniciativën” e duhur. Përfshirja në një studim epidemiologjik mund të jetë (sado e çuditshme që të tingëllojë) një burim “*frymëzimi*” (stimul pozitiv) për ndryshimin e mënyrës së jetesës për grupe të caktuara individësh, sidomos ata, të cilëve nuk i bie shpesh “rasti” që të jenë “*protagonistë*” në jetë.

Megjithatë, në studimin aktual nuk ka evidencë të devijimit substancial të rezultateve të studimit si pasojë e pranisë së theksuar të këtyre gabimeve sistematike të përshkruara më lart. Prandaj, në tërësi, rezultatet e studimit aktual mund të gjeneralizohen në popullatën kosovare duke ofruar një evidencë të vlefshme shkencore.

6. Përfundime

- ❖ Ky studim është punimi i parë shkencor që informon lidhur me prevalencën dhe karakteristikat e depresionit postnatal në Kosovë, një vend i cili ishte për shumë kohë në një luftë të përgjakshme me Serbinë dhe aktualisht po përjeton një tranzicion të shpejtë drejt një sistemi të ri politik dhe social-ekonomik të shoqëruar me ndryshime dhe reforma të thella në të gjitha fushat.
- ❖ Ky studim u bazua në aplikimin e një instrumenti të standardizuar ndërkombëtar ("*adult self report*") të hartuar nga ekspertët dhe profesionistët më të mirë dhe të rekomanduar për aplikim të gjerë në studime të ngjashme epidemiologjike në të gjitha vendet e botës.
- ❖ Instrumenti ndërkombëtar për vlerësimin e depresionit postnatal u përshtat në kontekstin dhe specifikat e Kosovës. Në radhë të parë, u përcaktua vlefshmëria dhe besueshmëria e instrumentit në një kampion të kufizuar duke mundur edhe llogaritjet psikometrike përkatëse. Një procedurë e tillë standarde rekomandohet dhe ndiqet në studime të ngjashme ndërkombëtare.
- ❖ Procesi i përcaktimit të vlefshmërisë së pyetësorit dëshmoi se konsistenca e brendshme dhe stabiliteti kohor (besueshmëria test-retest) i këtij instrumenti të aplikuar në studim ishin shumë të larta, fakt i cili më pas mundësoi aplikimin në shkallë të gjerë të këtij instrumenti në kampionin e përfshirë në studim.
- ❖ Pas pilotimit (pre-testimit), instrumenti i standardizuar ndërkombëtar u administrua në një kampion përfaqësues në Kosovë me qëllim që të vlerësohej prevalenca dhe karakteristikat e depresionit postnatal.
- ❖ Aplikimi i instrumentit në kampionin përfaqësues dëshmoi për një prevalencë të lartë të depresionit postnatal në Kosovë krahasuar me vendet e tjera dhe kjo gjetje duhet të sensibilizojë profesionistët e shëndetësisë.
- ❖ Përcaktorë (determinantë) të rëndësishëm *individualë* të prevalencës së depresionit postnatal në Kosovë ishin faktorët e mëposhtëm:
 - a. *mosha e re e shtatzanisë*
 - b. *duhanpirja*
 - c. *stresi gjatë shtatzanisë*
 - d. *lindjet e përsëritura*
 - e. *abuzimet e tjera brenda familjes*
- ❖ Nga ana tjetër, përcaktorë të rëndësishëm *kontekstualë* të nivelit të depresionit postnatal në këtë studim rezultuan të ishin:

- a. *numri i kufizuar i anëtarëve të familjes*
 - b. *mungesa e kujdesit instrumental gjatë shtatzanisë nga anëtarët e familjes, sidomos nga bashkëshorti*
 - c. *mungesa e përkujdesjes emocionale (afektive) gjatë shtatzanisë nga anëtarët e familjes*
 - d. *niveli i ulët social-ekonomik përfshi të ardhurat materiale dhe papunësinë*
- ❖ Përcaktorë të rëndësishëm të kombinuar të depresionit postnatal në këtë studim rezultuan të ishin stresi gjatë shtatzanisë në sinergji me faktorët social-ekonomikë përfshi papunësinë dhe/ose karakteristikat e stilit të jetesës të tilla si duhanpirja.
 - ❖ Në fakt, ky studim dëshmoi për një lidhje (shoqërim) të fortë mes faktorëve *individualë* dhe atyre *mjedisor dhe social*, të cilët ndërveprojnë ngushtësisht me njëri-tejtrin duke rritur nganjëherë në mënyrë galopante gjasat e depresionit postnatal në shoqërinë kosovare.
 - ❖ Për herë të parë në një shoqëri të tillë të pas-luftës, evidentohet nga ky studim depresioni postnatal edhe tek bashkëshortët (burrat) e përfshirë në studim. Kjo është një gjetje shumë e rëndësishme e dokumentuar në një shoqëri patriarkale siç është shoqëria kosovare me kulturë dhe mënyrë jetese përgjithësisht orientale.
 - ❖ Në tërësi, ky studim u bazua në një metodologji të standardizuar në përputhje me parimet e kërkimit shkencor *kuantitativ (sasior)*.
 - ❖ Nga kjo pikëpamje, bazuar në kampionin përfaqësues të përfshirë në studim, rezultatet e këtij punimi mund të përgjithësohen në popullatën kosovare në tërësi.

Prandaj, ky studim ka vlefshmëri të konsiderueshme, si një karakteristikë shumë e rëndësishme e studimeve kuantitative të udhëhequra në mënyrë rigoroze dhe në përputhje me një protokoll strikt i cili parashikon ndërmarrjen e të gjitha etapave të hulumtimit shkencor.

7. Rekomandime

1. Vlerësimi i nivelit dhe faktorëve që ndikojnë në depresionin postnatal në popullatën e Kosovës është shumë i rëndësishëm dhe duhet të jetë pjesë e studimeve periodike (ciklike) që duhet të ndërmerren nga ekipe studimore me eksperiencë në disiplinat e kërkimit shkencor kuantitativ (sasior).
2. Evidentimi i magnitudës (prevalencës) dhe i karakteristikave të depresionit postnatal do të mundësojë edhe adresimin adekuat të këtij fenomeni duke synuar kontrollin dhe sidomos parandalimin përmes ndërhyrjeve dhe aktiviteteve specifike në përputhje me rekomandimet dhe praktikat më të mira ndërkombëtare në këtë fushë.
3. Profesionistët e shëndetësisë, drejtuesit, titullarët e sektorit shëndetësor, vendim-marrësit dhe politikë-bërësit në të gjitha nivelet duhet të ndërgjegjësohen për rëndësinë e madhe të problematikës së lidhur me depresionin postnatal si një fenomen i rëndësishëm për tu përballuar me efikasitet dhe në kohën e duhur.
4. Zgjidhja efektive dhe adekuate e problematikës së lidhur me depresionin postnatal do të dëshmojë edhe mbi performancën dhe eficiencën e sistemit shëndetësor në Kosovë.
5. Në Kosovë, duhet t'i kushtohet një rëndësi e posaçme hartimit dhe implementimit të paketave specifike shëndetësore për adresimin e problematikës së lidhur me depresionin postnatal.
6. Një rol shumë të rëndësishëm në këtë proces duhet të zërë edhe edukimi dhe trainimi profesional i personelit shëndetësor në të gjitha nivelet e kujdesit bazuar në kompetenca specifike për të përballuar me sukses problemet komplekse të lidhura me depresionin postnatal i cili prek jo vetëm gratë por edhe bashkëshortët e tyre.
7. Bazuar në këto konsiderata, edukimi dhe trainimi i bazuar në kompetenca specifike për kontrollin dhe parandalimin e depresionit postnatal duhet të përfshihet patjetër në programet e zhvillimit profesional të vazhdueshëm në Kosovë.
8. Rezultatet e këtij studimi të udhëhequr në Kosovë duhet të krahasohen me raportimet e studimeve të realizuara në vendet e tjera Europiane dhe më gjerë.
9. Në mënyrë të veçantë, rezultatet e këtij studimi do t'i shërbejnë politikë-bërësve dhe vendim-marrësve të sektorit shëndetësor në Kosovë për hartimin e

strategjive, politikave, programeve dhe aktiviteteve efektive për trajtimin dhe sidomos parandalimin e depresionit postnatal në këtë shoqëri patriarkale në tranzicion.

8. Referencat

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA adult forms & profiles*. Research Center for Children, Youth, & Families, University of Vermont, Burlington, VT, USA.

Tannous, L., Gigante, P.L., Fuchs, C.S., and DA Busnello, E. (2008). Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry*.; 8: 1. Published online 2008 doi: 10.1186/1471-244X-8-1.

Santos, M.F.S., Martins F.C., Pasquali L. (1999). Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: um estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin*. 26:32–40.

Fish, R.Z., Tadmor, O.P., Dankner, R., Diamant, Y.Z. (1997). Postnatal depression: a prospective study of its prevalence, incidence and psychosocial determinants in Israeli sample. *J Obstet Gynaecol Res*.23:547–554

Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2006;91:97–11. doi: 10.1016/j.jad.2005.12.051

Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago. Chile *Rev Méd Chile*. 1995;123:694–699

Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG*. 2000 Oct; 107(10):1210-7.

Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2006 Apr; 91(2-3):97-111.

J.I. Pollock, S. Manaseki-Holland, V. Patel (2009). Depression in Mongolian women over the first 2 months after childbirth: Prevalence and risk factors. *Affective disorders*. Volume 116, Issues 1-2, Pages 126–133

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.11.010>

Claude de Tyche, Elisabeth Spitz, Serge Briçon, Joëlle Lighezzolo, Françoise Girvan, Aurore Rosati, Audrey Thockler, Stephanie Vincent (2005). Pre- and postnatal depression and coping: a comparative approach. *Affective disorder*. Volume 85, Issue 3, Pages 323–326 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2004.11.004>

Chee CY, Lee DT, Chong YS, Tan LK, Ng TP, Fones CS, Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: a transcultural study in Singapore. *J Affect Disord*. 2005 Dec; 89(1-3):157-66.

C. Reck¹ , K. Struben¹ , M. Backenstrass¹ , U. Stefenelli² , K. Reinig¹ , T. Fuchs¹ , C. Sohn³ , C. Mundt 2008. Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2008: 1–10 DOI: 10.1111/j.1600-0447.2008.01264.x

Babatunde, T., and Moreno-Leguizamon, C.J. (2012). Daily and Cultural Issues of Postnatal Depression in African Women Immigrants in South East London: Tips for Health Professionals. *Nursing Research and Practice* Volume 2012 (2012), Article ID 181640. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/181640>

P. J. Cooper, M. Tomlinson, L. Swartz, M. Woolgar, L. Murray, and C. Molteno, "Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement," *British Journal of Psychiatry*, vol. 175, pp. 554–558, 1999.

N. Husain, I. Bevc, M. Husain, I. B. Chaudhry, N. Atif, A. Rahman (2006). Prevalence and social correlates of postnatal depression in a low income country. *Archives of Women's Mental Health*. July 2006, Volume 9, Issue 4, pp 197-202

C. L. Dennis and L. Chung-Lee, "Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review," *Birth*, vol. 33, no. 4, pp. 323–331, 2006.

V. Patel, M. Rodrigues, and N. DeSouza, "Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India," *American Journal of Psychiatry*, vol. 159, no. 1, pp. 43–47, 2002

M. W. O'Hara and A. M. Swain, "Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis," *International Review of Psychiatry*, vol. 8, no. 1, pp. 37–54, 1996. View at Google Scholar · View at Scopus

C. Murray and A. Lopez, *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and disability from Diseases, Injuries, and Risk factors in 1990*, Harvard School of Public Health on Behalf of the World Bank, Boston, Mass, USA, 1996.

World Health Organisation, *Women's Mental Health: An Evidence Based Review, Medical Health Determinants and Populations*, Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organisation, Geneva, Switzerland, 2000.

A. Kleinman and B. Good, *Culture and Depression: Studies in the Anthropological and Cross Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, University of California Press, Berkeley, Calif, USA, 1985.

World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems*, 10th revision. 2010. <http://www.who.int/> (last accessed 10 June 2015)

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs. Res.* 1996; 45: 297–303

Yong-Ku Kim, MD, PhD, 1 * Ji-Won Hur, MA, 1 Kye-Hyun Kim, MD, PhD, 2 Kang-Sub Oh, MD, PhD3 and Young-Chul Shin, MD, PhD. Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: A prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2008; 62: 331–340

Leitch, S. (2002). *Postpartum Depression: A Review of the Literature*. St. Thomas, Ontario: Elgin-St. Thomas Health Unit.

Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R., Klein, D.N., Gotlib, I.H., 2000. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *Am. J. Psychiatry* 157, 1584–1591.

Barnet, B., Joffe, A., Duggan, A.K., Wilson, M.D., Repke, J.T., 1996. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 150, 64–69.

Birkeland, R., Thompson, J.K., Phares, V., 2005. Adolescent motherhood and postpartum depression. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 34, 292–300.

Horwitz, S.M., Bruce, M.L., Hoff, R.A., Harley, I., Jekel, J.F., 1996. Depression in former school-age mothers and community comparison subjects. *J. Affect. Disord.* 40, 95–103

Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R., Klein, D.N., Gotlib, I.H., (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *Am. J. Psychiatry* 157, 1584–1591.

Walker, L., Timmerman, G.M., Kim, M., Sterling, B., (2002). Relationships between body image and depressive symptoms during postpartum in ethnically diverse, low income women. *Women Health* 36, 101–121.

Seguin, L., Potvin, L., St-Denis, M., Loiselle, J., (1999). Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth* 26, 157–163.

McLennan, J.D., Kotelchuck, M., Cho, H.,(2001). Prevalence, persistence, and correlates of depressive symptoms in a national sample of mothers of toddlers. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 40, 1316–1323.

Coiro, M.J., (2001). Depressive symptoms among women receiving welfare. *Women Health* 32, 1–23.

Boury, J.M., Larkin, K.T., Krummel, D.A., (2004). Factors related to postpartum depressive symptoms in low-income women. *Women Health* 39, 19–34.

Beeghly, M., Olson, K.L., Weinberg, M.K., Pierre, S.C., Downey, N., Tronick, E.Z., (2003). Prevalence, stability, and socio-demographic correlates of depressive symptoms in Black mothers during the first 18 months postpartum. *Matern. Child Health J.* 7, 157–168.

Beck, C.T., 2001. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs. Res.* 50, 275–285.

Barnet B, Joffe A, Duggan AK, Wilson M, Repke J (1996) Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 150: 64–69

- Hudson DB, Elek SM, Campbell-Grossman C (2000) Depression, self-esteem, loneliness, and social support in adolescent mothers participating in the New Mothers' Network. *Adolescence* 35(139): 443–453.
- Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, Gillman MW (2006) Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health* 60(3): 221–227
- Schmidt RM, Wiemann CM, Rickert VI, Smith EO (2006) Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. *J Adolesc Health* 38(6): 712–718.
- Leadbeater BJR, Linares O (1992) Depressive symptoms and neglect and Puerto Rican adolescent mothers in the first three years postpartum. *Dev Psychopathol* 4: 451–468
- Figueiredo B, Bifulco A, Pacheco A, Costa R, Magarinho R (2006) Teenage pregnancy, attachment style and depression: a comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attach Hum Dev* 8(2): 123–138.
- Affonso, D.D., De, A.K., Horowitz, J.A., & Mayberry, L.J. (2000). An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 207-216.
- Almond, P. (2009). Postnatal depression: a global public health perspective. *Perspectives in Public Health*, 129, 221-227.
- Husain, N., Bevc, I., Husain, M., Chaudhhry, I.B., Atif, N., & Rahman, A. (2006a). Prevalence and social correlates of postnatal depression in a low income country. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 197- 202.
- Milgrom, J., Ericksen, J., McCarthy, R., & Gemmill, A.W. (2006). Stressful impact of depression on early mother–infant relations. *Stress & Health*, 22, 229-238.
- Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducournau, P., Turner, P., & Stein, A. (2000). The Socioemotional Development of 5-year-old Children of Postnatally Depressed Mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1259-1271.
- Rahman, A., Patel, V., Maselko, J., & Kirkwood, B. (2008). The neglected 'm' in MCH programmes - why mental health of mothers is important for child nutrition. *Tropical Medicine & International Health*, 13, 579-583.
- Ross, L.E., & McLean, L.M. (2006). Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1285-1298.
- Stern, G., & Kruckman, L. (1983). Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: an anthropological critique. *Social Science & Medicine*, 17, 1027-1041.
- Stewart, R.C. (2007b). Maternal depression and infant growth: a review of recent evidence. *Maternal and Child Nutrition*, 3, 94-107.

- Savarimuthu, R.J., Ezhilarasu, P., Charles, H., Antonisamy, B., Kurian, S., & Jacob, K.S. (2010). Post-partum depression in the community: a qualitative study from rural South India. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 94-102.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. .2000; ():
- Oates MR, Cox JL, Neema S, Asten P, Glangeaud-Freudenthal N, Figueiredo B, Gorman LL, Hacking S, Hirst E, Kammerer MH, Klier CM, Seneviratne G, Smith M, Sutter-Dallay A-L, Valoriani V, Wickberg B & Yoshida K. Postnatal depression across countries and cultures: A qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*.2004; 184(46): 10-16.
- Posmontier B & Horowitz JA. Postpartum practices and depression prevalences: Technocentric and ethnokinship cultural perspectives. *Journal of Transcultural Nursing*.2004; 15(1): 34-43.
- Robertson, E., Celasun, N., and Stewart, D.E. (2003). Risk factors for postpartum depression. In Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., & Wallington, T. (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*.
- Thurtle, V. (1995). "Post-natal depression: the relevance of sociological approaches." *Journal of advanced nursing* 22(3): 416.
- Asten, P., M. N. Marks, et al. (2004). "Aims, measures, study sites and participant samples of the Transcultural Study of Postnatal Depression." *British Journal of Psychiatry* 184(SUPPL. 46): s3-s9.
- Muscari, M. E. (2003). "Just the baby blues?" *Advance for nurse practitioners* 11(11): 24.
- Hatz, J. and A. Rohm (2007). "Postpartum depression: worse than baby blues." *NCSL legisbrief* 15(24): 1-2.
- Welberg, L. (2008). "Affective disorders: Baby blues." *Nature Reviews Neuroscience* 9(9): 657.
- O'Hara, M. W. and A. M. Swain (1996). "Rates and risk of postpartum depression - A meta-analysis." *International Review of Psychiatry* 8(1): 37-54.
- Ip, W. Y. and C. Martin (2007). "The factor structure of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)." *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 25(1): 83-86.
- Montazeri, A., B. Torkan, et al. (2007). "The edinburgh postnatal depression scale (EPDS): Translation and validation study of the Iranian version." *BMC Psychiatry* 7.
- Jomeen, J. and C. R. Martin (2008). "Reflections on the notion of post-natal depression following examination of the scoring pattern of women on the EPDS during pregnancy and in the post-natal period." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15(8): 645-648.
- Krantz, I., B. O. Eriksson, et al. (2008). "Screening for postpartum depression with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): An ethical analysis." *Scandinavian Journal of Public Health* 36(2): 211-216.

- Thio, I. M., M. A. O. Browne, et al. (2006). "Postnatal depressive symptoms go largely untreated: A probability study in urban New Zealand." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41(10): 814-818.
- Mitchell, A. J. and J. Coyne (2009). "Screening for postnatal depression: barriers to success." *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 116(1): 11-14.
- Bågedahl-Strindlund, M. and K. Monsen Börjesson (1998). "Postnatal depression: a hidden illness." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 98(4): 272-275.
- Mousavi et al. (2007) Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys, *The Lancet*, 370:851–858
- Paulden M, Palmer S, Hewitt C, Gilbody S. Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. *BMJ* 2009; 339(dec22_1):b5203.
- Hewitt CE, Gilbody SM. Is it clinically and cost effective to screen for postnatal depression: a systematic review of controlled clinical trials and economic evidence. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* 2009; 116(8):1019-1027.
- 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.
- Cornish, A. M., C. McMahon, et al. (2008). "Postnatal depression and the quality of mother-infant interactions during the second year of life." *Australian Journal of Psychology* 60(3): 142 - 151.
- Cornish, A. M., C. A. McMahon, et al. (2006). "Maternal depression and the experience of parenting in the second postnatal year." *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 24(2): 121 - 132.
- Swain AM, O'Hara MW, Starr KR, Gorman LL. A prospective study of sleep, mood, and cognitive function in postpartum and nonpostpartum women. *Obstet Gynecol* 1997; 90(3):381-386.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. National Clinical Practice Guideline Number 45. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2007. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&o=1> 1004
- Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2007). Postnatal depression: Prevalence, mothers' perspectives, and treatments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(2), 91–100.
- Patricia Leahy-Warren, Geraldine McCarthy, and Paul Corcoran (2011). Postnatal Depression in First-Time Mothers: Prevalence and Relationships Between Functional and Structural Social Support at 6 and 12 Weeks Postpartum. Available online at www.sciencedirect.com [retrieved 21 April, 2015] doi:10.1016/j.apnu.2010.08.005
- Fenna, C. (2002). Postpartum Depression. *Behavioral Medicine Briefs*. University of Minnesota.

- Burns, D. (2003). *Aspects of Postpartum Depression*. London, Ontario: Middlesex-London Health Unit.
- Nonacs, R., & Cohen. (1998). Postpartum mood disorders: Diagnosis and treatment guidelines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, S. 2, 34-40.
- Jennings, K., Ross, S., Popper, S., & Elmore, M. (1999). Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *Journal of Affective Disorders*, 54, 21-28.
- Joffe, H., & Cohen, L.S. (1998). Estrogen, serotonin, and mood disturbance: Where is the therapeutic bridge? *Biological Psychiatry*, 44, 798-811.
- National Institute of Mental Health. (2002). *Research at the National Institute of Mental Health. Fact Sheet: Depression*.
- Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., & Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 924-930.
- Harris, B. (1996). Hormonal aspects of postnatal depression. *International Review of Psychiatry*, 8, 27
- Johnstone, S. J., Boyce, P. M., Hickey, A. R., Morris-Yatees, A. D., & Harris, M. G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 69-74.
- Josefsson, A., Angelsioo, L., Berg, G., Ekstrom, C. M., Gunnervik, C., Nordin, C. et al. (2002). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics and Gynecology*, 99, 223-228.
- O'Hara, M. W. (1994). *Postpartum depression: Causes and Consequences*. New York: Springer-Verlag.
- Beck CT. Postpartum depression: It isn't just the blues. *American Journal of Nursing*. 2006; 106(5): 40-50.
- O'Hara, M. W., Neunaber, D. J., & Zekoski, E. M. (1984). Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 158-171.
- O'Hara, M. W., Rehm, L. P., & Campbell, S. B. (1982). Predicting depressive symptomatology: cognitivebehavioral models and postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 457-461.
- O'Hara, M. W., Rehm, L. P., & Campbell, S. B. (1983). Postpartum depression. A role for social network and life stress variables. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 171, 336-341.
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Varner, M. W. (1991a). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 63-73.
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Wright, E. J. (1991b). Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch.Gen.Psychiatry*, 48, 801-806.

- O'Hara, M. W. & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- O'Hara, M. W. & Zekoski, E. M. (1988). Postpartum depression: a comprehensive review. In I.F.Brockington & R. Kumar (Eds.), *Motherhood and Mental Illness 2: Causes and Consequences* London: Wright.
- O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H., & Wright, E. J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 3-15.
- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G & Swinson T. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*.2005; 106(5): 1071-1083.
- Valdimarsdóttir U, Hultman CM, Harlow B, Cnattingius S & Spatén P. Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: A population-based study. *PLoS Medicine*.2009; 6(2): 194-201.
- Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*.2004; 45(1): 26-35.
- Paulson JF & Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its associations with maternal depression. *JAMA*.2010; 303(19): 1961-1969.
- Davey SJ, Dziurawiec S & O'Brian-Malone A. Men's voices: Postnatal depression from the perspective of male partners. *Qualitative Health Research*.2006; 16(2): 206-220.
- Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*.2004; 45(1): 26-35.
- Buultjens M & Liamputtong P. When giving life starts to take the life out of you: Women's experiences of depression after childbirth. *Midwifery*.2007; 23(1): 77-91.
- Beck CT. Postpartum onset of panic disorder. *Image Journal of Nursing Scholarship*.1998; 30(2): 131-135.
- McCarthy M & McMahan C. Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting. *Health Care for Women International*.2008; 29(6): 618-637.
- Ahmed A, Stewart DE, Teng L, Wahoush O & Gagnon AJ. Experiences of immigrant new mothers with symptoms of depression. *Archives of Women's Mental Health*.2008; 11(4): 295-303.
- Chan SW, Williamson V & McCutcheon HA. Comparative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese and Australian women diagnosed with postnatal depression. *Perspectives in Psychiatric Care*.2009; 45(2): 108-118.
- Mazure, C., Keita, G., & Blehar, M. (2002). *Summit on women and depression: Proceedings and recommendations*. Washington, DC: American Psychological Association. Online at: <http://www.apa.org/pi/wpo/women&depression.pdf>

- National Institute of Mental Health. (2002). Research at the National Institute of Mental Health. Fact Sheet: Depression.
- 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.
- Milgrom J, Martin PR, Negri LM. Treating postnatal depression: a psychological approach for health care practitioners. Chichester: Wiley; 1999.
- Cooper PJ, Murray L. The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. In: Cooper PJ, Murray L, editors. Postpartum depression and child development. New York: Guilford Press; 1997. pp. 201-20.
- Williamson V, McCutcheon H. Postnatal depression: a review of current literature. *Aust J Midwifery* 2004;17(4):11-6.
- Lee DT, Chung TK. Postnatal depression: an update. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21(2):183-91.
- Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research* 2001;50(5):275-85.
- Beck CT, Indman P. The many faces of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34(5):569-76.
- Halbreich U. 2005. Postpartum disorders: multiple interacting underlying mechanisms and risk factors. *J. Affect. Disord.* 88:1-7.
- Hochberg Z, Pacak K, Chrousos GP. 2003. Endocrine withdrawal syndromes. *Endocr. Rev.* 24:523-38.
- Raison CL, Miller AH. 2003. When not enough is too much: the role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders. *Am. J. Psychiatry* 160:1554-65.
- Rohleder N. 2012. Acute and chronic stress induced changes in sensitivity of peripheral inflammatory pathways to the signals of multiple stress systems—2011 Curt Richter Award Winner. *Psychoneuroendocrinology* 37:307-16.
- Sacher J, Wilson AA, Houle S, Rusjan P, Hassan S, et al. 2010. Elevated brain monoamine oxidase A binding in the early postpartum period. *Arch. Gen. Psychiatry* 67:468-74.
- Comasco E, Sylvén SM, Papadopoulos FC, Oreland L, Sundström-Poromaa I, Skalkidou A. 2011a. Postpartum depressive symptoms and the BDNF Val66Met functional polymorphism: effect of season of delivery. *Arch. Women's Ment. Health* 14:453-63.
- Comasco E, Sylvén SM, Papadopoulos FC, Sundström-Poromaa I, Oreland L, Skalkidou A. 2011b. Postpartum depression symptoms: a case-control study on monoaminergic functional polymorphisms and environmental stressors. *Psychiatr. Genet.* 21:19-28.

- Mehta D, Quast C, Fasching PA, Seifert A, Voigt F, et al. 2012. The 5-HTTLPR polymorphism modulates the influence on environmental stressors on peripartum depression symptoms. *J. Affect. Disord.* 136:1192–97.
- Pinsonneault JK, Sullivan D, Sadee W, Soares CN, Hampson E, Steiner M. 2013. Association study of the estrogen receptor gene ESR1 with postpartum depression—a pilot study. *Arch. Women's Ment. Health* 16:499–509.
- Torpy DJ, Chrousos GP. 1996. The three-way interactions between the hypothalamic-pituitary-adrenal and gonadal axes and the immune system. *Baillieres Clin. Rheumatol.* 10:181–98.
- Sandman CA, Glynn L, Dunkel Schetter C, Wadhwa P, Garite T, et al. 2006. Elevated maternal cortisol early in pregnancy predicts third trimester levels of placental corticotropin releasing hormone (CRH): priming the placental clock. *Peptides* 27:1457–63.
- Cowen PJ. 2002. Cortisol, serotonin and depression: All stressed out? *Br. J. Psychiatry* 180:99–100.
- Dinan TG. 1994. Glucocorticoids and the genesis of depressive illness. A psychobiological model. *Br. J. Psychiatry* 164:365–71.
- Halbreich U. 2005. Postpartum disorders: multiple interacting underlying mechanisms and risk factors. *J. Affect. Disord.* 88:1–7.
- Giardinelli L, Innocenti A, Benni L, Stefanini MC, Lino G, et al. 2012. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch. Women's Ment. Health* 15:21–30.
- Husain N, Cruickshank K, Husain M, Khan S, Tomenson B, Rahman A. 2012. Social stress and depression during pregnancy and in the postnatal period in British Pakistani mothers: a cohort study. *J. Affect. Disord.* 140:268–76.
- Phillips J, Sharpe L, Matthey S, Charles M. 2010. Subtypes of postnatal depression? A comparison of women with recurrent and de novo postnatal depression. *J. Affect. Disord.* 120:67–75.
- Cheng C-Y, Pickler RH. 2009. Effects of stress and social support on postpartum health of Chinese mothers in the United States. *Res. Nurs. Health* 32:582–91.
- Grote NK, Bledsoe SE. 2007. Predicting postpartum depressive symptoms in new mothers: the role of optimism and stress frequency during pregnancy. *Health Soc. Work* 32:107–18.
- Hibino Y, Takaki J, Kambayashi Y, Hitomi Y, Sakai A, et al. 2009. Health impact of disaster-related stress on pregnant women living in the affected area of the Noto Peninsula earthquake in Japan. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 63:107–15.
- Whisman MA, Davila J, Goodman SH. 2011. Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *J. Fam. Psychol.* 25:375–83.
- Paulson JF, Bazemore SD. 2010. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA* 303:1961–69.

Hammen CL. 2003. Interpersonal stress and depression in women. *J. Affect. Disord.* 74:49–57.

Lawrence E, Cobb RJ, Rothman AD, Rothman MT, Bradbury TN. 2008. Marital satisfaction across the transition to parenthood. *J. Fam. Psychol.* 22:41–50.

Ramchandani PG, Richter LM, Stein A, Norris SA. 2009. Predictors of postnatal depression in an urban South African cohort. *J. Affect. Disord.* 113:279–84.

Dunkel Schetter C, Dolbier C. 2011. Resilience in the context of chronic stress and health in adults. *Soc. Personal. Psychol. Compass* 5:634–52.

Aneksi 1

Pjesa e parë e pyetësorit :

Prishtinë, Data : _____

1. Emri Mbiemri : _____
2. Numri I telefonit : _____
3. Vendi dhe adresa ku jetoni : _____
4. Moshja juaj : _____
5. Jetoni në familjen e ngushtë apo të gjerë : Ngushtë__ ; Gjerë__ ;
6. Jetoni në Fshat apo Qytet : Fshat __ ; Qytet__ ;
7. Sa anëtarë jeni në familje ? __.
8. Sa klasë të edukimit keni përfunduar ? __.
9. Jeni e punësuar apo jo : Po__ ; Jo__ .
 - Nesë po tregoni profesionin : _____ .
10. Sa janë të ardhurat tuaj personale ? _____.
11. Sa janë të ardhurat tuaj familjare ? _____.
12. Statusi juaj martesor :
 - E martuar __.
 - E divorcuar __.
 - Bashkëjeton__.
 - Burri jeton jashtë__.
13. Cila lindje është me rradhë ? __.
14. Mënyra e inseminimit :
 - Natyrale __.
 - IVF__.
15. Lindja është kryer në mënyrë :
 - Natyrale __.
 - Me prerje cesariane __.
16. Gjinia e fëmiut që keni lindur : M__ ; F__.
17. A keni pasur aborte Po__ , Jo__
 - Nëse po sa aborte keni pasur __?
18. Numri I fëmijëve të lindur gjallë __
19. A ka qenë lindja e tanishme e planifikuar : Po__ ; Jo__ .
20. A keni përjetuar ndonjë gjendje stresuese gjatë lindjes : Po__ ; Jo__ .
21. A keni përjetuar dhunë familjare nëse po specifikoni : Po__ ; Jo__ .
 - Dhunë fizike : rrahje __.
 - Dhunë emocionale __.

- Dhunë seksuale __.
22. A keni probleme shëndetësore : Po__; Jo__.
- Specifikoni _____.
23. A keni ndonjë problem psikiatrik Po__; Jo__.
- Nëse po specifikoni sa kohë jeni trajtuar:_____.
 - Çfarë terapie :_____.
24. A keni ndonjë anëtarë të familjes që vuan nga depresioni : Po__, Jo__.
25. A keni përjetuar humbje të ndonjë personi të dashur 6 muajt e fundit ? Po__, Jo__.
26. A përdorni duhan : Po__, Jo__.
- Specifikoni sa cope cigare _____.
27. A përdorni alkool : Po__, Jo__.
- Ne cilat raste dhe sa : _____.

Aneksi 2

Pjesa e dytë e pyetësorit :

Shkallë Vet-Raportuese për të Rriturit e Moshave 18 - 59

Emri i plotë	Emri	Mbiemri	Puna që ju bëni, edhe në rast se aktualisht nuk punoni. Ju lutem jepni informacion të saktë, shembull: auto-mekanik, mësues në shkollë të mesme, ndërtimtarë, punëtor krahu, shitës i këpucëve, rreshter armate, student (poashtu shkruani qfarë ai/ajo studion dhe qfarë programi akademik ndjek, BA, MA, MSc, PhD etj).
Gjinia Mashkull <input type="checkbox"/> Femër <input type="checkbox"/>	Mosha	Përkatësia Etnike	
Data e plotësimit: D ___ M ___ V	Datëlindja D ___ M ___ V		
Ju lutemi vendosni X tek katrori korrespondues me edukimin tuaj. <input type="checkbox"/> 1. Pa shkollim të mesëm; <input type="checkbox"/> 2. Diplomë të përgjithshme ekuivalente; <input type="checkbox"/> 3. Shkollim të mesëm; <input type="checkbox"/> 4. Shkollim të mesëm pa diplomë; <input type="checkbox"/> 5. Shkollim të lartë ; <input type="checkbox"/> 6. Studime bazike (bachelor); <input type="checkbox"/> 7. Studime bazike por pa diplomë; <input type="checkbox"/> 8. Magjistraturë; <input type="checkbox"/> 9. Doktoraturë <input type="checkbox"/> 10. Edukim tjetër _____			
Puna e të rriturit		Puna e bashkëshortit/es	
_____		_____	
Ju lutemi plotësoni këtë formë që të shfaqni qëndrimet tuaja, edhe në rast se të tjerët mund të mos pajtohen me ju. Ju nuk duhet të shpenzoni shumë kohë në ndonjërin prej fjalive të dhëna. Përgjigjuni në të gjitha qëndrimet në vijim.			

1. SHOKËT:

A. Sa shokë të ngushtë keni (Duke mos i përfshier anëtarët e familjes).

Asnjë 1 2 apo 3 4 e më shumë

B. Gjatë një muaji, sa herë keni kontaktuar me shokët/shoqet e klasës? (Përfshier, e-mailin, telefonin, letrat etj).

Më pak se 1 herë 1 apo 2 herë 3 apo 4 herë 5 apo më shumë

C. A shkoni mirë me shokët apo shoqet ?

Jo mirë mesatarisht mirë si të gjithë të tjerët jashtëzakonisht mirë

D. Sa herë gjatë muajit, shokët apo familjarët të kanë vizituar?

Më pak se 1 herë 1 apo 2 herë 3 apo 4 herë 5 apo më shumë

2. BASHKËSHORTI/JA APO PARTNERI/JA

Cili është statusi i juaj martesor? I/e pa martuar I/e martuar, jeton me bashkëshort/e
 I/e ve I/e martuar por i/e ndarë I/e divorcuar të tjera _____

Gjatë 6 muajve të fundit, a keni jetuar me bashkëshort/e apo partnerë?

Jo - ju lutem shkoni tek faqja 2

Po - Rrethoni alternativat 0,1 apo 2 duke shprehur qëndrimet e dhëna për të përshkruar marrëdhënjen tuaj gjatë 6 muajve të fundit.

0 = e pavërtetë (për aq sa ju dini) 1= deri diku / ndonjëherë e vërtetë 2 = shumë apo shpesh e vërtetë

0 1 2 A. Unë shkoj mirë me bashkëshortin/en apo partnerin.	0 1 2 E. Unë dhe partneri/ja nuk pajtohemi me planifikim të jetës, si psh, me vendin ku ne jemi duke jetuar.
0 1 2 B. Unë dhe bashkëshorti / partneri kemi problem në ndarjen e përgjegjësisë.	0 1 2 F. Unë nuk shkoj mirë me familjen e partnerit/es.
0 1 2 C. Unë jam I/e kënaqur me bashkëshortin / partnerin.	0 1 2 G. Mua me pëlqejnë miqt e partnerit/es.
0 1 2 D. Unë dhe partneri/ja kënaqemi me gjëra të ngjashme.	0 1 2 H. Sjellja e partnerit/es më pengon.

III. Familja

Në krahasim me të tjerët, a:		Më keq se të tjerët	Si të gjithë të tjerët	Më mirë se të tjerët	S'm baj kontakt
A. Shkoni mirë me vëllezërit?	<input type="checkbox"/> Unë nuk kam vëllezër	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Shkoni mirë me motrat?	<input type="checkbox"/> Unë nuk kam motra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Shkoni mirë me nënën?	<input type="checkbox"/> Nëna ka vdekur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Shkoni mirë me babain?	<input type="checkbox"/> Babai ka vdekur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Shkoni mirë me fëmijët tuaj biologjik apo të adoptuar?	<input type="checkbox"/> Unë nuk kam fëmijë				
1. Fëmiju më I parë	<input type="checkbox"/> Nuk vlenë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fëmiju I dytë	<input type="checkbox"/> Nuk vlenë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fëmiju I tretë	<input type="checkbox"/> Nuk vlenë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fëmijë të tjerë.	<input type="checkbox"/> Nuk vlenë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. A shkoni mirë me fëmijët e burrit / gruas?	<input type="checkbox"/> Unë nuk kam fëmijë të burrit/gruas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puna: Gjatë 6 muajve të fundit, a keni punuar ndonje punë me pagesë? (përfshier vetëpunësimin apo shërbimin ushtarak).

Jo - ju lutem kaloni tek pjesa e 5-të.

Po - ju lutem përshkruani punën e bërë. _____

Rrethoni 0, 1 apo 2 përveq pyetjeve nga A deri në I për të përshkruar përvojën tuaj në punët e bëra 6 muajve të fundit.

0 = e pavërtetë (për aq sa ju dini) 1= deri diku / ndonjëherë e vërtetë 2 = shumë apo shpesh e vërtetë

0 1 2 A Unë punoj mirë me të tjerët	0 1 2 F Bëj gjëra të cilat ma rrezikojnë vendin e punës
0 1 2 B Unë nuk kaloj mirë me punëdhënësit	0 1 2 G Ndonjëherë nuk shkoj në punë pa ndonjë arsye (pa qenë I sëmurë apo në pushime)
0 1 2 C E punoj mirë punën time	0 1 2 H Puna ime është shumë stresuese
0 1 2 D Kam vështirësi në përfundimin e punëve	0 1 2 I Brengosem shumë për punën time
0 1 2 E Jam I kënaqur me situatën time në punë	

V. Edukimi: Gjatë 6 muajve të fundit, a keni shkuar në shkollë, fakultet, apo në ndonjë program tjetër edukativ?

Jo - ju lutem kaloni tek pjesa e 5-të.

Po - qfarë shkolle apo programi keni ndjekur? _____

Qfarë titulli apo diplome ju do të mborni? _____ Lëmia _____

Rrethoni 0, 1 apo 2 përveq në pyetjet nga A deri në E për të përshkruar përvojën e shkollimit tuaj gjatë 6 muajve të fundit.

0 = e pavërtetë (për aq sa ju dini) 1= deri diku / ndonjëherë e vërtetë 2 = shumë apo shpesh e vërtetë

- 0 1 2 A. Unë shkoj mirë me studentët e tjerë
 0 1 2 B. Unë e arrij atë që dua
 0 1 2 C. Unë kam vështirësi në përfundimin e detyrave

- 0 1 2 D. Unë jam I kënaqur me zhvillimin tim edukativ
 0 1 2 E. Bëj gjëra të cilat mund të më bëjnë të dështoj

VI. A keni ndonje sëmundje, qregulim apo paafësi? Jo Po – ju lutem përshkruani:

VII. Ju lutem përshkruani shqetësimet e juaja lidhur me familjen, punën, shkollimin, apo ndonjë gjë tjetër:

Nuk keni shqetësime.

VIII. Ju lutemi, përshkruani qfarë ju pëlqen më shumë tek vetja

IX. Më poshtë janë të shtruara pyetjet lidhur me karakteristikat e individëve. Për secilën pyetje, rrethoni 0,1 apo 2 të përshkruani veten tuaj për 6 muajt e fundit. Ju lutem përgjigjuni në të gjitha pyetjet sa më mirë që mundeni, edhe nëse ndonjëra prej tyre nuk vlen për ju.

0 = e pavërtetë (për aq sa ju dini) 1= deri diku / ndonjëherë e vërtetë 2 = shumë apo shpesh e vërtetë

- | | |
|---|---|
| 0 1 2 1. Unë harroj shumë | 0 1 2 20. Unë I shkatërroj gjërat e mija. |
| 0 1 2 2. Unë I shfrytëzoj mundësitë e dhëna | 0 1 2 21. Unë I shkatërroj gjërat e të tjerëve. |
| 0 1 2 3 Unë përleham shumë | 0 1 2 22. Brengosem për të ardhmen time. |
| 0 1 2 4 Unë I shfrytëzoj shkathtësitë e mija gjatë punës | 0 1 2 23. I thej rregullat në punë dhe kudo tjetër. |
| 0 1 2 5 Unë I fajsoj të tjerët për problemet e mija | 0 1 2 24. Nuk ushqehem mjaftueshëm. |
| 0 1 2 6 Unë përdori barëra (përveq alkolit dhe nikotinës)
pa qëllime mjekësore (përshkruaj): _____ | 0 1 2 25. Nuk shkoj mirë me të tjerët. |
| _____ | 0 1 2 26. Nuk ndihem fajtor pasi të kem bërë diçka
që s'duhet ta kasha bërë. |
| 0 1 2 7. Unë mburrem | 0 1 2 27. Jam xheloz ndaj të tjerëve. |
| 0 1 2 8. E kam të vështirë të koncentrohem dh eta mbaj
vëmendjen në punët që bëj. | 0 1 2 28. Nuk shkoj mirë me familjen time. |
| 0 1 2 9. Nuk mund ta largoj mendjen nga disa gjëra: _____ | 0 1 2 29. Kam frikë nga disa kafshë, situatë apo vende
(përshkruaj): _____ |
| _____ | _____ |
| 0 1 2 10. E kam të vështirë të qëndroj i ulur. | 0 1 2 30. Kam marrdhënje të dobëta me gjininë e kundërt. |
| 0 1 2 11. Unë varem shumë nga të tjerët. | 0 1 2 31. Frigohe se mund të mendoj apo të bëj diçka të keqe. |
| 0 1 2 12. Ndihe me I vetmuar. | 0 1 2 32. Ndjej se duhet të jem I përkryer. |
| 0 1 2 13. Ndihe me I hutuar, si në mjegull. | 0 1 2 33. Ndjej se askush nuk më do. |
| 0 1 2 14. Unë qaj shumë. | 0 1 2 34. Ndjej se dikush po më përcjell. |
| 0 1 2 15. Unë jam I ndershëm. | 0 1 2 35. Ndihe me I pavlerë apo I ulët. |
| 0 1 2 16. Unë jam I ligë ndaj të tjerëve. | 0 1 2 36. Shpesh herë lëndohem pa dashje. |
| 0 1 2 17. Unë ëndërroj s'sh shumë syhapur. | |
| 0 1 2 18. Unë qëllimisht tentoj të lëndohem apo ta vras
veten. | |
| 0 1 2 19. Mundohem të kem vëmendjen e të tjerëve. | |

- 0 1 2 37. Unë futem në përleshje.
- 0 1 2 38. Nuk kam marrdhënje me fqinjët e mi.
- 0 1 2 39. Shoqërohem me njerëz që futen në telashe.
- 0 1 2 40. Dëgjoj tinguj apo zëra që nuk janë aty
(Përshkruaj): _____
- 0 1 2 41. Jam gjak nxehtë dhe veproj pa menduar.
- 0 1 2 42. Më shumë preferoj të rri vetëm se sa me të tjerët.
- 0 1 2 43. Unë gënjëj apo mashtroj.
- 0 1 2 44. Ndihem I lodhur nga përgjegjësitë e mija.
- 0 1 2 45. Jam I nervozuar apo I tensionuar.
- 0 1 2 46. Pjesë të trupit tim dridhen (përshkruaj)

- 0 1 2 47. Më mungon vetbesimi.
- 0 1 2 48. Nuk jam si të tjerët.
- 0 1 2 49. Disa gjëra mund t'i bëj më mirë se të tjerët.
- 0 1 2 50. Ndihem I tmerruar, apo në ankth.
- 0 1 2 51. Më mirren mendët apo muk e ndjej kokën.
- 0 1 2 52. Ndihem tepër fajtor.
- 0 1 2 53. Kam vështirësi ta planifikoj të ardhmen.
- 0 1 2 54. Ndihem I lodh pa ndonjë arsye të mirë.
- 0 1 2 55. Disponimi im luhetet nga gëzimi në pikëllim.
- 0 1 2 56. Probleme shëndetësore **pa shkak mjekësor:**
- 0 1 2 a. Dhembje (jo të barkut apo të kokës).
- 0 1 2 b. Kokëdhimbje.
- 0 1 2 c. Të vjellura, apo ndiheni I sëmurë.
- 0 1 2 d. Probleme me të pamurit (jo probleme që korrektohen me syze) (Përshkruaj):

- 0 1 2 e. Skuqje / kruarje apo probleme të tjera të lëkurës.
- 0 1 2 f. Dhimbje të barkut.
- 0 1 2 g. Të vjellura.
- 0 1 2 h. Të rrahura të qregullta apo të shpejta të zemrës.
- 0 1 2 i. Ndiheni I zbrazët
- 0 1 2 . 57. Fizikisht I sulmoj të tjerët.
- 0 1 2 58. E kruaj lëkurën apo pjesë të tjera të trupit (përshkruaj) _____
- 0 1 2 59. Nuk arrij ti përfundoj gjërat që kam nisur.
- 0 1 2 60. Nuk gjej kënaqësi në gjërat që bëj.
- 0 1 2 61. Rezultati im është I dobët.
- 0 1 2 62. Kam kordinim të dobët apo jam I ngathët.
- 0 1 2 63. Më shumë më pëlqen të shoqërohem me më të moshuarit se sa me moshatarët.
- 0 1 2 64. E kam të vështirë ti rradhis gjërat sipas rëndësisë.
- 0 1 2 65. Refuzoj të flas.
- 0 1 2 66. Disa veprime I përsëris vazhdimisht (përshkruaj):

- 0 1 2 67. E kam të vështirë të zë apo të dhe të mbaj miq.
- 0 1 2 68. Unë bërtas shumë.
- 0 1 2 69. Unë jam I mbylltur, I mbaj gjërat në vete.
- 0 1 2 70. Unë shoh gjëra që të tjerët mendojnë se nuk janë të vërteta (Përshkruaj): _____
- 0 1 2 71. Unë jam I vetëdijshëm dhe lehtë turpërohem.
- 0 1 2 72. Unë brengosem për familjën time.
- 0 1 2 73. Unë i bart përgjegjësitë e mija për familjen time.
- 0 1 2 74. Unë mburrem para të tjerëve apo I bëj për të qeshur.
- 0 1 2 75. Unë jam shumë I turpshëm, I heshtur.
- 0 1 2 76. Unë sillem si I pa përgjegjshëm.
- 0 1 2 77. Unë flej më gjatë se të tjerët gjatë ditës apo natës (përshkruaj): _____
- 0 1 2 78. E kam të vështirë të marr vendime.
- 0 1 2 79. Kam problem në të folur (përshkruaj):

- 0 1 2 80. I kërkoj me vendosmëri te drejtat e mija.

- 0 1 2 81. Sjellja ime është e ndryshueshme.
- 0 1 2 82. Unë marr gjëra pa pyetur (vjedhi).
- 0 1 2 83. Lehtë mërzitem – më humb interesimi.
- 0 1 2 84. Unë bëj gjëra që njerëzve të tjerë ju duken të quditshme (përshkruaj): _____
- 0 1 2 85. Mendimet e mija të tjerëve ju duken të quditshme (përshkruaj): _____
- 0 1 2 86. Jam kokëfort, Ingrysur dhe I irritueshëm.
- 0 1 2 87. Disponimi dhe ndjenjat e mija ndërrojnë papritur.
- 0 1 2 88. Kënaqem në praninë e të tjerëve.
- 0 1 2 89. Nxitohem në gjëra pa e marrë parasysh rrezikun apo pasojat.
- 0 1 2 90. Pij shumë alcohol dhe dehem.
- 0 1 2 91. Mendoj për ta vrarë veten.
- 0 1 2 92. Bëj gjëra të cilat mund të më fusin në telashe me ligjin.
- 0 1 2 93. Unë flas shumë.
- 0 1 2 94. Unë I ngacmoj të tjerët.
- 0 1 2 95. Jam gjaknxehtë.
- 0 1 2 96. Mendoj tepër në sex.
- 0 1 2 97. Unë kërcënoj se do ti lëndoju të tjerët.
- 0 1 2 98. Më pëlqen të ju ndihmoj të tjerëve.
- 0 1 2 99. Smë pëlqen të qëndroj gjatë në një vend.
- 0 1 2 100. Kam vështirësi të më zëjë gjumi (Përshkruaj): _____
- 0 1 2 101. Ndonjëherë nuk shkoj në punë edhe kur nuk jam I sëmur apo në pushime.
- 0 1 2 102. Nuk kam energji të mjaftueshme.
- 0 1 2 103. Jam I pa lumtur dhe I pikëlluar.
- 0 1 2 104. Jam më I zhurmshëm se të tjerët.
- 0 1 2 105. Njerëzit mendojnë se nuk jam i organizuar.
- 0 1 2 106. Mundohem të jem I drejtë ndaj të tjerëve.
- 0 1 2 107. Ndjeh se nuk mund të kem sukses.
- 0 1 2 108. Shpesh I humb gjërat.
- 0 1 2 109. Më pëlqen të provioj gjëra të reja.
- 0 1 2 110. Do të dëshiroja të këm gjininë e kundërt.
- 0 1 2 111. Mundohem të mos përfshihem me të tjerët.
- 0 1 2 112. Brengosem shumë.
- 0 1 2 113. Brengosem rreth raportit tim me gjininë e kundërt.
- 0 1 2 114. Nuk arrij ti paguaj borxhet apo ti kryej obligimet e tjera financiare.
- 0 1 2 115. Ndihem I papushueshëm dhe nervoz.
- 0 1 2 116. Pikëllohem lehtë.
- 0 1 2 117. Kam vështirësi të menaxhoj paratë apo kartelat e kreditit.
- 0 1 2 118. Unë s'mund të pres aspak.
- 0 1 2 119. Nuk jam I mirë me imtësitë.
- 0 1 2 120. Unë vozis shumë shpejt.
- 0 1 2 121. SHpesh vonohem për ne takime.
- 0 1 2 122. Kam vështirësi ta mbaj punën.
- 0 1 2 123. Jam një person I lumtur.
124. Brenda 6 muajve të fundit, sa cigare I keni ndezur në ditë (përfshier duhanin pa tym)? _____ në ditë.
125. Brenda 6 muajve të fundit, sa ditë jeni dehur? _____ ditë.
126. Brenda 6 muajve të fundit, sa herë keni përdorur barëra pa qëllime mjekësore? (përfshier marihuanën, kokainën, dhe drogat e tjera, përveq alcoholit dhe nikotinës). _____ ditë.