

**PROTOKOLLI KOMBËTAR I PRAKTIKËS KLINIKE
PËR MENAXHIMIN E PROBLEMEVE TË
SHËNDETIT MENDOR TEK PRINDËRIT PAS
LINDJES SË FOSHNJËS SË TYRE**

Data e botimit: 2024

Data e rivlerësimit: *sipas nevojës*

Grupi i punës:

- Prof. Ermira Kola.....Shefe e Shërbimit të Reanimacionit Pediatrik - QSUT
- Prof. Asoc. Alketa Hoxha (Qosja).....Shefe e Shërbimit të Neonatologjisë
- Dr. Spiro Damo.....Neonatolog
- Dr. Gentiana Gora.....Neonatologe
- Dr. Evelina Kreko.....Neonatologe
- Festime Sadikaj (Serjani).....Kryeinfermiere e Neonatologjisë, SUOGJ "Koço Gliozheni", Tiranë
- Eralda Mance.....Infermiere e Neonatologjisë, SUOGJ "Mbretëresha Geraldinë", Tiranë
- Dr. Mirela Metaj.....Neonatologe
- Ketrin Zeno.....MSHMS
- Andoneta Njehrrëna.....MSHMS
- Prof. Gentjana Qirjako.....Shefe e Departamentit të Shëndetit Publik – UMT

Një falenderim për bashkëpunimin e specialistëve:

- Z. Ilir Shamata..... QKCSAISH
- Znj. Blerina Saraçi.....Shërbimi i Imazherisë dhe Mjekësisë Nukleare
- Znj. Irena Korita.....Shërbimi i Labororit Klinik-Biokimik dhe Mikrobiologjik

Ky protokoll është përgatitur nga grupi i punës i ngritur nga MSHMS në Urdhërin me Nr. 390, datë 29.06.2022: "Për ngritjen e grupit të punës për përgatitjen e Protokolleve mjekësore dhe infermierore për shërbimin e Neonatologjisë"

Ky dokument u hartua dhe publikua me mbështetjen teknike dhe financiare të zyrës së UNICEF në Shqipëri.

Përmbajtja në këtë botim është përgjegjësi e autorëve dhe nuk pasqyron domosdoshmërisht pikëpamjet e UNICEF në Shqipëri.

PASQYRA

Akronimet.....	5
Qëllimi dhe Objektivat.....	6
Hyrje.....	7
Depresioni në shtatzani.....	7
Depresioni pas lindjes.....	11
Pyetësi i Edinburgut.....	11
Prevalenca e DPL.....	14
"Dëshpërimi" pas lindjes.....	14
Shkatarët e DPL.....	16
Stresi post-traumati.....	19
Prindërit që kanë foshnjat në RTIN.....	20
Humbja e të porsalindurit.....	21
Ofrimi i kujdesit shëndetësor.....	26
Roli i psikologut.....	29
Indikatorët e monitorimit.....	31
Bibliografia.....	32

AKRONIMET

DPP	Depresioni pas lindjes
EDPS	shkalla e Depresionit Postnatal të Edinburgut
ICD	Klasifikimi Ndërkombëtar i Sëmundjeve
LMIC	Vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme
PTSD	Çregullim i Stresit Post-traumatik
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
RTIN	Reparti i Terapise Intensive Neonatale

Përdoruesit e Protokollit

Protokolli kombëtar i praktikës klinike për ekzaminimin e të porsalindurit është hartuar të përdoret nga gjithë stafi shëndetësor (mjek dhe infermier) për të menaxhuar problemet e shëndetit mendor tek nënat pas lindjes dhe tek prindërit që kanë foshnjën e tyre të sëmurë që po trajtohet në kujdesin intensiv në maternitetet bashkiake, maternitetet e qarqeve dhe maternitetet terciare ku janë dhe dy repartet e terapisë intensive neonatale pranë SUOGJ "Mbretëresha Geraldinë" dhe SUOGJ "Koço Gliozheni" në Tiranë.

Gjithashtu u drejtohet të gjithë stafit shëndetësor në konsultore që ofron kujdesin shëndetësor për foshnjat pas lindjes deri në fund të muajit të parë të jetës (0÷28 ditë pas lindjes), personave që kanë përgjegjësi për planifikimin, monitorimin dhe supervizimin e shërbimeve të kujdesit për të porsalindurin.

Popullata e përfshirë: Të porsalindurit me moshë 0 ÷ 28 ditësh, prindërit/ kujdestarët e foshnjës, përgjegjësit e reparteve të neonatologjisë pranë materniteteve bashkiake dhe të qarqeve dhe të shërbimeve terciare, stafi shëndetësor në shërbimin parësor-konsultore, drejtuesit e materniteteve dhe gjithashtu vendimmarrësit e të gjitha niveleve lidhur me kujdesin shëndetësor për foshnjën.

Qëllimi i Protokollit

Qëllimi i hartimit të këtij protokollit është që personeli të informohet dhe të dijë si të menaxhojë problemet e shëndetit mendor tek nënat pas lindjes dhe tek prindërit që kanë foshnjën e tyre të sëmurë që po trajtohet në kujdesin intensiv neonatal.

Gjithashtu duhet që të unifikohet qëndrimi i stafit të profesionistëve për të menaxhuar problemet e shëndetit mendor tek nënat pas lindjes dhe tek prindërit që kanë foshnjën e tyre të sëmurë që po trajtohet në kujdesin intensiv neonatal.

Hyrje

Shtatzënia, lindja dhe prindërimi i hershëm mund të jenë stresuese sepse mund të ndryshojnë identitetin e gruas, shëndetin fizik dhe situatën ekonomike. Ankthi dhe depresioni perinatal në periudhën perinatale janë të zakonshme, duke prekur rreth 1 në 10 gra në vendet me të ardhura të larta dhe një në pesë në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme (LMICs), duke treguar rëndësinë e mbështetjes për shëndetin mendor perinatal në nivel global.

Gratë me probleme ekzistuese të shëndetit mendor mund të zbulojnë se simptomat e tyre përkeqësohen gjatë periudhës perinatale. Të tjerët mund të përjetojnë probleme të shëndetit mendor për herë të parë gjatë kësaj periudhe.

Përkeqësimi i shëndetit mendor të një gruaje gjatë periudhës perinatale mund të ndikojë në mirëqenien e saj, por edhe të foshnjës, si dhe të familjes së saj. Problemet e shëndetit mendor shoqërohen me rreziqe më të larta të komplikimeve obstetrike (p.sh., pre-eklampsia, hemorragji, lindje të parakohshme, feto-morto) dhe vetëvrasje. Depresioni gjatë shtatzënisë mund të ndikojë në peshën e foshnjës në lindje. Stresi dhe ankthi gjatë shtatzënisë gjithashtu mund shkaktojnë peshë të ulët lindjeje. Ai është shpesh një parashikues i depresionit pas lindjes. Ka gjithmonë rrezik, ashtu si në diagnostikimin e DPP, se shtatzëna nuk do të zbulojë ndonjë problem të shëndetit mendor nga frika e pasojave të mundshme: stigma e të qenit të etiketuar si "e çmendur", qëndrime negative të punonjësve të shëndetësisë, apo qëndrime negative edhe të vetë familjarëve. Nga ana tjetër prindërit me foshnja të lindura para kohe përballen me një rrezik në rritje të funksionimit të dobët emocional, ankthit dhe çrregullimeve të humorit, të cilat mund të ndryshojnë prindërimin dhe foshnjat gjithashtu mund të jenë në rrezik të shtuar të vështirësisë në të ushqyerit dhe në lidhjen me prindërit e tyre.

Depresioni në shtatzëni

Shumë vëmendje i është kushtuar çrregullimeve të shëndetit mendor perinatal dhe DPP në veçanti, por deri kohët e fundit ka pasur pak hulumtime mbi efektet e periudhës prenatale në humorin e nënës. Besohet se gjendja e shtatzënisë i mbron gratë nga ndjenjat e dëshpërimit, prandaj, përmirësimi i shëndetit mendor të nënës gjatë shtatzënisë mund të konsiderohet si një qëllim legjitim.

Depresioni është më i përhapur në gratë midis moshës 18 dhe 44 vjeç dhe kjo është periudha më e mundshme në të cilin gratë mbeten shtatzënë.

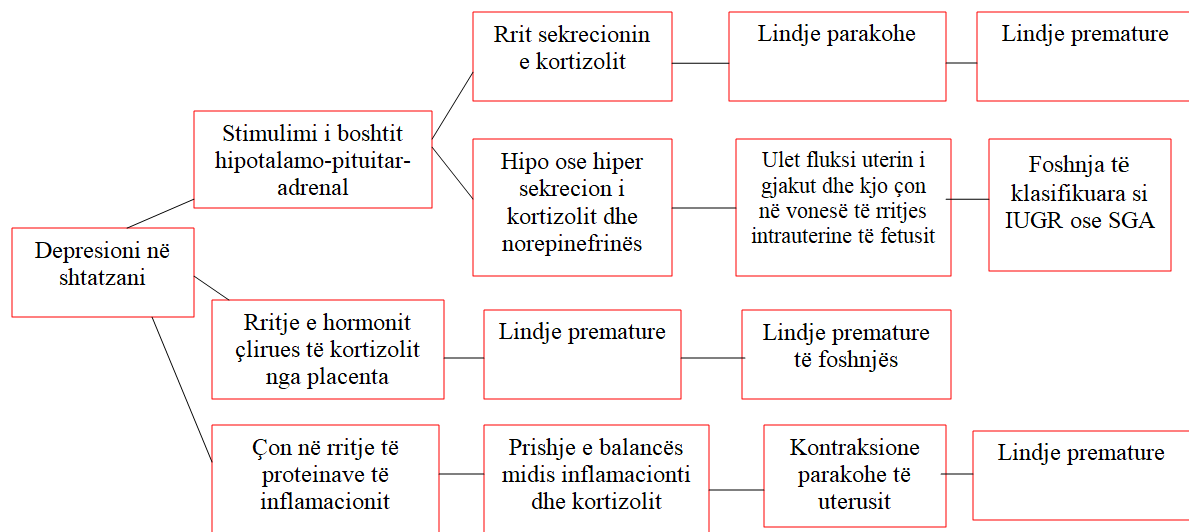
Është e mundur që ndryshimet hormonale të jenë përgjegjëse, por nuk ka evidenca të mjaftueshme. Megjithatë, ndryshimet biologjike të përqëndrimeve të rritura të steroideve seksuale gjatë shtatzënisë njihen të kenë një efekt të drejtpërdrejtë në gjendjen emocionale të nënës. Shtatzënia është një ngjarje e rëndësishme që ndryshon jetën kështu që nuk është jashtë sferave të mundësisë që gratë mund të bien në depresion gjatë kësaj periudhe, veçanërisht nëse kjo është e përbërë nga faktorë stresues të jetës të listuar si më poshtë:

- Studimet kanë treguar se privimi socio-ekonomik, papunësia dhe varfëria ekspozojnë nënat në depresionin para lindjes.
- Mbështetja e dobët sociale, mungesa e një partneri mbështetës dhe mosmarrëveshjet në marrëdhëniet martesore janë gjithashtu një faktor rreziku.
- Një episod i mëparshëm i depresionit gjithashtu ka të ngjarë të tregojë një rishfaqje të mundshme të simptomave depressive.

- Edhe pse ka pak studime, ka edhe evidenca që sugjerojnë se dhuna në familje rrit rrezikun e depresionit prenatal. Nuk është bërë asnjë hulumtim i detajuar mbi faktin se pse burrat sulmojnë partnerët e tyre shtatzëna, por në disa raste burrat duket se duan të shkaktojnë qëllimisht abortin. Arsyeja më e mundshme është se grua është më e dobët dhe e paaftë të reagojë ose të mbrojë veten. Është i regjistruar fakti që dhuna në familje rritet me martesën, kur një grua ka fëmijë dhe kur ajo është shtatzënë. Kjo, si çdo abuzim, çon në ndryshime të rëndësishme në psikologjinë e grave.
- Ka dëshmi se abuzimi seksual në fëmijëri mund t'i predispozojë gratë për depresion në shtatzëni. Pamundësia për të kontrolluar këto ndryshime fizike dhe emocionale mund të pasqyrojnë ndjenja të ngjashme të abuzimit. Një histori abuzimi seksual mund të shoqërohet me një neveri ndaj kujdesit obstetrikal rutinë. Kjo, nga ana tjetër, mund të lidhet me tokofobinë primare. Është e mundur që trauma e një lindjeje vaginale mund të shkaktojë një rilindje të kujtimeve të abuzimit.
- Modelet e dobëta prindërore janë gjithashtu një faktor rreziku, mungesa e mbështetjes nga familja dhe miqtë mund të ketë një ndikim serioz negativ. Roli jetësor që familjet luajnë në mbështetjen e gruas shtatzënë njihet në shumë studime, jo vetëm në ato të përfshira në shëndetin mendor perinatal. Ky është një rol i veçantë, por që mund të integrohet nga profesionistë të shëndetit dhe agjencitë multidisciplinare.
- Shtatzënia e paplanifikuar është gjithashtu një faktor rreziku.
- Faktor tjetër rreziku është edhe vulnerabiliteti hormonal p.sh. gratë me Sindromë Premenstruale, çrregullim disforik Pre-Menstrual, patologji mjekësore të nënës (p.sh. çrregullime tiroidale, diabeti), komplikime fetale (p.sh: keqformime parësore dhe / ose sekondare).
- Përdorimi i substancave psikoaktive (droga, alkooli, substanca dopingu) konsiderohen po ashtu si faktorë rreziku.

Simptomat depresive në shtatzëni

- Paaftësi në përqëndrim.
- Ankth.
- Irritim ekstrem me të tjerët dhe me veten.
- Probleme të gjumit (pagjumësia / gjumë i tepërt).
- Humbja / rritja e oreksit.
- Ndjesi lodhjeje në shumicën e kohës.
- Paaftësi për të përjetuar kënaqësi.
- Trishtim i vazhdueshëm dhe lot.
- Agorafobi: Vështirësia në daljen nga shtëpia dhe ekspozimi i vetes në situata shoqërore.
- Tendenca obsesive-kompulsive, siç janë larja e duarve në mënyrë të përsëritur.



Në algortimin mësipër tregohet sesi depresioni në shtatzani ndikon në zhvillimin e fetusit in utero dhe pas lindjes së foshnjës

Për më tepër, mund të ndodhë që, krahas vështirësive fiziologjike të periudhës perinatale, prindërit të përballen me situata të pafavorshme, të cilat mund të përfshijnë shëndetin fizik të nënës ose fëmijës dhe shëndetin mendor të prindërve (lindja e parakohshme, fekondimi in vitro, patologjia e nënës, shtrimi në Kujdesin Intensiv Neonatal, vdekja e foshnjës). Së fundi, tashmë dihet se prania e ngjarjeve stresuese dhe situatave traumatike, të tashme apo të shkuara, në jetën e prindërve dhe anëtarëve të familjes mund të përjetohen në mënyrë të amplifikuar në një moment kaq të ndjeshëm. Prandaj, nevoja për t'i kushtuar vëmendje gjithnjë e më të madhe periudhës perinatale shfaqet gjithnjë e më qartë me qëllim jo vetëm parandalimin mjekësor, në mënyrë që të promovohet "një mirëqenie totale fizike, mendore dhe sociale" (OBSH, 2022) në përputhje me përkufizimin e OBSH-së për shëndetin.

Më poshtë është një përmbledhje e treguesve të rrezikut perinatal.

- Të vazhdueshme (që karakterizojnë në mënyrë të përhershme personin) të një natyre: biologjike, psikologjike ose ekologjike
- Kalimtare (që karakterizon një periudhë ose situatë stresi të lartë)

Treguesit e rrezikut biologjik:

- Anemia nga mungesa e hekurit
- Vulnerabiliteti hormonal
- Kequshqyerja e nënës
- Përdorimi/abuzimi i drogës, alkoolit dhe medikamenteve
- Pagjumësia

Treguesit e rrezikut obstetrikogjinekologjik:

- *Komplikimet në shtatzëni:*
 - shtatzënia e padëshiruar
 - abortet e mëparshme (, aborte vullnetare / spontane, vdekje intrauterine)
 - përvojat e mëparshme traumatike në lidhje me shtatzëninë

- shtatzënia nga fekondimi i asistuar
- *Komplikimet gjatë lindjes:*
- Lindja distocike (prerje cezariene, forceps, etj.)
- mungesa e perceptuar e mbështetjes dhe ndihmës në sallën e lindjes

Treguesit e rrezikut neonatal:

- Vështirësi në lidhje me ushqyerjen me gji
- Përvojat e mëparshme traumatike
- Patologjia e të porsalindurit (keqformime, prematuritet, etj.)
- “Temperamenti” i vështirë i fëmijës

Treguesit e rrezikut psikologjik:

- Ngjarjet stresuese të jetës (një proces zie i papërpunuar, dhunë në familje, sëmundje të rënda të personave të dashur, ndarje, pushime nga puna, transferime, etj.)
- Vështirësi në marrëdhëniet në çift
- Mungesa e partnerit
- Vetmia, mungesa e mbështetjes emocionale dhe sociale, konfliktet me familjen e origjinës, konteksti ambiental që nuk funksionon
- Shtatzënitë e të miturve
- Papunësia, braktisja e profesionit pas lindjes së fëmijës

Treguesit e rrezikut psikopatologjik/psikiatrik:

- Histori personale ose familjare të çrregullimeve psikiatrike
- Farmakoterapia e mëparshme ose e vazhdueshme
- Depresioni ose ankthi gjatë shtatzënisë
- Dëshpërimi i lindjes ose depresioni pas lindjes në lindjet e mëparshme

Treguesit social për aktivizimin e Shërbimit Social Spitalor:

- Personi i trajtuar nga Shërbimet Sociale
- Përdorimi/abuzimi i mëparshëm i substancave narkotike, alkoolit dhe drogës
- Pacient i mitur
- Familjet me një prind
- Konteksti familjar me dinamika relacionale problematike
- Papunësia, humbja e punës, braktisja e profesionit pas lindjes së fëmijës
- Situata të izolimit social, relational, rrjet familjar i largët ose inekzistent
- Vështirësi ekonomike/papunësi
- Pasiguria në lidhje me banesën
- Dhuna në familje
- Niveli i ulët arsimor

Faktorët kryesorë mbrojtës

- Marrëdhënie të qëndrueshme me partnerin
- Reagimi pozitiv i partnerit ndaj lajmit të shtatzënisë
- Prania e mbështetjes konkrete
- Prania e mbështetjes emocionale
- Ushqyerja me gji
- Stabiliteti socio-ekonomik

- Pacientja e ndjekur gjatë shtatzënisë dhe pas lindjes nga Shërbimet Shëndetësore
- Niveli arsimor

Depresioni pas lindjes

Në dekadat e fundit fenomeni i depresioni post partum (DPP) është në rritje si në njohje dhe në vëmendje. Arsytet për këtë nuk janë të qarta, por në 30 vitet e fundit ka pasur një rritje interesi në debatin mbi shëndetin mendor perinatal dhe një rritje interesi për DPP. Shëndeti i keq mendor ka një ndikim të rëndësishëm në jetën e nënës, të foshnjës, familjes, miqve dhe komunitetit në përgjithësi. Duke qenë se kjo gjendje po haset shpesh, ka shumë rëndësi njohja nga profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor e simptomave edhe arsyet pse gratë vuajnë nga DPP.

Ekzaminimi rutinë i nënave për depresion pas lindjes nga pediatri sigurisht që do të identifikojë gratë në rrezik për depresion pas lindjes. Duke pasur parasysh rëndësinë e shëndetit mendor të nënës në mirëqenien e foshnjës së saj, Akademia Amerikane e Pediatriisë (AAP) publikoi një raport të fundit i cili rekomandon që pediatri të kontrollojnë nënat për depresion pas lindjes në vizitat një, dy dhe katër mujore të foshnjës.

Për këtë qëllim duhet të informohet stafi shëndetësor, mjek neonatolog dhe mjek ne konsultore dhe infemierët që kujdesen për nënën dhe foshnjën me pyetësorin e mëposhtëm dhe ta aplikojnë tek nënat gjatë vizitave.

Pyetësori i Edinburgut (Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS))

Emër: Adresa:

Data juaj e lindjes:

Data e lindjes së bebit : Telefon:

1. Statusi civil

2. Statusi social-ekonomik

Beqare

I ulët

E martuar/bashkëjetues

Mesatar

E ndarë/ e divorcuar

I lartë

Vejushë

Partner

Nëse jeni shtatzënë ose keni lindur një fëmijë kohët e fundit, do të donim të dinim se si ndiheni. Ju lutem jepni përgjigjen më të afërt se si jeni ndjerë në 7 ditët e fundit, jo si ndiheni sot

▪ Jam ndjerë e lumtur:

- Po, gjatë gjithë kohës
- Po, shumicën e kohës
- Jo shumë shpesh
- Jo, aspak

Në 7 ditët e fundit:

▪ Kam qenë e aftë të gesh dhe të shoh anën zbavitëse të gjërave

- Aq shumë sa kam mundur

- Tani jo dhe aq shumë si gjithmonë
- Tani më pak se zakonisht
- Aspak

▪ **Kam arritur gjithmonë t'i shijoj gjërat**

- Aq shumë sa kam mundur
- Aktualisht jo dhe aq shumë
- Definitivisht më pak se zakonisht
- Aspak

▪ **Kam fajësuar shpesh veten kur gjërat shkonin keq**

- Po, në shumicën e rasteve
- Po, në disa raste
- Jo shumë shpesh
- Jo, kurrë

▪ **Kam qenë në ankth ose e shqetësuar pa arsye**

- Jo, aspak
- Thuajse aspak
- Po, ndonjëherë
- Po, shumë shpesh

▪ **Jam ndjerë e frikësuar ose në panik pa arsye**

- Po, mjaft shpesh
- Po, ndonjëherë
- Jo, jo shumë
- Jo, aspak

▪ **Ndihem e mposhtur nga situatat**

- Po, në shumicën e kohës nuk kam qenë në gjendje të përballem me to
- Po, ndonjëherë nuk kam qenë në gjendje të përballem me to si zakonisht
- Jo, në shumicën e kohës i kam përballuar mirë ato
- Jo, jam përballur mirë me to si gjithmonë

▪ **Isha kaq e trishtuar sa kisha probleme me gjumin**

- Po, shumicën e kohës
- Po, ndonjëherë
- Jo shumë shpesh
- Jo, aspak

▪ **Jam ndjerë e trishtuar dhe e pakënaqur**

- Po, shumicën e kohës
- Po, shpesh
- Jo shumë shpesh
- Jo, aspak

▪ **Kam qënë aq e trishtuar sa kam qarë**

- Po, shumë shpesh
- Po, shpesh
- Vetëm në raste të caktuara
- Jo, kurrë

▪ **Mendimi për të lënduar veten më ka kaluar në mendje**

- Po shpesh
- Ndonjëherë
- Pothuajse asnjëherë
- Asnjëherë

Është e qartë se gratë kanë më shumë gjasa të vuajnë nga DPP, nëse kanë përjetuar një numër të caktuar ngjarjesh stresuese në një periudhë të shkurtër kohore, të tilla si:

- ✓ Depresion të mëparshëm,
- ✓ Një fëmijë të parakohshëm ose shumë të sëmurë,
- ✓ Mosprezenca e një partneri mbështetës,
- ✓ Humbjen e nënës që fëmijë,
- ✓ Një periudhë zie,
- ✓ Probleme në marrëdhënie,
- ✓ Probleme financiare,
- ✓ Shqetësime përsa i përket strehimit.

Prevalenca e DPP

Prevalenca e DPP ndryshon dhe kjo ndryshueshmëri në shtete të ndryshme është për shkak të faktorëve social-kulturorë, qasjeve ndaj problemeve psikologjike dhe stigmës përreth tyre, si dhe faktorët biologjikë dhe fiziologjikë që lidhen me ndjeshmërinë hormonale.

Kohëzgjatja e çrregullimeve vazhdon për disa muaj. Ajo gjithmonë duhet të trajtohet dhe në shumicën e rasteve (nga 25% në 60%) shkon në remision pas gjashtë muajsh, ndërsa 15 % -25 % pas një viti dhe 10 % - 15 % vazhdon të mos gjejë dobi nga trajtimi i propozuar dhe mund të çojë në kronicitet. Studimet njëvjeçare që nga fillimi i simptomave, kanë gjetur një probabilitet të rrezikut për zhvillimin e depresionit pas lindjes më të lartë në gratë me një diagnozë të mëparshme të depresionit madhor. Megjithatë, probleme të ankthit, çrregullime obsesive kompulsive dhe simptoma të çrregullimit të stresit post-traumatik, kanë tendencë të përsëriten në mënyrë të vazhdueshme pas lindjes dhe të tërheqin vëmendjen klinike sepse kanë pasoja të rëndësishme në mirëqënien e marrëdhënies nënë-fëmijë, dhe në atë të çiftit.

DPP duhet të dallohet nga dy forma të tjera të çrregullimeve psikologjike të lidhura me fushën perinatale:

1. Baby blues

I quajtur ndryshe si dëshpërimi i lindjes, i quajtur më parë si "sindroma e ditës së tretë ose depresion i përkohshëm"¹, është një çrregullim i lehtë i humorit, shumë i zakonshëm, si një përgjigje fiziologjike ndaj një eksperience stresuese, por i përkohshëm dhe përgjithësisht pa efekte afatgjata. Incidenca e tij ndryshon midis 50 % dhe 80 % dhe zakonisht haset midis ditës se dyte dhe te peste pas lindjes.

Cili është ndryshimi midis "baby blues" dhe depresionit pas lindjes?

"Baby Blues" zakonisht përfshin një periudhë të shkurtër kur shtatzana është me humor të ulët, alterim të ndjenjave emocionale dhe ndjenja e të qarit shpesh rreth tre deri në 10 ditë pas lindjes. Në këtë periudhë lehona përballet me shumë kërkesa të reja dhe fle pak, kështu që është e natyrshme të ndihet emocionalisht dhe fizikisht e mbingarkuar.

Është i njohur për shumicën e nënave. Ato mund të mos jenë në gjendje të funksionojnë normalisht dhe janë tepër të ndjeshme, humbin aftësinë për t'u përqëndruar ose kanë një tendencë të harrojnë çështje të rëndësishme. Këto ndryshime në statusin e humorit nuk janë të rralla, i atribuohen ndryshimeve të shpejta fizike dhe hormonale pas lindjes së fëmijës, dhe duhet të konsiderohen pjesë e procesit natyror ku nëna mund të vuajë nga niveli i lartë në shtatzëni i estrogenit, progesteronit dhe endorfinave. Lulatjet hormonale përfshijnë një rënie të niveleve hormonale tiroidale, estrogenit dhe progesteronit. Kjo ndjenjë zakonisht zgjat vetëm për disa ditë dhe në përgjithësi është mjaft e menaxhueshme.

Megjithatë, nuk duhet harruar se jo gjithmonë është e mundur që nënat të jenë racionale në këtë periudhë. Kërkohet durim, mirëkuptim dhe simptomat duhet të lejohen të zbuten natyrshëm dhe gradualisht. Ekziston rreziku që ndjenjat të zgjaten dhe të frenojnë kënaqësinë që vjen nga fëmija dhe mund të ketë një efekt negativ në ndjenjat emocionale.

Simptomatologjia, karakterizuar nga tendenca për të qarë, lodhje, ankth, frikë dhe shqetësim i tepruar, nervozizëm, ndryshueshmëri emocionale, çrregullime të gjumit dhe oreksit, vështirësi përqëndrimi dhe ndërveprim i reduktuar me fëmijën, tenton të zhduket brenda dy javëve të para të lindjes dhe mund të ndikojë në aftësinë e nënës për t'u kujdesur për fëmijën.

Në disa raste ndjenjat ndaj partnerit janë veçanërisht të kompromentuara. Mbështetja emocionale është thelbësore për nënën, por nevojat e babait duhet gjithashtu të njihen. Në këtë

rast, çdo ndërhyrje praktike e nevojshme për të ndihmuar nënat e reja për t'u përballur dhe për t'u kujdesur për fëmijët e tyre është e mirëpritur.

Është thelbësore të evidentohen gratë me dëshpërim të lindjes dhe të bëhet një kontroll pas dy javësh dhe pas një muaji për të vlerësuar simptomat dhe evolucionin e tyre.

2. Depresioni pas lindjes

Shumë njerëz janë të vetëdijshëm për depresionin pas lindjes. Por dihet më pak se shumë njerëz përjetojnë depresion para lindjes, dhe disa njerëz mund t'i përjetojnë të dyja. Depresioni pas lindjes është një depresion shumë më i thellë dhe afatgjatë.

- *Depresioni antenatal – ndërsa jeni shtatzënë*
- *Depresioni pas lindjes (PPD) – përafërsisht gjatë vitit të parë pas lindjes*
- *Depresioni perinatal – në çdo kohë nga shtatzënia deri në rreth një vit pas lindjes.*

Kjo zakonisht zhvillohet brenda gjashtë javëve pas lindjes dhe mund të jetë graduale ose e papritur. Mund të variojë nga e lehtë në shumë e rëndë. Në përgjithësi, vetëm 3% e grave do të vuajnë nga depresioni i rëndë dhe 7% do të priren drejt një forme të sëmundjes minore. Në një të tretën e rasteve, Baby Blues përkeqësohet progresivisht dhe nëna është e paaftë të rifitojë ndjenjën e mirëqënies. Periudhat e ndjesisë "normale" tejkalohen dhe mbizotërojnë ndjenjat e vazhdueshme të lodhjes dhe letargjisë. Ato mund të ankohen se nuk bëjnë gjumë të mjaftueshëm ose gjumi që kanë është i pakënaqshëm. Nëna që ka punuar para shtatzënisë mund të kërkojë të njëjtat standarde që ajo kishte para lindjes së fëmijës. Pritshmëritë e saj janë të larta. Ajo kërkon një shtëpi të mbajtur mirë, ushqim të përgatitur në kohë, blerje të përfunduara, një partner të shëndetshëm dhe një fëmijë të qeshur. Kur realiteti është i ndryshëm, përkeqësohen ndjenjat e saj të dështimit dhe zhgënjimit.

Nënat shpesh kanë frikë nga pamjaftueshmëria e tyre dhe paaftësia për t'u përballur mund të ketë efekte të dëmshme mbi mirëqënien dhe shëndetin e përgjithshëm të fëmijës. Ky shqetësim i vazhdueshëm mund të shtojë peshën që ajo mban mbi supe dhe disa nëna fajësojnë veten për çdo gjë dhe ndjenjat e fajit që durojnë ndërkohë që ndihen nëna të këqija janë të mëdha. Nuk është çudi që nëna ngurron të kërkojë ndihmë ose të pranojë ndjenjat e saj.

Forma e depresioni madhor pas-lindjes përfshin një ulje të thellë dhe konsistente të gjendjes së humorit. Një ndryshim i të menduarit të qartë është i dukshëm, me një ngadalësim të funksioneve psikomotorë dhe të gjitha simptomat klinike të depresionit të rëndë. Mendimet janë shpesh dembele dhe ndonjëherë mund të ketë një "bllok mendimi" në të cilin nëna nuk është në gjendje të lirojë proceset e saj mendore dhe shpesh mund të ndalet në mes të fjalisë ose "harron" atë që do të thotë. Ajo gjithashtu mund të ketë vështirësi në përgjigje të pyetjeve, jo sepse nuk e di përgjigjen, por sepse nuk është në gjendje ta formulojë atë në diçka të kuptueshme. Mund të jetë e vështirë ose e pamundur biseda me të rriturit dhe angazhimi në biseda me fëmijën e saj. Përgjigjet e shpejta që shpesh kërkohen kur merren parasysh nevojat e fëmijës mund të mungojnë. Nëna mund të mos jetë në gjendje të racionalizojë kërkesat e fëmijës. Ajo mund të interpretojë britmat e fëmijës si ankesë ndaj saj si një nënë e keqe, e cila nuk është në gjendje të parashikojë dhet'i përgjigjet nevojave të fëmijës.

Nëna nuk mund të parashikojë nevojat e saj ushqimore dhe përgatitja e një vakti mund të jetë një përpjekje e madhe. Një familje vigjilente mund të vërejë se nëna po bëhet anoreksike, por

mund të ketë gjithashtu një rritje në peshë sepse ushqehet me ushqime kalorike të larta, për të marrë sheqer si një antidot për depresionin e saj.

Deluzioni (besimi i rremë) është gjithashtu një shqetësim dhe mund të jetë pjesë e vargut simptomatik. Deluzioni njihet zakonisht si "besim i rremë", diçka që nëna pretendon të jetë e vërtetë dhe sigurisht edhe nëse dikush tregon dëshmi për të kundërtën. Një nga karakteristikat kryesore qëndron në faktin se nëna ka bindjen se ajo është gënjyer dhe vetëm ajo në të cilën beson është e vërtetë. Ky perceptim nuk merr parasysh nivelin e inteligjencës së nënës, kulturës së saj ose përkatësisë fetare. Ndonjëherë mund të jetë e vështirë të dallosh atë që është një ideë paarsyeshme dhe çfarë është anormale në proceset e saj mendore. Disa nga shenjat janë të dukshme dhe disa, siç është diskutuar, konfondonen me normalitetin. Ndarja e përvojave dhe të kuptuarit se pse ndodh është gjysma e rrugës për të menaxhuar gjendjen dhe për të ndihmuar nënat në mirëqenien e tyre.

Shkaqet e mundshme të DPP

Në 40 vitet e fundit studiuesit kanë kryer hulumtime të rëndësishme rreth shkakut të DPP. Duket se ka prova të mjaftueshme për të sugjeruar se një komponent janë faktorët socialë, të cilët predispozitojnë nënat për DPP. Studimet epidemiologjike tregojnë se gratë vuajnë më shumë nga depresioni në krahasim me meshkujt dhe gratë në periudhën e fertilitetit janë më të rrezikuara për fillimin e depresionit. Shtatzënia, aborti, infertiliteti dhe periudha pas lindjes venë në pikëpyetje të gjitha problemet mendore të një gruaje.

➤ Estrogjeni dhe progesteroni

Gjatë shtatzënisë ka një rritje të niveleve të plazmës, estrogjenit dhe progesteronit. Ekziston gjithashtu një rritje e madhe e kortizolit dhe e hormonit që liron kortikotropinën (CRH). Pasi fëmija lind, të gjitha këto nivele ulen me shpejtësi. Receptorë për hormonet ovariane janë gjetur jo vetëm në zonat e trurit që kontrollojnë funksionet riprodhuese, por edhe në vendet që janë të përfshira në rregullimin e humorit dhe funksionet më të larta mendore.

Progesteroni ka një efekt të fuqishëm dhe mund të jetë përgjegjës për disa simptoma të lidhura me çrregullime të humorit të tilla si ndryshimet në gjumë, shpejtësi, përqëndrim ose ankth. Zhvillimi i një ndjeshmërie më të madhe të receptoreve të dopamines d2 të hipotalamusit në periudhën pas lindjes duket se parashikon fillimin e çrregullimeve depresive dhe ankthioze. Gjithashtu është propozuar që rënia e shpejtë e estrogjenit në periudhën pas lindjes mund të jetë një faktor kontribues për DPP. Evidencatⁱⁱ deklarojnë se estrogjeni ka efekte të thella në humor. Nivelet e ulëta të estrogjenit tek femrat janë të lidhura me tensionin premenstrual, DPP dhe depresionin pas menopauzës. Estrogjeni gjithashtu stimulon një rritje të ndjeshme në densitetin e kimikateve në zonat e trurit që prekin kontrollin e humorit, gjendjen mendore, njohuritë, emocionet dhe sjelljet.

➤ Aksi hipotalamo-hipofizo-adrenal (HPA)

Aksi hipotalamo-hipofiza-adrenal (HPA) është një nga sistemet kyçe të përfshira në përgjigjen ndaj stresit njerëzor. Është një grup kompleks i ndërveprimeve midis hipotalamusit, gjendrës së hipofizës dhe gjendrës veshkore. Kjo është një pjesë e rëndësishme e sistemit neuro-endokrin që është përgjegjës për rregullimin e sistemit imun dhe të tretjes, por kryesisht kontrollon reagimet ndaj stresit, dhe është me interes të veçantë për shkencëtarët, sepse rregullon gjithashtu humorin, emocionet dhe seksualitetin. Aksi HPA drejtohet nga sekretimi i hormonit çlirues të kortikotropinës (CRH) nga hipotalamusi. CRH aktivizon sekretimin e hormonit

adrenokortikotropik (ACTH) nga gjendrra e hipofizës. Prandaj, ACTH stimulon sekretimin e kortizolit nga gjendra veshkore. Kortisoli ndërvepron me receptorët - kortikosteroidë përmes gjithë trupit. Lidhja e kortizolit me receptorët kortikosteroidë në tru pengon sekretimin e mëtejshëm të CRH nga hipotalamusi dhe ACTH nga hipofiza. Disa neurotransmetues monoamine rregullojnë aksin HPA. Këto janë dopamina, serotonina dhe noradrenalina. Në eksperimente mbi kafshët është zbuluar se ka dy lloje të ndryshme të stresit: fizik dhe social. Të dy këto lloje aktivizojnë aksin HPA përmes rrugëve të ndryshme. Funkcioni i aksit HPA ndryshon në mënyrë të konsiderueshme gjatë shtatzënisë dhe në periudhën pas lindjes. Hormoni i aksit HPA, i cili normalisht lëshohet nga hipotalamusi në qarkullimin e gjakut, prodhohet nga placenta ndërkohë që shtatzënia përparon. Nivelet CRH janë në gjysmë të rrugës së dukshme dhe vazhdojnë të rriten deri në lindje, deri sa të jenë pothuajse njëqindfish më shumë se normalja. Është theksuar gjithashtu se ka një lidhje të rëndësishme me humorin e ulët dhe përqëndrimin e ACTH, gjashtë ditë pas lindjes së foshnjës. Kjo sugjeron se sekretimi CRH "fillon pas lindjes". Depresioni "Atipik" ose DPP është i lidhur me nivelet e reduktuara të kortizolit. Kjo mund të shpjegojë pse nënat mund të preken nga depresioni i lehtë bipolar ose çrregullimi i stresit post-traumatik pas lindjes. Ata gjithashtu pohojnë se nënat mund të kenë një predispozitë gjenetike për të dy grupet, depresion melankolik ose depresion atipik. Nivelet e kortizolit rriten ndjeshëm gjatë shtatzënisë dhe arrijnë nivelet maksimale të tyre gjatë lindjes. Nivelet bien gradualisht me kalimin e kohës, zakonisht për disa javë. Është sugjeruar që këto nivele të larta predispozojnë një nënë për ndjenjat e ankthit gjatë shtatzënisë dhe rënia e kortizolit pasi fëmija lind, bën që nëna të ndihet në depresion.

➤ **Elektrolitet**

Janë bërë studime të ndryshme për të identifikuar nëse ka ndryshime biologjike në çrregullimet e lehonisë. Këto studime u përqëndruan në ndryshimet në plazmën e gjakut dhe në urinë. Disa prej tyre treguan se ndryshimet e humorit mund të lidhen me ndryshimet në gjak, përqëndrimin e natriumit, por jo me prodhimin e vazopresinës urinare. Reid et al. (1977) regjistruan shumë raste të reduktimit të etjes, që përkon me simptomat depresive, në tre dhe katër ditë pas lindjes. Në një studim të mëtejshëm, ata treguan se një periudhë kulmore për një ndryshim të lehtë në lehonin ndodh midis ditës së dytë dhe ditës së shtatë pas lindjes. Kjo gjithashtu lidhet me humbjen e konsiderueshme të peshës dhe rritjen e etjes, si dhe një rritje në sekretim urinar të natriumit. Megjithatë, kulmi i ndryshimit të humorit nuk lidhet me çdo ndryshim në koncentrimin e vazopresinës. Është sugjeruar që rritja e kalciumit të plazmës është e rëndësishme për përcaktimin e fillimit të çrregullimeve mendore pas lindjes në gratë që nuk kanë një sfond gjenetik të sëmundjes mendore. Është zbuluar se nivelet e ngritura të kalciumit të plazmës lidhen me ndryshimet e humorit.

➤ **Vitaminat**

Është supozuar se vitamina B6 është përgjegjëse për ndryshimet e humorit në periudhën para menstruacioneve dhe në studime nuk janë gjetur evidenca të mungesës së vitaminës B6 në gratë që vuanin nga DPP. Është pretenduar se administrimi i piridoksinës lehtëson simptomat e DPP.

➤ **Gjenetika**

Mënyra se si një nënë trajton ndryshimet pas lindjes, deri diku, mund të diktohet nga trashëgimia e saj gjenetike dhe një histori e depresionit është një tregues i fortë i prirjes ndaj DPP. Disa studime familjare janë fokusuar në psikozën dhe kanë treguar vazhdimisht agregimin familjar të

çrregullimeve bipolare, duke ngritur mundësinë që një ose më shumë gjene recesive kontribuojnë në ndjeshmëri.

➤ **Ankthi**

Ankthi mund të jetë i pranishëm si faktor antecedent, në formën e një tipari personaliteti, dhe faktor kontribues, si përgjigje ndaj stresit. Ankthi gjatë shtatzënisë gjithashtu duket të jetë një faktor rreziku për DPP. Nivelet e larta të kortizolit kanë gjasa gjatë shtatzënisë të stimulojnë ndjenjat e ankthit dhe kur ato ulen pas lindjes favorizojnë depresionin. Kjo tregon që gratë e shqetësuara kanë nevojë për një kohë më të gjatë për t'u përshtatur me mëmësinë në krahasim me gratë që janë më pak të shqetësuara. Nuk ka dyshim se personaliteti është një ndikim i fuqishëm në mënyrën se si gratë ballafaqohen me kërkesat e mëmësisë dhe nënat ankstoze janë më të prekshme ndaj vuajtjeve emocionale.

Ankthi është një tjetër tregues i ndërlikueshmërisë së situatës përreth vulnerabilitetit ndaj depresionit. Njerëzit ankstoze kanë vështirësi për t'u çlodhur, për të marrë informacion dhe për të mësuar aftësi të reja. Prandaj nuk është realiste pritshmëria që nënat e shqetësuara të mësojnë të kujdesen për fëmijët e tyre, dhe të përballen me një kujdes të tillë, aq shpejt sa nënat më pak ankstoze. Këto nëna kanë nevojë për më shumë kohë për t'u bërë të sigurt dhe mund të kenë nevojë për përsëritje të vazhdueshme të të njëjtit informacion para se ta absorbojnë plotësisht atë. Personat ankstoze shqetësohen më shumë kur mendojnë se nuk janë në përputhje me pritshmëritë e të tjerëve.

➤ **Hulumtimi mbi faktorët e rrezikut dhe mbrojtjes**

Të dhënat më të fundit kërkimore drejtohen drejt një hipoteze shumëfaktoriale shpjeguese të fillimit të depresionit perinatal. Brenda kësaj, përbërësit biologjikë, karakteristikat psikologjike, relacionale dhe mjedisore ndërthuren dhe e definojnë veten si faktorë rreziku ose mbështetës. Faktorët e rrezikut janë kushtet apo karakteristikat e personit ose të mjedisit në të cilin ai jeton, të cilët mund të rrisin mundësinë e zhvillimit të një gjendjeje të veçantë të vuajtjes në krahasim me një kampion të përgjithshëm të popullsisë të krahasueshme me të për të gjitha karakteristikat e tjera.

Reagimet emocionale të prindërve që kanë foshnjën e tyre të shtruar në RTIN

- pafuqia në përballjen me kaq shumë pasiguri
- ndjenja e mbingarkesës
- tronditje dhe mpirje
- ndjenja e fajit për lindjen e një fëmije të parakohshëm ose në gjendje jo të mirë shëndetësore
- ndjesia e të qenit një prind 'jo i duhur'
- ndjesia e stresit, e përlojtjes
- ndjenja e zemërimit
- vështirësia në mbajtjen mend të gjërave
- dëshira për të shmangur të qëndruarit me fëmijën
- vështirësia të lënien e fëmijës në repart
- ndjesia e të qenit në t fije të pëërit dhe panic
- frika nga e ardhmja

Prindërit gjithashtu përshkruajnë gëzimin kur shohin zhvillimin e fëmijëve dhe lehtësimin për faktin që po marrin kujdesin e duhur mjekësor.

Faktorët kryesore të rrezikut

Shumë studime kanë hetuar faktorët e rrezikut që mund të kontribuojnë në fillimin e simptomatologjisë depresive pas lindjes së një fëmije. Parashikuesit më të mundshëm për DPP paraqiten më poshtë:

- depresioni prenatal,
- stresi në kujdesin për fëmijën,
- ankthi para lindjes,
- stresi në përgjithësi,
- mbështetja sociale,
- marrëdhënie martesore,
- historia e depresionit të mëparshëm,
- temperamenti foshnjor,
- Baby Blues,
- gjendja martesore,
- statusi socio-ekonomik,
- shtatzënia e paplanifikuar / e padëshiruar.

Sfida të tjera

Çrregullimi i stresit post-traumatik (PTSD)

PTSD është një çrregullim ankthi që mund të ndodhë pas një konfrontimi me një faktor stresues ekstrem traumatik, i cili mund të përfshijë edhe procesin e lindjes apo dhe faktin që foshnja e tyre e porsalindur është në terapi intensive, i intubuar ose jo, me terapi, pamundësia për ta mbajtur në duar, etj.

Shenjat dhe simptomat e PTSD janë:

- Përjetimi i përsëritur dhe i vazhdueshëm i ngjarjes traumatike;
- Shmangia e vazhdueshme e stimulit lidhur me ngjarjen;
- “Mpirje” e përgjegjshmërisë së përgjithshme;
- Nervozizëm;
- Ulje e përqendrimit;
- Pagjumësi;
- Eksitim.

Simptomat mund të vazhdojnë për të paktën 1 muaj dhe të shkaktojnë dëmtim të rëndësishëm në jetën e përditshme.

Gjatë një episodi paniku ndodhin një, ose më shumë nga këto simptoma:

- ✓ ndjesi mbyetjeje deformim i realitetit/largimi nga realiteti, ose depersonalizim;
- ✓ trullosje, ndjesi të fikëti ose paqëndrueshmërie;
- ✓ frika nga vdekja;

- ✓ frika e humbjes së kontrollit apo se mund të çmendet;
- ✓ takikardi ose aritmi të përkohshme kardiake;
- ✓ të vjella ose shqetësime të tjera abdominale;
- ✓ mpirje apo ndjesi shpimi gjilpërash;
- ✓ djersitje;
- ✓ gulçim;
- ✓ të dridhura

Prindërit shpesh zbulojnë se ka sfida shtesë që pasojnë të pasurit e një fëmije në RTIN

NICU mund të jetë sfiduese për prindërit që të lundrojnë me foshnjat e tyre të shtruar ne RTIN. Prindërit e foshnjave të NICU mund të jenë të predispozuar ndaj funksionimit të dobët emocional, ankthit dhe çrregullimeve të humorit. Nënata e foshnjave të lindura parakohe kane rrezik për të shfaqur PPD (28% deri në 40%) dhe është gati dyfishi i nënave të foshnjave të lindura normalisht.

Rëndësia e ekzaminimit të shëndetit mendor të prindërve theksohet nga lidhja e tij me rezultatet e zhvillimit të fëmijërisë. Një raport teknik i Akademisë Amerikane të Pediatriisë 2019 tregoi me prova se përvojat negative të fëmijërisë, si depresioni i prindërve, mund të kenë ndikime afatgjata në zhvillimin e fëmijës dhe shëndetin e përgjithshëm. Në fakt, PPD e nënës dhe shqetësimi psikologjik ka të ngjarë të rrisë mundësitë për vonesa të zhvillimit tek fëmija për zhvillim konjitiv, emocional dhe gjuhësor të vonuar ose të dëmtuar, si dhe probleme të mëvonshme të sjelljes, ndikon negativisht në prindërimin dhe aktivitetet pozitive si leximi dhe tregimi. PPD atërore është shoqëruar gjithashtu me probleme të sjelljes dhe ato emocionale të mëvonshme të fëmijës,

Prindërit shpesh kanë nevojë për pak ndihmë në përshtatjen me atë që mund të jetë një kohë shumë e papritur dhe stresuese në RTIN.

Një specialist i shëndetit mendor ndihmon:

- në shprehjen dhe eksplorimin e emocioneve në një mjedis mbështetës
- në kuptimin e reagimeve emocionale dhe në eksplorimin e mënyrave për t'i përballuar ato
- në menaxhimin e marrëdhënieve familjare dhe marrëdhënieve me ekipi shëndetësor të foshnjës
- në gjetjen e mënyrave për të zgjidhur problemet dhe për të përdorur fuqitë dhe aftësitë e gjithsecilit
- në eksplorimin e vendimeve që duhet të merren për trajtimin e foshnjës
- në kuptimin e ndjenjave, mendimeve dhe veprimeve
- në reduktimin e shqetësimit

Këtu mund të përfshijmë dhe nderhyrje të tilla:

- mbajtja e një marrëdhënieje ndihmuese dhe mbështetëse me partnerin
- komunikimi me familjen dhe miqtë për atë që po ndodh
- përshtatja me ndryshimet në rolet dhe pritshmëritë
- komunikim i hapur dhe i dobishëm me personelin mjekësor dhe infermieror
- organizimi i jetës familjare jashtë spitalit
- mbështetja ndaj fëmijëve të tjerë në familje
- përballja me stresin financiar dhe pasigurinë.

Figura e babait

Vitet e fundit babai është përfshirë gjithnjë e më shumë në kryerjen e funksioneve emocionale ndaj fëmijës, megjithatë, kërkimet dhe njohuritë për përvojat e babait janë ende shumë të pakta. Sot dihet rëndësia e figurës së babait që në momentin e shtatzënisë dhe veçanërisht në muajt e parë të jetës së fëmijës: ai vepron si mbështetje për diadën fëmijë-nënë, si bazë e sigurt për familjen e tij, duke u bërë vetë një figurë lidhëse për fëmijën, veçanërisht nëpërmjet ndërveprimit me të, e cila fillimisht do të jetë kryesisht fizike.

Edhe për babanë tranzicioni drejt prindërimit është një periudhë vulnerabiliteti, veçanërisht për disa faktorë specifikë (prioritetet profesionale; analfabetizmi emocional; ndjenjat e përjashtimit nga bërthama nënë-fëmijë; përvoja negative të mëparshme me familjen e origjinës).

Hulumtimet nxjerrin në pah praninë e çrregullimeve emocionale te baballarët, veçanërisht depresioni atëror, mund të ketë pasoja afatshkurtra ose afatgjata në çift, në sistemin familjar dhe në zhvillimin psikofizik të fëmijës. Për këto arsye është thelbësore të mos neglizhohen përvojat emocionale të baballarëve edhe në kontekstet e kujdesit shëndetësor, në mënyrë të tillë që të kapet shqetësimi psikologjik dhe të ndërhyhet herët .

Ekzaminimi i prindërve për PPD ndërsa foshnja e tyre është në NICU mund të jetë një hap i parë kyç drejt ndihmës së të dy prindërve dhe, në rastin e baballarëve në veçanti, ndërgjegjësimi për nevojat e mundshme pas shkarkimit.

Humbja e të porsalindurit

Kur gratë humbasin foshnjat e tyre përmes ndërprerjes, abortit, lindjes së foshnjës të vdekur ose vdekjes neonatale, ato dhe partnerët e tyre kanë nevojë për mbështetje emocionale. Gratë mund të kenë reagime të ndryshme emocionale ndaj humbjes së shtatzënisë ose foshnjës, duke përfshirë përvojën e shokut, fajit, zemërimit dhe trishtimit. Shumë gra nuk duan t'u tregojnë anëtarëve të familjes dhe miqve të tyre dhe mund të kenë nevojë për mbështetje për ta bërë këtë.

Disa konsiderata për ofrimin e shërbimit

Ofrojuni keshillim ose referojini për këshillim, sipas nevojës dhe mundësisë pasi ky protokoll u ofrohet jo vetëm punonjesve shëndetësorë që punojnë në maternitetet por edhe te gjithë punonjesve shëndetësorë që ofrojnë kujdes shëndetësor për foshnjat pas daljes nga materniteti deri në 28 ditët e para pas lindjes (0-28 ditë që është periudha neonatore) sic janë mjeket dhe infermieret në konsultore dhe infermieret që kryejnë vizitat në shtëpi .

- **Largimi nga modeli i kujdesit thjesht mjekësor:**

Shumë punonjës shëndetësorë në punojnë në kujdesin shëndetësor parësor janë mësuar të trajtojnë probleme fizike shëndetësore duke ndjekur qasje krejtësisht mjekësore (p.sh., kur administrojnë vaksinën ose përshkruajnë ilaçe). Kjo qasje ndryshon nga ajo me të cilën janë mësuar shumica e profesionistëve dhe mbështetet në bisedat me nënën në vend të ofrimit të barnave apo manipulimeve mjekësore Prandaj është thelbësore që si punonjësi shëndetësor, pjesë e ekipit të mjekësisë së familjes, ashtu edhe familja të largohen nga modeli thjesht mjekësor i kujdesit.

- **Trajtim i bazuar në komunitet:**

Preferohet që nëna të trajtohet në komunitet ose në shtëpi se sa në mjediset e kujdesit shëndetësor. Punonjësit shëndetësorë që punojnë në komunitet (infermieret dhe mamitë që

kryejnë vizitat në shtëpi) shohin nënat në mënyrë rutinore gjatë shtatzënisë dhe pas lindjes dhe janë shpesh të besuar dhe të respektuar nga nëna dhe familja. Prandaj ata janë njerëzit më të përshtatshëm për ta ofruar këtë lloj ndërhyrje.

- Fokusi në mirëqenien e nënës dhe foshnjës në vend të depresionit të nënës:

Shumë gra dhe familjet e tyre nuk e shohin depresionin si një problem që kërkon ndërhyrje. Disa do ta perceptonin atë si një gjë stigmatizuese. Prandaj është e dobishme që të shmangen termat mjekësore si "depresioni" ose "sëmundje/çrregullim" kur flitet me nënat dhe familjet. Gratë dhe familjet e tyre preferojnë më shumë terma të përditshme si stresi dhe ngarkesa. Gjithashtu, edhe termi "mirëqenia e nënës" kuptohet nga të gjithë.

- Angazhimi i familjes në funksion të prioritetit kryesor të saj që është zhvillimi optimal i foshnjës

Anëtarët e familjes mund të mos pajtohen për shumë gjëra, por shëndeti i foshnjës është zakonisht një prioritet për ata. Në kuadër të kësaj përpjekjet për të përmirësuar shëndetin fizik dhe psikologjik të kujdestarit parësor, nënës, mund të trajtohet pa shumë rezistencë apo stigmë.

- Fuqizimi dhe aktivizimi i nënave:

Nënat nuk duhet të bëhen marrëse pasive të këshillave, por duhet të marrin pjesë aktive në kërkimin dhe praktikimin e aktiviteteve promovuese të shëndetit që sugjeron profesionisti.

- Bashkëpunimi në mënyrë të integruar dhe holistike:

Shumica e punonjësve shëndetësorë kanë një ngarkesë të madhe pune. Prandaj kjo ndërhyrje duhet të jetë e integruar në punën ekzistuese në mënyrë që në vend që të konsiderohet si një barrë shtesë nga këta punonjës, ajo të lehtësojë aktivitetin e tyre të përditshëm profesional, brenda ekipit të mjekësisë së familjes.

- Reduktimi i stigmës mbi problemet e shëndetit mendor:

Adresimi i stigmës mbi depresionin postpartum të nënës, si kujdestari parësor i fëmijës, si mes nënave dhe familjarëve të tyre por edhe mes stafëve ofruesë të shërbimeve për nënën dhe fëmijën duhet të jetë pjesë e punës së ekipit të mjekësisë së familjes.

Vështirësi në lidhjen me fëmijën

Rastet me të rrezikuara kur një nënë mund të shfaqë keto problematika janë të listuara më poshtë:

- Lindje prematurë ose foshnjë e sëmurë

Kujdestarët e foshnjave që lindin para kohe ose me shëndet të dobët zakonisht janë të stresuar dhe të shqetësuar. Foshnjat mund të duhet të kalojnë një kohë të gjatë në kujdes intensiv, gjë që mund të kufizojë lidhjen me nënat e tyre dhe të vështirësojë ushqyerjen me gji.

- ✓ Te jepet informacion i qartë grave për shëndetin e foshnjave të tyre dhe çfarë duhet të presin.
- ✓ Te sigurohemi që gratë të mund të diskutojnë shqetësimet e tyre me ofruesit e shërbimeve.
- ✓ Te mundësohet monitorimi i grave për simptoma të përkeqësimit të shëndetit të tyre mendor.

- Pamundesia e nenes per te krijuar lidhje me foshnjen e saj premature ose te sëmure

Një marrëdhënie e ngushtë, intime ose "lidhje" midis një gruaje dhe foshnjës së saj është shumë e rëndësishme për zhvillimin emocional dhe fizik të foshnjës. Disa gra mund të kenë vështirësi në formimin e një lidhjeje emocionale me foshnjat e tyre sepse shtatzënia ishte e padëshiruar ose për shkak të përvojave negative të fëmijërisë, dhunës në familje ose problemeve të shëndetit mendor. Gratë me probleme të rënda të shëndetit mendor mund të ndihen të paafta ose të pasigurta se si të kujdesen për foshnjat e tyre.

Nëse gratë nuk lidhen me foshnjën e tyre, kjo mund të ndikojë në reagimin e tyre ndaj nevojave të foshnjës dhe nëse ato janë në gjendje të ushqejnë me gji.

- ✓ Vlerësoni marrëdhëniet midis grave dhe foshnjave të tyre në mënyrë rutinore si pjesë e kujdesit pas lindjes për të përcaktuar nëse po krijohet një lidhje e shëndetshme. Ofroni mbështetje kur është e nevojshme.
- ✓ Përcaktoni nëse foshnjat po arrijnë piketat normale të zhvillimit. Vonesat mund të kenë shkaqe fizike, por gjithashtu mund të lidhen me afrimitetin e dobët.
- ✓ Jepni inkurajim, demonstroi sesi gratë lidhen me foshnjat e tyre dhe sigurojini ato se krijimi i një lidhjeje mund të marrë kohë.
- ✓ Në rastet e vështirësive të rënda në lidhje dhe nëse foshnja është në rrezik të neglizhimit, referojeni rastin në shërbimet përkatëse.

- Trauma dhe zija

Termi traumë rrjedh nga greqishtja "plagë" dhe mund të konsiderohet si "efekti i një ngjarjeje ose stimuli i perceptuar si shqetësues që tenton të shqetësojë, në të vërtetë të lëndojë organizimin dinamik të arritur nga një individ ose një sistem."

Prandaj, trauma është përvetësimi i papritur dhe i dhunshëm i përvojave shumë të ngarkuara emocionalisht dhe të frikshme dhe të papranueshme për personin dhe kontekstin e tyre..

Trauma në zinë perinatale është e lidhur me kontaktin e drejtpërdrejtë të subjektit me frikën dhe përvojat e dhimbjes fizike dhe psikike, në kontakt me realitetin e vdekjes në mënyrë të papritur, të pandërmjetësuar dhe të papërpunuar.

Kur flasim për periudhën perinatale flasim për atë periudhë kohore që nga konceptimi deri në muajt e parë të jetës së fëmijës, një periudhë tepër kritike dhe vulnerabël jo vetëm për formimin e lidhjes me nënën por edhe për stabilizimin e sistemeve bazë të përshtatjes së fëmijës , të cilat rregullojnë gjendjen e shëndetit fizik, mendor dhe emocional. Ardhja e një fëmije është një moment vendimtar i transformimit për prindërit dhe familjen dhe për këtë arsye është një faktor i rëndësishëm i shëndetit social.

Gjithçka që ndodh në këtë periudhë dhe që prek nënën, babain, apo marrëdhënien me fëmijën, mund të ketë një ndikim të rëndësishëm dhe ndonjëherë vendimtar në nivele të shumta, pikërisht për ndjeshmërinë dhe kriticitetin e periudhës. Ngjarje të dhimbshme si, humbje, kriza në çift, mund të kenë një efekt shkatërrues në marrëdhënien nënë-fëmijë.

Vdekja e një fëmije është një traumë në të gjitha aspektet: ndërpret në mënyrë të papritur dhe të dhunshme procesin e prindërimit dhe lidhjen me fëmijën, është një tronditje emocionale me intensitet të madh dhe prodhon një zi të thellë që mund të zgjasë nga 6 muaj deri në dy vjet pas ngjarjes.

- Proçesi i zisë perinatale

Zia perinatale kuptohet nga literatura shkencore si një përvojë e thellë vuajtjeje e shkaktuar nga humbja e foshnjës, e cila mund të ndodhë gjatë ose menjëherë pas shtatzënisë dhe lindjes. Ndikimi traumatik i humbjes perinatale përfshin persona të ndryshëm të ndryshme: çifti prindëror është viktimë kryesore e traumës. Në veçanti, 4-25% e grave të përfshira janë në rrezik të zhvillimit një PTDS (crregullim i stresit post-traumatik).

Vdekja e të porsalindurit konsiderohet traumatike sepse shkel supozimet bazë për konceptin e botës: nuk është në rendin natyror të ngjarjeve që prindërit t'u mbijetojnë fëmijëve të tyre. Prandaj përbën një humbje të panatyrshme, të paimagjinueshme pasi ndërhyr në procesin e lidhjes në formim, dhe paradoksale sepse përfaqëson mbivendosjen midis dy ngjarjeve të kundërta në vazhdimësinë e jetës që është lindja dhe vdekja.

Hidhërimi i patrajtuar bëhet traumë. Shkak i traumës së thellë është edhe lindja e parakohshme, ku fëmija ndahet që në orët e para nga nëna për t'u kuruar në inkubator.

Kontakti fizik me trupin e nënës luan një rol jetik dhe të domosdoshëm që në fillim në sistemin nervor dhe është një garanci e mirëseardhjes, sigurisë dhe mbrojtjes, prandaj fëmija mund ta perceptojë këtë shkëputje të parakohshme si rrezik vdekjeje.

Të gjitha këto përvoja mund të ndikojnë negativisht në procesin e lidhjes midis nënës dhe fëmijës.

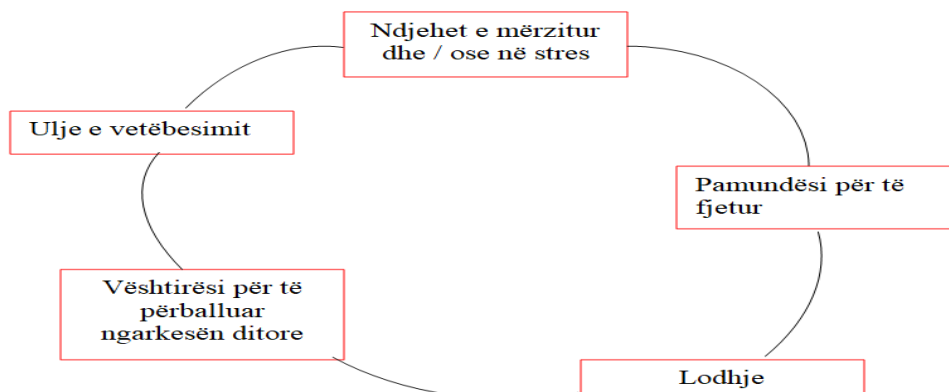
Probleme të lidhura me shëndetin mendor perinatal

- Gjumi

Një nga problemet më të zakonshme gjatë periudhës perinatale është gjumi ose mungesa e tij. Gjumi është fleksibël pas lindjes. Studimet tregojnë se privimi afatshkurtër i gjumit mund të ketë një efekt negativ në humorin e nënës dhe në funksionet motorike.

Është i diskutueshëm fakti nëse mungesa e gjumit gjatë periudhës pas lindjes është një prelude i rëndësishëm ose një shkak i problemeve të shëndetit mendor.

Të paktën 80% e njerëzve në depresion përjetojnë pagjumësi, e cila karakterizohet nga vështirësi në të fjetur ose të qëndrojnë në gjumë.



Disa kërkime kanë treguar se një përmirësim në ritmin e gjumit të fëmijës ka ulur ndjeshëm simptomat e nënës. Nënata e privuara nga gjumi përgjithësisht janë shumë të lodhura, më pak të lumtura dhe më pak të shoqërueshme. Kjo gjithashtu ka implikime për marrëdhëniet personale.

Është vërtetuar se niveli i mbështetjes që një nënë merr, sidomos nga partneri i saj, mund të ndikojë në sasinë e gjumit.

- Oreksi

Shpesh oreksi i nënave është i kompromentuar, me episodet e mbingrënies për të kompensuar ndjenjat e trishtimit dhe ankthit, ose ngrënia e një sasive të vogël ushqimi, e cila mund të shkaktojë anoreksi të rëndë.

- Libido

Natyrë vetë-kufizuese e shtatzënisë dhe ndryshimet hormonale që shpesh ndodhin kanë një ndikim shkatërrues në dëshirat seksuale të partnerit. Ndonjëherë, megjithatë, mund të ketë një mospërputhje në komunikim dhe për disa çifte shqetësimi i plotë i gruas për shtatzëninë ose humbja e dëshirës së gruas për të mbështetur intimitetin e marrëdhënies mund të keqinterpretohet si një tjetërsim i marrëdhënies. Personaliteti dhe predispozita e gruas dhe partnerit të saj, dëshira për shtatzëni, rrethanat financiare, madhësia e familjes, aspiratat materiale dhe jomateriale dhe situata të paparashikuara mund të imponojnë modele seksualisht miqësore ose diskordante në shtatzëni. Kur shtatzënia është e dëshiruar reciprokisht dhe nuk ka komplikime mjekësore, seksualiteti zakonisht nuk preket.

- Vetë-lëndimi

Një nga faktorët kryesorë që shkaktojnë vetë-lëndimin e nënës është gjendja e saj depresive. Studimet kanë treguar se mbi 5% e atyre që janë shtruar në spital kryejnë vetëvrasje brenda dhjetë vitesh. Ata që kanë lënduar me dashje veten përshkruhen si "vetë- dëmtues të qëllimshëm". Ka shkallë të ndryshme të vetë-lëndimit, duke filluar nga sipërfaqësore tek më shumë serioze. Vetë-lëndimi sipërfaqësor është ndoshta më i përhapur në popullatë dhe përfshin shkuljen e flokëve ose kruarje të lëkurës derisa gjakoset etj. Shpesh nëna është e pavetëdijshme për atë që bën. Forma më e rëndë e vetë-lëndimit mund të përfshijë përdorimin e mjeteve të tilla si thika, ose çakmakë dhe shkrepe për t'i vënë zjarrin lëkurës. Disa njerëz nuk janë në gjendje të shpjegojnë pse ata vetë lëndohen ose mund të ofrojnë disa arsye idiosinkratike ndaj sjelljes së tyre.

- Vetëvrasje

Së bashku me sëmundjet e zemrës dhe infeksionet, morbiditeti psikiatrik është shkaku kryesor i vdekjes së nënës. Nënës depresive e mendojnë aktin e vetëvrasjes. Ato mendojnë se bota do të ishte më mirë pa to dhe e planifikojnë në detaje mënyrën më të mirë për të vdekur. Në shumicën e rasteve thuhet se është fëmija dhe varësia e tij prej tyre, që i pengon ato të kryejnë veprën. Shtatzënia është e lidhur me një rrezik më të ulët të vetëvrasjes. Ka dëshmi që sugjerojnë se shtatzënia e paplanifikuar është një faktor i rëndësishëm rreziku për vetëvrasje dhe kjo është veçanërisht e dukshme tek adoleshentët. Një histori familjare me vetëvrasje është gjithashtu një tregues, pasi ka një rritje të rrezikut të vetëvrasjes në gratë, nënat e të cilave ishin vetëvrasëse. Vetë-lëndimi i qëllimshëm ka prevalencë të njëjtë në gratë shtatzëna dhe jo shtatzëna.

Ofrimi i kujdesit

Menaxhimi i nënave është kompleks. Shumë studiues sugjerojnë se është e vështirë të diferencohen shenjat dhe simptomat e DPP nga shenjat e depresionit klasik. Megjithatë, shumë pak gra të moshës fertile kanë të tilla ndjenja pakënaqësie jashtë përvojës së tyre të

lindjes. Mënyra tinzare se si simptomat shfaqen dhe përparojnë, imitojnë fillimin e çdo lloj depresioni. Megjithatë, ndryshe nga ngjarjet traumatike që mund të shkaktojnë depresion "normal" kjo është një ngjarje e "gëzueshme" që predisponon gruan për DPP. Kështu që mund të perceptohet se dallimi kryesor midis depresionit klasik dhe DPP është fëmija dhe të gjitha përgjegjësitë që kjo kërkon. Lindja e një fëmije është një shkak për festë. Kjo ngre pyetjen se pse gratë pas lindjes bien në depresion, ndonjëherë aq të thellë sa i çon ato në tentativa vetëvrasjeje.

➤ Mjediset mbështetëse

Efektiviteti i kujdesit për shëndetin mendor perinatal varet nga krijimi i një shërbimi të sigurt, pa gjykim, në të cilin gratë ndihen të respektuara dhe të dëgjua. Në një mjedis të tillë, gratë mund të jenë më të hapura për të folur për shëndetin e tyre mendor dhe për të përdorur shërbimet e disponueshme.

➤ Stigmatizimi

Në shumë kultura botërore njerëzit me probleme të shëndetit mendor janë të stigmatizuar. Gratë me cenim të shëndetit mendor gjatë periudhës perinatale mund të perceptohen si prindër të këqij ose të papërshtatshëm. Si rezultat i stigmatizimit, gratë mund të mos jenë të gatshme të zbulojnë problemet e tyre të shëndetit mendor ose të kenë akses në shërbime. Integrimi i kujdesit për shëndetin mendor perinatal në shërbimet e nënës dhe fëmijës dhe angazhimi për vlerësimin e shëndetit mendor të nënës në çdo kontakt me shërbimet shëndetësore do të ndihmojë në normalizimin e problemeve të shëndetit mendor dhe uljen e stigmatizimit.

➤ Kujdesi i bazuar në respekt

Kujdesi gjatë lindjes i bazuar në respekt siguron të drejtat e grave për privatësi, dinjitet, autonomi, besimet dhe preferencat e tyre. Ai mund të sigurohet duke trajnuar dhe punuar me ofruesit e shërbimeve të nënës dhe fëmijës për të identifikuar, kuptuar dhe adresuar pengesat ndaj kujdesit me respekt si dhe identifikimin dhe zbatimin e praktikave të mira. Promovimi i respektit dhe dinjitetit duhet të jetë në qendër të ofrimit të shërbimeve të shëndetit mendor. Kujdesi me respekt promovon një shëndet të mirë mendor për të gjithë dhe nuk kërkon burime shtesë. Kujdesi me respekt përfshin mbajtjen private të të dhënave të grave nga kushdo që nuk është i përfshirë në kujdesin e saj dhe kryerjen e të gjitha procedurave pasi është marrë pëlqimi nga gruaja. Gjatë një konsultimi, njerëzit ndajnë informacione personale dhe i besojnë ofruesit të përdorin informacionin për t'i ndihmuar ata. Pa besim, njerëzit kanë më pak gjasa të kërkojnë ndihmë kur kanë nevojë.

➤ Promovimi dhe parandalimi

Si promovimi ashtu edhe parandalimi i problemeve të shëndetit mendor mund të zvogëlojë shqetësimin fizik dhe psikologjik dhe të ruajë burimet njerëzore dhe financiare për individët, familjet, sistemin shëndetësor dhe më gjerë. Promovimi i shëndetit mendor përfshin mbështetjen e njerëzve në zhvillimin e aftësive të tyre personale ose të strategjive të përballimit dhe forcimin e atyre që tashmë i kanë (p.sh. faktorët mbrojtës). Promovimi përfshin gjithashtu krijimin e mjediseve për të mbështetur mirëqenien mendore. Këtu përfshihen politikat dhe strategjitë sociale për krijimin e punësimit, parandalimin dhe reduktimin e dhunës, mbështetjen e arsimimit të grave dhe vajzave dhe iniciativat kundër diskriminimit. Parandalimi ndërton ndërgjegjësimin

për simptomat e problemeve të ndryshme të shëndetit mendor dhe shenjat e hershme paralajmëruese për të siguruar ndërhyrjen e hershme. Qëllimi është të ndalohej zhvillimi ose përkeqësimi i simptomave që lidhen me probleme të caktuara të shëndetit mendor.

Shërbimet e nënës dhe fëmijës mund të luajnë një rol jetik si në promovimin ashtu edhe në parandalimin e problemeve të shëndetit mendor për gratë gjatë periudhës perinatale, pasi gratë kanë shumë kontakte me këto shërbime. Promovimi dhe parandalimi mund të ofrohen gjithashtu në komunitet nga shërbimet joformale mbështetëse, të cilat mund të jenë pjesë e rrugës së kujdesit. Shumica e llojeve të ofruesve të shërbimeve të nënës dhe fëmijës mund të trajnohen dhe mbështeten për të promovuar dhe parandaluar probleme të caktuara të shëndetit mendor perinatal duke përfshirë gjithë stafin e profesionistëve në kujdesin shëndetësor parësor që ofrojnë kujdes për nënën dhe fëmijën.

➤ Psiko- edukimi

Psikoedukimi përfshin shkëmbimin e informacionit rreth problemeve të ndryshme të shëndetit mendor dhe mënyrave për të mbështetur mirëqenien mendore. Ai i fuqizon gratë të njohin simptomat dhe të kërkojnë ndihmë nëse është e nevojshme. Ai gjithashtu u ofron grave aftësitë për të luftuar dëmtimin psikologjik, duke përfshirë vendimarrjen e shëndetshme, të kuptuarit e të drejtës së tyre për t'u trajtuar me respekt në të gjitha sferat e jetës së tyre dhe se kufizimet me bazë gjinore janë të dëmshme. Ai përfshin adresimin e stigmatizimit, duke përfshirë besimin se gratë me vështirësi në shëndetin mendor janë prindër ose partnerë "dembelë" ose "të këqij". Psiko-edukimi gjithashtu lidhet me strategjitë e vetë-kujdesit dhe të përballimit, opsionet e disponueshme të trajtimit, përfitimet e tyre dhe efektet anësore të mundshme. Nëse një grua jep miratimin, psikoedukimi mund dhe duhet të përfshijë partnerin dhe familjen e saj të ngushtë. Psikoedukimi për anëtarët e familjes duhet të përfshijë informacion mbi mbështetjen që duhet ti jepet një gruaje gjatë periudhës perinatale.

➤ Menaxhimi i stresit

Nivelet e larta të stresit ose të jetuarit vazhdimisht në kushte stresuese mund të ndikojnë në shëndetin fizik dhe mendor. Njerëzit natyrshëm zhvillojnë mënyra për të përballuar stresin; megjithatë, disa njerëz mund të mos e kuptojnë kur këto strategji janë të dobishme (p.sh., duke folur me një mik të besuar, duke kaluar një kohë të qetë në natyrë ose në meditim ose lutje, aktivitete krijuese, ushtrime) dhe kur nuk janë të dobishme (p.sh., përdorimi i alkoolit ose drogës).

➤ Forcimi i mbështetjes sociale

Mbështetja sociale mund të jetë mbështetje emocionale (p.sh., ndarja e problemeve ose ndjenjave të dikujt, përjetimi i dashamirësisë dhe respektit nga të tjerët) ose mbështetje praktike nga miqtë, familja ose anëtarët e komunitetit (p.sh., kujdesi për fëmijët, sigurimi i vakteve). Gratë që përjetojnë vështirësi në shëndetin mendor mund ta kenë të vështirë të përdorin mbështetjen sociale. Ato mund të ndihen shumë të lodhura, të padenja ose të frikësura se mbështetja nuk do të jetë e dobishme ose nuk do jepet. Kjo mund të shkaktojë izolim të mëtejshëm që mund të përkeqësojë shëndetin e tyre mendor. Ofruesit e shërbimeve të nënës dhe fëmijës mund të luajnë një rol të rëndësishëm për të ndihmuar gratë në identifikimin dhe lidhjen me njerëzit përreth tyre, të cilëve mund t'u drejtohen për mbështetje. Klasat para lindjes ose ato prindërore mund të funksionojnë gjithashtu si grupe mbështetëse të bashkëmoshatarëve.

➤ Përfshirja e partnerit dhe familjes

Partnerët dhe anëtarët e tjerë të ngushtë të familjes të përfshirë në dhënien e kujdesit janë gjithashtu në rrezik të ankthit dhe depresionit në periudhën perinatale. Shëndeti pozitiv mendor midis partnerëve dhe kujdestarëve të tjerë mund të mbrojë kundër zhvillimit të gjendjeve të ndryshme të shëndetit mendor perinatal dhe efekteve negative të fëmijës. Nga parandalimi dhe trajtimi i gjendjeve të ndryshme të shëndetit mendor mund të përfitojë e gjithë familja.

Shumica e shërbimeve të nënës dhe fëmijës fokusohen në shëndetin e grave dhe foshnjave. Shpesh, partnerët dhe kujdestarët e tjerë mendojnë se nuk kanë të drejtë të mbështesin. Është e rëndësishme që shërbimet të kenë një qasje gjithëpërfshirëse ndaj shëndetit mendor të të gjithë familjes, kur është e mundur dhe të hartojnë shërbime ndaj shëndetit mendor perinatal për të gjithë kujdestarët, të cilat mund të përfshijnë ekzaminimin, trajtimin dhe referimin te grupet mbështetëse.

➤ Promovimi i funksionimit dhe aftësitë për jetën

Gratë me problematikë të shëndetit mendor perinatal mund të luftojnë në jetën e tyre të përditshme për t'u kujdesur për veten dhe foshnjat e tyre. Shërbimet mund të ofrojnë një sërë aktivitete për të ndihmuar gratë me këto detyra, të tilla si mbështetja e zhvillimit të aftësive të jetës (p.sh., gjenerimi i të ardhurave, prindërimi, aftësitë për zgjidhjen e problemeve dhe komunikimin, menaxhimin e emocioneve, këmbënguljen) dhe përfshirjen në aktivitete sociale (p.sh., mbështetja e njerëzve të tjerë në nevojë, pjesëmarrja në projekte komunitare, aktivitete të bazuara në besim, vetëkujdes).

➤ Njohja e problematikave të shëndetit mendor

Njohja ose zbulimi i problemeve të shëndetit mendor është një aspekt jetik i kujdesit për shëndetin mendor perinatal. Megjithatë, ato mund të jenë të vështira për t'u njohur. Gratë mund të kenë turp ose hezitojnë të flasin për vështirësitë e tyre për shkak të stigmatizimit të problemeve të shëndetit mendor. Ata gjithashtu mund të mendojnë se simptomat e tyre janë normale, që i atribuohen një gjendjeje shëndetësore fizike ose nuk mund të ndihmohen. Si pjesë e kujdesit të zakonshëm, ofruesit e shërbimeve për nënën dhe fëmijën duhet të pyesin për mirëqenien e një gruaje, stresorët në jetën e tyre dhe çdo simptomë depresive.

➤ Empatia dhe aftësitë e mira të komunikimit

Empati do të thotë të dëgjosh me vëmendje, të jesh i respektueshëm dhe të tregosh mirëkuptim për ndjenjat dhe përvojat e personit. Ndihmon që nëna të ndihet rehat në praninë e punonjësve shëndetësor në mënyrë që të mund t'u besojë atyre. Pasi ajo të shoh se punonjësit shëndetësor kujdesen, ajo do t'i dëgjojë ata dhe fjalët e tyre do të kenë një efekt. Dëgjimi në këtë mënyrë i një nëne në depresion është treguar se i ndihmon këto nëna të kuptojnë dhe të përballen me vështirësitë e tyre.

Vetëm nëse nëna dhe familja i besojnë profesionistëve shëndetësor, ata do të angazhohen me ta dhe do t'u tregojnë problemet e tyre dhe do të punojnë me ta për të gjetur zgjidhje.

➤ Roli i pediatri

Ekzaminimi rutinë i nënave për depresion pas lindjes nga pediatri sigurisht që do të identifikojë gratë në rrezik për depresion pas lindjes. Duke pasur parasysh rëndësinë e shëndetit mendor të

nënës në mirëqenien e foshnjës së saj, Akademia Amerikane e Pediatriisë (AAP) publikoi një raport të fundit i cili rekomandon që pediatri të kontrollojnë nënat për depresion pas lindjes në vizitat një, dy dhe katër mujore të foshnjës.

Rezultatet e mundshme nga depistimi:

- ✓ Identifikimi i mundshëm i rasteve të rrezikut
- ✓ Modifikimi i faktorëve të rrezikut
- ✓ Monitorimi dhe kontrolli
- ✓ Profilaksia dhe masat e menaxhimit

➤ Roli i psikologut

Qëllimi i ndërhyrjeve psikologjike pa trajtim farmakologjik është të reduktojë ose menaxhojë probleme të shëndetit mendor të një personi, ne rastin tone te shtatzanes apo lehone. Ka evidenca në rritje për një ndikim pozitiv të ndërhyrjeve psikologjike për gratë që ndiqen në shërbimet e nënës dhe fëmijës. Në të kaluarën, ndërhyrjet psikologjike ofroheshin vetëm nga specialistë të shëndetit mendor nëpërmjet shumë seancave. Tani, në botë, shumë ofrues të shërbimeve të tjera, duke përfshirë ofruesit e përgjithshëm të kujdesit shëndetësor, komunitetin, punonjësit shëndetësorë dhe madje edhe edukatorët e bashkëmoshatarëve, po trajnohen për t'i ofruar këto ndërhyrjet (nën mbikëqyrjen e një specialisti të shëndetit mendor) në pak seanca. Një psikolog është një profesionist i shëndetit mendor që ofron terapi për pacientët e tyre nga pikëpamja e ndërhyrjes së sjelljes. Ata nuk janë mjekë të trajnuar, por janë më tepër ekspertë se si të rivendosin mirëqenien emocionale dhe mendore duke vlerësuar shkaqet e mundshme të vuajtjes. Psikologët mund ta bëjnë këtë nëpërmjet një sërë metodash dhe qasjesh të ndryshme trajtimi që janë specifike për nevojat individuale të pacientit.

Një psikolog i qaset trajtimin të kushteve të shëndetit mendor nga pikëpamja e sjelljes. Një psikolog shqyrton modelet e sjelljes që ndikojnë në gjendjen mendore dhe emocionale të një personi.

Psikologët janë të trajnuar për të kryer testime dhe analiza të pacientëve të tyre në mënyrë që të përcaktojnë kursin më të mirë të trajtimit. Psikologët ofrojnë terapi të ndryshme në varësi të personit dhe llojit të sëmundjes mendore nga e cila vuajnë. Psikologët gjithashtu mund të punojnë me profesionistë të tjerë si psikiatër për të rekomanduar medikamente dhe/ose këshillime që do të ndihmojnë me psikoterapi.

Roli i psikologut është i rëndësishëm në zbatimin e masave parandaluese, vlerësimit dhe ofrimit të trajtimit ose aplikimit të praktikave më të mira aktuale për problemet e shëndetit mendor pas lindjes.

Roli i psikologut, është të ofrojë ndërhyrje parësore kurdo që është e mundur për të ndihmuar në zhvillimin dhe funksionimin normal të njerëzve në mënyrën më pak invazive dhe kufizuese. Parandalimi zbatohet gjithashtu për aktivitetet e këshillimit që heqin barrierat ndaj shërbimeve, duke parandaluar kështu përkeqësimin e gjendjes. Në çdo rast, parandalimi është shmangia e sëmundjes dhe psikologët marrin masa për të ulur incidencën e problemeve të shëndetit mendor pas lindjes.

Gjithashtu ketu përfshihet dhe rritja e njohurive të shtatzanave dhe lehonave për faktorët stresues dhe stresorët e mundshëm me fokus në reduktimin e stresit të zgjatur, zgjidhjen e problemeve, trajtimin e stresit, trajnimin e relaksimit, ndërhyrjet shëndetësore fizike, aktivitetin fizik, planifikimin e qëllimeve dhe menaxhimin e kohës.

Ndihma ndaj leholes dhe babait të foshnjës për të rritur aftësitë e komunikimit, negocimin e detyrave të kujdesit ndaj fëmijëve, menaxhimit të familjes, dhe rinovimin e detyrave të roleve për t'iu përshtatur situatës specifike të çiftit, dhe rritja e aftësive për zgjidhjen e problemeve mund të shërbejë të gjitha si mjete për të reduktuar stresin që lidhet me DPP. Më tej, rritja e rrjetit të mbështetjes sociale të shtatzanes dhe leholes në familje dhe më gjerë mund të sigurojë masat e nevojshme parandaluese.

Indikatorët e monitorimit

- Të paktën 80% e stafit shëndetësor ka përfunduar programin e trajnimit për njohjen problemeve të shëndetit mendor tek prindërit pas lindjes së foshnjës së tyre
- Të paktën 80% e stafit shëndetësor kanë njohuri për sistemin e referimit e prindërve me probleme të shëndetit mendor pas lindjes së foshnjës së tyre
- Të paktën 80% e stafit shëndetësor janë trajnuar sesi të komunikojnë me prindërit e foshnjave që janë të shtruar në RTIN
- Të paktën 80% e stafit shëndetësor janë trajnuar sesi të komunikojnë me prindërit e foshnjave që kanë bërë eksitus letalis dhe si ti mbështetin nënat dhe baballarët/partnerët në këtë situatë
- Të paktën mbi 80% e stafit i njeh prindërit si kujdestarët kryesorë të foshnjës së tyre dhe i mbështet ata që të jenë një partner kryesor në kujdesin e foshnjës së tyre, duke promovuar vendimmarrjen bashkëpunuese
- Të paktën 80% e grave me foshnjën 0-28 ditë, në RTIN, konfirmojnë se janë mbështetur emocionalisht nga stafi gjatë qëndrimit në spital.
- Të paktën 80% e nënave me foshnjën 0-28 ditë, në RTIN, konfirmojnë se kanë marrë informacionin e duhur para daljes nga materniteti sesi të menaxhojnë problemet e tyre emocionale të lidhura me shëndetin e foshnjës.

Bibliografi

1. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. World Health Organization 2022
2. Earls MF, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. Pediatrics. 2010 Nov;126(5):1032-9.
3. The Psychiatric Bulletin 2014 (Vol 38) - 2014 (Vol 38).
4. National Screening Committee for Postnatal Depression (2002.) Use of the Edinburgh Postnatal Depression Screening Scale. London: Department of Health.
5. Anniverno, R., Bramente, A., Petrilli, G., & Mencacci, C. (2014). Prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale. Linee guida per professionisti della salute. Milano: Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (O.N.Da).
6. Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli; Oftalmico Milano; O.N.Da. (2014). Prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale. Linee guida per i professionisti della salute. (R. Anniverno, A. Bramante, G. Petrilli, & C. Mencacci, A cura di) Regione Lombardia.
7. Cartabellotta, A., Laganà, A. S., D'amico, V., Alterio, T., & Starace, F. (2015). Linee guida per la salute mentale della donna in gravidanza e dopo il parto. Evidence, 8(7).
8. Ciao Lapo. (s.d.). Tratto da Ciao Lapo ETS- Tutela della gravidanza e della salute perinatale: <https://www.ciaolapo.it/>
9. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Antenatal and Postnatal mental health: Clinical management and service guidance (update). Clinical guideline. Regno Unito.
10. Colombo, V., Melchiorri, E., & Buchi, A. (2021). Lo psicologo in terapia intensiva neonatale. Prevenzione, sostegno, formazione. Rivista degli Psicologi della Regione Marche psicoin, 15(1).
11. Grussu, P., & Bramante, A. (2016). Manuale di psicopatologia perinatale. Profili psicopatologici e modalità di intervento. Trento: Centro Studi Erickson S.p.A.
12. Marcaccio, S., & Scarponi, S. (2021). Quando Nasce un Papà. Rivista dell'Ordine degli Psicologi della Regione Marche psicoin, 15(1).
13. WHO. (2022). Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health service. Geneva: World health Organization.
14. Palma, E. (2021). Transizione alla genitorialità. Attraversare la crisi tra mito e realtà. Rivista dell'Ordine degli Psicologi della Regione Marche, 15(1).
15. Palumbo, G., Mirabella, F., Cascavilla, I., Del Re, D., Romano, G., & Gigantesco, A. (2016). prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum. Rapporti Istituzionali 16/31. Roma: Istituto Superiore di Sanità
16. Polenta, S., Mini, E., & A, B. (2021). Il ruolo dello psicologo nel reparto di ostetricia-ginecologia. rivista dell'Ordine degli psicologi della Regione Marche, 15(1).
17. Società Italiana di Neonatologia (SIN). (2021). Standard Organizzativi per l'Assistenza Perinatale. Roma: IdeaCpa Editore.
18. Stern, D., & Bruschweiler-Stern, N. (2017). Nascita di una madre. Milano: Edizioni Mondadori.
19. Max Hamilton. Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness. British Journal of Social and Clinical Psychology. First published: December 1967.

20. G R Fink . Nature. Where in the brain does visual attention select the forest and the trees?1996 Aug 15;382(6592):626-8. doi: 10.1038/382626a0.
-