

**VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS**

Baigiamasis darbas

**Pogimdyvinės depresijos ryšys su miego kokybe po gimdymo
Association between Postpartum Depression and Postpartum Sleep Quality**

Kamilė Martinkutė VI kursas, 9 grupė

Klinikinės medicinos instituto Psichiatrijos klinika

Darbo vadovė

Doc. dr. Rima Viliūnienė

Klinikos vadovė

Prof. dr. Sigita Lesinskiene

2023-05-19

Studento elektroninio pašto adresas: kamile.martinkute@mf.stud.vu.lt

SANTRAUKA

Pogimdyvinė depresija yra viena iš labiausiai paplitusių nėštumo ir gimdymo komplikacijų, paveikianti 10-15% moterų pasaulyje. Po gimdymo moterys patiria įvairius miego pokyčius: nemigą, miego fragmentaciją, miego trūkumą ir mieguistumą dienos metu. Miego pokyčiai gali turėti reikšmingos įtakos motinos sveikatai, įskaitant ir padidėjusią pogimdyvinės depresijos riziką.

Darbo tikslas: ištirti pogimdyvinės depresijos simptomų ryšį su miego kokybe po gimdymo.

Tyrimo metodai: moterys, pagimdžiusios 1-12 mėnesių laikotarpiu, internetu užpildė anoniminę anketinę apklausą. Apklausą sudarė demografiniai, psichosocialiniai ir medicininiai duomenys, pogimdyvinės depresijos simptomams įvertinti naudota Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė, miego kokybei įvertinti naudotas Pitsburgo miego kokybės indeksas.

Rezultatai: iš 623 tyrimo dalyvių, 41,4% tiriamųjų patyrė pogimdyvinės depresijos simptomus, 27,0% tiriamųjų nustatyta gera miego kokybė, 73,0% - bloga miego kokybė. Depresijos simptomai reikšmingai dažniau nustatyti moterims <25 metų amžiaus grupėje ir nėštumo neplanavusioms moterims. Bloga miego kokybė reikšmingai dažniau nustatyta moterims, gimdžiusioms pirmą kartą. Bloga miego kokybė ir depresijos simptomai reikšmingai dažniau nustatyti moterims, negaunačioms pakankamai pagalbos prižiūrint kūdikį, praeityje turėjusioms bent vieną depresijos, manijos epizodą, nerimo sutrikimą ir panikos priepuolius. Depresijos simptomai reikšmingai dažniau pasireiškė esant blogai miego kokybei, palyginti su gera miego kokybe: atitinkamai 89,1% ir 10,9%. Rizika atsirasti depresijos simptomams esant blogai miego kokybei buvo 3,03 karto didesnė, palyginti su gera miego kokybe. Tarp Edinburgo pogimdyminės depresijos skalės balų ir Pitsburgo miego kokybės indekso balų nustatyta statistiškai reikšminga teigiama koreliacija.

Išvados: šiame tyrime nustatytas didelis pogimdyvinės depresijos simptomų dažnis, bloga miego kokybė nustatyta daugumai tyrimo dalyvių, įvertinti rizikos veiksniai, susiję su depresijos simptomais ir bloga miego kokybe. Nustatyta didesnė rizika atsirasti depresijos simptomams esant blogai miego kokybei.

Raktažodžiai: pogimdyvinė depresija, miego kokybė, miegas pogimdyminiu laikotarpiu.

SUMMARY

Postpartum depression is one of the most common complications of pregnancy and childbirth, affecting 10-15% of women worldwide. After childbirth, women experience various sleep changes: insomnia, sleep fragmentation, sleep deprivation and daytime sleepiness. Changes in sleep can have significant effects on maternal health, including an increased risk of postpartum depression.

Aim of the study: to examine the association between symptoms of postpartum depression and postpartum sleep quality.

Methods: women who gave birth in the period of 1-12 months completed an anonymous online questionnaire. Sociodemographic, psychosocial and medical characteristics were collected, symptoms of postpartum depression were assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale, sleep quality was assessed using the Pittsburgh Sleep Quality Index.

Results: 623 women participated in the study. The prevalence of postpartum depression symptoms was 41,4%, good sleep quality - 27,0% and poor sleep quality - 73,0%. Being <25 years of age and unplanned pregnancy were significantly related to depressive symptoms. Giving birth for the first time was significantly related to poor sleep quality. Not getting enough help with caring for a baby and previous history of depression, mania episodes, anxiety disorder and panic attacks were significantly related to symptoms of depression and poor sleep quality. Depressive symptoms were significantly more common in the poor sleep quality group compared to the good sleep quality group: 89,1% and 10,9%, respectively. The risk of developing depressive symptoms with poor sleep quality was 3,03 times higher than those with good sleep quality. A significant positive correlation was found between the Edinburgh Postpartum Depression Scale and the Pittsburgh Sleep Quality Index scores.

Conclusions: this study revealed a high prevalence of postpartum depression symptoms, most women were found to have poor sleep quality. Risk factors for depressive symptoms and for poor sleep quality were assessed. Women with poor sleep quality were found to be at greater risk of developing depressive symptoms.

Keywords: postpartum depression, sleep quality, sleep in the postpartum period.

TURINYS

| | |
|---|----|
| SANTRAUKA..... | 1 |
| SUMMARY..... | 2 |
| 1. ĮVADAS..... | 4 |
| 2. TYRIMO METODIKA..... | 6 |
| 2.1 Tyrimo dalyviai..... | 6 |
| 2.2 Tyrimo instrumentai..... | 6 |
| 2.3 Tyrimo eiga..... | 7 |
| 2.4 Duomenų analizė..... | 8 |
| 3. TYRIMO REZULTATAI..... | 8 |
| 3.1 Demografiniai, psichosocialiniai ir medicininiai tiriamųjų duomenys..... | 8 |
| 3.2 Pogimdyvinės depresijos simptomų dažnis..... | 10 |
| 3.3 Pogimdyvinės depresijos simptomų ryšys su demografiniais, psichosocialiniais ir medicininiais veiksniais..... | 11 |
| 3.4 Miego kokybė po gimdymo..... | 15 |
| 3.5 Miego kokybės ryšys su demografiniais, psichosocialiniais ir medicininiais veiksniais.... | 16 |
| 3.6 Pogimdyvinės depresijos simptomų ryšys su miego kokybe po gimdymo..... | 20 |
| 4. APTARIMAS..... | 21 |
| 5. IŠVADOS..... | 22 |
| 6. PASIŪLYMAI..... | 22 |
| LITERATŪROS SĄRAŠAS..... | 23 |
| PRIEDAI..... | 26 |
| Priedas nr. 1..... | 26 |
| Priedas nr. 2..... | 28 |
| Priedas nr. 3..... | 30 |

1. ĮVADAS

Nėštumas ir laikotarpis po gimdymo yra susiję su padidėjusia psichikos sveikatos sutrikimų atsiradimo rizika moterims (1). Pogimdyvinė depresija yra viena iš labiausiai paplitusių nėštumo ir gimdymo komplikacijų (2). Šis sutrikimas paveikia 10-15% vaisingo amžiaus pasaulio moterų (1). Paplitimas skiriasi priklausomai nuo šalies socioekonominio statuso: paplitimas didelės pajamas gaunančiose šalyse siekia apie 10%, o žemas ir vidutines pajamas - gali siekti 20% ir daugiau (2).

Depresijai po gimdymo yra būdingi tokie simptomai, kaip liūdesys, beviltiškumas, susidomėjimo ar malonumo jausmo praradimas kasdienėse veiklose, padidėjęs verksmingumas, dirglumas, nerimas, nuovargis, kaltės jausmas, miego, apetito bei svorio pokyčiai, dėmesio koncentracijos sumažėjimas, nesugebėjimas pasirūpinti savimi ar kūdikiu, mintys, susijusios su savižala ar savižudybe (2–4). Suicidinės mintys yra labai dažnos ir paveikia apie 20% moterų su pogimdyvine depresija (2). Svarbu pažymėti, kad miego įpročių pokyčiai, apetito pokyčiai, didelis nuovargis ir kiti simptomai yra dažnai pasitaikantys po gimdymo moterims ir nebūtinai reiškia prasidėjusią pogimdyvinę depresiją, tačiau jei simptomai tęsiasi ilgiau nei kelias savaites ir moteris nesugeba pasirūpinti kūdikiu ar savimi, svarbu kreiptis pagalbos į sveikatos priežiūros specialistus (4).

Literatūroje aprašomas neigiamas pogimdyvinės depresijos poveikis ne tik motinoms, bet ir jų vaikams. Motinų depresijos simptomai yra susiję su mažesniu kūdikių svoriu ir dažnesniais sveikatos sutrikimais, kyla rizika susiformuoti nesaugaus tipo prierašumui tarp motinos ir vaiko. Daugumai vaikų, kurių motinos patiria pogimdyvinę depresiją, sutrinka pažinimo ir emocinė raida, gali pasireikšti elgesio sutrikimai ateityje (2,5).

Diagnostiniame ir statistiniame psichikos sutrikimų vadove, 5 leidime (angl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*) pogimdyvinė depresija apibrėžiama kaip didžiosios depresijos epizodas, prasidedantis su gimdymu susijusiu laikotarpiu, kai simptomai pasireiškia nėštumo metu arba 4 savaičių pogimdyminiu laikotarpiu (6). Tačiau klinikinėje praktikoje ir klinikiniuose tyrimuose pogimdyvinės depresijos apibrėžimui naudojamas pirmųjų metų po gimdymo laikotarpis. Depresijos simptomai, pasireiškiantys vienerių metų laikotarpiu po gimdymo ir neatitinkantys visų didžiosios depresijos epizodo kriterijų, vis tiek gali turėti didelį neigiamą poveikį tiek motinoms, tiek jų vaikams ir pareikalauti gydymo (1,2).

Lietuvoje klinikinėje praktikoje naudojama Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, 10 leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM) (7). Depresiniai sutrikimai, atsirandantys po gimdymo, diagnozuojami remiantis TLK-10-AM F30-F39 skyriaus „Nuotaikos [afektiniai] sutrikimai“ kodais (7,8). Jei diagnozei požymių yra nepakankama, tuomet diagnozė užrašoma remiantis F53 skyriaus „Psichikos ir elgesio sutrikimai laikotarpiu po gimdymo,

neklasifikuojami kitur” kategorijomis (7,8). Šio skyriaus kodai naudojami diagnozuoti sutrikimams, kurie yra atsiradę per 6 savaites po gimdymo ir neatitinkantys kitur šioje klasifikacijoje aprašytų psichikos sutrikimų (7).

Su pogimdyvine depresija siejami tokie rizikos veiksniai, kaip socialinės paramos trūkumas, mažos pajamos, žemas išsilavinimo lygis, jaunesnis amžius, konfliktiški santykiai su partneriu, vieniša motinystė, rūkymas, neplanuotas nėštumas, buvęs daugiau nei 1 gimdymas, gimęs neišnešiotas ir mažo svorio kūdikis, neigiama gimdymo patirtis, anksčiau patirta prievarta ar smurtas, depresijos epizodas anamnezėje (2,9,10). Nustatyta, kad jau prieš nėštumą pasireiškusi depresija ar kiti psichikos sveikatos sutrikimai yra svarbiausi rizikos veiksniai atsirasti depresijai bet kuriuo nėštumo metu ar pogimdyminiu laikotarpiu (1,2). Taip pat svarbu paminėti, kad nors ankstesnė depresija yra didžiausias pogimdyminės depresijos rizikos veiksnys, tačiau maždaug 40% moterų pirmasis depresijos epizodas pasireiškia po gimdymo (11).

Miegas yra vienas iš pagrindinių žmogaus fiziologinių poreikių, gyvybiškai svarbus fizinei, psichinei ir emocinei sveikatai (12). Kokybiškas ir pakankamas nakties miegas yra būtinas kasdieniam žmogaus funkcionavimui (12). Kokybiškas miegas suaugusiam žmogui yra, kai užmiegame per 5-10 minučių išjungus kambario šviesą, išmiegame bent 7 valandas ir praleidžiama mažiau nei 10% nakties būdraujant (13).

Po gimdymo moterys patiria įvairius miego pokyčius dėl fizinio diskomforto, žindymo ir kūdikio priežiūros (14). Motinų miegui tiesioginės įtakos turi jų kūdikių miegas, o naktinis prabudimas ir maitinimas yra susijęs su prastesne miego kokybe (14). Tokie miego sutrikimai, kaip nemiga, miego fragmentacija (dažni, trumpi nubudimai naktį), miego trūkumas ir didelis mieguistumas dienos metu, yra dažni pogimdyminiu laikotarpiu (13,15). Daugiausiai miego sutrikimų patiria pirmakartės motinos (13). Miego sutrikimai yra susiję su prastesne gyvenimo kokybe, pablogėjusia bendra savijauta, sumažėjusia dėmesio koncentracija dienos metu. Šie pokyčiai gali turėti reikšmingos įtakos motinos sveikatai, įskaitant ir padidėjusią pogimdyvinės depresijos riziką (13).

Pastaraisiais metais daugėja tyrimų, analizuojančių pogimdyminės depresijos ryšį su įvairiais rizikos veiksniais (9). Daugelyje tyrimų nustatomas reikšmingas ryšys tarp depresijos simptomų ir miego sutrikimų po gimdymo (3,5,10,16–21). Nors pastaruoju metu literatūroje daugėja tyrimų, nagrinėjančių ryšį tarp pogimdyvinės depresijos ir miego kokybės po gimdymo, Lietuvoje moterų miego kokybė pogimdyminiu laikotarpiu tyrinėta mažai. A. Skvarnavičiūtė tyrė neišnešiotus naujagimius pagimdžiusių moterų depresijos simptomus ir padarė išvadą, kad daugumos moterų miegas yra sutrikęs (22).

Tyrimo tikslas - ištirti pogimdyvinės depresijos simptomų ryšį su miego kokybe po gimdymo.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti tiriamųjų pogimdyvinės depresijos simptomų dažnį.
2. Įvertinti pogimdyvinės depresijos simptomų ryšį su demografiniais, psichosocialiniais ir mediciniais veiksniais.
3. Įvertinti tiriamųjų miego kokybę po gimdymo.
4. Įvertinti miego kokybės ryšį su demografiniais, psichosocialiniais ir mediciniais veiksniais.
5. Ištirti ryšį tarp pogimdyvinės depresijos simptomų ir miego kokybės po gimdymo.

2. TYRIMO METODIKA

2.1 Tyrimo dalyviai

Dalyvauti tyrime buvo kviečiamos moterys, pagimdžiusios 1-12 mėnesių laikotarpiu, pagimdžiusios laiku - nuo 37⁺⁰ iki 41⁺⁶ nėštumo savaitės ir pagimdžiusios gyvą vaisių. Iš viso tyrime dalyvavo 623 moterys.

2.2 Tyrimo instrumentai

Buvo atlikta anoniminė anketinė apklausa, sudaryta iš trijų dalių: demografinių, psichosocialinių ir medicininių tiriamųjų duomenų (Priedas nr. 1), Edinburgo pogimdyvinės depresijos skalės (Priedas nr. 2) ir Pitsburgo miego kokybės indekso klausimyno (Priedas nr. 3):

1. Demografinių, psichosocialinių ir medicininių duomenų dalyje buvo pateikiami klausimai apie amžių, išsilavinimą, nėštumo planavimą, anamnezėje (praeityje iki šio nėštumo) pasireiškusius afektinius ir nerimo sutrikimus, gaunamą pagalbą prižiūrint kūdikį, esamą mėnesį po gimdymo, buvusių gimdymų skaičių, gimdymo būdą, gimdymo sužadimą, pagalbinių instrumentų (akušerinių replių, vakuuminio ekstraktoriaus) naudojimą gimdymo metu, natūralaus gimdymo skausmo malšinimą, cezario pjūvio operacijos indikaciją, gimdymo komplikacijas, kūdikio maitinimą, kūdikio miegojimo vietą naktį.

2. Tiriamųjų pogimdyvinės depresijos simptomams įvertinti buvo naudota Edinburgo pogimdyvinės depresijos skalė (angl. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS), kurią 1987 m. sukūrė J. L. Cox ir bendraautoriai (23). EPDS - tai 10 teiginių savęs vertinimo skalė, aprašanti depresijai būdingus simptomus. Skale vertinama pastarųjų 7 dienų savijauta, galimi 4 atsakymo variantai, vertinami nuo 0 iki 3 balų, maksimalus balų skaičius yra 30. Didesnis gautas balų skaičius rodo didesnę depresijos simptomų išreikštumą ir didesnę riziką susirgti pogimdyvine depresija.

Autoriai nurodo, kad EPDS įvertis ≥ 10 rodo galimą depresiją, o atskaitos taškas 12/13 balų nurodo, kad moteris gali sirgti įvairaus sunkumo depresija. Skalės jautrumas ir specifiškumas didžiajai depresijai autorių duomenimis yra 86% ir 78%, o Cronbacho α koeficientas - 0,87. Tačiau svarbu pabrėžti, kad EPDS yra atrankos, o ne diagnostikos priemonė, ir depresijos diagnozei reikalingas klinikinis ištyrimas (23). Ši skalė L. Lapkienės ir bendraautorių 2004 m. buvo adaptuota naudoti Lietuvoje. Lietuviškosios EPDS standartizuotas Cronbacho α koeficientas - 0,907, EPDS ≥ 12 įverčiui nustatytas 100% jautrumas ir 75% specifiškumas didžiajai depresijai ir visiems depresijos tipams (24). Šiame darbe buvo naudojamas 12 balų atskaitos taškas ir tyrimo dalyvės buvo suskirstytos į dvi grupes: patyrė (kliniškai reikšmingus) depresijos simptomus (EPDS ≥ 12) ir nepatyrė (kliniškai reikšmingų) depresijos simptomų (EPDS < 12).

3. Tiriamųjų miego kokybei įvertinti buvo naudojamas Pitsburgo miego kokybės indeksas (angl. *Pittsburgh Sleep Quality Index*, PSQI), sukurtas D.J. Buysse ir kolegų 1989 metais (25). Tai yra 19 punktų klausimynas, skirtas subjektyviam pastarojo mėnesio miego kokybės įvertinimui. Anketoje taip pat yra papildomi 5 punktai, skirti kambario ar lovos partneriui atsakyti, tačiau jie nėra įtraukiami į bendrą PSQI balą, todėl šiame tyrime partnerių atsakymai neanalizuojami. Anketa skirstoma į 7 komponentus, vertinančius: subjektyvią miego kokybę, užmigimo trukmę, miego trukmę, miego efektyvumą, miego trukdžius, vaistų miego sutrikimams gydyti vartojimą, funkcionavimą dienos metu. Kiekvienas komponentas vertinamas nuo 0 iki 3 balų, komponentų balai sudedami ir gaunamas bendras PSQI balas. Maksimali balų suma yra 21, didesnė surenkama balų suma nurodo blogesnę miego kokybę. Septynių PSQI komponentų Cronbacho α koeficientas yra 0,83. Remiantis autoriais, PSQI įvertis > 5 nurodo 89,6% diagnostinį jautrumą ir 86,5% specifiškumą nustatant gerą ir blogą miego kokybę (25). Šiame darbe buvo naudojamas 5 balų atskaitos taškas ir tyrimo dalyvės buvo suskirstytos į dvi grupes: gera miego kokybė (PSQI ≤ 5) ir bloga miego kokybė (PSQI > 5).

2.3 Tyrimo eiga

Anketa buvo patalpinta *Google Forms* platformoje, kvietimas dalyvauti tyrime buvo platinamas *Facebook* ir *Instagram* socialiniuose tinkluose dalinantis internetine anketos nuoroda. Atsidariusios internetinę anketos nuorodą, moterys galėjo susipažinti su tyrimo aprašymu, kuriame buvo nurodytas tyrimo tikslas, tyrimo instrumentai ir kontaktai, kur kreiptis jei kiltų klausimų, susijusių su šiuo tyrimu. Perskaičiusios tyrimo aprašymą ir sutikusios dalyvauti tyrime, tyrimo dalyvės galėjo pereiti prie klausimų dalies, kurią pildyti užtruko apie 10 minučių. Bet kuriuo anketos pildymo metu, tyrimo dalyvės galėjo pasitraukti iš tyrimo nutraukdamos anketos pildymą, tuomet jų atsakymai nebuvo išsaugomi. Anketos atsakymai rinkti nuo 2023 m. sausio iki kovo mėnesio.

2.4 Duomenų analizė

Statistinei duomenų analizei naudoti *IBM SPSS Statistics 26.0* ir *Microsoft Office Excel* programiniai paketai. Duomenys buvo koduojami priskiriant skaitines reikšmes, skaičiuotas vidurkis, standartinis nuokrypis (SN), minimali ir maksimali reikšmės, dažnis, procentinis pasiskirstymas. Pogimdyvinės depresijos simptomų ir miego kokybės ryšys su demografiniais, psichosocialiniais, mediciniais veiksniais vertintas požymių dažnių lentelėse taikant Chi - kvadratu (χ^2) kriterijų. Pogimdyvinės depresijos simptomų ryšys su miego kokybe vertintas taikant Chi - kvadratu (χ^2) kriterijų ir skaičiuojant Spearman koreliacijos koeficientą (r). Pogimdyvinės depresijos simptomų ir miego kokybės rizika vertinta šansų santykiu (ŠS) ir jo 95% pasikliautinuoju intervalu (PI). Statistinės hipotezės tikrintos naudojant 0,05 reikšmingumo lygmenį ir rezultatai laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$.

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1 Demografiniai, psichosocialiniai ir medicininiai tiriamųjų duomenys

Tyrimo dalyvių amžius svyravo nuo 18 iki 44 metų, amžiaus vidurkis 29,4 metai (SN=4,6). Tyrimo dalyvės pagal amžių buvo suskirstytos į 3 kategorijas: <25, 25-30 ir >30. Daugiausiai tyrime dalyvavo 25-30 metų amžiaus moterų (n=301, 48,3%). Daugiau negu pusė tyrimo dalyvių (n=341, 54,7%) turėjo aukštąjį išsilavinimą.

Dauguma tyrimo dalyvių (n=540, 86,7%) šį nėštumą planavo. Moterų buvo paprašyta įvertinti gaunamą pagalbą (iš vyro/partnerio, kitų artimųjų, auklės) prižiūrint kūdikį ir 41,7% (n=260) moterų pažymėjo, kad gauna daug pagalbos, 0,8% (n=5) pažymėjo, kad pagalbos negauna visai.

Moterys subjektyviai įvertino anamnezėje (praityje iki šio nėštumo) buvusius nuotaikos ir nerimo sutrikimus: depresijos epizodą yra turėję 26,0% (n=162) tiriamųjų, manijos epizodą - 3,9% (n=24), nerimo sutrikimą - 33,2% (n=207), panikos priepuolius - 16,5% (n=103).

Daugiausiai tyrime dalyvavusių motinų savo kūdikius maitina tik motinos pienu (n=177, 28,4%) ir motinos pienu su primaitinimu kietu maistu (n=176, 28,3%). Daugiau negu pusė tyrimo dalyvių (n=338, 54,3%) pažymėjo, kad jų vaikas miega tame pačiame kambaryje, tik kitoje lovoje. Demografinės, psichosocialinės ir medicininės tyrimo dalyvių charakteristikos apibendrintos 1 lentelėje.

1 lentelė. Demografinės, psichosocialinės ir medicininės tyrimo dalyvių charakteristikos

| Charakteristika | | n | % |
|---|---|-----|------|
| Amžius | <25 | 86 | 13,8 |
| | 25-30 | 301 | 48,3 |
| | >30 | 236 | 37,9 |
| Išsilavinimas | Aukštasis | 341 | 54,7 |
| | Žemesnis nei aukštasis | 282 | 45,3 |
| Nėštumo planavimas | Planuotas | 540 | 86,7 |
| | Neplanuotas | 83 | 13,3 |
| Gaunama pagalba iš šalies prižiūrint kūdikį | Daug | 260 | 41,7 |
| | Vidutiniškai | 246 | 39,5 |
| | Mažai | 112 | 18,0 |
| | Negauna visai | 5 | 0,8 |
| Anamnezėje buvęs depresijos epizodas | Taip | 162 | 26,0 |
| | Ne | 461 | 74,0 |
| Anamnezėje buvęs manijos epizodas | Taip | 24 | 3,9 |
| | Ne | 599 | 96,1 |
| Anamnezėje buvęs nerimo sutrikimas | Taip | 207 | 33,2 |
| | Ne | 416 | 66,8 |
| Anamnezėje buvę panikos priepuoliai | Taip | 103 | 16,5 |
| | Ne | 520 | 83,5 |
| Kūdikio maitinimo būdas | Tik motinos pienu | 177 | 28,4 |
| | Tik pieno mišiniu | 83 | 13,3 |
| | Mišrus būdas (motinos pienu ir pieno mišiniu) | 42 | 6,7 |
| | Motinos pienu su primaitinimu kietu maistu | 176 | 28,3 |
| | Pieno mišiniu su primaitinimu kietu maistu | 145 | 23,3 |
| Kūdikio miegojimo vieta naktį | Kartu lovoje | 266 | 42,7 |
| | Kitoje lovoje | 338 | 54,3 |
| | Kitame kambarėje | 19 | 3,0 |

Tyrimo dalyvavo moterys, pagimdžiusios 1-12 mėnesių laikotarpiu, mėnesiai po gimdymo buvo suskirstyti į 4 kategorijas po 3 mėnesius: 1-3, 4-6, 7-9, 10-12. Daugiausiai tyrimo dalyvavo moterų (n=185, 29,7%), pagimdžiusių 1-3 mėnesių laikotarpiu. 66,0% (n=411) tyrimo dalyvių gimdė pirmą kartą, 76,6% (n=477) pagimdė natūraliu būdu.

Natūralaus gimdymo grupėje, 65,6% (n=313) gimdymų prasidėjo savaime ir 94,1% (n=449) gimdymų pasibaigė be instrumentų pagalbos. 50,5% (n=241) tyrimo dalyvių natūralaus gimdymo skausmas nebuvo malšinamas farmakologiškai ir 82,8% (n=395) gimdžiusių natūraliai patyrė gimdymo takų (tarpvietės, lytinių lūpų, varputės, šlaplės makšties ar gimdos kaklelio) plyšimų ar kirpimų.

Cezario pjūvio operacijos grupėje, daugiau nei pusė dalyvių (n=100, 68,5%) pagimdė esant skubiai indikacijai ir 76,7% (n=112) moterų pažymėjo nepatyrusios komplikacijų (gausaus kraujavimo iš vidinių lytinių organų, operacinio pjūvio ar šlapimo takų infekcijos ar kt.) po gimdymo. Medicininės (su gimdymu susijusios) tyrimo dalyvių charakteristikos apibendrintos 2 lentelėje.

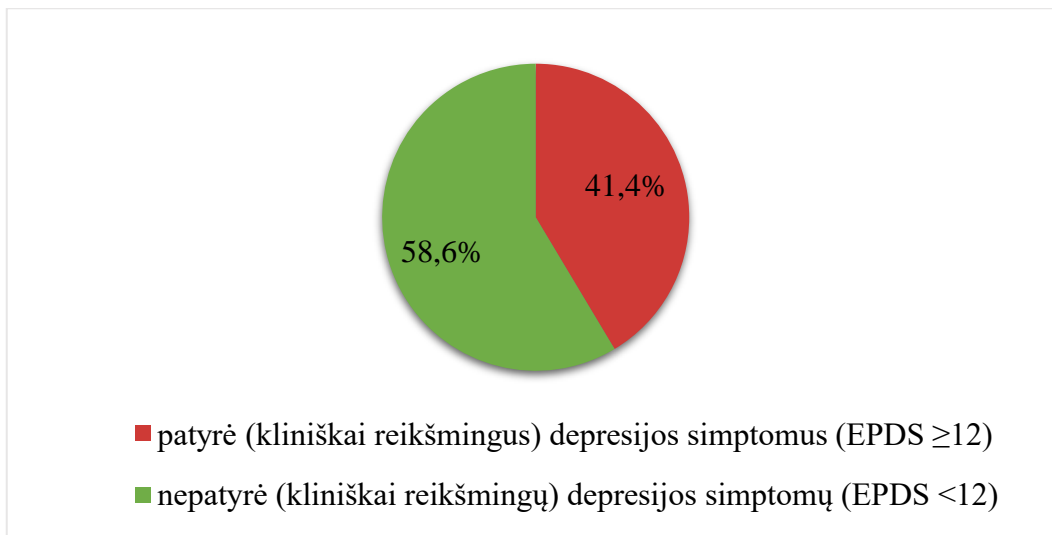
2 lentelė. Medicininės (su gimdymu susijusios) tyrimo dalyvių charakteristikos

| Charakteristika | | n | % |
|--|--------------------------|-----|------|
| Laikotarpis po gimdymo (mėnesiai) | 1-3 | 185 | 29,7 |
| | 4-6 | 99 | 15,9 |
| | 7-9 | 177 | 28,4 |
| | 10-12 | 162 | 26,0 |
| Gimdymų skaičius | 1 | 411 | 66,0 |
| | 2 ir daugiau | 212 | 34,0 |
| Gimdymo būdas | Natūralus | 477 | 76,6 |
| | Cezario pjūvio operacija | 146 | 23,4 |
| Natūralaus gimdymo prasidejimas | Savaime | 313 | 65,6 |
| | Buvo sužadintas | 164 | 34,4 |
| Natūralaus gimdymo pasibaigimas | Be instrumentų pagalbos | 449 | 94,1 |
| | Su instrumentų pagalba | 28 | 5,9 |
| Natūralaus gimdymo farmakologinis skausmo malšinimas | Taip | 236 | 49,5 |
| | Ne | 241 | 50,5 |
| Natūralaus gimdymo metu patirtas gimdymo takų plyšimas ar kirpimas | Taip | 395 | 82,8 |
| | Ne | 82 | 17,2 |
| Cezario pjūvio operacijos indikacija | Planinė | 46 | 31,5 |
| | Skubi | 100 | 68,5 |
| Cezario pjūvio operacijos komplikacijos | Taip | 34 | 23,3 |
| | Ne | 112 | 76,7 |

3.2 Pogimdyvinės depresijos simptomų dažnis

Analizuojant pogimdyvinės depresijos simptomų pasireiškimą, nustatyta, kad 623 tyrimo dalyvių Edinburgo pogimdyvinės depresijos skalės balo vidurkis yra 10,4 (SN=5,8), minimali surinkta balų suma yra 0, maksimali - 28.

Nustatyta, kad patyrė (kliniškai reikšmingus) depresijos simptomus (EPDS ≥ 12) 41,4% (n=258) tiriamųjų, o (kliniškai reikšmingų) depresijos simptomų (EPDS < 12) nepatyrė - 58,6% (n=365) tiriamųjų. Pogimdyvinės depresijos simptomų dažnis pavaizduotas 1 paveiksle.



1 paveikslas. Pogimdyvinės depresijos simptomų dažnis

3.3 Pogimdyvinės depresijos simptomų ryšys su demografiniais, psichosocialiniais ir mediciniais veiksniais

Buvo palyginta depresijos simptomus patyrusių (EPDS ≥ 12) moterų grupė su demografiniais, psichosocialiniais ir mediciniais veiksniais. Tyrimo rezultatai parodė, kad depresijos simptomų dažnis tarp apklaustų moterų amžiaus grupių skyrėsi statistiškai reikšmingai ($p=0,015$): <25 metų amžiaus grupėje depresijos simptomai pasireiškė 54,7% tiriamųjų, 25-30 metų amžiaus grupėje - 37,2% ir >30 metų amžiaus grupėje - 41,9%.

Aukštojo išsilavinimo moterys, palyginti su žemesnio nei aukštojo (pagrindinio, vidurinio, aukštesniojo) išsilavinimo moterimis, patyrė depresijos simptomus rečiau: atitinkamai 38,4% ir 45,0%, tačiau šie rezultatai nebuvo statistiškai reikšmingi ($p=0,095$).

Nustatyta, kad moterų depresijos simptomų pasireiškimas statistiškai reikšmingai ($p=0,021$) priklausė nuo nėštumo planavimo: tarp nėštumą planavusių moterų depresijos simptomų dažnis nustatytas 39,6%, tarp neplanavusių - 53,0%. Moterys, kurios neplanavo nėštumo, turėjo didesnę riziką depresijos simptomams atsirasti 1,34 karto (ŠS=1,34; 95% PI 1,07-1,68).

Analizuojant depresijos simptomų pasireiškimą priklausomai nuo pagalbos, gaunamos iš šalies (vyro/partnerio, kitų artimųjų, auklės) prižiūrint vaiką, nustatytas reikšmingas skirtumas ($p<0,001$): daug pagalbos gaunančių moterų grupėje depresijos simptomai pasireiškė 31,5% tiriamųjų, vidutiniškai pagalbos gaunančių - 43,5%, mažai pagalbos gaunančių - 58,0% ir pagalbos negaunančių visai - 80,0%

Lyginant anamnezėje (praeityje iki šio nėštumo) buvusius nuotaikos ir nerimo sutrikimus su depresijos simptomais pogimdyminiu laikotarpiu, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai.

Moterims, anksčiau patyrusioms bent vieną depresijos epizodą, statistiškai reikšmingai ($p < 0,001$) dažniau pasireiškė depresijos simptomai ir pogrindyminiu laikotarpiu, palyginti su moterimis, anksčiau nepatyrusiomis depresijos: atitinkamai 71,0% ir 31,0%. Anksčiau patyrusioms depresiją, atsirasti depresijos simptomams pogrindyminiu laikotarpiu didesnė rizika buvo 2,29 karto (ŠS=2,29; 95% PI 1,94-2,71).

Moterims, praeityje patyrusioms bent vieną manijos epizodą, statistiškai reikšmingai ($p = 0,010$) dažniau pasireiškė depresijos simptomai pogrindyminiu laikotarpiu, palyginti su moterimis, nepatyrusiomis manijos epizodo: atitinkamai 66,7% ir 40,4%. Anksčiau patyrusioms manijos epizodą, atsirasti depresijos simptomams pogrindyminiu laikotarpiu didesnė rizika buvo 1,65 karto (ŠS=1,65; 95% PI 1,22-2,23).

Moterims, praeityje patyrusioms nerimo sutrikimą, statistiškai reikšmingai ($p < 0,001$) dažniau pasireiškė depresijos simptomai pogrindyminiu laikotarpiu, palyginti su moterimis, nepatyrusiomis nerimo sutrikimo: atitinkamai 55,1% ir 34,6%. Praeityje patyrusioms nerimo sutrikimą, atsirasti depresijos simptomams pogrindyminiu laikotarpiu rizika didesnė buvo 1,59 karto (ŠS=1,59; 95% PI 1,33-1,91).

Moterims, anksčiau patyrusioms panikos priepuolius, statistiškai reikšmingai ($p = 0,001$) dažniau pasireiškė depresijos simptomai pogrindyminiu laikotarpiu, palyginti su moterimis, nepatyrusiomis panikos priepuolių: atitinkamai 56,3% ir 38,5%. Anksčiau patyrusioms panikos priepuolius, atsirasti depresijos simptomams pogrindyminiu laikotarpiu rizika didesnė buvo 1,46 karto (ŠS=1,46; 95% PI 1,20-1,79).

Statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo nustatyta ($p = 0,140$) lyginant depresijos simptomų pasireiškimą ir kūdikio maitinimo būdą: depresijos simptomus patyrė 36,7% maitinančių tik motinos pienu, 51,8% maitinančių tik pieno mišiniu, 50,0% maitinančių mišriu būdu (motinos pienu ir pieno mišiniu), 39,2% maitinančių motinos pienu su primaitinimu kietu maistu, 41,4% maitinančių pieno mišiniu su primaitinimu kietu maistu.

Priklausomai nuo to, kur kūdikis miega naktį, depresijos simptomų dažnis nustatytas: kūdikiui miegant kartu toje pačioje lovoje - 44,7%, kūdikiui miegant tame pačiame kambaryje, tik kitoje lovoje - 39,3%, o kūdikiui miegant kitame kambaryje - 31,6%, tačiau šie rezultatai nebuvo statistiškai reikšmingi ($p = 0,278$). Pogrindyvinės depresijos simptomų (EPDS ≥ 12) dažnio palyginimas demografinių, psichosocialinių ir medicininių veiksnių grupėse apibendrintas 3 lentelėje.

3 lentelė. Pogimdyvinės depresijos simptomų (EPDS ≥ 12) dažnio palyginimas demografinių, psichosocialinių ir medicininių veiksnių grupėse

| Veiksny | | Depresijos simptomų (EPDS ≥ 12) dažnis (%) | p |
|--|---|--|------------------|
| Amžius | <25 | 54,7 | 0,015 |
| | 25-30 | 37,2 | |
| | >30 | 41,9 | |
| Išsilavinimas | Aukštasis | 38,4 | 0,095 |
| | Žemesnis nei aukštasis | 45,0 | |
| Nėštumo planavimas | Planuotas | 39,6 | 0,021 |
| | Neplanuotas | 53,0 | |
| Gaunama pagalba iš šalies prižiūrint kūdikį | Daug | 31,5 | <0,001 |
| | Vidutiniškai | 43,5 | |
| | Mažai | 58,0 | |
| | Negauna visai | 80,0 | |
| Anamnezėje buvęs depresijos epizodas | Taip | 71,0 | <0,001 |
| | Ne | 31,0 | |
| Anamnezėje buvęs manijos epizodas | Taip | 66,7 | 0,010 |
| | Ne | 40,4 | |
| Anamnezėje buvęs nerimo sutrikimas | Taip | 55,1 | <0,001 |
| | Ne | 34,6 | |
| Anamnezėje buvę panikos priepuoliai | Taip | 56,3 | 0,001 |
| | Ne | 38,5 | |
| Kūdikio maitinimo būdas | Tik motinos pienu | 36,7 | 0,140 |
| | Tik pieno mišiniu | 51,8 | |
| | Mišrus būdas (motinos pienu ir pieno mišiniu) | 50,0 | |
| | Motinos pienu su primaitinimu kietu maistu | 39,2 | |
| | Pieno mišiniu su primaitinimu kietu maistu | 41,4 | |
| Kūdikio miegojimo vieta naktį | Kartu lovoje | 44,7 | 0,278 |
| | Kitoje lovoje | 39,3 | |
| | Kitame kambaryje | 31,6 | |

Statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo nustatyta lyginant depresijos simptomų dažnį su laikotarpiu po gimdymo ($p=0,167$): moterų, pagimdžiusių 1-3 mėnesių laikotarpiu, grupėje depresijos simptomai pasireiškė 40,0% tiriamųjų, 4-6 mėnesių laikotarpiu - 38,4%, 7-9 mėnesių laikotarpiu - 37,9%, 10-12 mėnesių laikotarpiu - 48,8%.

Pirmą kartą gimdžiusių moterų, palyginti su antrą ir daugiau kartų gimžiusių, depresijos simptomų dažnis nesiskyrė statistiškai reikšmingai ($p=0,243$): tarp pirmą kartą gimdžiusių depresijos simptomai nustatyti 43,1% tiriamųjų, o antrą kartą ir daugiau - 38,2%.

Gimdymo būdas nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,779$) depresijos simptomams atsirasti: tarp natūraliu būdu pagimdžiusių depresijos simptomai nustatyti 41,7% tiriamųjų, tarp cezario pjūvio operacijos būdu - 40,4%.

Natūralaus gimdymo prasidėjimas neturėjo reikšmingos įtakos ($p=0,289$) depresijos simptomams atsirasti: gimdymui prasidėjus savaime depresijos simptomai pasireiškė 43,5% tiriamųjų, sužadinus gimdymą - 38,4%.

Natūralaus gimdymo pasibaigimas nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,602$) depresijos simptomams atsirasti: gimdymą užbaigus be instrumentų pagalbos depresijos simptomai pasireiškė 41,4% tiriamųjų, gimdymą užbaigus su instrumentų (akušerinių replių, vakuuminio ekstraktoriaus) pagalba - 46,4%.

Farmakologinis skausmo malšinimas natūralaus gimdymo metu nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,139$) depresijos simptomams atsirasti: natūralaus gimdymo skausmą malšinus farmakologiškai depresijos simptomai pasireiškė 38,1% tiriamųjų, nemalšinus - 44,8%.

Patyrusioms gimdymo takų (tarpvietės, lytinių lūpų, varputės, šlaplės makšties ar gimdos kaklelio) plyšimus ar kirpimus natūralaus gimdymo metu depresijos simptomai pasireiškė 43,3% tiriamųjų, nepatyrusioms - 34,1%, tačiau rezultatai nebuvo statistiškai reikšmingi ($p=0,126$).

Cezario pjūvio operacijos indikacija nebuvo statistiškai reikšminga ($p=0,881$) depresijos simptomams atsirasti: planine tvarka pagimdžiusių grupėje depresijos simptomai pasireiškė 41,3% tiriamųjų, skubia tvarka pagimdžiusių grupėje - 40,0%.

Moterims, patyrusioms cezario pjūvio operacijos komplikacijas (gausų kraujavimą iš vidinių lytinių organų, operacinio pjūvio, šlapimo takų infekciją ir kt.) depresijos simptomų dažnis nustatytas 50,0%, nepatyrusioms - 37,5%, tačiau rezultatai nebuvo statistiškai reikšmingi ($p=0,193$). Pogimdyvinės depresijos simptomų ($EPDS \geq 12$) dažnio palyginimas medicininių (su gimdymu susijusių) veiksnių grupėse apibendrintas 4 lentelėje.

4 lentelė. Pogimdyvinės depresijos simptomų ($EPDS \geq 12$) dažnio palyginimas medicininių (su gimdymu susijusių) veiksnių grupėse

| Veiksny | | Depresijos simptomų ($EPDS \geq 12$) dažnis (%) | p |
|-----------------------------------|--------------------------|---|-------|
| Laikotarpis po gimdymo (mėnesiai) | 1-3 | 40,0 | 0,167 |
| | 4-6 | 38,4 | |
| | 7-9 | 37,9 | |
| | 10-12 | 48,8 | |
| Gimdymų skaičius | 1 | 43,1 | 0,243 |
| | 2 ir daugiau | 38,2 | |
| Gimdymo būdas | Natūralus | 41,7 | 0,779 |
| | Cezario pjūvio operacija | 40,4 | |

| | | | |
|--|-------------------------|------|-------|
| Natūralaus gimdymo prasidejimas | Savaime | 43,5 | 0,289 |
| | Buvo sužadintas | 38,4 | |
| Natūralaus gimdymo pasibaigimas | Be instrumentų pagalbos | 41,4 | 0,602 |
| | Su instrumentų pagalba | 46,4 | |
| Natūralaus gimdymo farmakologinis skausmo malšinimas | Taip | 38,1 | 0,139 |
| | Ne | 44,8 | |
| Natūralaus gimdymo metu patirtas gimdymo takų plyšimas ar kirpimas | Taip | 43,3 | 0,126 |
| | Ne | 34,1 | |
| Cezario pjūvio operacijos indikacija | Planinė | 41,3 | 0,881 |
| | Skubi | 40,0 | |
| Cezario pjūvio operacijos komplikacijos | Taip | 50,0 | 0,193 |
| | Ne | 37,5 | |

3.4 Miego kokybė po gimdymo

Analizuojant miego kokybę 1-12 mėnesių pogimdyminiu laikotarpiu, nustatyta, kad 623 tyrimo dalyvių Pitsburgo miego kokybės indekso balo vidurkis yra 7,9 (SN=3,5), minimali surinkta balų suma yra 0, maksimali - 18.

Išanalizavus visus 7 PSQI komponentus, matoma, kad daugiausiai įtakos bendram PSQI vidurkiui turėjo miego efektyvumas (vidurkis 1,6, SN=1,2), mažiausiai įtakos bendram vidurkiui darė vaistų miego sutrikimams gydyti vartojimas (vidurkis 0,1, SN=0,6). 7 PSQI komponentų vidurkiai ir jų standartiniai nuokrypiai apibendrinti 5 lentelėje.

5 lentelė. 7 PSQI komponentų vidurkiai ir jų standartiniai nuokrypiai

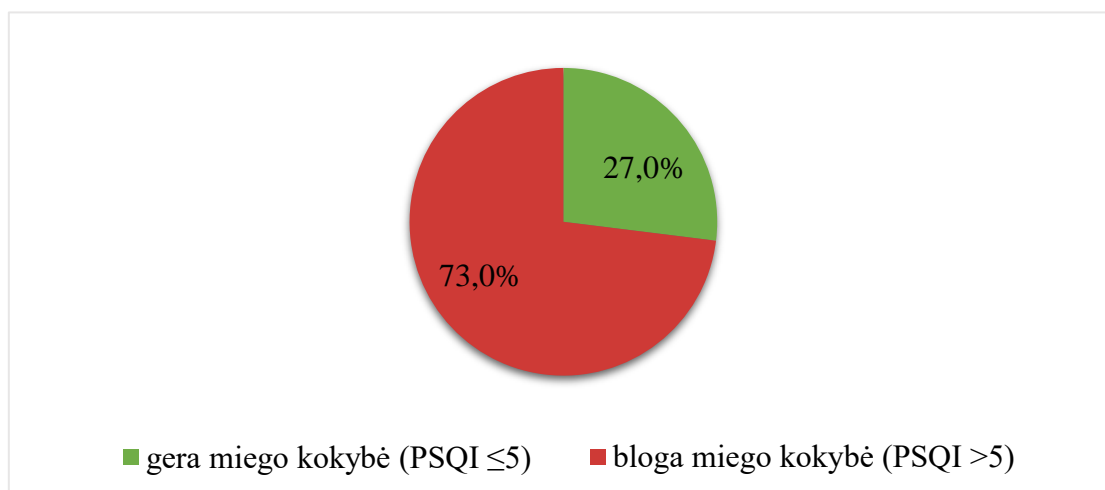
| Komponentas | Vidurkis (SN) |
|--|---------------|
| Subjektyvi miego kokybė | 1,4 (0,7) |
| Užmigimo trukmė | 1,3 (1,0) |
| Miego trukmė | 1,1 (0,9) |
| Miego efektyvumas | 1,6 (1,2) |
| Miego trukdžiai | 1,3 (0,5) |
| Vaistų miego sutrikimams gydyti vartojimas | 0,1 (0,6) |
| Funkcionavimas dienos metu | 1,1 (0,7) |

Vienas iš PSQI klausimų buvo subjektyviai įverti pastarojo mėnesio miego kokybę: labai gerai įvertino 7,2% (n=45) tyrimo dalyvių, pakankamai gerai - 58,7% (n=366), pakankamai blogai - 26,2% (n=163), labai blogai - 7,9% (n=49).

Vidutiniškai tyrimo dalyvės miegojo po 6,5 valandas (SN=1,5) per naktį, minimali miego trukmė tarp tyrimo dalyvių - 1 valanda, maksimali - 11 valandų.

Tyrimo dalyvės pagal užmigimo trukmę pasiskirstė taip: užmiegančios per ≤ 15 minučių - 39,3% (n=245), 16-30 minučių - 38,0% (n=237), 31-60 minučių - 15,6% (n=97), >60 minučių - 7,1% (n=44).

Gera miego kokybė (PSQI ≤ 5) nustatyta 27,0% (n=168) tiriamųjų, bloga miego kokybė (PSQI >5) - 73,0% (n=455) tiriamųjų. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal miego kokybę pavaizduotas 2 paveiksle.



2 paveikslas. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal miego kokybę

3.5 Miego kokybės ryšys su demografiniais, psichosocialiniais ir mediciniais veiksniais

Buvo palyginta blogos miego kokybės (PSQI >5) moterų grupė su demografiniais, psichosocialiniais ir mediciniais veiksniais. Tyrimo rezultatai parodė, kad blogos miego kokybės dažnis tarp apklaustų moterų amžiaus grupių skyrėsi statistiškai nereikšmingai ($p=0,419$): <25 metų amžiaus grupėje bloga miego kokybė nustatyta 73,3% tiriamųjų, 25-30 metų amžiaus grupėje - 70,8% ir >30 metų amžiaus grupėje - 75,8%.

Priklausomai nuo išsilavinimo, miego kokybė nesiskyrė statistiškai reikšmingai ($p=0,850$): bloga miego kokybė nustatyta 72,7% aukštąjį išsilavinimą įgijusių tyrimo dalyvių ir 73,4% žemesnį nei aukštąjį (pagrindinį, vidurinį, aukštesnįjį) įgijusių tyrimo dalyvių.

Nėštumo planavimas nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,667$) blogai miego kokybei atsirasti: tarp šį nėštumą planavusių bloga miego kokybė nustatyta 73,3% tiriamųjų, tarp neplanavusių - 71,1%.

Analizuojant blogos miego kokybės pasireiškimą priklausomai nuo pagalbos, gaunamos iš šalies (vyro/partnerio, kitų artimųjų, auklės) prižiūrint vaiką, nustatytas reikšmingas skirtumas ($p=0,002$): daug pagalbos gaunančių moterų grupėje bloga miego kokybė nustatyta 66,2% tiriamųjų,

vidutiniškai pagalbos gaunančių - 74,8%, mažai pagalbos gaunančių - 84,8% ir pagalbos negaunančių visai - 80,0%.

Lyginant anamnezėje (praityje iki nėštumo) buvusius nuotaikos ir nerimo sutrikimus su miego kokybe, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai. Moterims, anksčiau patyrusioms bent vieną depresijos epizodą, statistiškai reikšmingai ($p < 0,001$) dažniau pasireiškė bloga miego kokybė, palyginti su moterimis, anksčiau nepatyrusiomis depresijos: atitinkamai 88,9% ir 67,5%. Anksčiau patyrusioms depresijos epizodą, atsirasti blogai miego kokybei didesnė rizika buvo 1,32 karto ($\check{S}S=1,32$; 95% PI 1,21-1,43).

Moterims, praityje patyrusioms bent vieną manijos epizodą, statistiškai reikšmingai ($p=0,010$) dažniau pasireiškė bloga miego kokybė, palyginti su moterimis, nepatyrusiomis manijos epizodo: atitinkamai 95,8% ir 72,1%. Anksčiau patyrusioms manijos epizodą, atsirasti blogai miego kokybei didesnė rizika buvo 1,33 karto ($\check{S}S=1,33$; 95% PI 1,21-1,46).

Moterims, praityje patyrusioms nerimo sutrikimą, statistiškai reikšmingai ($p < 0,001$) dažniau pasireiškė bloga miego kokybė, palyginti su moterimis, nepatyrusiomis nerimo sutrikimo: atitinkamai 83,1% ir 68,0%. Praityje patyrusioms nerimo sutrikimą, atsirasti blogai miego kokybei rizika didesnė buvo 1,22 karto ($\check{S}S=1,22$; 95% PI 1,12-1,34).

Moterims, anksčiau patyrusioms panikos priepuolius, statistiškai reikšmingai ($p=0,009$) dažniau nustatyta bloga miego kokybė, palyginti su moterimis, nepatyrusiomis panikos priepuolių: atitinkamai 83,5% ir 71,0%. Anksčiau patyrusioms panikos priepuolius, atsirasti blogai miego kokybei rizika didesnė buvo 1,18 karto ($\check{S}S=1,18$; 95% PI 1,06-1,30).

Statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo nustatyta ($p=0,599$) tarp miego kokybės ir kūdikio maitinimo būdo: bloga miego kokybė nustatyta 74,0% maitinančių tik motinos pienu, 75,9% maitinančių tik pieno mišiniu, 78,6% maitinančių mišriu būdu (motinos pienu ir pieno mišiniu), 73,3% maitinančių motinos pienu su primaitinimu kietu maistu, 68,3% maitinančių pieno mišiniu su primaitinimu kietu maistu.

Priklausomai nuo to, kur kūdikis miega naktį, bloga miego kokybė nustatyta: kūdikiui miegant kartu toje pačioje lovoje - 74,8%, kūdikiui miegant tame pačiame kambaryje, tik kitoje lovoje - 72,2%, o kūdikiui miegant kitame kambaryje - 68,3%, tačiau šie rezultatai nebuvo statistiškai reikšmingi ($p=0,475$). Blogos miego kokybės (PSQI >5) dažnio palyginimas demografinių, psichosocialinių ir medicininių veiksnių grupėse apibendrintas 6 lentelėje.

6 lentelė. Blogos miego kokybės (PSQI >5) dažnio palyginimas demografinių, psichosocialinių ir medicininių veiksnių grupėse

| Veiksny | | Blogos miego kokybės (PSQI >5) dažnis (%) | p |
|--|---|---|------------------|
| Amžius | <25 | 73,3 | 0,419 |
| | 25-30 | 70,8 | |
| | >30 | 75,8 | |
| Išsilavinimas | Aukštasis | 72,7 | 0,850 |
| | Žemesnis nei aukštasis | 73,4 | |
| Nėštumo planavimas | Planuotas | 73,3 | 0,667 |
| | Neplanuotas | 71,1 | |
| Gaunama pagalba iš šalies prižiūrint kūdikį | Daug | 66,2 | 0,002 |
| | Vidutiniškai | 74,8 | |
| | Mažai | 84,8 | |
| | Negauna visai | 80,0 | |
| Anamnezėje buvęs depresijos epizodas | Taip | 88,9 | <0,001 |
| | Ne | 67,5 | |
| Anamnezėje buvęs manijos epizodas | Taip | 95,8 | 0,010 |
| | Ne | 72,1 | |
| Anamnezėje buvęs nerimo sutrikimas | Taip | 83,1 | <0,001 |
| | Ne | 68,0 | |
| Anamnezėje buvę panikos priepuoliai | Taip | 83,5 | 0,009 |
| | Ne | 71,0 | |
| Kūdikio maitinimo būdas | Tik motinos pienu | 74,0 | 0,599 |
| | Tik pieno mišiniu | 75,9 | |
| | Mišrus būdas (motinos pienu ir pieno mišiniu) | 78,6 | |
| | Motinos pienu su primaitinimu kietu maistu | 73,3 | |
| | Pieno mišiniu su primaitinimu kietu maistu | 68,3 | |
| Kūdikio miegojimo vieta naktį | Kartu lovoje | 74,8 | 0,475 |
| | Kitoje lovoje | 72,2 | |
| | Kitame kambaryje | 63,2 | |

Statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo nustatyta lyginant miego kokybę su laikotarpiu po gimdymo ($p=0,533$): moterų, pagimdžiusių 1-3 mėnesių laikotarpiu, grupėje bloga miego kokybė nustatyta 76,2% tiriamųjų, 4-6 mėnesių laikotarpiu - 70,7%, 7-9 mėnesių laikotarpiu - 74,0%, 10-12 mėnesių laikotarpiu - 69,8%.

Pirmą kartą gimdžiusioms moterims statistiškai reikšmingai ($p=0,014$) dažniau nustatyta bloga miego kokybė, palyginti su antrą ir daugiau kartų gimdžiusiomis: atitinkamai: 76,2% ir 67,0%.

Gimdymo būdas nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,937$) blogai miego kokybei atsirasti: natūraliu būdu pagimdžiusių moterų grupėje bloga miego kokybė nustatyta 73,0% tiriamųjų, cezario pjūvio operacijos būdu - 73,3%.

Natūralaus gimdymo prasidėjimas neturėjo reikšmingos įtakos ($p=0,220$) blogai miego kokybei atsirasti: moterų grupėje, kur gimdymas prasidėjo savaime, bloga miego kokybė nustatyta 74,8% tiriamųjų, kur gimdymas buvo sužadintas - 69,5%.

Natūralaus gimdymo pasibaigimas nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,802$) blogai miego kokybei atsirasti: moterų grupėje, kur gimdymas užbaigtas be instrumentų pagalbos, bloga miego kokybė nustatyta 72,8% tiriamųjų, kur gimdymas užbaigtas su instrumentų (akušerinių replių, vakuuminio ekstraktoriaus) pagalba - 75,0%.

Natūralaus gimdymo farmakologinis skausmo malšinimas nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,560$) blogai miego kokybei atsirasti: moterų grupėje, kur natūralaus gimdymo skausmas buvo malšinamas farmakologiškai, bloga miego kokybė nustatyta 74,2% tiriamųjų, nebuvo malšinamas - 71,8%.

Natūralaus gimdymo metu buvę gimdymo takų (tarpvietės, lytinių lūpų, varputės, šlaplės, makšties ar gimdos kaklelio) plyšimai ar kirpimai nebuvo statistiškai reikšmingi ($p=0,748$) blogai miego kokybei atsirasti: patyrusių šias komplikacijas grupėje bloga miego kokybė nustatyta 72,7% tiriamųjų, nepatyrusių - 74,4%.

Cezario pjūvio operacijos indikacija nebuvo statistiškai reikšminga ($p=0,357$) blogai miego kokybei atsirasti: planine tvarka pagimdžiusių grupėje bloga miego kokybė nustatyta 78,3% tiriamųjų, skubia tvarka pagimdžiusių grupėje - 71,0%.

Tarp moterų, patyrusių cezario pjūvio operacijos komplikacijas (gausų kraujavimą iš vidinių lytinių organų, operacinio pjūvio, šlapimo takų infekciją ar kt.) ir nepatyrusių, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($p=0,173$): patyrusių komplikacijas grupėje bloga miego kokybė nustatyta 82,4% tiriamųjų, nepatyrusių - 70,5%. Blogos miego kokybės (PSQI >5) dažnio palyginimas medicininių (su gimdymu susijusių) veiksnių grupėse apibendrintas 7 lentelėje.

7 lentelė. Blogos miego kokybės (PSQI >5) dažnio palyginimas medicininių (su gimdymu susijusių) veiksnių grupėse

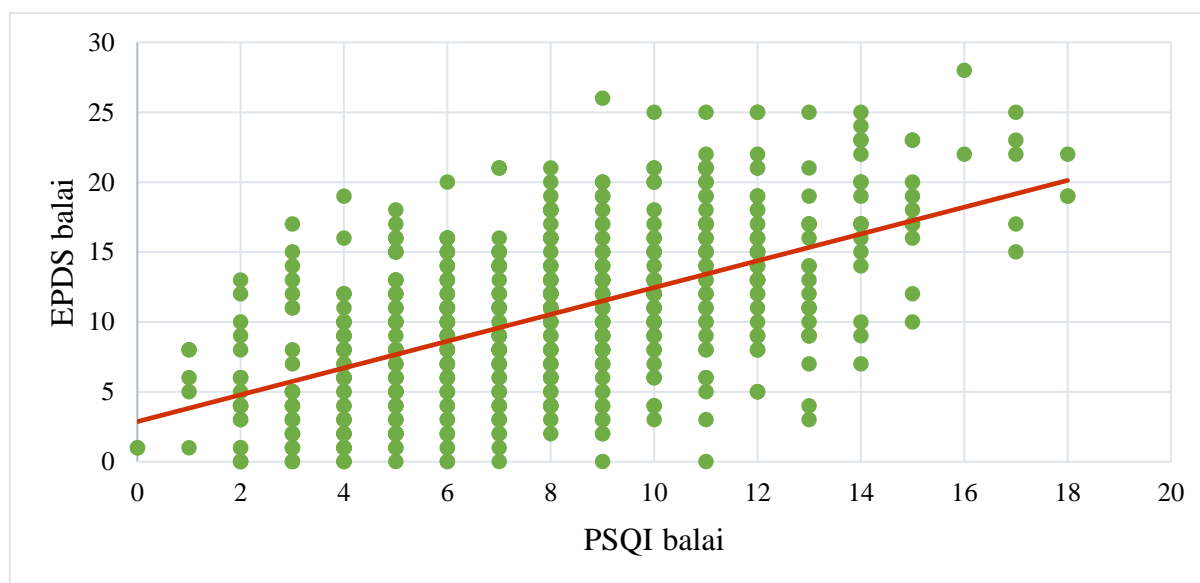
| Veiksny | | Blogos miego kokybės (PSQI >5) dažnis (%) | p |
|-----------------------------------|--------------------------|---|--------------|
| Laikotarpis po gimdymo (mėnesiai) | 1-3 | 76,2 | 0,533 |
| | 4-6 | 70,7 | |
| | 7-9 | 74,0 | |
| | 10-12 | 69,8 | |
| Gimdymų skaičius | 1 | 76,2 | 0,014 |
| | 2 ir daugiau | 67,0 | |
| Gimdymo būdas | Natūralus | 73,0 | 0,937 |
| | Cezario pjūvio operacija | 73,3 | |
| Natūralaus gimdymo prasidėjimas | Savaime | 74,8 | 0,220 |
| | Buvo sužadintas | 69,5 | |

| | | | |
|--|-------------------------|------|-------|
| Natūralaus gimdymo pasibaigimas | Be instrumentų pagalbos | 72,8 | 0,802 |
| | Su instrumentų pagalba | 75,0 | |
| Farmakologinis natūralaus gimdymo skausmo malšinimas | Taip | 74,2 | 0,560 |
| | Ne | 71,8 | |
| Natūralaus gimdymo metu patirtas gimdymo takų plyšimas ar kirpimas | Taip | 72,7 | 0,748 |
| | Ne | 74,4 | |
| Cezario pjūvio operacijos indikacija | Planinė | 78,3 | 0,357 |
| | Skubi | 71,0 | |
| Cezario pjūvio operacijos komplikacijos | Taip | 82,4 | 0,173 |
| | Ne | 70,5 | |

3.6 Pogimdyvinės depresijos simptomų ryšys su miego kokybe po gimdymo

Pogimdyvinės depresijos simptomų dažnis statistiškai reikšmingai ($p < 0,001$) skyrėsi blogos ir geros miego kokybės grupėse: depresijos simptomų (EPDS ≥ 12) dažnis blogos miego kokybės (PSQI > 5) grupėje buvo 89,1%, geros miego kokybės (PSQI ≤ 5) grupėje - 10,9%. Rizika atsirasti depresijos simptomams esant blogai miego kokybei buvo 3,03 karto didesnė, palyginti su gera miego kokybe ($\text{ŠS} = 3,03$; 95% PI 2,14-4,31).

Tarp Edinburgo pogimdyvinės depresijos skalės ir Pitsburgo miego kokybės indekso balų nustatyta statistiškai reikšminga ($p < 0,001$) vidutinė teigiama koreliacija ($r = 0,544$). Tai reiškia, kad didėjant PSQI balui, didėja ir EPDS balas. Koreliacija tarp Edinburgo pogimdyvinės depresijos skalės ir Pitsburgo miego kokybės indekso balų pavaizduota 3 paveiksle.



3 paveikslas. Koreliacija tarp Edinburgo pogimdyvinės depresijos skalės ir Pitsburgo miego kokybės indekso balų

4. APTARIMAS

Šiame tyrime nustatytas pogimdyvinės depresijos simptomų (EPDS ≥ 12) dažnis 1-12 mėnesių po gimdymo yra 41,4%. Panašūs rezultatai gauti Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktame tyrime - 42,6% (EPDS ≥ 10) nagrinėjant 1-12 mėnesių pogimdyminį laikotarpį (26), Kinijoje - 41,5% (EPDS ≥ 10) tiriant 6 savaitių po gimdymo laikotarpį (5), Lietuvoje - 40,3% (EPDS ≥ 12) 2 savaitių pogimdyminiu laikotarpiu (27). Kita vertus, literatūroje aprašomi ir mažesni nei šiame tyrime gauti depresijos simptomų paplitimo rodikliai: Irane - 34,8% (EPDS ≥ 13) 1-3 mėnesių pogimdyminiu laikotarpiu (16), Kinijoje - 23,5% (EPDS ≥ 13) 6-8 savaitės po gimdymo (10), Lietuvoje - 17,1% (EPDS ≥ 13) 1 metų laikotarpiu po gimdymo (28), Jungtinėse Amerikos Valstijose - 13,5% (EPDS > 9) 12 mėnesių pogimdyminiu laikotarpiu (17). Dvejuose tyrimuose nustatyti didesni depresijos simptomų paplitimo rodikliai nei šiame tyrime: Saudo Arabijoje - 75,0% (EPDS ≥ 12) 2 savaitių - 1 metų laikotarpiu po gimdymo (3) ir Jungtinėse Amerikos Valstijose - 81,1% (EPDS ≥ 13) iki 12 mėnesių pogimdyminiu laikotarpiu (18).

Šiame tyrime nustatytas blogos miego kokybės (PSQI > 5) dažnis yra 73,0%. Panašūs rezultatai gauti tyrime, atliktame Kinijoje - 75,1% (PSQI > 5) 42 dienos po gimdymo (29), Jungtinėse Amerikos Valstijose - 74% (PSQI ≥ 6) 8 savaitės po gimdymo (19). Kiti tyrimai rodo mažesnę blogos miego kokybės dažnį: Irane nustatytas blogos miego kokybės dažnis - 53,1% (PSQI > 5) 1-3 mėnesių laikotarpiu po gimdymo (16), Jungtinėse Amerikos Valstijose - 49,0% (PSQI > 5) 6 mėnesių pogimdyminiu laikotarpiu (20), Nepale - 28,2% (PSQI > 5) 2-12 mėnesių pogimdyminiu laikotarpiu (30). Didesnis nei šiame tyrime blogos miego kokybės dažnis buvo nustatytas Jungtinėse Amerikos Valstijose - 84,0% (PSQI ≥ 6) 4 savaitės po gimdymo (19), Saudo Arabijoje - 97,2% (PSQI ≥ 5) 2 savaitių - 1 metų laikotarpiu po gimdymo (3) ir Jungtinėse Amerikos Valstijose - 98,1% (PSQI ≥ 5) tiriant iki 12 mėnesių pogimdyminį laikotarpį (18).

Šiame tyrime nustatyta vidutinė teigiama koreliacija ($r=0,544$, $p<0,001$) tarp Edinburgo pogimdyvinės depresijos skalės ir Pitsburgo miego kokybės indekso balų. Šio tyrimo rezultatai yra panašūs į W. Qi su kolegomis gautus rezultatus ($r=0,516$, $p<0,01$) (5) ir į B. A. Baattaiah su bendraautorais gautus rezultatus ($r=0,447$, $p<0,05$) (3), kur nustatyta vidutinė teigiama koreliacija tarp šių klausimynų balų. Silpnesnę teigiamą koreliaciją negu šiame tyrime nustatė J. J. Doering su bendraautorais ($r=0,320$, $p<0,001$) (19) ir R.A. Menke su kolegomis ($r=0,370$, $p<0,008$) (18). Stipresnę teigiamą koreliaciją ($r=0,752$, $p<0,001$) negu šiame tyrime nustatė K. Howard ir kt. (21).

Šiame tyrime rizika atsirasti pogimdyvinės depresijos simptomams esant blogai miego kokybei buvo 3,03 karto didesnė, palyginti su gera miego kokybe. Literatūroje aprašomi panašūs rezultatai: Y. Liu su bendraautorais nustatė 3,66 karto didesnę riziką ($\text{ŠS}=3,66$; 95% PI:1,99-6,71,

$p < 0,05$) (10), o S. Iranpour su kolegomis - 3,34 karto didesnę riziką ($\bar{S}S=3,34$; 95% PI: 2,04-5,48; $p < 0,001$) pasireikšti depresijos simptomams esant blogai miego kokybei (16).

Skirtumai tarp nagrinėtų tyrimų rezultatų, palyginti su šio tyrimo rezultatais, gali būti susiję su tokiais priežastimis, kaip tirtas skirtingas laikotarpis po gimdymo, pasirinkti skirtingi Edinburgo pogimdyminės depresijos skalės ir Pitsburgo miego kokybės indekso atskaitos taškai depresijos simptomų ir miego kokybės atrankai, pasirinkti skirtingi tyrimo dalyvių įtraukimo kriterijai, geografiniai vietovių skirtumai, nulemiantys kultūrinius, socioekonominius, medicininius ir kitus veiksnius, kurie galėjo padaryti įtakos tyrimų rezultatams.

5. IŠVADOS

1. Šiame tyrime nustatytas didelis pogimdyvinės depresijos simptomų dažnis (41,4%).
2. Depresijos simptomai statistiškai reikšmingai dažniau nustatyti moterims <25 metų amžiaus grupėje, šio nėštumo neplanavusioms, gaunančioms mažai ir negaunančioms visai pagalbos prižiūrint kūdikį, anamnezėje turėjusioms bent vieną depresijos, manijos epizodą, nerimo sutrikimą ir panikos priepuolius.
3. Didžiajai daliai tyrimo dalyvių (73,0%) buvo nustatyta bloga miego kokybė.
4. Bloga miego kokybė statistiškai reikšmingai dažniau nustatyta moterims, gaunančioms mažai ir negaunančioms visai pagalbos prižiūrint kūdikį, anamnezėje turėjusioms bent vieną depresijos, manijos epizodą, nerimo sutrikimą ir panikos priepuolius, gimdžiusioms pirmą kartą.
5. Tarp pogimdyvinės depresijos simptomų ir miego kokybės nustatyta statistiškai reikšminga teigiama koreliacija. Pogimdyvinės depresijos simptomai statistiškai reikšmingai dažniau pasireiškė esant blogai miego kokybei, palyginti su gera miego kokybe. Nustatyta didesnė rizika atsirasti depresijos simptomams esant blogai miego kokybei.

6. PASIŪLYMAI

1. Klinikinėje praktikoje svarbu stebėti neseniai pagimdžiusių moterų psichikos būseną ir atlikti atrankos tyrimus pogimdyvinei depresijai naudojant standartizuotas priemones, kaip Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė. Moteris, patiriančias kliniškai reikšmingus depresijos simptomus, svarbu nukreipti psichikos sveikatos priežiūros specialisto konsultacijai. Tai gali padėti atrinkti moteris, kurioms reikalingas tolimesnis būklės ištyrimas ir (ar) gydymas.

2. Reikalingas didesnis dėmesys moterų švietimui apie miego svarbą pogimdyminių laikotarpiu. Tikslingas rekomendacijų kūrimas pagimdžiusioms moterims apie miego higieną.
3. Partneriai taip pat turėtų būti edukuojami apie miego svarbą neseniai pagimdžiusioms moterims ir skatinami padėti prižiūrėti kūdikį, įskaitant naktinį kėlimąsi, kad motinos galėtų pakankamai pailsėti.
4. Atsižvelgus į šio tyrimo rezultatus, būtų tikslinga atlikti tolimesnius tyrimus apie pogimdyvinę depresiją ir miego kokybę klinikinėse imtyse. Londitudiniai tyrimai būtų naudingi siekiant ištirti ilgalaikį miego sutrikimų poveikį pogimdyvinės depresijos simptomams.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Pitsillos T, Wikström AK, Skalkidou A, Derntl B, Hallschmid M, Lutz ND, et al. Association Between Objectively Assessed Sleep and Depressive Symptoms During Pregnancy and Post-partum. *Front Glob Womens Health*. 2021;2:807817.
2. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu Rev Med*. 2019 Jan 27;70:183–96.
3. Baattaiah BA, Alharbi MD, Babteen NM, Al-Maqbool HM, Babgi FA, Albatati AA. The relationship between fatigue, sleep quality, resilience, and the risk of postpartum depression: an emphasis on maternal mental health. *BMC Psychol*. 2023 Jan 13;11(1):10.
4. O’Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379–407.
5. Qi W, Liu Y, Lv H, Ge J, Meng Y, Zhao N, et al. Effects of family relationship and social support on the mental health of Chinese postpartum women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Jan 25;22(1):65.
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington: American psychiatric association; 2013.
7. TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas.
8. Dervinytė-Bongarzoni A, Navickas A. Pogimdyminių depresinių sutrikimų ankstyvoji diagnostika - efektyvios prevencijos pagrindas. *Visuomenės sveikata*. 2017 Nov 23;27:31–40.
9. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr*. 2020 Oct;53:102353.
10. Liu Y, Zhang L, Guo N, Jiang H. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry*. 2021 Oct 5;21(1):487.
11. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav*. 2016 Jan;77:153–66.

12. Hr C, Bm A. Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem. 2006.
13. Bhati S, Richards K. A systematic review of the relationship between postpartum sleep disturbance and postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2015;44(3):350–7.
14. Parsons L, Howes A, Jones CA, Surtees ADR. Changes in parental sleep from pregnancy to postpartum: A meta-analytic review of actigraphy studies. *Sleep Med Rev.* 2023 Apr;68:101719.
15. Christian LM, Carroll JE, Teti DM, Hall MH. Maternal Sleep in Pregnancy and Postpartum Part I: Mental, Physical, and Interpersonal Consequences. *Curr Psychiatry Rep.* 2019 Mar 2;21(3):20.
16. Iranpour S, Kheirabadi GR, Esmailzadeh A, Heidari-Beni M, Maracy MR. Association between sleep quality and postpartum depression. *J Res Med Sci.* 2016;21:110.
17. Saxbe DE, Schetter CD, Guardino CM, Ramey SL, Shalowitz MU, Thorp J, et al. Sleep Quality Predicts Persistence of Parental Postpartum Depressive Symptoms and Transmission of Depressive Symptoms from Mothers to Fathers. *Ann Behav Med.* 2016 Dec;50(6):862–75.
18. Menke RA, Swanson L, Erickson NL, Reglan G, Thompson S, Bullard KH, et al. Childhood adversity and sleep are associated with symptom severity in perinatal women presenting for psychiatric care. *Arch Womens Ment Health.* 2019 Aug;22(4):457–65.
19. Doering JJ, Szabo A, Goyal D, Babler E. Sleep Quality and Quantity in Low-Income Postpartum Women. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2017;42(3):166–72.
20. Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, Schetter CD, Coussons-Read M. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J Behav Med.* 2018 Oct;41(5):703–10.
21. Howard K, Maples JM, Tinius RA. Modifiable Maternal Factors and Their Relationship to Postpartum Depression. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Sep 29;19(19):12393.
22. Skvarnavičiūtė A. Moterų, pagimdžiusių neišnešiotus naujagimius, nerimo, depresijos ir miego sutrikimų simptomų išreikštumas. Severity of Depression, Anxiety and Sleep Disorder Symptoms After Preterm Delivery. 2021 Jun 14.
23. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987 Jun;150:782–6.
24. Lapkienė L, Mockutė I, Nadišauskienė RJ, Gintautas V, Jakubonienė N, Pop VJM, et al. Edinburgo pogimdyminės depresijos skalės (EPDS) adaptavimas naudoti Lietuvoj = Validation of the edinburgh postnatal depression scale (epds) in Lithuania. 2004.

25. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989 May;28(2):193–213.
26. Kim Y, Dee V. Sociodemographic and Obstetric Factors Related to Symptoms of Postpartum Depression in Hispanic Women in Rural California. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2018 Jan;47(1):23–31.
27. Dmitrijevaitė A, Šmigelskas K. Neišnešiotus naujagimius pagimdžiusių moterų patiriamas nerimas ir depresijos rizika bei galimai su jais susiję veiksniai. *Visuomenės sveikata.* 2013.
28. Pogimdyminio laikotarpio psichoemocinę būklę lemiantys veiksniai. *Sveikatos mokslai / health sciences.* 2019.
29. Wang G, Deng Y, Jiang Y, Lin Q, Dong S, Song Y, et al. Trajectories of sleep quality from late pregnancy to 36 months postpartum and association with maternal mood disturbances: a longitudinal and prospective cohort study. *Sleep.* 2018 Dec 1;41(12).
30. Khadka R, Hong SA, Chang YS. Prevalence and determinants of poor sleep quality and depression among postpartum women: a community-based study in Ramechhap district, Nepal. *Int Health.* 2020 Feb 12;12(2):125–31.

PRIEDAI

Priedas nr. 1

Demografiniai, psichosocialiniai ir medicininiai duomenys

1. Jūsų amžius: _____
2. Jūsų išsilavinimas?
 - Aukštasis
 - Žemesnis nei aukštasis (pagrindinis, vidurinis, aukštesnysis)
3. Ar šis nėštumas buvo planuotas?
 - Taip
 - Ne
4. Kaip įvertintumėte gaunamą pagalbą iš šalies (vyro/partnerio, kitų artimųjų, auklės) prižiūrint kūdikį?
 - Gaunu daug pagalbos
 - Gaunu vidutiniškai pagalbos
 - Gaunu mažai pagalbos
 - Pagalbos negaunu visai
5. Kokių esate turėjusi praeityje iki šio nėštumo (anamnezėje) nuotaikos, nerimo sutrikimų?

| | |
|---------------------------------|-----------|
| a. Depresijos epizodas | Taip / Ne |
| b. Manijos (pakilumo) epizodas | Taip / Ne |
| c. Nerimo sutrikimas | Taip / Ne |
| d. Panikos priepuoliai (atakos) | Taip / Ne |
6. Kuo šiuo metu maitinamas Jūsų kūdikis?
 - Tik motinos pienu
 - Tik pieno mišiniu
 - Mišrus būdas (motinos pienu ir pieno mišiniu)
 - Motinos pienu su primaitinimu kietu maistu
 - Pieno mišiniu su primaitinimu kietu maistu
 - Kita _____
7. Kur miega Jūsų kūdikis naktį?
 - Kartu toje pačioje lovoje
 - Tame pačiame kambaryje, tik kitoje lovoje
 - Kitame kambaryje
8. Kiek mėnesių yra praėję po gimdymo?
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7

- 8
- 9
- 10
- 11
- 12

9. Kelintas tai buvo Jūsų gimdymas?

- 1
- 2 ir daugiau

10. Kokiu būdu pagimdėte?

- Natūraliu
- Per cezario pjūvio operaciją

11. Jei pagimdėte **natūraliu** būdu, kaip gimdymas prasidėjo? (Jei atsakėte, kad pagimdėte per cezario pjūvį, šį klausimą praleiskite)

- Savaimė
- Buvo sužadintas

12. Jei pagimdėte **natūraliu** būdu, kaip gimdymas pasibaigė? (Jei atsakėte, kad pagimdėte per cezario pjūvį, šį klausimą praleiskite)

- Be instrumentų pagalbos
- Su instrumentų pagalba (akušerinių replių, vakuuminio ekstraktoriaus)

13. Jei pagimdėte **natūraliu** būdu, ar gimdymo skausmas buvo malšinamas vaistais? (Pvz.: epiduraliniu būdu) (Jei atsakėte, kad pagimdėte per cezario pjūvį, šį klausimą praleiskite)

- Taip
- Ne

14. Jei pagimdėte **natūraliu** būdu, ar patyrėte gimdymo takų plyšimų ar kirpimų: tarpvietės, lytinių lūpų, varputės, šlaplės makšties ar gimdos kaklelio? (Jei atsakėte, kad pagimdėte per cezario pjūvį, šį klausimą praleiskite)

- Taip
- Ne

15. Jei pagimdėte per **cezario pjūvio operaciją**, ji buvo planinė ar skubi? (Jei atsakėte, kad pagimdėte natūraliai, šį klausimą praleiskite)

- Planinė cezario pjūvio operacija
- Skubi cezario pjūvio operacija

16. Jei pagimdėte per **cezario pjūvio operaciją**, ar patyrėte gausų kraujavimą iš vidinių lytinių organų, operacinio pjūvio, šlapimo takų infekciją ar kitas komplikacijas po gimdymo? (Jei atsakėte, kad pagimdėte natūraliai, šį klausimą praleiskite)

- Taip
- Ne

Priedas nr. 2

Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė (EPDS)

Prašome pasirinkti atsakymą, kuris yra arčiausiai to, kaip jautėtės per **pastarąsias 7 dienas**, o ne tik kaip jaučiatės šiandien.

Štai jau užpildytas pavyzdys:

Aš jaučiausi laiminga:

- Taip, visą laiką;*
- Taip, beveik visą laiką;***
- Ne, nelabai dažnai;*
- Ne, visiškai ne.*

Tai reiškia, kad „*Aš jaučiausi laiminga beveik visą laiką*“ per pastarąją savaitę.

Per pastarąsias 7 dienas:

1. Aš galėjau juoktis ir pastebėti linksmą gyvenimo pusę:
 - Taip kaip visada
 - Nebe taip dažnai
 - Tikrai nebe taip dažnai
 - Visiškai ne
2. Aš laukiau dalykų su malonumu:
 - Taip kaip visada
 - Mažiau nei anksčiau
 - Tikrai mažiau nei anksčiau
 - Vargu ar visai
3. Aš be reikalo kaltinau save kai kažkas nepavykdavo:
 - Taip, didžiąją laiko dalį
 - Taip, kartais
 - Nelabai dažnai
 - Ne, niekada
4. Aš nerimavau ar buvau susirūpinusi be jokios priežasties:
 - Ne, visiškai ne
 - Beveik niekada
 - Taip, kartais
 - Taip, labai dažnai
5. Aš jaučiausi išsigandusi ar panikavau be jokios rimtos priežasties:
 - Taip, gana dažnai
 - Taip, kartais
 - Ne, nedažnai
 - Ne, visiškai ne
6. Aš jaučiau, kad nebepajėgiu susitvarkyti su rūpesčiais:
 - Taip, didžiąją laiko dalį aš visai nebepajėgiau susitvarkyti
 - Taip, kartais aš nebepajėgiau susitvarkyti kaip įprastai
 - Ne, dažniausiai aš susitvarkiau visai neblogai
 - Ne, aš susitvarkiau kaip visada
7. Aš jaučiausi tokia nelaiminga, kad turėjau sunkumų miegoti:
 - Taip, didžiąją laiko dalį

- Taip, kartais
 - Nelabai dažnai
 - Ne, visiškai ne
8. Aš jaučiausi liūdnai ar apgailėtina:
- Taip, didžiąją laiko dalį
 - Taip, gana dažnai
 - Nelabai dažnai
 - Ne, visiškai ne
9. Jaučiausi tokia nelaiminga, kad dėl to verkiau:
- Taip, didžiąją laiko dalį
 - Taip, gana dažnai
 - Tik retkarčiais
 - Ne, niekada
10. Man kilo minčių apie savęs žalojimąsi:
- Taip, gana dažnai
 - Kartais
 - Beveik niekada
 - Niekada

Priedas nr. 3

Pitsburgo miego kokybės indeksas (PSQI)

Nurodymai: žemiau pateikti klausimai susiję tik su **pastarojo mėnesio** miegu. Jūsų atsakymai turėtų atspindėti **daugumą** pastarojo mėnesio dienų ir naktų. Prašome atsakyti į visus klausimus.

1. Kokių laikų dažniausiai eidavote miegoti (atsiguldavote į lovą) pastarąjį mėnesį? _____
2. Per kiek minučių paprastai užmigdavote pastarąjį mėnesį? _____
3. Kokių laikų dažniausiai kėlėtės ryte iš lovos pastarąjį mėnesį? _____
4. Kiek valandų per naktį miegodavote pastarąjį mėnesį? (Tai gali skirtis nuo valandų, praleistų lovoje, skaičiaus.) _____

Į kiekvieną žemiau nurodytą klausimą pažymėkite vieną atsakymą.

| 5. Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį Jūs blogai miegojote, dėl to, kad... | nei karto per pastarąjį mėnesį | mažiau nei 1 kartą per savaitę | 1 ar 2 kartus per savaitę | 3 ar daugiau kartų per savaitę |
|--|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| a. negalėdavote užmigti per 30 min. | | | | |
| b. atsibusdavote vidury nakties ar anksti ryte | | | | |
| c. keldavotės, kad pasinaudotumėte tualetu | | | | |
| d. negalėdavote patogiai kvėpuoti | | | | |
| e. kosėdavote ar garsiai knarkdavote | | | | |
| f. būdavo per šalta | | | | |
| g. būdavo per karšta | | | | |
| h. sapnuodavote košmarus | | | | |
| i. jausdavote skausmą | | | | |
| j. būdavo kitų priežasčių | | | | |
| 6. Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį vartojote vaistus dėl miego sutrikimų (išrašytus gydytojo arba nusipirktus be recepto)? | | | | |
| 7. Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį Jums buvo sunku išlikti budriai (neužmigti) vairuojant, valgant ar užsiimant socialine veikla? | | | | |

| | Nebuvo sunkumų | Tik labai nežymūs sunkumai | Žymūs sunkumai | Labai dideli sunkumai |
|---|--------------------------------|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| 8. Ar per pastarąjį mėnesį Jums kilo sunkumų išlikti pakankamai entuziastingai, kad galėtumėte atlikti kasdienius darbus? | | | | |
| | Labai gerai | Pakankamai gerai | Pakankamai blogai | Labai blogai |
| 9. Kaip įvertintumėte praėjusio mėnesio miego kokybę apskritai? | | | | |
| | Nėra partnerio | Partneris miega kitame kambaryje | Partneris miega tame pačiame kambaryje, bet kitoje lovoje | Partneris miega toje pačioje lovoje |
| 10. Ar turite partnerį, su kuriuo miegate? | | | | |
| Jei turite partnerį, paklauskite, kaip dažnai per praėjusį mėnesį: | nei karto per pastarąjį mėnesį | mažiau nei 1 kartą per savaitę | 1 ar 2 kartus per savaitę | 3 ar daugiau kartų per savaitę |
| a) garsiai knarkėte | | | | |
| b) miegodama kvėpavote netolgyiai, su ilgomis pauzėmis tarp įkvėpimų | | | | |
| c) miegant Jums trūkčiojo kojos | | | | |
| d) buvote dezorientuota ar sumišusi miego metu | | | | |
| e) Jums kilo kitų sunkumų miegant | | | | |