

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS
SLAUGOS MAGISTRANTŪROS STUDIJŲ PROGRAMA

TVIRTINU:
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Slaugos studijų programų komiteto
pirmininkė
prof. habil. dr. Danutė Kalibatienė
2016-05-16 _____
(parašas)

Ieva Kindurytė

**ANTSVORIO IR NUTUKIMO ĮTAKA SU SVEIKATA SUSIJUSIAI
NĖŠČIŪJŲ GYVENIMO KOKYBEI**

**THE EFFECT OF OVERWEIGHT AND OBESITY ON PREGNANT
WOMEN'S HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE**

SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo vadovė:
Prof. (HP) dr. Gražina Drąsutienė
VU MF Akušerijos ir ginekologijos
klinikos vedėja
Darbo priėmimo data: 2016-05-16

Vadovo parašas

VILNIUS, 2016

PADĖKA

**Gerbiamai profesorei Gražinai Drąsutienei,
baigiamojo darbo vadovei,**

už didelę ir neįkainojamą pagalbą, rūpestį, atsakingumą, geranoriškumą, kantrybę, už skirtą laiką, už paramą ir paskatinimą rašant magistrinį darbą.

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto dėstytojai prof. habil. dr. D. Kalibatienei už suteiktas žinias magistrantūros studijų metu, nuoširdžią pagalbą, atsakingumą, paskatinimą ir vertingus patarimus.

ANOTACIJA

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Antsvorio ir nutukimo įtaka su sveikata susijusiai nėščiąjų gyvenimo kokybei“ atliktas 2014-2016 metais Vilniaus universiteto (VU) Medicinos fakulteto (MF) Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedroje bei Vilniaus universiteto Akušerijos ir ginekologijos centro Santariškių klinikų Akušerijos skyriuje.

Darbo autorė: **Ieva Kindurytė**, Vilniaus universiteto Slaugos magistrantūros programos antro kurso studentė.

Darbo mokslinė vadovė: **prof. (HP) dr. Gražina Drąsutienė**, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Akušerijos ir ginekologijos klinikos vedėja.

Darbo recenzentai:

- 1.
- 2.

Darbas apsvarstytas Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedros posėdyje 2016 m. gegužės __ d., įvertintas teigiamai ir rekomenduotas viešam gynimui.

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Antsvorio ir nutukimo įtaka su sveikata susijusiai nėščiąjų gyvenimo kokybei“ ginamas viešame Slaugos magistrų baigiamųjų darbų gynimo komisijos posėdyje, kuris įvyks 2016 m. birželio 3 d. 9.30-13.00 val. Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Didžiojoje salėje (Antakalnio g. 57).

Su darbu galima susipažinti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedroje (Antakalnio g. 57, 33 kabinete).

Slaugos magistrų baigiamųjų darbų gynimo komisija:

Komisijos pirmininkė: prof. habil. dr. Danutė Kalibatienė

Nariai: lekt.dr. Aldona Mikaliūkštienė (gynimo komisijos mokslinė sekretorė)

doc. dr. Violeta Ožeraitienė

dr. Rimgaudas Staigis

dr. Sonata Varvuolytė

Socialinė partnerė: slaugos magistrė Virginija Savickienė, Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos;

kitos mokslo, studijų institucijos atstovas: doc. dr. Alina Petrauskienė, Mykolo Romerio universitetas, Socialinės gerovės fakultetas

SANTRAUKA

Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedra
Slaugos magistrantūros programa

ANTSVORIO IR NUTUKIMO ĮTAKA SU SVEIKATA SUSIJUSIAI NĖŠČIŪJŲ GYVENIMO KOKYBEI

Slaugos magistro baigiamasis darbas

Darbo autorė: **Ieva Kindurytė**, Vilniaus universiteto Slaugos magistrantūros programos antro kurso studentė.

Darbo mokslinė vadovė: **prof. (HP) Dr. Gražina Drąsutienė**, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Akušerijos ir ginekologijos klinikos vedėja.

Vilnius, 2016 m.

Pagrindinės sąvokos: su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, SF-36 klausimynas, nėščiųjų gyvenimo kokybė, mitybos įpročiai, depresinė ir emocinė būklės.

Darbo tikslas: įvertinti antsvorio ir nutukimo įtaką su sveikata susijusiai nėščiųjų gyvenimo kokybei.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti normalaus KMI, antsvorio turinčių ir nutukusiųjų nėščiųjų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę.

Įvertinti:

- a) skirtingų KMI grupių nėščiųjų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę;
- b) nėščiųjų kasdienės veiklos ribojimus dėl KMI;
- c) juntamo skausmo ir jo intensyvumo sąsajas su nėščiųjų KMI;
- d) KMI įtaką nėščiųjų fizinei sveikatai.

2. Išanalizuoti normalaus KMI, antsvorio turinčių ir nutukusiųjų nėščiųjų mitybos įpročius ir palyginti juos tarpusavyje. Nustatyti nėščiųjų mitybos įpročių įtaką antsvoriui ir nutukimui, gyvenimo kokybei, jų pasitenkinimui ir domėjimuisi savo kūno svoriu. Įvertinti normalaus KMI, antsvorio turinčių ir nutukusiųjų nėščiųjų požiūrį į savo mitybos įpročius.

3. Įvertinti normalaus KMI, nėščiųjų su antsvoriu ir nutukusiųjų nėščiųjų emocinę būseną ir palyginti jas tarpusavyje. Išanalizuoti nėščiųjų KMI ryšį su nerimu bei depresine būsenomis. Nustatyti, kurios KMI grupės yra labiau linkusios į nerimą bei depresinę būseną.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Darbas atliktas 2014-2016 metais VU MF Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedroje ir Vilniaus universiteto Akušerijos ir ginekologijos centro Santariškių klinikų Akušerijos skyriuje. Apklausoje dalyvavo 193 pacientės, išanalizuota 41 gimdymo istorija ir 152

nėščiąjų kortelės. Tyrimui panaudotos 4 anketos: 1) autorių parengta anketa, kurią sudarė klausimai apie tiriamųjų mitybos įpročius nėštumo laikotarpiu, požiūrį į savo kūno svorį ir mitybą; 2) nerimui ir depresinei būsenai vertinti naudota HAD skalė; 3) patiriamam stresui vertinti naudota *Reeder* streso vertinimo skalė; 4) SF-36 klausimynas.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant kompiuterinės programos statistikos paketą „SPSS 22.0“ ir Microsoft Office Excel 2010 programą.

Darbo rezultatai ir išvados:

1. KMI yra svarbus veiksnys, turintis įtakos su sveikata susijusiai nėščiąjų gyvenimo kokybei:
 - a) normalaus KMI respondentės su sveikata susijusią gyvenimo kokybę vertino puikiai ir labai gerai. Rasta, kad normalaus KMI nėščiosios gyvenimo pilnatvę jaučia dažniau. Prognozuodamos savo sveikatos pokyčius, normalų KMI turinčios nėščiosios juos vertino geriau negu antsvorio ar nutukimą turinčios respondentės;
 - b) nustatyta, kad nėščiąjų kasdieninės veiklos ribojimas yra tiesiogiai priklausomas nuo KMI. Normalų KMI turinčių respondenčių sveikata visiškai neribojo lengvo ir vidutinio sunkumo veiklos;
 - c) nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal skausmo pojūtį bei KMI įtaką įprastiniam darbui ($p < 0,05$).
 - d) nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal KMI įtaką fizinei nėščiąjų sveikatai ($p < 0,05$).
2. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal mitybos įpročių įtaką antsvoriui ir nutukimui, gyvenimo kokybei, tarp domėjimosi sveika mityba ir savo kūno svoriu bei nėščiąjų požiūrį į savo mitybos įpročius.
3. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal emocines būsenas ($p < 0,05$). Daugiau normalų KMI turinčios nėščiosios jautėsi geriau, rečiau jautė nerimą ir depresinę būseną nei antsvorio turinčios ir nutukusios respondentės.

SUMMARY

Vilnius University Faculty of Medicine
Department of Nursing and Fundamentals of Internal Medicine
Nursing Programme Master,s Degree

THE EFFECT OF OVERWEIGHT AND OBESITY ON PREGNANT WOMEN'S HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE

Master's degree final scientific research paper

Author of the paper: **Ieva Kindurytė**, student of Master program of Nursing at Vilnius University
Academic Supervisor: **prof. (HP) dr. Gražina Drasutienė**, Vilnius University Faculty of Medicine, head of Clinic of Obstetrics and Gynecology.
Vilnius, 2016.

Keywords: health-related quality of life, SF-36 questionnaire, quality of life of pregnant women, nutritional habits, depressive and emotional state.

The aim of the work: to evaluate the effect of overweight and obesity on pregnant women's health-related quality of life.

Tasks:

1. To analyze health-related quality of life of normal Body Mass Index (BMI), overweight and obese pregnant women.

To evaluate:

- a) health-related quality of life of pregnant women belonging to different BMI groups;
- b) restrictions on daily activities of pregnant women;
- c) relationship between perceptible pain and its intensity and BMI of pregnant women;
- d) the effect of BMI physical health of pregnant women.

2. To analyze and compare nutritional habits of normal BMI, overweight and obese pregnant women. To determine the effect of nutritional habits of pregnant women on overweight and obesity, quality of life, interest in and satisfaction with their body weight. To evaluate the attitude of normal BMI, overweight and obese pregnant women on their nutritional habits.

3. To evaluate and compare emotional state of normal BMI, overweight and obese pregnant women. To analyze the relationship between depressive and emotional state and BMI of pregnant women. To determine which BMI groups are more prone to anxiety and depressive state.

Materials and Methods of the research: The research was conducted in the Department of Nursing and Fundamentals of Internal Medicine of Faculty of Medicine of Vilnius University and in the Centre of Obstetrics and Gynecology of Vilnius University Hospital Santariškių Klinikos during the years of 2014-2016. While conducting the survey 193 patients were interviewed, 41 birth history and 152 cards of pregnant women were analyzed. The survey included four different questionnaires: 1) a questionnaire prepared by the authors which consisted of questions regarding nutritional habits during pregnancy, attitude towards the body weight and nutrition of the respondents; 2) HAD scale was used to estimate anxiety and depression; 3) Reederstress rating scale was used to assess the stresses experienced; 4) SF-36 questionnaire.

Data analysis was performed by using a statistical software SPSS 22.0 and Microsoft Office Excel 2010.

Results and conclusions of the paper:

1. BMI is an important factor, affecting health-related quality of life of pregnant women:

a) respondents having normal BMI evaluated their health-related quality of life with ratings "excellent" and "very good". It was determined that pregnant women that had a normal BMI, feel the fullness of life more often. Pregnant women that had a normal BMI, while estimating their health alterations, gave better ratings, compared to overweight and obese respondents;

b) it was determined that restrictions on daily activities directly depend on BMI. The health state of pregnant women that had a normal BMI had absolutely no restrictions on easy and moderate activities;

c) a statistically significant difference was determined between feel of pain by BMI and BMI's effect on usual work ($p < 0,05$);

d) a statistically significant difference was determined among BMI groups by BMI effect on physical health of pregnant women ($p < 0,05$).

2. A statistically significant difference was determined among BMI groups by effect of nutritional habits on overweight and obesity, quality of life, between interest in healthy nutrition and own body weight and attitude on their own nutritional habits.

3. A statistically significant difference was determined among BMI groups by emotional states ($p < 0,05$). Pregnant women that had a normal BMI, we're feeling better, less often had anxiety and depressive state, comparing to overweight and obese respondents.

PAVEIKSLŲ IR LENTELIŲ SĄRAŠAS

1. Lentelė. KMI klasifikacija ir gretutinių ligų rizika (PSO rekomendacijos)	17
2 lentelė. Rekomenduojamas normalus svorio prieaugis pagal KMI (New Recommendations for gestational Weight gain Guidelines. Marilyn W. E., 2010)	18
1 pav. Kūno masės ir jos prieaugio vidutinių rodiklių nėštumo laikotarpiu tarpusavio ryšys	18
3 lentelė. AKS reikšmių paaiškinimas.....	21
4 lentelė. Nutukusių nėščiųjų priežiūra (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of women with obesity in pregnancy)	26
2 pav. SF - 36 klausimyno schema	31
4.1 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal sociodemografinius rodiklius (n=193).....	33
4.2 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal KMI ir svorio prieaugį (n=193)	34
4.3.1 lentelė. Rekomenduojamo ir faktinio svorio prieaugio palyginimas (n=193).....	34
4.3 lentelė. Skirtingų KMI grupių pasiskirstymas pagal sirgimą gestacinį diabetą (n=193)	35
4.4 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal nuomones apie savo sveikatos vertinimus (n=193)	36
4.5 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymo pagal sveikatos būklės pokyčius palyginimas (n=193).....	37
4.6 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal kasdieninės veiklos ribojimus dėl sveikatos (n=193)	38
4.7 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal lengvo bei vidutinio sudėtingumo kasdieninės veiklos ribojimus dėl sveikatos (n=193).....	39
4.8 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal fizinės veiklos ribojimus (n=193)	41
4.9 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal fizinės sveikatos sutrikimus ir jų padarinius (n=193).....	43
4.10 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal patiriamus skausmus (n=193) ..	44
4.11 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal emocines problemas bei jų padarinius (n=193).....	45
4.12 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal nuomones apie savo sveikatą (n=193)	46
4.13 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal savijautą (n=193).....	47
4.14 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal blogą savijautą (n=193).....	48
4.15 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal gerą savijautą (n=193).....	49
4.16 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal patiriamą nuovargį ir energijos turėjimą (n=193).....	51
4.17 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal socialinės veiklos ribojimą	52
4.18 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal mitybos įpročius (n=193)	53
4.19 lentelė. Nėščiųjų mitybos įpročiai (n=193)	55
4.20 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal maisto produktų pasirinkimą (n=193)	58
4.21 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą ir domėjimąsi savo kūno svoriu (n=193)	60
3 pav. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal nerimo būseną	61
4.22 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal jaučiamą nerimo būseną (n=193)	62
4 pav. Pacienčių depresinės būsenos pasiskirstymas pagal KMI	63
4.23 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal depresinę būseną (n=193)	63
4.4.3 lentelė. Pacienčių surinkto nerimo ir depresinės būsenos balų skaičiaus ryšys su KMI (n=193)	64
4.24 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal streso vertinimą (n=193)	66

ANTSVORIO IR NUTUKIMO ĮTAKA SU SVEIKATA SUSIJUSIAI NĖŠČIŪJŲ GYVENIMO KOKYBEI

SANTRUMPOS

AKS - arterinis kraujo spaudimas

Apgar skalė – naujagimio būklės po gimimo vertinimo testas. Pagal ją vertinami penki požymiai (širdies susitraukimų dažnis, kvėpavimo dažnis, raumenų tonusas, spalva, refleksinis jaudrumas) nuo 1 iki 10 balų.

CPO - Cezario pjūvio operacija

GD - gestacinis diabetas

GTM – gliukozės toleravimo mėginys

HAD skalė - angl. *Hospital Anxiety and Depression* – Nerimo ir depresijos skalė

JAV - Jungtinės Amerikos Valstijos

KMI – kūno masės indeksas (angl. *Body mass index (BMI)* arba *Quetelet index*)

LSMU – Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

proc. – procentai

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

r_s – Spearmano koreliacijos koeficientas

SAM - Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministerija

SSSGK – su sveikata susijusi gyvenimo kokybė (angl. *health-related quality of life* arba *HRQOL*)

SP – standartinė paklaida

VTL – virškinimo trakto ligos

χ^2 – chi kvadrato kriterijus

TURINYS

LENTELIŲ IR PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	8
1. ĮVADAS.....	11
1.1. Darbo aktualumas	12
1.2. Darbo tikslas	13
1.3. Darbo uždaviniai.....	13
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	14
2.1. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė	14
2.2. Gyvenimo kokybės įvertinimas	15
2.3. Nėščiųjų antsvorio ir nutukimo sąsajos su jų gyvenimo kokybe.....	16
2.4. Nėščiųjų antsvorio ir nutukimo problema	16
2.5. Nėščiųjų antsvorio ir nutukimo paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje.....	19
2.6. Nėštumo komplikacijų rizika, susijusi su antsvoriu ir nutukimu.....	20
2.6.1. Savalaikis persileidimas ir nevaisingumas	20
2.6.2. Hipertenzinės nėščiųjų būklės.....	20
2.6.3. Gestacinis diabetas	21
2.6.4. Cezario pjūvio operacijos.....	22
2.6.5. Širdies ir kraujagyslių ligos.....	23
2.6.6. Nugaros skausmai	24
2.6.7. Odos ligos.....	24
2.6.8. Kvėpavimo problemos	25
2.6.9. Emocinė būseną.....	25
2.7. Literatūros apžvalgos apibendrinimas	26
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI	28
3.1. Tyrimo medžiaga	28
3.2. Tyrimo metodai.....	29
3.3. Tyrimo eiga.....	30
3.4. Statistinė duomenų analizė	32
4. TYRIMO REZULTATAI	33
4.1. Tiriamojo kontingento charakteristika.....	33
4.2. Antsvorio turinčių, nutukusiųjų, bei normalaus KMI nėščiųjų gyvenimo kokybė.....	35
4.3. Antsvorio turinčių, nutukusiųjų, bei normalaus KMI mitybos įpročių tyrimas / analizė nėštumo.....	52
4.4. Nerimo ir depresinės būsenos priklausomybė nuo KMI (n=193).....	61
4.5. Ryšiai tarp nėščiųjų stresinės būklės, naudojant Reeder skalę, ir KMI, bei treso priklausomybė ir stiprumas nuo KMI (n=193).....	65
5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS	66
5.1. Antsvorį bei nutukimą lemiantys veiksniai	67
5.2. KMI sąsajos su sveikata susijusia nėščiųjų gyvenimo kokybe.....	68
5.3. Normalaus KMI, antsvorio turinčių ir nutukusiųjų nėščiųjų mitybos įpročių bei savo kūno svorio vertinimo tyrimo palyginimas.....	69
5.4. Nėščiųjų emocinės būklės ryšys su jų KMI.....	70
6. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	71
7. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	72
8. PRIEDAI	80

1. ĮVADAS

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) nutukimą apibrėžia kaip organizmo būklę, kai susikaupęs riebalinio audinio masės perteklius neigiamai veikia sveikatą - didina sergamumo ir mirtingumo riziką [1]. Nutukimo ir antsvorio problema paplitusi visame pasaulyje ir šiuo metu yra laikoma pasauline epidemija [2; 3; 73]. Per praėjusį dešimtmetį daugumoje Europos valstybių nutukimo paplitimas padidėjo 10-40 proc. [4]. Remiantis JAV Nacionalinės sveikatos apsaugos ir mitybos priežiūros tarnybos prognozėmis, 2025 m. nutukusių suaugusių skaičius gali pasiekti daugiau nei 40 proc. [6; 74]. Antsvorio ir nutukimo problema tapo reikšminga grėsme sveikatai visuose gyventojų sektoriuose, tarp jų ir reprodukcinio amžiaus moterų tarpe [1]. Pavyzdžiui, mokslinėje literatūroje rašoma, kad per pastarąjį dešimtmetį Didžiojoje Britanijoje nutukusių moterų skaičius išaugo iki 24 proc. [5]. Latvijoje 2008 metais nutukusių moterų buvo net 55,0 proc. [13]. 2011-2012 m. JAV 20-39 metų amžiaus moterų, turinčių antsvorį arba nutukimą, dalis siekė net 58,5 proc. [20]. 2006 metais Kanadoje nutukusių moterų skaičius siekė net 53 proc. [8; 9]. Kitose šalyse taip pat sparčiai daugėja antsvorio turinčių ar nutukusių reprodukcinio amžiaus moterų skaičius. Net ir tose valstybėse, kur daug metų vyravo nedidelis nutukimo paplitimas (pvz., Norvegijoje, Prancūzijoje), pastaruoju metu padaugėjo vaisingo amžiaus moterų, turinčių per didelį kūno svorį [11; 7].

Moksliniais tyrimais įrodyta, kad nutukimas turi neigiamą įtaką gyvenimo trukmei ir jo kokybei [12]. Prognozuojama, jog gyvenimo trukmė dėl nutukimo iki 2050 metų gali sutrumpėti nuo 2 iki 6 metų [4]. Mokslininkai, išanalizavę nutukimo reikšmę moters sveikatai, nurodo, kad antsvoris ir nutukimas yra daugelio ligų priežastys [50]. Didžiausios įtakos kūno masės augimui turi aplinkos veiksniai: kaloringa mityba, per mažas fizinis aktyvumas, žalingi įpročiai, blogos socialinės sąlygos [68]. Pavyzdžiui, Lietuvoje atliktas tyrimas, kurio metu buvo vertinami nėščiųjų mitybos ypatumai. Tyrimo duomenimis, suvartojami riebalai sudarė net 40,3 proc. nėščiosios paros maisto davinio energetinės vertės, tuo tarpu rekomenduojama norma yra ne daugiau kaip 30 proc. [49]. Paveldimumo veiksnys antsvoriui ir nutukimui yra 3-5 proc. [44]. Manoma, kad moterys turi biologinį polinkį nutukti dėl jų organizme esančių lytinių hormonų estrogenų, kurių viena iš funkcijų yra kaupti organizme riebalus [14; 15]. Per didelė/maža nėščiosios kūno masė iki nėštumo ir nepakankamas arba per didelis jos prieaugis per nėštumą turi neigiamos įtakos vaisiaus intrauteriniam vystymuisi ir gali būti perinatalinės mirties bei naujagimių ligų priežastis [49]. Didelę įtaką nėščiųjų svorio didėjimui turi pramonės ir transporto spartus vystymasis, taip pat populiarėjantis greito maisto produktų, turinčių daug cukraus ir gyvulinių riebalų, vartojimas [31]. Ypatinę įtaką svorio didėjimui turi ir gyvenamosios vietos maitinimosi tradicijos bei įprotis sočiai maitintis. Be to, įtakos turi ir šeimos socialinė-ekonominė padėtis. Aukštesnio išsilavinimo moterys

dažniau stengiasi būti fiziškai aktyvios, vadovaujasi sveikos mitybos rekomendacijomis ir formuoja šiuos įpročius šeimose. Italijoje atliktas tyrimas atskleidė, kad didesnę riziką nutukti turėjo tie vaikai, kurių tėvų išsilavinimas buvo žemesnis [16; 3].

Nutukusios ar turinčios antsvorio nėščiosios, dažniau patiria nėštumo ir gimdymo komplikacijų, palyginus su normalų KMI turinčiomis nėščiosiomis [18]. Pavyzdžiui, Švedijoje buvo atlikti tyrimai, kurie įrodė, jog per didelis kūno svoris turi tiesioginį ryšį su cezario pjūvio operacijų dažniu bei yra gestacinio diabeto atsiradimo priežastis [19; 49; 84]. Įrodyta, kad per didelė kūno masė turi tiesioginės įtakos moterų psichinei sveikatai: jas dažniau kamuoja prastos nuotaikos epizodai, dažnesni ir depresijos atvejai nėštumo laikotarpiu bei po gimdymo [52]. Svarbu paminėti, kad antsvoris ir nutukimas turi įtakos ir šalies ekonomikai [88]. Pavyzdžiui, 2010 metais JAV su nutukimu susijusioms sveikatos problemoms spręsti buvo išleista 117 milijardų dolerių [13; 61]. Europoje nutukimo sukeltiems sveikatos sutrikimams gydyti išleidžiama apie 6% sveikatos apsaugai skiriamų lėšų, dar mažiausiai dvigubai tiek netenkama dėl susijusių su nutukimu mirčių ir darbingumo sumažėjimo [3].

Nėščiųjų antsvoris ir nutukimas yra rimta problema, kuriai spręsti reikia daug pastangų, laiko ir lėšų. Todėl, norint išvengti sveikatos sutrikimų, nėštumo komplikacijų, išlaidų, susijusių su nutukimu, reikėtų telktis į kūno svorio augimo profilaktiką. Neskiriant tam reikiamo dėmesio, didės ligų ir komplikacijų, susijusių su antsvoriu bei nutukimu, skaičius, taip pat sveikatos išlaidos, blogės nėščiųjų gyvenimo kokybė [23].

1.1. Darbo aktualumas

Pastarieji dešimtmečiai Lietuvoje yra didelių ekonominių, socialinių ir demografinių permainų metai. Dažnos nėštumo ir gimdymo komplikacijų priežastys yra nėščiųjų antsvoris ir nutukimas, kurie neigiamai veikia nėščiųjų sveikatą ir jų gyvenimo kokybę. Lietuvos reprodukcinio amžiaus moterų nutukimas pasiekė kritinę ribą. Todėl itin svarbu šalinti rizikos veiksnius, gerinti nėščiųjų ir planuojančių pastoti moterų sveikatos būklę, jų gyvenimo kokybę, sumažinti nėštumo komplikacijų dažnį. Kitų šalių (JAV, Vakarų Europos šalių) patirtis rodo, kad galima išvengti nėštumo komplikacijų rizikos, kurią sukelia antsvoris ir nutukimas, bei pagerinti nėščiųjų gyvenimo kokybę. Prevenciją rekomenduotina taikyti reprodukcinio amžiaus moterims, kurios ruošiasi pastoti ir toms, kurioms diagnozuotas antsvoris arba nutukimas [4].

Lietuvoje nėra daug atliktų tyrimų, nagrinėjančių nėščiųjų gyvenimo kokybę. Žinomi tik pavieniai nėščiųjų gyvenimo kokybės moksliniai tyrimai [63]. Autoriai nagrinėjo depresijos ir nerimo apraiškas nėštumo metu, nėščiųjų vidinės darnos bei patiriamo streso ypatumus. Sveikatos priežiūros specialistų indėlis nėščiųjų sveikatai ugdyti yra labai svarbus. PSO Europos Regiono

biuro direktorius Dr. Marc Danzon interviu žurnalui „Tarptautinė slaugos apžvalga“ teigė: „Vis daugiau slaugytojų keičia požiūrį į visuomenės sveikatą ir jaučia atsakomybę už gyventojų sveikatos priežiūrą“ [1]. Tikimasi, kad slaugytojos ateityje vis labiau plės savo įgūdžius konsultavimo, sveikatos ugdymo srityse, siekiant gerinti nėščiųjų sveikatos priežiūrą.

Ši darbo tema aktuali, kadangi nėščiųjų nutukimo situacija Lietuvoje reikalauja didelio dėmesio ir specialių priemonių, gerinančių nėščiųjų gyvenimo kokybę. Siekdami sumažinti nutukimo paplitimą, sveikatos priežiūros specialistai privalo išsiaiškinti neigiamus veiksnius, turinčius įtakos nėštumo laikotarpiu, suteikti nėščiosioms kvalifikuotą profilaktinę bei medicininę pagalbą. Nėščiųjų antsvorio bei nutukimo vidinių ir išorinių veiksnių įtakos jų gyvenimo kokybei yra nuolat aktualios, tyrimai šia tema reikalingi ir turi būti tęsiami [49].

1.2. Darbo tikslas

Darbo tikslas – įvertinti antsvorio ir nutukimo įtaką su sveikata susijusiai nėščiųjų gyvenimo kokybei.

1.3. Darbo uždaviniai

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti normalaus KMI, antsvorio turinčių ir nutukusiųjų nėščiųjų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę.
Įvertinti:
 - a. skirtingų KMI grupių su sveikata susijusią gyvenimo kokybę;
 - b. nėščiųjų kasdienės veiklos ribojimus dėl KMI;
 - c. juntamo skausmo ir jo intensyvumo sąsajas su nėščiųjų KMI;
 - d. KMI įtaką nėščiųjų fizinei sveikatai.
2. Išanalizuoti normalaus KMI, antsvorio turinčių ir nutukusiųjų nėščiųjų mitybos įpročius ir palyginti juos tarpusavyje. Nustatyti nėščiųjų mitybos įpročių įtaką nutukimui, gyvenimo kokybei, jų pasitenkinimui ir domėjimuisi savo kūno svoriu. Įvertinti normalaus KMI, antsvorio turinčių ir nutukusiųjų nėščiųjų požiūrį į savo mitybos įpročius.
3. Įvertinti normalaus KMI, nėščiųjų su antsvoriu ir nutukusiųjų nėščiųjų emocinę būseną ir palyginti jas tarpusavyje. Išanalizuoti nėščiųjų KMI ryšį su nerimu bei depresine būsenomis. Nustatyti, kurios KMI grupės yra labiau linkusios į nerimą bei depresinę būseną.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė

GK sampratos raidos užuomazgų randama dar IV a. pr. Kr. gyvenusio Aristotelio veikaluose. GK terminas pirmą kartą buvo aprašytas A. C. Pigou knygoje apie ekonomiką ir gerovę [7]. Lietuvoje gyvenimo kokybės gerinimo aspektas pirmą kartą buvo išskirtas 1994 metais Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme Nr. I-552, 4 straipsnyje, prie sveikatinimo veiklos tikslų, iš kurių trečias - „ilginti gyvenimo be ligų ir traumų laiką bei gerinti gyvenimo kokybę“ [42]. 1998 metų liepos 2 d. nutarimu (Nr. VIII-833) buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos programa, kurios vienas iš pagrindinių tikslų buvo „gyvenimo kokybės pagerinimas“. 1999 metais SAM parengė gyvenimo kokybės gerinimo programą [46].

GK sąvoka yra dar palyginti nauja. Gyvenimo kokybės analizė pradėta 1970 metais, siekiant apibūdinti ir įvertinti skirtingų sąlygų poveikį žmogaus kasdieniniam gyvenimui [47]. Mokslinėje literatūroje galima rasti nemažai gyvenimo kokybės sąvokų, tačiau sveikatos priežiūros srityje analizuojama siauresnė gyvenimo kokybės sritis - SSSGK. GK yra plati sąvoka, apimanti visus žmogaus gyvenimo aspektus, o su sveikata susijusi gyvenimo kokybė nukreipia dėmesį į asmens gyvenimo kokybę, kurią veikia liga ir ypač gydymas. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė atspindi, kaip žmonės suvokia ir reaguoja į savo sveikatos būklę ir su sveikata susijusius veiksnius, tokius kaip fizinė, emocinė ir psichinė gerovė, bei su sveikata tiesiogiai nesusijusius veiksnius, tokius kaip darbas, šeima, draugai ir kt. SSSGK yra svarbūs šie komponentai: simptomai, jų stiprumas ir dažnumas; nuotaikos, jų svyravimai; veiklumas, funkcijos, galimybės ir apribojimai; sveikatos ir gyvenimo suvokimas, lūkesčiai; požiūris į ligą bei santykis su ja [43].

Mokslininkai kol kas nėra pateikę vienos GK ir SSSGK sampratos [48]. PSO 1993 metais pasiūlė tokį GK apibrėžimą: *Gyvenimo kokybė – tai individualus savo paskirties gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kuriose individas gyvena požiūriu, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiškai veikiama asmens fizinės sveikatos ir psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių žinių bei ryšių su aplinka* [89]. Anot J. Šumskienės, GK terminas įgijo ryšį su sveikata tada, kai PSO pateikė sveikatos apibrėžimą: „Sveikata - tai visapusiškas fizinis, dvasinis ir socialinis gerovės, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimas“ [49]. GK reiškia visapusišką pasitenkinimą gyvenimu, ypač tai, kas siejama su žmogaus teisių realizavimu ar saviraiška. GK išreiškia subjektyvų savo gyvenimo kokybės vertinimą, į kurį įeina fizinė sveikata, dvasinė būseną, jausmai, taip pat vertybės, gyvenimo prioritetai ir pan. [50]. Pagal H. Schipper, gyvenimo kokybę sudaro keturi pagrindiniai komponentai: fizinė ir psichologinė būseną; supanti aplinka; visuomeninis bendravimas; somatinė būseną (problemos, susijusios su simptomais) [40]. Amerikiečių mokslininkai I. Wilson ir P. Cleary

išskyrė svarbiausius sveikatos vertinimo kriterijus. Jų manymu tai biologiniai ir psichologiniai, emociniai ir psichologiniai veiksniai. Be to, būtina suprasti ryšį tarp veiksnių, nes tai svarbu diagnozuojant bei skiriant gydymą, numatant kitas gydymo bei alternatyvias priemones [90].

2.2. Gyvenimo kokybės įvertinimas

Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės srityje atliekama daug įvairių tyrimų. Jie padeda įvertinti, kaip GK kinta sergant įvairiomis ligomis, tarp jų ir nutukimu. SSSGK tyrimai turi didelę reikšmę ir svarbą, nes suteikia svarbios informacijos apie paciento sveikatą, padeda nustatyti gyvenimo kokybei labiausiai įtakos turinčius veiksniai, skatina rengti profilaktines sveikatos ir gyvenimo kokybės gerinimo programas. Be to, įvertinamas gydymo metodų efektyvumą, naudingi stebint visuomenės sveikatos būklę [65].

Meyerowitz išskyrė penkias sritis, kuriose gali būti naudingi gyvenimo kokybės duomenys:

- padeda priimti sprendimą dėl gydymo;
- padeda nustatyti paciento nerimo priežastis;
- padeda informuoti pacientą apie reakcijas, kurios būdingos šia liga sergantiems žmonėms;
- padeda sukurti ar parinkti intervencijos programas, tinkamas pacientui ir jo šeimos nariams;
- padeda tobulinti mokymo programas medicinos personalui [51].

Pasak M. Chren, GK tyrimai naudingi dar ir siekiant racionaliai paskirstyti sveikatos priežiūros lėšas, kuriant naujus medikamentus [91].

GK įvertinti yra naudojami klausimynai, kuriuos galima suskirstyti į bendruosius ir specifinius [86]. Yra sukurta nemažai gyvenimo kokybės vertinimo klausimynų. Bendrieji klausimynai leidžia palyginti įvairias pacientų grupes: gydomus skirtingais metodais, sergančiuosius skirtingomis ligomis. Specifiniai klausimynai skirti tirti tam tikrai siaurai pacientų grupei, leidžia tiksliau įvertinti ligai būdingus simptomus bei gyvenimo kokybės komponentus [86]. Tiek bendrieji, tiek specifiniai klausimynai turi atitikti tam tikrus kriterijus. Klausimynai turi būti patikimi (angl. *reliable*), jo matavimai turi būti pagrįsti (angl. *validated*), t.y. klausimynas turi būti tinkamas konkrečiai pacientų grupei tirti [87]. Egzistuoja ir įvairūs klausimyno pateikimo ir jo užpildymo metodai. Dažniausiai iš jų yra naudojamas anketavimas, atliekamas savarankiškai ir/ar padedant medicinos personalui. Klausimynų užpildymo metodika turi įtakos atsakymų dažnumui, neatsakytų klausimų skaičiui. Pacientui pildant klausimyną savarankiškai, didesnė neatsakytų klausimų tikimybė, nes dalis klausimų praleidžiama arba nesuprantama. Galima ir apklausiančiojo įtaka respondentui, kuri priklauso nuo amžiaus skirtumo, lyties [85].

Mokslinėje literatūroje rasta, kad tiriant nėščiąjų gyvenimo kokybę autoriai naudoja Frisch Gyvenimo kokybės klausimyną. Vidinės darnos lygiui nustatyti kai kurie autoriai naudoja A.

Antonovsky Gyvenimo orientacijos klausimyną (*Orientation to Life questionnaire*). Vienas labiausiai paplitusių bendrųjų gyvenimo kokybės klausimynų yra SF-36 trumpoji forma (*Medical Outcomes Study Short Form-36*) [62]. SF-36 klausimyną, sukurtą JAV ir išverstą į daugelį kalbų, sudaro 36 klausimai, atspindintys aštuonias gyvenimo sritis, kurios sujungtos į dvi kategorijas: fizinę ir psichinę sveikatą. SF-36 klausimynas gali būti naudojamas tiriamajai populiacijai apibūdinti ar tiriamosioms populiacijoms palyginti. Tyrimai rodo, kad šis klausimynas pasižymi dideliu atsako dažnumu, gerai priimamas ir pildomas [62]. Specifinis šiame darbe naudojamas klausimynas yra adaptuotas pagal SF-36 klausimyną.

2.3. Nėščiųjų atsvario ir nutukimo sąsajos su jų gyvenimo kokybe

Nėštumo laikotarpiu moteris gali susidurti su įvairiomis neigiamomis sveikatos būsenomis, kurias sukelia tiek biologiniai, tiek genetiniai veiksniai, tiek nėščiosios elgesys. Nėščiųjų atsvario ir nutukimas yra svarbūs veiksniai, bloginantys gyvenimo kokybę ir trumpinantys gyvenimą [1; 2]. Nustatyta, kad atsvario turinčios ir nutukusios nėščiosios turi didelę riziką patirti įvairių komplikacijų, kurias išprovokuoja per didelis kūno svoris. Dažniausios yra: persileidimas, nėščiųjų hipertenzija, preeklampsija [7; 94], gestacinis diabetas [11], tromboembolija, kt. Nutukusioms nėščiosioms gimdymas dažniau yra sužadinamas [12], o nėštumas dažniau užbaigiamas cezario pjūvio operacija [17; 75; 7], taip pat būdingos dažnesnės infekcijos, o naujagimiai būna didesnio svorio, palyginti su normalų svorį turinčių motinų naujagimiais [7; 11; 4; 81]

Pagal Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministro Įsakymą Nr. V-900, esant nutukimui, nėštumas priskiriamas prie didelės rizikos faktorių, didėja perinatalinė rizika, o nėštumas vadinamas didelės rizikos nėštumu [14].

Didelės rizikos nėštumo veiksniai gali lemti: 1) didesnę vaisiaus pažeidimo tikimybę ar riziką nėščiosios, gimdyvės ir naujagimio sveikatai; 2) didesnę specialistų intervencijos tikimybę nėštumo, gimdymo metu arba pogimdyminiu laikotarpiu [15].

2.4. Nėščiųjų atsvario ir nutukimo problema

Pilnavertė mityba nėštumo metu turi įtakos motinos ir vaisiaus sveikatai. Racionaliai besimaitinančios nėščiosios mažiau serga nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo, jas rečiau išstinka priešlaikiniai gimdymai ir patiria mažiau komplikacijų gimdymo metu [49].

Nėščiųjų atsvario diagnozuojamas, kai KMI viršija 25 kg/m^2 , o nutukimas – 30 kg/m^2 (1 lentelė) [7]. Kūno masės indeksas rodo kūno masės (taip pat bendrojo riebalų kiekio) santykį su žmogaus ūgiu [49]. Remiantis PSO rekomendacijomis, šis indeksas apskaičiuojamas pagal formulę: kūno masės indeksas = kūno masė (kg)/(ūgis)² [7]. Papildomai rekomenduojama vertinti riebalų

pasiskirstymą pagal juosmens ir klubų santykį arba juosmens apimtį [26]. Naujausių tyrimų duomenimis, JAV akušeriai-ginekologai būtent kūno masės indeksą naudoja kaip pagrindinį rodiklį diagnozuojant antsvorį ir nutukimą [13]. Nėščiąjų antsvoris ir nutukimas nustatomi iki nėštumo arba per pirmąjį nėštumo trimestrą, t.y. iki 12-os nėštumo savaitės. [3]. Kai kuriose Azijos šalyse nėščiosioms dėl smulkaus jų kūno sudėjimo nutukimui diagnozuoti yra priimtose kitos kūno masės indekso ribos. Japonijoje nutukimas nustatomas, kai $KMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ [32], Kinijoje - kai $KMI \geq 28 \text{ kg/m}^2$ [33].

1. Lentelė. **KMI klasifikacija ir gretutinių ligų rizika (PSO rekomendacijos)**

KMI (kg/m²)	Mitybos būklė	Gretutinių ligų išsivystymo rizikos laipsnis
<18,5	Mitybos nepakankamumas	Nėra rizikos (bet atsiranda su mitybos nepakankamumu susijusių sveikatos sutrikimų)
18,5-24,9	Normali mityba	Nėra rizikos
25,0-29,9	Antsvoris	Mažai padidėjusi rizika
30,0-34,9	I° nutukimas	Saikingai padidėjusi rizika
35,0-39,9	II° nutukimas	Labai padidėjusi rizika
>40,0	III° nutukimas	Labai smarkiai padidėjusi rizika

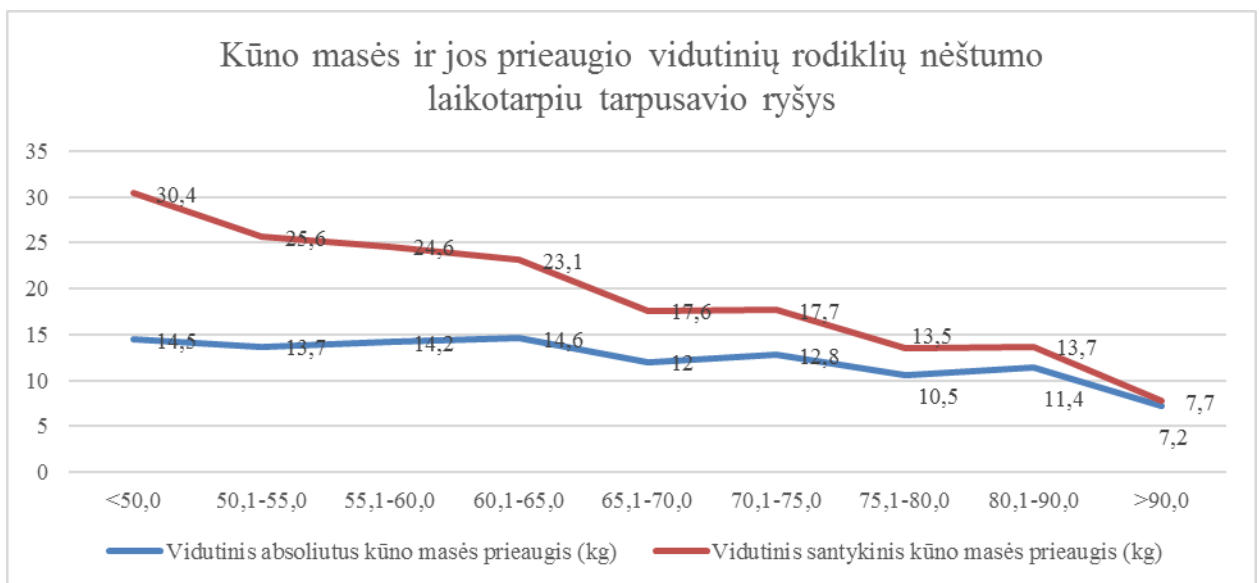
Nėštumo metu antsvorio turinčių ar nutukusių moterų organizme reikšmingai kinta riebalų ir angliavandenių apykaita. Riebalų apykaitos sutrikimams labai svarbus nutukimo tipas [98]. Mokslinėje literatūroje yra skiriami du nutukimo tipai: centrinis (visceralinis) ir periferinis nutukimai. Esant visceraliniam nutukimui, riebalų pertekliumi pasidengia pilve esantys vidaus organai (kepenys, skrandis, žarnynas). Periferinio nutukimo atveju daugiausia riebalų kaupiasi poodyje. Pilvo ir vidaus organų riebalų adipocitai yra metaboliškai aktyvios ląstelės, kurios į kraują išskiria daug biologiškai aktyvių medžiagų, veikiančių kraujospūdį, kraujo lipidus (hiperlipoproteinemija), gliukozę, koaguliacines medžiagas ar organizmo uždegiminį atsaką bei sutrikdo hormonų funkciją. Dėl šių priežasčių visceralinis nutukimas yra vertinamas patologija ir yra susijęs su metaboliniu sindromu [35].

Svorio prieaugį nėštumo metu lemia svoris iki pastojimo. Lyginant paskutiniojo dešimtmečio tyrimų duomenis, vidutinis kūno masės prieaugis per nėštumą yra 11-14 kg, priklausomai nuo esamo kūno svorio [37] (2 lentelė).

2 lentelė. **Rekomenduojamas normalus svorio prieaugis pagal KMI** (New Recommendations for gestational Weight gain Guidelines. Marilyn W. E., 2010)

KMI (kg/m ²)	Kūno prieaugis (kg)
<19,8	12-18
19,9-25,9	12-16
26,0-29,0	7-11
>29,0	5-9

Nustatyta, kad kuo moters KMI didesnis, tuo mažiau svorio ji priauga nėštumo metu, ir atvirkščiai (1 grafikas) [49]. Tai gali būti aiškinama įvairiai, bet daugelis autorių laikosi nuomonės, kad nėštumo metu liesos moters organizmas pirmiausiai stengiasi „atstatyti“ trūkstamą kūno masę iki fiziologiškai įprastos [49].



1 pav. **Kūno masės ir jos prieaugio vidutinių rodiklių nėštumo laikotarpiu tarpusavio ryšys**

Daugiausiai svorio priaugama 28-32 nėštumo savaitę (po 2-2,5 kg per mėnesį). Nuo 12 nėštumo savaitės nėščioji vidutiniškai priauga 50 g per dieną [36]. Tyrimų duomenimis, net ir normalaus nėštumo metu moteris priauga apie 4-6 kg pasyviosios kūno masės, t.y. riebalinio audinio [49]. Remiantis atliktų studijų rezultatais, apie 30-40 proc. moterų svorio prieaugis nėštumo metu yra normos ribose [11]. Svorio prieaugis nėštumo metu turi didelės įtakos rizikai nutukti per pirmuosius metus po gimdymo ir vėliau, palyginus su moterimis, kurių svorio prieaugis nėštumo metu buvo normalus [11]. JAV mokslininkų duomenimis, moterys, kurių kūno masės prieaugis per nėštumą buvo didesnis nei rekomenduojamas, praėjus vieneriems metams po gimdymo taip pat svėrė daugiau [36]

Taigi siekiant išvengti anksčiau paminėtų rizikų, nėščiosios kūno masės prieaugis turėtų būti koreguojamas, pasitelkiant sveikatos priežiūros specialistus ir atsižvelgiant į nėščiosios KMI iki nėštumo [49; 95].

2.5. Nėščiųjų antsvorio ir nutukimo paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje

PSO duomenimis, nutukusių nėščiųjų sparčiai daugėja visose išsivysčiusiose šalyse [38; 39]. Manoma, kad tam turi įtakos sparčiai kintanti socialinė ir ekonominė aplinka, sukianti reprodukcinio mažiau moterų energijos disbalansą, taip pat sumažėjęs fizinis aktyvumas ir padidėjęs didelio kaloringumo maisto ir gėrimų prieinamumas, pasikeitę maitinimosi įpročiai ir gyvenimo būdas [38]. Atliktais tyrimais nustatyta, kad tiek Europoje, tiek kitose pasaulio šalyse nutukimo paplitimas yra skirtingas, tačiau visose šalyse nėščiųjų nutukimo problema pripažįstama kaip ypatingai svarbi sveikatos problema [41]. Epidemiologiniais tyrimais įrodyta, kad Jungtinėje Karalystėje dėl nėštumo besikreipiančioms moterims nutukimas diagnozuojamas dukart dažniau nei prieš dešimtmetį, daugiau nei 50 proc. vaisingo amžiaus moterų šioje šalyje yra nutukusios [82]. RCOG 2010 metais skelbė, kad Didžiojoje Britanijoje nutukusių moterų 2000-aisiais metais buvo 16-19 proc. Nutukusių nėščiųjų skaičius Lietuvoje per pastaruosius 10 metų išaugo dvigubai. 2010 metais PSO duomenimis, Lietuvoje 20,6 proc. reprodukcinio amžiaus moterų buvo nutukusios [13]. Tai net du kartus daugiau nei Švedijoje. Australijoje 35% 25-35 metų amžiaus moterų yra nutukusios arba turinčios antsvorio [44; 84]. Ypatingas nėščiųjų antsvorio ir nutukimo augimas stebimas išsivystančiose šalyse, nes, priklausomai nuo ekonomikos augimo, kinta ir nėščiųjų gyvenimo būdas, atsiranda vis daugiau provokuojančių veiksnių: netinkami mitybos įpročiai, menkas fizinis aktyvumas [44].

Lietuvoje suaugusių gyventojų nutukimo paplitimo tyrimai vykdomi nuo 1994 metų, kai buvo pradėtas vykdyti Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas, kurį kas 4 metus vykdo LSMU (iki 2010 metų – Kauno medicinos universitetas) ir nuo 1997 metų, kai Lietuvoje pradėti vykdyti gyventojų faktiškos mitybos tyrimai, kuriuos kas 5 metus vykdo Respublikinis mitybos centras (nuo 2010 metų – Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras) [41].

PSO strateginiuose lėtinių ligų profilaktikos ir nutukimo kontrolės dokumentuose pabrėžiama, kad sveikatos priežiūros specialistai turi atlikti vadovaujantį vaidmenį kovai su antsvoriu ir nutukimu [42]. Nėščioji per visą nėštumo laikotarpį, priklausomai nuo nusiskundimų dažnio, pas sveikatos priežiūros specialistą apsilanko nuo 3-8 kartų [67]. Tai puiki galimybė Edukuoti nėščiąsias sveikos gyvenimo ir ligų profilaktikos klausimais.

2.6. Nėštumo komplikacijų rizika, susijusi su antsvoriu ir nutukimu

PSO nurodo gretutinių ligų rizikos, susijusios su nutukimo laipsniu, atsiradimo tikimybę [83]. Su antsvoriu ir nutukimu susijusios daugiau kaip 30 bendrųjų ir įvairių specifinių, tik nėščiosioms būdingų ligų, kurių atsiradimo ir klinikinės eigos priklausomybė nuo padidėjusios kūno masės įrodyta moksliniais tyrimais [7; 14; 30; 96].

2.6.1. Savalaikis persileidimas ir nevaisingumas

Viena svarbiausių šiuolaikinės akušerijos problemų yra savalaikis persileidimas ir priešlaikinis gimdymas. Mokslininkai nustatė, kad ankstyvus, iki 12 nėštumo savaitės, persileidimus lemia hiperestrogenemija, skatinanti endometriumo išvešėjimą ir sudarydama nepalankią aplinką embriono implantacijai [46; 47]. Hiperestrogenemija - tai estrogeninių hormonų perteklius, kurį dažnai sukelia nutukimas. Nutukusioms moterims dažnesni ir pakartotiniai persileidimai [48; 3;47]. Antsvorio turinčioms ar nutukusioms moterims neretai būna nereguliarus mėnesinių ciklas arba amenorėja, kurią sukelia lėtinė anovuliacija, todėl iškyla nevaisingumo pavojus [2]. Nevaisingumo gydymas nutukusioms moterims būna mažiau sėkmingas nei normalios kūno masės moterims [99]. Moteris, kurioms diagnozuotas persileidimas, vargina skausmas ir kraujavimas, kurie reikalauja ypatingos slaugytojo priežiūros. Skausmas pilvo apatinėje dalyje gali trukti ilgiau nei mėnesį, sutrikti moters kraujo krešėjimas, gali prasidėti gyvybei pavojingas kraujavimas.

2.6.2. Hipertenzinės nėščiųjų būklės

Nėščiųjų hipertenzinės būklės yra ligos, pasireiškiančios arterinio kraujospūdžio padidėjimu ir/arba proteinurija (baltymu šlapime). Vienas iš svarbiausių rizikos veiksnių yra nėščiosios antsvoris ir nutukimas [49]. Hipertenzinės nėščiųjų būklės klasifikuojamos į:

- nėščiųjų hipertenzija;
- preeklampsija (lengva, sunki);
- eklampsija;
- lėtinė hipertenzija;
- lėtinė nėštumo apsunkinta hipertenzija [45].

Nėščiųjų hipertenzija - tai iki nėštumo buvusiai sveikai moteriai po 20-os nėštumo savaitės išmatuotas AKS $\geq 140/90$ mmHg, matuojant mažiausiai du kartus kas 6 valandas. Amerikiečių mokslininkai analizavo ryšį tarp kūno riebalų pasiskirstymo bei hipertenzijos ir ištyrė, kad visceralinis, bet ne generalizuotas nutukimas kartu su kitais kardiovaskuliniais rizikos faktoriais skatina hipertenzijos vystymąsi [20].

Preeklampsija - tai nėštumo sukelta hipertenzija kartu su proteinurija, dažna ir sunki nėštumo komplikacija, kuri gali būti vaisiaus žūties ir nėščiosios mirties priežastimi [18; 49].

Eklampsija – traukulių priepuolis nėščiajai, kurios būklė atitinka preeklampsijos kriterijus, jei jos nesukėlė nervų sistemos patologija (pvz., epilepsija). Eklampsijos priepuolį sudaro keturios fazės: 1) pradinė; 2) toniniai traukuliai; 3) kloniniai traukuliai; 4) koma.

Lėtinė hipertenzija – nuolatinė bet kurios kilmės hipertenzija iki 20-os nėštumo savaitės, nesant pūslinės išvisos, arba hipertenzija, išliekanti praėjus 6 savaitėms po gimdymo. Lėtinė nėštumo apsunkinta hipertenzija – naujai atsiradusi proteinurija moteriai, kuriai iki 20-os nėštumo savaitės buvo diagnozuota hipertenzija, t.y. lėtinė hipertenzija, kurios eigą komplikavo lengva arba sunki preeklampsija.

Nėštumo metu padidėjęs AKS antsvorio turinčioms ir nutukusioms nėščiosioms būna žymiai dažniau nei turinčioms normalų KMI. Šios nėščiosios ir gimdyvės nuo 3 iki 10 kartų dažniau serga pirmine hipertenzija jau iki nėštumo [56]. Nėštumo sukelta hipertenzija ir preeklampsija yra viena dažniausių komplikacijų, dėl kurių nėštumas yra užbaigiamas anksčiau gimdymo termino. Preeklampsijos rizika padidėja du kartus kas 5-7 kg/m² kūno masės indekso iki nėštumo. Eklampsijos tikimybė nutukusioms taip pat yra didesnė nei normalaus kūno svorio nėščiosioms [56]. Tyrimų, atliktų JAV, metu nustatyta, kad didėjant KMI, didėja ir AKS [60].

Nutukimo sukeltų hipertenzinių būklių pasireiškimas siekia 5-10% visų nėštumų [19]. Lietuvoje 2014 metais hipertenzinėmis būklėmis sirgusių nėščiųjų buvo 3,2 proc. – perpus mažiau nei 1997 metais (6,1 proc.) [49]. JAV mokslininkai atliko tyrimus, kurių metu paaiškėjo, kad normalų KMI turinčioms nėščiosioms rizika susirgti nėštumo sukelta hipertenzija yra 4,2%, nutukusioms - 9,1% [34]. Moterų mirtingumas dėl nėštumo metu pasireiškiančios hipertenzinės ligos užima antrą vietą po embolizmo, o preeklampsija yra viena iš hipertenzinių ligų, kuria serga nuo 3 iki 5 proc. nėščiųjų [1].

3 lentelė. **AKS reikšmių paaiškinimas**

AKS (mm/Hg)	Reikšmė
Iki 120/80	Normalus
Iki 139/89	Ribinis

2.6.3. Gestacinis diabetas

Nėštumo metu fiziologiškai didėja gliukozės kiekis kraujyje, nes pradeda gamintis insulinui priešingai veikiantys hormonai, nežymiai didėja jautrumas insulinui. Nutukusioms moterims nėštumo metu būdingi žymūs angliavandenių apykaitos sutrikimai [97]. GD yra dažniausias nėščiųjų medžiagų apykaitos sutrikimas [10]. GD vadinamas angliavandenių apykaitos sutrikimas,

pasireiškiantis įvairaus laipsnio hiperglikemija, pirmą kartą nustatytas nėštumo metu [21]. Kuo didesnis nutukimas, tuo didesnė gestacinio diabeto rizika. Nutukusioms nėščiosioms GD rizika yra 2-4 kartus didesnė nei nenutukusioms [76; 77]. Europoje GD nustatomas 0,15-4 proc. visų nėščiųjų, Lietuvoje – apie 1,5 proc. [49]. Nors atlikti tyrimai rodo, kad 2001-2015 metų laikotarpiu GD atvejų Lietuvoje daugėjo, labiausiai tikėtina, kad tam turėjo įtakos SAM įstatymai, reglamentuojantys nėščiųjų priežiūrą Lietuvoje ir įpareigojantys, esant rizikos veiksnių, atlikti gliukozės toleravimo mėginį bei tirti gliukozės kiekį šlapime [49]. Nutukusioms nėščiosioms taip pat gresia didesnė rizika, kad GD kartosis kito nėštumo metu, o ateityje šios moterys dažniau suserga 2 tipo cukriniu diabetu, hipertenzija bei širdies ir kraujagyslių ligomis [19; 30].

Moksliniai tyrimai parodė, kad motinos diabetas nėštumo metu turi tiek ilgalaikių, tiek trumpalaikių pasekmių vaiko sveikatai, tokių kaip: per didelis naujagimio svoris (makrosomija), sukeltantis didesnę medicininių problemų gimdymo metu riziką, žemesni *Apgar* skalės įvertinimai gimimo metu (rodantys prastesnę kūdikio sveikatos būseną), hipoglikemija, hipokalemija ir kiti kūdikio sveikatos sutrikimai bei didesnė nutukimo rizika vaikystėje ir suaugusiame amžiuje.

Tyrimai atskleidžia, kad didesnę riziką susirgti GD turi tos besilaukiančios moterys, kurios nėštumo metu priaugo per daug svorio ir kurios turi padidėjusį kraujo spaudimą [74].

Daugeliu atveju GD galima tinkamai kontroliuoti mitybos ir fizinio aktyvumo pokyčiais [79]. Kanadoje fizinis aktyvumas, kartu su insulino terapija, yra įtrauktas į GD prevencinio plano gaires [78]. Amerikos mokslininkai nustatė, kad nėščiųjų, kurios buvo fiziškai aktyvesnės (vaikščiojo nuo 25 iki 40 minučių 3-4 kartus per savaitę), cukraus kiekis kraujyje buvo ženkliai mažesnis [80]. Jei dietos nepakanka glikemijai sukontroliuoti, skiriamos insulino injekcijos. Slaugytojo vaidmuo susidūrus su GD sergančia nėščiąja yra itin svarbus. Nuosekliai ir informatyviai išaiškinti apie GD, jo etiologiją, prevenciją, gydymą bei slaugą – atsakinga slaugytojo pareiga. Dietos kontrolė bei reguliarūs cukraus kiekio kraujyje matavimai turi būti sekami ir fiksuojami dokumentuose, o insulino injekcijos atlikimas, nėščiosios mokymas reikalauja specialių slaugytojo kompetencijos bei žinių [23].

2.6.4. Cezario pjūvio operacijos

Cezario pjūviu vadinama operacija, kurios metu vaisius ištraukiamas pro pilvo (laparotomija) ir gimdos sienos (histerotomija) pjūvį, išskyrus kai vaisius išimamas iš pilvo ertmės plyšus gimdai ar esant abdominaliniam nėštumui [45]. CPO dažnis nuo 1996 metų iki 2012 metų didėjo nuo 10,8 proc. iki 26,5 proc., tačiau nuo 2012 metų, kai imtasi priemonių, jau 2014 metais šis rodiklis ženkliai mažėjo (22 proc.) [49]. Viena iš indikacijų Cezario pjūvio operacijai yra nėščiosios antsvoris ir nutukimas [23]. Mokslinės literatūros duomenimis, padidėjęs CPO skaičius

susijęs su nutukusių moterų organizmo atsaku į oksitociną, dėl to gimdymas lėčiau progresuoja [17]. Pažymėtina, jog Cezario pjūvio atlikimo technika yra sudėtingesnė lyginant su nenutukusiomis gimdyvėmis, be to, padidėja anesteziologinių komplikacijų bei pooperacinių infekcijų rizika [24]. Operacinės slaugytojų pasiruošimas bei darbas operacijos metu su atsvarę ar nutukimą turinčia gimdyve yra specifinis bei reikalauja gilių žinių. Dėl padidėjusio AKS, pjūvio vietose galimi gausūs kraujavimai, didelės riebalų klostės reikalauja specifinių, dažnai didesnių nei įprastai, instrumentų, o storas poodinis sluoksnis siuvamas su didesne nei įprasta adata [100]. Operacijos trukmė paprastai būna ilgesnė, taip pat didesnis instrumentų bei kitų medikamentinių priemonių sunaudojimas. Sudėtingesnis nutukusios pacientės transportavimas į operacinę užima laiko, o tai ypatingai svarbu, jei operuojama dėl vaisiaus hipoksijos ar placentos aštokos. Pastebėta, kad gimdyvė, kuriai buvo atlikta CPO, lėčiau sveiksta nei nuo savalaikio gimdymo. Kartotinė hospitalizacija per 60 dienų po cezario pjūvio operacijos beveik du kartus dažnesnė nei po gimdymo natūraliais takais [92]. Gimdyvei būtina intensyvi slaugytojo ir artimųjų priežiūra bei slauga, psichologinė parama, malšinant pooperacinį skausmą ir naujagimio artumo trūkumą dėl suvaržytų judesių ir apribotos naujagimio priežiūros. Ilgesnis pooperacinis sveikimas, stipresnis patiriamas pooperacinis skausmas, šlapimo pūslės kateteris ir psichologinis diskomfortas ilgesnį laiką praleidžiant gydymo įstaigoje blogina moters gyvenimo kokybę bei reikalauja didesnių gydymo įstaigos kaštų [93].

2.6.5. Širdies ir kraujagyslių ligos

Atsvario turinčios ir nutukusios nėščiosios dažniau serga širdies ir kraujagyslių ligomis nei normalų KMI turinčios nėščiosios. JAV mokslininkai nustatė, kad KMI padidėjus vienu vienetu, rizika išsivystyti širdies nepakankamumui moterims padidėja 7 proc. [69]. Tyrimų duomenimis, kai kūno masė yra padidėjusi 20 proc., mirštamumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų padidėja 18-20 proc., nuo insulto – net 21-25 proc., o miokardo infarkto ir mirties nuo vainikinių širdies kraujagyslių ligų grėsmė didėja net tada, kai kūno masė padidėja visai nedaug [57; 58].

Nutukimas apsunkina nėščiosios širdies darbą: dėl papildomo krūvio ji nusilpsta, padidėja, sustorėja jos sienelės, padidėja širdies minutinis tūris [57]. Dažnesni pavojingi širdies ritmo sutrikimai, staigios mirtys [4]. Net 70 proc. nutukusių moterų, turinčių padidėjusį kraujo spaudimą, nustatoma kairiojo skilvelio hipertrofija [70]. Nėščiąją vargina dusulys, cianozė, kurie apsunkina nėščiosios gyvenimo kokybę bei reikalauja ypatingos slaugos.

2.6.6. Nugaros skausmai

Nėštumui yra būdingi nugaros skausmai, kurie pasireiškia nuo 24 iki 90 proc. visų nėštumo atvejų. Nugaros ir pilvo skausmai dažniausiai prasideda pirmo trimestro pabaigoje ir tendencingai didėja nėštumo laikui ilgėjant. Maždaug trečdaliui nėščiųjų nugaros skausmai tampa ypač stiprūs ir žymiai apriboja nėščiosios gyvenimą [59].

Nugaros ir pilvo skausmai apibūdinami kaip gilūs, veriantys, besitęsiantys ar pasikartojantys skausmai. Nėštumo metu atsirandančius nugaros ir pilvo skausmus sukelia fiziologiniai pokyčiai besilaukiančios moters organizme: padidėjęs bendras kūno svoris, padidėjusi pilvo apimtis, kuri papildomai apkrauna kaulus ir tempia raumenis. Skausmų atsiradimui įtakos turi ir hormoniniai pokyčiai nėštumo metu, kurių poveikis šiai sveikatos būsenai dar nėra tiksliai ištyrinėtas.

Nugaros skausmai dažniausiai gydomi nemedikamentiniais metodais, kadangi bet kokie nėščiosios vartojami vaistai patenka ir į vaisiaus kraujotaką. Antsvorio turinčių ir nutukusiųjų nėščiųjų pagrindiniai nugaros skausmų malšinimo metodai bei pagalba slaugant yra specialios pagalvėlės nugarai miego metu, kompresai, vandens gimnastika, reguliari mankšta, masažai. Pažymėtina, kad skausmų malšinimas yra sudėtingesnis, lyginant su normalų KMI turinčiomis nėščiosiomis, todėl pirmiausiai rekomenduojama tinkama svorio kontrolė siekiant išvengti neproporcingo kūno svorio padidėjimo.

2.6.7. Odos ligos

Antsvorio turinčioms ir nutukusioms nėščiosioms aktyvesnė riebalinių, prakaito liaukų sekrecija gali sukelti uždegimus. Nėščiąsias, kurioms diagnozuotas nutukimas, dažniau nei nenutukusioms, vargina odos iššutimai. Iššutimų atsiranda po krūtėmis, kirkšnyse, pažastyse ir pilvo apatinėje dalyje. Oda parausta, pasidengia pleiskanomis. Šarminė odos pH yra palanki pienligę sukeliančių grybelių ir įvairių bakterijų dauginimuisi. Šis odos negalavimas turi įtakos prastai nėščiosios savijautai, be to, tai didina išlaidas, susijusias su išaugusiu odos priežiūros poreikiu [24].

Nutukimas yra siejamas su juodosios akantozės, piliarinės keratozės, hirsutizmo ir kitomis odos ligomis [24]. Juodoji akantozė yra dažniausias odos pažeidimas nėščiosioms. Išbėrimas atsiranda pažastyse, kirkšnyse, rečiau - kaklo užpakalinėje dalyje, alkūnių arba veido srityje. Tokios pacientės priversto riboti savo planus, susijusius su laisvalaikiu, jos išleidžia daugiau lėšų odos būklei gerinti nei nenutukusios nėščiosios. Nėščiąsias, kamuoja odos problemų, vargina deginimo, tempimo skausmas, o tai labai vargina jų kasdienybę, apsunkina bendravimą su šeimos nariais bei artimaisiais, slopina pasitikėjimą savo jėgomis.

Nutukusioms nėščiosioms labai dažnai pasireiškia padų hiperkeratozė, kuri labai apriboja ir taip menką moters fizinį aktyvumą. Be to, esant šiam negalavimui, būtina speciali padų priežiūra su nepigia avalyne [28].

Nutukusioms nėščiosioms dažnai atsiranda hiperandrogenizmas, kuris skatina odos riebalų liaukų aktyvumą ir sunkios aknės formos pasireiškimą. Aknė apsunkina besilaukiančios moters gyvenimą, jai sunkiau bendrauti, rodytis visuomenėje, lydi prasta nuotaika ir krenta savivertės jausmas. Be to, tai didina infekcijos riziką, ypač jos negydant [24; 26].

2.6.8. Kvėpavimo problemos

Antsvoris ir nutukimas skatina vystytis kvėpavimo nepakankamumą [54]. Dažniau vargina kvėpavimo sutrikimai miegant (miego apnėja), pasunkėjus plaučių funkcijai atsiranda dusulys. Smegenyse esantis kvėpavimo centras tampa nejautrus, miegant kvėpavimas stoja, organizme kaupiasi anglies dvideginis [55]. Kvėpavimas tampa netolygus, neritmiškas, paviršutiniškas. Todėl sunaudojama daugiau deguonies ir išskiriama daugiau anglies dvideginio, atsiranda raumenų įtampa, suaktyvinama simpatinė ir slopinama parasimpatinė nervų sistema [27]. Nėščioji patiria stresą, psichologinę įtampą, diskomfortą, nuovargį, ji priversta apriboti savo darbus ir laisvalaikį, nes kvėpavimas yra gyvybiškai svarbus veiksnys, užtikrinantis pilnavertį gyvenimą. Tokia sudėtinga nėščiosios fizinė bei psichologinė būseną apsunkina tiek jos gyvenimą bei jo kokybę, tiek vaisiaus vystymąsi [3].

2.6.9. Emocinė būseną

Nėščiosios gyvenimo kokybei turi įtakos ir moters emocinė būseną, vidinė darną. Vidinė darną (angl. *Sense of Coherence*) įvairių autorių apibūdinama kaip sugebėjimas geriau suvokti ir kontroliuoti aplinką, didesnis prasmės jausmas, optimizmas kaip ypatybė, kuri palaiko ir stiprina sveikatą. A. Antonovsky vidinę darną apibūdina kaip globalią žmogaus gyvenimo orientaciją ir pateikia tris svarbiausius vidinės darnos komponentus: suprantamumą (angl. *comprehensibility*), sugebėjimą valdyti, kontroliuoti situaciją (angl. *manageability*) bei prasmingumą (angl. *meaningfulness*) [53]. Vidinė darną siejama su geresniu atsparumu stresui ir sveikata. A. Ivanauskas ir M. Markovienė atliko tyrimą ir nustatė, kad nutukusių nėščiųjų emocinė būseną būna blogesnė nei normalų kūno masės indeksą turinčių moterų [64]. Pasaulyje atliktų tyrimų statistika parodo, kad nėštumo metu 9 proc. nėščiųjų patiria depresiją, o pirmaisiais metais po gimdymo depresija kankina 10-15 proc. gimdyvių [51]. Tyrimų rezultatai rodo, kad moterims nuotaikų sutrikimai pasireiškia jau nėštumo metu [52]. JAV atliktų tyrimų duomenimis, nutukusioms moterims susirgti depresija padidėjo 37 proc. [66]. Per didelį kūno svorį turinčios nėščiosios labiau nepasitiki savimi, sumažėja jų savigarba, prastėja požiūris į save. Atsiradusi depresija blogina

nėščiųjų savijautą nėštumo bei laikotarpiu po gimdymo. Literatūros duomenimis, atsikračius antsvorio, pagerėja moterų psichoemocinė būklė ir gyvenimo kokybė [71; 72].

2.7. Literatūros apžvalgos apibendrinimas

Antsvorio ir nutukimo terminai vartojami organizmo būklės, kai susikaupęs riebalinio audinio masės perteklius neigiamai veikia sveikatą, apibūdinimui. Antsvoris ir nutukimas laikomi viena iš pagrindinių šio amžiaus sveikatos problemų, turinčių reikšmingą poveikį sergamumui ir mirtingumui visame pasaulyje. Tyrimais nustatyta, kad antsvoris ir nutukimas turi įtakos nėštumui, taip pat nėščiosios gyvenimo kokybei. Nėščiosios svoris iki pastojimo bei svorio prieaugis nėštumo metu turi didelės įtakos rizikai nutukti per pirmuosius metus po gimdymo ir vėliau, palyginus su moterimis, kurių svorio prieaugis nėštumo metu buvo normalus. Nėščiosios per didelio kūno masės prieaugio priežastys daugiausiai siejamos su neracionalia, kaloringa mityba, fizinio aktyvumo stoka, genetiniais bei socialiniais veiksniais. Svorio kontrolę iki pastojimo bei nėštumo laikotarpiu turi atidžiai atlikti pati nėščioji bei ją prižiūrintys medikai pagal tam tikrus stebėsenos duomenis (4 lentelė) [100].

Nutukusių nėščiųjų skaičius visame pasaulyje vis labiau didėja, antsvorio bei nutukimo problema tampa itin aktuali, todėl būtina reguliariai atlikti kūno svorio kontrolę. Norint įvertinti bei sekti kūno masę dažniausiai naudojamas KMI - ūgio ir svorio santykio rodiklis. Kylanti grėsmė nėščiųjų sveikatai verčia ieškoti su antsvoriu bei nutukimu susijusių problemų sprendimo būdų. Vienas iš jų – adaptuotų klausimynų taikymas. Klausimynų dėka yra įvertinama su sveikata susijusi GK, jie padeda rinkti išsamią anamnezę bei atlikti įvairius tyrimus. Šiame darbe taip pat nagrinėjama su sveikata susijusi nėščiųjų gyvenimo kokybė, antsvorio ir nutukimo priežastys, pasekmės bei jų įtaka GK.

4 lentelė. **Nutukusių nėščiųjų priežiūra (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of women with obesity in pregnancy)**

	KMI ≥ 30	Papildoma priežiūra, jei KMI ≥ 35
Iki nėštumo	<ul style="list-style-type: none"> • Suteikti informaciją apie nutukimo riziką nėštumo metu. • Patarti, kaip sumažinti kūno svorį. • Skirti 5 mg folinės rūgšties bent 1 mėn. iki pastojimo 	
Pirmasis vizitas	<ul style="list-style-type: none"> • Pamatuoti ūgį ir svorį, apskaičiuoti KM. • Naudoti tinkamo dydžio manžetę AKS matuoti. • Tęsti folinės rūgšties vartojimą po 5 mg kasdien, iki 12 nėštumo savaitės. • Rekomenduoti 12 μg vit. D nėštumo metu. • Apsvarstyti apie 75 mg aspirino skyrimą, jei yra preeklampsijos rizikos veiksnių. 	Siųsti specialisto priežiūrai, jei yra vienas ar daugiau preeklampsijos rizikos veiksnių

	<ul style="list-style-type: none"> • Įvertinti tromboembolijų riziką • Skirti GTM 24-28 sav. • Siųsti konsultuoti akušeriui ginekologui sudaryti gimdymo priežiūros planą. • Suteikti informaciją apie nutukimo įtaką nėštumo komplikacijoms ir kaip jų išvengti 	
Nėštumo metu	<ul style="list-style-type: none"> • Įvertinti tromboembolijų riziką. • Tromboembolijų profilaktika pagal indikacijas. • AKS matavimui naudoti tinkamo dydžio manžetę. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stebėti dėl preeklampsijos kas 3 savaites 24-32 nėštumo savaitę ir kas 2 savaites nuo 32 nėštumo savaitės
Trečiasis trimestras	<ul style="list-style-type: none"> • 75 g GTM 24-28 sav. • Informuoti apie žindymo naudą, pradžią ir tęsimą 	
Gimdymas	<ul style="list-style-type: none"> • Pagal individualią riziką nustatyti gimdymo vietą. • Rekomenduoti aktyvią placentinio laikotarpio priežiūrą • Cezario pjūvio operacijos metu skirti antibiotikoprofilaktiką. • Cezario pjūvio operacijos metu susiūti poodinį sluoksnį, jei jo storis >2 cm 	<ul style="list-style-type: none"> • Patarti gimdyti aukštesnio lygio stacionare. • Kai moters svoris > 120 kg, perspėti operacinės personalą, jog gali būti reikalinga operacinė intervencija
Po gimdymo	<ul style="list-style-type: none"> • Kuo anksčiau pradėti vaikščioti. • Pradėti tromboembolijų profilaktika po gimdymo, jei yra vienas ar daugiau rizikos veiksnių • Naudoti kompresines kojines, jei yra ≥ 2 tromboembolijos rizikos veiksniai. • Informuoti apie žindymo naudą, pradžią ir tęsimą. • Kalbėti apie ilgalaikį mitybos ir gyvenimo būdo pakeitimą. • Jei yra GD: atlikti GTM 6 sav. po gimdymo, pasiūlyti gyvenimo būdo ir svorio korekcijos priemones, siųsti konsultuoti šeimos gydytojui, nuolatinei patikrai dėl 2 tipo cukrinio diabeto ir širdies ir kraujagyslių sistemos ligų. 	

3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Darbas atliktas 2014-2016 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedroje ir VšĮ Vilniaus universiteto Santariškių klinikų Akušerijos ir ginekologijos centro Akušerijos skyriuje. Darbą sudarė užsienio ir šalies mokslinės literatūros analizė ir apibendrinimas, savarankiškas tyrimas, gautų rezultatų analizė bei išvados.

3.1. Tyrimo medžiaga

Apklausoje dalyvavo pacientės, kurios 2016 m. kovo-balandžio mėnesiais buvo gydomos VšĮ Vilniaus universiteto Santariškių klinikų Akušerijos ir ginekologijos centro Akušerijos skyriuje. Tyrimo anketą užpildyti ir dalyvauti tyrime buvo pasiūlyta 200 pacienčių, tačiau 7 pacientėms atsisakius dalyvauti tyrime, tyrimo imtį sudarė 193 respondentės. Tyrime dalyvavo 80 normalaus KMI pacienčių, tai sudarė 41,5 proc. visų tyrime dalyvavusių respondenčių, o jų amžiaus vidurkis – 29 metai. 69 tyrime dalyvavusios pacientės turėjo antsvorį, tai sudarė 35,8 proc. tyrimo imties, o jų amžiaus vidurkis 30 m. I-ojo laipsnio nutukimą turėjusių pacienčių buvo 41, tai sudarė 21,2 proc. apklaustųjų, o jų vidutinis amžius buvo taip pat 30 metų. II-ojo laipsnio nutukimą turėjo 3 pacientės ir tai sudarė 1,6 proc. tyrime dalyvavusių respondenčių ir jų vidutinis amžius taip pat buvo 30 metų. III-o laipsnio nutukimą turinčios nėščiosios tyrime nedalyvavo. Respondenčių KMI buvo apskaičiuotas kaip rekomenduoja PSO: normalus kūno svoris – KMI 18,5-24,9 kg/m², antsvoris – KMI 25,0–29,9 kg/m² ir nutukimas – KMI ≥ 30 kg/m².

Įtraukimo į tyrimą kriterijai:

- reprodukcinio amžiaus (15-49 m.) pacientės, tiriamuoju laikotarpiu besigydančios Akušerijos ir ginekologijos centre;
- nėščiosios, kurių nėštumas yra 37 sav. ir daugiau;
- nėščiosios, kurioms iki pastojimo buvo nustatytas normalus KMI, antsvoris ar bet kurio laipsnio nutukimas;
- žodinis sutikimas dalyvauti tyrime;
- tinkamai užpildyta anketa.

Neįtraukimo kriterijai:

- kito amžiaus nei 15-49 m.. tiriamuoju laikotarpiu besigydančios Akušerijos ir ginekologijos centre;
- nėščiosios, kurių nėštumas yra iki 37 sav.;
- nesutikimas dalyvauti apklausoje;
- netinkamai užpildyta anketa.

3.2. Tyrimo metodai

Tyrimo metodus sudarė: pacienčių anketinė apklausa; medicininių dokumentų analizė; statistinė duomenų analizė.

Anketinė apklausa panaudoti 4 klausimynai:

- tyrėjų sukurta mitybos įpročių anketa;
- SF-36 gyvenimo kokybės klausimynas;
- HADS klausimynas (angl. *Hospital Anxiety and Depression scale*) – nerimo ir depresijos skalė;
- *Reeder* streso vertinimo skalė.

Klausimynų apibūdinimas

1. Tyrėjai patys parengė anketą, kurią sudarė aštuoniolika klausimų. Trylika klausimų buvo skirti siekiant įvertinti tiriamųjų mitybos įpročius: maitinimosi dažnį, suvartojamų skysčių kiekį, vartojamus maisto papildus, cukrų, riebalus ir kitus aspektus, atspindinčius jų domėjimąsi sveikos mitybos principais. Apklausa užbaigė penki klausimai, skirti respondenčių kūno vertinimui. Atsakydamos į klausimus respondentės turėjo pasirinkti vieną mūsų pateiktų atsakymo variantų.

2. Gyvenimo kokybės klausimynas SF-36 (angl. *Medical Outcomes Study 36 – items Short Form*). Nėščiąjų gyvenimo kokybę vertinome naudodami SF-36 klausimyną (žr. priedą). SF klausimynas [101] skirtas vertinti pastarųjų keturių savaičių savijautai. Šį klausimyną sudarė klausimai, kurie atspindėjo aštuonias gyvenimo sritis, susietas į dvi sveikatos kategorijas – fizinę ir psichinę sveikatą. **Fizinei sveikatai (FS) vertinti** skirtos: 1) **fizinis aktyvumas (FA)** – žmogaus gebėjimas atlikti kasdienę fizinę veiklą; 2) **veiklos apribojimas dėl fizinių problemų (VFP)**; 3) **skausmas (S)** - jo trukmė, intensyvumas, įtaka kasdieninei veiklai; 4) **bendros sveikatos vertinimas (BSV)** - rodo, kaip pacientė vertina savo sveikatą. **Psichinei sveikatai (PS) vertinti** skirtos: 1) **energingumas/ gyvybingumas (EG)** - rodo energijos, žvalumo ir nuovargio lygį; 2) **socialinė funkcija (SF)** - rodo, kaip sveikatos ir emocinės problemos turi įtakos bendravimui su artimaisiais ir draugais; 3) **veiklos apribojimas dėl emocinių problemų (VEP)** - rodo emocinių veiksnių įtaką darbui ir kitai veiklai; 4) **emocinė būklė (EB)** - rodo įvairias psichologines būsenas, ypač nerimą ir depresiją (2 pav.). Kiekvienai sričiai vertinti naudojami klausimai, o atsakymai į juos vertinami balais, kurių suma gali svyruoti nuo 0 iki 100 balų. Kuo didesnis balų skaičius, tuo gyvenimo kokybė geresnė.

2. Tiriamųjų nerimui ir depresinei būsenai vertinti naudota Nerimo ir depresijos HADS (angl. *Hospital Anxiety and Depression scale*) skalė (žr. priedą), kuri plačiai naudojama depresijos ir nerimo sutrikimų atrankai, skirta tirti ligoniams ne psichiatrijos medicinos įstaigose [102]. Šią

skalę 1983 m. pasiūlė anglų psichiatrai A. S. Zigmont ir R. P. Snaith [84], o 1991 m. ji buvo išversta į lietuvių kalbą, skelbta spaudoje ir plačiai naudojama tyrimams. HAD skalę sudaro trumpa instrukcija, kaip pildyti anketą, ir 14 teiginių: 7 anketos klausimai skirti depresijos (D) simptomams ir 7 - nerimo (N) simptomams įvertinti. Ši skalė leidžia greitai ir išsamiai ištirti ligonio emocinę būklę [103]. Kiekvienam teiginiui pateikiami keturi atsakymo variantai (įvertinti balais nuo 0 iki 3), iš jų tiriamasis turi pasirinkti tą, kuris tiksliausiai atspindi jo savijautą per praėjusią savaitę. Galima balų suma yra nuo 0 iki 21 balo (ir depresijai, ir nerimui). Depresijos ir nerimo rezultatai sumuojami ir vertinami atskirai: 0–7 balai – depresijos ar nerimo nėra, 8 ir daugiau balų – depresija ar nerimas yra (Priedas 9.3). HAD skalė nėra psichikos sutrikimų diagnostikos instrumentas, ji tik padeda atrinkti pacientus, kurie gali sirgti depresija ar jausti nerimą [104; 105].

4. Tiriamųjų patiriamam stresui vertinti naudota *Reeder* streso vertinimo skalė. *Reeder* streso testas matuoja žmogaus suvoktą stresą [86]. Streso lygis nustatomas respondentams pateikiant 7 teiginius, nusakančius jiems galimai būdingą savijautą. Kiekvienas klausimas turi keturis atsakymo variantus, kurie vertinami balais nuo 1 iki 4. Visų 7 teiginių balai sumuojami, ir gautas bendras balas, kuris gali svyruoti nuo 7 iki 28, parodo respondentei būdingą suvokto streso lygį: 21-28 balai - streso nėra, 15-20 balų - nervinė įtampa (tarpinė būseną), 7-14 balų - stresinė būseną. Kuo balų surenkama mažiau, tuo didesnis suvoktas stresas. Išmatavus šio testo patikimumą parodančią statistiką *Cronbach'o* alfa koeficientas gautas 0,93. Pagal gautus rezultatus streso vertinimo testo rezultatus galime laikyti labai patikimais.

Šią skalę 1972 m. išvertė ir adaptavo prof. A. Goštautas [87]. *Reeder* skalės vertinimas yra pateiktas internete, kurį galima laisvai ir be apribojimų naudoti (Priedas).

Medicinos duomenų analizė: iš ligos istorijų ir nėščiųjų ir naujagimių kortelių (F113a) išrašyti nėščiųjų duomenys: ūgis, svoris (moteris sverta iki nėštumo arba iki pirmojo nėštumo trečdalyje pabaigos) (iš šių duomenų apskaičiuotas KMI), nėštumo laikas, sociodemografiniai rodikliai (gyvenamoji vieta, išsilavinimas), diagnozės.

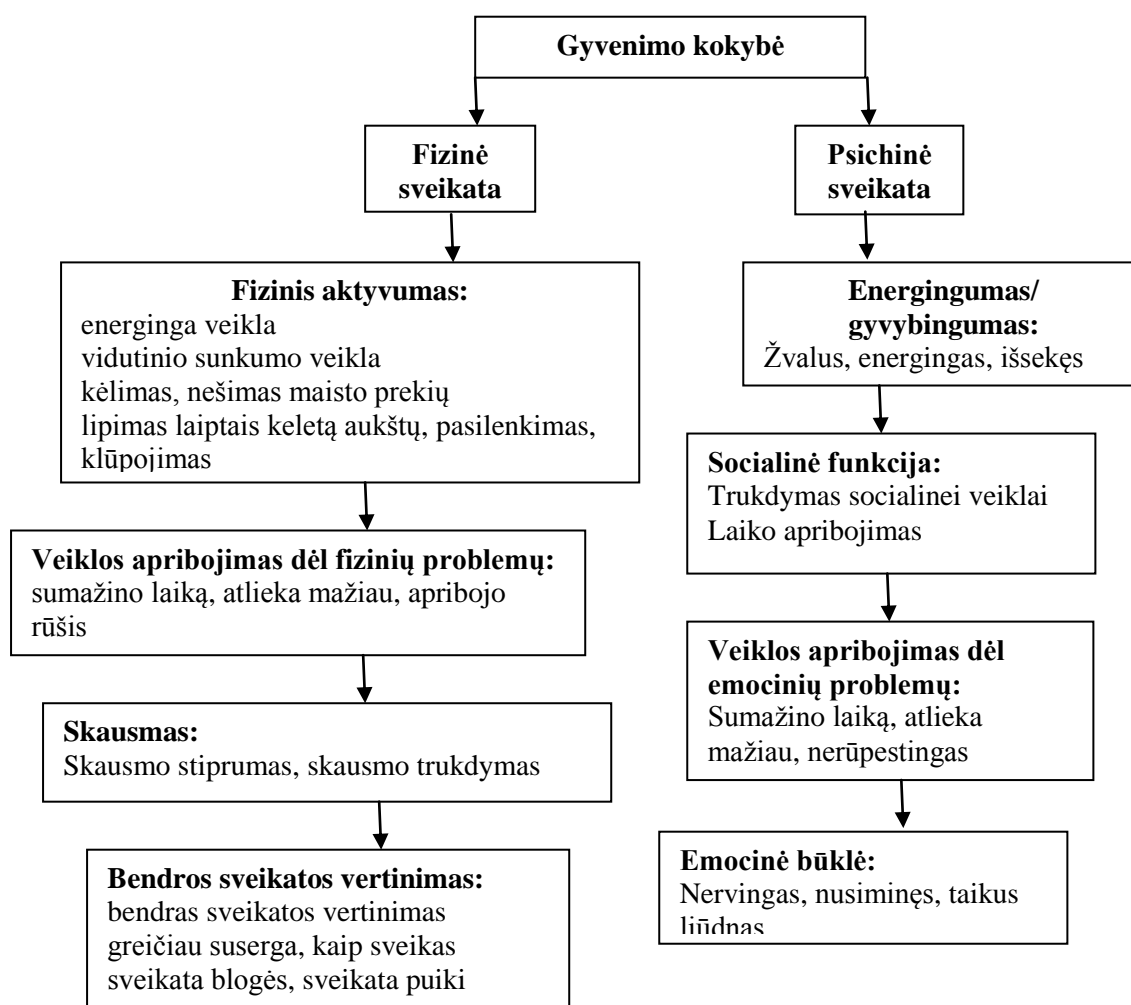
3.3. Tyrimo eiga

Tyrimo pradžioje anketa buvo patikrinta pilotiniu tyrimu apklausiant 20 nėščiųjų, kurių KMI yra normalus, taip pat pacientės su antsvoriu ir nutukimu. Neaiškūs klausimai pakoreguoti.

Apklausa vykdyta Vilniaus universiteto Santariškių klinikų Akušerijos ir ginekologijos centro Akušerijos skyriuje. Respondentės anketas pildė kartu su tyrėjais prieš arba po apsilankymų apžiūrų kabinete.

Apklausa atlikome laikydamiesi sociologinių – medicininių tyrimų profesinės etikos nuostatų. Prieš apklausą respondentės buvo supažindinamos su darbo autoriais, darbo tema, anketomis, gautas žodinis pacienčių sutikimas dalyvauti tyrime.

Apklausėme 193 besilaukiančias pacientes, kurios buvo suskirstytos į turinčias antsvorio (69 pacientės, 35,8 proc.), nutukusias (44 pacientės, 22,7 proc.), bei normalaus KMI (80 pacienčių, 41,5 proc.). Normalaus KMI nėščiųjų grupė buvo įtraukta kaip kontrolinė. Tiriamųjų ūgis ir svoris buvo išrašytas iš ligos istorijų ar nėščiųjų kortelių (F113a). Tyrime dalyvavusios respondentės taip pat buvo suskirstytos į penkias grupes pagal išsilavinimo lygį: pradinis, nebaigtas vidurinis, vidurinis, aukštesnysis ir aukštasis. Pagal amžių nėščiosios buvo suskirstytos į 7 grupes (intervalas – 4 metai) (4.1 lentelė). Daugiau kaip trečdalį tiriamųjų sudarė 25-29 metų amžiaus respondentės (44,0 proc.). 15-19 m. amžiaus grupėje buvo 1 (0,5 proc.) tiriamoji, 20-24 m. amžiaus grupėje – 22 (11,4 proc.), 30-34 m. amžiaus grupėje – 51 (26,4 proc.), 35-39 m. amžiaus grupėje – 33 (17,1 proc.), 40-44 m. amžiaus grupėje – 1 (0,5 proc.) nėščioji.



2 pav. SF - 36 klausimyno schema

3.4. Statistinė duomenų analizė

Statistinei duomenų analizei atlikti buvo pasirinktas kompiuterinės programos paketas „SPSS 22.0.“ Aprašomosios statistikos metodais kokybiniams kintamiesiems apskaičiuotos įvairių rodiklių skaitinės charakteristikos (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, minimalios ir maksimalios reikšmės, pasiskirstymo skaičiai (n), procentai (proc.)). Taip pat šių kintamųjų dažnumui, išreikštam procentais, palyginti naudotas χ^2 kriterijus. Kiekybiniams kintamiesiems buvo paskaičiuotas dažnių pasiskirstymas ir įvertinta sklaidos charakteristika. Rodiklių tarpusavių ryšiams matuoti naudoti Pearson ir Spearman (r_s) koreliacijos koeficientai. Ryšiai laikyti statistškai reikšmingais kai $p < 0,05$.

Priklausomybės nustatymui naudojamos požymių dažnių lentelės, o priklausomybės laipsniui tarp nagrinėjamų kintamųjų įvertinti – Chi-kvadrato (χ^2) kriterijus. χ^2 kriterijus yra pagrindinis anketinių apklausų duomenų analizės įrankis ir vienas iš populiariausių ir plačiausiai taikomų neparimetrinių kriterijų. Šiame tyrime χ^2 kriterijus naudojamas dviejų kintamųjų nepriklausomumui, kai populiacijoje stebimos kintamųjų poros, tyrimui.

4. TYRIMO REZULTATAI

4.1. Tiriamojo kontingento charakteristika

Tyrimė dalyvavo 37 ir daugiau nėštumo savaičių nėščiosios (n=193), kurios 2016 m. kovo - balandžio mėnesiais buvo gydomos VŠĮ Vilniaus universiteto Santariškių klinikų Akušerijos ir ginekologijos centro Akušerijos skyriuje.

Pagal amžių nėščiosios buvo suskirstytos į 7 grupes, kurių intervalas – 4 metai (4.1 lentelė). Daugiau kaip trečdali tiriamaųjų sudarė 25-29 metų amžiaus respondentės (n=85; 44,0 proc.). 15-19 m. amžiaus grupėje buvo 1 (0,5 proc.) tiriamaoji, 20-24 m. amžiaus grupėje – 22 (11,4 proc.), 30-34 m. amžiaus grupėje – 51 (26,4 proc.), 35-39 m. amžiaus grupėje – 33 (17,1 proc.), 40-44 m. amžiaus grupėje – 1 (0,5 proc.) nėščioji.

Tyrimo rezultatai parodė, kad du trečdaliai (66,3 proc.) tyrimo dalyvių (n=128) turėjo aukštąjį išsilavinimą (4.1 lentelė). Ketvirtadalis (25,9 proc.) tyrimė dalyvavusių nėščiųjų (n=50) pažymėjo, jog turi aukštesnįjį išsilavinimą, o vidurinį išsilavinimą buvo įgijusios 7,8 proc. apklaustosios (n=15).

Daugiau kaip pusė (56,5 proc.) nėščiųjų (n=109) gyveno didmiestyje, mieste gyveno 16,6 proc. nėščiųjų (n=32; 4.1 lentelė).

4.1 lentelė. Tiriamaųjų pasiskirstymas pagal sociodemografinius rodiklius (n=193)

Sociodemografiniai rodikliai	n	proc.	
Amžiaus grupės	15-19 m.	1	0,5
	20-24 m.	22	11,4
	25-29 m.	85	44,0
	30-34 m.	51	26,4
	35-39 m.	33	17,1
	40-44 m.	1	0,5
	45-49 m.	0	0
Išsilavinimas	Pradinis	0	0
	Nebaigtas vidurinis	0	0
	Vidurinis	15	7,8
	Aukštesnysis	50	25,9
	Aukštasis	128	66,3
Gyvenamoji vieta	Didmiestis	109	56,5
	Miestas	32	16,6
	Kaimas	52	26,9

Šiek tiek daugiau negu trečdalis (35,8 proc.) tyrimė dalyvavusių nėščiųjų (n=69) turėjo antsvorio (4.2 lentelė). I-ojo laipsnio nutukimą turėjo penktadalis (21,2 proc.) respondenčių (n=41), II-ojo laipsnio – 1,6 proc. nėščiųjų (n=3). 41,5 proc. apklaustų nėščiųjų (n=80) turėjo normalų KMI.

Dauguma (82,9 proc.; n=160) respondenčių nėštumo laikotarpiu priaugo 10-19 kg kūno svorio (4.2 lentelė). Didžiausias nustatytas svorio prieaugis – 23 kg (n=1), mažiausias – 6 kg (n=1). Vidutiniškai nėščiosios priaugo 13,5±3,4 kg.

4.2 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal KMI ir svorio prieaugį (n=193)

Rodiklis		n	proc.
KMI	Normalus KMI	80	41,5
	Antsvoris	69	35,8
	I ^o nutukimas	41	21,2
	II ^o nutukimas	3	1,6
	III ^o nutukimas	0	0
Svorio prieaugis nėštumo metu (kg)	<5	0	0
	5-9	23	11,9
	10-14	85	44,0
	15-19	75	38,9
	20-24	10	5,2
	>24	0	0

Tyrimo metu pastebėta, kad didžiausias neatitikimas tarp PSO rekomenduojamo ir faktinio svorio prieaugio nėštumo metu, priklausomai nuo KMI, fiksuojamas tarp antsvorį ir nutukimą turinčių respondenčių (4.31 lentelė). Antsvorio turinčių tiriamųjų, kurių KMI buvo 26,0 – 29,0 (n=38), tarpe tik 13,2 proc. (n=5) atitiko PSO svorio prieaugio rekomendacijas. Likusių šios KMI grupės nėščiųjų (86,8 proc.; n=33) svorio prieaugis buvo didesnis negu rekomenduojamas ir vidutiniškai sudarė 15,9 kg. Nutukimą turinčių tiriamųjų, kurių KMI >29,0 (n=44), tarpe du trečdaliai (65,9 proc.; n=29) viršijo PSO svorio prieaugio rekomendacijas ir jų svorio prieaugis vidutiniškai sudarė 14,2 kg. Respondenčių, kurių KMI buvo <25,9 (n=111), tarpe tik 8,1 proc. nėštumo metu priaugo daugiau svorio negu rekomenduoja PSO.

4.31 lentelė. Rekomenduojamo ir faktinio svorio prieaugio palyginimas (n=193)

KMI	PSO rekomenduojamas svorio prieaugis nėštumo metu (kg)	n	Tyrimo metu nustatytas svorio prieaugis (kg)	Tyrimo metu nustatytas vidutinis svorio prieaugis (kg)
<19,8	12 – 18	57	8 – 18	13,1
19,9 - 25,9	12 – 16	54	9 – 20	13,9
26,0 - 29,0	7 – 11	38	9 – 23	15,1
>29,0	5 – 9	44	6 – 20	11,0

Analizavome, ar nėščiųjų KMI yra susijęs su GD išsivystymo rizika (4.3 lentelė). Pastebėta, kad didėjant KMI, sirgimo GD dažnis didėjo: ketvirtadalis (26,3 proc.; n=10) respondenčių, turinčių antsvorio, sirgo GD, o nėščiųjų, turinčių I-ojo laipsnio nutukimą, – beveik pusė (48,8 proc.; n=20).

Absoliuti dauguma (92,5 proc.; n=74) respondentų, turinčių normalų KMI, nesirgo GD. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal sergamumo GD grupes ($p < 0,05$).

4.3 lentelė. Skirtingų KMI grupių pasiskirstymas pagal sirgimą gestacinį diabetą (n=193)

Sirgimas GD	Normalus KMI (n=80)	Atsvoris (n=69)	I° nutukimas (n=41)	II° nutukimas (n=3)	n	p
Ne	74 (47.7/92.5)	59 (38.1/85.5)	21 (13.5/51.2)	1 (0.6/33.3)	155	<0,001
Taip	6 (15.8/7.5)	10 (26.3/14.5)	20 (52.6/48.8)	2 (5.3/66.7)	38	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

4.2. Atsorio turinčių, nutukusių, bei normalaus KMI nėščiųjų gyvenimo kokybė

Tyrimo metu siekta išsiaiškinti, ar KMI turi įtakos nėščiųjų gyvenimo kokybei, – fizinei bei emocinei sveikatai, socialinei veiklai, kt. Paaikėjo, kad geriausiai savo sveikatą vertino normalų KMI turinčios respondentės (4.4 lentelė): dauguma jų (81,3 proc.; n=65), apibūdinamos savo sveikatą, pasirinko „puiki“ arba „labai gera“ atsakymų variantus. Tuo tarpu atsorio turinčių tarpe tokių buvo tik 13,0 proc. (n=9), nutukusiųjų – 11,4 proc. (n=5). „Gera“ ir „neblogo“ įvertinimus pasirinko dauguma atsorio turinčių (87 proc.; n=60) ir nutukusių nėščiųjų (86,4 proc.; n=38). Normalų KMI turinčių tarpe tokių buvo tik 12,5 proc. (n=10). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal savo sveikatos vertinimus ($p < 0,05$).

Siekėme išsiaiškinti, ar nėščiųjų KMI turi įtakos sirgimui nėštumo laikotarpiu. Nustatyta, kad 93,8 proc. normalaus KMI nėščiųjų (n=75) pasirinko teiginio „Nėštumo laikotarpiu aš labiau linkusi sirgti negu kiti žmonės“ atsakymo variantą „visiškai klaidingas“. Tuo tarpu atsorio turinčių tarpe tokių buvo tik 11,6 proc. (n=8), nutukusiųjų – 11,4 proc. (n=5). Pusė (50,7 proc.; n=35) atsorio turinčių respondentų pasirinko „dažniausiai klaidingas“ atsakymo variantą, trečdalis (33,3 proc.; n=23) – „nesu įsitikinusi“. Nutukusiųjų tarpe trys ketvirtadaliai (75,0 proc.; n=33) pasirinko „nesu įsitikinusi“ variantą. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal sirgimą nėštumo laikotarpiu ($p < 0,05$).

Tirta, kaip kiekvienos KMI grupės respondentės vertino savo sveikatą, lyginant su kitais pažįstamais. Absoliuti dauguma (96,3 proc.; n=77) respondentų, vertindamos teiginį „esu tokia sveika, kaip ir visi kiti, ką pažįstu“, pasirinko „visiškai teisingas“ ir „dažniausiai teisingas“ atsakymų variantus. Tuo tarpu atsorio turinčių tarpe tokių buvo mažiau negu penktadalis (18,8 proc.; n=13), nutukusiųjų tarpe – tik viena nėščioji (2,7 proc.). Daugiau negu pusė atsorio turinčių (52,2 proc.; n=36) bei nutukusių (84,1 proc., n=37) nėščiųjų pasirinko „nesu įsitikinusi“

variantą. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal savo sveikatos vertinimus, lyginant su kitais pažįstamais ($p < 0,05$).

4.4 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal nuomones apie savo sveikatos vertinimus (n=193)

Teiginys		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Atsvoris (n=69)	I° nutukimas (n=41)	II° nutukimas (n=3)		
Sveikata šiuo metu	Puiki	52 (82,5/65,0)	9 (14,3/13,0)	2 (3,2/4,9)	0 (0/0)	63	<0,001
	Labai gera	13 (81,3/16,3)	0 (0/0)	3 (18,8/7,3)	0 (0/0)	16	
	Gera	10 (20/12,5)	35 (70/50,7)	3 (6/7,3)	2 (4/66,7)	50	
	Nebloga	2 (3,3/2,5)	25 (41,7/36,2)	32 (53,3/78)	1 (1,7/33,3)	60	
	Bloga	3 (75/3,8)	0 (0/0)	1 (25/2,4)	0 (0/0)	4	
Nėštumo laikotarpiu aš labiau linkusi sirgti negu kiti žmonės	Visiškai teisingas	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1	<0,001
	Dažniausiai teisingas	3 (37,5/3,8)	3 (37,5/4,3)	2 (25/4,9)	0 (0/0)	8	
	Nesu įsitikinusi	1 (1,8/1,3)	23 (40,4/33,3)	31 (54,4/75,6)	2 (3,5/66,7)	57	
	Dažniausiai klaidingas	1 (2,6/1,3)	35 (89,7/50,7)	2 (5,1/4,9)	1 (2,6/33,3)	39	
Esu tokia sveika, kaip ir visi kiti, ką pažįstu	Visiškai teisingas	10 (52,6/12,5)	9 (47,4/13)	0 (0/0)	0 (0/0)	19	<0,001
	Dažniausiai teisingas	67 (93,1/83,8)	4 (5,6/5,8)	1 (1,4/2,4)	0 (0/0)	72	
	Nesu įsitikinusi	3 (3,9/3,8)	36 (47,4/52,2)	35 (46,1/85,4)	2 (2,6/66,7)	76	
	Dažniausiai klaidingas	0 (0/0)	20 (87/29)	2 (8,7/4,9)	1 (4,3/33,3)	23	
	Visiškai klaidingas	0 (0/0)	0 (0/0)	3 (100/7,3)	0 (0/0)	3	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Siekta išsiaiškinti, kaip nėščiosios prognozavo savo sveikatos būklės pokyčius (4.5 lentelė). Nustatyta, kad normalų KMI turinčių respondenčių tarpe (n=80) absoliuti dauguma (95 proc.; n=76) visiškai nesutiko su teiginiu, kad jų sveikata blogės. Tuo tarpu atsvario turinčiųjų tarpe tokių buvo tik 13,0 proc. (n=9), nutukusiųjų – 11,4 proc. (n=5). „Dažniausiai teisingas“ ir „nesu įsitikinusi“

atsakymų variantus pasirinko tik 5 proc. (n=4) normalaus KMI respondenčių. Tuo tarpu atsvario turinčiųjų tarpe tokių buvo daugiau kaip pusė (50,7 proc.; n=35), nutukusiųjų – dauguma (86,4 proc.; n=38). Pastebėta, kad normalaus KMI nėščiosios, prognozuodamos savo sveikatos pokyčius, juos vertina geriau negu atsvario ar nutukimą turinčios respondentės. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal savo sveikatos būklės pokyčių prognozavimą ($p < 0,05$).

Tirtas nėščiųjų KMI ir jų vertinimo apie per metus laiko pasikeitusią sveikatos būklę ryšys. Palyginusios dabartinę sveikatos būklę su buvusia prieš metus, net 167 pacientės (86,5 proc.) iš 193 atsakė, kad sveikata panaši kaip ir buvo. Normalaus KMI nėščiųjų tarpe tokių buvo absoliuti dauguma (97,5 proc.; n=78), atsvario turinčiųjų - 79,7 proc.; (n=55), nutukusiųjų – kiek daugiau negu trys ketvirtadaliai (77,3 proc.; n=34). Savo sveikatą kaip truputį arba ženkliai blogesnę, lyginant su buvusia prieš 1 metus, vertino tik 2,5 proc. (n=2) normalaus KMI pacienčių, penktadalis (20,3 proc.; n=14) atsvario turinčiųjų ir nutukusiųjų (22,7 proc.; n=8). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal vertinimus apie per metus laiko pasikeitusią sveikatos būklę ($p < 0,05$).

4.5 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymo pagal sveikatos būklės pokyčius palyginimas (n=193)

Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Atsvaris (n=69)	I° nutukimas (n=41)	II° nutukimas (n=3)		
Manau, kad mano sveikata blogės	Visiškai teisingas	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0	<0,001
	Dažniausiai teisingas	2 (22,2/2,5)	7 (77,8/10,1)	0 (0/0)	0 (0/0)	9	
	Nesu įsitikinusi	2 (2,9/2,5)	28 (41,2/40,6)	35 (51,5/85,4)	3 (4,4/100)	68	
	Dažniausiai klaidingas	0 (0/0)	25 (96,2/36,2)	1 (3,8/2,4)	0 (0/0)	26	
	Visiškai klaidingas	76 (84,4/95)	9 (10/13,0)	5 (5,6/12,2)	0 (0/0)	90	
Palyginkite savo sveikatą dabar su prieš 1 metus buvusią	ženkliai geresnė	0 (0/0)	0 (0/0)	2 (100/4,9)	0 (0/0)	2	<0,001
	truputį geresnė	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0	
	panaši, kaip ir buvo	78 (46,7/97,5)	55 (32,9/79,7)	31 (18,6/75,6)	3 (1,8/100)	167	
	truputį blogesnė	2 (8,7/2,5)	14 (60,9/20,3)	7 (30,4/17,1)	0 (0/0)	23	
	ženkliai blogesnė	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Aiškinomės, ar dabartinė sveikata riboja kasdieninę nėščiųjų veiklą (4.6 lentelė). Dauguma (86,3 proc.; n=69) normalaus KMI nėščiųjų pažymėjo, kad dabartinė sveikata neriboja kasdieninės veiklos. Tuo tarpu antsvorio turinčiųjų tarpe tokių buvo tik 13,0 proc. (n=9), nutukusiųjų – viena respondentė (2,3 proc.). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal dabartinės sveikatos ribojimą kasdieninei nėščiųjų veiklai ($p < 0,05$).

4.6 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal kasdieninės veiklos ribojimus dėl sveikatos (n=193)

Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Antsvoris (n=69)	I ^o nutukimas (n=41)	II ^o nutukimas (n=3)		
Ar dabartinė Jūsų sveikata riboja kasdienę veiklą?	Ne	69 (87,3/86,3)	9 (11,4/13)	1 (1,3/2,4)	0 (0/0)	79	<0,001
	Taip	11 (9,6/13,8)	60 (52,6/87)	40 (35,1/97,6)	3 (2,6/100)	114	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Po to buvo pateikti kasdieninės veiklos pobūdį detalizuojantys klausimai (4.7 lentelė). Tyrimas atskleidė, kad daugumos (86,3 proc.; n=69) normalų KMI turinčiųjų respondentė sveikata visiškai neriboja vidutinio sunkumo veiklos (pavyzdžiui, valymo dulkiu siurbliu). Reikšmingai skirtingai savo sveikatos įtaką tokio tipo kasdieninei veiklai vertino antsvorio turinčios bei nutukusios nėščiosios: net 90,2 proc. (n=103) šių KMI grupių respondentė (n=113) pasirinko „taip, truputį riboja“ ir „taip, labai riboja“ įvertinimus.

Nustatyta, kad 86,3 proc. (n=69) normalų KMI turinčiųjų respondentė sveikata visiškai neriboja maisto prekių kėlimo ir nešimo. Pastebėtas stiprus ryšys tarp nėščiųjų KMI ir tokio tipo kasdieninės veiklos ribojimo dėl sveikatos: atsakymą „taip, truputį riboja“ pasirinko tik 13,8 proc. (n=11) normalų KMI turinčiųjų nėščiųjų, 44,9 proc. (n=31) – antsvorio turinčių ir dauguma (81,8 proc.; n=36) I bei II laipsnio nutukimą turinčiųjų respondentė. Atsakymo variantą „taip, labai riboja“ pasirinko 6 pacientės ir visos jos turėjo I laipsnio nutukimą.

Aiškintasi, ar respondentė sveikata riboja lengvo sudėtingumo kasdieninę veiklą (pvz., prausimasi ir rengimasi). Pastebėta reikšminga KMI įtaka: visos (100 proc.) respondentės, turinčios normalų KMI (n=80), nurodė, kad jų sveikatos būklė visiškai neriboja tokio pobūdžio veiklos. Tuo tarpu tarp viršsvorio turinčių ir nutukusiųjų nėščiųjų ši atsakymo variantą pasirinko mažiau negu trys

ketvirtadaliai: atitinkamai 73,9 proc. (n=51) ir 72,7 proc., (n=32). 26,5 proc. (n=30) visų atsvario turinčių ar nutukusių nėščiųjų (n=113) nurodė, kad jų sveikatos būklė truputį arba labai riboja lengvą kasdieninę veiklą. Tarp normalų KMI turinčių moterų (n=80) šių atsakymo variantų nepasirinko nė viena. Atsakymo variantą „taip, labai riboja“ pasirinko 5 pacientės ir visos jos turėjo I laipsnio nutukimą.

4.7 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal lengvo bei vidutinio sudėtingumo kasdieninės veiklos ribojimus dėl sveikatos (n=193)

Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Atsvaris (n=69)	I° nutukimas (n=41)	II° nutukimas (n=3)		
Ar dabartinė sveikata riboja vidutinio sunkumo veiklą (pvz., valymas dulkių siurbliu)	taip, labai riboja	2 (20/2,5)	0 (0/0)	7 (70/17,1)	1 (10/33,3)	10	<0,001
	taip, truputį riboja	9 (8,7/11,3)	60 (57,7/87)	33 (31,7/80,5)	2 (1,9/66,7)	104	
	ne, visai neriboja	69 (87,3/86,3)	9 (11,4/13)	1 (1,3/2,4)	0 (0/0)	79	
Ar dabartinė sveikata riboja maisto prekių kėlimą ir nešimą	taip, labai riboja	0 (0/0)	0 (0/0)	6 (100/14,6)	0 (0/0)	6	<0,001
	taip, truputį riboja	11 (14,1/13,8)	31 (39,7/44,9)	33 (42,3/80,5)	3 (3,8/100)	78	
	ne, visai neriboja	69 (63,3/86,3)	38 (34,9/55,1)	2 (1,8/4,9)	0 (0/0)	109	
Ar dabartinė sveikata riboja prausimąsi ir apsirengimą?	taip, labai riboja	0 (0/0)	0 (0/0)	5 (100/12,2)	0 (0/0)	5	<0,001
	taip, truputį riboja	0 (0/0)	18 (72/26,1)	6 (24/14,6)	1 (4/33,3)	25	
	ne, visai neriboja	80 (49,1/100)	51 (31,3/73,9)	30 (18,4/73,2)	2 (1,2/66,7)	163	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Nustaćius, jog nėščiųjų kasdieninės veiklos ribojimas yra tiesiogiai priklausomas nuo KMI grupės ir ši priklausomybė stebima bet kurio sudėtingumo kasdieninėje veikloje, buvo analizuojami respondenčių sveikatos sutrikimai bei šių sutrikimų padariniai per 4 praėjusias savaites iki tyrimo.

Toliau analizuota nėščiųjų KMI įtaka atliekamai fizinei veiklai (4.8 lentelė). Pastebėta reikšminga KMI įtaka: absoliuti dauguma (92,5 proc.; n=74) respondenčių, turinčių normalų KMI (n=80), nurodė, kad jų sveikatos būklė visiškai neriboja lipimo laiptais keletą aukštų, tuo tarpu tarp viršsvorio turinčių nėščiųjų ši atsakymo variantą pasirinko 56,5 proc. (n=39), tarp I laipsnio nutukimą turinčių – 7,3 proc. (n=3), tarp II laipsnio nutukimą turinčių – nė viena respondentė.

Beveik du trečdaliai (62,8 proc.; n=71) visų antsvorio turinčių ar nutukusių nėščiųjų (n=113) nurodė, kad jų sveikatos būklė truputį arba labai riboja šio tipo kasdieninę veiklą. Tarp normalų KMI turinčių moterų (n=80) šiuos atsakymo variantus pasirinko tik mažiau negu dešimtadalis (7,5 proc.; n=6) respondenčių. Atsakymo variantą „taip, labai riboja“ pasirinko 7 pacientės ir visos jos turėjo I laipsnio nutukimą.

Tiriant šiek tiek lengvesnę fizinę veiklą – lipimą vieną aukštą, nustatytas panašus ryšys: net 97,5 proc. (n=78) normalų KMI turinčių nėščiųjų sveikatos būklė visiškai neribojo šios veiklos, tuo tarpu tarp viršsvorio turinčių nėščiųjų ši atsakymo variantą pasirinko 47,8 proc. (n=33), tarp I laipsnio nutukimą turinčių – 65,9 proc. (n=27), tarp II laipsnio nutukimą turinčių – 33,3 proc. (n=1). 46,0 proc. (n=52) visų antsvorio turinčių ar nutukusių nėščiųjų (n=113) nurodė, kad jų sveikatos būklė truputį arba labai riboja šio tipo kasdieninę veiklą. Tarp normalų KMI turinčių moterų (n=80) šiuos atsakymo variantus pasirinko tik 2,5 proc. (n=2) respondenčių. Atsakymo variantą „taip, labai riboja“ pasirinko 5 pacientės ir visos jos turėjo I laipsnio nutukimą.

Tiriant, kiek respondenčių sveikata riboja pasilenkimą, klūpojimą ar stovėjimą, taip pat nustatyta ženkli KMI įtaka: daugumos (87,5 proc.; n=70) normalų KMI turinčių nėščiųjų sveikatos būklė visiškai neribojo šios veiklos, tuo tarpu tarp viršsvorio turinčių nėščiųjų ši atsakymo variantą pasirinko tik 13 proc. (n=9), tarp I laipsnio nutukimą turinčių – 4,9 proc. (n=2), tarp II laipsnio nutukimą turinčių – nė viena respondentė. Absoliuti dauguma (90,3 proc.; n=102) visų antsvorio turinčių ar nutukusių nėščiųjų (n=113) nurodė, kad jų sveikatos būklė truputį arba labai riboja šio tipo kasdieninę veiklą. Tarp normalų KMI turinčių moterų (n=80) šiuos atsakymo variantus pasirinko tik 12,5 proc. (n=10) respondenčių. Atsakymo variantą „taip, labai riboja“ pasirinko 27 pacientės (14,0 proc. nuo visų respondenčių), iš kurių 7,4 proc. (n=2) – normalų KMI turinčios, 63 proc. (n=17) – antsvorio turinčios, 26,9 proc. (n=8) – I laipsnio nutukimu sergančios respondentės.

Tiriant, kiek respondenčių sveikata riboja ėjimą daugiau negu 1,5 kilometro, nustatyta panaši kaip ir ankstesnių fizinių veiklų (ženkli) KMI įtaka: daugumos (86,3 proc.; n=69) normalų KMI turinčių nėščiųjų sveikatos būklė visiškai neribojo šios veiklos, tuo tarpu tarp viršsvorio turinčių nėščiųjų ši atsakymo variantą pasirinko tik 13 proc. (n=9), tarp I laipsnio nutukimą turinčių – 2,4 proc. (n=1), tarp II laipsnio nutukimą turinčių – nė viena respondentė. Absoliuti dauguma (91,2 proc.; n=103) visų antsvorio turinčių ar nutukusių nėščiųjų (n=113) nurodė, kad jų sveikatos būklė truputį arba labai riboja šią veiklą. Tarp normalų KMI turinčių moterų (n=80) šiuos atsakymo variantus pasirinko tik 13,8 proc. (n=11) respondenčių. Atsakymo variantą „taip, labai riboja“ pasirinko 35 pacientės (18,3 proc. nuo visų respondenčių), iš kurių dauguma (80,0 proc.) – antsvorio turinčios ir I laipsnio nutukimu sergančios respondentės (atitinkamai 45,7 proc. ir 34,3 proc.).

Tiriant šiek tiek lengvesnę fizinę veiklą – ėjimą pusę kilometro, nustatytas panašus KMI ir veiklos ribojimo ryšys: absoliuti dauguma (93,8 proc.; n=75) normalų KMI turinčių nėščiųjų sveikatos būklė visiškai neriboja šios fizinės veiklos, tuo tarpu tarp viršsvorio turinčių nėščiųjų ši atsakymo variantą pasirinko 49,3 proc. (n=34), tarp I laipsnio nutukimą turinčių – 7,3 proc. (n=3), tarp II laipsnio nutukimą turinčių – nė viena respondentė. Du trečdaliai (67,3 proc.; n=76) visų antsvorio turinčių ar nutukusių nėščiųjų (n=113) nurodė, kad jų sveikatos būklė truputį arba labai riboja šią veiklą. Tarp normalų KMI turinčių moterų (n=80) šiuos atsakymo variantus pasirinko tik 6,3 proc. (n=5) respondenčių, iš kurių nė viena nepasirinko „taip, labai riboja“. Atsakymo variantą „taip, labai riboja“ pasirinko 15 pacienčių (7,7 proc. nuo visų respondenčių), iš kurių visos – antsvorio turinčios ir nutukimu sergančios respondentės.

Tiriant dar lengvesnę fizinę veiklą – ėjimą 100 metrų, taip pat nustatyta, kad normalų KMI turinčios nėščiosios ženkliai rečiau nurodė, kad šią veiklą riboja jų sveikata, lyginant su antsvorio turinčiomis ar nutukusiomis. Tik 2 šiai grupei priklausančios respondentės (2,5 proc.) nurodė, kad jų sveikatos būklė nestipriai riboja šią fizinę veiklą. Tuo tarpu tarp antsvorio turinčių tokių buvo 21,7 proc. (n=15), tarp I nutukimo laipsnį turinčių – 26,8 proc. (n=11), tarp II nutukimo laipsnį turinčių – 33,3 proc. (n=1) respondenčių. Atsakymo variantą „taip, labai riboja“ pasirinko 4 pacientės (2,1 proc. nuo visų respondenčių), iš kurių visos – I laipsnio nutukimu sergančios.

Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal atsakymų pasiskirstymus į klausimus apie fizinės veiklos ribojimus dėl sveikatos būklės ($p < 0,05$).

4.8 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal fizinės veiklos ribojimus (n=193)

Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Atsvoris (n=69)	I ^o nutukimas (n=41)	II ^o nutukimas (n=3)		
Ar dabartinė sveikata riboja lipimą laiptais keletą aukštų	taip, labai riboja	0 (0/0)	0 (0/0)	7 (100/17,1)	0 (0/0)	7	<0,001
	taip, truputį riboja	6 (8,6/7,5)	30 (42,9/43,5)	31 (44,3/75,6)	3 (4,3/100)	70	
	ne, visai neriboja	74 (63,8/92,5)	39 (33,6/56,5)	3 (2,6/7,3)	0 (0/0)	116	
Ar dabartinė sveikata riboja lipimą laiptais vieną aukštą	taip, labai riboja	0 (0/0)	0 (0/0)	5 (100/12,2)	0 (0/0)	5	<0,001
	taip, truputį riboja	2 (4,1/2,5)	36 (73,5/52,2)	9 (18,4/22)	2 (4,1/66,7)	49	
	ne, visai neriboja	78 (56,1/97,5)	33 (23,7/47,8)	27 (19,4/65,9)	1 (0,7/33,3)	139	

Ar dabartinė sveikata riboja pasilenkimą, klūpojimą ar stovėjimą	taip, labai riboja	2 (7,4/2,5)	17 (63/24,6)	8 (29,6/19,5)	0 (0/0)	27	<0,001
	taip, truputį riboja	8 (9,4/10)	43 (50,6/62,3)	31 (36,5/75,6)	3 (3,5/100)	85	
	ne, visai neriboja	70 (86,4/87,5)	9 (11,1/13)	2 (2,5/4,9)	0 (0/0)	81	
Ar dabartinė sveikata riboja ėjimą daugiau negu 1,5 kilometro	taip, labai riboja	6 (17,1/7,5)	16 (45,7/23,2)	12 (34,3/29,3)	1 (2,9/33,3)	35	<0,001
	taip, truputį riboja	5 (6,3/6,3)	44 (55,7/63,8)	28 (35,4/68,3)	2 (2,5/66,7)	79	
	ne, visai neriboja	69 (87,3/86,3)	9 (11,4/13)	1 (1,3/2,4)	0 (0/0)	79	
Ar dabartinė sveikata riboja ėjimą pusę kilometro	taip, labai riboja	0 (0/0)	7 (46,7/10,1)	7 (46,7/17,1)	1 (6,7/33,3)	15	<0,001
	taip, truputį riboja	5 (7,6/6,3)	28 (42,4/40,6)	31 (47/75,6)	2 (3/66,7)	66	
	ne, visai neriboja	75 (67/93,8)	34 (30,4/49,3)	3 (2,7/7,3)	0 (0/0)	112	
Ar dabartinė sveikata riboja ėjimą 100 metrų	taip, labai riboja	0 (0/0)	0 (0/0)	4 (100/9,8)	0 (0/0)	4	<0,001
	taip, truputį riboja	2 (6,9/2,5)	15 (51,7/21,7)	11 (37,9/26,8)	1 (3,4/33,3)	29	
	ne, visai neriboja	78 (48,8/97,5)	54 (33,8/78,3)	26 (16,3/63,4)	2 (1,3/66,7)	160	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Tirtas nėščiąjų KMI ryšys su fizinės sveikatos sutrikimais ir jų padariniais (4.9 lentelė). Siekta nustatyti, ar yra ryšys tarp respondenčių KMI ir jų fizinės sveikatos įtakos įvairaus pobūdžio veiklai: laiko, praleisto darbe, trukmei; atliktų darbų apimčiai; darbo rūšies ar kitos veikos ribojimui; darbų atlikimui. Visų analizuotų veiklų atvejais nustatyta, kad dauguma arba absoliuti dauguma (87,5-91,3 proc.; n=70-73) normalaus KMI nėščiųjų nejaučia jų sveikatos būklės įtakos nurodytoms veiklos, o pacienčių, turinčių atsvario, dalis sumažėja iki 56,5-52,2 proc. (n=39-40). I laipsnio nutukimą turinčių moterų tarpe ši dalis šiek tiek padidėja – iki 61 proc. (n=25), tai galėjo nulemti ir jų darbo pobūdis. II laipsnio nutukimą turinčių moterų tarpe ši dalis didžiausia – 66,7 proc. (n=2), tačiau visos grupės imtis yra labai maža (n=3). Nepaisant nedidelio neatitikimo I laipsnio nutukimą turinčių pacienčių grupėje, kai nėščiųjų dalis, kurių fizinės sveikatos būklė neturėjo įtakos įvairaus pobūdžio veikloms, šiek tiek padidėjo, lyginant su atsvarį turinčių moterų grupe. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal fizinės sveikatos sutrikimus ir jų padarinius (p<0,05).

4.9 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal fizinės sveikatos sutrikimus ir jų padarinius (n=193)

Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Antsvoris (n=69)	I° nutukimas (n=41)	II° nutukimas (n=3)		
Ar dėl fizinės sveikatos mažiau laiko praleidžiate darbe?	Ne	70 (53,8/87,5)	36 (27,3/52,2)	25 (18,9/61)	1 (0,8/33,3)	132	<0,001
	Taip	10 (16,4/12,5)	33 (54,1/47,8)	16 (26,2/39)	2 (3,3/66,7)	61	
Ar dėl fizinės sveikatos atlikote mažiau, negu norėtumėte?	Ne	73 (52,9/91,3)	39 (28,3/56,5)	25 (18,1/61)	1 (0,7/33,3)	138	<0,001
	Taip	7 (12,7/8,8)	30 (54,5/43,5)	16 (29,1/39)	2 (3,6/66,7)	55	
Ar dėl fizinės sveikatos apribojate darbo rūšį ar kitą veiklą?	Ne	70 (51,5/87,5)	40 (29,4/58)	25 (18,4/61)	1 (0,7/33,3)	136	<0,001
	Taip	10 (17,5/12,5)	29 (50,9/42)	16 (28,1/39)	2 (3,5/66,7)	57	
Ar dėl fizinės sveikatos iškilo sunkumai atliekant darbą ar kitą veiklą?	Ne	73 (51,8/91,3)	42 (29,8/60,9)	25 (17,7/61)	1 (0,7/33,3)	141	<0,001
	Taip	7 (13,5/8,8)	27 (51,9/39,1)	16 (30,8/39)	2 (3,8/66,7)	52	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Vertinome nėščiųjų KMI ir kūno skausmo intensyvumo bei jo įtakos, atliekant kasdieninį darbą, ryšį (4.10 lentelė). Absoliuti dauguma pacienčių (92,5 proc.; n=71), turinčių normalų KMI pažymėjo, jog skausmų nebuvo arba jie buvo labai silpni, o buvęs skausmas įprasto darbo visai nesutrukdė arba sutrukdė labai nedaug net 74 pacientėms (92,5 proc. KMI grupės). Nėščiųjų su atsvariu tarpe analogiškus įvertinimo variantus pasirinko ženkliai mažesnė dalis respondenčių: atitinkamai 47,8 proc. (n=33) ir 33,3 proc. (n=23). I-o laipsnio nutukimą turinčių nėščiųjų atveju nėščiųjų, nurodžiusių, kad nejautė fizinio skausmo arba skausmai buvo labai silpni, dalis šiek tiek padidėjo (iki 61 proc.; n=25), tačiau tik 14,6 proc. (n=6) iš visų šios KMI grupės respondenčių nurodė, jog skausmas įprastinio darbo visai nesutrukdė arba sutrukdė labai nedaug. Pastebėtas ryškus ryšys tarp KMI ir juntamo skausmo bei jo įtakos įprastiniam darbui: kuo didesnis KMI, tuo stipresnis juntamas skausmas ir ypatingai jo įtaka atliekant kasdieninį darbą. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal kūno skausmo intensyvumą bei jo įtaką, atliekant kasdieninį darbą (p<0,05).

4.10 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal patiriamus skausmus (n=193)

Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Atsvertis (n=69)	I° nutukimas (n=41)	II° nutukimas (n=3)		
Kokio intensyvumo būdavo kūno skausmai	Nebuvo	25 (71,4/31,3)	9 (25,7/13)	1 (2,9/2,4)	0 (0/0)	35	<0,001
	Labai silpni	46 (48,4/57,5)	24 (25,3/34,8)	24 (25,3/58,5)	1 (1,1/33,3)	95	
	Silpni	1 (2,6/1,3)	30 (78,9/43,5)	5 (13,2/12,2)	2 (5,3/66,7)	38	
	Vidutinio intensyvumo	6 (40/7,5)	3 (20/4,3)	6 (40/14,6)	0 (0/0)	15	
	Stiprūs	2 (22,2/2,5)	3 (33,3/4,3)	4 (44,4/9,8)	0 (0/0)	9	
	Labai stiprūs	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1	
Ar skausmas sutrukdė įprastą darbą (įskaitant namų ruošą ir darbą ne namuose)	Ne, visai ne	66 (86,8/82,5)	9 (11,8/13)	1 (1,3/2,4)	0 (0/0)	76	<0,001
	Labai nedaug	8 (28,6/10)	14 (50/20,3)	5 (17,9/12,2)	1 (3,6/33,3)	28	
	Vidutiniškai	1 (1,4/1,3)	41 (57,7/59,4)	27 (38/65,9)	2 (2,8/66,7)	71	
	Gana nemažai	4 (25/5)	5 (31,3/7,2)	7 (43,8/17,1)	0 (0/0)	16	
	Ypatingai	1 (100/1,3)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	1	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Analizuotas ryšys tarp nėščiųjų KMI ir emocinių problemų bei jų padarinių (4.11 lentelė). Klausime, ar dėl emocinių problemų respondentės mažiau laiko praleidžia darbe ar kitur, atliko mažiau negu turėtų ir neatliko darbo ar kitų užduočių taip rūpestingai, kaip paprastai. Dauguma arba absoliuti dauguma nėščiųjų (88,8-93,8 proc.; n=71-75) į šiuos klausimus atsakė neigiamai. Tik maždaug pusė atsvario turinčių moterų (46,4-52,2 proc.; n=32-36) pasirinko šį atsakymo variantą. I laipsnio nutukimu sergančiųjų tarpe neigiamai į klausimus atsakė dar mažesnė dalis (19,5-9,8 proc.; n=4-8). Visos (n=3) respondentės, sergančios II laipsnio nutukimu, nurodė, kad dėl emocinių problemų mažiau laiko praleidžia darbe ar kitur, taip pat atliko mažiau negu turėtų. Dvi iš jų nurodė, kad dėl emocinių problemų neatliko darbo ar kitų užduočių taip rūpestingai, kaip paprastai.

Panašūs rezultatai ir ryšiai gauti išanalizavus, ar fizinė sveikata, emocinės problemos trukdė normaliai respondenčių socialinei veiklai su šeima, draugais, kaimynais: atsakymų variantus „ne, visiškai ne“ ir „neženkliai“ pasirinko absoliuti dauguma normalų KMI turinčių nėščiųjų (93,8 proc.;

n=75), beveik du trečdaliai (62,3 proc.; n=43) atsvario turinčiųjų ir 14,6 proc. (n=6) I laipsnio nutukimų sergančiųjų. I laipsnio nutukimų sergančiųjų respondenčių tarpe minėtus atsakymo variantus pasirinkusiųjų dalis šiek tiek išaugo (33,3 proc.; n=1), tačiau šios KMI grupės imtis yra statistiškai nereprezentatyvi (n=3).

Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal emocines problemas ir jų padarinius, bei fizinės sveikatos ir emocinių problemų trukdymą normaliai nėsčiųjų socialinei veiklai su šeima, draugais, kt. ($p < 0,05$).

4.11 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėsčiųjų pasiskirstymas pagal emocines problemas bei jų padarinius (n=193)

Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Atsvaris (n=69)	I ^o nutukimas (n=41)	II ^o nutukimas (n=3)		
Ar dėl emocinių problemų mažiau laiko praleidžiate darbe ar kitur?	Ne	73 (64,6/91,3)	32 (28,3/46,4)	8 (7,1/19,5)	0 (0/0)	113	<0,001
	Taip	7 (8,8/8,8)	37 (46,3/53,6)	33 (41,3/80,5)	3 (3,8/100)	80	
Ar dėl emocinių problemų atlikote mažiau, negu turėtumėte?	Ne	71 (65,1/88,8)	34 (31,2/49,3)	4 (3,7/9,8)	0 (0/0)	109	<0,001
	Taip	9 (10,7/11,3)	35 (41,7/50,7)	37 (44/90,2)	3 (3,6/100)	84	
Ar dėl emocinių problemų neatlikote darbo ar kitų užduočių taip rūpestingai, kaip paprastai?	Ne	75 (64,7/93,8)	36 (31/52,2)	4 (3,4/9,8)	1 (0,9/33,3)	116	<0,001
	Taip	5 (6,5/6,3)	33 (42,9/47,8)	37 (48,1/90,2)	2 (2,6/66,7)	77	
Ar fizinė sveikata ar emocinės problemos kaip nors trukdė normaliai socialinei veiklai su šeima, draugais, kaimynais, pan.?	Ne, visiškai ne	67 (77/83,8)	18 (20,7/26,1)	2 (2,3/4,9)	0 (0/0)	87	<0,001
	Neženkliai	8 (21,1/10)	25 (65,8/36,2)	4 (10,5/9,8)	1 (2,6/33,3)	38	
	Vidutiniškai	0 (0/0)	25 (43,1/36,2)	31 (53,4/75,6)	2 (3,4/66,7)	58	
	Gana nemažai	3 (37,5/3,8)	1 (12,5/1,4)	4 (50/9,8)	0 (0/0)	8	
	Ypatingai	2 (100/2,5)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	2	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Tirtas pacienčių KMI ir jų nuomonės apie savo sveikatą ryšys (4.12 lentelė). Teiginį, jog nėščiųjų sveikata puiki, visiškai patvirtino daugiau kaip trys ketvirtadaliai (83,8 proc.; n=67) normalaus KMI pacienčių, tik 10,1 proc. (n=7) nėščiųjų su atsveriu, 7,3 proc. (n=3) su I laipsnio nutukimu ir nė viena pacientė, serganti II laipsnio nutukimu. Pacientės, su didesniu negu normalus KMI daugiausiai rinkosi atsakymą „dažniausiai teisingas“, tačiau maždaug ketvirtadalis šių KMI grupių nėščiųjų rinkosi ir atsakymą „nesu įsitikinusi“. Tyrimas atskleidė ryškų skirtumą tarp to, kaip savo sveikatą vertina normalų KMI turinčios nėščiosios ir atsvario turinčios ar nutukusios. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal respondenčių nuomonę apie savo sveikatą ($p < 0,05$).

4.12 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal nuomones apie savo sveikatą (n=193)

Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Atsvertis (n=69)	I ^o nutukimas (n=41)	II ^o nutukimas (n=3)		
Mano sveikata puiki	visiškai teisingas	67 (87/83,8)	7 (9,1/10,1)	3 (3,9/7,3)	0 (0/0)	77	<0,001
	dažniausiai teisingas	9 (12,3/11,3)	39 (53,4/56,5)	23 (31,5/56,1)	2 (2,7/66,7)	73	
	nesu įsitikinusi	3 (9,7/3,8)	17 (54,8/24,6)	10 (32,3/24,4)	1 (3,2/33,3)	31	
	dažniausiai klaidingas	1 (9,1/1,3)	6 (54,5/8,7)	4 (36,4/9,8)	0 (0/0)	11	
	visiškai klaidingas	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Analizuojant respondenčių savijautos priklausomybę nuo jų KMI (4.13 lentelė), nustatyta, kad gyvenimo pilnatvę visuomet jautė absoliuti dauguma (95 proc.; n=76) normalaus KMI nėščiųjų, kiek mažiau negu trečdalis (27,5 proc.; n=19) atsvario turinčiųjų, dešimtadalis (9,8 proc.; n=4) sergančiųjų I laipsnio nutukimu ir viena (33,3 proc.) pacientė su II laipsnio nutukimu. Dauguma didesnį negu normalus KMI turinčiųjų respondenčių rinkosi „dažniausiai“ ir „kartais“ atsakymų variantus. Pastebėta, kad normalaus KMI nėščiosios gyvenimo pilnatvę jaučia dažniau. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal savijautą ($p < 0,05$).

4.13 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiąjų pasiskirstymas pagal savijautą (n=193)

Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Atsvoris (n=69)	I ^o nutukimas (n=41)	II ^o nutukimas (n=3)		
Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį jautėte gyvenimo pilnatvę?	visada	76 (76/95)	19 (19/27,5)	4 (4/9,8)	1 (1/33,3)	100	<0,001
	dažniausiai	1 (1,4/1,3)	41 (58,6/59,4)	26 (37,1/63,4)	2 (2,9/66,7)	70	
	kartais	3 (14,3/3,8)	9 (42,9/13)	9 (42,9/22)	0 (0/0)	21	
	retkarčiais	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1	
	retai	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	1	
	Niekada	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	100	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Analizuota nėščiųjų KMI ir blogos savijautos priklausomybė (4.14 lentelė). Nustatyta, kad dauguma (88,8 proc.; n=71) nėščiųjų, turinčių normalų KMI, per pastarąjį mėnesį niekada nesijautė labai nervingomis. Atsvorį turinčiųjų tarpe tokių buvo tik kiek daugiau negu dešimtadalis (13 proc.; n=9), I laipsnio nutukimu sergančiųjų – 4,9 proc. (n=2), II laipsnio nutukimu sergančiųjų tarpe tokių nebuvo nė vienos. Dauguma didesnę negu normalus KMI turinčių respondentė rinkosi „kartais“ ir „retkarčiais“ atsakymų variantus, t.y. labai nervingomis buvo dažniau negu normalų KMI turinčiosios.

Nustatyta, kad absoliuti dauguma (93,8 proc.; n=75) nėščiųjų, turinčių normalų KMI, per pastarąjį mėnesį niekada nesijautė tokios blogos nuotaikos, kad niekas negalėjo pralinksinti. Atsvorį turinčiųjų tarpe tokių buvo kiek daugiau negu du trečdaliai (63,8 proc.; n=44), I laipsnio nutukimu sergančiųjų – 14,6 proc. (n=6), II laipsnio nutukimu sergančiųjų tarpe buvo viena moteris (33,3 proc.). Didesnę negu normalus KMI turinčios respondentės dažniausiai rinkosi „retkarčiais“ atsakymo variantą, t.y. labai blogos nuotaikos buvo dažniau negu normalų KMI turinčiosios.

Analogiškos priklausomybės pastebėtos ir analizuojant, kaip dažnai per pastarąjį mėnesį skirtingų KMI grupių respondentės jautėsi nuliūsusios ir niūrios: absoliuti dauguma (91,3 proc.; n=73) nėščiųjų, turinčių normalų KMI, pasirinko atsakymų variantus „niekada“ arba „retai“. Atsvorį turinčiųjų tarpe tokių buvo mažiau negu trečdalis (30,4 proc.; n=21), I laipsnio nutukimu sergančiųjų – tik kiek daugiau negu dešimtadalis (12,2 proc.; n=5), II laipsnio nutukimu sergančiųjų tarpe tokių nebuvo nė vienos. Daugiau negu pusė (53,6 proc.; n=27) atsvario turinčiųjų rinkosi „kartais“ ir „dažniausiai“ atsakymų variantus, I nutukimu sergančiųjų tarpe tokių respondentė buvo dauguma (85,3 proc.; n=35).

Atlikus šį tyrimą, pastebėta, kad antsvorio turinčios ir nutukusios pacientės ženkliai dažniau jautėsi labai nervingomis, buvo labai blogos nuotaikos ir jautėsi nuliūdusios bei niūrios, lyginant su normalų KMI turinčiomis nėščiosiomis. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal blogą respondenčių savijautą ($p < 0,05$).

4.14 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal blogą savijautą (n=193)

Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Antsvoris (n=69)	I° nutukimas (n=41)	II° nutukimas (n=3)		
Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį buvote labai nervinga?	Visada	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1	<0,001
	dažniausiai	2 (20/2,5)	4 (40/5,8)	4 (40/9,8)	0 (0/0)	10	
	kartais	2 (3,7/2,5)	24 (44,4/34,8)	27 (50/65,9)	1 (1,9/33,3)	54	
	retkarčiais	0 (0/0)	32 (84,2/46,4)	5 (13,2/12,2)	1 (2,6/33,3)	38	
	retai	5 (62,5/6,3)	0 (0/0)	2 (25/4,9)	1 (12,5/33,3)	8	
	Niekada	71 (86,6/88,8)	9 (11/13)	2 (2,4/4,9)	0 (0/0)	82	
Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį jautėtės tokios blogos nuotaikos, kad niekas negalėjo pralinksinti?	visada	0 (0/0)	0 (0/0)	2 (100/4,9)	0 (0/0)	2	<0,001
	dažniausiai	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1	
	kartais	0 (0/0)	0 (0/0)	5 (100/12,2)	0 (0/0)	5	
	retkarčiais	3 (5,7/3,8)	25 (47,2/36,2)	24 (45,3/58,5)	1 (1,9/33,3)	53	
	retai	2 (33,3/2,5)	0 (0/0)	3 (50/7,3)	1 (16,7/33,3)	6	
	Niekada	75 (59,5/93,8)	44 (34,9/63,8)	6 (4,8/14,6)	1 (0,8/33,3)	126	
Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį jautėtės nuliūdusi ir niūri?	Visada	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0	<0,001
	dažniausiai	4 (20/5)	12 (60/17,4)	3 (15/7,3)	1 (5/33,3)	20	
	kartais	0 (0/0)	25 (43,1/36,2)	32 (55,2/78)	1 (1,7/33,3)	58	
	retkarčiais	3 (18,8/3,8)	11 (68,8/15,9)	1 (6,3/2,4)	1 (6,3/33,3)	16	
	retai	67 (72/83,8)	21 (22,6/30,4)	5 (5,4/12,2)	0 (0/0)	93	
	Niekada	6 (100/7,5)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	6	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Taip pat analizuota nėščiąjų KMI ir geros savijautos priklausomybė (4.15 lentelė). Nustatyta, kad absoliuti dauguma (90 proc.; n=72) nėščiųjų, turinčių normalų KMI, per pastarąjį mėnesį visada jautėsi ramios ir taikios. Atsvorį turinčiųjų tarpe tokių buvo tik 13 proc. (n=9), I laipsnio nutukimu sergančiųjų – 4,9 proc. (n=2), II laipsnio nutukimu sergančiųjų tokių moterų nebuvo. Pastebėta, kad didėjant pacienčių KMI, dažnėjo atvejų, kai nėščiosios nebuvo ramios ir taikios: daugiau negu pusė (50,7 proc.; n=35) atsvario turinčiųjų pasirinko „dažniausiai“ atsakymo variantą, I laipsnio nutukimu sergančiosios – „retai“ (70,7 proc.; n=29), II laipsnio nutukimu sergančiosios – „kartais“ ir „retai“ (66,6 proc.; n=2). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal gerą respondenčių savijautą ($p<0,05$).

Laimingomis per pastarąjį mėnesį visuomet jautėsi net 95 proc., t.y. absoliuti dauguma, normalaus KMI pacienčių. Atsvorį turinčiųjų tarpe tokių buvo tik 13 proc. (n=9), I laipsnio nutukimu sergančiųjų – 14,6 proc. (n=6), II laipsnio nutukimu sergančiųjų tarpe viena moteris (33,3 proc.). Skirtingų KMI grupių respondenčių atsakymų pasiskirstymas indikuoja, kad didesnę negu normalus KMI turinčios pacientės rečiau jautėsi laimingos. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal savijautą ($p<0,05$).

4.15 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal gerą savijautą (n=193)

Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Atsvaris (n=69)	I ^o nutukimas (n=41)	II ^o nutukimas (n=3)		
Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį jautėtės rami ir taiki?	visada	72 (86,7/90)	9 (10,8/13)	2 (2,4/4,9)	0 (0/0)	83	<0,001
	dažniausiai	4 (9,3/5)	35 (81,4/50,7)	3 (7/7,3)	1 (2,3/33,3)	43	
	kartais	0 (0/0)	0 (0/0)	3 (7,5/7,3)	1 (2,5/33,3)	4	
	retkarčiais	0 (0/0)	0 (0/0)	4 (10,0/9,8)	0 (0/0)	4	
	retai	4 (6,8/5)	25 (42,4/36,2)	29 (49,2/70,7)	1 (1,7/33,3)	59	
	Niekada	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0	
Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį jautėtės laiminga?	visada	76 (82,6/95)	9 (9,8/13)	6 (6,5/14,6)	1 (1,1/33,3)	92	<0,001
	dažniausiai	2 (3,4/2,5)	27 (46,6/39,1)	28 (48,3/68,3)	1 (1,7/33,3)	58	
	kartais	2 (2,5/2,5)	0 (0/0)	5 (62,5/12,2)	1 (12,5/33,3)	8	
	retkarčiais	0 (0/0)	12 (85,7/17,4)	2 (14,3/4,9)	0 (0/0)	14	

	retai	0 (0/0)	21 (100/30,4)	0 (0/0)	0 (0/0)	21	
	Niekada	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Analizuota nėsčiųjų KMI ir nuovargio ir energijos priklausomybė (4.16 lentelė). Nustatyta, kad absoliuti dauguma (93,8 proc.; n=75) normalų KMI turinčių respondenčių, vertindamos, kaip dažnai per pastarąjį mėnesį jautėsi pavargusios, pasirinko „retai“ ir „retkarčiais“ atsakymų variantus. Atsavorių turinčiųjų tarpe tokių buvo 42 proc. (n=29), I laipsnio nutukimu sergančiųjų – 7,3 proc. (n=3), II laipsnio nutukimu sergančiųjų – 33,3 proc. (n=1). Visuomet pavargusios jautėsi 12 pacienčių (6,2 proc.) iš 193, tačiau net du trečdaliai (n=8) iš jų (tai sudarė 19,5 proc. visų šios grupės pacienčių) buvo pacientės, turinčios pirmo laipsnio nutukimą. Pastebėta, kad didėjant pacienčių KMI, dažnėjo atvejų, kai nėsčiosios jautėsi pavargusios: daugiau negu pusė (58,0 proc.; n=40) atsavorio turinčių ir dauguma nutukusių (84,1 proc.; n=37) nėsčiųjų rinkosi atsakymų variantus „dažniausiai“ arba „visada“. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal nuovargį ir energijos trūkumą ($p<0,05$).

Išanalizavus, kaip dažnai per pastarąjį mėnesį respondentės jautėsi išsisėmusios, gauta panaši KMI ir vertinimų priklausomybė. Absoliuti dauguma (91,3 proc.; n=73) normalų KMI turinčių respondenčių, pasirinko „niekada“ ir „retai“ atsakymų variantus.

Ištirus, kaip dažnai per pastarąjį mėnesį respondentės turėjo daug energijos, nustatyta, kad absoliuti dauguma (92,5 proc.; n=74) normalų KMI turinčių respondenčių, pasirinko „visada“ ir „dažniausiai“ atsakymų variantus. Atsavorių turinčiųjų tarpe tokių buvo mažiau negu ketvirtadalis (23,2 proc.; n=16), I laipsnio nutukimu sergančiųjų – 4,9 proc. (n=2), II laipsnio nutukimu sergančiųjų – 33,3 proc. (n=1). Pažymėtina, kad atsavorio turinčiųjų tarpe daugiau kaip du trečdaliai (68,1 proc.; n=37) respondenčių retai arba retkarčiais jautė daug energijos, o I laipsnio nutukimu sergančiųjų tarpe tokių buvo net 90,2 proc. (n=37). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal energijos kiekio turėjimą ($p<0,05$).

Atlikus šį tyrimą, pastebėta, kad atsavorio turinčios ir nutukusios pacientės ženkliai dažniau jautėsi labai pavargusios, išsisėmusios ir rečiau turėjo daug energijos, lyginant su normalų KMI turinčiomis nėsčiosiomis.

4.16 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiujų pasiskirstymas pagal patiriamą nuovargį ir energijos turėjimą (n=193)

Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Atsvoris (n=69)	I° nutukimas (n=41)	II° nutukimas (n=3)		
Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį jautėtės pavargusi?	visada	1 (8,3/1,3)	3 (25/4,3)	8 (66,7/19,5)	0 (0/0)	12	<0,001
	dažniausiai	3 (4,3/3,8)	37 (53,6/53,6)	27 (39,1/65,9)	2 (2,9/66,7)	69	
	kartais	1 (25/1,3)	0 (0/0)	3 (75/7,3)	0 (0/0)	4	
	retkarčiais	65 (86,7/81,3)	9 (12/13)	1 (1,3/2,4)	0 (0/0)	75	
	retai	10 (30,3/12,5)	20 (60,6/29)	2 (6,1/4,9)	1 (3/33,3)	33	
	niekada	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0	
Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį jautėtės išsisėmusi?	visada	0 (0/0)	0 (0/0)	2 (100/4,9)	0 (0/0)	2	<0,001
	dažniausiai	4 (4,3/5)	60 (64,5/87)	27 (29/65,9)	2 (2,2/66,7)	93	
	kartais	0 (0/0)	0 (0/0)	7 (100/17,1)	0 (0/0)	7	
	retkarčiais	3 (50/3,8)	0 (0/0)	3 (50/7,3)	0 (0/0)	6	
	retai	67 (84,8/83,8)	9 (11,4/13)	2 (2,5/4,9)	1 (1,3/33,3)	79	
	Niekada	6 (100/7,5)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	6	
Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį turėjote daug energijos?	visada	64 (87,7/80)	9 (12,3/13,2)	0 (0/0)	0 (0/0)	73	<0,001
	dažniausiai	10 (50/12,5)	7 (35/10,3)	2 (10/4,9)	1 (5/33,3)	20	
	kartais	2 (20/2,5)	5 (50/7,4)	2 (20/4,9)	1 (10/33,3)	10	
	retkarčiais	4 (22,2/5)	11 (61,1/16,2)	3 (16,7/7,3)	0 (0/0)	18	
	retai	0 (0/0)	36 (50,7/52,9)	34 (47,9/82,9)	1 (1,4/33,3)	71	
	niekada	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Analizuota nėščiujų KMI ir jų socialinės veiklos ribojimo dėl sveikatos priklausomybė (4.17 lentelė). Atsakydamos, kaip dažnai per pastarąjį mėnesį sveikata apribojo socialinę veiklą (pvz., draugų ar artimųjų, giminių lankymą), dauguma, t.y. 88,8 proc. (n=71), normalų KMI turinčių

respondenčių pasirinko atsakymo variantą „niekada“. Atsavorio turinčiųjų tarpe tokių buvo mažiau negu trečdalis (30,4 proc.; n=21), o nutukusiųjų tarpe – nė vienos. Pastebėta ryški KMI įtaka socialinės veiklos apribojimams: kuo didesnis KMI, tuo dažniau respondentės jautė įvairius socialinės veiklos ribojimus.

4.17 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiujų pasiskirstymas pagal socialinės veiklos ribojimą (n=193)

Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Atsavoris (n=69)	I ^o nutukimas (n=41)	II ^o nutukimas (n=3)		
Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį sveikata apribojo socialinę veiklą (pvz., draugų ar artimųjų, giminių lankymą)?	visada	0 (0/0)	0 (0/0)	2 (100/4,9)	0 (0/0)	2	<0,001
	dažniausiai	4 (40/5)	0 (0/0)	6 (60/14,6)	0 (0/0)	10	
	kartais	0 (0/0)	0 (0/0)	7 (77,8/17,1)	2 (22,2/66,7)	9	
	retkarčiais	0 (0/0)	25 (52,1/36,2)	22 (45,8/53,7)	1 (2,1/33,3)	48	
	retai	5 (15,6/6,3)	23 (71,9/33,3)	4 (12,5/9,8)	0 (0/0)	32	
	Niekada	71 (77,2/88,8)	21 (22,8/30,4)	0 (0/0)	0 (0/0)	92	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

4.3. Atsavorio turinčių, nutukusiųjų, bei normalaus KMI mitybos įpročiai nėštumo metu

Tyrimo metu siekta išsiaiškinti, ar egzistuoja ryšys tarp nėščiujų KMI ir domėjimosi sveika mityba, mitybos įpročių (4.18 lentelė).

Atlikto tyrimo rezultatai rodo, jog sveikos mitybos principais domėjosi net 94,9 proc. (n=75), t.y. absoliuti dauguma, normalaus KMI pacienčių, daugiau negu pusė (63,8 proc.; n=44) nėščiujų, turinčių atsavorį, ir tik ketvirtadalis (25 proc.; n=11) pacienčių, turinčių bet kurio laipsnio nutukimą. Beveik trys ketvirtadaliai (70,7 proc.) I laipsnio nutukimą turinčių pacienčių (n=29) nurodė, kad sveikos mitybos principais domisi tik kartais.

Beveik visos (94,9 proc.; n=75) normalaus KMI respondentės pažymėjo, kad jų mityba dažniausiai yra reguliari ir visavertė. Atsavorį turinčiųjų tarpe tokių buvo mažiau tik kiek daugiau negu penktadalis (20,3 proc.; n=14), I laipsnio nutukimu sergančiųjų – 7,3 proc. (n=3), II laipsnio nutukimu sergančiųjų – 33,3 proc. (n=1). 72,5 proc. pacienčių su atsavoriu ir 82,9 proc. sergančiųjų nutukimu, pažymėjo, kad jų mityba tik kartais yra reguliari bei visavertė. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal reguliarią ir visavertę mitybos regul (p<0,05).

Nustatyta, kad teigiamai savo mitybos įpročius vertina net 95 proc. (n=76) visų normalaus KMI nėščiųjų, tik kiek daugiau negu dešimtdalis (13 proc.; n=9) pacienčių, turinčių antsvorį, ir 12,2 proc. (n=5) respondenčių, turinčių I laipsnio nutukimą. Daugiau negu pusė (53,6 proc.; n=37) pacienčių, turinčių antsvorio, pasirinko atsakymo variantą „teigiamai, bet mano mityba nėra sveika/visavertė“. Neigiamai savo mitybą įvertino 59,1 proc. pacienčių (n=26), turinčių bet koki nutukimo laipsnį. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal teigiamą savo mitybos įpročių vertinimą ($p<0,05$).

Mitybos nėštumo metu nekeitė 93,8 proc. (n=75) normalaus KMI nėščiųjų (jos sveikos mitybos principais domėjosi ir sveikai maitinosi dar iki nėštumo), o likusios šios KMI grupės respondentės pradėjo maitintis sveikiau (n=5). Mitybos taip pat nekeitė 79,7 proc. respondenčių su antsvoriu, nors daugiau kaip du trečdaliai, atsakydami į ankstesnius anketos klausimus, teigė, kad jų mityba yra nereguliari ir nevisavertė. Visgi net 20,3 proc. (n=14) nėščiųjų su antsvoriu pradėjo maitintis sveikiau. 88,6 proc. (n=39) nutukusių pacienčių nekeitė savo mitybos įpročių (beveik du trečdaliai šios KMI grupės respondenčių savo mitybą įvertino neigiamai) ir tik 4,9 proc. (n=2) pradėjo maitintis sveikiau. 6,8 proc. (n=3) šių pacienčių mityba tapo nereguliari ir/ar nevisavertė. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal mitybos įpročių keitimą nėštumo laikotarpiu ($p<0,05$).

Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal domėjimąsi savo mityba, jos kokybės ir įpročių vertinimus ($p<0,05$).

4.18 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal mitybos įpročius (n=193)

Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Antsvoris (n=69)	I° nutukimas (n=41)	II° nutukimas (n=3)		
Ar domitės sveikos mitybos principais?	taip	75 (57,7/94,9)	44 (33,8/63,8)	9 (6,9/22)	2 (1,5/66,7)	130	<0,001
	kartais	3 (5,2/3,8)	25 (43,1/36,2)	29 (50/70,7)	1 (1,7/33,3)	58	
	ne	1 (2,5/1,3)	0 (0/0)	3 (7,5/7,3)	0 (0/0)	4	
Ar Jūsų mityba yra reguliari ir visavertė?	taip, dažniausiai	75 (80,6/94,9)	14 (15,1/20,3)	3 (3,2/7,3)	1 (1,1/33,3)	93	<0,001
	kartais	2 (2,3/2,5)	50 (56,8/72,5)	34 (38,6/82,9)	2 (2,3/66,7)	88	
	ne	1 (3,3/1,3)	0 (0/0)	2 (6,6/7,4,9)	0 (0/0)	3	
	negaliu atsakyti	1 (12,5/1,3)	5 (6,2/5/7,2)	2 (2,5/4,9)	0 (0/0)	8	

Kaip vertinate savo mitybos įpročius?	teigiamai, aš stengiuosi maitintis sveikai	76 (82,6/95)	9 (9,8/13)	5 (5,4/12,2)	2 (2,2/66,7)	92	<0,001
	teigiamai, bet mano mityba nėra sveika/visavertė	3 (6,1/3,8)	37 (75,5/53,6)	9 (18,4/22)	0 (0/0)	49	
	neigiamai, mano mityba nėra visavertė	1 (2/1,3)	23 (46/33,3)	25 (50/61)	1 (2/33,3)	50	
	man tai nerūpi	0 (0/0)	0 (0/0)	2 (100/4,9)	0 (0/0)	2	
Ar pasikeitė Jūsų mityba nėštumo metu?	ne, mityba tokia pati kaip ir iki nėštumo	75 (44,4/93,8)	55 (32,5/79,7)	37 (21,9/90,2)	2 (1,2/66,7)	169	<0,001
	maitinuosi sveikiau	5 (23,8/6,3)	14 (66,7/20,3)	2 (9,5/4,9)	0 (0/0)	21	
	mityba tapo nereguliari ir/ar nevisavertė	0 (0/0)	0 (0/0)	2 (66,7/4,9)	1 (33,3/33,3)	3	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Detaliau analizuoti skirtingo KMI respondenčių mitybos įpročiai (4.19 lentelė). Ištyrus, kiek kartų per dieną pacientės maitinasi, nustatyta, kad 1-4 kartus besimaitinančiųjų buvo tik viena normalaus KMI moteris. Visos kitos pacientės valgė 5 ir daugiau kartų per parą. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal maitinimosi dažnį ($p < 0,05$).

Absoliuti dauguma (96,3 proc.; $n=77$) normalaus KMI nėščiųjų pacienčių pusryčiauja. Iš turinčių atsvorį respondenčių, pusryčiauja mažiau negu du trečdaliai (63,2 proc.; $n=43$), o I laipsnio nutukimu sergančiųjų – tik 34,1 proc. ($n=14$). Paminėtina, kad net 61,4 proc. nėščiųjų, turinčių bet kurio laipsnio nutukimą ($n=27$), pusryčiauja tik kartais. Viena pacientė, turinti I laipsnio nutukimą, visai nepusryčiauja. Šie duomenys rodo skirtingus pusryčiavimo įpročius, kurie reikšmingai skiriasi, priklausomai nuo to, kuriai KMI grupei priskiriama nėščia moteris. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal pusryčių valgymą ($p < 0,05$).

Net 99 proc. tyrime dalyvavusių pacienčių nevartojo jokių papildų. Likusios dvi pacientės, kurios vartojo papildus, priklausė I ir II laipsnio nutukimo grupėms. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal papildų vartojimą ($p < 0,05$).

Tyrimu siekta nustatyti, ar pacientės skaito maisto produktų etiketes. Atskleisti reikšmingi nėščiųjų, priskiriamų į skirtingas KMI grupes, etikečių skaitymo įpročių skirtumai: absoliuti dauguma (95 proc.; $n=76$) normalaus KMI pacienčių visada skaito maisto produktų etiketes, tuo tarpu tik 13 proc. ($n=9$) – turinčių atsvario, 9,8 proc. ($n=4$) – turinčių I laipsnio nutukimą ir nė vienos nėščiosios su II laipsnio nutukimu. Dauguma atsvario turinčių ar nutukusių respondenčių

etiketes skaito tik kartais. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal maisto produktų etikečių skaitymą ($p < 0,05$).

Ištyrus, kokiais kriterijais respondentės vadovaujasi rinkdamosi maisto produktus, taip pat išryškėjo reikšmingi atsakymų pasiskirstymo skirtumai tarp normalaus KMI ir antsvorio turinčių ar nutukusių nėščiųjų: daugiau kaip du trečdaliai (73,8 proc.; $n=59$) normalaus KMI respondenčių renkasi naudingus sveikatai, ligų profilaktikai produktus. Antsvorį turinčiųjų tarpe tokių buvo mažiau tik 13 proc.; ($n=9$), I laipsnio nutukimu sergančiųjų – 7,3 proc. ($n=3$), II laipsnio nutukimu sergančiųjų tarpe nė viena nesirenka maisto produktų vadovaudamasi šiuo kriterijumi. Dauguma (85,4 proc.; $n=35$) antsvorio turinčių ir dauguma (84,1 proc.; $n=37$) nutukusių respondenčių maisto produktus renkasi atsižvelgdamos į kainą ar šeimos poreikius (ši kriterijų pasirinko daugiau kaip trys ketvirtadaliai – 75,6 proc. – I laipsnio nutukimu sergančių respondenčių). Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp skirtingų KMI grupių pasiskirstymų pagal valgymo per dieną dažnumą nenustatyta ($p > 0,05$), t.y. skirtingų KMI tiriamosios per dieną valgo panašų kiekį kartų.

4.19 lentelė. Nėščiųjų mitybos įpročiai ($n=193$)

Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI ($n=80$)	Antsvoris ($n=69$)	I ^o nutukimas ($n=41$)	II ^o nutukimas ($n=3$)		
Kiek kartų per dieną maitinatės?	1-2	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0	>0,05
	3-4	1 (100/1,3)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	1	
	5 ir >	79 (41,1/98,8)	69 (35,9/100)	41 (21,4/100)	3 (1,6/100)	192	
Ar pusryčiaujate?	taip	77 (56,6/96,3)	43 (31,6/63,2)	14 (10,3/34,1)	2 (1,5/66,7)	136	<0,001
	kartais	3 (5,5/3,8)	25 (45,5/36,8)	26 (47,3/63,4)	1 (1,8/33,3)	55	
	ne	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1	
Ar vartojate maisto papildus?	ne	80 (41,9/100)	69 (36,1/100)	40 (20,9/97,6)	2 (1/66,7)	191	<0,001
	taip	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (50/2,4)	1 (50/33,3)	2	
Ar skaitote maisto produktų etiketes?	taip, visada	76 (85,4/95)	9 (10,1/13)	4 (4,5/9,8)	0 (0/0)	89	<0,001
	dažniausiai	1 (3,6/1,3)	18 (64,3/26,1)	7 (25/17,1)	2 (7,1/66,7)	28	
	kartais	3 (4/3,8)	41 (54,7/59,4)	30 (40/73,2)	1 (1,3/33,3)	75	

	niekada	0 (0/0)	1 (100/1,4)	0 (0/0)	0 (0/0)	1	
Kokiais kriterijais vadovaujatės renkantis maisto produktus?	naudingas sveikatai, ligų profilaktikai	59 (83,1/73,8)	9 (12,7/13)	3 (4,2/7,3)	0 (0/0)	71	<0,005
	skanus	7 (43,8/8,8)	6 (37,5/8,7)	2 (12,5/4,9)	1 (6,3/33,3)	16	
	dietinis	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1	
	priklauso nuo šeimos pomėgių	12 (17,1/15)	25 (35,7/36,2)	31 (44,3/75,6)	2 (2,9/66,7)	70	
kaina	2 (5,7/2,5)	29 (82,9/42)	4 (11,4/9,8)	0 (0/0)	35		

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Tirta skirtingo KMI respondenčių maisto produktų pasirinkimo pirmenybės (4.20 lentelė). Daugiau kaip trys ketvirtadaliai (78,8 proc.; n=63) normalaus KMI nėščiųjų nurodė, kad labiausiai mėgsta daržoves. Atsorio turinčiųjų tarpe tokių buvo tik 15,9 proc. (n=11), o nutukusiųjų tarpe – vos viena respondentė (2,3 proc.). Net 70,5 proc. nutukusių respondenčių pažymėjo, jog mėgsta pieno produktus. χ^2 kriterijus p reikšmė yra mažesnė už 0,05, todėl darytina išvada, jog nėščiųjų labiausiai mėgstamas produktas statistiškai reikšmingai susijęs su KMI grupėmis.

Nustatyta, kad saldumynų bei produktų, turinčių daug pridėtojo cukraus, nevalgė dauguma (87,5 proc.; n=70) normalų KMI turinčių respondenčių. Tuo tarpu kitose KMI grupėse tokių pacienčių buvo reikšmingai mažiau: turinčių atsorio – 13 proc. (n=9), nutukusių – 13,6 proc. (n=6). Kartais šių produktų valgė tik 3,8 proc. (n=3) normalų KMI turinčių respondenčių 3,8 proc. (n=3), o turinčių didesnę negu rekomenduojamas KMI pacienčių tarpe ši dalis buvo reikšmingai didesnė: turinčių atsorio – 36,2 proc. (n=25), nutukusių – 63,6 proc. (n=28). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal saldumynų bei produktų, turinčių daug pridėtojo cukraus valgymą (p<0,05).

Analizuota, kiek litrų skysčių per parą išgeria skirtingoms KMI grupėms priklausančios respondentės. Tyrime nedalyvavo nė viena pacientė, kuri išgeria iki 1 litro skysčių per parą. Reikšmingi skirtumai pastebėti, lyginant normalaus ir per didelio KMI grupes: dauguma (87,5 proc.; n=70) normalaus KMI nėščiųjų išgeria daugiau kaip 2 litrus ir daugiau skysčių per parą, tuo tarpu turinčių atsorio, I bei II laipsnio nutukimu sergančiųjų atveju dauguma (atitinkamai 87 proc., 85,4 proc. ir 100 proc.) išgeria iki 2 litrų. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal išgeriamą skysčių kiekį (p<0,05).

Tirta, kokius riebalus skirtingoms KMI grupėms priklausančios respondentės naudoja gamindamos maistą (4.3.3 lentelė). Nustatyta, kad dauguma (87,5 proc.; n=70) normalaus KMI

respondenčių (n=70) gamindamos maistą naudoja augalinį aliejų. Atsorio turinčiųjų tarpe tokių buvo mažiau negu pusė (46,4 proc.; n=32), o nutukusiųjų tarpe – mažiau negu ketvirtadalis (22,7 proc.; n=10). Daugiau kaip trečdalis (36,2 proc.; n=25) atsorio turinčiųjų ir net du trečdaliai (65,9 proc.; n=29) pacienčių, turinčių bet kurio laipsnio nutukimą, naudoja gyvulinius riebalus. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal skirtingų riebalų vartojimą maisto gaminimui ($p < 0,05$).

4.20 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal maisto produktų pasirinkimą (n=193)

Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Antsvoris (n=69)	I ^o nutukimas (n=41)	II ^o nutukimas (n=3)		
Kokius maisto produktus labiausiai mėgstate?	daržoves	63 (84/78,8)	11 (14,7/15,9)	1 (1,3/2,4)	0 (0/0)	75	<0,001
	vaisius	5 (26,3/6,3)	11 (57,9/15,9)	3 (15,8/7,3)	0 (0/0)	19	
	pieno produktus	4 (6,5/5)	27 (43,5/39,1)	29 (46,8/70,7)	2 (3,2/66,7)	62	
	mėsą	1 (11,1/1,3)	7 (77,8/10,1)	1 (11,1/2,4)	0 (0/0)	9	
	žuvį	2 (40/2,5)	3 (60/4,3)	0 (0/0)	0 (0/0)	5	
	grūdinius produktus	5 (21,7/6,3)	10 (43,5/14,5)	7 (30,4/17,1)	1 (4,3/33,3)	23	
	kita	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0	
Kaip dažnai valgote saldumynus bei produktus, turinčius daug pridėtojo cukraus?	nuolat, keletą kartų per dieną	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0	<0,001
	kartais	3 (5,4/3,8)	25 (44,6/36,2)	27 (48,2/65,9)	1 (1,8/33,3)	56	
	retai	7 (13,5/8,8)	35 (67,3/50,7)	9 (17,3/22)	1 (1,9/33,3)	52	
	nevalgau	70 (82,4/87,5)	9 (10,6/13)	5 (5,9/12,2)	1 (1,2/33,3)	85	
Kiek skysčių per parą išgeriate?	iki 1 litro	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0	<0,001
	iki 2 litrų	11 (10,1/13,8)	60 (55/87)	35 (32,1/85,4)	3 (2,8/100)	109	
	2 litrus ir daugiau	69 (82,1/86,3)	9 (10,7/13)	6 (7,1/14,6)	0 (0/0)	84	
Kokius riebalus naudojate gamindama maistą?	augalinį aliejų	70 (62,5/87,5)	32 (28,6/46,4)	9 (8/22)	1 (0,9/33,3)	112	<0,001
	sviestą	2 (10,5/2,5)	12 (63,2/17,4)	5 (26,3/12,2)	0 (0/0)	19	
	margariną	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0	
	gyvulinius riebalus	8 (12,9/10)	25 (40,3/36,2)	27 (43,5/65,9)	2 (3,2/66,7)	62	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Analizuota, kiek respondentės, priklausančios skirtingoms KMI grupėms, domisi savo svoriu, kaip jį vertina (4.21 lentelė). Tyrimo rezultatai parodė, kad daugiau kaip trys ketvirtadaliai

pacienčių (75,6 proc., arba 146 iš 193), apibūdindamos savo kūno svorį, teisingai jį įvertino ir priskyrė save į atitinkamas grupes. Pastebėta, jog pacientės, klaidingai apibūdinusios savo svorį, linkusios priskirti save mažesnei KMI grupei ir nė viena nepriskyrė savęs į grupę su didesniu KMI. Teisingai savo kūno svorį apibūdino visos (100 proc.; n=80) normalaus KMI respondenčių, 84,1 proc. (n=58) turinčiųjų atsvario, tik 14,6 proc. (n=6) su I laipsnio nutukimu ir 66,7 proc. (n=2) su II laipsnio nutukimu. Priežastis, kodėl itin didelė dalis (75 proc.; n=33) nutukusių respondenčių klaidingai apibūdino savo svorį, paaiškina kitos tyrimo išvalgos – beveik trys ketvirtadaliai nutukusiųjų nežino, kas yra KMI ir kaip jis apskaičiuojamas. Tik viena pacientė nurodė, jog jai nerūpi jos kūno svoris, ji sergo I laipsnio nutukimu. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal savo svorio domėjimąsi ir vertinimą ($p < 0,05$).

Nustatyta, kad absoliuti dauguma (95 proc.; n=76) normalaus KMI pacienčių yra patenkintos savo kūno svoriu, tačiau dauguma turinčių atsvario (87 proc.; n=60) arba nutukusių (88,7 proc.; n=39) pacienčių yra nepatenkintos savo svoriu. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal pasitenkinimą savo kūno svoriu ($p < 0,05$).

Ištyrus galimą genetinį polinkį į atsvarį ar nutukimą, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal atsvario ir nutukimo atvejus šeimose ($p < 0,05$): net 81,3 proc. (n=65) normalaus KMI pacienčių nurodė, jog jų šeimoje nėra turinčių atsvario ar nutukusių. Turinčių atsvario respondenčių tarpe tokių buvo tik 13 proc. (n=9), I laipsnio nutukimu sergančiųjų – 7,3 proc. (n=3), o II laipsnio nutukimu sergančiųjų – nė vienos. 50,7 proc. nėščiųjų, turinčių atsvario, patvirtino, kad jų šeimoje yra turinčių atsvario, ir 36,2 proc. pasisakė, kad jų šeimoje yra nutukusių. Dauguma (80,5 proc.; n=33) I laipsnio ir visos (n=3) II laipsnio nutukimu sergančios pacientės nurodė, kad jų šeimoje yra nutukusių asmenų.

Absoliuti dauguma (95 proc.; n=76) normalaus KMI nėščiųjų nurodė, kad žino, kas yra ir kaip skaičiuojamas KMI. Turinčių atsvario respondenčių tarpe tokių buvo 69,9 proc. (n=48), bet kurio laipsnio nutukimu sergančiųjų – tik kiek daugiau negu ketvirtadalis (27,3 proc.; n=12). Nustatyti reikšmingi skirtumai tarp normalaus KMI ir turinčių atsvario ar nutukusių respondenčių domėjimosi KMI. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal žinias apie KMI ir jo skaičiavimą ($p < 0,05$).

Savo kūno svoriu domisi absoliuti dauguma nėščiųjų: visos normalaus svorio pacientės, 92,8 proc. moterų, turinčių atsvario, ir 90,9 proc. moterų, sergančių bet kurio laipsnio nutukimu. Tačiau šis skirtumas nėra reikšmingas, nes tik 4,7 proc. visų tyrime dalyvavusių pacienčių nesidomi savo svoriu. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal domėjimąsi savo kūno svoriu ($p < 0,05$).

Nustatyti reikšmingi skirtumai tarp skirtingų KMI grupių respondenčių atsakymų: normalaus KMI nėščiosios, lyginant su atsvario turinčiomis ir – ypatingai – nutukusiomis

pacientėmis, teisingiau apibūdina savo kūno svorį, yra daug labiau patenkintos juo, domisi savo svoriu ir žino, kas yra KMI. Taip tarp jų šeimos narių daug retesni atsvario ar nutukimo atvejai.

4.21 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą ir domėjimąsi savo kūno svoriu (n=193)

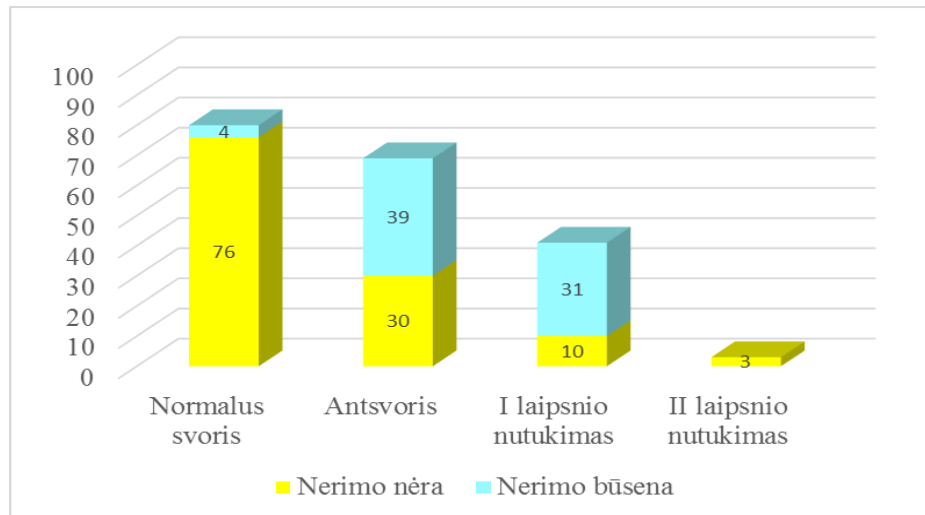
Klausimas		KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
		Normalus KMI (n=80)	Atsvaris (n=69)	I° nutukimas (n=41)	II° nutukimas (n=3)		
Kaip apibūdinumėte savo kūno svorį?	lieknas	4 (100/5)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	4	<0,001
	normalus	76 (85,4/95)	11 (12,4/15,9)	2 (2,2/4,9)	0 (0/0)	89	
	turiu atsvario	0 (0/0)	58 (63,7/84,1)	32 (35,2/78)	1 (1,1/33,3)	91	
	esu nutukusi	0 (0/0)	0 (0/0)	6 (75/14,6)	2 (25/66,7)	8	
	nežinau, man tai nerūpi	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1	
Ar esate patenkinta savo kūno svoriu?	ne	4 (3,9/5)	60 (58,3/87)	36 (35/87,8)	3 (2,9/100)	103	<0,001
	taip	76 (84,4/95)	9 (10/13)	5 (5,6/12,2)	0 (0/0)	90	
Ar Jūsų šeimoje yra turinčių atsvario?	taip, yra turinčių atsvario	12 (23,1/15)	35 (67,3/50,7)	5 (9,6/12,2)	0 (0/0)	52	<0,001
	taip, yra nutukusių	3 (4,7/3,8)	25 (39,1/36,2)	33 (51,6/80,5)	3 (4,7/100)	64	
	nėra	65 (84,4/81,3)	9 (11,7/13)	3 (3,9/7,3)	0 (0/0)	77	
Ar žinote, kas tai yra kūno masės indeksas (KMI) ir kaip jis apskaičiuojamas?	ne	4 (7/5)	21 (36,8/30,4)	31 (54,4/75,6)	1 (1,8/33,3)	57	<0,001
	taip	76 (55,9/95)	48 (35,3/69,6)	10 (7,4/24,4)	2 (1,5/66,7)	136	
Ar domitės savo kūno svoriu?	ne	0 (0/0)	5 (55,6/7,2)	4 (44,4/9,8)	0 (0/0)	9	<0,001
	taip	80 (43,5/100)	64 (34,8/92,8)	37 (20,1/90,2)	3 (1,6/100)	184	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

4.4. Nerimo ir depresinės būsenos priklausomybė nuo KMI

Išmatavus šio testo patikimumą parodančią statistiką, gauta Cronbach'o alfa koeficiento reikšmė 0,968. Geras testo patikimumas būna tais atvejais, kai alfa vertės yra kuo arčiau 1. Pagal gautus rezultatus, HAD testo rezultatus galime laikyti labai patikimais.

Analizuotas ryšys tarp respondenčių KMI ir jaučiamo nerimo (4.22 lentelė). Tyrimo rezultatai rodo, kad daugiau negu pusė (51,8 proc.; n=100) tirtų nėščiųjų nejaučia nerimo, tačiau daugiau kaip tris ketvirtadalius (76 proc.) jų sudaro normalaus KMI pacientės. Nustatyta, jog absoliuti dauguma (95 proc., n=76) normalaus KMI nėščiųjų nejaučia nerimo. Tokių vertinimų nuosekliai mažėja, augant KMI: nerimo nejautė tik 26,1 proc. nėščiųjų, turinčių antsvorio (n=18) ir 14,6 proc. turinčių I laipsnio nutukimą (n=6). Visos II laipsnio nutukimą turėjusios moterys (n=3) jautė nerimą (3 pav.).



3 pav. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal nerimo būseną

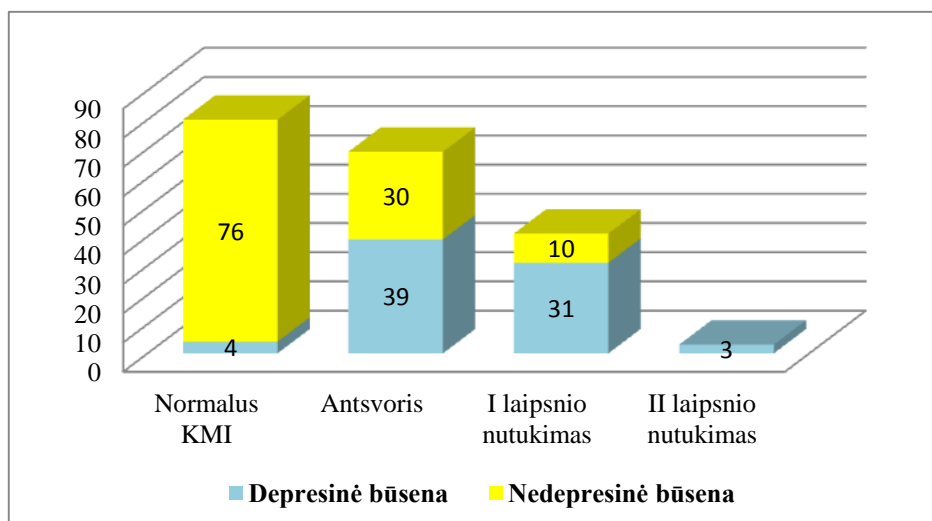
Atkreiptinas dėmesys į tai, kad 13 ir daugiau balų surinko beveik trečdalis (31,9 proc.; n=22) antsvorio turinčių ir net 70,5 proc. nutukusių respondenčių (n=31), o tai reiškia, kad jaučiamas pakankamai stiprus nerimas. Maksimalų galimą balų skaičių (21) surinko vienintelė pacientė, kuriai diagnozuotas I laipsnio nutukimą. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal nerimo būsenas ($p < 0,05$).

Tirtas ryšys tarp respondenčių KMI ir jaučiamos depresinės būsenos (4.23 lentelė). Gauti tyrimo rezultatai parodė, jog depresinę būseną jaučia šiek tiek mažiau tyrime dalyvavusių nėščiųjų negu nerimą: depresinės būsenos buvo 77 respondentės (39,9 proc.), nerimo – 93 (48,2 proc.).

4.22 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal jaučiamą nerimo būseną (n=193)

Balų skaičius	KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
	Normalus KMI (n=80)	Antsvoris (n=69)	I° nutukimas (n=41)	II° nutukimas (n=3)		
0	60 (84,5/75)	9 (12,7/13)	2 (2,8/4,9)	0 (0/0)	71	<0,001
1	4 (80/5)	0 (0/0)	1 (20/2,4)	0 (0/0)	5	
2	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1	
5	1 (100/1,3)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	1	
6	2 (50/2,5)	2 (50/2,9)	0 (0/0)	0 (0/0)	4	
7	9 (50/11,3)	7 (38,9/10,1)	2 (11,1/4,9)	0 (0/0)	18	
8	0 (0/0)	7 (70/10,1)	2 (20/4,9)	1 (10/33,3)	10	
9	0 (0/0)	9 (81,8/13)	2 (18,2/4,9)	0 (0/0)	11	
10	0 (0/0)	6 (85,7/8,7)	1 (14,3/2,4)	0 (0/0)	7	
11	0 (0/0)	4 (80/5,8)	1 (20/2,4)	0 (0/0)	5	
12	0 (0/0)	3 (100/4,3)	0 (0/0)	0 (0/0)	3	
13	0 (0/0)	19 (43,2/27,5)	23 (52,3/56,1)	2 (4,5/66,7)	44	
14	1 (16,7/1,3)	3 (50/4,3)	2 (33,3/4,9)	0 (0/0)	6	
16	3 (100/3,8)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	3	
18	0 (0/0)	0 (0/0)	2 (100/4,9)	0 (0/0)	2	
20	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1	
21	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo



4 pav. Pacienčių depresinės būsenos pasiskirstymas pagal KMI

4.23 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal depresinę būseną (n=193)

Balų skaičius	KMI n (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
	Normalus KMI (n=80)	Antsvoris (n=69)	I° nutukimas (n=41)	II° nutukimas (n=3)		
0	62 (86,1/77,5)	9 (12,5/13)	1 (1,4/2,4)	0 (0/0)	72	<0,001
1	2 (40/2,5)	0 (0/0)	3 (60/7,3)	0 (0/0)	5	
2	1 (50/1,3)	0 (0/0)	1 (50/2,4)	0 (0/0)	2	
4	0 (0/0)	1 (50/1,4)	1 (50/2,4)	0 (0/0)	2	
5	1 (25/1,3)	3 (75/4,3)	0 (0/0)	0 (0/0)	4	
6	3 (27,3/3,8)	8 (72,7/11,6)	0 (0/0)	0 (0/0)	11	
7	7 (35/8,8)	9 (45/13)	4 (20/9,8)	0 (0/0)	20	
8	0 (0/0)	8 (80/11,6)	1 (10/2,4)	1 (10/33,3)	10	
9	0 (0/0)	9 (100/13)	0 (0/0)	0 (0/0)	9	
10	2 (4,3/2,5)	22 (46,8/31,9)	22 (46,8/53,7)	1 (2,1/33,3)	47	
11	1 (50/1,3)	0 (0/0)	1 (50/2,4)	0 (0/0)	2	
12	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1	
13	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1	

14	0 (0/0)	0 (0/0)	3 (75/7,3)	1 (25/33,3)	4
15	1 (100/1,3)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	1
19	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1
21	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

Rasta, kad šiek tiek mažiau negu du trečdaliai (60,1 proc.; n=116) tirtų nėščiųjų nejaučia depresinės būsenos, tačiau beveik du trečdalius (65,5 proc.) jų sudaro normalaus KMI pacientės. Nustatyta, jog absoliuti dauguma (95 proc., n=76) normalaus KMI nėščiųjų nejaučia depresinės būsenos. Tokių vertinimų nuosekliai mažėja, augant KMI: depresinės būsenos nejautė 43,5 proc. nėščiųjų, turinčių antsvorio (n=30) ir tik ketvirtadalis (24,4 proc.) turinčių I laipsnio nutukimą (n=10). Visos II laipsnio nutukimą turėjusios moterys (n=3) jautė depresinę būseną (4. pav.). Atkreiptinas dėmesys į tai, kad 10 ir daugiau balų surinko beveik trečdalis (31,9 proc.; n=22) antsvorio turinčių ir net 77,3 proc. nutukusių respondenčių (n=34), o tai reiškia, kad nėščiosios stipriai depresavo. Maksimalų galimą balų skaičių (21) surinko vienintelė pacientė, kuriai diagnozuotas I laipsnio nutukimą. Maksimalų galimą balų skaičių (21) surinko vienintelė pacientė, kuriai diagnozuotas I laipsnio nutukimas. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal depresinę būseną ($p<0,05$).

4.4.3 lentelė. Pacienčių surinkto nerimo ir depresinės būsenos balų skaičiaus ryšys su KMI (n=193)

Rodikliai		R	p	
KMI nerimo ir depresijos tarpusavio ryšiai	KMI ir:	Nerimas	0,655	$p<0,05$
		Depresija	0,650	$p<0,05$
	Nerimas ir:	KMI	0,655	$p<0,05$
		Depresija	0,965	$p<0,05$
	Depresija ir:	KMI	0,650	$p<0,05$
		Nerimas	0,965	$p<0,05$

r – koreliacijos koeficientas, p – koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo, $p<0,05$

Atliktų tyrimų rezultatai parodė, kad (4.23 lentelė) kuo didesnis KMI, tuo stipresnis nerimas ir depresija. Nustatyta labai stipri koreliacija tarp depresijos ir nerimo. Rasta, kad depresiją jaučiančių nėščiųjų skaičius tik neženkliai sumažėja, lyginant su nerimą jaučiančiomis. Visi koreliacijos koeficientai reikšmingi.

4.5. Ryšiai tarp nėščiųjų stresinės būklės, naudojant Reeder skalę, ir KMI, bei treso priklausomybė ir stiprumas nuo KMI

Analizuotas ryšys tarp respondenčių KMI ir jaučiamo streso (4.24 lentelė). Atlikus analizę, nustatyta, kad respondenčių suminio streso balo imtis pasiskirstė tarp 8 ir 25. Tai reiškia, kad tarp tyrimo dalyvavusių pacienčių nebuvo tokių, kurios patiria didžiausią ar mažiausią galimą stresą pagal *Reeder* skalę (atitinkamai 7 ir 28). Nustatyta, kad žemiausią streso lygį patiria normalaus KMI respondentės: jų tarpe nepatiriančių streso, t.y. surinkusių 21-25 balus, buvo dauguma (82,5 proc.; n=66). Kitose KMI grupėse tokių respondenčių buvo ženkliai mažiau: turinčių antsvorio – tik 13 proc. (n=9), II laipsnio nutukimo – 12,2 proc. (n=5), III laipsnio nutukimo – nė vienos. Vertinant kitas grupes, paaiškėjo, jog žemą streso lygį patiria tik 13 proc. pacienčių su antsvoriu ir 12,2 proc. su nutukimu. Pažymėtina tai, kad tarp antsvorio turinčių ir nutukusių respondenčių (n=103) beveik pusė (48,5 proc.; n=50) surinko 13 balų. Tai rodo, kad jų patiriamo streso lygis aukštas. Aukštą streso lygį patiria net 86,9 proc. pacienčių su antsvoriu, 83 proc. pacienčių su I laipsnio nutukimu ir visos pacientės, turinčios II laipsnio nutukimą. Nustatytas stiprus tiesioginis ryšys tarp KMI ir patiriamo streso lygio. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp KMI grupių pagal jaučiamą stresą ($p < 0,05$).

4.24 lentelė. Skirtingų KMI grupių nėščiųjų pasiskirstymas pagal streso vertinimą (n=193)

Balų skaičius	KMI <i>n</i> (proc./proc. KMI grupėje)				n	p
	Normalus KMI (n=80)	Antsvoris (n=69)	I° nutukimas (n=41)	II° nutukimas (n=3)		
8	3 (23,1/3,8)	6 (46,2/8,7)	4 (30,8/9,8)	0 (0/0)	13	<0,001
9	1 (3/1,3)	29 (87,9/42)	2 (6,1/4,9)	1 (3/33,3)	33	
10	0 (0/0)	0 (0/0)	2 (100/4,9)	0 (0/0)	2	
11	0 (0/0)	0 (0/0)	2 (100/4,9)	0 (0/0)	2	
12	0 (0/0)	0 (0/0)	1 (100/2,4)	0 (0/0)	1	
13	0 (0/0)	25 (50/36,2)	23 (46/56,1)	2 (4/66,7)	50	
15	6 (85,7/7,5)	0 (0/0)	1 (14,3/2,4)	0 (0/0)	7	
16	3 (100/3,8)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	3	
17	1 (50/1,3)	0 (0/0)	1 (50/2,4)	0 (0/0)	2	
21	1 (100/1,3)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	1	
23	0 (0/0)	0 (0/0)	4 (100/9,8)	0 (0/0)	4	
24	19 (67,9/23,8)	9 (32,1/13)	0 (0/0)	0 (0/0)	28	
25	46 (97,9/57,5)	0 (0/0)	1 (2,1/2,4)	0 (0/0)	47	

p- koreliacijos koeficiento reikšmingumo lygmuo

5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

5.1. Antsvorį bei nutukimą lemiantys veiksniai

Literatūros duomenimis, socialinė padėtis – vienas iš veiksnių, turinčių įtakos nėščiosios KMI. 2015 m. Švedijoje atlikto tyrimo duomenimis, tarp aukštąjį išsilavinimą turinčių moterų antsvorio ir nutukimo paplitimas buvo mažesnis [108]. Mūsų tyrimas parodė statistiškai stiprų ryšį tarp nėščiųjų KMI ir išsilavinimo: aukštąjį išsilavinimą turėjo net 67,5 proc. normalaus KMI nėščiųjų. Suaugusių Lietuvos gyventojų faktiškos mitybos bei mitybos ir gyvenamosios įpročių tyrimo duomenimis, didmiestyje yra šiek tiek mažiau nutukusių moterų, lyginant su kaimu, nors skirtumas nėra statistiškai reikšmingas [109]. Iš mūsų tyrime dalyvavusių nėščiųjų du trečdaliai normalaus KMI respondenčių (65 proc.; n=52) gyveno didmiestyje ir gauti rezultatai panašūs su kitų autorių atliktais tyrimais. Mūsų tyrimas taip pat rodo, kad didmiestyje ir mieste gyvenančios nėščiosios išgeria daugiau vandens, lyginant su antsvorį turinčiomis bei nutukusiomis nėščiosiomis, taip pat vartoja daugiau daržovių. 2012 metais Kanados universiteto mokslininkai pateikė išvadą, kad didesnis daržovių vartojimas gali padėti kontroliuoti kūno svorį ir apsaugoti nuo antsvorio bei nutukimo [117]. Apibendrinant tiek mūsų, tiek kitų autorių atliktus tyrimus, matyti, kad labiau išsilavinusių moterų, tame tarpe ir nėščiųjų, kurių didesnė dalis gyvena didmiesčiuose, KMI dažniau yra normalus. Tokių nėščiųjų požiūris į kūno svorį yra atsakingesnis, jos labiau domisi ir laikosi sveikos mitybos rekomendacijų, taip pat yra fiziškai aktyvesnės. Gauti rezultatai skatina rengti daugiau metodinių priemonių apie sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo svarbą bei užtikrinti, kad ši informacija pasiektų žemesnio išsilavinimo moteris, ypač kaimuose, miesteliuose.

Remiantis literatūros šaltiniais, rekomenduojamas nėščiųjų svorio prieaugis, priklausomai nuo KMI, yra 10-14 kg. Vilniaus universiteto mokslininkų tyrimuose rasta, kad net 50 proc. nėščiųjų kūno masės prieaugis neatitiko rekomenduojamų normų pagal KMI [106]. Mūsų tyrimas rodo šiek tiek geresnius rezultatus: vidutinis visų respondenčių svorio prieaugis sudarė 13,5 kg. Kita vertus, tiriant nutukusių nėščiųjų grupę, nustatyta, kad jos svorio priaugo daugiau nei rekomenduojama ir didžiausias neatitikimas tarp PSO rekomenduojamo ir faktinio svorio prieaugio nėštumo metu, priklausomai nuo KMI, fiksuojamas tarp antsvorį bei nutukimą turinčių respondenčių. Mūsų rezultatai sutampa su kitų tyrimų duomenimis: kuo didesnis nėščiosios KMI, tuo jos svorio prieaugis mažesnis, lyginant su normalaus KMI nėščiosiomis. Lyginant normalaus KMI, antsvorio turinčių bei nutukusių nėščiųjų svorio prieaugį ir nėštumo bei gimdymo komplikacijų sąsajas, svarbu paminėti, kad 2006 metais Švedijoje atliktas tyrimas, kurio metu nustatyta, kad nutukusios moterys, kurios nėštumo metu priauga mažiau nei 8 kg svorio, turi mažesnę riziką nėštumo komplikacijoms atsirasti [118]. Be to, Vilniaus universiteto mokslininkai, atlikę tyrimą, nustatė, kad fizinis aktyvumas turi teigiamos įtakos svorio prieaugiui nėštumo metu

[116]. Mūsų nuomone, būtina nėščiųjų svorio prieaugio kontrolė subalansuojant mitybą bei skatinant fizinį moterų aktyvumą tiek dar iki pastojant, tiek ir nėštumo laikotarpiu. Taigi svorio prieaugis turi būti sekamas pačios nėščiosios ir ją prižiūrinčių medikų.

Mokslininkai teigia, kad gestacinis diabetas yra dažniausias nėščiųjų medžiagų apykaitos sutrikimas [120]. 2010 m. Australijos mokslininkai atliko tyrimą ir nustatė, kad nutukusioms nėščiosioms GD rizika yra 2-4 kartus didesnė nei nenukusioms [121]. Pastebėjome, kad nutukimas yra svarus rizikos faktorius susirgti GD. Rasta, kad didėjant KMI grupei, sirgimo GD dažnis didėjo: 26,3 proc. (n=10) respondenčių su atsvariu sirgo GD, o nėščiųjų, turinčių I-ojo laipsnio nutukimą, – 48,8 proc. (n=20). Gavome reikšmingą tyrimo rezultatą, kad absoliuti dauguma (92,5 proc.) respondenčių (n=74), turinčių normalų KMI, nesirgo GD. Pastabėtas ryšys tarp KMI, saldumynų valgymo dažnio ir sirgimo GD. Mūsų tyrimas parodė, kad atsvario turinčios bei nutukusios nėščiosios dažniau valgė saldumynus (atitinkamai 87 proc. ir 86,4 proc.). Nustatyta, kad saldumynų bei produktų, turinčių daug pridėtojo cukraus, nevalgė dauguma (87,5 proc.; n=70) normalų KMI turinčių respondenčių ir visos jos nesirgo GD. Vilniaus universiteto mokslininkai atliko tyrimą, norėdami įvertinti nėščiųjų mitybos ypatumus, ir nustatė, kad tirtos nėščiosios monosacharidų vartojo du kartus daugiau nei rekomenduojama [106]. Mūsų nuomone, neracionali atsvario turinčių bei nutukusių nėščiųjų mityba turi neigiamą įtaką ne tik KMI, bet ir GD rizikos vystymuisi. Nors mitybos įpročius keisti nėra lengva, tačiau būtina skatinti nėščiąsias atsakingiau vertinti savo kūno svorį bei įžvelgti būtinybę jį kontroliuoti.

5.2. KMI sąsajos su sveikata susijusia nėščiųjų gyvenimo kokybe

2011 m. Kanados mokslininkai atliko tyrimą ir nustatė, kad KMI susijęs su GK vertinimu: kuo KMI didesnis, tuo vertinimas prastesnis [119]. 2008 m. Meksikoje atliktos studijos, kurių metu, naudojant SF-36 klausimyną, tirta nutukimo įtaka nėščiųjų GK. Tyrimo metu nustatyta, kad per didelis kūno svoris turi neigiamo poveikio nėščiųjų sveikatai: didėjant KMI, didėja nėštumo komplikacijų tikimybė [112]. Mūsų tyrimas taip pat parodė, kad KMI turi ypatingą įtaką nėščiųjų su sveikata susijusiai GK. Nustatyta, kad normalaus KMI nėščiųjų gyvenimo kokybė yra ženkliai geresnė, palyginus su atsvario turinčiomis ir nutukusiomis. Puikiai ir labai gerai savo sveikatą apibūdinančių nėščiųjų tarpe jos sudarė daugumą. Atsvario turinčios respondentės savo sveikatą vertino prastesniu negu puikios ar labai geros sveikatos įvertinimo punktu („gera“). Taip pat pastebėta, kad normalaus KMI nėščiosios tiek lygindamos savo sveikatą su prieš metus buvusią, tiek prognozuodamos sveikatos pokyčius, sveikatą vertina geriau negu atsvario turinčios ar nutukusios respondentės. Įvertinus tyrimo rezultatus, galime daryti išvadą, kad normalaus KMI nėščiosios GK vertina palankiau, nes jų fizinė ir emocinė sveikata geresnė, aktyviau dalyvauja socialiniame gyvenime, yra labiau patenkintos savo kūno svoriu.

Visuomenėje pastaruoju metu tapo populiarūs fiziniai užsiėmimai, skirti tik nėščiosioms. Pastebėta, kad tokius užsiėmimus dažniau linkusios lankyti normalaus KMI nėščiosios. 2010 metais Amerikos mokslininkų tyrimų duomenys rodo, kad normalaus KMI nėščiosios nėštumo metu yra fiziškai aktyvesnės negu turinčios antsvorio ar nutukusios. Mes taip pat nustatėme KMI įtaką įvairaus pobūdžio nėščiųjų fizinei veiklai: dauguma arba absoliuti dauguma (87,5-91,3 proc.; n=70-73) normalaus KMI nėščiųjų nejaučia apribojimų įvairioms fizinėms veikloms dėl jų sveikatos būklės, o pacienčių, turinčių antsvorio, tokia dalis sumažėja iki 56,5-52,2 proc. (n=39-40). Joms sunkiau judėti, antsvorio turinčios ir nutukusios nėščiosios dažniausiai yra nepatenkintos savo kūno svoriu, todėl galima daryti prielaidą, kad jos dėl to kompleksuoja ir dažniau renkasi kitą laisvalaikio leidimo formą.

5.3. Normalaus KMI, antsvorio turinčių ir nutukusiųjų nėščiųjų mitybos įpročių bei savo kūno svorio vertinimo tyrimo palyginimas

2010 metais Švedijoje atliktas tyrimas, kuris atskleidė nėščiųjų požiūrį į savo kūno svorį. Normalaus KMI nėščiosios savo kūno svorį vertino teigiamai [114]. Amerikos universitete buvo tirti moterų mitybos įpročiai nėštumo metu ir kūno svorio vertinimas nėščiųjų požiūriu. Rasta, kad didžioji dauguma normalaus KMI respondenčių buvo patenkintos savo kūno svoriu bei teigiamai vertino savo mitybos įpročius [110]. Mūsų tyrimas atskleidė ryškų skirtumą tarp to, kaip savo sveikatą vertina normalų KMI turinčios nėščiosios ir antsvorio turinčios ar nutukusios. Absoliuti dauguma (95 proc.; n=76) normalaus KMI nėščiųjų yra patenkintos savo kūno svoriu, o dauguma turinčių antsvorio (87 proc.; n=60) arba nutukusių (88,7 proc.; n=39) pacienčių yra nepatenkintos savo kūno svoriu. Rasta, kad tos nėščiosios, kurios patenkintos savo kūno svoriu, domėjosi ir laikėsi sveikos mitybos principų. Tik ketvirtadalis (25 proc.; n=11) pacienčių, turinčių bet kurio laipsnio nutukimą pažymėjo, kad domisi sveikos mitybos klausimais. Nors mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad net 79,7 proc. nutukusių nėščiųjų pažymėjo, jog jų mityba nėra sveika ir visavertė, visgi 20,3 proc. (n=14) nėščiųjų su antsvoriu nėštumo laikotarpiu pradėjo maitintis sveikiau. Manome, kad tai galėjo lemti prasta fizinė bei emocinė sveikata ir noras keisti savo mitybos įpročius. Pastebėta, jog pacientės, klaidingai apibūdinusios savo svorį, linkusios priskirti save mažesnei KMI grupei ir nė viena nepriskyrė savęs į grupę su didesniu KMI. Amerikiečių mokslininkai 2002 metais taip pat nustatė, kad antsvoris ir nutukimas turi sąsają su blogesniu subjektyviu kūno svorio vertinimu [113]. Neteisingas savo kūno svorio vertinimas gali turėti neigiamų pasekmių. Jei nutukusi nėščioji manys, kad jos kūno svoris normalus, nebus motyvacijos jį mažinti ir gerinti sveikatos būklę.

Nuo 1986 m. iki 2006 m. Vilniaus universiteto mokslininkai tyrė nėščių moterų vienos paros maisto davinio pagrindinių medžiagų sudėtį ir energijos kiekį. Remiantis atlikto tyrimo duomenimis, nėščiųjų maisto racione augaliniai riebalai sudarė 33 proc. bendro suvartotų riebalų

kiekio, kai rekomenduojama ne daugiau kaip 30 proc. [106]. Manome, kad tam turi įtakos išaugęs nėsčiosios energijos poreikis. Be to, nereta nėsčioji sutinka su nuomone, kad nėsčtumo laikotarpiu reikia valgyti „už du“. Svarbu žinoti ne tik suvartojamų riebalų kiekį maisto racione, bet ir riebalų rūšį. Sveikos mitybos rekomendacijose teigiama, kad vertingiausi riebalai yra augaliniai aliejai, – jais turėtų būti keičiami gyvuliniai riebalai, kuriuose daug sočiųjų riebalų rūgščių. Vartojant per daug sočiųjų riebalų rūgščių, padidėja cholesterolio koncentracija kraujyje [109; 122]. Mūsų tyrimas parodė, kad antsvorio turinčios ir nutukusios nėsčiosios labiausiai mėgsta pieno produktus, o juose būtent ir yra sočiųjų riebalų rūgščių. Nustatėme, kad dauguma (87,5 proc.; n=70) normalaus KMI respondenčių (n=70) gamindamos maistą naudoja augalinį aliejų, kuriame esančios nesočiosios riebalų rūgštys padeda sumažinti cholesterolio koncentraciją kraujyje. Galime teigti, kad antsvorio turinčių ir nutukusių nėsčiųjų gyvulinės kilmės riebalų pasirinkimas rodo jų menką domėjimąsi sveikos mitybos rekomendacijomis bei neatsakingą požiūrį į savo mitybos įpročius. Tai rodo, kad sveika mityba antsvorį turinčių ir nutukusių nėsčiųjų tarpe yra ypatingo dėmesio reikalaujanti sritis. Kitų šalių patirtis rodo, kad nuolat kalbant apie sveikos mitybos reikšmę sveikatai, visuomenės mityba keičiasi, sveikata gerėja.

5.4. Nėsčiųjų emocinės būklės ryšys su jų KMI

Amerikos gydytojai akušeriai-ginekologai teigia, kad depresinė būseną, nerimas nėsčtumo metu pasireiškia nuo 14-23 proc. [115] Literatūroje randama tyrimų, kuriais siekta iširti nėsčiųjų emocinės būklės ir gyvenimo kokybės sąsajas su KMI. 2013 metais Šveicarijos mokslininkai tyrė 63 nutukusių bei 156 normalaus KMI nėsčiųjų emocinę būseną ir nustatė, kad nutukusios nėsčiosios dažniau jaučia nerimą ir depresines nuotaikas, palyginus su normalaus KMI nėsčiosiomis. 2010 m. Amerikoje buvo tirtas KMI ir nėsčiųjų emocinės būsenos ryšys. Nustatyta, kad didesnio KMI nėsčiųjų tarpe stebimas ryškus depresinės nuotaikos dominavimas [111]. Remiantis mūsų tyrimo duomenimis, absoliuti dauguma (95 proc.) normalaus KMI nėsčiųjų nejaučia nerimo. Gauti tyrimo rezultatai rodo, kad kuo didesnis KMI, tuo stipresnis patiriamas nerimas ir depresija. Taip pat nustatėme, kad žemiausią streso lygį taip pat patiria normalaus KMI respondentės: jų tarpe nepatiriančių streso buvo dauguma. Aukštą streso lygį patiria net 86,9 proc. nėsčiųjų su antsvoriu, 83 proc. – su I laipsnio nutukimu ir visos pacientės, turinčios II laipsnio nutukimą. Pastebėta, kad antsvorio turinčios ir nutukusios pacientės ženkliai dažniau jautėsi labai pavargusios, išsisėmusios ir rečiau turėjo daug energijos, lyginant su normalų KMI turinčiomis nėsčiosiomis. Galime teigti, kad būtent antsvoris ir nutukimas, o ne nėsčtumas, turi neigiamos įtakos emocinei būsenai ir gyvenimo kokybei. Be to, tokiems tyrimo rezultatams turėjo įtakos žemesnė antsvorį turinčių ir nutukusių savivertė ir nepasitenkinimas savo kūno svoriu.

6. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Vykdyti pirminę nėščiąjų antsvorio ir nutukimo profilaktiką, kad būtų galima sumažinti jų paplitimą. Tikslinga ugdyti planuojančias pastoti ir nėščiąsias, ypatingą dėmesį skiriant sveikos mitybos ir sveiko gyvenimo būdo, fizinio aktyvumo propagavimui. Ypatingą dėmesį atkreipti į rizikos grupėje esančias reproduktyvaus amžiaus moteris. Šiam tikslui pasiekti pasitelkti žiniasklaidą, propaguoti kvalifikuotus patarimus mitybos klausimais internete, populiariose TV laidose.

Ugdant planuojančias pastoti ir nėščiąsias, supažindinti jas su antsvorio, nutukimo ir gyvenimo kokybės, nėštumo komplikacijų ryšio tyrimų rezultatais.

Siekiant sumažinti planuojančių pastoti ir nėščiąjų antsvorio ir nutukimo paplitimą, rekomenduojame sukurti ir įgyvendinti svorio kontrolės programą, kurioje bendradarbiautų sveikatos priežiūros specialistai ir vyriausybės organizacijos. Skatinti sveikatos priežiūros specialistų aktyvų dalyvavimą nėščiąjų antsvorio ir nutukimo kontrolėje, didinant motyvaciją laikytis sveikos mitybos rekomendacijų. Kurti nėščiąjų fizinei veiklai palankią aplinką.

Vykdyti nėščiąjų antsvorio ir nutukimo paplitimo stebėseną, siekiant įvertinti diegiamų priemonių efektyvumą.

Rekomenduojame atkreipti dėmesį į nėščiąjų emocinę būklę. Rengiant svorio kontrolės programas, tikslinga atsižvelgti į socialinių veiksnių, amžiaus, mitybos ir fizinio aktyvumo įtaką su sveikata susijusiai nėščiąjų gyvenimo kokybei ir emocinei būsenai. Mūsų tyrime naudotos Nerimo ir depresijos (HAD) bei *Reeder* streso skalės yra paprastas, greitas ir patogus metodas nėščiąjų emocinei būsenai įvertinti, todėl šias skales sėkmingai galėtų naudoti akušerijos skyriuje dirbantys slaugytojai.

7. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Obesity and overweight. World Health Organization media centre, 2015.
2. Meaghan A. Leddy, Michael L. Power, The Impact of Maternal Obesity on Maternal and Fetal Health; 2008.
3. CMACE/RCOG Joint Guideline: Management of Women with Obesity in Pregnancy, 2010 m. 2-4 p.
4. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. 2000. WHO Technical Report. Series 894. Geneva.
5. Schmitz KH, Jacobs DR, Leon AS, Schreiner PJ, Sternfeld B. Physical activity and body weight: associations over ten years in the CARDIA study. *Int J Obes* 2000;24:1475-87.
6. Bacevičienė M, Rėklaitė R, Tamošiūnas A. Effect of excess body weight on quality of life. *Medicina* 2009;45(7):565-573.
7. Droyvold WB, Nilsen TI, Kruger O, Holmen TL, Change in height, weight and body mass index: Longitudinal data from the HUNT Study in Noeway. 2006: 30:935-9.
8. Torrance GM, Hooper MD, Reeder BA. Trends in overweight and obesity among adults in Canada (1970-1992): evidence from national surveys using measured height and weight. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26:797-804.
9. Statistics Canada. Adult obesity in Canada: measured height and weight. 2010.
10. Colditz GA, Willett WC, Rotnitzky A, Manson JE. Weight gain as a risk factor for clinical diabetes mellitus in women. *Ann Int Med* 1995;122:481-86.
11. Paraponaris A, Saliba B, kt. Obesity, weight status and employability: empirical edivence from French national survey. *Econ Hum Biol.* 2005;3(2):241-58.
12. Sjostrum CD, Peltonen M, Wedel H, Sjostrum L. Differented Long-term Effects of Intentional weight loss on Diabetes and Hypertension. *Hypertension* 2000;36(1),20-5.
13. WHO Global Health Observatory. Geneva, World Health Organization, 2013.
14. Bray, GA, Popkin, Dietary fat intake does affect obesity rate,1157-1173.
15. James, WPT, Reeds, Nutrient partitioning Bray, GA Bouchard, C James, WPT eds. *Handbook on Obesity*, 555-71 Marcel Dekker Inc.
16. Schnohr C, Hojbjerg I L, Riegels M, et al. Does educational level influence the effects of smoking, alcohol, physical activity, and obesity on mortality? A prospective population study, *Scand J Public Health* 2004; 32; 250-256.
17. Chu SY, Kim SY, Schmid CH, Dietz PM, Callaghan WM, Lau J, et al. Maternal obesity and risk of cesarean delivery: a metaanalysis. *Obesity reviews* 2007.

18. Villamor E, Cnattingius S. Interpregnancy weight change and risk of adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *The Lancet* 2006;368(9542):1164-1170.
19. Puhl RM, Henderson KE, Brownell KD. Social consequences of obesity. In: Kopelman PG, Caterson ID, Dietz WH, eds. *Clinical obesity*, 2nd edn. Oxford: Blackwell Publishing, 2005: 29-45.
20. Cynthia L. Ogden, *Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011-2012;2014*.
21. LR SAM Įsakymas Dėl Lietuvos Medicinos normos MN 28:2011 “Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė” patvirtinimo, 2011 m.Nr.V-591.
22. *J Am Acad Dermatol Obesity and the skin: skin physiology and skin manifestations of obesity* 2007;56(6):901-16.
23. Bertakis KD, Azari R. Obesity and the use of health care services. *Obes Res.*2005;13:372-9.
24. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: executive summary Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight in Adults. *Am J Clin Nutr.* 1998;68(4):899-917.
25. Power M, Cogswell M, Schulkin J. Obesity prevention and treatment practices of US obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol* 2006;108:961-8.
26. A.R. Shipman; G.W.M. Millington, *Obesity and the Skin*, *The British Journal of Dermatology.* 2011; 165(4):743-750.
27. *What Happens When You Breathe?* National heart, lung and blood Institute.
28. Binic I, Lazarevic V, Ljubenovic M, Mojsa J, and Sokolovic D. Skin ageing: natural weapons and strategies. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013.
29. Duvkot JJ. Pregnancy and obesity: practical implications. *Eur Clinics Obstet Gynaecol.* 2005;74–88.
30. Eckel RH. Obesity and heart disease: a statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee, American Heart Association. *Circulation.* 1997.
31. Myers DJ. The food industry's solution to the obesity epidemic: take a walk. *New Solut.* 2006;16(1):13-6
32. Kanazawa M, Yoshiike N, Osaka T, Numba Y, Zimmet P, Inoue S. Criteria and classification of obesity in Japan and Asia-Oceania. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2002.
33. Bei-Fan Z; Cooperative Meta-Analysis Group of Working Group on Obesity in China. Predictive values of body mass index and waist circumference for risk factors of certain related diseases in Chinese adults: study on optimal cut-off points of body mass index and waist circumference in Chinese adults. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2002.

34. Jaymee Delaney, Hypertension and Obesity: How Weight-loss Affects Hypertension.
35. Ogden, CL, Carroll, MD, Curtin, LR, et al. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA* 2006; 295:1540.
36. Joseph NP, Hunkali KB, Wilson B, Morgan E, Cross M, Freund KM. Pre-pregnancy body mass index among pregnant adolescents: gestational weight gain and long - term post partum weight retention. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008; 21(4):195-200.
37. To W. W., Cheung W. The relationship between weight gain in pregnancy, birth-weight and postpartum weight retention//*Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.*, 1998; 38(2): 176-179 p.
38. Dodd JM, Turnbull DA, McPhee AJ, Wittert G, Crowther CA, Robinson Js. Limiting weight gain in overweight and obese women during pregnancy to improve health outcomes: the LIMIT randomised controlled trial. *BMC pregnancy and Childbirth*, 2011.
39. Heslehurst N, Ells L, Simpson H, Batterham A, Trends in maternal obesity incidence rates, demographic predictors, and health inequalities in 36821 women over a 15-year period. *BJOG:An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007;114:187-194.
40. Schipper H, Clinch J, Powell V. Definition and conceptual issues. In: Spilker B, editor. *Quality of life and harmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 11-23.
41. A. Barzda, R. Bartkevičiūtė Suaugusių Lietuvos gyventojų antsvorio ir nutukimo paplitimas.
42. Furmonavičius T. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų metodo-loginiai aspektai. *Medicina* 2004;40(6):509-516.
43. Sergysels R, Killian KJ, Roca J. Exercise testing in the assessment of impairment/disability. *Eur Respir Monograph* 1997;6:115-29.
44. Tjepkema M. Adult obesity. *Health Rep.* 2006;17(3):9-25.
45. *Akušerijos ir ginekologijos praktikos vadovas*, Vilnius: Vilniaus universitetas, 2008.
46. Bellver J, Rossal LP, Bosch E, Zuniga A, Corona JT, Melendez F, et al. Obesity and the risk of spontaneous abortion after oocyte donation. *Fertil Steril* 2003;79:1136-40.
47. Lashen H, Fear K, Sturdee DW. Obesity is associated with increased risk of first trimester and recurrent miscarriage: matched case-control study. *Hum Reprod* 2004;19:1644-6.
48. 16.3 Ruager-Martin R, Hyde MJ, Modi N. Maternal obesity and infant outcomes. *Early Hum Dev.* 2010.
49. Drąsutienė G., Nėščiujų ir naujagimių fizinės būklės pokyčiai per pastarąjį dvidešimtmetį: habilitacijos procedūrai teikiamų mokslo darbų apžvalga. Vilnius: Vilniaus universitetas, 2007.

50. Whitlock G, Lewington S, Sherliker. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009; 373:1083-96.
51. Cooper P. J., Landman M., Tomlinson M., Molteno C, Swartz L., Murray L. Impact of a mother-infant intervention in an indigent peri-urban South African context: pilot study. *The British Journal of Psychiatry*, 2002, 180, p. 76-81.
52. Evans J., Heron J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BJM*, 2001,323, p. 257-260
53. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion, *Health Promotion International*. - 1996, 11, Nr. 1 p. 11-18.
54. Tankersley C, Kleeberger S, Russ B, Schwartz A, Smith P. Modified control of breathing in genetically obese (ob/ob) mice. *J Appl Physiol*. 1996; 81:716-723.
55. Lopata M, Onal E. Mass loading, sleep apnea, and the pathogenesis of obesity hypoventilation. *Am Rev Respir Dis*. 1982; 126:640-645.
56. Odden, Henriksen T, L. Serum adiponectin concentration prior to clinical onset of preeclampsia. *Hypertens Pregnancy* 2006;25(2):129-42.
57. Kazuto Nakamura, MD, PhD, José J. Fuster. *Adipokines: A link between obesity and cardiovascular disease*, 2014.
58. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA*. 2010; 303:235-241.
59. Nilsen TIL, Holtermann A, Mork PJ (2011) Physical exercise, body mass index, and risk of chronic pain in the low back and neck/shoulders: longitudinal data from the Nord-Trøndelag Health Study. *Am J Epidemiol* 174:267-273.
60. MacMahon S, Cutler J, Brittain E, Higgins M. Obesity and hypertension: epidemiological and clinical issues. *Eur Heart J* 1987; 8:57-70.
61. Cawley J and Meyerhoefer C. The Medical Care Costs of Obesity: An Instrumental Variables Approach. *Journal of Health Economics*, 31(1): 219-230, 2012; And Finkelstein, Trogon, Cohen, et al. Annual Medical Spending Attributable to Obesity. *Health Affairs*, 2009.
62. Ware JE, Keller SD, Gandek B, Brazier JE, Sullivan M. IQOLA Project Group. Evaluating translations of health status questionnaires: Methods from IQOLA Project. *International Journal of Technology Assessing Health Care* 1995;11(3):525-551.
63. Juozulynas, A., et al. Gyvenimo kokybės prognozavimo galimybė senstančioje visuomenėje. *Gerontologija*. 11(3), 2010, p. 146.

64. A. Ivanauskas, M. Pileckaitė-Markovienė, Nėščiujų vidinė darna, socialinė parama ir streso įveikos strategijos, 2010 m. Nr. 21, 7-15 p.
65. Furmonavičius T. Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje. (Quality of life research in medicine) *Biomedicina* 2001;1(2):128-32.
66. Puhl RM, Henderson KE, Social consequences of obesity. In: Kopelman PG, Caterson ID, Dietz WH, eds. *Clinical obesity*, 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2005: 29-45.
67. Crozier SR, Inskip HM, Godfrey KM, Cooper C, Harvey NC, Cole ZA, et al. Weight gain in pregnancy and childhood body composition: Findings from the Southampton Women's Survey. *Am J Clin Nutr.* 2010; 91:1745-51.
68. Haas JS, Meneses V, McCormick MC (1999) Outcomes and health status of socially disadvantaged women during pregnancy. *J Women Health Gend Based Med* 8:547-553.
69. Kenchaiah S, Evans JC, Levy D et al. Obesity and the risk of heart failure. *N Engl J Med* 2002; 347:305-313.
70. Kenchaiah S, Gaziano JM, Impact of obesity on the risk of heart failure and survival after the onset of heart failure. *Med Clin North Am* 2004; 88: 1273-94.
71. Saltonstall R. Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life, 1993: 36:7-14.
72. Greenberg I. Psychological aspects of bariatric surgery. *Nutr Clin Pract*, 2003; 18:124-30.
73. The Impact of Maternal Obesity on Maternal and Fetal Health Meaghan A. Leddy, Michael L. Power, PhD, Jay Schulkin, PhD.
74. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report. Series 894. Geneva, WHO 2000.
75. Crane JMG, White J, Murphy P, Burrage The effect of gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31:28-35.
76. Berger H, Crane J, Farine D. Screening for gestational diabetes mellitus. SOGC Clinical Practice Guideline. *J Obstet Gynaecol Can*, 2002;24:894-903.
77. Zhang C, Solomon CG, A prospective study of pregravid physical activity and sedentary behaviors in relation to the risk for gestational diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 2006;166:543-8.
78. Davenport MH, Mottola MF, Gratton R. A walking intervention improves capillary glucose control in women with gestational diabetes mellitus: a pilot study. 2008;33:511-7.
79. Zhang C, Solomon CG, Manson JE, Hu FB. A prospective study of pregravid physical activity and sedentary behaviors in relation to the risk for gestational diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 2006;166:543-8.

80. Davenport MH, Mottola MF, McManus R, Gratton R. A walking intervention improves capillary glucose control in women with gestational diabetes mellitus: a pilot study. *Appl Physiol Nutr Metab* 2008;33:511-7.
81. Dodd JM, Turnbull DA, McPhee AJ, Wittert G, Crowther CA, Robinson Js. Limiting weight gain in overweight and obese women during pregnancy to improve health outcomes: the LIMIT randomised controlled trial. *BMC pregnancy and Childbirth*, 2011.
82. Lashen H, Fear K, Sturdee DW. Obesity is associated with increased risk of first trimester and recurrent miscarriage: matched case-control study. *Human reproduction* 2004;19(7):1644-6.
83. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO TRS 916. Geneva 2003.
84. Karlsson J, Taft C, Ryden A, Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study, 2007.
85. Ware JE, Kemp JP, Buchner DA. Generic and disease-specific measures to changes in the severity of asthma among adults. *Quality Life Res* 1998;7:235-244.
86. Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care* 1989;27:S217-232.
87. Burckhardt CS, Anderson KL. The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization. *Health Qual Life Outc* 2003;1:60-67.
88. Colditz G. Economic costs of obesity and inactivity. *Medicine and Science in Sport and exercise.*, 31 p.
89. The WHO-QOL Groups. *World Health Forum* 1986;17:355.
90. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995;273(1):59-65.
91. Chren MM. Understanding research about quality of life and other health outcomes. *J Cutan Med Surg* 1999;3(6):312-6.
92. Althabe F, Belizan JF. Caesarean section: The paradox. *The Lancet*, 2006; 368: 1472-3.
93. Chu SY, Kim SY, Schmid CH, Dietz PM, Callaghan WM, Lau J, et al. Maternal obesity and risk of cesarean delivery: a metaanalysis. *Obesity reviews* 2007; 385-94.
94. Chandra A, et al "The relationship of body mass and fat distribution with incident hypertension: observations from the Dallas Heart Study" *J Am Coll Cardiol* 2014; 997-1002.

95. Frischknechta F, Brühwilera H, Raiob L, Lüschera KP. Changes in pre-pregnancy weight and weight gain during pregnancy: Retrospective comparison between 1986 and 2004. *Swiss Med Wkly*. 2009; 139:52-5.
96. Athukorala C, Rumbold AR, Willson KJ, Crowther CA. The risk of adverse pregnancy outcomes in women who are overweight or obese. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10; 56.
97. Duvekot JJ. Pregnancy and obesity: practical implications. *Eur Clinics Obstet Gynaecol*. 2005;1:74–88.
98. Jarvie E, Hauguel-de-Mouzon S, Nelson SM, Sattar N, Catalano PM, Freeman DJ. Lipotoxicity in obese pregnancy and its potential role in adverse pregnancy outcome and obesity in the offspring. *Clin Sci (Lond)*. 2010;119(3):123-9.
99. Nuthalapaty FS, Rouse JD. The impact of obesity on fertility and pregnancy. Available at: <http://www.uptodate.com/contents/the-impact-of-obesity-on-fertility-and-pregnancy>.
100. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of women with obesity in pregnancy. CMACE/RCOG Joint Guideline. London: RCOG Press; 2010. Available at: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/management-women-obesity-pregnancy>.
101. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993;118:622-9.
102. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
103. Mykletun A, Stordal E, Dahl AA. Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *Br J Psychiatry* 2001;179:540-4.
104. Bunevičius R. HAD skalė - patogus depresijos ir nerimo sukrikimų tyrimo instrumentas. *Nervų ir psichikos ligos* 2002;1:19-20.
105. Mykletun A, Stordal E, Dahl AA. Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *Br J Psychiatry* 2001;179:540-4.
106. Prof. G. S. Drašutienė, Nėščiujų ir naujagimių fizinės būklės pokyčiai per pastarąjį dvidešimtmetį. Vilnius, 2006 m.
107. Carr AJ, Gibson BA, Robinson PG. Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ*. 2001;322:1240-1243.
108. Holowko N., Social inequality in pre-pregnancy BMI and gestational weight gain in the first and second pregnancy among women in Sweden.

109. Dietary fat intakes for pregnant and lactating women. Berthold Koletzkoa, Irene Cetina. 2007, p. 873-877
110. Eating attitudes and behaviors in pregnancy and postpartum: global stability versus specific transitions. Baker CW, Carter AS. 1999; 21(2):143-8.
111. Body mass index, eating attitudes, and symptoms of depression and anxiety in pregnancy and the postpartum period. Carter AS, Baker CW. 2010; 62(2):264-70.
112. Quality of life in obese pregnant women: a longitudinal study. José M. Juárez, 2008; 198(2):203.
113. Paeratakul S, White MA, Williamson DA et al. Sex, race/ethnicity, socioeconomic status, and BMI in relation to self-perception of overweight. *Obes Res* 2002; 10: 345-50.
114. Ing-Marie Claesson. Weight gain restriction for obese pregnant women An intervention study. 2010.
115. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Living With: Depression During Pregnancy. <http://www.psychguides.com/guides/living-with-depression-during-pregnancy/>
116. Bogaerts AF, Devlieger R, Anxiety and depressed mood in obese pregnant women: a prospective controlled cohort study. 2013; 6(2):152-64.
117. Fruit and Vegetable Consumption and Body Mass Index: A Quantile Regression Approach, 2012; 3: 210-220.
118. Cedergren MI: Effects on gestational weight gain and body mass index on obstetric outcomes in Sweden. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2006; 93;269-274.
119. Fontaine KR, Barofsky I. Obesity and health-related quality of life. *Obes Rev* 2001;2:173-82.
120. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams D. Type 2 diabetes Melitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009;373:1173-79.
121. Athukorala C, Rumbold AR, Willson KJ, Crowther CA. The risk of adverse pregnancy outcomes in women who are overweight or obese. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:56.
122. Sveikos mitybos rekomendacijos. Metodinės rekomendacijos. 2011 m. 14-17 p.

8. PRIEDAI

8.1 SF-36 klausimynas

I. Informacija apie Jūsų sveikatą, savijautą bei kasdieninę veiklą

1. Įvertinkite savo sveikatą šiuo metu:

puiki labai gera gera nebloga bloga

2. Prašau pasirinkti atsakymą, kuris geriausiai atspindi kiekvieną iš teiginių:

a) man atrodo, kad nėštumo laikotarpiu aš labiau linkusi sirgti negu kiti žmonės:

visiškai teisingas dažniausiai teisingas nesu įsitikinusi dažniausiai klaidingas visiškai klaidingas

b) aš esu tokia sveika kaip ir visi kiti, ką pažįstu:

visiškai teisingas dažniausiai teisingas nesu įsitikinusi dažniausiai klaidingas visiškai klaidingas

c) aš manau, kad mano sveikata blogės:

visiškai teisingas dažniausiai teisingas nesu įsitikinusi dažniausiai klaidingas visiškai klaidingas

3. Palyginkite savo sveikatą dabar su prieš 1 metus buvusią:

ženkliai geresnė truputį geresnė panaši, kaip ir buvo truputį blogesnė ženkliai blogesnė

II. Sveikata ir kasdieninė veikla. Šie klausimai yra apie veiklą, kurią Jūs atliekate kasdien.

4. Ar dabartinė Jūsų sveikata riboja kasdienę veiklą? taip ne

Jei taip, tai atliekant kokio tipo veiklą ir kiek riboja?

a) vidutinio sunkumo veikla (pvz., valymas dulkių siurbliu):

taip, labai riboja taip, truputį riboja ne, visai neriboja

b) maisto prekių kėlimas ir nešimas:

taip, labai riboja taip, truputį riboja ne, visai neriboja

c) lipimas laiptais keletą aukštų:

taip, labai riboja taip, truputį riboja ne, visai neriboja

d) lipimas laiptais vieną aukštą:

taip, labai riboja taip, truputį riboja ne, visai neriboja

g) pasilenkimas, klūpojimas ar stovėjimas:

taip, labai riboja taip, truputį riboja ne, visai neriboja

h) ėjimas daugiau negu 1,5 kilometro:

taip, labai riboja taip, truputį riboja ne, visai neriboja

i) ėjimas pusę kilometro:

taip, labai riboja taip, truputį riboja ne, visai neriboja

j) ėjimas 100 metrų:

taip, labai riboja taip, truputį riboja ne, visai neriboja

j) prausimasis ir apsirengimas:

taip, labai riboja taip, truputį riboja ne, visai neriboja

5. Ar per pastarąsias 4 savaites turėjote kokių nors išvardintų problemų, susijusių su darbu ar kita reguliaria kasdienine veikla dėl fizinės sveikatos? (pvz., reikėjo ženkliai daugiau pastangų)?

1) mažiau laiko praleidžiate darbe ar kitur: taip ne

2) atlikote mažiau, negu Jūs norėtumėte: taip ne.

3) apribojate darbo rūšį ar kitą veiklą: taip ne.

4) iškilo sunkumai atliekant darbą ar kitą veiklą: taip ne.

6. Kokio intensyvumo būdavo kūno skausmai per pastarąsias 4 savaites?

nebuvo labai silpni silpni vidutinio intensyvumo stiprūs labai stiprūs

7. Ar per pastarąsias 4 savaites skausmas sutrukdė Jūsų įprastą darbą (įskaitant namų ruošą ir darbą ne namuose)?

ne, visai ne labai nedaug vidutiniškai gana nemažai ypatingai

8. Ar per pastarąsias 4 savaites turėjote kokių nors išvardintų problemų, susijusių su darbu ar kita reguliaria kasdienine veikla **dėl kokių nors emocinių problemų** (pvz., tokių, kaip depresijos ar nerimo jautimas)?

1) mažiau laiko praleidžiate darbe ar kitur: taip ne.

2) atlikote mažiau, negu turėtumėte: taip ne.

3) neatlikote darbo ar kitų užduočių taip rūpestingai, kaip paprastai: taip ne.

9. Ar per pastarąsias 4 savaites Jūsų fizinė sveikata ar emocinės problemos kaip nors trukdė Jūsų normaliai socialinei veiklai su šeima, draugais, kaimynais, pan.?

ne, visiškai ne neženkliai vidutiniškai gana nemažai ypatingai

III. Šie klausimai yra apie Jūsų savijautą ir kaip Jūs tai apibūdintumėte per paskutinį mėnesį.

10. Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį:

a) mano sveikata puiki:

visiškai teisingas dažniausiai teisingas nesu įsitikinusi dažniausiai klaidingas visiškai klaidingas

b) jautėte gyvenimo pilnatvę?

visada dažniausiai kartais retkarčiais retai niekada

c) buvote labai nervinga?

visada dažniausiai kartais retkarčiais retai niekada

d) jautėtės tokios blogos nuotaikos, kad niekas negalėjo Jūsų pralinksminti?

visada dažniausiai kartais retkarčiais retai niekada

e) jautėtės rami ir taiki?

visada dažniausiai kartais retkarčiais retai niekada

f) turėjote daug energijos?

visada dažniausiai kartais retkarčiais retai niekada

g) jautėtės nuliūdusi ir niūri?

visada dažniausiai kartais retkarčiais retai niekada

h) jautėtės išsisėmusi?

visada dažniausiai kartais retkarčiais retai niekada

i) jautėtės laiminga?

visada dažniausiai kartais retkarčiais retai niekada

j) jautėtės pavargusi?

visada dažniausiai kartais retkarčiais retai niekada

k) sveikata apribojo Jūsų socialinę veiklą (pvz., draugų ar artimųjų, giminių lankymą):

visada dažniausiai kartais retkarčiais retai niekada

8.2. Autorių parengta anketa

1. Ar domitės sveikos mitybos principais?

taip kartais ne

2. Ar Jūsų mityba yra reguliari ir visavertė?

taip, dažniausiai kartais ne negaliu atsakyti

3. Kaip vertinate savo mitybos įpročius?

teigiamai, aš stengiuosi maitintis sveikai teigiamai, bet mano mityba nėra sveika/visavertė neigiamai, mano mityba nėra visavertė man tai nerūpi

4. Ar pasikeitė Jūsų mityba nėštumo metu?

ne, mityba tokia pati kaip ir iki nėštumo maitinuosi sveikiau mityba tapo nereguliari ir/ar nevisavertė

5. Kiek kartų per dieną maitinatės?

1 - 2 3 - 4 5 ir daugiau

6. Kokius maisto produktus labiausiai mėgstate?

daržoves vaisius pieno produktus mėsą žuvį grūdinius produktus kita: _____

7. Kaip dažnai valgate saldumynus bei produktus, turinčius daug pridėtojo cukraus?

nuolat, keletą kartų per dieną kartais retai nevalgau

8. Kiek skysčių per parą išgeriate?

iki 1 litro iki 2 litrų 2 litrus ir daugiau

9. Ar pusryčiaujate?

taip ne kartais

10. Kokius riebalus naudojate gamindama maistą?

augalinį aliejų sviestą margariną gyvulinius riebalus

11. Ar vartojate maisto papildus?

taip ne

Jei atsakėte „taip“, kokius maisto produktus vartojate? _____

12. Ar skaitote maisto produktų etiketes?

taip, visada dažniausiai kartais niekada

13. Kokiais kriterijais vadovaujatės renkantis maisto produktus?

naudingas sveikatai, ligų profilaktikai skanus dietinis priklauso nuo šeimos pomėgių kaina

14. Kaip apibūdintumėte savo kūno svorį?

lieknas normalus turiu antsvorio esu nutukusi nežinau, man tai nerūpi

15. Ar esate patenkinta savo kūno svoriu?

taip ne

16. Ar Jūsų šeimoje yra turinčių antsvorio?

taip, yra turinčių antsvorio taip, yra nutukusių nėra

17. Ar žinote, kas tai yra kūno masės indeksas (KMI) ir kaip jis apskaičiuojamas?

taip ne

18. Ar domitės savo kūno svoriu? taip ne**8.3. HAD (anl. Hospital Anxiety and Depression) – Nerimo ir depresijos skalė**

D Aš jaučiuosi užslopinta, lėčiau galvoju ir judu: 3 Beveik visada 2 Labai dažnai 1 Kartais, nestipriai 0 Visiškai ne	N Aš jaučiu įtampą ir nerimą: 3 Beveik visada, nuolat 2 Didelę laiko dalį, dažnai 1 Retkarčiais 0 Niekada nejaučiu
D Mane ir dabar džiugina tai, kas teikė džiaugsmo anksčiau: 0 Visiškai tiek pat džiugina 1 Mažiau nei anksčiau džiugina 2 Daug mažiau džiugina 3 Beveik visai nedžiugina	N Mane apima baimė, lydima vidinio virpulio ar spaudimo po krūtine: 0 Visiškai ne 1 Kartais 2 Gana dažnai 3 Labai dažnai, nuolat
D Aš nustojau rūpintis savo išvaizda: 3 Visiškai nebesirūpinu 2 Nesirūpinu tiek, kiek reikėtų 1 Rūpinuosi, bet mažiau nei anksčiau 0 Rūpinuosi tiek pat, kiek visuomet	N Aš jaučiu baimę, lyg kažkas siaubingo turėtų atsitikti: 3 Labai aiškiai ir stipriai 2 Jaučiu, bet nestipriai 1 Jaučiu nestipriai, bet manęs tai nejaudina 0 Visiškai nejaučiu
D Aš galiu juoktis ir suprasti humorą: 0 Taip pat kaip anksčiau 1 Mažiau ir sunkiau nei anksčiau 2 Daug mažiau ir sunkiau nei anksčiau 3 Visiškai negaliu	N Jaučiu, kad nenurimstu vietoje: 3 Labai stipriai 2 Gana stipriai 1 Truputį 0 Visiškai ne
D Iš gyvenimo aš laikiu kažko malonaus: 0 Tiek pat, kiek visada 1 Mažiau nei anksčiau 2 Daug mažiau nei anksčiau 3 Visiškai nelaukiu	N Mane vargina neramios mintys ir rūpesčiai: 3 Didžiąją laiko dalį, nuolat 2 Daug laiko, dažnai 1 Kartais 0 Retai
D Man linksma: 3 Niekada 2 Labai retai 1 Kartais 0 Dažnai	N Mane staiga apima didelis nerimas ar baimė: 3 Labai dažnai 2 Pakankamai dažnai 1 Retai 0 Niekada

D Man suteikia džiaugsmo gera knyga, filmas, radijo ar televizijos laida:	N Aš galiu ramiai sėdėti ir atsipalaiduoti:
0 Dažnai	0 Visada
1 Kartais	1 Dažnai
2 Retai	2 Retai
3 Labai retai	3 Niekada

8.4. *Reeder* streso vertinimo skalė

Teiginys	tikrai taip	galbūt taip	galbūt ne	tikrai ne
1. Apskritai aš esu nervinga.				
2. Aš labai rūpinuosi savo darbu (kasdienine veikla).				
3. Mano kasdieninė veikla yra labai varginanti ir sunki.				
4. Aš dažnai jaučiu nervinę įtampą.				
5. Mano kasdieninė veikla sukelia didelę įtampą.				
6. Aš dažnai jaučiu nervinę įtampą bendraudama su kitais žmonėmis.				
7. Dienos pabaigoje aš esu visiškai fiziškai ir protiška išsekusi.				