

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Gabrielė Meškūnaitė

Sveikatos psichologijos studijų programa
Magistro darbas

**Pirmą kartą gimdžusių moterų pasirengimo gimdymui, gimdymo patirties
ligoninėje ir pogimdyvinės depresijos simptomų ryšys**

Darbo vadovė: dr. Eglė Mažulytė-Rašytinė

Vilnius 2024

TURINYS

TURINYS.....	2
SANTRAUKA	3
SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS	5
PRATARMĖ	6
1. ĮVADAS.....	7
1.1. Pasirengimas gimdymui	7
1.1.1. Antenatalinis ugdymas	7
1.1.2. Psichologinė pagalba	9
1.1.3. Fizinis aktyvumas	11
1.2. Gimdymo patirtis ligoninėje ir pasirengimas gimdymui.....	12
1.2.1 Medicininės intervencijos ir gimdymo būdas	12
1.2.2. Skausmas ir jo įveika gimdymo metu	13
1.2.3. Psichosocialiniai gimdymo patirties aspektai	14
1.3 Pogimdyminė depresija.....	16
1.4 Tyrimo tikslas ir uždaviniai	18
2. METODIKA.....	20
2.1. Tyrimo dalyviai.....	20
2.2. Tyrimo instrumentai	21
2.3 Tyrimo eiga.....	25
2.4. Duomenų analizės metodai	25
3. REZULTATAI	30
3.1. Pasirengimo gimdymui priemonės ir pasirošimo gimdymui vertinimas	30
3.2 Pasirengimas gimdymui ir gimdymo patirtis.....	32
3.3. Pasirengimas gimdymui ir pogimdyminės depresijos simptomai	39
4. REZULTATŲ APTARIMAS	45
IŠVADOS.....	45
LITERATŪRA	54
PRIEDAI	65

SANTRAUKA

Pirmą kartą gimdžiusių moterų pasirengimo gimdymui, gimdymo patirties ligoninėje ir pogimdyminės depresijos simptomų ryšys

Gabrielė Meškūnaitė

Vilnius

Vilniaus universitetas, 2024 m., 77 p.

Šiuo tyrimu siekta suprasti, kaip pasirengimas gimdymui susijęs su gimdymo patirtimi ligoninėje bei pogimdymine depresija ir kokios sąsajos tarp gimdymo patirties ligoninėje ir pogimdyminės depresijos. Tyrime dalyvavo 1179 moterys, jų amžius nuo 18 iki 45 m. ($M = 29,53$, $SD = 3,9$). Tyrimo dalyvės iš visos Lietuvos pildė internetu platinamą apklausą. Pasirengimas gimdymui ir gimdymo patirtis ligoninėje buvo tiriama Motinystę globojančių iniciatyvų sąjungos parengta apklausa, pogimdyminės depresijos simptomai įvertinti Edinburgo pogimdyminės depresijos skale (EPDS). Analizuojant pasirengimą gimdymui nustatyta, jog moterys, kurios įsitraukia į edukacines pasirengimo veiklas buvo labiau patenkintos savo žiniomis apie gimdymą, o psichologinio pasirengimo veiklose dalyvavusios moterys prieš gimdymą jautėsi jam geriau pasiruošusios psichologiškai. Reikšmingų sąsajų tarp dalyvavimo edukacinėse, fizinio aktyvumo pasirengimo veiklose ir medicininės gimdymo patirties nenustatyta. Edukacinėse ir psichologinio pasirengimo gimdymui veiklose dalyvavusios moterys naudojo daugiau nemedikamentinių skausmo malšinimo būdų, tačiau patyrė panašų skausmo lygį kaip ir tokiose veiklose nedalyvavusios moterys. Dalyvavimas edukacinėse pasirengimo gimdymui programose susijęs su aktyvesniu dalyvavimu sprendimų priėmimo gimdymo metu. Psichologinio pasirengimo veiklose dalyvavusios moterys liko mažiau patenkintos joms suteikta priežiūra gimdymo metu ir po jo, šiose veiklose dalyvavusios moterys taip pat susidūrė su didesne pogimdyminės depresijos rizika. Daugiau pogimdyminės depresijos simptomų patyrė moterys, gimdžiusios cezario pjūvio operacijos būdu bei tos, kurios patyrė aukštesnio lygio skausmą. Psichologinio pasiruošimo gimdymui vertinimas bei pasitenkinimas turėtomis žiniomis apie gimdymą yra reikšmingi prognoziniai pogimdyminės depresijos simptomų veiksniai. Atliktas tyrimas suteikia svarbių įžvalgų apie pasirengimo gimdymui perspektyvas.

Raktiniai žodžiai: pasirengimas gimdymui, pogimdyminė depresija, gimdymas ligoninėje

SUMMARY

The relationship between antenatal preparation, hospital birth experience and symptoms of postnatal depression in first-time mothers

Gabrielė Meškūnaitė

Vilnius

Vilniaus universitetas, 2024 m., 77 p.

This study aimed to understand how preparation for childbirth is related to the experience of childbirth in a hospital and postpartum depression and what are the connections between the experience of childbirth in a hospital and postpartum depression. 1179 women aged from 18 to 45 years. ($M = 29,53$, $SD = 3,9$) participated in the research. Research participants from all over Lithuania filled out a survey distributed online. Birth preparation and hospital birth experiences were investigated by a survey developed by Motinystę globojančių iniciatyvų sąjunga, and postpartum depression symptoms were assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Analyzing the preparation for childbirth, it was found that women who participate in educational preparation activities were more satisfied with their knowledge about childbirth, and women who participated in psychological preparation activities before childbirth felt better prepared psychologically for it. No significant correlations were found between participation in educational, physical activity preparation activities and medical childbirth experience. Women who participated in educational and psychological preparation for childbirth activities used more non-drug pain relief methods, but experienced similar levels of pain as women who did not participate in such activities. Participation in educational childbirth preparation programs is associated with more active participation in decision-making during childbirth. Women who participated in psychological preparation activities were less satisfied with the care they received during and after childbirth, and women who participated in these activities also faced a higher risk of postpartum depression. More symptoms of postpartum depression were experienced by women who gave birth by caesarean section and those who experienced a higher level of pain. Assessment of psychological preparation for childbirth and satisfaction with knowledge about childbirth are significant predictors of postpartum depression symptoms. The study provides important insights into the perspectives of childbirth preparation.

Key words: preparation for childbirth, postpartum depression, childbirth in hospital

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Gimdymo patirtis – tai kompleksinė, psichologinė ir individuali patirtis, turinti universalių fiziologinių procesų elementų ir laikoma reikšmingu gyvenimo įvykiu (Larkin, Begley, & Devane, 2009).

Pogimdyminė depresija – tai didžiosios depresijos epizodas, kurio pradžia siejama su laikotarpiu prieš nėštumą, nėštumu ar postnataliniu periodu, jei nuotaikos sutrikimo simptomai pasireiškia per metus nuo gimdymo (Stewart & Vigod, 2016).

PRATARMĖ

Žengimą į motinystę ir pasirengimą gimdymui galima tyrinėti įvairiausiais aspektais: nuo sakralaus ir mitinio požiūrio, kurį įkūnija graikų mitologijos deivė *Eileithya*, gimdymo deivė, sociologinio, moters naujo vaidmens įgijimo, šeimos koncepcijos klausimo iki biologinio nėštumo analizavimo ir gimdymo proceso bei jo intervencijų supratimo. Raphael-Leff (2018) teigia, kad besilaukiančios moterys per pakankamai trumpą laiko tarpą patiria daugybę fizinių ir psichologinių pokyčių, kurie gali sukelti iššūkių ir papildomo streso, todėl tam tikros išorinės intervencijos yra būtinos, siekiant užtikrinti optimalią būsimos mamos ir jos vaiko sveikatą. Nors nebūtinai tokiai pozicijai besąlygiškai pritariama štai Parthasarathy (2018) kelia klausimą, ar ne per daug tiek pasirengimo metu, tiek gimdymo metu apkraunama moters smegenų žievė, mėgindama apdoroti didelius kiekius naujos informacijos bei priimti geriausius įmanomus sprendimus, reaguodama į esančius aplinkui, vietoj to, jog leistų savo limbinei sistemai veikti ir geriausiai kaip įmanoma paruošti kūną, laukiančiam gimdymo procesui, ar tikrai daugiau pasirengimo ir žinių yra visada geriau? Į šį klausimą kol kas sunku atsakyti, mat tyrimai nepateikia vienareikšmiškos nuomonės, ar tai, kas daroma nėštumo laikotarpiu turi reikšmingos įtakos moters ir kūdikio sveikatai, o Lietuvoje apie tai žinoma itin mažai.

Regis, galima pasirinkti tiek galybę skirtingų pjūvių šiam procesui suprasti ir kartu nesirinkti nei vieno, jei į pasirengimą gimdymui žiūrėsime paprasčiau, tik kaip į savaimę suprantamą, gamtos užprogramuotą procesą, keičiantį moters fiziologiją, hormonų pusiausvyrą, kuriam nereikia papildomo žmogaus įsikišimo. Tačiau šiuo tyrimu norima pasiūlyti psichologinio pasirengimo gimdymui perspektyvą, kurią pasitelkiant bus bandoma suprasti, ką reiškia pasirengimas gimdymui šiuolaikiniame pasaulyje, kuriame informacijos daugiau nei pajėgumų ją apdoroti, ir kaip jis paveikia gimdymo patirtį bei moters psichikos sveikatą.

1. ĮVADAS

1.1. Pasirengimas gimdymui

Pasirengimas gimdymui gali būti suvokiamas kaip spektras įvairių priemonių nuo nereikalaujančių didelių pastangų iki intensyvių, reikalaujančių visapusių išteklių iš nėščiosios. Kai kurios šių priemonių yra labiau formalios, apibrėžtos rekomendacijomis, tuo tarpu kitos neformalios inicijuojamos tik pačios nėščiosios noru. Suprantama, jog mokslinės sferoje dėmesys sutelkiamas į tyrimais pagrįstas strategijas, kurios gali būti naudingos besilaukiančiai moteriai, tačiau verta nepamiršti, jog pasirengimo gimdymui procesas nėra izoliuotas nuo šiuo metu plačiai prieinamos informacijos ar rekomendacijų, kuriomis moterys gali būti linkusios vadovautis. Šio darbo kontekste apžvelgiamos galimos, nors ir nebaigtinės, pasirengimo gimdymui priemonės, iš kurių antenatalinis ugdymas išskiriamas kaip plačiausia sritis, kurioje dažnu atveju vyrauja tarpdisciplininė perspektyva, suteikianti įvairių žinių ir įgūdžių, tačiau siekiant visapusiškai suprasti moters pasirengimą gimdymui prasminga išsamiau pasigilinti į kitas prieinamas paslaugas, į kurias įsitraukia moterys tokias kaip psichologinė pagalba ir fizinis aktyvumas bei jų teikiamą naudą gimdymo patirčiai ir pogimdyminiam laikotarpiui.

1.1.1. Antenatalinis ugdymas

Išpopuliarėjęs XX amžiaus septintajame ir aštuntajame dešimtmečiuose, antenatalinis ugdymas, pirmiausiai buvo suprantamas kaip būdas rengtis skausmo valdymui gimdymo metu, tačiau laikui bėgant antenatalinio ugdymo samprata kito. Keliami tikslai plėtėsi, įtraukdami edukaciją apie gimdymą, akušerines intervencijas, naujagimio priežiūrą, galimybę gauti specialistų nuomonę, nerimo mažinimą, socialinių ryšių užmezgimą bei tapo būdu sveikatos priežiūros specialistams paskatinti sveikatai naudingą elgesį, galimai sumažinti sergamumo ir mirštamumo rodiklius, pagerinti pasitenkinimą gimdymu (Macones, 2016). Antenatalinė edukacija dažniausiai vykdoma grupiniu formatu ir yra vedama akušerės bei suteikia informacijos ir apie pogimdyminį laikotarpį – naujagimio priežiūrą ir žindymą bei galimus emocinius iššūkius – *baby blues*, pogimdyminę depresiją. (Swift, Zoega, Stoll, Avery, & Gottfreðsdóttir, 2021). Vis dėlto, antenatalinis ugdymas nėra privalomas ar reglamentuojamas, galima aptikti tik tam tikras rekomendacijas, kas galėtų būti įtraukiama į programas. Tai apsunkina šios srities tyrimus ir galimybę juos lyginti tarpusavyje dėl jų heterogeniškumo bei variabilumo ir skatina ieškoti naujų tyrimų perspektyvų (Brixval et al., 2015). Keliamos prielaidos, jog šiuo atveju reikia atsižvelgti į konkrečių antenatalinio ugdymo programų keliamus tikslus, vertinant jų efektyvumą taip pat verta atkreipti dėmesį į moterų ir/ar jų partnerių turimus lūkesčius (Macones,

2016). Lederman ir Weis (2020) atskleidžia tris galimus antenatalinės edukacijos vertinimus, kuriuos pateikia moterys, pirma, tai yra itin naudingas informacijos šaltinis, visgi kitas požiūris teigia, kad įgytos žinios buvo naudingos, tačiau nepadėjo susidaryti realistiškų lūkesčių apie tai, koks gali būti gimdymas, tačiau dalis žmonių teigė, jog suteikiama informacija apie galimas rizikas ir pavojus prisideda prie baimės didėjimo ir informacijos gali būti per daug. Galima teigti, jog nėra vieningo vertinimo apie antenatalinio ugdymo naudą ir neturima pakankamai duomenų, kurie padėtų suprasti, kokie veiksniai – ugdymo kokybės ar/ir asmeniniai edukacijų dalyvių – susiję su antenatalinio ugdymo rezultatais. Ahldén, Ahlehagen, Dahlgren ir Josefsson (2012) atlikta būsimų tėvų apklausa atskleidė, jog pirmiausia, tiek moterys, tiek vyrai antenatalinėje edukacijoje nori pasirengti būsima tėvystei ir išmokyti naujagimio priežiūros įgūdžių. Tad gali būti, jog didesnis dėmesys skiriamas tam, kas bus po gimdymo nei pačiam gimdymui, taip perleidžiant daugiau atsakomybės už šį procesą medicinos specialistams. Suprantama, jog būsimiems tėvams gali atrodyti svarbiau ilgalaikis buvimo tėvais iššūkis nei palyginus trumpas gimdymo etapas.

Dalyvavimas antenatalinėje edukacijoje yra puiki galimybė intervencinėms ir prevencinėms priemonėms, kurios susijusios ne tik su gimdymo patirtimi, bet ir su pačios moters psichikos sveikata. Moterys, lankiusios edukacinius užsiėmimus pasižymėjo mažesne gimdymo baime, nerimu ir depresija, net jei lankymas nebuvo reguliarus, lyginant su moterimis, kurios nedalyvavo edukaciniuose užsiėmimuose (Hassanzadeh, Abbas-Alizadeh, Meedya, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, & Mirghafourvand, 2020). Atsižvelgiant į tai, jog į antenatalinę edukaciją įsitraukia išties nemaža dalis moterų, JAV atliktos apklausos duomenimis (Declercq, Sakala, Corry, Applebaum, & Herrlich, 2014) 59% apklausoje dalyvavusių pirmą kartą nėščių moterų dalyvavo gimdymo edukacijoje, skatina ieškoti efektyvių ir mokslu pagrįstu priemonių, kurios galėtų teigiamai paveikti šeimų gyvenimus.

Antenatalinis ugdymas svarbus ne tik žinių ir įgūdžių klausimu, bet ir socialinių ryšių kūrimui ir stiprinimui. Kaip teigia Lederman ir Weis (2020), antenatalinio ugdymo užsiėmimus moterys yra linkusios lankyti tam, kad sužinotų, ko tikėtis gimdyje taip pat tam, kad galėtų geriau pasidalinti gimdymo patirtimi su savo partneriu. Nemažiau svarbi komunikacija ir su kitomis būsimosiomis mamomis, pasidalinimas savo patirtimi. Brady ir Lalor (2017) atlikto kokybinio tyrimo metu paaiškėjo, jog moterys antenatalinės edukacijos metu, nors ir vertino gaunamas žinias, tikėjosi daugiau galimybių būtent socialinių ryšių užmezgimui su kitomis būsimosiomis ar esamomis mamomis. Tad galima teigti, jog didelių pokyčių laikotarpiu kelyje į motinystę moterims yra būtinas bendravimas ir palaikymas tiek iš artimųjų, tiek ir iš kitų tą patį išgyvenančių moterų.

Verta paminėti ir kitus informacijos šaltinius, kuriais naudojasi besilaukiančios moterys, – tai bendravimas su kitomis moterimis bei informacijos paieška knygose, filmuose, internete. Deja, šių pasirengimo priemonių analizę taip pat itin apsunkina jų heterogeniškumas, tačiau platus prieinamumas ir naudojimas skatina jas taip pat įtraukti į pasirengimo gimdymui kontekstą. Lederman ir Weis (2020) pastebi, jog kai kurios moterys kaip tik linkusios vengti išgirsti kitų moterų sudėtingo gimdymo istorijas, nenorėdamos, kad tai paveiktų jų požiūrį į gimdymą. Dauguma moterų skaito kokią nors literatūrą, susijusią su gimdymu, jų pasirinkimai gali varijuoti nuo paprastų lankstinukų, suteikiamų sveikatos priežiūros specialistų iki akušerinių – ginekologinių vadovėlių, įsitraukimas į literatūros skaitymą priklauso nuo išsilavinimo lygio ir turimo laisvo laiko (Lederman & Weis, 2020). JAV atliktos apklausos duomenimis 82% moterų bent kartą per savaitę naudojosi kompiuteriu su interneto prieiga informacijos paieškai apie nėštumą ir gimdymą (Declercq et al., 2014), dažniausiai domimasi nėštumo komplikacijomis (Lederman & Weis, 2020). Galima numanyti, jog nauja nėštumo patirtis moterims kelia daug klausimų, o platus informacinis laukas leidžia nenutrūkstamai domėtis ir ieškoti naujos informacijos, remiantis įvairiausiais šaltiniais, tačiau tokios paieškos gali būti niekada nesibaigiančios ir imančios kelti nerimą, todėl svarbu, jog moterims būtų sudarytos galimybės gauti patikimą ir svarbią informaciją prieinamu būdu.

1.1.2. Psichologinė pagalba

Dalis antenatalinio ugdymo programų įtraukia tam tikrus psichologinius elementus tokius kaip relaksacijos ir vizualizacijos technikos, streso valdymas. Visgi, kai kurios gimdyvės gali pasirinkti įsitraukti ir į detalesnę savo psichologinį pasirengimą gimdymui, kurio metu tyrinėjamos emocijos, susijusios su gimdymu, įskaitant nerimą bei baimę, gydomos psichikos ligos, mokomasi valdyti stresą, siekiama geriau pažinti save. Žvelgiant plačiau, visuomenė, galvodama apie psichikos sveikatą, turėtų kelti tikslus susitelkti į ankstyvąją rizikos grupių nustatymą bei prevencines priemones, kurios užkirstų kelią sutrikimų atsiradimui. Nėščiujų populiacija yra itin tinkama grupė šiems tikslams įgyvendinti – moterys įprastai reguliariai lankosi pas sveikatos priežiūros specialistus, todėl didėja tikimybė, jog bus pastebėti psichikos sutrikimų rizikos ženklai. Tendencija, jog moterys yra linkusios ruošti savo gimdymui įvairiomis priemonėmis, suteikia erdvės intervencijų įgyvendinimui (Raphael-Leff, 2018). Šiems tikslams naudojamos įvairios psichologinės priemonės tokios kaip hipnozė (Brown & Hammond, 2007), psichoedukacija, psichosocialinis konsultavimas, tarpasmeninė psichoterapija (Cauli et al., 2019), kognityvinės psichoterapijos metodai (Henriksen, Borgenc, Risløkkenc, & Lukasse, 2020).

Psichoterapija nėštumo laikotarpiu gali padėti įveikti kylančius sunkumus bei padėti kurti ilgalaikius pokyčius. Kaip teigia St-André (1993), nėščios moterys gali būti itin imlios psichoterapijos procesui ir intervencijoms, o pati psichoterapija nėštumo metu gali būti ir kaip prevencinė priemonė psichikos sutrikimų atžvilgiu. Raphael-Leff (2018) tam pritaria teigdama, jog moters motyvacija psichoterapijai gali būti itin stipri nėštumo metu, mat šis laikotarpis lydimas pamirštų emocijų prisiminimo bei siekio iš naujo įvertinti savo tapatybę, ypač stipriai patiriamo pirmą kartą tampant motina taip pat iškyla ir besikeičiančio kūno tema. Moteris gali jaustis vieniša ir izoliuota su savo nėštumo patirtimi, neturėti reikiamos socialinės paramos, o psichoterapija suteikia galimybę tyrinėti šį gyvenimo pokytį ir jo metu kylančius sunkumus, numatyti galimą reikiamą pagalbą po gimdymo bei padėti kurti ilgalaikius pokyčius ir motinystėje, ir gyvenime. Prenataliniu psichologiniu konsultavimu siekiama, jog nėščioji užmegztų ryšį su savo kūnu, sumažėtų su nėštumu susiję emociniai simptomai tokie kaip prenatalinis nerimas, su kuriuo susiduria apie 85% pirmą kartą besilaukiančių moterų (Güler, Güler, Kinci, & Aktürk, 2019), stresas ir depresija. Keliamas tikslas suaktyvinti motinos turimus išteklius ir įveikos būdus, sukurti psichinį ir emocinį prieinamumą vaisiui (Paica et al., 2021). Sockol (2018) atlikta meta-analizė ir sisteminė apžvalga atskleidė, jog prevenciniuose tyrimuose tarpasmeninė psichoterapija buvo veiksminga depresijos simptomų ir depresijos epizodų paplitimo redukcijai, o į gydymą orientuotose tyrimuose tarpasmeninė psichoterapija siejama su sumažėjusiais depresijos ir nerimo simptomais, pagerėjusia santykių kokybe, socialiniu prisitaikymu ir socialine parama perinataliniu laikotarpiu. Galima teigti, jog psichoterapija gali pasiūlyti įvairiapusės naudos nėščiajai.

Psichologinės priemonės, nukreiptos į edukaciją ir įgūdžių lavinimą gali prisidėti prie geresnės gimdymo patirties. Rouhe ir kitų (2015) atliktas tyrimas taikė psichologo vedamus grupinius psichoedukacijos, dėmesingo įsisąmoninimo ir relaksacijos užsiėmimus gimdymo baimei mažinti, rezultatai atskleidė, jog intervencinei grupei priklausiusios moterys geriau vertino savo gimdymo patirtį, pasižymėjo sumažėjusia gimdymo baime bei patyrė mažiau pogimdyminės depresijos simptomų, lyginant su kontroline grupe. Toohill ir kitų (2014) atliktas tyrimas atskleidė, jog net ir po psichoedukacijos, kurią akušerė / -is vykdė telefonu, moterys pasižymėjo mažesne gimdymo baime taip pat jautė pagerėjusį saviveiksmingumą gimdymo atžvilgiu. Šie rezultatai skatina svarstyti apie galimą psichoedukacijos ir psichologinėmis priemonėmis kultivuojamų įgūdžių ugdymo svarbą pasirengimo gimdyti kontekste net ir tais atvejais, kai moterys nejaučia stiprios gimdymo baimės, tačiau siekia jaustis įgalintos savo gimdymui bei nori pasinaudoti prieinamomis priemonėmis savo psichikos sveikatos stiprinimui.

1.1.3. Fizinis aktyvumas

Fizinis aktyvumas nėštumo metu yra svarbi bendros sveikatos būklės palaikymo dalis bei gali būti teigiamai susijusi su gimdymo procesu ir moters psichikos sveikata. Judėjimas, mankšta bei intensyvesnė fizinė veikla yra svarbi sveikatos stiprinimo dalis bet kuriuo gyvenimo laikotarpiu ir neturėtų būti pamiršta nėštumo metu. Kaip teigia Pasaulio sveikatos organizacija (2022), nėščiosios, neturinčios kontraindikacijų, vidutinio intensyvumo fizinei veiklai turėtų skirti bent 150 minučių per savaitę, įtraukdamos aerobinių ir raumenis stiprinančių veiklų. Fizinis aktyvumas siejamas su sumažėjusia gestacinės hipertenzijos, diabeto, perteklinio svorio rizika bei mažesne gimdymo, naujagimio sveiktos komplikacijų bei pogimdyminės depresijos rizika (WHO, 2022).

Literatūroje pastebimos sąsajos tarp fizinio aktyvumo nėštumo metu ir medicininių intervencijų naudojimo gimdyje ir nėščiosios fizinės sveikatos. Hinman, Smith, Quillen, ir Smith (2015) teigia, jog potenciali fizinio aktyvumo nauda nėštumo metu įtraukia retesnę cezario pjūvio operacijos atlikimą, palaikomą tinkamą nėščiosios ir vaisiaus svorio augimą bei gestacinio diabeto valdymą, tačiau vis dar trūksta svarių įrodymų, jog fizinis aktyvumas yra prevencinė priemonė gestaciniam diabetui, preeklampsijai. Domenjoz, Kayser ir Boulvain (2014) atlikta atsitiktinių imčių tyrimų sisteminė apžvalga ir meta-analizė apie struktūruotos fizinės mankštos nėštumo metu poveikį gimdymui atskleidė, jog moterys fizinės mankštos grupėse pasižymėjo mažesne rizika gimdyti cezario pjūvio operacijos būdu, tačiau kitų instrumentinių intervencijų naudojimo gimdyje rizika nesiskyrė, lyginant su grupe, kuriai netaikyta intervencija. Pastebimas autorių sutarimas dėl fizinio aktyvumo ir mažesnių cezario pjūvio operacijos rodiklių, tačiau kita fizinio aktyvumo nauda gimdymui nepasižymi vienareikšmiškais įrodymais.

Fizinio aktyvumas gali būti vienas iš būdų gerinti ir psichikos sveikatą. Perales, Refoyo, Coteron, Bacchi ir Barakat (2015) pastebi, kad moterys, kurios nėštumo metu dalyvavo prižiūrimose mankštos grupėse pasižymėjo mažesniais depresijos įverčiais prenataliniu laikotarpiu nei moterys kontrolinėje grupėje. Vargas-Terrones, Barakat, Santacruz, Fernandez-Buhigas ir Mottola (2019) atliktas tyrimas atskleidė, jog moterys, priklausiusios intervencinei grupei ir dalyvavusios mankštos programoje, pasižymėjo mažesniais depresijos įverčiais nėštumo pabaigoje bei 6 savaitės po gimdymo nei moterys kontrolinėje grupėje. Vis dėlto yra tokiems rezultatams prieštaraujančių tyrimų, Songøygard ir kiti (2012) nenustatė reikšmingų galimos pogimdyminės depresijos paplitimo skirtumų tarp grupės, kuri įsitraukė į reguliarią fizinę mankštą vedamą fizioterapeuto, ir kontrolinės grupės, kuriai buvo suteiktos tik bendrosios rekomendacijos. Nors tarp autorių nepastebimas vieningas sutarimas dėl fizinio aktyvumo nėštumo laikotarpiu sąsajų su depresijos simptomais perinataliniu laikotarpiu, tai išlieka

svarbia intervcine priemone ateities tyrimams, siekiant rasti tinkamus ir prieinamus būdus depresijos simptomams valdyti, ypač jautriu perinataliniu laikotarpiu, kai medikamentinė pagalba yra apribota.

1.2. Gimdymo patirtis ligoninėje ir pasirengimas gimdymui

1.2.1 Medicininės intervencijos ir gimdymo būdas

Pasirengimas gimdymui gali būti vienas iš veiksnių sąlygojančių intervencijų naudojimą gimdymo metu. Ferguson ir kitų (2013) atliktoje literatūros apžvalgoje teigiama, jog moterys, lankiusios antenatalinės edukacijos kursus, gebėjo geriau atskirti tikrojo gimdymo pradžią nuo panašių į gimdymą kūno pojūčių, tačiau teigiama jog naudojo ir daugiau intervencijų, tokių kaip gimdymo skatinimas ar epidūrinis nuskausminimas. Nors Ricchi su kolegomis (2020) atlikto tyrimo duomenimis epidūrinę nejautrą rečiau rinkosi moterys dalyvavusios edukacinėje programoje. Maimburg, Væth, Dürr, Hvidman ir Olsen (2010) atlikto tyrimo duomenimis struktūruotoje pasirengimo gimdymui programoje dalyvavusių ir nedalyvavusių moterų gimdymuose medicininių intervencijų naudojimas buvo panašus. Stoll ir Hall (2012) taip pat teigia, jog gimdymo skatinimo, epidūrinės nejautos naudojimo rodikliai nebuvo susiję su pasirengimo gimdymo kursų lankymu. Pastebimi nevienareikšmiški rezultatai ir dėl prenatalinės edukacijos sąsajų su gimdymo būdu (Ferguson et al., 2013). Til ir Bostanci (2021) teigia, jog moterys, dalyvavusios struktūruotoje pasirengimo gimdymui programoje, dažniau gimdė natūraliais gimdymo takais nei moterys kontrolinėje grupėje, šie rezultatai sutampa su Consonni ir kitų (2010) bei Stoll ir Hall (2012) atliktų tyrimų išvadomis. Anot Cantone, Pelullo, Cancellieri ir Attena (2017) atlikto tyrimo, antenatalinio ugdymo užsiėmimai galėtų sumažinti cezario pjūvio operacijų skaičių apie 10%. Tačiau Ricchi ir kitų (2020) atliktame tyrime nepastebėta cezario pjūvio operacijos dažnio skirtumų tarp edukacijoje dalyvavusių ir nedalyvavusių moterų. Skirtumų tarp gimdymo būdo neaptiko ir Fabian, Rådestad ir Waldenström (2005) atlikta apklausa. Galima teigti, jog lieka neatsakytų klausimų apie pasirengimo gimdymui ir intervencijų naudojimo gimdymo metu sąsajas bei kokie kiti veiksniai galėtų daryti įtaką šiam sąryšiui.

Apsisprendimui dėl gimdymo būdo ar gimdyje naudojamų intervencijų įtaką gali daryti antenataliniu laikotarpiu įgytos žinios. Ely, Langer ir Dietz (2022) atliktas kokybinis tyrimas atskleidė, jog 55% tyrimo dalyvių manė, kad antenataliniu laikotarpiu turėtų būti suteikiama daugiau informacijos apie galimus nukrypimus nuo natūralaus gimdymo plano, tokius kaip instrumentinės intervencijos bei cezario pjūvio operacija, taip pat informuojama apie intervencijų ilgalaikes pasekmes – tai padėtų priimti sprendimus gimdymo metu ir suteikti išties informuotą sutikimą. Nors teikiamos sveikatos

rekomendacijos skatina moteris gimdyti natūraliais gimdymo takais, reikėtų nepamiršti, jog dalis moterų savo noru pasirenka gimdymą cezario pjūvio operacijos būdu, tokį sprendimą priimdamos dėl įvairių priežasčių: socialinių normų, emocinių išgyvenimų ar asmeninės patirties (O'Donovan & O'Donovan, 2018). Toks pasirinkimas gali būti nulemtas ir įvairių įsitikinimų apie gimdymo natūraliais takais ir gimdymo cezario pjūvio operacijos būdu naudą ir sunkumus, tačiau tai kartu atveria potencialią erdvę dirbti su šiais įsitikinimais per moterų edukaciją ir suteikti realią informaciją apie šių metodų naudą, rizikas bei sunkumus (Loke, Davies, & Li, 2015). Vis dėlto, nedaug žinoma apie antenalinės edukacijos ar kitų pasirengime naudotų metodų sąsajas su moterų apsisprendimu pasirinkti cezario pjūvio operaciją. Pastebėta, jog mažiau selektyvių cezario pjūvio operacijų siejama su intervencijomis, kurios nukreiptos į medicinos specialistų, o ne į nėščiosios ir jos šeimos edukaciją (Chen et al., 2018). Tyrimai atkreipia dėmesį į būtinybę suteikti moterims pakankamai informacijos apie medicininius gimdymo ligoninėje aspektus, įžvelgiama nauda tai daryti ne atvykimo į ligoninę gimdymui metu, o tam išnaudojant nėštumo laikotarpį.

1.2.2. Skausmas ir jo įveika gimdymo metu

Skausmas ar tam tikro diskomforto jutimas gimdymo metu gali būti iš dalies valdomas gimdyvės. Kaip teigia šiuolaikiniai skausmo tyrimai, skausmas tai ne tik sensorinė patirtis, susijusi su žmogaus fiziologija, ji apima ir emocinius, kognityvinius bei socialinius komponentus (Williams & Craig, 2016). Natūralu, jog ir gimdymo kontekste skausmas išskiriama kaip atskira šios patirties dalis, kuri negali būti priskirta vien tik fiziologinei ar emocinei patirčiai. Vienas dažniausių antenatalinės edukacijos tikslų – skausmo valdymas nemedikamentiniais metodais, su kuriais nėščiosios susipažįsta įvairių užsiėmimų metu. Anot Ricchi ir kitų (2020), edukacinių užsiėmimų lankymas didino tikimybę, jog gimdymo metu bus naudojamos kvėpavimo technikos ir vizualizacijos pratimai. Moterys taip pat naudojo ir kitus nemedikamentinius skausmo malšinimo būdus, tokius kaip pratimai ant kamuolio, masažas, vonia ir vertikali kūno pozicija (Miquelutti, Cecatti, & Makuch, 2013). Nors skausmas yra subjektyvi patirtis (Williams & Craig, 2016), tyrimai visgi linkę lyginti moterų patiriamą skausmo/nepatogumo gimdymo metų lygį. Akca ir kiti (2017) teigia, jog antenatalinėje edukacijoje dalyvavusios moterys patyrė reikšmingai mažiau skausmo. Escott, Slade ir Spiby (2009) toliau plėtoja individualumo skausmo atžvilgiu svarbą ir atkreipia dėmesį, jog pasiruošimo gimdymui metu, moterims turėtų būti padedama plėsti savo skausmo įveikos įgūdžius, įtraukiant kognityvines strategijas. Tačiau svarbu suprasti ir jau turimus įveikos įgūdžius bei jų kilmę, ypač identifikuojant tai, kas neveiksminga ir žalinga, bei stiprinti moterų saviveiksmingumą skausmo įveikos atžvilgiu, praktikuojant įvairias strategijas užsiėmimuose ir skiriant reguliarius paskatinimus. Nors nėštumo metu

dažnai mokomasi įvairių įgūdžių ir technikų, kurios padėtų valdyti skausmo patyrimą, nedera pamiršti ir medikamentinio skausmo malšinimo naudojimo tendencijų. Maimburg ir kiti (2010) pastebi, kad moterys, dalyvavusios antenatalinėje edukacijoje gimdymo metu rečiau naudoja epidūrinę nejautrą, tačiau bendras skausmo malšinimo priemonių poreikis panašus kaip ir edukacijoje nedalyvavusių moterų, tačiau Fabian ir kitų (2005) tyrimas atskleidžia priešingus rezultatus, kaip teigia autoriai, antenatalinėje edukacijoje dalyvavusios moterys dažniau naudojo epidūrinę nejautrą skausmo malšinimui, nors užsiėmimus lankiusios ir nelankiusios moterys nesiskyrė savo skausmo įvertinimais. Galima svarstyti, jog edukacija moterims suteikė daugiau papildomos informacijos sprendimui apie skausmo malšinimą epidūrine nejautra, todėl aptikti skirtumai tarp grupių, tačiau nevienareikšmiai rezultatai apie šio metodo naudojimą gali identifikuoti moterų individualius pasirinkimo skirtumus bei skirtumus ir tarp pačių edukacijų turinio. Apibendrinant, žinoma, jog nėštumo laikotarpiu skiriamas didelis dėmesys moters pasirengimui susidurti su tam tikru skausmu gimdymo metu ir gebėjimui jį valdyti ar malšinti bei žinoti kokios priemonės ir strategijos gali padėti šiame procese. Visgi, tyrimai nepateikia vienareikšmiškos išvados ar pasirengimas gimdymui susijęs su skausmo lygiu, paskatina ar kaip tik atgraso nuo medikamentinių skausmo malšinimo būdų.

1.2.3. Psichosocialinė gimdymo patirtis

Moterų įsitraukimas į pasirengimą gimdymui gali būti susijęs su jų psichosocialine gimdymo ligoninėje patirtimi. Psichosocialiniai veiksniai apima svarbius gimdymo patirties aspektus, įtraukiančius komunikaciją su medicinos personalu apie sprendimų priėmimą gimdymo metu bei subjektyviąją moters gimdymo patirtį ir jos atitikimą lūkesčiams.

Pasirengimas gimdymui gali sustiprinti moters gebėjimą komunikuoti savo poreikius ir pasirinkimus gimdymo metu. Bet kokių ligoninėse atliekamų procedūrų metu, turi būti gaunamas paciento (-ės) informuotas sutikimas šioms procedūroms atlikti, ne išimtis ir gimdymas. López-Toribio, Bravo ir Llupià (2021) kokybinis tyrimas atskleidė, jog kai kurios moterys, norinčios aktyviai įsitraukti į sprendimų priėmimą gimdyje, susiduria su kliūtimis tai padaryti, tuo tarpu kitos jautėsi ir nepasiruošusios priimti sprendimus savo gimdyje. Autoriai atkreipia dėmesį į medicinos personalo laiku suteikiamos, išsamios informacijos svarbą moterims įsitraukiant į sprendimų priėmimą gimdyje. Pačio gimdymo metu moteriai gali būti sunku įsigilinti į pateikiamą informaciją, todėl svarbu, jog dar nėštumo laikotarpiu moterys turėtų galimybę susipažinti su galimomis intervencijomis, procedūromis, komplikacijomis bei nuspręsti, kam gimdyje teiktų pirmenybę. Anot McCants ir Greiner (2016), iki gimdymo suteikta informacija apie gimdymo būdų privalumus ir trūkumus, padarė įtaką moterų sprendimui dėl gimdymo būdo. Moterys, dalyvavusios Hallam, Howard, Locke ir Thomas (2016)

kokybiniame tyrime, pabrėžė buvimo aktyvia savo gimdymo dalyve ir įsitraukimo į su gimdymu susijusių sprendimų priėmimo svarbą. Tačiau tokiam moterų įgalinimui reikalinga palaikanti ir aiškiai bei atvirai bendraujanti akušerių komanda. Galima kelti prielaidą, jog komunikacija tarp gimdyvės ir gimdymą prižiūrinčių specialistų bus sklandesnė bei prisidedanti prie pozityvios gimdymo patirties, jei moteris turės pakankamai žinių apie gimdymą. Literatūroje teigiama, jog moterys, dalyvavusios antenatalinės edukacijos programoje pasižymėjo geresne komunikacija su akušeriu (-e) ar ginekologu (-e) gimdymo metu, aktyvesniu įsitraukimu į sprendimų priėmimą prieš, per ir po gimdymo (Akca et al., 2017). Edukacijų dalyvės taip pat patiria didesnę kontrolės jausmą gimdymo metu (Miquelutti et al., 2013), kuris, galima svarstyti, padeda priimti svarbius sprendimus gimdyje, išsaugojant savo autonomiją. Vis dėlto, pastebėta, jog moterys, kurios sudarė savo gimdymo planą ir aptarė jį su gimdymą prižiūrinčiais specialistais, nesiskyrė savo įsitraukimu į gimdymo sprendimų priėmimą ir pasitenkinimu gimdymo metu suteikta priežiūra nuo gimdymo plano neparengusių moterų (Brown & Lumley, 1998). Taigi, nors pabrėžiama komunikacijos su sveikatos priežiūros specialistais reikšmė pozityviai gimdymo patirčiai, sklandaus bendradarbiavimo tarp specialistų ir gimdyvės bei pasirengimo gimdymui sąsajos kelia papildomų klausimų.

Gimdymo vertinimas priklauso nuo įvairių individualių ir tarpasmeninių veiksnių. Individualiems veiksniams galima priskirti amžių, nėštumų skaičių, gimdymo baimę, saviveiksmingumą, jaučiamą kontrolę, dalyvavimą priimant sprendimus, lūkesčius bei pasirengimą gimdymui (Hidayatin, Yunitasari, & Kurnia, 2021). Pirmą kartą gimdžiusios moterys dažniau gimdymo patirtį įvertina kaip neigiamą (Levett et al., 2020). Galima svarstyti, jog toks vertinimas gali būti susijęs su gimdymo neatitikimu lūkesčiams ar nerealistišku lūkesčių išsikėlimu dėl nepakankamo pasirengimo gimdymui. Maimburg ir kitų (2010) atliktas tyrimas atskleidžia, jog 6 savaitės po gimdymo struktūruoto antenatalinio pasirengimo gimdymui programoje dalyvavusių ir nedalyvavusių moterų gimdymo vertinimas nesiskyrė, didžioji dalis tyrimo dalyvių savo patirtį įvertino kaip gerą arba puikią. Hong ir kitų (2021) atlikta sisteminė apžvalga ir meta-analizė taip pat išskiria, jog dalyvavimas edukacinėse programose nebuvo siejamas su poveikiu gimdymo patirties vertinimui. Tokie rezultatai skatina svarstyti apie gimdymo patirties reikšmę, vertinant gimdymą. Neigiama gimdymo patirtis siejama su tokiais gimdymo aspektais kaip gimdymo baimė, skausmo patyrimas ir kontrolės praradimas (Henriksen, Grimsrud, Schei, & Lukasse, 2017). Tuo tarpu galėjimas įsitraukti priimant sprendimus, susijusius su gimdymu, pasižymi sąsajomis su didesniu moterų pasitenkinimu gimdymu (Neerland et al., 2020). Tarpasmeniniams veiksniams, susijusiems su gimdymo patirtimi, galima priskirti vyro ar gimdymą prižiūrinčių specialistų paramą, nepageidaujamas medicinines problemas tokias kaip užsitęsęs

gimdymas, stimuliacija, skatinimas, replių panaudojimas, skubi cezario pjūvio operacija, analgetikų naudojimas, prasta kūdikio sveikatos būklė. Kaip teigia Dahlberg ir kiti (2016), akušerių parama ir individualus požiūris į moterį skatina pozityvią gimdymo patirtį. Kokybinė Henriksen ir kitų (2017) tyrimo dalis taip pat atskleidžia, jog vaiko ar motinos patirtos netikėtos komplikacijos, likimas nepastebėta ar neišgirsta medicinos personalo yra pagrindinės temos siejamos su neigiama gimdymo patirtimi. Gimdymo vertinimui įtakos turi tarpasmeninės sąveikos, bendravimo sklandumas, patirtos medicininės intervencijos bei jų pasekmės kaip ir nėštumo ir gimdymo patirties interpretavimas, atskleidžiantis subjektyvią moters patirtį.

Specialistai žinodami veiksnius, siejamus su gimdymo patirties vertinimu ir moterų pasitenkinimu gimdymu, gali į juos sutelkti dėmesį per sistemingą pasirengimą gimdymui ir padėti įveikti iššūkius, kylančius tiek nėštumo, tiek ir gimdymo laikotarpiu. Kartu tai prisideda ir prie didesnio pasitenkinimo gimdymo patirtimi. Tai patvirtina ir tyrėjų rezultatai, Akca ir kitų (2017) atlikto tyrimo metu nustatyta, jog dalyvavimas struktūruotoje ir multidisciplininėje pasiruošimo gimdymui programoje kartu su suvokiamu skausmu gimdymo metu prognozavo pasitenkinimą gimdymu. Miquelutti ir kiti (2013) teigia, jog didesnė tikimybė, kad moterys, kurios nedalyvavo antenataliniame ugdyme, nebus patenkintos savo gimdymo patirtimi. Pirmą kartą gimdančių moterų laukia daug nežinomybės ir iššūkių, todėl nenuostabu, jog jos savo gimdymo patirtį dažniau įvertina neigiamai nei gimdančios ne pirmą kartą. Nors pasirengimas gimdymui negali paruošti visiems įmanomiems gimdymo scenarijams, tačiau suteiktos žinios ir įgūdžiai, tikėtina, jog gali reikšmingai prisidėti prie pozityvesnės gimdymo patirties.

1.3 Pogimdyminė depresija

Pogimdyminė depresija dažnas iššūkis moterims po gimdymo, apie kurio prevenciją verta galvoti jau nėštumo metu. Pogimdyminė depresija apibrėžiama kaip dvi ar daugiau savaičių besitęsiantys depresijos simptomai ir funkcionavimo sutrikimas postnataliniu laikotarpiu. Tačiau verta atkreipti dėmesį, jog kai kurie simptomai, tokie kaip – svorio netekimas, nemiga, užmaršumas ar pablogėjusi koncentracija, pogimdyminiu laikotarpiu gali būti būdingi ir depresija nesergančiai moteriai (Lee & Chung, 2007). Įvairių tyrimų duomenimis pogimdyminės depresijos paplitimas bendroje populiacijoje svyruoja nuo 10% iki 20% (Schmied et al., 2013; Shorey et al., 2018; Underwood, Waldie, D'Souza, Peterson, & Morton, 2016; Leahy-Warren, McCarthy, & Corcoran, 2011). Vienas svarbiausių pogimdyminės rizikos veiksnių – depresija iki nėštumo ir nėštumo laikotarpiu (Underwood et al., 2016; Schmied et al., 2013). Guintivano, Manuck ir Meltzer-Brody (2018) atlikta literatūros apžvalga išskiria, jog svarbiausi pogimdyminės depresijos prediktoriai yra psichikos sveikatos sutrikimai iki arba

nėštumo laikotarpiu bei nepalankios gyvenimo patirtys, ypač jų akumuliacinis pobūdis. Atsižvelgiant į tokius mokslininkų tyrimų rezultatus, atrodytų, jog pogimdyminė depresijos pasireiškimas nulemtas įvykių dar iki gimdymo, todėl prevencija yra sunkiai įmanoma. Vis dėlto, nėštumo laikotarpis suteikia galimybę sveikatos priežiūros specialistams atpažinti moteris, kurios patenka į rizikos grupę bei pačioms moterims imtis priemonių, kurios galėtų padėti sumažinti pogimdyminės depresijos riziką. Todėl itin svarbu išsiaiškinti, kokios pasirengimo gimdymui priemonės gali būti siejamos su mažesniu postnatalinės depresijos simptomų skaičiumi. Siekiant laiku suteikti pagalbą taip pat reikalinga suprasti, kokie gimdymo patirties veiksniai gali būti siejami su pogimdyminės depresijos rizika. Pirmą kartą gimdžiusios moterys pasižymėjo aukštesniais depresijos įverčiais nei jau gimdžiusios moterys buvimo ligoninėje ir mėnesis po gimdymo laikotarpiu (Iwata et al., 2016). Svarbu atkreipti dėmesį ne tik į moters sveikatą ir gyvenimo aplinkybes, bet ir į pačią gimdymo patirtį, kuri gali būti siejama su pogimdyminė depresija (Bell & Andersson, 2016). Maimburg ir Væth (2015) pastebi, jog neplaninė cezario pjūvio operacija, nepakankamas skausmo malšinimas gimdymo metu susijęs su didesne pogimdyminės depresijos rizika. Tačiau, anot Sylvén, Thomopoulos, Kollia, Jonsson ir Skalkidou (2017), gimdymo patirtis, įtraukianti cezario pjūvio operaciją ir gimdymą natūraliais gimdymo takais su instrumentinėmis intervencijomis, siejama su mažiau depresijos simptomų šešios savaitės po gimdymo. Leahy-Warren ir kiti (2011) atkreipia dėmesį į paramos iš medicinos personalo ir emocinės paramos iš kitų asmenų gimdymo metu svarbą prognozuojant pogimdyminės depresijos pasireiškimą. Vis dėlto, Unsal Atan ir kiti (2018) atliktas tyrimas nenustatė sąsajų tarp gimdymo patirties ir pogimdyminės depresijos. Prie rizikos veiksnių taip pat priskiriami sociodemografiniai aspektai: buvimas vienišai, jaunesnis amžius, žemesnis išsilavinimo lygis, darbo neturėjimas (Underwood et al., 2016), prasti santykiai su partneriu (Schmied et al., 2013).

Tyrėjų išskiriami rizikos veiksniai skatina galvoti apie įvairias prevencines ir intervencines programas dar iki pogimdyminio laikotarpio. Vis dėlto, vienareikšmiškos nuomonės dėl tokių programų veiksmingumo nėra. Yasuma ir kiti (2020) atlikta sisteminė apžvalga ir meta-analizė atkreipia dėmesį, jog antenatalinės psichologinės intervencijos, grįstos kognityvine elgesio terapija, tarpasmenine terapija, dėmesingu įsisąmoninimu bei psichoedukacija, gali turėti reikšmingą poveikį antenatalinės bei pogimdyminės depresijos sumažinimui. Tam prieštarauja Hong ir kiti (2021) sisteminė apžvalga ir meta-analizė, kuri neišskiria sąsajos tarp antenatalinės edukacijos ir nerimo bei depresijos. Maimburg ir Væth (2015) tyrimas nenustatė pogimdyminės depresijos pasireiškimo skirtumų tarp moterų, įsitraukusių į specialią antenatalinės edukacijos programą, ir tų, kurioms suteikta standartinė priežiūra nėštumo laikotarpiu. Nors antenatalinės psichologinės ir edukacinės intervencijos

pasižymi dideliu heterogeniškumu Maḥdi, Dembinsky, Bristow ir Slade (2019) atlikta literatūros apžvalga išskiria atvejus, kai pirminė prevencija turėjo teigiamų rezultatų pogimdyminės depresijos ir/ar nerimo sumažinimui, naudojant REBT ar edukacines programas, ypač moterims, kurios pasižymi didesne pogimdyminės depresijos rizika. Taigi, galima pastebėti, jog tyrėjai neturi vieningos nuomonės apie pasirengimo gimdymui priemonių reikšmę pogimdyminei depresijai.

Nors iki šiol atlikti tyrimai nepateikia vieningos krypties pogimdyminės depresijos prevencijai, nekyla dvejonų, jog rūpintis motinų psichikos sveikata išlieka svarbiu visuomenės tikslu, nes tai paveikia ne tik moterį, bet ir jos vaiką. Motinos, patiriančios pogimdyminės depresijos simptomus gali kilti sunkumų atliepant naujagimio fiziologinius ir emocinius poreikius, formuojant saugų prierašumą. Moterys dažniau patiria gėdą, dvejoja savo gebėjimais pasirūpinti kūdikiu, laiko save nepakankamai geromis. Pogimdyminė depresija gali paveikti ir žindymą, moteriai tam gali stigt motyvacijos bei energijos, kilti neigiamos emocijas (Saharoy, Potdukhe, Wanjari, & Taksande, 2023). Pogimdyminė depresija gali turėti ir ilgalaikį poveikį. Anot Egmoose, Tharner, Liebenberg, Steenhoff ir Væver (2022) atlikto tyrimo, motinos, kurioms buvo diagnozuota pogimdyminė depresija, patyrė daugiau su motinyste siejamo distreso bei turėjo sudėtingesnius santykius su vaiku penkeri metai po gimdymo. Pogimdyminė depresija sukelia psichologinių ir vaiko priežiūros iššūkių, žinomi rizikos veiksniai leidžia svarstyti apie galimas prevencijos strategijas, kurių veiksmingumas lieka aktualiu klausimu.

Pirmoji tyrimo dalis sutelks dėmesį į pasirengimą gimdymui ir gimdymo patirtį, tačiau, kaip aptarta įvadinėje darbo dalyje, nėštumo laikotarpiu moterys, įsitraukdamos į įvairias veiklas įgyja žinių ne tik apie gimdymą, bet ir apie pogimdyminį laikotarpį, naujagimio priežiūrą, reikalingus įgūdžius, galimus iššūkius. Todėl kita tyrimo dalis susitelks į pogimdyminį laikotarpį per pogimdyminės depresijos prizmę, atsižvelgiant į viso laikotarpio – nėštumo, gimdymo ir pogimdyminio – sąsajas su depresijos simptomais bei analizuojant galimas prevencijos kryptis.

1.4 Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Tyrimo tikslas – analizuoti, kaip antenataliniu laikotarpiu įgytos žinios, taikytos psichologinės ir fizinio aktyvumo priemonės susijusios su moterų gimdymo patirtimi ligoninėje ir pogimdyminės depresijos simptomais.

Tyrimo uždaviniai

1. Palyginti dalyvavusių ir nedalyvavusių pasirengimo gimdymui veiklose savo pasiruošimo gimdymui vertinimą.

2. Palyginti kuo skiriasi moterų įsitraukusių ir neįsitraukusių į pasirengimo gimdymui veiklas gimdymo patirties aspektai:
 - a. Medicininis (gimdymo būdas ir taikytos intervencijos)
 - b. Gimdymo skausmo patyrimas (patirto skausmo lygis ir skausmo malšinimo priemonių pasirinkimas)
 - c. Psichosocialinis (įsitraukimas į sprendimų priėmimą gimdymo metu, pasitenkinimas gimdymo priežiūra, gimdymo patirties atitikimas lūkesčiams, subjektyvi gimdymo patirtis)
3. Analizuoti, kaip pasirengimo gimdymui veiklos, subjektyviai įvertintas pasiruošimo gimdymui lygis ir gimdymo patirtis susijusi su pogimdyminės depresijos simptomais.
 - a. Dalyvavimo edukacinėse, fizinio aktyvumo, psichologinėse pasirengimo gimdymui veiklose sąsajos su pogimdyminės depresijos simptomais;
 - b. Medicininės, skausmo patyrimo, psichosocialinės gimdymo patirties ir pogimdyminės depresijos simptomų ryšys;
 - c. Pogimdyminės depresijos simptomų prognozavimas, remiantis psichikos sveikata iki gimdymo ir pasiruošimo gimdymui vertinimu.

2. METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Apklausoje dalyvavo 1179 moterys, jų amžius nuo 18 iki 45 m. ($M = 29,53$, $SD = 3,9$). Remiantis Oficialiojo statistikos portalo duomenimis (2023 m.), šio tyrimo dalyvių skaičius sudaro apie 12% visų 2022m. Lietuvoje pirmą kartą gimdžusių moterų. Apklausoje pildymo metu, laikas, praėjęs po gimdymo, svyravo nuo 3 iki 16 mėnesių ($M = 8,92$, $SD = 3,59$). Tyrimo dalyvių sociodemografinės charakteristikos pateikiamos 1 lentelėje. Tipinė tyrimo dalyvė turėjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą, iki gimdymo dirbo, buvo ištekęjusi ir gyveno didmiestyje.

1 lentelė. Sociodemografinės tyrimo imties charakteristikos

	n	%
Išsilavinimas		
Aukštasis (universitetinis)	840	71,2
Aukštasis (koleginis)	211	17,9
Profesinis	65	5,5
Vidurinis ar žemesnis	63	5,3
Pagrindinė veikla iki gimdymo		
Darbas	1115	93,15
Studijos	31	2,63
Daugiau nei viena darbinė veikla ir/ar darbas ir studijos	19	1,59
Bedarbė	14	1,17
Šeimyninė padėtis		
Ištekęjusi	941	79,8
Partnerystėje	222	18,8
Netekėjusi/vieniša	15	1,3
Išsiskyrusi	1	0,1
Gyvenamoji vieta		
Didmiestis	867	73,5
Kitas miestas	229	19,4

Pastaba. n – tyrimo dalyvių dalis, % - procentinė dalis

Taikyta netikimybinė patogioji atranka, siekiant pritraukti kuo daugiau tyrimo dalyvių. Apklausa buvo vykdoma internetu, dalinantis apklausos nuoroda socialiniuose tinkluose. Apklausoje dalyvauti buvo kviečiamos moterys, kurios 2022 m. gimdė Lietuvoje, ir yra sulaukusios 18 metų amžiaus, kitų reikalavimų respondentėms nekeliami.

2.2. Tyrimo instrumentai

„Mano gimdymas“ apklausa buvo sudaryta Motinystę globojančių iniciatyvų sąjungos (MGIS) tyrėjų, kuria siekiama geriau suprasti moterų gimdymo patirtis bei įvertinti suteikiamų gimdymo priežiūros paslaugų kokybę ligoninėse. Šiame tyrime naudojama tik dalis apklausoje buvusių klausimų, kurie pristatomi toliau.

Tyrimo dalyvių buvo prašoma nurodyti demografinius duomenis: savo amžių, išsilavinimą, pagrindinę veiklą iki nėštumo ir gimdymo atostogų, šeimyninę padėtį, gyvenamąją vietą, kokį mėnesį gimdė.

Siekiant įvertinti **pasirengimą gimdymui**, tyrimo dalyvių buvo klausama apie:

- Pasirengimo gimdymui būdus. Jiems priskiriama: dalyvavimas gimdymo stacionarų organizuojamose pamokose, privačių asmenų ar organizacijų parengtuose kursuose, įsitraukimas į psichologinį pasiruošimą (pvz.: psichologo/psichoterapeuto konsultacijos, psichologinių atsipalaidavimo strategijų praktikavimas), dalyvavimas specialiose mankštose ar baseino užsiėmimuose. Prašoma pažymėti visas veiklas, į kurias buvo įsitraukta. Dalyvavimas gimdymo stacionarų organizuojamose pamokose ir privačių asmenų ar organizacijų parengtuose kursuose priskiriami bendram kintamajam edukacinės programos, tyrimo dalyvės laikomos įsitraukusiomis į šią pasirengimo veiklą, jei dalyvavo vienoje ar abiejose edukacinio pobūdžio veiklose, duomenų analizėje respondentės neskirstomos kaip įsitraukusios į daugiau ar mažiau edukacinio pobūdžio veiklą.
- Tyrimo dalyvių prašoma retrospektyviai įvertinti psichologinį pasiruošimą gimdymui nėštumo pabaigoje. Įvertinama skalėje nuo 1 („Visai psichologiškai buvau nepasiruošusi

gimdymui, pvz.: vargino didelis nerimas ir baimė“) iki 5 („Buvau pilnai psichologiškai pasiruošusi gimdymui, pvz.: jaučiausi ramiai ir užtikrintai“).

- Iki gimdymo turėtas žinias apie gimdymą, kurios įvertinamos iš dabarties taško, skalėje nuo 1 („Man labai trūko žinių tokiam gimdymui, kurį patyriau“) iki 5 („Turėtų žinių pilnai pakako tokiam gimdymui, kurį patyriau“).
- Kokybinė dalis. Tyrimo dalyvėms užduodami du atviro tipo klausimai. Šie klausimai yra neprivalomo pobūdžio (respondentės gali juos praleisti), atsakymo apimtis neribojama.
 - Kaip manote, kas konkrečiai iš Jūsų pasiruošimo gimdymui, Jums buvo naudingiausia/labiausiai pravertė Jūsų gimdymo metu?
 - Kaip manote, kas konkrečiai iš Jūsų pasiruošimo gimdymui, Jums buvo naudingiausia/labiausiai Jums pravertė pogimdyminiu laikotarpiu?

Gimdymo patirtis ligoninėje atskleidžiama per šiuos aspektus:

- Medicininį. Tyrimo dalyvių klausiama apie gimdymo būdą (natūraliais gimdymo takais ar cezario pjūvio operacija), ar taikytos intervencijos (gimdymo skatinimas medikamentais, medikamentinis skausmo malšinimas, vandenų nuleidimą, tarpvietės kirpimas, tarpvietės siuvimas, replių ar vakuuminio ekstraktoriaus taikymas).
- Gimdymo skausmo patyrimą. Gimdymo metu jaustas skausmas ir/ar nepatogumas įvertintas skalėje nuo 1 („skausmo ir/ar nepatogumo intensyvumas buvo lengvai pakeliamas“) iki 5 („skausmo ir/ar nepatogumo intensyvumas buvo nepakeliamas“).

Respondenčių prašoma atsakyti, ar gimdymo metu buvo pasiūlytas medikamentinis skausmo malšinimas, pasirenkant vieną iš variantų: „Taip, man pasiūlė ir aš sutikau“, „Nuskausminimo paprašiau pati ir jį gavau“, „Manęs nebuvo klausiama, o gavau nuskausminimą gydytojo(-s) paskyrimu“, „Man pasiūlė, tačiau atsisakiau ir gimdžiau be medikamentinio nuskausminimo“, „Ne, medikamentinio nuskausminimo man nesūlė ir aš pati neprašiau. Gimdžiau be nuskausminimo“, „Ne, medikamentinio nuskausminimo negavau, nors prašiau“.

Tyrimo dalyvių teirautasi, kokius nemedikamentinius skausmo malšinimo būdus naudojo gimdyje, respondentės pasirinko visus tinkančius variantus iš pateiktų (vonia/baseinas, dušas, kūno pozų keitimas ar judėjimas palengvinti skausmą, gimdymo kamuolys,

karštas/šaltas kompresas, masažas, glostymas ar specifinių kūno taškų spaudimas, psichologinės strategijos (relaksacija, vizualizacija), kvėpavimo technikos, aromaterapija, kiti nemedikamentinio skausmo malšinimo būdai). Tyrimo dalyvės įvertino medikamentinių ir/ar nemedikamentinių skausmo malšinimo būdų efektyvumą, pasirinkdamos viena iš pateiktų atsakymo variantų („Taip, efektyvūs“, „Efektyvūs iš dalies“, „Ne, neefektyvūs“, „Nenaudojau“).

- Psichosocialinį.
 - Įsitraukimas į su gimdymu susijusius sprendimus. Įvertinamas noras gauti informacijos apie medikų siūlomas ir taikomas intervencijas skalėje nuo 1 iki 5, kai 1 atitinka „ne, tokios informacijos nenorėjau žinoti“, o 5 – „taip, norėjau, kad man būtų pateikta išsami informacija“. Noras dalyvauti su gimdymu susijusių sprendimų priėmimo įvertintas skalėje nuo 1 iki 5, kai 1 atitinka „norėjau, kad sprendimus dėl mano gimdymo priimtų medikai“, o 5 – „norėjau sprendimus dėl mano gimdymo priimti pati“. Dalyvavimas su gimdymu susijusių sprendimų priėmimo taip pat įvertinamas skalėje nuo 1 iki 5, kai 1 atitinka „sprendimus dėl mano gimdymo priėmė medikai“, o 5 – „sprendimus dėl mano gimdymo priėmiau pati“.
 - Gimdymo patirties vertinimą. Tyrimo dalyvių prašyta įvertinti savo pasitenkinimą gimdymo metu ir po jo suteikta priežiūra nuo „Visiškai nepatenkinta“ iki „Visiškai patenkinta“ penkių pozicijų skalėje. Savo gimdymo patirtį respondentės įvertino penkių pozicijų skalėje nuo „Traumuojanti“ iki „Puiki“, o gimdymo atitikimas lūkesčiams buvo įvertintas skalėje nuo 1 („gimdymas buvo daug blogesnis nei tikėjaisi“) iki 5 („gimdymas buvo daug geresnis nei tikėjaisi“).

Psichikos sveikata analizuojama, remiantis šiais klausimais:

- Tyrimo dalyvių prašoma nurodyti, ar yra susidūrę arba šiuo metu patiria ryškių psichologinių sunkumų, kurie reikšmingai paveiktų jų kasdienį gyvenimą bei tarpasmeninius santykius, ar buvo kreiptasi pagalbos. Respondentės pasirinko visus joms tinkamus atsakymo variantus iš pateiktų („Man buvo diagnozuotas psichikos sveikatos sutrikimas“, „Susidūriau su ryškiais psichologiniais sunkumais, bet man nebuvo diagnozuotas psichikos sveikatos sutrikimas“, „Dėl patiriamų psichologinių sunkumų

kreipiausi pagalbos į šeimos gydytoją“, „Dėl patiriamų psichologinių sunkumų kreipiausi pagalbos į psichologą/psichoterapeutą“, „Dėl patiriamų psichologinių sunkumų kreipiausi į psichiatrą“, „Dėl psichikos sveikatos sutrikimo vartočiau psichiatro paskirtus vaistus“), nurodydamos, kada teko susidurti su išvardintais psichikos sveikatos sunkumais („Niekada“, „Iki šio nėštumo“, „Šio nėštumo metu“, „Po šio gimdymo“).

- Stresiniai gyvenimo įvykiai. Tyrimo dalyvių klausama, ar per pastaruosius 6 mėnesius išgyveno kokių nors stresinių gyvenimo įvykių, kurie būtų reikšmingai paveikę psichologinę savijautą. Prašoma pažymėti visus tinkamus atsakymo variantus. („Skyrybos/išsiskyrimas“, „Dideli šeimyniniai konfliktai“, „Artimojo liga“, „Artimojo mirtis“, „Jūsų pačios liga“, „Darbo netekimas“, „Per mažai arba per daug darbo“, „Finansiniai rūpesčiai“, „Gyvenamosios vietos pakeitimas“, „Rimtas nelaimingas atsitikimas“, „Užpuolimas“, „Jokių stresinių gyvenimo įvykių per pastaruosius 6 mėn. nepatyrė“).
- Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė. Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė (EPDS) (Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), J. L. Cox, J. M. Holden ir R. Sagovsky (1987) skirta įvertinti depresijos simptomų išreikštumą. Tai atrankinis instrumentas, padedantis identifikuoti įvairaus sunkumo laipsnio depresijos riziką, tačiau negali pakeisti klinikinio vertinimo. EPDS sudaro 10 teiginių (pvz.: „Aš jausdavusi be priežasties nerami ir susirūpinusi“, „Aš negalėdavau išspręsti kylančių problemų“), apibūdinančių savijautą per pastarąsias septynias dienas. Tyrimo dalyvės pasirenka vieną iš keturių atsakymo variantų. Maksimalus įvertis – 30 taškų, didesnis įvertis nurodo didesnę depresiškumą. Skalės autorių teigimu 12 – 13 taškų įvertis gali būti laikomas atskaitos tašku depresijos rizikai (Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R., 1987). Lietuvoje Edinburgo pogimdyminės depresijos skalę išvertę ir adaptavę tyrėjai siūlo ir 11/12 balų atskaitos tašką kaip tinkamo jautrumo (100%) ir specifiškumo (75%) depresijai ir depresiniams sutrikimams. Lietuviškoji skalė pasižymi aukštu vidiniu suderinamumu (Cronbach $\alpha = 0,91$) (Lapkienė ir kt., 2004). Šiame tyrime pasirinktas atskaitos taškas – 12 balų, kai ši ar didesnė balų suma identifikuoja didelę depresijos riziką. Toks atskaitos taškas, naudotas ir kituose tyrimuose, vykdytuose Lietuvoje (plg. Jusienė, Breidokienė ir Zamalijeva, 2014). Šiame tyrime EPDS patikimumas įvertintas vidinio suderinamumo būdu (Cronbach $\alpha = 0,89$) ir laikomas geru.

2.3 Tyrimo eiga

Šis magistro baigiamasis darbas parengtas, naudojantis, MGIS atliktos apklausos „Mano gimdymas“ surinktais duomenimis. Apklausa atlikta 2023 m. kovo – 2023 m. gegužės mėn. elektroniniu būdu – tyrimo anketa dalinantis internete. Taikyta netikimybinė patogioji atranka, siekiant pritraukti kuo daugiau tyrimo dalyvių. Apklausa buvo vykdoma internetu, dalinantis apklausos nuoroda socialiniuose tinkluose *Facebook* ir *Instagram* MGIS profilyje taip pat apklausa pasidalinta socialinio tinklo *Facebook* grupėse, kurių auditoriją sudaro mamos. Iš tyrimo dalyvių gautas informuoto asmens sutikimas dalyvauti apklausoje, pateikiant informaciją apie galimybę bet kada dalyvavimą tyrime nutraukti, bei pažymėjus, jog sutinka dalyvauti tyrime. Tyrimo dalyvėms nurodyta, kad apibendrinti tyrimo rezultatai bus skelbiami internetinėje svetainėje manogimdymas.lt, pateiktas tyrėjų elektroninio pašto adresas, kuriuo galima kreiptis, kilus klausimams. Nurodyta apklausos pildymo trukmė: 20-30 minučių.

Šio darbo autorė prie MGIS vykdomo tyrimo projekto prisijungė 2022 m. rugsėjį. Remiantis atlikta literatūros apžvalga šio darbo autorė siūlė galimus klausimus ir jų pakeitimus, susijusius su pasirengimu gimdymui taip pat prisidėjo prie MGIS vykdyto tyrimo duomenų rinkimo, dalindamasi apklausos anketa socialinio tinklo *Facebook* grupėse, kurios orientuotos į būsimas ir/ar esamas mamas. Norint gauti galimybę integruoti magistro darbo tyrimą su „Mano gimdymas“ apklausa buvo kreiptasi į vieną iš apklausos autorių – dr. Eglę Mažulytę-Rašytinę dėl galimybės pasinaudoti tyrimui atlikti reikalingais duomenimis.

2.4 Duomenų analizės metodai

Statistinė duomenų analizė atlikta su SPSS 23 programos paketu.

Įvertintas intervalinių kintamųjų duomenų pasiskirstymas. Duomenys laikomi atitinkantys normalųjį skirstinį, kai atitinka didžiąją dalį šių kriterijų: Shapiro – Wilk testas statistiškai nereikšmingas ($p > 0,05$), o Skewness ir Kurtosis įverčiai atitinka ± 1 taisyklę, nėra ženklių išskirčių, histograma atitinka varpo formą. Shapiro – Wilk testas visais atvejais statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$), tačiau tai laikoma priimtiniu pažeidimu dėl didelės tyrimo imties. Tyrimo kintamieji, kurie laikomi atitinkantys normalųjį skirstinį: EPDS suma, psichologinis pasiruošimas, įgytų žinių pakankumas. Tyrimo kintamieji, kurie laikomi neatitinkantys normaliojo skirstinio: gimdymo patirties atitikimas lūkesčiams, gimdymo patirties vertinimas, pasitenkinimas gimdymo priežiūra, pasitenkinimas priežiūra po gimdymo, noras gauti informacijos apie medikų siūlomas ir taikomas

intervencijas, noras dalyvauti su gimdymu susijusių sprendimų priėmimo, dalyvavimas su gimdymu susijusių sprendimų priėmimo.

Atliekant medicininių intervencijų analizę, išskirtos dvi kategorijos: instrumentinės ir medikamentinės intervencijos. Instrumentinės intervencijos apjungė: vandenų nuleidimą, tarpvietės kirpimą ir siuvimą, replių ar vakuuminio ekstraktoriaus naudojimą. Medicininės intervencijos įtraukė: medikamentinį skausmo malšinimą ir gimdymo skatinimą medikamentais. Tai jog tyrimo dalyvėms buvo taikyta kažkuri grupė intervencijų laikyti tie atvejai, kai panaudota bent viena tai kategorijai priskiriama intervencija. Gimdymo skausmo patyrimas vertintas skalėje nuo 1 iki 5, tačiau duomenų analizės metu pasirinkta šį kintamąjį transformuoti į dichotominį, sukuriant dvi grupes – mažo ir vidutinio skausmo lygio (1 – 3 balai) bei didelio ir nepakeliamo skausmo lygio (4 – 5 balai). Grupės sukuriamos, dalijant per medianą.

Apskaičiuota EPDS skalės suma, kuri naudota tolimesnėje analizėje – koreliacijų skaičiavimams, palyginimams tarp grupių, regresinei analizei. Sukuriamas kintamasis psichologiniai sunkumai iki gimdymo – tai dichotominis kintamasis, išskiriamas sunkumų turėjimas arba neturėjimas iki gimdymo, kai tyrimo dalyvė susidūrė nors su vienu sunkumu iki nėštumo arba nėštumo laikotarpiu (psichologiniai sunkumai nurodyti prie tyrimo instrumentų). Apskaičiuojama stresinių gyvenimo įvykių per pastaruosius 6 mėnesius suma.

Apskaičiuota aprašomoji statistika: vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai. Dviejų skirtingų grupių vidurkių palyginimui naudotas Mann-Whitney U testas, kai kintamasis neatitinka normaliojo skirstinio ir Student t-testas, kai atitinka. Kategorinių kintamųjų proporcijai grupėse nustatyti naudotas Chi kvadratas. Ryšiams tarp kintamųjų analizuoti taikytas Spearman koreliacijos koeficientas. Prognostinė analizė atlikta, taikant hierarchinę regresiją. Duomenų analizei pasirinktas taikyti statistinio reikšmingumo lygmuo $\alpha = 0,05$.

Atsakymų į atvirus klausimus analizei buvo naudojamas **mišrus** duomenų analizės metodas.

Kokybinės dalies analizavimo žingsniai:

1. Duomenų parengimas kodavimui – atsakymai į atvirus klausimus perkeliama į naują excel dokumentą, kiekviena eilutė atitinka vieną tyrimo dalyvę, priskiriami stulpeliai kodams.
2. Perskaitomi visi duomenys, siekiant įgyti bendrą supratimą apie turimą duomenų bazę. Pasižymimos pastabos, pirminės mintys apie duomenis.

3. Pateikti kokybiniai atsakymai skaitomi dar kartą, atsakymams priskiriami kodai. Kodai dar kartą perskaitomi, esant poreikiui grupuojami.
4. Sudaroma kodų knyga: sudaromi kodų apibrėžimai, kodai sugrupuojami į stambesnes temas. Sudaromi temų apibrėžimai.
5. Siekiant užtikrinti patikimumą, kokybinius duomenis koduoja antrasis koduotojas. Koduotojui pateikiami kodai, jų apibrėžimai bei pavyzdžiai, tačiau ne temos.
6. Tikrinamas kodavimo sutapimas, apskaičiuojamas vidinis koduotojų suderinamumas. Vidinis koduotojų suderinamumas pirmajame klausime – 88%, antrajame – 85%.
7. Pasirenkama konvergentinė duomenų analizės strategija, transformuojant kokybinius duomenis į kiekybinius.
8. Kokybinių duomenų transformavimas į kiekybinius duomenis. Temos tampa dichotominiais kintamaisiais, prie kiekvieno tiriamojo pasirenkama 0 – jei tema nepasireiškė ir 1 – jei tema pasireiškė. Lyginamos 0 ir 1 grupės skirtingais parametrais.

Atsakymų kodai ir atsakymų pavyzdžiai į klausimą: „Kaip manote, kas konkrečiai iš Jūsų pasiruošimo gimdymui, Jums buvo naudingiausia/labiausiai pravertė Jūsų **gimdymo metu**?“ pateikiami darbo prieduose, kodai sugrupuojami į šias temas:

- Bendros žinios – apima savarankišką informacijos paiešką, kai nurodomas tik paieškos šaltinis ar būdas, struktūruotą informaciją, tokią kaip kursai, paskaitos, pamokos, tačiau informacijos turinys lieka nenurodytas. Į šią temą taip pat įtrauktas ir priešingas elgesys – aktyvus informacijos vengimas. Taip pat žinios apie pogimdyminį laikotarpį.
- Žinios apie gimdymo procesus – tai moterų įgytos žinios apie konkrečius gimdymo patirties aspektus, įtraukiančios komplikacijas, intervencijas, gimdymo eigą, gimdymo pozas, gimdymo būdus ir kita. Šiai temai priskirtos žinios galėjo būti įgytos įvairiais būdais – tiek savarankiškai, tiek ir iš profesionalų, akcentuojant įgytos informacijos turinį.
- Praktikos naudotos gimdymo metu – tai įvairios praktikos, kurias pačios moterys naudojo gimdymo metu. Tikėtina, kad šių praktikų moterys išmoko būtent pasirengimo gimdymui metu, tačiau dažnu atveju tyrimo dalyvės nurodė tik pačią praktiką.

- Dėmesys kūnui – tai fizinio aktyvumo praktikos neštumo laikotarpiu, įtraukiančios mankštas, jogą, užsiėmimus baseine ir kitas tiksliau nenurodytas fizinio aktyvumo veiklas. Taip pat pratimai, masažai tarpvieteii bei mitybos pokyčiai.
- Dėmesys psichikos sveikatai – tai psichologinis pasiruošimas gimdymui. Tai ir nurodyti konkretūs metodai, tokie kaip saviįtaiga, vizualizacijos, kurias taikė moteris. Taip pat iš specialistų gauta pagalba. Išmokti įgūdžiai valdyti savo emocijas. Ryšio su kūdikiu užmezgimas hipnoterapija
- Sveikatos priežiūros sistema – apjungia žinias apie įstaigą, kurioje moteris pasirinko gimdyti, informaciją gautą iš sveikatos priežiūros specialistų, bendraujant tiesiogiai bei naudojantis informacija platinama internete. Išreikštas pasitikėjimas medicinos personalu. Šiai temai taip pat priskiriama dula. Nors dula nėra sveikatos priežiūros sistemos dalis, temine prasme tai asmuo, kuris savo žiniomis ir įgūdžiais buvo svarbus kai kurių moterų gimdyne kaip ir sveikatos priežiūros sistemoje dirbantys asmenys.
- Socialinė parama – indikuoja aplinkinių žmonių svarbą moters pasirengimo gimdyne etape. Ši tema apima vyro ar partnerio įsitraukimą į pasirengimą gimdymui ar/ir gimdyne, bendravimą su kitomis mamomis bei platesnio rato artimųjų suteiktą paramą, pagalbą.
- Daiktų į ligoninę parengimas – tai krepšio į ligoninę su būtiniausiais daiktais ir priemonėmis gimdymui paruošimas.
- Neatsakyta/Nežinau – į pateiktą klausimą neatsakyta, pateiktas atsakymas, nesusijęs su klausimu, ar tyrimo dalyvė nežinojo, ką atsakyti į klausimą.
- Niekas – kai niekas iš pasirengimo gimdymui nebuvo naudinga gimdyne metu.

Atsakymų kodai ir atsakymų pavyzdžiai į klausimą: „Kaip manote, kas konkrečiai iš Jūsų pasiruošimo gimdymui, Jums buvo naudingiausia/labiausiai Jums pravertė **pogimdyminių laikotarpiu**?“ pateikiami darbo prieduose, kodai sugrupuojami į šias temas:

- Bendros žinios – tema atspindi bendrą informacijos paieškos, domėjimosi procesą ar informacijos šaltinius, nežinant jų turinio taip pat kursus, paskaitas ar kitą edukacinio pobūdžio struktūrą, kai nežinomas jos turinys ir pateikiamas kito asmens, o nesavarankiškai ieškomas pačios moters.

- Žinios apie kūdikį – įgytos žinios apie naujagimio priežiūrą, vaiko raidą ir sveikatą, žinios apie kūdikio maitinimą ir žindymą.
- Žinios apie save – įgytos žinios apie savo kūno priežiūrą, pokyčius po gimdymo, galimus psichikos sveikatos iššūkius ir patį pogimdyminį laikotarpį.
- Socialinė parama – šeimos ir draugų įsitraukimas, parama, pagalba bei bendravimas su kitomis mamomis, dalinimasis patirtimi.
- Specialistų pagalba – informacija apie specialistus, į kuriuos galima kreiptis įvairiais po gimdymo kylančiais klausimais bei naudojimasis specialistų pagalba ar jų pateikta informacija socialiniuose tinkluose. Pasitikėjimas bei palaikymas iš medicinos profesionalų bei atvejai, kai nurodomas tik specialistas, nepaaiškinant jo įtakos.
- Reikalingų daiktų parengimas – žinios bei įsigijimas daiktų sau ir/ar kūdikiui, kurių gali reikėti buvimo ligoninėje laikotarpiu, po gimdymo ar grįžus į namų aplinką. Buities pritaikymas pogimdyminiam laikotarpiui.
- Dėmesys psichikos sveikatai – tai psichologinis pasiruošimas pogimdyminiam laikotarpiui, kai detaliau nekomentuojama, kas buvo atliekama. Taip pat nusiteikimas tam, koks gali būti pogimdyminis laikotarpis, savo lūkesčių valdymas. Įgūdžiai emocijoms valdyti, gebėjimas išlikti ramiai. Pozityvios nuostatos pagalbos iš specialistų atžvilgiu.
- Fizinis aktyvumas – įvairios fizinio aktyvumo veiklos – joga, mankšta, pratimai dubeniui – nėštumo laikotarpiu.
- Nepasiruošusi – pogimdyminiam laikotarpiui moteris jautėsi nepasiruošusi, jam trūko žinių, šiuo laikotarpiu patirta sunkumų.
- Neatsakyta/Nežinau – atsakymas nepateiktas, pateiktas atsakymas neatsako į klausimą bei atvejai, kai tyrimo dalyvės nežinojo, ką atsakyti į klausimą.
- Niekas – niekas iš pasirengimo gimdymui etapo pogimdyminiu laikotarpiu nebuvo naudinga.

3. REZULTATAI

3.1. Pasirengimo gimdymui priemonės ir pasiruošimo gimdymui vertinimas

Atsižvelgiant į literatūros analizę, rezultatų dalyje lyginant skirtingas pasirengimo gimdymui strategijas, įtraukiamos šios pasirengimo gimdymui priemonės: edukacinė programa, fizinis aktyvumas, psichologinės pasirengimo veiklos. 2 lentelėje pateikiamas moterų skaičius, įsitraukęs į veiklas, tačiau svarbu atkreipti dėmesį, jog tyrimo dalyvės galėjo būti įsitraukusios į vieną ar kelias šių veiklų.

2 lentelė. *Pasirengimui gimdymui naudotos priemonės*

Pasirengimo priemonė	Moterų skaičius, n	Procentinė visų dalyvių dalis, %
Edukacinė programa	740	62,8
Fizinis aktyvumas	388	32,9
Psichologinės pasirengimo veiklos	156	13,2

Siekiat palyginti subjektyvų pasiruošimo gimdymui vertinimą tarp moterų pasirinkusių skirtingas pasirengimo gimdymui strategijas, taikomas Student t-testas. Lyginamos tyrimo dalyvių grupės, kurios dalyvavo ir nedalyvavo psichologinio pobūdžio pasirengimo gimdymui veiklose ir jų psichologinio pasiruošimo lygis bei moterų, kurios dalyvavo ir nedalyvavo edukacinėse programose, įgytų žinių apie gimdymą pakankamumas patirtam gimdymui. Iš Student t-testo rezultatų galima spręsti, jog dalyvavusių ($M = 4,13$, $SD = 0,89$) ir nedalyvavusių ($M = 3,86$, $SD = 1,06$) psichologinio pasirengimo veiklose psichologinio pasiruošimo lygis statistiškai reikšmingai skiriasi ($t(227,79) = -3,45$, $p = 0,001$). Moterys, įsitraukusios į psichologinio pasirengimo veiklas jautėsi geriau psichologiškai pasiruošusios gimdymui. Reikšmingi įgytų žinių pakankamumo vertinimo skirtumai ($t(820,78) = -4,48$, $p < 0,001$) nustatyti tarp dalyvavusių ($M = 3,83$, $SD = 1,02$) ir nedalyvavusių ($M = 3,52$, $SD = 1,17$) edukacinėse programose. Tyrimo dalyvės, įsitraukusios į edukacines veiklas, jautėsi labiau patenkintos savo turėtomis žiniomis apie gimdymą nei tokiose programose nedalyvavusios moterys.

Tyrimo dalyvių buvo klausama ne tik kokiose pasirengimo veiklose jos dalyvavo, tačiau ir prašoma atsakyti į atvirą klausimą, kas iš jų pasirengimo buvo naudingiausia gimdymo metu. Atsakymus sukodavus ir sugrupavus į temas, pastebėta, jog dažniausiai pasikartojančios temos buvo: bendros žinios, apimančios struktūruotą ir savarankišką informacijos paiešką, gimdyje naudotos praktikos (kvėpavimas, pratimai sąrėmių palengvinimui), žinios apie gimdymo procesus (gimdymo

eigą, galimas komplikacijas, intervencijas), dėmesys psichikos sveikatai, kuris apima ne tik formalias praktikas, bet ir moterų nusiteikimą, lūkesčius gimdymo atžvilgiu (3 lentelė).

3 lentelė. *Temos išskirtos, atsakius į klausimą: „Kaip manote, kas konkrečiai iš Jūsų pasiruošimo gimdymui, Jums buvo naudingiausia/labiausiai pravertė Jūsų gimdymo metu?“*

Iš pasiruošimo gimdymui naudingiausia gimdymo metu	Moterų skaičius (n) ir procentinė tyrimo dalyvių dalis (%)
Bendros žinios	307 (26%)
Gimdyme naudotos praktikos	285 (24,2%)
Žinios apie gimdymo procesus	219 (18,6%)
Dėmesys psichikos sveikatai	216 (18,3%)
Sveikatos priežiūros sistema	175 (14,8%)
Socialinė parama	127 (10,8%)
Dėmesys kūnui	61 (5,2%)
Niekas	51 (4,3%)
Neatsakyta/Nežinau	46 (3,9%)
Daiktų į ligoninę parengimas	37 (3,1%)

Šiuos tyrimo dalyvių atsakymus pagrindžia ir Studento t-testo analizė (4 lentelė). Tyrimo dalyvės, kurios įvardijo jog naudingiausia gimdyme buvo pasirengimo metu įgytos bendros žinios ir/ar žinios apie gimdymo procesus statistiškai reikšmingai geriau įvertino savo turėtas žinias apie gimdymą. Tyrimo dalyvės, nurodžiusios, kad vienas iš gimdymui naudingiausių dalykų dėmesys psichikos sveikatai, jautėsi labiau pasiruošusios gimdymui psichologiškai.

4 lentelė. *Dalyvavimo pasirengimo veiklose ir įgytų žinių bei psichologinio pasiruošimo palyginimas*

Naudingiausia gimdyme		Įgytų žinių pakankamumas			
		M	SD	t (df)	p
Bendros žinios	Taip	3,97	0,96	-5,3 (617,11)	<0,001

		Ne	3,62	1,12		
Žinios gimdymo procesus	apie Taip		3,89	0,94	-3,07(373,64)	0,002
	Ne		3,67	1,12		
Psichologinis pasiruošimas						
					t (df)	p
Dėmesys psichikos sveikatai	Taip		4,17	0,97	-4,27 (1177)	<0,001
	Ne		3,84	1,05		

Pastaba. t – t testo koeficientas, df – laisvės laipsniai, p – reikšmingumo lygmuo.

Taigi, gauti rezultatai leidžia teigti, jog pasirengimo gimdymui veiklos tokios kaip edukacinės programos ar/ir kiti žinių apie gimdymą įgijimo metodai bei psichologinio pasirengimo veiklos, dėmesys savo psichikos sveikatai gali prisidėti prie to, jog moterys jaustųsi pakankamai išmanančios apie gimdymo procesą bei įgalintos jam psichologiškai.

3.2 Pasirengimas gimdymui ir gimdymo patirtis

Siekiant išsiaiškinti, ar skiriasi skirtingų gimdymo būdų dažnis tarp moterų, kurios dalyvavo ir nedalyvavo pasirengimo gimdymui veiklose, taikytas chi kvadrato testas. Ši rezultatų analizės dalis, atsižvelgiant į ankstesnius tyrimus, įtraukia edukacinių programų ir fizinio aktyvumo pasirengimo gimdymui veiklas. Chi kvadrato testas (5 lentelė) rodo, jog tarp moterų, kurios dalyvavo ir nedalyvavo edukacinėje programoje gimdymo būdas nesiskiria. Moterų, dalyvavusių ir nedalyvavusių fizinio aktyvumo veiklose gimdymo būdas taip pat nesiskyrė. Taigi, nebuvo nustatyta reikšmingų sąsajų tarp įsitraukimo į pasirengimo gimdymui veiklas ir gimdymo būdo.

5 lentelė. *Moterų, įsitraukusių į skirtingas pasirengimo programas, proporcijos palyginimas gimdymo būdo atžvilgiu*

		Gimdymas natūraliais gimdymo takais	Cezario pjūvio operacija	χ^2	df	p
Edukacinė	Dalyvavo	595	145	3,41	1	0,065

programa	Nedalyvavo	333	106			
Fizinis	Dalyvavo	307	81			
aktyvumas				0,06	1	0,808
	Nedalyvavo	621	170			

Pastaba. χ^2 – Pearson chi kvadratas, df – laisvės laipsniai, p – reikšmingumo lygmuo.

Mišraus metodo duomenų analizė atskleidė, kad dalis tyrimo dalyvių nurodė, jog niekas iš pasirengimo gimdymui nebuvo naudinga jų patirtam gimdymui. Tokia proporcija moterų buvo statistiškai reikšmingai didesnė ($\chi^2 = 21,3$, $df = 1$, $p < 0,001$) tarp gimdžiusių cezario pjūvio operacijos pagalba (9,6%) nei tarp gimdžiusių natūraliais gimdymo takais (2,9%).

Siekiant išsiaiškinti, ar skiriasi medikamentinių ir instrumentinių intervencijų taikymo dažnis tarp moterų, kurios dalyvavo ir nedalyvavo pasirengimo gimdymui veiklose, taikytas chi kvadrato testas. Procedūros, kurios priskirtos medikamentinėms bei instrumentinėms intervencijoms nurodytos metodikos dalyje. Remiantis 6 lentelėje pateiktais rezultatais galima teigti, jog tyrimo dalyvių dalis, kuri dalyvavo ir nedalyvavo edukacinėse programose nesiskyrė taikomų medikamentinių intervencijų dažniu. Šios intervencijos buvo taikomos panašiu dažniu abiejose edukacinių programų grupėse. Remiantis 7 lentelėje pateiktais rezultatais, galima teigti, jog nors ir nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp tyrimo dalyvių proporcijos pasiskirstymo pagal instrumentinių intervencijų naudojimą, toks skirtumas pastebėtas ir tarp dalyvavusių, ir tarp nedalyvavusių edukacinėse programose. Didesnė tyrimo dalyvių dalis, kuriai taikytos instrumentinės intervencijos, dalyvavo edukacinėse programose. Tyrimo dalyvės, įsitraukusios ir neįsitraukusios į fizinio aktyvumo veiklas nesiskyrė taikomų medikamentinių (6 lentelė) ir instrumentinių intervencijų dažniu (7 lentelė). Taigi, medikamentinės ir instrumentinės intervencijos buvo taikomos panašiu dažniu tarp fizinio aktyvumo veiklose dalyvavusių ir nedalyvavusių moterų.

Žinios apie intervencijas bei žinios apie gimdymo būdus – vieni iš kodų taikytų kokybiniam atsakymams apie naudingiausias pasirengimo gimdymui priemones, kurie priskirti temai – žinios apie gimdymo procesus. Norima išsiaiškinti, ar moterys, kurios tai išskyrė kaip svarbią pasirengimo gimdymui dalį skyrėsi atliktų intervencijų skaičiumi nuo tokių žinių svarbos nepabrėžusių moterų. Atsakant į šį klausimą, naudojamas chi kvadrato testas. Tarp moterų paminėjusių žinias apie gimdymo procesus 79% buvo taikomos medicininės intervencijos, 21% – netaikyta, tarp tokių žinių naudos nenurodžiusių moterų 77,7% taikytos medicininės intervencijos, 22,3% – netaikytos. Tarp moterų paminėjusių žinias apie gimdymo procesus 89,5% buvo taikomos instrumentinės intervencijos, 10,5%

– netaikyta, tarp tokių žinių naudos nenurodžiusių moterų 85% taikytos instrumentinės intervencijos, 15% – netaikytos. Nustatyta, jog medikamentinių ($\chi^2 = 0,17$, $df = 1$, $p = 0,681$) ir instrumentinių ($\chi^2 = 2,97$ $df = 1$, $p = 0,084$) intervencijų proporcija tarp žinių apie gimdymo procesų naudą įvardinusių ir neįvardinusių moterų nesiskiria. Taigi, intervencijų taikymas buvo panašus abiejose grupėse.

6 lentelė. *Medikamentinių intervencijų taikymo dažnio palyginimas tarp dalyvavusių ir nedalyvavusių pasirengimo gimdymui veiklose*

		Medikamentinės intervencijos		χ^2	df	p
		Taip	Ne			
Edukacinė programa	Dalyvavo	584 (79%)	155 (21%)	1,32	1	0,250
	Nedalyvavo	332 (76,1%)	104 (23,9%)			
Fizinis aktyvumas	Dalyvavo	301 (77,8%)	86 (22,2%)	0,01	1	0,917
	Nedalyvavo	615 (78%)	173 (22%)			

7 lentelė. *Instrumentinių intervencijų taikymo dažnio palyginimas tarp dalyvavusių ir nedalyvavusių pasirengimo gimdymui veiklose*

		Instrumentinės intervencijos		χ^2	df	p
		Taip	Ne			
Edukacinė programa	Dalyvavo	647 (87,4%)	93 (12,6%)	4,24	1	0,040
	Nedalyvavo	364 (83,1%)	74 (16,9%)			
Fizinis aktyvumas	Dalyvavo	331 (85,5%)	56 (14,5%)	0,041	1	0,840
	Nedalyvavo					

Nedalyvavo	680 (86%)	111 (14%)
------------	-----------	-----------

Apibendrinant, galima teigti, jog moterys, dalyvavusios ir nedalyvavusios edukacinėse ir fizinio aktyvumo pasirengimo gimdymui veiklose, nesiskyrė gimdymo būdu bei gimdyje taikytų intervencijų dažniu.

Siekta suprasti, ar skiriasi tyrimo dalyvių, įsitraukusių į edukacines programas ar psichologinį pasiruošimą gimdymui, patirtas skausmo lygis. Skausmo lygis sugrupuotas į dvi grupes: mažo ir vidutinio bei didelio ir nepakeliamo. Rezultatų analizei naudojamas chi kvadrato testas, kurio rezultatai pateikiami 8 lentelėje. Nustatyta statistiškai reikšmingi skirtumai tarp edukacinių programų ir skausmo lygio, tačiau skausmo lygių dažniai skiriasi ir tarp edukacinėse programose dalyvavusių ir tarp tokiose programose nedalyvavusių moterų. Tyrimo dalyvių, patyrusių skirtingą skausmo lygį, proporcija tarp įsitraukusių ir neįsitraukusių į psichologinio pasiruošimo gimdymui veiklas nepasizymėjo statistiškai reikšmingu skirtumu.

8 lentelė. *Dalyvavimo pasirengimo gimdymui veiklose ir jausto skausmo lygio palyginimas*

		Mažas ir vidutinis skausmo lygis	Didelis ir nepakeliamas skausmo lygis	χ^2	df	p
Edukacinė programa	Dalyvavo	155	509	4,95	1	0,026
	Nedalyvavo	113	296			
Psichologinis pasirengimas	Dalyvavo	35	106	0,06	1	0,815
	Nedalyvavo	233	672			

Edukacinio ir psichologinio pobūdžio pasirengimas gimdymui gali supažindinti su įvairiomis nemedikamentinio skausmo malšinimo priemonėmis, todėl siekta išsiaiškinti, kaip tokių priemonių skaičius gimdyje susijusi su dalyvavimu šiose pasirengimo gimdymui veiklose. Atlikus nepriklausomų imčių Studento t-testą nustatyta, jog statistiškai reikšmingai skiriasi gimdyje naudotų

nemedikamentinių skausmo malšinimo būdų skaičius tarp moterų dalyvavusių ($M = 3,08$, $SD = 2,1$) ir nedalyvavusių ($M = 2,62$, $SD = 1,87$) edukacinėse programose ($t = -3,57$, $df = 1044$, $p < 0,001$). Dalyvavusios šiose programose nemedikamentinio skausmo malšinimo būdų naudojo statistiškai reikšmingai daugiau. Analizė taip pat atskleidė, jog moterys, kurios į pasirengimą gimdymui įtraukė psichologines priemones ($M = 4,01$, $SD = 2,3$) naudojo daugiau nemedikamentinių skausmo malšinimo būdų nei moterys, kurios nenaudojo ($M = 2,74$, $SD = 1,91$) psichologinio pasirengimo priemonių ($t = -6,27$, $df = 171,44$, $p < 0,001$).

Svarbus ne tik pats nemedikamentinių skausmo malšinimo priemonių naudojimas, bet ir jo efektyvumas. Tam kad būtų nustatyti skirtumai tarp pasirengimo gimdymui veiklų ir nemedikamentinių priemonių efektyvumo naudojamas chi kvadrato testas. Nemedikamentinių skausmo malšinimo priemonių efektyvumas nebuvo susijęs su dalyvavimu edukacinėse programose pasirengimo gimdymui metu ($\chi^2 = 1,96$ $df = 2$, $p = 0,375$). Tačiau nustatytos sąsajos tarp psichologinio pasiruošimo gimdymui ir nemedikamentinio skausmo malšinimo efektyvumo ($\chi^2 = 6,11$, $df = 2$, $p = 0,047$), kai toks skausmo malšinimo būdas tyrimo dalyvėms atrodė neefektyvus, jos dažniau nebuvo įsitraukusios į psichologinį pasirengimą gimdymui (90,8%). Beveik ketvirtadalis tyrimo dalyvių (24,2%) išskyrė, jog gimdymo metu naudotos praktikos, o tarp jų ir nemedikamentiniai skausmo malšinimo būdai, buvo naudingos jų gimdymui. Visgi, atlikus chi kvadrato testą, nustatyta, kad moterys, kurioms gimdyje naudotos praktikos buvo naudingos, nesiskyrė ($\chi^2 = 0,004$, $df = 1$, $p = 0,947$) patirtu skausmo lygiu nuo tokių praktikų naudos neišskyrusių moterų.

Psichosocialinė gimdymo patirtis apima įsitraukimą į gimdymo sprendimų priėmimą, bendravimą su medicinos personalu, subjektyvų gimdymo vertinimą ir gimdymo patirties atitikimą lūkesčiams. Sąsajos tarp įsitraukimo į gimdymą ir dalyvavimo edukacinėse programose analizuojamos, naudojant Mann Whitney – U testą, kurio rezultatai pateikiami 9 lentelėje. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp dalyvavusių ir nedalyvavusių edukacinėse programose faktinio dalyvavimo gimdymo sprendimų priėmime. Tyrimo dalyvės, įsitraukusios į edukacines programas, gimdymo sprendimo priėmime dalyvavo aktyviau nei į šių programų veiklą neįsitraukusios moterys. Noro gauti informacijos ir noro dalyvauti sprendimų gimdyje priėmime atžvilgiu skirtumų tarp grupių nenustatyta.

9 lentelė. *Dalyvavusių ir nedalyvavusių edukacinėse programose palyginimas įsitraukimo į su gimdymu susijusius sprendimus atžvilgiu.*

	Edukacinė programa	n	Vidurkinis rangas	U	Z	p
Noras gauti informaciją apie intervencijas	Nedalyvavo	439	569,47	153415,5	-1,84	0,066
	Dalyvavo	740	602,18			
Noras dalyvauti sprendimų gimdyje priėmimo	Nedalyvavo	439	570,8	153999,5	-1,53	0,126
	Dalyvavo	740	601,39			
Dalyvavimas sprendimų priėmimo gimdyje	Nedalyvavo	439	560,99	149693,5	-2,31	0,021
	Dalyvavo	740	607,21			
Norų ir dalyvavimo sprendimų priėmimo atitikimas	Nedalyvavo	439	573,48	155177	-1,36	0,174
	Dalyvavo	740	599,8			

Pastaba. n – tyrimo dalyvių skaičius; U – neparametrinio Mann-Whitney kriterijaus įvertis; Z – Z testo koeficientas; p – statistinis reikšmingumas.

Siekiant suprasti, kaip skiriasi ligoninėje suteiktos priežiūros vertinimas tarp edukacijos programose bei psichologiniame pasirengime gimdymui dalyvavusių ir nedalyvavusių moterų, taikomas Mann Whitney – U testas, lyginant pasitenkinimą suteikta gimdymo priežiūra. Nenustatyta statistiškai reikšmingų pasitenkinimo gimdymo metu suteikta priežiūra skirtumų ($U = 161845$, $Z = -0,11$, $p = 0,911$) tarp edukacinėse programose dalyvavusių (Vidurkinis rangas = 589,21) ir nedalyvavusių (Vidurkinis rangas = 591,33) moterų. Skirtumų nenustatyta ir pasitenkinimo pogimdyminės priežiūros atžvilgiu ($U = 159893$, $Z = -0,47$, $p = 0,638$) tarp edukacinėse programose dalyvavusių (Vidurkinis rangas = 586,57) ir nedalyvavusių moterų (Vidurkinis rangas = 595,78). Taigi, pasitenkinimas gimdymo metu ir po gimdymo suteikta priežiūra buvo panašus abiejose grupėse. Tačiau pastebėti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp psichologinio pasirengimo veiklose dalyvavusių ir nedalyvavusių tyrimo dalyvių (10 lentelė). Galima teigti, jog psichologinio pasirengimo veiklose dalyvavusios respondentės buvo mažiau patenkintos gimdymo metu ir po gimdymo suteikta priežiūra.

10 lentelė. *Pasitenkinimo suteikta medicinos personalo priežiūra palyginimas tarp psichologinio pasirengimo veiklose dalyvavusių ir nedalyvavusių moterų*

	Psichologinis pasirengimas	n	Vidurkinis rangas	U	Z	p
Pasitenkinimas gimdymo metu suteikta priežiūra	Nedalyvavo	1023	602,86	66638,5	-3,59	<0,001
	Dalyvavo	156	505,67			
Pasitenkinimas po gimdymo suteikta priežiūra	Nedalyvavo	1023	602,19	67324	-3,3	0,001
	Dalyvavo	156	510,06			

Pastaba. n – tyrimo dalyvių skaičius; U – neparametrinio Mann-Whitney kriterijaus įvertis; Z – Z testo koeficientas; p – statistinis reikšmingumas.

Dalis tyrimo dalyvių sveikatos priežiūros sistemos vaidmenį pasirengimo gimdymui metu įvardino kaip vieną svarbiausių jų gimdymui, todėl palyginamas pasitenkinimas suteikta gimdymo priežiūra tarp tyrimo dalyvių, išskyrusių (Vidurkinis rangas = 682,92) ir neišskyrusių (Vidurkinis rangas = 573,8) sveikatos priežiūros sistemos svarbą. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($U = 71588,5$, $Z = -4,23$, $p < 0,001$). Galima teigti, jog respondentėms, kurioms sveikatos priežiūros sistemos teikiamos paslaugos padėjo pasirengime gimdymui, gimdymo metu suteiktą priežiūra vertino palankiau.

Siekta suprasti, ar dalyvavimas edukacinėse programose, psichologinio pasirengimo veiklose gali būti susijęs su gimdymo patirties atitikimu lūkesčiams bei su gimdymo patirties vertinimu. Atlikta Mann Whitney – U testo analizė rodo, jog dalyvavusių (Vidurkinis rangas = 579,87) ir nedalyvavusių (Vidurkinis rangas = 607,08) edukacinėse programose gimdymo atitikimo lūkesčiams vertinimas statistiškai reikšmingai nesiskiria ($U = 154933,5$, $Z = -1,36$, $p = 0,174$). Įsitraukusios (Vidurkinis rangas = 581,39) ir neįsitraukusios (Vidurkinis rangas = 604,51) į edukacines pasirengimas nesiskyrė ir savo gimdymo patirties įvertinimu ($U = 156060$, $Z = -1,17$, $p = 0,240$). Tarp į savo pasirengimą gimdymui įtraukusių (Vidurkinis rangas = 573,61) ir neįtraukusių (Vidurkinis rangas = 592,5) psichologines priemones gimdymo atitikimas lūkesčiams nesiskyrė ($U = 77236,5$, $Z = -0,66$, $p = 0,508$). Tokia pati tendencija pastebėta ir gimdymo patirties vertinimo atžvilgiu ($U = 76133$, $Z = -0,96$, $p = 0,336$) tarp įsitraukusių (Vidurkinis rangas = 566,53) ir neįsitraukusių (Vidurkinis rangas = 593,58) į psichologinio pasirengimo gimdymui veiklas. Taigi, nepaisant dalyvavimo edukacinėse programose ar psichologinio pasirengimo veiklose, tyrimo dalyvės savo gimdymo patirties atitikimą lūkesčiams ir bendrą gimdymo

patirtį vertino panašiai. Atsižvelgiant į vidurkinius įverčius, galima teigti, jog didžioji dalis respondenčių gimdymo patirtį vertintų kaip iš dalies atitukusią lūkesčius ($M = 3,36$, $SD = 1,34$), o gimdymo patirtį įvardintų kaip nei gerą, nei blogą ($M = 3,59$, $SD = 1,26$).

3.3. Pasirengimas gimdymui ir pogimdyminės depresijos simptomai

Pirmiausia, analizuojamas pasirengimo gimdymui ir pogimdyminės depresijos ryšys. Tyrimo dalyvėms buvo pateiktas atviras klausimas apie tai, kas iš jų pasirengimo laikotarpio buvo naudingiausia pogimdyminiu laikotarpiu. Atsakymus sukodavus ir sugrupavus į temas, pastebėta, jog dažniausiai pasikartojančios temos buvo: žinios apie kūdikį, apimančios informaciją apie žindymą ir naujagimio priežiūrą, socialinė parama, kurios sulaukta iš vyro ar partnerio ir kitų mamų, bendros žinios, kurios apima struktūruotą ar savarankišką žinių įgijimą (11 lentelė).

11 lentelė. *Temos išskirtos, atsakant į atvirą klausimą apie pogimdyminį laikotarpį*

„Kaip manote, kas konkrečiai iš Jūsų pasiruošimo gimdymui, naudingiausia/labiausiai pogimdyminiu laikotarpiu?“	Tyrimo dalyvių skaičius (n) ir procentinė dalis Jums buvo pravertė (%)
Žinios apie kūdikį	370 (31,4%)
Socialinė parama	203 (17,2%)
Bendros žinios	201 (17%)
Žinios apie save	126 (10,7%)
Dėmesys psichikos sveikatai	126 (10,7%)
Neatsakyta/Nežinau	98 (8,3%)
Reikalingų daiktų parengimas	91 (7,7%)
Specialistų pagalba	60 (5,1%)
Niekas	50 (4,2%)
Nepasiruošusi	27 (2,3%)
Fizinis aktyvumas	18 (1,5%)

Mišrus duomenų analizės metodas papildė kiekybinę informaciją įžvalga apie socialinės paramos svarbą. Tačiau atlikus Student t-testo analizę, nustatyta jog pogimdyminės depresijos rizika tarp grupių, kurios išskyrė ($M = 8,24$, $SD = 6,25$) ir neišskyrė ($M = 8,8$, $SD = 5,89$) socialinės paramos svarbą, statistiškai reikšmingų skirtumų nėra ($t = 1,22$, $df = 1177$, $p = 0,221$). Dalis tyrimo dalyvių, atsakydamos į šį klausimą, nurodė nepasiruošimo jausmą, pateikiamos kelios citatos, kurios iliustruoja šių dalyvių patirtį: „Apie pogimdyminį laikotarpį mažai žinojau“, „Nebuvau pasiruošusi pogimdyminiam laikotarpiui. Ypač psichologiškai.“, „Pasirodo apie pogimdyminį laikotarpį buvau nepasiruošus visai, išskyrus žinojimą ko galima tikėtis psichologiškai. Bet kas darosi su kūnu – tam jautasi, kad visiškai nepasiruošiau. Kažin ar įmanoma.“. Tyrimo dalyvių atsakymai liudija ir apie žinių trūkumą, ir apie psichologinio pasiruošimo stygių, šie aspektai tampa ir tolimesnės duomenų analizės objektu.

Pogimdyminės depresijos simptomai įvertinti, naudojant EPDS skalę, kurios duomenys atskleidė, jog 29,1% ($n = 343$) tyrimo dalyvių patektų į pogimdyminės rizikos grupę (surinkta balų suma 12 ir daugiau). Vidutinė balų suma siekia beveik devynis balus ($M = 8,71$, $SD = 5,95$), mažiausias įvertis tyrimo imtyje – 1, didžiausias – 28. Anketos pildymo metu vidutinis laikas praėjęs po respondenčių gimdymo buvo beveik 9 mėnesiai ($M = 8,92$, $SD = 3,59$). Pastebėta, jog laikas, praėjęs po gimdymo, susijęs itin silpnu, teigiamu ir reikšmingu, ryšiu su EPDS rezultatais (12 lentelė), tai leidžia teigti, jog po gimdymo praėjus ilgesniam laiko tarpui, tyrimo dalyvėms pasireiškė daugiau pogimdyminės depresijos simptomų.

12 lentelė. Pasiruošimo gimdymui, psichosocialinės gimdymo patirties veiksnių, sociodemografinių charakteristikų, psichikos sveikatos rodiklių ir EPDS koreliacija

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. EPDS	-									
2. Psichologinis pasiruošimas gimdymui	-0,32**	-								
3. Įgytų žinių apie gimdymą pakankamumas	-0,3**	0,38**	-							
4. Laikas po gimdymo (mėn)	0,06*	-0,05	-0,01	-						
5. Amžius	0,008	-0,03	-0,05	0,004	-					
6. Gimdymo patirtis	-0,28**	0,27**	0,37**	-0,04	-0,04	-				
7. Stresiniai gyvenimo įvykiai	0,35**	0,08**	0,11**	-0,02	0,04	0,14**	-			
8. Lūkesčiai	-0,21**	0,21**	0,32**	-0,03	0,01	0,79**	0,12**	-		
9. Pasitenkinimas gimdymo priežiūra	-0,25**	0,16**	0,3**	-0,05	-0,02	0,57**	0,09**	0,46**	-	
10. Pasitenkinimas priežiūra po gimdymo	-0,22**	0,11**	0,17**	-0,04	-0,07	0,29**	0,08**	0,19**	0,39**	-

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Siekiant išsiaiškinti, sąsajas tarp pasirengimo gimdymui veiklų ir pogimdyminės depresijos simptomų atliekama Student t-testo analizė (13 lentelė), žinių apie gimdymą pakankamumo ir psichologinis pasiruošimo lygio sąsajos su pogimdymine depresija vertinamos pasitelkiant Spearman koreliacijas (12 lentelė). Iš testo rezultatų galima spręsti, jog statistiškai reikšmingų EPDS balų sumos skirtumų tarp edukacinėse programose ir fizinio aktyvumo veiklose dalyvavusių ir nedalyvavusių respondenčių nenustatyta. Tad, pogimdyminės depresijos simptomų pasireiškimas buvo panašus, nepaisant ištraukimo į edukacines ar fizinio aktyvumo veiklas. Tačiau analizuojant kokybinius tyrimo duomenis ir taikant mišrųjį metodą, pastebėta, jog tyrimo dalyvės, kurios bendrąsias pasirengimo metu įgytas žinias vertino kaip naudingas ($M = 7,96$, $SD = 5,98$), pasižymėjo statistiškai reikšmingai mažesniais EPDS įverčiais ($t = 1,98$, $df = 1177$, $p = 0,049$), lyginant su tyrimo dalyvėmis, kurios šio elemento neįvardijo kaip naudingiausio pogimdyminiam laikotarpiui ($M = 8,86$, $SD = 5,94$). Taip pat nustatyta statistiškai reikšmingas neigiamas ryšys tarp įgytų žinių apie gimdymą pakankamumo ir EPDS įverčių (12 lentelė). Respondentės, kurios buvo labiau patenkintos savo turėtomis žiniomis iki gimdymo, patyrė mažiau pogimdyminės depresijos simptomų. Tyrimo dalyvių, ištraukusių ir neįsitraukusių į psichologinio pasirengimo gimdymui veiklas EPDS įverčiais buvo statistiškai

reikšmingai skirtingi. Taigi, respondentės, kurios dalyvavo psichologinio pasirengimo gimdymui veiklose patyrė daugiau pogimdyminės depresijos simptomų nei tokiose veiklose nedalyvavusios tyrimo dalyvės. Tačiau atlikta Spearman koreliacijų analizė atskleidžia, jog psichologinis pasiruošimas gimdymui susijęs su EPDS skalės suma statistiškai reikšmingu neigiamu ryšiu (12 lentelė). Tad moterys, kurios prieš gimdymą jautėsi jam geriau pasiruošusios psichologiškai patyrė mažiau pogimdyminės depresijos simptomų. Vis dėlto, tyrimo dalyvės, kurios išskyrė dėmesį psichikos sveikatai kaip vieną naudingiausių pasirengimo elementų pogimdyminiam laikotarpiui ($M = 8,06$, $SD = 5,66$), nesiskyrė ($t = 1,28$, $df = 1177$, $p = 0,2$) EPDS surinkta balų suma nuo respondenčių, kurios šio pasirengimo aspekto neminėjo ($M = 8,78$, $SD = 5,98$).

13 lentelė. Grupių palyginimas tarp pasirengimo gimdymui veiklų ir pogimdyminės depresijos simptomų

	Dalyvavo		Nedalyvavo		t	df	p
	n	M (SD)	n	M (SD)			
Edukacinės programos	740	8,46 (5,96)	439	9,12 (5,92)	1,83	1177	0,067
Psichologinės pasirengimo veiklos	156	10,52 (5,97)	1023	8,43 (5,9)	-4,11	1177	<0,001
Fizinis aktyvumas	388	8,32 (5,92)	791	8,9 (5,97)	1,55	1177	0,120

Pastaba. M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis t – t testo koeficientas, df – laisvės laipsniai, p – reikšmingumo lygmuo.

Atlikta literatūros analizė leidžia kelti prielaidas, jog ir pati gimdymo patirtis gali būti siejama su pogimdyminės depresijos simptomatika. Todėl siekiant geriau suprasti bendrą moters patirtį visu perinataliniu laikotarpiu, atlikta ir gimdymo patirties bei pogimdyminės depresijos simptomų sąsajų analizė. Norint išsiaiškinti, ar EPDS sumos įvertiniai skiriasi tarp tyrimo dalyvių, gimdžiusių skirtingu gimdymo būdu, naudojusių ir nenaudojusių intervencijas bei patyrusių skirtingą skausmo lygį, taikomas Student t-testas. Analizė atskleidė, jog tyrimo dalyvių, naudojusių ($M = 8,63$, $SD = 5,92$) ir nenaudojusių ($M = 8,94$, $SD = 6,08$) medikamentines intervencijas EPDS surinkta balų suma

statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($t = 0,74$, $df = 1173$, $p = 0,463$). Reikšmingų skirtumų nenustatyta ($t = -0,63$, $df = 1176$, $p = 0,529$) ir tarp gimdžiusių su instrumentinėmis intervencijomis ($M = 8,74$, $SD = 5,96$) ir be jų ($M = 8,43$, $SD = 5,89$). Taigi, nepaisant intervencijų naudojimo gimdyje, respondentės pasižymėjo panašiu pogimdyminės depresijos simptomų lygiu. Tačiau skirtingu būdu gimdžiusių moterų grupės reikšmingai skyrėsi ($t = -2,7$, $df = 370,29$, $p = 0,007$) patirta pogimdyminė depresija po gimdymo. Tyrimo dalyvės, gimdžiusios cezario pjūvio operacijos būdu ($M = 9,65$, $SD = 6,37$) patyrė daugiau pogimdyminės depresijos simptomų nei gimdžiusios natūraliais gimdymo takais ($M = 8,45$, $SD = 5,81$). Reikšmingi EPDS balų sumos skirtumai pastebėti ir tarp skirtingo skausmo lygį patyrusių respondenčių ($t = -2,44$, $df = 1044$, $p = 0,015$). Mažo ir vidutinio lygio skausmą patyrusios tyrimo dalyvės ($M = 7,90$, $SD = 5,78$) susidūrė su mažiau pogimdyminės depresijos simptomų nei didelio ir nepakeliamo lygio skausmą patyrusios moterys ($M = 8,93$, $SD = 5,97$).

Psichosocialinės gimdymo patirties sąsajos su pogimdyminės depresijos simptomais analizuojamos remiantis Spearman koreliacijomis. Iš 12 lentelėje pateiktų koreliacijų matome, jog gimdymo patirties ir EPDS ryšys yra neigiamas ir statistiškai reikšmingas, tad tyrimo dalyvės, kurios savo gimdymo patirtį laikė artimesne traumuojančiai, buvo linkusios patirti daugiau pogimdyminės depresijos simptomų. Gimdymo patirties atitikimas lūkesčiams taip pat pasižymėjo neigiama ir reikšminga sąsaja su EPDS rezultatais. Galima teigti, jog moterys, kurių gimdymas neatitiko turėtų lūkesčių, patyrė daugiau pogimdyminės depresijos simptomų. Svarbi ne tik gimdyvės individuali patirtis, bet ir bendravimas su prižiūrinčiu medicinos personalu. Kaip matoma iš 12 lentelėje pateiktų koreliacijos rezultatų, pasitenkinimas gimdymo metu ir po gimdymo suteikta priežiūra susijęs reikšmingu ir neigiamu ryšiu su EPDS rezultatais. Taigi, tyrimo dalyvės, kurios liko mažiau patenkinatos gauta priežiūra, dažniau susidūrė su pogimdyminės depresijos simptomais.

Galiausiai, siekiant nustatyti, kaip pasiruošimo gimdymui vertinimas prognozuoja pogimdyminės depresijos simptomų pasireiškimą, atlikta hierarchinė regresinė analizė. Pirmajame modelyje kaip nepriklausomi kintamieji pasirinkti stresinių įvykių suma ir psichologinių sunkumų turėjimas iki gimdymo, t.y. iki nėštumo, nėštumo metu arba abiem šiais laikotarpiais turėtas vienas ar daugiau metodikos dalyje nurodytų psichologinių sunkumų. Tai yra kontroliuojami šios analizės kintamieji, kurie literatūroje išskiriami kaip vieni geriausių pogimdyminės depresijos prognostinių veiksnių. Pirmojo modelio analizė atskleidė, kad modelis yra statistiškai reikšmingas ($R^2 = 0,14$, $F(2, 1176) = 96,3$, $p < 0,001$). Šis modelis gali paaiškinti 14% EPDS sumos dispersijos. Antrajame modelyje į analizę įtraukti psichologinio pasiruošimo gimdymui ir turėtų žinių apie gimdymą subjektyvus įvertinimas. Šie kintamieji pasirinkti kaip reprezentuojantys moters pasiruošimą gimdymui bei dėl

nustatytų vidutinio stiprumo koreliacijų su EPDS skalės suma (12 lentelė). Nustatyta, jog kontroliuojant pirmojo modelio kintamuosius (psichologiniai sunkumai iki gimdymo, stresiniai gyvenimo įvykiai), šis modelis yra statistiškai reikšmingas ($R^2 = 0,25$, $F(4, 1174) = 96,1$, $p < 0,001$). R^2 pokyčio įvertis atskleidžia, jog šių kintamųjų pridėjimas papildomai paaiškina 11% EPDS dispersijos. Svarbu atkreipti dėmesį, jog net ir kontroliuojant pirmojo modelio nepriklausomus kintamuosius, antrajame modelyje jų β koeficientai lieka nepakitę, o pridėti nepriklausomi kintamieji prisideda prie didesnės EPDS dispersijos paaiškinimo, suteikdami papildomos informacijos apie pogimdyminės depresijos prognozavimą greta jau žinomų prognostinių veiksnių. Taigi, galima teigti, jog psichologinių sunkumų turėjimas iki gimdymo, didesnis stresinių gyvenimo patirčių skaičius, jautimasis psichologiškai nepasiruošus gimdymui ir mažesnis žinių kiekis apie turėtą gimdymo patirtį prognozuoja didesnę pogimdyminės depresijos simptomų skaičių.

14 lentelė. EPDS prognoziniai veiksniai

	Modelis 1			Modelis 2		
	B	SE	β	B	SE	β
Psichologiniai sunkumai iki gimdymo	6,9	0,21	0,1***	1,59	0,4	0,1***
Stresiniai gyvenimo įvykiai	2,02	0,16	0,3***	1,73	0,15	0,3***
Psichologinis pasiruošimas gimdymui	-	-	-	-1,32	0,16	-0,23***
Įgytų žinių pakankamumas	-	-	-	-0,88	0,15	-0,16***
	F	p	R^2	F	p	R^2
	96,3	<0,001	0,14	96,08	<0,001	0,25

Pastaba. *** $p < 0,001$

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiuo tyrimu siekta analizuoti, kas padeda pasirengti gimdymui ir pogimdyminiam laikotarpiui, kaip pasirengimas gimdymui susijęs su įvairiais gimdymo patirties aspektais, bei išsiaiškinti pasirengimo gimdymui ir gimdymo patirties sąsajas su pogimdymine depresija. Nors pasirengimo gimdymui veiklos tyrimo dalyvėms leido jaustis užtikrinčiau prieš laukiantį gimdymą, pats dalyvavimas vienoje ar kitoje veikloje neužtikrino sklandžios gimdymo patirties ar pogimdyminio laikotarpio.

Dalyvavimas pasirengimo gimdymui edukacinėse programose buvo susijęs su palankesniu savo žinių apie gimdymą vertinimu, o psichologinio pasirengimo veiklose dalyvavusios moterys jautėsi geriau pasiruošusios psichologiškai. Šiuos subjektyvius pasiruošimo gimdymui vertinimus galima sieti su saviveiksmingumo konstruktu. Saviveiksmingumą galima apibūdinti kaip asmens tikėjimą savo gebėjimu veikti tam tikroje situacijoje (Bandura, 1982). Keliama prielaida, jog tiek antenatalinė edukacija, tiek ir psichologinio pasirengimo strategijos atitinkamai suteikia moterims žinių apie patį gimdymą, galimas intervencijas, būdus, kaip malšinamas skausmas, padeda įveikti gimdymo baimę, nerimą prieš gimdymą ir tai suteikia moteriai tikėjimo savo galimybėmis gimdyme. Anot Serčekuš ir Baškale (2016) tyrimo, moterys, dalyvavusios antenatalinėje edukacijoje pasižymėjo didesniu saviveiksmingumu. Tokį rezultatą autoriai aiškina, pateikdami du argumentus. Visų pirma, antenatalinės edukacijos metu moterys turi galimybę ugdyti su pačiu gimdymo procesu susijusį pasitikėjimą savimi per tokius procesus kaip nemedikamentinių skausmo malšinimo technikų mokymasi, gebėjimą reguliuoti savo emocijas. Antra, jaučiamas gimdymo saviveiksmingumas siejamas su gimdymo baimė, kurią sumažinti gali padėti įvairios pasirengimo gimdymui priemonės, taip prisidėdamos prie kuriamo didesnio saviveiksmingumo. Intervencijos tokios kaip psichoedukacija (Toohill et al., 2014), dėmesingas įsisąmoninimas (Byrne, Hauck, Fisher, Bayes, & Schutze, 2014) siejamos su sumažėjusia gimdymo baimė, tokius rezultatus nurodo ir kai kurie edukacinių programų tyrimai (Çankaya & Şimşek, 2021), (Kuo et al., 2022). Tad sumažėjusi baimė ir nerimas bei įgytos žinios ir įgūdžiai galimai prisideda prie to, jog moteris jaučiasi geriau pasiruošusi artėjančiam gimdymui ir labiau pasitiki savimi.

Analizuojant medicininės gimdymo patirties ir pasirengimo gimdymui sąsajas, bandoma suprasti gimdymo būdo ir intervencijų taikymo tendencijas. Gimdymo būdas nebuvo susijęs su dalyvavimu edukacinio ar fizinio aktyvumo pasirengimo veiklose. Svarbu atkreipti dėmesį, jog šioje analizėje nebuvo išskirtos moterys, kurioms atlikta planinė ir skubi cezario pjūvio operacija. Visgi, antenatalinė edukacija gali daryti daugiau įtakos toms moterims, kurios svarsto apie cezario pjūvio operacijos

pasirinkimą dar nėštumo laikotarpiu nei toms, kurios susiduria su komplikacijomis gimdymo metu ir turi priimti greitą sprendimą. Uslu Yuvaci ir kiti (2021). Taip pat nepastebi gimdymo būdo skirtumų tarp antenatalinėje edukacijoje dalyvavusių ir nedalyvavusių moterų. Tyrėjai svarsto, jog tokia pavienė intervencija negali paveikti gimdymo būdo pasirinkimo ir svarbu apsvarstyti kitus veiksnius, tokius kaip – aktyvus akušerių įsitraukimas į gimdymą, gimdyklų, primenančių namus, o ne ligoninę įrengimas. Didžioji šio tyrimo dalyvių dalis naudojo medikamentines ir/ar instrumentines intervencijas, intervencijų naudojimo dažnis nesiskyrė tarp pasirengimo veiklose dalyvavusių ir nedalyvavusių moterų. Domenjoz ir kiti (2014) pastebi, jog instrumentinių intervencijų naudojimas tarp įsitraukusių neįsitraukusių į fizinio aktyvumo veiklas buvo panašus, o Maimburg ir kiti (2010) pastebi, jog nesiskiria medikamentinių intervencijų taikymas tarp edukacijoje dalyvavusių ir nedalyvavusių grupių. Gausus intervencijų naudojimas skatina kelti gimdymo medikalizavimo klausimą ir svarstyti, jog sveikatos priežiūros specialistai gimdymą traktuoja kaip medicininį procesą, o būdami pagrindiniais žmonėmis, kurie komunikuoja apie gimdymą ir antenatalinio ugdymo metu taip pat perduoda savo požiūrį ir būsimums mamoms. Tačiau kaip sisteminėje apžvalgoje pabrėžia Clesse ir kiti (2018) gimdymo medikalizacija turi ir tam tikrų privalumų tokių kaip gimdymo priežiūros standartai ir tam tikrų komplikacijų prevencija, ir trūkumų – medicinos specialistų kaip valdančių gimdymą suvokimas, kūno ir proto skirtis bei akušerinis smurtas. Tokie tyrėjų pastebėjimai skatina svarstyti apie tai, koks ir kaip kuriamas santykis tarp sveikatos priežiūros specialistų ir šių specialistų paslaugomis besinaudojančių žmonių. Visgi, šio tyrimo kontekste pasirengimas gimdymui nesiejamas su medicinine gimdymo patirtimi.

Analizuojant skausmo ir skausmo malšinimo patirtį, nustatyta, jog didžioji dalis tyrimo dalyvių patyrė didelį ir nepakeliamą skausmą gimdymo metu. Nepaisant dalyvavimo edukacinėse veiklose, reikšmingai didesnė dalis moterų patyrė didelio ir nepakeliamo skausmo lygį. Nors antenatalinė edukacija dažnai į savo programas įtraukia būtent skausmo valdymo įgūdžius, gauti rezultatai skatina svarstyti, jog esminis tikslas yra supažindinti moteris su būdais išbūti skausmą, kiek tai įmanoma, suvokti jo prasmę, o ne jį panaikinti. Van Der Gucht ir Lewis (2015) atlikta kokybinių tyrimų apžvalga atskleidė, jog vienas iš aspektų, įgalinusių moteris skausmo atžvilgiu, buvo skausmo, kaip neišvengiamos gimdymo dalies, priėmimas. Aptariant skausmo temą, verta sugrįžti ir prie saviveiksmingumo klausimo. Galima svarstyti, jog nors dalyvavimas pasirengimo veiklose ir nėra susijęs su patirto skausmo lygiu, tačiau galimas sąryšis tarp moters saviveiksmingumo skausmo atžvilgiu ir pasirengimo gimdymui. Pirmą kartą gimdančios moterys, nors ir negali mokytis iš ankstesnės skausmo gimdyme patirties, tačiau savo saviveiksmingumą gali ugdyti įsisąmonindamos,

kokios jų įprastos reakcijos į kitokio pobūdžio skausmą, mokydamosios naujų skausmo malšinimo ir valdymo technikų ir sulaukdamos paskatinimo iš tokius mokymus organizuojančių specialistų (Escott, Slade, & Spiby, 2009). Analizuojant nemedikamentinių skausmo malšinimo priemonių efektyvumo vertinimą, nustatyta, jog kai toks skausmo malšinimo būdas atrodė neefektyvus, tyrimo dalyvės buvo rečiau įsitraukusios į psichologinį pasirengimą gimdymui. Toks rezultatas, leidžia svarstyti apie psichologinių pasirengimo gimdymui svarbą skausmo malšinime ir skausmo interpretavime, kokios psichologinės technikos būtų naudingos ir svarbios gimdyvei. Escott ir kiti (2009) pabrėžia kognityvinių skausmo valdymo strategijų naudą pasirengime gimdymui. Šio tyrimo rezultatai atskleidė, jog moterys, kurios dalyvavo edukacinėse ar psichologinio pasirengimo veiklose nemedikamentinių skausmo malšinimo būdų savo gimdyje naudojo daugiau. Toks rezultatas atitinka Ricchi ir kitų (2020) vieną tyrimo išvadų, jog edukacinės veiklos didina tikimybę, jog gimdyvė naudosis tam tikrais nemedikamentiniais skausmo malšinimo būdais. Dalis tyrimo dalyvių išskyrė, jog įvairios praktikos, kurios padėjo gimdymo metu, buvo vienas naudingiausių pasirengimo gimdymui aspektų. Tad galima teigti, net jei tokios praktikos reikšmingai nesumažino patiriamo skausmo lygio, tai buvo svarbi gimdymo dalis, padėjusi išbūti sudėtingus gimdymo etapus.

Siekiant suprasti psichosocialinę gimdymo patirtį, atsižvelgta į gimdyvių įsitraukimą į gimdymą bei subjektyvų gimdymo vertinimą. Nors edukacinėse programose dalyvavusios ir nedalyvavusios tyrimo dalyvės nesiskyrė noru gauti informacijos apie siūlomas ir taikomas intervencijas, tačiau tos, kurios dalyvavo edukacinėse veiklose, gimdymo metu į sprendimų priėmimą įsitraukė labiau. Galima svarstyti, jog pasirengimo gimdymui metu įgytos žinios moterims suteikė pasitikėjimo, priimant sprendimus, jos galėjo jausti, jog situacija valdoma jų vidinio kontrolės lokuso. Akca ir kiti (2017) išskiria, jog dalyvavimas antenatalinėje edukacijoje įgalina moteris priimti informuotus sprendimus bei prisideda prie realistiškų lūkesčių formavimo. Tačiau šio tyrimo kontekste nei edukacinės programos, nei psichologinio pasirengimo veiklos nebuvo susijusios su gimdymo patirties atitikimu lūkesčiams. Galima svarstyti, jog lūkesčius gimdymui veikia daugybė veiksnių. Moterų lūkesčiams įtaką gali daryti ir didelė informacijos apie gimdymus gausa, ir kitų mamų gimdymo patirtys, tad pasirengimo veiklos yra tik viena dalis, galinti prisidėti prie moterų lūkesčių formavimo. Moterys dalyvavusios ir nedalyvavusios psichologinio pasirengimo veiklose nesiskyrė savo gimdymo patirties vertinimu ar gimdymo patirties atitikimu lūkesčiams. Maimburg ir kiti (2010) taip pat nenustatė gimdymo patirties skirtumų tarp edukacinėje programoje dalyvavusių ir nedalyvavusių moterų bei kelia prielaidą, jog tai gali būti siejama su gimdymo metu suteikta priežiūra, kuri, bent jau teoriniu lygmeniu, turėtų būti vienoda visoms gimdyvėms. Šio tyrimo rezultatai galėtų pritarti šiai prielaidai – pasitenkinimas

gimdymo metu ir po gimdymo suteikta priežiūra buvo panašus tarp moterų dalyvavusių ir nedalyvavusių edukacinėse veiklose. Tačiau moterys, kurios dalyvavo psichologinio pasirengimo veiklose pasižymėjo žemesniu pasitenkinimu suteikta priežiūra prieš ir po gimdymo. Keliamo prielaida, jog dalis į psichologinio pobūdžio pasirengimo veiklas įsitraukusių moterų jautė daugiau nerimo ir baimės, kas ir paskatino įsitraukti į šias veiklas, todėl gimdymo metu ir po jo joms galėjo būti reikalingas papildomas dėmesys ir parama iš gimdymą prižiūrinčio personalo. Visgi, medicinos, gimdymo, gimdyvės ir gimdymą prižiūrinčių specialistų santykis ir bendradarbiavimas yra kompleksiškas procesas, kurį šis tyrimas analizuoja tik ganėtinai ribotu aspektu.

Pogimdyminės depresijos simptomų paplitimas tirtoje imtyje viršija kituose tyrimuose dažniausiai nurodomą paplitimą apie 10 procentų (Schmied et al., 2013; Shorey et al., 2018), nors kiti tyrimai taip pat identifikuoja panašų pogimdyminės depresijos simptomų paplitimą (Kızılırmak et al., 2021). Tam galimi keli paaiškinimai. Visų pirma, šis instrumentas yra atrankinis, todėl negalima teigti, jog į pogimdyminės depresijos rizikos grupę patekusioms moterims iš tiesų tinkama pogimdyminės depresijos diagnozė, ji turėtų būti pagrindžiama papildomomis priemonėmis. Kaip žinoma iš tyrimo duomenų, dalis tyrimo dalyvių dar iki gimdymo ar nėštumo metu susidūrė su tam tikrais psichologiniais sunkumais, patyrė stresinių gyvenimo įvykių, tad patekimas į pogimdyminės depresijos rizikos grupę gali identifiкуoti ir ankstesnių sunkumų tąsą. Antenatalinė depresija bei kitų psichikos sveikatos sutrikimų istorija literatūroje nurodomi kaip pagrindiniai rizikos ir prognoziniai pogimdyminės depresijos veiksniai (Underwood et al., 2016) (Guintivano et al., 2018). Visgi, tokie tyrimo rezultatai pagrindžia mūsų visuomenės poreikį mėginti identifiкуoti moteris, kurios susiduria su didesne pogimdyminės depresijos rizika bei ieškoti efektyvių prevencijos ir intervencijos būdų.

Svarstant apie galimus prevencijos būdus, svarbu išsiaiškinti, koks pasirengimo gimdymui veiklų vaidmuo šiame kontekste. Tyrime nebuvo nustatyta sąsajų tarp dalyvavimo edukacinėse programose ar fizinio aktyvumo veiklose ir pogimdyminės depresijos simptomų gausos. Songøygard ir kiti (2012) taip pat pažymi mankštos programos ir pogimdyminės depresijos rizikos sąsajų stygių, tačiau atkreipia dėmesį į moterų grupę, kuri iki pasirengimo gimdymui nebuvo fiziškai aktyvi, ir tik dėka tyrime taikytos intervencijos įsitraukė į reguliarią fizinę veiklą bei pasižymėjo mažesne pogimdyminės depresijos rizika. Šiame tyrime informacija apie tyrimo dalyvių fizinį aktyvumą iki gimdymo nebuvo žinoma, todėl nėra galima palyginti tokios subgrupės rezultatų. Vis dėlto, galima svarstyti, jog fizinio aktyvumo palaikymas ir fizinio aktyvumo, kaip naujos sveikatai naudingos intervencijos įtraukimas, galėtų turėti skirtingą poveikį psichikos sveikatai. Maimburg ir Væth (2015) tyrimas atskleidė, jog antenatalinė edukacija nebuvo siejama su mažesne pogimdyminės depresijos

rizika. Kaip galimą paaiškinimą šiam rezultatui autoriai išskiria tai, jog moterys, kurios pasižymi rizikos veiksniais, siejamais su pogimdymine depresija gali būti mažiau linkusios dalyvauti edukacinėse veiklose ar kreiptis pagalbos. Tačiau pastebėta, jog respondentės įsitraukusios į psichologinio pasirengimo veiklas, patyrė daugiau pogimdyminės depresijos simptomų. Būtų galima svarstyti, jog moterys, kurios gimdymui ruošėsi psichologiškai, turėtų susidurti su mažiau psichologinių problemų po gimdymo. Vis dėlto, įsitraukimas į psichologinio pasirengimo veiklas gali kaip tik identifikuoti moteris, kurios jaučia didesnę nerimą, baimę ir turinčias tam tikrą polinkį į psichikos sveikatos sunkumus. Galima svarstyti, jog susidurdamos su šiomis emocijomis, moterys ieško papildomų pagalbos galimybių. Atsižvelgiant į psichologinio pasirengimo gimdymui tyrimus, jie taip pat dažnai orientuoti į moteris, kurios susiduria su tam tikrais psichologiniais sunkumais tokiais kaip nerimas ir baimė, o ne į moteris, kurios jaučia psichologinį stabilumą ir turi prevencinių tikslų. Kadangi lieka nežinomas tyrimo dalyvių psichologinio pasirengimo turinys, galima svarstyti, jog jis galėjo būti sutelktas į patį gimdymą, tačiau mažiau dėmesio skirta pogimdyminiam laikotarpiui. Analizuojant duomenis mišraus metodo principu, pogimdyminės depresijos simptomų skirtumų tarp dėmesį psichikos sveikatai išskyrusių ir neišskyrusių moterų nenustatyta. Visgi, šioje analizėje dėmesys psichikos sveikatai yra pakankami plačiai aprėpiantis konstruktas, įtraukiantis ir asmenybinius veiksnius tokie kaip lūkesčiai ar nusiteikimas, o ne vien konkrečias veiklas ar specifinę pagalbą.

Siekiant suprasti gimdymo patirties ir pogimdyminės depresijos sąsajas, nustatyta, jog moterys, kurios gimdė cezario pjūvio operacijos būdu susidūrė su didesne pogimdyminės depresijos rizika nei gimdžiusios natūraliais gimdymo takais. Galima svarstyti, jog toks gimdymo būdas moteriai galėjo sukelti daugiau streso ir neigiamų emocijų, nusivylimo savo veiksmais, nerimo dėl savo ir vaiko sveikatos, o šios emocijos paveikti psichikos sveikatą pogimdyminiu laikotarpiu (R. D. Maimburg & Væth, 2015). Kito pobūdžio intervencijos nebuvo siejamos su pogimdyminės depresijos rizika. Didelio ir nepakeliamo lygio skausmas taip pat siejamas su didesne pogimdyminės depresijos rizika. Keliama prielaida, jog didelis skausmo lygis daro įtaką tam kaip moteris interpretuoja savo gimdymo patirtį, o tai paveikia ir psichikos sveikatą pogimdyminiu laikotarpiu. Tai jog subjektyvus moters gimdymo vertinimas svarbus pagrindžia ir nustatytas ryšys tarp gimdymo patirties vertinimo ir pogimdyminės depresijos simptomų. Kai moteris savo patirtį interpretavo kaip blogesnę, susiduriama ir su daugiau pogimdyminės depresijos simptomų. Taip pat ir didesnis neatitikimas lūkesčiams siejamas su didesne pogimdyminės depresijos rizika. Bell ir Andersson (2016) išskiria neigiamos gimdymo patirties ir pogimdyminės depresijos sąsajas. Galima svarstyti, jog tokie rezultatai susiję ir su asmeniniais, ir su

tarpasmeniniais veiksniais. Tikėtina, jog moteris vertina tiek savo veiksmus, įsitraukimą į gimdymą, tiek ir gimdymą prižiūrinčio personalo vaidmenį.

Šio tyrimo metu psichikos sveikatos sunkumų turėjimas ir didesnis stresinių gyvenimo įvykių skaičius taip pat prognozavo pogimdyminės depresijos simptomų pasireiškimą bei atitinka ir kitų autorių rezultatus. Tačiau net ir kontroliuojant šiuos žinomus prognozinis veiksnis, psichologinio pasiruošimo jausmas ir įvertintas turėtų žinių apie gimdymą pakankumas buvo reikšmingi prognoziniai veiksniai. Kaip jau minėta, šie kintamieji gali būti siejami su saviveiksmingumo konstruktu. Nors tyrime naudoti kintamieji labiau atspindi su gimdymu susijusį saviveiksmingumą, galima kelti prielaidą, jog moterys, jaučiančios didesnę gimdymo saviveiksmingumą, pasižymės ir didesniu saviveiksmingumu ir pogimdyminiu laikotarpiu. Tyrėjai teigia, jog saviveiksmingumas motinystės atžvilgiu yra susijęs su pogimdymine depresija, o pačio saviveiksmingumo formavimuisi itin svarbi ir socialinė parama (Leahy-Warren, McCarthy, & Corcoran, 2012). Šiame tyrime socialinė parama, kurios kintamasis įtrauktas į analizę, mišriojo metodo pagrindu, nebuvo siejama su pogimdyminės depresijos rizika. Tam galimas metodologinis paaiškinimas, atsižvelgiant į tyrimo kokybinio klausimo formuluotę, respondentės atsakydamos galėjo galvoti apie pasirengimo gimdymui metu, o ne pogimdyminiu laikotarpiu jaustą socialinę paramą. Taip pat klausimas prašė įvardinti tai, kas tyrimo dalyvėms buvo naudingiausia, o ne apskritai naudinga. Platesni socialinės paramos sąsajų tyrinėjimai su pogimdymine depresija gali būti svarbi kryptis ateities tyrimams.

Apibendrinant pagrindinės šios tyrimo ašies – pasirengimo gimdymui – svarbą, norisi pabrėžti individualumo svarbą. Kaip atskleidė tyrimas pats dalyvavimas pasirengimo veiklose susijęs tik su nedaugeliu tyrime nagrinėtų veiksnių, nors ir siejamas su geresniu pasiruošimo gimdymui vertinimu. Vis dar lieka neatsakytų klausimų, kokie kiti veiksniai formuoja pasiruošimo gimdymui jausmą. Vis dėlto svarbu, jog moteris, besiruošianti gimdymui, įvertintų savo poreikius, atkreiptų dėmesį į esamus sunkumus. Ankstesni tyrėjų darbai išskiria palaikymą iš nėštumą ir gimdymą prižiūrinčių specialistų vaidmenį bei galimybę gauti individualų jų dėmesį, o ne tik grupės formatu pasirengimo gimdymui metu (Swift et al., 2021). Galima svarstyti, jog toks individualus ir tęstinis bendradarbiavimas su nėštumą, gimdymą, pogimdyminį laikotarpį prižiūrinčiais specialistais padėtų kurti geresnį supratimą ir apie moters psichikos sveikatos kaitą šiuo laikotarpiu.

Šis darbas pasižymi tam tikrais ribotumais. Tyrimo kontekste turėta informacija tik apie moterų dalyvavimą ar nedalyvavimą tam tikrose pasirengimo gimdymui veiklose, tačiau nebuvo žinoma tokia veiklų trukmė, moterų dalyvavimo aktyvumas, tikslus pasirengimo veiklų turinys ir tikslai. Taip pat

analizuotas tik pats dalyvavimas ar nedalyvavimas konkrečioje veikloje, tačiau neanalizuotas įsitraukimas į įvairias pasirengimo veiklų kombinacijas. Tikėtina, kad tyrimo dalyvės įsitraukė į itin įvairias veiklas, kurias sudėtinga sugretinti ir lyginti tarpusavyje, tačiau su šiuo iššūkiu susiduria ir kiti tyrėjai, atliekantys platesnio masto sistemines apžvalgas ar meta-analizes. Tai veda ir prie šio tyrimo privalumo – didelio tyrimo dalyvių skaičiaus, kuris leidžia suvokti pasirengimo veiklų įvairovės spektrą, kurį buvo galima itin pajusti taikant mišrųjį duomenų analizės metodą. Šis metodas taip pat yra šio tyrimo išskirtinumas, leidęs panaudoti ir kokybinio, ir kiekybinio tyrimo metodo elementus. Kokybinė duomenų analizė atskleidė papildomų išvalgų apie galimas rezultatų analizavimo kryptis bei svarstymų ateities tyrimams ir praktikai. Vis dėlto kokybinė duomenų analizė pasižymi tam tikru subjektyvumu, šį procesą apsunkino ir tai, jog atsakymai pateikti raštu be galimybės pasitikslinti jų prasminį turinį, todėl galima klaidinga interpretacija. Kai kurie atsakymai į atvirus klausimus, pateikė informaciją apie tai, kas buvo naudinga pačiame gimdyme, tačiau nebūtinai tai buvo pasirengimo gimdymui priemonė. Vis dėlto, tokie atsakymai įtraukti į duomenų analizę, siekiant geriau suprasti, kas tyrimo dalyvėms naudingiausia gimdymo metu. Šis tyrimas suteikia naujos informacijos apie Lietuvoje iki šiol mažai tyrinėtą pasirengimo gimdymui procesą bei naudingų praktinių išvalgų.

Rekomenduojama pagal individualius moters poreikius įsitraukti į pasirengimo gimdymui edukacines ir psichologinio pasirengimo veiklas taip, siekiant padidinti gimdymo saviveiksmingumą. Į skausmo valdymo technikas verta įtraukti psichologija grįstus metodus. Būtinai efektyvus pogimdyminės depresijos rizikos nustatymo mechanizmas ne tik pogimdyminiu laikotarpiu, bet dar ir nėštumo metu identifikuoti moteris, kurios turi didesnę riziką susidurti su pogimdymine depresija. Svarbu atkreipti didesnę dėmesį į anksčiau su psichikos sveikatos sunkumais susidūrusias moteris bei tas, kurios patiria daugiau streso.

IŠVADOS

1. Dalyvavusios ir nedalyvavusios pasirengimo gimdymui veiklose skyrėsi savo pasiruošimo gimdymui vertinimu. Moterys, įsitraukusios į edukacines pasirengimo gimdymui veiklas, savo turėtas žinias apie gimdymą vertino geriau, o įsitraukusios į psichologinį pasirengimą gimdymui jautėsi geriau pasiruošusios gimdymui psichologiškai.
2. Dalyvavimas pasirengimo gimdymui veiklose susijęs su kai kuriais gimdymo patirties aspektais:
 - a. Tyrimo dalyvių gimdymo būdas ir medikamentinių bei instrumentinių intervencijų taikymo dažnis buvo panašus, nepaisant įsitraukimo į edukacines programas ar fizinio aktyvumo veiklas.
 - b. Dalyvavusių ir nedalyvavusių edukacinėse programose ir psichologinio pasirengimo veiklose skausmo patyrimas gimdyje buvo panašus. Tačiau įsitraukusios į pasirengimo gimdymui veiklas gimdymo metu naudojo dažniau naudojo nemedikamentinius skausmo malšinimo būdus.
 - c. Moterys, dalyvavusios edukacinėse pasirengimo gimdymui programose buvo labiau linkusios įsitraukti į su gimdymu susijusių sprendimų priėmimą, tačiau šis pasirengimo gimdymui būdas nesiejamas su skirtingu tyrimo dalyvių noru gauti informacijos apie intervencijas, dalyvauti sprendimų priėmime gimdyje. Pasitenkinimas gimdymo metu ir po gimdymo suteikta priežiūra, gimdymo patirties atitikimas lūkesčiams bei gimdymo patirties vertinimas buvo panašus tarp edukacinėse programose dalyvavusių ir nedalyvavusių moterų. Psichologinio pasirengimo veiklose dalyvavusios moterys liko mažiau patenkintos joms suteikta priežiūra gimdymo ir pogimdyminiu periodu, tačiau nesiskyrė gimdymo lūkesčių atitikimu ir gimdymo patirties vertinimu nuo kitų tyrimo dalyvių.
3. Pasirengimo gimdymui veiklos, subjektyviai įvertintas pasiruošimo gimdymui lygis ir gimdymo patirtis ligoninėje susijusi su pogimdyminės depresijos simptomais:
 - a. Psichologinio pasirengimo veiklose dalyvavusios moterys pasižymėjo didesniu pogimdyminės depresijos išreikštumu.
 - b. Moterys, gimdžiusios cezario pjūvio operacijos būdu, ar gimdymo metu patyrusios didelį ar nepakeliamą skausmą patyrė daugiau pogimdyminės depresijos simptomų.

- c. Psichologinio pasiruošimo gimdymui ir įgytų žinių apie gimdymą vertinimas prognozuoja pogimdyminės depresijos simptomų gausą, kontroliuojant psichikos sveikatos sunkumus apsprendžiančius rodiklius.

LITERATŪRA

- Ahldén, I., Ahlehagen, S., Dahlgren, L. O., & Josefsson, A. (2012). Parents' Expectations About Participating in Antenatal Parenthood Education Classes. *The Journal of Perinatal Education*, 21(1), 11–17. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.1.11>
- Akca, A., Corbacioglu Esmer, A., Ozyurek, E. S., Aydin, A., Korkmaz, N., Gorgen, H., & Akbayir, O. (2017). The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 295(5), 1127–1133. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4345-5>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, 39, 112–123. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014>
- Brady, V., & Lalor, J. (2017). Space for human connection in antenatal education: Uncovering women's hopes using Participatory Action Research. *Midwifery*, 55, 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.08.006>
- Brixval, C. S., Axelsen, S. F., Lauemøller, S. G., Andersen, S. K., Due, P., & Koushede, V. (2015). The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes—A systematic review. *Systematic Reviews*, 4(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0010-x>
- Brown, S. J., & Lumley, J. (1998). Communication and decision-making in labour: Do birth plans make a difference? *Health Expectations*, 1(2), 106–116. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.1998.00023.x>
- Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S., & Schutze, R. (2014). Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education Pilot Study on Maternal Self-Efficacy and Fear of Childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(2), 192–197. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12075>
- Çankaya, S., & Şimşek, B. (2021). Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression,

Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 818–829.

<https://doi.org/10.1177/1054773820916984>

Cantone, D., Pelullo, C. P., Cancellieri, M., & Attena, F. (2017). Can antenatal classes reduce the rate of cesarean section in southern Italy? *Women and Birth*, 30(2), e83–e88.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.004>

Cauli, G., Iapichino, E., Rucci, P., Quartieri Bollani, M., Marconi, A. M., Bassi, M., & Gala, C. (2019). Promoting the well-being of mothers with multidisciplinary psychosocial interventions in the perinatal period. *Journal of Affective Disorders*, 246, 148–156.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.028>

Chen, I., Opiyo, N., Tavender, E., Mortazhejri, S., Rader, T., Petkovic, J., Yogasingam, S., Taljaard, M., Agarwal, S., Laopaiboon, M., Wasiak, J., Khunpradit, S., Lumbiganon, P., Gruen, R. L., & Betran, A. P. (2018). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(9).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005528.pub3>

Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., De Lavergne, S., Hamlin, S., & Scheffler, M. (2018). The evolution of birth medicalisation: A systematic review. *Midwifery*, 66, 161–167.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.003>

Consonni, E. B., Calderon, I. M. P., Consonni, M., De Conti, M. H. S., Prevedel, T. T. S., & Rudge, M. V. C. (2010). A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: Maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reproductive Health*, 7(1), 28.

<https://doi.org/10.1186/1742-4755-7-28>

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.

- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2014). Major Survey Findings of Listening to Mothers SM III: Pregnancy and Birth: Report of the Third National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 23(1), 9–16.
<https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.1.9>
- Demirel Güler, Z. Ç., Güler, A. E., Kıncı, M. F., & Aktürk, E. (2019). Does parity and labor influence anxiety levels of pregnant women? *Perinatal Journal*, 27(1), 43–48.
<https://doi.org/10.2399/prn.19.0271007>
- Domenjoz, I., Kayser, B., & Boulvain, M. (2014). Effect of physical activity during pregnancy on mode of delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 211(4), 401.e1-401.e11.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.03.030>
- Egmoose, I., Tharner, A., Liebenberg, K. B., Steenhoff, T., & Væver, M. S. (2022). Long-term effects of maternal postpartum depression on mothers' and fathers' parenting stress. *Early Child Development and Care*, 192(2), 220–232. <https://doi.org/10.1080/03004430.2020.1755663>
- Ely, S., Langer, S., & Dietz, H. P. (2022). Informed consent and birth preparedness/complication readiness: A qualitative study at two tertiary maternity units. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 62(1), 47–54. <https://doi.org/10.1111/ajo.13417>
- Escott, D., Slade, P., & Spiby, H. (2009). Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 617–622. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.002>
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J., & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(5), 436–443. <https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2005.00732.x>
- Ferguson, S., Davis, D., & Browne, J. (2013). Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. *Women and Birth*, 26(1), e5–e8.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.09.003>

- Guintivano, J., Manuck, T., & Meltzer-Brody, S. (2018). Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, *61*(3), 591–603. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000368>
- Hallam, J. L., Howard, C. D., Locke, A., & Thomas, M. (2016). Communicating choice: An exploration of mothers' experiences of birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *34*(2), 175–184. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1119260>
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedy, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2020). Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. *BMC Women's Health*, *20*(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01048-9>
- Henriksen, L., Borgen, A., Risløkken, J., & Lukasse, M. (2020). Fear of birth: Prevalence, counselling and method of birth at five obstetrical units in Norway. *Women and Birth*, *33*(1), 97–104. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.008>
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., & Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience – A mixed methods study. *Midwifery*, *51*, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>
- Hidayatin, N., Yunitasari, E., & Kurnia, I. D. (2021). Prevalence and Factors Affecting the Labor Experience: A Systematic Review. *Pedimaternel Nursing Journal*, *7*(2), 84. <https://doi.org/10.20473/pmnj.v7i2.27501>
- Hinman, S. K., Smith, K. B., Quillen, D. M., & Smith, M. S. (2015). Exercise in Pregnancy: A Clinical Review. *Sports Health: A Multidisciplinary Approach*, *7*(6), 527–531. <https://doi.org/10.1177/1941738115599358>

- Hong, K., Hwang, H., Han, H., Chae, J., Choi, J., Jeong, Y., Lee, J., & Lee, K. J. (2021). Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Women and Birth, 34*(3), 219–230. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.002>
- Iwata, H., Mori, E., Sakajo, A., Aoki, K., Maehara, K., & Tamakoshi, K. (2016). Prevalence of postpartum depressive symptoms during the first 6 months postpartum: Association with maternal age and parity. *Journal of Affective Disorders, 203*, 227–232. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.002>
- Jusienė, R., Breidokienė, R. ir Zamalijeva, O. (2014). Žindymo trukmę iki vienerių metų amžiaus prognozuojantys psichologiniai, socialiniai ir medicininiai veiksniai. *Tiltai, 60*(3), 183-198.
- Kızılrnak, A., Calpbınici, P., Tabakan, G., & Kartal, B. (2021). Correlation between postpartum depression and spousal support and factors affecting postpartum depression. *Health Care for Women International, 42*(12), 1325–1339. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1764562>
- Kuo, T.-C., Au, H.-K., Chen, S.-R., Chipojola, R., Lee, G. T., Lee, P.-H., & Kuo, S.-Y. (2022). Effects of an integrated childbirth education program to reduce fear of childbirth, anxiety, and depression, and improve dispositional mindfulness: A single-blind randomised controlled trial. *Midwifery, 113*, 103438. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103438>
- Lapkienė, L., Mockutė, I., Nadišauskienė, R., Gintautas, V., Jakubonienė, N. ir Pop, V. J. (2004). Edinburgo pogimdyminės depresijos skalės (EPDS) adaptavimas naudoti Lietuvoje. *Lietuvos akušerija ir ginekologija 7*(4): 280–284.
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women’s experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. *Midwifery, 25*(2), e49–e59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2011). Postnatal Depression in First-Time Mothers: Prevalence and Relationships Between Functional and Structural Social Support at 6 and 12 Weeks Postpartum. *Archives of Psychiatric Nursing, 25*(3), 174–184.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.08.005>

- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(3–4), 388–397. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x>
- Lederman, R. P., & Weis, K. L. (2020). *Psychosocial Adaptation to Pregnancy: Seven Dimensions of Maternal Development*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-45738-9>
- Lee, D. T. S., & Chung, T. K. H. (2007). Postnatal depression: An update. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *21*(2), 183–191. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.10.003>
- Levett, K. M., Lord, S. J., Dahlen, H. G., Smith, C. A., Girosi, F., Downe, S., Finlayson, K. W., Fleet, J., Steen, M., Davey, M.-A., Newnham, E., Werner, A., Arnott, L., Sutcliffe, K., Seidler, A. L., Hunter, K. E., & Askie, L. (2020). The AEDUCATE Collaboration. Comprehensive antenatal education birth preparation programmes to reduce the rates of caesarean section in nulliparous women. Protocol for an individual participant data prospective meta-analysis. *BMJ Open*, *10*(9), e037175. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037175>
- Loke, A. Y., Davies, L., & Li, S. (2015). Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: The Health Belief Model. *BMC Health Services Research*, *15*(1), 274. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0931-z>
- López-Toribio, M., Bravo, P., & Llupia, A. (2021). Exploring women's experiences of participation in shared decision-making during childbirth: A qualitative study at a reference hospital in Spain. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(1), 631. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04070-3>
- Macones, G. A. (Ed.). (2016). *Management of labor and delivery* (Second edition). Wiley Blackwell.
- Mahdi, A., Dembinsky, M., Bristow, K., & Slade, P. (2019). Approaches to the prevention of postnatal

- depression and anxiety – a review of the literature. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(4), 250–263. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1512577>
- Maimburg, R. D., & Vaeth, M. (2015). Bell. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2), 95–100. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.01.003>
- Maimburg, R., Vaeth, M., Dürr, J., Hvidman, L., & Olsen, J. (2010). Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process: Randomised trial of structured antenatal training sessions. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(8), 921–928. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02584.x>
- McCants, B. M., & Greiner, J.R. (2016). Prebirth Education and Childbirth Decision Making. *International Journal of Childbirth Education*, 31(1), 24–27.
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2013). Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 171. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-171>
- O'Donovan, C., & O'Donovan, J. (2018). Why do women request an elective cesarean delivery for non-medical reasons? A systematic review of the qualitative literature. *Birth*, 45(2), 109–119. <https://doi.org/10.1111/birt.12319>
- Oficialiosios statistikos portalas (2023). *Lietuvos gyventojai (2023). Gimstamumas*. Paimta iš <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventojai-2023/gimstamumas>
- Parthasarathy, S., & Doula, P. (2018). Beyond Lamaze: Are We Missing the Key to Unlock Women's Potential? *The Journal of Perinatal Education*, 27(1), 6–9. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.27.1.6>
- Perales, M., Refoyo, I., Coteron, J., Bacchi, M., & Barakat, R. (2015). Exercise During Pregnancy Attenuates Prenatal Depression: A Randomized Controlled Trial. *Evaluation & the Health Professions*, 38(1), 59–72. <https://doi.org/10.1177/0163278714533566>
- Raphael-Leff, J. (2018). *The Psychological Processes of Childbearing: Fourth Edition*. Routledge.

- Ricchi, A., La Corte, S., Molinazzi, M. T., Messina, M. P., Banchelli, F., & Neri, I. (2020). Study of childbirth education classes and evaluation of their effectiveness. *La Clinica Terapeutica*, *170*(1), e78–e86. <https://doi.org/10.7417/CT.2020.2193>
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., Ryding, E.-L., & Saisto, T. (2015). Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience – a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *36*(1), 1–9. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.980722>
- Saharoy, R., Potdukhe, A., Wanjari, M., & Taksande, A. B. (2023). Postpartum Depression and Maternal Care: Exploring the Complex Effects on Mothers and Infants. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.41381>
- Schmied, V., Johnson, M., Naidoo, N., Austin, M.-P., Matthey, S., Kemp, L., Mills, A., Meade, T., & Yeo, A. (2013). Maternal mental health in Australia and New Zealand: A review of longitudinal studies. *Women and Birth*, *26*(3), 167–178. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.02.006>
- Serçekuş, P., & Başkale, H. (2016). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, *34*, 166–172. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.016>
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *104*, 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
- Sockol, L. E. (2018). A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women. *Journal of Affective Disorders*, *232*, 316–328. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.018>
- Songøygard, K. M., Stafne, S. N., Evensen, K. A. I., Salvesen, K. Å., Vik, T., & Mørkved, S. (2012).

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 91(1), 62–67. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01262.x>

St-André, M. (1993). Psychotherapy during Pregnancy: Opportunities and Challenges. *American Journal of Psychotherapy*, 47(4), 572–590.

<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1993.47.4.572>

Stoll, K. H., & Hall, W. (2012). Childbirth Education and Obstetric Interventions Among Low-Risk Canadian Women: Is There a Connection? *The Journal of Perinatal Education*, 21(4), 229–237.

<https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.4.229>

Swift, E. M., Zoega, H., Stoll, K., Avery, M., & Gottfreðsdóttir, H. (2021). Enhanced Antenatal Care: Combining one-to-one and group Antenatal Care models to increase childbirth education and address childbirth fear. *Women and Birth*, 34(4), 381–388.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.008>

Sylvén, S. M., Thomopoulos, T. P., Kollia, N., Jonsson, M., & Skalkidou, A. (2017). Correlates of Postpartum Depression in First Time Mothers Without Previous Psychiatric Contact. *European Psychiatry*, 40, 4–12. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.07.003>

Til, A., & Bostanci, M. (2021). The effect of structured delivery preparation education on birth preference. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 154(3), 459–465.

<https://doi.org/10.1002/ijgo.13569>

Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., & Ryding, E. (2014). A Randomized Controlled Trial of a Psycho-Education Intervention by Midwives in Reducing Childbirth Fear in Pregnant Women. *Birth*, 41(4), 384–394. <https://doi.org/10.1111/birt.12136>

Underwood, L., Waldie, K., D’Souza, S., Peterson, E. R., & Morton, S. (2016). A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Archives of Women’s Mental Health*, 19(5), 711–720. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0629-1>

- Unsal Atan, Ş., Ozturk, R., Gulec Satir, D., Ildan Çalim, S., Karaoz Weller, B., Amanak, K., Saruhan, A., Şirin, A., & Akercan, F. (2018). Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. *Sexual & Reproductive Healthcare, 18*, 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.08.001>
- Uslu Yuvaci, H., Cinar, N., Yalnizoglu Caka, S., Topal, S., Peksen, S., Saglam, N., & Cevrioglu, A. S. (2021). Effects of antepartum education on worries about labor and mode of delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 42*(3), 228–234. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1725465>
- Van Der Gucht, N., & Lewis, K. (2015). Women's experiences of coping with pain during childbirth: A critical review of qualitative research. *Midwifery, 31*(3), 349–358. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.005>
- Vargas-Terrones, M., Barakat, R., Santacruz, B., Fernandez-Buhigas, I., & Mottola, M. F. (2019). Physical exercise programme during pregnancy decreases perinatal depression risk: A randomised controlled trial. *British Journal of Sports Medicine, 53*(6), 348–353. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098926>
- World Health Organisation (2022). *Physical activity*. Paimta iš: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity#:~:text=All%20pregnant%20and%20postpartum%20women,of%20time%20spent%20being%20sedentary>.
- Williams, A. C. D. C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain, 157*(11), 2420–2423. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613>
- Yasuma, N., Narita, Z., Sasaki, N., Obikane, E., Sekiya, J., Inagawa, T., Nakajima, A., Yamada, Y., Yamazaki, R., Matsunaga, A., Saito, T., Watanabe, K., Imamura, K., Kawakami, N., & Nishi, D. (2020). Antenatal psychological intervention for universal prevention of antenatal and postnatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 273*, 231–239. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.063>

PRIEDAI

Pateikiama kodų knyga, sudaryta analizuojant tyrimo dalyvių atsakymus į atvirus klausimus.

15 lentelė. *Kodai, priskirti atsakymams į klausimą: „Kaip manote, kas konkrečiai iš Jūsų pasiruošimo gimdymui, Jums buvo naudingiausia/labiausiai pravertė Jūsų gimdymo metu?“ bei kodų sugrupavimas į temas*

Kodas	Apibūdinimas	Tema
Įgytos žinios	Domėjimasis, informacijos paieška knygoje, internete ar kituose šaltiniuose, kai nurodamas tik žinių šaltinis ar tik pats informacijos paieškos procesas, nenurodant įgytų žinių turinio taip pat bendros žinios apie gimdymą, jo trukmę, galimu scenarijus bei medicininis išsilavinimas. Pvz.: <i>Skaitymas apie gimdymą <...>. Teorinės žinios kaip viskas vyksta. Žinojimas, kad gali būti „Extra“ atvejų <...>.</i>	
Struktūruotas žinių įgijimas	Paskaitos, seminarai, kursai, kai nspecifikuota kokia tema mokymai buvo naudingiausi. Mokymai ir gyvai, ir nuotoliu. Pvz.: <i>Išklausytas paskaitėlės apie gimdymą. Kursai.</i>	Bendros žinios
Žinios apie pogimdyminį laikotarpį	Žinios apie kūno pokyčius, žindymą, vaiko priežiūrą, santykius su vyru po gimdymo. Žinios įgytos savarankiškai ir/ar kursų, seminarų metu. Pvz.: <i>žinios apie maitinimą krūtimi. Žinios apie <...> žindymą ir būsimus santykius su vyru po gimdymo.</i>	
Informacijos vengimas	Pasirinkimas nedalyvauti kursuose, mokymuose, nesidomėjimas kitų mamų patirtimis, kitų nuomonėmis. Pvz.: <i>Neskaityti kitų gimdymo patirčių <...>.</i>	
Gimdymo eigos žinojimas	Gimdymo etapų žinojimas, supratimas kas po ko seka gimdymo metu, ko galima tikėtis, žinios apie skausmą. Eiga gali būti įvardinta kaip	Žinios apie gimdymo procesus

etapai, fazės, laikotarpiai ar kita. Galimų gimdymo scenarijų, plano apgalvojimas Pvz.: *Informacija apie gimdymo eigą. Supratau eigą, vartojamus terminus, todėl jaučiausi saugiai.*

Fiziologijos ir/ar anatomijos žinios	Žinios apie vykstančius kūno pokyčius nėštumo, gimdymo metu, suvokimas, kas vyksta su kūnu. Informacija apie tai, kas yra sąrėmiai. Taip pat žinios apie vaisiaus vystymąsi. Pvz.: <i>Teorinės žinios apie moters fiziologiją <...>. Fizinės žinios apie mano ir vaisiaus vystymąsi.</i>
Žinios apie gimdymo pradžią	Žinios apie gimdymo pradžios ženklus, ką reiškia vandenų nubėgimas, kaip atskirti parengiamuosius sąrėmius, kada laikas vykti įstaigą, kurioje vyks gimdymas. Pvz.: <i>Žinojimas kada vykti į ligoninę ir kaip įsivertinti vaisiaus vandenį</i>
Žinios apie intervencijas	Žinios apie intervencijas (skatinimą, vandenų nuleidimą, žnyplių, vakuumo naudojimą, cezario pjūvio operaciją), jų trūkumus, privalumus, kada taikomos, kaip jų išvengti, kuomet jų prašyti. Žinios apie medikamentinius būdus skausmo malšinimui, kada jų kreiptis. Pvz.: <i><...> galimų intervencijų žinojimas. Informacija apie epidūrą.</i>
Žinios apie komplikacijas	Žinios apie galimas komplikacijas gimdymo metu, riziką didinančius veiksnius taip pat medikų dėmesio reikalaujančias situacijas nėštumo metu. Pvz.: <i><...> galimos komplikacijos <...>.</i>
Žinios apie stūmimo laikotarpį	Sukauptos žinios apie vaisiaus stūmimo laikotarpį gimdyje, kaip elgtis šiuo laikotarpiu, žinios apie stangas. Pvz.: <i>Peržiūrėtas mokomasis video kaip teisingai stangintis. Supratimas kaip</i>

reikia techniškai stumti.

Gimdymo pozos	Galimų gimdymo pozų, jų privalumų žinojimas. Pvz.: <i>pozicijos galimos gimdymo metu.</i>	
Žinios apie gimdymo būdus	Žinios apie galimus gimdymo būdus (natūraliais gimdymo takais, cezario pjūvio operacija), jų privalumus ir trūkumus. Pvz.: <i>Gimdymo būdų privalumai ir trūkumai.</i>	
Kvėpavimo technikos	Kvėpavimo būdų išmokymas, naudojimas. Pvz.: <i>Kvėpavimas. Kvėpavimo technikos sąrašų metu.</i>	
Meditacija	Meditacijos praktikos. Pvz.: <i>Mokymasis medituoti</i>	
Nemedikamentiniai skausmo malšinimo būdai	Žinios apie galimus nemedikamentinius skausmo malšinimo būdus, priemones. Pvz.: <i>Informacija apie <...> natūralius skausmo malšinimo būdus.</i>	
Pratimai vaisiaus padėčiai gimdoje keisti	Informacija apie veiksmus, kurie skatina palankią gimdymui vaisiaus poziciją. Pvz.: <i>surinkta informacija, ką daryti, kad paskatinčiau vaiką įsistatyti taisyklingai, bei padėti jam judėti gimdymo takais.</i>	Praktikos naudotos gimdymo metu
Elgesys sąrašų metu	Pratimai, technikos, padedančios sąrašų metu, taip pat sąrašų skaičiavimas. Gali būti įvardintos konkretūs metodai – judesiai, masažas, pozos. Sąrašų metu naudojimas kvėpavimas ir kvėpavimo technikos priskiriami kodui „Kvėpavimo technikos“. Pvz.: <i>Pratimai sąrašų metu.</i>	
Tarpvietės ruošimas	Pratimai, masažai skirti tarpviete. Pvz.: <i>Pratimai tarpviete.</i>	Dėmesys kūnui

Mitybos pokyčiai	Priimti pokyčiai mityboje. Pvz.: <...> <i>apsisprendimas dėl gimdymo dietos.</i>	
Fizinis aktyvumas	Įvairaus pobūdžio fizinis aktyvumas: mankštos, sportas, užsiėmimai baseine, joga. Pvz.: <i>Fizinės formos palaikymas.</i>	
Psichologinis pasiruošimas	Psichologinis pasiruošimas, pasirengimas, kai nenurodyta išsamiau, kas buvo atliekama. Taip pat saviįtaiga, pasitikėjimas savo kūnu, vizualizacijos, hipnoterapija, psichologinė būseną, psichologo, psichoterapeuto konsultacijos. Pvz.: <i>Supratimas, kad svarbu psichologiškai pasiruošti gimdymui, kad tai procesas nuo to priklausantis. Psichologinis pasirengimas.</i>	
Emocinės būsenos valdymas	Gebėjimas atsipalaiduoti, susikaupti, išlikti ramiai. Atsipalaidavimo technikų naudojimas. Pvz.: <i>Mano rami būseną. <...>gebėjimas susikaupti ir nurimti.</i>	
Lūkesčių valdymas	Lūkesčių apmąstymas, realistiškas lūkesčių gimdymui formavimas ar jų neturėjimas, gimdymo plano atsisakymas, priėmimas to, jog gimdyje galimi įvairūs scenarijai. Pvz.: <i>Lūkesčių neturėjimas. Nusistatymas, kad gali būti visaip.</i>	Dėmesys psichikos sveikatai
Nusiteikimas	Moters požiūris, nuostatos į gimdymo procesą, padėjusios pasiruošti gimdymui. Suvokimas, jog gimdymo eiga gali būti įvairi. Atsakymai tokie kaip „psichologinis nusiteikimas“ taip pat priskiriami šiam kodui. Pvz.: <i>Psichologinis nusiteikimas. Pozityvios mintys, nebijojimas ir suvokimas, kad tai neišvengiama, tai kam save gąsdinti.</i>	

Galvojimas apie kūdikį Bendravimas su būsimu vaiku, noras su juo susitikti, susitelkimas į kūdikio sveikatą. Pvz.: <...> *galvoti tik apie rezultatą - sveiką kūdikį. Kalbėjimasis su būsimu vaiku.*

Pasitikėjimas medicinos Pasitikėjimas gimdymą ir/ar nėštumą personalu prižiūrinčiais specialistais, apsisprendimas klausyti jų duodamų nurodymų gimdyje. Pvz.: *Klausymasis, ką sako gydytojai gimdymo palatoje. Tikėjimas ir pasitikėjimas ligoninės personalu, kad žmonės nori padėti.*

Medicinos personalo Konsultacijos, bendravimas su gydytojais, informacija akušeriais, slaugytojomis iki gimdymo taip pat ir gimdymo metu, suteikta pagalba, iš specialistų gaunama informacija – gyvai ir internete, specialistų suteikta pagalba. Taip pat jei atsakyme nurodytas tik specialistas.

Pvz.: *Pokalbiai su prižiūrinčiu gydytoju ir akušere, online akušerių paskaitos apie gimdymą.*

Sveikatos priežiūros sistema

Dula Dulos konsultacijos, dulos dalyvavimas gimdyje taip pat atsakymai, kai nurodoma tik „dula“, nepaaiškinus jos įtakos. Pvz.: *Pažintis su dula, jos vesti mokymai besilaukiančioms šeimoms.*

Specialistų, įstaigos Akušerių, ginekologų ar kitų gimdymą pasirinkimas prižiūrinčių, priimančių specialistų pasirinkimas taip pat įstaigos, kurioje vyko gimdymas pasirinkimas. Pvz.: *Pasirinkti puikūs Mažylio gimdymo namai. <...> išankstinis susitarimas su akušere.*

Žinios apie įstaigą Įstaigos, kurioje vyko gimdymas, apšvietimas, susipažinimas su aplinka, personalu. Žinios apie

ten galiojančią tvarką. Pvz.: <...> žinojau kokia ten tvarka, buvau mačiusi gimdyklas ir kas kur randasi

Vyro įsitraukimas	<p>Vyro palaikymas, įsitraukimas į pasiruošimo procesą taip pat kai atsakyme nurodomas tik „vyras“ ar „partneris“. Vyro dalyvavimas gimdyme</p> <p>Pvz.: <...> vyrui aiškiai pasakyta, kaip ir kuo gali pagelbėti.</p> <p>Sprendimas turėti vyrą šalia nuo pat gimdymo pradžios iki išrašymo iš ligoninės.</p>	
Kitų mamų patirtys	<p>Patarimai, rekomendacijos iš jau gimdžusių moterų taip pat panašiu metu besilaukiančių moterų. Bendravimas su kitomis mamomis ir gyvai, ir internetu.</p> <p>Pvz.: Kitų moterų istorijos, iš kurių supratau, ko labiausiai nenoriu.</p>	Socialinė parama
Artimųjų palaikymas	<p>Artimųjų, aplinkos palaikymas, draugai. Pvz.: aplinkos palaikymas.</p>	
Krepšys į ligoninę	<p>Daiktų vykimui į ligoninę pasiruošimas, gėrimų, užkandžių turėjimas.</p> <p>Pvz.: Susikrauti daiktai į ligoninę.</p> <p>Domėjimasis, kokius daiktus pasiimti.</p>	Daiktų į ligoninę parengimas
Neatsakyta/Nežinau	<p>Tyrimo dalyvė nepateikė atsakymo, pateiktas atsakymas buvo nesusijęs su klausimu taip pat atsakymai „Nežinau“. Pvz.: Nežinau, atliktas CP kuriam visiškai nesiruošiau/nežinojau, kaip pasiruošti</p>	Neatsakyta/Nežinau
Niekas	<p>Gimdymo metu iš pasiruošimo niekas nepadėjo.</p> <p>Pvz.: Niekas, nes buvo atliktas cp. Visikai</p>	Niekas

16 lentelė. Kodai, priskirti atsakymams į klausimą: „Kaip manote, kas konkrečiai iš Jūsų pasiruošimo gimdymui, Jums buvo naudingiausia/labiausiai Jums pravertė pogimdyminiu laikotarpiu?“ ir kodų susgrupavimas į temas.

Kodas	Apibūdinimas	Tema
Žinios apie žindymą	Žinios apie žindymą įgytos savarankiškai, kursų, seminarų, pamokų metu, iš knygų ar video medžiagos; susipažinimas su galimomis žindymo problemomis. Pvz.: Paskaitos apie žindymą, Iš anksto gautos žinios apie žindymą ir kur ieškoti pagalbos	
Žinios apie kūdikio maitinimą	Žinios apie kūdikio maitinimą, kai neminimas žindymas. Pvz.: Pasiteisino pasiruošimas dėl visą ko, jei prireiktų papildomai, PM maitinimui prie MP	
Žinios apie naujagimio priežiūrą	Naujagimio, kūdikio priežiūra: higiena, miegas ir kt. Žinios gali būti įgytos kursuose, seminaruose, paskaitose, mokymuose arba žinių šaltinis nenurodytas. Pvz.: Žinios, kaip prižiūrėti naujagimį (kaip maudyti, vystyti, kirpti nagus ir pan.)	Žinios apie kūdikį
Žinios apie vaiko raidą	Žinios apie vaiko augimą, vystymąsi, būdingą elgesį. Žinios gali būti įgytos kursų, mokymų pagrindu ar iš patirties taip pat nenurodyta plačiau. Pvz.: Žinojimas apie antros paros krizę, vaiko augimo šuolius. Knygos apie kūdikiu raida.	

Žinios apie kūdikio sveikatą	Įgytos žinios apie galimas kūdikio sveikatos problemas.	
	<i>Pvz.: Info apie kūdikio spuogelius ir kalucius zinojau kas normalu o kas ne. Žinios (perskaitytos knygos) ką daryti tam tikrais atvejais (pvz vaikui skauda pilvą), žindymo pagrindai.</i>	
Žinios apie psichikos sveikatą po gimdymo	Žinios apie hormonų įtaką emocijoms po gimdymo, pogimdyminę depresiją, <i>babyblues</i> . Pasikeitusios emocinės būsenos priėmimas.	
	<i>Pvz.: Daug skaičiau apie vadinamus "baby blues", tai man pasireiškė nuolatiniu verkimu ir nemiga, tai išverti padėjo tik suvokimas kad tai normalu ir laikina</i>	
Žinios apie pogimdyminį laikotarpį	Žinios apie pogimdyminį laikotarpį, galimus iššūkius, neišskiriant konkretaus pogimdyminio laikotarpio aspekto.	Žinios apie save
	<i>Pvz.: Domėjausi informacija apie pogimdyminį laikotarpį.</i>	
Žinios apie savo kūną po gimdymo	Žinios apie kūno pokyčius po gimdymo, tinkamą higieną, tarpvietės, spenelių priežiūrą. Žinios apie kūno gijimo, atsistatymo procesą.	
	<i>Pvz.: Žinios apie savo kūną po gimdymo. Peržiūrėti kursai apie pogimdyminį laikotarpį, ko tikėtis fiziologiškai po gimdymo, per kiek laiko ir kaip viskas atsistato.</i>	
Įgytos žinios	Domėjimasis, informacijos paieška knygose, internete ar kituose šaltiniuose, kai nurodamas tik žinių šaltinis ar tik pats informacijos paieškos procesas, nenurodant įgytų žinių turinio taip pat medicininis išsilavinimas.	Bendros žinios

		<p><i>Pvz.: Pats pasiruošimas ir visapusiškos žinios.</i></p> <p><i>Sukauptos informacijos kiekis.</i></p> <p><i>Labiausia padėjo medicininis išsilavinimas.</i></p>	
Struktūruotas įgijimas	žinių	<p>Paskaitos, seminarai, kursai, kai nspecifikuota kokia buvo mokymų tema.</p> <p><i>Pvz.: Visi kursai labai padėjo suprasti ir žinoti, kas laukia.</i></p> <p><i>Kursai ir seminarai.</i></p>	
Vyro įsitraukimas		<p>Vyro dalyvavimas pasiruošimo gimdymui procese, vyro pagalba ir parama pogimdyminiu laikotarpiu.</p> <p><i>Pvz.: Vyro paruošimas šiam etapui ir atėjus laikui, jo prisidėjimas ir pagalba.</i></p> <p><i>Jog daug informacijos žinojo ir vyras, kuris galėjo pasirūpinti manimi ir vaiku pirmąją savaitę.</i></p>	
Bendravimas mamomis	su	<p>Bendravimas, patarimai, rekomendacijos iš jau gimdžiusių moterų taip pat panašiu metu besilaukiančių moterų. Bendravimas ir gyvai, ir internetu.</p> <p><i>Pvz.: Pokalbiai su neseniai gimdžiusiomis moterimis.</i></p> <p><i>Pasikonsultavimas su jau pagimdžiusiomis draugėmis visais rūpimais klausimais.</i></p>	Socialinė parama
Artimųjų pagalba		<p>Šeimos narių, draugų palaikymas, bendravimas, pagalba.</p> <p><i>Pvz.: Artimųjų palaikymas.</i></p> <p><i>Parama iš aplinkinių žmonių.</i></p>	

Bendravimas su medicinos personalu	<p>Žinios, patarimai, palaikymas gauti iš medicinos profesionalų, pasitikėjimas specialistais. Taip pat kai nurodytas medicinos personalo darbuotojas, nenurodant jo įtakos pogimdyminiam laikotarpiui.</p> <p>Pvz.: <i>Akušerės suteikta informacija paskutinės apžiūros metu, kursai.</i></p> <p><i>Gydytojo patarimai.</i></p>	
Specialistų, įstaigos pasirinkimas	<p>Gydymo įstaigos ar medicinos specialistų pasirinkimas prieš gimdymą.</p> <p>Pvz.: <i>Pasirinkta ligoninė.</i></p>	
Pagalba iš specialistų	<p>Naudojimasis dulos, žindymo specialistų, psichoterapeutų, medikų pagalba. Medicinos, žindymo specialistų pateikta informacija socialiniuose tinkluose.</p> <p>Pvz.: <i>Žindymo konsultantės suteikta informacija Instagram platformoje.</i></p> <p><i>Konsultacija su žindymo spec.</i></p>	Specialistų pagalba
Informacija apie specialistus	<p>Kontaktai, informacija apie specialistus, galinčius padėti žindymo, naujagimio priežiūros, psichikos sveikatos klausimais.</p> <p>Pvz.: <i>Surasta informacija apie specialistus, galinčius padėti su žindymu, naujagimio priežiūra.</i></p>	
Krepšio į ligoninę parengimas	<p>Susidėti būtiniausi daiktai į ligoninę (gali būti tiek mamos, tiek naujagimio daiktai).</p> <p>Pvz.: <i>Kruopščiai surinktas krepšys su reikalingais daiktais.</i></p>	
Rekomenduojamos	Daiktų, priemonių, kurios praverstų	

<p>priemonės</p>	<p>pogimdyminiu laikotarpiu žinojimas, turėjimas.</p> <p>Pvz.: <i>Nusipirkto prekes higienai, pvz spec. putas, vienkartiniai rankšluosčiai.</i></p>	<p>Reikalingų daiktų parengimas</p>
<p>Naujagimio daiktų paruošimas</p>	<p>Daiktų, priemonių naujagimiui įsigijimas, paruošimas.</p> <p>Pvz.: <i>Iš anksto įsigyti naujagimio priežiūrai reikalingi daiktai.</i></p>	
<p>Buities paruošimas</p>	<p>Išankstinis maisto pasiruošimas, aplinkos sutvarkymas.</p> <p>Pvz.: <i>Paruošti daiktai namuose, šaldytas maistas.</i></p>	
<p>Psichologinis pasiruošimas</p>	<p>Psichologinis pasiruošimas, kai išsamiau neatsakoma, kas buvo atliekama, ar kokios naudos toks pasiruošimas suteikė. Atvejais, kai nurodomas „psichologinis nusiteikimas“ priskiriamas kodas „Nusiteikimas“. Taip pat psichologų skaitomos paskaitos.</p> <p>Pvz.: <i>Psichologinis pasiruošimas.</i></p> <p><i>Rūpinimasis savimi tiek psichologiškai, tiek fiziškai.</i></p>	
<p>Nusiteikimas</p>	<p>Tai moters suvokimas, kokios gali būti emocijos, sunkumai pogimdyminiu laikotarpiu ir to priėmimas, pasirengimas daryti tai, kas būtina šiuo laikotarpiu.</p> <p>Pvz.: <i>Tikėjimasis ne vien džiaugsmo, bet ir sunkių etapų.</i></p>	<p>Dėmesys psichikos sveikatai</p>
<p>Atvirumas pagalbai</p>	<p>Suvokimas, jog kilus iššūkiams ir problemoms galima kreiptis pagalbos. Pagalbos šaltiniu gali būti specialistai ir/ar artimieji.</p>	

		<p>Pvz.: <i>Nebijoti kreiptis pagalbos.</i></p> <p><i>Žinoti, kad būtina kreiptis į specialistus, kurie tikrai padės su tuo metu iškilusiais sunkumais.</i></p>	
Emocinės būsenos valdymas		<p>Išlikimas ramiai, gebėjimas atsipalaiduoti, valdyti stresą, įvairių tam skirtų technikų (pavyzdžiui, meditacijos, relaksacijos) naudojimas taip pat pasitikėjimas savimi.</p> <p>Pvz.: <i>Streso malšinimas, relaksacija.</i></p> <p><i>Emocinė ramybė.</i></p>	
Lūkesčių valdymas		<p>Realių lūkesčių susidarymas, lūkesčių valdymas ar jų neturėjimas pogimdyminiam laikotarpiui ar motinystei.</p> <p>Pvz.: <i>Lūkesčių neturėjimas.</i></p> <p><i>Realūs lūkesčiai</i></p>	
Fizinis aktyvumas		<p>Įvairaus pobūdžio fizinis aktyvumas - mankštos, joga, dubens pratimai nėštumo metu.</p> <p>Pvz.: <i>Sportas.</i></p> <p><i>Nėščiujų sporto užsiėmimai.</i></p>	Fizinis aktyvumas
Nepasiruošusi		<p>Pogimdyminiam laikotarpiui moteris jautėsi nepasiruošusi.</p> <p>Pvz.: <i>Nieks pogimdyviniam laikotarpiui neruose.. net nekalbama apie jį.</i></p> <p><i>Trūko žinių apie pogimdymini laikotarpį.</i></p>	Nepasiruošusi
Neatsakyta/Nežinau		<p>Nepateiktas atsakymas, pateiktas atsakymas neatsako į klausimą taip pat atsakymai nežinau.</p> <p>Pvz.: <i>Negalėčiau konkrečiai išskirti.</i></p> <p><i>Nežinau.</i></p>	Neatsakyta/Nežinau

Niekas

Niekas iš pasirengimo gimdymui
pogimdyminiu laikotarpiu nepravertė.

Niekas

Pvz.: *Niekas*.
