



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Medicinos studijų programa

Klinikinės medicinos institutas

Psichiatrijos klinika

Marija Rylskienė, 6 kursas, 8 grupė

VIENTISŪJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Pogimdyminė depresija – paplitimas, klinika, gydymas

Postpartum Depression: Prevalence, Clinic and Treatment

Darbo vadovas - Prof. dr. Alvydas Navickas

Klinikos vadovė - Prof. dr. Sigita Lesinskienė

Vilnius, 2025.

marija.klymantaite@mf.stud.vu.lt

TURINYS

1. SANTRAUKA.....	4
2. SUMMARY.....	5
3. SANTRUMPOS.....	6
4. SAŲOKOS	7
5. ĮVADAS.....	8
6. LITERATŪROS APŽVALGA	10
6.1 Pogimdyminės depresijos paplitimas	10
6.1.1 Apibendrinti pogimdyminės depresijos paplitimo rodikliai	10
6.1.2 Pogimdyminės depresijos paplitimas skirtinguose regionuose ir tai lemiantys veiksniai	11
6.2 Pogimdyminės depresijos rizikos faktoriai.....	12
6.3 Pogimdyminės depresijos klinika	13
6.4 Pogimdyminės depresijos gydymas.....	15
6.4.1 Farmakologinis gydymas.....	16
6.4.2 Psichoterapinis gydymas	16
6.4.3 Kiti gydymo būdai.....	17
7. METODIKA	18
7.1. Tyrimo organizavimas.....	18
7.2. Klausimynas	19
7.3. Tyrimo analizė.....	20
8. TYRIMO REZULTATAI.....	21
8.1. Tyrimo dalyvių demografiniai rodikliai	21
8.2. Tyrimo dalyvių žinios apie pogimdyminę depresiją	22
8.3. Pogimdyminės depresijos vertinimas pagal EPDS	24
8.4. Tiriamųjų ypatybės ir jų ryšys su pogimdymine depresija	27
8.4.1. Demografinių rodiklių sąsaja su pogimdyminės depresijos rizika.....	27

8.4.2. Šeiminės depresijos anamnezės ir kitų psichologinių faktorių įtaka pogimdyminės depresijos atsiradimui.....	29
8.4.3. Pogimdyminės depresijos gydymo būdai, priimtinausi tiriamoms moterims	31
9. REZULTATŲ APTARIMAS.....	32
10. IŠVADOS	34
11. LITERATŪROS ŠALTINIAI.....	35
12. PRIEDAI.....	39

1. SANTRAUKA

Marija Rylskienė – Pogimdyminė depresija – paplitimas, klinika, gydymas.

Tyrimo tikslas: Įvertinti moterų pogimdyminės depresijos ypatumus.

Uždaviniai: 1. Parengti klausimyną, kurio pagrindu bus vertinama gimdžiusių moterų tikimybė sirgti pogimdymine depresija 2. Ištirti 110 gimdžiusių moterų ir įvertinti jų pogimdyminės depresijos ypatumus 3. Atlikti analizę ir nustatyti ryšį tarp pogimdyminės depresijos pasireiškimo ir tiriamųjų amžiaus, išsilavinimo, šeimyninės padėties, gyvenamosios vietos, gimdymų skaičiaus, šeiminių depresijos anamnezės. 4. Įvertinti moterų nuomonę apie pogimdyminės depresijos priežastis ir šios ligos gydymo galimybes.

Metodika: Tyrime naudotas anketinės apklausos metodas. Anoniminė internetinė apklausa vykdyta 2025 m. sausio 15 d. iki 2025 vasario 28 d., skelbiant anketą socialinio tinklo „Facebook“ grupėse, susijusiose su mamomis ir naujagimiais. Klausimyną sudarė demografiniai rodikliai, Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė (EPDS), keli klausimai atspindintys moterų požiūrį į pogimdyminę depresiją kaip ligą ir jos gydymą. Statistinė analizė atlikta naudojant IBM SPSS programą. Duomenys laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$.

Rezultatai: Apklausoje dalyvavo 111 moterų, iš kurių didžioji dalis (48,6%) buvo 31 – 40 metų amžiaus. Dauguma apklaustų moterų – 73 (65,8%), gimdė per pastaruosius metus (prieš 2 – 12 mėn.). Daugiau nei trečdaliui moterų ($n=44$; 39,6%) atsakiusių į Edinburgo pogimdyminės depresijos skalės klausimus buvo nustatyta didelė pogimdyminės depresijos rizika. Nenustatyta statistiškai reikšminga sąsaja tarp gimdyvės amžiaus ($p=0,073$), išsilavinimo ($p=0,838$), gimdymų skaičiaus ($p=0,876$), šeimyninės padėties susilaukus vaikelio ($p=0,779$), gyvenamosios vietos ($p=0,707$), pagalbos iš artimųjų gavimo ($p=0,502$) ir pogimdyminės depresijos atsiradimo rizikos. Moterys, turinčios minčių apie savižalą ($p < 0,001$) ir pogimdyminės depresijos atvejų artimoje aplinkoje ($p=0,002$) turi didesnę depresijos po gimdymo išsivystymo riziką. Tiriamųjų nuomone, pogimdyminę depresiją sukelia ne viena priežastis, o jų visuma. Dažniausios įvardytos priežastys: stresas ($n=100$; 90,1%); hormonų pokyčiai ($n=99$; 89,2%); miego trūkumas ($n=94$; 84,7%). Dauguma respondenčių ($n=82$; 73,9%) pogimdyminę depresiją įvardina kaip sunkią psichologinę būklę, kuriai tinkamiausiais gydymo būdais – asmeninė psichoterapija ($n=98$; 88,3%).

Išvados: 1. Daugiau nei trečdalis tyrime dalyvavusių moterų (39,6%) turėjo aiškius pogimdyminei depresijai būdingus požymius. 2. Tyrime dalyvavusių moterų nuomone, dažniausios pogimdyminės depresijos priežastys yra stresas susijęs su vaiko gimimu ir jo priežiūra, hormonų pokyčiai nėštumo metu ir po gimdymo bei miego trūkumas. 3. Motinos, galvojusios apie savižalą, turėjo didesnę

pogimdyminės depresijos atsiradimo tikimybę. 4. Tyrime dalyvavusios gimdyvės, kurių šeiminėje anamnezėje nebuvo pogimdyminės depresijos atvejų, turėjo reikšmingai mažesnę šios depresijos atsiradimo riziką. 5. Daugumos apklausoje dalyvavusių moterų nuomone, individuali psichoterapija būtų pirmo pasirinkimo gydymas pogimdyminės depresijos atveju.

2. SUMMARY

Marija Rylskienė: Postpartum Depression – Prevalence, Clinic and Treatment.

Aim of the study: To assess the features of postpartum depression among women.

Objectives: 1. To prepare a questionnaire to assess the likelihood of postpartum depression in women who have given birth. 2. To examine 110 women who have given birth and evaluate the characteristics of their depression. 3. To conduct an analysis and identify the correlation between the occurrence of postpartum depression and participants' age, level of education, marital status, place of residence, number of childbirths, and family history of depression. 4. To evaluate women's opinions on the causes of postpartum depression and the available treatment options.

Methods: In the study was used a questionnaire survey method. An anonymous online survey was conducted from 2025 January 15 to February 28 by publishing the questionnaire in Facebook groups related to mothers and newborns. The questionnaire consisted of demographic indicators, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), and several questions reflecting women's attitudes toward postpartum depression as an illness and its treatment.

Results: The survey included 111 women, the majority of whom (48.6%) were between the ages of 31 and 40. The majority of the surveyed women—73 (65.8%), had given birth within the past year (2–12 months ago). More than one-third of the women ($n=44$; 39.6%) who answered the Edinburgh Postnatal Depression Scale questions were found to be at high risk for postpartum depression. No statistically significant association was found between the risk of postpartum depression and maternal age ($p=0.073$), education ($p=0.838$), number of births ($p=0.876$), marital status at the time of childbirth ($p=0.779$), place of residence ($p=0.707$), or receiving support from close relatives ($p=0.502$). Women with self-harm thoughts ($p<0.001$) and a family history of postpartum depression ($p=0.002$) have a higher risk of developing postpartum depression. According to the participants, postpartum depression is not caused by a single cause, but by a combination of them. The most common reasons were: stress ($n=100$; 90.1%); hormonal changes ($n=99$; 89.2%); lack of sleep ($n=94$; 84.7%). The majority of respondents ($n=82$; 73.9%) describe postpartum depression as a severe psychological condition for which the most appropriate treatment method is personal psychotherapy ($n=98$; 88.3%).

Conclusions: 1. More than a third of the women in the study (39.6%) had clear symptoms of postpartum depression. 2. Based on the opinions of the study participants, the most frequently identified causes of postpartum depression include stress associated with childbirth and childcare, hormonal fluctuations during and after pregnancy, and sleep deprivation. 3. Mothers who had thoughts of self-harm had a higher likelihood of developing postpartum depression. 4. Participants with no family history of postpartum depression demonstrated a significantly lower risk of its development. 5. The majority of survey participants indicated that individual psychotherapy would be the preferred first-line treatment for postpartum depression.

3. SANTRUMPOS

1. **PSO** – Pasaulio Sveikatos Asociacija
2. **JAV** – Jungtinės Amerikos Valstijos
3. **SSRI** – Selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai
4. **KBT** – Kognityvinė biheavioristinė terapija
5. **TMS** – Transkranijinė magnetinė stimuliacija
6. **EIT** – Elektroimpulsinė terapija
7. **DSM – 5** – Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovas, penktasis leidimas (angl. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)
8. **EPDS** - Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė (angl. Edinburgh Postnatal Depression Scale)
9. **TLK-10** - Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas leidimas.
10. **TLK-11** - Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos vienuoliktasis leidimas.
11. **SNRI** – Serotonino ir norepinefrino reabsorbcijos inhibitoriai.

4. SĄVOKOS

1. **Pogimdyminė depresija** – psichikos sutrikimai, susiję su periodu po gimdymo.
2. **Postnatalinis periodas** – tai laikotarpis, kuris prasideda iš karto gimus kūdikiui ir tęsiasi iki 6 savaičių po gimdymo, šiuo periodu išnyksta nėštumo ir gimdymo metu motinos organizme atsiradę pakitimai.
3. **COVID – 19** – tai infekcinė kvėpavimo takų liga, sukelta ūminio respiracinio sindromo koronaviruso 2 (SARS-CoV-2).
4. **Estradiolis** – tai hormonas sintetinamas kiaušidėse. Šis estrogenas skatina folikulų augimą, stimuliuoja gimdos gleivinės vystymąsi, formuoja antrinius lytinius požymius, reguliuoja mėnesinių ciklą ir palaiko nėštumą.
5. **Progesteronas** – tai steroidinis hormonas sintetinamas geltonkūnio ląstelėse (*lot. corpus luteum*) arba nėštumo metu – placentoje. Šis hormonas paruošia gimdos gleivinę apvaisinto kiaušinėlio implantacijai, skatindamas jos proliferaciją.
6. **Neišnešiotas naujagimis („ankstukas“)** – naujagimis gimęs laikotarpyje nuo 22+0 iki 36+6 nėštumo savaitės.
7. **Heterogeninė liga** – liga turinti daug skirtingų fenotipų, atsiradimo priežasčių, simptomų išraiškų, priklausančių nuo žmogaus organizmo savybių.
8. **Anhedonija** – būklė kai niekas nebeteikia džiaugsmo, malonumo, pasitenkinimo.
9. **Pogimdyminė psichozė** - psichikos liga, kuri moteriai atsiranda ar pasunkėja po gimdymo. Šiai būklei reikalinga skubi medicininė pagalba.
10. **Pogimdyminis liūdesys („baby blues“)** – dažniausiai savaime praeinanti būseną, galinti prasidėti praėjus kelioms dienoms po gimdymo ir tęstis apie dvi savaites, sukeldama nuotaikos svyravimus ir irzlumą.
11. **Infanticidas** - kūdikio iki 1 metų amžiaus nužudymas.
12. **Kognityvinė bihevioristinė terapija** – tai psichoterapijos tipas, padedantis suprasti ir išmokti keisti mąstymo, elgesio formas bloginančias žmogaus savijautą bei keliančias slogias mintis.
13. **Transkranijinė magnetinė stimuliacija** – tai neinvazinis, neskausmingas gydymo metodas, kurio metu nervų sistemos ląstelės stimuliuojamos trumpų magnetinių impulsų serija.
14. **Elektroimpulsinė terapija (elektrokonvulsinė terapija)** – psichiatrijoje, sunkioms būklėms, dažnai naudojamas gydymo būdas, kai bendrosios nejautos fone paciento smegenys yra veikiamos elektros impulsais.

5. ĮVADAS

Vaiko gimimas dažnai vaizduojamas kaip itin džiaugsmingas gyvenimo laikotarpis, tačiau neretai laimę aptemdo moters emociniai išgyvenimai. PSO duomenimis apie 80% pagimdžiusių moterų patiria vienokius ar kitokius psichologinius sutrikimus. (1) Viena sunkiausių psichologinių būklių išsivystančių po gimdymo – pogimdyminė depresija. Ši liga yra dažniausia, moterims pasitaikanti, gimdymo komplikacija. (2) Moksliniuose darbuose nėra vieningos nuomonės dėl pogimdyminės depresijos paplitimo tiek bendrai pasaulyje, tiek atskiruose regionuose. Tačiau per paskutinį dešimtmetį stebimas padidėjęs sergamumas šia depresijos forma. (3)

Tiksli pogimdyminės depresijos patogenezė nėra žinoma, tačiau manoma jog ji išsivysto nėštumo metu įvykusių hormoninių pokyčių, psichologinių išgyvenimų bei socialinės pagalbos trūkumo fone. (4) Taip pat pastebima, kad depresija po gimdymo dažniau serga moterys, pagimdžiusios naujagimius anksčiau numatyto termino. (5)

Depresija, atsiradusi po gimdymo, yra heterogeninė liga, kiekvienai pacientei galinti pasireikšti skirtingais simptomais bei sunkumu. (6) Svarbu pogimdyminę depresiją atskirti nuo pogimdyminio liūdesio (*angl. baby blues*) ar pogimdyminės psichozės. Pogimdyminis liūdesys – trumpalaikis, retai reikalaujantis gydymo, santykinai lengvas psichikos sutrikimas, pasitaikantis keturioms iš penkių gimdžiusių moterų. (7) Pogimdyminė psichozė – tai sunkiausias psichikos sutrikimas, atsirandantis po gimdymo, pasireiškiantis nuo 1 iš 500 atvejų iki 1 iš 1000 atvejų. Šią būklę svarbu nustatyti kuo greičiau dėl motinos savižudybės bei infanticido pavojaus. (8)

Pogimdyminės depresijos gydymo tikslas – sumažinti ligos simptomus, o vėliau pasiekti ir visišką ligos remisiją. (9) Pagrindiniai pogimdyminės depresijos gydymo būdai yra farmakologinis ir psichoterapinis gydymas. (8) Lengvai depresijos formai, gydyti pirmiausiai skiriama psichoterapija. Jei moteris serga sunkia depresija po gimdymo, siekiama rasti jai labiausiai priimtina gydymą, tačiau pageidautina derinti psichologinę pagalbą su antidepresantais. (10)

Darbo naujumas. Pogimdyminė depresija - įvardinama kaip viena dažniausių gimdymo komplikacijų. Įvairiuose straipsniuose pateikiami skirtingi pogimdyminės depresijos paplitimo skaičiai. Šiai temai trūksta konkretumo ir vieningos mokslininkų nuomonės. Lietuvoje nėra daug mokslinių tyrimų, kurie nagrinėtų moters emocinę būklę po gimdymo. Šiuo darbu siekiama nustatyti, kiek moterų po gimdymo turi pogimdyminės depresijos atsiradimo tikimybę, bei kokie rizikos veiksniai gali tai provokuoti.

Darbo aktualumas. Tiek pasaulyje, tiek Lietuvoje, bendras psichikos sutrikimų skaičius didėja. Psichologinės problemos, laikotarpyje po gimdymo, neigiamai veikia ne tik moters savijautą, tačiau

kelia pavojų ir kūdikio sveikatai bei raidai. Motinai sergant depresija kyla įtampa šeimoje tarp sutuoktinių, taip pat atsiranda kliūtis vaiko ir mamos ryšio vystymuisi. Dėl šių priežasčių reikia žinoti, kurios moterys turi didesnę riziką sirgti po gimdymine depresija ir nustatius ligą kuo anksčiau pradėti gydymą.

6. LITERATŪROS APŽVALGA

6.1 Pogimdyminės depresijos paplitimas

6.1.1 Apibendrinti pogimdyminės depresijos paplitimo rodikliai

Pogimdyminė depresija yra negalią sukelianti būklė, tampanti vis opesne visuomenės problema. (8) Ši depresijos forma yra laikoma dažniausia moterims pasitaikančia gimdymo komplikacija. (2) Camilla Wahida Norazman ir Lai Kuan Lee (2024) atliktame tyrime skelbiama, jog pogimdyminė depresija paveikia apie 10 – 15% gimdžiusių moterų. (11) Tačiau skirtingų straipsnių autoriai pateikia ne vienodus šios depresijos paplitimo skaičius. (žr. 1 lentelę.) (Camilla Wahida Norazman and Lai Kuan Lee, 2024; Om Suryawanshi, Sandhya Pajai, 2022; Wang, Z., et al. 2021; Shorey S., et al. 2018; Mejerytė Aušrinė, Stirbytė Monika, Pilkauskaitė Dalia, 2024; Crystal Edler Schiller et al. 2014; Ariela Frieder et al. 2019).

1 lentelė. Pogimdyminės depresijos paplitimas skirtinguose straipsniuose

Autorius	Straipsnio publikavimo metai	Tyrimo tipas	Pogimdyminės depresijos paplitimas
Camilla Wahida Norazman and Lai Kuan Lee (11)	2024	Naratyvinė literatūros apžvalga	17%
Om Suryawanshi, Sandhya Pajai (7)	2022	Naratyvinė literatūros apžvalga	13 – 19%
Wang Z., et al. (12)	2021	Sisteminė literatūros apžvalga ir metaanalizė (išanalizuoti 565 tyrimai)	17,22%
Shorey S., et al. (13)	2018	Sisteminė literatūros apžvalga ir metaanalizė (į tyrimą įtraukti 58 straipsniai)	12%
Mejerytė Aušrinė, Stirbytė Monika, Pilkauskaitė Dalia (14)	2024	Sisteminė literatūros apžvalga (į tyrimą įtraukti 7 straipsniai)	10 – 20%

Crystal Edler Schiller et al. (15)	2015	Naratyvinė literatūros apžvalga	7 – 20%
Ariela Frieder et al. (6)	2019	Naratyvinė literatūros apžvalga	4 – 25%

Šaltinis: sudarytas autorės remiantis literatūros apžvalga.

6.1.2 Pogimdyminės depresijos paplitimas skirtinguose regionuose ir tai lemiantys veiksniai

Depresija po gimdymo neretai siejama su naujų atsakomybių atsiradimu gimus vaikeliui, pogimdyminiu laikotarpiu patiriamais iššūkiais ir sveikatos problemomis. Pasaulio Sveikatos Asociacijos (toliau - PSO) duomenimis 80% moterų po gimdymo gali susidurti su vienokais ar kitokiais emociniais išgyvenimais. (1) Pastebima, kad įvairiose šalyse šios ligos paplitimas yra skirtingas. Tai siejama su tai, jog mažas ar vidutinės pajamas gaunančiose šalyse moterys neretai patiria prievartą vaikystėje, nėštumo metu, dažniau nei išsivysčiusiose šalyse, pasitaiko sutuoktinio smurtavimo atvejų. Taip pat, gimdyvės tokiuose regionuose stokoja žinių apie emocinę sveikatą po gimdymo, o papildomą stresą kelia siekis susilaukti vyriškos lyties naujagimio. (16) Mengstu Melkamu Asaye, Haymanot Alem Muche ir Eyerusalem Desta Zelalem (2020) publikuotame straipsnyje rašo, jog Kanadoje pogimdyminės depresijos dažnis siekia 8,69%, Naujajame Delyje 12,75%. Tuo tarpu, Etiopijoje depresijos epizodai po gimdymo pasireiškia apie 25% moterų. (17) Shorey S et al. (2018) atlikus sisteminę apžvalgą ir išanalizavus 58 straipsnius pateikė išvadą, jog Vidurio Rytuose pogimdyminės depresijos paplitimas yra 26%, o Europoje tik 8%. (13)

Jungtinėse Amerikos Valstijose (toliau - JAV) Darios Getahun et al. (2023) publikuotame straipsnyje aptariamas tyrimas, kuriuo buvo siekiama ištirti pogimdyminės depresijos paplitimo pokyčius per paskutinį dešimtmetį. Rezultatai rodo, jog sergamumas pogimdymine depresija per paskutinius 10 metų ženkliai padidėjo. Ištyrus elektroninius sveikatos įrašus 2010 – 2021 m. laikotarpiu, nustatyta, kad šios ligos paplitimas padidėjo nuo 9,4% iki 19,3%, tai reiškia bendrą padidėjimą 105%. Pastebima, jog pogimdyminės depresijos paplitimas labai skiriasi įvairiose rasėse ir etninėse grupėse. Baltaodžių moterų sergamumas pogimdymine depresija 2010 – 2021 m. laikotarpyje išaugo nuo 13,5% iki 21,8%, juodaodžių nuo 9,2% iki 22,0%, ispanių moterų, sergančių pogimdymine depresija padaugėjo nuo 8,9% iki 18,8%, Azijoje/ramiojo vandenyno salose šios ligos paplitimas pakito nuo 3,6% iki 13,8%. (3)

Didesni pogimdyminės depresijos paplitimo skaičiai fiksuoti ir COVID-19 pandemijos metu. Kalbant apie bendrą populiaciją, išsivysčiusiose šalyse, sergamumas depresija pandemijos laikotarpiu išaugo 7 kartus (lyginant 2017 ir 2020 m. statistiką). Tačiau nėščiųjų populiacija buvo paveikta dar stipriau. Iki COVID-19 pandemijos perinatalinės depresijos paplitimas visame pasaulyje buvo 11,9%, o jau 2022 m. pogimdyminė depresija buvo nustatyta 34% gimdžiusių moterų. (18)

6.2 Pogimdyminės depresijos rizikos faktoriai

Pogimdyminė depresija yra dažniausia postnatalinė neuropsichiatrinė nėštumo komplikacija. Šios depresijos formos atsiradimui įtakos turi hormonų pokyčių, psichologinių ir socialinių veiksnių visuma. (4)

- **Hormonų pokyčiai:** nėštumas ir gimdymas - neatsiejami nuo reikšmingų hormonų svyravimų. Nėštumo metu didžiąją dalį lytinių hormonų pagamina laikinas organas – placenta. Dėl placentos – motinos pogumburio – hipofizės – lytinių liaukų sąveikos, moters organizme, nėštumo metu padidėja estradiolio ir progesterono koncentracija. Iš karto po gimdymo šių hormonų kiekis drastiškai sumažėja. Staigus progesterono koncentracijos sumažėjimas yra siejamas su nerimo atsiradimu. Manoma, kad nervinę įtampą, po vaikelio gimimo, kelia ne pačio progesterono sumažėjimas, tačiau jo metabolito – alopregnanolono trūkumas. Keliama hipotezė, kad būtent šis neurosteroidas, smegenyse veikiantis per GABA A receptorius, lemia didesnę pogimdyminės depresijos atsiradimo riziką. (15)
- **Psichologiniai veiksniai:** pogimdyminio nuotaikos sutrikimo atsiradimui didelę reikšmę turi asmeninė psichikos sveikatos istorija. Moterys anksčiau sirgusios nerimo sutrikimu ar depresija yra labiau pažeidžiamos laikotarpyje po gimdymo. Specifiniai nėštumo ir gimdymo psichologiniai bei fiziologiniai išbandymai taip pat gali paskatinti pogimdyminių nuotaikos sutrikimų atsiradimą. Psichologinę įtampą didina iškreiptas motinystės įsivaizdavimas, visuomenės spaudimas, asmeniniai išgyvenimai. (19)
- **Socialinė parama:** stipri socialinė parama gali apsaugoti nuo pogimdyminės depresijos išsivystymo, o jos trūkumas - padidinti moters jautrumą emociniam nerimui. (19)
- **Didesnę pogimdyminės depresijos riziką** turi ankstukų motinos, lyginant su moterimis, kurių vaikai gimė numatyto termino metu. Apie 50 % labai mažo svorio naujagimių (iki 1500 g.) susiduria su augimo, vystymosi sutrikimais, vėluojančiomis pažinimo funkcijomis ir elgesio problemomis. Dėl šių priežasčių neišnešiotų vaikų mamos dažniau linkusios sirgti pogimdymine depresija. (5)

6.3 Pogimdyminės depresijos klinika

Pogimdyminė depresija yra svarbi psichikos sveikatos problema, kuri pasireiškia moterims po gimdymo ir turi įvairius simptomus, kurie trikdo motinos gebėjimą rūpintis savimi ir naujagimi, taip pat, neretai tai tampa išbandymu visai šeimai. Ši liga yra heterogeninė, kiekvienu klinikiu atveju galinti pasireikšti skirtingais simptomais ir sunkumu. (6) Negydoma arba nediagnozuota pogimdyminė depresija neigiamai veikia vaiko raidą. (7) Daugiau nei 150 metų yra diskutuojama apie tai ar įprastos depresijos ir pogimdyminės depresijos klinika yra skirtinga. (9) Pagal Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo, penktą leidimą (DSM – 5) pogimdyminė depresija gali būti diagnozuojama kai moters savijauta atitinka depresijos simptomus per pirmąsias 4 savaites po gimdymo. Tačiau kitose klasifikacijose, kaip pavyzdžiui, TLK-10 ar TLK – 11, depresija po gimdymo gali būti diagnozuota praėjus 6 savaitėms po gimdymo. (2 lentelė.)

Tyrimų duomenys, pavaizduoti 3 lentelėje, atskleidžia, kad pogimdyminė depresija gali pasireikšti ir vėliau nei 4–6 savaitės po vaiko gimimo. Ši informacija leidžia daryti išvadą, jog vienkartinė psichinės sveikatos patikra ankstyvuojų pogimdyminiu laikotarpiu yra nepakankama siekiant laiku identifikuoti moteris, sergančias pogimdyminę depresiją. (Carlson K., et al. 2024; Cheryl L. Robbins, et al. 2023; Michael Rosander, et al. 2020; Sarah Tebeka, et al. 2021)

2 lentelė. Pogimdyminės depresijos pradžia skirtingose klasifikacijose.

Klasifikacija	Pogimdyminės depresijos pradžia
TLK -11 (20)	Pasireiškia per 6 savaites po gimdymo.
TLK – 10 (21)	Pasireiškia per 6 savaites po gimdymo.
DSM – 5 (22)	Pasireiškia per 4 savaites po gimdymo.

Šaltinis: sudarytas autorės remiantis literatūros apžvalga.

3 lentelė. Pogimdyminės depresijos pradžia skirtinguose straipsniuose

Autorius	Straipsnio publikavimo metai	Tyrimo tipas	Tiriamųjų skaičius	Pogimdyminės depresijos pradžia
Carlson K., et al. (10)	2024	Naratyvinė literatūros apžvalga	-	Iki 1 metų po gimdymo
Cheryl L. Robbins, et al. (23)	2023	Kohortinis tyrimas	1954	Iki 9 – 10 mėn. po gimdymo

Michael Rosander, et al. (24)	2020	Vienmomentinis skerspjūvio tyrimas	888	Iki 21 mėn. po gimdymo
Sarah Tebeka, et al. (25)	2021	Kohortinis tyrimas	3310	Iki 1 metų po gimdymo

Šaltinis: sudarytas autorės remiantis literatūros apžvalga.

Apie 80% moterų, pirmosiomis dienomis po gimdymo, išgyvena įvairias emocines būsenas. (7) Po gimdymo, didelė dalis moterų kenčia nuo į depresiją panašių simptomų, tokių kaip: apetito ir energijos stoka, nemiga. Šie simptomai, taip pat, dažnai siejami ne su psichinės sveikatos sutrikimu, o su naujomis moters pareigomis, nuovargiu rūpinantis naujagimiu. Šios priežastys apsunkina pogimdyminės depresijos diagnostiką. Pogimdyminei depresijai būdingas nuolatinis liūdesys, koncentracijos trūkumas, menka savivertė, savigrauža, dirglumas, anhedonija, nemiga arba per didelis mieguistumas, suicidinės mintys, ryšio su kūdikiu nebūvimas, somatinių ligų simptomai. (26) Camilla Wahida Norazman ir Lai Kuan Lee (2024) išleistame straipsnyje teigia, jog moterys, gyvenimo bėgyje turėjusios nors vieną depresijos epizodą, turi 60 – 80% didesnę depresijos atsiradimo riziką kritiniais gyvenimo momentais, lyginant su moterimis, niekada nepatyrusiomis depresijos. (11) Dėl šios priežasties pogimdyminė depresija dažniau serga gimdyvės, savo ligos istorijoje turinčios psichologinių problemų. Šios ligos diagnostikai dažniausiai naudojama 10 - ties klausimų Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė (toliau - EPDS), kurios rezultatai patvirtinami klinikinio pokalbio metu. (27)

Gimdyvės dažnai susiduria ir kitokiais psichikos sutrikimais, kaip pogimdyminis liūdesys (*angl. baby blues*) ar pogimdyminė psichozė. Pogimdyminis liūdesys – tai yra trumpalaikis, santykinai lengvas, psichikos sutrikimas, pasireiškiantis 4 iš 5 gimdžiusių moterų. (7) Ši būklė dažniausiai nustatoma 1 - 14 parą po gimdymo, savo piką pasiekia 3 – 7 parą, kuomet vyksta didžiausi hormonų pokyčiai. Šiam sutrikimui būdingas pastovus, nevaldomas verkimas, nerimas, susierzinimas, priešiškusis nukreiptas prieš savo šeimos narius. Ši būklė dažniausiai praeina spontaniškai, jei artimieji teikia pakankamą emocinę paramą ir pagalbą rūpinantis naujagimiu. Tačiau svarbu tai, jog intensyvus ir nepraeinantis pogimdyminis liūdesys gali tapti pogimdymine depresija. (1)

Pogimdyminė psichozė – tai yra sunkiausias psichikos sutrikimas, dažniausiai atsirandantis iki 3 savaičių po gimdymo. Šis sutrikimas pasireiškia nuo 1 iš 500 atvejų iki 1 iš 1000 atvejų. Pogimdyminės psichozės trukmė kiekvienu klinikiu atveju būna skirtinga, tačiau tai būklė, kurią svarbu kuo greičiau diagnozuoti ir pradėti gydymą, kadangi ženkliai didėja motinos savižudybės ir kūdikio nužudymo rizika. (8) Simptomai dažnai būna sunkesni nei kitų,

po gimdymo pasireiškiančių, psichikos sutrikimų, t.y., haliucinacijos, sumišimas, chaotiškas mąstymas. (28) Motina serganti pogimdyvine psichoze kelia didelį pavojų savo naujagimiui, dėl šios priežasties infanticidas yra viena liūdniausių šios būklės pasekmių. Pearlstein T et al. (2014) publikuotame straipsnyje teigia, jog tikslų infanticidų skaičių, kuriuos įvykdė motinos sergančios pogimdyvine psichoze, nėra. Tačiau JAV, per metus, vidutiniškai yra nužudomi 8 iš 100 000 kūdikių. (29) Giacchetti N et al. (2019) atliko tyrimą, kuriame nustatė motinų dažniausiai naudotus vaikų žudymo būdus. 31,2% motinų padūrė savo kūdikį, 25% uždusino, 6,2% - nunuodijo arba nuplikė. (30) Dėl šių pavojų pacientėms sergančioms pogimdyvine psichoze – būtinas skubus gydymas ir psichiatro konsultacija.

6.4 Pogimdyminės depresijos gydymas

Manoma, jog 40 – 80 % pogimdyminės depresijos atvejų būna vidutinio sunkumo arba sunkūs, todėl gydymas yra būtinas. Ši depresijos forma neigiamai veikia motinos gyvenimo kokybę, santykius šeimoje, naujagimio sveikatos būklę bei tolimesnę jo emocinę savijautą. (14)

Negydoma depresija po gimdymo gali privesti prie tokios baigties kaip – savižudybė. Moterų, tapusių motinomis, psichikos sutrikimai sukelia 7% su nėštumu susijusių mirčių. (16) Esscher A, Essén B, Innala E, et al. (2024) Švedijoje atliko kohortos tyrimą, kuriame dalyvavo 86 551 moterys sergančios perinataline depresija ir 865 510 nesergančios motinos. Tyrimo dalyvės buvo stebimos 2001 – 2017 metų laikotarpyje. Šiuo tyrimu buvo siekiama nustatyti ryšį tarp perinatalinės depresijos ir savižudybės rizikos. Moterys sergančios perinataline depresija turėjo 3 kartus didesnę savižudybės tikimybę, nei moterys nesirgusios šia liga. Per pirmuosius metus po gimdymo, moterys sergančios perinataline ar pogimdyvine depresija dažniausiai rinkosi savižudybę nusinuodijant, antras pagal dažnumą savižudybės būdas – pasikorimas. (31) Taip pat pastebima, jog 16 – 29% moterų, sergančių po gimdymo prasidėjusiais psichikos sutrikimais, nusižudo prieš tai nužudžiusios savo vaikus. (29)

Pagrindinis pogimdyminės depresijos gydymo tikslas – simptomų mažinimas, gyvenimo kokybės gerinimas, o vėlesnėje gydymo stadijoje siekiama ir visiškos simptomų remisijos. (32) Pogimdyminės depresijos gydymas skiriasi, priklausomai nuo ligos sunkumo, pacientės funkcinės būklės bei gebėjimo rūpintis savo kūdikiu. Jei moteris serga lengva depresijos forma, tuomet gydymas gali būti skiriamas pirminės sveikatos priežiūros grandyje, tačiau, jei liga yra vidutinio sunkumo arba sunki – gydymas turi būti skiriamas psichiatro, apsvarstant hospitalizacijos galimybes. Pogimdyminės depresijos gydymas skirstomas į 2 dideles grupes:

farmakologinis ir psichoterapinis gydymas. (8) Esant lengvai ar vidutinei depresijai, rekomenduojama gydymą pradėti nuo psichoterapijos. Tuo atveju jei depresija yra sunki, rekomenduojama derinti 2 gydymo būdus ir skirsti psichoterapiją kartu su antidepresantais. (10)

6.4.1 Farmakologinis gydymas

Pogimdyminės depresijos gydymui antidepresantus rekomenduojama skirti tuomet, kai išbandžius psichoterapiją nėra atsako, arba jis nepakankamas, taip pat jei pacientė pati išsako norą gydytis vaistais arba ligos simptomai yra sunkūs. (33) Dėl mažo toksiškumo, lengvo vartojimo bei veiksmingumo, pirmo pasirinkimo farmakologinis gydymas, vidutinio sunkumo pogimdyminei depresijai yra selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (toliau - SSRI). (8) Populiariausias SSRI atstovas pogimdyminei depresijai gydyti – sertralinas. (34) Atlikta nemažai klinikinių tyrimų kurių metu nustatyta, jog sertralino koncentracija motinos piene yra maža, todėl šis vaistas yra santykinai saugus krūtimi maitinančioms moterims. (32) Steward DE. Et al. (2016) straipsnyje rašoma apie tyrimą, kuriame išanalizuota 50 atvejų, kai žindančioms moterims, vartojančioms fluoksetiną arba citalopramą, nebuvo pastebėta ryškių nepageidaujamų reiškinių. Todėl, šie antidepresantai, taip pat, gali būti skiriami depresijai po gimdymo gydyti. (33) Pogimdyminės depresijos simptomams lengvinti taip pat gali būti naudojami serotonino ir norepinefrino reabsorbcijos inhibitoriai (toliau SNRI): venlafaksinas ir desvenlafaksinas. (7) Apie pogimdyminės depresijos gydymą SNRI informacijos nėra daug, tačiau šie vaistai gali sumažinti simptomų pasireiškimą, tuo pačiu metu tik minimaliai patekdami į motinos pieną. (8) Svarbu paminėti, jei moteris dar iki nėštumo sirgo depresija, rekomenduojama skirti tuos pačius vaistus, kuriuos ji vartojo anksčiau. (33)

6.4.2 Psichoterapinis gydymas

Daug moterų sergančių pogimdymine depresija teikia pirmenybę psichoterapiniam gydymui, kadangi jaudinasi dėl antidepresantų poveikio kūdikio sveikatai.

Vienas iš psichoterapinių pogimdyminės depresijos gydymo būdų yra tarpasmeninė psichoterapija. Tai psichodinaminė terapija, ribota laike, vidutiniškai trunkanti apie 12 – 16 savaičių. Šios terapijos metu sprendžiamos santykių su aplinkiniais ir savimi problemos, lėmusios ligos atsiradimą. (35) Bernecker et al. (2017) atliktas tyrimas parodė, jog tarpasmeninė psichoterapija yra veiksmingas suaugusiųjų, sergančių depresija, gydymo būdas, taip pat užkertantis kelią ligos recidyvui. (36) Bright KS et al. (2020) publikuotame straipsnyje rašoma apie įrodytą tarpasmeninės psichoterapijos naudą taikant ją kaip prevenciją moterų stresui, bei

pogimdyminei depresijai. Šis gydymas mažina depresijos ir nerimo simptomus, gerina gyvenimo kokybę bei santykius šeimoje. (37)

Kitas psichoterapinis gydymo būdas - kognityvinė biheavioristinė terapija (toliau - KBT). Tai terapija, mokinanti pacientus suprasti, atpažinti ir atsikratyti jų gyvenimą apsunkinančių įsitikimų. (38) Šią psichoterapijos formą galima skirti ne tik gydymui, bet ir prevencijai. Pinheiro RT. Et al. (2021) atliko tyrimą, kuriame paaiškėjo, jog nėštumo metu ir po jo, taikant KBT kaip pogimdyminės depresijos prevenciją, iš visų tirtų gimdyvių, per 90 dienų po gimdymo, rizika susirgti šia depresijos forma buvo nustatyta tik 5,5% moterų. (39)

6.4.3 Kiti gydymo būdai

Pogimdyminės depresijos gydymui gali būti naudojama transkranijinė magnetinė stimuliacija (toliau - TMS). Tai neinvazinis gydymo būdas, kurio metu magnetinės bangos veikia tiksliai smegenų sritis. TMS paprastai atliekama kartą per dieną, 4-6 savaites. (34) Ši procedūra gali būti kaip alternatyva kitoms gydymo galimybėms, ypač jei psichoterapija ir antidepresantai tampa neveiksmingi. (10)

Sara Rundgren et al. (2018) atliktas tyrimas parodė, jog sunkios ar refrakterinės pogimdyminės depresijos ir pogimdyminės psichozės atvejais elektroimpulsinė terapija (toliau - EIT) rodo gana gerus rezultatus. Svarbiausias atsako rodiklis naudojant šį gydymo būdą – simptomų sunkumas, t.y., kuo ligos simptomai sunkesni, tuo didesnė tikimybė, kad EIT turės teigiamą poveikį. (40)

Manoma, kad pogimdyminės depresijos atsiradimą skatina hormonų balanso pokyčiai moteriai besilaukiant vaikelio. Dėl šios priežasties atliekami įvairūs tyrimai su hormoniniais preparatais. 2019 m. kovo mėn. JAV maisto ir vaistų administracija patvirtino pirmąjį vaistą skirtą būtent pogimdyminei depresijai gydyti - Brexanolone®. Tai - sintetintis alopregnanolonas, veikiantis kaip stiprus, pozityvus GABA A receptorių alosterinis modulatorius. (4)

7. METODIKA

7.1. Tyrimo organizavimas

Pirmiausiai buvo atlikta literatūros apžvalga, analizuojama ir sisteminama mokslinė literatūra. Literatūros šaltiniai atrinkti pagal kriterijus: straipsniai ne senesni nei 10 metų, skelbiami anglų kalba, nemokamai prieinami prisijungus per VU paskyros FortiClient VPN programėlę. Buvo ieškoma įvairių mokslinių šaltinių, kuriuose būtų rašoma apie pogimdyminės depresijos paplitimą tarp skirtingų žmonių rasių bei regionų. Taip pat į literatūros apžvalgą įtraukti moksliniai straipsniai, kuriuose apžvelgiamas šios ligos heterogeniškumas, hormonų poveikis moters psichologinei būklei po gimdymo, bei naujausi gydymo būdai. Literatūros šaltinių ieškota PubMed ir Google Scholar duomenų bazėse, vedant raktinių žodžių kombinacijas. Renkant literatūrą apžvalgai, pastebėjau didelius skirtumus, kalbant apie pogimdyminės depresijos paplitimą. Skirtingi pogimdyminės depresijos paplitimo skaičiai, skirtinguose straipsniuose, pateikti 1 lentelėje.

Raktiniai žodžiai: Postpartum depression, prevalence, clinic, treatment, postpartum mood disorders, perinatal depression.

Tyrimas atliktas vykdant internetinę apklausą 2025 sausio 15 – vasario mėn. 28 d. Planuota tyrimo imtis - apie 110 respondentų. Klausimyną užpildyti buvo kviečiamos moterys suprantančios lietuvių kalbą, per pastaruosius 2 metus gimdžiusios gyvus naujagimius. Anketa buvo viešai skelbiama socialinio tinklo “Facebook” grupėse: “Žindymas pagal mamos ir vaikelio poreikį”; “Nėštumas. Gimdymas. Žindymas. Klausimai-Atsakymai”; “2024–2025 metų mažyliai”; “Mamyčių Forumas”; “Vaikai ir viskas apie tai!!!”; “2020/2024 metais gimę vaikučiai”; “2019-2024 metais gimę vaikučiai”; “Neišnešiotukai”; “Nėštukės ruošiasi žindymui”; “Nėštumas, mamytės, vaikai ir viskas apie tai”; “Nėštukės ir auginančios mažus vaikus mamos”; “Mamyčių grupė :)))”; “Mamyčių bendruomenė " VAIKAMS IR NE TIK"”. Taip pat klausimynas patalpintas į internetinio forumo “Tėvų darželis” grupes: “2024 metų kovo mėnesio mažyliai”; “2024 m. Dvynukai”; “2024 m. gegužės mėnesio lėliukai”; “2024 metų sausio mėnesio mažyliai”; “2024 m. liepos mėnesio Mažyliai”; “2024 m. Birželinukai”; “2024 m Rugsėjo Mažyliai”; “2024 m. Gruodžio mėnesio mažyliai”; “2024 m. rugpjūtinukai”; “2024 m. vasarinukai”; “2024 m. lapkritinukai”; “2024 m. Spalio mėnesio mažyliai”; “2025 m. sausinukai”.

7.2. Klausimynas

Klausimynas buvo sukurtas naudojant elektroninę *Google forms* platformą ir ieškant respondenčių paskelbtas aukščiau išvardintose grupėse. Pirmiausiai moterys paspaudusios ant klausimyno nuorodos buvo supažindintos su tyrimo tikslais ir uždaviniais, kur anketos duomenys bus naudojami ateityje, taip pat, buvo informuotos apie klausimyno anonimiškumą. Po tyrimo pristatymo moterų buvo klausiama, ar jos sutinka užpildyti anketą. Visos respondentės sutiko atsakyti į paruoštus klausimus.

Pirmąją klausimyno dalį sudarė demografinius rodiklius atspindintys klausimai. Moterų buvo klausiama jų amžiaus, išsilavinimo (pagrindinis, profesinis, vidurinis, aukštasis neuniversitetinis, aukštasis universitetinis), šeimyninės padėties susilaukus vaikelio (vieniša, partnerystėje, ištekęjusi, išsiskyrusi, našlė), vietovės kurioje gyvena (kaimas, miestelis, miestas), kiek gimdymų yra turėjusi (1, 2, 3, 4, 5 ir daugiau), kiek laiko praėjo nuo paskutinio gimdymo.

Antroje klausimyno dalyje respondenčių buvo klausiama kaip, jų nuomone, šią ligą būtų galima apibūdinti (negaliu atsakyti, normali būklė motinystės pradžioje, laikinas liūdesys dėl hormonų pokyčių, sunki psichologinė būklė), bei kokios priežastys turi didžiausią įtaką depresijos po gimdymo išsivystymui (hormonų pokyčiai po gimdymo, miego trūkumas, asmeninė ar šeiminė depresijos istorija prieš gimdymą, socialinės paramos trūkumas, stresas, susijęs su vaiko gimimu ir jo priežiūra, problemos santykiuose). Gimdžiusių moterų buvo klausiama ar jų šeimoje yra buvę pogimdyminės depresijos atvejų, ar jos pačios po gimdymo yra bandžiusios kreiptis psichologinės pagalbos, ar augindamos vaikučius sulaukia pagalbos iš artimųjų.

Trečioje klausimyno dalyje moterys buvo kviečiamos užpildyti Edinburgo pogimdyminės depresijos skalę (EPDS). Šis klausimynas sukurtas, siekiant pirminės sveikatos priežiūros specialistams padėti atrinkti moteris, kurios po gimdymo turi didesnę depresijos atsiradimo riziką. Ši skalė yra išversta į daugiau nei 60 kalbų. Klausimyną į lietuvių kalbą 2004 metais išvertė Lapkienė su bendraautoriais, o originalas anglų kalba buvo sukurtas John Cox et al. (1987). EPDS pasaulyje vertinama dėl greito ir nesudėtingo pritaikymo praktikoje, didelio specifiškumo ir jautrumo. Atliekant šį testą vertinama moterų psichologinė savijauta per paskutines 7 dienas. Skalę sudaro 10 teiginių, kai kiekvienam iš jų skiriami keturi galimi atsakymų variantai. Atlikus testą didžiausias galimas balų skaičius – 30. Kuo didesnis EDPS bendras balas, tuo didesnė tikimybė, jog pacientė turi didesnę polinkį sirgti depresija po gimdymo. Jei moteris surenka 0 – 9 balų, tikėtina, jog ji jaučia trumpalaikius depresijos simptomus ne itin įtakojančius jos kasdienį gyvenimą. 10 – 11 balų rodo, jog moteris jaučia depresijos simptomus, kurie apsunkina jos rutiną, kasdienį gyvenimą, yra pogimdyminės depresijos atsiradimo rizika (rekomenduojama pakartotinai užpildyti skalę po 2

savaičių). 12 ar daugiau balų, reiškia, jog moteris turi didelę pogimdyminės depresijos riziką, rekomenduojama kreiptis į psichologą arba psichiatrą.

Ketvirtoje skiltyje respondenčių buvo klausama kaip jų nuomone turėtų būti gydoma pogimdyminė depresija (individuali psichoterapija, antidepresantai, palaikymo grupės, gyvenimo būdo keitimas, alternatyvios terapijos, hospitalizacija, gydymo nereikia)

7.3. Tyrimo analizė

Statistinė analizė buvo atlikta naudojant SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences IBM Corp., Armonk, Niujorkas, JAV*) 30.0 versiją. Aprašomosios charakteristikos tarp tiriamųjų grupių buvo lygintos naudojant neparametrinį Chi-kvadrato, Kruskalio Voliso testą, Anova metodą. Gauti rezultatai buvo laikyti statistiškai reikšmingais, kai apskaičiuotas reikšmingumo lygmuo (p) buvo mažesnis nei 0,05.

8. TYRIMO REZULTATAI

8.1. Tyrimo dalyvių demografiniai rodikliai

Apklausoje, vykdytoje 2025 sausio 15 d. – 2025 m. vasario 28 d. dalyvavo 111 moterų. Visų respondenčių atsakymai buvo tinkami vertinti. Taip pat 100% respondenčių sutiko dalyvauti apklausoje, todėl jų visų atsakymai buvo įtraukti į darbo statistinę analizę.

Apklaustų respondenčių amžius svyruoja nuo 19 iki 40 metų. Didžioji dalis apklausą atlikusių moterų buvo 31 – 40 m. amžiaus (48,6%). 70 respondenčių (63,1%) atsakė gimdžiusios vieną kartą gyvenime, o mažiausiai, t.y., 2 moterys (1,8%) turėjo keturis gimdymus. Daugiausiai klausimyną pildė moterys gimdžiusios prieš 2-12 mėn., t.y., 73 moterys (65,8%), o rečiausiai atsakė moterys, gimdžiusios prieš 3 – 4 savaites, t.y., 4 moterys (3,6%). Dauguma moterų – 66 (59,5%) gimdymo metu buvo įgijusios aukštąjį universitetinį išsilavinimą, o mažiausia dalis – 10 moterų (9,0%) turėjo profesinį išsilavinimą. 81 moteris (73,0%) susilaukus vaikelio buvo ištekęjusi, o beveik ketvirtadalis anketą užpildžiusių moterų (22,5%) buvo nesusituokusios, tačiau gyveno kartu su savo partneriu. Didžioji dalis mamų – 86 (77,5%) kaip savo gyvenamąją vietą pažymėjo miestą, o mažiausia dalis – 11 (9,9%) kaimą. Detalesni apklausos duomenys pateikiami 3 lentelėje.

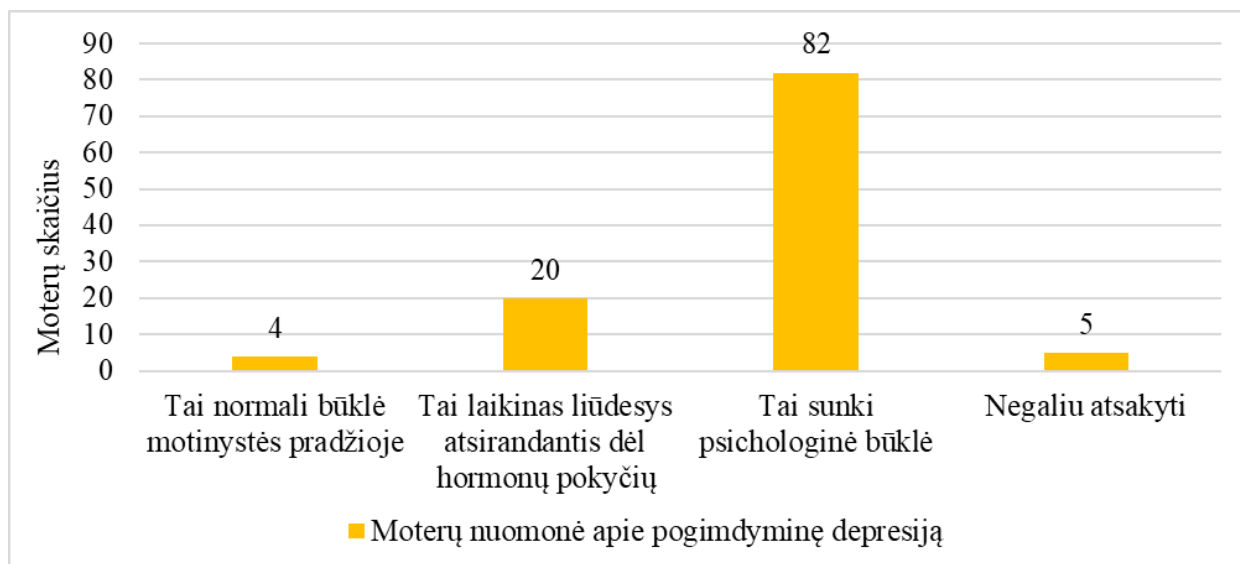
4 lentelė. Demografiniai apklausos rodikliai

Kriterijai		n	%
Respondenčių amžiaus grupės (metais)	Iki 18 m.	0	0,0
	19 – 25 m.	9	8,1
	26 – 30 m.	48	43,2
	31 – 40 m.	54	48,6
	40 ir daugiau	0	0,0
Gimdymų skaičius	1	70	63,1
	2	31	27,9
	3	8	7,2
	4	2	1,8
	5 ir daugiau	0	0,0
	<1 diena	0	0,0
Laikas praėjęs po paskutinio gimdymo	2 – 7 dienos	5	4,5
	1 – 2 savaitės	7	6,3

	3 – 4 savaitės	4	3,6
	2 – 12 mėn.	73	65,8
	13 – 24 mėn.	22	19,8
	>24 mėn.	0	0,0
Šeimyninė padėtis susilaukus vaikelio	Vieniša	1	0,9
	Partnerystėje	25	22,5
	Ištekėjusi	81	73,0
	Išsituokusi	4	3,6
Išsilavinimas	Profesinis	10	9,0
	Vidurinis	15	13,5
	Aukštasis neuniversitetinis	20	18,0
	Aukštasis universitetinis	66	59,5
Gyvenamoji vietovė	Kaimas	11	9,9
	Miestelis	14	12,6
	Miestas	86	77,5

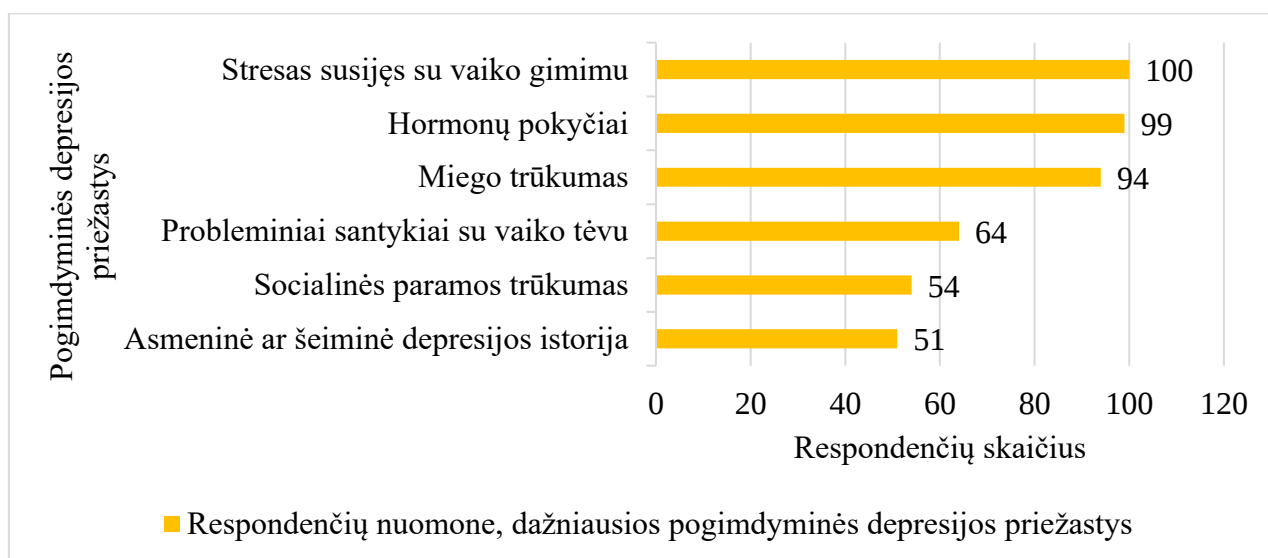
8.2. Tyrimo dalyvių žinios apie pogimdyminę depresiją

Visos, 111 moterų (100%) dalyvavusių tyrime, atsakė girdėjusios vienokią ar kitokią informaciją apie pogimdyminę depresiją. Klausimyną pildančių moterų buvo klausiama kaip jos apibūdintų pogimdyminę depresiją: 4 respondentės (3,6%) atsakė, jog tai, jų nuomone, yra normali būklė motinystės pradžioje, 20 moterų (18,0%) mano, kad tai yra laikinas liūdesys atsirandantis dėl hormonų pokyčių nėštumo metu ir po gimdymo, 82 tiriamosios (73,9%) tai įvardija kaip sunkią psichologinę būklę, o likusios 5 (4,5%) į šį klausimą negalėjo atsakyti. Šie rezultatai vizualiai pateikti 1 paveikslėlyje.



1 pav. Pogimdyminės depresijos supratimas pagal respondentes

Klausimyną pildančių moterų buvo klausiama, kokios yra dažniausios depresijos po gimdymo išsivystymo priežastys. Tai buvo daugybinio pasirinkimo klausimas į kurį daugiausiai respondenčių atsakė, jog pogimdyminės depresijos atsiradimui didžiausią įtaką turi stresas, susijęs su vaiko gimimu bei jo priežiūra – 100 moterų (90,1%). 99 tiriamosios (89,2%) mano, kad ši liga atsiranda dėl hormonų pokyčių vykstančių nėštumo metu ir po gimdymo, 94 moterys (84,7%) kaip vieną iš priežasčių pasirinko miego trūkumą, 64 (57,7%) respondentės kaip vieną iš pasirinkimų pažymėjo problemas santykiuose. Likusios 54 dalyvės (48,6%) mano, jog viena iš priežasčių yra socialinės paramos trūkumas, o 51 (45,9%) tiki, kad asmeninė ar šeiminė depresijos istorija prieš gimdymą taip pat turi įtakos depresijai po gimdymo išsivystyti. Rezultatai pavaizduoti diagramoje – 2 paveikslėlyje.



2 pav. Pogimdyminės depresijos priežastys

8.3. Pogimdyminės depresijos vertinimas pagal EPDS

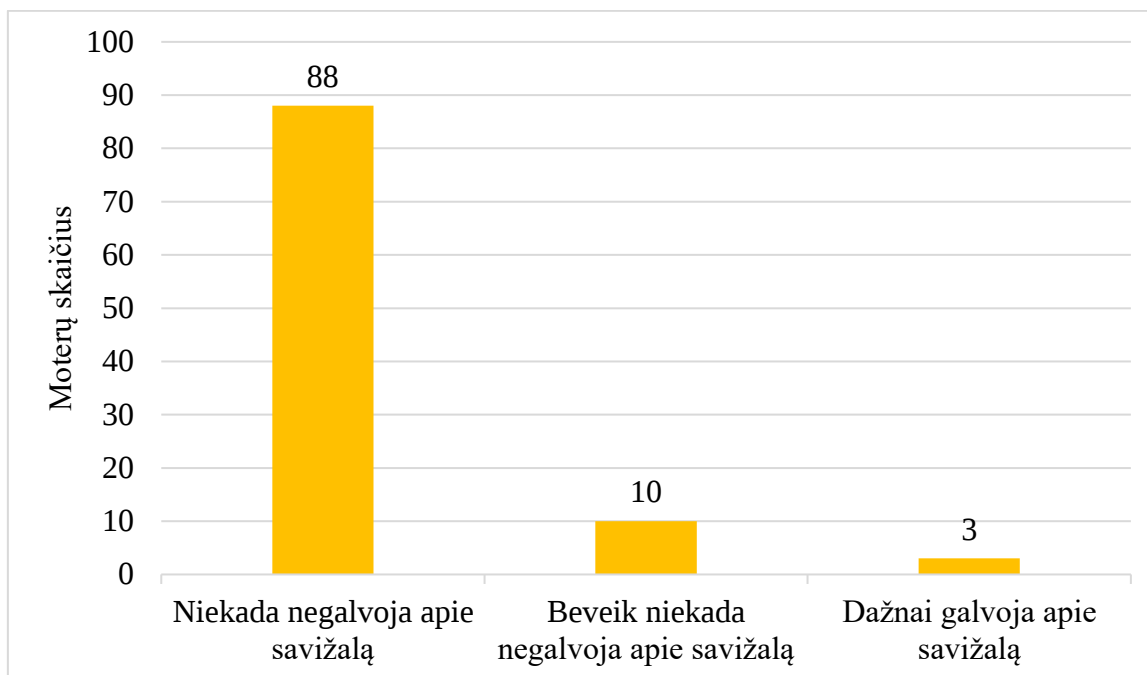
Norint išsiaiškinti, kiek tyrime dalyvavusių moterų turi didelę tikimybę sirgti pogimdymine depresija, respondentėms buvo pateikta Edinburgo pogimdyminė depresijos skalė. Apklausos rezultatai pateikiami 4 lentelėje.

5 lentelė. Respondenčių atsakymai į EPDS klausimus

	n	%
<i>1. Tapusi mama aš galėdavau juoktis ir pastebėti linksmą gyvenimo pusę:</i>		
-Taip, kaip visada	57	51,4
-Nebe taip dažnai	35	31,5
-Tikrai nebe taip dažnai	15	13,5
-Visiškai ne	4	3,6
<i>2. Tapusi mama su malonumu žiūrėjau į gyvenimą:</i>		
-Taip, kaip visada	50	45,0
-Nebe taip dažnai kaip visada	39	35,1
-Tikrai nebe taip kaip anksčiau	16	14,4
-Beveik niekada	6	5,4
<i>3. Tapusi mama aš be reikalo kaltinau save dėl nesėkmių:</i>		
-Taip, beveik visą laiką	17	15,3
-Taip, kartais	48	43,2
-Nelabai dažnai	17	15,3
-Ne, niekada	29	26,1
<i>4. Tapusi mama aš be priežasties jaučiausi susirūpinusi ar jaudinausi:</i>		
-Ne, niekada	10	9,0
-Beveik niekada	13	11,7
-Taip, kartais	58	52,3
-Taip, labai dažnai	30	27,0
<i>5. Tapusi mama aš be priežasties baiminausi ar panikavau:</i>		
-Taip, gana dažnai	23	20,7
-Taip, kartais	50	45,0
-Ne, nedažnai	24	21,6

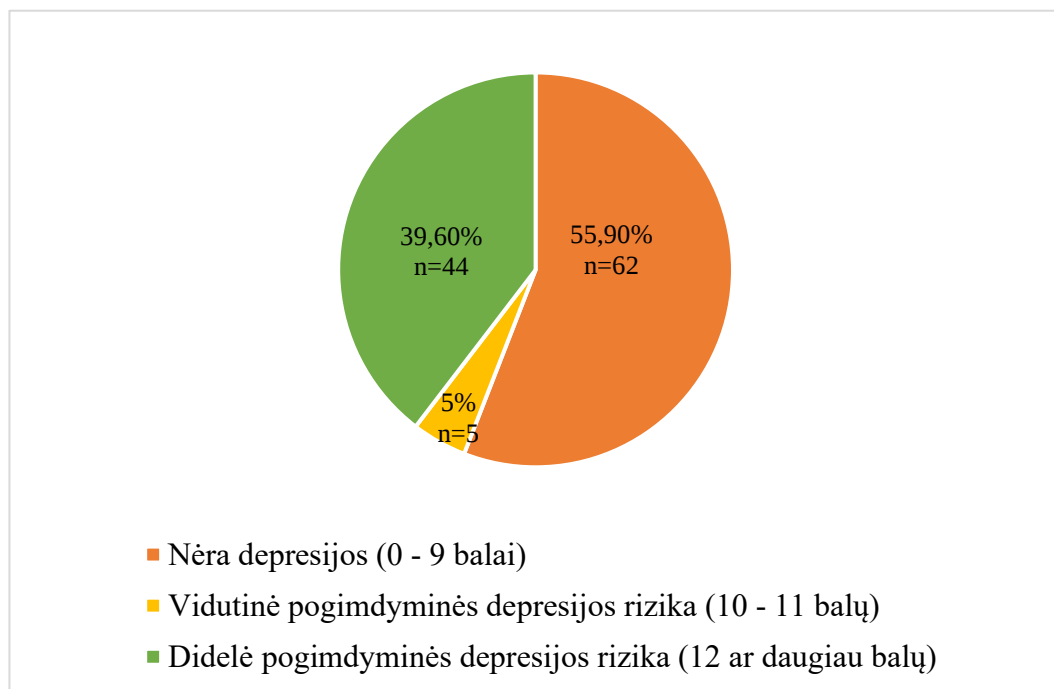
-Ne, niekada	14	12,6
<i>6. Tapusi mama aš nebesusitvarkiau su mane užgriuvusiais rūpesčiais:</i>		
-Taip, dažniausiai aš visai nebepajėgiau susitvarkyti.	5	4,5
-Taip, kartais aš nebepajėgiau susitvarkyti kaip paprastai	36	32,4
-Ne, dažniausiai aš susitvarkiau visai neblogai	50	45,0
-Ne, aš susitvarkiau kaip visada.	20	18,0
<i>7. Tapusi mama aš jaučiausi tokia nelaiminga, kad nebegalėjau miegoti:</i>		
-Taip, beveik nuolat	4	3,6
-Taip, kartais	17	15,3
-Nelabai dažnai	21	18,9
-Ne, niekada	69	62,2
<i>8. Tapusi mama aš jaučiausi liūdna ar prislėgta:</i>		
-Taip, beveik visą laiką	9	8,1
-Taip, gana dažna	23	20,7
-Nelabai dažnai	30	27,0
-Ne, niekada	49	44,1
<i>9. Tapusi mama jaučiausi tokia nelaiminga, kad apsiverkiu:</i>		
-Taip, dažniausiai	6	5,4
-Taip, gana dažnai	13	11,7
-Tik retkarčiais	38	34,2
-Ne, niekada	54	48,6

Pildant Edinburgo pogimdyminės depresijos skalę vienas svarbiausių yra 10 klausimas, kuriame moterų klausiama, kaip dažnai joms kildavo mintys apie savęs žalojimą, todėl jį norėčiau aptarti atskirai. Didžioji dalis – 88 moterys (79,3%) atsakė niekada neturėjusios minčių apie savęs žalojimą, 10 respondenčių (9,0%) beveik niekada pagalvoja apie tai, dar viena dešimtis tiriamųjų (9,0%) atskleidė kartais pamąstančios apie savižalą, o likusios 3 (2,7%) atsakė apie tai galvojančios gana dažnai. Pildant EPDS kiekviena respondentė gali matyti įspėjimą, jog jei paskutiniame klausime apie savižalos mintis atsako teigiamai, rekomenduojama kuo greičiau kreiptis į specialistus (psichiatrą arba psichologą) nepaisant bendros surinktų balų sumos. (4 pav.)



4 pav. Moterų polinkis į savęs žalojimą

Iš apklausos rezultatų buvo apskaičiuota, kokia pogimdyminės depresijos atsiradimo rizika gresia tyrimo dalyvėms. Šiek tiek daugiau nei pusė anketą pildžiusių moterų – 55,9% (n=62) surinko 9 arba mažiau balų. Dėl šios priežasties pastarųjų moterų rizika sirgti pogimdymine depresija yra maža arba jos iš viso nėra. Vidutinę depresijos po gimdymo atsiradimo riziką turi 4,5% tyrime dalyvavusių moterų (n=5). Joms rekomenduojama stebėti savo emocinę sveikatą ir atlikti pakartotinį EPDS įvertinimą po 2 savaičių. Didelę pogimdyminės depresijos riziką nustatyta 39,6% respondenčių (n=44), kadangi surinktų balų skaičius EPDS skalėje siekė 12 ar daugiau. Atliekant šį testą praktikoje ir nustačius didelę pogimdyminės depresijos tikimybę siūloma kuo greičiau kreiptis į psichologą arba psichiatrą. Aprašyti duomenys pavaizduoti 3 paveikslėlyje.



3 pav. Pogimdyminės depresijos rizika tarp tiriamųjų

8.4. Tiriamųjų ypatybės ir jų ryšys su pogimdymine depresija

8.4.1. Demografinių rodiklių sąsaja su pogimdyminės depresijos rizika

Iš surinktų anketos atsakymų buvo atlikta statistinė analizė, siekiant nustatyti sąsają tarp respondenčių demografinių rodiklių ir pogimdyminės depresijos išsivystymo rizikos. Atlikus analizę paaiškėjo, jog gimdymų skaičius ($p=0,876$), išsilavinimas ($p=0,838$), šeimyninė padėtis ($p=0,779$), gyvenamoji vietovė ($p=0,707$), laikas praėjęs po paskutinio gimdymo ($p=0,963$) nėra susiję su pogimdyminės depresijos mažesne ar didesne atsiradimo rizika, kadangi $p>0,05$. Ieškant sąsajų tarp tiriamų moterų amžiaus ir depresijos išsivystymo rizikos $p=0,073$, galime daryti išvadą, kad tai rodo silpną ryšį tarp amžiaus ir rizikos lygio, tačiau detalesniam ištyrimui reikėtų didesnės imties tyrimo. (5 lentelė)

6 lentelė. demografiniai rodikliai ir jų sąsajos su pogimdyminės depresijos atsiradimo rizika

	Nėra pogimdyminės depresijos (n=62)	Vidutinė pogimdyminės depresijos tikimybė (n=5)	Didelė pogimdyminės depresijos tikimybė (n=44)	p
--	--	---	--	---

Moterų amžius (metais)				0,073
19-25 m.	4 (6,5%)	0 (0,0%)	5 (11,4%)	
26-30 m.	34 (54,8%)	2 (40,0%)	12 (27,2%)	
31-40 m.	24 (38,7%)	3 (60,0%)	27 (61,4%)	
Gimdymų skaičius:				0,876
-1	38 (61,3%)	4 (80,0%)	28 (63,6%)	
-2	17 (27,4%)	1 (20,0%)	13 (29,5%)	
-3	5 (8,1%)	0 (0,0%)	3 (6,8%)	
-4	2 (3,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Išsilavinimas:				0,838
-Profesinis	5 (8,0%)	0 (0,0%)	5 (11,4%)	
-Vidurinis	9 (14,5%)	0 (0,0%)	6 (13,6%)	
-Aukštasis neuniversitetinis	13 (21,0%)	1 (20,0%)	6 (13,6%)	
-Aukštasis universitetinis	35 (56,5%)	4 (80,0%)	27 (61,4%)	
Šeimyninė padėtis				0,779
-Vieniša	1 (1,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
-Partnerystėje	14 (22,5%)	0 (0,0%)	11 (25,0%)	
-Ištekėjusi	44 (71,0%)	5 (100,0%)	32 (72,7%)	
-Išsituokusi	3 (4,8%)	0 (0,0%)	1 (2,3%)	
Gyvenamoji vietovė				0,707
-Kaimas	7 (11,3%)	1 (20,0%)	3 (6,8%)	
-Miestelis	7 (11,3%)	0 (0,0%)	7 (15,9%)	
-Miestas	48 (77,4%)	4 (80,0%)	34 (77,3%)	

Laikas po gimdymo:				0,963
2-7 dienos	3 (4,8%)	0 (0,0%)	2 (4,5%)	
1-2 savaitės	5 (8,1%)	0 (0,0%)	2 (4,5%)	
3-4 savaitės	2 (3,2%)	0 (0,0%)	2 (4,5%)	
2-12 mėn.	38 (61,3%)	4 (80,0%)	31 (70,5%)	
13-24 mėn.	14 (22,6%)	1 (20,0%)	7 (16,0%)	

8.4.2. Šeiminės depresijos anamnezės ir kitų psichologinių faktorių įtaka pogimdyminės depresijos atsiradimui

Tiriant klausimyno atsakymus, nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys ($p=0,002$) tarp šeiminės pogimdyminės depresijos anamnezės ir depresijos po gimdymo išsivystymo rizikos. Atliekant nominalinės regresijos analizę nustatyta, kad pogimdyminės depresijos atvejų šeimoje nebuvimas lemia 73,3% mažesnę pogimdyminės depresijos rizikos išsivystymo tikimybę ($p=0,004$; $\text{Exp}(B)=0,261$).

Pastebėtas statistiškai reikšmingas ryšys ($p=0,005$) tarp psichologinės pagalbos paieškų ir pogimdyminės depresijos rizikos. Atliekant koreliacijos analizę nustatytas neigiamas ryšys, t.y., moterys, kurios kreipėsi į specialistus ieškodamos psichologinės pagalbos turėjo mažesnę pogimdyminės depresijos išsivystymo riziką.

Tiriant, kaip pogimdyminės depresijos atsiradimą veikia pagalbos iš artimųjų nebuvimas, nepastebėtas statistiškai reikšmingas ryšys, kadangi $p=0,502$.

Tiriant ryšį tarp moterų savižalos minčių ir pogimdyminės depresijos rizikos $p<0,001$, tai reiškia, kad šis ryšys yra statistiškai reikšmingas. Moterys, galvojančios apie savižalą turi didesnę depresijos po gimdymo atsiradimo tikimybę. (6 lentelė)

7 lentelė. Šeiminės depresijos anamnezės ir kitų psichologinių faktorių įtaka pogimdyminės depresijos rizikai

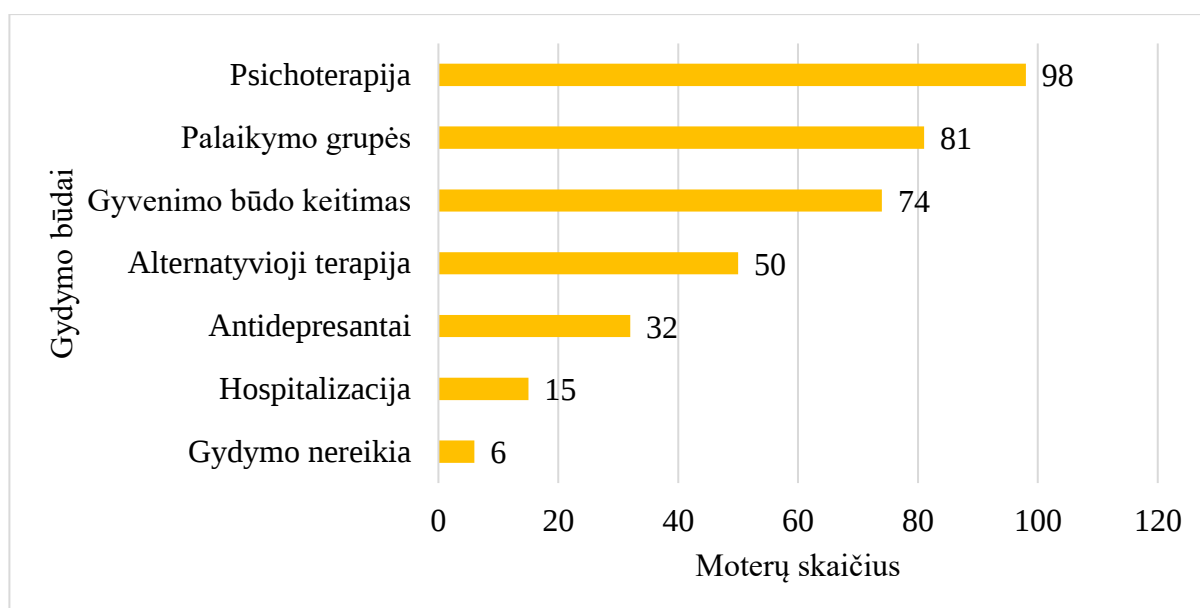
	Nėra pogimdyminės depresijos	Vidutinė pogimdyminės	Didelė pogimdyminės	p
--	------------------------------------	--------------------------	------------------------	---

	(n=62)	depresijos tikimybė (n=5)	depresijos tikimybė (n=44)	
Ar šeimoje yra pogimdyminės depresijos atvejų?				0,002
-Taip	6 (9,7%)	1 (20,0%)	11 (25,0%)	
-Ne	38 (61,3%)	1 (20,0%)	13 (29,5%)	
-Nežinau	18 (29,0%)	3 (60,0%)	20 (45,5%)	
Ar esate bandžiusi kreiptis psichologinės pagalbos auginant kūdikį?				0,005
-Taip	2 (3,2%)	0 (0,0%)	10 (22,7%)	
-Ne	60 (96,8%)	5 (100,0%)	34 (77,3%)	
Ar augindama kūdikį sulaukiate pagalbos iš šeimų narių?				0,502
-Taip, visada	37 (59,7%)	3 (60,0%)	21 (47,7%)	
-Taip, jei paprastai	20 (32,3%)	1 (20,0%)	19 (43,2%)	
-Nesulaukiu pagalbos	3 (4,8%)	1 (20,0%)	4 (9,1%)	
- Nežinau	2 (3,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Tapus mama man kildavo minčių apie savęs žalojimą				<0,001

(klausimas iš EPDS):				
-Taip, gana dažnai	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (6,8%)	
-Kartais	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10 (22,7%)	
-Beveik niekada	1 (1,6%)	0 (0,0%)	9 (20,5%)	
-Niekada	61 (98,4%)	5 (100,0%)	22 (50,0%)	

8.4.3. Pogimdyminės depresijos gydymo būdai, priimtinausi tiriamoms moterims

Klausimyną pildančių moterų buvo klausiama kokie pogimdyminės depresijos būdai, jų nuomone, yra tinkamiausi ir saugiausi. 98 respondentės (88,3%) kaip vieną tinkamiausių gydymo būdų pažymėjo psichoterapiją. Antras pagal dažnumą (n=81; 83,0%) pasirinkimas – tarpusavio palaikymo grupės, kuriose moterys, neseniai tapusios mamomis, jaučiančios pogimdyminės depresijos simptomus, galėtų dalintis savo išgyvenimais su kitomis grupių narėmis. 74 moterys (66,7%) mano, kad gyvenimo būdo keitimas (dieta, aktyvus judėjimas, normalus miego ritmas) yra vienas iš galimų pogimdyminės depresijos gydymo būdų. Šiek tiek mažiau nei pusė (n=50; 45,0%) mano, kad šią ligą galima gydyti alternatyviais būdais, tokiais kaip meditacija ar akupunktūra. 32 tiriamosios (28,8%), mano, kad depresiją po gimdymo galima gydyti antidepresantais, o 15 respondenčių (13,5%) pasisako už hospitalizaciją. Likusios 6 moterys (5,4%) teigia, kad pogimdyminei depresijai gydymo nereikia. (4 pav.)



4 pav. Tiriamųjų nuomone, tinkamiausi pogimdyminės depresijos gydymo būdai

9. REZULTATŲ APTARIMAS

Ariela Frieder ir bendraautorių 2019 m. išleistame straipsnyje rašoma, kad pogimdyminės depresijos paplitimas pasaulyje siekia 4 – 25%. (6) Kiekviename straipsnyje, rašančiame apie depresiją po gimdymo, galime matyti skirtingus ligos paplitimo skaičius. Tikslī pogimdyminės depresijos statistika nežinoma ir Lietuvoje. Mūsų atliktame tyrime paaiškėjo, kad 39,6% moterų, atsakiusių į Edinburgo pogimdyminės depresijos klausimyną, turi didelę pogimdyminės depresijos atsiradimo riziką. Gauti rezultatai rodo, kad tai - dažna problema Lietuvoje, su kuria susiduria maždaug kas trečia tyrime dalyvavusi moteris.

Pildant EPDS moterų buvo klausiama, kaip dažnai jos galvoja apie savižalą. Šis klausimas išskirtas dėl to, kad į jį atsakius teigiamai, nepriklausomai nuo bendros EPDS balų sumos rekomenduojama kuo greičiau ieškoti psichologinės pagalbos kreipiantis į psichiatrą ar psichologą. Atliekant tyrimo analizę nustatyta reikšminga sąsaja tarp minčių apie savižalą ir didelės rizikos pogimdyminės depresijos atsiradimo. 19,8% tyrime dalyvavusių moterų, kurioms nustatyta didelė depresijos rizika patvirtino galvojančios apie savižalą. Iš jų 6,8% apie tai pagalvodavo gana dažnai, 22,7% apie savižalą galvodavo kartais, o 20,5% beveik niekada. Elia Palladino su bendraautoriais (2019) atliktame tyrime nustatė, kad 10,4% moterų po gimdymo yra galvojusios apie savižalą. (41) Mūsų tyrimo skaičiai yra didesni ir tai galime sieti su nustatyta didesne pogimdyminės depresijos rizika nei skelbiamas paplitimas pasaulyje.

Tyrime dalyvavusių moterų buvo klausiama, kokios, jų nuomone, yra dažniausios pogimdyminės depresijos priežastys. Dažniausiai respondentės rinkosi kelis atsakymus, galvodamos, kad šios ligos atsiradimą lemia ne viena priežastis, o jų kompleksas. Dauguma moterų mano, kad depresiją po gimdymo lemia stresas susijęs su naujagimio auginimu bei priežiūra, hormonų pokyčiai atsiradę nėštumo metu ir laikotarpyje po gimdymo, miego trūkumas. Šiems rezultatams dalinai antrina 2015 m. Catherine Habel ir bendraautorių atliktas tyrimas, kuriame buvo tiriama moterų ir vyrų nuomonė apie dažniausias pogimdyminės depresijos priežastis. Tyrimo dalyviai taip pat teigė manantys, kad depresiją sukelia ne vienas veiksnys, o jų visuma. Dažniausiai įvardijamos priežastys buvo hormonų pokyčiai, komplikotas gimdymas bei miego trūkumas. (42)

Pogimdyminę depresiją svarbu nustatyti kuo anksčiau. Dėl šios priežasties svarbu žinoti rizikos veiksnius, kurie padidina šios ligos atsiradimo tikimybę. Vienas svarbiausių veiksnių – pačios nėščiosios arba jos giminaičių psichikos sutrikimų istorija. Mette-Marie Zacher Kjeldsen ir bendraautorių 2020 m. atliktoje metaanalizėje nustatyta dvigubai didesnė pogimdyminės depresijos rizika moterims, kurių šeimose yra narių turinčių psichologinių problemų, lyginant su gimdyvėmis, kurių artimųjų rate šių ligų nėra. (43) Mūsų darbe gauti rezultatai antrina straipsnio autoriams. Tiriant

pogimdyminės depresijos šeiminę anamnezę ir didelės rizikos pogimdyminės depresijos sąsają nustatyta, kad moterys neturinčios pogimdyminės depresijos atvejų artimųjų tarpe, turi 73,3% ($p=0,002$) mažesnę pogimdyminės depresijos atsiradimo riziką. Taipogi, pastebėta, kad moterys, kurios susidūrusios su emociniais išgyvenimais ieško psichologinės pagalbos, taip pat, turi mažesnę depresijos riziką.

Helen Bradshaw su bendraautoriais, 2021 metai, publikavo tarptautinį tyrimą, kuriame nustatė, jog vyresnės gimdyvės turi mažesnę pogimdyminės depresijos išsivystymo riziką. (44) Tyrimo metu padaryta išvada, kad didžiausias depresijos pavojus yra moterims, gimdančioms laikotarpyje tarp 18 – 24 metų. Mūsų gauti rezultatai nerodo statistiškai reikšmingo ryšio tarp motinos amžiaus ir pogimdyminės depresijos išsivystymo rizikos. Tačiau svarbu paminėti, kad atliekant statistinę analizę dėl amžiaus įtakos šiai ligai $p=0,073$. Tai reiškia silpną sąsają, kurią norint patvirtinti reiktų platesnio tyrimo su didesne tiriamųjų imtimi.

Mūsų tyrimo duomenimis, išsilavinimas neturi jokios asociacijos su pogimdymine depresija. Panašūs rezultatai pateikti ir Adam Fiala et al. publikuotame straipsnyje. (45) Tyrėjai rašo apie išsilavinimo ir perinatalinės depresijos sąsajas, tačiau teigia, kad depresijai po gimdymo, moters išsimokslinimo lygis, neturi įtakos. Taip pat šiame straipsnyje teigiama, kad vienas iš depresijos, atsiradusio po gimdymo, rizikos veiksnys – vieniša motinystė. Mūsų tyrimo rezultatai nerodo reikšmingos sąsajos tarp pogimdyminės depresijos ir šeimyninės padėties pagimdžius vaikėlį.

Pagal TLK-10 pogimdyminė depresija pasireiškia per pirmąsias 6 savaites po gimdymo. Tačiau yra nemažai tyrimų, kurie teigia, jog ši depresija gali būti diagnozuota praėjus ir ilgesniam laikotarpiui po gimdymo. 2023 m. Cheryl L. Robbins su bendraautoriais atliko tyrimą, kurio metu nustatė, jog 7,2 % tirtų moterų kreipėsi psichologinės pagalbos dėl pogimdyminės depresijos po gimdymo praėjus 9 – 10 mėnesių. (23) Tai patvirtina, kad pogimdyminė depresija gali būti diagnozuota ir vėliau nei 6 savaitės po vaiko gimimo. Mūsų tyrimo metu nebuvo nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp laikotarpio praėjusio po gimdymo ir padidėjusios pogimdyminės depresijos rizikos. Galime daryti išvadą, kad ši depresijos forma gali pasireikšti iki 24 mėnesių po gimdymo, kadangi nustatyta, jog 7 tiriamosios, gimdžiusios prieš 13 – 24 mėn. turi didelę pogimdyminės depresijos riziką.

Motinos, sergančios pogimdymine depresija dažniausiai pirmenybę teikia individualiai psichoterapijai. (46) Nors tyrimų, vykdytų šia tema nėra daug, tačiau jų išvados sutampa su mūsų gautomis. Apklaustos moterys, pogimdyminės depresijos gydymui pirmenybę teikia asmeninei psichoterapijai. Tik ketvirtadalis tyrimo dalyvių mano, kad antidepresantai yra tinkama priemonė depresijai po gimdymo gydyti. Psichotropiniai vaistai yra siejami su stigma, kad žindančios moterys

jų vartoti negali dėl potencialios žalos kūdikiui ir tai lemia nepakankamą arba neefektyvą pogimdyminės depresijos gydymą. (47)

10. IŠVADOS

1. Daugiau nei trečdalis tyrime dalyvavusių moterų (39,6%) turėjo aiškius pogimdyminei depresijai būdingus požymius.
2. Tyrime dalyvavusių moterų nuomone, dažniausios pogimdyminės depresijos priežastys yra stresas susijęs su vaiko gimimu ir jo priežiūra, hormonų pokyčiai nėštumo metu ir po gimdymo bei miego trūkumas.
3. Motinos, galvojusios apie savižalą, turėjo didesnę pogimdyminės depresijos atsiradimo tikimybę.
4. Tyrime dalyvavusios gimdyvės, kurių šeiminėje anamnezėje nebuvo pogimdyminės depresijos atvejų, turėjo reikšmingai mažesnę šios depresijos atsiradimo riziką.
5. Daugumos apklausoje dalyvavusių moterų nuomone, individuali psichoterapija būtų pirmo pasirinkimo gydymas pogimdyminės depresijos atveju.

11. LITERATŪROS ŠALTINIAI

1. Dominiak M, Antosik-Wojcinska AZ, Baron M, Mierzejewski P, Swiecicki L. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. *Ginekol Pol.* 2021 m.;92(2):153–64.
2. Pao C, Guintivano J, Santos H, Meltzer-Brody S. Postpartum depression and social support in a racially and ethnically diverse population of women. *Arch Womens Ment Health.* 2019 m. vasario;22(1):105–14.
3. Getahun D, Oyelese Y, Peltier M, Yeh M, Chiu VY, Takhar H, ir kt. Trends in Postpartum Depression by Race/Ethnicity and Pre-pregnancy Body Mass Index. *Am J Obstet Gynecol.* 2023 m. sausio 1 d.;228(1):S122–3.
4. Trifu S, Vladuti A, Popescu A. THE NEUROENDOCRINOLOGICAL ASPECTS OF PREGNANCY AND POSTPARTUM DEPRESSION. *Acta Endocrinol Buchar.* 2019 m.;15(3):410–5.
5. Garfield L, Holditch-Davis D, Carter CS, McFarlin BL, Schwertz D, Seng JS, ir kt. Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low-birth-weight infants. *Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses.* 2015 m. vasario;15(1):E3-8.
6. Frieder A, Fersh M, Hainline R, Deligiannidis KM. Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development. *CNS Drugs.* 2019 m. kovo;33(3):265–82.
7. Suryawanshi O, Pajai S. A Comprehensive Review on Postpartum Depression. *Cureus.* 14(12):e32745.
8. Dimcea DAM, Petca RC, Dumitraşcu MC, Şandru F, Mehedinţu C, Petca A. Postpartum Depression: Etiology, Treatment, and Consequences for Maternal Care. *Diagn Basel Switz.* 2024 m. balandžio 23 d.;14(9):865.
9. Batt MM, Duffy KA, Novick AM, Metcalf CA, Epperson CN. Is Postpartum Depression Different From Depression Occurring Outside of the Perinatal Period? A Review of the Evidence. *Focus Am Psychiatr Publ.* 2020 m. balandžio;18(2):106–19.
10. Carlson K, Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum Depression. *StatPearls* [Prieiga per internetą]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [žiūrėta 2024 m. spalio 24 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>

11. Norazman CW, Lee LK. The influence of social support in the prevention and treatment of postpartum depression: An intervention-based narrative review. *Womens Health*. 2024 m. rugpjūčio 1 d.;20:17455057241275587.
12. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, ir kt. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*. 2021 m. spalio 20 d.;11(1):1–13.
13. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018 m. rugsėjo;104:235–48.
14. Mejerytė A, Stirbytė M, Pilkauskaitė D. PREVALENCE OF POSTPARTUM DEPRESSION AND HOW IT AFFECTS FAMILY: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW. 2024.
15. Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR. The Role of Reproductive Hormones in Postpartum Depression. *CNS Spectr*. 2015 m. vasario;20(1):48–59.
16. Ali M, Aamir A, Diwan MN, Awan HA, Ullah I, Irfan M, ir kt. Treating Postpartum Depression: What Do We Know about Brexanolone? *Dis Basel Switz*. 2021 m. liepos 12 d.;9(3):52.
17. Asaye MM, Muche HA, Zelalem ED. Prevalence and Predictors of Postpartum Depression: Northwest Ethiopia. *Psychiatry J*. 2020 m.;2020:9565678.
18. DiGregory S, Githere N, Crites K, Rouse C, Shanks A. The Impact of COVID-19 on Postpartum Depression and the Responsibility of the Healthcare System. *Cureus*. 2022 m. rugpjūčio;14(8):e27805.
19. Modak A, Ronghe V, Gomase KP, Mahakalkar MG, Taksande V. A Comprehensive Review of Motherhood and Mental Health: Postpartum Mood Disorders in Focus. *Cureus*. 2023 m. rugsėjo;15(9):e46209.
20. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2025 m. vasario 7 d.]. Adresas: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1124422593>
21. ICD-10 Version:2019 [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2025 m. vasario 7 d.]. Adresas: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F53.0>
22. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : Fifth Edition Text Revision DSM-5-TR™.

23. Robbins CL. Timing of Postpartum Depressive Symptoms. *Prev Chronic Dis* [Prieiga per internetą]. 2023 m. [žiūrėta 2025 m. kovo 17 d.];20. Adresas: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2023/23_0107.htm
24. Rosander M, Berlin A, Forslund Frykedal K, Barimani M. Maternal depression symptoms during the first 21 months after giving birth. *Scand J Public Health*. 2021 m. rugpjūtis;49(6):606–15.
25. Tebeka S, Le Strat Y, De Premorel Higgons A, Benachi A, Dommergues M, Kayem G, ir kt. Prevalence and incidence of postpartum depression and environmental factors: The IGEDEPP cohort. *J Psychiatr Res*. 2021 m. birželis 1 d.;138:366–74.
27. Dessì A, Pianese G, Mureddu P, Fanos V, Bosco A. From Breastfeeding to Support in Mothers' Feeding Choices: A Key Role in the Prevention of Postpartum Depression? *Nutrients*. 2024 m. liepos 16 d.;16(14):2285.
28. Araújo I de S, Aquino KS, Fagundes LKA, Santos VC. Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended In a Reference Public Maternity in Salvador-BA. *Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet*. 2019 m. kovo;41(3):155–63.
29. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 m. balandis;200(4):357–64.
30. Giacchetti N, Roma P, Pancheri C, Williams R, Meuti V, Aceti F. Personality traits in a sample of Italian filicide mothers. *Riv Psichiatr*.
31. Yu H, Shen Q, Bränn E, Yang Y, Oberg AS, Valdimarsdóttir UA, ir kt. Perinatal Depression and Risk of Suicidal Behavior. *JAMA Netw Open*. 2024 m. sausio 9 d.;7(1):e2350897.
32. Batt MM, Duffy KA, Novick AM, Metcalf CA, Epperson CN. Is Postpartum Depression Different From Depression Occurring Outside of the Perinatal Period? A Review of the Evidence. *Focus Am Psychiatr Publ*. 2020 m. balandis;18(2):106–19.
33. Stewart DE, Vigod S. Postpartum Depression. *N Engl J Med*. 2016 m. gruodis 1 d.;375(22):2177–86.
34. Andriotti T, Stavale R, Nafee T, Fakhry S, Mohamed MMA, Sofiyeva N, ir kt. ASSERT trial - How to assess the safety and efficacy of a high frequency rTMS in postpartum depression ? A multicenter, double blinded, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Contemp Clin Trials Commun*. 2017 m. kovo;5:86–91.

35. Bian C, Zhao WW, Yan SR, Chen SY, Cheng Y, Zhang YH. Effect of interpersonal psychotherapy on social functioning, overall functioning and negative emotions for depression: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 2023 m. sausio 1 d.;320:230–40.
36. Bernecker SL, Coyne AE, Constantino MJ, Ravitz P. For whom does interpersonal psychotherapy work? A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2017 m. rugpjūčio 1 d.;56:82–93.
37. Bright KS, Charrois EM, Mughal MK, Wajid A, McNeil D, Stuart S, ir kt. Interpersonal Psychotherapy to Reduce Psychological Distress in Perinatal Women: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 m. lapkričio;17(22):8421.
38. Duffecy J, Grekin R, Hinkel H, Gallivan N, Nelson G, O'Hara MW. A Group-Based Online Intervention to Prevent Postpartum Depression (Sunnyside): Feasibility Randomized Controlled Trial. *JMIR Ment Health.* 2019 m. gegužės 28 d.;6(5):e10778.
39. Pinheiro RT, Trettim JP, de Matos MB, Pinheiro KAT, da Silva RA, Martins CR, ir kt. Brief cognitive behavioral therapy in pregnant women at risk of postpartum depression: Pre-post therapy study in a city in southern Brazil. *J Affect Disord.* 2021 m. liepos 1 d.;290:15–22.
40. Rundgren S, Brus O, Båve U, Landén M, Lundberg J, Nordanskog P, ir kt. Improvement of postpartum depression and psychosis after electroconvulsive therapy: A population-based study with a matched comparison group. *J Affect Disord.* 2018 m. rugpjūčio 1 d.;235:258–64.
41. Palladino E, Varin M, Lary T, Baker MM. Thoughts of self-harm and associated risk factors among postpartum women in Canada. *J Affect Disord.* 2020 m. birželio 1 d.;270:69–74.
42. Habel C, Feeley N, Hayton B, Bell L, Zelkowitz P. Causes of women's postpartum depression symptoms: Men's and women's perceptions. *Midwifery.* 2015 m. liepos 1 d.;31(7):728–34.
43. Zacher Kjeldsen MM, Bricca A, Liu X, Frokjaer VG, Madsen KB, Munk-Olsen T. Family History of Psychiatric Disorders as a Risk Factor for Maternal Postpartum Depression. *JAMA Psychiatry.* 2022 m. spalio;79(10):1004–13.
44. Bradshaw H, Riddle JN, Salimgaraev R, Zhaunova L, Payne JL. Risk factors associated with postpartum depressive symptoms: A multinational study. *J Affect Disord.* 2022 m. kovo 15 d.;301:345–51.
45. Fiala A, Švancara J, Klánová J, Kašpárek T. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry.* 2017 m. kovo 21 d.;17(1):104.

46. Goodman JH. Women's Attitudes, Preferences, and Perceived Barriers to Treatment for Perinatal Depression. Birth. 2009 m.;36(1):60–9.

47. Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: review and recommendations. Arch Womens Ment Health. 2015 m. vasario 1 d.;18(1):41–60.

12. PRIEDAI

1 Priedas. Apklausa, skirta įvertinti moterų emocinę būseną po gimdymo

Gerbiamas respondente,

Esu Vilniaus universiteto, medicinos fakulteto, medicinos studijų programos VI kurso studentė - Marija Rylskienė. Atlieku tyrimą apie pogimdyminę depresiją, jos paplitimą, kliniką ir gydymą. Tyrimo tikslas – nustatyti, kaip dažnai moterys po gimdymo susiduria su emociniais sunkumais, bei kokie veiksniai didina šios ligos atsiradimo riziką. Klausimynas yra anonimiškas, o Jūsų atsakymai - konfidencialūs. Tyrimo rezultatai bus pateikti baigiamajame darbe apibendrinta forma, nesiejant jų su konkrečiu asmens atsakymais.

Tyrime kviečiamos dalyvauti gimdžiusios moterys.

Pildydamos anketą užtruksite iki 10 minučių. Prašome atidžiai perskaityti visus klausimus ir pažymėti labiausiai Jums tinkantį variantą.

Iškilus klausimams galite kreiptis el. paštu: marija.klymantaite@mf.stud.vu.lt

Nuoširdus ačiū už Jūsų laiką ir atsakymus!

1. Ar sutinkate dalyvauti apklausoje?	☐ Taip ☐ Ne
2. Koks jūsų amžius?	☐ Iki 18 m. ☐ 19 – 25 m. ☐ 26 – 30 m. ☐ 31 – 40 m. ☐ 40 ir daugiau metų
3. Jūsų išsilavinimas:	☐ Pagrindinis ☐ Vidurinis ☐ Profesinis ☐ Aukštasis neuniversitetinis ☐ Aukštasis universitetinis
4. Jūsų šeimyninė padėtis susilaukus vaikelio:	☐ Vieniša ☐ Ištekėjusi

	☐ Partnerystė ☐ Išsituokusi ☐ Našlė
5. Vietovė, kurioje gyvenate:	☐ Mieste (> 3000 gyventojų) ☐ Miestelyje (500 - 3000 gyventojų) ☐ Kaime (< 500 gyventojų)
6. Kiek gimdymų esate turėjusi?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ir daugiau
7. Kiek laiko praėjo nuo paskutinio gimdymo?	☐ < 1 diena ☐ 2 - 7 dienos ☐ 1 - 2 savaitės ☐ 3 - 4 savaitės ☐ 2 - 12 mėn. ☐ 13 - 24 mėn. ☐ > 24 mėn.
8. Ar anksčiau esate girdėjusi apie pogimdyminę depresiją?	☐ Taip, esu girdėjusi ☐ Ne, girdžiu pirmą kartą
9. Kaip Jūs apibūdintumėte pogimdyminę depresiją?	☐ Laikinas liūdesys dėl hormonų pokyčių ☐ Tai sunki psichologinė būklė ☐ Negaliu atsakyti ☐ Tai normali būklė motinystės pradžioje
10. Kas, Jūsų nuomone, yra dažniausios pogimdyminės depresijos priežastys? (pažymėkite visus, Jūsų nuomone, tinkamus atsakymus)	☐ Hormonų pokyčiai po gimdymo ☐ Miego trūkumas ☐ Asmeninė ar šeiminė depresijos istorija prieš gimdymą ☐ Socialinės paramos trūkumas ☐ Stresas, susijęs su vaiko gimimu ir jo priežiūra ☐ Problemos santykiuose
11. Ar Jūsų šeimoje yra buvę pogimdyminės depresijos atvejų?	☐ Taip ☐ Ne ☐ Nežinau
12. Ar esate bandžiusi kreiptis psichologinės pagalbos auginant kūdikį?	☐ Taip ☐ Ne
13. Ar auginama kūdikį sulaukiate pagalbos iš šeimos narių?	☐ Taip, galiu į juos kreiptis bet kada ☐ Taip, jei pati paprašau pagalbos

	☐ Nesulaukiu pagalbos ☐ Nežinau
14. Koks gydymo būdas, Jūsų nuomone, turėtų būti taikomas asmenims, sergantiems pogimdyminė depresija? (pažymėkite visus, Jūsų manymu, tinkamus atsakymus)	☐ Psichoterapija ☐ Antidepresantai ☐ Palaikymo grupės ☐ Gyvenimo būdo keitimas (dieta, aktyvus judėjimas, normalus miego ritmas) ☐ Alternatyvios terapijos (pvz., akupunktūra, meditacija) ☐ Hospitalizacija ☐ Gydymo nereikia, pogimdyminė depresija praeina savaime.

2 priedas. Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė

Pažymėkite tą teiginį, kuris geriausiai apibūdina Jūsų emocinę savijautą **per paskutines septynias dienas.**

1. Aš galėdavau juoktis ir pastebėti linksmąjį gyvenimo pusę:	☐ Taip, kaip visada. ☐ Nebe taip dažnai. ☐ Tikrai nebe taip dažnai. ☐ Visiškai ne.
2. Su malonumu žiūrėjau į gyvenimą:	☐ Taip, kaip visada. ☐ Nebe taip dažnai kaip visada. ☐ Tikrai nebe taip kaip anksčiau. ☐ Beveik niekada.
3. Aš be reikalo kaltinau save dėl nesėkmių:	☐ Taip, beveik visą laiką. ☐ Taip, kartais. ☐ Nelabai dažnai. ☐ Ne, niekada.
4. Aš be priežasties jaučiausi susirūpinusi ar jaudinausi:	☐ Ne, niekada. ☐ Beveik niekada. ☐ Taip, kartais. ☐ Taip, labai dažnai.
5. Aš be priežasties baiminausi ar panikavau:	☐ Taip, gana dažnai. ☐ Taip, kartais. ☐ Ne, nedažnai. ☐ Ne, niekada.

6. Aš nebesusitvarkiau su mane užgriuvusiais rūpesčiais:	☐ Taip, dažniausiai aš visai nebepajėgiau susitvarkyti. ☐ Taip, kartais aš nebepajėgiau susitvarkyti kaip paprastai. ☐ Ne, dažniausiai aš susitvarkiau visai neblogai. ☐ Ne, aš susitvarkiau kaip visada.
7. Aš jaučiausi tokia nelaiminga, kad nebegalėjau miegoti:	☐ Taip, beveik nuolat. ☐ Taip, kartais. ☐ Nelabai dažnai. ☐ Ne, niekada
8. Aš jaučiausi liūdna ar prislėgta:	☐ Taip, beveik visą laiką. ☐ Taip, gana dažnai. ☐ Nelabai dažnai. ☐ Ne, niekada.
9. Jaučiausi tokia nelaiminga, kad apsiverčiau:	☐ Taip, dažniausiai. ☐ Taip, gana dažnai. ☐ Tik retkarčiais. ☐ Ne, niekada.
10. Man kildavo minčių apie savęs žalojimą:	☐ Taip, gana dažnai. ☐ Kartais. ☐ Beveik niekada. ☐ Niekada.