



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Medicina

Klinikinės medicinos instituto Psichiatrijos klinika

Neringa Virakas, 6 kursas, 18 grupė

VIENTISŲJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Pogimdyminiai miego sutrikimai – paplitimas, klinika, gydymas

Postpartum Sleep Disorders: Prevalence, Clinic and Treatment

Darbo vadovas

Prof. dr. Alvydas Navickas

Katedros ar klinikos vadovas

Prof. dr. Sigita Lesinskienė

Vilnius, 2025

Studento elektroninio pašto adresas: neringa.virakas@mf.stud.vu.lt

TURINYS

1. SANTRAUKA.....	4
2. ABSTRACT	5
3. SANTRUMPOS	7
4. ĮVADAS.....	8
4.1. Mokslinis aktualumas	8
4.2. Mokslinis naujumas.....	9
4.3. Tyrimo tikslas ir uždaviniai	9
5. LITERATŪROS APŽVALGA	10
5.1. Nemigos gydymas	11
5.1.1. Nemedikamentinis gydymas	11
5.1.2. Medikamentinis gydymas	12
5.2. Profilaktika.....	15
5.3. Neramių kojų sindromo gydymo gairės	17
5.4. Diagnostinio kodo paskyrimas	18
5.4.1. Galimi diagnostiniai kodai pagal TLK–10 [70]:	18
5.4.2. Galimi diagnostiniai kodai pagal TLK – 11 [71]:	19
5.4.3. Galimi diagnostiniai kodai pagal DSM – 5 [72]:	19
6. METODAI.....	19
6.1. Tyrimo dalyviai	19
6.2. Tyrimo instrumentai	19
6.3. Tyrimo eiga	21
6.4. Tyrimo duomenų analizė	21
7. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	22
7.1. Moterų ir vyrų demografiniai, psichosocialiniai ir medicininiai duomenys	22
7.2. Moterų medicininiai duomenys ir kūdikių demografiniai bei medicininiai rodikliai	23
7.3. Pitsburgo miego kokybės indekso rezultatai.....	24

7.4.	Demografinių, psichosocialinių ir medicininių rodiklių įtaka PSQI balui.	27
7.5.	Neramių kojų sindromo skalės rezultatai.....	33
7.6.	Atėnų nemigos skalės (AIS) rezultatai	34
8.	IŠVADOS.....	36
9.	PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	36
10.	LITERATŪROS SĄRAŠAS	37
11.	PRIEDAI.....	46

1. SANTRAUKA

Atliktuose tyrimuose nurodoma, kad moterys pogimdyminiame laikotarpyje miega <7 valandas per parą, o daugiau nei pusė moterų tuo laikotarpiu patiria miego sutrikimus [1,2]. Miego sutrikimai yra susiję su didelėmis ekonominėmis išlaidomis, kurias patiria sergantys asmenys ir visuomenė [3]. Sutrikęs miegas taip pat prisideda prie nuotaikos sutrikimų išsivystymo, įskaitant depresiją [4]. Pogimdyminis laikotarpis dėl didelių pokyčių svarbus abiem tėvams. Daugeliui vyrų sunku psichologiškai prisitaikyti prie tėvystės. Su tėvystę susiję sunkumai daro įtaką šeimos funkcionavimui ir kūdikio raidai [5–7]. Kūdikių verksmas ir miego sutrikimai gali būti tėčių pykčio ar agresyvaus elgesio su kūdikiais priežastis [8]. Vyro psichologinės problemos didina vaiko socialinių ir elgesio problemų bei motinos depresijos riziką [7].

Tyrimo tikslas: Įvertinti pogimdyminių miego sutrikimų paplitimą, kliniką ir gydymo būdus tarp motinų iki 6 mėnesių po gimdymo bei jų partnerių.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti pacienčių iki 6 mėnesių po gimdymo ir jų partnerių miego sutrikimų paplitimą.
2. Įvertinti pacienčių iki 6 mėnesių po gimdymo ir jų partnerių miego sutrikimų kliniką.
3. Atlikti mokslinės literatūros analizę apie pogimdyminių miego sutrikimų prevenciją bei gydymo būdus.

Naudoti tyrimo metodai: Moterims 1–6 mėnesiai po gimdymo ir jų partneriams „Facebook“ platformoje esančiuose mamų forumuose bei „Instagram“ socialiniame tinkle esančiuose forumuose buvo pateikta anoniminė internetinė apklausa, kurią jie galėjo užpildyti jiems patogiu laiku. Gautas Mokslinių tyrimų etikos komiteto leidimas vykdyti apklausą. Apklausa buvo sudaryta iš demografinių, psichosocialinių ir medicininių duomenų. Taip pat joje buvo patalpinti klausimynai, tokie kaip: Pitsburgo miego kokybės indeksas, Tarptautinė neramių kojų sindromo skalė, Atėnų nemigos skalė. Statistinė analizė atlikta naudojant Microsoft Excel ir Python programas.

Tyrimo rezultatai: Iš 139 tyrime dalyvavusių moterų gera miego kokybė nustatyta tik 12,9 proc., o tarp 139 tyrime dalyvavusių vyrų – 43,9 proc. Blogą miego kokybę patyrė 87,1 proc. moterų ir 56,1 proc. vyrų, o moterims ji buvo reikšmingai prastesnė. Neramių kojų sindromo simptomai dažniau pasireiškė moterims (46,8 proc.) nei vyrams (15,8 proc.). Nemigos simptomai dažniau pasireiškė moterų grupėje – 71,2 proc., palyginti su 38,8 proc. vyrų. Moterų miego kokybė buvo prastesnė pirmaisiais mėnesiais po gimdymo, jei pagimdė per Cezario pjūvio operaciją, jei maitino tik pieno mišiniu, miegojo su kūdikiu toje pačioje lovoje ar patyrė nuotaikos ar miego sutrikimus praeityje. Jų miego kokybė taip pat blogėjo, jei trūko partnerio ar artimųjų pagalbos. Tuo tarpu vyrų

miego kokybė buvo blogesnė, jei praeityje pasireiškė nuotaikos sutrikimai, kai kūdikis miegojo kitame kambaryje, tačiau didžiausi svyravimai pastebėti, kai jis buvo toje pačioje lovoje ar atskiroje lovoje tame pačiame kambaryje. Visais atvejais moterys patyrė didesnius miego sutrikimus nei jų partneriai.

Tyrimo išvados: Motinų ir jų partnerių miego kokybė po gimdymo statistiškai reikšmingai skiriasi ($p < 0,05$) – moterys patiria dažnesnius miego sutrikimus: 87,1 proc. moterų ir 56,1 proc. vyrų nustatyta bloga miego kokybė, bei sunkesnius miego sutrikimus: vidutinis PSQI balas moterų grupėje buvo aukštesnis – 8,8 nei vyrų grupėje – 5,2. Nustatyta, kad maitinimo būdas, gimdymo būdas, kūdikio miego vieta ir nuotaikų sutrikimų pasireiškimas praeityje nėra reikšmingas ($p > 0,05$) moterų miego kokybei. Nustatyta, kad nuotaikos ar miego sutrikimų pasireiškimas praeityje reikšmingai ($p < 0,05$) įtakoja vyrų miego kokybę po vaiko gimimo. Nustatyta, kad partnerio pagalba daugiau gerina moterų miego kokybę. Moterys dažniau patiria neramių kojų sindromo ir nemigos simptomus (remiantis Atėnų nemigos skale) nei jų partneriai ir šie skirtumai tarp lyčių yra statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$).

Raktažodžiai: miego kokybė, pogimdyminiai miego sutrikimai, motinų ir tėčių miegas, nemiga, neramių kojų sindromas.

2. ABSTRACT

Studies show that women sleep < 7 hours a day in the postnatal period, and more than half of women experience sleep disorders during this period [1,2]. Sleep disorders are associated with high economic costs for the affected individuals and society [3]. Disturbed sleep also contributes to the development of mood disorders, including depression [4]. The postnatal period is important for both parents because of the major changes. Many men find it difficult to adjust psychologically to parenthood. The difficulties associated with parenthood affect family functioning and the development of the baby [5–7]. Infant crying and sleep disorders may be the cause of dads' anger or aggressive behaviour towards their babies [8]. Psychological problems in the husband increase the risk of social and behavioural problems in the child and depression in the mother [7].

Aim of the study: To assess the prevalence, symptoms and treatment of postpartum sleep disorders among mothers up to 6 months postpartum and their partners.

Study objectives:

1. To assess the prevalence of sleep disorders in patients up to 6 months postpartum and their partners.
2. To assess the symptoms of sleep disorders in patients up to 6 months postpartum and their partners.

3. To analyse the scientific literature on the prevention and treatment of postpartum sleep disorders.

Methods: Women 1–6 months postpartum and their partners were presented with an anonymous online survey on the Facebook mothers' forums and the Instagram forums, which they could complete at their convenience. Permission was obtained from the Research Ethics Committee to conduct the survey. The survey consisted of demographic, psychosocial and medical data. It also included questionnaires such as the Pittsburgh Sleep Quality Index, the International Restless Legs Syndrome Scale, the Athens Insomnia Scale. Statistical analysis was performed using Microsoft Excel and Python.

Study results: Only 12.9% of the 139 women and 43.9% of the 139 men in the study had good sleep quality. 87.1% of women and 56.1% of men had poor sleep quality, with significantly worse sleep quality in women. Symptoms of restless legs syndrome were more common in women (46.8%) than in men (15.8%). Symptoms of insomnia were more common in the female group – 71.2% compared to 38.8% in the male group. Women had poorer sleep quality in the first months after giving birth, if they had a caesarean section, if they were exclusively formula fed, if they slept in the same bed with the baby, or if they had a history of mood or sleep disorders. Their sleep quality also deteriorated if there was a lack of support from a partner or loved ones. In contrast, men's sleep quality was worse if they had a history of mood disturbances, when the baby slept in a different room, but the biggest fluctuations were observed when the baby was in the same bed or in a single bed in the same room. In all cases, the women experienced greater sleep disturbances than their partners.

Conclusions: There was a statistically significant difference in postnatal sleep quality between mothers and their partners ($p < 0.05$), with women experiencing more frequent sleep disturbances, 87.1% of women and 56.1% of men having poor sleep quality, and more severe sleep disturbances, with a higher mean PSQI score of 8.8 for women than 5.2 for men. Feeding method, mode of delivery, infant sleeping position and past history of mood or sleep disorders were found to be non-significant ($p > 0.05$) for women's sleep quality. Past history of mood or sleep disorders was found to have a significant ($p < 0.05$) effect on men's sleep quality after childbirth. Partner support was found to be more likely to improve women's sleep quality. Women are more likely to experience symptoms of restless legs syndrome and insomnia (based on the Athens Insomnia Scale) than their partners, and these gender differences are statistically significant ($p < 0.05$).

Keywords: sleep quality, postpartum sleep disorders, maternal and paternal sleep, insomnia, restless legs syndrome

3. SANTRUMPOS

PSQI – angl. Pittsburgh Sleep Quality Index – Pitsburgo miego kokybės indeksas

IRLS – angl. International Restless Legs Syndrome Scale – Tarptautinė neramių kojų sindromo skalė

AIS – angl. Athens Insomnia Scale – Atėnų nemigos skalė

CBT-I – angl. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia – Kognityvinė elgesio terapija nemigai

PSO – Pasaulio Sveikatos Organizacija

FDA – angl. Food and Drug Administration – JAV maisto ir vaistų administracija

NKS – Neramių kojų sindromas

4. ĮVADAS

4.1. Mokslinis aktualumas

Miegas – tai sudėtingas fiziologinis procesas, užtikrinantis kūno ir proto poilsį, o jo sutrikimai gali lemti įvairius sveikatos sutrikimus ar net grėsti gyvybei [9].

Kiekvienais metais apie 140 milijonų moterų visame pasaulyje atsigauja po gimdymo [10]. Pogimdyminiu laikotarpiu anatomiciniai, fiziologiniai pakitimai įvykę nėštumo metu ne iš karto grįžta į prieš nėštumą buvusią būklę. Tačiau būtent dėl cirkadinio ritmo, fiziologinių pokyčių, psichologinės savijautos, socialinės aplinkos, hormoninių pokyčių šis laikotarpis labai svarbus moterims ir taip pat daro įtaką jų miego kiekybei ir kokybei. Atsigaunant po gimdymo miegas yra itin svarbus [11].

Atliktuose tyrimuose nurodoma, kad moterys pogimdyminiame laikotarpyje miega <7 valandas per parą, o daugiau nei pusė moterų tuo laikotarpiu patiria miego sutrikimus [1,2]. Miego sutrikimai yra susiję su didelėmis ekonominėmis išlaidomis, kurias patiria sergantys asmenys ir visuomenė [3]. Taip pat susijusi su rimtu žalingu poveikiu moterių sveikatai po gimdymo. Sutrikęs miegas taip pat prisideda prie nuotaikos sutrikimų išsivystymo, įskaitant depresiją [4]. Trečdaliui moterų, kurioms diagnozuojami miego sutrikimai, kartu diagnozuojama depresija, o miego sutrikimai taip pat yra žinomas depresijos diagnostinis kriterijus [12,13]. Motinoms, kurioms diagnozuojama sunki pogimdyminė depresija, kyla didesnė nepakankamos kūdikio priežiūros rizika, o tai gali daryti įtaką kūdikio vystymuisi ir kognityvinėms funkcijoms [14]. Moterys, kurių psichikos sveikata prastesnė, dažniau pasakoja, kad jų vaikai naktimis dažniau prabunda ir nerimauja prieš miegą, taip pat dažniau kreipiasi į gydytojus dėl pastebėtų vaikų miego problemų [15]. Motinos savižudybė tebėra antra pagal dažnumą mirtingumo po gimdymo priežastis Jungtinėse Amerikos Valstijose [16], todėl intervencijos, skirtos miegui pagerinti, taip pat gali padėti sumažinti pogimdyminės depresijos ir su ja susijusio sergamumo dažnumą ir sunkumą.

Pogimdyminis laikotarpis dėl didelių pokyčių svarbus abiem tėvams. Kai kūdikis grįžta namo, tėvams tenka prisitaikyti prie naujų pokyčių kasdieniame gyvenime, įskaitant pakitusį miego režimą. Kūdikių miego ciklai yra trumpi ir nesutampa su tipiškais suaugusiųjų paros režimais. Pirmaisiais mėnesiais kūdikiai prabunda kas kelias valandas maitinimui [17]. Nepertraukiamą miegą kūdikiai gali pasiekti 6 mėnesių amžiaus, bet tyrimai parodė, kad kūdikių miego stabilizacija labai skiriasi tarp atskirų individų [18]. Trečdalis 3-6 mėnesių kūdikių tėvų teigia, kad jų vaiko miegas vis dar išlieka problematiškas [19]. Kūdikių miego kintamumas atspindi dinamišką miego konsolidacijos pobūdį, geriausiai apibūdinamas kaip kūdikio raida, o ne etapas, pasiektas tam tikru metu [20]. Miegas yra šeimininis procesas, tikimasi, kad tėvai taip pat pasižymės dideliu kintamumu kiekvieną naktį pogimdyminiu laikotarpiu [20].

Daugeliui vyrų sunku psichologiškai prisitaikyti prie tėvystės. Didelė dalis jų netrukus po gimdymo grįžta į darbą, o miego trūkumas gali kelti pavojų saugumui darbo vietoje [21]. Su tėvystę susiję sunkumai daro įtaką šeimos funkcionavimui ir kūdikio raidai [5–7]. Kūdikių verksmas ir miego sutrikimai gali būti tėčių pykčio ar agresyvaus elgesio su kūdikiais priežastis [8]. Vyro psichologinės problemos didina vaiko socialinių ir elgesio problemų bei motinos depresijos riziką [7]. Priešingai, gera tėčio psichologinė būklė teigiamai prisideda prie palikuonio psichosocialinės raidos [22].

4.2. Mokslinis naujumas

Nuovargis ir miego sutrikimai tai dažniausios sveikatos problemos, varginančios moteris pirmas šešias savaites po gimdymo [23]. Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktame retrospektyviniame kohortiniame tyrime apie pogimdyminių miego sutrikimų paplitimą rašoma, kad tarp jų dažniausiai pasireiškia nemiga. Tačiau taip pat minima, kad pogimdyminių miego sutrikimų diagnostika vis dar nėra pakankama [13]. Dėl šių tyrimų akivaizdu, kad miego ir poilsio sritis yra dažna problema.

Atsižvelgiant į tai, kad dažnai manoma, jog motinoms tenka svarbesnis vaidmuo prižiūrint kūdikius naktį, didžioji dalis literatūros apie pogimdyminį miegą daugiausia dėmesio skiriama motinų ir kūdikių miegui [24]. Tyrimų apie tėvystės problemas, su kuriomis susiduria vyrai, nėra daug. Metaanalizėje buvo nagrinėjamas tėvų nuovargis ir depresija po gimdymo. Iš 35 įtrauktų tyrimų tik viename buvo įtraukti vyrų duomenys [25]. Platesnė apžvalga gali padėti geriau suprasti šeimos – moterų bei vyrų sunkumus, surištus su tėvyste, ir suteikti jiems tinkamą pagalbą sprendžiant problemas.

Kadangi miegas yra svarbus veiksnys, susijęs su šeimos funkcionavimu, reikia geriau suprasti motinų ir tėčių miego įpročius. Įvertinus miego sutrikimų paplitimą šeimos lygmeniu, būtų galima priimti sprendimus dėl prevencijos, optimalios patikros protokolų ir specializuotų siuntimų gydyti šiuos sutrikimus, siekiant skatinti motinų ir vyrų psichikos sveikatą ir gerovę.

Diagnozuojant pogimdyminius miego sutrikimus, kyla neaiškumų dėl jų priskyrimo prie DSM–5 ir TLK–10 klasifikacijų, o nuo 2022 m. – ir TLK–11 sistemose. Šis klausimas bus išsamiau aptartas literatūros apžvalgoje.

4.3. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Tyrimo tikslas – įvertinti pogimdyminių miego sutrikimų paplitimą, kliniką ir gydymo būdus tarp motinų iki 6 mėnesių po gimdymo bei jų partnerių.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti pacienčių iki 6 mėnesių po gimdymo ir jų partnerių miego sutrikimų paplitimą.
2. Įvertinti pacienčių iki 6 mėnesių po gimdymo ir jų partnerių miego sutrikimų kliniką.

3. Atlikti mokslinės literatūros analizę apie pogimdyminių miego sutrikimų prevenciją bei gydymo būdus.

5. LITERATŪROS APŽVALGA

Literatūros šaltiniai buvo ieškomi ir atrinkti naudojant mokslines duomenų bazines, tokias kaip PubMed ir Google Scholar. Literatūros apžvalgai siekiant rasti kuo daugiau patikimos informacijos, buvo naudoti raktiniai žodžiai, tokie kaip: „Postpartum sleeping disorders“, „Postpartum sleep deprivation“, „Postnatal sleeping disorders“, „Postnatal sleep deprivation“, „Postpartum sleep“, „Postnatal sleep“, „Postpartum sleep disorders treatment“, „Postnatal sleep disorders treatment“, „Postpartum insomnia treatment“, „Postpartum sleep disorders diagnostic codes“. Atrinkti straipsniai pagal jų patikimumą ir aktualumą, pirmenybę teikiant naujausiems straipsniams anglų kalba.

Miego sutrikimus pogimdyminiame laikotarpyje svarbu atpažinti ir tinkamai gydyti. Nemiga yra dažnas sutrikimas postnataliniame laikotarpyje. Literatūroje rašoma, kad jos paplitimas globaliai siekia nuo 20,5 proc. iki 67,2 proc. tarp pagimdžiusių moterų [26]. Nemiga – tai miego sutrikimas, pasireiškiantis sunkumais užmiegant, išlaikant nepertraukiamą miegą ir dažnais prabudimais naktį. Šiuo laikotarpiu atsiranda fiziniai, psichologiniai, emociniai ir hormoniniai pokyčiai, kurie gali daryti įtaką miegui ir prisidėti prie nemigos išsivystymo [27].

Kūdikio priežiūra gali trikdyti tėvų miegą. Motinos miegas pirmuosius 6 mėnesius po gimdymo dažniausiai būna nutrūkęs ir nepakankamas [28]. Naujagimius reikia maitinti kas dvi–tris valandas, tai sutrikdo tėvų miegą ir prisideda prie miego sutrikimų išsivystymo. Prižiūrint kūdikį, miegas tampa nereguliarus ir dažnai pertraukiamas, tai sutrikdo taip pat tėvų cirkadinį ritmą. Toks nereguliarus miego grafikas gali sukelti padidėjusį mieguistumą, kai reikėtų būti budriam, ir sunkumus užmiegant vakaro metu [29].

Taip pat postnataliniame laikotarpyje svarbūs yra hormoniniai pokyčiai. Progesteronas lengvina atsipalaidavimą ir mieguistumą, o estrogenas trumpina užmigimo laiką ir sumažina prabudimų skaičių nakties metu. Šių dviejų hormonų kiekis pogimdyminiame laikotarpyje sumažėja, o tai gali sukelti miego problemas [30].

Skausmas, kuris susijęs su gimdymu bei krūtų skausmas, susijęs su maitinimu, taip pat gali bloginti miego kokybę ir prisidėti prie nemigos išsivystymo [31]. Po gimdymo tėvams didėja nuotaikos sutrikimų rizika, tokių kaip nerimas ar depresija. Tai gali sustiprinti nemigos simptomus. Moterims, kurios patyrė traumuojantį nėštumą ar gimdymą, gali patirti miego problemas, susijusias su potrauminio streso sindromu [32].

Tėvai, kurie kenčia dėl pogimdyminės nemigos, dažnai prabunda naktį, jaučia, kad jų miegas nėra pakankamas ir kokybiškas, dienos metu jaučia nuovargį ir padidėjusį dirglumą [33]. Pogimdyminės nemigos priežastys gali būti įvairios, o jai būdingi simptomai dažnai gali būti nepastebimi ir klaidingai priskirti stresui dėl tėvystės. Jei tėvams net galint miegoti nepertraukiamai atsiranda miego sunkumai, greičiausiai juos vargina pogimdyminė nemiga. Motinos ir jų partneriai turi spręsti problemas, susijusias su miegu po gimdymo, suprasti, kaip tinkamai gydyti šį sutrikimą, kad galėtų kuo geriau pasirūpinti kūdikiu ir savimi.

5.1. Nemigos gydymas

Nemigos simptomai dažnai vargina moteris ir jų partnerius po gimdymo, tačiau intervencinių priemonių vis dar nėra daug. Literatūroje apžvelgiami šio sutrikimo gydymo būdai: nemedikamentiniai ir medikamentiniai.

5.1.1. Nemedikamentinis gydymas

Kognityvinė elgesio terapija (CBT–I) yra vienas iš veiksmingiausių ir moksliniais tyrimais pagrįstų nemigos gydymo būdų. Remiantis 2020 m. medicininės literatūros apžvalga, kognityvinė elgesio terapija yra veiksmingas pogimdyminės nemigos gydymas. Šia trumpa intervencija siekiama pašalinti nemigos priežastis. Joje mokoma įveikos metodų, tokių kaip atsipalaidavimas, įveikimas ir streso valdymas [34]. Šis metodas padeda susidoroti su mintimis bei elgesio modeliais, kurie trukdo kokybiškam miegui. CBT–I nemigai gydyti dažnai yra mažiau intensyvi nei kognityvinė elgesio terapija kitoms psichikos sveikatos būklėms gydyti ir trunka tik dalį seansų – 6–8 seansus [35]. Taip pat CBT–I padeda išsiugdyti mąstyseną ir praktiką, skatinančią sveikus miego įpročius. Ypatingai svarbu šią terapiją taikyti dar nėštumo metu, ypač jei tuo metu yra jaučiami nemigos simptomai. Tyrimai rodo, kad tai gali sumažinti nemigos, pogimdyminės depresijos ir nerimo riziką po gimdymo [36]. Neseniai atliktas tyrimas parodė, kad moterims, kurioms nėštumo metu pasireiškė nemigos simptomai, kognityvinė elgesio terapija, taikoma nėštumo metu ir ankstyvuojų pogimdyminiu, gali būti veiksminga pirmuosius dvejus metus po gimdymo [37]. Nors kognityvinė elgesio terapija veiksmingai mažina nemigą keičiant su miegu susijusią elgseną ir (arba) kognityvines funkcijas, ji neišsprendžia kūdikių miego problemos, kaip pagrindinio miego sutrikimų šaltinio [38]. Maitinimo poreikis ir nesubrendęs naujagimių cirkadinis ritmas lemia naktinius prabudimus, kurie yra normalus kūdikio miego bruožas [39]. Per pirmuosius gyvenimo metus keičiasi paros miego ritmas. Naujagimiai paprastai miega apie 16–17 valandų per parą, 3–4 valandų intervalais [40]. Ilgiausias nepertraukiamo miego periodas 1 mėnesio ir 6 mėnesių po gimdymo yra atitinkamai maždaug 3 ir 5 valandos [40]. Taip pat literatūroje minima, kad 1 mėnesio kūdikiai po prabudimo savarankiškai nurimdavo 27,6 proc., tuo tarpu 12 mėnesių kūdikiai 46,4 proc. prabudimų [40]. Tai rodo, kad augant kūdikiams gerėja jų gebėjimas savarankiškai nurimti. Todėl kūdikių miego intervencijų tikslas nėra

panaikinti prabudimus, o padėti jiems sklandžiai pereiti iš vieno miego ciklo į kitą be tėvų pagalbos bei sumažinti perteklinį budrumą, nesusijusį su maitinimu. 2015 metais atliktame tyrime rašoma, kad intervencinės grupės kūdikiai prabudavo vidutiniškai 0,5 karto rečiau nei kontrolinės grupės kūdikiai, o ilgiausia nenutrūkstamo miego atkarpa buvo vos 16,3 minutės ilgesnė [41]. Taigi tėvų intervencija nedaro esminės įtakos kūdikių miego struktūrai. 2025 m. atliktame tyrime rašoma, kad baltojo triukšmo naudojimas pogimdyminiame laikotarpyje gali padėti nurinti kūdikiui ir padidinti motinos komfortą tuo laikotarpiu. Baltasis triukšmas – tai pastovus, monotoniškas garsas, sudarytas iš įvairių aplinkos dažnių mišinio, kuris padeda užmaskuoti išorinius trukdžius. Jis kuriamas skaitmeniniu būdu laboratorinėmis sąlygomis, vienodai sumaišant įvairių dažnių garsus ir sumažinant nemalonus jų komponentus. Šis triukšmas primena garsus, kuriuos kūdikis girdi dar būdamas gimdoje – motinos širdies plakimą, virškinimo sistemos veiklą, vaisiaus vandenų judesius bei išorinius garsus [42]. Tačiau nėra aišku ar padedant kūdikiams nurinti galima veiksmingai sumažinti ir tėvų problemas susijusias su miegu.

Šviesos terapija – tai tam tikro intensyvumo šviesą skleidžiančio prietaiso poveikis. Šiuo metu taikoma šviesos terapija dažniausiai reikalauja, kad pacientai sėdėtų priešais LED šviesos dėžutę, kuri skleidžia tam tikro intensyvumo šviesą tam tikrą laiką. Tai gali padėti sureguliuoti paros ritmą ir nustatyti sveiką miego ir budrumo ciklą. Ši terapija gali būti ypač naudinga gydant pogimdyminę depresiją. Tačiau optimalūs šviesos terapijos parametrai šiuo metu nėra aiškūs. Dabar manoma, kad šviesos terapija, kuri veikia stimuliuodama šviesai jautrias tinklainės ganglines ląsteles, tokiu būdu mažina depresinę nuotaiką ir gerina miegą, taip pat yra saugus gydymo būdas [43]. Literatūroje rašoma, kad šviesos terapija gali būti laikoma veiksminga gydant miego sutrikimus po gimdymo ir pogimdyminę depresiją, tačiau vis dar reikalingi tolesni tyrimai [43].

2022 m. Australijoje buvo atliktas tyrimas, kuriame buvo tiriamas CBT–I terapijos ir šviesos terapijos derinio veiksmingumas kaip pogimdyminės nemigos gydymo būdas. Tyrime dalyvavo 4–12 mėnesių moterys po gimdymo, kurios nurodė nemigai būdingus simptomus. Šio tyrimo išvados buvo, jog šis derinys yra saugus ir veiksmingas mažinant nemigos simptomus [44].

5.1.2. Medikamentinis gydymas

Galiausiai, perinataliniu laikotarpiu dažnai vengiama farmakologinio miego sutrikimų gydymo [45]. Dėl trumpalaikės ir ilgalaikės naudos motinai ir jos kūdikiui pageidautinas maitinimas krūtimi pirmuosius 6 gyvenimo mėnesius ir tęsiamas bent 1 metus. Neoptimalus maitinimo krūtimi laikas taip pat daro neigiamą įtaką visuomenės sveikatai ir prisideda prie didelių visuomenės išlaidų, susijusių su motinų ir kūdikių ligomis [46].

Kadangi maitinimas krūtimi yra rekomenduojamas kūdikių maitinimo būdas, gydytojams kyla iššūkis įvertinti vaistų saugumą žindymo laikotarpiu. Visų pirma, būtina atsižvelgti į tai, kaip vaistas gali paveikti motinos pieno gamybą ir jos gebėjimą rūpintis kūdikiu, pavyzdžiui, ar nesukelia pernelyg didelio mieguistumo. Taip pat svarbu nustatyti, ar vaistas gali būti absorbuojamas per kūdikio virškinimo traktą, ypač atsižvelgiant į tai, kad dauguma miego sutrikimams gydyti skirtų vaistų yra vartojami per burną ir dažniausiai turi gerą biologinį prieinamumą. Galiausiai, būtina įvertinti, ar vaisto patekimas į motinos pieną yra saugus kūdikiui.

Pirmosiomis dienomis po gimdymo į motinos pieną patenka didesnis vaistų kiekis nei vėlesniais laikotarpiais, nes tarp pieno epitelio ląstelių yra platesni paraceliuliniai keliai. Vis dėlto, kadangi naujagimis suvartoja palyginus nedidelį pieno kiekį, vaisto poveikis paprastai būna minimalus. Vaistų patekimas į motinos pieną yra didesnis, jei jų koncentracija motinos kraujyje yra aukšta, jie pasižymi lipofiliškumu, turi mažą molekulinę masę ir silpnai jungiasi su baltymais [47]. Medikamentinės miego sutrikimų po gimdymo gydymo galimybės motinoms žindymo metu pateikiamos 1 lentelėje.

1 lentelė. Medikamentinės nemigos gydymas ir saugumas laktacijos metu

Vaistas	Laktacija
Amitriptilinas	Pagal PSO yra suderinamas su žindymu, kai dozės neviršija 150 mg/d [48].
Difenhidraminas	Retkarčiais vartojamos mažos vaisto dozės neturi neigiamo poveikio žindomam kūdikiui. Tačiau didesnės dozės ar ilgalaikis vartojimas gali paveikti kūdikį arba sumažinti pieno kiekį. Vienkartinė dozė prieš miegą, po paskutinio dienos maitinimo, daugeliui motinų gali būti tinkamas sprendimas, nes sumažina galimą vaisto poveikį kūdikiui. Jei įmanoma, rekomenduojama rinktis antihistamininius vaistus, kurie nesukelia mieguistumo [49].
Doksepinas	Nedidelis kiekis aptinkamas motinos piene. Nerekomenduojamas vartoti žindymo laikotarpiu [50]
Estazolamas	Išsiskiria su žiurkių motinos pienu, tačiau duomenų apie jo poveikį žindančioms moterims nėra. Informacija apie estazolamo vartojimą žindymo laikotarpiu nėra pakankama. Dėl ilgalaikio šio vaisto poveikio rekomenduojama rinktis kitus, saugesnius miego vaistus, ypač jei naujagimis neišnešiotas. Jei vis dėlto vartojamas estazolamas, būtina stebėti kūdikį dėl galimos sedacijos, suprastėjusio maitinimosi ar nepakankamo svorio augimo [51].

1 lentelė. Medikamentinės nemigos gydymas ir saugumas laktacijos metu (tęsinys)

Ramelteonas	Ramelteonas išsiskiria su žiurkių motinos pienu, tačiau trūksta išsamesnių tyrimų žindančioms moterims, todėl gali būti rekomenduojama rinktis kitą, geriau ištirtą vaistą. Jei pasirenkamas šis vaistas, žindant svarbu stebėti ar kūdikis neatrodo per daug mieguistas, ar gerai maitinasi [52]
Temazepamas	Mažas vaisto kiekis motinos piene, nesitikima, kad sukels nepageidaujamą poveikį kūdikiams. Retkarčiais benzodiazepinų vartojimas žindančioms motinoms yra priimtinas, tačiau reik stebėti ar kūdikiui nėra sedacijos ir ar priauga pakankamai svorio [53].
Trazodonas	Turimi duomenys rodo, kad trazodono koncentracija motinos piene yra nedidelė, todėl mažai tikėtina, jog jis sukeltų nepageidaujamą poveikį žindomam kūdikiui, ypač jei kūdikis yra vyresnis nei 2 mėnesių arba jei vartojama ne didesnė kaip 100 mg dozė prieš miegą [54].
Zaleplonas	Žindymo metu nerekomenduojamas [55].
Zopiklonas	Duomenų apie vartojimą žindymo laikotarpiu nėra. Remiantis saugumo vertinimo sistema, zopiklonas gali būti vartojamas žindymo laikotarpiu, tačiau kūdikis turi būti stebimas dėl sedacijos, prasto maitinimo ir mažo svorio priaugio [56].
Zolpidemas	Koncentracija motinos piene yra nedidelė ir jis greitai pasišalina iš organizmo, todėl mažai tikėtina, kad sukels nepageidaujamą poveikį vyresniems krūtimi maitinamiems kūdikiams, jei jie nežindomi naktį po motinos vaisto vartojimo. Gamintojas nurodo, kad buvo gauta pranešimų apie per didelę kūdikių sedaciją vartojant šį vaistą, tačiau trūksta detalesnės informacijos [57].
Egzogeninis melatoninas	Skirtingai nei tyrimai su gyvūnais, klinikiniai duomenys rodo, kad melatonino vartojimas žindymo laikotarpiu žmonėms greičiausiai yra saugus. Vis dėlto reikalingi tolesni tyrimai dėl egzogeninio melatoninio vartojimo žindymo laikotarpiu [58].

Analizuojant lentelės duomenis matyti, kad dauguma vaistų patenka į motinos pieną, todėl jų vartojimas žindymo laikotarpiu nerekomenduojamas. Pirmenybė turėtų būti teikiama nemedikamentiniams nemigos gydymo metodams.

Nors vaistai nemigos gydymui paprastai yra antro pasirinkimo būdas, migdomieji preparatai vartojami itin dažnai. Tyrimai rodo, kad jie efektyviai pagerina miego kokybę ir prailgina jo trukmę.

Kai kurie migdomieji laikomi gana saugiais vartojant ilgesnį laiką. Vis dėlto, kol kas nėra atlikta tyrimų, kurie leistų tiksliai palyginti ir nustatyti, kurie vaistai yra veiksmingesni už kitus [59].

Vyrams ir moterims, kurios nežindo, pogimdyminiu laikotarpiu nemiga gali būti gydoma šiais farmakologiniais preparatais [59]:

- Eszopiklonas – geriamosios tabletės, dozė: 1–3 mg prieš miegą;
- Triazolamas – vartojamas per burną, dozė: 0,125–0,5 mg prieš miegą;
- Suvorexantas – geriamosios tabletės, dozė: 10–20 mg, vartojamas 30 min. prieš miegą;
- Lemborexantas – geriamosios tabletės, dozė: 5–10 mg prieš miegą;
- Melatoninas – laikomas maisto papildu, nereguliuojamas FDA (angl. Food and Drug Administration). Tyrimų duomenimis, įprastinė dozė svyruoja nuo 0,1 iki 5 mg, o saugus vartojimas galimas iki 10 mg;
- Ramelteonas – melatonino receptorių 1 ir 2 agonistas, dozė: 8 mg per burną, 30 min. prieš miegą;
- Trazodonas – vartojamas per burną, dozė: 50–100 mg, vartojama 1 val. prieš miegą;
- Doksepinas – skiriamas pacientams, kuriems sunku palaikyti miegą. Dozė: 3–6 mg geriama 30 min. prieš miegą.

Trumpalaikiam nemigos gydymui suaugusiesiems gali būti skiriami šie vaistai [59]:

- Zolpidemas – skubaus atpalaidavimo dozė: 5–10 mg, kontroliuojamo atpalaidavimo dozė: 6,25–12 mg. Kontraindikuotinas esant padidėjusio jautrumo reakcijai ar miego sutrikimams po zolpidemo, eszopiklono ar zaleplono vartojimo;
- Zaleplonas – geriamosios tabletės, dozė: 5–20 mg, vartojamas prieš miegą arba ne vėliau kaip 4 val. iki atsikėlimo;
- Temazepamas – geriamosios tabletės, dozė: 7,5–30 mg per parą, vartojamas prieš miegą;
- Estazolamas – geriamosios tabletės, dozė: 1–2 mg per parą, vartojamas prieš miegą;
- Flurazepamas – geriamosios tabletės, dozė: 15–30 mg per dieną, vartojamas prieš miegą;
- Quazepamas – geriamosios tabletės, dozė: 7,5–15 mg per dieną, vartojamas prieš miegą.

Kiekvieno iš šių vaistų parinkimas, gydymo trukmė ir kitos gydymo galimybės turėtų būti sprendžiamos individualiai kiekvienam pacientui, įvertinant jo poreikius, galimą naudą bei riziką.

5.2.Profilaktika

Nors nauji tėvai dažnai jaučia pareigą visas laisvas minutes skirti rūpinimuisi kūdikiu, labai svarbu nepamiršti ir savo pačių poreikių, ypač pakankamo miego. Snaudimas kartu su kūdikiu dienos

metu gali būti naudingas būdas kompensuoti naktimis prarastą miegą [60]. Taip pat jei yra galimybė, svarbu paprašyti draugų ir giminaičių papildomos paramos prižiūrint kūdikį [61].

Dėmesingas įsisąmoninimas (angl. Mindfulness) apima visų emocijų – tiek teigiamų, tiek neigiamų – sąmoningą priėmimą. Toks požiūris padeda išvengti emocijų, pavyzdžiui, nerimo ar streso, slopinimo. Priešingai, jis nesmerkia, o leidžia su užuojauta priimti dabartinę patirtį, jos nevertinant ir nebandant pakeisti. Kadangi apmąstymai ir nerimas negali egzistuoti kartu su sąmoningumu, moterys, kurios naktį pabunda prižiūrėti naujagimio, dažnai linkusios nerimauti dėl streso, vaiko priežiūros, o tai gali paskatinti depresijos ir nemigos simptomus. Tačiau tyrimai rodo, kad dėmesingo įsisąmoninimo praktikavimas pogimdyminiame laikotarpyje gali sumažinti pogimdyminės depresijos simptomus bei gali pagerinti miegą [62].

Rūpinantis miego higiena, t. y. laikantis tam tikrų įpročių ir procedūrų, galima pagerinti miego kokybę. Kai miegate pakankamai ir gerai, jūsų organizmas gauna reikiamą fizinę priežiūrą, atsistato, stiprina imunitetą bei patiria emocinį ir pažintinį atsinaujinimą [63].

Miego higienos patarimai pogimdyminiu laikotarpiu [62]:

- Patariama vengti kofeino likus 6 valandoms iki miego laiko,
- Alkoholio patariam vengti likus 4 valandoms iki miego laiko.
- Reguliarus fizinis aktyvumas yra naudingas, tačiau patariama vengti intensyvios mankštos likus 2 valandoms iki miego.
- Vertinga skirti valandą iki miego ramiam atsipalaidavimui.
- Patariama laikytis nustatyto ir pastovaus miego grafiko.
- Miegamojo aplinka turėtų būti tamsi ir tyli.
- Maitinant ar pervystant kūdikį, patariama naudoti prislopintą naktinę šviesą.
- Prieš einant miegoti, patariama vengti ryškios šviesos poveikio.
- Kad miegas būtų kuo mažiau sutrikdytas, apsvarstyti galimybę kūdikio lopšį statyti šalia savo lovos.
- Jei kūdikis miega atskirame kambarielyje – patariam užtikrinti, kad kūdikio miegas vyktų pagal nustatytą reguliarią grafiką, naktį kūdikio kambarielyje turėtų būti tamsus ir tylus, nakties metu patariama sumažinti bet kokią galimą triukšmą aplink kūdikio kambarį.

Fizinis aktyvumas turi privalumų sveikatai, pvz. padeda sumažinti svorį po nėštumo, gerina nuotaiką. Pasivaikščiojimai, ypatingai ryte, gali padėti jaustis žvalesniems, o naktį gali pagerinti miegą. Viena pilotiniame tyrime rašoma, kad lengvo intensyvumo mankštos programa, atliekama

3 kartus per savaitę, pagerino miegą pogimdyminiu laikotarpiu [65]. Tačiau literatūroje rašoma, kad nėra įrodymų, jog fizinis aktyvumas veiksmingai gerina miego kokybę po gimdymo [66].

5.3. Neramių kojų sindromo gydymo gairės

Taip pat svarbu apžvelgti neramių kojų sindromo (NKS) gydymo gaires, nes šis sutrikimas yra viena iš pogimdyminių miego sutrikimų klinikinio vaizdo sudedamųjų dalių [13].

NKS gydymo algoritmas prasideda nuo sisteminės geležies būklės įvertinimo. Jei nustatomas jos trūkumas, reikėtų apsvarstyti tinkamą geležies papildymą. Taip pat svarbu įvertinti gretutinius miego sutrikimus ir jų įtaką ligos eigai bei patikrinti, ar vartojami vaistai negali sukelti ar sustiprinti NKS simptomų [67].

Nefarmakologinės strategijos yra svarbi NKS gydymo dalis. Gali būti naudinga protinė mankšta, pavyzdžiui, kryžiažodžių sprendimas ar vaizdo žaidimai, kurie padeda sumažinti simptomus. Tam tikri vaistai gali sukelti ar pabloginti NKS simptomus. Tarp jų – antidepresantai, neuroleptikai, dopaminą blokuojantys antiemetikai, tokie kaip metoklopramidas, ir raminamieji antihistamininiai preparatai, įskaitant nereceptinius vaistus. Jei įmanoma, jų vartojimą reikėtų nutraukti ar pakeisti alternatyviomis priemonėmis. Kartu pasireiškiantys miego sutrikimai, pavyzdžiui, miego fragmentiškumas ar nepakankamas miegas, gali sustiprinti NKS simptomus. Taip pat svarbu įvertinti kitas nemigos priežastis, tokias kaip depresija, nerimas ar kiti veiksniai (pvz., per didelis kofeino vartojimas), ir pritaikyti tinkamą gydymą [67].

Protarpinis neramių kojų sindromas (NKS) turėtų būti gydomas nefarmakologinėmis priemonėmis, tokiomis kaip psichinio budrumo strategijos bei kofeino ir alkoholio vengimas. Kai kuriais atvejais gali būti naudinga pertraukiamai vartoti karbidopą (25 mg) ir (arba) levodopą (100 mg), mažo stiprumo opioidus (kodeinas ar tramadolis) ar benzodiazepinų agonistus (temazepamas, zolpidemas, zaleplonas, ezopiklonas) [67]. Tyrimai rodo, kad levodopa gali sumažinti prolaktino kiekį žindančioms moterims, tačiau nusistovėjusi laktacija dažniausiai išlieka nepaveikta. Ilgalaikis levodopos poveikis žindymui nėra pakankamai ištirtas, tačiau kai kurios motinos, vartodamos mažas levodopos ir karbidopos dozes Parkinsono ligai gydyti, sėkmingai žindė be akivaizdžios žalos kūdikiui [68]. Žindymo laikotarpiu opioidai gali sukelti kūdikio mieguistumą ir retai – sunkų centrinės nervų sistemos slopinimą, todėl jų vartojimas nerekomenduojamas [69].

Lėtinis nuolatinis neramių kojų sindromas (NKS) dažniausiai gydomas alfa2-delta kalcio kanalų ligandais (gabapentinu, pregabalinu ar gabapentino enakarbiu). Jei šie vaistai netinka dėl kontraindikacijų, pasirenkami neergotiniai dopamino agonistai (pramipeksolis, ropinirolis ar rotigotino pleistras). Dopamino agonistai kaip pirmo pasirinkimo gydymas rekomenduojami pacientams, turintiems nutukimą, jo komplikacijas, depresiją, eisenos nestabilumą, kvėpavimo

sutrikimus ar psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo anamnezę. Jei negydomas NKS pasireiškia didžiąją dienos ir nakties dalį, reikėtų apsvarstyti lėto atpalaidavimo preparatus, tokius kaip gabapentino enakarbilas ar rotigotino pleistras. Jei alfa2-delta ligandai neveiksmingi ar netoleruojami, rekomenduojama pereiti prie dopamino agonistų [67].

Atspariam neramių kojų sindromui (NKS) gydyti gali būti taikomas kombinuotas gydymas, derinant alfa2-delta kalcio kanalų ligandus, dopamino agonistus ar benzodiazepinus, o kai kuriais sunkiais atvejais – monoterapija opioidais. Gydant atsparų NKS, būtina įvertinti geležies atsargas – jei feritino koncentracija serume yra mažesnė nei 100 mg/l ir simptomai yra sunkūs, reikėtų apsvarstyti intraveninės geležies skyrimą. Taip pat svarbu atsižvelgti į sunkinančius veiksnius, tokius kaip tam tikrų vaistų vartojimas, sėdimas ar pamaininis darbas, kiti miego sutrikimai ar lėtinis miego trūkumas [67].

Geležies terapija yra svarbi gydymo dalis. Paciento geležies būklė turėtų būti įvertinta ryte nevalgius, nustatant feritino, geležies, bendrą geležies surišimo gebą ir procentinį transferino prisotinimą. Jei feritino koncentracija serume yra mažesnė nei 75 mg/l, o transferino prisotinimas – mažesnis nei 45 proc., rekomenduojama skirti 65 mg elementinės geležies kartu su 100–200 mg vitamino C kas 1 ar 2 dienas. Jei siekiama greitesnio atsako arba pacientas netoleruoja geriamojo geležies preparato, verta apsvarstyti geležies skyrimą į veną [67].

5.4. Diagnostinio kodo paskyrimas

Pogimdyminiai miego sutrikimai neturi specifinio diagnostinio kodo TLK–10, TLK–11 ar DSM–5. Tačiau, priklausomai nuo simptomų, jie gali būti priskirti prie bendrų miego sutrikimų ar susijusių būklių. Jei pogimdyminiai miego sutrikimai yra pagrindinis paciento nusiskundimas, reikėtų naudoti tinkamiausią kodą pagal dominuojančius simptomus.

5.4.1. Galimi diagnostiniai kodai pagal TLK–10 [70]:

- F51.0 – Neorganinė nemiga;
- F51.1 – Neorganinis mieguistumas;
- F51.2 – Neorganiniai miego ir budrumo ritmo sutrikimai;
- F53.0 – Lengvi psichikos ir elgesio sutrikimai laikotarpiu po gimdymo, neklasifikuoti kitur;
- F53.1 – Sunkūs psichikos ir elgesio sutrikimai laikotarpiu po gimdymo, neklasifikuoti kitur;
- F53.8 – Kiti psichikos ir elgesio sutrikimai laikotarpiu po gimdymo, neklasifikuoti kitur;
- F53.9 – Nepatikslintas psichikos sutrikimas laikotarpiu po gimdymo;
- G25.81 – Neramių kojų sindromas;

- G47.0 – Užmigimo sutrikimai ir nemiga;
- O99.3 – Psichikos sutrikimai ir centrinės nervų sistemos ligos, komplikuojančios nėštumą, gimdymą ir laikotarpį po gimdymo (jei miego sutrikimai yra antrinė būklė po gimdymo).

5.4.2. Galimi diagnostiniai kodai pagal TLK – 11 [71]:

- 7A01 Trumpalaikė nemiga;
- 7A00 Lėtinė nemiga;
- 7A0Z Nemigos sutrikimas, nepatikslintas;
- 7A26 Miego trūkumo sindromas.

5.4.3. Galimi diagnostiniai kodai pagal DSM – 5 [72]:

- Nemigos sutrikimas;
- Hipersomnijos sutrikimas;
- Cirkadinio ritmo miego–budrumo sutrikimai;
- Neramių kojų sindromas.

6. METODAI

6.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyvavo moterys 1–6 mėnesių po gimdymo bei jų partneriai. Iš visų tyrime dalyvavo 278 asmenų – 139 moterų ir 139 vyrų.

6.2. Tyrimo instrumentai

Gautas Mokslinių tyrimų etikos komiteto leidimas vykdyti apklausą (Priedas Nr. 1). Buvo atlikta anoniminė internetinė apklausa, suskirstyta į dvi pagrindines dalis: pirmoji skirta motinai, antroji – tėvui. Tik motinai užpildžius savo dalį, tėvas galėjo tęsti atsakymus į jam skirtus klausimus. Motinoms skirtoje apklausos dalyje buvo pateikti klausimai apie demografinius, psichosocialinius ir medicininius duomenis (Priedas Nr. 2), taip pat įtraukti šie vertinimo instrumentai: Pitsburgo miego kokybės indeksas (Priedas Nr. 3), Tarptautinė neramių kojų sindromo vertinimo skalė (Priedas Nr. 4) ir Atėnų nemigos skalė (Priedas Nr. 5). Lygiai tokia pati apklausos struktūra buvo pateikta ir vyrams.

Demografinių, psichosocialinių ir medicininių duomenų dalyje moterims buvo pateikti klausimai apie jų amžių, ar tai pirmasis kūdikis, laikotarpį po gimdymo, gaunamą pagalbą prižiūrint kūdikį bei jo miego vietą. Taip pat buvo teiraujamasi apie anksčiau patirtus nuotaikos ar miego sutrikimus ir jų pobūdį, gimdymo būdą, kūdikio maitinimo metodą, ansktesnius bandymus gerinti miego kokybę, kūdikio sveikatos sutrikimus.

Vyrams skirtoje demografinių, psichosocialinių ir medicininių duomenų dalyje buvo pateikti klausimai apie jų amžių, ar tai pirmasis vaikas, gaunamą pagalbą iš partnerės ar artimųjų, anksčiau pasireiškusius nuotaikos ar miego sutrikimus bei jų pobūdį, taip pat apie bandymus gerinti miego kokybę.

Miego kokybei įvertinti buvo naudojamas Pitsburgo miego kokybės indekso (angl. Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) klausimynas, sudarytas iš 10 klausimų, susijusių su paskutinio mėnesio miego įpročiais. Klausimyno klausimai skirstomi į septynias subkategorijas: subjektyvią miego kokybę, miego latentiskumą, miego trukmę, įprastą miego efektyvumą, miego trikdžius, miego medikamentų vartojimą ir dienos disfunkciją. Šios skalės jautrumas siekia 89,6 proc., o specifiškumas – 86,5 proc. Klausimyną sudaro Likerto skalės ir atviri klausimai, kurių atsakymai vėliau konvertuojami į skalės balus. Respondentų prašoma įvertinti, kaip dažnai per pastarąjį mėnesį jie susidūrė su tam tikrais miego sunkumais, taip pat nurodyti bendrą savo miego kokybę. Klausimų balai svyruoja nuo 0 iki 3 – kuo aukštesnis balas, tuo ryškesni miego sutrikimai. Skalės kūrėjai nustatė, kad bendras 5 balų riba laikoma diagnostine – patvirtinimo tyrime ji leido tiksliai identifikuoti 88,5 proc. pacientų, turinčių miego sutrikimų [73].

Nemigos įvertinimui apklausoje buvo naudojama Atėnų nemigos skalė (angl. Athens Insomnia Scale, AIS), kuri leidžia nustatyti nemigos sunkumą pagal Tarptautinėje ligų klasifikacijoje (TLK–10) apibrėžtus diagnostinius kriterijus. Ši skalė sudaryta iš aštuonių klausimų, vertinančių įvairius nemigos aspektus: miego pradžią, naktinius ir ankstyvus rytinius prabudimus, bendrą miego trukmę ir kokybę, nusiskundimų dažnumą ir trukmę, nemigos sukeltą diskomfortą bei jos poveikį kasdieniam funkcionavimui. AIS skalės validumas yra aukštas – jos balai stipriai koreliuoja su Miego problemų skalės rezultatais (0,85–0,90). Respondentai atsakymus pateikia pagal Likerto skalę, nuroydamai, kiek tam tikri miego sunkumai juos paveikė per pastarąjį mėnesį. Skalėje balai svyruoja nuo 0 (jokių miego problemų) iki 3 (ryškūs miego sutrikimai). Skalės kūrėjai nustatė, kad 6 balų riba yra diagnostinė – ji leidžia 90 proc. tikslumu atskirti nemiga sergančius pacientus nuo kontrolinės grupės [74].

Neramių kojų sindromo sunkumui vertinti buvo naudojama Tarptautinė neramių kojų sindromo skalė. Ją sudaro 10 klausimų, kuriuose respondentai, naudodami Likerto tipo skalę, nurodo, kaip stipriai šis sutrikimas juos paveikė per pastarąją savaitę. Klausimus galima suskirstyti į dvi kategorijas: sutrikimo simptomai (pobūdis, intensyvumas ir dažnumas) ir jų poveikis (miego sutrikimai, kasdienės veiklos sutrikimai ir dėl to pakitusi nuotaika). Šios skalės psichometriniai rodikliai rodo aukštą patikimumą: vidinis suderinamumas siekia 0.93–0.95, tarpusavio patikimumas – 0.93–0.97, pakartotinio testo patikimumas – 0.87, lygiagretusis pagrįstumas – 0.78–0.84, o koreliacija su gydytojo diagnostiniais vertinimais – apie 0.73. Kiekviena klausime respondentai

savo patirtį vertina skalėje nuo 0 iki 4, kur 0 reiškia simptomų nebuvimą, o 4 – sunkiausias ir dažniausias simptomus. Bendras balų skaičius gali svyruoti nuo 0 iki 40. Dėl savo patikimumo ir trumpumo ši skalė yra tinkama įvairiems moksliniams tyrimams ir klinikiškiems tikslams, įskaitant atranką ir gydymo rezultatų vertinimą [75].

6.3. Tyrimo eiga

Apklausa buvo sukurta „Google Forms“ platformoje, o jos nuoroda buvo paskelbta „Facebook“ mamų forumuose ir „Instagram“ socialiniuose tinkluose. Atsidarę anketą, tiek moterys, tiek vyrai galėjo susipažinti su tyrimo aprašymu ir instrukcijomis, kaip užpildyti klausimyną. Dalyvavimas tyrime buvo patvirtinamas konkludentiniu veiksmu – sutikimas buvo laikomas duotu, kai dalyviai savo noru pradėdavo atsakinėti į klausimus. Perskaitę tyrimo aprašymą, respondentai galėjo pradėti pildyti apklausą, kurios užpildymas truko apie 10–15 minučių. Bet kuriuo metu dalyviai turėjo galimybę nutraukti anketos pildymą – tokiu atveju jų atsakymai nebuvo išsaugomi. Apklausos duomenys buvo renkami nuo 2024 m. gruodžio iki 2025 m. vasario mėnesio. Visi surinkti atsakymai buvo saugomi „Google“ internetinėje formoje, paskyroje „Atsakymai“, apsaugotoje slaptažodžiu, prieinami tik tyrėjui.

6.4. Tyrimo duomenų analizė

Apklausos duomenims analizuoti ir skalių balams apskaičiuoti buvo naudojamos Microsoft Office Excel ir Python programos, pasitelkiant Matplotlib ir Pandas bibliotekas. Matplotlib buvo taikoma grafikų bei diagramų kūrimui, o Pandas – duomenų apdorojimui ir apklausos skalių balų skaičiavimui.

Statistinei analizei atlikti:

- T-testas buvo naudojamas numeriniams duomenims analizuoti, priskiriant skaitines reikšmes bei skaičiuojant vidurkį, standartinį nuokrypį (SN), minimalią ir maksimalią reikšmes, dažnį ir procentinį pasiskirstymą.
- Chi-kvadrato (χ^2) kriterijus buvo taikomas kategoriniams duomenims įvertinti.
- ANOVA statistinis metodas, buvo taikomas lyginti trijų ar daugiau nepriklausomų grupių skaitinių duomenų vidurkius.
- Miego kokybės (pagal PSQI balą) ryšys su demografiniais, psichosocialiniais ir mediciniais veiksniais buvo vertinamas požymių dažnių lentelėse, naudojant Chi-kvadrato (χ^2) kriterijų.
- Statistiniams skirtumų patikimumui nustatyti buvo taikomas 95 proc. pasikliautinis intervalas. Rezultatai laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$.

7. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

7.1. Moterų ir vyrų demografiniai, psichosocialiniai ir medicininiai duomenys

Apklausoje dalyvavusių moterų amžius svyravo nuo 21 iki 42 metų, o jų amžiaus vidurkis buvo 32 metai (SN = 4,6). Tuo tarpu vyrų amžius buvo nuo 23 iki 51 metų, o vidurkis siekė 34 metus (SN=5,6). Pagal amžių tiek moterys, tiek vyrai buvo suskirstyti į tris grupes: <25 metai, 25–30 metų ir >30 metų. Daugiausia moterų dalyvavo vyresnių nei 30 metų grupėje (n=88, 63,3 proc.), vyrų taip pat daugiausia priklausė šiai amžiaus grupei (n=109, 78,4 proc.).

Daugiau nei pusė respondentų nurodė, kad tai buvo pirmasis jų kūdikis: moterų grupėje – 54 proc. (n=75), vyrų – 57,6 proc. (n=80). Tačiau, nors apklausa buvo skirta šeimoms, šio klausimo atsakymai tarp partnerių skyrėsi – duomenys rodo, kad daugiau moterų turėjo vaikų iš ankstesnių santykių.

Kalbant apie pagalbą prižiūrint kūdikį, daugiau nei pusė moterų nurodė, kad gauna daug pagalbos (n=72, 51,8 proc.), tačiau vyrų grupėje šis rodiklis buvo dar didesnis (n=132, 95 proc.). Atsakymą, kad gauna mažai pagalbos, pateikė 14,4 proc. moterų (n=20) ir 1,4 proc. vyrų (n=2). Kad visai negauna pagalbos iš partnerio ar artimųjų, pažymėjo 2,9 proc. moterų (n=4) ir 0,7 proc. vyrų (n=1). Taip pat buvo vertinamas nuotaikos ar miego sutrikimų pasireiškimas praeityje. 38,1 proc. moterų (n=53) ir 23 proc. vyrų (n=32) atsakė, kad praeityje buvo patyrę nuotaikos sutrikimų. Dažniausias sutrikimas tiek tarp vyrų (n=23, 65,7 proc.), tiek tarp moterų (n=35, 63,6 proc.) buvo miego sutrikimai. Kiti nuotaikos sutrikimai, kuriuos patyrė tyrimo dalyviai: depresijos epizodas – 25,5 proc. moterų (n=14) ir 11,4 proc. vyrų (n=4), manijos epizodas – 3,6 proc. moterų (n=2) ir 2,9 proc. vyrų (n=1), panikos priepuoliai – 27,3 proc. moterų (n=15) ir 17,1 proc. vyrų (n=6), nerimo sutrikimas – 61,8 proc. moterų (n=34) ir 42,9 proc. vyrų (n=15).

Be to, daugiau nei pusė respondentų anksčiau bandė gerinti savo miego kokybę: moterų – 75,5 proc. (n=105), vyrų – 53,2 proc. (n=74). Moterų ir vyrų demografiniai, psichosocialiniai bei medicininiai duomenys pateikiami 1 lentelėje.

1 lentelė. Moterų ir vyrų demografiniai, psichosocialiniai ir medicininiai duomenys

Charakteristika		Moterys		Vyrai	
		n	proc.	n	proc.
Amžius	<25	13	9,4	6	4,3
	25-30	38	27,3	24	17,3
	>30	88	63,3	109	78,4
Ar tai pirmas kūdikis	Taip	75	54	80	57,6
	Ne	64	46	59	42,4

1 lentelė. Moterų ir vyrų demografiniai, psichosocialiniai ir medicininiai duomenys (tęsinys)

Gaunama pagalba iš partnerio ar artimųjų	Gaunu daug pagalbos	72	51,8	132	95
	Gaunu vidutiniškai pagalbos	43	30,9	4	2,9
	Gaunu mažai pagalbos	20	14,4	2	1,4
	Negaunu visai pagalbos	4	2,9	1	0,7
Praeityje buvę nuotaikos ar miego sutrikimai	Taip	53	38,1	32	23
	Ne	86	61,9	107	77
Sutrikimų pobūdis	Depresijos epizodas	14	25,5	4	11,4
	Manijos epizodas	2	3,6	1	2,9
	Panikos priepuoliai	15	27,3	6	17,1
	Nerimo sutrikimas	34	61,8	15	42,9
	Miego sutrikimai	35	63,6	23	65,7
Bandymai gerinti miego kokybę	Taip	105	75,5	74	53,2
	Ne	34	24,5	65	46,8

7.2. Moterų medicininiai duomenys ir kūdikių demografiniai bei medicininiai rodikliai

Dauguma tyrime dalyvavusių moterų buvo praėjus šešiems mėnesiams po gimdymo – 59,7 proc. (n=83), tuo tarpu mažiausiai dalyvavusių moterų buvo vieną mėnesį po gimdymo – 0,7 proc. (n=1). Dauguma moterų gimdė natūraliu būdu – 72,7 proc. (n=101).

Kūdikių maitinimo įpročiai buvo įvairūs: 43,9 proc. motinų maitino krūtimi (n=61), 32,4 proc. maitino krūtimi ir primaitindavo kietu maistu (n=45), 11,5 proc. maitino pieno mišiniu ir primaitindavo kietu maistu (n=16), 7,2 proc. derino maitinimą motinos pienu ir pieno mišiniu (n=10), o 5 proc. maitino tik pieno mišiniu (n=7).

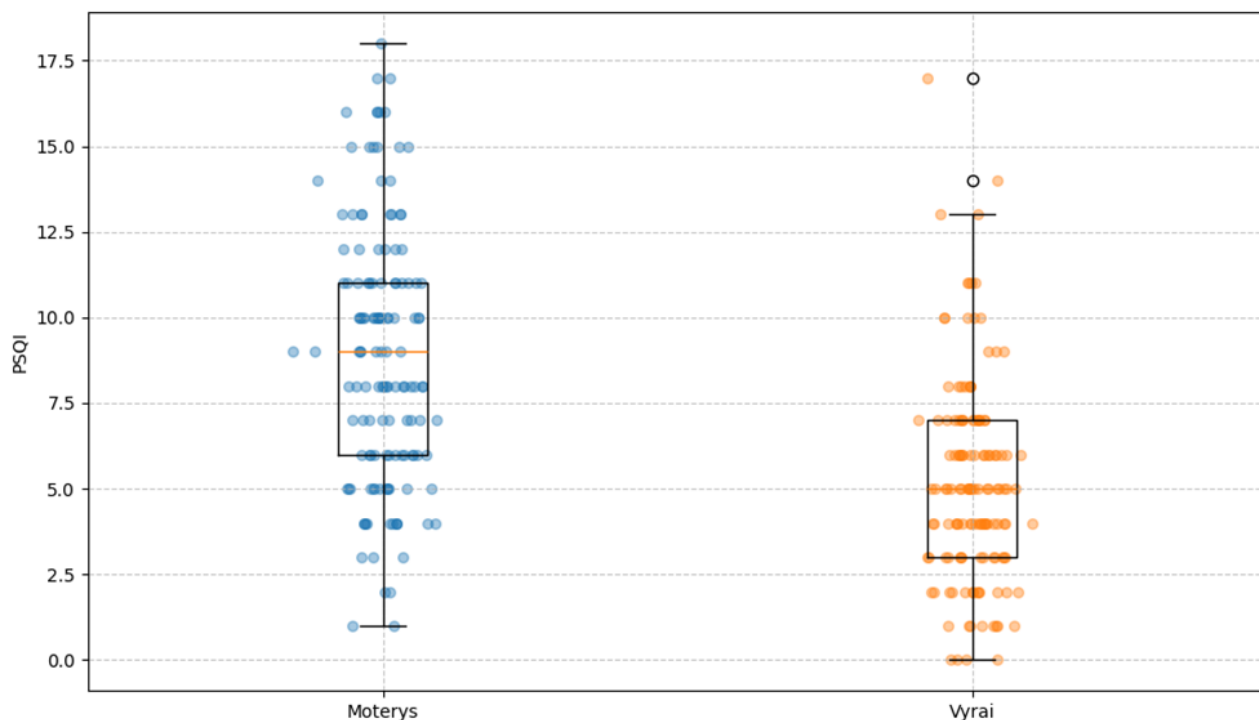
Apklausoje taip pat buvo teiraujama apie kūdikio miego vietą. Dauguma moterų nurodė, kad jų kūdikiai miega atskiroje lovoje tame pačiame kambaryje – 51,8 proc. (n=72), o rečiausiai kūdikiai miegojo kitame kambaryje – 1,4 proc. (n=2). Beveik visos moterys nurodė, kad jų kūdikiai neturi sveikatos sutrikimų – 97,1 proc. (n=135). Moterų medicininiai duomenys ir kūdikių demografiniai bei medicininiai rodikliai pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė. Moterų medicininiai duomenys ir kūdikių demografiniai bei medicininiai rodikliai

Charakteristika		n	proc.
Laikas po gimdymo (mėnesiais)	<1	6	4,3
	1	1	0,7
	2	10	7,2
	3	8	5,8
	4	15	10,8
	5	16	11,5
	6	83	59,7
Gimdymo būdas	Natūralus gimdymas	101	72,7
	Cezario pjūvio operacija	38	27,3
Kūdikio maitinimo būdas	Tik motinos pienu	61	43,9
	Ir motinos pienu ir pieno mišiniu	10	7,2
	Pieno mišiniu ir primaitinamas kietu maistu	16	11,5
	Tik pieno mišiniu	7	5
	Motinos pienu ir pirmaitinamas kietu maistu	45	32,4
Kūdikio miego vieta	Kartu toje pačioje lovoje	65	46,8
	Kitoje lovoje, tačiau tame pačiame kambaryje	72	51,8
	Kitame kambaryje	2	1,4
Kūdikio sveikatos sutrikimai	Taip	4	2,9
	Ne	135	97,1

7.3.Pitsburgo miego kokybės indekso rezultatai

Tyrimo metu, vertinant miego kokybę 1–6 mėnesių pogimdyminiu laikotarpiu, nustatyta, kad 139 moterų Pitsburgo miego kokybės indekso (PSQI) balo vidurkis buvo 8,8 (SN=3,8), o minimali ir maksimali surinkta balų suma atitinkamai siekė 1 ir 18. Tuo tarpu 139 vyrų PSQI balo vidurkis buvo 5,2 (SN=3), o minimali ir maksimali balų suma atitinkamai buvo 0 ir 17. Šie rezultatai rodo prastą miego kokybę abiejose grupėse, tačiau moterų vidutinis PSQI balas yra aukštesnis, kas leidžia teigti, jog jų miego kokybė yra prastesnė nei vyrų. PSQI balo palyginimas tarp moterų ir vyrų pateiktas 1 paveikslėlyje.



1 pav. PSQI balo palyginimas tarp moterų ir vyrų

Išanalizavus 7 PSQI komponentus, nustatyta, kad moterų bendram PSQI vidurkiui didžiausią įtaką turėjo miego efektyvumo rodiklis (vidurkis 1,7, SN=1,2), o vyrams didžiausią įtaką turėjo miego trikdžiai (vidurkis 1,1, SN=0,6). Mažiausiai įtakos bendram vidurkiui turėjo vaistų vartojimas miego sutrikimams gydyti, tiek tarp vyrų (vidurkis 0,1, SN=0,5), tiek tarp moterų (vidurkis 0,1, SN=0,5). 7 PSQI komponentų vidurkiai ir jų standartiniai nuokrypiai pateikti 3 lentelėje.

3 lentelė. 7 PSQI komponentų vidurkiai ir jų standartiniai nuokrypiai

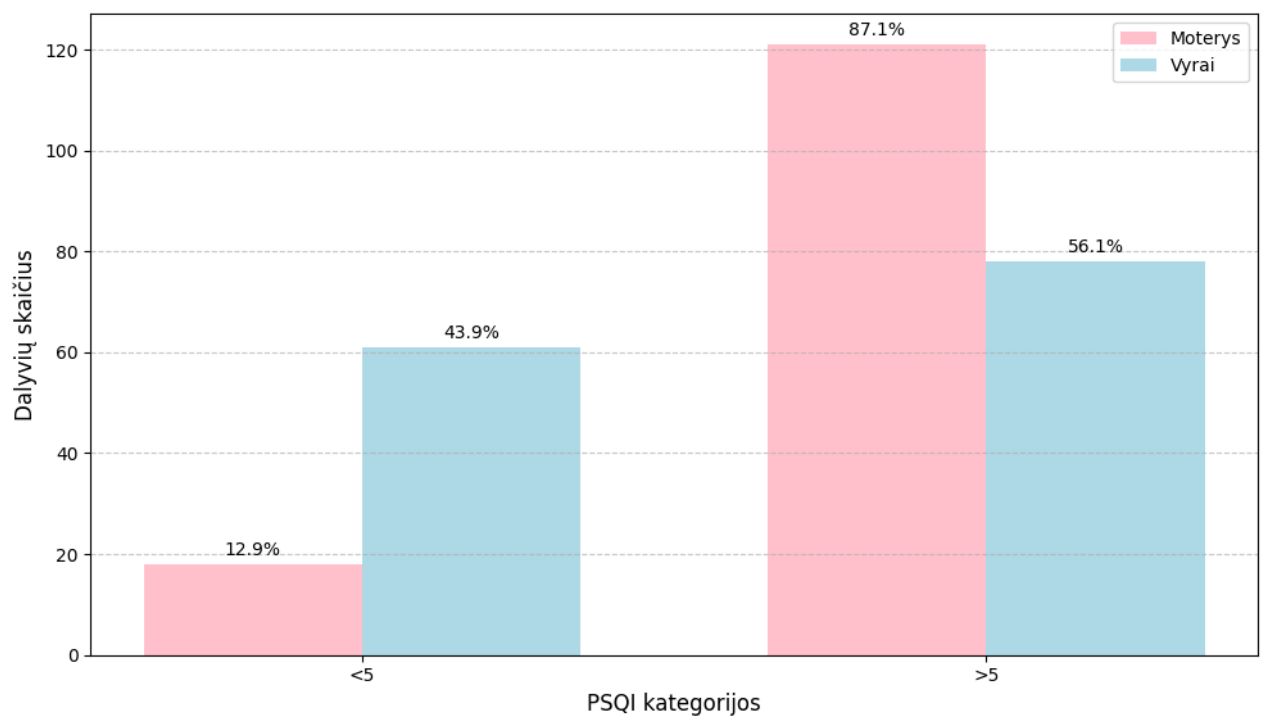
Komponentas	Moterys vidurkis	Moterys standartinis nuokrypis (SN)	Vyrai vidurkis	Vyrai standartinis nuokrypis (SN)
Įprastas miego efektyvumas	1,7	1,2	0,7	1,1
Subjektyvi miego kokybė	1,6	0,8	1,0	0,7
Miego latentiškumas	1,6	1,0	0,8	0,8
Miego trukmė	1,2	1,0	0,6	0,8
Miego trikdžiai	1,4	0,6	1,1	0,6
Miego medikamentų vartojimas	0,1	0,5	0,1	0,5
Dienos disfunkcija	1,3	0,9	0,8	0,8

Vienas iš PSQI klausimyne pateiktų klausimų buvo susijęs su subjektyviu pastarojo mėnesio miego kokybės įvertinimu. Tarp moterų 6,4 proc. (n=9) įvertino savo miegą kaip labai gerą, 44,3 proc. (n=62) – gerą, 35 proc. (n=49) – blogą, o 14,3 proc. (n=20) – labai blogą. Vyrų tarpe 21,4 proc. (n=30) pažymėjo savo miegą kaip labai gerą, 60 proc. (n=84) – gerą, 16,4 proc. (n=23) – blogą, o 2,1 proc. (n=3) – labai blogą.

Vidutiniškai moterys miegojo po 6,3 valandas (SN = 1,5) per naktį, o vyrai – po 7,3 valandas (SN=1,2). Minimali miego trukmė moterų grupėje buvo 2 valandos, o maksimali – 10 valandų. Tuo tarpu vyrų miego trukmė svyravo nuo 4 iki 10 valandų. Nepakankama miego trukmė (<7 valandų) buvo nustatyta 65,5 proc. moterų ir 22,3 proc vyrų.

Tyrimo dalyvavusios moterys pagal užmigimo trukmę pasiskirstė taip: užmiegančios per ≤15 minučių – 45,3 proc. (n=63), 16–30 minučių – 25,9 proc. (n=36), 31–60 minučių – 17,3 proc. (n=24), >60 minučių – 11,5 proc. (n=16). Vyrai pagal užmigimo trukmę pasiskirstė taip: užmiegantys per ≤15 minučių – 69 proc. (n=96), 16–30 minučių – 24,5 proc. (n=34), 31–60 minučių – 6,5 proc. (n=9), >60 minučių – 0 proc. (n=0).

Gera miego kokybė (PSQI ≤ 5) buvo nustatyta tik 12,9 proc. (n=18) tiriamųjų moterų ir 43,9 proc. (n=61) tiriamųjų vyrų. Bloga miego kokybė (PSQI > 5) nustatyta 87,1 proc. (n=121) moterų ir 56,1 proc. (n=78) vyrų. PSQI kategorijos pagal lytį pateiktos 2 paveikslėlyje.



2 pav. PSQI kategorijos pagal lytį

2020 m. atliktoje metanalizėje rašoma, kad prastos miego kokybės paplitimas tarp moterų po gimdymo siekė nuo 57,6–75,5 proc. [26]. 2023m atliktame tyrime prastą miego kokybę 6 mėnesius po gimdymo patyrė 67,8 proc. moterų [32]. 2024 m. atliktame tyrime, kuriame buvo tiriama vyrų miego kokybė po gimdymo, PSQI balai parodė, kad 59,83 proc. dalyvių miego kokybė buvo prasta ($PSQI > 5$), o 40,17 proc. – gera ($PSQI \leq 5$) [76].

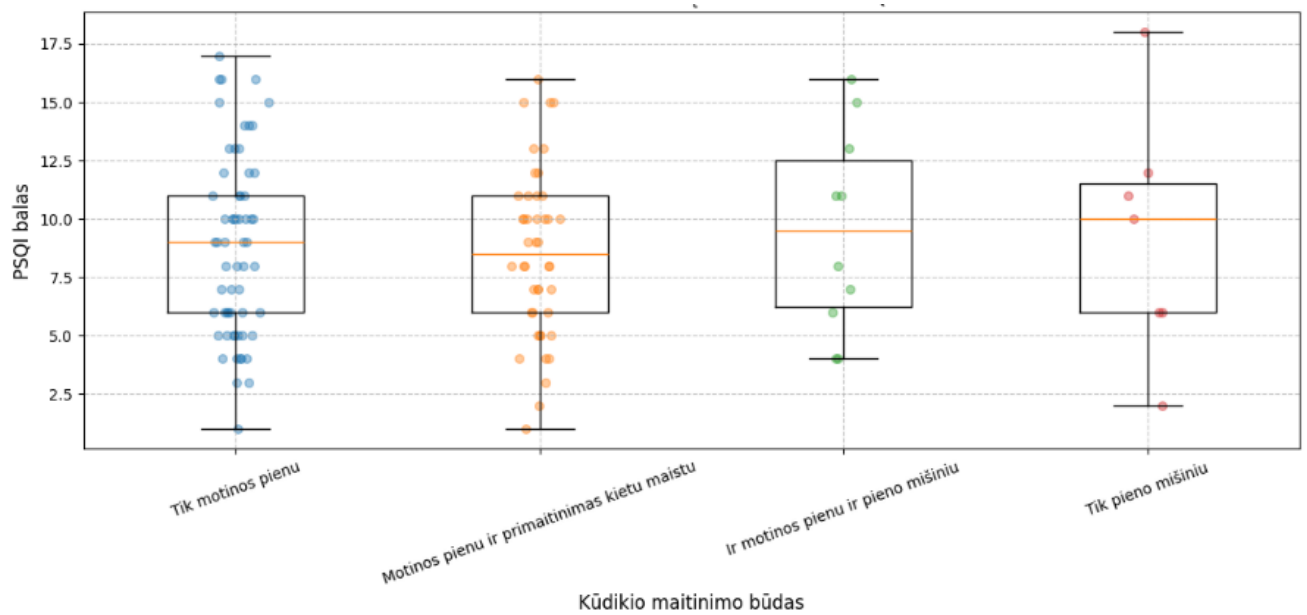
Atlikus PSQI (Pitsburgo miego kokybės indekso) palyginimą tarp lyčių, nustatyta, kad moterų vidutinis PSQI balas yra 8,84, o vyrų – 5,20.

T–testo rezultatas buvo $p=7,72 \times 10^{-17}$. Kadangi $p < 0,05$ tai rodo, kad moterys statistiškai reikšmingai patiria prastesnę miego kokybę nei vyrai.

7.4. Demografinių, psichosocialinių ir medicininių rodiklių įtaka PSQI balui.

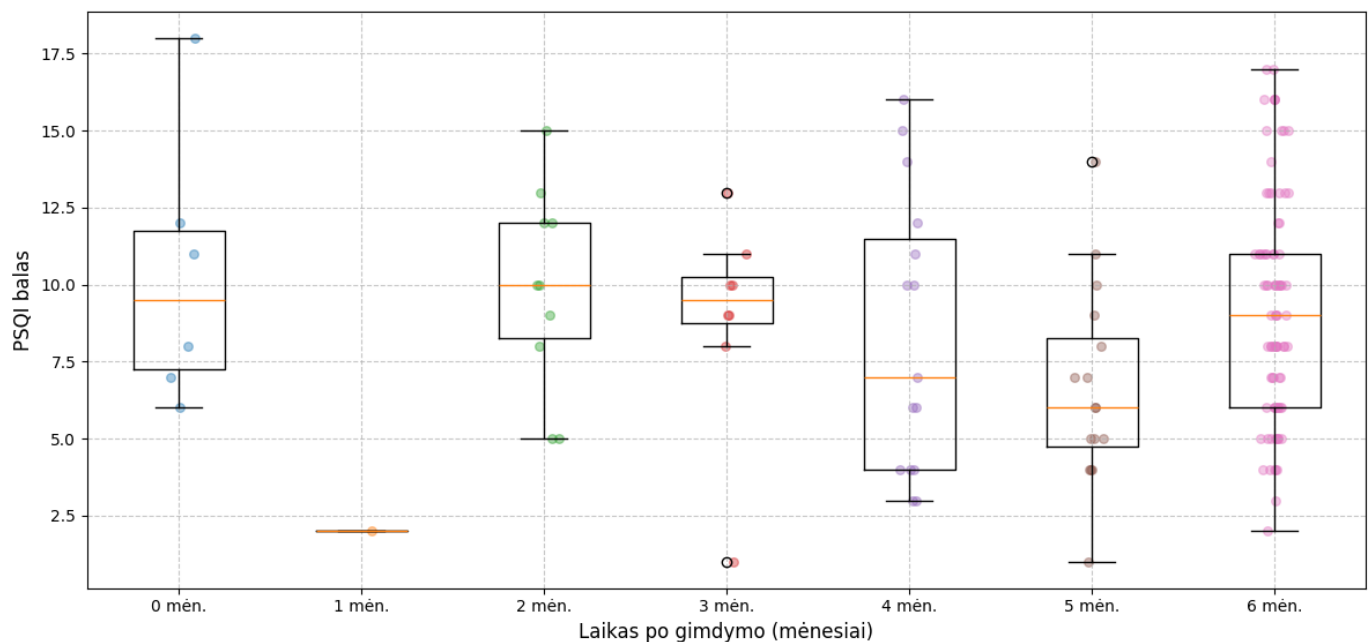
Surinkti duomenys rodo, kad motinos, kurios kūdikį maitino vien tik motinos pienu, turėjo panašią PSQI balo medianą kaip ir tos, kurios maitino motinos pienu bei papildomai primaitino kietu maistu. Tuo tarpu motinos, kurios naudojo mišrų maitinimą – derindamos motinos pieną su pieno mišiniu – bei moterys, kurios maitino vien tik pieno mišiniu, pasižymėjo platesniu PSQI balų pasiskirstymu. Žemiausia PSQI balo mediana, rodanti kiek geresnę miego kokybę (nors visų tirtų motinų mediana vis tiek viršijo 5, kas indikuoja prastą miego kokybę), buvo nustatyta tarp motinų, kurios maitino motinos pienu ir papildomai primaitino kietu maistu. Aukščiausia PSQI balo mediana buvo stebima tarp moterų, kurios maitino vien tik pieno mišiniu, kas gali rodyti prastesnę jų miego kokybę.

ANOVA testo rezultatas buvo $p=0,8918$. Kadangi $p > 0,05$ tai rodo, kad kūdikio maitinimo būdas nėra statistiškai reikšmingas motinos miego kokybei. Kūdikio maitinimo būdo įtaka motinos PSQI balui pateikta 3 paveikslėlyje.



3 pav. Kūdikio maitinimo būdo įtaka motinos PSQI balui.

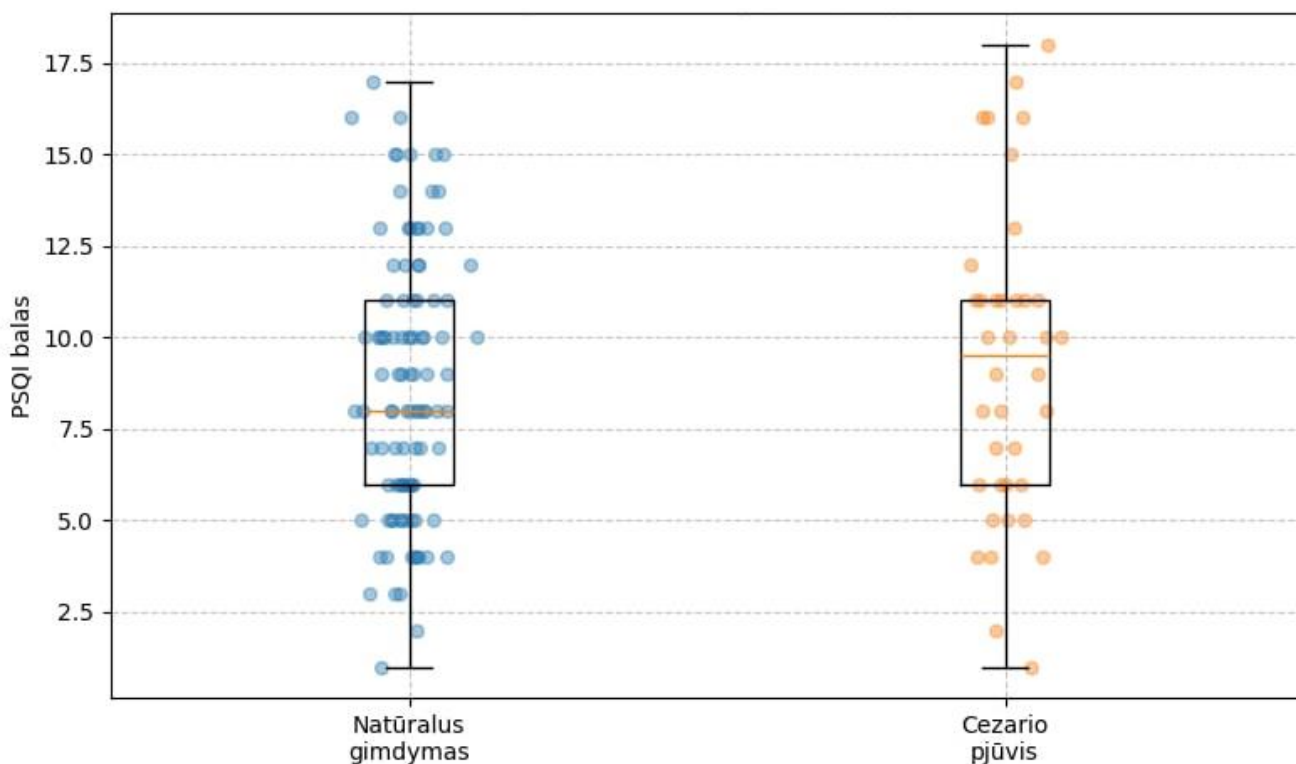
4 paveikslėlyje pateikiamas PSQI balų pasiskirstymas tarp moterų, kurios buvo skirtinguose pogimdyminio laikotarpio mėnesiuose apklausos metu. Pastebima, kad moterų, kurios buvo ką tik po gimdymo (0 mėn.), PSQI balai turi platesnį pasiskirstymą. Kitais mėnesiais balai svyruoja nevienodai – kai kuriuose mėnesiuose (pvz., 4 ir 6 mėn.) stebimas didesnis miego kokybės variabilumas. Tai gali atspindėti individualius motinų patiriamus iššūkius, kurie skirtingai veikia jų miegą skirtingais pogimdyminio laikotarpio etapais.



4 pav. Laikas po gimdymo ir PSQI balas

Duomenys rodo, kad moterų, kurios gimdė Cezario pjūvio būdu, PSQI balo mediana buvo šiek tiek didesnė nei tų, kurios gimdė natūraliu būdu. Pastebima, kad abi grupės turi panašų PSQI balų pasiskirstymą, tačiau Cezario pjūvio grupėje balai yra labiau išsibarstę, o kai kurios moterys turi ypač aukštus PSQI balus.

T–testo rezultatas buvo $p=0,4832$. Kadangi $p>0,05$ tai rodo, kad gimdymo būdas nėra statistiškai reikšmingas moterų miego kokybei. PSQI balo pasiskirstymas pagal gimdymo būdą pateiktas 5 paveikslėlyje.

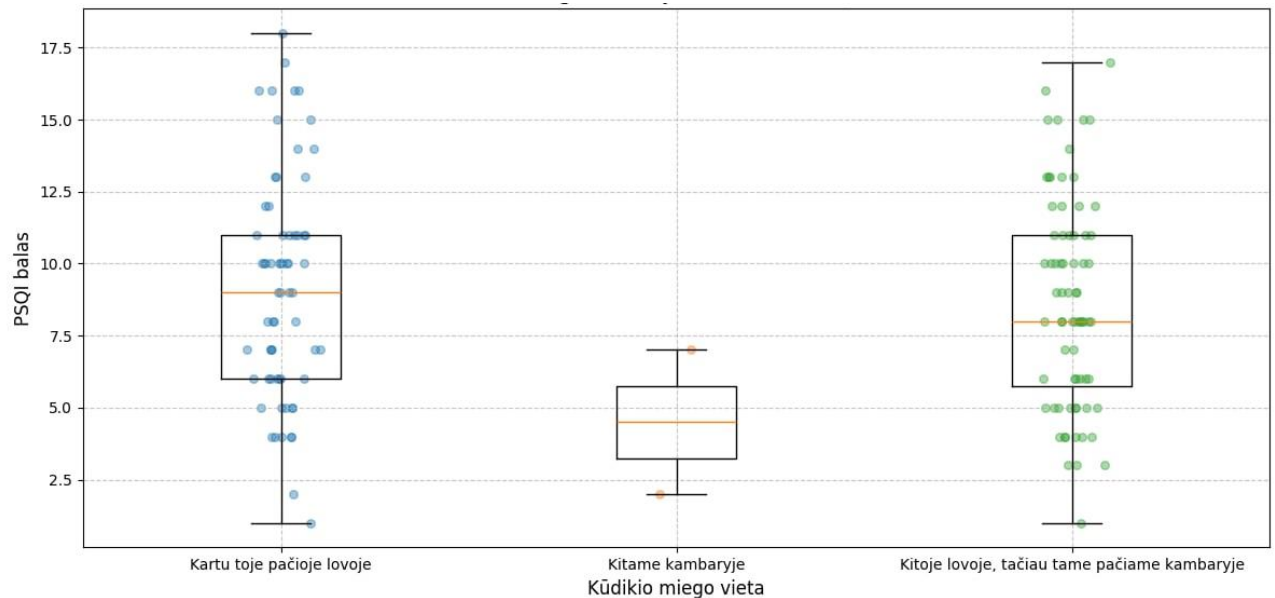


5 pav. PSQI balo pasiskirstymas pagal gimdymo būdą.

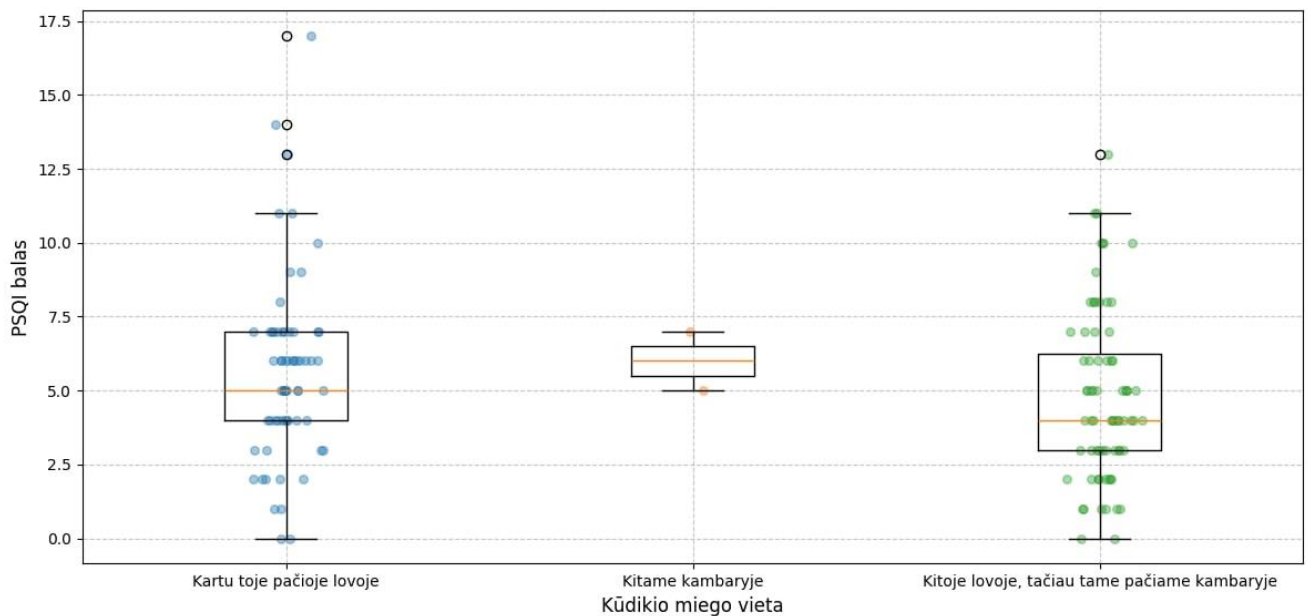
Moterų PSQI balai yra aukščiausi, kai kūdikis miega toje pačioje lovoje su jais. Vidutinė vertė viršija 8, o balų išsibarstymas yra platus. Kai kūdikis miega kitame kambaryje, motinų PSQI balai yra žemiausi – vidutinė reikšmė yra apie 5, ir pasiskirstymas yra siauresnis. Jei kūdikis miega atskiroje lovoje, bet tame pačiame kambaryje, PSQI balai yra tarp dviejų ankstesnių atvejų – maždaug mediana yra 7–8. Vyrai taip pat turi aukščiausius PSQI balus, kai kūdikis miega kartu jų lovoje, tačiau jų balai yra mažesni nei moterų (apie 5 vidutiniškai). Kai kūdikis miega kitame kambaryje, vyrų PSQI balai taip pat mažiausi (apie 4–5), tačiau jų pasiskirstymas nėra toks ekstremalus kaip moterų. Jei kūdikis miega atskiroje lovoje tame pačiame kambaryje, PSQI balai yra tarpiniai, tačiau mažesni nei moterų. Motinos turi aukštesnius PSQI balus visose kūdikio miego vietose, ypač kai kūdikis miega kartu toje pačioje lovoje. Motinoms kūdikio buvimas tame pačiame kambaryje arba lovoje labiau

blogina miego kokybę nei vyrams. Vyrai turi mažesnę rezultatų pasiskirstymą, reiškiantį stabilesnį miegą, nepriklausomai nuo kūdikio miego vietos.

ANOVA testu gautos p reikšmės buvo: $p=0,1888$ moterims ir $p=0,267$. Kadangi abiem lytims $p>0,05$ tai rodo, kad kūdikio miego vietos įtaka nėra statistiškai reikšmingai nei vyrų nei moterų miego kokybei. Kūdikio miego vietos įtaka motinos ir vyro PSQI balui pateikta 6 ir 7 paveikslėliuose.



6 pav. Kūdikio miego vietos įtaka motinos PSQI balui

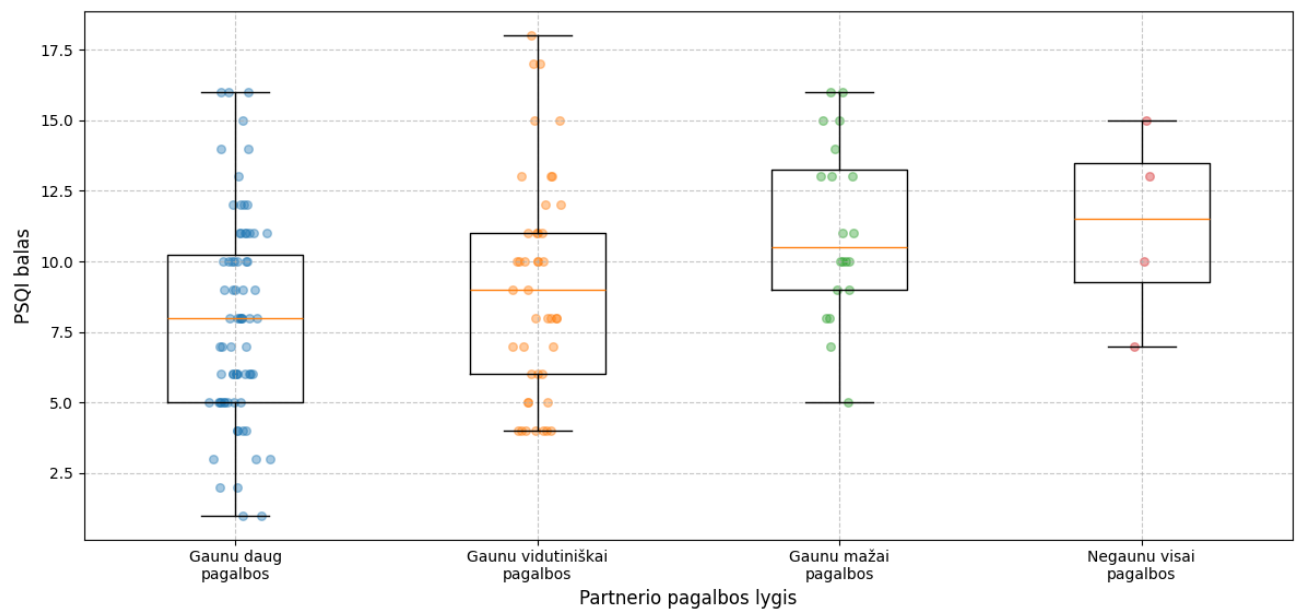


7 pav. Kūdikio miego vietos įtaka vyro PSQI balui

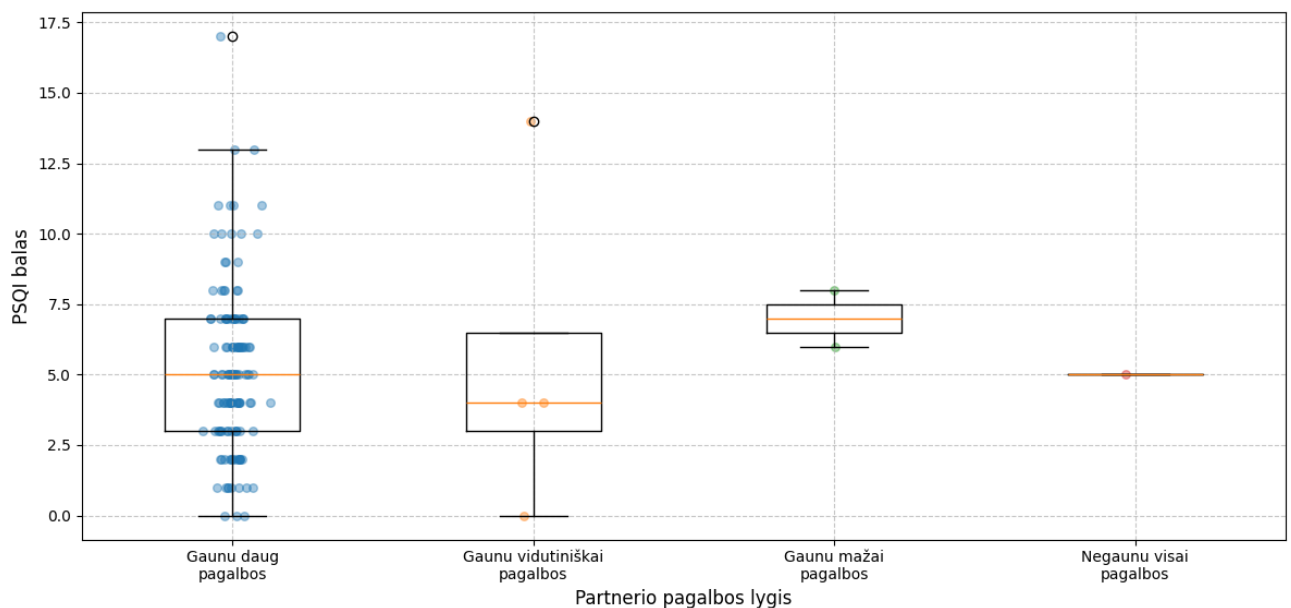
Tiriant partnerio ar artimųjų pagalbos reikšmę miego kokybei, pastebima, kad pagalbos lygis turi didesnę poveikį moterų nei vyrų PSQI balams. Moterų grupėje aiškiai matoma tendencija: kuo mažiau jos gauna pagalbos, tuo aukštesni PSQI balai, rodantys blogesnę miego kokybę. Moterys, kurios žymėjo, kad gauna daug pagalbos, turi mažiausius PSQI balus, o tos, kurios negauna jokios

pagalbos, turi aukščiausius balus. Tai rodo, kad didesnė pagalba iš partnerio ar artimųjų pagerina moterų miego kokybę. Vyrų grupėje PSQI balai mažiau priklauso nuo pagalbos lygio. Vyrų, kurie pažymėjo, kad gauna daug pagalbos, vistiek turi gana platų balų pasiskirstymą. Skirtumas tarp tų, kurie gauna mažai ar visai negauna pagalbos, nėra toks ryškus kaip moterų grupėje.

Bendrai lyginant abi grupes, galima teigti, kad moterų miego kokybė yra labiau priklausoma nuo partnerio ar artimųjų pagalbos – kuo mažiau jos gaunama, tuo prastesnė miego kokybė. Vyrų atveju ši įtaka yra silpnesnė, o jų miegas išlieka stabilesnis, nepriklausomai nuo pagalbos lygio. Partnerio ar artimųjų pagalbos įtaka moterų ir vyrų PSQI balui pateikta 8 ir 9 paveikslėliuose.



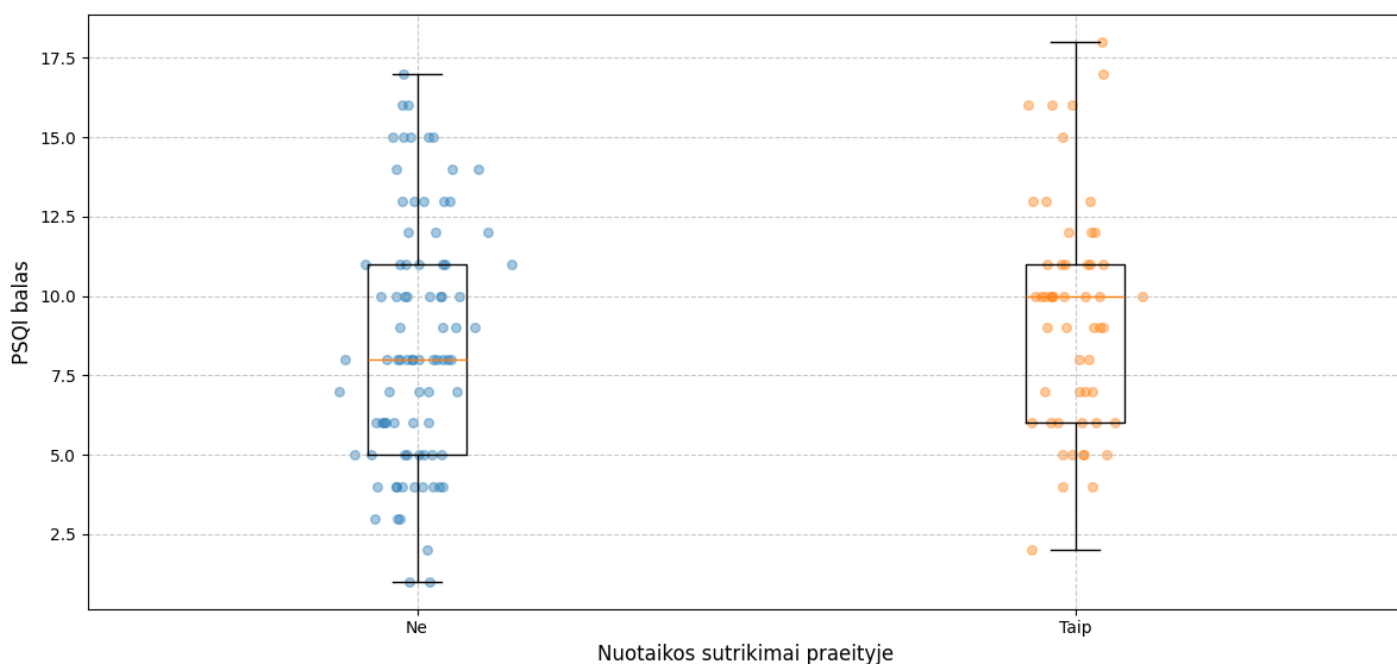
8 pav. Partnerio ar artimųjų pagalbos įtaka moterų PSQI balui



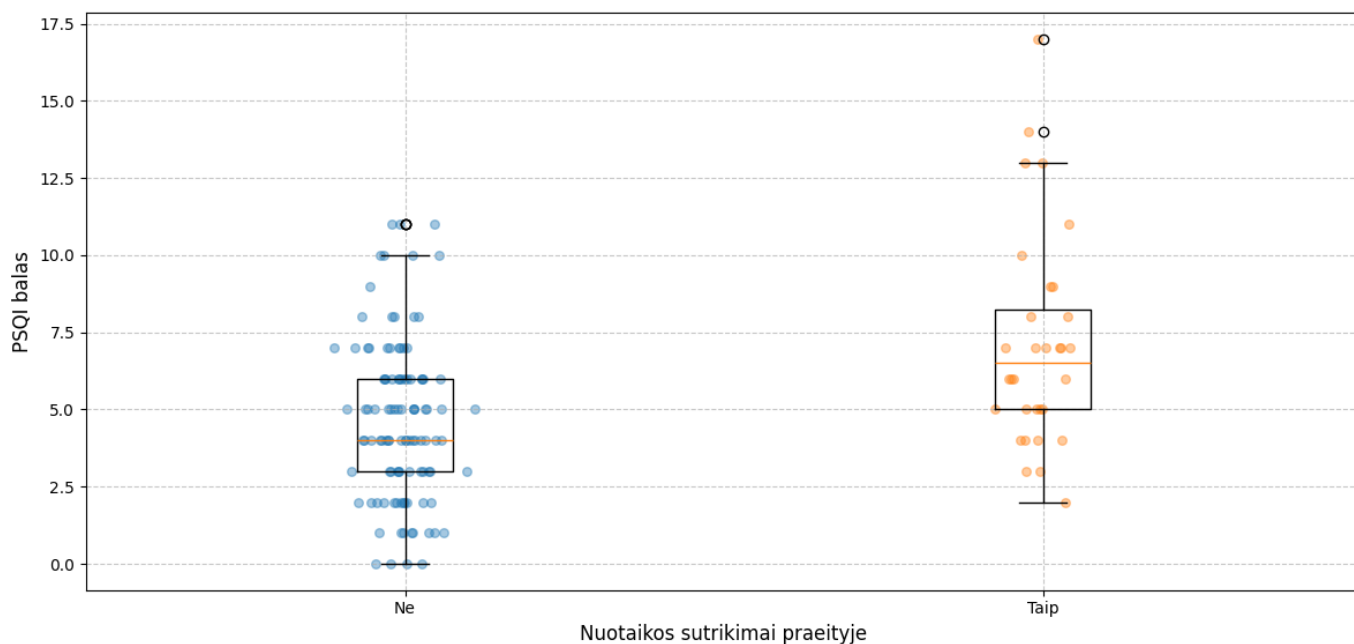
9 pav. Partnerio ar artimųjų pagalbos įtaka vyrų PSQI balui

Moterys, kurioms pasireiškė nuotaikos ar miego sutrikimai praeityje, turi aukštesnį PSQI balo medianą, tai rodo, kad jų miego kokybė pogimdyminiu laikotarpiu yra prastesnė nei moterų, kurios praeityje nebuvo turėjusios nuotaikos ar miego sutrikimų. Be to, tarp turėjusių nuotaikos sutrikimų moterų pastebimas didesnis duomenų išsibarstymas ir daugiau ekstremalių reikšmių. Vyrų grupėje taip pat pastebima, kad nuotaikos ar miego sutrikimų turėjusių vyrų PSQI balai yra aukštesni nei tų, kurie neturėjo nuotaikos ar miego sutrikimų. Tačiau vyrų grupėje skirtumas tarp dviejų kategorijų atrodo mažiau išreikštas nei moterų grupėje – abiejų kategorijų medianos yra artimesnės, o duomenų išsibarstymas yra mažesnis. Tačiau bendrai moterų, kurios praeityje patyrė nuotaikos ar miego sutrikimus ir tų, kurios praeityje nepatyrė, PSQI balai yra aukštesni nei vyrų grupėje, kurie praeityje patyrė ar nepatyrė nuotaikos ar miego sutrikimus.

T–testo rezultatas buvo $p=0,1618$ moterims. Kadangi $p>0,05$ tai rodo, kad nuotaikos ar miego pasireiškimas praeityje nėra statistiškai reikšmingas moterų miego kokybei. T–testo p reikšmė vyrams buvo $p=2,76 \times 10^{-5}$. Kadangi $p<0,05$ tai rodo, kad nuotaikos ar miego pasireiškimas praeityje yra statistiškai reikšmingas prastesnei miego kokybei tarp vyrų. Nuotaikos ar miego sutrikimų pasireiškimo praeityje įtaka moterų ir vyrų PSQI balui pateikiama 9 ir 10 paveikslėliuose.



9 pav. Nuotaikos ar miego sutrikimų praeityje įtaka motinos PSQI balui



10 pav. Nuotaikos ar miego sutrikimų praeityje įtaka vyro PSQI balui.

7.5. Neramių kojų sindromo skalės rezultatai

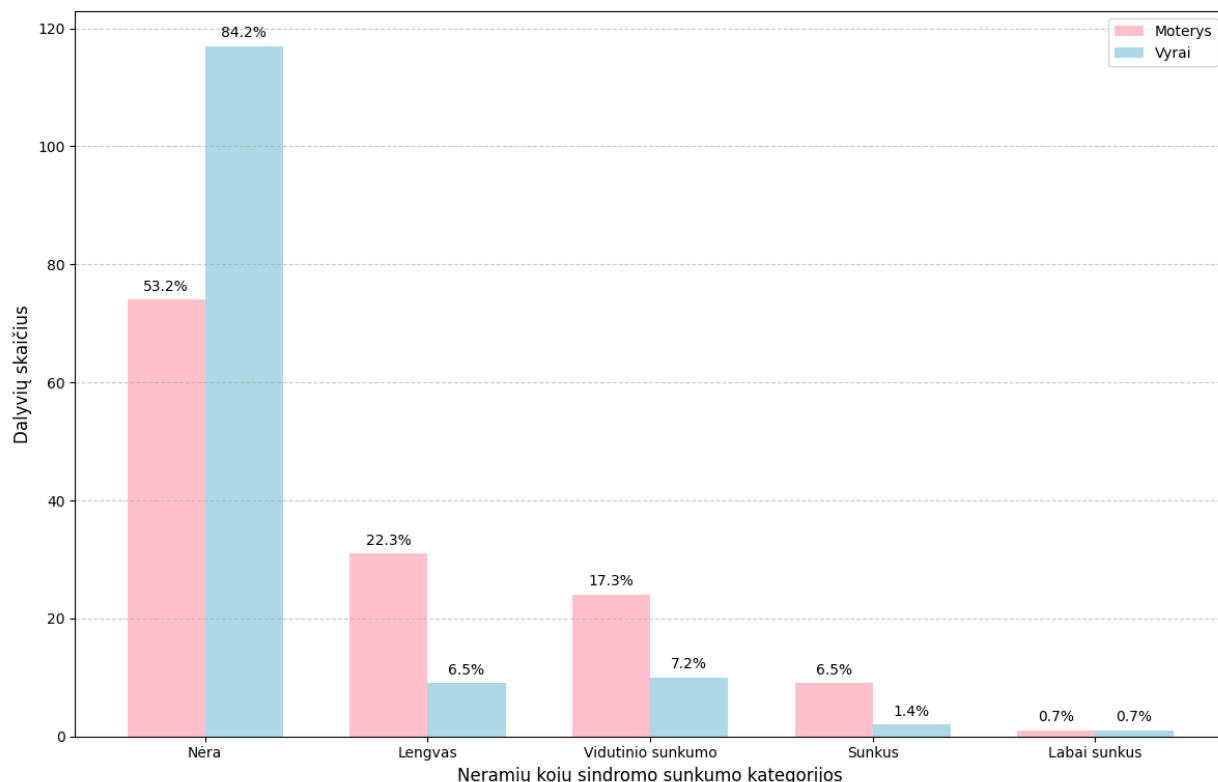
Tarptautinės neramių kojų sindromo skalės balų vidurkis tarp 139 moterų buvo 5,5 (SN=7,8), o tarp 139 vyrų – 1,9 (SN=5,32). Moterų grupėje minimalus surinktas balas buvo 0, maksimalus – 31, vyrų grupėje minimalus balas buvo 0, o maksimalus – 31.

Moterys dažniau nei vyrai patyrė neramių kojų sindromo simptomus: 46,8 proc. moterų (n=65) ir 15, 8 proc. vyrų (n=22) pasiekė klinikinę sindromo ribą (IRLS ≥ 1 balai).

2024 metais atliktame tyrime gauti rezultatai parodė, kad pogimdyminiu laikotarpiu, praėjus dviem mėnesiams po gimdymo, NKS paplitimas siekė 18,1 proc. Praėjus šešiems mėnesiams po gimdymo, NKS paplitimas sumažėjo iki 7,3 proc. [77].

Moterų ir vyrų grupėse sindromo sunkumo kategorijų pasiskirstymas buvo skirtingas. Moterų grupėje daugiau nei pusė dalyvių (53,2 proc., n=74) neturėjo sindromo (0 balų). Lengvas sindromas (1–10 balų) nustatytas 22,3 proc. (n=31) moterų, vidutinio sunkumo sindromas (11–20 balų) – 17,3 proc. (n=24), sunkus sindromas (21–30 balų) – 6,5 proc. (n=9), o labai sunkus sindromas (31–40 balų) pasitaikė tik 0,7 proc. (n=1) atvejų. Vyrų grupėje sindromo neturėjo didžioji dauguma dalyvių – 84,2 proc. (n=117). Lengvas sindromas (1–10 balų) nustatytas 6,5 proc. (n=9) vyrų, vidutinio sunkumo sindromas (11–20 balų) – 7,2 proc. (n=10), sunkus sindromas (21–30 balų) – 1,4 proc. (n=2), o labai sunkus sindromas (31–40 balų) – 0,7 proc. (n=1). Šie rezultatai rodo, kad moterų grupėje sindromo atvejų buvo daugiau ir jie dažniau pasiekė vidutinio bei didesnio sunkumo lygį,

lyginant su vyrų grupe. Tarptautinės neramių kojų sindromo skalės rezultatai ir sunkumo kategorijos pateiktos 11 paveikslėlyje.



11 pav. Neramių kojų sindromo rezultatai ir sunkumo kategorijos

Atlikus chi kvadrato testą, siekiant įvertinti NKS kategorijų skirtumus tarp lyčių, nustatyta, kad chi kvadrato p reikšmė – $1,91 \times 10^{-6}$. Kadangi $p < 0,05$, šie rezultatai rodo, kad skirtumai tarp vyrų ir moterų NKS kategorijose yra statistiškai reikšmingi. Tai leidžia daryti prielaidą, jog lytis gali būti svarbus veiksnys vertinant NKS paplitimą ar jo pasireiškimo ypatumus.

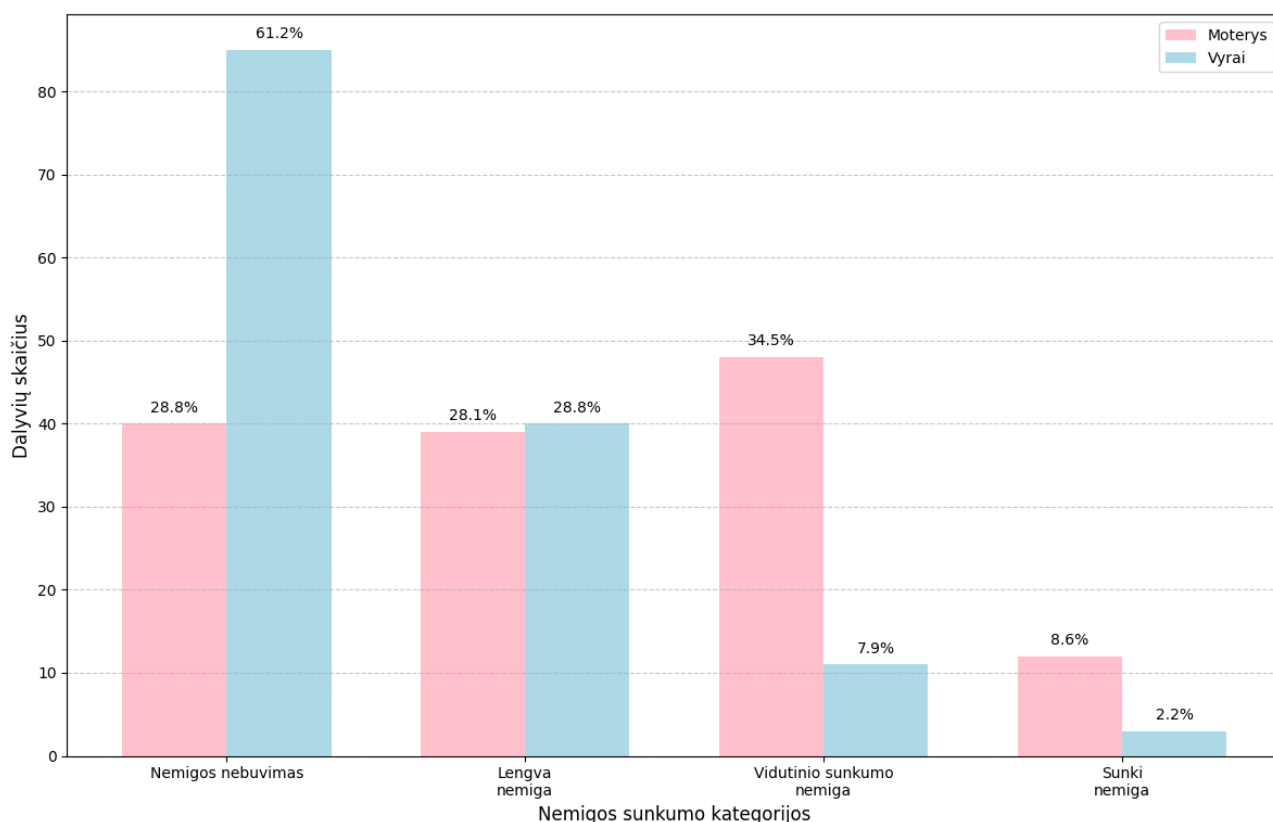
7.6. Atėnų nemigos skalės (AIS) rezultatai

Atėnų nemigos skalės (AIS) balų vidurkis tarp 139 dalyvavusių moterų buvo 8,6 (SN=4,8), o tarp 139 dalyvavusių vyrų – 4,9 (SN=4,0). Moterų grupėje mažiausias surinktas balų skaičius buvo 0, didžiausias – 23, tuo tarpu vyrų grupėje mažiausias balas taip pat buvo 0, o didžiausias – 21. Moterims nemigos simptomai pasireiškė dažniau nei vyrams: 71,2 proc. moterų ($n=99$) ir 38,8 proc. vyrų ($n=54$) pasiekė reikšmingą nemigos ribą ($AIS \geq 6$ balai).

Lyginant su kitomis šalimis, Etiopijoje nemigą patiria nuo 21,8 % iki 24 % moterų po gimdymo. Bendras nemigos rodiklis postnataliniu laikotarpiu tarp moterų gali svyruoti nuo 20,5 % iki 67,2 % [78]. 2023 metais atliktame tyrime nemigą 6 mėnesius po gimdymo patyrė 20,4 proc. moterų [32].

Kinijoje atliktame 2021 metais tyrime apie pogimdyminės nemigos paplitimą, gauti rezultatai parodė, kad pogimdyminę nemigą patyrė 8,2 proc. motinų ir 7,5 proc. tėčių [79].

Pagal nemigos sunkumo kategorijas pasiskirstymas moterų grupėje buvo: nemigos nebuvimas (0–5 balai) nustatytas 28,8 proc. moterų (n=40), lengva nemiga (6–9 balai) – 28,1 proc. (n=39), vidutinio sunkumo nemiga (10–15 balų) – 34,5 proc. (n=48), o sunki nemiga (16–24 balai) – 8,6 proc. (n=12). Vyrų grupėje nemigos pasiskirstymas buvo: nemigos nebuvimas (0–5 balai) nustatytas 61,2 proc. vyrų (n=85), lengva nemiga (6–9 balai) – 28,8 proc. (n=40), vidutinio sunkumo nemiga (10–15 balų) – 7,9 proc. (n=11), o sunki nemiga (16–24 balai) – 2,2 proc. (n=3). Procentinis pasiskirstymas pagal Atėnų nemigos skalės sunkumo nemigos kategorijas pateiktos 12 paveikslėlyje.



12 pav. Atėnų nemigos skalės rezultatai ir nemigos sunkumo kategorijos.

Atlikus chi kvadrato testą, siekiant įvertinti Atėnų nemigos skalės kategorijų skirtumus tarp lyčių, nustatyta p reikšmė – $1,01 \times 10^{-9}$. Kadangi $p < 0,05$, šie rezultatai rodo, jog skirtumai tarp vyrų ir moterų ANS kategorijose yra statistiškai reikšmingi. Tai leidžia manyti, kad lytis gali daryti įtaką nemigos sunkumo pasiskirstymui, o moterys ir vyrai šio sutrikimo simptomus patiria skirtingai.

Tyrimo privalumai apima kelis svarbius aspektus. Pavyko surinkti pakankamą imtį, kad tyrimo rezultatai galėtų būti laikomi statistiškai reikšmingais. Gauti rezultatai rodo, kad tiek vyrai, tiek moterys patiria įvairius miego sutrikimus pogimdyminiame laikotarpyje, o tai suteikia tyrimui

didelę reikšmę ir naudingumą. Pastebimi ryškūs skirtumai tarp lyčių: moterys dažniau kenčia nuo miego sutrikimų (nemigos, prastos miego kokybės ar neramių kojų sindromo). Tačiau vyrai taip pat susiduria su įvairiais miego sutrikimais postnataliniame laikotarpyje. Pasirinkti tyrimo metodai leidžia išsamiai įvertinti pogimdyminius miego sutrikimus tiek motinoms, tiek jų partneriams iki šešių mėnesių po gimdymo.

Tuo tarpu tyrimo trūkumai yra susiję su kai kuriais metodologiniais apribojimais. Vienas pagrindinių trūkumų – trūksta validuotos skalės, skirtos tirti pogimdyminius miego sutrikimus. Taip pat trūksta mokslinės literatūros apie pogimdyminius miego sutrikimų ypatumus, diagnostinio kodo paskyrimą ir gydymą. Dar didesnis mokslinės literatūros trūkumas stebimas, kai į tyrimą įtraukiami vyrai. Tai apsunkina šios srities tyrimų apžvalgą.

8. IŠVADOS

1. Motinų ir jų partnerių miego kokybė po gimdymo statistiškai reikšmingai skiriasi ($p < 0,05$) – moterys patiria dažnesnius miego sutrikimus: 87,1 proc. moterų ir 56,1 proc. vyrų nustatyta bloga miego kokybė, bei sunkesnius miego sutrikimus: vidutinis PSQI balas moterų grupėje buvo aukštesnis – 8,8 nei vyrų grupėje – 5,2.
2. Nustatyta, kad maitinimo būdas, gimdymo būdas, kūdikio miego vieta ir nuotaikų sutrikimų pasireiškimas praeityje nėra reikšmingas ($p > 0,05$) moterų miego kokybei.
3. Nustatyta, kad nuotaikų sutrikimų pasireiškimas praeityje reikšmingai ($p < 0,05$) įtakoja vyrų miego kokybę po vaiko gimimo.
4. Nustatyta, kad partnerio pagalba daugiau gerina moterų miego kokybę.
5. Moterys dažniau patiria neramių kojų sindromo ir nemigos simptomus (remiantis Atėnų Nemigos Skale) nei jų partneriai ir šie skirtumai tarp lyčių yra statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$).

9. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Nuolatinė stebėseną ir individualizuotos intervencijos. Remiantis literatūros apžvalga, pabrėžiama ilgalaikės miego sutrikimų stebėsenos svarba pogimdyminiu laikotarpiu ir poreikis prireikus nedelsiant taikyti individualizuotas pagalbos priemones, apimančias tiek nemedikamentinius, tiek medikamentinius metodus.
2. Tyrimų apie partnerių miego plėtrą. Atliktas tyrimas parodė, kad dauguma mokslinių studijų koncentruojasi į motinų miego sutrikimus. Todėl būtina didinti mokslinių tyrimų skaičių, analizuojančių vyrų miego kokybę po vaiko gimimo, siekiant geriau suprasti jų patirtis, miego problemas ir bendrą šeimos situaciją.

3. Išsamesni tyrimai apie pogimdyminius miego sutrikimus. Rekomenduojama skatinti mokslinius tyrimus, kurie gilinasi į šių sutrikimų specifinius ypatumus, prisideda prie jų diagnostikos standartizavimo (įskaitant diagnostinį kodavimą, palengvinantį taikymą klinikinėje praktikoje) ir vertina įvairių gydymo metodų veiksmingumą.
4. Dėmesys neramių kojų sindromui. Svarbu atkreipti ypatingą dėmesį į neramių kojų sindromą, kuris dažnai pasireiškia moterims pogimdyminiu laikotarpiu, ir užtikrinti savalaikį bei tinkamą šios būklės gydymą.
5. Specializuotos vertinimo skalės kūrimas ir validavimas. Yra poreikis parengti ir mokliškai patvirtinti (validuoti) specializuotą klausimyną ar vertinimo skalę, kuri būtų specifiškai pritaikyta ir tinkama tiksliai tirti bei vertinti miego sutrikimus pogimdyminiu laikotarpiu.

10. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Herring SJ, Yu D, Spaeth A, Pien G, Darden N, Riis V, ir kt. Influence of Sleep Duration on Postpartum Weight Change in Black and Hispanic Women. *Obes Silver Spring Md.* 2019 m. vasario;27(2):295–303.
2. Rosenbaum DL, Gillen MM, Markey CH. The importance of sleep and parity in understanding changes in weight and breastfeeding behavior among postpartum women. *Appetite.* 2022 m. kovo 1 d.;170:105889.
3. Streatfeild J, Smith J, Mansfield D, Pezzullo L, Hillman D. The social and economic cost of sleep disorders. *Sleep.* 2021 m. lapkričio 12 d.;44(11):zsab132.
4. Bhati S, Richards K. A Systematic Review of the Relationship Between Postpartum Sleep Disturbance and Postpartum Depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2015 m. gegužės 1 d.;44(3):350–7.
5. Gentile S, Fusco ML. Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Res.* 2017 m. birželio;252:325–32.
6. Glasser S, Lerner-Geva L. Focus on fathers: paternal depression in the perinatal period. *Perspect Public Health.* 2019 m. liepos;139(4):195–8.
7. Paulson JF, Bazemore SD, Goodman JH, Leiferman JA. The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. *Arch Womens Ment Health.* 2016 m. rugpjūčio;19(4):655–63.

8. Cook F, Giallo R, Petrovic Z, Coe A, Seymour M, Cann W, ir kt. Depression and anger in fathers of unsettled infants: A community cohort study. *J Paediatr Child Health*. 2017 m. vasario;53(2):131–5.
9. Jawabri KH, Raja A. Physiology, Sleep Patterns. StatPearls [Prieiga per internetą]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [žiūrėta 2025 m. gegužės 5 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551680/>
10. Counts TW. Number of births per year [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2025 m. vasario 2 d.]. Adresas: <https://www.theworldcounts.com/populations/world/births>
11. Sultan P, Sadana N, Sharawi N, Blake L, El-Boghdadly K, Falvo A, ir kt. Evaluation of Domains of Patient-Reported Outcome Measures for Recovery After Childbirth: A Scoping and Systematic Review. *JAMA Netw Open*. 2020 m. gegužės 1 d.;3(5):e205540.
12. Carlson K, Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum Depression. StatPearls [Prieiga per internetą]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [žiūrėta 2025 m. vasario 2 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
13. Sultan P, Guo N, Kawai M, Barwick FH, Carvalho B, Mackey S, ir kt. Prevalence and predictors for postpartum sleep disorders: a nationwide analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2023 m. gruodžio 31 d.;36(1):2170749.
14. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health*. 2019 m. balandžio 29 d.;15:1745506519844044.
15. Davies SM, Todd-Leonida BF, Fallon VM, Silverio SA. Exclusive Breastfeeding Duration and Perceptions of Infant Sleep: The Mediating Role of Postpartum Anxiety. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 m. balandžio 8 d.;19(8):4494.
16. Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, ir kt. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. 2013 m. gegužės;70(5):490–8.
17. Bathory E, Tomopoulos S. Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017 m. vasario;47(2):29–42.

18. Pennestri MH, Laganière C, Bouvette-Turcot AA, Pokhvisneva I, Steiner M, Meaney MJ, ir kt. Uninterrupted Infant Sleep, Development, and Maternal Mood. *Pediatrics*. 2018 m. gruodžio;142(6):e20174330.
19. Bayer JK, Hiscock H, Hampton A, Wake M. Sleep problems in young infants and maternal mental and physical health. *J Paediatr Child Health*. 2007 m.;43(1–2):66–73.
20. Pennestri MH, Burdayron R, Kenny S, Béliveau MJ, Dubois-Comtois K. Sleeping through the night or through the nights? *Sleep Med*. 2020 m. gruodžio;76:98–103.
21. Czeisler CA. Duration, timing and quality of sleep are each vital for health, performance and safety. *Sleep Health*. 2015 m. kovo;1(1):5–8.
22. Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. 2008 m. vasario;97(2):153–8.
23. Aksu S, Varol FG, Hotun Sahin N. Long-term postpartum health problems in Turkish women: prevalence and associations with self-rated health. *Contemp Nurse*. 2017 m. balandžio;53(2):167–81.
24. Sinai D, Tikotzky L. Infant sleep, parental sleep and parenting stress in families of mothers on maternity leave and in families of working mothers. *Infant Behav Dev*. 2012 m. balandžio;35(2):179–86.
25. Wilson N, Lee JJ, Bei B. Postpartum fatigue and depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019 m. kovo 1 d.;246:224–33.
26. Yang Y, Li W, Ma TJ, Zhang L, Hall BJ, Ungvari GS, ir kt. Prevalence of Poor Sleep Quality in Perinatal and Postnatal Women: A Comprehensive Meta-Analysis of Observational Studies. *Front Psychiatry*. 2020 m.;11:161.
27. OB-GYN M. What is Postpartum Insomnia? [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2025 m. gegužės 5 d.]. Adresas: <https://www.morelandobgyn.com/blog/what-is-postpartum-insomnia>
28. Leistikow N, Smith MH. The role of sleep protection in preventing and treating postpartum depression. *Semin Perinatol*. 2024 m. spalio;48(6):151947.

29. Gallaher KGH, Slyepchenko A, Frey BN, Urstad K, Dørheim SK. The Role of Circadian Rhythms in Postpartum Sleep and Mood. *Sleep Med Clin*. 2018 m. rugsējo;13(3):359–74.
30. McBean AL, Kinsey SG, Montgomery-Downs HE. Effects of a Single Night of Postpartum Sleep on Childless Women's Daytime Functioning. *Physiol Behav*. 2016 m. kovo 15 d.;156:137–47.
31. Smith CA, Hill E, Denejkina A, Thornton C, Dahlen HG. The effectiveness and safety of complementary health approaches to managing postpartum pain: A systematic review and meta-analysis. *Integr Med Res*. 2022 m. kovo;11(1):100758.
32. Okun ML, Lac A. Postpartum Insomnia and Poor Sleep Quality Are Longitudinally Predictive of Postpartum Mood Symptoms. *Psychosom Med*. 2023 m. spalio 1 d.;85(8):736–43.
33. Quin N, Lee JJ, Pinnington DM, Newman L, Manber R, Bei B. Differentiating perinatal Insomnia Disorder and sleep disruption: a longitudinal study from pregnancy to 2 years postpartum. *Sleep*. 2022 m. vasario 14 d.;45(2):zsab293.
34. Swanson LM, Kalmbach DA, Raglan GB, O'Brien LM. Perinatal Insomnia and Mental Health: A Review of Recent Literature. *Curr Psychiatry Rep*. 2020 m. spalio 26 d.;22(12):73.
35. Walker J, Muench A, Perlis ML, Vargas I. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I): A Primer. *Klin Spetsialnaia Psikhologiya Clin Psychol Spec Educ*. 2022 m.;11(2):123–37.
36. Felder JN, Epel ES, Neuhaus J, Krystal AD, Prather AA. Randomized controlled trial of digital cognitive behavior therapy for prenatal insomnia symptoms: effects on postpartum insomnia and mental health. *Sleep*. 2022 m.;45(2):zsab280.
37. Bei B, Pinnington DM, Quin N, Shen L, Blumfield M, Wiley JF, ir kt. Improving perinatal sleep via a scalable cognitive behavioural intervention: findings from a randomised controlled trial from pregnancy to 2 years postpartum. *Psychol Med*. 2023 m. sausio;53(2):513–23.
38. Quin N, Tikotzky L, Stafford L, Fisher J, Bei B. Preventing postpartum insomnia by targeting maternal versus infant sleep: a protocol for a randomized controlled trial (the Study for Mother-Infant Sleep „SMILE“). *Sleep Adv J Sleep Res Soc*. 2022 m.;3(1):zpab020.
39. Thomas KA, Burr RL, Spieker S. Light and maternal influence in the entrainment of activity circadian rhythm in infants 4-12 weeks of age. *Sleep Biol Rhythms*. 2016 m. liepos;14(3):249–55.

40. Burnham MM, Goodlin-Jones BL, Gaylor EE, Anders TF. Nighttime sleep-wake patterns and self-soothing from birth to one year of age: a longitudinal intervention study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002 m. rugsėjo;43(6):713–25.
41. Hall WA, Hutton E, Brant RF, Collet JP, Gregg K, Saunders R, ir kt. A randomized controlled trial of an intervention for infants' behavioral sleep problems. *BMC Pediatr*. 2015 m. lapkričio 13 d.;15:181.
42. Karakuş Selçuk A, Karaarslan D, Ergin E, Salgın E. The Effect of White Noise and Recorded Lullaby during Breastfeeding on Newborn Stress, Mother's Breastfeeding Success, and Comfort: A Randomized Controlled Trial. *J Pediatr Nurs* [Prieiga per internetą]. 2025 m. sausio 17 d. [žiūrėta 2025 m. kovo 7 d.]; Adresas: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596325000089>
43. Li X, Fang L, Guan L, Zhang J, Zheng M, Zhu D. The effects of light therapy on depression and sleep in women during pregnancy or the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav*. 2023 m. gruodžio;13(12):e3339.
44. Verma S, Quin N, Astbury L, Wellecke C, Wiley JF, Davey M, ir kt. Treating postpartum insomnia: a three arm randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy and light dark therapy. *Psychol Med*. 2023 m. rugsėjo;53(12):5459–69.
45. Kalmbach DA, Cheng P, O'Brien LM, Swanson LM, Sangha R, Sen S, ir kt. A randomized controlled trial of digital cognitive behavioral therapy for insomnia in pregnant women. *Sleep Med*. 2020 m. rugpjūčio;72:82–92.
46. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs - PMC [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2025 m. kovo 3 d.]. Adresas: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6866210/>
47. Miller MA, Mehta N, Clark-Bilodeau C, Bourjeily G. Sleep pharmacotherapy for common sleep disorders in pregnancy and lactation. *Chest*. 2020 m.;157(1):184–97.
48. Breastfeeding and maternal medication [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2025 m. kovo 7 d.]. Adresas: <https://www.who.int/publications/i/item/55732>
49. Diphenhydramine. Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Prieiga per internetą]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006 [žiūrėta 2025 m. kovo 7 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501878/>

50. Doxepin. Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Prieiga per internetą]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006 [žiūrėta 2025 m. kovo 7 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501181/>
51. Estazolam. Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Prieiga per internetą]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006 [žiūrėta 2025 m. kovo 7 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501750/>
52. Ramelteon. Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Prieiga per internetą]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006 [žiūrėta 2025 m. kovo 7 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500753/>
53. Temazepam. Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Prieiga per internetą]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006 [žiūrėta 2025 m. kovo 7 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501256/>
54. Trazodone. Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Prieiga per internetą]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006 [žiūrėta 2025 m. kovo 7 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501178/>
55. Zaleplon. Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Prieiga per internetą]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006 [žiūrėta 2025 m. kovo 7 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501264/>
56. Eszopiclone. Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Prieiga per internetą]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006 [žiūrėta 2025 m. kovo 7 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501218/>
57. Zolpidem. Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Prieiga per internetą]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006 [žiūrėta 2025 m. kovo 7 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501265/>
58. Vine T, Brown GM, Frey BN. Melatonin use during pregnancy and lactation: A scoping review of human studies. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. 2022 m.;44(3):342–8.
59. Madari S, Golebiowski R, Mansukhani MP, Kolla BP. Pharmacological Management of Insomnia. *Neurotherapeutics*. 2021 m. sausio;18(1):44–52.

60. M.S CW. Sleep Deprivation and New Parents [Prieiga per internetą]. Southern Iowa Mental Health Center. 2022 [žiūrėta 2025 m. balandžio 26 d.]. Adresas: <https://simhcottumwa.org/sleep-deprivation-and-new-parents/>
61. Sleep and tiredness after having a baby [Prieiga per internetą]. nhs.uk. 2020 [žiūrėta 2025 m. balandžio 26 d.]. Adresas: <https://www.nhs.uk/baby/support-and-services/sleep-and-tiredness-after-having-a-baby/>
62. Rusch HL, Rosario M, Levison LM, Olivera A, Livingston WS, Wu T, ir kt. The effect of mindfulness meditation on sleep quality: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann N Y Acad Sci.* 2019 m. birželio;1445(1):5–16.
63. Solodar J. Sleep hygiene: Simple practices for better rest [Prieiga per internetą]. Harvard Health. 2025 [žiūrėta 2025 m. balandžio 26 d.]. Adresas: <https://www.health.harvard.edu/staying-healthy/sleep-hygiene-simple-practices-for-better-rest>
64. Sasaki N, Yasuma N, Obikane E, Narita Z, Sekiya J, Inagawa T, ir kt. Psycho-educational interventions focused on maternal or infant sleep for pregnant women to prevent the onset of antenatal and postnatal depression: A systematic review. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2020 m. gruodžio 19 d.;41(1):2.
65. Yang CL, Chen CH. Effectiveness of aerobic gymnastic exercise on stress, fatigue, and sleep quality during postpartum: A pilot randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2018 m. sausio;77:1–7.
66. Wu J, Einerson B, Shaw JM, Nygaard IE, Sheng X, Wolpern A, ir kt. Association between sleep quality and physical activity in postpartum women. *Sleep Health.* 2019 m. gruodžio;5(6):598–605.
67. Silber MH, Buchfuhrer MJ, Earley CJ, Koo BB, Manconi M, Winkelman JW, ir kt. The Management of Restless Legs Syndrome: An Updated Algorithm. *Mayo Clin Proc.* 2021 m. liepos 1 d.;96(7):1921–37.
68. Levodopa. Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Prieiga per internetą]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006 [žiūrėta 2025 m. kovo 16 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501337/>

69. Oxycodone. Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Prieiga per internetą]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006 [žiūrėta 2025 m. kovo 16 d.]. Adresas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501245/>
70. TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2025 m. kovo 3 d.]. Adresas: <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>
71. ICD-11 Mapping Tool [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2025 m. kovo 3 d.]. Adresas: <https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/mapping-tool>
72. DSM-5 Diagnostic Codes [Prieiga per internetą]. Psych Central. 2016 [žiūrėta 2025 m. kovo 3 d.]. Adresas: <https://psychcentral.com/disorders/dsm-iv-diagnostic-codes>
73. Shahid A, Wilkinson K, Marcu S, Shapiro CM. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Shahid A, Wilkinson K, Marcu S, Shapiro CM, sudarytojai. STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales [Prieiga per internetą]. New York, NY: Springer New York; 2011 [žiūrėta 2025 m. kovo 16 d.]. p. 279–83. Adresas: https://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-9893-4_67
74. Shahid A, Wilkinson K, Marcu S, Shapiro CM. Athens Insomnia Scale (AIS). Shahid A, Wilkinson K, Marcu S, Shapiro CM, sudarytojai. STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales [Prieiga per internetą]. New York, NY: Springer New York; 2011 [žiūrėta 2025 m. kovo 16 d.]. p. 53–4. Adresas: https://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-9893-4_5
75. Shahid A, Wilkinson K, Marcu S, Shapiro CM. International Restless Legs Syndrome Study Group Rating Scale. Shahid A, Wilkinson K, Marcu S, Shapiro CM, sudarytojai. STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales [Prieiga per internetą]. New York, NY: Springer New York; 2011 [žiūrėta 2025 m. kovo 16 d.]. p. 195–202. Adresas: https://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-9893-4_44
76. Khamsaen N, Deeluea J, Sansiriphun N. Sleep Quality and Related Factors Among First-Time Fathers in Chiang Mai Province, Thailand. Nurs J CMU. 2024 m.;51(2):227–40.
77. Lepuzanovic M, Sinanovic O, Aziraj-Smajic V, Kapic D, Basagic E, Muftic M. Prevalence of restless legs syndrome during pregnancy and postpartum period. J Perinat Med. 2024 m. spalio 28 d.;52(8):852–7.
78. Alemu SS, Wedajo LF, Gezimu W, Geda B, Jarso MH. Prevalence of insomnia and associated factors among postpartum mothers in Mattu City, Southwest Ethiopia: a community-based study. BMC Psychiatry. 2024 m. gruodžio 4 d.;24(1):884.

79. Huang M, Wang D, Zhang Y, Li M, Li H, Zhang X, ir kt. The association of parental insomnia symptoms with adolescent insomnia and depressive symptoms: A child–parent dyad study. *Sleep Med.* 2025 m. balandžio 1 d.;128:103–9.

11. PRIEDAI

Priedas Nr. 1

Išrašas



**VILNIAUS UNIVERSITETO
MEDICINOS FAKULTETO
MOKSLINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS**

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2024-11-18 Nr. (1.7 E) 150000-KT-456
Vilnius

El. balsavimas vyko 2024 m. lapkričio 13-18 d.

Posėdžio pirmininkas VU MF SMI Slaugos katedros vadovė prof. dr. Natalja Istomina

Posėdyje dalyvavo: VU MF SMI Slaugos katedros asist. dr. Aldona Mikaliūkštienė, VU MF SMI Visuomenės katedros asistentė dr. Jelena Stanislavovienė, VU MF SMI Sveikatos etikos, teisės ir istorijos centro docentė dr. Aistė Bartkienė, VU MF SMI Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros docentė dr. Aurelija Šidlauskienė, VU MF SMI Optometrijos katedros docentas dr. Saulius Galgauskas, VU MF KMI Akušerijos ir ginekologijos klinikos docentė dr. Diana Bužinskienė, VU MF KMI Anesteziologijos ir reanimatologijos klinikos jaun. asistentas Vaidas Vicka, VU MF BMI Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedros lektorė Rūta Morkūnienė, VU MF BMI Fiziologijos, biochemijos, mikrobiologijos ir laboratorinės medicinos katedros asistentė dr. Inga Bikulčienė, VU MF Odontologijos instituto docentė dr. Rasmūtė Manelienė. Kvorumas priimti sprendimus buvo, nes posėdyje dalyvavo 11 narių iš 11.

1. SVARSTYTA. Medicinos vientisųjų studijų šešto kurso studentės Neringos Virakas baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento vertinimas.

NUTARTA. Studentės Neringos Virakas baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento turinys neprieštaruoja vykdomojo tyrimo etikos normoms ir VU MF Mokslinių tyrimų etikos komitetas pritaria tyrimo instrumento naudojimui, pakoregavus tyrimo protokolą pagal teiktas Komiteto pastabas (pastabas siunčia Komiteto sekretorius elektroniniu laišku darbo tyrėjui ir vadovui).

VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto
pirmininkė

prof. dr. Natalja Istomina

Posėdžio sekretorė

Greta Zambžickaitė

Priedas Nr. 2

DEMOGRAFINIAI, PSICHOSOCIALINIAI IR MEDICININIAI DUOMENYS

Ši klausimyno dalis skirta motinai.

1. Jūsų amžius? _____
2. Ar tai jūsų pirmas kūdikis?
 - a) Taip
 - b) Ne
3. Kiek laiko praėjo po gimdymo (mėnesiai)?
 - a) Mažiau nei 1
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3
 - e) 4
 - f) 5
 - g) 6
4. Kaip vertinate gaunamą pagalbą prižiūrint kūdikį iš vyro/partnerio ar kitų artimųjų?
 - a) Gaunu daug pagalbos
 - b) Gaunu vidutiniškai pagalbos
 - c) Gaunu mažai pagalbos
 - d) Negaunu visai pagalbos
5. Kur miega jūsų kūdikis?
 - a) Kartu toje pačioje lovoje
 - b) Kitoje lovoje, tačiau tame pačiame kambaryje
 - c) Kitame kambaryje
6. Ar praityje esate turėjusi nuotaikos ar miego sutrikimų?

a) Taip

b) Ne

7. Jei į ankstesnį klausimą (6.) pažymėjote "Taip", kokių nuotaikos sutrikimų esate turėjusi?

a) Depresijos epizodas

b) Manijos epizodas

c) Panikos priepuoliai

d) Nerimo sutrikimas

e) Miego sutrikimai

f) Kita_____

8. Kokiu būdu pagimdėte?

a) Natūraliu būdu

b) Per Cezario pjūvio operaciją

9. Kuo šiuo metu jūsų kūdikis maitinamas?

a) Tik motinos pienu

b) Tik pieno mišiniu

c) Ir motinos pienu ir pieno mišiniu

d) Motinos pienu ir primaitinimas kietu maistu

e) Pieno mišiniu ir primaitinimas kietu maistu

11. Ar bandėte gerinti savo miego kokybę?

a) Taip

b) Ne

13. Ar jūsų kūdikis turi sveikatos problemų?

a) Taip

b) Ne

Ši klausimyno dalis skirta tėvui.

1. Jūsų amžius? _____
2. Ar tai jūsų pirmas kūdikis?
 - a) Taip
 - b) Ne
3. Kaip vertinate gaunamą pagalbą prižiūrint kūdikį iš žmonos/partnerės ar kitų artimųjų?
 - a) Gaunu daug pagalbos
 - b) Gaunu vidutiniškai pagalbos
 - c) Gaunu mažai pagalbos
 - d) Negaunu visai pagalbos
4. Ar praeityje esate turėjęs nuotaikos sutrikimų?
 - a) Taip
 - b) Ne
5. Jei į ankstesnį klausimą (4.) pažymėjote "Taip", kokių nuotaikos sutrikimų esate turėjęs?
 - a) Depresijos epizodas
 - b) Manijos epizodas
 - c) Panikos priepuoliai
 - d) Nerimo sutrikimas
 - e) Miego sutrikimai
 - f) Kita _____
6. Ar bandėte gerinti savo miego kokybę?
 - a) Taip
 - b) Ne

Priedas Nr. 3

KLAUSIMYNAS PITSBURGO MIEGO KOKYBĖS INDEKSUI NUSTATYTI

Skalė išversta iš anglų kalbos (vertimas – autoriaus), paremta Dr. Daniel Buysse, Dr. Charles Reynolds, Dr. Timothy Monk, Dr. Susan Berman, and Dr. David Kupfer, 1989.

Žemiau pateikti klausimai (1-10) siejasi tik su praėjusio mėnesio miegu. Jūsų atsakymai turėtų atspindėti daugumą praėjusio mėnesio dienų ir naktų. Prašome atsakyti į visus klausimus.

1. Koku metu per pastarąjį mėnesį dažniausiai eidavote miegoti naktį?

MIEGO LAIKAS _____

2. Per kiek laiko (minutėmis) per pastarąjį mėnesį paprastai užmigdavote kiekvieną naktį?

MINUTĖS _____

3. Kelintą valandą paprastai pabudavote ryte per pastarąjį mėnesį?

PABUDIMO LAIKAS _____

4. Kiek valandų vidutiniškai per pastarąjį mėnesį iš tikrųjų miegojote per naktį?

MIEGO VALANDOS _____

(atsakymas nebūtinai turi sutapti su buvimo lovoje trukme)

5. Kaip dažnai per praėjusį mėnesį Jūs blogai miegojote dėl to, kad.....

- a) negalėdavote užmigti per 30 min.

- ☐ Nė karto per mėnesį
- ☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę
- ☐ 1 ar 2 kartus per savaitę
- ☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

- b) atsibudavote vidury nakties ar anksti ryte

- ☐ Nė karto per mėnesį
- ☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę
- ☐ 1 ar 2 kartus per savaitę
- ☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

c) turėdavote pasinaudoti tualetu

- ☐ Nė karto per mėnesį
- ☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę
- ☐ 1 ar 2 kartus per savaitę
- ☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

d) negalėdavote laisvai kvėpuoti

- ☐ Nė karto per mėnesį
- ☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę
- ☐ 1 ar 2 kartus per savaitę
- ☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

e) kosėdavote ar garsiai knarkdavote

- ☐ Nė karto per mėnesį
- ☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę
- ☐ 1 ar 2 kartus per savaitę
- ☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

f) būdavo per šalta

- ☐ Nė karto per mėnesį
- ☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę
- ☐ 1 ar 2 kartus per savaitę
- ☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

g) būdavo per karšta

- ☐ Nė karto per mėnesį
- ☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę
- ☐ 1 ar 2 kartus per savaitę
- ☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

h) turėdavote blogus sapnus

- ☐ Nė karto per mėnesį
- ☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę
- ☐ 1 ar 2 kartus per savaitę
- ☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

i) jausdavote skausmą

- ☐ Nė karto per mėnesį
- ☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę
- ☐ 1 ar 2 kartus per savaitę
- ☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

j) būdavo kitų priežasčių

- ☐ Nė karto per mėnesį
- ☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę
- ☐ 1 ar 2 kartus per savaitę
- ☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

6. Kaip Jūs bendrai įvertintumėte savo praėjusio mėnesio miego kokybę?

- ☐ Labai gerai
- ☐ Gerai
- ☐ Blogai
- ☐ Labai blogai

7. Kaip dažnai per praėjusį mėnesį vartojote vaistų miegui gerinti (išrašytų gydytojo ar vaistinėje parduodamų be recepto)?

- ☐ Nė karto per mėnesį
- ☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę
- ☐ 1 ar 2 kartus per savaitę
- ☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

8. Kaip dažnai per praėjusį mėnesį Jums būdavo sunku išlikti budriam vairuojant automobilį, valgant, dalyvaujant socialinėje veikloje?

- ☐ Nė karto per mėnesį
- ☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę
- ☐ 1 ar 2 kartus per savaitę
- ☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

9. Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį turėjote per mažai entuziazmo atlikti darbus?

- ☐ Nebuvo problemos
- ☐ Nedidelė problema
- ☐ Didelė problema
- ☐ Labai didelė problema

10. Ar miegate su kuo nors vienoje lovoje ar kambaryje?

- ☐ Nėra partnerio
- ☐ Partneris miega tame pačiame kambaryje, bet kitoje lovoje
- ☐ Partneris miega kitame kambaryje
- ☐ Partneris miega toje pačioje lovoje

11. Jei turite partnerį, paklauskite, kaip dažnai Jūs:

a) garsiai knarkėte

- ☐ Nė karto per mėnesį
- ☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę
- ☐ 1 ar 2 kartus per savaitę
- ☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

b) kvėpavote su ilgomis pauzėmis tarp įkvėpimų

- ☐ Nė karto per mėnesį
- ☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę
- ☐ 1 ar 2 kartus per savaitę

☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

c) trūkčiojo kojos miego metu

☐ Nė karto per mėnesį

☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę

☐ 1 ar 2 kartus per savaitę

☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

d) blaškėtės lovoje, būdavote dezorientuota / dezorientuotas, sutrikusi / sutrikęs

☐ Nė karto per mėnesį

☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę

☐ 1 ar 2 kartus per savaitę

☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

e) jums kilo kitų sunkumų miegant

☐ Nė karto per mėnesį

☐ Mažiau nei 1 kartą per savaitę

☐ 1 ar 2 kartus per savaitę

☐ 3 ar daugiau kartų per savaitę

Priedas Nr. 4

TARPTAUTINĖ NERAMIŲ KOJŲ SINDROMO (NKS) VERTINIMO SKALĖ

Lietuviška skalės versija, paremta The International Restless Legs Syndrome Study Group, 2003.

Jūsų atsakymai turėtų atspindėti praėjusios savaitės simptomus. Prašome atsakyti į visus klausimus.

1. Ar jaučiate nepatogumą kojose ir rankose dėl NKS?
 - ☐ Labai sunkus
 - ☐ Sunkus
 - ☐ Vidutinis
 - ☐ Lengvas
 - ☐ Nėra
2. Kaip vertinate poreikį judinti galūnes dėl NKS?
 - ☐ Labai dažnas
 - ☐ Dažnas
 - ☐ Vidutinis
 - ☐ Retas
 - ☐ Nėra
3. Ar palengvėja nepatogumas rankose ir kojose dėl NKS jas judinant?
 - ☐ Nėra palengvėjimo
 - ☐ Nežymiai palengvėja
 - ☐ Vidutiniškai palengvėja
 - ☐ Beveik išnyksta
 - ☐ Nėra NKS simptomų
4. Kaip vertinate miego sutrikimus dėl NKS simptomų?
 - ☐ Labai sunkūs

- ☐ Sunkūs
- ☐ Vidutiniai
- ☐ Lengvi
- ☐ Nėra

5. Kaip vertinate nuovargį ir mieguistumą dienos metu dėl NKS simptomų?

- ☐ Labai didelis
- ☐ Didelis
- ☐ Vidutinis
- ☐ Mažas
- ☐ Nėra

6. Kaip iš viso vertinate savo NKS simptomus?

- ☐ Labai sunkūs
- ☐ Sunkūs
- ☐ Vidutiniai
- ☐ Lengvi
- ☐ Nėra

7. Kaip dažnai Jus vargina NKS simptomai?

- ☐ Labai dažnai
- ☐ Dažnai
- ☐ Kartais
- ☐ Retkarčiais
- ☐ Niekada

8. Kai jaučiate NKS simptomus, kokio sunkumo jie yra?

- ☐ Labai sunkūs
- ☐ Sunkūs

☐ Vidutiniai

☐ Lengvi

☐ Nėra

9. Kaip NKS simptomai įtakoja Jūsų veiklą dienos metu (pvz., šeimoje, namuose, darbe)?

☐ Labai žymiai

☐ Žymiai

☐ Vidutiniškai

☐ Mažai

☐ Visiškai neįtakoja

10. Kaip vertinate nuotaikos sutrikimus dėl NKS simptomų (pvz., pyktis, depresija, liūdesys, nerimas, dirglumas)?

☐ Labai sunkūs

☐ Sunkūs

☐ Vidutiniai

☐ Lengvi

☐ Nėra

Priedas Nr. 5

ATÈNŲ NEMIGOS SKALÈ (AIS)

Skalè išversta iš anglų kalbos (vertimas – autoriaus), paremta Soldatos, C. R., Dikeos, D.G., & Paparrigopoulos, T.J. (2000).

Pažymėkite atsakymą, atitinkantį toliau išvardytus simptomus, jei šie simptomai per pastarąjį mėnesį pasireiškė bent tris kartus per savaitę.

1. Užmigimas atsigulus į lovą ir išjungus šviesą:

- ☐ Greitai
- ☐ Šiek tiek uždelstas
- ☐ Uždelstas
- ☐ Labai vėluojantis arba nemiga visą naktį

2. Pabudimas naktį:

- ☐ Nepasitaiko
- ☐ Retkarčiais
- ☐ Dažnai
- ☐ Labai dažnai arba nemiga visą naktį

3. Pabudimas ryte anksčiau, nei planuota:

- ☐ Numatytu laiku
- ☐ Šiek tiek anksčiau
- ☐ Daug anksčiau
- ☐ Daug anksčiau arba nemiga visą naktį

4. Bendras miego laikas:

- ☐ Pakankamas
- ☐ Šiek tiek nepakankamas

- ☐ Aiškiai nepakankamas
- ☐ Visiškai nepakankamas arba nemiga visą naktį

5. Miego kokybė, neatsižvelgiant į trukmę:

- ☐ Patenkinama
- ☐ Šiek tiek nepatenkinama
- ☐ Ryškiai nepatenkinama
- ☐ Visiškai nepatenkinama

6. Savijautos vertinimas kitą dieną:

- ☐ Gera
- ☐ Šiek tiek bloga
- ☐ Ryškiai bloga
- ☐ Visiškai bloga

7. Psichinis ir fizinis darbingumas kitą dieną:

- ☐ Nesutrikęs
- ☐ Šiek tiek sutrikęs
- ☐ Aiškiai sutrikęs
- ☐ Labai sutrikęs

8. Mieguistumas dienos metu:

- ☐ Nepasireiškia
- ☐ Nežymus
- ☐ Žymus
- ☐ Labai intensyvus