



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Išplėstinės praktikos slauga
Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra

Laima Gražytė, 2 kursas 1 grupė

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

**Slaugytojų veiksmai, vertinant moterų pogimdyminės depresijos psichosocialinius
rizikos veiksnius**

**Nurses' Actions in Assessing Psychosocial Risk Factors for Postpartum Depression in
Women**

Darbo vadovas

Asist. dr. Renata Šturienė

Katedros ar klinikos vadovas

Asist. dr. Agnė Jakavonytė – Akstinienė

Konsultantas

Prof. dr. Natalja Istomina

Vilnius, 2025

Studento elektroninio pašto adresas: laima.grazyte@mf.stud.vu.lt

SANTRAUKA

Laima Gražytė. Slaugytojų veiksmai, vertinant moterų pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius. Darbo vadovas – asist. dr. Renata Šturienė, darbo konsultantas – prof. dr. Natalja Istomina.

Įvadas. Pogimdyminės depresijos diagnozė pasireiškia daugumai moterų po gimdymo, kuri gali turėti neigiamų pasekmių ne tik motinos, bet kūdikio gerovei. Slaugytojų atliekami veiksmai pirmojo apsilankymo metu namuose, sudarant prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą bei valdant psichosocialinius rizikos veiksnius, teigiamai prisideda prie moters sveikatos gerinimo.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti slaugytojų veiksmus, vertinant moterų pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius.

Metodai ir medžiaga. Taikyti metodai – sisteminė mokslinės literatūros analizė, pusiau struktūruotas interviu, kokybinė turinio analizė. Remiantis išnagrinėta moksline literatūra buvo paties autoriaus sudarytas interviu planas. Gautas VU MF Mokslinių tyrimų Etikos komiteto pritarimas Nr. (1.7 E) 150000-KT-21 tyrimo instrumento naudojimui. Interviu metodas atliktas nuo 2025 m. sausio 29 d. iki vasario 28 d. X pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje. Tyrime dalyvavo 10 slaugytojų, kurie lanko motinas po gimdymo pirmą kartą namuose.

Rezultatai. Slaugytojai pirmojo apsilankymo po gimdymo namuose metu atlieka tiek moters tiek kūdikio emocinės ir fizinės sveikatos vertinimą, atkreipiamas dėmesys į motinos emocinės būklės pokyčius. Respondentai, sudarydami pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą, savo darbo praktikoje naudoja įvairius klausimynus, vienas iš jų – Edinburgo pogimdyminės depresijos klausimynas, taip pat, labai svarbus ilgalaikis moters būklės stebėjimas bei nuolatinis bendravimas. Tiriamųjų moterims suteikta informacija sveikatos klausimais ir apie pogimdyminės depresijos požymius, galimą riziką, prisideda prie pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo.

Išvados. 1. Slaugytojai pirmojo apsilankymo po gimdymo namuose metu apsilankant moterį po gimdymo pirmą kartą namuose vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius, nustatyta, jog slaugytojų pirmasis apsilankymas po gimdymo namuose yra svarbus tiek motinai tiek kūdikio gerovei. Slaugytojai atlieka moters ir kūdikio emocinės bei fizinės sveikatos vertinimą, įvertina šeimos padėtį. 2. Slaugytojai, sudarydami pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą, sutinka, kad šios darbo priemonės leidžia moterims išvengti galimo susirgimo ir būklės pablogėjimo. Slaugytojai savo darbo praktikoje naudoja įvairius klausimynus, kurie padeda laiku

atpažinti simptomus ir laiku suteikti pagalbą, taip pat, duoda moterims lankstinukus su informacija, kur ir į kokią gydymo įstaigą kreiptis pagalbos. 3. Slaugytojai atlieka nemažai veiksmų, kurie prisideda prie pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo. Slaugytojai teikia informaciją sveikatos klausimais ir apie pogimdyminės depresijos požymius, galimą riziką, jie nukreipia moteris pas socialinį darbuotoją, psichologą ir psichiatrą.

Raktažodžiai: pogimdyminė depresija, psichosocialiniai rizikos veiksniai, slaugytojų veiksmai, intervencija, prevencija, valdymas.

SUMMARY

Laima Gražytė. Nurses' actions in assessing psychosocial risk factors of postpartum depression in women. Thesis supervisor - assistant dr. Renata Šturienė, thesis consultant - prof. dr. Natalja Istomina.

Introduction. The diagnosis of postpartum depression occurs in the majority of women after childbirth, which can have negative consequences not only for the mother's, but also for the baby's well-being. Actions taken by nurses during the first home visit, developing a prevention and early intervention plan and managing psychosocial risk factors, contribute positively to improving women's health.

The aim of the study was to analyse the actions of nurses in assessing psychosocial risk factors for postnatal depression in women.

Methods and Materials. The methods used were systematic analysis of scientific literature, semi-structured interviews, qualitative content analysis. Based on the reviewed scientific literature, the author's own interview plan was developed. The approval of the Research Ethics Committee of the VU MF Research Committee No. (1.7 E) 150000-KT-21 for the use of the research instrument was obtained. The interview method was carried out from 29 January to 28 February 2025 at Primary Health Care Unit X. The participants were 10 nurses who visit mothers at home for the first time after childbirth.

Results. Nurses assess the emotional and physical health of both the woman and the baby during the first postnatal home visit, noting changes in the mother's emotional state. Respondents use various questionnaires in their work practice, including the Edinburgh Postnatal Depression Questionnaire, and long-term monitoring of the woman's condition and regular communication are important for the development of a postnatal depression prevention and early intervention plan. The information provided to the women by the researchers on health issues and on the signs and possible risks of postnatal depression contributes to the management of psychosocial risk factors for postnatal depression.

Conclusions. 1. Nurses' first home visit to postpartum women assessing psychosocial risk factors for postpartum depression found that nurses' first home visit to postpartum women is important for both the mother's and the baby's well-being. Respondents assess the emotional and physical health of both the woman and the baby, and evaluate the family situation. 2. Nurses agree that these working tools enable women to avoid the potential onset and worsening of their condition by developing a plan for prevention and early intervention of postnatal depression. In their work practice, they use various questionnaires that help to identify symptoms and provide help in time, as well as leaflets with information on where to go

for help and to which treatment facility. 3. Nurses carry out a number of actions that contribute to the management of psychosocial risk factors for postnatal depression. They provide information on health issues and on the signs and possible risks of postnatal depression, and refer women to social workers, psychologists and psychiatrists.

Keywords: postnatal depression, psychosocial risk factors, nurses' actions, intervention, prevention, management.

TURINYS

SANTRAUKA	1
SUMMARY	3
SANTRUMPOS	7
SĄVOKŲ SĄRAŠAS	8
LENTELIŲ SĄRAŠAS	9
ĮVADAS.....	10
1.LITERATŪROS APŽVALGA	12
1.1.Slaugytojų veiksmai, apilankant moterį po gimdymo pirmą kartą namuose vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius	12
1.2.Slaugytojų veiksmai, sudarant moterų pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą	17
1.3.Slaugytojų veiksmai, atliekant pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnų valdymą.....	20
2.TYRIMO METODIKA	24
2.1.Tyrimo metodas ir jo pagrįstumas	24
2.2.Tyrimo procesas	24
2.3.Literatūros šaltinių paieškos strategija ir apdorojimas.....	25
2.4.Tyrimo imtis	26
2.5.Tyrimo instrumentas.....	27
2.6.Duomenų apdorojimas ir analizė	28
2.7.Tyrimo etika	29
3.TYRIMO REZULTATAI	30
3.1.Slaugytojų veiksmai, apilankant moterį po gimdymo pirmą kartą namuose vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius	30

3.2.Slaugytojų veiksmai, sudarant moterų pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą	38
3.3.Slaugytojų veiksmai, atliekant pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymą.....	45
REZULTATŲ APTARIMAS	53
IŠVADOS	57
REKOMENDACIJOS	58
LITERATŪROS SĄRAŠAS	59
PRIEDAI	66
PRIEDAS Nr. 1 <i>Pusiau struktūruotas interviu</i>	66
PRIEDAS Nr. 2 <i>Informuoto asmens sutikimo forma</i>	68
PRIEDAS Nr. 3 <i>VU MF Mokslinių tyrimų Etikos komiteto protokolas Nr. (1.7 E) 150000-KT-2</i> ...	70
PRIEDAS Nr. 4 <i>VU leidimas vykdyti apklausą mokslo tiriamaisiais tikslais</i>	71
PRIEDAS Nr. 5 <i>Leidimas iš X sveikatos priežiūros įstaigos vykdyti apklausą mokslo tiriamaisiais tikslais</i>	72

SANTRUMPOS

AKS – arterinis kraujo spaudimas

BDI – II – Becko depresijos inventorius II

EPDS – Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

m – metai

PHQ-9 – Paciento sveikatos klausimynas

Proc – procentai

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

PSAS – Pogimdyminio specifinio nerimo skalė

SĄVOKŲ SĄRAŠAS

Pogimdyminė depresija – „viena dažniausių ir negalią sukeliančių komplikacijų po gimdymo. Sutrikimas pasireiškia apie 14 proc. nėščiųjų ar neseniai kūdikio susilaukusių moterų” (Zubrickytė, Mejerytė and Starkauskas, 2024).

Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė (EPDS) – tai standartizuota klausimyno forma, naudojama siekiant įvertinti pogimdyminės depresijos riziką arba anksti diagnozuoti depresiją nėščioms moterims ir moterims po gimdymo (Park and Kim, 2022).

Pogimdyminio specifinio nerimo skalė – tai įrankis, sukurtas siekiant įvertinti specifinius nerimo simptomus, kurie pasireiškia moterims po gimdymo (Costas-Ramón *et al.*, 2023).

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Tiriamieji.....	26
2 lentelė. Sociodemografiniai duomenys.....	27
3 lentelė. Pirmasis slaugytojų apsilankymas po gimdymo namuose.....	30
4 lentelė. Pogimdyminės depresijos psichosocialiniai rizikos veiksniai.....	32
5 lentelė. Pogimdyminės depresijos požymių dažnis.....	33
6 lentelė. Slaugytojų patirtys pirmojo apsilankymo metu.....	35
7 lentelė. Metodai, padedantys stebėti moterų psichosocialinę būklę.....	37
8 lentelė. Slaugytojų veiksmai sudarant pogimdyminės depresijos prevencijos planą.....	39
9 lentelė. Slaugytojų veiksmai sudarant pogimdyminės depresijos ankstyvosios intervencijos planą.....	40
10 lentelė. Slaugytojų vaidmuo pogimdyminės depresijos prevencijoje.....	42
11 lentelė. Kliūtys sudarant pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą.....	44
12 lentelė. Slaugytojų veiksmai, prisidedantys prie pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo.....	45
13 lentelė. Pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo etapai.....	47
14 lentelė. Pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo efektyvumo gerinimo pasiūlymai.....	49
15 lentelė. Priemonės, padedančios valdyti pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius.....	51

IVADAS

Darbo aktualumas. Nėštumas ir gimdymas moters gyvenime yra du svarbūs fiziologiniai reiškiniai, kurie gali turėti neigiamos įtakos motinos tiek fizinei tiek psichikos sveikatai. Pogimdyminės depresijos paplitimas svyruoja nuo 10 iki 15 proc. ir pasireiškia praėjus maždaug keturioms savaitėms po gimdymo (Brummelte and Galea, 2016). Ši sveikatos būklė gali turėti rimtų pasekmių ne tik pačioms moterims, bet ir jų artimiesiems, o ypač naujagimiams. Svarbu didelį dėmesį atkreipti į pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių vertinimą, nes jie gali turėti didelę įtaką būklės atsiradimui, sunkumui ir gydymo efektyvumui (Kroska and Stowe, 2020).

Pogimdyminė depresija paveikia apie 11,5 proc. pagimdžiusių moterų ir yra viena dažniausių nėštumo komplikacijų. Norint užkirsti kelią pogimdyminės depresijos išsivystymo rizikai svarbu, kad būtų taikomos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos programos. Dažnai praktikoje taikomos atrankos priemonės ir įvairūs klausimynai gali būti ne tokie tikslūs norint nustatyti tikslią diagnozę ar sutrikimą (Lewis Johnson *et al.*, 2020). Vieno atlikto tyrimo duomenys rodo, kad dažniausiai naudojamos intervencijos priemonės yra psichosocialinė pagalba (34 proc.), sveikatos priežiūros darbuotojų apsilankymai po gimdymo namuose (28 proc.), taikoma tarpasmeninė psichoterapija (20 proc.) bei kognityvinė terapija (18 proc.) (Anokye *et al.*, 2018).

Pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo procesas yra svarbus, nes jo metu yra identifikuojami, kontroliuojami ir mažinami ekonominiai, socialiniai bei psichologiniai veiksniai, kurie didina riziką moterims susirgti pogimdymine depresija. Svarbu, kad psichosocialiniai pogimdyminės depresijos rizikos veiksniai būtų identifikuoti individualiai atsižvelgiant į kiekvienos moters būklę. Ankstyvas rizikos nustatymas ir tinkamas valdymas leidžia laiku užkirsti kelią pogimdyminės depresijos simptomų atsiradimui, sumažina riziką susirgti šia liga ir išvengti galimų nemalonių padarinių tiek moters tiek kūdikio sveikatai (Agrawal, Mehendale and Malhotra, 2022).

Darbo naujumas. Užsienio šalyse per mažai atlikta tyrimų, kokie yra slaugytojų veiksmai vertinant moterų pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius. Moksliniuose šaltiniuose kalbama apie pogimdyminės depresijos simptomus, diagnostiką, gydymą (Wang et al., 2021). Lietuvoje straipsnių, susijusių su pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių vertinimo tema nėra. Todėl atlikto tyrimo pagalba bus įvertinami pogimdyminės depresijos psichosocialiniai rizikos veiksniai, atkreipiamas dėmesys į pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos programas

bei sveikatos priežiūros specialistų – slaugytojų vaidmenį prisidedant prie pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo proceso.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti slaugytojų veiksmus, vertinant moterų pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius.

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti slaugytojų veiksmus, apibendrinant moterį po gimdymo pirmą kartą namuose vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius.
2. Nustatyti slaugytojų veiksmus, sudarant moterų pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą.
3. Identifikuoti slaugytojų veiksmus, atliekant pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymą.

Tyrimo hipotezė: tikėtina, kad slaugytojų veiksmų dėka galima lengviau atpažinti pogimdyminės depresijos psichosocialinius veiksnius, sudaryti prevencijos ir intervencijos planą bei atlikti pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymą.

Tyrimo subjektas – slaugytojai, kurie apibendrina moterį po gimdymo pirmą kartą namuose.

Tyrimo objektas – slaugytojų veiksmai po gimdymo pirmą kartą namuose.

Darbo metodai:

1. Sisteminė mokslinės literatūros analizė.
2. Pusiaus struktūruotas interviu.
3. Kokybinė turinio analizė.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Slaugytojų veiksmai, apilankant moterį po gimdymo pirmą kartą namuose vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius

Nėštumas ir gimdymas moters gyvenime yra du svarbūs fiziologiniai reiškiniai, kurie gali turėti neigiamos įtakos motinos tiek fizinei tiek psichologinei sveikatai. Pogimdyminės depresijos sąvoka apibūdinama kaip svarbus psichologinis sveikatos iššūkis, su kuriuo susiduria motinos praėjus maždaug keturioms savaitėms po gimdymo. Ši sveikatos būklė gali turėti rimtų pasekmių ne tik pačioms moterims, bet ir jų artimiesiems, o ypač naujagimiams. Svarbu didelę dėmesį atkreipti į pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių vertinimą, nes jie gali turėti didelę įtaką būklės atsiradimui, sunkumui ir gydymo efektyvumui (Kroska and Stowe, 2020).

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) pabrėžia, jog pogimdyminė priežiūra yra itin svarbi tiek motinos tiek naujagimio sveikatai. PSO pabrėžia, jog po gimdymo moteriai ir naujagimiui reikalinga intensyvi priežiūra ir suteiktos kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos, todėl rekomenduojama, kad pirmasis apsilankymas namuose būtų per 48 – 72 valandas (World Health Organization, 2015). Pagal Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų reglamentavimą, slaugos personalas privalo aplankyti moterį ir jos naujagimį namuose per 72 valandas po išrašymo iš ligoninės. Šis laikotarpis yra itin svarbus dėl naujagimio adaptacijos ir motinos fizinės bei emocinės sveikatos stebėjimo (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose” 2000 (TAR 2024-10-07, Nr. 17546)). Deja, bet ne visose pasaulio valstybėse yra laiku užtikrinami vizitai po gimdymo į namus. Afrikoje, į pietus nuo Sacharos, apsilankymų skaičius po gimdymo namuose yra nepakankamas. Malavyje tik 11 proc. moterų yra aplankomos sveikatos specialistų po gimdymo į namus per 3 dienas, Tanzanijoje skaičius siekia 15 proc., Ugandoje – 26 proc. ir Ganoje – 38 proc. (Amare *et al.*, 2018).

Norvegijoje 2019 m. buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo nustatyti moterų patirtis, kurios po gimdymo iš ligoninės buvo išrašytos praėjus 24 valandoms. Pogimdyminė priežiūra pirmojo vizito namuose metu buvo pritaikyta pagal tėvų poreikius. Tėvai jautė saugumo jausmą, žinodami, kad profesionalūs sveikatos priežiūros specialistai atvyks pirmą kartą į namus ir suteiks reikiamą žinių, kurios padės pasirūpinti ne tik savo sveikata, bet ir kūdikio gerove. Tyrimas atskleidė, kad sveikatos priežiūros specialisto pagalba ir suteikiami patarimai buvo naudingi ir efektingi, buvo skiriamas dėmesys esamoms problemoms ir kaip su jomis susidoroti viso vizito metu, suteikiamos kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos (Aune *et al.*, 2021).

Nagrinėjant literatūros šaltinius buvo pastebėta, jog kitose pasaulio valstybėse tokiose kaip Airija, Norvegija ir Jungtinė Karalystė, moterys iš ligoninės išleidžiamos praėjus 6 – 8 valandoms po gimdymo, todėl medicinos personalo vizitų poreikis į namus yra išaugęs. Pirmasis vizitas po gimdymo yra esminis, nes atliekamas ne tik bendras moters ir kūdikio sveikatos būklės vertinimas, bet ir patenkinami abiejų poreikiai. Tam, kad būtų suteiktos kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos pirmo vizito namuose metu, reikalingi kompetentingi sveikatos specialistai. Nuo 2015 m. iki 2016 m. Airijoje buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo nustatyti, slaugytojų teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas pirmo vizito namuose metu. Buvo nustatyta, jog slaugytojai teikia informaciją sveikatos klausimais ir tai padeda motinoms anksti pastebėti galimas problemas, suteikia joms daugiau pasitikėjimo. Slaugytojų teikiama pagalba padeda motinoms pačioms pagerinti ne tik savo, bet naujagimio poreikius, suteiktos žinios moterims pagerina pogimdyminę priežiūrą. Taip pat, buvo pastebėta, jog motinoms buvo suteikta informacija apie pogimdyminės depresijos susirgimo riziką, kaip ją atpažinti ir tai teigiamai prisidėjo prie moterų sveikatos būklės, jos jautėsi saugesnės žinodamos apie galimą sveikatos būklės sutrikimą ir kada kreiptis pagalbos (Giltene *et al.*, 2021).

Švedijoje 2013 m. Vaikų sveikatos priežiūros centras įkūrė išplėstinę lankymo po gimdymo namuose programą, kurios tikslas stiprinti ir gerinti vaikų sveikatą, didinti tėvų savarankiškumą ir pasitikėjimą savimi bei mažinti sveikatos priežiūros paslaugų netolygumus. Buvo pastebėta, jog programa padeda stiprinti tarpusavio ryšius tarp motinos, vaiko ir tėvo. Taip pat, tėvams programa suteikia daugiau galimybių kreiptis į specializuotus sveikatos priežiūros specialistus, platesnę prieigą prie įvairių sveikatos paslaugų. Programa padeda tėvams patenkinti savo asmeninius poreikius, suteikiama papildoma pagalba prižiūrint kūdikį, tėvai gali atsipalaiduoti ir pasirūpinti savo sveikatos būkle (Barboza *et al.*, 2018). Nagrinėjant literatūros šaltinius vieno tyrimo metu buvo vertinamos pogimdyminio apsilankymo namuose programos skirtingose pasaulio valstybėse. Buvo pastebėta, kad pogimdyminio apsilankymo namuose programų dėka sumažėja tiek motinos tiek naujagimio mirčių rizika, stebimas ilgalaikis teigiamas poveikis jų sveikatai. Kokybiškos paslaugos vizitų metu užtikrina efektyvumą, prisideda prie motinos bei kūdikio sveikatos stiprinimo ir gerinimo (McPherson and Hodgins, 2018). Kito tyrimo duomenys rodo, kaip įgyvendinama ir kokia yra „Family connects“ programos nauda. Ši programa apima paramą šeimoms, sveikatos priežiūros specialistų įsitraukimą ir apsilankymą pirmą kartą po gimdymo namuose. Tyrimo duomenys rodo, kad programa yra efektyvi, nes slaugytojai vertina situaciją, pagal individualią situaciją išsiaiškina poreikius. Per 6 mėnesių laikotarpį slaugytojai nustato poreikius, taiko intervencijas ir naudojami ištekliai. Taip pat, kūdikiai gauna atitinkamą priežiūrą ir pagalbą pogimdyminiu laikotarpiu (Dodge *et al.*, 2019).

Pirmojo vizito metu namuose yra svarbu, kad slaugytojai atliktų išsamų tiek motinos tiek naujagimio sveikatos būklės vertinimą. Atliekamas fizinis moters sveikatos būklės vertinimas, svarbu, kad slaugytojai įvertintų gyvybines funkcijas, apžiūrėtų krūtų ir spenelių būklę, tarpvietę, jei buvo atliktas cezario pjūvis, svarbi žaizdos priežiūra ir gijimo procesas (Harron *et al.*, 2025).

Taip pat, atliekamas ir bendras būklės ištyrimas: pamatuojamas arterinis kraujo spaudimas (AKS), pulsas, kūno temperatūra, stebima, ar moteris nekenčia nuo dehidratacijos ir suvartoja reikiamą kiekį skysčių. Svarbu ištirti ir moters psichologinę būseną, pasidomėti, ar šeimos nariai aktyviai dalyvauja pogimdyminiame etape, taip pat, pasidomėti, ar jos neslegia pasyvi nuotaika, ar nėra išreikšti pogimdyminės depresijos simptomai. (Olson *et al.*, 2019). Kalbant apie naujagimį, slaugytojai pirmojo vizito metu vertina gyvybines funkcijas, tikrina refleksus, klausia motinos apie kūdikio mitybos įpročius, apžiūri odos būklę, spalvą, pamatuoja ūgį, svorį. Svarbu, kad slaugytoja suteiktu papildomų žinių apie bambutės priežiūrą, parodytų, kaip taisyklingai ją prižiūrėti, kad nekiltų infekcijų rizika. Motinas reikia informuoti, kad naujagimio termoreguliacijos aparatas yra labai jautrus ir vaikas gali greitai sušalti arba perkaisti, todėl reikėtų iš karto nemaudyti kūdikio, prižiūrėti, kad oda būtų sausa. Taip pat, slaugytojai turi pamokyti motinas tinkamos žindymo technikos, paaiškinti, kad žindymo metu kūdikis gauna visas reikalingas maisto medžiagas, kurios svarbios jo augimui, fiziniam ir protiniam vystymuisi bei padeda sudaryti imunitetą, kuris apsaugo organizmą nuo įvairių patogenų. Atlikus išsamią tiek motinos tiek naujagimio apžiūrą, slaugytojai sudaro ilgalaikį priežiūros planą, kuris, atsižvelgiant į poreikius, gali apimti sekančius apsilankymus namuose, suplanuojami vizitai sveikatos priežiūros įstaigoje, o jei yra poreikis, slaugytojai nukreipia moteris tolimesnei apžiūrai kitiems sveikatos priežiūros specialistams (Ayete-Nyampong and Udofia, 2020). Anglijoje buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo ištirti motinų patirtį po gimdymo. Tyrimo duomenys rodo, kad dauguma motinų buvo patenkintos pogimdymine priežiūra jų namuose, slaugytojai suteikė socialinę paramą, o pokalbiai ir nuolatinis bendravimas padėjo suskurti malonią atmosferą ir užmegzti gilų bei pasitikėjimu grįstą santykį. Motinos teigė, kad slaugytojų teikiama visapusiška pagalba padėjo joms lengviau pasirūpinti ne tik savimi, bet ir prisidėjo prie kūdikio sveikatos stiprinimo (McLeish *et al.*, 2021).

Atkreipiamas didelis dėmesys ir moterų psichologinei sveikatai po gimdymo. Pietų Korėjoje nuo 2020 metų 25 – iuose Seulo rajonuose išplėsta lankymo į namus po gimdymo programa. Slaugytojai, lankydami moterų namuose įvertina jų psichologinę būklę ir jei pastebi pogimdyminės depresijos simptomus ar net galimą savižudybės riziką, nukreipia jas psichikos ar savižudybių priežiūros centrą (Kang *et al.*, 2022). Slaugytojų vaidmuo, vertinant psichologinę būklę, yra neatsiejama ir svarbi darbo dalis, siekiant užtikrinti moters emocinę ir psichinę gerovę pogimdyminiu laikotarpiu. Pogimdyminės

depresijos diagnozė yra opi problema šių laikų pasaulyje, kuri neigiamai paveikia ne tik motinos, bet kūdikio sveikatos būklę. Svarbu atkreipti dėmesį į pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių vertinimą, siekiant užkirsti kelią ligos atsiradimui ir išsivystymui (Liu, Wang and Wang, 2022).

Nagrinėjant literatūros šaltinius pastebėta, jog autoriai išskiria šiuos pagrindinius pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius: jei moteris anksčiau turėjo psichologinių problemų ir susirgimų; socialinės paramos trūkumas ir socialinė atskirtis; žema ekonominė padėtis; patirtos traumos bei smurtas artimoje aplinkoje (Çankaya, 2020).

2022 m. atlikto tyrimo duomenimis buvo pastebėta, jog moterims, kurios prieš nėštumą sirgo depresija ar jautė nerimą, yra didesnė rizika susirgti pogimdymine depresija. Todėl svarbu, kad moteriai būtų suteiktos kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos nėštumo metu, atliekami tyrimai ir apžiūros kiekvieno metu, būtų suteikiamos psichologinės sveikatos paslaugos ir nukreipiamos moterys kitiems specialistams (Al-abri, Edge and Armitage, 2023). Vieno atlikto tyrimo duomenys rodo, kad moterims, kurios praeityje ligos istorijoje turėjo depresijos diagnozę, rizika susirgti pogimdymine depresija padidėja 20 kartų (Silverman *et al.*, 2017). Taip pat, patiriamas nerimas ir stresas padidina riziką susirgti pogimdymine depresija. Įvairios stresinės situacijos sustiprina depresijos simptomus ir prailgina sveikimo procesą (Cohen, Murphy and Prather, 2019).

2016 m. Korėjoje atlikto tyrimo duomenys parodo, jog moterims po gimdymo, kurios patiria socialinės paramos trūkumą, tikimybė susirgti pogimdymine depresija išauga 4,63 karto lyginant su moterimis, kurios nesusiduria su šia problema. Prasti santykiai, nesutarimai su partneriu ir kitais šeimos nariais, nesuteikiama parama iš artimųjų padidina riziką susirgti pogimdymine depresija. Taip pat, tyrimo metu paaiškėjo, jog moterims, kurios susiduria su socialinės paramos trūkumu ir anksčiau savo gyvenimo etape yra praradusios kūdikį, tikimybė susirgti pogimdymine depresija padidėja 10 kartų (Cho *et al.*, 2022).

2022 m. atliktos sisteminės literatūros analizės metu paaiškėjo, jog nėštumo metu mažesnes pajamas gaunančioms moterims susirgti pogimdymine depresija rizika išauga lyginant su didesnes pajamas gaunančiomis moterimis. Taip pat, pogimdyminės depresijos susirgimo rizika išauga, jei moteris apskritai nedirba nėštumo metu arba jos darbas nėra stabilus. Moterys, kurios gauna mažesnes pajamas, jaučia didesnę nerimą ir baimę, kad gimus kūdikiui, jos nesugebės aprūpinti jo maistu, rūbais ir kitais reikalingais daiktais, bus mažiau galimybių pasinaudoti kokybiškomis sveikatos priežiūros paslaugomis (Szurek-Cabanas *et al.*, 2024).

Nagrinėjant literatūros šaltinius pastebėta, jog moterims, kurios vaikystėje patyrė psichologinių ar fizinių traumų, didėja rizika susirgti pogimdymine depresija. Moterys, turinčios didelį (keturi ir daugiau) ACE (neigiami vaikystės išgyvenimai) balą, patiria padidėjusią depresijos susirgimo riziką tiek nėštumo tiek pogimdyminiu laikotarpiu. Patirta netinkama emocinė nepriežiūra, seksualinis smurtas yra tiesiogiai susiję veiksniai didinantys pogimdyminės depresijos išsivystymo riziką (Camargo Júnior *et al.*, 2024).

Slaugytojai, pirmojo vizito metu namuose, turi atlikti psichologinį, moters po gimdymo, būklės vertinimą. Šis vertinimas svarbus siekiant užtikrinti ne tik moters emocinę, bet ir kūdikio gerovę. Slaugytojai kaip atrankos priemonę naudoja Edinburgo pogimdyminės depresijos skalę (EPDS). Jeigu užpildžius klausimyną gaunama surinktų balų suma 12 ir daugiau, moteriai siūloma kreiptis į psichikos sveikatos centrą pas specialistus tolimesniam sveikatos būklės ištyrimui, suteikiama informacija, kur galima gauti reikalingą pagalbą. Jeigu surinktų balų suma 12 ir mažiau, slaugytojai suteikia informaciją, jog atsiradus psichinės būklės pablogėjimui, visada galima kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigą (Eisner *et al.*, 2022).

Praktikoje, kaip dar viena atrankos priemonė, naudojama Pogimdyminio specifinio nerimo skalė (PSAS). Klausimyną sudaro 51 klausimas, kuriuo siekiama išsiaiškinti motinos ir kūdikio patiriamo nerimo dažnį. Klausimyną sudaro 4 metodiniai etapai: pirmasis – motinystė ir nerimas dėl prieraišumo; antrasis – kūdikio saugumas ir nerimas dėl jo saugumo; trečiasis – nerimas dėl kūdikio priežiūros; ketvirtasis – psichosocialinis moters prisitaikymas prie naujo laikotarpio vaidmens (motinystės) (Fallon *et al.*, 2022).

Pogimdyminės depresijos atrankai gali būti naudojamas Paciento sveikatos klausimynas (PHQ-9). Klausimynas dažniausiai naudojamas pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose ir yra lengvai integruojamas į paciento priežiūrą. Klausimyną sudaro 9 diagnostiniai kriterijai skirti depresijos vertinimui. Pagal surinktų balų skaičių yra vertinamas depresijos sunkumas: nuo 0 iki 4 balų – minimalus; nuo 5 iki 9 balų – menkas; nuo 10 iki 14 – vidutinis; nuo 15 iki 19 – sunkus; nuo 20 iki 27 – labai sunkus (Costantini *et al.*, 2021).

Becko depresijos inventorių II (BDI – II) buvo sukurtas depresijos įvertinimui, tačiau gali būti naudojamas ir pogimdyminės depresijos atrankai. Klausimyną sudaro 21 klausimas, naudojamas tiek atliekant tyrimus tiek praktikoje (Pereira *et al.*, 2014).

Apibendrinus galima teigti, jog pirmojo vizito metu po gimdymo slaugytojai atlieka svarbų vaidmenį, vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius veiksnius. Jų suteikiamos sveikatos priežiūros paslaugos ir teikiami įvairūs patarimai pogimdyminiu laikotarpiu turi teigiamą poveikį ne tik moters ar partnerio, bet ir kūdikio gerovei.

1.2. Slaugytojų veiksmai, sudarant moterų pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą

Per pastaruosius dešimt metų pogimdyminės depresijos sergamumo dažnis yra išaugęs. Lyginant įvairias pasaulio šalis, buvo pastebėta, jog moterų sergamumas pogimdymine depresija yra augantis. Artimuosiuose Rytuose siekia 27 proc., Šiaurės Amerikoje šis skaičius svyruoja tarp 10 – 15 proc., o Australijoje – 13 proc. (Alshikh Ahmad, Alkhatib and Luo, 2021). Pietų Azijoje (22,3 proc.) ir Vakarų Azijoje (19,8 proc.) moterų sergamumas pogimdymine depresija yra ženkliai didesnis palyginus su Šiaurės Amerika ar Europa (Wang et al., 2021).

Pogimdyminė depresija paveikia apie 11,5 proc. pagimdžiusių moterų ir yra viena dažniausių nėštumo komplikacijų. Norint užkirsti kelią pogimdyminės depresijos išsivystymo rizikai svarbu, kad būtų taikomos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos programos. Dažnai praktikoje taikomos atrankos priemonės ir įvairūs klausimynai gali būti ne tokie tikslūs norint nustatyti tikslią diagnozę ar sutrikimą (Lewis Johnson *et al.*, 2020). Vieno atlikto tyrimo duomenys rodo, kad dažniausiai naudojamos intervencijos priemonės yra psichosocialinė pagalba (34 proc.), sveikatos priežiūros darbuotojų apsilankymai po gimdymo namuose (28 proc.), taikoma tarpasmeninė psichoterapija (20 proc.) bei kognityvinė terapija (18 proc.) (Anokye *et al.*, 2018).

2019 m. Jungtinių Amerikos Valstijų (JAV) Prevencinių tarnybų darbo grupė (USPSTF) pasiūlė užkirsti kelią pogimdyminės depresijos išsivystymui, taikant konsultacines intervencijas. ROSE (susisiek, išlik stipri, svarbu motinai ir naujagimiui) yra viena iš svarbiausių pogimdyminės depresijos prevencinių programų. Šią prevencinę programą įgyvendina sveikatos priežiūros įstaigos ir sveikatos specialistai, kurie yra apmokyti, kaip padėti moteriai. ROSE programa susideda iš kelių pagrindinių komponentų: nėštumo metu moterims suteikiama žinių apie pogimdyminės depresijos diagnozę, galimas rizikas; moterys yra mokomos, kaip suvaldyti stresą; vyksta grupiniai užsiėmimai, kurie leidžia pasidalinti savo patirtimi. Atlikti tyrimai rodo, kad šios prevencinės programos dėka 50 proc. sumažėjo mažas pajamas gaunančių moterų pogimdyminės depresijos susirgimų skaičius. Taip pat, prevencinės

programos dėka motinoms po gimdymo savivertė išauga, jos tampa emociškai stipresnės ir kuriamas geresnis santykis su kūdikiu (Johnson *et al.*, 2023).

Nagrinėjant literatūros šaltinius pastebėta, jog fizinio aktyvumo propagavimas nėštumo metu gali sumažinti pogimdyminės depresijos susirgimo riziką. Užsiėmimas lengva fizine veikla (bent 90 minučių per savaitę) padeda sumažinti stresą, gerina nuotaiką bei sumažina skausmą, todėl tai gali būti puiki pogimdyminės depresijos prevencinė priemonė. Tyrimo duomenys rodo, kad jogos, aerobinių pratimų atlikimas sumažina riziką susirgti pogimdymine depresija (Yuan *et al.*, 2022). Kito atlikto tyrimo duomenys rodo, jog fizinis aktyvumas tiek nėštumo metu tiek pagimdžius gali sumažinti depresijos išsivystymo riziką. Pastebėta, kad nėščiosioms, kurios buvo fiziškai aktyvios, rizika susirgti pogimdymine depresija buvo mažesnė nei toms, kurios nesportavo. Lengva fizinė veikla nėštumo metu gerina bendrą savijautą ir gerėja psichinė bei fizinė sveikata (He *et al.*, 2023).

Nagrinėjant literatūros šaltinius pastebėta, jog motinų – kūdikių programa yra mokslu pagrįsta intervencija, skirta išvengti pogimdyminės depresijos diagnozės moterims po gimdymo (O'Connor *et al.*, 2019). Programa paremta kognityvinės elgesio terapijos ir interpersonalinės terapijos principais, orientuota į psichinės sveikatos, socialinių ryšių stiprinimą. Motinų – kūdikių programa vyksta tiek individualių tiek grupinių užsiėmimų metu, ji padeda keisti neigiamą požiūrį, stiprina psichinę savijautą bei padeda kurti darnius socialinius santykius. Atlikti tyrimai rodo, jog programos dėka motinoms lengviau atpažinti savo emocijas, jas valdyti, nukreipti neigiamas mintis, taip pat, stiprinamas tarpusavio ryšys ne tik su kūdikiu, bet ir partneriu (Diebold *et al.*, 2020).

Dėmesingumu grįsta programa orientuota į sąmoningų sprendimų priėmimą, emocijų reguliavimą bei priemones, kurios efektingos streso valdymo procese. Programa paremta dėmesingumo meditacijos principu, moterims nėštumo metu padeda efektyviau suvokti savo mintis, emocijas ir vidinius išgyvenimus, pagerėja psichologinė būseną (Corbally and Wilkinson, 2021). Užsiėmimų metu atliekami įvairūs fiziniai pratimai, sveikatos specialistai moko moteris kvėpavimo pratimų, kurie padeda atsipalaiduoti ir nukreipti neigiamas mintis. Atlikti tyrimai rodo, kad dėmesingumu grįsta pogimdyminės depresijos prevencinė programa sumažina moterų nerimą, jos tampa emociškai stipresnės ir labiau pasiruošusios priimti būsimus motinystės iššūkius. Taip pat, programos dėka pagerėja miego kokybė, jaučiamas teigiamas poveikis bendrai organizmo būklei (Yang *et al.*, 2023).

2008 metais Kendang Kerbau moterų ir vaikų ligoninėje buvo pradėta vykdyti pogimdyminės depresijos intervencijos programa, kurios tikslas diagnozuoti, gydyti ir valdyti ligos simptomus bei pagerinti motinų psichologinę sveikatą. Buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo išsiaiškinti šios

programos atrankos, intervencijos efektyvumą, privalumus bei trūkumus. Buvo pastebėta, jog moterys prieš prisijungiant prie programos pildė Edinburgo pogimdyvinės depresijos skalę (EPDS) ir surinktų balų vidurkis siekė 17 balų (vidutinio sunkumo depresija). Moterys, kurios dalyvavo programoje, taip pat, pildė EPDS ir surinktų balų vidurkis siekė 5,6 (minimalūs depresijos simptomai). Funkcinio vertinimo metu prieš taikant intervenciją balų vidurkis svyravo apie 61,4 (lengvas funkcijų sutrikimas), o taikant intervencijos metodus balų vidurkis svyravo apie 78,5 (minimalus funkcijų sutrikimas). Šie abu rodikliai parodo, jog taikant ankstyvąją intervenciją pagerėja moterų savijauta, sumažinami pogimdyvinės depresijos simptomai. Tyrimas truko 10 metų, tyrime dalyvavo daugiau nei 18000 moterų iš įvairių pasaulio valstybių, todėl pateikti rezultatai atspindi programos efektyvumą ir patikimumą, taikant įvairius programos modelius kiekvienai motinai buvo suteikiama pagalba atsižvelgiant į individualius jos poreikius. Remiantis atlikto tyrimo rezultatais galima teigti, jog ankstyvoji pogimdyvinės depresijos intervencijos programa yra veiksminga ir naudinga motinoms bei jų emocinei sveikatai (Hong *et al.*, 2023).

Nagrinėjant literatūros šaltinius pastebėta, jog pogimdyvinės depresijos ankstyvosios intervencijos būdai yra naudingi tiek moters tiek kūdikio sveikatai. Svarbu ir socialinės paramos intervencija, jos poveikis motinos ir kūdikio gerovei (Martín-Gómez *et al.*, 2022). Socialinė parama iš artimųjų padeda sumažinti pogimdyvinės depresijos simptomus, pagerina tarpusavio santykius ir užtikrina darnų bendravimą. Svarbu atkreipti dėmesį į sveikatos priežiūros specialistų – slaugytojų vaidmenį užtikrinant socialinės paramos intervencijų veiksmingumą. Slaugytojai aktyviai dalyvauja ankstyvos pogimdyvinės depresijos požymių indentifikavimo procese, stebi ir vertina moterų psichologinę būseną bei atsižvelgia į rizikos veiksnius. Slaugytojai padeda motinoms stiprinti tarpusavio ryšius su artimaisiais, draugais, moko moteris, kad kalbėjimas apie savo psichologinę būklę ir jausmų išreiškimas nėra silpnumo požymis. Slaugytojai bendraudami su motinomis padeda joms sumažinti socialinę izoliaciją, vienišumo jausmą, padeda užmegzti santykį su kūdikiu. Slaugytojai užtikrina ilgalaikį, tęstinį moterų psichologinės būklės stebėjimą, suteikia informacijos apie pogimdyvinės depresijos simptomus, o pastebėjus tam tikrus simptomus, nukreipia pas gydytojus specialistus (Norazman and Lee, 2024).

Kombinuotos kognityvinės elgesio terapijos intervencijos būdas prisideda prie moterų, sergančių pogimdyvine depresija, simptomų mažinimo ir sveikatos būklės gerinimo. Šis terapijos tipas yra vienas iš veiksmingiausių psichologinių pogimdyvinės depresijos gydymo būdų. Kombinuotos kognityvinės elgesio terapijos principas leidžia suprasti žmogaus emocijas ir elgesio reakcijas tam tikrose gyvenimo situacijose. Šis intervencijos būdas padeda motinoms atpažinti neigiamas mintis susijusias ne tik su jų

sveikata, bet ir kūdikio, joms lengviau suvaldyti stresą. Taip pat, motinoms lengviau susidoroti su kasdieniais kylančiais gyvenimo iššūkiais ir atranda efektyvių problemos sprendimo būdų (Branquinho, Canavarro and Fonseca, 2022). Taikant kognityvinės elgesio terapijos intervencijos metodą buvo pastebėta, jog moterys jaučia tik trumpalaikį simptomų palengvinimo poveikį. Todėl būtų tikslinga toliau taikyti šį būdą, stebėti ir atlikti daugiau tyrimų, kurie parodytų, kaip keičiasi moterų savijauta ilgalaikiame laikotarpyje (Li *et al.*, 2020). Kito atlikto tyrimo duomenys rodo, kad kognityvinės terapijos intervencijos būdas padeda moterims sumažinti nerimo ir streso lygį tiek trumpalaikiu tiek ilgalaikiu laikotarpiu (Li *et al.*, 2022).

Kitas efektyvus pogimdyminės depresijos intervencijos būdas yra tarpasmeninė terapija. Ši terapija grįsta bendravimu ir efektyvių santykių kūrimu bei teikiamu poveikiu emocinei sveikatai. Terapija remiasi principu, jog žmogaus emocinė būklė yra tiesiogiai susijusi su tarpasmeniniais santykiais, tam tikri gyvenimo įvykiai (netektys), taip pat, prisideda prie depresijos išsivystymo (Saharoy *et al.*, 2023). Moterims po gimdymo motinystė yra naujas vaidmuo, kuris gali sukelti daug sunkumų ir klausimų, tačiau šios intervencijos būdu jos gali lengviau suprasti pokyčius ir prisitaikyti. Atlikti tyrimai rodo, kad optimalus tarpasmeninės terapijos intervencijos laikas yra nuo 4 iki 12 savaičių, kad būtų pasiekti teigiami rezultatai. Tarpasmeninės terapijos intervencija yra naudinga šeimos gerovei, kuriami darnesni tarpusavio santykiai (Wang *et al.*, 2023).

Apibendrinus galima teigti, jog taikant prevencines programas moterims sumažėja tikimybė susirgti pogimdymine depresija. Taikant ankstyvosios intervencijos programas pagerėja motinų gyvenimo kokybė, užmezgami efektyvesni tarpusavio ryšiai. Slaugytojų vaidmuo vykdant šias programas teigiamai veikia tiek motinų tiek kūdikio emocinę bei fizinę sveikatą.

1.3. Slaugytojų veiksmai, atliekant pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymą

Pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo procesas yra svarbus, nes jo metu yra identifikuojami, kontroliuojami ir mažinami ekonominiai, socialiniai bei psichologiniai veiksniai, kurie didina riziką moterims susirgti pogimdymine depresija. Svarbu, kad psichosocialiniai pogimdyminės depresijos rizikos veiksniai būtų identifikuoti individualiai atsižvelgiant į kiekvienos moters sveikatos būklę. Ankstyvas rizikos nustatymas ir tinkamas valdymas leidžia laiku užkirsti kelią pogimdyminės depresijos simptomų atsiradimui, sumažina riziką susirgti šia liga ir išvengti galimų nemalonių padarinių tiek moters tiek kūdikio sveikatai (Agrawal, Mehendale and Malhotra, 2022).

Galima išskirti nemažai psichosocialinių rizikos veiksnių, kurie didina susirgimo riziką, tačiau Kinijoje atlikto tyrimo duomenys rodo, kad pagrindiniai veiksniai yra trijų rūšių: su nėštumu susiję emociniai; socialiniai – demografiniai; socialiniai – tarpasmeniniai (Qi *et al.*, 2021).

Pogimdyminės depresijos diagnozė yra aktuali šių laikų moterų psichologinė būklė, kuri gali turėti neigiamų pasekmių ne tik motinos, bet kūdikio gerovei. Šios ligos identifikacija padeda laiku pamatyti simptomus, laiku suteikti pagalbą bei tinkamai gydyti šį sutrikimą. Deja, bet net ir nustatčius pogimdyminės depresijos diagnozę, dauguma moterų negauna tinkamo gydymo. Vieno atlikto tyrimo duomenys rodo, jog pogimdyminės depresijos gydymas priklauso nuo pasireiškiančių simptomų sunkumo laipsnio. Jeigu moteriai pasireškia lengvo ar vidutinio sunkumo depresijos simptomai, tuomet jai siūloma psichoterapija. Moterims, kurioms pasireškia sunkios depresijos simptomai, siūloma psichoterapija ir gydymas vaistais – antidepresantais. Svarbu paminėti, jog pogimdyminės depresijos valdymo procese turi dalyvauti ir psichikos sveikatos specialistai, kurie esant reikalui padėtų suvaldyti simptomus ir pagerintų moters savijautą (Guille *et al.*, 2013).

Lenkijoje atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad taikant intervencines priemones ir antidepresantus, sunkius ligos simptomai gali būti lengvai suvaldomi. Yra pabrėžiamas ir akušerės vaidmuo pogimdyminės depresijos valdymo procese. Akušerės stebi moters fizinę ir psichologinę būklę, teikia socialinę paramą, skatina moteris lankytis paramos grupėse bei įtraukia šeimos narius į procesą. Deja, bet Lenkijoje akušerės turi per mažai žinių apie pogimdyminės depresijos požymius ir valdymą, todėl yra tikslingas šių sveikatos priežiūros darbuotojų švietimas ir įgūdžių formavimas (Dominiak *et al.*, 2021).

Vietname buvo atliktas tyrimas, kuris nagrinėjo pogimdyminės depresijos valdymo metodus. Netinkamai valdoma ar nepastebėtas ligos atvejis gali sukelti moteriai nepageidaujamas reakcijas, o dėl sunkesnių pasireiškiančių simptomų, moteris gali atsidurti ligoninėje, kurioje reikalinga skubi specialistų pagalba. Vietname moterims, kurioms buvo taikoma parama ir ilgalaikė stebėseną, per 12 mėnesių pagerėjo psichologinė savijauta, buvo efektyviai suvaldyti depresijos simptomai. Taip pat, labai svarbus ir motinos bei jos artimųjų švietimas apie ligą, jos valdymą, kaip pasirinkti geriausią gydymą ir išvengti galimų nemalonių pasekmių (Nguyen *et al.*, 2023).

Kinijoje buvo atliktas tyrimas, kuris parodė, jog akupunktūros terapija turi teigiamą poveikį pogimdyminės depresijos gydymui. Tyrimo rezultatai rodo, jog taikant akupunktūrą ir psichoterapiją, padidėja gydymo veiksmingumas, moterims rečiau pasireškia nepageidaujamos reakcijos, jos patiria lengvesnius depresijos simptomus (Li *et al.*, 2019).

Slaugytojai atlieka svarbų vaidmenį pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo procese. Jie stebi ir renka informaciją apie moters psichologinę būklę nėštumo metu, įvertina patiriamo streso ar nerimo lygį, pagal individualius moters poreikius suteikia reikiamą pagalbą bei teikia konsultacijas iškilusiais klausimais (Jimenez-Barragan *et al.*, 2023).

Slaugytojai atlieka švietimo funkciją ir suteikia žinių moterims ir jų partneriams apie pogimdyminės depresijos riziką, galimus simptomus bei kur rasti laiku pagalbą. Kai kuriose pasaulio valstybėse būtent slaugytojai turi pirmą kontaktą su pagimdžiusiomis moterimis, todėl svarbu, kad jos pasitikėtų šiais sveikatos specialistais. Kuo slaugytojai turi daugiau žinių apie pogimdyminę depresiją, tuo geriau gali perteikti turimą informaciją tėvams, gali patarti, kaip atpažinti ligos simptomus ir nebijoti kreiptis pagalbos į sveikatos priežiūros įstaigą (Khalil *et al.*, 2024).

Slaugytojai teikia emocinę paramą ir prisideda prie moterų psichologinės būklės gerinimo. Svarbu, kad būtų užtikrinama saugi aplinka, kurioje moteriai būtų lengviau atsiverti ir atvirai pakalbėti apie savo išgyvenimus. Slaugytojai bendraudami padeda moterims sumažinti izoliacijos jausmą, skatina kurti darnius tarpusavio santykius su artimaisiais, nes emocinė parama turi teigiamą poveikį psichologinei sveikatai. Taip pat, svarbu, kad moterys suprastų, jog pogimdyminės depresijos diagnozė nėra nesėkmės požymis, nereikia savęs kaltinti ar smerkti, taikant atitinkamas priemones ši liga gali būti suvaldoma (Stewart and Vigod, 2019).

Slaugytojų bendradarbiavimas su kitais sveikatos priežiūros specialistais (šeimos gydytojais, psichiatrais, socialiniais darbuotojais, psichologais) padeda valdyti pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius. Bendras sveikatos specialistų aptarimas apie tam tikrą moters būklę užtikrina, kad moteris gautų laiku reikiamas ir kokybiškas sveikatos paslaugas bei būtų suteikta atitinkama pagalba. Slaugytojai atlieka fizinės ir psichologinės būklės stebėseną, todėl pastebėdami pogimdyminės depresijos galimus simptomus, nukreipia moteris pas atitinkamus sveikatos priežiūros specialistus konsultacijai (Branquinho *et al.*, 2022).

Norint valdyti pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius, reikia užtikrinti tęstinę ir ilgalaikę moterų priežiūrą po gimdymo. Slaugytojai kiekvieno vizito metu stebi moters būklę, naudoja atitinkamas atrankos priemones (EPDS), siekiant laiku atpažinti pogimdyminės depresijos simptomus. Atsižvelgiant į kiekvienos moters individualius poreikius, yra sudaromas ilgalaikis priežiūros planas, suplanuojami reguliarūs apsilankymai sveikatos priežiūros įstaigoje ir nukreipiamos pas reikiamus gydytojus – specialistus (Goshin *et al.*, 2019).

Apibendrinant galima teigti, jog po gimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymas prisideda prie moters emocinės ir fizinės sveikatos. Tinkamai valdomi šie veiksniai padeda suvaldyti ligą ir padeda išvengti neigiamų pasekmių tiek motinos tiek kūdikio sveikatai.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo metodas ir jo pagrįstumas

Tyrimui atlikti pasirinktas kokybinis tyrimo tipas. Šis metodas pasirinktas, nes norima atskleisti slaugytojų veiksmus, vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius. Tikslingas šių veiksnių nustatymas leidžia slaugytojoms giliau pažvelgti į situaciją, laiku suteikti moteriai pagalbą bei užtikrinti ilgalaikę priežiūrą. Taip pat, analizuojant slaugytojų atsakymus į klausimus interviu metu, gauti rezultatai gali būti panaudojami kuriant efektyvesnius prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planus bei užtikrinant pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymą. Todėl kokybinio tyrimo metodas suteikia gilesnį supratimą apie patį procesą, o tiriamųjų pateikta informacija sustiprina gautų rezultatų svarbą bei autentiškumą (Im *et al.*, 2023).

Siekiant išnagrinėti slaugytojų veiksmus, vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius, buvo pasirinktas kokybinis tyrimo metodas – pusiau struktūruotas interviu. Šis metodas pasižymi tuo, jog tiriamiesiems yra užduodami iš anksto, pagal mokslinę literatūrą parengti klausimai, tačiau tyrimo eigoje yra galimybė užduoti papildomus. Šiuo tikslu yra siekiama gauti kuo įvairesnę, gilesnę bei įdomesnę tiriamųjų nuomonę ir panaudoti šiuos pasakojimus rengiant tyrimo rezultatus (Kallio *et al.*, 2016).

2.2. Tyrimo procesas

Magistro baigiamojo darbo rengimo procesas buvo pradėtas 2023 metų lapkričio mėnesį, o pabaigtas 2025 m. gegužės mėnesį. Tyrimas organizuotas pagal tyrimo proceso etapus:

- I etapas (2023–11–14) magistro baigiamojo darbo temos „Pogimdyvinės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių vertinimas“ pasirinkimas. 2024 m. gegužės mėnesį darbo tema buvo patikslinta į „Slaugytojų veiksmų, vertinant moterų pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius“. Šiame etape buvo išanalizuotas temos aktualumas ir naujumas bei suformuluotas tikslas, uždaviniai ir hipotezė.
- 2024 m. rugpjūčio 2 d. gautas el. laiškas po slaugos SPK balsavimo, kad keičiasi magistrinio baigiamojo darbo vadovė.
- II etapas (2024 m. rugsėjo mėn. – 2024 m. sausio mėn.): mokslinių šaltinių atranka ir analizė, literatūros apžvalgos dalies rašymas. Mokslinei teorinei analizei atlikti buvo naudojamos

duomenų bazės: Pubmed, Elaba, Google Scholar, buvo nagrinėjami įvairūs Lietuvoje ir užsienyje vykdyti tyrimai nagrinėjama tema.

- III etapas (2024 m. lapkričio mėn.): instrumento (interview plano) ruošimas (**PRIEDAS Nr. 1**). Remiantis išnagrinėta mokslinė literatūra buvo sudarytas interview planas. Pasirinktas pusiau struktūruoto interview metodas su galimybe užduoti papildomus klausimus interview metu. Interview klausimai sukurti paties autoriaus.
- 2025 m. sausio 21 d. iš VU MF Mokslinių tyrimų Etikos komiteto gautas pritarimas Nr. (1.7 E) 150000-KT-21 (**PRIEDAS Nr. 3**) tyrimo instrumento naudojimui.
- 2025 m. sausio 23 d. iš VU MF gautas leidimas Nr. (1.6 E) 150000-S-94 (**PRIEDAS Nr. 4**) atlikti interview X pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje mokslo tiriamaisiais tikslais. Taip pat, sausio 27 d. gautas leidimas (**PRIEDAS Nr. 5**) iš X sveikatos priežiūros įstaigos atlikti interview.
- IV etapas (2025 m. sausio 29 d. – vasario 28 d.) interview atlikimas.
- V etapas (2025 m. kovo mėn.) gautų tyrimo duomenų apdorojimas ir analizė.
- VI etapas (2025 m. balandžio – gegužės mėn.): tyrimo rezultatų interpretavimas bei pateikimas, išvadų ir rekomendacijų rengimas.
- 2025 m. gegužės 20 d. baigiamojo magistro darbo įkėlimas į VUSIS sistemą.

2.3. Literatūros šaltinių paieškos strategija ir apdorojimas

Literatūros apžvalga buvo rašoma remiantis lietuvių ir užsienio autorių straipsniais, teisės aktais. Literatūros šaltinių buvo ieškoma duomenų bazėse: PubMed, Elaba, Google Scholar, Web of Science. Paieškai naudojami raktažodžiai anglų kalba: „nurses actions“, „postpartum depression“, „psychosocial risk factors“, „prevention“, „intervention“ ir naudojami raktažodžiai lietuvių kalba: „pogimdyminė depresija“, „psichosocialiniai rizikos veiksniai“, „slaugytojų veiksmai“, „intervencija“, „prevencija“. Raktažodžiai į paiešką buvo įtraukiami naudojant loginius operatorius: „and“, „or“. Straipsniai buvo ne senesni nei 10 metų, iš gauto publikacijų sąrašo buvo atrinkti straipsniai, kurie yra naujausi, labiausiai temą atspindintys šaltiniai.

2.4. Tyrimo imtis

Tyrimo imtį sudarė slaugytojai, kurie aplanko moteris po gimdymo namuose pirmą kartą. Tam, kad būtų nustatyta, kokius veiksmus atlieka slaugytojai, vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius, buvo atlikta tiriamųjų atranka. Pasitelktas „sniego gniūžtės“ atrankos būdas – į tyrimą atrinkti tik tie tiriamieji, kurie atitinka atrankos kriterijus. Po atlikto interviu, tiriamieji pasidalina informacija su savo kolegomis ir rekomenduoja kitus galimus dalyvius ir po truputį plečiasi tiriamųjų ratas (Bitinas, Rupšienė ir Žydžiūnaitė, 2008).

Respondentų į tyrimą įtraukimo kriterijai:

1. Slaugytojai, kurie lanko motinas po gimdymo pirmą kartą namuose.
2. Slaugytojai, turintys bent 1 metų patirtį su pogimdymine priežiūra.
3. Slaugytojai, dirbantys pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje.

Nagrinėjant literatūros šaltinius buvo pastebėta, jog atliekant kokybinį tyrimo metodą (interviu), rekomenduojamas tiriamųjų skaičius varijuoja nuo 8 iki 12, tol, kol bus pasiektas duomenų prisotinimas (Žydžiūnaitė and Sabaliauskas, 2017). Imties dydis buvo nulemtas tyrimo eigoje. Vykdamas interviu ir analizuojant gautus duomenis, buvo sprendžiama, ar surinktų duomenų pakanka įgyvendinti tyrimo tikslą. Vykdamas tyrimą buvo svarbu, kad nauji respondentai pateikia naują, dar negirdėtą informaciją. Galutinis tyrime dalyvavusių respondentų skaičius buvo 10 slaugytojų. Siekiant užtikrinti dalyvių anonimiškumą, tyrime dalyvavusiems slaugytojams buvo suteiktas unikalus kodas pažymėtas raide „S“ (1 lentelė).

1 lentelė. Tiriamieji

Kategorija	Kodai
Bendrosios praktikos slaugytojai	S1; S2; S3; S4; S5; S6; S7; S8, S9; S10.

Tyrime dalyvavo 10 slaugytojų, kurie lanko motinas po gimdymo pirmą kartą namuose. Tyrime dalyvavusių slaugytojų vidutinis amžius buvo 50,10 metų, o vidutinis darbo stažas, lankant moteris po gimdymo namuose buvo 16,35 metai. Tyrime dalyvavę tiriamieji buvo moterys 100 proc., gyvenantys mieste 100 proc.. Rezultatai rodo, jog 50 proc. tiriamųjų turėjo aukštesnįjį išsilavinimą, 40 proc. turėjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą ir 10 proc. turėjo aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą (2 lentelė).

2 lentelė. Sociodemografiniai duomenys

Tiriamieji	Amžius (m.)	Lytis	Išsilavinimas	Gyvenamoji vieta	Darbo stažas (m.)
S1	47	Moteris	Aukštasis universitetinis	Miestas	2
S2	62	Moteris	Aukštesnysis	Miestas	40
S3	57	Moteris	Aukštesnysis	Miestas	30
S4	55	Moteris	Aukštesnysis	Miestas	16
S5	37	Moteris	Aukštasis universitetinis	Miestas	12
S6	54	Moteris	Aukštesnysis	Miestas	17
S7	55	Moteris	Aukštasis universitetinis	Miestas	11
S8	43	Moteris	Aukštasis neuniversitetinis	Miestas	1,5
S9	64	Moteris	Aukštesnysis	Miestas	32
S10	27	Moteris	Aukštasis universitetinis	Miestas	2

Interviu vyko kontaktiniu būdu X sveikatos priežiūros įstaigoje, su kiekvienu tiriamuoju buvo iš anksto susitartas susitikimo laikas ir tiksli vieta. Interviu trukdavo apie 40 min., pokalbiai buvo įrašomi į diktofoną ir vėliau transkribuojami.

2.5. Tyrimo instrumentas

Tyrimo instrumentas – pusiau struktūruotas interviu procesas. Remiantis išnagrinėta moksline literatūra buvo sudarytas interviu planas, kurį sudaro 11 klausimų. Pasirinktas pusiau struktūruoto interviu metodas su galimybe užduoti papildomus klausimus interviu metu. Siekiant labiau įsigilinti į temos aktualumą ir nustatyti slaugytojų veiksmus, vertinant pogrindinės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius, interviu proceso metu buvo papildomai užduoti 7 klausimai. Interviu klausimai sukurti paties autoriaus. Interviu buvo atliekamas gyvai susitikus su tiriamuoju jam patogioje vietoje nepažeidžiant konfidencialumo.

Tyrimui taikytas instrumentas (**PRIEDAS Nr. 1**) (pusiau struktūruotas interviu procesas) apėmė 11 klausimų, kuris suskirstytas į 4 blokus:

- Pirmąjį bloką sudarė bendrieji klausimai apie respondentus (sociodemografiniai), nuo 1 iki 5 klausimo.
- Antrąjį bloką sudarė klausimai apie slaugytojų veiksmus, apimančius moterį po gimdymo pirmą kartą namuose, vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius, nuo 6 iki 7 klausimo.
- Trečiąjį bloką sudarė klausimai apie slaugytojų veiksmus, sudarant moterų pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą, nuo 8 iki 9 klausimo.
- Ketvirtąjį bloką sudarė klausimai apie slaugytojų veiksmus, atliekant pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymą, nuo 10 iki 11 klausimo.

2.6. Duomenų apdorojimas ir analizė

Tyrimo metu gauti duomenys buvo įrašomi į diktofoną. Kiekvienas tyrimo dalyvis, prieš pradėdamas interviu, buvo supažindintas su tyrimo tikslu, uždaviniais, taip pat, nurodomi tyrimo privalumai ir trūkumai, bei kam bus naudojami gauti tyrimo rezultatai. Taip pat, tyrimo dalyviai buvo informuoti prieš pradėdamas interviu, jog pokalbis bus įrašomas, dalyvavimas tyrime vyksta laisva valia, jokia asmenį identifikuojanti informacija nebus renkama. Be to, buvo gautas ir žodinis tiriamųjų sutikimas dalyvauti tyrime. Įrašyti duomenys buvo transkribuojami į Microsoft Office Word formatą. Interviu įrašai buvo perklausyti keletą kartų ir tikrinama, kad žodinė ir raštu pateikta informacija sutaptų. Sutapusi informacija, buvo atlikta duomenų analizė.

Gauti tyrimo duomenys buvo analizuojami pasitelkiant kokybinę turinio analizę. Gauti duomenys buvo suskirstyti į kategorijas ir subkategorijas, pateikiami lentelėse. Išnagrinėjus gautus tyrimo duomenis, buvo pateiktos išvados bei rekomendacijos.

2.7. Tyrimo etika

Prieš atliekant tyrimą tema: „Slaugytojų veiksmas, vertinant moterų po gimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius“ 2025 m. sausio 21 d. iš VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto gautas pritarimas Nr. (1.7 E) 150000-KT-21 tyrimo instrumento naudojimui (**PRIEDAS Nr. 3**).

Vadovaujantis etikos principais prieš atliekant interviu, kiekvienas tyrimo dalyvis buvo supažindintas su informuoto asmens sutikimo forma (**PRIEDAS Nr. 2**). Prieš atliekant interviu buvo, taip pat, gautas žodinis tyrimo dalyvio sutikimas dalyvauti tyrime. Kiekvienas tyrimo dalyvis galėjo bet kada nutraukti savo dalyvavimą tyrime, dalyvavimas vyko laisva valia, savo noru. Tyrimo dalyviai buvo informuoti apie tyrimo temą, jos aktualumą, tikslą. Taip pat, buvo nurodyti tyrėjo kontaktai, kad respondentams iškilus klausimams ar pageidaujant sužinoti tyrimo rezultatus, būtų suteikta informacija. Respondentai buvo supažindinti, jog gauti atsakymai bus panaudoti tik rengiant baigiamąjį darbą. Tyrėjas užtikrina tiriamųjų anonimiškumą ir konfidencialumą. Tyrimo metu jokia asmenį identifikuojanti informacija nebuvo renkama. Tyrėjas užtikrina, kad tiriamųjų pateikta informacija bus panaudota tik magistrinio baigiamojo darbo rengimui.

Tyrimas atliktas laikantis bendrųjų Helsinkio deklaracijos etikos principų: autonomiškumo, anonimiškumo, konfidencialumo, nepakenkimo, teisingumo, geravališkumo, sąžiningumo, laisvanoriško dalyvavimo (‘World Medical Association Declaration of Helsinki’, 2013).

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1.Slaugytojų veiksmai, aplankant moterį po gimdymo pirmą kartą namuose vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius

Interviu metu buvo siekiama išsiaiškinti slaugytojų veiksmus pirmojo apsilankymo metu po gimdymo namuose (3 lentelė).

3 lentelė. Pirmasis slaugytojų apsilankymas po gimdymo namuose

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Pirmasis slaugytojų apsilankymas po gimdymo namuose	Prisistatymas	„Pirmiausia, apsilankius namuose prisistatau, kas esu“ S9;
	Apžiūra	„<...> apžiūriu kūdikį“ S3;
	Kūdikio priežiūra	„<...> pasišnekame su mama apie vaiko higieną, mitybą <...> pasišnekame apie skiepus, apie pirmą vizitą pas gydytoją“ S1; „<...> pasižiūriu bambą – virkštelę, pavalau, parodau mamai, kaip valyti <...> stebiu dėl iššutimų ausis, kaklą, kirkšnis, sėdmenis <...> patariu mamai, kaip rūpintis vaiku, kaip maitinti, kokiais laiko tarpais, kad svarbu išeiti į lauką, apie maudymą pakalbu“ S9;
	Šeimos padėtis	„<...> įvertinu šeimos padėtį“ S3; „Žiūriu, kokiomis sąlygomis gyvena žmonės <...> matai, kokie santykiai tarp vyro ir moters“ S7;
	Aplinka	„<...> apžiūriu, kaip atrodo namai, kas iš artimųjų dalyvauja jos gyvenime“ S4; „Pirmiausia pažiūriu, kaip moteris atrodo, kaip atrodo jos drabužiai, plaukai, apžiūriu jos aplinką“ S5; „<...> stebiu apskritai aplinką ir kaip moteris joje jaučiasi“ S10;
	Emocinė būklė	„<...> pasišnekame su mama apie jos emocinę būklę“ S1;

		„<...> visada paklausu apie jos savijautą, ar reikia pagalbos“ S5; „<...> paklausu, kaip jaučiasi, ar susitvarko su sunkumais“ S8;
	Fizinė sveikata	„<...> pasišnekame su mama apie jos fizinę sveikatą“ S1; „Pakalbame apie moters maitinimąsi“ S2 „Paklausu, ar ji pakankamai miega, ar gauna poilsio“ S10;
	Santykis su kūdikiu	„<...> atkreipiu dėmesį – kaip ji su vaiku elgiasi, kokias jos nuotaika: ar džiaugsminga, ar verksminga, ar vaikas laukiamas buvo“ S3; „<...> stebiu <...> koks santykis su kūdikiu“ S10;
	Nuraminimas	„<...> mamos pergyvena dėl naujagimio, ar teisingai jos atlieka veiksmus <...> nuraminu jas, kad čia normalu“ S5; „<...> mamytės būna labai susijaudinusios pirmą kartą, bet pakalbinu, nuraminu“ S3;
	Pagalba	„<...> duodame mamoms knygutes, kur surašyti telefono numeriai, kur kreiptis pagalbos dėl emocinės būklės“ S6; „Pasirūpinu mama, suteikiu informaciją, kad galima kreiptis pagalbos“ S4;

Nagrinėjant tyrimo rezultatus pastebėta, jog slaugytojų pirmasis apsilankymas po gimdymo namuose yra svarbus tiek motinai tiek kūdikio gerovei. Respondentai atlieka tiek moters tiek kūdikio emocinės ir fizinės sveikatos vertinimą. Tiriamieji nurodė, kad labai svarbi yra kūdikio priežiūra ir svarbu parodyti motinoms, kaip teisingai atlikti higieną, kokiais laiko tarpais maitinti. Dalis tiriamųjų apskritai įvertina šeimos padėtį, pasiteirauja moterų, ar partneris bei artimieji dalyvauja procese ir padeda rūpintis iškilusiais sunkumais. Keletas respondentų stebi aplinką, kurioje motina augina vaiką, atkreipia dėmesį į smulkmenas – drabužius, išvaizdą, įvertina, ar kūdikis auga saugioje ir darnioje aplinkoje. Didžioji dalis tiriamųjų didelį dėmesį atkreipia į moters emocinę būklę. Kaip minėjo vienas respondentas, per ilgus darbo praktikos metus gali pastebėti, kada motiną slegia sunkumai, nerimas, pasyvi nuotaika. Taip pat,

svarbu paklausti moters apie jos fizinę sveikatą – pokalbiai apie mitybą, higieną bei poilsį ir miegą. Tiriamieji minėjo, jog svarbu atkreipti dėmesį, kaip mamai sekasi užmegzti ryšį su kūdikiu, ar ji rūpinasi juo ir nėra apatiška. Dalis respondentų minėjo, jog moteriai kyla labai daug klausimų apie pogimdyminį laikotarpį, todėl svarbu atsakyti į rūpimus klausimus, bendrauti ir nuraminti ją. Kadangi pogimdyminis laikotarpis sukelia daug iššūkių moteriai, svarbu, kad būtų suteikta psichologinė pagalba. Vienas iš respondentų minėjo, kad pirmojo apsilankymo metu padalina lankstinuką, kuriame parašyta, kur galima kreiptis pagalbos.

Slaugytojų interviu metu buvo klausiama, kokius pogimdyminės depresijos rizikos veiksnius gali išskirti (4 lentelė).

4 lentelė. Pogimdyminės depresijos psichosocialiniai rizikos veiksniai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Pogimdyminės depresijos psichosocialiniai rizikos veiksniai	Pirmasis nėštumas	„<...> mamos, kurios gimdo pirmą kartą“ S1; „Pirmą kartą pagimdžiusioms moterims vaikelio gimimas yra naujiena“ S4;
	Neramumas	„Neramumas“ S2;
	Stresas	„<...> mamos nežino, ką daryti su vaikiu, stresuoja“ S4;
	Šeimos padėtis	„Šeimos padėtis, ar vyras dalyvauja procese ar ne“ S5; „<...> santykiai su vyru/partneriu“ S7; „<...> santykiai su partneriu“ S10;
	Psichinė liga prieš nėštumą	„<...> ar moteris anksčiau sirgo psichine liga“ S5;
	Vaiko sveikata	„<...> tikriausiai svarbiausia, kad vaikas būtų sveikas“ S5;
	Nuovargis	„<...> nuovargis“ S8;
	Baimė	„<...> baimė“ S9;
	Vienišumas	„<...> vienišumo jausmas“ S9;
	Paramos trūkumas	„<...> mama neturi, kas pasirūpina ja, neturi žmogaus, kuris gali jai padėti“ S1; „<...> artimųjų palaikymo trūkumas“ S6;
	Aplinka	„Priklauso nuo aplinkos, kurioje moteris yra“ S7;

	Amžius	„<...> mamos vyresnės <...> ryžtasi po kurio laiko pagimdyti dar vieną vaikelį ir kartais tas amžius būna sunkus išbandymas su mažu vaikiu“ S1;
	Psichoemocinė būseną	„Aišku, turi reikšmės mamos psichoemocinė būseną“ S1;
	Maitinimo iššūkiai	„<...> ar turi pieno ar mažai turi“ S5;
	Miego trūkumas	„Dažniausiai būna miego trūkumas“ S6; „Miego trūkumas“ S8;
	Nerimas dėl motinystės	„<...> motinos turi visokių minčių, ar pavyks pasirūpinti vaikiu, ar bus gera mama“ S4;

Tyrimo rezultatai rodo, jog respondentai įvardijo įvairius pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius. Keletas tiriamųjų pastebėjo, jog pirmasis nėštumas moterims yra iššūkis, jos patiria daug streso ir nerimo šiuo laikotarpiu. Vienas tiriamasis minėjo, jog kuo moteris turi saugius bei tvirtus santykius su partneriu ar vyru, tuo geriau ir saugiau ji jaučiasi, jai lengviau auginti ir rūpintis kūdikiu. Buvo pastebėta, jog jeigu moteris prieš nėštumą turėjo psichologinių sunkumų ir psichinį sutrikimą, joms rizika susirgti pogimdyvine depresija žymiai padidėja. Vienas respondentas išskyrė, jog vaiko sveikatos būklės pablogėjimas sukelia nerimą, baimę ir yra vienas iš rizikos veiksnių. Taip pat, labai svarbu, kad moteriai būtų suteikta parama ir pagalba, svarbu, kad partneris dalyvautų procese ir leistų jai pailsėti, gerai išsimiegoti ir pasirūpinti savimi. Vienas iš tiriamųjų minėjo, jog daugiausiai dirba su moterimis, kurios atvyko iš Ukrainos, jų psichoemocinė būklė nėra stabili, jos nesijaučia saugiai ir pagalbos poreikis yra išaugęs. Taip pat, buvo pastebėta, jog moterims, kurios jaučia nerimą ir baimę dėl motinystės, susirgti pogimdyvine depresija yra vienas iš rizikos veiksnių.

Siekiant labiau įsigilinti į temos aktualumą ir nustatyti slaugytojų veiksmus, apilankant moterį po gimdymo pirmą kartą namuose vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius, interviu proceso metu buvo papildomai užduotas klausimas, kaip dažnai jie savo praktikoje susiduria su moterimis, turinčiomis pogimdyminės depresijos požymių (5 lentelė).

5 lentelė. Pogimdyminės depresijos požymių dažnis

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Pogimdyminės depresijos požymių dažnis	Dažnas	„Beveik kiekviena mama jaučia nuovargį, jos be miego, žindo kūdikius <...> bloga nuotaika pas daugumą moterų ir depresiniai požymiai kankina daugumą moterų“ S5; „Per paskutinius metus, dešimt mamų, kurias mes stebėjome su vaikeliais iš tų dešimties turėjome dvi mamos, kurioms reikėjo kreiptis psichologo pagalbos“ S1; „Oficialiai buvo 3 <...> buvo vienas atvejis, kai mes asmeniškai dėl moters kreipėmės į psichikos sveikatos centrą“ S3;
	Retas	„Nėra dažnai, palyginus iš septynių mamų būna viena“ S6; „Per savo darbo metus, nedaug buvo tokių moterų. Turime 10 mamų, tai vienai pastebėjau pogimdyminės depresijos požymius“ S10; „Šiaip gal į ketvirtį vienas atvejis būna“ S3; „Viena motina“ S7;
	Neteko susidurti	„Neteko susidurti“ S8; „Nesusidūriau“ S9 ; „Nebuvo tokių atvejų. Būna moterims lengvos nuotaikos kaitos“ S4; „Aš neturėjau. Ačiū Dievui neturėjau, visi auga ir savo vaikus atsiveda“ S2;
	Problemos nepripažinimas	„Ne visos mamos nori pripažinti sau, kad turi problemų, ne visos kreipiasi pagalbos, bijo apsilankyti pas psichologą“ S6;

Galima pastebėti, jog kiekvieno slaugytojo patirtys yra individualios, todėl ir darbo praktika skiriasi. Dali tiriamųjų dažnai savo praktikoje susiduria su moterimis, kurios turi pogimdyminės

depresijos požymių. Vienas iš respondentų teigė, jog dauguma moterų patiria stresą ir nerimą pogimdyminiu laikotarpiu, taip pat, depresiniai simptomai atsiranda ir dėl nuovargio, emocinio palaikymo trūkumo. Keletas tiriamųjų teigė, jog per savo darbo praktiką susidūrė ne tik su moterimis, kurios turi pogimdyminės depresijos požymių, bet ir reikėjo suteikti skubią psichologų / psichiatrų pagalbą. Kiti respondentai retai susidūrė su moterimis, turinčiomis pogimdyminės depresijos požymių. Likę tiriamieji per savo darbo praktiką apskritai nesusidūrė su šiomis moterimis, vienas respondentas džiaugėsi, kad visos moterys pakilios nuotaikos ir noriai rūpinasi kūdikiu. Buvo pastebėta atveju, kai moterys pačios sau bijo pripažinti, kad yra problema ir nesikreipia į gydymo įstaigą pagalbos, todėl tai gali apsunkinti sveikatos priežiūros darbuotojų darbą. Tokiu atveju yra sunkiau atpažinti pogimdyminės depresijos simptomus ir nustatyti tikslų sergamumą.

Tiriamiesiems buvo užduotas papildomas klausimas, norint nustatyti slaugytojų patirtis, vertinant pogimdyminės depresijos rizikos veiksnius pirmojo apsilankymo metu (6 lentelė).

6 lentelė. Slaugytojų patirtys pirmojo apsilankymo metu

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Slaugytojų patirtys pirmojo apsilankymo metu	Ilgūdžių trūkumas	„<...> jaunos pirmą kartą pagimdžiusios mamos būna labiau sunerimusios, kad kažko nežino, kažko nemoka“ S1;
	Nuotaikos svyravimai	„Nuotaika svyruojanti, nes vaiką kankina pilvo pūtimas“ S5; „Būna džiaugsmas, baimė, atsakomybė, nemiga, tai labai sunku atskirti, kur yra nuovargis, kur baimė“ S3;
	Nusivylimas	„<...> moterims atrodo, kad jos viską daro ir niekas nepadedą“ S5;
	Susirūpinimas	„Buvo viena mama, kuri pagimdė trečią vaiką <...> ji susirūpinusi dėl vaiko sveikatos, svorio, ūgio“ S4;
	Pasimetimas	„Pirmojo apsilankymo metu visos moterys pasimetusios, to suvokimo nėra, kad aš mama, kad viskas gerai“ S7;
	Nerimas	„Pirmosios savaitės būna džiaugsmingos, o po to jaučia nerimą, tai pieno yra tai nėra, vaiko augimo šuoliai yra“ S5; „Kai po to pažįsti mamą, tai pamatai, kaip ji elgiasi, kas ją neramina“ S4;

	Artimųjų palaikymas	„Svarbu, kad moteris jaustųsi gerai, todėl reikia užtikrinti, kad būtų tiek iš artimųjų palaikymas tiek iš sveikatos priežiūros specialistų“ S8; „Jei moteris jaučiasi palaikoma, visai kitaip ji jaučiasi“ S7;
	Sunkumai atpažįstant depresiją	„Per pirmą apsilankymą aš nepasakyčiau, kad galima išskirti, nes visos moterys būna susijaudinusios ir tiesiog pasimato, kad jos verksmingos“ S3; „Išvelgti pogimdyminę depresiją iš pirmo apsilankymo yra sunku, reikia nuolatinių apsilankymų ir stebėjimo“ S7;
	Stebėjimas	„<...> vis tiek jau iš karto pamatai žvilgsnį, kalbą, judesius, ir galima išvelgti, jei kažkas yra negerai“ S2; „Per pirmąjį apsilankymą stebiu pačią mamą, tiek, ką ji sako, tiek kokia jos kūno kalba, stebiu jos išraiškas, paklausiu, kaip ji jaučiasi“ S10;

Nagrinėjant tyrimo rezultatus galima pastebėti, jog kiekvieno respondento patirtys, vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius pirmojo apsilankymo metu, yra skirtingos. Dauguma tiriamųjų minėjo, jog pirmojo apsilankymo metu motinoms kyla daug klausimų dėl kūdikio priežiūros, dažnai jos būna pasimetusios ir nežino, kaip juo rūpintis. Keletas respondentų teigė, jog dažnai moterų emocinė būseną būna nestabili, vieną akimirką jos gali būti verksmingos, kitą akimirką – džiaugsmingos. Keletas tiriamųjų pastebėjo, kad moterys gali įvairius jausmus tiek baimę tiek nusivylimą tiek susirūpinimą, tačiau slaugytojai padeda joms nusiraminti, bendrauja, palaiko jas ir padeda rūpintis kūdikiu. Dauguma respondentų paminėjo, kad labai svarbus moterų gyvenime yra artimųjų palaikymas, viena respondentė paminėjo, kad sveikatos priežiūros specialistų pagalba, taip pat, yra reikšminga motinų gyvenime. Viena respondentė paminėjo, kad pirmojo apsilankymo metu po gimdymo kyla sunkumų norint atpažinti pogimdyminę depresiją. Labai svarbus yra paslaugų tęstinumas ir nuolatinis, ilgalaikis moters būklės stebėjimas. Keletas tiriamųjų teigė, jog pirmojo apsilankymo metu yra svarbu stebėti motinos elgesį, kūno kalbą.

Respondentų buvo paklausta, kokius jie metodus taiko, kad nuolat stebėtų moterų psichosocialinę būklę po pirmojo apsilankymo namuose (7 lentelė)

7 lentelė. Metodai, padedantys stebėti moterų psichosocialinę būklę

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Metodai, padedantys stebėti moterų psichosocialinę būklę	Reguliarūs vizitai	„<...> reguliarūs apsilankymai pas gydytoją“ S2; „Ateina moterys kiekvieną mėnesį vizitui pas gydytoją“ S3; „Mes apilankome pirmą kartą namuose ir po to po savaitės kviečiamės mamą vizitui į gydymo įstaigą“ S6; „<...> iki 6 mėn. kiekvieną mėnesį moteris su kūdikiu apsilanko pas gydytoją“ S8; „Mes dar pakartotinai apsilankome jų namuose ir po to kviečiamės juos pakartotinai į gydymo įstaigą“ S9; „<...> apsilankymai <...> kas mėnesį“ S10;
	Konsultacijos telefonu	„Nuolatinis bendravimas telefonu“ S4; „<...> pasiskambinu mamoms, paklausiu, kaip jos laikosi, ar tikrai viskas gerai, bendrauju ir palaikau ryšį“ S10; „<...> paskambinu papildomą kartą paklausti, kaip mamai sekasi, ar jai pavyko išspręsti kažkokį klausimą, problemą, dėl kurios ji kreipėsi pas mus prieš tai“ S1;
	Klausimynų taikymas	„Dažniausiai mes ir taikome Edinburgo pogimdyminės depresijos skalę, klausimyną, kartais užtenka kelių klausimų ir matai, kad viskas tvarkoje, mama stabilios būklės ir neturi problemų“ S1; „<...> apklausiamo pagal Edinburgo pogimdyminės depresijos skalę“ S3;
	Ilgalaikis stebėjimas	„<...> nuolatinis stebėjimas“ S2; „Mes stebime mamą kiekvieno apsilankymo metu ir klausiamo, kaip sekasi, kokia nuotaika, kaip sekasi susidoroti su sunkumais“ S5; „<...> stebime mamą kiekvieno apsilankymo metu“ S6;

		<i>„Stebime tiek moterį tiek kūdikį <...> kiekvieno apsilankymo metu paklausiu, ar jai viskas pavyksta, ar spėja susitvarkyti su sunkumais“ S8;</i> <i>„<...> nuolat bendraujame ir stebime jų būklę“ S9;</i> <i>„Nuolatinis stebėjimas kiekvieno apsilankymo metu“ S10;</i>
	Bendradarbiavimas su specialistais	<i>„Bendradarbiaujame su kitais specialistais“ S2;</i> <i>„<...> yra specialistai, kurie gali pagelbėti ir nukreipti į psichikos sveikatos centrą“ S7;</i>

Galima pastebėti, jog slaugytojai savo darbo praktikoje naudoja įvairius metodus, norint nuolat stebėti moters psichosocialinę būklę po pirmo apsilankymo namuose. Dauguma tiriamųjų teigė, kad labai svarbus yra paslaugų tęstinumas ir reguliarūs vizitai pas gydytoją kiekvieną mėnesį. Dalis slaugytojų nurodė, kad su moterimis kontaktuoja ir nuotoliniu būdu, pasiteirauja jų apie sveikatos būklę, ar nekyla sunkumų pogimdyminiu laikotarpiu. Vienas respondentas pabrėžė, jog labai svarbu užmegzti tvirtą ryšį tarp moters ir sveikatos priežiūros specialisto ir esant poreikiui būtų suteikta pagalba. Keletas tiriamųjų savo darbo praktikoje naudoja Edinburgo pogimdyminės depresijos klausimyną. Dauguma slaugytojų pabrėžia, kad ilgalaikis ir nuolatinis moters būklės stebėjimas kiekvieno vizito metu padeda atpažinti beprasidedančios ligos požymius ir laiku užkirsti kelią išsivystymui. Taip pat, respondentai minėjo, jog bendradarbiavimas su kitais sveikatos priežiūros specialistais (psichologais / psichoterapeutais) yra svarbus aspektas, norint laiku suteikti pagalbą.

3.2. Slaugytojų veiksmas, sudarant moterų pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą

Slaugytojų interviu metu buvo klausiama, kaip ir kokią sudaro pogimdyminės depresijos prevencijos planą (8 lentelė).

8 lentelė. Slaugytojų veiksmai sudarant pogimdyminės depresijos prevencijos planą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Slaugytojų veiksmai sudarant pogimdyminės depresijos prevencijos planą	Informavimas	„Pirmojo apsilankymo metu paduodame lankstinuką, kur galima kreiptis pagalbos“ S5; „Duodame knygutes moterims, kur kreiptis pagalbos, informuojame ir partnerį, kad būtų artimųjų dėmesys“ S6;
	Bendravimas	„Na dažniausiai mes tiesiog kiekvieno bendravimo metu <...> pasiūlome jai savo pagalbą, papildomą konsultaciją, jei to reikia“ S1; „Dažniausiai paklausiamo, kaip jaučiasi ir kur galima kreiptis pagalbos, aprašiname, nes joms reikalingas pokalbis, dažniausiai jos neturi su kuo pasikalbėti ir jos ateina ir nori atgalinio ryšio, nori iš mediko išgirsti, kad viskas gerai, kad daro, prižiūri, maitina gerai“ S5;
	Būklės vertinimas	„Ta prevencija poliklinikoje labai gerai užsiima suorganizuota komanda, turim klausimyną, apklausiamo moteris kiekvieno vizito metu. Jeigu kyla kažkokių neaiškumų, atsakome į visus klausimus, pildome Edinburgo klausimyną, jei atsako daugiau balų nei 12, tai siunčiame į psichikos sveikatos centrą pas specialistus“ S3; „<...> kiekvieno apsilankymo metu paklausiamo, kaip moteris jaučiasi, ar viskas gerai“ S5; „<...> bandome jai užduoti kelis klausimus apie jos emocinę būklę, kaip jai sekasi tvarkytis, ar yra kažkokių problemų“ S1;
	Šeimos įtraukimas	„Pasirūpinu, kad moteris nebūtų vienos, bendrauju su jomis, pasirūpinu, kad giminės dalyvautų procese“ S2;

		„Kai apsilankau pirmą kartą, visada pabrėžiu, kad moteriai reikia pagalbos, kad vyras turi irgi dalyvauti procese“ S7; „Svarbu, kad į visa šią vaiko priežiūrą įsitrauktų ir tėvelis, kad dalyvautų procese ir nepaliktų mamos vienos“ S9; „Pirmiausia, informuoju artimuosius, dažniausiai partnerį, kad moteriai svarbu yra pailsėti, išsimiegoti, leisti laiko sau“ S8; „<...> svarbu, kad partneris įsitrauktų į dalyvavimą ir padėtų mamai“ S10;
--	--	---

Tyrimo rezultatai rodo, jog respondentų nuomonė sutampa, yra svarbu sudaryti pogimdyminės depresijos prevencijos planą, norint išvengti galimo susirgimo ir būklės pablogėjimo. Keletas tiriamųjų duoda moterims lankstinukus su informacija, kur ir į kokią gydymo įstaigą kreiptis pagalbos. Vienas iš svarbiausių aspektų yra bendravimas, respondentai teigė, jog kartais moterims užtenka bendravimo ir palaikymo iš sveikatos priežiūros specialistų, kad pagerėtų būklė. Slaugytojai reguliariai vertina moterų emocinę būklę, savo darbo praktikoje naudoja įvairius klausimynus, kurie padeda laiku atpažinti simptomus ir laiku suteikti pagalbą. Dauguma respondentų paminėjo, kad artimųjų įtraukimas į prevencijos planą ir moters palaikymas, sumažina riziką susirgti pogimdymine depresija, todėl jie dažniausiai partnerius ar gimines informuoja apie jų pagalbą mamai.

Respondentų buvo klausiama, kaip ir kokį sudaro pogimdyminės depresijos ankstyvosios intervencijos planą (9 lentelė).

9 lentelė. Slaugytojų veiksmai sudarant pogimdyminės depresijos ankstyvosios intervencijos planą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Slaugytojų veiksmai sudarant pogimdyminės depresijos	Klausimynų taikymas	„<...> taikome Edinburgo pogimdyminės depresijos klausimyną“ S1; „Kiekvieną mėnesį apsiklausiname pagal Edinburgo klausimyną“ S3;

ankstyvosios intervencijos planą	Ilgalaikis stebėjimas	„Pirmąjį mėnesį su kūdikiu lankosi kiekvieną savaitę pas šeimos gydytoją, vėliau kiekvieną mėnesį, kol kūdikiui sueis vieneri metai“ S2; „Nuolatiniai apsilankymai, stebėjimai kiekvieno vizito metu“ S9;
	Artimųjų įtraukimas	„Įtraukiu artimuosius į procesą, paaiškinu partneriui, kad jų įsitraukimas yra labai svarbus tiek moters tiek kūdikio gerovei“ S8; „Svarbus bendravimas su artimaisiais, kad laiku spėtų atpažinti problemą“ S6; „<...> jei ateina kartu su vyru, tai ir jį supažindiname, pasakome, kad svarbu prižiūrėti žmoną, kad visada galima pasiskambinti į gydymo įstaigą. Aš įtraukiu šeimos narius į planą“ S3;
	Nuolatinis bendravimas	„<...> dažniausiai viskas vyksta per pokalbį, bendraujant, čia yra pagrindas. Mokėjimas prieiti ir išklausti yra labai svarbus dalykas, to mokausi ir pati“ S5; „<...> atsakome į rūpimus klausimus, jeigu kažkas neramina, patariame, nuraminame“ S9;
	Pagalbos suteikimas	„<...> paskui klausiam, ar dažnai verkiama, kokia nuotaika, ar liūdna, ar pamiegoti išeina, jeigu yra problemų, tai tuomet poliklinikoje <...> yra psichikos sveikatos centras ir palydime moteris“ S2; „<...> mes dar kartą primename, parodome telefono numerį, kur galima kreiptis pagalbos“ S3; „<...> kreipiamės į psichikos sveikatos centrą“ S7; „<...> atsakome į rūpimus klausimus, jeigu kažkas neramina, patariame, nuraminame“ S9; „Jeigu mama patiria psichologinių sunkumų, visada nukreipiu jas pas psichologą ar psichoterapeutą, suteikiu informacijos, kur galima kreiptis pagalbos“ S10;

Galima pastebėti, kad slaugytojai, sudarant pogimdyminės depresijos ankstyvosios intervencijos planą, savo praktikoje naudoja įvairius klausimynus, vienas iš jų – Edinburgo pogimdyminės depresijos klausimynas. Šis klausimynas padeda nustatyti depresijos požymius ir simptomus, kai jie dar nėra išsivystę. Keletas respondentų teigė, jog yra labai svarbus ilgalaikis moters būklės stebėjimas, dažniausiai po pirmojo apsilankymo namuose slaugytojai iš anksto su moterimis susiplanuoja mėnesinius vizitus gydymo įstaigoje. Dauguma tiriamųjų nurodo, jog į pogimdyminės depresijos ankstyvosios intervencijos planą įtraukia artimuosius, vienas respondentas teigė, jog partnerio dalyvavimas procese prisideda ne tik prie motinos, bet ir kūdikio gerovės. Taip pat, labai svarbu su moterimis sukurti artimą ir pasitikėjimu grįstą santykį. Tik nuolatinio bendravimo metu pavyksta pasiekti šį tikslą, slaugytojai atsako į rūpimus klausimus, pataria ir nuramina. Didžioji dauguma tiriamųjų didelį dėmesį atkreipia į pagalbos suteikimą moteriai ne tik iš artimųjų, bet ir sveikatos priežiūros specialistų. Slaugytojai pasirūpina, kad moteris gautų psichologinę pagalbą, iškilus sunkumams nukreipia jas pas psichologą ar psichiatrą.

Siekiant labiau įsigilinti į temos aktualumą ir nustatyti slaugytojų veiksmus, sudarant moterų pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą, interviu proceso metu buvo papildomai užduotas klausimas, koks yra jų vaidmuo moterų pogimdyminės depresijos prevencijoje (10 lentelė).

10 lentelė. Slaugytojų vaidmuo pogimdyminės depresijos prevencijoje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Slaugytojų vaidmuo pogimdyminės depresijos prevencijoje	Pagalbos teikėjai	„Na, mes turbūt esam po šeimos narių, tie žmonės, į kuriuos dažniausiai kreipiasi pagalbos, gal netgi paprasčiausiai ne draugei kokiai pasisakyti, o iš tikrųjų svetimam žmogui, kad tau kažkas nesiseka kaip tu norėtum kaip įsivaizduoja tavo aplinkiniai, nes kartais gal prisipažinti artimam žmogui, kad tu nesi toks tobulas, kaip iš tavęs tikisi, būna sunku, iš mūsų juk tikisi gauti pagalbą“ S1; „Svarbus yra vaidmuo, nes svarbu laiku pastebėti ir suteikti pagalbą“ S6;

		„Mes patariame moterims, kur ieškoti pagalbos, jei reikia, nukreipiame specialistams“ S8; „<...> suteikiame pagalbą joms“ S9; „Didelė reikšmė, mes pirmos, kurios aplankome šeimą, nežinai, kokia bus šeima <...> bet reikia būtinai pasirūpinti“ S2; „<...> slaugytojos, žinoma, yra svarbios, gali užbėgti įvykiams už akių“ S7;
	Emocinės paramos teikėjai	„<...> aišku reikia slaugytojos, jos turi žinių bagažą ir praktikos. Svarbiausia mamą nuraminti, kad viskas gerai su vaiku“ S3; „Aš galvoju, kad mamai labai svarbu, jog ateina medicinos darbuotojas – seselė, gydytojas. Visuomenėje atrodo, kad saugytojas nieko negali, nieko nemoka, bet vis tiek tas pirmas vizitas ir geras žodis padeda mamai, nuramini ją. Visada sakau, kad užsiregistruotų slaugytojos vizitui (skambučiui), aš visada atskambinu, palaikau, mama žino, kad visada už nugaros stovi žmogus, kuris bus ramstis“ S4; „<...> manau, kad mūsų vaidmuo yra svarbus, nes mes suteikiame ir emocinę paramą“ S10;
	Švietėjai	„<...> labai svarbus slaugytojos vaidmuo, mūsų esmė yra mokyti, atliekame švietimo funkciją“ S5; „Manau, kad mūsų vaidmuo yra esminis, nes mes mokom mamas, kaip atpažinti pogimdyminę depresiją“ S9; „<...> bendraujame su jomis, suteikiame informacijos ir žinių apie visą procesą“ S10; „<...> su tėveliais bendrauju, kad reikia padėti žmonai, kad leistų jai pamiegoti, kad pasirūpintų vaikeliu“ S3;

Tyrimo rezultatai rodo, kad slaugytojų vaidmuo pogimdyminės depresijos prevencijoje yra labai svarbus. Dauguma slaugytojų teigė, jog jie pirmieji, kurie aplanko moteris po gimdymo namuose, sukuria

ryšį ir įvertina situaciją. Jie teikia pagalbą tiek moteriai tiek pasirūpina kūdikiu, visada pataria, kur gauti psichologinę pagalbą. Slaugytojų vaidmuo svarbus ir teikiant emocinę paramą. Tiriamieji minėjo, jog svarbu moterį nuraminti, pasakyti, kad ji gerai susitvarko su problemomis. Vienas respondentas save įvardijo kaip ramstį moterims, kuris visada pasiruošęs pagelbėti ir suteikti paramą. Keletas tiriamųjų savo vaidmenį apibūdina kaip švietimo ir informacijos teikėjo. Slaugytojai moko moteris ne tik kaip atpažinti pogimdyminę depresiją, bet ir suteikia žinių apie pogimdyminį laikotarpį, kūdikio priežiūrą ir pasirūpinimą savo sveikata.

Interviu proceso metu buvo užduotas dar vienas papildomas klausimas. Slaugytojų buvo klausama, kokias kliūtis dažniausiai patiria sudarant pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą (11 lentelė).

11 lentelė. Kliūtys sudarant pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Kliūtys sudarant pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą	Laiko stoka	„Laikas. Nėra tiek laiko pakalbėti“ S5; „<...> laiko stoka“ S6; „Laiko stoka – didelė problema“ S7;
	Problemų nepripažinimas	„Žmonės nenori pripažinti, iš pradžių nesupranta, kad turi šią ligą“ S9; „Mamų nenoras pripažinti, kad yra problema“ S6; „Moterų nenoras pasipasakoti“ S7;
	Nesaugumas	„Pastebėjau, kad moterys, kurios negauna iš artimųjų pagalbos, yra vienišos mamos, sunkiau tada mamos atsiverti, jos jaučiasi nesaugiai, nepasitiki savimi, joms sunku, nespėja, būna labai pavargusios“ S10;
	Atsargumas	„<...> tos mamytės, kurios jaučiasi neužtikrintai, jos gal kartais vertindamos savo būklę, stengiasi ją šiek tiek pagražinti, todėl atkreipiame dėmesį, jeigu matome, kad yra tam tikrų rizikos veiksnių, tai stengiamės gal taip jau tvirčiau paklausti apie tai vieną kartą kitą kartą, gal kitaip užduodame tą klausimą, kad ji kažkuriuo momentu

		<i>atsiskleistų, kad galėtume iš tikrųjų pamatyti, ar nėra užslėptos kažkokios informacijos“ S10;</i>
--	--	---

Nagrinėjant tyrimo rezultatus pastebėta, jog slaugytojai išskyrė keletą kliūčių, su kuriomis susiduria sudarant pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą. Keletas respondentų paminėjo, kad laiko trūkumas yra didelė problema. Vizito pas gydytoją metu slaugytojai atlieka nemažai funkcijų susijusių su kūdikio priežiūra, informavimu apie imunoprofilaktiką, todėl kartais neužtenka laiko įsigilinti į moters psichologinės būklės pokyčius. Taip pat, tiriamieji teigė, kad dalis moterų bijo pripažinti, kad turi psichologinių sunkumų ir reikalinga psichologo pagalba. Nemažai daliai slaugytojų tai apsunkina darbą ir jiems sunkiau teikti pagalbą. Vienas respondentas pastebėjo, jog moterims, kurios jaučia nesaugumo bei vienišumo jausmą, sunkiau atsiverti ir pasipasakoti apie savo sunkumus ne tik su artimaisiais, bet ir sveikatos priežiūros specialistais. Vienas tiriamasis teigė, jog kartais moterys su slaugytojais bendrauja atsargiai, tarsi stengiasi „pagražinti“ bendrą vaizdą, todėl tai gali sukelti kliūčių sudarant pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą. Keletas respondentų nurodė, jog savo darbo praktikoje nepatiria kliūčių, o jeigu ir kyla sunkumų, visada gali sulaukti pagalbos iš skyriaus vedėjos ar vyr. slaugytojos.

3.3. Slaugytojų veiksmai, atliekant pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymą

Slaugytojų interviu metu buvo klausiama, kokie jų veiksmai prisideda prie pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo (12 lentelė).

12 lentelė. Slaugytojų veiksmai, prisidedantys prie pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Slaugytojų veiksmai, prisidedantys prie pogimdyminės	Informacijos suteikimas	„<...> suteikiu informaciją“ S4; „<...> teikiu informaciją apie pogimdyminės depresijos riziką ir jeigu moteris susidurtų, informuoju, kur kreiptis pagalbos“ S8;

depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo	Pagalbos poreikio nustatymas	„Bandome išsiaiškinti, ar mama turi šeimoje pakankamai pagalbos, paklausiamo, ar šeimoje yra žmogus, kuris gali padėti esant psichologiniams sunkumams“ S1; „<...> aš jeigu pirmą kartą nueinu pas mama į namus, apžiūriu, kaip atrodo namai, kas iš artimųjų dalyvauja jos gyvenime“ S4;
	Rūpestis	„<...> pasirūpinu mama <...> paskambinu jai, užregistruoju ją pas šeimos gydytoją, visada paklausu apie naujagimį, jos sveikatą apskritai, sakau, kad jūs ne viena tokia, kad pasitaiko klaidų, kad čia nieko tokio (dėl svorio kontrolės)“ S4; „<...> paklausiu ar jaučia depresišką nevilties nuotaiką, ar dažnai jaučia menką susidomėjimą ką nors veikiant“ S6; „<...> pasirūpiname, kad moteris neliktų viena“ S7; „Pasirūpinu, kad būtų reguliarūs vizitai pas šeimos gydytoją“ S8; „<...> jeigu matau kažkokių požymių tai galima vyrui paskambinti paklausti, kaip moteris laikosi“ S2;
	Klausimų uždavimas	„Mes visos prisidedame prie valdymo, užduodame klausimus“ S5; „Užduodame klausimus mamoms pagal klausimyną“ S6;
	Stebėjimas	„Stebiu mamą, palaikau ryšį“ S4; „<...> būklės stebėjimas“ S10;
	Bendravimas	„Slaugytojos, šeimos gydytojo komandos nuolatinis bendravimas“ S9; „Svarbu, kad būtų užtikrintas paslaugų tęstinumas – nuolatinis bendravimas“ S10;
	Specialistų įtraukimas	„<...> nuvedame į psichikos sveikatos centrą pas gydytoją psichoterapeutą, užrašome pas socialinį darbuotoją“ S1;

		„<...> visas veiksmas vyksta toliau pas psichikos sveikatos priežiūros specialistus“ S3; „<...> kreipiamės, nuvedame į psichikos sveikatos centrą, užrašome pas socialinį darbuotoją“ S5; „Motinai siūlome gyd. psichoterapeuto, psichologo konsultaciją“ S7; „<...> patariame psichologo konsultaciją“ S9; „<...> jeigu pastebiu, kad mama blogai jaučiasi, nukreipiu ją atitinkamiems specialistams“ S10;
--	--	--

Tyrimo rezultatai rodo, kad slaugytojai atlieka nemažai veiksmų, kurie prisideda prie pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo. Tiriamieji minėjo, jog teikia informaciją sveikatos klausimais ir apie pogimdyminės depresijos požymius, galimą riziką. Respondentai teigė, jog svarbu nustatyti, ar moters gyvenime dalyvauja artimieji ir ar dalyvauja procese. Dauguma tiriamųjų rūpinasi moters gerove, paguodžia ją, stengiasi suteikti jai pasitikėjimą. Taip pat, užduoda įvairius klausimus, naudoja Edinburgo pogimdyminės depresijos klausimyną ir nustato pagalbos poreikį. Keletas slaugytojų pasirūpina, kad būtų užtikrintas ilgalaikis bendravimas ir sveikatos būklės stebėjimas. Jeigu slaugytojai pastebi, kad moterims reikalinga kitų specialistų pagalba, jie nukreipia jas pas socialinį darbuotoją, psichologą ir psichiatrą.

Tiriamiesiems buvo užduotas klausimas, kokius pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo etapus gali išskirti (13 lentelė).

13 lentelė. Pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo etapai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo etapai	Būklės įvertinimas	„<...> įsivertiname mamos emocinę būklę“ S1;
	Problemos identifikacija	„Išsiaiškiname, su kokiomis problemomis susiduria moteris“ S7;
	Stebėjimas	„Svarbiausia atkreipti dėmesį į mamos emocinę būklę <...> stebėti jos būseną“ S2; „Stebėjimas“ S4;

		„Nuolatinis stebėjimas <...> kas mėnesį stebime būklę“ S6; „Nuolatinis stebėjimas“ S9;
	Nukreipimas specialistams	„<...> nuvedame į psichikos sveikatos centrą“ S5; „<...> nukreipiame pas soc. darbuotojus“ S6; „<...> nukreipiu pas specialistus detalesniam ištyrimui“ S7; „<...> nukreipiu pas psichologą“ S10;
	Pagalbos užtikrinimas	„<...> jeigu yra iš tikrųjų didelė problema, tiesiog einame ir krepiamės pagalbos“ S1; „<...> psichologinės pagalbos užtikrinimas“ S8; „<...> pagalbos užtikrinimas“ S9;
	Paramos užtikrinimas	„<...> būna užsiregistruoja moteris ir nori pakalbėti apie kūdikio svorį, nors iš tiesų nori pakalbėti, ieško nusiramavimo“ S4; „<...> pasiklausiamės moterų, ar joms padeda artimieji, ar sekasi prižiūrėti kūdikį“ S3;
	Prevenција	„<...> prevencinių priemonių taikymas“ S8;
	Parama iš artimųjų	„<...> pasirūpinu, kad mama gautų paramą iš artimųjų – daugiau informacijos suteikiu tėveliams“ S10;

Nagrinėjant tyrimo rezultatus pastebėta, kad slaugytojai išskiria keletą pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių etapų. Tiriamieji teigė, kad svarbu įvertinti moters psichologinę būklę, išsiaiškinti jos poreikius. Tuomet svarbu identifikuoti problemą, kokio sunkumo depresija kankina moterį ir kokio pagalbos poreikio reikia. Respondentai nurodė, jog nuolatinis ilgalaikis stebėjimas kas mėnesį padeda slaugytojams laiku suteikti pagalbą. Jeigu slaugytojai stebėdami moters psichologinę būklę nustato, kad joms reikalinga kitų specialistų pagalba, jie nukreipia moteris į psichikos sveikatos centrą, taip pat, socialiniams darbuotojams, psichologams ir psichiatrams. Tiriamieji pasirūpina, kad moterims būtų užtikrintas pagalbos ir paramos poreikis. Slaugytojams svarbu, kad moteris pogimdyminių laikotarpiu jaustųsi gerai, todėl visada pasiteirauja, kaip jos laikosi, ar sekasi prižiūrėti kūdikį. Vienas respondentas paminėjo, kad į valdymo etapus įtraukia prevencines priemones. Vienas tiriamasis į

pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo etapą įtraukia ir artimuosius, pasirūpina, kad jie suteiktų paramą.

Siekiant labiau įsigilinti į temos aktualumą ir nustatyti slaugytojų veiksmus, atliekant pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymą, interviu proceso metu buvo papildomai užduotas klausimas, ką slaugytojų nuomone galima būtų patobulinti, kad pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymas būtų efektyvesnis (14 lentelė).

14 lentelė. Pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo efektyvumo gerinimo pasiūlymai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo efektyvumo gerinimo pasiūlymai	Edukacija nėštumo metu	„Pirma, reiktų pradėti nuo nėščiųjų, reikia šviesti moteris nėštumo metu apie psichinę sveikatą, galimas ligas, turėtų būti pamokėlės joms“ S5; „Manau, kad nėštumo metu artimiesiems turėtų būti suteikta papildoma informacija apie pokyčius gyvenime po gimdymo, kad svarbu palaikyti mamą“ S6; „Manau, kad tiek artimieji tiek pačios moterys dar nėštumo metu turėtų gauti daugiau informacijos apie pogimdyminę depresiją“ S10;
	Daugiau informacijos apie pogimdyminę depresiją	„<...> stengiamės mamytėms išdalinti parengtus lankstinukus su informacija <...> kad galėtų pasiskaityti apie įvairias psichologines būkles, su kuriomis gali susidurti moterys po gimdymo ir kad turėtų papildomos informacijos, kur galima kreiptis“ S1; „Manau, kad reikia daryti dar daugiau lankstinukų, reikia skatinti žmones kreiptis pagalbos“ S4;
	Paslaugų prieinamumas	„<...> turėtų būti užtikrintas lengvesnis patekimas pas psichologą, lyg tai būtų profilaktinis apsilankymas po gimdymo praėjus 3 mėnesiams“ S5; „<...> reikia užtikrinti, kad paslaugų prieinamumas pas psichologus būtų greitesnis“ S8;

	Socialinių darbuotojų įtraukimas	<i>„Galbūt tos mamos, kurios jaučiasi vienišos arba augina vaiką vienos, joms būtų reikalingas socialinis darbuotojas, kad apsilankytų namuose ir padėtų su kūdikiu <...> jeigu mamai kiltų sunkumų (jei vyras išvažiavęs ar jo nėra) <...> socialinis darbuotojas padėtų išmaudyti moterį“ S3;</i>
	Daugiau informacijos medikams	<i>„<...> turėtų būti papildomos informacijos ir sveikatos priežiūros darbuotojams, kaip atpažinti pogimdyminę depresiją ir padėti mamai“ S6;</i>
	Pagalba ne darbo valandomis	<i>„<...> daugiau informacijos telefonu po poliklinikos darbo valandų“ S2;</i>
	Stigmos mažinimas	<i>„<...> reikia skatinti žmones kreiptis pagalbos, kad jie nebijotų pasakyti, kaip jaučiasi <...> svarbu, kad moterys nebijotų atsakyti į klausimus, pasakytų, kad kažkas negerai“ S4;</i> <i>„<...> psichologo mokymai, šviesti, kad kalbėjimas apie psichinę sveikatą nėra stigma, tai yra fiziologiniai procesai, kurie gali būti. Nėra gėdinga apie tai kalbėti ir visada galima gauti pagalbą“ S7;</i> <i>„<...> mažinti moterų baimę apie šią ligą, ne visi pripažįsta ir bijo tos diagnozės“ S8;</i>

Tyrimo rezultatai rodo, kad slaugytojai pateikė nemažai pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo efektyvumo gerinimo pasiūlymų. Dalis tiriamųjų teigė, kad svarbu moteris ir artimuosius dar nėštumo metu supažindinti su pogimdyminės depresijos liga, suteikti informacijos apie galimus požymius, kur kreiptis pagalbos. Savo darbo praktikoje slaugytojai dalina moterims lankstinukus apie pogimdyminę depresiją, tačiau keletas tiriamųjų pastebėjo, kad informacijos neužtenka, turėtų būti dar daugiau lankstinukų, daugiau prieinamos ir patikimos mokslinės literatūros. Vienas iš siūlymų buvo gerinti paslaugų prieinamumą pas psichologus ir psichiatrus, vienas respondentas pasiūlė, kad praėjus 3 mėnesiams po gimdymo kiekvienai moteriai būtų tarsi profilaktinis apsilankymas pas psichologą. Vienas respondentas pasiūlė į komandą įtraukti ir socialinį darbuotoją, kuris galėtų atvykti pas moteris į namus ir padėtų jai buityje, suteiktų galimybę ir pačiai mamai pailsėti. Vienas

tiriamasis paminėjo, kad sveikatos priežiūros darbuotojams turėtų būti nuolat atnaujinama informacija apie pogimdyminę depresiją, rengiami mokymai, kaip atpažinti ligą ir kokių priemonių imtis tam tikroje situacijoje. Dar vienas iš pasiūlymų būtų daugiau konsultacijų telefonu, kai gydymo įstaiga nedirba, galėtų būti įsteigti specialūs skambučių centrai, kurie veikia po 20 valandos. Norint, kad pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymas būtų efektyvesnis, slaugytojai mano, jog visuomenėje turėtų būti daugiau kalbama apie šią ligą, skatinama, kad moteris kreiptųsi pagalbos ir nebijotų pripažinti problemos.

Interviu proceso metu slaugytojams buvo užduotas dar vienas papildomas klausimas, kokias priemones naudoja, kad padėtų moterims valdyti pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius (15 lentelė).

15 lentelė. Priemonės, padedančios valdyti pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Priemonės, padedančios valdyti pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius	Lankstinukai	„Vėl mes minime tą lankstinuką, jis yra labai patogiai paruoštas, iš tikrųjų ten yra daug reikalingos informacijos, pagrindinė informacija yra sudėta – labai patogu“ S1; „Lankstinukus“ S5; „Lankstinukai“ S9
	Kursai	„<...> poliklinikoje yra rengiami kursai <...> dažniausiai dabar rengia nuotolinius kursus“ S1; „<...> mokymuose dalyvauju“ S2; „Kursai“ S4; „Lankome kursus“ S6; „Paskaitas išklausau <...> turėtų būti kompleksas mokymų ir specialistų paruošta informacija“ S7; „Konferencijos, mokymai internetu“ S10;
	Literatūra	„Viską skaitau <...> ir įvairius šaltinius skaitau, kuo daugiau informacijos tuo geriau, ir pačiai drąsiau“ S2; „<...> skaitau knygas susijusias su pogimdymine depresija, yra tos literatūros, pasiskaitau. Internetas,

		<i>knygos, žurnalai, užtenka informacijos, tik reikia ieškoti“ S3;</i> <i>„<...> skaitau literatūrą“ S4;</i>
	Laidos	<i>„Aišku, žiūriu laidas“ S3;</i>

Nagrinėjant tyrimo rezultatus pastebėta, kad slaugytojai naudoja įvairias priemones, kurios padeda valdyti pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius. Dalis tiriamųjų savo darbo praktikoje naudoja lankstinukus, kuriuose yra surašyta visa reikiama informacija tiek moterims tiek sveikatos priežiūros darbuotojams. Dauguma slaugytojų aktyviai dalyvauja kursuose, konferencijose bei mokymuose. Pastebėta, kad nuotoliniai mokymai yra labai patogi darbo priemonė, nes yra suteikiama galimybė išklausti įrašų kiekvienam patogiu laiku. Didžioji dalis respondentų skaito mokslinę literatūrą, jie teigė, kad informacijos internete ir knygose yra labai daug, tik reikia pasirinkti tinkamą. Vienas tiriamasis minėjo, jog žiūri ir laidas, kurios padeda valdyti pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius.

REZULTATŲ APTARIMAS

Išanalizavus gautus tyrimo rezultatus, buvo pastebėta, kad pirmasis slaugytojų apsilankymas po gimdymo namuose yra svarbus tiek motinos tiek kūdikio sveikatai. Slaugytojai yra pirmieji sveikatos priežiūros specialistai, kurie aplanko motinas po gimdymo pirmą kartą namuose, todėl jų vaidmuo pogimdyminiame procese yra labai svarbus ir turi teigiamą poveikį moters ir kūdikio sveikatai. Mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad respondentai atlieka tiek moters tiek kūdikio emocinės ir fizinės sveikatos vertinimą. Tiriamieji nurodė, kad labai svarbi yra kūdikio priežiūra ir svarbu parodyti motinoms, kaip teisingai atlikti higieną, kokiais laiko tarpais maitinti. Dalis tiriamųjų apskritai įvertina šeimos padėtį, pasiteirauja moterų, ar partneris bei artimieji dalyvauja procese ir padeda rūpintis iškilusiais sunkumais. Keletas respondentų stebi aplinką, kurioje motina augina vaiką, atkreipia dėmesį į smulkmenas – drabužius, išvaizdą, įvertina, ar kūdikis auga saugioje ir darnioje aplinkoje. Nuo 2015 m. iki 2016 m. Airijoje buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo nustatyti, slaugytojų teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas pirmojo vizito namuose metu. Buvo nustatyta, jog slaugytojai teikia informaciją sveikatos klausimais ir tai padeda motinoms anksti pastebėti galimas problemas, suteikia joms daugiau pasitikėjimo. Slaugytojų teikiama pagalba padeda motinoms pačioms pagerinti ne tik savo, bet naujagimio poreikius, suteiktos žinios moterims pagerina pogimdyminę priežiūrą (Giltenane *et al.*, 2021).

Mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad didžioji dalis tiriamųjų didelį dėmesį atkreipia į moters emocinę būklę. Vienas iš respondentų minėjo, kad pirmojo apsilankymo metu padalina lankstinuką, kuriame parašyta, kur galima kreiptis pagalbos. Pietų Korėjoje slaugytojai, lankydamiesi moterų namuose įvertina jų psichologinę būklę ir jei pastebi pogimdyminės depresijos simptomus ar net galimą savižudybės riziką, nukreipia jas psichikos ar savižudybių priežiūros centrą (Kang *et al.*, 2022).

Išnagrinėjus tyrimo rezultatus pastebėta, kad respondentai įvardijo įvairius pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius. Keletas tiriamųjų pastebėjo, jog pirmasis nėštumas moterims yra iššūkis, jos patiria daug streso ir nerimo šiuo laikotarpiu. Autoriai išskiria šiuos pagrindinius pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius: jei moteris anksčiau turėjo psichologinių problemų ir susirgimų; socialinės paramos trūkumas ir socialinė atskirtis; žema ekonominė padėtis; patirtos traumos bei smurtas artimoje aplinkoje (Çankaya, 2020).

Mūsų atlikto tyrimo rezultatai rodo, jog jeigu moteris prieš nėštumą turėjo psichologinių sunkumų ir psichinį sutrikimą, joms rizika susirgti pogimdymine depresija žymiai padidėja. 2022 m. atlikto tyrimo

duomenimis buvo pastebėta, jog moterims, kurios prieš nėštumą sirgo depresija ar jautė nerimą, yra didesnė rizika susirgti pogimdyvine depresija (Al-abri, Edge and Armitage, 2023). Lietuvoje slaugytojai teigia, kad partnerio dalyvavimas procese yra labai svarbus, leidžiantis moteriai pailsėti, išsimiegoti bei pasirūpinti savimi. Vienas tiriamasis minėjo, jog kuo moteris turi saugius bei tvirtus santykius su partneriu ar vyru, tuo geriau ir saugiau ji jaučiasi, jai lengviau auginti ir rūpintis kūdikiu. 2016 m. Korėjoje atlikto tyrimo duomenys parodo, jog moterims po gimdymo, kurios patiria socialinės paramos trūkumą, tikimybė susirgti pogimdyvine depresija išauga 4,63 karto lyginant su moterimis, kurios nesusiduria su šia problema. (Cho *et al.*, 2022).

Kalbant apie slaugytojų veiksmus, sudarant pogimdyminės depresijos prevencijos planą, buvo pastebėta, jog kitose pasaulio valstybėse palyginus su Lietuva yra matomi skirtumai. Lietuvoje slaugytojai, sudarydami pogimdyminės depresijos prevencijos planą, duoda moterims lankstinukus su informacija, kur ir į kokią gydymo įstaigą kreiptis pagalbos, bendrauja su motinomis, reguliariai vertina moterų emocinę būklę, informuoja partnerius ar gimines apie jų pagalbą mamai. 2019 m. Jungtinių Amerikos Valstijų (JAV) Prevencinių tarnybų darbo grupė (USPSTF) pasiūlė užkirsti kelią pogimdyminės depresijos išsivystymui, taikant konsultacines intervencijas. ROSE (susisiek, išlik stipri, svarbu motinai ir naujagimiui) yra viena iš svarbiausių pogimdyminės depresijos prevencinių programų. Šią prevencinę programą įgyvendina sveikatos priežiūros įstaigos ir sveikatos specialistai, kurie yra apmokyti, kaip padėti moteriai. Prevencinės programos dėka motinoms po gimdymo savivertė išauga, jos tampa emociškai stipresnės ir kuriamas geresnis santykis su kūdikiu (Johnson *et al.*, 2023). Užsienyje atlikto tyrimo duomenys rodo, jog fizinio aktyvumo propagavimas nėštumo metu gali sumažinti pogimdyminės depresijos susirgimo riziką. Užsiėmimas lengva fizine veikla (bent 90 minučių per savaitę) padeda sumažinti stresą, gerina nuotaiką bei sumažina skausmą, todėl tai gali būti puiki pogimdyminės depresijos prevencinė priemonė (Yuan *et al.*, 2022).

Išanalizavus gautus rezultatus pastebėta, kad Lietuvoje slaugytojai, sudarydami pogimdyminės depresijos ir ankstyvosios intervencijos planą, savo darbo praktikoje naudoja įvairius klausimynus, vienas iš jų – Edinburgo pogimdyminės depresijos klausimynas. Užsienyje sveikatos priežiūros specialistai savo darbo praktikoje naudoja įvairias intervencijos programas. 2008 metais Kendang Kerbau moterų ir vaikų ligoninėje buvo pradėta vykdyti pogimdyminės depresijos intervencijos programa, kurios tikslas diagnozuoti, gydyti ir valdyti ligos simptomus bei pagerinti motinų psichologinę sveikatą. Buvo atliktas tyrimas, kuris truko 10 metų, tyrime dalyvavo daugiau nei 18000 moterų iš įvairių pasaulio valstybių, todėl pateikti rezultatai atspindi programos efektyvumą ir patikimumą, taikant

įvairius programos modelius kiekvienai motinai buvo suteikiama pagalba atsižvelgiant į individualius jos poreikius (Hong *et al.*, 2023).

Mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad slaugytojai, taip pat, į pogimdyminės depresijos ankstyvosios intervencijos planą įtraukia artimuosius, paaiškina, kad jų vaidmuo ir pagalba yra labai svarbūs moters sveikatai. Svarbu ir socialinės paramos intervencija, jos poveikis motinos ir kūdikio gerovei (Martín-Gómez *et al.*, 2022). Socialinė parama iš artimųjų padeda sumažinti pogimdyminės depresijos simptomus, pagerina tarpusavio santykius ir užtikrina darnų bendravimą (Norazman and Lee, 2024).

Išanalizavus tyrimo rezultatus, pastebėta, kad slaugytojai, norėdami suvaldyti pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius, pasirūpina, kad moteris gautų socialinio darbuotojo, psichologo bei psichiatro konsultacijas. Pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo procesas yra svarbus, nes jo metu yra identifikuojami, kontroliuojami ir mažinami ekonominiai, socialiniai bei psichologiniai veiksniai, kurie didina riziką moterims susirgti pogimdymine depresija (Agrawal, Mehendale and Malhotra, 2022). Svarbu paminėti, jog pogimdyminės depresijos valdymo procese turi dalyvauti ir psichikos sveikatos specialistai, kurie esant reikalui padėtų suvaldyti simptomus ir pagerintų moters savijautą (Guille *et al.*, 2013).

Lietuvoje yra svarbus slaugytojų vaidmuo, jie pasirūpina, kad būtų užtikrintas ilgalaikis bendravimas ir sveikatos būklės stebėjimas. Lenkijoje atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad yra pabrėžiamas ir akušerės vaidmuo pogimdyminės depresijos valdymo procese. Akušerės stebi moters fizinę ir psichologinę būklę, teikia socialinę paramą, skatina moteris lankytis paramos grupėse bei įtraukia šeimos narius į procesą (Dominiak *et al.*, 2021). Vietname moterims, kurioms buvo taikoma parama ir ilgalaikė stebėseną, per 12 mėnesių pagerėjo psichologinė savijauta, buvo efektyviai suvaldyti depresijos simptomai (Nguyen *et al.*, 2023).

Interviu metu tiriamieji teigė, jog moterims užduoda įvairius klausimus, naudoja Edinburgo pogimdyminės depresijos klausimyną ir nustato pagalbos poreikį. Slaugytojai, pagal individulius moters poreikius suteikia reikiamą pagalbą bei teikia konsultacijas iškilusiais klausimais (Jimenez-Barragan *et al.*, 2023).

Mūsų tyrimo rezultatai yra panašūs su nagrinėtais mokslinėje literatūroje. Norint, kad pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymas būtų efektyvesnis, slaugytojai mano, jog visuomenėje turėtų būti daugiau kalbama apie šią ligą, skatinama, kad moteris kreiptųsi pagalbos ir nebijotų pripažinti problemos. Slaugytojai teikia emocinę paramą ir prisideda prie moterų

psichologinės būklės gerinimo. Svarbu, kad būtų užtikrinama saugi aplinka, kurioje moteriai būtų lengviau atsiverti ir atvirai pakalbėti apie savo išgyvenimus. Slaugytojai bendraudami padeda moterims sumažinti izoliacijos jausmą. Taip pat, svarbu, kad moterys suprastų, jog pogimdyminės depresijos diagnozė nėra nesėkmės požymis, nereikia savęs kaltinti ar smerkti, taikant atitinkamas priemones ši liga gali būti suvaldoma (Stewart and Vigod, 2019).

Tyrimo apribojimai. Gautų tyrimo rezultatų duomenų negalima pritaikyti visiems slaugytojams, kurie lanko moteris po gimdymo pirmą kartą namuose, nes tyrimas vykdytas tik vienoje X pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje.

Tyrimo privalumai. Gauti tyrimo rezultatai leidžia labiau įsigilinti į slaugytojų veiksmus pirmojo apsilankymo po gimdymo namuose metu, sudarant pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planus bei valdant psichosocialinius rizikos veiksnius.

Tyrimo hipotezė: tikėtina, kad slaugytojų veiksmų dėka galima lengviau atpažinti pogimdyminės depresijos psichosocialinius veiksnius, sudaryti prevencijos ir intervencijos planą bei atlikti pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymą. Tyrimo hipotezė pasitvirtino, išnagrinėjus gautus tyrimo rezultatus buvo nustatyta, kad slaugytojų vaidmuo yra labai svarbus, vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius.

IŠVADOS

1. Išanalizavus slaugytojų veiksmus, apilankant moterį po gimdymo pirmą kartą namuose vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius, nustatyta, jog slaugytojų pirmasis apsilankymas po gimdymo namuose yra svarbus tiek motinos tiek kūdikio gerovei. Slaugytojai atlieka moters ir kūdikio emocinės bei fizinės sveikatos vertinimą, įvertina šeimos padėtį. Slaugytojai didelį dėmesį atkreipia į moters emocinę būklę, suteikia psichologinę pagalbą. Slaugytojai įvardijo įvairius pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius – pirmasis nėštumas, stresas, nerimas, pašliję santykiai su partneriu, patirti psichologiniai sunkumai prieš nėštumą.
2. Slaugytojai, sudarydami pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą, sutinka, kad šios darbo priemonės leidžia moterims išvengti galimo susirgimo ir būklės pablogėjimo. Slaugytojai savo darbo praktikoje naudoja įvairius klausimynus, kurie padeda laiku atpažinti simptomus ir laiku suteikti pagalbą, taip pat, duoda moterims lankstinukus su informacija, kur ir į kokią gydymo įstaigą kreiptis pagalbos. Slaugytojai į pogimdyminės depresijos ankstyvosios intervencijos planą įtraukia artimuosius, partnerio dalyvavimas procese prisideda ne tik prie motinos, bet ir kūdikio sveikatos stiprinimo.
3. Slaugytojai atlieka nemažai veiksmų, kurie prisideda prie pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo. Slaugytojai teikia informaciją sveikatos klausimais ir apie pogimdyminės depresijos požymius, galimą riziką, jie nukreipia moteris pas socialinį darbuotoją, psichologą ir gydytoją psichoterapeutą. Slaugytojai pasirūpina, kad moterims būtų užtikrintas pagalbos ir paramos poreikis. Slaugytojai į pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo etapą įtraukia prevencines priemones.

REKOMENDACIJOS

Bendrosios ir išplėstinės praktikos slaugytojams:

1. Pagimdžiusioms moterims pirmojo apsilankymo namuose metu taikyti psichinės būklės vertinimo diagnostines priemones.

Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos vadovams:

1. Siekiant sudaryti pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą, reikėtų ilginti konsultacijų laiką iki 30 min. pas šeimos / vaikų ligų gydytoją.
2. Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą moterims pas psichologus, psichoterapeutus bei socialinius darbuotojus.

Sveikatos mokymų centrams:

1. Bendrosios ir išplėstinės praktikos slaugytojams 2 kartus per metus organizuoti mokymus apie pogimdyminę depresiją, kaip atpažinti simptomus ir kokią pagalbą teikti moterims.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Agrawal, I., Mehendale, A.M. and Malhotra, R. (2022) 'Risk Factors of Postpartum Depression', *Cureus* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.7759/cureus.30898>.
2. Al-abri, K., Edge, D. and Armitage, C.J. (2023) 'Prevalence and correlates of perinatal depression', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58(11), pp. 1581–1590. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02386-9>.
3. Alshikh Ahmad, H., Alkhatib, A. and Luo, J. (2021) 'Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: a systematic review and meta-analysis', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), p. 542. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04016-9>.
4. Amare, Y. *et al.* (2018) 'Early postnatal home visits: a qualitative study of barriers and facilitators to achieving high coverage', *BMC Public Health*, 18(1), p. 1074. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5922-7>.
5. Anokye, R. *et al.* (2018) 'Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management', *Annals of General Psychiatry*, 17(1), p. 18. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0188-0>.
6. Aune, I. *et al.* (2021) 'Early discharge from hospital after birth: How Norwegian parents experience postnatal home visits by midwives – A qualitative study', *Sexual & Reproductive Healthcare*, 30, p. 100672. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100672>.
7. Ayete-Nyampong, J. and Udofia, E.A. (2020) 'Assessment of knowledge and quality of essential newborn care practices in La Dade Kotopon Municipality, Ghana', *PLOS ONE*, 15(8), p. e0237820. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237820>.
8. Barboza, M. *et al.* (2018) 'A better start for health equity? Qualitative content analysis of implementation of extended postnatal home visiting in a disadvantaged area in Sweden', *International Journal for Equity in Health*, 17(1), p. 42. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0756-6>.
9. Bitinas, B. Rupšienė, L. ir Žydzžiūnaitė V, (2008) Kokybinių tyrimų metodologija: kokybinių tyrimų metodologija: vadovėlis vadybos ir administravimo studentams. Klaipėda : S. Jokužio leidykla-spaustuvė
10. Branquinho, M. *et al.* (2022) 'Frontline health professionals' perinatal depression literacy: A systematic review', *Midwifery*, 111, p. 103365. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103365>.

11. Branquinho, M., Canavarro, M.C. and Fonseca, A. (2022) 'A Blended Cognitive–Behavioral Intervention for the Treatment of Postpartum Depression: A Case Study', *Clinical Case Studies*, 21(5), pp. 438–456. Available at: <https://doi.org/10.1177/15346501221082616>.
12. Brummelte, S. and Galea, L.A.M. (2016) 'Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care', *Hormones and Behavior*, 77, pp. 153–166. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>.
13. Camargo Júnior, E.B. *et al.* (2024) 'Association between childhood trauma and postpartum depression among Brazilian puerperal women', *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 32. Available at: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6761.4170>.
14. Çankaya, S. (2020) 'The effect of psychosocial risk factors on postpartum depression in antenatal period: A prospective study', *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(3), pp. 176–183. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.04.007>.
15. Cho, H. *et al.* (2022) 'Association between social support and postpartum depression', *Scientific Reports*, 12(1), p. 3128. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07248-7>.
16. Cohen, S., Murphy, M.L.M. and Prather, A.A. (2019) 'Ten Surprising Facts About Stressful Life Events and Disease Risk', *Annual Review of Psychology*, 70(1), pp. 577–597. Available at: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102857>.
17. Corbally, L. and Wilkinson, M. (2021) 'The Effect of Mindfulness-Based Interventions on Stress, Depression and Anxiety During the Perinatal Period in Women Without Pre-existing Stress, Depressive or Anxiety Disorders: a Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials', *Mindfulness*, 12(10), pp. 2357–2370. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01697-3>.
18. Costantini, L. *et al.* (2021) 'Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review', *Journal of Affective Disorders*, 279, pp. 473–483. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.131>.
19. Costas-Ramón, N. *et al.* (2023) 'Psychometric evaluation and validation of the Postpartum Specific Anxiety Scale for the Spanish-speaking population: PSAS-ES', *General Hospital Psychiatry*, 83, pp. 59–65. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.04.011>.
20. Diebold, A. *et al.* (2020) 'Acceptability and appropriateness of a perinatal depression preventive group intervention: a qualitative analysis', *BMC Health Services Research*, 20(1), p. 189. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5031-z>.

21. Dodge, K.A. *et al.* (2019) 'Effect of a Community Agency–Administered Nurse Home Visitation Program on Program Use and Maternal and Infant Health Outcomes', *JAMA Network Open*, 2(11), p. e1914522. Available at: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14522>.
22. Dominiak, M. *et al.* (2021) 'Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression', *Ginekologia Polska*, 92(2), pp. 153–164. Available at: <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0141>.
23. Eisner, E. *et al.* (2022) 'Digital screening for postnatal depression: mixed methods proof-of-concept study', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), p. 429. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04756-2>.
24. Fallon, V. *et al.* (2022) 'The Postpartum Specific Anxiety Scale: Confirmatory factor analyses and relationships with birth experience', *Archives of Women's Mental Health*, 25(3), pp. 655–665. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01233-9>.
25. Giltenane, M. *et al.* (2021) 'Identifying the role of public health nurses during first postnatal visits: Experiences of mothers and public health nurses in Ireland.', *International journal of nursing studies advances*, 3, p. 100017. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100017>.
26. Goshin, L.S. *et al.* (2019) 'Perinatal Nurses' Experiences With and Knowledge of the Care of Incarcerated Women During Pregnancy and the Postpartum Period', *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 48(1), pp. 27–36. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.11.002>.
27. Guille, C. *et al.* (2013) 'Management of Postpartum Depression', *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(6), pp. 643–653. Available at: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12104>.
28. Harron, K. *et al.* (2025) 'Effects of the Family Nurse Partnership on all eligible mothers: a data linkage cohort study in England', *PLOS ONE*, 20(4), p. e0320810. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320810>.
29. He, L. *et al.* (2023) 'The impact of physical activity intervention on perinatal depression: A systematic review and meta-analysis', *Journal of Affective Disorders*, 321, pp. 304–319. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.026>.
30. Hong, L.F. *et al.* (2023) 'The Postnatal Depression Intervention Program “PNDIP”: A 10-year review', *Asian Journal of Psychiatry*, 90, p. 103807. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103807>.

31. Im, D. *et al.* (2023) 'Qualitative Research in Healthcare: Data Analysis', *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 56(2), pp. 100–110. Available at: <https://doi.org/10.3961/jpmph.22.471>.
32. Jimenez-Barragan, M. *et al.* (2023) 'Study protocol for improving mental health during pregnancy: a randomized controlled low-intensity m-health intervention by midwives at primary care centers', *BMC Nursing*, 22(1), p. 309. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01440-4>.
33. Johnson, J.E. *et al.* (2023) 'Study protocol for the ROSE Scale-Up Study: Informing a decision about ROSE as universal postpartum depression prevention', *Contemporary Clinical Trials*, 132, p. 107297. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.cct.2023.107297>.
34. Kallio, H. *et al.* (2016) 'Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide', *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), pp. 2954–2965. Available at: <https://doi.org/10.1111/jan.13031>.
35. Kang, S.Y. *et al.* (2022) 'Prevalence and risk factors of maternal depression among women who participated in a home visitation program in South Korea', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(6), pp. 1167–1178. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02226-w>.
36. Khalil, A.I. *et al.* (2024) 'Impact of an educational intervention on improving maternity nurses' knowledge and attitudes toward postpartum depression: a quasi-experimental study.', *Journal of medicine and life*, 17(8), pp. 782–790. Available at: <https://doi.org/10.25122/jml-2024-0147>.
37. Kroska, E.B. and Stowe, Z.N. (2020) 'Postpartum Depression', *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 47(3), pp. 409–419. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.05.001>.
38. Lewis Johnson, T.E. *et al.* (2020) 'Preventing Perinatal Depression Now: A Call to Action', *Journal of Women's Health*, 29(9), pp. 1143–1147. Available at: <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8646>.
39. Li, W. *et al.* (2019) 'Effectiveness of Acupuncture Used for the Management of Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis', *BioMed Research International*, 2019, pp. 1–8. Available at: <https://doi.org/10.1155/2019/6597503>.
40. Li, X. *et al.* (2022) 'Effectiveness of cognitive behavioral therapy for perinatal maternal depression, anxiety and stress: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials', *Clinical Psychology Review*, 92, p. 102129. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102129>.

41. Li, Z. *et al.* (2020) 'Effectiveness of cognitive behavioural therapy for perinatal depression: A systematic review and meta-analysis', *Journal of Clinical Nursing*, 29(17–18), pp. 3170–3182. Available at: <https://doi.org/10.1111/jocn.15378>.
42. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ TAR 2024-10-07, Nr. 17546.
43. Liu, X., Wang, S. and Wang, G. (2022) 'Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis', *Journal of Clinical Nursing*, 31(19–20), pp. 2665–2677. Available at: <https://doi.org/10.1111/jocn.16121>.
44. Martín-Gómez, C. *et al.* (2022) 'Effectiveness of psychological interventions in preventing postpartum depression in non-depressed women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials', *Psychological Medicine*, 52(6), pp. 1001–1013. Available at: <https://doi.org/10.1017/S0033291722000071>.
45. McLeish, J. *et al.* (2021) 'A qualitative study of first time mothers' experiences of postnatal social support from health professionals in England', *Women and Birth*, 34(5), pp. e451–e460. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.012>.
46. McPherson, R. and Hodgins, S. (2018) 'Postnatal home visitation: Lessons from country programs operating at scale', *Journal of Global Health*, 8(1). Available at: <https://doi.org/10.7189/jogh.08.010422>.
47. Nguyen, H.T.H. *et al.* (2023) 'Postpartum depression in Vietnam: a scoping review of symptoms, consequences, and management.', *BMC women's health*, 23(1), p. 391. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02519-5>.
48. Norazman, C.W. and Lee, L.K. (2024) 'The influence of social support in the prevention and treatment of postpartum depression: An intervention-based narrative review', *Women's Health*, 20. Available at: <https://doi.org/10.1177/17455057241275587>.
49. O'Connor, E. *et al.* (2019) 'Interventions to Prevent Perinatal Depression', *JAMA*, 321(6), p. 588. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.20865>.
50. Olson, T. *et al.* (2019) 'Going home with baby: innovative and comprehensive support for new mothers', *Primary Health Care Research & Development*, 20, p. e18. Available at: <https://doi.org/10.1017/S1463423618000932>.
51. Park, S.-H. and Kim, J.-I. (2022) 'Predictive validity of the Edinburgh postnatal depression scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: a systematic review

- and meta-analysis', *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 307(5), pp. 1331–1345. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06525-0>.
52. Pereira, A.T. *et al.* (2014) 'Profile of depressive symptoms in women in the perinatal and outside the perinatal period: similar or not?', *Journal of Affective Disorders*, 166, pp. 71–78. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.008>.
 53. Qi, W. *et al.* (2021) 'Psychosocial risk factors for postpartum depression in Chinese women: a meta-analysis', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), p. 174. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03657-0>.
 54. Saharoy, R. *et al.* (2023) 'Postpartum Depression and Maternal Care: Exploring the Complex Effects on Mothers and Infants.', *Cureus*, 15(7), p. e41381. Available at: <https://doi.org/10.7759/cureus.41381>.
 55. Silverman, M.E. *et al.* (2017) 'The risk factors for postpartum depression: A population-based study', *Depression and Anxiety*, 34(2), pp. 178–187. Available at: <https://doi.org/10.1002/da.22597>.
 56. Stewart, D.E. and Vigod, S.N. (2019) 'Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics', *Annual Review of Medicine*, 70(1), pp. 183–196. Available at: <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>.
 57. Szurek-Cabanas, R. *et al.* (2024) 'Socioeconomic status and maternal postpartum depression: a PRISMA-compliant systematic review', *Current Psychology* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05774-3>.
 58. Wang, X. *et al.* (2023) 'A systematic review of interpersonal psychotherapy for postpartum depression', *Journal of Affective Disorders*, 339, pp. 823–831. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.067>.
 59. Wang, Z. *et al.* (2021) 'Mapping global prevalence of depression among postpartum women', *Translational Psychiatry*, 11(1), p. 543. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>.
 60. 'World Medical Association Declaration of Helsinki' (2013) *JAMA*, 310(20), p. 2191. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>.
 61. Yang, M. *et al.* (2023) 'Mindfulness-Based Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Iranian Journal of Public Health* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i12.14311>.

62. Yuan, M. *et al.* (2022) 'Effect of physical activity on prevention of postpartum depression: A dose-response meta-analysis of 186,412 women', *Frontiers in Psychiatry*, 13. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.984677>.
63. Zubrickytė, G., Mejerytė, A. and Starkauskas, A. (2024) 'POGIMDYMINĖ DEPRESIJA: EPIDEMIOLOGIJA, ETIOLOGIJA, DIAGNOSTIKA, GYDYMAS IR PREVENCIJA', *Health Sciences*, 34(4), pp. 158–162. Available at: <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2024.176>.
64. Židžiūnaitė, V. and Sabaliauskas, S. (2017). *Kokybiniai tyrimai*. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
65. World Health Organization (2015). *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/nbh/brief-postnatal-care-for-mothers-and-newborns-highlights-from-the-who-2013-guidelines.pdf>.

PRIEDAI

PRIEDAS Nr. 1

Pusiau struktūruotas interviu

Gerbiamas tyrimo dalyvi,

Esu Vilniaus universiteto, Medicinos fakulteto, magistrantūros studijų programos „Išplėstinės praktikos slauga“ II-o kurso studentė Laima Gražytė. Šiuo metu atliekame tyrimą, kurio metu analizuojame slaugytojų veiksmus, vertinant moterų pogimdyminės depresijos psichosocialinius veiksnius.

Prašome Jūsų skirti apie 1,5 valandos laiko atsakyti į klausimus. Interviu metu Jūsų pateikti atsakymai bus naudojami tik baigiamajame darbe, o Jūsų konfidencialumas ir privatumas bus griežtai saugomas.

Jei kiltų klausimų su manimi galima susisiekti el. paštu laima.grazyte@mf.stud.vu.lt

Ar susipažinus su tyrimu sutinkate, kad mūsų pokalbis būtų įrašomas į diktofoną?

-Taip (jei pasirinkta šis atsakymas, pereinama prie 1 interviu dalies);

-Ne (jei pasirinkamas šis atsakymas. Padėkojame tyrimo dalyviui už dalyvavimą ir atsisveikiname. Interviu toliau nėra tęsiamas).

1 dalis. Sociodemografiniai duomenys

1.1. Koks Jūsų amžius?

1.2. Jūsų lytis?

1.3. Koks Jūsų išsilavinimas?

1.4. Jūsų gyvenamoji vieta?

1.5. Kokia Jūsų darbo patirtis (metais), lankant moteris po gimdymo namuose? (jei darbo patirtis yra mažiau nei 1 metai, nutraukiame interviu. Padėkojame tyrimo dalyviui už dalyvavimą ir atsisveikiname. Interviu toliau nėra tęsiamas).

2 dalis. Slaugytojų veiksmai, apilankant moterį po gimdymo pirmą kartą namuose vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius

2.1. Kokius veiksmus atliekate pirmą kartą apilankius pagimdžiusią moterį namuose?

2.2. Kokius pogimdyminės depresijos rizikos veiksnius galite išskirti?

3 dalis. Slaugytojų veiksmai, sudarant moterų pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą

3.1. Kaip ir kokį sudarote moterų pogimdyminės depresijos prevencijos planą?

3.2. Kaip ir kokį sudarote moterų pogimdyminės depresijos ir ankstyvosios intervencijos planą?

4 dalis. Slaugytojų veiksmai, atliekant pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymą

4.1. Kokie Jūsų veiksmai prisideda prie pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo?

4.2. Kokius pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymo etapus galite išskirti?

Papildomi klausimai užduoti interviu proceso metu:

Kaip dažnai savo praktikoje susiduriate su moterimis, turinčiomis pogimdyminės depresijos požymių?

Kokia yra Jūsų patirtis, vertinant pogimdyminės depresijos rizikos veiksnius pirmojo apsilankymo metu?

Kaip suprantate savo vaidmenį moterų pogimdyminės depresijos prevencijoje?

Kokias kliūtis dažniausiai patiriate, sudarydami pogimdyminės depresijos prevencijos ir intervencijos planą?

Kokius metodus taikote, kad nuolat stebėtumėte moters psichosocialinę būklę po pirmojo apsilankymo namuose?

Ką, Jūsų nuomone, būtų galima patobulinti, kad pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymas būtų efektyvesnis?

Kokias priemones (pvz., literatūrą, mokymus, informacijos šaltinius) naudojate, kad padėtumėte moterims valdyti pogimdyminės depresijos rizikos veiksnius?

Informuoto asmens sutikimo forma

Tyrimo pavadinimas - Slaugytojų veiksmas, vertinant moterų pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius

Kokia šio dokumento paskirtis?

Šio dokumento formoje Jums skirta informacija apie atliekamą tyrimą. Dokumentas nurodo tyrimo tikslą, uždavinius, kodėl Jūs esate kviečiamas dalyvauti tyrime, kaip bus užtikrinamas asmens duomenų konfidencialumas, taip pat nurodomi tyrimo privalumai ir trūkumai, bei kam bus naudojami gauti tyrimo rezultatai.

Neskubėkite ir atidžiai perskaitykite šį dokumentą, jei nesupratote kokio nors žodžio ar teiginio, visus iškilusius klausimus būtinai užduokite tyrėjui.

Sutikus dalyvauti tyrime, turite teisę bet kada jį nutraukti, dalyvavimas vyksta laisva valia, savo noru, tyrėjas užtikrina anonimiškumą ir konfidencialumą. Šis Jūsų sprendimas neturės jokių neigiamų padarinių, o surinkti duomenys bus sunaikinti.

Kokie yra tyrimo tikslai ir uždaviniai?

Tyrimo tikslas – išanalizuoti slaugytojų veiksmus, vertinant moterų pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius.

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti slaugytojų veiksmus, apibūdinant moterį po gimdymo pirmą kartą namuose vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius.
2. Nustatyti slaugytojų veiksmus, sudarant moterų pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą.
3. Identifikuoti slaugytojų veiksmus, atliekant pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymą.

Kodėl turėtumėte dalyvauti šiame tyrime?

Esate įtrauktas į tyrimą, nes atitinkate įtraukimo kriterijus: lankote motinas po gimdymo namuose, dirbate pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje ir Jūsų darbo patirtis yra daugiau nei 1 metai susijusi su pogimdymine priežiūra.

Ar Jūsų asmens duomenys bus konfidencialūs?

Jūsų dalyvavimas tyrime yra savanoriškas, vyksta laisva valia. Interviu metu nebus prašoma tyrimo dalyvio nurodyti vardo ir pavardės. Tyrimo metu jokia asmenį identifikuojanti informacija nebus

renkama. Tyrimas bus atliktas laikantis bendrųjų Helsinkio deklaracijos etikos principų: autonomiškumo, anonimiškumo, konfidencialumo, nepakenkimo, teisingumo, geravališkumo, sąžiningumo, laisvanoriško dalyvavimo. Surinkti duomenys bus naudojami tik atliekant baigiamojo darbo tyrimą.

Kokie yra dalyvavimo tyrime privalumai ir trūkumai?

Privalumai: gauti tyrimo rezultatai leis lengviau identifikuoti pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius, nustatyti prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą bei nustatyti slaugytojų veiksmus, atliekant pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymą.

Trūkumai: sugaištas laikas iki atvykimo į pasirinktą vietą prieš atliekant interviu.

Kas nutiks su tyrimo rezultatais?

Gauti tyrimo rezultatai padės suformuoti išvadas ir apibendrinimą, kurie bus pateikti magistro baigiamajame darbe.

Į ką kreiptis, jeigu iškiltų klausimų?

Kilus klausimams kreiptis į tyrėją Laimą Gražytę, el. paštu: laima.grazyte@mf.stud.vu.lt

Tyrėjo ir (arba) sutikimo prašančio asmens deklaracija

Patvirtinu, kad suteikiau aukščiau išdėstytą informaciją apie tyrimą dalyviui.

Patvirtinu, kad asmeniui buvo skirta pakankamai laiko apsispręsti dalyvauti tyrime, atsižvelgiant į tyrimo pobūdį, taip pat įvertinus kitas aplinkybes, galinčias daryti įtaką priimamam sprendimui.

Aš skatinau asmenį (ar kitą sutikimą turintį teisę duoti asmenį) užduoti klausimus ir į juos atsakiau.

Tyrėjas ar kitas jo įgaliotas tyrimą atliekantis asmuo:

Tyrėjo vardas, pavardė _____

Tyrėjo parašas _____

Data _____

VU MF Mokslinių tyrimų Etikos komiteto protokolas Nr. (1.7 E) 150000-KT-21

Išrašas



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

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2025-01-17 Nr. (1.7 E) 150000-KT-21
Vilnius

El. balsavimas vyko 2025 m. sausio 15-17 d.

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

Posėdžio sekretorius VU MF SMI vyr. specialistė vyr. specialistė Greta Zambžickaitė

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 Anestezjologijos 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.

5. SVARSTYTA. Išplėstinės praktikos slaugos magistrantūros studijų programos antro kurso studentės Laimos Gražytės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento vertinimas.

NUTARTA. Studentės Laimos Gražytės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento turinys neprieštarauja 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

VU leidimas vykdyti apklausą mokslo tiriamaisiais tikslais

Elektroninio dokumento nuorašas

VILNIAUS UNIVERSITETO
MEDICINOS FAKULTETAS**DĖL LEIDIMO VYKDYTI APKLAUSĄ MOKSLO TIRIAMAISIAIS TIKSLAIS**

Prašome leisti vykdyti apklausą „Slaugytojų veiksmų, vertinant moterų po gimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius“ magistratūros studijų programos „Išplėstinės praktikos slauga“, II-o kurso studentei Laimai Gražytei (tel. +370 671 95712), el. p. laima.grazyte@mf.stud.vu.lt) [redacted].

Mokslinis darbas: magistro baigiamasis darbas, temos pavadinimas „Slaugytojų veiksmų, vertinant moterų po gimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius“, baigiamojo darbo vadovas – asistentė dr. Renata Šturienė (el. p. renata.sturienne@mf.vu.lt), baigiamojo darbo konsultantas – profesorė dr. Natalja Istomina (el. p. natalja.istomina@mf.vu.lt).

Tikslas – išanalizuoti slaugytojų veiksmus, vertinant moterų po gimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius.

Uždaviniai:

1. nustatyti slaugytojų veiksmus, apimančius moterį po gimdymo pirmą kartą namuose vertinant po gimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius;
2. nustatyti slaugytojų veiksmus, sudarančius moterų po gimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą;
3. identifikuoti slaugytojų veiksmus, atliekančius moterų po gimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymą.

Duomenų rinkimą planuojama pradėti vykdyti nuo 2025 m. vasario mėnesio 3 d. iki 2025 m. vasario mėnesio 28 d. Planuojama į tyrimą imti įtraukti [redacted] slaugytojus, kurie pirmą kartą aplanko moteris po gimdymo namuose, bendrai – 10 respondentų.

Pridedama: klausimynas (sudaro 11 klausimų (-ai), 2 puslapiai), apklausa bus atliekama gyvai, interviu būdu.

Tiriamųjų asmenų duomenų konfidencialumas ir anonimiškumas bus užtikrinti vadovaujantis etikos principais - prieš atliekant interviu kiekvienas tyrimo dalyvis bus supažindintas su informuoto asmens sutikimo forma. Prieš atliekant interviu bus gautas žodinis tyrimo dalyvio sutikimas dalyvauti tyrime. Kiekvienas tyrimo dalyvis galės bet kada nutraukti savo dalyvavimą tyrime, dalyvavimas vyksta laisva valia, savo noru. Tyrimo metu jokia asmenį identifikuojanti informacija nebus renkama. Tyrimas bus atliktas laikantis bendrųjų Helsinkio deklaracijos etikos principų: autonomiškumo, anonimiškumo, konfidencialumo, nepakenkimo, teisingumo, geravališkumo, sąžiningumo, laisvanoriško dalyvavimo ('World Medical Association Declaration of Helsinki', 2013).

Veronika Bičiūšienė, tel. (8 5) 239 8758, el. p. veronika.biciusiene@mf.vu.lt

Viešoji įstaiga
Universiteto g. 3
01513 Vilnius

Duomenys kaupiami ir saugomi
Juridinių asmenų registre
Kodas 211950810

Fakulteto duomenys:
M. K. Čiurlionio g. 21/27, 03101 Vilnius
Tel. (8 5) 239 8700, el. p. mf@mf.vu.lt
www.mf.vu.lt

Leidimas iš X sveikatos priežiūros įstaigos vykdyti apklausą mokslo tiriamaisiais tikslais

Elektroninio dokumento nuoraitas



VILNIAUS UNIVERSITETO
MEDICINOS FAKULTETAS

DĖL LEIDIMO VYKDYTI APKLAUSĄ MOKSLO TIRIAMAISIAIS TIKSLAIS

Prašome leisti vykdyti apklausą „Slaugytojų veiksmai, vertinant moterų pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius“ magistratūros studijų programos „Išplėstinės praktikos slauga“, II-o kurso studentei Laimai Gražytei (tel. +370 671 95712), el. p. laima.grazyte@mf.stud.vu.lt) mokslo tiriamaisiais tikslais.

Mokslinis darbas: magistro baigiamasis darbas, temos pavadinimas „Slaugytojų veiksmai, vertinant moterų pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius“, baigiamojo darbo vadovas – asistentė dr. Renata Šturienė (el. p. renata.sturienne@mf.vu.lt), baigiamojo darbo konsultantas – profesorė dr. Natalja Istomina (el. p. natalja.istomina@mf.vu.lt).

Tikslas – išanalizuoti slaugytojų veiksmus, vertinant moterų pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius.

Uždaviniai:

1. nustatyti slaugytojų veiksmus, apilankant moterį po gimdymo pirmą kartą namuose vertinant pogimdyminės depresijos psichosocialinius rizikos veiksnius;
2. nustatyti slaugytojų veiksmus, sudarant moterų pogimdyminės depresijos prevencijos ir ankstyvosios intervencijos planą;
3. identifikuoti slaugytojų veiksmus, atliekant pogimdyminės depresijos psichosocialinių rizikos veiksnių valdymą.

Duomenų rinkimą planuojama pradėti vykdyti nuo 2025 m. vasario mėnesio 3 d. iki 2025 m. vasario mėnesio 28 d. Planuojama į tyrimo imtį įtraukti slaugytojus, kurie pirmą kartą aplanko moteris po gimdymo namuose, bendrai ~ 10 respondentų.

Priedama: klausimynas (sudaro 11 klausimų (-ai), 2 puslapiai), apklausa bus atliekama gyvai, interviu būdu.

Tiriamųjų asmenų duomenų konfidencialumas ir anonimiškumas bus užtikrinti vadovaujantis etikos principais - prieš atliekant interviu kiekvienas tyrimo dalyvis bus supažindintas su informuoto asmens sutikimo forma. Prieš atliekant interviu bus gautas žodinis tyrimo dalyvio sutikimas dalyvauti tyrime. Kiekvienas tyrimo dalyvis galės bet kada nutraukti savo dalyvavimą tyrime, dalyvavimas vyksta laisva valia, savo noru. Tyrimo metu jokia asmenį identifikuojanti informacija nebus renkama. Tyrimas bus atliktas laikantis bendrųjų Helsinkio deklaracijos etikos principų: autonomiškumo, anonimiškumo, konfidencialumo, nepakenkimo, teisingumo, geravališkumo, sąžiningumo, laisvanoriško dalyvavimo ('World Medical Association Declaration of Helsinki', 2013).

Veronika Bičiūšienė, tel. (8 5) 239 8758, el. p. veronika.biciusiene@mf.vu.lt

Viešoji įstaiga
Universiteto g. 3
01513 Vilnius

Duomenys kaupiami ir saugomi
Juridinių asmenų registre
Kodas 211950810

Fakulteto duomenys:
M. K. Čiurlonio g. 21/27, 03101 Vilnius
Tel. (8 5) 239 8700, el. p. mf@mf.vu.lt
www.mf.vu.lt