

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Gabrielė Lubauskaitė

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro darbas

**Moterų išgyvenusių depresiją po gimdymo savęs ir tarpasmeninių santykių
patyrimas: kokybinis tyrimas**

Darbo vadovė: doc. dr. Asta Adler

Vilnius
2025

TURINYS

SANTRAUKA.....	5
SUMMARY.....	6
SANTRUMPOS.....	7
SVARBIAUSIOS SĄVOKOS.....	8
PRATARMĖ.....	9
1. ĮVADAS.....	10
1.1. Tapatybės virsmas tampant mama ir psichologiniai sunkumai	10
1.2. Pogimdyminė depresija ir diagnostiniai kriterijai	11
1.3. Pogimdyminės depresijos paplitimas Lietuvoje ir pasaulyje	11
1.4. Psichofiziologiniai pokyčiai nėštumo ir laikotarpiu po gimdymo.....	13
1.5. Pogimdyminės depresijos rizikos ir apsauginiai veiksniai.....	14
1.6. Motinos ir vaiko sąveika ir santykio patyrimas išgyvenant depresiją	15
1.6.1. Motinos ir vaiko sąveika: klasikinių modelių požiūriai	15
1.6.2. Santykio su vaiku patyrimas išgyvenant depresiją po gimdymo	16
1.7. Depresija po gimdymo ir sutrikęs ryšys su tikruoju „aš“	17
1.7.1. Sunkumas atpažinti depresijos po gimdymo simptomus	17
1.7.2. Sutrikęs ryšys su tikruoju „aš“	17
1.8. Pogimdyminė depresija ir pagalbos svarba	18
1.9. Tyrimo problematika, tikslas ir klausimai	19
2. TYRIMO METODIKA	20
2.1. Kokybinių tyrimo metodų pasirinkimo pagrindimas	20
2.2. Tyrėjos vaidmuo ir santykis su tyrimo tema	21
2.3. Tyrimo planavimas ir organizavimas	21
2.3.1. Pasirengimas tyrimo atlikimui	22
2.3.2. Tyrimo vieta ir laikas	22
2.4. Tyrimo eiga	22
2.5. Tyrimo dalyvės	23
2.5.1. Tyrimo dalyvių paieškos ir atrankos procesas	23

2.5.2. Homogeniškumo kriterijai	24
2.5.3. Tyrimo dalyvių demografinė charakteristika	24
2.6. Tyrimo duomenų rinkimas ir apdorojimas.....	26
2.6.1. Duomenų rinkimas	26
2.6.2. Interviu transkribavimas.....	27
2.6.3. Tyrimo duomenų analizė.....	28
2.7. Validumo ir patikimumo užtikrinimas	29
2.8. Etiniai aspektai	31
3. TYRIMO RADINIAI	32
3.1. Aš arba vaikas.....	34
3.1.1. Aš ir depresija	34
3.1.2. Aš ir vaikas.....	40
3.1.3. Tapatumo sumaištis – Kas aš?	44
3.2. Santykis su aplinkiniais	45
3.2.1. Tarp žmonių (ne)viena – kai būti kartu nereikia būti santykiuose	46
3.2.2. Ideali motinystė ekrane ir socialinių tinklų spąstai	47
3.3. Intervencija – psichoterapinis ar medikamentinis gydymas, savitarpio pagalbos grupės	48
3.3.1. Santykis su savimi	49
3.3.2. Santykis su vaiku.....	49
3.3.3. Santykis su aplinkiniais.....	50
3.3.4. Santykis su motinyste.....	51
3.4. Besitęsiantys sunkumai.....	51
4. RADINIŲ APTARIMAS	52
4.1. Radinių aptarimas kitų tyrimų ir teorijų kontekste	52
4.2. Tyrimo privalumai ir ribotumai	58
4.3. Rekomendacijos būsimiems tyrimams.....	58
5. IŠVADOS	59
LITERATŪRA	61
PRIEDAI	70
A Priedas. Kvietimas dalyvauti tyrime.....	70

B Priedas. Informuotas tyrimo dalyvio sutikimas.....	71
C Priedas. Demografiniai klausimai	73
D Priedas. Psichologinės pagalbos būdai.....	74
E Priedas. Tyrimo dalyvių paieškos šaltiniai.....	76
F Priedas. Interviu transkripcijose naudoti sutartiniai ženklai.....	76
G Priedas. Transkripcijos ištrauka.....	76
H Priedas. Tyrimo interviu garso įrašo trukmė ir transkribuoto teksto apimtis	77
I Priedas. Duomenų kodavimo procesas	78
J Priedas. Kodų grupavimas į atskiras temas ir potemes	78
K Priedas. Pažyma apie savanorišką veiklą emocinės paramos tarnyboje.....	79

SANTRAUKA

Lubauskaitė, G. (2025). *Moteryų išgyvenusių depresiją po gimdymo savęs ir tarpasmeninių santykių patyrimas: kokybinis tyrimas*. Magistro darbas. Vilnius: Vilniaus universitetas, 79 psl.

Įvadas. Pogimdyminė depresija yra vienas iš dažniausių psichikos sveikatos sutrikimų, su kuriuo susiduria moterys po gimdymo. Depresijos metu paveikiamas santykių su savimi, vaiku, aplinkiniais ir pačia motinyste patyrimas (Harasawa et al., 2025; Zhang et al., 2025). Depresiją po gimdymo išgyvena 17,7 proc. moterų pasauliniu mastu (Khadka et al., 2024), tačiau 50 proc. iš jų lieka nediagnozuotos (Amer et al., 2024). Svarbu tyrinėti šią temą siekiant suprasti kaip pogimdyminė depresija gali trikdyti moters santykį su savimi, vaiku ir likusia aplinka.

Tikslas. Atskleisti depresiją po gimdymo išgyvenusių moterų motinystės patyrimą: santykio su savimi, su vaiku, aplinkiniais ir pačia motinyste ypatumus.

Tyrimo dalyviai. Tyrime dalyvavo 19 depresiją po gimdymo išgyvenusių moterų, kurių amžius tyrimo metu 25–41 metų. Vaikų amžius 1–7 metų.

Metodika. Tyrimo duomenys buvo renkami gelminiu pusiau struktūruotu biografiniu interviu metodu (Wengraf, 2011). Duomenų analizės atlikimui naudotas V. Braun ir V. Clarke (2022) teminės analizės metodas.

Radiniai. Duomenų analizės metu išskirtos 4 pagrindinės temos, 19 potemių ir 10 subpotemių. Pagrindinės temos: (1) „Aš arba vaikas“; (2) Santykis su aplinkiniais; (3) „Intervencija – psichoterapinis / medikamentinis gydymas; savitarpio pagalbos grupės“ (4) Besitęsiantys sunkumai. Radiniai atskleidė moterų patirtį iki pogimdyminės depresijos, jų išgyvenimus ir santykių patyrimą depresijos metu bei išorinės pagalbos įsitraukimo reikšmę ir vėlesnius pokyčius (ar jų nebuvimą) santykyje su savimi, vaiku, aplinka ir pačia motinyste.

Išvados. Tyrimo radiniai atskleidė, kad moterys išgyvenančios depresiją po gimdymo, prisimena kokios buvo praeityje, bet laiko tai svetima dalimi, negali būti dabartyje ir nemato savęs ateityje. Moterys ne tik atsisakė ankstesniojo savojo „aš“, bet ir neintegravo naujosios motinos tapatybės. Pogimdyminės depresijos patyrimo metu moterys išgyvena pyktį, atsiribojimą nuo savęs, vaiko ir kitų aplinkinių ir tik gavusios išorinę pagalbą susigrąžina savo ankstesnįjį „aš“ ir atradusios santykį su motinyste, kuris egzistavo fiziškai, bet emociškai ne, integruoja naują tapatybę – mama.

Raktiniai žodžiai: pogimdyminė depresija, pogimdyminė melancholija, pogimdyminė psichozė, pirminis motiniškumas, pakankamai gera motina, talpinimas, tikroji savastis.

SUMMARY

Lubauskaitė, G. (2025). *Women's experiences of self and interpersonal relationships in postpartum depression: a qualitative study*. Master's thesis. Vilnius: Vilnius University, p. 79.

Introduction. Postpartum depression is one of the most common mental health disorders experienced following childbirth. It is experienced by 17.7% of women globally (Khadka et al., 2024), while 50% of cases remain undiagnosed (Amer et al., 2024). Depression affects mother's perceptions of self, child, others and motherhood itself (Harasawa et al., 2025; Zhang et al., 2025). Thus, it is crucial to understand how postpartum depression can interfere with woman's relationship with self and others.

Objective. To explore the experience of motherhood among women who have experienced postpartum depression: the characteristics of their changing relationships with themselves, their child, the people around them and with concept of the motherhood itself.

Participants. The study included 19 women with postpartum depression, aged between 25 and 41 years at the time of the data collection. The children were between 1 and 7 years old.

Research methodology. The study data were collected using an in-depth semi-structured biographical interview method (Wengraf, 2011). The thematic analysis method of Braun and Clarke (2022) was used for data analysis.

Results. The data analysis revealed four main themes, 19 sub-themes and 10 sub-subthemes. The main themes were: (1) "Me or the child"; (2) "Relationship with others"; (3) "Intervention - psychotherapeutic/medication-based treatment, peer support groups"; (4) "Ongoing difficulties". Findings revealed women's experiences prior to and their experiences and relationship challenges during the postpartum depression, the significance of external support and subsequent changes (or lack thereof) in their perception of self, the child, their environment, and motherhood itself.

Conclusions. The findings revealed that women experiencing postpartum depression remember what they were like in the past, but see it as a foreign part of themselves, feeling unable to live in the present or imagine the future. The women feel as if they not only relinquished their former sense of self but also were unsuccessful in integrating their new maternal identity. When in this state, women experience anger, feel disconnected from themselves, the child and others around them. Only when receiving the external help, they are able to reclaim their former self and, after discovering the relationship with motherhood that existed physically but not emotionally, integrate the new identity of being a mother.

Keywords: postpartum depression, postpartum melancholia, postpartum psychosis, primaty maternal preoccupation, good enough mother, containment, true self.

SANTRUMPOS

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

TLK–10–AM – Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas

DSM–5 – Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovas, penktasis leidimas

MGIS – Motinystę globojančių iniciatyvų sąjunga

EPDS – Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė

Hcg – Žmogaus chorioninis gonadotropinas

HPA – Pagumburio – Hipofizės – Antinksčių ašis

VUL – Vilniaus universiteto ligoninė

NIMH – JAV Nacionalinis psichikos sveikatos institutas

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Pogimdyminė melancholija (angl. *postpartum melancholia*) (angl. *baby blues*) – tai laikinas liūdesys pasireiškiantis po gimdymo, su kuriuo susiduria iki 85 proc. moterų per pirmąsias dvi savaites po gimdymo, pasireiškiantis verksmingumu, dirglumu, nuotaikų kaita (PSO, 2013).

Pogimdyminė depresija (angl. *postpartum depression*) – tai nuotaikos sutrikimas, kuris atsiranda nėštumo metu arba po gimdymo (APA, 2023), ir kuriam būdinga nuolatinis liūdesys, interesų ir malonumo praradimas pasireiškiantis kartu su kitais fiziniais ir emociniais simptomais, kurie trukdo kasdieniam funkcionavimui (APA, 2013).

Pogimdyminė psichozė (angl. *postpartum psychosis*) – sudėtingiausia pogimdyminių psichikos sutrikimų forma, kuri gali prasidėti per pirmąsias kelias savaites po gimdymo ir pasižymi realybės suvokimo sutrikimu: haliucinacijomis ar klaidėmis (Perry ir kt., 2021).

Pirminis motiniškumas (angl. *primary maternal preoccupation*) – specifinė motinos psichikos būseną, kuri siejama su jautriai reiškiamą atidą vaiko raiškai (Aucher & Strauss, 2003).

Talpinimas (angl. *containment*) – tai motinos gebėjimas „sutalpinti“ kūdikio jausmus ir grąžinti „perdirbtus“. Šis procesas svarbus jo psichikos formavimuisi, nes kūdikis susiduria su sunkiomis emocijomis, o motina priima jas ir padeda integruoti tam, kad jis galėtų jaustis, kad suprastas (Bion, 1962).

Tikroji savastis (angl. *true self*) – arba tikrasis „aš“, tai visų įgimtų, savasties branduolyje slypinčių, individo potencialo ir savybių geriausia, teoriniu požiūriu, raiškos forma, kurią lemia palankios brandą skatinančios aplinkybės (Winnicott, 2018)

PRATARMĖ

„Aš žinojau apie tokį dalyką kaip pogimdyvinė depresija, aš žinojau, kad jis, kad tai gali būti. Bet kaip tai gali būt man? Aš manau, kad tai stipriai apsunkina ir neleidžia tai motinystei nei pasireikšti“ – sakė tyrimo dalyvė Diana.

Pogimdyminė depresija – kaip šešėlis, kuris gali apgaubti net ir labiausiai mylinčios, rūpestingos mamos jausmus, mintis ir neleidžia pamatyti savęs kaip mamos motinystės patirtyje. Kas sutelpa į minėtą tyrimo dalyvės Dianos TAI, bus siekiama atskleisti šiame darbe.

Pogimdyminę depresiją išgyvena 17,7 proc. mamų pasauliniu mastu (Khadka et al., 2024), tačiau Lietuvoje per metus diagnozuojamos vos kelios dešimtys. Tai atskleidžia, jog yra **problema** – moteris negauna pagalbos laiku (Slomian et al., 2019). Svarstoma, kad apie pusė visų depresiją po gimdymo patiriančių moterų nesulaukia psichologinės pagalbos (Amer et al., 2024; Khadka et al., 2024). Depresija po gimdymo yra dažnai nematoma. Aplinkiniams ir pačiai mamai sunku suprasti, kad ta sunki emocinė būseną yra depresija (Place et al., 2024), nes moteris rūpinasi vaiku, atlieka funkcijas, užmigdo, pakeičia sauskelnes, pamaitina, tik jos akyse – tuščias žvilgsnis. Tuomet pogimdyminė depresija tampa kažkuo, kas žinoma ir girdėta, tačiau atrodo, kad ištinka tik kitas moteris.

Nors mokslinėje literatūroje pogimdyminės depresijos tema analizuojama jau kurį laiką, tačiau šis tyrimas pasižymi **naujumu**, nes analizuojama subjektyvi moterų patirtis ir santykių patyrimas su savimi, kitais ir motinyste išgyvenant depresiją po gimdymo.

Pogimdyminės depresijos tema ir šis tyrimas ištis **aktualūs**, nes visuomenėje vis daugiau kalbama apie psichikos sveikatą, tačiau pogimdyminės depresijos diagnozė vis dar lieka paraštėse. Gimstamumas Lietuvoje yra mažėjantis (Higienos institutas, n.d), todėl ši tema tampa vis aktualesnė, moterims didinti sąmoningumą kreiptis pagalbos, kai sunku, o specialistams – pamatyti, ką išgyvena moteris, kokius geriausius pagalbos būdus plėtoti, kad jos ne tik svarstytų apie norą susilaukti vaiko, bet ir gautų tinkamą pagalbą susidūrusios su psichologiniais sunkumais po gimdymo.

Šiame darbe dėmesys skiriamas moterims, kurios išgyveno depresiją po gimdymo. Kadangi neretai moteris pagalbos sulaukia tik pasiekusios kritinį tašką, tikimasi, kad darbe išryškinamos įžvalgos padės kurti prevencines ir intervencines priemones pogimdyminės depresijos tema. Tyrimo dalyvės tos pačios kultūrinės tapatybės moteris, gyvenančios skirtingose pasaulio vietose, todėl viliamasi, kad šis darbas turės ir **praktinę vertę** – padės pamatyti tiriamą reiškinį platesnėje perspektyvoje ir suprasti tai, ką moteris nutyli, neišsako, bet skaudžiai išgyvena.

Nuoširdžiai dėkoju kiekvienam, kuris skleidė žinią apie šį tyrimą ir pasidalijo kvietimu dalyvauti jame. Ypatingai ačiū visoms moterims, kurios sutiko ir pasidalijo savo jautriomis patirtimis ir darbo vadovei doc. dr. Astai Adler už pagalbą ir konsultacijas darbo rengimo metu.

1. ĮVADAS

1.1. Tapatybės virsmas tampant mama ir psichologiniai sunkumai

Depresijos metu ji buvo atskirta nuo savo tikrojo „aš“
(Alice Miller, 2008)

Motinystė – tai viena stipriausių ir reikšmingiausių transformacijų moters gyvenime. Psichoterapeutė Babetin (2020) pažymi, kad motinystė yra psichologiškai gilus virsmas, kuris įvyksta palaipsniui. Kad motinystė yra reikšminga transformacija patvirtina ir Hennekam (2016). Ji atliko tyrimą, kuriuo siekė atskleisti kaip moterys integruoja savo naująją motinos tapatybę. Tyrimas parodo, kad jau nėštumo metu moteris patiria tapatybės virsmą, kuris emociškai gali būti sudėtingas procesas ir nebūtinai visoms mamoms praeiti sklandžiai. Be to, neretai moterys tampančios mamomis turi lūkesčius, kurie vėliau nesutampa su realybe (Lorén et al., 2024). Todėl Pitsillos ir kiti (2022) teigia, kad nėštumas ir laikotarpis po gimdymo susiję su didesne psichikos sveikatos sutrikimų atsiradimo rizika.

Tapsmo mama procese moteris gali susidurti su įvairiomis būsenomis – nuo nuotaikos svyravimų iki psichikos sveikatos sutrikimų. Literatūroje dažniausiai išskiriama: pogimdyminė melancholija ar pogimdyminis liūdesys, pogimdyminė depresija ir pogimdyminė psichozė. Pasakytina, kad pogimdyminę depresiją moterys neretai painioja su pogimdymine melancholija. Tačiau šios dvi būsenos turi esminius skirtumus, pogimdyminė melancholija arba pogimdyminis liūdesys (angl. *baby blues*) – tai liūdesys, verksmingumas pasireiškiantis po gimdymo, su tokia būsena susiduria iki 85 proc. moterų per pirmąsias dvi savaites po gimdymo. Natūralu, kad pirmąsias dvi savaites po gimdymo moteris vieną akimirką gali jaustis laiminga, o kitą – pravirkti (Hantsoo, n.d.). Tačiau neretai kelias savaites užsitęsusi sunki būsena gali išsivystyti į depresiją. Pogimdyminė depresija – tai nuotaikos sutrikimas, kuris atsiranda nėštumo metu arba po gimdymo (APA, 2023). Tačiau nebūtinai moteris pajunta simptomus iškart pagimdžius, depresija gali pasireikšti per pirmuosius metus po gimdymo (Bobo et al., 2014). JAV Nacionalinis psichikos sveikatos institutas (NIMH) (2021) išskiria šiuos pagrindinius depresijos po gimdymo simptomus: nuolatinis liūdesys, nuovargis, tuštumos ir kaltės jausmai, dideli apetito ir miego pokyčiai, sunkumas užmegzti emocinį ryšį su kūdikiu, mintys apie savižudybę, savęs ar kūdikio žalojimą. Galiausiai vienas iš sudėtingiausių psichikos sveikatos sutrikimų pasireiškiantis moterims po gimdymo yra psichozė. Psichozė po gimdymo – sudėtingiausia pogimdyminių psichikos sutrikimų forma, kuri gali prasidėti per pirmąsias kelias savaites po gimdymo. Psichozė po gimdymo gali pasireikšti haliucinacijomis ar kliedesiais

(Perry ir kt., 2021). Skirtingai nei psichozė, depresija neretai lieka nepastebėta aplinkinių, nes jos simptomai ne visuomet pasireiškia trikdančiu elgesiu, kaip tai gali būti psichozės atveju. Tačiau jos poveikis moters saviijautai ir gyvenimo kokybei ne mažiau gilus ir reikalaujantis dėmesio.

1.2. Pogimdyminė depresija ir diagnostiniai kriterijai

Pagal Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovą (DSM–5) depresija gali prasidėti tiek nėštumo metu, tiek pagimdžius. Pogimdyminė depresija vertinama pagal tokius pačius kriterijus kaip ir didysis depresinis sutrikimas, tačiau simptomai turi prasidėti nėštumo laikotarpiu arba per pirmąsias keturias savaites po gimdymo (APA, 2013). Norint diagnozuoti depresiją po gimdymo turi būti nustatyti penki iš devynių simptomų – depresiška nuotaika; prarastas susidomėjimas ir malonumas kasdienėms veikloms; apetito ir miego pokyčiai; išsekimas ir energijos stoka; psichomotorinis sujaudinimas ar slopinimas; perdėtas menkavertiškumo, kaltės jausmas; mintys apie savižudybę (APA, 2013). Remiantis Tarptautine statistine ligų klasifikacija (TLK–10–AM), jeigu simptomai išryškėja per šešias savaites po gimdymo – diagnozuojama F53.0 Psichikos ir elgesio sutrikimai laikotarpiu po gimdymo, neklasifikuojami kitur. Vienas iš instrumentų nustatyti depresiją po gimdymo yra Edinburgo Pogimdyminės Depresijos skalė (EPDS), kuri naudojama visame pasaulyje. Nuo 2009 m., ši skalė buvo pradėta naudoti ir Lietuvoje (Dervinytė-Bongarzoni ir Navickas, 2017) ir padeda įvertinti moters patiriamus sunkumus. Vis dėlto, svarbu į pogimdyminę depresiją ir diagnostinį procesą žvelgti kompleksiskai, atsižvelgti ne tik į simptomus, jų stiprumą, bet ir į moters kontekstą, paramos sistemą.

1.3. Pogimdyminės depresijos paplitimas Lietuvoje ir pasaulyje

Kasmet Lietuvoje gimstamumas mažėja. Remiantis higienos instituto (n.d.) statistiniais duomenimis, 2021 m. Lietuvoje gimė – 23 287 naujagimiai; 2022 m. – 21 809, o 2023 m. 19 797. Nėštumas, gimdymas ir vaiko auginimas reikalauja daug asmeninių resursų, todėl neretai šiuolaikinėje visuomenėje žmonės vaiko turėjimą atideda vėlesniam laikui arba nusprendžia neturėti vaikų. Pasaulio sveikatos organizacija (2025) skelbia, kad pasaulyje 10 proc. nėščių moterų ir 13 proc. pagimdžiusių moterų patiria psichikos sveikatos sutrikimus, tarp kurių dažniausiai pasitaiko depresija. Pogimdyminės depresijos paplitimas skiriasi priklausomai nuo socioekonominio statuso. Besivystančiose šalyse šis skaičius dar didesnis: nėštumo metu 15,6 proc., po gimdymo 19,8 proc., o savižudybė yra viena iš nėščių ir pagimdžiusių moterų mirties priežasčių. Nors depresija po gimdymo pasireiškia maždaug 1 iš 5 moterų (PSO, 2025), oficialiai fiksuojamų atvejų skaičiai kiek nutolę nuo

realybės ir tyrimų rezultatų, kurie skelbiami pasauliniu mastu. Kadangi pogimdyminės depresijos statistika Lietuvoje nėra viešai skelbiama, tiesiogiai buvo kreiptasi į Higienos institutą. Pagal pateiktus Higienos instituto duomenis (asmeniškai komunikuota, 2025m. balandžio 9d.), Lietuvoje TLK – 10: F53.0 diagnozės (psichikos ir elgesio sutrikimai laikotarpiu po gimdymo, neklasifikuojami kitur) fiksuojamų atvejų kiekvienais metais nežymiai padidėjo (2020 m. – 15; 2021 m. – 19; 2022 m. – 21; 2023 m. – 28; 2024 m. – 35 atvejai). Nepaisant to, kad registruotų atvejų daugėja, tai nėra tikrasis šios problemos atspindys. Nors oficiali statistika apie tai, kiek pogimdyminės depresijos atvejų yra Lietuvoje nėra viešai skelbiama, tačiau įvairios organizacijos atlieka tyrimus, siekdamas suprasti situaciją tiek pasaulyje, tiek Lietuvoje. Viena iš organizacijų Motinystę globojančių iniciatyvų sąjunga (MGIS) (n.d.). Ši organizacija kiekvienais metais atlieka apklausą „Mano gimdymas“. 2019–2020 m. apklausoje dalyvavo 2685 moterys, kurios gimdė Lietuvoje. Iš jų 20,54 proc. nurodė, kad turi reikšmingų depresijos po gimdymo simptomų. 2022 metais gimdžiusių moterų apklausa parodė, kad 24 proc. galima įtarti depresiją po gimdymo, tačiau beveik du trečdaliai iš jų nesikreipia pagalbos į sveikatos specialistus.

Dar išsamesnę situaciją apie depresijos paplitimą pasaulyje atskleidžia moksliniais tyrimai. Sisteminė literatūros analizė apėmusi 47 tyrimus, kurie buvo atlikti nuo 1990 m. iki 2010 m., parodė, kad pogimdyminės depresijos paplitimas yra žymiai didesnis žemų ir vidutinių pajamų šalyse, lyginant su aukštas pajamas gaunančiomis šalimis. Tarp nėščiųjų ir ką tik pagimdžiusių moterų žemų ir vidutinių pajamų šalyse psichikos sutrikimų (dažniausiai depresijos ir nerimo) paplitimas nėštumo metu siekia 15,6 proc. po gimdymo – 19,8 proc. Aukštas pajamas gaunančiose šalyse psichikos sveikatos sutrikimai pasireiškia 10 proc. moterų nėštumo metu ir 13 proc. – po gimdymo (Fisher ir kt., 2012). Tačiau reikšmingus pokyčius atspindi naujesni tyrimai, Mitchell ir kt. (2023) nustatė didesnę paplitimo lygį. Naujesnė 2007-2022 m. sisteminė literatūros analizė parodė šios problemos didėjimą. Pastaroji apėmusi 589 tyrimus parodė, kad pogimdyminės depresijos paplitimas žemų ir vidutinių pajamų šalyse siekia 25,5 proc., o aukštesnių pajamų šalyse 20,7 proc. (Mitchell ir kt., 2023). Galiausiai, Hahn-Holbrook ir kiti (2018) atliko metaanalizę remiantis 291 tyrimu, kuris apėmė 296 284 moteris iš 56 šalių. Į tyrimą buvo įtrauktos moterys, kurioms buvo taikyta Edinburgo Pogimdyminės depresijos skalė (EPDS) per pirmuosius metus po gimdymo. Metaanalizė parodė, kad pogimdyminės depresijos paplitimas pasauliniu mastu siekia 17,7 proc. Khadka ir kiti (2024) atliko tyrimą, kuriame dalyvavo beveik pusė milijono moterų, 13,9 proc. buvo diagnozuotos arba joms paskirti antidepresantai, tačiau nustatyta, kad apie 50 proc. moterų nėra diagnozuojama (Abrams et al., 2009), todėl autoriai mano, kad tikrasis tame tyrime diagnozuotų moterų skaičius turėtų siekti 35 proc. (Khadka et al., 2024).

Taigi, stebimas pogimdyminės depresijos fiksuojamų atvejų augimas pasauliniu mastu nebūtinai leidžia manyti, kad motinų savijauta prastėja, priešingai: vis daugiau mamų kreipiasi

pagalbos į psichikos sveikatos specialistus, todėl pogimdyminė depresija reikalauja didesnės specialistų ir visuomenės atidos.

1.4. Psichofiziologiniai pokyčiai nėštumo ir laikotarpiu po gimdymo

Moteris tapsmo mama metu patiria daugybę pokyčių, kurie paveikia jos kūną, protą, santykį su savimi ir kitais. Kiekvienam nėštumo etapui yra būdingi dideli hormonų pokyčiai tam, kad palaikytų kūdikio augimą ir vystymąsi bei padėtų moteriai prisitaikyti prie naujos rolės. Per pirmąsias savaites po apvaisinimo išsiskiria žmogaus chorioninis gonadotropinas (hCG) (Betz & Fane, 2023) būtent šis hormonas leidžia geltonkūniui gaminti progesteroną, vėliau šio hormono gamybą perima placenta (Kumar & Magon, 2012). Nėštumo metu taip pat didėja estrogeno lygis, kuris padeda vaisiui augti ir vystytis (Parisi & kt., 2023) bei skatina oksitocino išsiskyrimą. Anot Harvard Health Publishing (2023) oksitocinas yra meilės hormonas, kuris stiprina mamos ir kūdikio ryšį. Oksitocino gamyba padidėja gimdymo metu ir po gimdymo. Pawluski ir kitų autorių (2019) teigimu, nėštumo metu taip pat pradeda didėti serotonino kiekis, išsiskiria prolaktinas ir lieka aukštas žindančioms moterims po gimdymo. Prolaktinas yra atsakingas už pieno gamybą ir padeda prieraišumo formavimuisi, skatina mamos rūpestį ir globą kūdikiui (Georgescu et al., 2021). Nėštumo pradžioje dėl kintančių estrogeno ir progesterono lygių gali mažėti dopamino lygis, tačiau nėštumo eigoje dopaminas atsistato į normalią būseną, nes po gimdymo jis yra svarbus mamos energijai ir motyvacijai bei atsakui į kūdikio poreikius (Pawluski et al., 2019). Tokie dideli pokyčiai vyksta tam, kad moteris „persiorientuotų“ motinystei ir būtų pasiruošusi rūpintis kūdikiu.

Nėra abejonių, kad po gimdymo moteris patiria ir ilgalaikius struktūrinius smegenų pokyčius, kurie išlieka bent dvejus metus po gimdymo (Hoekzema et al., 2017; Kim, 2021; Lodha & De Sousa, 2024). Hoekzema ir kitų (2017) atliktame longitudinaliniame tyrime, magnetinio rezonanso tomografijos (MRT) pagalba fiksavo skirtumus prieš pastojant ir iškart po gimdymo. Tyrimo autoriai pastebėjo, kad yra reikšmingas pilkosios smegenų medžiagos sumažėjimas po gimdymo. Šie smegenų pokyčiai yra siejami su transformacija ir prisitaikymu prie mamos rolės: t.y. kūdikio signalų atpažinimu, pasirūpinimu jo poreikiais. Be to, po gimdymo progesterono ir estrogeno lygis drastiškai sumažėja per kelias dienas (Klier et al., 2007), būtent po gimdymo mamos daug mažiau miega nei įprastai (Bai et al., 2020) dėl to gali sumažėti ir serotonino lygis, o tai sukuria pakankamai palankų foną depresijos simptomams pasireikšti (Pawluski et al., 2019). Nors serotoninas susijęs su depresija, nėra pakankamai įrodymų, kad depresija yra sukelta serotonino disbalanso (Moncrieff et al., 2023). Anot Kim (2021), moterys, tapusios mamomis, yra jautresnės aplinkai nei įprastai. Didesnis jautrumas nei įprastai reikalingas tam, kad mama būtų jautresnė kūdikio atžvilgiu ir galėtų atliepti jo poreikius.

Nors hormonų pokyčiai, nėštumo, gimdymo ir pogimdyminiu laikotarpiu yra reikšmingi, nėra nustatyta tiesioginio ryšio tarp hormonų svyravimų ir pogimdyminės depresijos atsiradimo (Schiller et al., 2015). Tačiau kai kurios moterys turi įgimtą jautrumą hormonų pokyčiams, todėl gali patirti stipresnius nuotaikų svyravimus ar patirti stipresnius depresijos simptomus (Mu et al., 2025). Esant pogimdyminei depresijai oksitocino kiekis sumažėja, todėl tai gali turėti įtakos ir mamos elgesiui bei ryšio kūrimui su kūdikiu (Lodha & De Sousa, 2024). Pogimdyminė depresija yra susijusi su pakitusia pagumburio – hipofizės – antinksčių (HPA) ašies veikla. Būtent dėl to, kad HPA ašies veikla pakinta, pasireiškia jautresnė reakcija į stresą (Lodha & De Sousa, 2024).

Taigi, tapsmo mama procese moters organizme vyksta staigūs ir reikšmingi hormonų ir smegenų struktūros pokyčiai. Nors savaime hormonų ir kiti organizmo pokyčiai nėra laikomi depresijos priežastimi, moterims, kurios turi didesnę jautrumą, tokie hormonų svyravimai gali išryškinti užslopintus emocinius sunkumus, tad svarbu atsižvelgti ir į rizikos ir apsauginius veiksniai.

1.5. Pogimdyminės depresijos rizikos ir apsauginiai veiksniai

Neginčytina, kad hormoninius pokyčius po gimdymo išgyvena visos moterys, tačiau ne visos patiria depresiją po gimdymo. Tai leidžia manyti, kad depresijos po gimdymo kilmė yra kompleksinė. Kaip jau aptarta anksčiau, kiekviena moteris turi įgimtą jautrumą hormoniniams pokyčiams (Payne & Maguire, 2019; Schiller et al., 2015). Išskiriama, kad depresija po gimdymo gali būti susijusi su hormonų pokyčiais ir reakcija į tuos pokyčius bei pakitusia HPA ašies veikla (Lodha & De Sousa, 2024; Payne & Maguire, 2019), tačiau nemažiau svarbūs yra rizikos ir apsauginiai veiksniai.

Pogimdyminės depresijos rizikos veiksniai: socialinės paramos trūkumas, finansinis ar santuokinis stresas, ar kiti ankstesni nepalankūs gyvenimo įvykiai (Payne & Maguire, 2019). Nors šie veiksniai gali didinti depresijos simptomų pasireiškimo riziką ar depresijos sunkumą, negali tiesiogiai sukelti depresijos (Payne & Maguire, 2019). Pastebėta, kad mamos, turėjusios cezario pjūvį, dažniau patiria pogimdyminę depresiją (Sangsawang & Sangsawang., 2025). Be to, esant neplanuotam nėštumui ar turint mažą socialinę paramą dažniau patiriama depresija po gimdymo (Sangsawang & Sangsawang., 2025). Pitsillos ir kt. (2022) siekė nustatyti kaip miego problemos nėštumo metu susijusios su depresijos išsivystymu nėštumo metu ar vėliau po gimdymo. Tyrime dalyvavo 163 moterys, kurios pasitelkiant Edinburgo Pogimdyminės Depresijos skalę (EPDS) buvo vertintos 17 ir 32 nėštumo savaitę ir 6 savaitės po gimdymo. Tyrimas parodė, kad trumpos miego valandos pirmajame ir antrajame nėštumo trimestre buvo susiję su depresijos simptomais 17 ir 32 nėštumo savaitę, tačiau praėjus 6 savaitėms po gimdymo reikšmingų sąsajų tarp miego trukmės ir depresijos nepastebėta. Naujausias tyrimas atskleidžia, kad vienišos ir išsiskyrusios mamos turi

didesnę riziką sirgti depresija po gimdymo. Tačiau nors santuoka gali būti apsauginis veiksnys, esant prastam ryšiui su partneriu, santuoka gali būti rizikos veiksnys (Wei et al., 2025).

Pogimdyminės depresijos apsauginiai veiksniai gali reikšmingai prisidėti prie moters psichologinės gerovės po gimdymo. Moterų prisitaikymui prie naujo vaidmens padeda tiek asmeniniai, tiek socialiniai aspektai, tokie kaip: ankstesnė patirtis; įveikos būdai tvarkantis su stresinėmis situacijomis; asmenybės bruožai; sąmoningumas, kuris apima žinias apie biologinius, emocinius pokyčius po gimdymo, žinias kaip rūpintis kūdikiu; saviveiksmingumas – gebėjimas tinkamai pasirūpinti vaiku (Asadi, 2020). Kiti pogimdyminės depresijos apsauginiai veiksniai: aukštesnis išsilavinimas, geriau apmokamas darbas, geresnis prieinamumas prie reprodukcinės sveikatos paslaugų, palaikantys artimi santykiai (Fisher et al., 2012). Khademi ir Kaveh (2024) patvirtina, kad socialinė parama yra pagrindinis ir svarbiausias apsauginis veiksnys. Sistemine literatūros analizė atskleidė, kad moterys turinčios didesnę socialinę paramą, turi mažesnę riziką susidurti su psichologiniais sunkumais po gimdymo. Atuhaire ir kitų (2021) kokybiniame tyrime buvo atskleista, kad tikėjimas ir malda buvo pagrindiniai įveikos būdai išgyvenant depresiją po gimdymo. Kad prasta santykių kokybė, smurtas artimoje aplinkoje prisideda prie neigiamų emocinių išgyvenimų patvirtina ir Atuhaire ir kiti (2021). Be to, tyrimai rodo, kad vien partnerio palaikymo nepakanka, moterys pagalbos tikisi ir iš kitų artimųjų: tėvų, brolių, draugų ir pan. (Atuhaire et al., 2021; Lorén et al., 2024). Čia svarbu suprasti, kad tiek rizikos, tiek apsauginiai veiksniai turėti reikšmingą įtaką motinos ir vaiko santykio kūrimui.

1.6. Motinos ir vaiko sąveika ir santykio patyrimas išgyvenant depresiją

1.6.1. Motinos ir vaiko sąveika: klasikinių modelių požiūriai

Gimus kūdikiui, ryšys kuriasi kasdienų sąveikų su motina metu (Bowlby, 1969). Pirmoji objektų ryšių teoriją pradėjusi plėtoti psichoanalitikė Melanie Klein (1960) teigė, kad kūdikio psichika kuriasi santykyje su motina. Tad motina yra žmogus, kuris nuo pirmųjų vaiko gyvenimo dienų formuoja jo psichiką (Auchter & Strauss, 2003). Kūdikis savo jausmus projektuoja į motiną, o jos gebėjimas „atlaikyti“ sunkius kūdikio jausmus kuria jo stabilų vidinį pasaulį. Vienas žymiausių vaikų pediatrų ir psichoanalitikų Donald Woods Winnicott, kuris plėtojo objektų ryšių teoriją yra pasakęs: „Nėra tokio dalyko kaip kūdikis“. Šia žymia fraze D. Winnicott (2000) pabrėžia, kad kūdikis negali egzistuoti atskirai, jis yra žmogiškojo ryšio dalis. Dažniausiai tas šalia esantis žmogus – pakankama gera motina (Winnicott, 2000), kuri jautriai prisitaikydama prie kūdikio poreikių geba suprasti, reaguoti ir tinkamai juos atliepia tai vadinama – pirminiu motiniškumu (Auchter & Strauss,

2003). Tad iš pradžių kūdikis yra visiškai priklausomas nuo mamos. Mama savo reiškiamą atidą ir jautrumą naujagimiui geba prisitaikyti prie kūdikio poreikių. Tam, kad mama galėtų atliepti kūdikio poreikius, ji turi susitapatinti su kūdikiu, tai yra natūrali regresinė būseną. Būtent toks mamos gebėjimas įsivaizduoti save kūdikio vietoje, susitapatinti su juo, tarsi trumpam „prarasti save“ yra svarbus kuriant ryšį su vaiku. Būtent ši regresija ir leidžia atpažinti kūdikio poreikius ir tinkamai reaguoti. Šiuo laikotarpiu mama yra labai pažeidžiama, todėl jai yra svarbu palaikymas (Winnicott, 2018), o santykis su vaiku gali būti apsunkintas, kai mama išgyvena depresiją po gimdymo.

1.6.2. Santykio su vaiku patyrimas išgyvenant depresiją po gimdymo

Neginčytina tai, kad moteris sužinojus, kad laukiasi tampa pažeidžiamesnė. Amerikiečių vaikų psichologė ir psichoanalitikė Arietta Slade (2002) pritaria, kad pokyčiai nėštumo metu ir po gimdymo gali turėti įtakos motinos ir vaiko santykių formavimuisi. Neretai laukiantis išryškėja ilgą laiką slopintos problemos ir tada tampa sunku atliepti kūdikį. A. Slade teigė, kad moteris tapusi mama mokosi „laikyti kūdikį mintyse“ (angl. *keeping baby in mind*), tačiau šis procesas gali tapti sudėtingu, nes šiame procese moteris gali iš naujo išgyventi anksčiau patirtas traumas, o kur dar prisitaikymas prie naujo vaidmens (Slade, 2002). Kad motinos jautrumas yra vienas svarbiausių motinos ir vaiko sąveikoje patvirtina ne tik klasikais (Winnicott, 2018), bet ir naujausi tyrimai (Li et al., 2025), nes motinos gebėjimas jautriai atliepti vaiko poreikius kuria saugų prierašumą (Pons – Salvador et al., 2025). Tačiau mama ne visuomet gali atliepti kūdikio poreikius, ypač jeigu pati yra kančioje. Motinos savijauta nėštumo metu ir po gimdymo yra svarbus veiksnys motinos ir vaiko ryšio mezgimui. Kuo geresnė yra mamos savijauta, tuo stipresnį ryšį ji galės sukurti su vaiku (Rossen et al., 2016). Nutinka ir taip, kad mama ir vaikas iškart jam gimus nesukuria artimo ryšio. Kai ryšys tarp motinos ir vaiko nesimezga, tai gali būti siejama su depresija po gimdymo (Beato et al., 2022; Mathkor, 2020; Sasayama et al., 2025; Subbiah et al., 2025). Kad motina ne visuomet gali talpinti vaiko sunkius jausmus ir emocijas, patvirtina ir britų psichoanalitikas Wilfred Bion (1962). Jis atkreipė dėmesį į tai, kad kūdikis projektuoja savo įvairius jausmus į mamą, o jos gebėjimas „sutalpinti“ kūdikio jausmus ir grąžinti „perdirbtus“ yra svarbi jo psichikos formavimuisi dalis t.y. kūdikis susiduria su sunkiomis emocijomis, o motina priima jas ir padeda integruoti tam, kad jis galėtų jaustis, kad suprastas. Kūdikių stebėjimo pradininkė ir psichoanalitikė Esther Bick (1964) pastebėjo, kad kūdikis formuojasi sąveikoje su mama, o psichinė savastis formuojasi, kai motina geba sulaikyti kūdikio emocinį chaosą. Būtent psichoanalitikė Alice Miller savo knygoje „The Drama of The Gifted Child“ atskleidė tai, kaip vaikystėje patirtos traumos gali turėti įtakos depresijai suaugus. Visiška kūdikio priklausomybė nuo mamos t.y. susilieėjimas, gali aktualizuoti vaikystėje patirtas traumas (Miller, 2008). Jeigu šiame

jautriame periode nėra palaikančios aplinkos mamai gali aktualizotis jos vaikystėje patirtos traumos ir kiti sunkumai, o tai gali vesti į depresiją, atsiskyrimą nuo tikrojo „aš“.

1.7. Depresija po gimdymo ir sutrikęs ryšys su tikruoju „aš“

1.7.1. Sunkumas atpažinti depresijos po gimdymo simptomus

Abrams ir kitų (2009) kokybinis tyrimas rodo, kad moterys ne tik sunkiai atpažįsta depresijos simptomus, bet ir yra linkusios savo būseną slėpti nuo kitų. Rezultatai parodė, kad moterys patirdamos tokius simptomus kaip nekontroliuojamą verkimą, padidėjusį irzlumą ir kaltės jausmą, ar net susidurdamos su kylančiomis savižudybės mintimis, laikė jas normaliu reiškiniu ir savo patiriamų sunkumų nesureikšmino. Anot Harasawa ir kitų (2025) moterys, kurios išgyvena pogimdyminę depresiją susiduria su sunkumais kuriant ryšį su kūdikiu. Pogimdyminė depresija viena iš dažniausių nėštumo ir gimdymo komplikacijų, kuri turi reikšmingą poveikį ne tik mamai, bet ir artimiesiems (Robertson ir kt., 2004; Stewart & Vigod 2019). Nors depresijos simptomų moterys dažnai neatpažįsta, ar juos nuvertina, jų atpažinimas svarbus, nes negydoma depresija gali sutrikdyti santykį ne tik su aplinkiniais, bet ir su savimi.

1.7.2. Sutrikęs ryšys su tikruoju „aš“

Depresiją patiriančios moterys negali išlaikyti stabilaus savęs vaizdo. Depresijos metu moterys yra atsiskyrusios nuo savo tikrosios savasties ir nebegali matyti savęs nei dabartyje nei ateityje, todėl išgyvenamas savasties praradimas (Mancini et al., 2024). Moteris, nematanti savęs ateityje, gali pradėti svarstyti apie savižudybę. Savižudybė ir mintys apie kūdikio nužudymą yra dalis pogimdyminės depresijos patyrimo (Atuhaire et al., 2021). Anot Harasawa ir kitų (2025), moterys pasiekusios kančios viršūnę pradeda galvoti apie savižudybę. Mintys apie savižudybę ar savęs žalojimą sukelia pyktį kūdikio atžvilgiu, nes tuo metu moteriai yra sunku suprasti savo emocijas. Būtent jaučiamas pyktis ir apatija kūdikiui gali sukelti dar daugiau nemalonių jausmų – kaltę, gėdą, o tada didėja rizika savižalą naudoti kaip įveikos būdą. Taigi, depresijos šešėlyje tikrojo „aš“ nelieka, todėl moteris gali pradėti svarstyti apie savižudybę ar kūdikio nužudymą.

Neginčytina, kad tapsmas mama keičia moters tapatybę. Moteris negimsta žinodama kaip reikės būti mama. D. Winnicott (2000) aiškino, kad mama būti išmokstama „Net ir motinos turi išmokti būti motiniškomis iš savo pačių patirties“. Anot Laney (2015) moteris po truputį mokosi priimti savo naująją tapatybę, tačiau nutinka ir taip, kad „paranda“ save ir išgyvena save tik viename vaidmenyje

t.y. nepriima mamos vaidmens. Pastebina, kad mamos „paranda“ save tuomet kai kūdikis yra visiškai priklausomas nuo jos. Taigi, moteris tapsmo mama procese patiria tapatybės virsmą, kuris gali būti lydimas „praradimo“ savęs ir „paskendimo“ motinos tapatybėje ir atvirkščiai, todėl čia svarbu išorinės pagalbos įsitraukimas tinkamu metu.

1.8. Pogimdyminė depresija ir pagalbos svarba

Pasakytina tai, kad psichikos sveikatos specialistams moterų psichologinė būseną po gimdymo kelia susirūpinimą, todėl ieškoma ir kuriama vis daugiau pagalbos būdų (Lochmannová & Martin, 2025, Place et al., 2024 El Hadathy et al., 2024). Pogimdyminė depresija gali turėti ilgalaikes pasekmes ne tik moters fizinei ir psichinei sveikatai (Zhang et al., 2025), bet ir vaikui. Pavyzdžiui, vienas naujausių mokslinių tyrimų parodė, kad pogimdyminė depresija turi reikšmingą poveikį vaiko emociniam persivalgymui ankstyvojoje vaikystėje (Iwinski ir kt., 2025). Ilgą laiką negydoma depresija po gimdymo turi neigiamų pasekmių mamai ir vaikui. Slomian ir kitų autorių (2019) teigimu, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimas, žindymo problemos, tarpusavio santykių sunkumai, savižudybės, savęs ar kūdikio žalojimo mintys yra padariniai, kurie susiję su negydoma depresija. Dėl minėtų priežasčių tinkamą psichologinę pagalbą mama turi gauti laiku (Slomian et al., 2019; Subbiah et al., 2025). Nustatyta, kad pogimdyminė depresija turi neigiamą įtaką vaiko gyvenimo kokybei pirmaisiais gyvenimo metais, todėl būtina užtikrinti, kad mamos gautų psichologinę pagalbą po gimdymo ir būtų kuriamos intervencijos, kurios pagerintų jų ir jų vaikų gyvenimo kokybę (Subbiah, 2025), tačiau moterys ne visuomet kreipiasi į psichikos sveikatos specialistus. Anot Place ir kitų (2024), priežasčių yra ne viena, todėl galvojant apie pagalbos būdus moterims turi būti atsižvelgta į įvairius veiksnius.

Viena iš priežasčių dėl ko moterys nesikreipia pagalbos – individualūs veiksniai. Jos mano, kad pagalbos paieškos yra silpnumo ženklas, nuvertina savo jaučiamus simptomus nuvertina ir nelaiko jų pakankamai problematiškais. Antra priežastis – kuomet šeimos nariai ir draugai neturi žinių apie depresiją po gimdymo, todėl turi neigiamas nuostatas, o jų nežinojimas ir negebėjimas palaikyti mamos savo ruožtu mamas verčia patirti dar didesnę stigmą. Neginčytina tai, kad moterys išgyvenančios depresiją patiria stigmatizaciją tiek Lietuvoje, tiek visame pasaulyje (Andriejauskas, 2025; Place et al., 2024), o spaudimas būti tobulomis sukuria tik dar didesnę vidinę įtampą (Henderson et al., 2016). Idris ir kitų (2023) tyrimas atskleidžia, kad sveikimas depresijos kelyje yra apimantis tiek asmenines pastangas, tiek socialinę paramą ir yra įmanomas. Asadi (2020) patvirtina, kad gavus tinkamą pagalbą laiku, motinystė gali būti teigiama gyvenimo patirtis. Taigi, pogimdyminės depresijos gydymas svarbus, nes negydoma depresija gali sutrikdyti ne tik moters santykį su savimi, bet ir paveikti santykį su vaiku, partneriu bei artimaisiais.

1.9. Tyrimo problematika, tikslas ir klausimai

Problema. Tapsmas mama yra psichologiškai gili transformacija (Babetin, 2020; Hennekam, 2016). Tačiau susirgus depresija po gimdymo paveikiamas savęs, vaiko, aplinkinių bei motinystės patyrimas (Harasawa et al., 2025; Zhang et al., 2025). Kita svarbi šiame tyrime atskleidžiama problematika tai, kad didesnis dėmesys yra skiriamas motinos išgyvenamos depresijos poveikiui tolimesnei vaiko raidai (Iwinski ir kt., 2025), tačiau rečiau tyrinėjama moters subjektyvus patyrimas – kaip ji išgyvendama pogimdyminę depresiją patiria santykį su savimi, vaiku, aplinkiniais ir pačia motinyste. Šiam tyrime atskleidžiama problematika – tyrėjai siekdami suprasti depresijos įtaką, dažniausiai tiria moteris apskritai patiriančias depresiją (Idris et al., 2023), rečiau – mamas. Tyrimai rodo, kad daugiau nei pusė moterų t.y. apie 50 proc. visų sergančių pogimdyvine depresija lieka nediagnozuotos (Amer et al., 2024; Khadka et al., 2024). Svarbu pažymėti, kad depresijos po gimdymo ypač Lietuvoje fiksuojama tik kelios dešimtys atvejų (Higienos institutas, asmeniškai komunikauta, 2025m. balandžio 9d.), tad pogimdyminė depresija dažnai lieka nediagnozuojama arba nustatoma per vėlai. Didelė dalis moterų, patiriančių depresiją po gimdymo, negauna tinkamos pagalbos, o tai dar labiau komplikuoja santykį su savimi, vaiku, aplinkiniais ir pačia motinyste (Slomian et al., 2019). Tai gali lemti šios priežastys: visuomenės stigmatizacija (Andriejauskas, 2025), individualūs veiksniai (Place et al., 2024). Mamos gali įsivardinti, kad jaučia liūdesį ir pyktį, bet neatpažįsta depresijos simptomų arba delsia kreiptis pagalbos į psichikos sveikatos specialistus (Abrams et al., 2009). Atsižvelgiant į visa tai, šis tyrimas yra ypač svarbus siekiant suprasti, ką išgyvena moterys patiriančios depresiją po gimdymo. Kuriant prevencines ar intervencines priemones pogimdyminės depresijos tema šis tyrimas gali padėti suprasti su kokiais iššūkiais susiduria moterys.

Šio tyrimo **tikslas**: atskleisti depresiją po gimdymo išgyvenusių moterų motinystės patyrimą: santykio su savimi, su vaiku, aplinkiniais ir pačia motinyste ypatumus.

Tyrimo klausimai

1. Kaip mamos mato save, kai išgyvena depresiją po gimdymo?
2. Kaip santykį su vaiku apibūdina mamos, kurios patiria depresiją po gimdymo?
3. Kaip mamos, kurios išgyvena depresiją po gimdymo, patiria santykį su aplinkiniais?
4. Kaip moterys patiria motinystę, kai išgyvena depresiją po gimdymo?

2. TYRIMO METODIKA

Tyrimas atliktas remiantis kokybine tyrimo strategija. Duomenys tyrimui buvo renkami gelminiu pusiau struktūruotu biografiniu interviu metodu pagal T. Wengraf (2011). Kokybinės duomenų analizės atlikimui naudotas teminės analizės metodas V. Braun ir V. Clarke (2022). Šiame darbe buvo siekiama atskleisti moterų, kurios susiduria su pogimdyvine depresija, motinystės patyrimą santykyje su savimi, vaiku, aplinkiniais ir pačia motinyste.

2.1. Kokybinių tyrimo metodų pasirinkimo pagrindimas

Teorinis tyrimo metodo pagrindimas. Moterų išgyvenusių depresiją po gimdymo savęs ir tarpasmeninių santykių patyrimui analizuoti pasirinktas kokybinis metodas. Kaip nurodo Žydžiūnaitė ir Sabaliauskas (2017) kokybinis metodas yra naudojamas, kai tiriamas reiškinys yra mažai nagrinėtas, be to, gali padėti atskleisti konstrukto gilesnes reikšmes, kai kiekybiškai tyrinėti yra per daug sudėtinga arba neįmanoma. Pažymėtina, kad nors paskutinį dešimtmetį Lietuvoje pogimdyminė depresija kiekybiškai yra tyrinėjama vis dažniau (Beneš, 2023; Lebiodaitė, 2022; Meiluvienė, 2023), tema reikalauja gilesnio atidumo, subjektyvaus moters patirties tyrinėjimo, todėl taikyta kokybinė tyrimo metodologija. Kiekybinė metodologija leidžia pastebėti sąsajas, ryšius tarp kintamųjų ar nustatyti priežastinius ryšius, o šiuo tyrimu buvo siekiama atskleisti kiekvienos tyrimo dalyvės autentišką patyrimą. Anot V. Braun ir V. Clarke (2022) būtent kokybinė metodika leidžia giliau patyrinėti žmogaus patyrimą, todėl duomenų rinkimas ir analizė atlikta pasitelkiant kokybinį metodą. Taip pat kokybinis metodas, kaip teigia G. Gudaitė (2007), suteikia galimybę tyrinėti vidinius, subjektyvius asmenybės patyrimus ir giliau suprasti jų reikšmę žmogui.

Duomenų rinkimo metodo pagrindimas. Tyrimo duomenis rinkau gelminiu pusiau struktūruotu biografiniu interviu (BNIM) pagal T. Wengraf (2011). Tiriamas reiškinys yra santykis, kuris yra subjektyvus, kintantis patyrimas, o jam atsiskleisti reikalinga saugi aplinka, kurioje galėtų iškilti skaudžios patirtys ir kiti reikšmingi atsiminimai. Būtent T. Wengraf (2011) interviu metodas suteikia galimybę pirmiausia išsamiai susipažinti su kiekvieno tyrimo dalyvio pasakojimu ir tik tada formuluoti teorines prielaidas. Taigi, šis metodas leidžia atskleisti kiekvienos tyrimo dalyvės asmenines patirtis ir jų prasmes. Be to, padeda išryškinti ne tik santykio su savimi ir aplinkiniais ypatumus, bet ir kaip jie keitėsi bėgant laikui, nes interviu trunka ilgiau nei 1 val. ir leidžia tiriamą reiškinį aptarti įvairiais aspektais.

Duomenų analizės metodo pagrindimas. Šios temos nagrinėjimui ir analizei pasirinkau teminę analizę pagal V. Clarke ir V. Braun (2022) metodologiją. Šis analizės būdas leido gilintis į kiekvienos tyrimo dalyvės asmeninę patirtį bei identifikuoti visoms dalyvėms būdingus bendrus bruožus (Smith,

2015). Teminė analizė nereikalauja išankstinio žinojimo, nėra apibrėžta teorinėmis prielaidomis, tai leidžia būti atviram duomenims, sekti tyrimo dalyvių pasakojimais ir jų kuriamomis reikšmėmis, būtent todėl tyrėjas turi išsamiai paaiškinti savo sprendimus (Denzin et al., 2024). Teminė analizė leidžia analizuoti ir aiškiai matomus ir išreikštus žodžius, bet taip pat ir paslėptas prasmes, reikšmes.

2.2. Tyrėjos vaidmuo ir santykis su tyrimo tema

Temos pasirinkimą paskatino patirtis rengiant bakalaurinį darbą „Motinystės patyrimas ankstyvame vaiko amžiuje“. Rengdama šį kokybinį tyrimą analizavau patirtis mamų, kurių psichikos sveikata tapus mama nesuprastėjo, tačiau jos atskleidė patiriančios įvairių iššūkių (Lubauskaitė, 2023). Supratau, kad noriu tyrinėti patirtis tų mamų, kurių motinystė nedžiugino. Siekdama ir toliau gilintis motinystės temoje magistro darbe pasirinkau gana dažnai aptariamą psichologinę būklę susilaukus vaiko – pogimdyminę depresiją.

Santykis su šia tyrimo tema yra artimas ir dėl to, kad profesinę mokomąją praktiką nuo 2024 m. gruodžio iki balandžio mėn. taip pat neatsitiktinai pasirinkau atlikti mane kaip tyrėją dominančioje srityje – Vilniaus Universiteto ligoninės Santarų klinikų Akušerijos ir ginekologijos centre. Šioje praktikos vietoje turėjau galimybę tiesiogiai susipažinti su sunkumais, kuriuos patiria mamos prieš ir po gimdymo ir tai leido jautriau suprasti tyrimo dalyvių išgyvenimus. Denzin ir kitų autorių (2024) manymu, svarbu atsižvelgti į tai, kad tyrėjų nuostatos taip pat gali daryti įtaką tiek tyrimo duomenų surinkimui, tiek analizei, todėl praktikos metu kiekvieną dieną turėjau supervizijas su praktikos vadove Evelina Sabaityte bei rašiau tyrėjo dienoraštį. Be to, šio darbo rašymo metu lankiau asmeninę psichoterapiją, kurios metu tyrinėčiau kylančius jausmus ir šios temos reikšmę man kaip tyrėjai.

Suvokiu, kad mano kaip tyrėjos išankstinės nuostatos galėjo daryti įtaką tyrimo duomenų rinkimui. Mano išankstinė nuostata: *Kiekvienos moters depresijai po gimdymo yra aiški išorinė priežastis: „Blogas vyras“; „Bloga gimdymo patirtis“; „Nepalaikantys artimieji“ – vadinasi, kad kažkas būtinai yra kaltas*. Tokia nuostata netinkamai formuluojant pasakojimą gilinančius klausimus galėjo neleisti pamatyti moters gilesnių vidinių procesų. Šios išankstinės nuostatos reflektavimas padėjo laikytis neutralios pozicijos interviu metu ir leido klausytis moterų pasakojimų ir būti nežinančiosios pozicijoje, siekiant suprasti kiekvienos subjektyvią patirtį. Literatūros analizę šiame darbe atlikau tik užbaigusi duomenų analizę, kad išankstinės žinios kuo mažiau paveiktų interviu su moterimis ir kad vietoj klausymosi nepradėčiau ieškoti to, ką sužinojau skaitydama tyrimus.

2.3. Tyrimo planavimas ir organizavimas

2.3.1. Pasirengimas tyrimo atlikimui

Rengiantis šiam tyrimui, buvo analizuojama interviu atlikimui reikalinga literatūra. Interviu metodas atliktas pagal T. Wengraf (2011). Tyrėjo dienoraštyje prieš interviu buvo išrašomos mintys, nuostatos ar įsitikinimai. Paruoštas informuotas sutikimas (žr. priedą B) bei psichologinės pagalbos būdai tyrimo dalyvėms (žr. priedą D).

Tyrimo vykdymui buvo reikalingi ne tik teoriniai, bet ir praktiniai ištekliai tam, kad tyrimas būtų atliktas kokybiškai. Pirmiausia transporto priemonė – automobilis, su kuriuo vykau į tyrimo dalyvių miestus. Tyrimo interviu atlikimui buvo įsigytas diktofonas tam, kad būtų galima saugiai įrašinėti pokalbius. Be to, interviu atlikti nuomavausi patalpas, tinkamas tokiam pokalbiui, kiekviename mieste (psichologo kabinetas didesniuose miestuose; nuomojamos patalpos – mažesniuose miestuose). Tyrimui buvo reikalingas kompiuteris, kurį naudoju interviu atlikimui su užsienyje gyvenančiomis tyrimo dalyvėmis. Planuojant interviu atsižvelgiau į tai, kad susitikimo vieta tyrimo dalyvėms būtų patogi atvykimui ir emociškai saugi dalintis ne tik maloniais, bet ir skausmingais, gėdą, pyktį ar liūdesį keliančiais išgyvenimais. Visos išlaidos buvo apmokėtos tyrėjos asmeninėmis lėšomis.

2.3.2. Tyrimo vieta ir laikas

Tyrimo interviu su Lietuvoje gyvenančiomis tyrimo dalyvėmis vyko gyvų susitikimų metu. Kadangi tyrimo dalyvės gyvena skirtinguose Lietuvos miestuose, interviu, joms pageidaujant, atlikome jų gyvenamosiose vietose, joms patogiu metu, psichologo kabinete. Tačiau mažesniuose miesteliuose, kur nėra psichologo kabineto, interviu atlikome mano išnuomotose privačiose erdvėse. Su užsienyje gyvenančiomis tyrimo dalyvėmis sutarėme interviu vykdyti nuotoliniu būdu per „Google Meet“ platformą. Paminėtina, kad skirtinga duomenų rinkimo aplinka gali turėti įtakos tiek duomenų turiniui, tiek jų interpretacijai. Gyvų susitikimų metu yra galimybė stebėti neverbalinę tyrimo dalyvių kalbą (kūno kalbą, emocines reakcijas, akių kontaktą) ir ją interpretuoti. Be to, svarbu pripažinti, kad skirtingi duomenų rinkimo būdai galėjo turėti įtakos tyrimo dalyvių atvirumui ir pokalbio gyliui. Dėl šios priežasties buvo susitarta su moterimis, kad aplinka, kurioje kalbėsime būtų rami, tyli ir aplinkui nebūtų pašalinių su tyrimu nesusijusių žmonių.

2.4. Tyrimo eiga

Tyrimo interviu su dalyvėmis vyko 2024 metų birželio–liepos mėnesiais. Tyrimas buvo vykdomas gyvų ir nuotolinių susitikimų būdu. Tyrimas buvo atliekamas tokia eiga:

- Susisiekti su tyrimo dalyvėmis, sutartas laikas ir vieta.
- Susitikimo metu tyrimo dalyvės pasirašo informuotą sutikimą (žr. priedą B).
- Prieš interviu surinkti demografiniai duomenys (žr. priedą C). Interviu truko nuo 55 min. 44 sek. iki 2 val. 8 min. 45 sek).
- Po interviu tyrimo dalyvėms suteikta informacija apie pagalbos būdus (žr. priedą D).

2.5. Tyrimo dalyvės

Tyrimė dalyvavo 19 tyrimo dalyvių, susidūrusių su pogimdyvine depresija. Tyrimo dalyvių amžius nuo 25 iki 41 metų ($M = 33,4$ m). Išsamesnė informacija apie tyrimo dalyves pateikiama 2.5.3 skyrelyje.

2.5.1. Tyrimo dalyvių paieškos ir atrankos procesas

2024 metų balandžio mėnesį buvo pradėtas platinti kvietimas dalyvauti tyrime (žr. priedą A). Kvietimas dalyvauti buvo platinamas socialiniuose tinkluose *Facebook*, *Instagram* bei *LinkedIn*. Tačiau pogimdyminę depresiją išgyvenančios moterys susiduria su stigmatizacijos baime (Andriejauskas, 2025), todėl pasiekti tyrimo dalyves tik per savo asmeninius socialinius tinklus būtų sudėtinga. Tyrimo dalyvių paieškai buvo pasitelkta didelės sekėjų auditorijas turintys Lietuvos nuomonės formuotojai, šokėjai, aktoriai, gydytojai, psichologai ir psichoterapeutai. Būtent kreipiantis į turinio kūrėjus buvo siekiama didinti šio tyrimo matomumą, parodyti, kad kalbėti šia tema ne tik nėra gėda, bet priešingai – prasminga ir būtina.

Tyrimo dalyvių atrankos kriterijai (nurodyti kvietime):

- Diagnozuota depresija po gimdymo.
- Jauniausiam vaikui yra nuo 2 iki 5 metų.

Kvietime nurodyti atrankos kriterijai buvo skirti orientacijai tyrimo dalyvėms, tačiau galutinę imtį lėmė realūs moterų kontaktai. Prieš organizuojant pokalbį su tyrimo dalyvėmis, buvo prašoma patikslinti: *Koks vaiko amžius?* Ir *Ar depresija buvo diagnozuota gydytojo psichiatro?* Galiausiai po visų tyrimo dalyvių patikslinimų apie vaiko amžių, buvo nuspręsta į tyrimą įtraukti moteris, kurių vaikų amžius nuo 1 iki 7 metų amžiaus. Mamos, kurios turi jaunesnius vaikus, nebuvo šio tyrimo objektas. Anot APA (2013) sunkiausias depresijos laikotarpis būna per pirmuosius metus, todėl gali būti sunku reflektuoti ir vertinti savo patirtį vis dar esant skaudžiuose išgyvenimuose. Vaiko amžius

iki 7 metų tam, kad nuo patyrimo nebūtų praėję daug laiko ir mama galėtų prisiminti savo išgyvenimus.

Šiuo tyrimu susidomėjo 29 moterys. Dvi iš moterų neatitiko tyrimo kriterijų (viena jautė depresijos simptomus, bet dar nebuvo susilaukusi vaiko, kitos vaikui buvo mažiau nei vieneri metai. Aštuonios moterys nebuvo įtrauktos į tyrimą, nes teigė, kad depresiją po gimdymo įtarė, tačiau pas psichikos sveikatos specialistus nesilankė, 19 tyrimo dalyvių atitiko tyrimo kriterijus ir buvo įtrauktos į tyrimą (žr. priedą E).

2.5.2. Homogeniškumo kriterijai

Šiame tyrime vengta pernelyg homogeniškos imties, todėl pasirinkti tik svarbiausi kriterijai, siekiant surinkti įvairesnę patirčių visumą. Tyrimui taikyti šie homogeniškumo kriterijai:

1. Visos tyrimo dalyvės – moterys.
2. Visos tyrimo dalyvės turėjo pogimdyminės depresijos patirtį (diagnozuotą oficialiai arba nediagnozuotą).
3. Visos tyrimo dalyvės – Lietuvos pilietės, kurių amžius yra daugiau nei 18 metų.
4. Visų tyrimo dalyvių vaiko amžius, su kurio gimimu išgyveno pogimdyminę depresiją, daugiau nei 1 metai.

Kiti homogeniškumo kriterijai šiam tyrimui nebuvo taikyti. Tyrimo dalyvės skiriasi pagal amžių (nuo 25 m. iki 41 m.), šeimyninę padėtį (susituokusios, besiskiriančios ar išsiskyrusios), diagnozės patvirtinimą (vienoms moterims diagnozė yra oficialiai dokumentuose, kitoms įtarė psichologas, tačiau psichiatro konsultacijos, kad patvirtintų diagnozę, nebuvo), medikamentų taikymas (vartojo / nevartojo). Tyrimo dalyvių amžius, šeimyninė padėtis nebuvo tyrimo homogeniškumo kriterijus, dalyvės siejo pogimdyminės depresijos išgyvenimo patirtis, kuri buvo patvirtina (oficialiuose dokumentuose, psichiatro lankantis privačiai diagnozės neįtraukiant arba psichologo patvirtinimu, bet nesant medikamentų poreikiui pas psichiatrą nepateko).

2.5.3. Tyrimo dalyvių demografinė charakteristika

2-oje lentelėje pateikiama tyrimo dalyvių demografinė charakteristika. Siekiant išsaugoti anonimiškumą, tyrimo dalyvių tikrieji vardai pakeisti.

2 lentelė

Tyrimo dalyvių charakteristikos

Vardas	Tyrimo dalyvės amžius	Vaikų skaičius ir amžius	Šeimyninė padėtis	Gyvenamoji vieta	Diagnozuota/ Nediagnozuota	Medikamentai	Psichologo/ psichoterapeuto pagalba
Indrė	35	(1) 2 m. 10 mėn.	Susituokusi	Užsienis	Diagnozuota	Vartota	Gauta
Meda	32	(1) 4 m. 5 mėn.	Susituokusi	Lietuva	Diagnozuota	Vartota	Gauta
Ieva	40	(2) 3 m. 5 mėn. 17 m.	Vyksta skyrybos	Lietuva	Diagnozuota	Vartota	Gauta
Rasa	34	(2) 4 m. 13 m.	Išsiskyrė ir vėl atnaujino santykius	Lietuva	Diagnozuota	Vartota	Gauta
Eglė	40	(1) 5 m.	Išsiskyrusi	Užsienis	Diagnozuota	Vartota	Gauta
Marta	39	(3) 6 m. 6 m. 13 m.	Susituokusi	Lietuva	Diagnozuota	Vartota	Gauta
Rūta	32	(1) 1m 1 mėn.	Susižadėjusi	Užsienis	Diagnozuota	Vartota	Gauta
Austė	31	(3) 4 m. 7 m. 10 m.	Išsiskyrusi	Užsienis	Nediagnozuota	Nevartota	Gauta
Rugilė	35	(2) 4 m. 10 mėn. 1 m. 4mėn.	Susituokusi	Lietuva	Diagnozuota	Vartota	Gauta
Ana	31	(1) 3m. 2 mėn.	Susituokusi	Užsienis	Diagnozuota	Nevartota	Gauta
Aira	34	(1) 3m. 3 mėn.	Susituokusi	Lietuva	Diagnozuota	Vartota	Gauta
Diana	31	(1) 3m. 8 mėn.	Susituokusi	Lietuva	Diagnozuota	Vartota	Gauta
Rita	25	(2) 5mėn; 4m. 9 mėn.	Susituokusi	Lietuva	Diagnozuota	Vartota	Gauta
Roma	29	(1) 2m. 8mėn.	Vyksta skyrybos	Užsienis	Nediagnozuota	Nevartota	Gauta
Sigita	34	(2) 6 sav. 3m. 5 sav.	Išsiskyrusi	Užsienis	Nediagnozuota	Nevartota	Gauta
Daina	36	(3) 8 mėn. 2m. 5 mėn. 4m	Susituokusi	Lietuva	Nediagnozuota	Nevartota	Gauta
Lina	41	(2) 2m. 8 mėn. 7m.	Susituokusi	Užsienis	Nediagnozuota	Nevartota	Gauta
Vaida	29	(1) 2m. 6 mėn.	Susituokusi	Lietuva	Nediagnozuota	Nevartota	Negauta
Nora	27	(1) 1m. 11 mėn.	Vyksta skyrybos	Lietuva	Diagnozuota	Vartota	Gauta
19 tyrimo dalyvių	Amžius nuo 25 m. iki 41 m.	Amžius nuo 1,1 m. iki 17 m.	6 skyriasi/ skyrybos 13 susituokusi/ susižadėjusi	7 šalys 12 miestų	6 nediagnozuota, 13 diagnozuota	12 vartojo, 7 nevartojo	1 negavusi pagalbos 16 gavusios pagalbą

2.6. Tyrimo duomenų rinkimas ir apdorojimas

2.6.1. Duomenų rinkimas

Duomenis tyrimui rinkau gelminiu pusiau struktūruotu biografiniu interviu (Wengraf, 2011) metodu. Šį metodą sudaro 3 pagrindinės dalys:

1. **Pirmoji interviu dalis.** Pirmoje dalyje užduodamas vienas pagrindinis klausimas, nes siekiama, kad tyrimo dalyvė papasakotų savo gyvenimo istoriją kaip visumą, be tyrėjo įsitraukimo. Šis metodas grindžiamas geštalto terapijos principu, kuriuo teigiama, kad visuminis gyvenimo pasakojimas atskleidžia gilesnius sluoksnius, nei pavienės dalys. Naudojantis aktyvaus klausymosi įgūdžiais tyrimo dalyvių pasakojimą skatinau savo įsitraukimu kūno kalba (linksėdama) ir trumpais skatinamaisiais išsireiškimais: (mhm; aha). Svarbu, kad šioje dalyje mano kaip tyrėjos įsikišimas būtų kuo mažesnis. Pasakojimo metu žymėjausi svarbiausius išsakytus žodžius, frazes.

Vienas pagrindinis klausimas.

Atliekame tyrimą norėdami geriau suprasti moterų, išgyvenusių depresiją po gimdymo, patyrimą. Papasakokite visus patyrimus ir išgyvenimus, susijusius su depresija po gimdymo, kurie jums pačiai atrodo svarbūs. Pradėkite nuo to, ko norite ir pasakokite tiek, kiek jums norisi, aš jūsų klausysiuosi ir nepertrauksiu, tik užsirašysiu kelis dalykus, o jums baigus pasakoti užduosiu klausimus. Taigi papasakokite visus patyrimus ir išgyvenimus, susijusius su depresija po gimdymo, kurie jums atrodo svarbūs.

Raktiniai žodžiai interviu metu buvo žymimi remiantis trimis Wengraf (2011) principais:

1. Emociškai reikšmingi žodžiai, kurie išsakomi interviu pradžioje ir pabaigoje.
2. Bendro pobūdžio, universalios tiesos, nes dažnai slepia asmeninę prasmę.
3. Tokie pasakymai, kurie išsiskiria iš bendro pasakojimo ar sukelia nuostabą.

Kai tyrimo dalyvė pasakodama savo istoriją sustodavo paklausdavau jos: *Ar dar yra istorijų, kurias norėtumėte man papasakoti? Gal dar kažkas ateina į galvą?* Tyrimo dalyvei baigus pasakoti istoriją ir nebeturint daugiau ką pridėti darydavome 10–15 minučių pertrauką.

2. **Antroji interviu dalis.** Naudojantis raktiniais žodžiais, kurie buvo pasižymėti pirmosios dalies metu, sudaromi klausimai. Klausimus uždaviau naudojant tik tyrimo dalyvių pasakytus raktinius žodžius ir tik tokia tvarka, kokia kalbėjo pvz., *Minėjote, kad kilo minčių apie savižudybę, papasakokite momentą, kai kilo tokios mintys?*
3. **Trečioji interviu dalis.** Ši interviu dalis nėra privaloma, tačiau pilnai atskleisti tyrimo temai nuspręsta įtraukti ir papildomus klausimus, kurie padėtų išryškinti svarbiausias vietas. Jeigu tyrimo dalyvė į klausimą buvo atsakiusi pirmoje dalyje, buvo keliamas prie kitų.

Papildomi klausimai.

1. *Gal galite plačiau apibūdinti save ir savo išgyvenimus po gimdymo?*
2. *Gal galite papasakoti kada supratote, kad jums depresija?*
3. *Kaip apibūdintumėte savo motinystės patirtį ir kaip depresija veikė/veikia ją?*
4. *Kaip apibūdintumėte savo santykius su vaiku depresijos kontekste?*
5. *Kaip apibūdintumėte savo santykius su partneriu depresijos kontekste?*
6. *Kaip apibūdintumėte savo santykius su aplinkiniais? Kaip santykius su aplinkiniais veikė jūsų depresijos patyrimas?*
7. *Kas jums padėjo išgyvenant depresiją po gimdymo?*
8. *Ko norėtumėte sau ir kitoms moteris, išgyvenusioms depresiją po gimdymo, palinkėti?*

Pabaigos klausimas.

Kaip jaučiate, galbūt yra kažkas ko aš nepaklausiau, bet dar norėtumėte pasidalinti?

2.6.2. Interviu transkribavimas

Gauti tyrimo duomenys yra tiksliai ir nuosekliai perteikiami iš garso įrašo rašytine forma t.y. transkribuojami. Tyrimo duomenis pradėjau transkribuoti atlikusi visus tyrimo interviu. Transkribavau 27 valandas ir 41 minutę ir 34 sekundes garso įrašo (vieną interviu perteikti rašytine kalba vidutiniškai užtrukdavo apie 12 valandų). Transkribuotų tyrimo duomenų apimtis – 302 puslapiai (žr. priedą H). Pokalbių įrašus iš diktofono perrašinėėjau į kompiuterį naudodama *Microsoft Word* programą. Siekdama geriau suprasti ir įsigilinti į tyrimo dalyvių patirtis, duomenų

transkribavimą atlikau pati. Interviu metu svarbu ne tik išsakomos mintys, bet ir tai, kaip pasakojamos istorijos, todėl neverbalinei komunikacijai atskleisti pasirinkau sutartinius ženklus (žr. priedą F). Norėdama dar geriau įsigilinti į kiekvienos tyrimo dalyvės patirtį, gautus transkribuotus tekstus kartu su garso įrašu skaičiau dar kartą klausydama garso įrašų (žr. priedą G).

2.6.3. Tyrimo duomenų analizė

Duomenų analizės procesas vyko pagal V. Clarke ir V. Braun (2022) išskirtus teminės analizės etapus:

1. **Duomenų pažinimas** – tyrimo duomenų pažinimas prasidėjo transkribuojant interviu, tuomet pakartotinai skaitant tekstus ir klausantis įrašų kelis kartus, siekiant suprasti emocinę raišką ir prasmę, kurią perduoda tyrimo dalyvės. Pirmo etapo metu skaitant tekstus užsirašinėčiau pirmines kilusias mintis ir idėjas, o reikšmingos teksto dalys išskiriamos pabraukiant.
2. **Kodavimo procesas** – šiame etape naudojau *ATLAS.ti* kompiuterinę programą. Tekstinę informaciją analizavau ją skaitydama ir identifikuočiau reikšmingus elementus bei jiems priskirdama kodus. Viso išskyriau 3528 kodus (įskaitant pasikartojančius). Dalis kodų buvo pasikartojantys, kiti išskirti vienoje teksto vietoje. Kadangi tekstuose slypi netiesioginių prasmų buvo svarbu jas atpažinti dar prieš pradėdant apibendrinimus. Siekiant užfiksuoti kuo daugiau reikšmių taikiau viso teksto analizę be jokių išimčių – kodavau visus duomenis iš eilės. Iš pirmo žvilgsnio su pagrindiniais tyrimo klausimais nesusijusi informacija padėdavo geriau suvokti kontekstą ir suteikdavo platesnį požiūrį į reikšmingus duomenis (žr. priedą I)
3. **Temų paieška** – sukurti kodai grupuojami pagal tarpusavio sąsajas, siekiant nustatyti pasikartojančias reikšmes. Susiję kodai jungiami į grupes pagal panašią prasmę. Tam pasitelkta vizualinė metodika: kiekvieną kodą atspausdinu ant atskiro popieriaus lapelio, kiekvienos tyrimo dalyvės kodus pažymėjau skirtingomis spalvomis ir rankiniu būdu dėlioju į atskiras temų grupes (žr. priedą J).
4. **Temų ir potemių peržiūra** – šiame etape vyko kruopšti nustatytų temų analizė, kai kurios temos pašalinamos ar sujungiamos. Šiame etape sudariau temų ir potemių žemėlapi, kuris pateikiamas radinių skyriuje.
5. **Temų ir potemių pavadinimų įvardijimas** – šiame etape išgryninami galutiniai temų ir potemių pavadinimai, siekiant, kad temos skambėtų glaustai ir aiškiai. Galutinius pavadinimus pateikiu radinių dalyje.

6. **Galutinės analizės rengimas** – temos ir potemės išskiriamos jas siejant su tyrimo klausimais. Visas išskirtas temas ir potemes detaliai aprašau, iliustruodama atrinktomis transkribuoto teksto ištraukomis. Vėliau gautus radinius aptariu kitų mokslinių tyrimų ir literatūros kontekste.

2.7. Validumo ir patikimumo užtikrinimas

Atliekant šį tyrimą vadovavausi Yardley (2000, 2017) bei Elliot ir kitų (1999) siūlomais kokybinio tyrimo validumą ir patikimumą užtikrinančiais kriterijais. Toliau išskirti kriterijai, kurie buvo taikyti būtent šiam tyrimui:

Jautrumas kontekstui ir duomenims (Yardley 2017), kurį atskleidžia fenomeno pažinimas. Kadangi kokybiniame tyrime instrumentas yra pats tyrėjas, išankstinių nuostatų neturėjimas padeda atlikti šį tyrimą, o tam pasitelkiau tyrėjo dienoraštį. Tyrimo dalyvių bendruomenė buvo pažįstama dar iki šio tyrimo. Pirmasis prisilietimas prie šios temos – auklės darbas su vaikais nuo pat gimimo iki 7 m. Antroji patirtis – jau prieš tai atliktas bakalauro baigiamojo darbo rašymas „Motinystės patyrimas ankstyvame vaiko amžiuje, trečioji – profesinės mokomosios praktikos atlikimas VUL Santaros klinikos Akušerijos ir Ginekologijos centre.

Įsitraukimas, detalumas (Yardley, 2000). Įsitraukimą į temą atspindi tai, kaip tyrėja rinko ir analizavo duomenis. Be to, jau anksčiau dirbau su šia tema bei kokybiniais metodais. Duomenis analizavau nepriklausomai nuo to, kurie atrodytų svarbesni, stengiausi išvelgti visas reikšmes, kurias generavo tyrimo dalyvės. Tyrimo detalės atskleidžiamos per kruopštų tyrimo duomenų surinkimą ir išsamų šio proceso aprašymą 2 skyriuje.

Tyrimo atlikimo skaidrumas ir nuoseklumas. (Yardley, 2000; Elliot ir kt. 1999). Tyrimo proceso skaidrumą ir nuoseklumą užtikrina aiškiai nurodyti ir aprašyti tyrimo duomenų rinkimo ir duomenų analizės etapai (Yardley, 2000), todėl visą šio tyrimo procesą nuosekliai ir aiškiai aprašau metodikoje.

Duomenų iliustravimas. Duomenų iliustravimas yra svarbu kokybinio tyrimo kokybę užtikrinanti dalis (Elliot ir kt. 1999), todėl šio tyrimo radinius iliustravau geriausiai temas atspindinčiomis dalyvių citatomis.

Supervizijos. Patikimumas tyrime užtikrinamas supervizijų ir kito tyrėjo peržiūros pagalba (Elliot ir kt. 1999). Viso tyrimo atlikimo metu bei atlikdama duomenų analizę konsultavausi su baigiamojo darbo vadove doc. dr. Asta Adler. Be to, savanorystė emocinės paramos linijoje „Jaunimo linija“ suteikė praktinę naudą atliekant kokybinio tyrimo interviu. „Jaunimo linijoje“ įgyti įgūdžiai, tokie kaip aktyvus klausymasis ir nežinojimo pozicija pokalbyje, prisidėjo prie šio tyrimo interviu kokybės (žr. priedą K).

Kito tyrėjo peržiūra. Patikimumas tyrime užtikrinamas supervizijų ir kito tyrėjo peržiūros pagalba (Elliot ir kt., 1999). Atlikau visų interviu kodavimą, tačiau siekiant užtikrinti duomenų

patikimumą vieną tyrimo interviu kodavo baigiamojo darbo vadovė doc. dr. Asta Adler. Abi aptarėme ir palyginome kodus, diskusijos metu pastebėjome neatitikimus ir sutarėme dėl galutinių kodų formulavimo. Tokiu būdu buvo užtikrinamas duomenų analizės nuoseklumas ir padidintas tyrimo rezultatų patikimumas.

Rezonavimas su skaitytojais (Elliot ir kt., 1999) suteikia aiškumo apie tiriamą reiškinį. Šiame darbe aprašiau pasiruošimą tyrimui, subjektyvias savo patirtis, tyrimo ir duomenų analizės procesą, kad skaitytojui būtų aišku.

Tyrimo prasmė ir svarba (Yardley, 2000). Kokybiniai tyrimai yra orientuoti į gilesnį specifinio patyrimo supratimą, tačiau šio tyrimo dalyvių tarpkultūrinė gyvenimo aplinka leidžia manyti, kad gauti rezultatai galėtų būti vertingi ir platesniam moterų ratui. Tyrime dalyvavo 19 moterų, kurios gyvena 7 skirtingose šalyse, tačiau jas siejo bendra kultūrinė ir kalbinė tapatybė – visos jos lietuvės. Viena etninė tapatybė susilieja su skirtingais sociokultūriniais aplinkos veiksniais, todėl šio tyrimo rezultatai gali būti pritaikomi ne tik suprantant individualias patirtis, bet ir svarstant apie bendrus dėsningumus, kurie susiję su gyvenimu tarp skirtingų kultūrinių aplinkų, kai tautinė tapatybė vienoda.

4 lentelė

Ištraukos iš tyrėjos dienoraščio

„Sužinau, kad brangi draugė laukiasi. Analizuoti duomenis šiek tiek jautru. Stengiuosi įsivardinti, ką jaučiu, bandau suprasti, kiek tai gali paveikti mano duomenų analizę. Suprantu, kad reikia pertraukos, atsitraukti nuo duomenų, kad „neužliečiau“ savo jausmais duomenų.“ (2024, spalio)

„Nežadėkim, kad motinystė bus paauksuota, nes o jeigu ne? Kaip stipriai kraštutiniai įremina, neduokdie bus kitaip, taigi slysta žemė iš po kojų...“ (2025, vasaris)

„Aš po paskutinio interviu. Po 19 pokalbio su mama. Po beveik 28 valandų pokalbių. Baigėsi mano kelionė, vingiuota, banguota ir visokia. Visa vasara – viena ilga kelionė tiek tiesiogine, tiek perkeltine prasme. Apkeliavau Lietuvos miestus ir miestelius. Paskutinis interviu įvyko, iškart „pergalvoju“ apie tai, kokią bendrą vaizdą turiu, kokius bendrumus matau, duomenų „krūva“, bet turiu juos palikti, turiu pailsėti ir šiek tiek atsitraukt tikiu, kad dar daug kas turi susigulėti tam, kad galėčiau keliauti į kitus etapus.“ (2024, liepa)

„Kai nebesupratau kaip atsiradau motinystės temoje nebūdama mama, savęs klausiau, tai kaip atėjau iki šitos temos. Kaip viskas taip susidėliojo, kad rašau apie motinystę, o dar apie pogimdyminę depresiją. Terapijoje pavyko po truputį išgvildinti, darosi aiškiau, tvirčiau ir su tema, ir su savimi.“ (2025, kovas)

2.8. Etiniai aspektai

Šiame tyrime laikiausi kokybiniams tyrimams būdingų etikos principų, siekdama apsaugoti tyrimo dalyvių privatumą ir gerovę. Sutikimą dalyvauti jos patvirtino pasirašydamos informuotą sutikimą (žr. priedą B). Prieš pradėdant interviu, kiekvieną tyrimo dalyvę supažindinau su šio tyrimo tikslu ir eiga, taip pat pranešiau apie galimybę bet kuriuo metu laisvai pasitraukti iš tyrimo, be jokių pasekmių (jų duomenys nebūtų įtraukti į duomenų analizę). Tyrimo dalyvėms, sutikusioms dalyvauti, užtikrinau konfidencialumą – perrašant pokalbius į *Microsoft Word* programą, tikrieji jų ir artimųjų vardai, vietovardžiai ir kitos jas galėjusios identifikuoti detalės buvo pakeistos. Pokalbių transkripcijas ir garso įrašus saugojau tik aš – tyrėja, o kiekviena transkripcija buvo užkoduota pvz., B.G – Nr. 7 (DD). Pažymėtina tai, kad nė viena tyrimo dalyvė tyrėjai nebuvo pažįstama. Po interviu kiekvienai tyrimo dalyvei buvo sudarytos sąlygos susisiekti su tyrėja arba baigiamojo darbo vadove el. paštu arba telefonu, jeigu kiltų klausimų. Tyrimo tema susijusi su emociškai sunkiais išgyvenimais, todėl iš anksto buvau paruošusi informaciją su psichologinės pagalbos būdais. Nė viena iš tyrimo dalyvių nesusisiekė su tyrėja. Tačiau su viena iš tyrimo dalyvių, po supervizijos su baigiamojo darbo vadove doc. dr. Asta Adler, susisiekė pati tyrėja. Buvo aptarti konkretūs pagalbos būdai ir galimybės ją gauti užsienyje, atsižvelgiant į tai, kad moteris ir tuo metu patyrė psichologinį smurtą artimoje aplinkoje. Dalyvėms, su kuriomis tyrimo interviu vyko gyvai psichologinės pagalbos būdai, buvo atspausdinta ir įteikta susitikimo metu, o toms, su kuriomis turėjome nuotolinius susitikimus, psichologinės pagalbos būdai buvo išsiųsti el. paštu iškart po pokalbio (žr. priedą D).

3. TYRIMO RADINIAI

Atlikus 19 interviu teminę analizę, buvo siekiama atskleisti temą: „Moterų išgyvenusių depresiją po gimdymo savęs ir tarpasmeninių santykių patyrimas“. Teminės analizės metu buvo išskirti 3528 kodai. Jie apjungti į temas, potemes ir smulkesnes – subpotemes. Identifikuotos 4 pagrindinės temos, 19 potemių ir 10 subpotemių. Grupuojant temas pasirinkta jas padalyti į dvi dalis. Pirmoji – moterų išgyvenimai iki gautos pagalbos. Antroji grupė – moterų išgyvenimai po gautos intervencijos arba besitęsiantys sunkumai. Išskirtos temos, potemės ir subpotemės atspindi tyrimo klausimus: kaip depresiją išgyvenusios moterys patyrė santykį su savimi, vaiku ir kitais aplinkiniais bei kokį santykį turėjo ir šiuo metu turi su motinyste. Paminėtina, kad atsižvelgiant į tyrimo klausimus pirmoje dalyje neišskirta tema: „Santykis su motinyste“, ši tema atsiranda, tik gavus išorinę pagalbą. Galiausiai nubraižytas gautų temų, potemių ir subpotemių žemėlapis (žr. 1 pav).

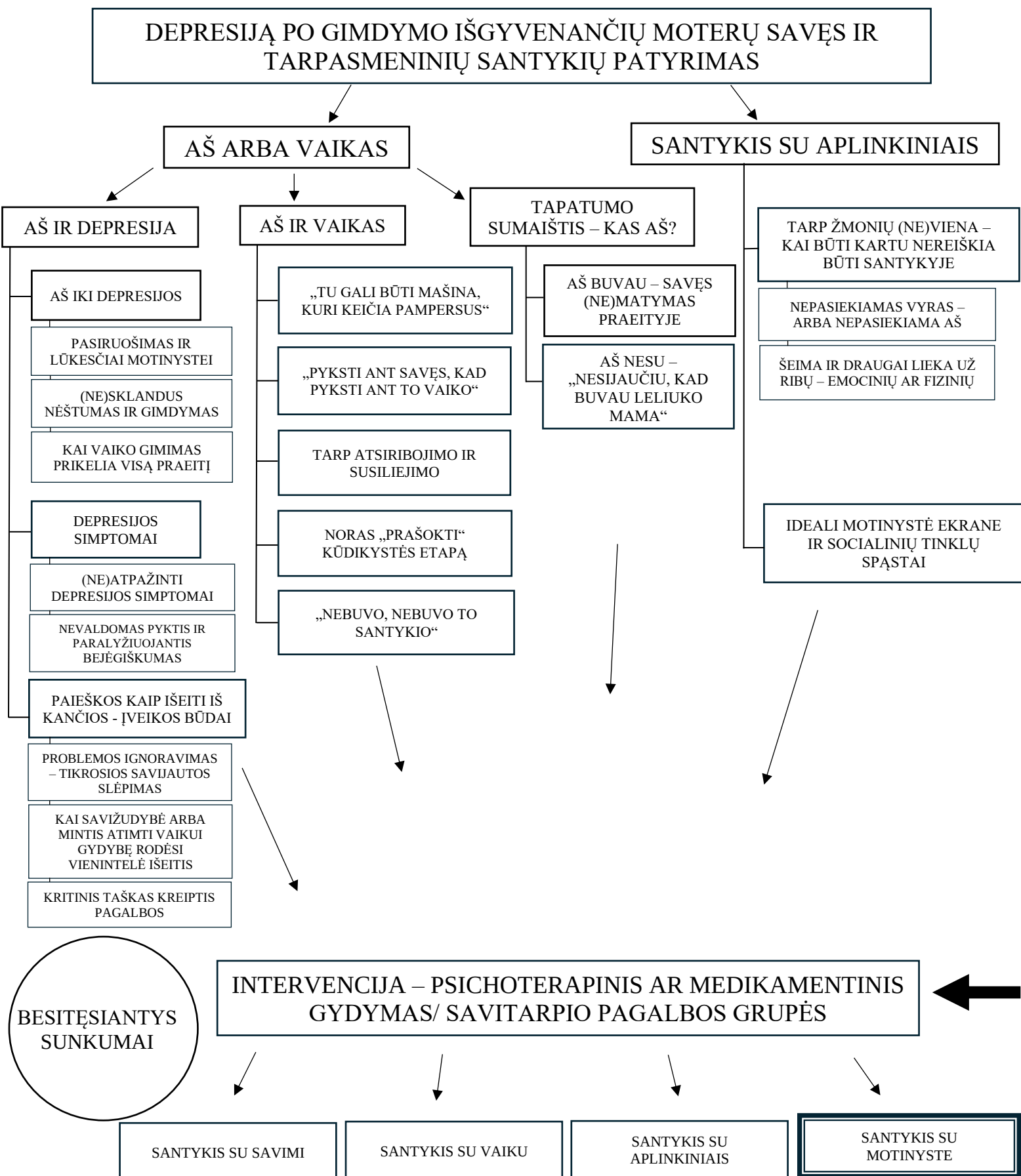
Duomenų analizės metu išskirtos trys pagrindinės temos:

1. Aš arba vaikas.
2. Santykis su aplinkiniais.
3. Intervencija – psichoterapinis ar medikamentinis gydymas; savitarpio pagalbos grupės.
4. Besitęsiantys sunkumai

Toliau pateikiamos išskirtų temų ir potemių reikšmės, iliustruotos autentiškomis tyrimo dalyvių citatomis. Nurodomos interviu ištraukos, kurios geriausiai iliustruoja tyrimo dalyvių patirtis, tačiau pagal jas skaitytojas negali identifikuoti žmogaus. Sakiniuose praleistos dalys – žymimos ženklų „<...>“. Pateikiami pakeisti tyrimo dalyvių vardai, o iliustruotų citatų gale skaičiais nurodytas interviu transkribuoto teksto eilės numeris pvz., „(Ieva, 10 – 11).

1 pav.

Temų ir potemių žemėlapis



3.1. Aš arba vaikas

Tema „Aš arba vaikas“ atskleidžia patyrimą, kai sergant depresija po gimdymo gyvenimas atrodė įmanomas tik vienai iš pusių – arba mamai, arba vaikui. Ši tema skyla į dar tris temas: moters depresijos patyrimą po gimdymo; santykį su vaiku; santykį su savimi. Pirmoje temoje „Aš ir depresija“ atskleidžiamas moters patyrimas išgyvenant depresiją po gimdymo. Antroje temoje „Aš ir vaikas“ atskleidžiami mamos ir vaiko santykiai, išgyvenant depresiją po gimdymo. Trečioje temoje „Kas aš?“ identifikuojama, kokia buvo moters tapatybė prieš gimdymą ir kokia ji yra susirgus depresija po gimdymo.

3.1.1. Aš ir depresija

Atlikus duomenų analizę, radiniai atskleidė, kad kiekvienos moters kelias į motinystę prasidėjo nuo pasiruošimo ir lūkesčių sau. Vis dėlto, moterų emocinė būseną ne visuomet atitiko pradines viltis, moterys susidūrė su atsiribojimu nuo savęs, sunkių jausmų išgyvenimu ir negalėjimu atlikti kasdienių užduočių. Taip pat, iškilo seniai pamirštos skaudžios gyvenimo patirtys, kurios aktualizavosi tik tapus mama. Moterys atsiribojo nuo savęs, o baimė išgirsti pogimdyminės depresijos diagnozę tik dar stipriau tolino nuo savęs, užrakinant sunkius jausmus savyje. Nepaisant skirtingų patirčių, po ilgų paieškų kaip išeiti iš kančios, visos moterys, dažniausiai pasiekusios kritinį tašką, kreipėsi pagalbos ir pripažino, kad susidūrė su depresija po gimdymo, o tai buvo pirmas žingsnis link savo tapatybės susigrąžinimo.

3.1.1.1. Aš iki depresijos

Pasiruošimas ir lūkesčiai motinystei

Tyrimo dalyvių pasakojimai atskleidė, kad pasiruošimas motinystei ir lūkesčiai buvo skirtingi. Vienos motinystę pasitiko be išankstinio pasirengimo: <...> *tavęs niekas nemoko kaip būti mama, tau niekas nepasako, kad vaikas tenai verks* <...> (Sigita, 99 – 100); <...> *atėjo vat ir atėjo. Imkit į rankas ir darykit ką norit* <...> (Rita, 18); <...> *domėjausi apie nėštumą, bet pavyzdžiui neskaičiau jokių knygų, kaip reikės tą vaiką augint ir prižiūrėt* (juokiasi) (Eglė, 20 – 21); <...> *aš tiem vaikam gal net per daug ir tiesiog nesiruošiau* <...> (Daina, 124). Paminėtina, kad kitos moterys domėjosi nėštumu, vaiko auginimu ir lankė įvairius kursus: <...> *aš ten visus kursusėjau, klausiau, aš labai rimtai tam ruošiausi* <...> (verkia) (Meda, 388). Nepaisant to, kad Meda ir kitos tyrimo dalyvės domėjosi motinyste ir lankė įvairius užsiėmimus, tvirtino turėjusios aiškų įsivaizdavimą apie tai, kaip motinystė

turėtų atrodyti, jos kūrė idealizuotus scenarijus, kurie nepasitvirtino: <...> *ta vadinama motinystė, kokią aš ją įsivaizdavau ir kokia ji turėtų būti, jinai kardinaliai pradėjo skirtis* <...> (Meda, 7 – 8); <...> *įsivaizdavau, kad gimus vaikui man bus labai lengva auginti* <...> (Diana, 25 – 26); *Ir kad tu gali nemiegoti, ir kad vaikas nemiegotų? Nežinau, kur aš buvau, tai va. Nesuprantu, ar aš nepasidomėjau* <...> (Aira, 254 – 255); <...> *realybė nebeėjo su mano nuogastavimais* <...> (Ana, 22); <...> *aš norėjau vaiko, bet negalvojau, kad taip jausiuos* <...> (Eglė, 367 – 368); <...> *man toks buvo pyktis, atsimenu, ant mano draugų: „Kodėl niekas nesakė, kad bus taip sunku?“ Gal aš būčiau nusiteikęs, nes man dabar šokas buvo. Kaip yra sunku dabar būti, auginti tą vaiką* <...> (Eglė, 343 – 345).

Nepaisant to, kad dalis moterų ruošėsi artėjančiai motinystei, tačiau teorinis pasirengimas ir lūkesčiai ne visada sutapo su gyvenimo iššūkiais pagimdžius kūdikį. Depresijos simptomai pasireiškė tiek toms, kurios jautėsi pasiruošusios, tiek toms, kurios nesidomėjo vaiko augimo klausimais, o lūkesčiai, kuriuos susikūrė, vėliau tapo spaudimu pačioms moterims.

(Ne)sklandus nėštumas ir gimdymas

Moterys susidūrė su įvairiomis nėštumo patirtimis – nuo džiaugsmingų iki fiziškai ir emociškai sunkių. Duomenų analizė atskleidė, kad 8 iš 19 tyrimo dalyvių turėjo lengvą ir sklandų nėštumą: <...> *nėštumas tikrai labai sklandus ir sportavau vos ne iki pat paskutinių akimirkų* <...> (Rūta, 9 – 10); <...> *nėštumas neturėjo jokių komplikacijų, iš viso jokių, viskas kaip pagal vadovėlį, jaučiausi puikiai* <...> (Lina, 8 – 9); *Man tas laukimosi periodas tai buvo turbūt pats geriausias, kiek yra buvę gyvenime, nu aš tikrai labai labai laiminga buvau* <...> (Nora, 11 – 12). Tyrimo dalyvių pasisakymai atskleidė, kad 11 iš 19 moterų savo nėštumą išgyveno kaip sunkų dėl medicininių priežasčių padidintos rizikos nėštumo, sunkių emocijų (padidėjusio nerimo) nėštumo metu, ar dėl to, kad nėštumas neplanuotas: *Nėštumo metu aaa, nėštumas buvo įvardintas kaip rizikingas vien dėl, pradžioj dėl dėl to, kad tai buvo dirbtinis apvaisinimas* <...> (Indrė, 15 – 16); <...> *vos ne užmutinu savo drauges, kurios turi vaikų ar ten laukiasi ir džiaugiasi kaip jos laukiasi, nes man pavyzdžiui to nebuvo (verkia)* <...> (Meda, 380 – 381); <...> *nerimo atsirado, nu kaip sakyti, ar sugebėsiu?* (Ieva, 7 – 8); <...> *kodėl aš puoliau į tą depresiją, tai man buvo sudėtingas nėštumas paskutiniais mėnesiais* <...> (Eglė, 9 – 10);

Nors tiesiogiai interviu metu neklausiau apie gimdymo būdą, interviu metu išryškėjo, kad daliai moterų buvo atliktas cezario pjūvis. Analizuojant duomenis išryškėjo, kad 6 iš 19 tyrimo dalyvių buvo atliktas neplanuotas cezario pjūvis: <...> *nubėgo kažkokie ne visai vandenys, bet pirminiai vandenys nu ir čia kraujuoji, mes tave guldom ir bus tau cezaris* (Eglė, 25); <...> *man buvo cezario pjūvis, tai ačiū dievui, kad vyras buvo, nes būčiau neišgyvenus tų dviejų parų ir tiesiog ir tu jautiesi*

beviltiškas <...> (Rasa, 518 – 519). Viena tyrimo dalyvė gimdžiusi natūraliais takais dalinosi, kad gimdymas buvo fiziškai ir emociškai alinanti patirtis: <...> *egzorcizmas buvo, egzorcizmas, va tą visą savo būseną egzorcizmu galėčiau apibūdinti* <...> *velnio varymas iš kūno* (nusijuokia) (Vaida, 426 – 429). Nors ne visos tyrimo dalyvės kalbėjo apie gimdymo patirtį, dalis iš tų, kurios dalijosi, gimdymą atsimena kaip natūralią patirtį, kuri nesukėlė ryškių emocinių išgyvenimų <...> *gimdymas buvo lengvas, ta prasme nors jis ten ir gimė didelis ir nu nieko sudėtingo man nebuvo* <...> (Aira, 144 – 145);

Taigi, tyrimo radiniai atskleidžia, kad moterys turėjo įvairias nėštumo ir gimdymo patirtis, vienoms – nėštumas fiziologiškai ir psichologiškai lengvas ir sklandus, kitoms – sudėtingas ir lydimas nerimo. Gimdymo patirtys buvo įvairios: tiek gimdymas natūraliais takais, tiek cezario pjūvio operacija atnešė ir sudėtingas, ir lengvas patirtis fiziškai ir emociškai.

Kai vaiko gimimas prikelia visą praeitį

Moteris į motinystę žengia ne tik su asmeniniais lūkesčiais, kaip atrodys vaiko auginimas, bet ir atsinešdamos įvairias savo patirtis, kurios iškyla būtent tapus mama: <...> *aš matau mamos pavyzdį* (verkia) <...> (Meda, 550); <...> *mano tas rėkimas, man priminė mamą, nes jinai pastoviai rėkdavo ant mūsų* <...> *tai tu kitokio gyvenimo nesupranti* (Rasa, 492 – 495); *Aš jum noriu pasakyti, kad aš labai užaugau toksiškoj aplinkoj, mano tėvas mušė mano mamą* <...> (Sigita, 495 – 496); <...> *taip mane augino, iš dalies, tai aš turbūt nelabai galiu tikėtis iš jos kažkokio tai daugiau supratimo* <...> (Aira, 201 – 202); <...> *aš dar tokį didelį nesaugumo jausmą jaučiu* <...> *po vieno įvykio vaikystėj* <...> (Rita, 496 – 497). Tyrimo dalyvių pasakojimai atskleidė, kad anksčiau patirti emociškai sunkūs išgyvenimai tarsi buvo paslėpti, o gimus vaikui iškelti į paviršių: <...> *mano pogimdyvinė depresija, tai atsinešė visas mano vaikystės traumas* <...> (Rita, 70); *Aš esu ta, kuri kaupiu emocijas, tai va kaupiau kaupiu kaupiu tai vat kaupiu daugiau nei dvidešimt metų ir jau kaip išlipo kaip tas vulkanas tiesiog* <...> (Ieva, 284 – 285); <...> *aš tikrai negalėčiau pasakyti, kad man buvo gerai prieš susilaukiant vaiko, bet viskas stipriai suaštrėjo* <...> (verkia) (Meda, 488 – 489); <...> *vat nėštumas išprovokuoja* <...> *hormonų audros visokios* <...> (Ieva, 41 – 42); <...> *iš naujo atradau narkotikus, kuriuos vartoju paauglystėj irgi, turėjau ir tai būdavo mano pabėgimas* <...> (Austė, 126 – 127).

Be to, atsiskleidė tai, kad ilgą laiką veikusios apsauginės struktūros (kontrolės siekis, perfekcionizmas) tapo kliūtimi gimus vaikui: <...> *perfekcionistė tikrai tą turiu, kad viskas turi būti sutvarkyta surūšiuota, išvalyta, gražu* (Austė, 74 – 75); <...> *tu nieko nebevaldai, jokiose situacijose nevaldai, nei kažkokio miego režimo, nu visiškai nieko tu nevaldai ir tu negali suvaldyti ir tai tave varo iš proto* <...> (Rasa, 496 – 497); <...> *ilgai kojų nejaučiau ir man tas toks moteriai, kuri yra savarankiška ir nepriklausoma* <...> (Lina, 54 – 55); <...> *nesugebėjimas kontroliuoti ar suprasti ar*

žinoti (verkia) (Roma, 26 – 27); <...> *tas netrukde, man trukde, man turi būt sustyguota, aš – mėgstu tvarką, man turi būt tvarka, o jos nebuvo su vaiku ir jos nebūna iš tikrųjų* <...> (Eglė, 385 – 386).

Taigi, motinystė aktualizavo galias ankstyvasias patirtis, o kontrolė ir perfekcionizmas, anksčiau padėjusios išlikti, pradėjo trukdyti motinystėje. Motinystėje, nepajėgiant visko numatyti ar suvaldyti visų situacijų, kildavo stiprus bejėgiškumo jausmas.

3.1.1.2. Depresijos simptomai

(Ne)atpažinti depresijos simptomai

Tyrimo dalyvių patirtyse matyti, jog 11 iš 19 tvirtino, kad nors depresijos simptomų ir neatpažino, bet ryškų psichologinės būsenos pokytį išgyveno nėštumo metu arba iškart po gimdymo: <...> *kaip ten moterys patiria euforiją, tai tikrai tokios euforijos jokios neturėjau* <...> (Vaida, 14 – 15); <...> *apatija ir tai prasidėjo iškart grįžus į normalią, nepogimdyvinę palatą ir aš supratau, kad aš nu aš nejaučiu jokių jausmų tam vaikui* <...> (Diana, 8 – 9); <...> *prasidėjo skambučiai, į kuriuos aš nenoriu atsiliepti, aš nenoriu, kad mane kažkas sveikintų, kad manęs kažkas kažko klaustų* <...> (Diana, 55 – 56). Likusios 8 teigė, kad sunkūs jausmai neapėmė iškart po gimdymo: <...> *iškart po gimdymo aš amm labai norėjau būti su ja, labai norėjau ją laikyti, su ja būti, nieko daugiau nenorėjau daryti, tik būti su vaiku ir tiesiog mėgautis ta akimirka* (verkia) <...> (Roma, 248 – 249).

Dalyvių pasakojimuose išryškėjo tai, jog dauguma moterų (17 iš 19), nepaisant didelių emocinių ir fizinių sunkumų nėštumo metu, iškart po gimdymo ar per pirmuosius metus depresijos simptomų neatpažino: *Tai aš nesupratau. Ta prasme realiai aš negalvojau, kad... aš depresiją supratau visai kitaip* <...> (Meda, 459); *Aš gal ir nesupratau, iš pradžių, nes realiai ten visos tos emocijos ir kai nuėjau tada pas psichiatrą ir pamačiau išrašą, sakau „įsivaizduok man prirašę pogimdyvinę“* (su didele nuostaba) <...> (Marta, 397 – 400). Depresijos simptomai buvo sunkiai atpažįstami pačioms moterims, galiausiai supratimas, kad tai yra depresija atėjo, tačiau visoms skirtingu metu.: <...> *suvokimas, kad tai yra depresija neateina iš karto, tik tada, kai jau yra pasekmės* <...> (verkia) (Roma, 6 – 7); *Galbūt, kai jinai praėjo* <...> (Austė, 413); <...> *tada, kai pasakė psichologė* (Aira, 363); <...> *gal tik tai realiai ligoninėj gulėdama, jau kai tas blaivus protas pradėjo veikti, tai tada sakyčiau, kad taip suvokiau* (Rugilė, 425 – 426).

Taigi, moterims depresijos po gimdymo simptomai ne tik pasireiškė skirtingu metu, bet ir buvo sunkiai atpažįstami. Dalis tyrimo dalyvių savo išgyvenimus suprato tik po kurio laiko, pasijutusias geriau. Kita dalis, kai kiti pastebėjo jų sunkią emocinę būseną.

Nevaldomas pyktis ir paralyžiuojantis bejėgiškumas

Analizuojant tyrimo duomenis paaiškėjo, kad moterys tapo jautresnės po gimdymo nei įprastai, o nemalonių jausmų antplūdis – kaltės, gėdos – susiliejo su fiziniu neveiksmumu. Nepaisant to, kad moterys galvojo, jog reikia keltis, atlikti savo kasdienės užduotis, eiti į lauką, rūpintis vaiku, ta ne visada galėjo padaryti: <...> *nėštumo metu būnu dirgli, dar jautresnė negu įprastai* <...> (Austė, 38); <...> *beprotiškas jaukumas žinot kaip atsirado* <...> (Ieva, 247) <...> *tu neturi jėgų ir kaip čia kažką pakeist* <...> (Eglė, 358 – 359); *Aš net maisto nesugebėdavau pasigaminti, nu nes aš negalėdavau sukonzentruoti minties* <...> (Rūta, 369 – 370); <...> *guli su tuo vaiku per dieną, išlipi tik tam, kad jam užpakalį nuplautum* (Sigita, 54 – 55). Tyrimo dalyvės, apimtos „negalėjimo“, kaltindavo save: *Ir tada atsiranda tokia saviplaka, savigrauža* <...> (verkia) (Meda, 499); <...> *tas toks mamos blogos šleifas ėjo* (Indrė, 230 – 231); <...> *ir tada vėl kaltė kaltė kaltė, tai va toks va užburtas ratas* (Eglė, 430). Mamos teigė, kad net ir susidūrusios su valgymo ir miego sunkumais, nesikreipė pagalbos, nes ir tai atrodė per daug jėgų reikalaujantis darbas: <...> *aš suprantu, kad man reik pagalbos, bet aš nė nesugebu, toks jausmas, kad aš net nesugebu paskambint* <...> (Eglė, 144 – 145); <...> *aš net nevalgydavau, kai man būdavo dugnas, aš nieko nevalgydavau, duok dieve stiklinę vandens išgerdavau ir bananą suvalgydavau* <...> (Rasa, 96 – 97); <...> *tai svoris ten krito, aš grįžau gal penkiolika kilogramų numetus normalaus svorio* <...> (Rūta, 185 – 186); <...> *išvargusi nuo savo minčių, kas privedė sakau į tą įeiti į tą tamsų mišką, iš kurio aš tiesiog negalėjau išeiti* <...> (Rita, 124 – 125).

Tyrimo dalyvių pasakojimuose išryškėjo stipraus pykčio epizodai, o vidinės įtampos išbrova tapdavo fiziniai veiksmai: *Kai tu nebesusitvarkai su savo emocijom, kai tu rėki, kai tu daužai indus* <...> (Rasa, 411); <...> *lėkštes, kaip sakyti ten ar kažką žaislus ten renki, meti* <...> (Ieva, 143 – 144); <...> *jau ten daiktus pamėtydavau* <...> (Marta, 21); <...> *pykčio proveržiai ir isterijos ir būdavo* <...> *galėdavau sudaužyti lėkštes, puodukus* <...> (Rasa, 145 – 155); <...> *gal pavadinčiau tam tikrais ir psichozės epizodais* <...> (Diana, 12).

Taigi, depresiją išgyvenančios mamos susidūrė su stipriu įniršiu, kurį lydėjo nesugebėjimas atlikti kasdinių užduočių. Galiausiai, kiekviena moteris anksčiau ar vėliau pradėjo ieškoti būdų, kaip išeiti iš kančios.

3.1.1.3. Paieškos kaip išeiti iš kančios – įveikos būdai

Problemos ignoravimas – tikrosios būsenos slėpimas

Analizuojant tyrimo duomenis paaiškėjo, kad 18 iš 19 moterų savo sunkiai pakeliamą būseną slėpė nuo kitų ir viduje kaupė daugybę sunkių jausmų: <...> *elementariai nuo kitų tą būseną slėpiau*

(pauzė) (Marta, 23 – 24); <...> *jeigu kartais pasakyčiau kaip iš tikrųjų jaučiuosi, turbūt iš tos ligoninės nebeišečiau* <...> (Rasa, 121 – 122); <...> *nepasakoju kas man toj galvoj vyksta* <...> (Rūta, 303); <...> *bandžiau kažkurį laiką vaidinti* <...> (Ana, 339); <...> *aš tiesiog suvaidindavau kažką tai, įsijungdavau kažkokį mygtuką hihahaha* <...> (Rita, 488 – 489); <...> *aš stengiuosi susipakuoti savo emocijas ir būt, kas benutiktų, besišypsantis* <...> (Daina, 225 – 226). Viena iš tyrimo dalyvių savo sunkios būsenos neignoravo, tačiau iškart po gimdymo vyko į psichiatrijos ligoninę.

Siekiant susitvarkyti su vidiniu skausmu, moterys naudojo įvairius būdus: alkoholis ir psichoaktyvios medžiagos, sportas, išvažiavimas į užsienį, kelionės, cukrus, skyrybos: <...> *svaigalai tada tapo o dieve, visiškas išsigelbėjimas toks kvailas* <...> (Austė, 251 – 252); <...> *tada aš pradėjau labai mm (verkia) daug valgyt* <...> (Roma, 44 – 45); <...> *stengėsi man padėt, bet aš to nesupratau laiku ir aš pati pasakiau: „Skyrybos”* <...> (Rasa, 31 – 32). Dvi tyrimo dalyvės naudojo kalendorių tam, kad pasižymėtų kiekvieną sunkiai išgyveną dieną: <...> *gimdymo namuose ir man davė tokį mažą kalendorių metų ir > aš metus braukdavau X, kad praėjo dar viena diena < (pauzė) > ir aš išgyvenau < (tyliai)* (Aira, 311 – 312). Taigi, tyrimo analizė atskleidė, kad visos, išskyrus vieną moterį, savo sunkėjančią būseną ignoravo ir slėpė nuo kitų, bandydamos rasti išeities būdus.

Kai savižudybė arba mintis atimti vaikui gyvybę rodėsi vienintelė išeitis

Mintys apie savižudybę tyrimo dalyvėms tapo emocinės kančios viršūnė. Moterys savižudybę suvokė kaip vieną iš būdų, kuris palengvintų situaciją. Tyrimo dalyvių patirtys parodė, kad 14 iš 19 turėjo minčių apie savižudybę, 3 iš jų mėgino nusižudyti, tačiau buvo laiku išgelbėtos gydytojų arba artimųjų ir gydėsi psichiatrijos ligoninėje, o 5 šio tyrimo dalyvės minčių apie savižudybę neišsakė. Mintys apie savižudybę kildavo iš didelio bejėgiškumo ir nevilties: <...> *aš be proto norėjau, kad mano vaikas būtų į mane panašus, dėl to, kad kai aš nusižudysiu, kad visiems tas vaikas primintų mane* (Rūta, 556 – 557); <...> *man pradėjo sunku apskritai egzistuoti, tada atsirado kažkokios mintys apie savižudybę* <...> (Meda, 561).

Moterų pasakojimuose išryškėjo, kad 6 iš 19 kilo noras kažką padaryti ne sau, bet vaikui: <...> *dieve sakau leisk tu man jo neužmušti* <...> (Rasa, 822 – 823); <...> *mintyse man kažkokia tokia, kad aš jam kažką padaryt* <...> (Rūta, 603 – 604); <...> *vat fiziškai, kad nori kažką padaryti, bet save sustabdai* <...> (Aira, 19 – 20); <...> *ašėjau (pavadinimas) tiltu, vežiau vežimą ir aš galvojau, kad aš jį permesiu per bortą va taip va* (Aira, 52 – 53). Tokios destruktivos mintys kildavo, kai atrodė, kad kitos išeities nėra, o egzistuoti kartu ir mama, ir vaikas nebegali: <...> *net tokios mintys buvo, kad arba aš arba jina, atrodė, kad mes kartu nu niekaip negalim kažkaip egzistuoti* (drebančiu balsu) <...> (Nora, 77 – 78); <...> *aš nebenorėjau taip jaustis ir kelias buvo vienintelis* <...> (Rūta,

408); <...> *kad taptų lengviau* (Diana, 17); <...> *apsiverkus visa atsikeldavau, sakydavau, kad nebenoriu, nebenoriu gyventi, kad čia niekas nebus geriau* (Nora, 222 – 223).

Taigi, savižudybės tema atsiskleidė kaip noras nutraukti nepakeliamą vidinį skausmą. Tyrimo dalyvės savižudybę laikė vieninteliu būdu pasiekti palengvėjimą, išsakydamos, kad gyventi gali arba vaikas arba ji.

Kritinis taškas kreiptis pagalbos

Galiausiai visos, išskyrus vieną tyrimo dalyvę, pirmiausia stengėsi susitvarkyti pačios, o tik po ilgo laiko, dažniausiai įvykus kritiniam momentui, kreipėsi pagalbos į psichikos sveikatos specialistus: <...> *dažnai girdžiu, kad vat oj anksčiau kreiptis pagalbos ir aš galvoju, tos pagalbos taip ir ieškojau, bet kol aš nesupratau, kol man neįvyko tas lūžis > pradėjau grasinti su peiliu <...> lūžio metas, kai atvyko policija* (Indrė, 255 – 264); <...> *atrodo, kad tada, kai jis (vyras) man pliaukštelėjo, man tada daėjo, kad gal man tikrai reikia ieškoti pagalbos <...>* (Lina, 468); <...> *mintys tokios, kad tikrai jau nebenoriu gyventi (drebančiu balsu) ir jinai man pasiūlė kreiptis tada jau į (pavadinimas), ligoninę. Tai iš pradžių irgi atrodė baisu, bet kai supratau, kad jau niekas, jau viską išbandžiau kitką, namie <...>* (Nora, 82 – 84). Taigi, esminis momentas kreiptis pagalbos dažniausiai būdavo susiję su pasiektu kritiniu tašku, kai nutikdavo grėsmę gyvybei keliantis įvykis arba aplinkiniai rekomenduodavo kreiptis.

3.1.2. Aš ir vaikas

Tema apima tyrimo dalyvių santykį su vaiku, išgyvenant depresiją po gimdymo. Ši tema atskleidžia, kad moterys, išgyvendamos depresiją po gimdymo, susiduria su sunkumais kuriant santykį su vaiku. Rūpinimasis kūdikiu tampa mechaninis, be emocinio įsitraukimo, tai didina atstumą tarp vaiko ir mamos. Neretai vaikas tampa ir tuo, į kurį nukreipiamas sukauptas pyktis, galiausiai to laiko nesinori prisiminti, nes fiziškai mama savo vaidmenį atliko, bet emociškai santykiyje nedalyvavo.

3.1.2.1. „Tu gali būt mašina, kuri keičia pampersus“

Ši potėmė atskleidžia tai, kad mamos, patiriančios depresiją po gimdymo, fiziškai rūpinosi vaiku, tačiau santykiyje buvo emociškai atsiribojusios. Tyrimo dalyvių pasakojimuose išryškėjo tendencija, kad esant pogimdyminei depresijai rūpinimasis kūdikiu yra mechaniškas: *Atrodo tik tai tiek, kad darai mechaniškai, nes reikia nu <...>* (Ieva, 407 – 408); <...> *toks jau automatu gaunasi, jau ten <...>* (Marta, 85); <...> *sėdi mechaniniu būdu pamaitinsi jau, nes vaikas verkia ir pakeisi ten*

tą pampersą <...> (Eglė, 337 – 338); <...> aš aišku rūpinausi juo, bet visa tai buvo tik mechaniškai <...> (Aira, 61). Taip pat tyrimo dalyvės pabrėžė, kad svarbiausia yra, kad jų kaip mamų funkcijos yra atliekamos: <...> atsikeliu padarau, kas turi būt padaryta ir viskas <...> (Ana, 24); <...> kaip mama visas tas funkcijas ar su vaistais ar be vaistų viską vykdu <...> (Rugilė, 447 – 448). Tačiau emocinio ryšio rūpinantis vaiku nebuvo: <...> jausmų išjungimas, negalvojimas tik tais toks atsikėlimas, atsistojimas, padarymas, uždarymas, absoliučiai daugiau nieko <...> (Ana, 43 – 44); <...> tas pirmas pusmetis dirbtinis buvo gal net viskas wow <...> atrodo taip užprogramuoti <...> (Marta, 449 – 450); <...> nu paduodi žaislą, ten kažką žaidžia, o mama žiūri į televizorių ir kaip ta, nu kaip zombis, gal taip labai liaudiškai <...> (Ieva, 402 – 403). Taigi, esant depresijai po gimdymo, buvimas su kūdikiu tampa mechaniškas, o mamos būseną – lydimą vidinės tuštumos. Rūpinimasis kūdikiu tampa funkcinis, be emocinio įsitraukimo.

3.1.2.2. „Pyksti ant savęs, kad pyksti ant to vaiko“

Potėmė išryškina pykčio išgyvenimą, patiriant depresiją po gimdymo. Aštuonios tyrimo dalyvės dalinasi, kad pyktis neretai būdavo nukreiptas į patį vaiką: *<...> aš pagaunu mintyse „aš dėl tavęs šitiek prakentėjau“ <...> (Lina, 629); <...> nekenčiau savo vaiko ir man prireikė laiko, labai daug, kol aš jį pamilčiau ir čia yra siaubas <...> (Aira, 13 – 14); Aš smurto prieš jį nevarčiau, fizinio, bet manau, kad galėčiau įvardinti kaip psichologinį tokį, tokių žodžių grubių buvo labai daug „tu čia nenormali“ (Indrė, 157 – 159). Be to, tyrimo dalyvės pasakojo, kad negalėjo suprasti savo vaiko poreikių, o neretai šalia esantys padėdavo: <...> vaikas rėkia, klykia, pati verki sėdi ant tos sofos ir nežinau ką su tuo vaiku daryti <...> (Sigita, 26 – 27); <...> čia tas vaikas verkia, kas jam yra, ar jam sauskelnės pilnos, ar jis nevalgęs <...> (Rita, 22); <...> aš iš jo riksmo nieko niekada nesuprasdavau <...> (Aira, 305 – 306); <...> jis taip nu pusiau verkia, pusiau ne ir aš: „(vardas) žiūrėk jam kažką skauda“. Man atrodė, kad jis judinasi, raižosi, biškį taip ir rėkia, bet nerėkia, garsus leidžia „sakau, jam kažką skauda“. Ne, sako, jis gal nori tik ant rankų, paimek tu jį sako ir aš paėmiau jį ant rankų ir jis nutilo, bet man tokia mintis neatėjo <...> (Eglė, 232 – 234).*

Būtent ir dėl to, kad mamos negalėjo suprasti vaiko poreikių kildavo pyktis. Nors pyktis nekyla dėl vaiko, tačiau neretai būdavo nukreiptas į jį, kadangi vaikas yra arčiausiai: *<...> vaiką skriausdavai, žalodavai emociškai, bet tu vis tiek vaikui buvai pats reikalingiausias (Sigita, 515 – 516); <...> kas yra artimiausias namuose <...> išsiliedavau (Sigita, 480 – 482); Nu tai kai tu šauki ant savo vaiko, aš pavyzdžiui sakau: „Ar tu gali blet patylėt ir tu neverkt, aš noriu pamiegot“ <...> (Rasa, 778 – 779); <...> tiesiog nekenčiau tuo metu vaikų <...> (Marta, 71 – 72). Paminėtina, kad Daina, Marta ir Sigita dalinosi apie dideles pykčio bangas, kurias nukreipdavo į artimiausią, nuolat šalia esantį, šiuo atveju – vaiką: *<...> nešioji, tu pervargsti, tai tas gaunasi užburtas ratas, tu jo negali padėti dėl**

to, kad jis prie tavęs prisiattachina, tu esi susinervinęs <...> (Sigita, 457 – 458); <...> pyktis, jo būna pykčio ant vaikų labai daug ir nėra kur dėti, nemušiu gi vaikų (Daina, 177 – 178); <...> kaupdavai, jis (vyras) išeidavo iš namų, aš atsisukdavau ir į dukrą viską (Sigita, 503).

Tyrimo dalyvės pasakojo, kad jausdavo pyktį, bet tuo pat metu suvokdavo, kad vaikas nėra kaltas ir labiausiai ko jam reikia – mamos, todėl šalia kildavo ir kaltės jausmas: *<...> aš ant jos išsirėkdavau, tada apsikabindavau ir verkdavau <...> (Sigita, 491); <...> tu ant jo pyksti, bet jis yra tavo vaikas <...> (Austė, 66); <...> man labai blogai arba matydavo, kad kažkas negerai tarp manęs ir dukros, ten tarkim aš pikta, o dukra nori kontakto su manim <...> (Lina, 594 – 595); <...> jeigu jinai man neužmigdavo aš ant jos rėkdavau, bet taip rėkdavau, kad vaikas išsigąsdavo, kad aš sakydavau, kad tu man gyvenimą gadini <...> aš tada pagavau, kad kaip tu gali ant metų ten nežinau šešių mėnesių vaiko staugti, klykti, kai tas vaikas nieko nėra padaręs <...> (Sigita, 484 – 487).*

Taigi, 8 iš 19 tyrimo dalyvių tiesiogiai pasakojo apie stiprų pyktį, kurį jausdavo savo vaikui depresijos metu. Pyktis, nepriklausomai nuo to ar vaikas jį sukėlė, būdavo nukreiptas į jį, nes vaikas, nors ir bejėgis, ir priklausomas nuo mamos – būdavo arčiausiai jos. Būtent dėl to, kad vaikas nuolat būdavo šalia, mama neturėdavo erdvės išbūti su savo pačios jausmais ir juos „išliedavo“ savo vaikui. Tai sukurdavo vidinį konfliktą, kurį lydėjo kaltės jausmas.

3.1.2.3. Tarp atsiribojimo ir susiliejo

Moterys pasakodamos apie santykį su vaiku pabrėžė, kad, esant depresijai po gimdymo, nenorėdavo būti su vaiku. Tyrimo radiniai rodo, kad 14 iš 19 tyrimo dalyvių nenorėjo būti su vaiku: *Atėjo laikas, kai to dėmesio nebenori skirti, bet jau stengiesi pabėgti ar į virtuvę, kad prie vaikų nebūti (Marta, 97 – 98); <...> aš nenorėjau prie jo prisiliesti, aš nenorėjau jo matyti, aš, man, atsimenu sėdėjau ant tos lovos „aš nenoriu į jį žiūrėti, aš nenoriu“, nu tiesiog aš nenoriu savo vaiko ir tada baisi baisi kaltė <...> (verkia) (Eglė, 517 – 519); Šiaip labai liūdnai, nes visų pirma tu nenori vaikui skirt laiko kažkaip randi netgi kartais tokių pasiteisinimų kaip su juo nebūt, nes atrodo nesinori, tuo metu man toks jausmas būdavo nu tu nieko nenori matyti, tai tu ir vaiko nenori matyti <...> (verkia) (Meda, 492 – 494).*

Tyrimo dalyvės dalijosi, kad šalia nenoro būti su vaiku, atsirasdavo ir noras, kad vaiko išvis nebūtų: *<...> aš jo nenorėdavau <...> (Rasa, 821); > Kai aš pradėjau galvoti, kad nebenoriu jos < (tyliau) (Indrė, 237); <...> buvo toks pora dienų, kad aš žiūriu į tą vaiką ir aš jo nenoriu. Aš nenoriu to vaiko. (Eglė, 84 – 85); <...> aš nenoriu savo vaiko, nu ta prasme čia baisu, baisu buvo pripažinti <...> (Rūta, 289 – 290).*

Dalis tyrimo dalyvių susidūrė su mintimis, kad vaiką geriau yra palikti ir pačiai išeiti iš namų: *<...> dingti iš to situacijos, palikti tą vaiką, čia su tuo tėvu <...> (verkia) (Eglė, 512 – 513); <...> kai*

pati blogiausia savijauta buvo, man tik gaila, kad jį norėjau ir palikt (Rugilė, 534 – 535). Viena iš tyrimo dalyvių išėjo iš namų, palikusi vaikus namuose su tėčiu: *Priėmiau tokį sprendimą nelabai, vaikų atžvilgiu, tiesiog išėjau viena, nes nu buvo taip, kad nenorėjau nei nežinojau, ką darau šiame pasaulyje <...>* (Ieva, 46 – 47). Analizuojant tyrimo duomenis paaiškėjo, kad 2 iš 19 tyrimo dalyvių, šalia nenoro būti su vaiku, išgyveno ir stiprų poreikį būti tik su vaiku: *<...> atrodo jis turi būt šalia <...> kažkokia jungtis atrodo, kad jis kaip mano kažkoks pasisavinimas <...>* (Rūta, 148 – 149); *<...> aš turėdavau jį glaustis, kad jis būtų šalia, kad aš jį laikyčiau, kad nu kažkokia jungtis (verkia)* (Rūta, 95 – 96); *<...> man padėdavo grįžti iš to pykčio burbulo į šiek tiek ramybę. Tai gal aš ir dar, gal man irgi jo reikėdavo? To fizinio kontakto su juo, nurimti man?* (Ana, 449 – 451).

Taigi, atsiskleidžia dvi kraštutinės patirtys. Dalis tyrimo dalyvių įvardino nenorą būti su vaiku, kai pačiai yra sunku, kuris perauga į mintis, kad vaiko išvis neturėtų būti. Mamų noras, kad vaiko išvis nebūtų pasireiškėdavo kaip troškimas pabėgti nuo vaiko, išeiti, nes kartu egzistuoti atrodė neįmanoma. Tačiau dvi moterys jautė stiprų susiliejimą su vaiku, poreikį, kad jis nuolat būtų šalia.

3.1.2.4. Noras „prašokti“ kūdikystės etapą

Tyrimo dalyvių pasakojimai atskleidė, kad sunkiausias etapas buvo tuomet, kai vaikas buvo mažas, todėl šito etapo nesinori prisiminti ir kartoti: *<...> lauki, kol jam du metai bus, atsiprašant ai ir būdavo, o ježau greičiau jis pradėtų sėdėti <...> greičiau jis pradėtų vaikščioti <...>* (Rūta, 306 – 307); *<...> klausiu, sakau: „Kada tau palengvėjo?“ ir jinai sako: „Nu tai kai išleidau vaiką į daržiuką“ Ir man tas buvo, ar aš pasigimdžiau vaiką, kad jį atiduočiau kitai moteriai, kad man palengvėtų?* (Rūta, 315 – 317); *<...> tie pirmi metai buvo tokie nu sudėtingi, kur nu realiai nuo motinystės galėčiau sakyt bandydavau atsiriboti, kad ne ne neit į tai ir palikt vyrui <...>* (Vaida, 281 – 283); *<...> nežinau iš dalies gal, sakau norėčiau to antro vaiko, bet tik nuo trijų metų, jeigu išlįstų nuo trijų metų <...>* (Aira, 81 – 82); *<...> tą vaiko etapą reikia išgyventi ir tiesiog tą išgyventi (verkia) <...> (verkia)* (Roma, 398); *<...> emociniai iššūkiai, kurie yra su kūdikiu yra daug sudėtingesni, nei buvimas su tuo vyresniu vaiku ir tas nu tas praeina, tos tokios atsiranda truputį daugiau laisvės <...> (verkia)* (Roma, 395 – 396). Taigi, tyrimo dalyvės prisimena, kad norėjo praleisti kūdikystės etapą ir pasiekti tą amžių, kai vaikas būtų savarankiškas.

3.1.2.5. „Nebuvo, nebuvo to santykio“

Tyrimo dalyvių pasakojimuose išryškėjo, kad moterys, išgyvenant depresiją po gimdymo, nejautė emocinio ryšio su vaiku ir nesijautė esančios santykyje: *<...> nėra to ryšio, nėra tos meilės* (Eglė, 228); *<...> pradžioj to ryšio su vaiku tai jokio, visą laiką vyras prižiūrėjo <...>* (Vaida, 51 –

52); <...> labai sunkiai, kadangi net nemačiau tų momentų kada jinai rami, atrodydavo net nėra kada su ja kažkaip tą ryšį kurt <...> (Nora, 413); <...> nebuvo ryšyje su vaiku ir buvo labai sunku atliepti vaiką <...> (Indrė, 143); <...> depresijos kontekste tas santykis iš tikrųjų jis buvo nu sutrikdytas ir gal net galėčiau sakyti toks nelabai egzistuojantis <...> (Indrė, 148 – 149); <...> tai ką vaikas tada mato, nu ta prasme, nėra to ryšio <...> (Ieva, 403 – 404); <...> atstumas atsirado > beprotiškas < (pašnibždom taria) (Ieva, 438 – 439); <...> jinai iškart matydavo turbūt, kad nėra to ryšio, nėra tos meilės (Eglė, 228). Tai aš manau santykių ten nelabai buvo (nusijuokia) (Vaida, 285).

Taigi, esant depresijai po gimdymo moterys pasakojo, kad santykio tarsi nebuvo. Meilės, rūpesčio ir prisirišimo jausmai moterims atrodė neegzistuojantys ir nepasiekiami.

3.1.3. Tapatumo sumaištis – Kas aš?

Tyrimo analizė atskleidė, kad moterys, išgyvenusios depresiją po gimdymo, ryškiai ir tvirtai geba apibūdinti save ir savo išgyvenimus prieš gimdymą ar depresijos požymių pasireiškimą. Tačiau, esant depresijos laikotarpiui, dar iki kitų įsikišimo t.y. intervencijos (psichologo / psichoterapeuto pagalba; medikamentinis gydymas ar savitarpio pagalbos grupės), savęs apibūdinti negali, nes jų tame laikotarpyje tarsi nebuvo.

3.1.3.1. Aš buvau – savęs (ne)matymas praeityje

Tyrimo duomenys rodo, kad moterys galėjo aiškiai papasakoti apie tai, kokios buvo iki depresijos. Tyrimo dalyvės akcentavo tai, kad iki pasireiškiant depresijai turėjo asmenines veiklas ir interesus: <...> aš daug keliaudavau, mano darbas buvo susijęs, aš keliaudavau, nu iki santuokos ten baliai, festivaliai visokie draugų daug aš turiu, aktyvus žmogus buvau <...> (Eglė, 321 – 322); <...> aš visą gyvenimą sportavau ir man to sporto nu kaip oro atrodo trūko <...> (Rūta, 845 – 846); <...> mes mėgdavom kultūrintis, su dičkiu, pas mus buvo tradicija sekmadieniais važiuot <...> to neliko <...> (Rasa, 735 – 736); <...> aš save identifikuojau kaip žmogų, kuriam reikalingas ir socialinis gyvenimas ir kūryba, o po gimdymo sunkiausia būdavo, netekau šitos savo dalies <...> (Daina, 183 – 185). Taigi, tyrimo dalyvių praeities prisiminimai apie save liudijo, kad jos turėjo pilnavertišką gyvenimą užpildytą įvairiomis veiklomis ir interesais. Tačiau moterų tapatybė ėmė keistis, susidūrus su depresija po gimdymo.

3.1.3.2. Aš nesu – „Aš nepabaigiau būt mama, nesijaučiu, kad buvau leliuko mama“

Tyrimo interviu metu, net ir kviečiant moteris apibūdinti save po gimdymo, jos susidurdavo su sunkumu save išreikšti, nes jų pačių toje patirtyje tarsi neliko: <...> *pagimdžiau vaiką ir ir tokio dalyko, kaip (vardas), kaip dukra arba (vardas) kaip žmona nebeliko, tiesiog neliko nei kaip asmenybės, nei kaip turinčios kažkokius jausmus* <...> (Diana, 382 – 383); <...> *ne visai iki galo aš* (Meda, 472); <...> *mano vidus buvo visiškai tuščias, jame nieko nebuvo* <...> (Ana, 54); <...> *kažkokia bejausme lėle ir ir gyvenau jo, kurį laiką tame* <...> (verkia) (Diana, 193); <...> *man atrodo, kad lyg su tuo gimimu, taip sakant ištraukimu, neliko manęs* (Diana, 384); <...> *realiai suprantu, kad gyvenimas kaip ir eina šalia, bet aš nesuvokiu, kad jis yra mano* <...> (Ana, 23 – 24). Vienas iš simbolinių šios moterų būsenos atspindžių, kuomet net ir vaikščiojant išmanus laikrodis nefiksavo žingsnių: <...> *tokiu sraigės lėtu lėtu žingsniu, kur tau ten net laikrodis neskaičiuoja žingsnių, ant tiek lėtas ir tau tu ten jauti kaip tiesiog vysti vietoj to, kad žydėtum* (Ana, 125 – 126).

Analizuojant tyrimo duomenis išryškėjo tai, kad depresijos išgyvenimas atėmė galimybę patirti motinystę: *Aš negalėčiau įvardinti tos motinystės patirties vat būtent pirmais metais, net nežinau kokia jinai* (Vaida, 270 – 271); <...> *jisai neturėjo mamos tokios, kuri kaip ir turėtų pilnai* <...> (Meda, 497); <...> *labai, labai pasimetusi ar aš mama, ar aš ne mama* (Ieva, 457); <...> *man gaila man liūdna, kad man to jausmo nebuvo* <...> (Eglė, 351); <...> *tiesiog pasijauti, kad tu negali būti kaip tikra mama* <...> (Marta, 425). Kai emocinė būsena buvo sunkiausia, mamos įvardina, kad jų tarsi tame laike nebuvo, o savęs neidentifikuoja kaip mamos tame laike: <...> *aš manau, kad tai labai stipriai apsunkina ir neleidžia tai motinystei nei pasireikšti* <...> (Diana, 430). Be to, laiką, kai buvo sunkiausia įvardina kaip prarastą: <...> *gaila, tų prarastų trijų mėnesių, kur galbūt galėjo viskas būt daug gražiau* <...> (Eglė, 632 – 633); <...> *gaila to prarasto laiko ir kad nu aš jo neatsuksiu, aš jo nepakeisiu* <...> (Eglė, 498); <...> *nu tai baisu, nes tu kiek daug akimirų praleidi* <...> (Rūta, 311); <...> *tik dabar aš suprantu, kad aš praleidau, tikriausiai praleidau, labai gražius momentus, aš jų neatsimenu* (pauzė) (Ana, 411 – 412). Suvokiant, kad depresija po gimdymo neleido pasimėgauti motinytę, atsiranda noras patirti ją dar kart: <...> *aš tiesiog nepabaigiau, man reikia dar vieno vaiko tam, kad aš iš išgyvenčiau vėl tą tikėdamasi, kad man neužeis vėl depresijos* <...> (Ana, 420 – 421).

Taigi, depresijos patyrimas tyrimo dalyvėms ne tik neleido jaustis savimi, bet ir tarsi atėmė galimybę patirti, ką reiškia būti mama. Moterys funkcionavo fiziškai, tačiau emociškai jų toje patirtyje nebuvo. Depresija tarsi neleido būti mama, todėl atsirado noras dar kart pakartoti tapsmo mama procesą, kad galėtų išgyventi prarastą laiką.

3.2. Santykis su aplinkiniais

Moterys, išgyvenančios depresiją po gimdymo, daugiausiai kalbėdavo ne apie save, bet apie sudėtingus ir įtemptus santykius su aplinkiniais. Vienos išgyveno atsiribojimą nuo kitų, nenorą

bendrauti. Kitos jautė stiprų pyktį artimiesiems dėl nesupratingumo, ar pagalbos nebuvimo. Tačiau emocinis grįžimas į santykį įvyko tik tuomet, kai pačios moterys patyrusios vidinį lūžį atsigręžė į save.

3.2.1. Tarp žmonių (ne)viena – kai būti kartu nereikia būti santykiuose

Nepasiekiamas vyras – arba nepasiekama aš

Depresijos išgyvenimas yra išbandymas ne tik moterims, bet ir jų partnerystei su vyru. Tyrimo dalyvių pasakojimai atskleidė, kad būtent depresija tapo veidrodžiu santykių su partneriu trūkumams pamatyti: <...> *labai daug pasimatė vaikui gimus nu tokių blogų dalykų iškilo labai daug problemų* <...> (Nora, 135). Tyrimo dalyvių pasakojimai liudija, kad moterys partnerystėje jautė stiprų atitolimą, jautėsi nesuprastos, net jeigu vyras ir buvo palaikantis: <...> *depresijos laikotarpis, jis būtent jį pradėjo atitraukti, jis pradėjo, tas atstumas pradėjo didėti* <...> (Ana, 465 – 466); *Tai turbūt tų santykių nelabai buvo, buvo vienpusis jo stengimasis į mano pusę* <...> (Vaida, 310). Be to, tyrimo dalyvės ne tik emociškai atsiribojo nuo partnerio, bet ir jautė stiprų pyktį: <...> *pastoviai išsiliedavau ant vyro, galvodavau, kad čia jis manęs nemylė, nedamylė, jaučiausi nedamylėta* <...> (Rita, 127 – 128); <...> *kaltinti pradėdavo jį, kad čia blemba dėl tavęs tu, tu* <...> (Lina, 420).

Šio tyrimo duomenimis, 6 iš 19 porų susilaukus vaiko išsiskyrė: *Apskritai nu mano vyras labai stengėsi man padėti, bet aš to nesupratau laiku ir aš pati pasakiau: „Skyrybos“* <...> (Rasa, 31 – 32); <...> *buvau viduj apsisprendus, kad turiu skirtis su šituo žmogum, nes turiu bėgti iš čia* <...> (Austė, 301 – 302). Atsiskleidė tai, kad 9 ir 19 tyrimo dalyvių vyrai nebuvo palaikantys ir supratingi esant depresijai po gimdymo: > *„čia tavo emocijos, čia tavo moteriški dalykai, čia nemaišyk“* < (Austė, 191); <...> *iš vyro palaikymo jokio nebuvo* <...> (Ieva, 330); <...> *sakydavo, kad psichinė ligonė kaip sakant* <...> (Sigita, 60).

Partneriai, matydami, kad moteriai yra sunku, elgėsi įvairiai, vieni siūlė užsiimti veiklomis tam, kad nukreiptų dėmesį nuo sunkumų: <...> *vyras tą patį pasakytų, kad nu ta prasme tau jau ten buvo, buvo tikrai negerai, bet jis tą ir matė, kad man negerai ir jis stengėsi labai palaikyt, jis siūlydavo man kompiuterinius žaidimus (juokiasi) pažaišt* <...> (Vaida, 252 – 253). Kiti, susidūrę su bejėgiškumu ir nežinojimu kaip padėti, ir patys atsiribojo: <...> *vyras greičiausiai pripranta prie tos būsenos, nes galbūt irgi nesupranta, kas darosi* <...> (Rita, 31 – 32); <...> *vyras tai tiesiog yra toks uždaresnis ir aš manau, kad jis, jis viską viską tikrai matė, bet gal irgi bijojo prileisti tą mintį* <...> (Diana, 307 – 308); <...> *jis niekada nesakė, kad man yra depresija, niekada nesakė, nors jis jau seniai įtarinėjo* <...> (Lina, 528 – 529). Viena tyrimo dalyvė patyrė fizinį smurtą: <...> *jis mane sumušė, kraujavau* <...> (Sigita, 155), kitos įvardino, kad partneris nebuvo palaikantis ir patyrė psichologinį smurtą: <...>

galėtų mane paduoti į teismą ir atimti vaiką <...> (verkia) (Roma, 454); <...> tiesiog šmeižimas, žinučių rašymas, ten nežinau per dieną po šimtą žinučių <...> (Ieva, 201 – 202).

Taigi, depresijos išgyvenimas išryškina poros santykių trūkumus. Depresiją išgyvenančios moterys santykiuose su vyru patiria atsiribojimą, pyktį, nenorą bendrauti nepriklausomai nuo to ar partneris palaikantis, naudojantis psichologinį ar fizinį smurtą.

Šeima ir draugai lieka už ribų – fizinių ar emocinių

Dalies moterų artimieji gyveno kitoje šalyje ar mieste – 8 iš 19 tyrimo dalyvių teigė, kad artimųjų nebuvo šalia ir dėl to skaudžiai išgyveno: *<...> labai trūko tos moteriškos kompanijos, labai norėjau, kad mama atskristų, bet negalėjo <...> (Eglė, 479 – 480).* Kitos teigė, kad net ir esant artimiesiems šalia jautėsi vienos. Tyrimo dalyvės teigė, kad trūko artimųjų palaikymo ir pagalbos: *<...> gal pasakymas, kad depresija ponų liga sako <...> (Ieva, 468); <...> buvo nesupratingumas buvo mižiniškas, netgi žeminančios frazės visokios, tai „kaip nesąmonė, kas, kas tu tokia, kaip tu gali sirgti, tu džiaukis, va turi vaiką, va džiaukis dabar“ <...> (Ieva, 476 – 477).* Tyrime atsiskleidė ir atvejų, kad artimųjų ir draugių pagalbą buvo sunku priimti: *Tai būdavo taip, kad paskambinu verkdam, nes nežinau ką daryti, tai ji meta darbą savo: „Atvažiuok pas mane, kas yra, kas nutiko, nori pasikalbėt?“ (Rasa, 905 – 906).* Tyrimo dalyvės neretai, tikėdamosis gauti artimųjų pagalbą, pačios apie sunkumus nepasakodavo, o artimieji jausdami, kad sunku, patys nedrįsdavo klausti: *<...> „šaunuolė, kad tu pagaliau nusprendei, nes mes visi taip ilgai matėm“ – man draugės: „mes taip ilgai matėm, bet mes taip bijojom, kada tu buvai tokiam jautriame periode, mes taip tau bijojom pasakyti, kad tau reikalinga pagalba, tu tokia šaunuolė“ <...> (Lina, 683 – 685); <...> mano šeima nežinojo iš viso, net jaučiu net nepajuto <...> (Ana, 482).*

Taigi, atlikus tyrimo duomenų analizę išryškėja, kad moterys net ir būdamos šalia kitų jautėsi vienišos ir nesuprastos bei nenorėjo pasakoti kitiems apie savo būseną. Tačiau artimųjų pagalbos pasiūlymas buvo svarbus ir reikšmingas, nes toks rūpestis tapo pirmuoju impulsu pačiai kreiptis pagalbos.

3.2.2. Ideali motinystė ekrane ir socialinių tinklų spąstai

Tyrimo dalyvės pasakojo, kad socialinė medija neretai perteikia idealizuotą motinystės vaizdą, kuris neatitinka realybės: *<...> visos ten laimingos, jau antrą dieną su vežimais kažkur tai eina <...> (Diana, 370).; <...> pasižiūri gi socialinius tinklus, vaikas gi niekam netrukdo <...> (Aira, 250).* Moterys dalijosi, kad matydamos visur spėjančias, gražias mamas pradeda abejoti savo sugebėjimais: *<...> gal nepasitikėjimas savimi, gal labai atsirado, kad ar dabar pagal visas naujoves <...> (Ieva,*

70); <...> matydavau visas tas mamas socialiniuose tinkluose kaip jos taip susitvarko atrodo su tais vaikais, jos net sugeba su savo vaikais kažkur nuvažiuoti, kai aš su savo, kai mano vaikas mašinoj net negalėdavo ramiai važiuoti <...> (Rita, 183 – 185); Socialiniai tinklai dar labiau padidino spaudimą atitikti viešojoje erdvėje vaizduojamą standartą: <...> aš tada pradėjau lygintis su viskuo ir ten daryti nenormalius dalykus. Jam rutiną įvesti, kur instagrame, tiktoke ar kur pamačiau, kad jis turi miegoti tą tą tą laiką ir aš ten jį bandydavau užmigdyti <...> (Rūta, 25 – 26); <...> kažkas taip daro, aš irgi turiu taip daryt <...> (verkia) (Meda, 376 – 377). Nors moterys teigia, kad socialinėje medijoje negalime pamatyti tikrosios motinystės, kuri varginanti ir džiuginanti, todėl neklausantį vaiką, ar kitus sunkumus asocijuoja ne su realybe, o su tuo, kad tai yra blogai: <...> tą patį televizorių pasižiūrėt, tas pačias reklamas, nu ten irgi tik besišypsantys vaikai laksto ir panašiai (Rita, 107 – 108); <...> nesuprantu kodėl yra taip būtent afišuojama ta geroji pusė, o tos realios, su ta realia puse taip niekas nesidalina <...> (Rita, 104 – 105); <...> socialiniai tinklai suformuoja kaip čia juos gera turėti kaip čia viskas faina. Taip nėra <...> (Vaida, 148 – 149).

Tyrimo dalyvės dalijosi, kad net ir depresijos metu, apimtos beprasmybės ir kitų sunkių jausmų socialiniuose tinkluose skelbdavo savo nuotraukas, kuriose atrodė laimingos: <...> ten gal ir gyvenam kitiems pagal instagramą patį gražiausią gyvenimą, bet tai nėra, kas darosi už uždary durų, tai yra tragedija (Sigita, 268 – 269); <...> aš jaučiau, kad reikia čia kažką įsikelti, gi parodyt, kad vaiką turiu, kad mes čia Kalėdas švenčiam, bet tai man nenešė jokių emocijų <...> (Diana, 402 – 403). Tačiau dvi tyrimo dalyvės įvardino, kad nuotraukų iš sudėtingiausio etapo prisiminti nenori, nes sunkumas matėsi tiek jų, tiek jų artimųjų veiduose: <...> žiūriu dabar nuotraukas iš to laikotarpio, jo nuotraukas ir jis šypsosi ir tu žinai, kad tu tada, kai fotografavai buvo taip blogai <...> (Aira, 402 – 403); <...> aš pažiūriu nuotraukas iš to momento ir aš dabar jau kai blaivia galva suvokiu ant kiek jam buvo netgi, nu ne netgi, bet jam buvo sunku, nes ten jo veide aš tiek jausmų matau, aš tų nuotraukų net iki šiol negaliu žiūrėti <...> (Rūta, 721 – 723).

Taigi, nors daugelis moterų kritikuoja socialiniuose tinkluose demonstruojamą idealią motinystę, pačios neretai prisidėdavo prieš šios iliuzijos kūrimo. Be to, moterys ir pačios motinystę, kai sunku ar neklauso vaikas, vertina ne kaip natūraliai suprantamą procesą, bet atskiria kaip blogą patirtį.

3.3. Intervencija – psichoterapinis ar medikamentinis gydymas/ savitarpio pagalbos grupės

Analizuojant tyrimo radinius paaiškėjo, kad moterys, išgyvenusios depresiją po gimdymo, jaučiasi praleidusios kūdikystės momentus ir nesijaučia, kad tuo metu buvo mamos. Tačiau gavus psichologo ar psichoterapeuto pagalbą depresijos laikotarpio patyrimai tapo labiau įsisąmoninti ir

integruoti į bendrą visumą. Tos, kurios psichologinės pagalbos negavo, nors pasakoja apie ypač sunkius išgyvenimus, iki šiol nėra tikros kaip įvardinti tai, ką patyrė ir ar savo patirtį gali vadinti depresija.

3.3.1. Santykis su savimi

Tyrimo dalyvės neįvardina konkretaus momento, kada įvyko pokytis, bet analizuojant tyrimo duomenis išryškėja, kad gavus išorinę pagalbą ir pripažinus, kad išgyveno depresiją sugrįžo noras gyventi ir tai buvo pirmi žingsniai sugrįžimui į save: <...> *turbūt tas supratimas ir gal sakyčiau pripažinimas, kai aš pradėjau gert vaistus* <...> (Eglė, 443 – 444); <...> *pradėjus vartoti tuos vaistus, aš tiesiog kažkurį rytą atsikėliau ir jausmas buvo ta prasme toks, kurio aš labai labai ilgai nejaučiau, nu tai buvo nežinau vat atrodo atsibudai ir nori gyvent* (pauzė) <...> (Rita, 51 – 52); <...> *tuo momentu, kai man jau patvirtino, kad man reikia pagalbos ir kai aš jau pradėjau gaut tą pagalbą, tai labai viskas pasikeitė* <...> (Rūta, 717 – 718); *Tą ką dabar išmokau, apie save kalbėti. Garsiai kalbėti apie tai* <...> (Ieva, 454); <...> *jeigu man susikaupia, aš nubėgu, aš nueinu į gym'ą ir bėgu ten nežinau ant keturiolikos, kokia dešimt, penkiolika minučių, aš viską išlėkiu, išsilakstau ir aš tada pareinu namo, ta prasme aš ją kažkur išleidžiu, o kas anksčiau buvo? Aš išrėkdavau* <...> (Sigita, 478 – 480).

Moterys, pasakodamos apie mėginimą nusižudyti, dalijasi gėda, kad taip pasielgė ir džiaugsmu, kad šiandien yra gyvos: > *aš išgėriau visus tuos vaistus, kurie buvo nupirkti* < (tyliai) (pauzė) > *bandžiau nusižudyt* < (pauzė) <...> *paskui pabudau* <...> *reanimacijoje buvau. Nu ir supratau, kad aš gyva* (pauzė) (verkia). *Ir apsidžiaugiau* (pauzė) (verkia) (Rugilė, 84 – 90). *Man gėda net prisimint, ta prasme, kai tu žinai, kad tu viską buvai suplanavusi, tai tu jauti labai didelę kaltę prieš vaikus* <...> (Rasa, 471 – 472).

Taigi, analizuojant tyrimo duomenis išryškėja, kad moterys po gydymo proceso pradėjo kitaip matyti santykį su savimi ir savo veiksmais. Tai rodo kasdienės situacijos – leidimas sau prašyti pagalbos, ilsėtis ar užsiimti mėgstamomis veiklomis.

3.3.2. Santykis su vaiku

Mamos emocinį ryšį su vaiku pradėjo jausti po to, kai sulaukė išorinės specialistų pagalbos: <...> *iš tikrųjų galvojojau, kad mamos, kurios nesikreipia pagalbos, man kaip gaila to momento, kad kai man jau pradėjo gerėti, aš tą vaiką taip pradėjau atliepti, ten įsimylėjau aš tą vaiką* <...> (Rūta, 309 – 310); <...> *iki kol pas psichoterapeutę nenuėjau, aš visą laiką galvojojau ką aš padariau* <...> *metų ir šešių mėnesių supratau, kad aš jį myliu visgi* (Aira, 130 – 131); <...> *jau pradėjau daug labiau džiaugtis dukryte, negu liūdėti* (Rugilė, 143). Nepaisant to, kad Rugilė iškart po gimdymo nevartojo

medikamentų, bet jausmų atsiradimą vaikui siejo su jų nutraukimu: <...> *trečia diena po vaistų nutraukimo aš žiūriu į jį ir man toookia meilė, tokiaaaaaa meilė, tas jausmas, kurio aš visą tą laiką nuo vaiko gimimo nejaučiau* <...> (Rugilė, 311 – 312).

Tyrimo dalyvės savo būsenos priežastis projektavo į aplinkinius, tačiau gavusios psichologinę pagalbą įvardino suvokimą, kad vaikas nebuvo kaltas: <...> *aš durnėju, aš nežinau sakau kas man darosi, gal man reikia pabūt vienai, nes aš pirmiausia, tai kaltinau sūnų, kad sūnus kaltas, kad aš tokia* <...> (Rasa, 773 – 774); <...> *supratau tik tą spalio mėnesį, nes prieš tai aš buvau įsitikinusi, kad man viskas gerai, bet su vaiku yra kažkas negerai* (Indrė, 126 – 127). Vis dėlto, tyrimo dalyvės suprato, kad prarastos akimirkos negali būti sugrąžintos, tačiau gali būti patiriamos ir kuriamos naujos, siekiant tvirtinti ryšį: *Man labai gaila tų tų tų momentų, kuriuos aš dėl savo depresijos, dėl savo tokių praradau su savo dukra, dabar po biškį jau atstatom* <...> (Lina, 569 – 570); <...> *tas prarastas, aišku aš jau to ką galėjau išsaugoti, nufotografuoti, nufilmuoti, to jau nebeatgaminsi, vat, bet aš bandau dabar tvirtinti tą ryšį* <...> (Lina, 633 – 634). Taigi, moterys, atkūrusios savo santykį su savimi, pradėjo kurti ryšį ir su vaiku.

Tyrimo dalyvės pastebėjo, kad palaipsniui pradėjo atliepti vaiko poreikius ne iš pareigos, bet iš vidinio noro ir pajuto stiprią meilę, kuriai anksčiau nebuvo vietos dėl didelės vidinių išgyvenimų ir kančios.

3.3.3. Santykis su aplinkiniais

Analizuojant tyrimo duomenis paaiškėjo, kad 10 iš 19 tyrimo dalyvių teigė, kad vyras buvo palaikantis ir visuomet padėjo. O galiausiai, nors ir teko susidurti su daug iššūkių, depresija sustiprino jų kaip poros santykius. Būtent pokyčius santykiuose moterys pastebėjo tik tada, kai pasijuto geriau: <...> *santykius nu tai tikrai iki šiol mes vienas kitam tiesiog dėkojam, kad mes ištvėrėm šitą periodą, kad esam visi sveiki, gyvi, čia mūsų pagrindinė padėka* <...> (Rūta, 732 – 734); <...> *mano depresijos laikotarpis, tai taip labai suartino* <...> (Rugilė, 528 – 529). Tyrimo dalyvės įvardino, kad esant giliausioje duobėje emociškai artimieji stengėsi, bet joms pačioms buvo sunku pamatyti ir priimti pagalbą: <...> *norisi apginti tiek šeimą, nes man atrodo, kad nu jie stengėsi būti su manim stengėsi būti santykiyje, bet aš nei to suprasdavau, nei tą priimdavau* <...> (Diana, 454 – 455); <...> *aš namuose jaučiausi taip labai viena, nors aš nebuvo viena* <...> (Diana, 116). Tyrimo dalyvė pasakojo, kad pasijutus geriau atsirado jėgų išsiskirti su vyru: <...> *pusę metų vaikui, kaiėjau į ligoninę ir tada dar po pusės metų jau tada išėjau iš namų, gyvent atskirai* <...> (Nora, 139 – 140).

Taigi, atsiskleidė, kad gavus pagalbą ir praėjus depresijos simptomams, mamos galėjo įžvelgti aplinkinių pastangas, o tai sustiprino jų tarpusavio ryšį. Gavus pagalbą buvo lengviau ne tik suvokti artimųjų pastangas, bet ir atsiskirti nuo destruktivos partnerystės.

3.3.4. Santykis su motinyste

Analizuojant tyrimo duomenis atsiskleidė, kad moterys tik po išorinės pagalbos (psichologo / psichoterapeuto, medikamentų ar savitarpio pagalbos grupių) pradėjo save suvokti motinystėje: <...> *aš save nu kaip motinystėj aš save suvokiau tai tik rugpjūtį, tai beveik po metų, tai realiai nu man jokios laimės nenešė šita motinystė man nešė tik tai kančią* <...> (Diana, 423 – 424). Tyrimo dalyvės pajuto, kad keičiasi jų santykis į save, į vaiką ir galiausiai galėjo save identifikuoti ir kaip mamą: <...> *aš save kaip tikrai kaip kaip laimingą mamą ir nuo tada vat, kai pradėjau vartot vaistus, tai rugpjūtis* <...> (Diana, 426 – 427); <...> *gal kažkokia čia biškį lūzerė, bet aš tikrai esu nu vienintelė ir geriausia mama* (Eglė, 612).

Taigi, moterys gavusios pagalbą palaipsniui pradėjo tapatintis su mamos vaidmeniu. Motinystę mamos pradėjo suvokti ne tik kaip socialinę funkciją ar priskirtą vaidmenį, bet kaip savasties dalį įsitraukiant emociškai.

3.4. Besitęsiantys sunkumai

Tačiau ne visos tyrimo dalyvės yra atstačiusios santykį su savimi, vaiku, aplinkiniais ar motinystės identitetu. Viena tyrimo dalyvė yra gavusi kelias psichologo konsultacijas, kurios nepalengvino jos patiriamos naštos ir ji vis dar gyvena aplinkoje, kurioje prieš ją naudojamas psichologinis smurtas. Kita tyrimo dalyvė yra negavusi jokios išorinės pagalbos. Kalbant su šiomis tyrimo dalyvėmis aiškėja, kad iki šiol negali apibrėžti savęs, savo santykio su vaiku, o motinystės identitetą atmeta: <...> *patirtis, kurios pakartot nenorėčiau* <...> *Kur, nu kur tarsi turėtum džiaugtis ta motinyste, ta pradžia ir tu visiškai nenori džiaugtis ir nenori to vaiko imt ant rankų* <...> (Vaida, 222 – 227). Roma gali prisiminti tai kokia buvo iki vaiko, bet negali saves apibūdinti esant vaikui ir išgyvena vidinį konfliktą arba aš arba vaikas: *atrodo kaip po darbo grįžti į namus, atsigeri kavutės ar kažko ir taip gera, atsipalaidavus (verkia). O su vaiku to niekada nėra* <...> (verkia) (Roma, 34 – 35); *kadangi aš esu su vaiku, aš niekur negaliu dalyvauti* <...> (verkia) (Roma, 382); *nežinau kaip sako, tai yra tas etapas, kai naujoms mamoms būna liūdna, ammm aš nežinau ar man iš tikrųjų buvo* (Roma, 8 – 9). Taigi, moterys negavusios pagalbos kalba apie motinystės patirtį, tačiau vis dar jaučiama emocinė distancija nuo savęs kaip motinos ir vaiko. Jos nėra sukūrusios emociškai artimo santykio su vaiku, atmeta mamos identitetą ir iki šiol nėra supratęsios ar tikrai patyrė depresiją po gimdymo.

4. RADINIŲ APTARIMAS

Naudojant kokybinę tyrimo metodologiją buvo siekiama atskleisti moterų išgyvenusią depresiją po gimdymo santykių patyrimą su savimi, vaiku, aplinkiniais ir galiausiai pačia motinyste. Atlikus išsamią literatūros ir duomenų analizę toliau radiniai bus aptariami kitų tyrėjų ir teorijų kontekste laikantis tokio eiliškumo: kelias iki depresijos, išgyvenimai ir santykių patyrimas depresijos metu, išorinės pagalbos įsitraukimas ir santykis su savimi, vaiku, aplinka ir motinyste gavus arba negavus pagalbą. Toliau bus pristatomi šio tyrimo privalumai, ribotumai ir rekomendacijos būsimiems tyrimams.

4.1. Radinių aptarimas kitų tyrimų ir teorijų kontekste

Aš iki depresijos – lūkesčiai, pasiruošimas, (ne)sklandus nėštumas / gimdymas

Duomenų analizė atskleidė bendrą tendenciją, kad visos moterys į motinystę žengia su įvairiais lūkesčiais tiek sau, tiek motinystei. Moterų lūkesčiai dažniausiai buvo idealistiniai – tikėtasi, kad bus lengva, emocinis ryšys su vaiku kursis natūraliai, o motinos vaidmuo teiks pasitenkinimą. Tačiau realybei neatitikus lūkesčių, motinystė tapdavo našta. Tai, kad moterys neretai turi nerealistinius lūkesčius motinystei patvirtina Lorén ir kiti (2024). Autoriai teigė, kad nerealistinius lūkesčius moterys sau kelia dėl idealizuotų socialinių medijų vaizdų. Šio tyrimo radiniai patvirtina autorių mintis, kad moterys matydamos kitas, besišypsančias mamas, socialiniuose tinkluose tikėjosi, kad jos nepatiria sunkumų. Tačiau, šio tyrimo radiniai parodė ir tai, kad pačios moterys kėlė nuotraukas į socialinius tinklus sunkiausiam savo periode su šypsena, jausdamos, kad pvz., reikia parodyti gražią šeimą kitiems. Keliami lūkesčiai sau stipriai siejasi ir su šiame tyrime atsiskleidžiančiu kontrolės siekiu ir perfekcionistiškomis nuostatomis. Tyrimo radinius patvirtina ir naujausi tyrimai. Viena iš jų nustatyta, kad perfekcionizmas didina neapibrėžtumo netoleravimą (Saint Denny et al., 2025). Kiti tyrimai patvirtina, kad perfekcionizmas (dideli reikalavimai sau, baimės klaidyti) yra reikšmingai susijęs su depresija motinystės metu (Evans et al., 2022). Taigi, tyrimas atskleidė, kaip moterų patirtis veikė socialinis fonas – idealizuoti motinystės vaizdiniai, kurie dar labiau stiprino vidinę įtampą, norą sukontroliuoti visas situacijas ir atlikti savo vaidmenį tobulai. Galiausiai visa tai tapo įvidintomis normomis – nesiskųsti, susitvarkyti pačiai ir neatrodyti silpnai.

Šio tyrimo radiniai atskleidė, kad pasiruošimo gimdymui ir vaiko auginimui patirtys skyrėsi, vienos ruošėsi intensyviai, lankė kursus ir įvairius mokymus, kitos rinkosi nesiruošti, nors vėliau teigė, kad pasiruošimas būtų gelbėjęs. Taip pat tyrimas parodė, kad tiek nėštumo, tiek gimdymo patirtys skirtingos. Viena nėštumą apibūdino kaip ramų ir ilgai lauką etapą, kitos – niekada nesijautė

taip sunkiai emociškai ir fiziškai kaip iki nėštumo. Panaši situacija išryškėjo ir su gimdymo patirtimi – vienos turėjo sklandų gimdymą, be komplikacijų, kitos patyrė sunkų gimdymą, kurį lydėjo ir įvairios medicininės komplikacijos. Paminėtina, tai, kad daliai moterų buvo atliktas cezario pjūvis, o kaip pastebėjo (Sangsawang & Sangsawang., 2025), moterys turėjusios cezario pjūvį gali dažniau susidurti su depresija po gimdymo. Tad, tyrimo radiniai parodė, kad tiek moterys, kurios intensyviai ruošėsi, tiek tos, kurios į motinystę žengė su nežinomybė, tiek moterys turėjusios sklandų ar sudėtingą nėštumą ir gimdymą susidūrė su panašiais pogimdyminės depresijos simptomais. Tačiau visos pripažino, kad realybė buvo nutolusi nuo susikurtų lūkesčių. Galima prielaidai, kad pogimdyminė depresija gali sirgti tiek moterys, kurios tarsi „viską padarė teisingai“ – ruošėsi, domėjosi ir turėjo sklandų nėštumą bei gimdymą, tiek toms, kurios į motinystę žengė be išankstinio žinojimo ar šalia patyrė sunkų komplikuotą nėštumą bei gimdymą.

(Ne)atpažinti depresijos simptomai ir kai vaiko gimimas prikelia visą praeitį

Šiame tyrime išryškėjo, kad moterys pirmą kartą gyvenime tik po gimdymo patyrė psichikos sveikatos sutrikimą – depresiją po gimdymo, anksčiau nors ir patyrė įvairių sunkumų, tačiau niekad neteko kreiptis į psichikos sveikatos specialistus. Šį teiginį patvirtina Pitsillos ir kiti (2022), kurie teigė, kad būtent nėštumo ir laikotarpiu po gimdymo moteriai yra didesnė rizika pasireikšti psichikos sveikatos sutrikimams. Didesnė rizika patirti psichikos sveikatos sutrikimus siejama ir su tuo, kad moterys tiek nėštumo, tiek gimdymo, tiek laikotarpiu po gimdymo patiria didelius hormonų (Betz & Fane, 2023; Klier et al., 2007; Kumar & Magon, 2012; Mu et al., 2025; Parisi & kt., 2023; Pawlusi et al., 2019) ir smegenų struktūrinius pokyčius (Hoekzema et al., 2017; Kim, 2021; Lodha & De Sousa, 2024). Būtent šie pokyčiai vyksta tam, kad moteris „persiorientuotų“ motinystei t.y. galėtų prisitaikyti prie kūdikio poreikių ir juos atliepti. Nors tiesioginio ryšio tarp depresijos ir hormonų pokyčių nėra, dėl patiriamų pokyčių organizme moterys tampa jautresnės (Kim, 2021, Mu et al., 2025; Schiller et al., 2015), o tai sudaro terpę skverbti net ir tiems jausmams, kurie ilgą laiką buvo tarsi „užrakinti“. Šio tyrimo radiniai patvirtina, kad moterys po gimdymo tapo jautresnės nei įprastai, o kiekvienas išgirstas patarimas, kritika ar komentaras įsireždavo labiau nei bet kada iki tol.

Būtent tai, kad moterys tapo jautresnės nei įprastai sukūrė ir palankias sąlygas iškelti iki tol ilgai slėptus sunkumus (pvz., vaikystės traumas, ilgą laiką slopintus jausmus). Šio tyrimo radiniai sutampa su kitų autorių (Miller, 2008; Slade, 2002), kurie patvirtino, kad motinystės metu aktualizuojasi įvairios traumos, ilgą laiką slopinti jausmai, išgyventos, bet į psichiką neintegruotos patirtys. Nors Kim (2021) atskleidė, kad struktūriniai smegenų pokyčiai įvyksta tam, kad moteris susitelktų į vaiką ir motinystę, šiame tyrime išryškėjo tai, kad moterims sergančioms depresija po gimdymo sunku susitelkti ties vaiku ir suprasti jo poreikius. Tyrimo radiniai rodo, kad pasirodžiusių

depresijos simptomų moterys stengėsi nesureikšminti, slėpė nuo artimųjų, kas jas dar labiau gramzdino į gilesnį skausmą. Tad, kai dėl hormonų sukeltų pokyčių moterų emocinis fonas yra intensyvus, o aplinka nėra palaikanti moteris gali patirti nevaldomą jausmų chaosą, su kuriuo sunku susitvarkyti pačioms.

Nors didžioji dalis tyrimo dalyvių depresijos simptomus pajuto iškart po gimdymo, pasakojimuose atskleidė ir tai, jog dauguma moterų, nepaisant intensyvių emocinių ir fizinių sunkumų nėštumo metu, iškart po gimdymo ar pirmųjų metų eigoje neatpažino, kad tai depresijos simptomai. Nors APA (2013) teigiama, kad depresijos simptomai turėtų prasidėti per keturias savaites pagimdžius, Bobo ir kiti (2014) tvirtina, kad moteris depresijos simptomus gali pajusti nebūtinai iškart po gimdymo, bet per pirmuosius vaiko gyvenimo metus. Iš tyrimo radinių matyti, kad moterys nors ir pajuto pirmuosius simptomus pirmaisiais vaiko metais, tačiau dauguma pagalbos nesikreipė iš karto. Šiame tyrime atsiskleidė, kad moterų pagalbos ieškojimas yra jų silpnumo kaip motinų parodymas, todėl tai dar labiau atitolina jas nuo pagalbos paieškų. Place ir kiti (2024) taip pat teigė, kad moterys nesikreipia pagalbos, nes bando „išsikapstyti pačios“. Taigi, tyrimo radiniai rodo, kad moterys jautėsi blogai, bet negalėjo atpažinti, kad tai depresijos simptomai.

Santykis su savimi. Tapatumo sumaištis – Kas aš buvau? Kas aš esu? Ar aš mama?

Tyrimo radiniai ir kiti autoriai patvirtina, kad motinos tapatybė nėra duotybė, gimus kūdikiui moteris palaipsniui mokosi būti mama ir priimti savo naująją vaidmenį (Laney, 2015; Winnicott, 2000), tačiau šis procesas nėra įveikiamas sklandžiai, kai moterys išgyvena pogimdyminę depresiją. Tyrimas atskleidė, kad moterys išgyvendamos depresiją atsiribojo nuo vaiko arba priešingai – susiliejo su vaiku, todėl liko nepriėmusios naujosios motinos tapatybės ir tarsi atsiskyrė nuo ankstesniosios. Šiame tyrime dalyvavusios moterys patyrė savasties praradimą ir negalėjo integruoti motinystės tapatybės. Tai išskiria jas iš moterų, kurios neserga depresija po gimdymo, kadangi. Moterys, kurios neserga depresija po gimdymo, kaip pažymėjo Laney (2015) geba išlaikyti savo ankstesnįjį „aš“ ir palaipsniui integruoti motinystės tapatybę. Tad, šiame tyrime išryškėjo, kad moterys išgyvendamos depresiją po gimdymo patiria gilų savasties nykimo jausmą. Moterys negali sieti savęs su praeitimi, matyti savęs dabartyje ir įsivaizduoti ateityje. Minėtas teiginys patvirtina Mancini ir kitų (2024) mintis, kad depresiją po gimdymo išgyvenančios moterys negali išlaikyti stabilios savęs vaizdo. Be to, šio tyrimo radiniai atskleidė, kad moterys aiškiai galėjo įvardinti kokios buvo praeityje – turėjo savo norus, pomėgius, būdo savybes, tačiau praeitis nebuvo jų tęstinumo dalis, o greičiau liudijimai to, ko jautėsi netekusios.

Santykis su vaiku. Mechaninis rūpinimasis vaiku be emocinio įsitraukimo

Atliktas tyrimas atskleidė, kad moterims išgyvenančioms depresiją po gimdymo buvo sunku suprasti kūdikio poreikius jautriai reaguoti ir juos atliepti. Šią išvalgą, nors ir neakcentuodami pogimdyminės depresijos išplečia teoretikai ir mokslininkai, tyrinėjantys prielaidumą. Bowlby (1969) teigė, kad ryšys kuriasi kasdienių sąveikų su motina metu, o kad motinos jautrumas yra svarbiausias veiksnys, tam pritaria ir klasikai, ir naujausi tyrimai (Winnicott, 2000; Li et al., 2025; Pons – Salvador et al., 2025). Neginčytina, kad moterys yra jautresnės po gimdymo tam, kad galėtų rūpintis kūdikiu (Kim, 2021), tačiau iš tyrimo radinių matyti, kad moterys patyrė sunkumų santykiyje su vaiku: elgėsi mechaniškai, be emocinio įsitraukimo, joms trūko jautrumo suprantant ir atliepiančią kūdikio poreikius. Posmontier (2008) tyrimas rodo, kad tiek gerai besijaučiančios, tiek išgyvenančios depresiją po gimdymo moterys vienodai rūpinasi vaiku, gali atlikti savo funkcijas, rūpintis vaiku. Tačiau mano tyrimo radiniai atskleidžia ir tai, kad moterys savo funkcijas atlieka, tačiau jas atlieka be emocinio įsitraukimo. Be to, tyrimo radiniai parodė, kad moterims buvo sunku sukurti ryšį su vaiku. Minėtą reiškinį aktualizavo ir kiti autoriai ir jų naujausi tyrimai, kurie antrino, kad nesimezgantys ryšį tarp motinos ir kūdikio gali būti depresijos pasekmė (Beato et al., 2022; Mathkor, 2020; Sasayama et al., 2025; Subbiah et al., 2025). Tik gimęs kūdikis tik ryšyje su motina gali egzistuoti, kadangi kūdikis pradžioje yra visiškai priklausomas nuo mamos (Miller, 2008; Winnicott, 2018), toks susiliejimas gali aktualizuoti vaikystės traumas (Miller, 2008). Minėtas teiginys patvirtina ir šio tyrimo radinius, kadangi moterys pranešė, kad vaiko gimimas iškėlė ir seniai pamirštas vaikystės traumas ar kitus sunkumus.

Santykis su aplinkiniais. Tarp žmonių (ne)viena – kai būti kartu nereiškia būti santykiuje

Tyrimas atskleidžia, kad moterys išgyvendamos depresiją atsiriboja ne tik nuo vaiko, bet ir nuo artimųjų, todėl net ir siekiant artimiesiems padėti negali pamatyti jų pastangų. Neginčytina ir tai, kad šio tyrimo moterys turėjo skaudžių patirčių susijusių su aplinkiniais ne tik iki nėštumo bet ir po gimdymo – vaikystės traumas, fizinis ir psichologinis smurtas, netektys. Visi šie išgyvenimai tapo pažeidžiamumo vieta, per kurią galėjo „skverbtis“ depresija. Tai yra rizikos veiksniai, kurie esant tokiam ypač dideliame jautrumui gali prisidėti prie to, kad moterys patyrė depresiją po gimdymo, įvairūs autoriai ir tyrėjai taip pat išskiria šiuos rizikos veiksnius: finansinis, santuokinis stresas, socialinės paramos trūkumas, kiti nepalankūs gyvenimo įvykiai (Payne & Maguire, 2019), cezario pjūvio operacija, neplanuotas nėštumas (Sangsawang & Sangsawang., 2025) vienišos ar išsiskyrusios moterys, prasti santykiai su partneriu (Wei et al., 2025). Stewart ir Vigod (2019) teigė, kad depresija, kurią išgyvena moterys veikia ir jų artimiausius aplinkos žmones. Tyrimas patvirtina, kad depresija

po gimdymo paliečia visą moters aplinką. Tačiau, tyrimo radiniai rodo, kad artimieji ir kiti gali prisidėti prie to, kad moteris turėtų, kuo daugiau apsauginių veiksnių ir būdama tokia jautriame periode turėtų pagalbą, o susirgus depresija po gimdymo, artimieji pastebėję pasirūpintų, kad moteris greičiau patektų specialistų rankas. Tyrime atsiskleidė ir tai, kad moterys jautė ne tik liūdesį, kaip įprasta manyti galvojant apie depresiją, bet ir stiprų pyktį, kurį nukreipdavo į artimuosius, neretai jausdamos stiprų pyktį mėtydavo įvairius daiktus. Ou ir kiti (2022) teigė, kad moterys išgyvendamos depresiją po gimdymo jaučia stiprų pyktį, kuris yra kaip pagalbos šauksmas artimiesiems, tačiau svarbu, kad šalia būtų tie, kurie tą atpažins ir galės priimti, o ne dar labiau nutols nuo kančią patiriančios mamos. Fisher ir kiti (2012) išskiria ir šiuo apsauginius veiksnys: aukštesnis išsilavinimas, geriau apmokamas darbas, geresnis prieinamumas prie reprodukcinės sveikatos paslaugų, palaikantys artimi santykiai. Khademi ir Kaven (2024) antrina pridėdami, kad socialinė parama yra svarbiausias apsauginis veiksnys, o Lorén ir kiti (2024) teigia, kad partnerio palaikymo nepakanka, šalia dar labai svarbu ir kiti: tėvai, draugai, broliai ar seserys. Šiame tyrime taip pat atsiskleidė, kad artimųjų palaikymas yra svarbus, nes aplinkinių palaikymas ir paskatinimas padėjo greičiau kreiptis į psichikos sveikatos specialistus.

Bandymas išeiti iš kančios. Savižudybė arba noras atimti vaikui gyvybę atrodė kaip vienintelė išeitis – tai kritinis taškas kreiptis pagalbos

Tyrimo metu pačių moterų iniciatyva iškilusi tema apie savižudybę atskleidė tai, kad išgyvenant depresiją didžioji dauguma moterų svarstė apie savižudybę, buvo mėginusių nusižudyti ir turėjusių minčių atimti gyvybę savo vaikui. Nors įvairūs tyrimai rodo, kad moterys patiriančios depresiją po gimdymo pasiekusios nepakeliamą kančią pradeda galvoti apie savižudybę (Atuhaire et al., 2021; Harasawa et al., 2025), tačiau kilo klausimas kodėl būtent susilaukus vaiko atsiranda pirmosios mintys apie savižudybę. Iš tyrimo radinių matyti, kad moterys negali egzistuoti kartu su vaiku, todėl jai kyla mintis, kad gyva turi likti arba mama, arba jos vaikas. Tad, šiame tyrime atsiskleidžia ir tai, ko nepavyko rasti kituose tyrimuose. Analizuojant moterų pasakojimus paaiškėjo, kad išgyvenant depresiją po gimdymo, praradus ankstesnę savastį, neintegravus naujosios – motinos tapatybės, moterys svarsto apie savižudybę arba vaiko gyvybės atėmimą – „Arba aš arba jinai, atrodė, kad mes kartu nu niekaip negalim kažkaip egzistuoti“ – tyrimo dalyvė Nora. Tuo pačiu atsiskleidė, kad viena iš tyrimo dalyvių Rūta išgyveno simbolinę prasmę, kaip sąmoningą norą mirti, bet ne iki galo, išgyvenant per kitą, nes savame kūne nebebuvo prasmės būti. Atsiskleidė noras egzistuoti, bet ne savyje, o likti tame vaike „Aš be proto norėjau, kad mano vaikas būtų į mane panašus, dėl to, kad kai aš nusižudysiu, kad visiems tas vaikas primintų mane“ – tyrimo dalyvė Rūta.

Remiantis tyrimo radiniais ir Abrams bei jo kolegų (2009) buvo pastebėta, kad moterys išgyvenančios depresiją po gimdymo neatpažįsta depresijos simptomų ir yra linkusios slėpti savo

tikrąją būseną nuo kitų. Radiniai parodė, kad moterys stengiasi pačios įveikti sunkumus ir „išsikapstyti“ tam naudoja įvairius būdus (alkoholis ir psichoaktyvios medžiagos, sportas, vaikščiojimas, saldumynai, tikėjimas) ir tik pasiekusios kritinį tašką kreipiasi pagalbos. Tyrimai rodo, kad alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimas, mintys apie savęs ar kūdikio žalojimą jau yra negydomos depresijos padarinys (Slomian et al., 2019), o Atuhaire ir kiti (2021) antrina apie pozityvius, jų tyrime tikėjimas ir malda buvo pagrindiniai įveikos būdai išgyvenant depresiją po gimdymo. Tyrimo radiniai parodė, kad kiekvienai dalyvei kritinis taškas buvo skirtinga situacija: vienoms mėginimas nusižudyti ar mintys, kad nori atimti vaikui gyvybę, rankos pakėlimas prieš artimąjį, dar kitoms griežtas artimųjų raginimas kreiptis. Taigi, tyrimu nustatyta, kad moterys naudojo įvairius būdus palengvinti savo kančias, o mintys apie savižudybę kildavo iš negalėjo egzistuoti pasaulyje kartu su vaiku, galiausiai pasiekusios kritinį tašką gavo išorinę pagalbą ir net tokioje tamsoje atsirado vietos šviesai.

Išorinės pagalbos (ne)buvimas ir pokyčiai santykiuose su savimi, vaiku, aplinka ir motinyste

Šio tyrimo radiniuose, kurie išskirti iki intervencijos (išorinės pagalbos) sąmoningai nebuvo įtrauktas moters santykis su motinyste. Šio tyrimo moterų santykis su mamos tapatybe kitaip nei moterų nepatiriančių depresijos (Hennekam, 2016; Lorén et al., 2024), atsirado tik vėliau, po to, kai gavo išorinę pagalbą – psichoterapinę / medikamentinę gydymą ar dalyvavo savitarpio pagalbos grupėse. Psichoterapijos ir kitų būdų pagalba, moterys susigrąžino savęs vaizdinį, jos sukūrė ryšį su vaiku. Remiantis tyrimo radiniais ir Iwinski ir kt. (2025); Zhang ir kt.(2025); depresija po gimdymo gali turėti ilgalaikių pasekmių. Tyrimo radiniai atskleidžia, kad moterys ilgą laiką nesikreipusios pagalbos vaiką vis dar suvokia kaip gyvenimo trikdį, o motinystės tapatybės nėra integravusios. Jos fiziškai išlieka, bet emociškai yra nepasiekiamos. Kad ilgą laiką negydoma depresija po gimdymo turi neigiamų pasekmių mamai ir vaikui patvirtina Slomian ir kiti (2019). Autoriai teigė, kad depresija gali lemti moters atsiribojimą nuo kitų ir negalėjimą priimti naujos – motinos tapatybės. Gavus išorinę pagalbą motinystės patirtis gali būti teigiama (Asadi, 2020). Šio tyrimo radiniai patvirtina, kad gavus išorinę pagalbą motinystė gali tapti malonia patirtimi: atsikuria santykis su savimi, vaiku, aplinkiniais. Moterys rūpinasi vaiku ne iš pareigos, bet iš vidinio noro, jausdamos pasimėgavimą, bet šalia gali įtraukti ir savo mėgstamas veiklas, ko sergant depresija padaryti negalėjo. Galiausiai susikuria naujas santykis su motinyste t.y. motinystės tapatybė integruojama šalia ankstesniojo „aš“.

4.2. Tyrimo privalumai ir ribotumai

Privalumai. Kokybiniams metodams taikomi aukšti reikalavimai, šio darbo tyrėjai tai antras kokybiniu metodu atliktas tyrimas, todėl tikimasi, kad turima patirtis ir pažįstami darbo metodai leido giliau atskleisti tiriamus reiškinius. Šio tyrimo vertė išryškėja tuo, kad dalyvavusios moterys yra iš skirtingų šalių, bet tos pačios pilietybės, todėl tyrimas gali būti pritaikomas ir platesniam kontekstui. Šis darbas papildo kitus mokslinius tyrimus, kurie ieško sąsajų ir ryšių tarp depresijos ir pagalbos ir pan., tačiau šiame tyrime analizuojant pogimdyminę depresiją dėmesys skirtas gilesniam santykių su savimi, vaiku, kitais ir motinyste tyrinėjimui.

Ribotumai. Dalis šio tyrimo interviu buvo atliekami nuotoliu, su tyrimo dalyvėmis esančiomis užsienyje, todėl tai galėjo turėti įtakos rezultatams. Dar vienas šio tyrimo ribotumas tai, kad ne visos tyrimo dalyvės išgyvenusios depresiją po gimdymo, viena iš jų gavusi vos kelias psichologo konsultacijas, kita pagalbos nesikreipė iki šiol, tai atsiskleidė tik pokalbių metu. Kadangi tyrimo dalyvės skirtingose išgyvenimo etapuose, nors tai leido pamatyti skirtumus tarp tų, kurios pasveikusios, skyrėsi jų refleksijos lygis, buvo mažesnė emocinė distancija nuo patirties.

4.3. Rekomendacijos būsimiems tyrimams

- Tyrime atskleista, kad gimus kūdikiui moterys patyrė kančią ir galutinis taškas buvo mintys apie savižudybę, mėginimas nusižudyti arba noras atimti vaikui gyvybę. Ateityje galima giliau tirti dėl ko kyla nepakeliama kančia gimus kūdikiui, dėl kokių priežasčių motinoms kyla mintys apie savižudybę arba noras atimti kūdikiui gyvybę.
- Siekiant papildyti šio tyrimo rezultatus, ateityje galima giliau tirti, kokie konkrečiai pagalbos būdai padeda moterims išgyvenančioms depresiją po gimdymo ir matuoti kiekvieno jų efektyvumą.
- Šiame tyrime buvo analizuojama moterų išgyvenančių depresiją po gimdymo patirtys, tačiau ateityje galima atlikti kokybinį tyrimą, kuriame būtų atskleidžiamas moterų partnerių ir kitų artimųjų patyrimas, kai mama išgyvena depresiją po gimdymo. Tai leistų giliau suprasti ne tik mamą, bet ir socialinį kontekstą.

5. IŠVADOS

1. Tyrime atsiskleidė, kad depresija po gimdymo yra kompleksinis patyrimas, susijęs su įvairiais veiksniais: lūkesčių ir pasiruošimo; nėštumo / gimdymo patirties; iš vaikystės atsineštų sunkumų; asmeninių savybių; aplinkinių rūpesčio ir pagalbos. Tyrime atsiskleidė šie rizikos ir apsauginiai veiksniai:
 - Rizikos veiksniai: fizinis ir emocinis smurtas pirminėje šeimoje, partnerio nepalaikymas ir smurtas, cezario pjūvio operacija, palaikančios aplinkos nebuvimas, gyvenimas toli nuo šeimos ir draugų.
 - Apsauginiai veiksniai: tinkami įveikos būdai, kasdienės rutinos išlaikymas, sportas, vaikščiojimas; šeimos, draugų ir aplinkinių palaikymas, sąmoningumo apie savo būseną atsiradimas, pagalbos kreipimasis.
2. Pogimdyminę depresiją išgyvenusios moterys atskleidė, kad motinystėje patyrė daug neapibrėžtumo, todėl apsauginės struktūros veikusios iki tol (kontrolės siekis, perfekcionizmas) nebepasiteisino. Be to, būtent po gimdymo iškilo ilgą laiką viduje laikytos sunkios patirtys (vaikystės traumos, nuoskaudos).
3. Moterys neatpažino pogimdyminės depresijos simptomų. Jautė spaudimą, kad motinystė turi būti tik graži, o depresija apima tik kitas moteris, laikė sunkius jausmus savyje, tai dar labiau gilino emocinę naštą. Bandydamos išeiti iš kančios naudojo įvairius įveikos būdus: išvykimas į užsienį, tikėjimas, sportas, alkoholis ir psichoaktyvios medžiagos, vaikų palikimas namuose augti su tėčiu, galiausiai, kai pačioms nepavykdavo susitvarkyti, pasiekus kritinį tašką (mėginimas nusižudyti, rankos pakėlimas prieš artimąjį ir t.t.) kreipdavosi pagalbos arba pagalba būdavo inicijuota iš išorės.
4. Moterys išgyvenančios depresiją po gimdymo patyrė didelę kančią, joms atrodė, kad to priežastis yra vaikas, santykių su vaiku dalyvavo fiziškai, rūpinimasis vaiku tapo mechaniškas, be emocinio įsitraukimo. Tačiau moterys negalėjo egzistuoti kartu su vaiku: „Arba aš arba jinai“. Savižudybė arba mintis atimti vaikui gyvybę rodėsi kaip vienintelė išeitis palengvinti kančią.
5. Moterys išgyvenančios depresiją po gimdymo prisiminė, kokios buvo praeityje, bet laikė tai svetima dalimi, jautėsi nesančios dabartyje ir nematė savęs ateityje. Atsiribojusios nuo savasties jos negalėjo kurti pilnaverčių santykių, buvo atsiribojusios nuo kitų, jautė stiprų pyktį, kurį

nukreipė į arčiausiai esančius: vaiką, vyrą, šeimą. Santykyje su vaiku, šeima ir likusia aplinka šios moterys dalyvavo fiziškai, bet emociškai buvo nepasiekiamos.

6. Moterys gavusios išorinę pagalbą (medikamentinis, psichoterapinis gydymas, savitarpio pagalbos grupės) susigražino ankstesniąją tapatybę ir integravo naująją – motinos tapatybę. Gavus pagalbą pasikeitė santykis su savimi, vaiku, aplinkiniais ir atsirado depresijos metu nebuvęs santykis su motinyste. Pagalbos negavusios moterys vis dar išgyveno sunkumą, motinystė neteikė laimės, o vaikas buvo suprantamas kaip trukdis.

LITERATŪRA

- Abrams, L. S., Dornig, K., & Curran, L. (2009). Barriers to service use for postpartum depression symptoms among low-income ethnic minority mothers in the United States. *Qualitative Health Research*, 19(4), 535–551. <https://doi.org/10.1177/1049732309332794>
- Amer, S. A., Zaitoun, N. A., Abdelsalam, H. A., Abbas, A., Ramadan, M. S., Ayal, H. M., Abusharia, M. I., & Al-Shroby, W. A. (2024). Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. *BMC Public Health*, 24(1), 1308. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18502-0>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://www.dsm5.org>
- American Psychiatric Association. (2023). *Postpartum depression*. <https://www.apa.org/pi/women/resources/reports/postpartum-depression-brochure-2007.pdf>
- Andriejauskas, J. (2025). *Viešosios nuomonės formavimas apie pogimdyvinę depresiją: vyraujančios stigmatos Lietuvos žiniasklaidoje ir socialinėse medijose* (Magistro baigiamasis darbas). Vytauto Didžiojo universitetas, Politikos mokslų ir diplomatijos fakultetas.
- Asadi, M., Noroozi, M., & Alavi, M. (2020). Factors affecting women's adjustment to postpartum changes: A narrative review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(6), 463–470. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_54_20
- Atuhaire, C., Rukundo, G. Z., Brennaman, L., Cumber, S. N., & Nambozi, G. (2021). Lived experiences of Ugandan women who had recovered from a clinical diagnosis of postpartum depression: A phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 826. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04287-2>
- Aucher, T. ir Strauss, L. V. (2003). *Psichoanalizės terminų žodynelis*. Vilnius: Vaga.
- Babetin, K. (2020). The birth of a mother: A psychological transformation. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 34(5), 3–15. https://www.birthpsychology.com/wp-content/uploads/journal/published_paper/volume-34/issue-5/vwmfBdzE.pdf
- Bai, L., Whitesell, C. J., & Teti, D. M. (2020). Maternal sleep patterns and parenting quality during infants' first 6 months. *Journal of Family Psychology*, 34(3), 291–300.

- Beato, A. F., Albuquerque, S., Kömürçü Akik, B., Costa, L. P. D., & Salvador, Á. (2022). Do maternal self-criticism and symptoms of postpartum depression and anxiety mediate the effect of history of depression and anxiety symptoms on mother–infant bonding? Parallel–serial mediation models. *Frontiers in Psychology*, 13, 858356. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.858356>
- Beneš, E. (2023). *Pogimdyvinės depresijos apraiškų ir ekstraversijos bruožo išreikštumo bei postnatalinio mamos–vaiko prierašumo sąsajos* (Daktaro disertacija, Vytauto Didžiojo universitetas).
- Betz, D., & Fane, K. (2023). *Human chorionic gonadotropin*. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532950/>
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 558–566.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann.
- Bobo, W. V., Wollan, P., Lewis, G., Bertram, S., Kurland, M. J., Vore, K., & Yawn, B. P. (2014). Depressive symptoms and access to mental health care in women. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(9), 1220–1228. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.05.011>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 1: Attachment). Basic Books.
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage Publications.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., Giardina, M. D., & Cannella, G. S. (2024). Thematic analysis. In N. K. Denzin, Y. S. Lincoln, M. D. Giardina, & G. S. Cannella (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (6th ed., pp. 385–402). SAGE Publications.
- Dervinytė-Bongarzoni, A., & Navickas, A. (2017). Pogimdyminių depresinių sutrikimų ankstyvoji diagnostika – efektyvios prevencijos pagrindas. *Sveikatos mokslai*, 27(4), 31–35.
- El Hadathy, D., Malaeb, D., Hallit, S., Fekih-Romdhane, F., & Barakat, H. (2024). The relationship between maternal–infant bonding and postpartum depression/anxiety: Moderating effect of childhood psychological abuse and validation of the Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS-8) in Arabic. *BMC Psychiatry*, 24(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05745-9>
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative

- research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215–229. <https://doi.org/10.1348/014466599162782>
- Evans, C., Kreppner, J., & Lawrence, P. J. (2022). The association between maternal perinatal mental health and perfectionism: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 1052–1074. <https://doi.org/10.1111/bjc.12378>
- Fisher, J., de Mello, M. C., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 139–149. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>
- Georgescu, T., Swart, J. M., Grattan, D. R., & Brown, R. S. (2021). *The prolactin family of hormones as regulators of maternal mood and behavior*. *Frontiers in Global Women's Health*, 2, 767467. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.767467>
- Gudaitė, G. (2007). *Klinikinis psichologinis vertinimas: užduotys ir taikymo principai*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). *Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries*. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 248. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>
- Hantsoo, L. (n.d.). *Baby blues and postpartum depression: Mood disorders and pregnancy*. Johns Hopkins Medicine. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/postpartum-mood-disorders-what-new-moms-need-to-know>
- Harasawa, N., Chen, C., Okawa, S., Yamamoto, N., Usuda, K., Fujiwara, T., & Takehara, K. (2025). A network analysis of postpartum depression and mother-to-infant bonding shows common and unique symptom-level connections across three postpartum periods. *Communications Psychology*, 3, 7. <https://doi.org/10.1038/s44271-024-00171-9>
- Harvard Health Publishing. (2023, birželio 13). Oxytocin: The love hormone. <https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/oxytocin-the-love-hormone>
- Henderson, A., Harmon, S., & Newman, H. (2016). The price mothers pay, even when they are not buying it: Mental health consequences of idealized motherhood. *Sex Roles*, 74, 512–526.

<https://doi.org/10.1007/s11199-015-0534-5>

Hennekam, S. (2016). *Identity transition during pregnancy: The importance of role models*. *Human Relations*, 69(9), 1765–1790. <https://doi.org/10.1177/0018726716631402>

Higienos institutas. (n.d.). *Gimimų medicininių duomenys*. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTQ2ZTgzYWU0YjAyNS00YzYzM5LTlkMmMtNDZmNmMxYzY0NzBhIiwidCI6Ijc0ZjQ2YThjLWRkNTMtNDJiZi1iOGMyLWYyNmNkMTBiZDJkYiIsImMiOjI9>

Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D., Soliva, J. C., Tobeña, A., Desco, M., Crone, E. A., & Vilarroya, O. (2017). *Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure*. *Nature Neuroscience*, 20(2), 287–296. <https://doi.org/10.1038/nn.4458>

Idris, A., Md Akhir, N., Mohamad, M. S., & Sarnon, N. (2023). Exploring the lived experience on recovery from major depressive disorder (MDD) among women survivors and five CHIME concepts: A qualitative study. *Behavioral Sciences*, 13(2), 151. <https://doi.org/10.3390/bs13020151>

Iwinski, S. J., Ju, S., Gong, Q., & Bost, K. K. (2025). *Maternal postpartum depression and children's emotional overeating: The mediating role of executive function*. *Eating Behaviors*, 48, 101945. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2025.101945>

Khademi, K., & Kaveh, M. H. (2024). Social support as a coping resource for psychosocial conditions in postpartum period: A systematic review and logic framework. *BMC Psychology*, 12(1), 301. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01814-6>

Khadka, N., Fassett, M. J., Oyelese, Y., Mensah, N. A., Chiu, V. Y., Yeh, M., Huang, B. Z., & Getahun, D. (2024). Trends in postpartum depression by race, ethnicity, and prepregnancy body mass index. *JAMA Network Open*, 7(11), e2446486. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.46486>

Kim, P. (2021). *How stress can influence brain adaptations to motherhood*. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 60, 100875. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2020.100875>

Klein, M. (1960). *The psychoanalysis of children* (A. Strachey, Trans.). Grove Press. (Original work published 1932)

- Klier, C. M., Muzik, M., Dervic, K., Mossaheb, N., Benesch, T., Ulm, B., & Zeller, M. (2007). *The role of estrogen and progesterone in depression after birth*. *Journal of Psychiatric Research*, 41(3–4), 273–279. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.05.003>
- Kumar, P., & Magon, N. (2012). *Hormones in pregnancy*. *Nigerian Medical Journal*, 53(4), 179–183. <https://doi.org/10.4103/0300-1652.107549>
- Laney, E. K., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., & Willingham, M. M. (2015). Becoming a mother: The influence of motherhood on women's identity development. *Identity*, 15(2), 126–145. <https://doi.org/10.1080/15283488.2015.1023440>
- Lebiodaitė, R. B. (2024). *Pogimdyvinės depresijos pasekmės vaiko raidai* (Magistro darbas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas).
- Li, F. H., Froidevaux, N. M., Kerr, M. L., Smiley, P. A., Hastings, P. D., & Borelli, J. L. (2025). Maternal emotion regulation and parenting: A physiological perspective. *Developmental Psychobiology*, 67(3), e70044. <https://doi.org/10.1002/dev.70044>
- Lochmannová, A., & Martin, C. R. (2025). Exploring the role of social support in postpartum well-being with a psychometric approach. *Bratislava Medical Journal*, 126(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s44411-025-00060-5>
- Lodha, P., & De Sousa, A. (2024). *Neurobiology of postpartum depression: Critical aspects*. *Annals of Indian Psychiatry*, 8(3), 173–176. https://doi.org/10.4103/aip.aip_101_24
- Lorén, H., Weineland, S., & Rembeck, G. (2024). Facing a new life – the healthy transition to motherhood: What individual and environmental factors are needed? A phenomenological-hermeneutic study. *Midwifery*, 130, 103917. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103917>
- Lubauskaitė, G. (2023). *Motinystės patyrimas ankstyvame vaiko amžiuje*. In E. Bilevičiūtė & K. Kenstavičienė (Red.), *Mokslinės minties šventė 2023: Studentų mokslinių straipsnių rinkinys* (psl. 236–260). Mykolo Romerio universitetas. <https://cris.mruni.eu/cris/handle/007/47508>
- Mancini, M., Esposito, C. M., Estradé, A., Rosfort, R., Fusar-Poli, P., & Stanghellini, G. (2024). Major depression as a disorder of the narrative self: A qualitative study. *Psychopathology*, 57(5), 423–433. <https://doi.org/10.1159/000538942>
- Mathkor, D. M. (2020). *The effects of postpartum depression, acculturative stress, and social support on mother-infant bonding among US immigrant women of Arabic descent* (Doctoral dissertation,

- Wayne State University). ProQuest Dissertations Publishing.
- Meiluvienė, A. (2023). *Žindymo, motinų depresiškumo po gimdymo, saviveiksmingumo ir savigarbos sąsajos* (Daktaro disertacija, Vilniaus universitetas).
- Miller, A. (2008). *The drama of the gifted child: The search for the true self* (3rd ed.). Basic Books.
- Mitchell, A. R., Gordon, H., Lindquist, A., Walker, S. P., Homer, C. S., Middleton, A., Newtonraj, A., Wilton, A. S., & Hastie, R. (2023). Prevalence of perinatal depression in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 80(5), 425–431. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0069>
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., & Horowitz, M. A. (2023). *The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence*. *Molecular Psychiatry*, 28(8), 3243–3256. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
- Motinystę globojančių iniciatyvų sąjunga. (n.d.). *Apklausa „Mano gimdymas“: Gimdymo patirtys ir gimdyvių teisės Lietuvoje*. <https://mgis.lt/mano-gimdymas/>
- Mu, E., Chiu, L., & Kulkarni, J. (2025). *Using estrogen and progesterone to treat premenstrual dysphoric disorder, postnatal depression and menopausal depression*. *Frontiers in Pharmacology*, 16, 1528544. <https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1528544>
- National Institute of Mental Health (2021). *Perinatal depression*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression>
- Ou, C. H., Hall, W. A., Rodney, P., & Stremler, R. (2022). Seeing red: A grounded theory study of women's anger after childbirth. *Qualitative Health Research*, 32(12), 1780–1794. <https://doi.org/10.1177/10497323221120173>
- Parisi, F., Fenizia, C., Introini, A., Zavatta, A., Scaccabarozzi, C., Biasin, M., & Savasi, V. (2023). *The pathophysiological role of estrogens in the initial stages of pregnancy: Molecular mechanisms and clinical implications for pregnancy outcome from the periconceptional period to end of the first trimester*. *Human Reproduction Update*, 29(6), 699–720. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmad018>
- World Health Organization. (2025). *Perinatal mental health*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>

- Pawluski, J. L., Li, M., & Lonstein, J. S. (2019). *Serotonin and motherhood: From molecules to mood*. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 53, 100742. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2019.03.001>
- Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). *Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression*. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 52, 165–180. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
- Perry, A., Gordon-Smith, K., Jones, L., & Jones, I. (2021). *Phenomenology, epidemiology and aetiology of postpartum psychosis: A review*. *Brain sciences*, 11(1), 47. <https://doi.org/10.3390/brainsci11010047>
- Pitsillos, T., Wikström, A. K., Skalkidou, A., Derntl, B., Hallschmid, M., Lutz, N. D., & Wikman, A. (2022). *Association between objectively assessed sleep and depressive symptoms during pregnancy and post-partum*. *Frontiers in Global Women's Health*, 2, 807817. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.807817>
- Place, J. M. S., Renbarger, K., Van De Griend, K., Guinn, M., Wheatley, C., & Holmes, O. (2024). *Barriers to help-seeking for postpartum depression mapped onto the socio-ecological model and recommendations to address barriers*. *Frontiers in Global Women's Health*, 5, 1335437. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1335437>
- Pons-Salvador, G., Trenado, R. M., & Cerezo, M. Á. (2025). *Contingency in maternal sensitivity and quality of child attachment*. *Journal of Experimental Child Psychology*, 253, 106194. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2024.106194>
- Posmontier, B. (2008). *Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression*. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(4), 310–318. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.02.016>
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). *Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature*. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289–295. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006>
- Rossen, L., Hutchinson, D., Wilson, J., Burns, L., A Olsson, C., Allsop, S., ... & Mattick, R. P. (2016). *Predictors of postnatal mother-infant bonding: the role of antenatal bonding, maternal substance use and mental health*. *Archives of women's mental health*, 19(4), 609-622. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0602-z>

- Saint Denny, K., Doba, K., Storme, L., & Nandrino, J. L. (2025). When “good enough” is no longer enough: Parenting perfectionism, intolerance of uncertainty, and emotion regulation in postnatal depression. *Personality and Individual Differences*, 233, 112910. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112910>
- Sangsawang, B., & Sangsawang, N. (2025). *Postpartum depression, social support and quality of life between adolescent and adult mothers in six months postpartum in the COVID-19 pandemic: Longitudinal comparative study*. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.16859>
- Sasayama, D., Owa, T., Kudo, T., Kaneko, W., Makita, M., Kuge, R., & Honda, H. (2025). Postpartum maternal depression, mother-to-infant bonding, and their association with child difficulties in sixth grade. *Archives of Women's Mental Health*, 27(S1), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s00737-025-01585-y>
- Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S., & Rubinow, D. R. (2015). *The role of reproductive hormones in postpartum depression*. *CNS Spectrums*, 20(1), 48–59. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000480>
- Slade, A. (2002). Keeping the baby in mind. *Zero to Three*, 6(2), 10–15.
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Smith, J. A. (2015). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (3rd ed.). Sage Publications.
- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). *Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics*. *Annual Review of Medicine*, 70(1), 183–196. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>
- Subbiah, G. K., de Kroon, M. L., Boere-Boonekamp, M. M., van der Zee-van, A. I., Hartman, C. A., & Reijneveld, S. A. (2025). Maternal postpartum mental health negatively affects infants' health-related quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 374, 381–389. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.027>
- Wei, M., Qin, Y., Niu, X., Niu, S., Mu, F., Yang, L., & Liu, Y. (2025). Marriage and postpartum

- major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Journal of Psychiatric Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.01.004>
- Wengraf, T. (2011). *Interviewing for life-histories, lived situations and ongoing personal experiencing using the Biographic-Narrative Interpretive Method (BNIM): The BNIM short guide bound with the BNIM detailed manual* (Version 11.01c) [Electronic manual].
- Winnicott, D. W. (2000). *Vaikas, šeima ir išorinis pasaulis*. Vilnius: TEV.
- Winnicott, D. W. (2018). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. Routledge. (Original work published 1965).
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*, 15(2), 215–228. <https://doi.org/10.1080/088704400008400302>
- Yardley, L. (2017). Demonstrating the validity of qualitative research. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 295–296. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262624>
- Zhang, Y., Cheng, Y., Carrillo-Larco, R. M., Bennett, D. A., Holmes, M. V., & Li, S. (2025). Postpartum depression in relation to chronic diseases and multimorbidity in women's mid-late life: A prospective cohort study of UK Biobank. *BMC Medicine*, 23, 24. <https://doi.org/10.1186/s12916-025-03853-1>
- Žydžiūnaitė, V., ir Sabaliauskas, S. (2017). *Kokybiniai tyrimai: principai ir metodai: vadovėlis socialinių mokslų studijų programų studentams*. Vilnius: Vaga.

PRIEDAI

A Priedas

Kvietimas dalyvauti tyrime



Filosofijos
fakultetas



Kvietimas dalyvauti moksliniame tyrime

Motelių, išgyvenusių depresiją po gimdymo, savės ir tarpasmeninių santykių patyrimas

- Tyrimo kriterijai:

 - Jeigu Jums diagnozuota depresija po gimdymo
 - Jeigu Jūsų jauniausiam vaikui yra nuo 2 iki 5 metų
- Vieta, laikas:

Susitikime jums patogiu metu mūsų sutartoje vietoje. Susitikimo trukmė iki 1,5 val. Kviesiu atsakyti į klausimus, remiantis jūsų patirtimi.
- Konfidencialumas:

Gauti duomenys bus nuasmeninami ir analizuojami tik moksliniais tikslais.

Duomenys bus prieinami tik man – tyrėjai, ir tik dalinai – mano baigiamojo darbo vadovei doc. dr. Astai Adler.
- Kuo svarbus šis tyrimas?

Dalyvaudama padėsite suprasti ką išgyvena mamos, kurios patiria depresiją po gimdymo ir kaip joms padėti.

Tikiu, kad dalyvavimas tyrime bus naudingas ir jums, nes galėsite išgirsti ir geriau suprasti save ir savo patirtį

Gabrielė Lubauskaitė | +37061670076 | gabrielelub@gmail.com

B Priedas

Informuotas tyrimo dalyvio sutikimas



Informacija apie tyrimą

Kreipiamės į Jus su prašymu, sutikti dalyvauti Vilniaus universiteto psichologų tyrėjų grupės moksliniame tyrime, kuriame bus analizuojama moterų išgyvenimai patiriant depresiją po gimdymo. Leidimas atlikti tyrimą yra gautas Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komitete, o tai reiškia, kad jis yra atliekamas laikantis aukštų tyrimo etikos standartų.

Atliekamas kokybinis tyrimas, kuriame atskleidžiama depresiją po gimdymo išgyvenančių moterų patirtis, mintys ir jausmai apie save ir tarpasmeninius santykius. Šiame tyrime mes kviečiame dalyvauti suaugusias moteris, kurioms buvo diagnozuota depresija po gimdymo. Tyrimo metu Jums bus pateikiami klausimai, kuriuos prašysime atsakyti susitikimo metu. Tyrime Jūs galėsite dalyvauti tik kai pasirašysite raštišką sutikimą. Jūs galėsite bet kuriuo metu atsisakyti dalyvauti tyrime, nenurodant pasitraukimo priežasties ir atgauti visą informaciją, kuri buvo surinkta apie Jus.

Kodėl svarbu dalyvauti šiame tyrime?

Geriausiai ir tiksliausiai suprasti patirtis galime tik tuomet, kai žinome su kuo susiduria kitos moterys. Moterų patirtys sergant depresija po gimdymo gali padėti pamatyti su kokiais sunkumais susiduria mamos. Tik tokiu būdu galime tinkamai įvertinti ir remiantis patirtimis, pasiūlyti reikiamas programas įstaigoms ar įstaigose su depresija po gimdymo sergančiomis moterimis dirbantiems specialistams. Tik mokslinių tyrimų duomenimis paremtos programos gali būti veiksmingos. Be to, dalyvavimas tyrimuose paskatina domėtis savimi, jaustis padedančiais kitiems taip pat atsiranda galimybė saugioje aplinkoje pasidalinti savo patirtimi.

Kaip vyks tyrimas?

Tyrimas atliekamas gyvo susitikimo metu, kartu su jumis sutartoje vietoje. Interviu trukmė iki 1,5 val. Kaip jau buvo minėta, Jūs galite pasitraukti iš tyrimo bet kuriuo metu. Susitikimo metu pokalbis įrašomas į diktofoną ir vėliau įrašas bus paverčiamas tekstu, kuris bus analizuojamas laikantis mokslinės metodologijos, o vėliau suformuluojamas galutinis aprašymas. Tyrime dalyvaujančioms moterims bus suteikta informacija apie psichologinės pagalbos svarbą ir galimybes tvarkantis su sunkioms emocinėms būsenoms.

Jūsų saugumo užtikrinimas

Siekiant užtikrinti, jog tiriamosioms nebus padaryta žala dėl dalyvavimo vykdomame tyrime, organizuojant tyrimą laikysimės griežtų konfidencialumo reikalavimų. Apie Jūsų atsakymus nesužinos nei dirbantys su Jumis specialistai, nei kiti su Jumis susiję žmonės. Gerbiant Jūsų privatumą, negalėsime supažindinti su konkrečiais Jūsų rezultatais. Surinkta informacija bus koduojama ir saugoma remiantis Lietuvos Respublikos teisės aktais ir Vilniaus universiteto (VU) patvirtintomis mokslinių tyrimų duomenų valdymo taisyklėmis, o mokslinėse publikacijose ir ataskaitose bus skelbiama tik apibendrinta ir nuasmeninta informacija. Šiame sutikime pateikti asmeniniai duomenys, garso įrašas bus saugomi tyrėjos, nebus perduodami trečiosioms šalims, bus naudojami tik su tyrimu susijusiais klausimais, o paskui bus sunaikinti. Su privatumo politika ir ją reglamentuojančiomis procedūromis bei teisės aktais galima susipažinti čia:

<https://www.vu.lt/teises-aktai>.

Jeigu kiltų neaiškumų ar norėtumėte gauti daugiau informacijos apie tyrimą, maloniai prašome kreiptis į tyrėjų grupę:

Doc. Dr. Asta Adler – el. p. astazb@gmail.com. Darbo tel. 8 (5) 2667600

Klinikinės psichologijos magistro studentė Gabrielė Lubauskaitė – el. p. gabriele.lubauskaite@fsf.stud.vu.lt. Tel. Nr. +37061670076

INFORMUOTAS SUTIKIMAS

SUTIKIMĄ DĖL JŪSŲ DALYVAVIMO TYRIME PRAŠOME PATVIRTINTI SAVO PARAŠU

AŠ **SUTINKU/NESUTINKU** dalyvauti tyrime (tinkamą Jums atsakymą pažymėkite).

- ✓ Suprantu, kad mano dalyvavimas yra savanoriškas ir aš turėsiu galimybę pasitraukti iš tyrimo bet kuriame etape.
- ✓ Sutinku, kad šiame tyrime sukaupti duomenys būtų analizuojami ir apibendrinami moksliniais tikslais.
- ✓ Suprantu, kad mano asmeniniai duomenys bus laikomi atsietai nuo tyrimo medžiagos ir rezultatų siekiant išsaugoti informacijos konfidencialumą, o pasibaigus tyrimui bus sunaikinti.

Data: *(įrašykite)*

Jūsų parašas

ID _____
(įrašys tyrėjai)

C Priedas

Demografiniai interviu klausimai

1. *Koks jūsų amžius?*
2. *Koks jūsų vaikų amžius?*
3. *Kokia jūsų šeimyninė padėtis?*
4. *Kiek laiko buvo vaikui, kai buvo diagnozuota depresija po gimdymo (jeigu buvo diagnozuota)?*
5. *Ar vartojote medikamentus?*
6. *Ar gavote pagalbą, jeigu taip, kai kur kreipėtės ir kokią pagalbą gavote?*

D Priedas

Psichologinės pagalbos būdai

PSICHOLOGINĖS PAGALBOS BŪDAI

Nemokama pagalba telefonu arba internetu

Tėvų linija
*tevulinija.lt*8 800 90012
(pasiekama 9-13val ir 17-21val d.d.)Pokalbiai el. laiškais tevulinija@pvc.lt
(atsakoma per 5 d. d.)**Mamos linija**
mamoslinija.lt(8-686) 69613
(telefonu laikinai nepasiekama)Pokalbiai el. laiškais laiskaimamai@mamoslinija.lt
(I – IV nuo 10val. iki 20val. V- nuo 10val. iki 18val)**Pagalbos moterims linija**
*pagalbosmoterimslinija.lt*8 800 66366
(pasiekama 24/7)Pokalbiai internetu
(kasdien 17-22val)Pokalbiai el. laiškais
(atsakoma per 24val)**Vilties linija**
*viltieslinija.lt*116123
(pasiekama 24/7)Pokalbiai internetu
(darbo dienomis 17-20val)Pokalbiai el. laiškais
(atsakoma per 3d. d.)**Jaunimo linija**
*jaunimolinija.lt*8 800 28888
(pasiekama 24/7)Pokalbiai internetu
(kasdien 18-00val)

Pagalba gyvai ir nuotoliu

**112 skubios pagalbos
numeris**

Kreipkitės esant ūmiai būklei, kai gresia pavojus sveikatai.

Poliklinika*Poliklinika, kurioje esi
registruota*Psichologo konsultacijos
(be siuntimo)**Krizių įveikimo centras**
*krizesiveikimas.lt*8 640 51555
(pagalba gyvai ir nuotoliu)Pagalba teikiama gyvai
(pirma konsultacija nemokamai)**Mama mums rūpi**
*mamamumsrupi.lt*Emocinė parama. Pogimdyminės depresijos prevencija.
Terapinės savipagalbos grupės.

Programėlės

Programėlė „RAMU“

Nemokama interaktyvi programėlė, skirta žmonėms, patiriantiems panikos atakas. Kartu tai ir kasdienis pagalbininkas mokantis nurimti, atsipalaiduoti.

Programėlė „ATSIPŪSK“

Dėmesingumo praktikų ir meditacijų rinkinys, kuris tau padės įveikti stresą, sušvelnins nemalonius emocinius išgyvenimus ar net fizinį diskomfortą bei skausmą.

Programėlė „MINDLETIC“

Programėlė skirta kurti palaikymo ir vienybės kultūrą, skatinti dialogą ir motyvuoti nuolatinį rūpinimąsi savimi.

Jeigu turite klausimų apie tyrimą, galite kreiptis į tyrėją:
Gabrielę Lubauskaitę el.p gabrielelub@gmail.com arba tel.nr +37061670076.

Jeigu jaučiate, kad jums yra sunku, labai svarbu ieškoti pagalbos.

E Priedas

Tyrimo dalyvių paieškos šaltiniai

	Atsiliepė į kvietimą dalyvauti tyrime	Dalyvavo tyrime
Socialinis tinklas „Facebook“	1	1
Socialinis tinklas „Instagram“	21	13
El. paštas	5	3
Kontaktai pasidalino psichologai	2	2

F Priedas

Interviu transkripcijose naudoti sutartiniai ženklai

SUTARTINIAI ŽENKLAI	
Pabrėžiami žodžiai	_____
Gilus atodūsis	ahh
Tariama tyliai/ lėtai	> <
Tariama garsiai	< >
Juokas	(juokiasi)
Verksmas	(verkia)
Pauzė	(pauzė)

G Priedas

Transkripcijos ištrauka

584	T – Pakalbėjom ir apie santykius su vaiku, su vyru, o kaip santykius su aplinkiniais veikė jūsų depresijos
585	patyrimas?
586	D – (Ahh) <u>Labai</u> , taprasme žiauriai, nes atrodo kažkas kažką kritiškiau pasako, ar <u>labai</u> , ar čia viskas per tą
587	įtaigą eina tokią, <u>kad taip</u> , jeigu man kažkokia bobutė troleibuse tarkim pasakys kažką, nu aš atsiminsiu ilgai
588	ir aš atsimenu ir atrodo tu tai su savim kažkaip nešiojiesi, tai vat jeigu man kažkas ar ten iš šono pasakydavo
589	kažką ar tai vat pagrindiniai tie trigeriai atsirado vaikas, kai apie vaiką kažkas kažką pasako, tai man tai
590	būdavo absoliutus žodžiu tragedinis toks jausmas, labai įtakojo, žiauriai įtakojo ir vat sakau daug kas ten, o
591	tai kodėl tu negali dar taip, kodėl negali pasistengti ir tada tas toks, jo.

H Priedas

Tyrimo interviu garso įrašų trukmė ir transkribuoto teksto apimtis

Nr.	Vardas (pakeistas)	I interviu dalis (be tyrėjos įsikišimo)	II interviu dalis (po pertraukos)	Bendras garso įrašas	Transkribuotas tekstas puslapiais
1.	Indrė	17 min 15 sek	38 min	1 val 3 min 38sek	10
2.	Meda	34 min 35 sek	49 min 17 sek	1 val 32min	17
3.	Ieva	11min 25 sek	1 val 14 min 54 sek	1 val 32min 29 sek	17
4.	Rasa	54 min 15 sek	1 val 8 min 45 sek	2 val 8 min 45 sek	24
5.	Eglė	19 min 10 sek	1 val 5 min 55 sek	1 val 30 min 58sek	17
6.	Marta	14 min 10 sek	1 val 5 min 55 sek	1 val 26 min 21 sek	15
7.	Rūta	31 min	1 val 20 min 55 sek	1 val 58 min 25 sek	23
8.	Austė	16 min 17 sek	51 min 15 sek	1 val 11 min 20 sek	15
9.	Rugilė	27 min 20 sek	58 min 15 sek	1 val 30 min 50 sek	17
10.	Ana	10 min 5 sek	1 val 12 min 30 sek	1 val 29 min 24 sek	14
11.	Aira	6 min 20 sek	1 val 2 min 10 sek	1 val 13 min 4 sek	16
12.	Diana	5 min 23 sek	1 val 5 min 15 sek	1 val 14 min 58 sek	15
13.	Rita	13 min 46 sek	1 val 13 min 27 sek	1 val 32 min 56 sek	15
14.	Roma	18 min 50 sek	1 val 9 min 10 sek	1 val 33 min 3 sek	13
15.	Sigita	22 min 10 sek	1 val 3 min 57 sek	1 val 31 min 56 sek	18
16.	Daina	6 min 35 sek	44 min 25 sek	55 min 44 sek	9
17.	Lina	52 min 18 sek	1 val 11 min 42 sek	2 val 7 min 47 sek	21
18.	Vaida	9 min 10 sek	46 min 34 sek	1 val 6 sek	14
19.	Nora	20 min 5 sek	41 min 18 sek	1 val 7 min 30 sek	12
Iš viso		6 val 30 min 9 sek	19 val 23 min 39 sek	27 val 41 min 34 sek	302 puslapiai

I Priedas

Duomenų kodavimo procesas

turėjo būti ta ideali žmona, mama, kad kaip čia pasižiūri į tas visas influenceres čia vos ne pagimdo ir čia jau visos čia varinėja, ten figūriškos, gražios ir visa kita. Tai visą tą galvoj turi ir tu per save labai ėdi tuo ir sakau priėjau prie tokio dalyko, kad panikos priepuoliai, tai vos ne po du, tris kartus per dieną būdavo, kas kaip sakydavau, kad vyras vietoj to, kad bandytų sukontroliuoti, tai sakydavo, kad psichinė ligonė kaip sakant. Tėtis matė irgi pasakė, kad tu esi psichinė ligonė, kad tau čia žinai su galva negerai iš tavęs vaiką reikia paimt ir panašiai, nu ir paskui visas toks auga, kai tu gauni tokį nepalaikymą, nepasakymą, kad klausyk gal tu pagalbos eik pasižiūrėt, gal tu eik pas psichologą, gal tu eik pas ką nors Tau visi sako, kad tau su galva negerai tu ir, tu neverta tau čia būt ir gaunasi iki tokio lygio, kad daugiau iki to, kad žiūrėdavai pro langą ir galvodavai šokt ar nešokt. Pasiimdavai peilį ir galvodavai, čia pjautis venas, nesipjauti, čia reikia tau būti, ar nereikia būti? Iš tikrųjų buvo tų tokių

(3) Socialinių L... < Socialinė aplinka... 29

(1) Panikos atakos 27

(3) Vyro (ne)palaikymas, (ne)pagalba

(1) Noras to, ko negavo iš artimųjų 12

(1) Savižudybės plana... < Savižudy... 29

(1) Savižudybės plana... < Savižudy...

labai buvau tokia žiauriam pasimetime kaip mama, kaip žmona, kaip apskritai asmenybė, tai va tai žodžiu man tas labai trukdė, bet kažkaip pasakė, kad viskas gerai, tai viskas gerai, vyras man tada sako, viskas, nu žodžiu grįžtam visi kartu būnam, bus lengviau, daug geriau nu tai va tai mes kartu ir ir bet nieko nevyksta nu taprasme aš vis tiek esu mama ir tokia žiauriai nervuota mama, įsitempus mama, nu žodžiu, visiškai ne tokia mama, kokia įsivaizdavau, kad būsiu, o metai eina ir aš vis nu taprasme aš vis jaučiuosi blogiau, tai va, tai

(1) Pasimetimas gimus vaikui 10

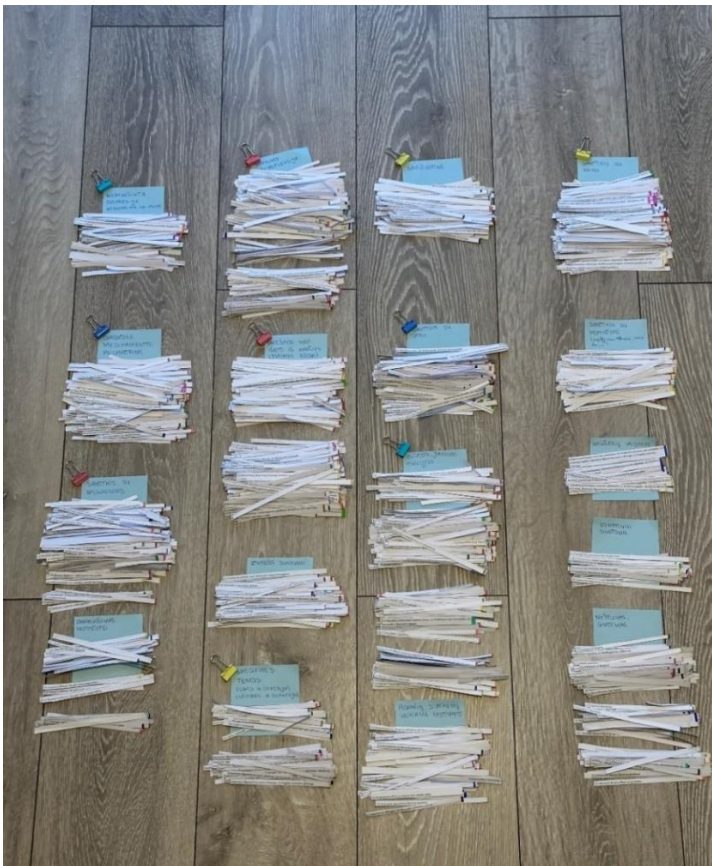
(1) Kovinė parengtis 13

(4) Lūkesčių neatitikimas motinystėje

(1) Prastėjančios būsenos ignoravimas 24

J Priedas

Kodų grupavimas į atskiras temas ir potemes



K Priedas

Pažyma apie savanorišką veiklą emocinės paramos tarnyboje



PAŽYMA APIE SAVANORIŠKĄ VEIKLĄ EMOCINĖS PARAMOS TARNYBOJE „JAUNIMO LINIJA“

2025 m. balandžio 22 d. Nr. V250422/01

Vilnius

Pažymime, kad **Gabrielė Lubauskaitė** yra savanorė emocinės paramos tarnyboje „Jaunimo linija“ nuo 2023 m. kovo 19 d. Tapdama savanore, **Gabrielė** dalyvavo 40 val. trukmės parengiamuosiuose kursuose ir skyrė virš 20 val. prižiūrimai praktikai atlikti. Šiuose kursuose **Gabrielė** lavino emocinės paramos teikimo ir aktyvaus klausymo įgūdžius. Per savanorystės laiką po parengiamųjų kursų – nuo 2023 m. kovo 19 d. iki 2025 m. balandžio 22 d. – **Gabrielė** 226 val. savanoriškai teikė emocinę paramą į „Jaunimo liniją“ besikreipiantiems žmonėms.

VšĮ „Jaunimo linija“

Vilniaus padalinio vadovė

Eglė Markelytė

Tel. +370 609 98986

El. paštas: egle@jaunimolinija.lt

Viešoji įstaiga „Jaunimo linija“

Vingrių g. 6, 01141 Vilnius

Tel. nr. +370 607 86698

El. paštas: info@jaunimolinija.lt

jaunimolinija.lt

Kvalifikuotas elektroninis parašas

EGLĖ MARKELYTĖ

2025-04-22 15:45:40 GMT+3

Paštas: Priedas

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Eglė", is written over a light blue rectangular stamp.

