

MOTERS DEPRESIŠKUMĄ LAIKOTARPIU PO GIMDYMO PROGNOZUOJANTYS VEIKSNIAI

Olga Zamalijeva

Sveikatos psichologijos magistrė
Jaunesnioji mokslo darbuotoja
Vilniaus universitetas
Psichologinių inovacijų ir eksperimentinių
tyrimų mokymo centras
Universiteto g. 9/1, LT-01513 Vilnius
Tel. 268 72 54
El. paštas: Olga.zamalijeva@gmail.com

Roma Jusienė

Socialinių mokslų daktarė
Vilniaus universiteto
Bendrosios psichologijos katedra
Psichologinių inovacijų ir eksperimentinių
tyrimų mokymo centras
Universiteto g. 9–1, LT-01513 Vilnius
Tel.: 266 76 05, 268 72 54
El. paštas: Roma.jusiene@fsf.vu.lt

Vidutiniškai penktadalis moterų po gimdymo patiria įvairių psichologinių ir emocinių sunkumų, o tai savo ruožtu neigiamai veikia pačios moters savijautą, vaiko raidą bei santykius su vaiku ir šeima. Iki šiol nebuvo prieita prie vienodos nuomonės, kokie rizikos veiksniai reikšmingai nulemia moters depresiškumą laikotarpiu po gimdymo. Tyrėjų išvadose apie demografinių veiksnių, socialinės paramos, gimdymo ypatumų, patiriamo streso, emocinės ir fizinės būsenos bei kitų kintamųjų sąsajas su moters depresiškumu laikotarpiu po gimdymo yra prieštaravimų. Šio tyrimo tikslas – išsiaiškinti, kokie demografiniai, socialiniai, psichologiniai ir sveikatos veiksniai reikšmingai prognozuotų moters depresiškumą laikotarpiu po gimdymo. Tyrimas yra prospektyvus ir ilgalaikis – tiriamosios apklaustos nėštumo metu, pirmą mėnesį ir pusę metų po gimdymo. Tyrime analizuojami 66 savanoriškai sutikusios dalyvauti visuose trijuose tyrimo etapuose moterų duomenys. Tyrimo rezultatai, apskaičiuoti taikant struktūrinių lygčių modeliavimo metodą, leidžia teigti, kad vienintelis moters depresiškumą laikotarpiu po gimdymo prognozuojantis veiksnys, turintis tiesioginę reikšmę, yra moters depresiškumo vertinimas nėštumo metu. Taip pat daugiau depresijos simptomų laikotarpiu po gimdymo turi moterys, kurios prasčiau vertina savo pasiruošimą motinystei, jaučia stipresnę nerimą dėl gimdymo, mažiau patenkintos savo santykių su vyru kokybe, patyrė daugiau stresą keliančių gyvenimo įvykių ar laukiasi pirmo vaiko, tačiau prognostinis šių veiksnių ir moters depresiškumo laikotarpiu po gimdymo ryšys yra netiesioginis, o pasireiškia šių veiksnių įtaka depresiškumui nėštumo metu.

Pagrindiniai žodžiai: depresiškumas po gimdymo, Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė (EPDS), pasiruošimas motinystei.

Įvadas

Vaiko atėjimas į pasaulį dažnai laikomas džiaugsmingu įvykiu moters ir šeimos gyvenime. Tačiau vidutiniškai 10–20 proc. moterų laikotarpiu po gimdymo, kuris trunka iki šešių mėnesių ar netgi metus (Tovino, 2010), patiria klinikinio lygio depresiškumą (Haslam et al., 2006; Kim et al., 2008; Leung et al., 2005). Nuotaikos

sutrikimai po gimdymo neigiamai veikia fizinius, psichinius ir socialinius moters gyvenimo kokybės komponentus (Tychey et al., 2007), protinį funkcionavimą (Horowitz et al., 2005), gebėjimą pasipriešinti stresui (Righetti-Veltima et al., 1998), kontroliuoti savo emocijas ir elgesį (Beck et al., 2006). Sutrikimai po gimdymo, trikdantys moters funkcionavimą, turi stiprų neigiamą poveikį naujagimiui ir šeimos gyvenimui.

Nors moterys po gimdymo labai dažnai bendrauja su sveikatos priežiūros specialistais, nuotaikos po gimdymo sutrikimai lieka nepastebėti arba negydomi, nes moterys žindymo metu atsisako vartoti medikamentus. V. Danilevičiūtės (2006) teigimu, perinataliniu metu (apimančiu nėštumo laikotarpį ir laikotarpį po gimdymo) moters psichologinei savijautai sveikatos priežiūros specialistai skiria nepakankamai dėmesio, o dažnai ir artimieji dėl informacijos ar nuovokumo stokos nežino, kaip psichologiškai palaikyti moterį ar išvelgti galimą psichikos sutrikimą. Dėl to svarbu nustatyti depresiškumą laikotarpiu po gimdymo prognozuojančius veiksnius, kurti patikimus rizikos grupės atrankos metodus ir pirminės prevencijos strategijas.

Tyrimai rodo, kad pagimdžiusios moters depresiškumui gali turėti įtakos biologiniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai. Tiriant depresiškumą laikotarpiu po gimdymo, į analizę dažniausiai yra įtraukiami demografiniai duomenys, kaip antai amžius, išsilavinimas, šeiminė padėtis arba vaikų skaičius šeimoje, tačiau paprastai demografiniai ir socioekonominiai veiksniai nėra nuoseklūs pagimdžiusiųjų depresiškumo prediktoriai. S. S. K. Leung ir bendraautorai (2005) teigia, kad moterys, susilaukusios pirmo vaiko, gali būti depresiškesnės nei tos, kurios jau turėjo vaikų, dėl situacijos naujumo, reikalaujančio didesnių pastangų prie tos situacijos prisitaikyti. Tačiau kiti tyrimai rodo, kad kuo daugiau vaikų šeimoje, tuo didesnė yra depresijos tikimybė po gimdymo (Forman et al., 2000; Righetti-Veltima et al., 1998), nes didelio skaičiaus vaikų priežiūra reikalauja daugiau išteklių (Dalfen, 2009). Literatūroje taip pat nėra vienodų duomenų dėl moters amžiaus

įtakos: vieni autoriai nurodo, kad amžius yra susijęs su savijauta po gimdymo, kiti – kad nesusijęs (Boyce, 2003), todėl daroma prielaida, kad moters amžius turi reikšmingą įtaką pagimdžiusios moters depresijai tik tuomet, kai moteris yra labai jauna (Horowitz et al., 2005). O tokie demografiniai kintamieji kaip šeimos finansinė situacija ir moters darbinis užimtumas yra laikomi nelabai stipriais, bet reikšmingais depresiškumo po gimdymo prediktoriais (Leung et al., 2005). Yra duomenų, kad moterys, turinčios mažesnę išsilavinimą, po gimdymo yra labiau linkusios į depresiškumą (Bernstein et al., 2008). Dėl prieštaringų tyrimų rezultatų moters šeiminė padėtis nėra laikoma rizikos veiksniu (Beck et al., 2006), bet A. G. Koshchavtsev ir bendraautorai (2008) tyrimas parodė, kad ištekėjusios moterys turi kur kas mažiau depresijos simptomų laikotarpiu po gimdymo, negu neturinčios partnerio arba gyvenančios su partneriu, neregistruojant santuokos. Nors demografiniai duomenys neleidžia patikimai nuspėti depresiškumo pagimdžius, į juos vis tiek verta atsižvelgti.

Moters savijauta priklauso ne tik nuo psichologinių ir socialinių, bet ir nuo fizinių bei biologinių veiksnių. P. Turton ir bendraautorai (2001) tyrimo rezultatai parodė, kad moterys, turėjusios neigiamą ankstesnio nėštumo patirtį (pvz., persileidimas arba negimdinis nėštumas), yra labiau pažeidžiamos depresijos kito nėštumo metu. Sunkus gimdymas (Milgrom et al., 2006) ir instrumentinė arba chirurginė intervencija (Leung et al., 2005) gali būti glaudžiai susiję su depresiškumu po gimdymo. V. Norkūnienės (2002) tyrimas parodė, kad savijauta po gimdymo turi stipresnę ryšį su subjektyviai vertinamu gimdymo sunkumu, negu su objektyviais gimdymo sunkumo

rodikliais. Tačiau yra tyrimų, kurių duomenys nepatvirtina prielaidos, kad nėštumo ir gimdymo komplikacijos savaime galėtų būti depresiškumo po gimdymo priežastis (Forman et al., 2000).

Ilgalaikis ir smarkus stresas sekina vidinius išteklius ir daro asmenį pažeidžiamesnį psichikos ligoms. Vaiko atsiradimas šeimoje yra kupinas pokyčių ir stresų laikotarpis, o suvokiamas stresas yra susijęs su moters depresiškumu laikotarpiu po gimdymo (Gao et al., 2008; Leung et al., 2005). Subjektyviai suvokiamas streso lygis yra glaudžiai susijęs su patiriamais nepalankiais gyvenimo įvykiais, todėl gali būti apibrėžtas gyvenimo įvykių suma (Rosengren et al., 1993). C. Rubertsson ir bendraautorių (2005) tyrimas parodė, kad du ar daugiau stresą keliančių gyvenimo įvykių, kurie atsitiko per metus iki nėštumo, yra reikšmingai susiję su moters depresiškumu nėštumo metu, antrą mėnesį po gimdymo ir netgi metus po gimdymo.

Daugelis tyrimų rodo, kad depresijos istorija (moteris anksčiau sirgo depresija) yra vienas pagrindinių depresiškumo po gimdymo rizikos veiksnių (Dalfen, 2009; Horowitz et al., 2005; Jardri et al., 2006). Šeimos nario psichikos arba nuotaikos sutrikimų istorija taip pat gali būti susijusi su pagimdžiusios moters nuotaikos sutrikimais (Leung et al., 2005). Be to, M. L. Moline ir bendraautoriai (2001) teigia, kad didžiausia nuotaikos sutrikimų po gimdymo rizika yra toms moterims, kurioms anksčiau buvo diagnozuotas depresiškumas po gimdymo. Tačiau yra autorių, abejojančių, kad buvusi depresija galėtų prognozuoti depresiškumą po gimdymo (Hendrick et al., 2000; Howell et al., 2006).

Be to, buvo pastebėta, kad prenatalinė depresija (Kim et al., 2008; Leung et al.,

2005), prislėgta nuotaika prieš gimdymą (Righetti-Veltma et al., 1998) didina depresijos požymių atsiradimo laikotarpiu po gimdymo tikimybę. M. P. Austin (2003) tyrimo rezultatai rodo, kad apytiksliai trečdalis moterų, sergančių depresija nėštumo metu, ir po gimdymo bus depresiškos.

C. T. Beck (2001) 26 tyrimų metaanalizėje nustatė, kad socialinė parama bei santuokinių santykių kokybė yra pastovūs ir reikšmingi depresiškumo po gimdymo prediktoriai (cituojuama pagal Horowitz et al., 2005). Socialinės paramos reikšmingumą patvirtina ir kiti tyrimų rezultatai, rodantys, jog socialinės paramos intervencijos (socialinės paramos didinimas) sumažina depresijos simptomų lygį po gimdymo (Howell et al., 2006).

Moters savęs kaip mamos suvokimas yra labai svarbus, nes neigiamas požiūris į save yra depresijos požymis. E. Shea ir Z. Tronick (1988) apibrėžia motinos pasitikėjimą savimi kaip konstrukta, apimančią daugelį dimensių – moters suvokiamą gebėjimą prižiūrėti vaiką ir patenkinti jo poreikius, bendrą sugebėjimų įvertinimą, pasiruošimą motinystei, vaiko priėmimą, tikėtiną jos santykį su vaiku ir jausmus, susijusius su nėštumu (cituojuama pagal Farrow and Blissett, 2007). Jeigu moteris laiko save kompetentinga mama, teigiamai vertina save ir yra patenkinta savo gebėjimu auklėti vaiką, tai stiprina ją emociškai, palengvina adaptaciją laikotarpiu po gimdymo ir mažina depresijos atsiradimo tikimybę (Horowitz et al., 2005).

Pasiruošimas motinystei yra svarbi moters savęs kaip mamos suvokimo dalis. Nėštumo planavimas gali stipriai paveikti moters suvokiamą pasiruošimą motinystei (Dalfen, 2009). Jeigu moteris jaučiasi gerai

pasiruošusi artėjančiai motinystei, didėja jos savigarba, o didesnė savigarba mažina pagimdžiusios moters depresiškumą (Farrow and Blissett, 2007).

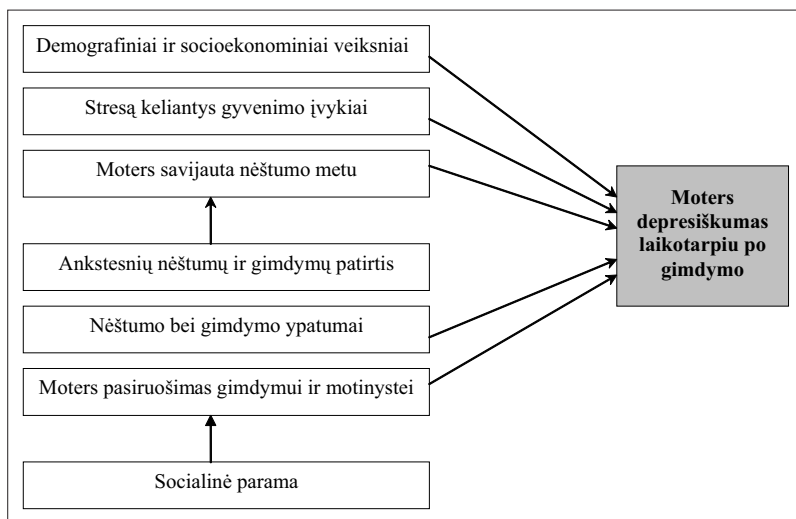
D. M. Haslam ir bendraautorai (2006) savo tyrimu nustatė, kad laikotarpiu po gimdymo tiesioginio socialinės paramos ir moters depresiškumo ryšio nėra. Jų rezultatai rodo, kad socialinė parama teigiamai veikia moters tikrumą dėl savo pajėgumo efektyviai spręsti užduotis, o pasitikėjimo savo jėgomis jausmas mažina depresijos atsiradimo laikotarpį po gimdymo tikimybę. Nors yra tyrimų, kurie rodo, kad savigarba negali nuspėti depresiškumo po gimdymo (Kim et al., 2008), bandant prognozuoti pagimdžiusios moters depresiškumą, būtina vertinti jos suvokiamą pasiruošimą motinystei nėštumo metu.

Rizikos veiksnių ir pažeidžiamų grupių išskyrimas yra svarbus tuo, kad gerina depresiškumo laikotarpį po gimdymo mechanizmų supratimą, taip pat gali padėti kurti pirminės prevencijos strategiją, anks-

tyvą intervenciją ir gydymo planą (Boyce, 2003).

Šio tyrimo tikslas yra išsiaiškinti, kokie demografiniai, socialiniai, psichologiniai ir sveikatos veiksniai reikšmingai prognozuotų pagimdžiusios moters depresiškumą.

Remiantis literatūros analize buvo sudarytas hipotetinis modelis (žr. 1-ą pav.). Šiame modelyje daroma prielaida, kad demografiniai ir socioekonominiai veiksniai, stresą keliantys gyvenimo įvykiai, moters savijauta nėštumo metu, dabartinio nėštumo bei gimdymo ypatumai, taip pat moters pasiruošimas gimdymui ir motinystei turės reikšmingą įtaką moters depresiškumui laikotarpiu po gimdymo. Kitaip negu kiti kintamieji, ankstesnių nėštumų ir gimdymų patirtis neturės tiesioginės įtakos pagimdžiusios moters depresiškumui, tačiau reikšmingai veiks jos savijautą nėštumo metu. Socialinės paramos aspektai taip pat turės netiesioginį ryšį su moters depresiškumu laikotarpiu po gimdymo – darys įtaką moters pasiruošimui gimdyti ir motinystei.



1 pav. Moters depresiškumą po gimdymo prognozuojančių veiksnių hipotetinis modelis

Metodika

Tyrimo dalyviai. Dalyvauti tyrime buvo pakviestos 193 savanorės besilaukiančios moterys, pasirinktos netikimybinės patogiosios atrankos būdu. Po pirmos apklausos 9 moterys (4,7 proc.) nepaliko jokios kontaktinės informacijos, todėl vėlesniais tyrimo etapais su jomis nebuvo galimybės susisiekti. Iš moterų, kurios paliko savo kontaktinę informaciją, ankstyvuoju laikotarpiu po gimdymo anketas užpildė 123 (66,9 proc.). Vėlesniame tyrimo etape anketas užpildė 66 moterys, tai sudaro 53,7 proc. antrame tyrimo etape dalyvavusių moterų. Duomenų statistinei analizei buvo atrinktos tik tos 66 tyrimo dalyvės, kurios užpildė anketas vėlesniame laikotarpyje po gimdymo ir pateikė apie save visą reikiamą informaciją.

Palyginus moteris, dalyvaujančias ir nebedalyvaujančias tyrime, nustatyta, kad šios grupės nesiskiria pagal amžių, išsilavinimą, šeiminių padėčių, vaikų skaičių šeimoje, šeimos finansinę situaciją ir depresiškumo lygį nėštumo metu (1-a lentelė).

Tiriamųjų grupę sudarė moterys, kurios pradėjo dalyvauti tyrime būdamos vidutiniškai 29 (st. nuokrypis 6,65) nėštumo savaitės. Tyrimo dalyvių nėštumo savaitė varijuoja nuo 16 iki 40 savaitės. Moterų, įtrauktų į analizę, amžiaus vidurkis yra

28,36 metai (st. nuokrypis 4,41) ir varijuoja nuo 21 iki 42 metų. 87,9 proc. tyrimo dalyvių turi aukštąjį išsilavinimą, 4,5 proc. aukštesnįjį ar nebaigtą aukštąjį, 7,6 proc. vidurinį. 87,9 proc. tyrime dalyvaujančių moterų yra ištekėjusios, 71,2 proc. laukiasi pirmojo vaiko.

Tiriamųjų, turėjusių ir neturėjusių komplikacijų ankstesnio gimdymo metu, grupės yra nevienodos, o bendras gimdymo patirties turėjusių moterų skaičius yra mažas, todėl su ankstesnio gimdymo ypatumais susiję kintamieji į tolesnę analizę nebus įtraukti. Tiriamųjų, kurios turėjo nevaisingumo problemų, skaičius yra nepakankamas (tik 3,0 proc.), šis veiksnys taip pat nebus toliau analizuojamas. Depresiškumo po gimdymo istorija neįtraukta į analizę, nes tik vienai tiriamajai anksčiau buvo diagnozuota tokia depresija.

Tyrimo metodai. Moterų depresiškumui vertinti nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo naudota *Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė (EGDS)*. Šią skalę 1987 m., pasiūlė J. L. Cox ir bendraautorai. EPDS plačiai naudojama tiek su nėštumu susijusiai, tiek nesusijusiai moterų depresijai įvertinti. L. Lapkienės ir bendra autorių (2004) EPDS buvo adaptuota naudoti Lietuvoje. Lietuviškosios EPDS standartizuota Cronbacho α

1 lentelė. *Dalyvaujančių ir nebedalyvaujančių tyrime moterų palyginimas*

	<i>Dalyvauja</i>	<i>Nebedalyvauja</i>	<i>p reikšmė</i>	<i>Kriterijus</i>
Amžiaus vidurkis	28,36	28,08	0,659	<i>t</i> kriterijus
Išsilavinimo vidutinis rangas	96,49	96,50	0,998	Manno–Witney U
Šeiminių padėties vidutinis rangas	99,77	94,11	0,258	Manno–Witney U
Vaikų šeimoje vidutinis rangas	88,69	94,58	0,349	Manno–Witney U
Šeimos finansinės situacijos vidutinis rangas	95,59	93,19	0,737	Manno–Witney U
Depresijos lygio nėštumo metu vidurkis	7,20	7,48	0,681	<i>t</i> kriterijus

yra 0,91 (Lapkienė ir kt., 2004). Šiame tyrime EPDS patikimumas buvo įvertintas du kartus. Nėštumo metu Cronbacho α sudarė 0,81, o laikotarpiu po gimdymo – 0,80. Nors tyrimo metu gautas EPDS patikimumas yra mažesnis negu nustatytas L. Lapkienės ir bendraautorų (2004), savianalizės (angl. *self-report*) instrumentai yra patikimi, kai Cronbacho α yra mažiausiai 0,60 ir gali būti naudojami atrankai, kai jų Cronbacho α yra apie 0,80 (Bunevičius et al., 2009). Lietuviškojo EPDS varianto struktūroje išskirtas tik vienas veiksnys – matuojantis depresiją (Lapkienė ir kt., 2004). EPDS sudaro 10 teiginių, aprašančių įvairius depresijai būdingus simptomus kurie galėjo pasireikšti per septynias pastarąsias dienas, ir keturi galimi atsakymų variantai, vertinami nuo 0 iki 3 balų. Bendras EPDS įvertis (maksimalus skaičius 30) nurodo depresijai būdingų simptomų išreikštumą: didesnis įvertis rodo didesnę depresiskumą.

Demografiniams, socialiniams veiksniams, pasiruošimui gimdyti ir motinystei, motinystės ir nėštumo patirčiai, psichologinei ir fizinei savijautai, santykiams su partneriu / vyru įvertinti naudotas *Prenatalinės aplinkos klausimynas moterims*, sudarytas R. Jusienės ir R. Breidokienės. Moterys penkių balų Likerto skale vertino fizinę sveikatą (čia 1 – prasta, 5 – puiki sveikata), nerimą dėl artėjančio gimdymo (1 – didelis nerimas, 5 – nerimo nėra) bei savo pasiruošimą gimdymui ir motinystei (1 – prastas, 5 – puikus pasiruošimas). Santykius su vyru / partneriu tyrimo dalyvės vertino, įrašydamos savo variantą arba pasirinkdamos vieną iš trijų variantų: 1 – šilti ir artimi, 2 – neretai kyla nesutarimų, 3 – prasti santykiai. Į klausimą apie vyro ruošimąsi gimdymui ir tėvystei moterys atsakė teigiamai arba neigiamai, arba įrašė savo atsakymą.

Gyvenimo įvykių skalė (GIS) yra skirta rinkti duomenis, kokius nepalankius, stresą keliančius gyvenimo įvykius tiriamosios patyrė per pastaruosius 12 mėnesių. Skalė apima tokius gyvenimo įvykius: tarpasmeninė netektis (pavyzdžiui, artimo žmogaus mirtis; skyrybos arba išsiskyrimas), asmens finansiniai sunkumai, priverstinis persikraustymas, rimta liga arba patirta trauma (Rodriguez and Waldenström, 2008). Vertinamas patirtų stresą keliančių gyvenimo įvykių skaičius. Šią skalę A. rodriguez leidimu į lietuvių kalbą išvertė R. Jusienė ir R. Breidokienė (versta abiejų nepriklausomai, vėliau suderinant abu vertimo variantus).

Pirmojo mėnesio po gimdymo apklausos protokolas, sudarytas R. Jusienės ir R. Breidokienės, naudotas informacijai apie vaiko ir mamos sveikatą, gimdymo aplinką, eigą (gimdymo būdas ir trukmė) ir gimdymo metu taikytas procedūras. Penkių balų Likerto skale taip pat buvo vertinamas subjektyvus gimdymo sunkumas (čia 1 – lengvas, 5 – sunkus gimdymas).

Tyrimo eiga. Šis tyrimas yra platesnio tyrimo „Ankstyvosios savireguliacijos raidos psichosocialiniai ir biologiniai veiksniai“, vykdomo R. Jusienės ir R. Breidokienės, dalis. Tyrimas buvo pradėtas 2008 m. spalį, šiame tyrime analizuojami duomenys rinkti iki 2010 m. kovo. Kvietimas dalyvauti tyrime buvo platinamas per spaudos leidinius, interneto svetaines, moterų konsultacines poliklinikas ir nėščiosioms skirtas specialias mokyklas. Iš pradžių moterys registravosi dalyvauti tyrime, vėliau joms paštu arba elektroniniu paštu buvo siunčiami klausimynai. Tyrimas vyko trimis etapais: moterys buvo apklausiamos nėštumo metu (paštu arba el. paštu), pirmą mėnesį po gimdymo

(telefonu arba el. paštu) ir šeštą–aštuntą mėnesį po gimdymo (paštu arba el. paštu).

Duomenų tvarkymas ir analizė

Surinktiems duomenims apdoroti buvo naudojamas SPSS 17.0 programinis paketas, kuriuo buvo skaičiuojama aprašomoji statistika, ryšiai tarp kintamųjų, vidurkių palyginimas – preliminarai duomenų analizė. Normaliai pasiskirsčiusių kintamųjų reikšmių atvejais buvo naudojama parametrinė statistika, o kintamiesiems pasiskirsčius nenormaliai – neparametrinė.

Patvirtinančioji analizė depresiškumui laikotarpiu po gimdymo prognozuoti buvo

atlikta taikant struktūrinių lygčių modelavimo (angl. *Structural Equation Modeling*) metodą, naudojant LISREL 8.80 (*Student Editon*) programinį paketą.

Tyrimo rezultatai

Siekiant įvertinti, kokią reikšmę moters depresiškumui laikotarpiu po gimdymo turi demografiniai, nėštumo ir gimdymo veiksniai, buvo palyginti šių kintamųjų grupių EGDS vertinimo laikotarpiu po gimdymo vidurkiai (žr. 2-ą lentelę). Vienintelis kintamasis, kuris yra reikšmingai susijęs su moters depresiškumo lygiu šeštą–aštuntą mėnesį po gimdymo ($p < 0,05$), yra moters išsilavinimas.

2 lentelė. *Grupių depresiškumo nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo palyginimas*

<i>Veiksny</i>	<i>Grupė</i>	<i>Proc.</i>	<i>EPDS laik. po gimd. vidurkis (SD)</i>	<i>p reikšmė</i>	<i>EPDS nėšt. metu vidurkis (SD)</i>	<i>p reikšmė</i>
Šeiminė padėtis	Netekėjusi	12,1	5,75 (4,71)	0,925	10,50 (5,68)	0,163
	Ištekėjusi	87,9	5,62 (3,47)		6,67 (3,66)	
Vaikai	Turi	30,3	5,15 (3,37)	0,473	6,38 (2,92)	0,386
	Neturi	69,7	5,85 (3,71)		7,44 (4,48)	
Šeimos finansinė situacija	Vidutinė arba blogesnė negu vidutinė	66,7	5,93 (3,45)	0,108	7,92 (4,43)	0,082
	Geresnė negu vidutinė	33,3	4,43 (3,44)		5,75 (2,89)	
Išsilavinimas	Žemesnis už aukštąjį	12,1	8,63 (4,57)	0,011*	9,60 (4,77)	0,152
	Aukštasis	87,9	5,22 (3,28)		6,85 (3,95)	
Nėštumo rizikingumas	Rizikingas nėštumas	16,7	7,00 (4,86)	0,306	7,90 (4,610)	0,502
	Nerizikingas nėštumas	83,3	5,36 (3,28)		6,93 (3,96)	
Nėštumo planavimas	Planuotas nėštumas	67,2	5,02 (3,19)	0,173	6,83 (3,79)	0,289
	Neplanuotas nėštumas	32,8	6,29 (3,91)		8,21 (4,81)	
Dalyvavimas kursuose	Dalyvavo	69,4	5,42 (3,47)	0,474	6,85 (3,85)	0,501
	Nedalyvavo	30,6	6,16 (4,26)		7,73 (4,89)	
Vyro ruošimasis gimdymui ir tėvystei	Ruošėsi	85,9	5,36 (3,37)	0,243	6,49 (3,80)	0,019*
	Nesiruošė	14,1	6,88 (4,86)		10,29 (3,99)	
Gimdymo komplikacijos	Komplikuotas gimdymas	22,8	6,15 (4,38)	0,562		
	Nekomplikuotas gimdymas	77,2	5,48 (3,45)			

2 lentelės tęsinys

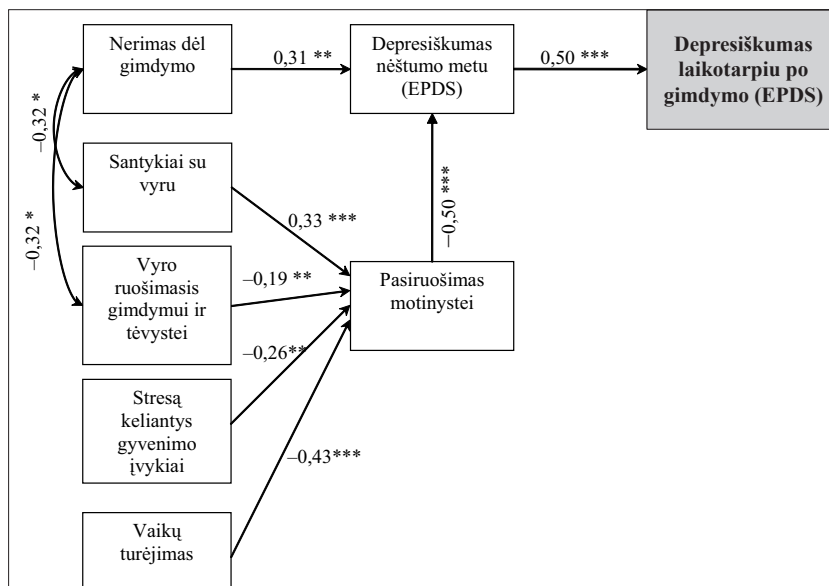
Veiksny	Grupė	Proc.	EPDS laik. po gimd. vidurkis (SD)	p reikšmė	EPDS nėšt. metu vidurkis (SD)	p reikšmė
Medicininės intervencijos gimdymo metu	Taikytos	41,4	6,67 (4,22)	0,079		
	Netaikytos	58,6	4,97 (3,02)			
Gimdymo būdas	Natūralus be nuskausminimo	60,4	5,74 (3,33)	0,961		
	Natūralus su nuskausminimu	22,5	5,46 (4,52)			
	Planuotas cezario pjūvis	6,9	5,00 (4,55)			
	Neplanuotas cezario pjūvis	10,3	6,17 (3,54)			

Pastaba. * $p < 0,05$

O moters depresiškumas nėštumo metu yra reikšmingai susijęs su vyro ruošimusi gimdymui ir tėvystei ($p < 0,05$).

Bendroje koreliacijų lentelėje (3-ia lentelė) vaizduojami įvairių tyrime matuotų kintamųjų, kurie gali būti susiję su moters depresiškumo vertinimu nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo, tarpusavio ryšiai.

EPDS įverčiai laikotarpiu po gimdymo turi reikšmingą ryšį su EPDS įverčiais nėštumo metu, nerimu dėl gimdymo, moters pasiruošimu motinystei ir išsilavinimu. Koreliacinė analizė leidžia teigti, kad moterys, kurios turi daugiau depresijos simptomų nėštumo metu, išgyvena stipresnį nerimą dėl gimdymo, jaučiasi prasčiau pasiruošu-



2 pav. *Struktūrinių lygčių modelis, rodantis reikšmingus prognostinius ryšius tarp kintamųjų*

3 lentelė. Kintamųjų tarpusavio ryšiai

	EPDS po gimd.	EPDS nėšt.	Amžius	Šeim. padėtis	Vaikų turėjimas	Finans. situac.	Išsilav.	Persilaid. skaitė.	Nėšt. planav.	Nėšt. riziking.	Fizinė sveikata	Nerimas dėl gimd.	Pasiruoš. gimdymui	Pasiruoš. motinystei	Dalyv. kurs.	Stresin. įvykiai	Santyk. su vyru	Vyr. ruoš.	Gimd. trukmė
EPDS nėšt.	0,495**	1,000																	
Amžius	-0,170	-0,046	1,000																
Šeiminė padėtis	0,004	-0,246	0,106	1,000															
Vaikų turėjimas	0,080	0,073	-0,501**	-0,245*	1,000														
Finans. situacija	-0,240	-0,248	0,007	-0,034	0,048	1,000													
Išsilav.	-0,287*	-0,184	0,173	0,289*	-0,043	1,000													
Persilaid. skaitė	0,029	0,003	0,237	-0,093	-0,266*	-0,102	1,000												
Nėštumo planav.	0,150	0,138	0,168	-0,239	-0,031	-0,071	1,000												
Nėšt. riziking.	-0,118	-0,077	0,107	0,208	-0,029	-0,061	0,208	-0,408**	0,117	1,000									
Fizinė sveikata	-0,078	-0,245	-0,057	0,013	0,191	0,259*	0,122	-0,311*	0,158	0,321**	1,000								
Nerimas dėl gimd.	0,361**	0,388**	-0,071	0,014	-0,023	-0,100	-0,391**	-0,062	-0,029	-0,242*	-0,156	1,000							
Pasiruoš. gimdymui	0,043	-0,305*	0,185	0,077	-0,314*	0,133	-0,066	0,032	0,024	0,129	0,224	-0,299*	1,000						
Pasiruoš. motinystei	-0,294*	-0,548**	0,184	0,345**	-0,470**	0,129	0,057	-0,015	-0,090	0,126	0,103	-0,161	0,476**	1,000					
Dalyv. kursuose	0,070	0,057	-0,042	0,016	-0,269*	-0,110	-0,162	0,121	0,025	-0,089	-0,011	0,383**	-0,091	0,105	1,000				
Stresiniai įvykiai	0,238	0,289*	-0,073	-0,184	0,151	-0,145	-0,132	0,320*	-0,097	-0,290*	-0,219	0,244	-0,082	0,207	1,000				
Santykiai su vyru	-0,255	-0,361**	-0,094	0,031	-0,027	0,110	-0,103	0,132	0,023	0,227	0,217	-0,321*	0,319*	0,131	0,076	1,000			
Vyro ruošimas	0,083	0,346*	-0,202	0,017	-0,032	-0,010	0,017	-0,069	-0,075	-0,292*	-0,207	0,276*	-0,170	0,260*	0,111	-0,206	1,000		
Gimdymo trukmė	0,212	0,333*	-0,171	-0,357**	0,395**	0,248	-0,140	-0,038	0,277*	-0,148	0,096	-0,221	-0,235	-0,316*	-0,235	0,017	0,127	-0,052	1,000
Gimdymo sunkumas	-0,189	-0,127	0,103	0,159	-0,350**	0,117	0,020	-0,149	-0,065	0,193	-0,021	-0,235	0,123	0,086	-0,220	-0,156	0,025	-0,040	-0,353**

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

4 lentelė. *Struktūrinių lygčių modelio tinkamumo rodikliai*

<i>Pagrindiniai modelio tinkamumo rodikliai</i>		<i>Rodiklių reikšmės</i>
Bendras modelio tinkamumas	χ^2	11,62
Bendro modelio tinkamumo reikšmingumas	p	0,39
Laisvės laipsnis	df	11
Aproksimacijos liekanos kvadrato šaknies paklaida	<i>RMSEA</i>	0,031
Atitikimo indeksas	<i>GFI</i>	0,96
Normuoto atitikimo indeksas	<i>NFI</i>	0,92
Palyginimo indeksas	<i>CFI</i>	0,99

sios motinystei, laikotarpiu po gimdymo turi daugiau depresijos simptomų.

Koreliacinės analizės rezultatai buvo panaudoti hipotetinio modelio tinkamumui tikrinti. Kintamieji, neturintys tiesioginio ryšio su EPDS balais laikotarpiu po gimdymo, taip pat yra įtraukti į struktūrinių lygčių modelio analizę, nes jie suteikia papildomos informacijos apie galimus netiesioginius moters depresiškumo laikotarpiu po gimdymo ir šių kintamųjų ryšius.

Įvertinus hipotetinį modelį paaiškėjo, kad vienintelis reikšmingas ir stiprus moters depresiškumo laikotarpiu po gimdymo prediktorius yra EPDS balai nėštumo metu ($p < 0,05$; $t = 2,79$), o pats modelis netenkina tinkamumo kriterijų ($\chi^2 = 38,16$; $df = 12$; $p = 0,00$; $RMSEA = 0,20$; $GFI = 0,92$; $NFI = 0,85$; $CFI = 0,84$).

Atsižvelgus į LISREL 8.80 išskiriamus hipotetinio modelio trūkumus, modelio tobulinimo pasiūlymus bei preliminaros statistinės analizės metu gautus kintamųjų tarpusavio ryšius, buvo sukurtas kitas modelis (žr. 2-ą pav.), kurio tinkamumo rodikliai yra pateikti 4-oje lentelėje.

Visi rodikliai atitinka tinkamumo kriterijus, todėl galima teigti, kad modelis yra tinkamas ir gali būti interpretuojamas.

Rezultatų aptarimas

Šiame tyrime siekėme aiškintis įvairius veiksnius, leidžiančius prognozuoti moterų depresiškumą praėjus pusei metų po gimdymo. Vienintelis depresiškumą prognozuojantis veiksnys pasirodė esąs moters depresiškumas nėštumo metu. Depresijos, susijusios su nėštumu ir gimdymu, tęstinumą patvirtina daugelis kitų tyrimų (Austin, 2003; Britton, 2008; Dalfen, 2009; Kim et al., 2008; Leung et al., 2005; Van Son et al., 2005) bei metaanalizės (O'Hara and Swain, 1996; Beck, 2001, cituojama pagal Rubertsson et al., 2005). Kadangi laikotarpiui po gimdymo yra būdinga stiprus stresas, susijęs su medicininėmis gimdymo procedūromis ir poreikiu prisitaikyti prie naujo motinos vaidmens reikalavimų (Britton, 2008), depresija nėštumo metu mažina moters gebėjimą prisitaikyti prie situacijos, daro pagimdžiusią moterį pažeidžiamesnę stresui ir depresijai.

O štai kai kurie kiti mūsų tyrime analizuoti veiksniai neturi tiesioginės įtakos depresiškumui po gimdymo, tačiau yra svarbūs, nes leidžia prognozuoti moterų depresiškumą nėštumo metu. Labiausiai moters depresiškumą nėštumo metu paaiškina subjektyviai pačios moters vertinamas

jos pasiruošimas motinystei ir patiriamas nerimas dėl gimdymo.

Nerimas dėl gimdymo gali apskritai pabloginti moters psichologinę savijautą nėštumo metu – didinti depresijos simptomų skaičių. Gali būti ir taip, kad mūsų tyrime matuotas moters nerimas dėl gimdymo iš dalies atspindi bendrą jos nerimastingumą. Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad, kai kurių tyrimų duomenimis (Ross et al., 2003), Edinburgo pogimdyminė depresijos skalė atspindi ne tik galimus nuotaikos, bet ir nerimo sutrikimus. Pagaliau, depresijos ir nerimo sutrikimų komorbidiškumą atskleidžia daugybė kitų klinikinių studijų (Stone and Menken, 2008). Visa tai galėjo lemti, kad nėštumo metu įvardijamų depresijos simptomų skaičių patikimai prognozuoja nerimas dėl gimdymo, patiriamas nėštumo metu. Tęsiant moterų perinatalinio depresiskumo (apimančio ir nėštumo laikotarpį, ir laikotarpį po gimdymo) studijas, vertėtų daugiau dėmesio kreipti į moters nerimastingumą – ir kaip galimą asmenybės bruožą, ir kaip tikėtiną laikiną būseną. Taip pat būtų svarbu aiškintis moters naudojamus būdus nerimui bei įtampai mažinti ir tai, kiek ir kokie jų yra veiksmingi.

Moters pasiruošimo motinystei, taip pat apskritai jos, kaip motinos, savęs suvokimo ir priėmimo svarbą depresiskumui po gimdymo yra pabrėžę vos keletas tyrėjų. Beje, negausių šios srities tyrimų rezultatai atskleidžia, kad teigiamas moters savo kompetencijos vertinimas mažina depresiskumo po gimdymo atsiradimo tikimybę (Haslam et al., 2006; Horowitz et al., 2005). Mūsų tyrimo duomenimis, moters pasiruošimas motinystei depresiskumą po gimdymo prognozuoja ne tiesiogiai, o per didesnę depresiskumo išreikštumą nėštumo metu.

Moters subjektyviai vertinamą pasiruošimą motinystei, savo ruožtu, lemia ir nėštumo metu patirti stresiniai gyvenimo įvykiai bei reali motinystės patirtis (vaikų turėjimas). Pirmą kartą susilaukiančiosios vaiko jaučiasi mažiau pasiruošusios motinystei, ko gero, dėl išgyvenamo būsimos situacijos neapibrėžtumo, nežinomybės ir kylančių abejonių savo kompetencija. Priešingai, moterys, kurios jau turi vaikų, geriau žino, kas jų laukia ir kam reikia ruoštis, todėl mano esančios geriau pasiruošusios motinystei.

Nėštumas ir artėjantis gimdymas jau pats savaime yra didesnės įtampos laikotarpis, ir biologiškai, ir psichologiškai lemiantis didesnę moters pažeidžiamumą. Dar labiau pažeidžiamos besilaukiančios moterys gali tapti, susidūrusios su papildomais stresiniais įvykiais kasdieniniame gyvenime. Remiantis A. Becko (1967) depresijos modeliu, stresą keliantys gyvenimo įvykiai gali sukelti depresiją asmenims, kurie yra labiau pažeidžiami, ypač žmonėms, kuriems būdingos mąstymo klaidos, susijusios su neigiamu pasaulio, ateities ir savęs vaizdu (cituojama pagal Milgrom and Beatrice, 2003). Kaip galima spėti pagal šio tyrimo rezultatus, stresiniai gyvenimo įvykiai labiausiai veikia moters subjektyviai vertinamą pasiruošimą motinystei, tikėtina, per pasiklovimą savo veiksmingumu, gebėjimu tvarkytis su esama ar būsima iššūkius keliančia situacija, apimančia įvairius, kartu ir savęs kaip motinos, vaidmenis.

Svarbus netiesioginis apsauginis depresiskumo veiksnys, kuris ir siejasi su moters nerimu dėl gimdymo, ir leidžia prognozuoti subjektyviai geresnę pasiruošimą motinystei, pasirodė esą santykiai su vyru ar partneriu bei moters suvokiamas (ir

įvardijamas) vyro ruošimasis gimdymui ir tėvystei. Panašu, kad kai moters ir sutuoktinio santykiai yra šilti ir artimi, moteris jaučiasi palaikoma, tai didina jos savikontrolės jausmą bei pasitikėjimą savimi (Farrow and Blissett, 2007; Haslam et al., 2006), gerina suvokiamą pasiruošimą motinystei, būseną nėštumo metu ir kartu mažina depresijos riziką laikotarpiu po gimdymo.

Šiame tyrime, lygindami depresiškumo įverčius laikotarpiu po gimdymo, aptikome reikšmingų skirtumų tarp moterų, turinčių aukštąjį išsilavinimą, ir tų, kurių išsilavinimas yra mažesnis. Manoma, kad mažas išsilavinimas turi reikšmingą įtaką gimdyvės depresijos atsiradimui (Rubertsson et al., 2005), nes mažiau išsilavinusioms moterims yra sunkiau prisitaikyti prie naujos situacijos reikalavimų (Britton, 2008). Tačiau galutiniame modelyje išsilavinimas kaip reikšmingas depresiškumo laikotarpiu po gimdymo prediktorius nebuvo išskirtas ir tai galima paaiškinti tuo, kad tyrime nedalyvavo moterys, kurios turėtų pradinį arba pagrindinį išsilavinimą. Be to, mažesnio negu aukštasis išsilavinimo moterų šio tyrimo imtyje apskritai nebuvo daug.

Tai, kad tyrime dalyvavusių moterų imtis nėra reprezentatyvi, o sudaryta patogiosios imties būdu, ir dauguma šio tyrimo dalyvių turi aukštąjį išsilavinimą, yra vienas svarbių šio tyrimo trūkumų. Be to, dėl per menkos imties nebuvo galimybių įvertinti ankstesnės komplikuotų nėštumų ar gimdymo patirties reikšmę. Tolesniuose tyrimuose būtina atsižvelgti ne tik į anksčiau diagnozuotą depresiškumą po gimdymo, bet ir į tai, ar moteris yra turėjusi psichiatrinių arba nuotaikos sutrikimų, įskaitant nerimą, su nėštumu ar gimdymu nesusijusią depresiją, bipolinį sutrikimą, įvertinti nuotaikos bei

psichiatrinių sutrikimų dažnumą moters šeimoje. Taip pat siūloma daugiau dėmesio skirti ankstyvuoju laikotarpiu po gimdymo patiriamiems fizinės sveikatos sunkumams, kurie gali pasireikšti po sunkaus, komplikuoto gimdymo arba chirurginių intervencijų. Kituose tyrimuose reikėtų plačiau įvertinti nėštumo metu patiriamų nerimo simptomų įtaką moters depresiškumui po gimdymo, neapsiribojant vien nerimu dėl gimdymo. Svarbu plėsti socialinės paramos sąvoką, atsižvelgiant į socialinės paramos pobūdį, šaltinį ir gaunamos paramos kokybės vertinimą. Tolesniuose tyrimuose reikėtų įvertinti ne tik stresą keliančių gyvenimo įvykių skaičių arba suvokiamo streso lygį, bet ir moterų naudojamų streso įveikos strategijų pobūdį.

Ir vis dėlto, net ir atsižvelgus į šio tyrimo ribotumus bei atsargiai interpretuojant rezultatus, atkreiptinas dėmesys, kad, siekiant mažinti depresiškumo po gimdymo riziką, svarbu moterų bendra psichologinė savijauta bei galimi nuotaikos ir nerimo sutrikimai nėštumo metu. Manytume, kad nuotaikos sutrikimų po gimdymo prevencija nėštumo metu turėtų būti nukreipta į sutuoktinių santykių stiprinimą ar kitus socialinės paramos šaltinius, brandžių streso įveikos strategijų bei įtampos ir nerimo mažinimo technikų mokymą. Be to, ypač svarbu aiškintis moters nuomonę apie save, kaip būsimą motiną, savo pasiruošimą motinystei ir tai, kas būtent – neigiama ankstesnė nėštumo ar gimdymo patirtis, motinystės patirties neturėjimas, prasti santykiai su artimiausiais žmonėmis, patirti stresiniai įvykiai, pagaliau, neplanuotas ar menkai pageidaujamas nėštumas – galėtų būti svarbiausia prasto pasiruošimo motinystei ir patiriamo nerimo priežastis.

Išvados

1. Didesnis depresijos simptomų skaičius nėštumo metu tiesiogiai prognozuoja moterų depresiškumą laikotarpiu po gimdymo.
2. Moters subjektyviai vertinamas pasiruošimas motinystei ir nerimas dėl gimdymo netiesiogiai prognozuoja moters depresiškumą laikotarpiu po gimdymo, t. y. geresnis subjektyviai vertinamas pasiruošimas motinystei ir mažesnis nerimas
3. Santykių su vyru kokybė, vyro ruošimasis gimdymui ir tėvystei, stresą keliančių gyvenimo įvykių skaičius ir vaikų turėjimas netiesiogiai prognozuoja moters depresiškumą laikotarpiu po gimdymo, t. y. moterys, geriau vertinančios savo santykius su vyru, patyrusios mažiau stresą keliančių gyvenimo įvykių ir jau turinčios vaikų, jaučiasi labiau pasiruošusios artėjančiai motinystei.

LITERATŪRA

Austin M. P. Psychosocial assessment and management of depression and anxiety in pregnancy // *Australian Family Physician*. 2003, vol. 32 (3), p. 1–8.

Beck C. T., Records K., Rice M. Further Development of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised // *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2006, vol. 35, p. 735–745.

Bernstein I. H., Rush A. J., Yonkers K., Carmody T. J., Woo A., McConnell K., Trivedi M. H. Symptom features of postpartum depression: Are they distinct? // *Depression and Anxiety*. 2008, vol. 25, p. 20–26.

Boyce P. M. Risk factors for postnatal depression: A review and risk factors in Australian populations // *Archives Women's Mental Health*. 2003, vol. 6 (2), p. 43–50.

Britton J. R. Maternal anxiety: Course and antecedents during the early postpartum period // *Depression and Anxiety*. 2008, vol. 25, p. 793–800.

Bunevičius A., Kusminskas L., Bunevičius R. Validation of the Lithuanian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale // *Medicina (Kaunas)*. 2009, t. 45 (7), p. 544–548.

Dalfen A. When baby brings the blues: Solutions for postpartum depression. Mississauga, Ontario: John Wiley and Sons, 2009.

Danilevičiūtė V. *Psichikos sutrikimai nėštumo ir pogimdyminių laikotarpiais*. Kaunas: Vitae Litera, 2006.

Farrow C., Blissett J. The development of maternal self-esteem // *Infant Mental Health Journal*. 2007, vol. 28 (5), p. 517–535.

Forman D. N., Videbeck P., Hegegaard M., Salvig J. D., Secher N. J. Postpartum depression: Identifi-

cation of women at risk // *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2000, vol. 107, p. 1210–1217.

Gao L. L., Chan S. W., Mao Q. Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period // *Research in Nursing & Health*. 2008, vol. 32 (1), p. 50–58

Haslam D. M., Pakenham K. I., Smith A. Social support and postpartum depressive symptomatology: The mediating role of maternal self-efficacy // *Infant Mental Health Journal*. 2006, vol. 27 (3), p. 276–291.

Hendrick V., Altshuler L., Strouse T., Grosser S. Postpartum and nonpostpartum depression: Differences in presentation and response to pharmacologic treatment // *Depression and Anxiety*. 2000, vol. 11, p. 66–72.

Horowitz J. A., Damato E. G., Duffy M. E., Solon L. The relationship of maternal attributes, resources, and perceptions of postpartum experiences to depression // *Research in Nursing & Health*. 2005, vol. 28, p. 159–171.

Howell E. A., Mora P., Leventhal H. Correlates of early postpartum depressive symptoms // *Maternal and Child Health Journal*. 2006, vol. 10 (2), p. 149–157.

Jardri R., Pelta J., Maron M., Thomas P., Delion P., Codaccioni X., Gouldmand M. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression // *Journal of Affective Disorders*. 2006, vol. 93, p. 169–176.

Kim Y. K., Hur J. W., Kim K. H., Oh K. S., Shin Y. C. Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological fac-

tors: A prospective study // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2008, vol. 62, p. 331–340.

Koshchavtsev A. G., Mul'tanovkaja V. N., Lorer V. V. Baby Blues Syndrome as an adaptation disorder in early stages of formation of the mother-child system // *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2008, vol. 38 (4), p. 439–442.

Lapkienė L., Mockutė I., Nadišauskienė R., Gintautas V., Jakubonienė N., Pop V. J., Bunevičius R. Edinburgo pogimdyminės depresijos skalės (EPDS) adaptavimas naudoti Lietuvoje // *Lietuvos akušerija ir ginekologija*. 2004, t. 7 (4), p. 280–284.

Leung S. S. K., Martinson I. M., Arthur D. Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study // *Research in Nursing & Health*. 2005, vol. 28, p. 27–38.

Milgrom J., Beatrice G. Coping with the stress of motherhood: Cognitive and defense style of women with postnatal depression // *Stress and Health*. 2003, vol. 19, p. 281–287.

Milgrom J., Ericksen J., McCarthy R., Gemmill A. W. Stressful impact of depression on early mother–infant relations // *Stress and Health*. 2006, vol. 22, p. 229–238.

Moline M. L., Kabn D. A., Ross R. W., Altschuler L. L., Cohen L. S. Postpartum depression: A guide for patients and families // *Expert Consensus Guideline Series, Postgraduate Medicine Special Report*, 2001. Prieiga per internetą: <http://www.psychguides.com/DinW%20postpartum.pdf> [žiūrėta 2010 m. gegužės 10 d.].

Norkūnienė V. Moterų prenatalinių lūkesčių ir pogimdyminės būsenos ryšys. Magistro darbas. Vilnius, 2002.

Righetti-Veltama M., Conne-Perréard E., Bousquet A., Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression // *Journal of Affective Disorders*. 1998, vol. 49 (3), p. 167–180.

Rodriguez A., Waldenström U. Fetal origins of child non-right-handedness and mental health // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008, vol. 49 (9), p. 967–976.

Rosengren A., Orth-Gomer K., Wedel H., Wilhelmssen L. Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933 // *British Medical Journal*. 1993, vol. 307, p. 1102–1105.

Ross L. E., Gilbert Evans S. E., Sellers E. M., Romach M. K. Measurement issues in postpartum depression, part I: Anxiety as a feature of postpartum depression // *Archives of Women's Mental Health*. 2003, vol. 6, p. 51–57.

Rubertsson C., Wickberg B., Gustavsson P., Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in national Swedish sample // *Archives of Women's Mental Health*. 2005, vol. 8, p. 97–104.

Stone S. D., Menken A. E. Perinatal and postpartum mood disorders: Perspectives and treatment guide for the health care practitioner. New York: Springer publishing company, 2008.

Tovino S. A. Scientific understanding of postpartum illness: Improving health law and policy? // *Harvard Journal of Law & Gender*. 2010, vol. 33 (1), p. 99–173.

Turton P., Hughes P., Evans C. D. H., Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth // *British Journal of Psychiatry*. 2001, vol. 178, p. 556–560.

Tychev C., Briançon S., Lighezzolo J., Spitz E., Kabuth B., Luigi V., Messembourg C., Girvan F., Rosati A., Thockler A., Vincent S. Quality of life, postnatal depression and baby gender // *Journal of Clinical Nursing*. 2007, vol. 17 (3), p. 312–322.

Van Son M., Verkerk G., Van Der Hart O., Kompoe I., Pop V. Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of postpartum posttraumatic stress: An empirical study // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2005, vol. 12, p. 297–312.

PREDICTORS OF WOMEN'S DEPRESSION DURING POSTPARTUM PERIOD

Olga Zamalijeva, Roma Jusienė

S u m m a r y

Approximately 20 percent of women suffer from postpartum depression after childbirth, which, in turn, negatively affects women's well-being, child's development and interactions with the child and family. Risk factors, which most significantly influence postpartum depression, have been analyzed by numerous

researchers, seeking to make it possible to predict and identify women at risk before the onset of symptoms. Nevertheless, the data obtained is inconclusive and research results are contradictory. The most inconclusive results are those related to demographic and socioeconomic characteristics and their impact on

depressive symptoms during postpartum period. Moreover, there are inconsistencies in conclusions concerning social support, pregnancy and delivery-related factors, stressful life events, emotional and physical health and their influence on postpartum depression. The goal of this research is to identify demographic, social, psychological and health related variables that could reliably predict women's depression half year after delivery. This research is prospective and longitudinal, participants were interviewed at several assessment points – during pregnancy, the first month and half a year postpartum. The complete data about 66 women are analyzed in this article. The results of structural equation modeling (SEM), indicate that the only significant predictor of women's depressive symptoms during postpartum period, having direct effect, is depression during pregnancy, i.e. women who report more depressive symptoms during pregnancy are significantly more likely to be depressed

during postpartum period. Women who rated their subjective readiness for motherhood as lower, also with high anxiety concerning delivery, poor quality of relationship with a partner, and who reported more stressful life events, as well as primiparous women are at greater risk postpartum depression; however these variables and depressive symptoms during postpartum period are not directly related. The readiness for motherhood and anxiety concerning delivery predicts depression during pregnancy. The quality of relationships with partner, in turn, predicts both readiness for motherhood and anxiety concerning delivery. Finally, the readiness for motherhood could also be predicted by stressful life events and primiparity. The results of our study support the necessity of psychological interventions during the pregnancy in order to prevent postpartum depression.

Keywords: perinatal depression, EPDS, readiness for motherhood.

Iteikta 2010-07-16