



LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA
MEDICINOS FAKULTETAS
PSICHIATRIJOS KLINIKA

Justė Gaižauskaitė

Moterų emocinė būklė po persileidimo

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas: Dr. Algirdas Jaras

Konsultantas: Doc. Dr. Kristina Jarienė

Kaunas 2019

TURINYS

1. SANTRAUKA	3
2. SUMMARY	4
3. PADĖKA.....	5
4. INTERESŲ KONFLIKTAS	5
5. ETIKOS KOMITETO LEIDIMAS.....	5
6. SANTRUMPOS	5
7. SĄVOKOS.....	6
8. ĮVADAS.....	7
9. DARBO TIKSLAI IR UŽDAVINIAI.....	8
10. LITERATŪROS APŽVALGA	9
10.1 Persileidimas, jo paplitimas ir etiologija.....	9
10.2 Depresijos ir kitų psichikos sutrikimų paplitimas tarp moterų, patyrusių persileidimą	9
10.3 Didžiojo penketo asmenybės dimensijos bei jų sąsaja su depresija.....	10
11. TYRIMO METODIKA.....	12
11.1 Tyrimo organizavimas, tyrimo objektas ir tiriamųjų atranka	12
11.2 Tyrimo metodai.....	12
11.3 Duomenų analizės metodai.....	13
12. TYRIMO REZULTATAI	14
12.1 Bendrieji sociodemografiniai duomenys	14
12.2 Tiriamųjų persileidimo klinikinė charakteristika.....	15
12.3 Depresijos simptomų sąsaja su sociodemografiniais veiksniais bei klinikinėmis charakteristikomis.....	16
12.4 Depresijos požymių sąsajos su laiko intervalu po patirto persileidimo.....	24
12.5 Didžiojo penketo asmenybių dimensijų sąsajos su depresijos požymių nustatymo dažniu	30
13. REZULTATŲ APTARIMAS	32
14. IŠVADOS.....	34
15. REKOMENDACIJOS.....	35
16. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	36
17. PRIEDAI.....	39

1. SANTRAUKA

Justė Gaižauskaitė. „Moterų emocinė būklė po persileidimo“.

Tyrimo tikslas. Įvertinti depresijos simptomus moterims, patyrusioms persileidimą.

Tyrimo uždaviniai. 1) Įvertinti depresijos simptomų pasireiškimo dažnį moterims po patirto persileidimo; 2) Įvertinti depresijos simptomų pasireiškimo dažnį priklausomai nuo praėjusio laiko po buvusio persileidimo; 3) Nustatyti depresijos simptomų sąsają su pacientės sociodemografiniais veiksniais bei klinikinėmis charakteristikomis; 4) Nustatyti sąsajas tarp depresijos simptomų išreikštumo ir dominuojančios asmenybės dimensijos.

Metodika. Tiriamosios pildė autorių sudarytą originalųjį sociodemografinį klausimyną, geriatrinę depresijos skalę ir Didžiojo penketo asmenybės dimensijų skalę. Į analizę įtraukti 104 moterų, patyrusių persileidimą, duomenys. Penkių moterų duomenys į analizę neįtraukti, nes anketa buvo užpildyta neteisingai.

Rezultatai: Depresijos požymiai buvo nustatyti 52,9 proc. apklaustųjų. Depresijos požymiai reikšmingai dažniau diagnozuoti jaunesnėms nei 30 metų (66,7 proc.), gyvenančioms su partneriu (70 proc.) arba (ir) netekėjusioms (100 proc.), neturinčioms biologinių vaikų (72,2 proc.), bei praeityje turėjusioms vieną ar ≥ 2 nėštumo nutraukimus dėl medicininių priežasčių (atitinkamai 75 proc. ir 100 proc.) moterims ($p < 0,05$). 75,0 proc. moterų, dalyvavusių tyrime, buvo patyrusios ankstyvąjį persileidimą, 58,7 proc. persileido savaime, kai vaisius nesivystė. Dažniausiai depresijos požymiai buvo nustatyti praėjus 4-6 mėnesiams po persileidimo (76,9 proc.), rečiausiai – praėjus daugiau nei 2 metams (34,3 proc.) ir iki 1 mėnesio po buvusio persileidimo (36,4 proc.). Analizuojant Didžiojo penketo asmenybių dimensijų skalę, dažniausiai depresijos požymiai buvo nustatyti moterims su neuroziškumo dimensija (81,3 proc.), rečiausiai - moterims su ekstravertiškumo ir atvirumo naujovėms dimensijomis, atitinkamai 33,3 proc. ir 36,9 procento.

Išvados: 1) Depresija po patirto persileidimo buvo nustatyta daugiau nei pusei apklaustų moterų. 2) Dažniausiai depresijos simptomai buvo nustatomi praėjus 4-6 mėnesiams po buvusio persileidimo, rečiausiai - praėjus daugiau kaip 2 metams ir iki 1 mėnesio po persileidimo. 3) Depresijos požymiai dažniau nustatyti jaunesnėms nei 30 metų moterims, gyvenančioms su partneriu arba (ir) netekėjusioms, neturinčioms biologinių vaikų ir turėjusioms nėštumo nutraukimą dėl medicininių priežasčių. 4) Dažniausiai depresijos požymiai buvo nustatyti neuroziškumo dimensiją turinčioms moterims, rečiausiai - moterims su ekstravertiškumo ir atvirumo naujovėms dimensijomis.

2. SUMMARY

Justė Gaižauskaitė. „Women's Emotional State After Miscarriage“.

The research aim is to assess symptoms of depression for women after miscarriage.

Research objectives: 1) To evaluate the frequency of symptoms of depression in women after miscarriage; 2) To evaluate the occurrence of depressive symptoms depending on the time elapsed after the miscarriage; 3) To determine the relationship of depression symptoms with the patient's socio-demographic factors and clinical characteristics; 4) Identify the relationship between the manifestation of depression symptoms and the dominant personality dimension.

Methods: This survey was conducted by a questionnaire. Research objects were women who have experienced miscarriage. The research involved 104 women who agreed to fill in anonymous questionnaires. Participants filled in the sociodemographic questionnaire designed by the authors, the GDS (Geriatric Depression scale) and Big Five personality test

Results: Signs of depression were observed in 52.9% of all respondents. Depressive symptoms were most frequent among women of under 30 years of age (66.7%), women that were living with a partner (70%) or (and) women that were not married (100%), also among women that did not have biological child (72.2%), as well as among women who had experienced one or ≥ 2 induced abortions due to medical reasons in the past (75% and 100% respectively). 75% of respondents experienced early miscarriage, 58.7% had a spontaneous abortion when fetus did not develop. Signs of depression were most frequent among women with 4-6 months of elapsed time after miscarriage (76.9%), least frequent with more than 2 years (34.3%) and up to 1 month (36.4%). Using the Five-Factor Model of Personality, it was found that as much as 81.3% of women with a neuroticism dimension were diagnosed with depressive symptoms, scoring the highest among all five dimensions. Depressive signs were most rarely observed among women with traits of extraversion and openness to experience - 33.3% and 36.9% respectively.

Conclusions: 1) More than half of respondents were diagnosed with depression after having miscarriage. 2) Signs of depression were the most frequent among women with 4-6 months of elapsed time after miscarriage, least frequent with more than 2 years and up to 1 month. 3) Signs of depression were more common among women under 30 years of age, women living with a partner or (and) women that were not married, women without a biological child and women who had previously experienced a termination of pregnancy due to medical reasons. 4) Signs of depression were the most frequent among women with a neuroticism dimension, least frequent among women with traits of extraversion and openness to experience.

3. PADĖKA

Norėčiau padėkoti savo magistrinio darbo vadovui Dr. Algirdui Jarui ir konsultantei Doc. Dr. Kristinai Jarienei už suteiktą pagalbą, magistrinio darbo atlikimo metu ir malonų bendradarbiavimą.

4. INTERESŲ KONFLIKTAS

Interesų konflikto nebuvo.

5. ETIKOS KOMITETO LEIDIMAS

Leidimą tyrimui atlikti išdavė Lietuvos Sveikatos mokslų universiteto Bioetikos centras, leidimo numeris BEC-MF-236, leidimas išduotas 2019 metų sausio 16 dieną.

6. SANTRUMPOS

PSO - Pasaulinė sveikatos organizacija

LSMU - Lietuvos Sveikatos mokslų universitetas

HAM-D-17 - Hamiltono depresijos skalė

Proc. - procentai

7. SĄVOKOS

Persileidimas – pagal PSO, tai priešlaikinis vaisiaus netekimas iki 22 nėštumo savaitės, kurio svoris mažesnis nei 500g [1].

Ankstyvasis persileidimas - persileidimas įvykęs iki 12 nėštumo savaitės.

Vėlyvasis persileidimas - persileidimas įvykęs nuo 12 nėštumo savaitės iki 21 savaitės + 6 dienų nėštumo.

Nėštumo nutraukimas - asmens sveikatos priežiūros įstaigoje moters prašymu iki 12 nėštumo savaitės gydytojo dirbtinai nutrauktas nėštumas [2].

Nėštumo nutraukimas dėl medicininių indikacijų - tai gydymo įstaigoje nutrauktas didesnis nei 12 savaičių nėštumas, kai jis gresia moters gyvybei ir sveikatai [2].

Depresija - psichikos simptomų derinys, pasireiškiantis prislėgta nuotaika, malonumo jausmo praradimu, energijos ir aktyvumo sumažėjimu [3].

Aneuploidija - pakitęs chromosomų rinkinys, kai vienos jų arba kelių chromosomų iš įprasto chromosomų rinkinio nėra arba yra papildomų jos kopijų.

Negimdinis nėštumas - tai nėštumas, kuris vystosi ne gimdos ertmėje [4].

Negyvagimis - Lietuvoje laikomas naujagimis, kuris nerodo jokių gyvybės ženklų (nėra kvėpavimo, širdies veiklos, judesių) ir kuris gimsta negyvas po 22 + 0 d. nėštumo savaitės arba, o jei nėštumo laikas neaiškus, negyvas gimęs naujagimis sveria 500 gramų ir daugiau [5]

Pirmasis nėštumo trimestras - prasideda nuo pirmos paskutinių mėnesinių dienos ir tęsiasi iki 13 nėštumo savaitės [4].

8. ĮVADAS

Persileidimas yra dažniausia nėštumo komplikacija, su kuria susiduria 1 iš 4 moterų [6]. Moterys, patyrusios persileidimą, išgyvena netektį, todėl ši komplikacija neretai yra lydimą visų gedulo stadijų: neigimo, pykčio, derybų, liūdesio ir susitaikymo. Dauguma išgyvena netektį patys ir profesionalios pagalbos neieško, tačiau daliai žmonių netektis gali sukelti neigiamą įtaką sveikatai. Netektis gali sukelti tokius psichikos sutrikimus kaip potrauminio streso sindromą ar depresiją [7].

Depresija - tai dažna psichikos liga, kuri neigiamai veikia į žmonių savijautą, jų mąstymą ir elgesį [8]. Europoje kiekvienais metais apie 7 proc. žmonių kenčia nuo sunkios depresijos, 25 proc. - nuo nerimo sutrikimų ir lengvesnės depresijos formos. Depresija yra dažnesnė tarp moterų nei vyrų, atitinkamai 5,1 proc. ir 3,6 proc. [9].

Tyrimų duomenimis, nuo 8,9 proc. iki 34,1 proc. moterų, patyrusių persileidimą, diagnozuojama depresija ar nerimo sutrikimai [10, 11, 12]. Jei moterys patiria persileidimą tris ir daugiau kartų, depresija joms diagnozuojama 4 kartus, o ūmus stresas - 2 kartus dažniau, lyginant su moterimis, kurios pasikartojančių persileidimų nėra patyrusios [13].

Įvykus persileidimui, specialisto konsultacijos galėtų padėti atrinkti moteris, kurios turi riziką ar jau turi psichologinių problemų. Taip galima būtų greičiau ir konstruktyviau padėti moteriai susitvarkyti su neigiamomis emocijomis, kontroliuoti pacientės psichologinę būseną ar sumažinti neigiamą persileidimo įtaką jos gyvenimui, santykiams su artimaisiais ir draugais bei darbingumui.

Moterims, patyrusioms persileidimą, reikėtų rekomenduoti psichologo ar psichoterapeuto konsultaciją. Taikant tarpasmeninę psichoterapiją, vertinant pagal Hamiltono depresijos skalę (HAM-D-17), po patirto persileidimo pasiekiamas žymus subsindrominės depresijos simptomų sumažėjimas [14].

Emocinių sutrikimų vertinimo tyrimai, įvykus įvairioms neigiamoms klinikinėms situacijoms, pasaulyje yra atliekami dažnai. Lietuvoje atliktų, publikuotų ir viešai skelbiamų tyrimų, kurie vertintų moters emocinę būklę patyrus persileidimą, neradome.

Šiuo tyrimu siekėme nustatyti depresijos požymių pasireiškimo dažnį ir jų išreikštumą moterims, patyrusioms persileidimą, palyginti jį su įvairiais sociodemografiniais veiksniais (amžiumi, išsilavinimu, šeimynine padėtimi, vaikų skaičiumi, ginekologine anamneze), nustatyti sąsajas su praėjusiu laiku po persileidimo bei įvertinti ar šioms pacientėms buvo suteikta psichologinė pagalba.

9. DARBO TIKSLAI IR UŽDAVINIAI

Tikslas:

Įvertinti depresijos simptomus ir jų dažnį moterims, patyrusioms persileidimą.

Uždaviniai:

1. Įvertinti depresijos simptomų pasireiškimo dažnį moterims po patirto persileidimo.
2. Įvertinti depresijos simptomų pasireiškimo dažnį priklausomai nuo praėjusio laiko po buvusio persileidimo.
3. Nustatyti depresijos simptomų sąsają su pacientės sociodemografiniais veiksniais bei klinikinėmis charakteristikomis.
4. Nustatyti sąsajas tarp depresijos simptomų išreikštumo ir dominuojančios asmenybės dimensijos.

10. LITERATŪROS APŽVALGA

10.1 Persileidimas, jo paplitimas ir etiologija

Persileidimas – pagal PSO, tai priešlaikinis vaisiaus netekimas iki 22 nėštumo savaitės, kurio svoris yra mažesnis nei 500g [1]. Jis skirstomas į ankstyvąjį, kuris įvyko iki 12 nėštumo savaitės ir vėlyvąjį, kuris įvyko nuo 12 nėštumo savaitės iki 21 savaitės + 6 dienų nėštumo. Persileidimas yra dažniausia nėštumo komplikacija. Persileidimo dažnis svyruoja nuo 10 proc. iki 20 proc. visų kliniškai nustatytų nėštumų [5, 15, 16]. Maždaug trečdalis visų nėštumų nutrūksta per pirmas šešias savaites po paskutinių mėnesinių ir šie nėštumai dažnai nėra diagnozuojami [17]. Didžioji dalis persileidimų įvyksta dar pirmojo trimestro metu ir tik 1 proc. įvyksta po 12 nėštumo savaitės [18].

Vaisingų moterų amžius koreliuoja su nėštumo netekties dažniu. Mažiausia persileidimo rizika yra 25-29 metų moterims (10 proc.). Rizika reikšmingai didėja vyresnėms nei 30-ies metų, o 45-erių ir vyresnio amžiaus moterims rizika siekia 53 proc. [19]. Juodaodės moterys persileidimą patiria dažniau, nei kitų etninių grupių moterys [17].

Dažniausios persileidimo priežastys yra aneuploidija (60 proc.), gimdos struktūriniai pakitimai, trombofilija bei endokrininiai ir autoimuniniai sutrikimai [15]. Aliekant choriono tyrimus, 60,6 proc. pastojimo metu vyresnių nei 40 metų moterų persileidimo priežastis buvo chromosominiai vaisiaus pakitimai. Dažniausiai buvo rasta 22 ir 16 chromosomos trisomija [20, 21].

10.2 Depresijos ir kitų psichikos sutrikimų paplitimas tarp moterų, patyrusių persileidimą

Depresija – tai liga, kuriai yra būdingi šie pagrindiniai simptomai: liūdna nuotaika, sumažėję interesai ir pasitenkinimas, sumažėjusi energija, padidėjęs nuovargis bei sumažėjęs aktyvumas. Taip pat gali būti papildomų simptomų: susilpnėjusi koncentracija ir dėmesys, sumažėjęs savęs vertinimas ir pasitikėjimas savimi, kaltės ir bevartiškumo idėjos, niūrus ir pesimistinis ateities įsivaizdavimas, savęs žalojimo ar savižudybinės idėjos arba veiksmai, sutrikęs miegas bei sumažėjęs apetitas. Depresija yra skirstoma į lengvą, vidutinę ir sunkią. Lengvai depresijai yra būdinga tai, kad pasireiškia pagrindiniai simptomai ir nors du iš papildomų simptomų, bet nei vienas iš jų nėra stipriai išreikšti ir trunka ilgiau nei dvi savaites [3].

Pastaruoju metu yra atliekama vis daugiau tyrimų, siekiant nustatyti depresijos sąsajas su sociodemografiniais veiksniais ir klinikinėmis būklėmis. Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, daugiau kaip 300 milijonų įvairaus amžiaus žmonių (4 proc. visos populiacijos) kenčia nuo depresijos ir tai yra viena iš dažniausių nedarbingumo priežasčių.

2017 metais atliktos metaanalizės duomenimis (83 tyrimai, 41 344 asmenys, apsilankę gydymo įstaigose), depresija ar depresijos simptomai buvo nustatyti 27 proc. tiriamųjų. Aštuoni

tyrimai iš 83, buvo atlikti akušerijos ir ginekologijos skyriuose. Depresijos ar depresijos simptomai buvo nustatyti 25 proc. apklaustųjų [22].

PSO duomenimis, depresija dažniau nustatoma moterims (5,1 proc.) [4]. 2018 metais atliktos metaanalizės duomenimis (90 tyrimų analizė), moterys ir vyrai atitinkamai depresija sirgo 14,4 proc. 11,5 proc. [23].

Persileidimas yra sunkus emocinis išgyvenimas, kuris neretai lydimas depresijos [20]. Nuo 3 proc. iki 27 proc. moterų, kurios patiria persileidimą, po trijų mėnesių nustatomi depresijos kriterijai, kurių dažnis mažėja ilgėjant laiko intervalui po buvusio persileidimo [24, 25, 26, 27].

Moterys neretai persileidimą supranta ir išgyvena kaip laukto kūdikio mirtį. Sielvartas yra normali reakcija į netektį ir dažniausiai praeina po 3-4 mėnesių po patirto persileidimo, tačiau kai kuriais atvejais jis gali užsitęsti ar sąlygoti depresiją [24]. Kadangi kai kurie depresijos ir sielvarto simptomų yra panašūs, depresija kartais lieka nediagnozuojama.

Nerimo sutrikimai taip pat dažni tarp moterų, patyrusių persileidimą. Neretai nerimo sutrikimai būna kartu su depresija ir juos ne visada lengva atskirti. Depresijos ir nerimo sutrikimai geriau diferencijuojami, kai vertinamos klinikinės depresijos ir nerimo skalės. Iki 34 proc. moterų per pirmąjį mėnesį po persileidimo patiria vidutinio sunkumo ar sunkų nerimą, po 3 mėnesių nerimo sutrikimai nustatomi 24 proc. tiriamųjų [26]. Nerimo ir depresijos sutrikimai reikšmingai dažniau nustatomi ir sekančio nėštumo pirmojo trimestro metu [28].

Potrauminio streso sindromas pasireiškia kaip pavėluota ar užsitęsusi reakcija į pavojingą ar katastrofišką stresogeninį poveikį po jo praėjus ne mažiau kaip 6 mėnesiams. Dažniausi šio sindromo požymiai yra pakartotinas įvykio išgyvenimas mintyse, sapnuose ar košmaruose, dirglumas, nemiga, nerimas, depresija ir mintys apie savižudybę. Rizika įgyti potrauminio streso sindromą moterims po persileidimo yra 26 – 28 proc. [26, 29].

Persileidimas yra sunkus išgyvenimas ne tik moteriai, bet ir jos partneriui. Nerimo simptomai nustatomi 12,4 proc., o depresija – 4 proc. vyrų, kurių partnerės patyrė persileidimą [24, 30].

Apibendrinant, moterys, patyrusios persileidimą, turi didesnę riziką psichikos sutrikimams, o depresija yra viena dažniausių psichopatologijų jų tarpe. Prislėgta nuotaika, sumažėjęs darbingumas ir pasitenkinimo lygis yra žalingi ne tik moters emocinei būklei, bet ir jos gyvenimo kokybei.

10.3 Didžiojo penketo asmenybės dimensijos bei jų sąsaja su depresija

Didžiojo penketo asmenybės dimensijos yra populiariausias tyrimo metodas, tyrinėjant asmenybės bruožus. Jis remiasi tuo, kad visos asmenybės yra susijusios su penkiomis pagrindinėmis dimensijomis. Ekstravertiškumas - jam būdingos pozityvios emocijos, energija bei gebėjimas lengvai

rasti kontaktą su aplinkiniais. Sąmoningumas - apibūdinamas gebėjimu planuoti, ambicingumu, tinkamų sprendimų priėmimu bei gebėjimu nepasiduoti pagundoms. Nuoširdumas - būdingas nekonfliktuojantiems, harmoningiems, paslaugiams žmonėms. Neuroziškumas - jam būdingos intensyvios ir dažnos neigiamos emocijos, dirglumas. Atvirumas naujovėms - apibūdinamas kūrybingumu bei intelektualumu.

Lyginant asmenybių dimensijų pasiskirstymą tarp lyčių, moterims yra būdingesnės neuroziškumo, sąmoningumo ir nuoširdumo dimensijos, o vyrams - ekstravertiškumas ir atvirumas naujovėms [31].

Neuroziškumo dimensija yra siejama su žemesne saviverte ir silpnesniu prisitaikymu prie stresogeninių sąlygų [31, 32]. Žmonių gebėjimas susidoroti su stresu yra susijęs su kiekvieno žmogaus individualiu jautrumu ir gynybos mechanizmų veikla. Pagal R.S. Lazarus ir S. Folkman (1984 m.) streso suvokimas ir įveikos būdai labai priklauso nuo individualaus požiūrio į streso mastą. Jų pasiūlytoje teorijoje yra pateikiami trys įveikos būdai: 1). vengimas - tai streso neigimas ir atsisakymas keisti požiūrį, elgesį ar emocinį atsaką į situaciją; 2). aktyvi įveika arba į priežastį nukreiptas požiūris, kai imamasi specifinių priemonių šiai situacijai išspręsti; 3). pasyvi įveika, kuri yra nukreipta į emocijas [33]. Pastebėta, kad moterys dažniau nei vyrai renkasi į emocijas nukreiptą streso įveiką, kuri koreliuoja su neuroziškumo dimensija [31], o pats neuroziškumas - su blogesniu prisitaikymu prie streso [32]. Žmonės, turintys sąmoningumo dimensiją, dažniau rinksis į priežastį nukreiptą streso įveikos metodą [31].

Visos Didžiojo penketo asmenybės dimensijos skirtingai koreliuoja su emocine, psichologine ir socialine gerove, psichine sveikata ir psichopatologijomis. Nustatyta, kad ekstravertiškumas yra siejamas su geresne psichologine ir socialine gerove, atvirumas naujovėms - su teigiama psichologine būseną, o sąmoningumui patikimų koreliacijų su šiais aspektais nustatyta nebuvo. Neuroziškumas turi neigiamos įtakos emociniam gerbūviui ir teigiamai koreliuoja su psichopatologijomis, o ekstravertiškumas ir nuoširdumas teigiamai koreliuoja su psichine sveikata [34].

Jourdy R. su bendraautorais bei P. Spinhoven su bendraautorais atliko tyrimus, siekiant nustatyti asmenybės dimensijų sąsają su depresija ir nerimu. Abiejų tyrimų duomenimis, depresija ir nerimas yra būdingiausi žmonėms su neuroziškumo dimensija, o rečiausiai šie sutrikimai nustatomi tiriamiesiems su ekstravertiškumo ar atvirumo naujovėms dimensijomis [35, 36].

Apibendrinant, Didžiojo penketo asmenybių dimensijų skalė gali būti naudinga siekiant atrinkti asmenis, kurie turi didesnę riziką patirti psichologinius sunkumus.

11. TYRIMO METODIKA

11.1 Tyrimo organizavimas, tyrimo objektas ir tiriamųjų atranka

Gavus LSMU Bioetikos centro leidimą (Nr. BEC-MF-236), 2019 metų vasario - balandžio mėnesiais atliktas tyrimas, kurio metu buvo apklausiamos moterys, patyrusios persileidimą. Visos tiriamosios buvo supažindintos su tyrimo tikslu ir informuojamos, kad anketa yra anoniminė, todėl jų asmeniniai kontaktiniai duomenys viešinami nebus. Tyrimo objektas - moterys, patyrusios persileidimą, kalbančios ir suprantančios lietuviškai. Apklaustos 109 moterys, 5 anketos buvo netinkamai užpildytos, todėl į tolimesnę duomenų analizę neįtrauktos. Galutinei duomenų analizei buvo naudojamos 104 tiriamųjų anketos (95,5 proc.).

11.2 Tyrimo metodai

Tiriamosios pildė autorių sudarytą originalųjį sociodemografinį klausimyną, Yesevage'o geriatrinę depresijos skalę depresiškumo simptomų sunkumui įvertinti ir Didžiojo penketo asmenybės dimensijų skalę, skirtą įvertinti pacienčių dominuojančią asmenybės dimensiją. Sociodemografiniame klausimyne buvo klausama amžiaus, gyvenamosios vietos (miestas, kaimas), išsilavinimo, šeimyninės padėties, užimamų pareigų, biologinių ir įsivaikintų vaikų skaičiaus, ginekologinės anamnezės dėl išnešio, bet negyvo vaisiaus gimdymo, negimdinių nėštumų, nėštumo nutraukimų skaičiaus.

Geriatrinę depresijos skalę buvo sukurta 1982 metais J.A. Yesevage ir T. Brink JAV Standfordo universiteto medicinos centre. Pirminėje versijoje buvo 100 klausimų, skirtų depresijai nustatyti. Į klausimus atsakoma „Taip“ arba „Ne“. Visi 100 klausimų buvo įvertinti tyrime, naudojant Hamiltono depresijos vertinimo skalę ir Zungo savęs įvertinimo depresijos skalę. Iš 100 klausimų atrinkti 30, labiausiai atspindintys depresiją. 30 klausimų skalė vadinama pilna GDS versija. Skalės jautrumas ir specifiškumas - apie 70 proc. Vertinimas: jei balų suma yra <10 - depresijos požymių nėra, ≥ 10 , bet <20 - lengvos depresijos požymiai, surinkus ≥ 20 taškų - įtariama sunki depresija [37].

Didžiojo penketo asmenybės dimensijų skalė yra pats populiariausias metodas, tyrinėjant asmenybės bruožus. „Didžiojo penketo“ terminą 1981 metais pasiūlė amerikiečių psichologas Goldbergas, apibendrindamas prieš tai atliktus tyrinėjimus šioje srityje ir remdamasis hipoteze, kad patys ryškiausi ir socialiai svarbiausi asmenybių skirtumai yra užšifruoti šnekamojoje kalboje vartojamuose žodžiuose, apibūdinant save ir kitus. Didžiojo penketo asmenybės dimensijos yra: ekstraversija (būdinga draugiškiems, aktyviems, atkakliems asmenims), sąmoningumas (būdingas organizuotiems, patikimiems, atsakingiems asmenims), nuoširdumas (būdingas paslaugiems, atlaidiems, patikliems asmenims), neuroziškumas (būdingas dirgliems, irzliems, impulsyviems asmenims), atvirumas naujovėms (būdingas intelektualiams, lakios vaizduotės ir laisvo mąstymo

asmenims). Asmenybės dimensijos apsprendžia mūsų elgesio tipą, reakcijų į aplinką pobūdį ir turi įtakos mūsų sveikatai. Pasaulyje plačiai atliekami tyrimai ieškant ryšio tarp asmenybės dimensijų ir psichikos bei somatinių ligų. Vertinama kiekviena asmenybės dimensija atskirai, sudedant skirtingų būdvardžių porų derinių atsakymų balų aritmetinė suma, išskyrus pažymėtus „Atvirkščiai“, kurie vertinami atvirkščiai: „7“ atitinka „1“, „6“ – „2“, „5“ – „3“, įvertinimas „4“ nekeičiamas. Nustatoma vyraujanti asmenybės dimensija, kurios surinktų balų aritmetinė suma yra didžiausia [38].

11.3 Duomenų analizės metodai

Statistinė duomenų analizė buvo atliekama programa „Microsoft Office Excel 2013“ su jos papildomu įrankiu „Data Analysis ToolPak“ ir IBM SPSS Statistics programa.

Analizuojant duomenis kiekybiniai požymiai buvo apskaičiuojami panaudojant jų reikšmių vidurkį ir standartinę nuokrypį (SN). Kokybiniai požymiai aprašyti pateikiant jų reikšmių dažnį ir procentus. Ar kiekybinių požymių reikšmės lyginamosiose populiacijose yra pasiskirsčiusios pagal normalųjį (Gauso) skirstinį tikrinta taikant Šapir'o – Wilk'o kriterijų. Lyginant kokybinius duomenis naudotas Chi kvadrato testas, skaičiuojant pagal Pirsono formulę, bei tikslusis Fišerio kriterijus. Skirtumai bei ryšys tarp požymių reikšmių laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$.

12. TYRIMO REZULTATAI

12.1 Bendrieji sociodemografiniai duomenys

Tyrime analizuoti 104 moterų, kurios buvo patyrusios persileidimą, duomenys. Jauniausia respondentė buvo 18 metų, vyriausia - 49 metų. 81,7 proc. tiriamųjų buvo jaunesnės nei 35 metų, 58,7 proc. turėjo aukštąjį išsilavinimą ir 63,5 proc. buvo dirbančios ir užimančios nevadovaujančias pareigas. 74,0 proc. moterų buvo ištekęjusios, 34,6 proc. neturėjo biologinių vaikų (Lentelė Nr.1).

1 lentelė. Bendrieji sociodemografiniai ir anamnezės duomenys (n=104)

Demografiniai duomenys	Tiriamųjų pasiskirstymas Vidurkis $\pm$ SN arba N (%)
Amžius	30,29 $\pm$ 5,90
<30	42 (40,4)
30-35	43 (41,3)
>35	19 (18,3)
Išsilavinimas	
Aukštasis	61 (58,7)
Nebaigtas vidurinis	8 (7,7)
Vidurinis	20 (19,2)
Profesinis	6 (5,8)
Kita	9 (8,7)
Šeimyninė padėtis	
Ištekęjusi	77 (74,0)
Gyvenu su partneriu	20 (19,2)
Netekėjusi	3 (2,9)
Vieniša	1 (1,0)
Kita	3 (2,9)
Pareigos	
Dirbu, užimu nevadovaujančias pareigas	66 (63,5)
Dirbu, užimu vadovaujančias pareigas	11 (10,6)
Esu bedarbė	15 (14,4)
Kita	12 (11,5)
Biologinių vaikų skaičius	1,16 $\pm$ 1,05
Neturi	36 (34,6)
1	27 (26,0)
2	31 (29,8)
>2	10 (9,6)
Gimdė išnešiotą, bet negyvą vaisių	
Taip, vieną	9 (8,7)
Ne	95 (91,3)
Patirtas negimdinis nėštumas	0,34 $\pm$ 0,62
Ne	76 (73,1)
Taip, vieną	22 (21,2)
Taip, 2 ir daugiau	6 (5,8)
Nėštumo nutraukimas	
Ne	80 (76,9)
Taip, vieną kartą	9 (8,7)
Taip, du ir daugiau kartų	3 (2,9)
Taip, vieną kartą dėl medicininių priežasčių	8 (7,7)
Taip, du ir daugiau kartų dėl medicininių priežasčių	4 (3,8)

12.2 Tiriamųjų persileidimo klinikinė charakteristika

75 proc. apklaustų moterų buvo patyrusios ankstyvąjį persileidimą, 58,7 proc. persileido savaime, kai vaisius nesivystė. 29,8 proc. moterų patyrė persileidimą 6 mėnesių iki apklausos laikotarpyje, 36,6 proc. – nuo 7 iki 12 mėnesių imtinai, 33,7 proc. persileido prieš 2 metus ir daugiau. 96,2 proc. moterų pastojo natūraliai, 81,7 proc. nėštumą planavo.

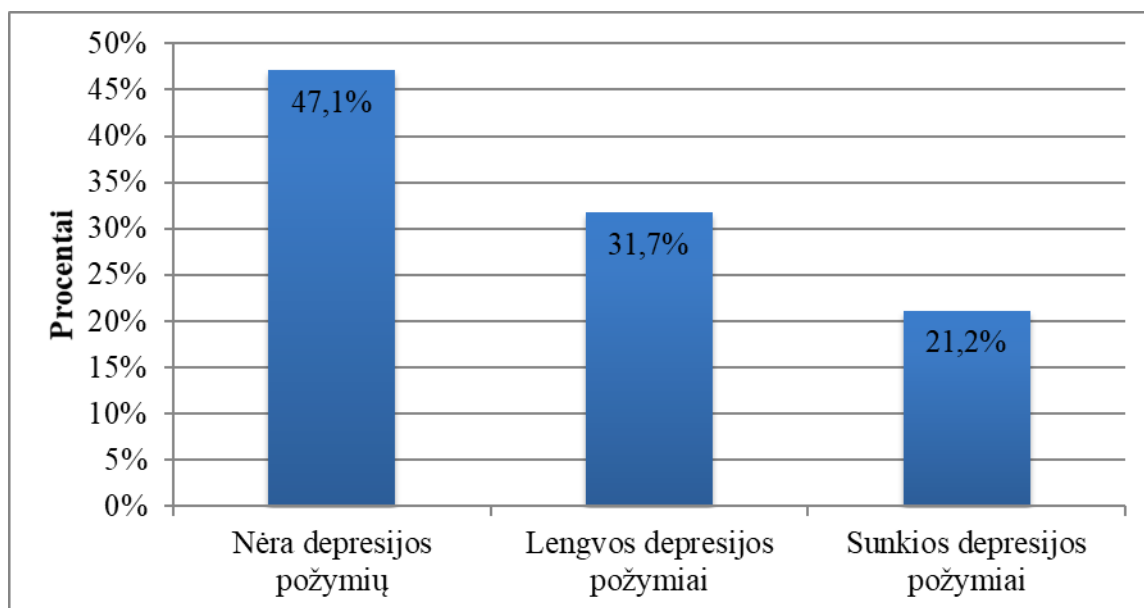
91,3 proc. respondenčių po patirto persileidimo negavo nei psichologinės, nei socialinės pagalbos. 56,7 proc. manė, kad psichologo ar socialinio darbuotojo konsultacijos joms būtų buvusios reikalingos (Lentelė Nr. 2).

2 lentelė. Tiriamųjų informacija apie persileidimą ir suteiktą pagalbą (n=104)

Patirti persileidimai	
Ankstyvasis	78 (75,0)
Vėlyvasis	16 (15,4)
Nežino kelių savačių nėštumas buvo	4 (3,8)
Ankstyvasis ir vėlyvasis	6 (5,8)
Ar persileidimas buvo savaiminis	
Ne, nėštumas buvo nutrauktas chirurginiu būdu	13 (12,5)
Taip, persileidau, kai vaisius nesivystė	61 (58,7)
Taip, persileidau nors vaisius buvo gyvas	20 (19,2)
Ne, persileidimas buvo sužadintas vaistais	10 (9,6)
Prieš kiek laiko patirtas persileidimas, mėn.	33,87 ± 45,87
Iki 1 mėnesio	11 (10,6)
1-3 mėnesiai	7 (6,7)
4-6 mėnesiai	13 (12,5)
7-12 mėnesių	19 (18,3)
13-24 mėnesiai	19 (18,3)
Daugiau nei 24 mėnesiai	35 (33,7)
Ar nėštumas buvo planuotas	
Taip	85 (81,7)
Ne	19 (18,3)
Kokiu būdu buvo pastota	
Natūraliai	100 (96,2)
Naudojomės intrauterinės inseminacijos procedūra	1 (1,0)
Naudojomės in vitro fertilizacijos metodu	3 (2,9)
Ar gavote psichologinę ir (ar) socialinę pagalbą po įvykusių persileidimų?	
Ne, negavau jokios pagalbos	95 (91,3)
Taip, mane konsultavo psichologas	2 (1,9)
Taip, mane konsultavo socialinis darbuotojas	2 (1,9)
Konsultavo gydytoja	1 (1,0)
Pagalbos nereikėjo	4 (3,8)
Jei jus konsultavo psichologas ir (ar) socialinis darbuotojas, ar šių konsultacijų užteko?	
Taip, man labai padėjo	1 (1,0)
Ne, konsultacijos buvo bevertės	1 (1,0)
Negavau jokių konsultacijų, buvau palikta viena	49 (47,1)
Mane labiausiai palaikė mano šeima	53 (51,0)
Ar padėjo, jeigu konsultavo psichologas ir (arba) socialinis darbuotojas	
Taip	1 (25,0)
Ne	3 (75,0)
Jei konsultacijos negavote, kaip manote, ar ji Jums būtų buvusi reikalinga?	
Ne, susitvarkiau pati, pagalbos nereikėjo	40 (38,5)
Taip, jaučiausi blogai, man reikėjo pagalbos	59 (56,7)

12.3 Depresijos simptomų sąsaja su sociodemografiniais veiksniais bei klinikinėmis charakteristikomis

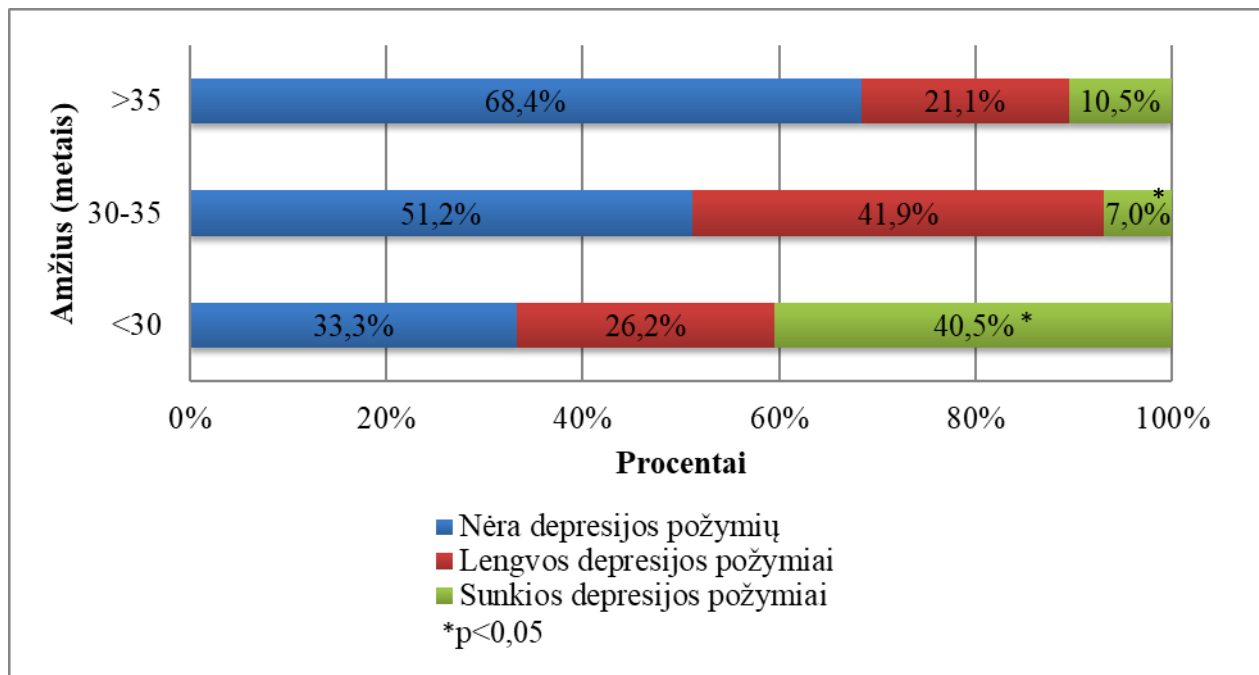
Depresijos požymių paplitimas, vetinant pagal GDS, pateikiamas 1 paveiksle.



1 pav. Depresijos požymių paplitimas tarp moterų patyrusių persileidimą (n = 104)

Apskaičiavus vidurkį ir standartinę nuokrypį, gauti tokie rezultatai: lengvos depresijos požymių vidurkis - $13,56 \pm 2,63$ ($GDS \geq 10 < 20$), sunkios depresijos požymių - $24,64 \pm 2,82$ ($GDS \geq 20$), o kai nėra depresijos požymių vidurkis ir standartinis nuokrypis buvo $5,70 \pm 2,33$ ($GDS < 10$).

Depresijos požymių išreikštumas tarp skirtingų amžiaus grupių pavaizduotas 2 paveiksle.

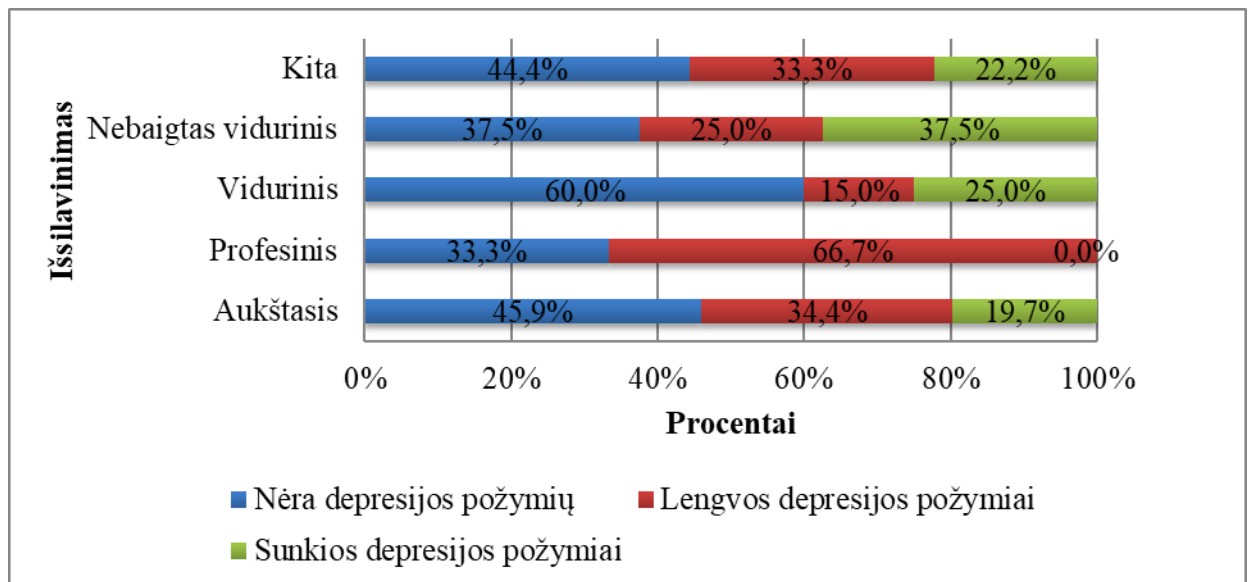


2 pav. Depresijos požymių išreikštumas tarp skirtingų amžiaus grupių (n=104).

** p<0,05, kai lygintas depresijos požymių paplitimas skirtingose kategorijose pagal respondenčių amžių: iki 30 metų, 30-25 metų imtinai bei virš 35 metų.*

Buvo palygintas depresijos požymių pasireiškimas tarp persileidimą patyrusių moterų, suskirstant jas į skirtingas amžiaus grupes – iki 30 metų, 30 – 35 metų, bei daugiau nei 35 metų. Nustatytas statistiškai reikšmingas depresijos požymių išreikštumo ryšys tarp skirtingų amžiaus grupių ($\chi^2=18,67$; $lfs=4$; $p=0,001$; $\Phi=0,42$). Dažniausias depresijos požymių pasireiškimas nustatytas tarp moterų, kurių amžius iki 30 metų (66,7 proc.). Rečiausiai depresijos požymiai fiksuoti moterims, vyresnėms nei 35 metai (31,6 proc.) (2 pav.).

Depresijos požymių priklausomybė nuo įgyto moterų išsilavinimo pavaizduota 3 paveiksle.

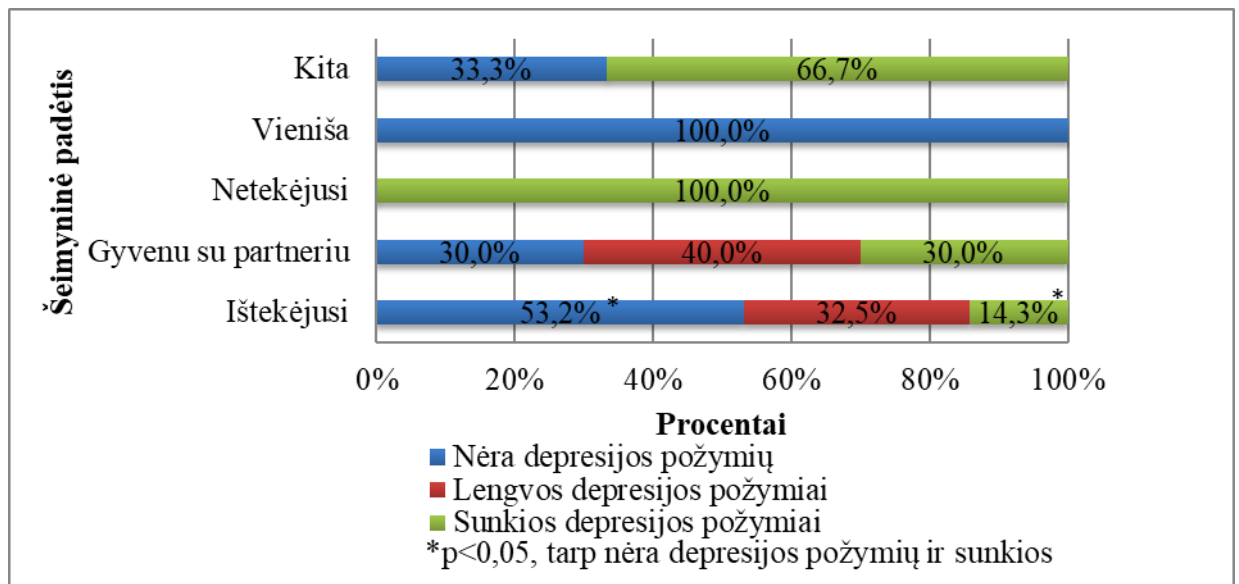


3 pav. Depresijos požymių priklausomybė nuo įgyto išsilavinimo (n=104, p>0,05)

** lygintas depresijos požymių paplitimas 5 skirtingose kategorijose pagal respondentės turimą išsilavinimą: aukštasis, profesinis, vidurinis, nebaigtas aukštasis bei kita, p>0,05*

Taip pat buvo vertinta apklausoje dalyvavusių moterų depresijos požymių pasireiškimo priklausomybė nuo įgyto išsilavinimo. Apklausos duomenys rodo, kad dažniausiai depresijos požymiai pasireiškė moterims, kurios buvo įgijusios profesinį išsilavinimą, (66,7 proc.), rečiausiai šie požymiai fiksuoti moterims su viduriniu išsilavinimu (40 proc.). Vis dėlto, statistškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nenustatyta ($\chi^2=7,957$; $lfs=8$; $p=0,50$).

Depresijos požymių sąsaja su šeimynine padėtimi pateikiama 4 paveiksle.

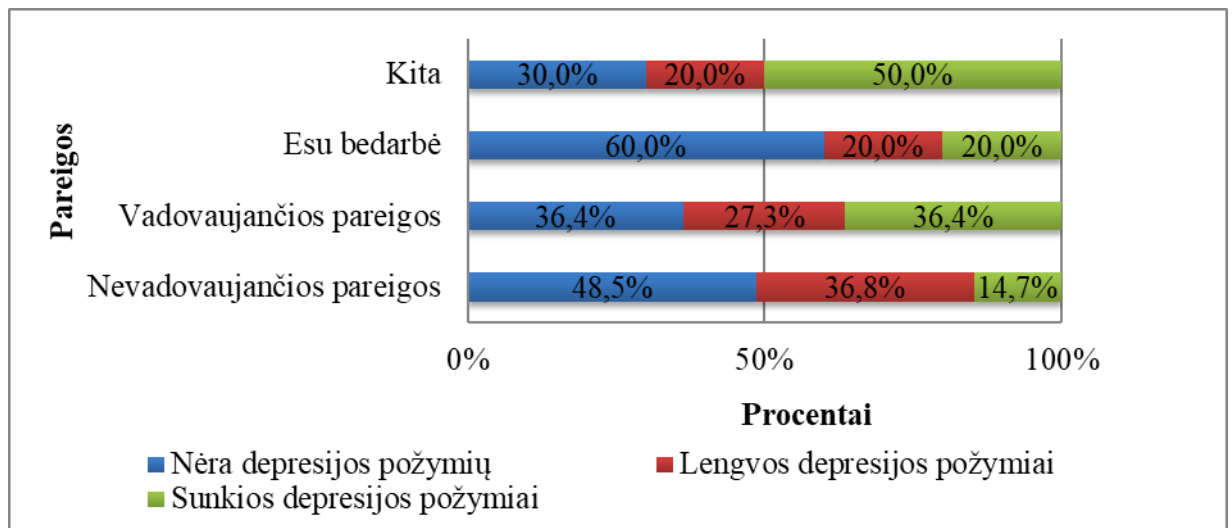


4 pav. Depresijos požymių sąsaja su šeimynine padėtimi (n=104, p<0,05)

* lygintas depresijos požymių paplitimas 5 skirtingose kategorijose pagal respondentės šeimyninę padėtį: ištekėjusi, gyvenanti su partneriu, netekėjusi, vieniša bei kita, p<0,05

Statistiškai reikšmingi skirtumai ($\chi^2=21,074$; lls=8; p=0,01) nustatyti išanalizavus depresijos požymių sąsają su šeimynine padėtimi. 74 proc. arba 77 iš 104 apklaustųjų nurodė, kad yra ištekėjusios, o šioje grupėje nustatyti lengvos arba sunkios depresijos požymiai buvo 36 moterims, arba 46,8 proc. Likusioms 53,2 proc. ištekėjusių moterų depresijos požymiai nenustatyti. Iš trijų moterų, atsakiusių, kad yra netekėjusios, visos trys (arba 100 proc.) turėjo sunkios depresijos požymius, kai tuo tarpu vienintelė iš apklaustųjų, kuri savo šeimyninę padėtį nurodė kaip „vieniša“, depresijos požymių neturėjo (4 pav.)

Depresijos požymių išreikštumo sąsajos su užimamomis pareigomis pateiktos 5 paveiksle.

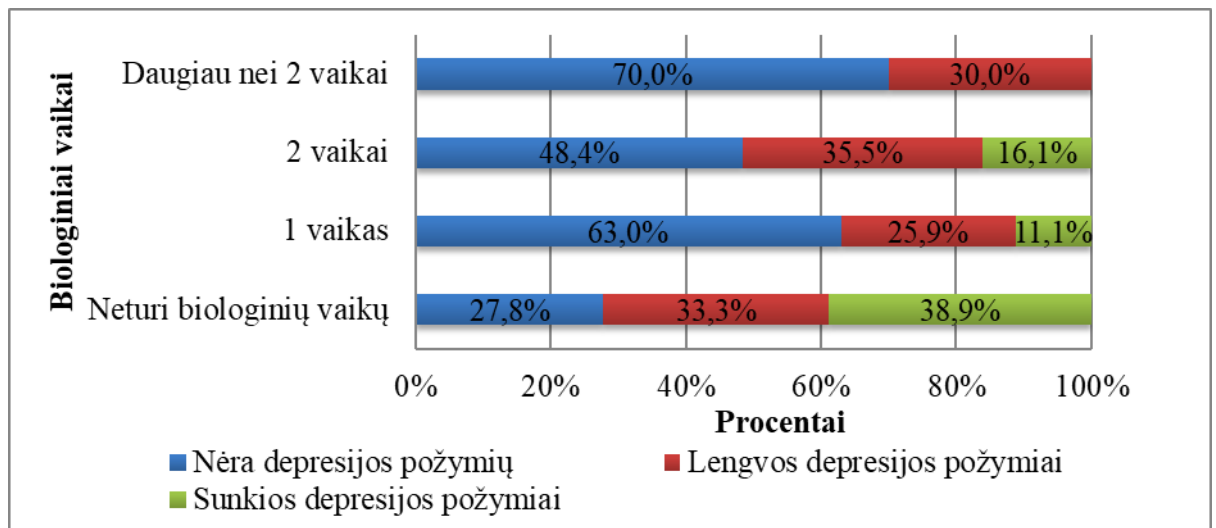


5 pav. Depresijos požymių išreikštumas palyginus su užimamomis pareigomis (n=104, $p>0,05$)

** lygintas depresijos požymių paplitimas 4 kategorijose pagal respondentės užimamas pareigas: užimančios nevadovaujančias pareigas, užimančios vadovaujančias pareigas, bedarbės bei kita, $p>0,05$*

Siekiant nustatyti moterų užimamų pareigų įtaką depresijos požymiams, analizuotas depresijos požymių pasireiškimo dažnis skirtingose užimamų pareigų kategorijose. Apklaustų dirbančių moterų (n=79) duomenimis, tiriamosioms, kurios užima vadovaujančias pareigas, depresijos požymiai nustatyti 63,7 proc., iš kurių 36,4 proc. – sunkios depresijos požymiai, o moterims, kurios užima nevadovaujančias pareigas, atitinkamai 51,5 proc. bei 14,7 proc. Tarp nedirbančių moterų, 40 proc. nustatyti depresijos požymiai. Stebimi skirtumai nėra reikšmingi statistiškai ($\chi^2=9,628$; $lfs=6$; $p=0,20$).

Vertintų depresijos požymių sąsajų su biologinių vaikų skaičiumi rezultatai pateikiami 6 paveiksle.

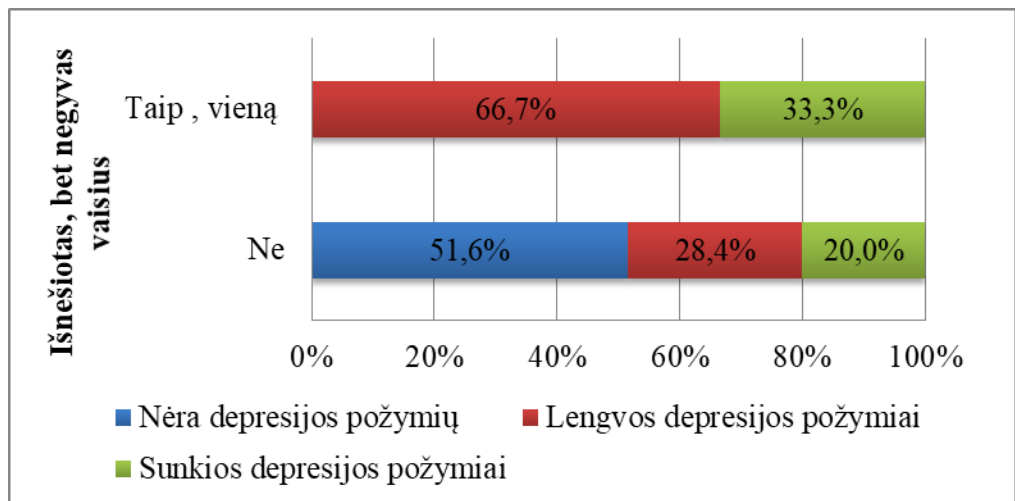


6 pav. Depresijos požymių priklausomybė pagal biologinių vaikų skaičių (n=104, $p<0,05$)

** lygintas depresijos požymių paplitimas 4 skirtingose kategorijose pagal respondentės turimų biologinių vaikų skaičių: neturinčios biologinių vaikų, turinčios 1 biologinį vaiką, turinčios 2 biologinius vaikus bei turinčios daugiau nei 2 biologinius vaikus, $p<0,05$*

Nustatyta, kad dažniausiai depresijos požymiai nustatyti tarp moterų, kurios neturi biologinių vaikų (72,2 proc.). Šioje kategorijoje taip pat ir didžiausias sunkios depresijos požymių aptinkamumas (38,9 proc.). Rečiausiai depresijos požymiai sutinkami tarp moterų, kurios turi 2 arba daugiau biologinių vaikų (30 proc.), o sunkios depresijos atvejų šioje kategorijoje neaptikta (0 proc.) (6 pav.). Šie skirtumai statistiškai reikšmingi ($\chi^2=15,007$; $lfs=6$; $p=0,02$).

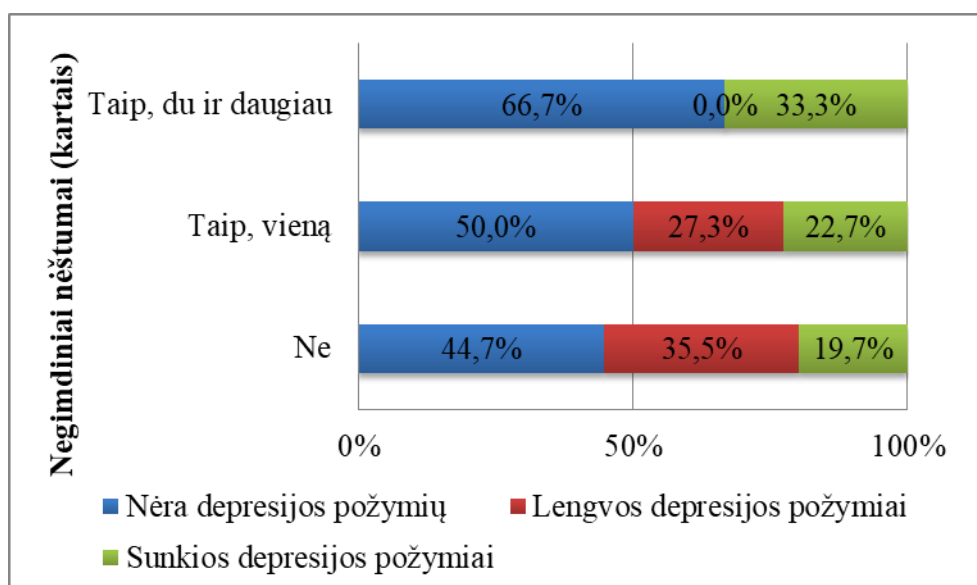
Depresijos požymių sąsajos su klinikinės anamnezės duomenimis pateikiamos 7, 8 ir 9 paveiksluose.



7 pav. Depresijos požymių sąsajos su išnešiotu negyvagimio gimdymu anamnezėje (n=104, $p<0,05$)

** lygintas depresijos požymių paplitimas 2 skirtingose kategorijose pagal respondentės patirtų išnešiotų, bet negyvų vaisių gimdymų skaičių: neturėjusios tokių gimdymų bei turėjusios vieną tokių gimdymą, $p<0,05$*

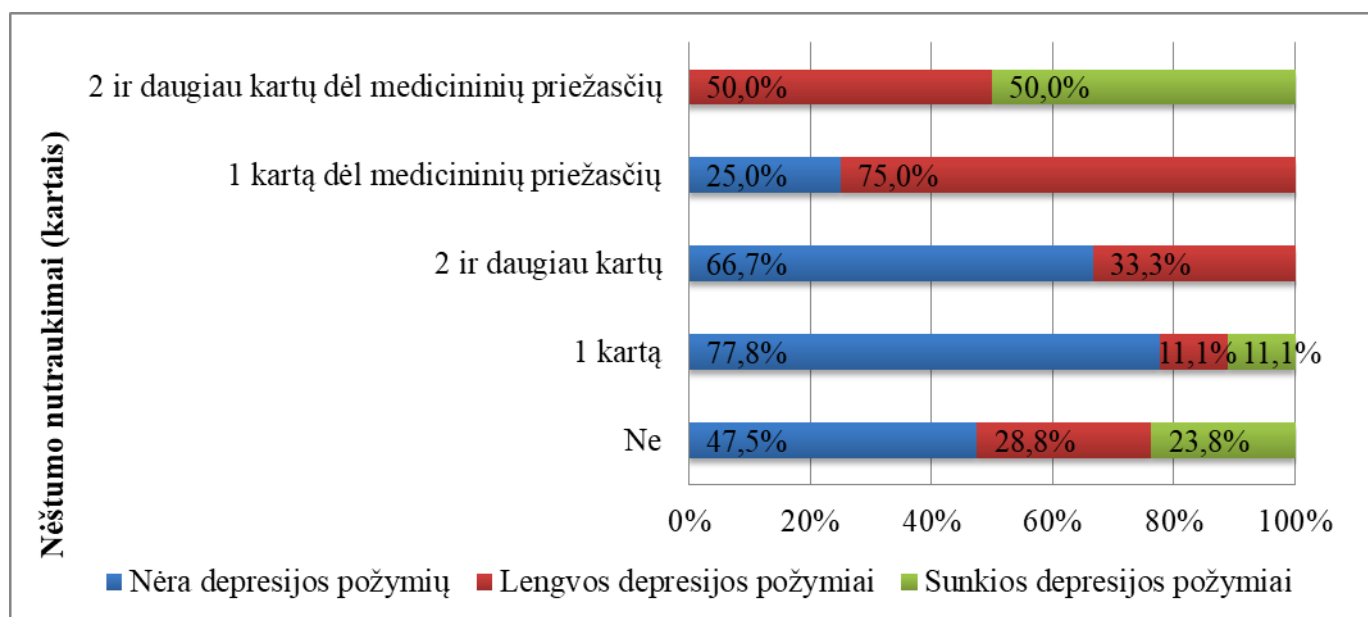
Taip pat buvo vertinamos ir depresijos požymių sąsajos su tuo, ar apklausos dalyvė buvo patyrusi išnešiotu negyvagimio gimdymą, ar ne. Iš visų apklaustųjų, tik 9 moterys (8,7 proc.) buvo turėjusios tokį atvejį ir joms visoms pasireiškė depresijos požymiai, o 33,3 proc. iš jų buvo nustatyti sunkios depresijos požymiai. Iš 95 moterų, kurios nebuvo patyrusios išnešiotu negyvagimio gimdymo, 48,4 proc. nustatyti lengvos arba sunkios depresijos požymiai. Atliktos statistinės analizės duomenimis, nustatyti skirtumai tarp šių grupių yra statistiškai reikšmingi ($\chi^2=9,123$; $l.s=2$; $p=0,01$).



8 pav. Depresijos požymių sąsajos su buvusiu negimdiniu nštumu anamnezėje (n=104, $p>0,05$)

** lygintas depresijos požymių paplitimas 3 skirtingose kategorijose pagal respondentės patirtų negimdinių nštumų skaičių: neturėjusios tokių gimdymų, turėjusios vieną tokį gimdymą bei turėjusios du ir daugiau tokių gimdymų, $p>0,05$*

Išanalizavus depresijos požymių pasireiškimo ryšį su tuo, ar moteris buvo patyrusi negimdinį nštumą, pastebėta, kad depresijos požymiai buvo dažnesni tarp moterų, kurios tokio nštumo nebuvo patyrusios (55,2 proc.), negu tarp tų, kurios buvo patyrusios vieną tokį nštumą (50 proc.) bei du arba daugiau (33,3 proc.). Skirtumai nėra reikšmingi statistiškai ($\chi^2=3,522$; $lks=4$; $p=0,50$).



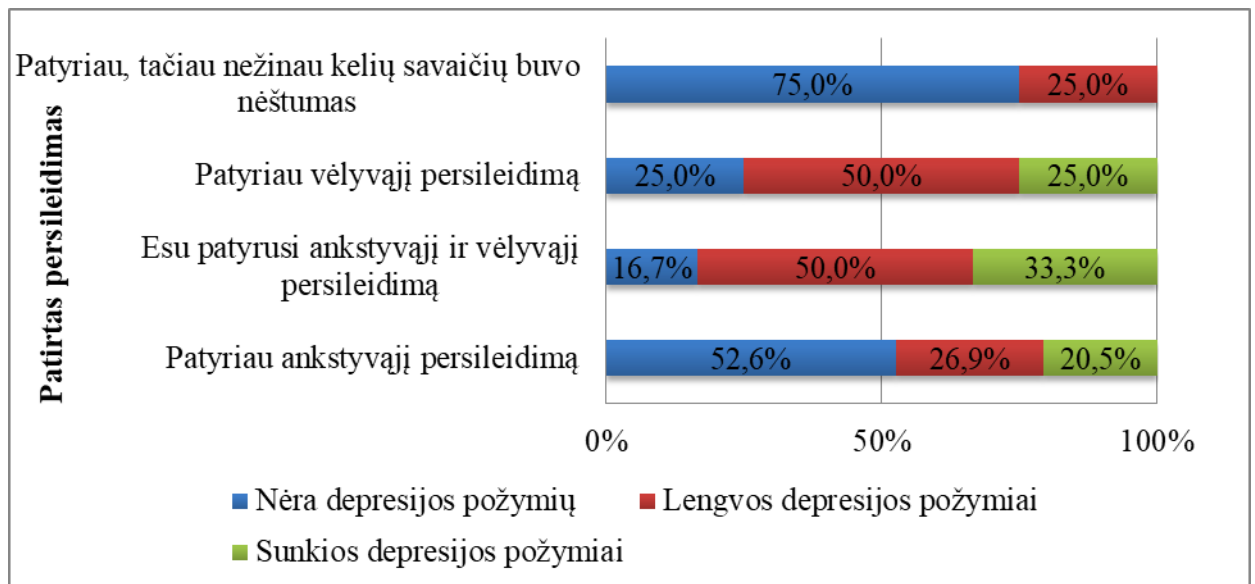
9 pav. Depresijos požymių sąsajos su nėštumo nutraukimais (n=104, p<0,05)

** lygintas depresijos požymių paplitimas 3 skirtingose kategorijose pagal respondentės patirtų negimdinių nėštumų skaičių: neturėjusios tokių gimdymų, turėjusios vieną tokių gimdymą bei turėjusios du ir daugiau tokių gimdymų, p<0,05*

Statistiškai reikšmingi ($\chi^2=15,915$; $lfs=8$; $p=0,04$) depresijos simptomų paplitimo skirtumai nustatyti tarp moterų grupių, suskirstytų pagal tai, ar iki patirto persileidimo jos turėjo nėštumo nutraukimą (savo noru arba dėl medicininių priežasčių). Visos (100 proc.) iš 4 apklaustų moterų, patyrusių 2 arba daugiau nėštumo nutraukimų dėl medicininių priežasčių, turėjo lengvos (50 proc.) arba sunkios (50 proc.) depresijos požymius. 6 iš 8 (75 proc.) moterų, nėštumo nutraukimą dėl medicininių priežasčių patyrusių vieną kartą, taip pat pasireiškė depresijos simptomai, visi jie buvo lengvos formos. Palyginimui, tarp moterų, turėjusių nėštumo nutraukimą savo noru (n=12), depresijos požymių pasireiškimas buvo retesnis bei sudarė atitinkamai 22,2 proc. jei nėštumo nutraukimų buvo vienas, bei 33,3 proc. jeigu nėštumo nutraukimų buvo 2 arba daugiau.

12.4 Depresijos požymių sąsajos su laiko intervalu po patirto persileidimo

Depresijos požymių sąsajos su patirto persileidimo tipu pateiktos 10 paveiksle.

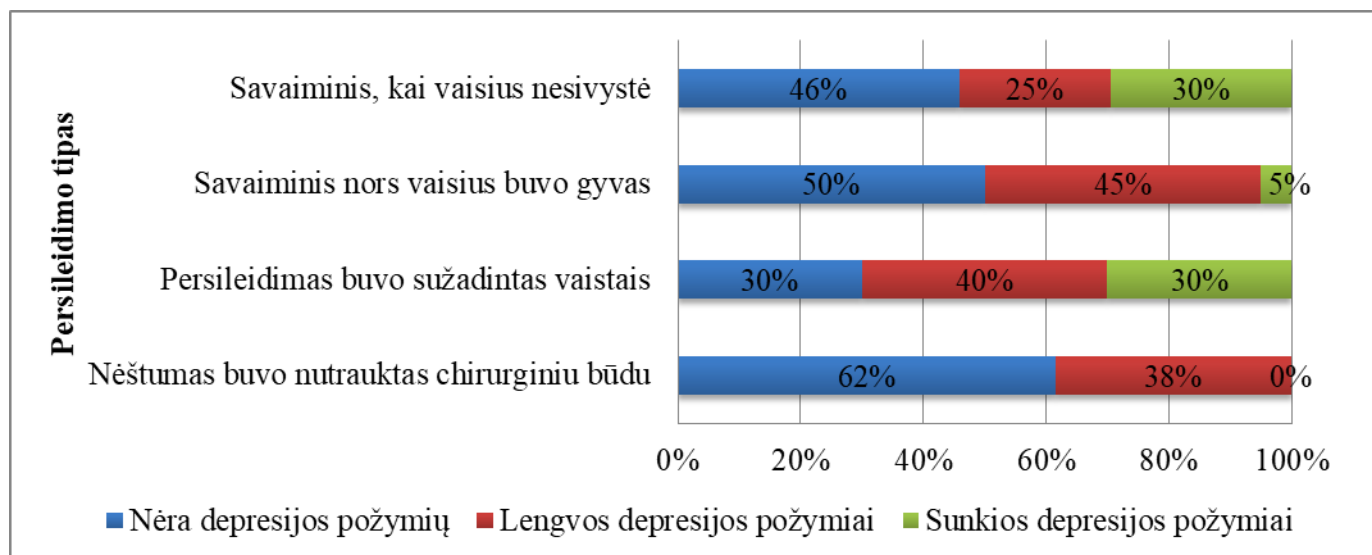


10 pav. Depresijos požymių sąsaja su patirtu persileidimu ($n=104$, $p>0,05$)

** lygintas depresijos požymių paplitimas 4 skirtingose kategorijose pagal respondentės patirtų persileidimų tipus: patyrusios ankstyvąjį persileidimą, patyrusios tiek ankstyvąjį, tiek vėlyvąjį persileidimą, patyrusios vėlyvąjį persileidimą bei respondentės, nežinančios kelių savaičių buvo nėštumas, $p>0,05$*

Įvertinus tiriamųjų depresijos požymius su patirtu persileidimo tipu, paaiškėjo, kad dažniausiai depresijos požymiai pasireiškė tarp moterų, kurios buvo patyrusios tiek ankstyvąjį, tiek vėlyvąjį persileidimus (83,3 proc.) bei tik vėlyvąjį (75 proc.). Šie požymiai kur kas rečiau buvo aptinkami tarp moterų, kurios patyrė ankstyvąjį persileidimą (47,4 proc.). Skirtumai nėra statistiškai reikšmingi ($\chi^2=8,327$; $l.s=6$; $p=0,25$).

Depresijos požymių sąsajos su persileidimo būdu pateikta 11 paveiksle.

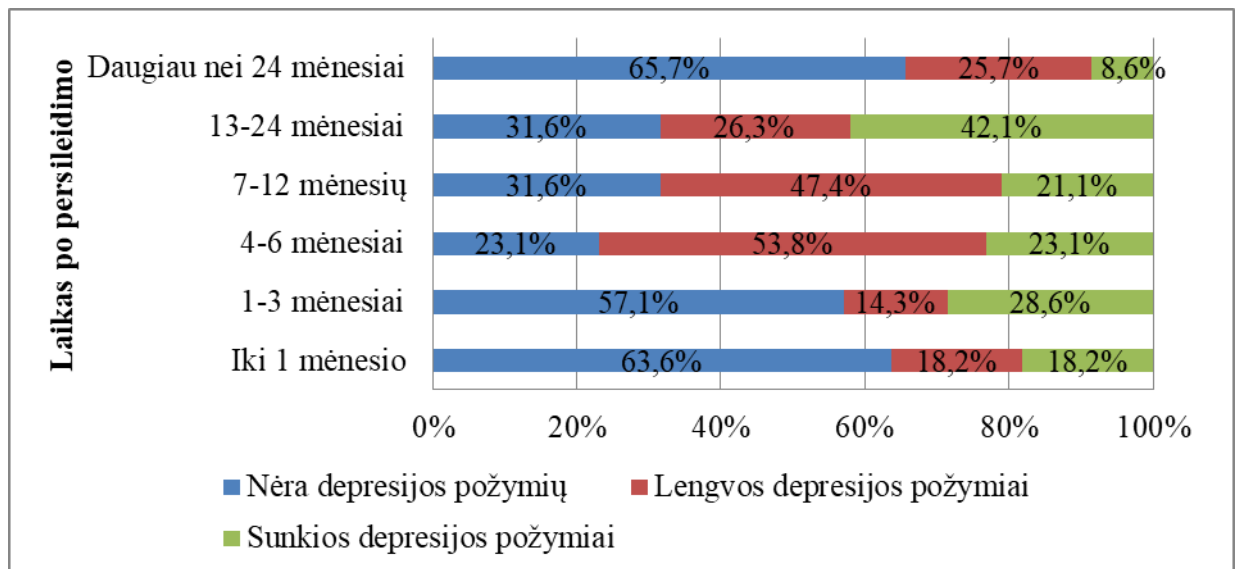


11 pav. Depresijos požymių sąsaja su persileidimo būdu ($n=104$, $p>0,05$)

** lygintas depresijos požymių paplitimas 4 skirtingose kategorijose pagal respondentės patirtų persileidimų būdus: nėštumas buvo nutrauktas chirurginiu būdu, persileidimas buvo sužadintas vaistais, persileidimas buvo savaiminis nors vaisius buvo gyvas, persileidimas buvo savaiminis kai vaisius nesivystė, $p>0,05$*

Depresijos požymiai dažniausi buvo grupėje, kurioje persileidimas buvo sužadintas vaistais (70 proc.), rečiau, kai nėštumas buvo nutrauktas chirurginiu būdu (38 proc.). Lengvos depresijos požymiai dažniausiai pasireiškė moterims, patyrusioms savaiminį persileidimą, kai vaisius buvo gyvas (45 proc.), sunkios - kai vaisius nesivystė (30 proc.) ir kai persileidimas buvo sužadintas vaistais (30 proc.). Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nenustatyta ($\chi^2=11,34$; $lfs=6$; $p=0,10$).

Depresijos požymių pasiskirstymas lyginant su praėjusiu laiku nuo patirto persileidimo pateiktas 12 paveiksle.

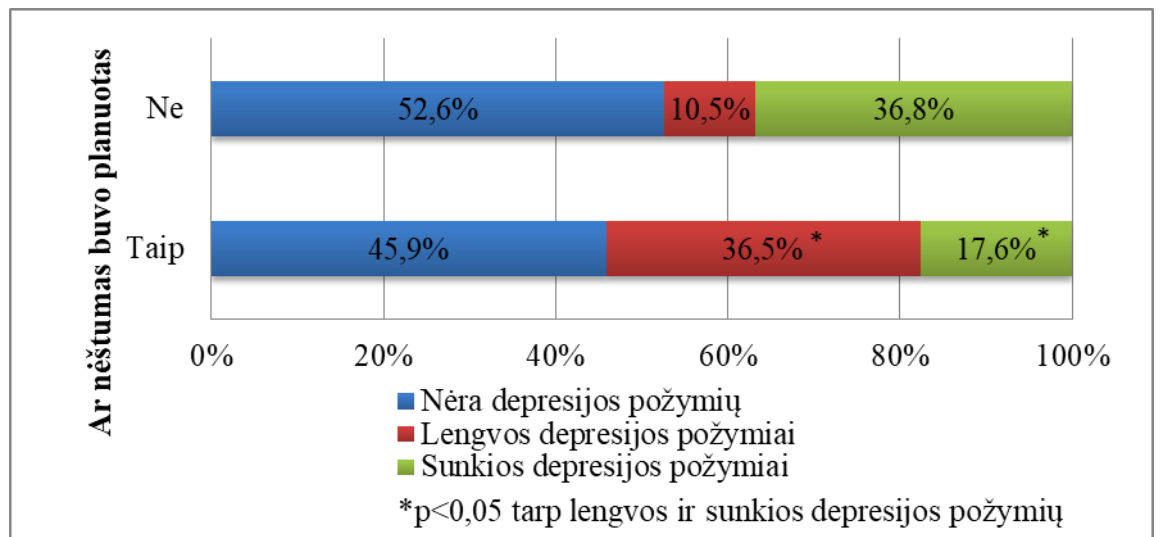


**12 pav. Depresijos požymių pasiskirstymas pagal praėjusį laiką nuo patirto persileidimo
(n=104, p<0,05)**

** lygintas depresijos požymių paplitimas 6 skirtingose kategorijose pagal laiką, praėjusį po persileidimo: iki 1 mėn., 1-3 mėn., 4-6 mėn., 7-12 mėn., 13-24 mėn., daugiau nei 24 mėn., p<0,05*

Dažniausiai depresijos simptomai buvo nustatomi moterims praėjus 4-6 mėnesiams po persileidimo (76,9 proc.). Rečiausiai depresijos požymiai buvo nustatomi praėjus daugiau nei 2 metams (34,3 proc.) ir nepraėjus pirmam mėnesiui po patirto persileidimo (36,4 proc.). Sunkios depresijos požymiai dažniausiai buvo nustatomi praėjus 13-24 mėnesių (42,1 proc.). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių ($\chi^2=19,061$; $l.s=10$; $p=0,04$).

Depresijos požymių išreikštumas, priklausomai nuo to, ar buvo planuotas nėštumas, pateiktas 13 paveiksle.

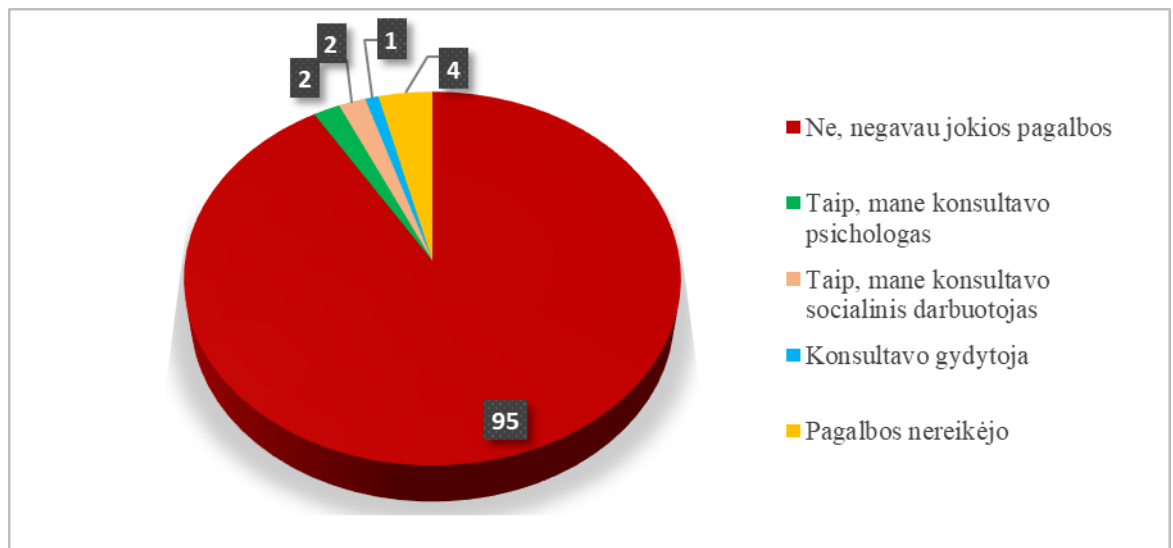


13 pav. Depresijos požymių išreikštumas pagal nėštumo planavimą (n=104, p<0,05)
**lygintas depresijos požymių paplitimas 2 skirtingose kategorijose pagal tai, kai nėštumas buvo planuotas su atvejais, kai nėštumas nebuvo planuotas, p<0,05*

54,1 proc. moterų, kurios planavo nėštumą, atitiko depresijos požymius, joms dažniau nustatyti lengvos depresijos požymiai (36,5 proc.). Vis tik neplanavusioms nėštumo dažniau stebėti sunkios depresijos požymiai (36,8 proc.). Tarp grupių nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2=6,149$; lls=2; $p<0,05$ ($p=0,046$)).

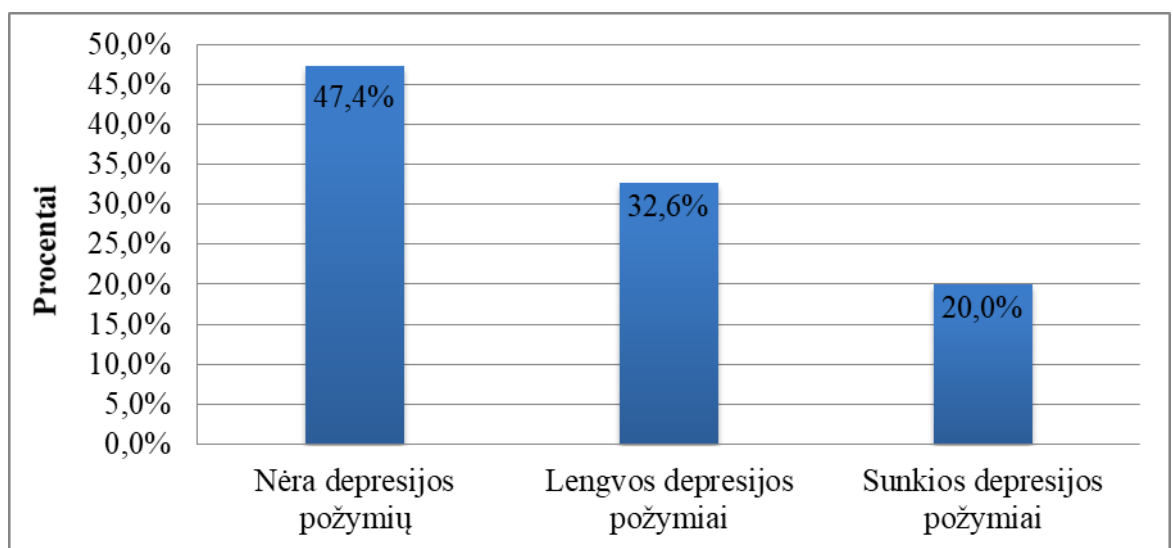
Šiame tyrime, vertinta depresijos požymių priklausomybė nuo pastojimo būdo. Tyrime dalyvavo 100 moterų, pastojusių natūraliai, 3 naudojos *in vitro* fertilizacijos (IVF), viena - intrauterinės inseminacijos procedūra. Todėl statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nenustatyta ($\chi^2=4,669$; lls=4; $p=0,50$). (Lentelė Nr. 2)

Taip pat apklausus moteris ar po patirto persileidimo joms buvo suteikta psichologinė pagalba, paaiškėjo, kad iš 104 apklaustųjų tik 5 sulaukė psichologinės pagalbos (14 pav.), kai tuo tarpu net 99 iš 104, arba 95,2 proc., nesulaukė jokios pagalbos. 4 iš 99 moterų (4 proc.), nesulaukusių pagalbos, teigė, jog tokia pagalba joms nebuvo reikalinga.



14 pav. Apklaustųjų atsakymai į klausimą ar buvo gauta psichologinė ir (ar) socialinė pagalba po įvykusių persileidimų (n=104).

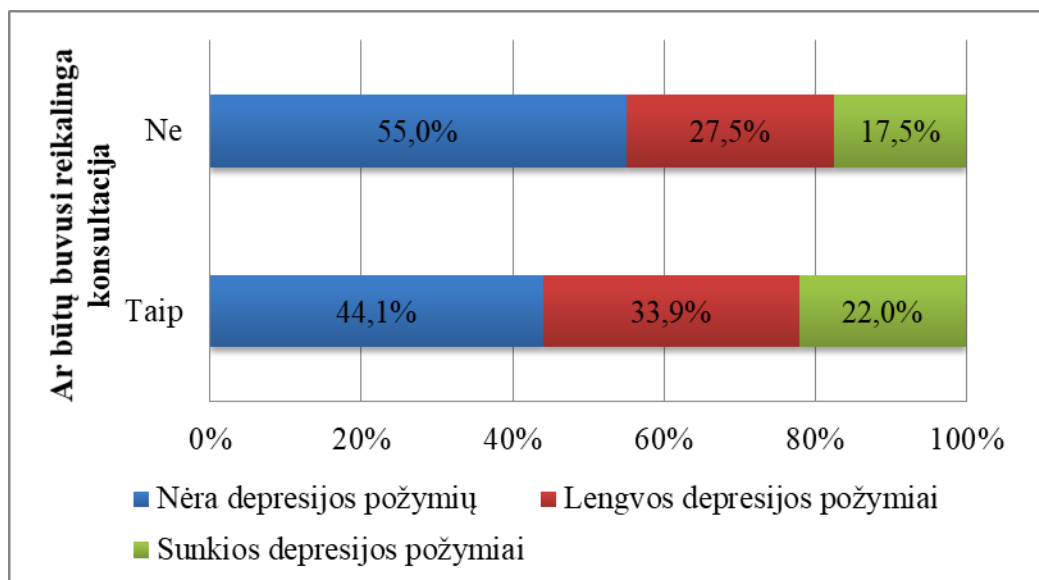
Depresijos požymių išreikštumas moterims, po patirto persileidimo negavusioms psichologinės pagalbos, pavaizduotas 15 paveiksle.



15 pav. Depresijos požymių paplitimas tarp moterų, po patirto persileidimo negavusių psichologinės pagalbos (n = 99).

Moterims, kurios pagalbos negavo, 52,6 proc. atvejų buvo nustatyti depresijos požymiai, iš jų 62 proc. buvo lengvos depresijos požymiai, o 38 proc. - sunkios (n=52) (15 pav.). Analizuojant depresijos požymių išreikštumo skirtumus tarp pagalbos sulaukusių apklaustųjų bei pagalbos nesulaukusių, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta, tikėtina, dėl per daug skirtingų imčių grupėse ($\chi^2=8,346$; $lfs=8$; $p=0,50$).

Moterų, kurios konsultacijos po persileidimo negavo, buvo klausama, ar konsultacija būtų buvusi reikalinga. Sąsajos su depresija pateiktos 16 paveiksle.



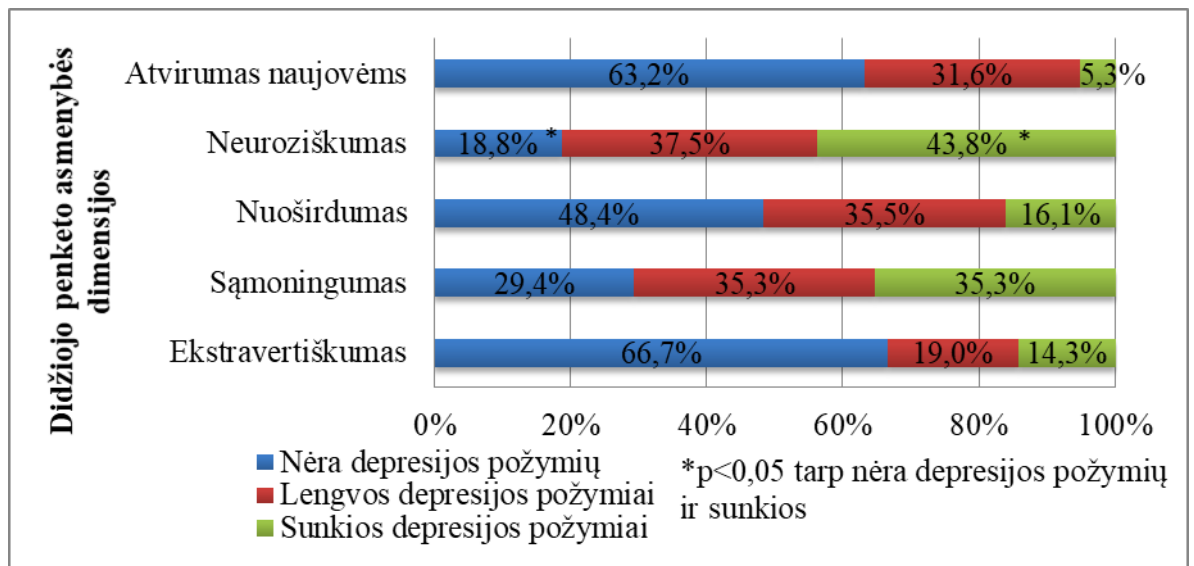
16 pav. Depresijos sąsajos su požiūriu į konsultacijų reikalingumą ($n=99$, $p>0,05$)

**lygintas depresijos požymių paplitimas 2 skirtingose kategorijose: atsakiusių, jog psichloginė pagalba būtų buvusi reikalinga, su atsakiusiomis, kad psichologinė pagalba nebūtų buvusi reikalinga, $p>0,05$*

56,7 proc. (56 iš 99) apklaustųjų pagalbos negavusių moterų, pagalbos būtų norėjusios. Šiai grupei depresijos požymiai buvo nustatyti 55,9 proc. atvejų, iš jų atitinkamai 60,6 proc. sunkios bei 39,4 proc. lengvos depresijos požymiai. Šiek tiek rečiau depresijos požymiai buvo nustatyti tarp moterų, kurios atsakė, kad psichologinė pagalba nebūtų buvusi reikalinga – sunkios arba lengvos depresijos požymiai nustatyti 45 proc. taip atsakiusiųjų (16 pav.). Visgi, statistiškai išanalizavus šiuos duomenis ir remiantis, kad $p < 0,05$, šie skirtumai nelaikomi statistiškai reikšmingais (Fisher's tikslusis testas $p=0,618$).

12.5 Didžiojo penketo asmenybių dimensijų sąsajos su depresijos požymių nustatymo dažniu

Depresijos požymių priklausomybė nuo asmenybės dimensijos pateikiama 17 paveiksle.



17 pav. Didžiojo penketo asmenybės dimensijų sąsaja su depresijos požymiais (n=104, $p < 0,05$)

**lygintas depresijos požymių paplitimas 5 skirtingose kategorijose: ekstravertiškumas, sąmoningumas, nuoširdumas, neuroziškumas, atvirumas naujovėms, $p < 0,05$*

Tiriant patyrusių persileidimą moterų asmenybės dimensijas nustatyta, kad moterys, turinčios neuroziškumo dimensiją, buvo labiausiai linkusios į depresiją (81,3 proc.), 43,8 proc. jų nustatyti sunkios depresijos požymiai. Mažiausiai į depresiją buvo linkusios moterys, turinčios ekstravertiškumo dimensiją (33,3 proc.). Sąmoningumo dimensija yra antra pagal dažnį pagal depresijos išreikštumą - 70,6 proc. šių moterų nustatyti lengvos ar sunkios depresijos požymiai (17 pav.). Tarp skirtingų Didžiojo penketo asmenybių dimensijų ir depresijos požymių grupių nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2=16,629$; $lks=8$; $p=0,03$).

13. REZULTATŲ APTARIMAS

Įvertinus 104 tyrime dalyvavusių moterų, kurios buvo patyrusios persileidimą, sociodemografinius duomenis, nustatyta, kad didžioji dalis tyrime dalyvavusių moterų buvo jaunesnės nei 35 metų (81,7 proc.), turėjo aukštąjį išsilavinimą (58,7 proc.), tuo metu buvo ištekėjusios (74,0 proc.), užėmė nevadovaujančias pareigas (63,5 proc.) ir neturėjo biologinių vaikų (34,6 proc.).

Didžioji dalis apklaustų moterų buvo patyrusios ankstyvąjį persileidimą (75,0 proc.), 58,7 proc. respondenčių patyrė savaiminį persileidimą, kai vaisius nesivystė. Iš šiame tyrime dalyvavusių moterų, 29,8 proc. patyrė persileidimą prieš 6 mėnesius imtinai, 36,6 proc. – prieš 7 - 12 mėnesių imtinai, o 33,7 proc. prieš 2 metus ir daugiau.

Tyrimo duomenimis, depresijos požymius turėjo daugiau nei pusė apklaustųjų - 52,9 proc. arba 55 iš 104 apklaustų moterų. Iš jų 60 proc. atitiko lengvos, o 40 proc. sunkios depresijos požymius ($n=55$). Steve Kyende Mutiso ir kitų bendra autorių tyrime minima, kad depresija yra nustatoma 10 – 20 proc. moterų, patyrusių persileidimą [11]. Galimai šie duomenys skiriasi dėl kultūrinių skirtumų ar dėl skirtingos tyrimų metodologijos. Šiame tyrime panaudota geriatrinė depresijos skalė, kuri yra tinkama priemonė atrinkti pacientus, galinčius turėti depresiją, tačiau ji depresijos diagnozės nepatvirtina. Jos jautrumas ir specifiskumas siekia 70 proc. [37].

Išanalizavus depresijos sąsajas su sociodemografiniais veiksniais bei klinikinėmis charakteristikomis, didžioji dalis moterų, kurių įvertis atitiko depresijos požymius, buvo jaunesnės nei 30 metų (66,7 proc.), gyvenančios su partneriu (70,0 proc.) arba (ir) netekėjusios (100 proc.) bei neturėjo biologinių vaikų (72,2 proc.) ($p<0,05$).

Šiame tyrime vertinant nėštumo nutraukimo sąsajas su depresijos požymiais nustatyta, kad dėl asmeninių priežasčių atliktas nėštumo nutraukimas depresijos dažnį mažina, o dėl medicininių priežasčių – didina ($p<0,05$). Be to buvo tirta depresijos po persileidimo sąsaja su negyvagimiu anamnezėje. Visoms moterims, patyrusioms negyvagimio gimdymą anamnezėje, po patirto persileidimo buvo nustatyti depresijos požymiai. Šie požymiai buvo statistiškai reikšmingi, tačiau tyrime dalyvavo tik 9 moterys, kurios turėjo tokį atvejį anamnezėje. Vis dėlto, galima daryti prielaidą, kad moterims, patyrusioms išnešiotą, bet negyvo vaisiaus gimdymą praeityje ir vėliau įvykusį persileidimą, yra itin didelė rizika sirgti depresija.

Šiame tyrime buvo analizuotos ir su persileidimu susijusios charakterikos bei jų sąsaja su depresija. Statistiškai reikšmingi ($p<0,05$) duomenys buvo gauti suskirsčius moteris, patyrusias persileidimą, į kategorijas pagal laiką, praėjusį po persileidimo. Pasinaudojus ankstesnių tyrimų duomenimis buvo sudarytos 6 kategorijos: iki 1 mėnesio po persileidimo, praėjus 1 - 3 mėnesiams, 4 - 6 mėnesiams, 7 - 12 mėnesių, 13 - 24 mėnesiams ir praėjus daugiau nei 24 mėnesiams po patirto

persileidimo [24 - 27]. Nustatyta, kad dažniausiai depresijos simptomai buvo nustatomi moterims praėjus 4-6 mėnesiams po persileidimo (76,9 proc.), rečiausiai - praėjus daugiau kaip 2 metams (34,3 proc.) ir nepraėjus 1 mėnesiui po persileidimo (36,4 proc.). Mūsų tyrimo duomenimis, sunkios depresijos požymiai dažniausiai buvo nustatomi praėjus 13-24 mėnesiams po patirto persileidimo (42,1 proc.). Tai neprieštarauja kito tyrimo duomenims, kuomet F. Demontigny ir kitų atlikto tyrime rezultatai buvo panašūs: depresija dažniausiai buvo nustatoma per pirmus 6 mėnesius po patirto persileidimo (12,62 proc.) [27]. Vis dėlto, kito tyrimo duomenimis depresija dažniausiai buvo nustatoma praėjus mažiau nei 3 mėnesiams po persileidimo [25]. Duomenų skirtumai galimi dėl skirtingos tyrimų metodologijos, taip pat ir dėl kultūrinių skirtumų. Be to, dalis gedulo ir depresijos simptomų yra panašūs, o iš visų gedulą patiriančių moterų, 26,6 proc moterų yra nustatoma ir depresija [24].

81,7 proc. apklaustųjų planavo nėštumą ir statistiškai reikšmingai dažniau jautė depresijos simptomus (54,1 proc), nei moterys, kurios šio nėštumo neplanavo. Tačiau moterims, kurios neplanavo šio nėštumo, buvo dažniau nustatomi sunkios depresijos požymiai (36,8 proc.).

Šiame tyrime buvo panaudota Didžiojo penketo asmenybės dimensijų skalė, kurios pagalba moterys buvo sugrupuotos į 5 asmenybių dimensijas: ekstravertiškumą, sąmoningumą, nuoširdumą, neuroziškumą ir atvirumą naujovėms. Mūsų tyrimo duomenys neprieštarauja anksčiau atliktų tyrimų duomenims, kuomet neuroziškumas dažniau nei kitos dimensijos buvo siejamas su depresijos nustatymu [35, 36]. 81,3 proc. moterų, turinčių neuroziškumo dimensiją, buvo nustatyti depresijos požymiai, o palyginimui, turinčioms ekstravertiškumo dimensiją - tik 33,3 proc. (rečiausiai), išskirtinai sunkios depresijos požymiai rečiausiai buvo nustatomi moterims, turinčioms atvirumo naujovėms dimensiją (5,3%). Tai patvirtina R. Jourdy su kolegomis bei P.Spinhoven su bendraautorais atliktų tyrimų duomenys, kad neuroziškumo dimensija yra dažniausiai siejama su psichologinėmis problemomis, depresija, o ekstravertiškumas ir atvirumas naujovėms - rečiausiai [35, 36].

Apibendrinant, daugiau nei pusei šiame tyrime dalyvavusių moterų buvo nustatyti depresijos požymiai ir tik ypatingai mažai jų daliai buvo suteikta psichologinė pagalba po patirto persileidimo.

14. IŠVADOS

1. Depresija po patirto persileidimo buvo nustatyta daugiau nei pusei apklaustų moterų.
2. Dažniausiai depresijos simptomai buvo nustatomi praėjus 4-6 mėnesiams po buvusio persileidimo, rečiausiai - praėjus daugiau kaip 2 metams ir iki 1 mėnesio po persileidimo.
3. Depresijos požymiai dažniau nustatyti moterims jaunesnėms nei 30 metų, gyvenančioms su partneriu ir (arba) netekėjusioms, neturinčioms biologinių vaikų ir turėjusioms nėštumo nutraukimą dėl medicininių priežasčių.
4. Dažniausiai depresijos požymiai buvo nustatyti neuroziškumo dimensiją turinčioms moterims, rečiausiai - moterims su ekstravertiškumo ir atvirumo naujovėms dimensijomis.

15. REKOMENDACIJOS

Vertinant mūsų darbo rezultatus, daugiau nei pusė moterų, patyrusių persileidimą, patiria depresijos simptomus ir beveik visos, jų nuomone, negauna jokios socialinės ar psichologinės pagalbos. Rekomenduojame apsvarstyti galimybę visoms moterims, patyrusioms persileidimą, suteikti psichologo ir (ar) socialinio darbuotojo konsultaciją, siekiant pagerinti jų gyvenimo kokybę, psichosocialinę adaptaciją ir funkcionavimą.

16. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. World Health Organisation. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1977;56(3):247–53.
2. 50 Dėl nėštumo nutraukimo operacijos atlikimo tvarkos. [cited 2019Apr13]. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.14276?jfwid=-je7i1sz4g>
3. Australijos klasifikacijos kūrimo konsorciumas. TLK-10-AM. Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija. Sisteminis ligų sąrašas. Vilnius: Eugrimas; 2011.
4. Nadišauskienė R., Bagušytė L., Vaitkienė D., et ir kiti. *Ginekologija ir akušerija*. Kaunas; Vitae Litera. 2003
5. V. Abraitis, A. Arlauskienė, L. Bagušytė, E. Barčaitė, D. Bartkevičienė, T. Biržietis, et al. Metodika Vaisiaus žūtis [Internet]. 2014 [cited 2019Apr13]. Available from: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Programos_ir_projektai/Sveicarijos_para_ma/Akuserines_metodikos/Vaisiaus_zutis.pdf
6. Schreiber C, Chavez V, Whittaker P, Ratcliffe S, Easley E, Barg F. Treatment Decisions at the Time of Miscarriage Diagnosis. *Obstetrics & Gynecology*. 2016;128(6):1347-1356.
7. Eisma M, Lenferink L, Stroebe M, Boelen P, Schut H. No pain, no gain: cross-lagged analyses of posttraumatic growth and anxiety, depression, posttraumatic stress and prolonged grief symptoms after loss. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2019;32(3):231-243.
8. What Is Depression? [Internet]. Psychiatry.org. 2019 [cited 16 April 2019]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
9. Depression in Europe [Internet]. Euro.who.int. 2019 [cited 16 April 2019]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe>
10. Jacob L, Polly I, Kalder M, Kostev K. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorders in women with spontaneous abortion in Germany – A retrospective cohort study. *Psychiatry Research*. 2017;258:382-386.
11. Mutiso S, Murage A, Mwaniki A. Factors associated with a positive depression screen after a miscarriage. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1).

12. Horesh D, Nukrian M, Bialik Y. To lose an unborn child: Post-traumatic stress disorder and major depressive disorder following pregnancy loss among Israeli women. *General Hospital Psychiatry*. 2018;53:95-100.
13. Kolte A, Olsen L, Mikkelsen E, Christiansen O, Nielsen H. Depression and emotional stress is highly prevalent among women with recurrent pregnancy loss. *Human Reproduction*. 2015;30(4):777-782.
14. Neugebauer R, Kline J, Markowitz J, Bleiberg K, Baxi L, Rosing M et al. Pilot Randomized Controlled Trial of Interpersonal Counseling for Subsyndromal Depression Following Miscarriage. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2006;67(08):1299-1304.
15. Bardos J, Hercz D, Friedenthal J, Missmer S, Williams Z. A National Survey on Public Perceptions of Miscarriage. *Obstetrics & Gynecology*. 2015;125(6):1313-1320.
16. Lissauer D, Wilson A, Hewitt C, Middleton L, Bishop J, Daniels J et al. A Randomized Trial of Prophylactic Antibiotics for Miscarriage Surgery. *New England Journal of Medicine*. 2019;380(11):1012-1021.
17. Begtrup LM, Specht IO, Hammer PEC, Flachs EM, Garde AH, Hansen J, et al. Night work and miscarriage: a Danish nationwide register-based cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*. 2019;76(5):302–8.
18. Prior M, Bagness C, Brewin J, Coomarasamy A, Easthope L, Hepworth-Jones B, et al. Priorities for research in miscarriage: a priority setting partnership between people affected by miscarriage and professionals following the James Lind Alliance methodology. *BMJ Open*. 2017;7(8).
19. Magnus MC, Wilcox AJ, Morken N-H, Weinberg CR, Håberg SE. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *Bmj*. 2019;:l869.
20. Dai R, Li L, Zhu H, Geng D, Deng S, Liu R. Effect of maternal age on spontaneous abortion during the first trimester in Northeast China. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2017;31(14):1824–9.
21. Jia C-W, Wang L, Lan Y-L, Song R, Zhou L-Y, Yu L, et al. Aneuploidy in Early Miscarriage and its Related Factors. *Chinese Medical Journal*. 2015;128(20):2772–6.
22. Wang J, Wu X, Lai W, Long E, Zhang X, Li W, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017;7(8).
23. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*. 2018;8(1).
24. Kulathilaka S, Hanwella R, Silva VAD. Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1).
25. Lok IH, Yip AS-K, Lee DT-S, Sahota D, Chung TK-H. A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertility and Sterility*. 2010Apr;93(6):1966–75.

26. Farren J, Jalmbrant M, Ameye L, Joash K, Mitchell-Jones N, Tapp S, et al. Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2016;6(11).
27. Demontigny F, Verdon C, Meunier S, Dubeau D. Women's persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: the role of childlessness and satisfaction with healthcare services. *Archives of Womens Mental Health*. 2017;20(5):655–62.
28. Gong X, Hao J, Tao F, Zhang J, Wang H, Xu R. Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: data from the C-ABC study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2013;166(1):30–6.
29. Kotta S, Molangur U, Bipeta R, Ganesh R. A cross-sectional study of the psychosocial problems following abortion. *Indian Journal of Psychiatry*. 2018;60(2):217.
30. Cumming G, Klein S, Bolsover D, Lee A, Alexander D, Maclean M, et al. The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2007;114(9):1138–45.
31. Ismatullina V, Voronin I. Gender Differences in the Relationships Between Big Five Personality Traits and Intelligence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2017;237:638–42.
32. Oshio A, Taku K, Hirano M, Saeed G. Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*. 2018;127:54–60.
33. Sivan-Donin D, Ben-Ezra M, Hamama-Raz Y. Quality or quantity of coping resources: Why not both? An integration of common stress theories. *Psychiatry Research*. 2019;272:164–70.
34. Lamers SM, Westerhof GJ, Kovács V, Bohlmeijer ET. Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of Research in Personality*. 2012;46(5):517–24.
35. Jourdy R, Petot J-M. Relationships between personality traits and depression in the light of the “Big Five” and their different facets. *L'Évolution Psychiatrique*. 2017;82(4).
36. Spinhoven P, Rooij MD, Heiser W, Smit JH, Penninx BW. The role of personality in comorbidity among anxiety and depressive disorders in primary care and specialty care: a cross-sectional analysis. *General Hospital Psychiatry*. 2009;31(5):470–7.
37. Alseikienė Z. [Internet]. *Biological-psychiatry.eu*. 2019 [cited 11 April 2019]. Available from: http://biological-psychiatry.eu/wp-content/uploads/2014/06/1999_1_1_Instrumentuot%C4%97.pdf (10)
38. Bunevičius A. [Internet]. *Biological-psychiatry.eu*. 2019 [cited 11 April 2019]. Available from: http://biological-psychiatry.eu/wp-content/uploads/2014/06/2005_6-7_A.-Bunevicius.pdf (11)

17. PRIEDAI

Anketa

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos fakulteto studentė Justė Gaižauskaitė magistrinio darbo metu atliks tyrimą, skirtą įvertinti moterų emocinę būklę po ankstyvojo ir vėlyvojo persileidimo.

Prašome prie kiekvieno klausimo kryželiu (x) pažymėti tinkamą /-us variantą/-us.

1. **Jūsų amžius?**
(Įrašykite savo amžių)
☐ m.
☐ Įrašykite
skaičių:.....
2. **Jūsų gyvenamoji vieta?**
☐ Miestas
☐ Kaimas
☐ Kita
.....
3. **Jūsų išsilavinimas?**
☐ Nebaigtas vidurinis
☐ Vidurinis
☐ Profesinis
☐ Aukštasis
☐ Kita (Įrašykite)
.....
.
4. **Jūsų pareigos?**
☐ Dirbu, užimu
vadovaujančias
pareigas
☐ Dirbu, užimu
nevadovaujančias
pareigas
☐ Esu bedarbė
☐ Kita (Įrašykite)
.....
5. **Jūsų šeimyninė padėtis?**
☐ Netekėjusi
☐ Ištekėjusi
☐ Gyvenu su partneriu
☐ Vieniša
☐ Kita
.....
.
6. **Kiek biologinių vaikų
auginate?**
☐ Neturiu biologinių
vaikų
7. **Ar esate įsivaikinus
vaikų?**
☐ Ne
☐ Taip (Įrašykite
skaičių)
.....
8. **Ar esate gimdžiusi
išnešiotą, bet negyvą
vaisių?**
☐ Ne
☐ Taip (Įrašykite kiek
kartų)
.....
9. **Ar esate patyrusi
negimdinį nėštumą?**
☐ Taip, esu patyrusi
negimdinį nėštumą
(Įrašykite skaičių)
.....
☐ Ne, nesu patyrusi
☐ Kita
.....
10. **Ar esate turėjusi
nėštumo nutraukimą
(abortą)?**
☐ Taip
Įrašykite kartų
skaičių:
☐ Ne
☐ Taip, dėl medicininių
priežasčių
Įrašykite kartų
skaičių:
11. **Ar iki šio karto anksčiau
esate patyrusi
persileidimą?**
☐ Ne, nesu patyrusi
persileidimo (šis -
pirmasis)
☐ Taip, esu patyrusi
ankstyvąjį
persileidimą (iki 12
nėštumo savaitės)
Įrašykite patirtų
persileidimų skaičių:
.....
☐ Taip, esu patyrusi
vėlyvąjį persileidimą
(nuo 12 savaitės iki
21 sav + 6 d. nėštumo
savaitės)
Įrašykite patirtų
persileidimų
skaičių:
☐ Taip, esu patyrusi,
tačiau nežinau kelių
savaičių buvo
nėštumas.
Įrašykite patirtų
persileidimų skaičių:
.....

Prašome verskite
puslapį →

12. Ar persileidimas buvo savaiminis?

- ☐ Taip, persileidau, kai vaisius nesivystė (Įrašykite kiek kartų)
- ☐ Taip, persileidau nors vaisius buvo gyvas (Įrašykite kiek kartų)
- ☐ Ne, persileidimas buvo sužadintas vaistais (Įrašykite kiek kartų)
- ☐ Ne, nėštumas buvo nutrauktas chirurginiu būdu (Įrašykite kiek kartų)
- ☐ Kita.....

13. Įrašykite prieš kiek laiko patyrėte (ši paskutinį) persileidimą? (Įrašykite)

Prieš.....
.....

14. Ar buvo planuotas šis nėštumas?

- ☐ Taip
- ☐ Ne
- ☐ Kita:.....

15. Kokiu būdu pastojote?

- ☐ Natūraliai
- ☐ Naudojomės intrauterinės inseminacijos procedūra
- ☐ Naudojomės in vitro fertilizacijos metodu
- ☐ Kita (Įrašykite).....

16. Ar gavote psichologinę ir ar socialinę pagalbą po įvykusių persileidimų (galimi keli atsakymų variantai):

- ☐ Taip, mane konsultavo psichologas
- ☐ Taip, mane konsultavo socialinis darbuotojas
- ☐ Ne, negavau jokios pagalbos
- ☐ Gavau psichologo pagalbą, bet ne po visų persileidimų
- ☐ Gavau socialinio darbuotojo pagalbą, bet ne po visų persileidimų
- ☐ Kita (įrašykite, jei pasirinkimuose nėra jums tinkamo atsakymo).....

17. Jei Jus konsultavo psichologas ir (ar) socialinis darbuotojas, ar šių konsultacijų užteko?:

- ☐ Taip, man labai padėjo
- ☐ Ne, konsultacijos buvo bevertės
- ☐ Negavau jokių konsultacijų, buvau palikta viena
- ☐ Mane labiausiai palaikė mano šeima
- ☐ Kita.....

18. Jei konsultacijos negavote, kaip manote, ar ji Jums būtų buvusi reikalinga?

- ☐ Taip, jaučiausi blogai, man reikėjo pagalbos
- ☐ Ne, susitvarkiau pati, pagalbos nereikėjo
- ☐ Kita.....

Prašome verskite puslapį
→

Sekančiuose klausimuose pasirinkite vieną atsakymą TAIP arba NE, kuris tiksliausiai atspindi Jūsų praėjusios savaitės savijautą ir jį apibraukite.

- | | |
|---|-----------|
| 16. Ar esate patenkinta savo gyvenimu? | TAIP / NE |
| 17. Ar apleidote daugelį savo pomėgių ir darbų? | TAIP / NE |
| 18. Ar jaučiate, kad Jūsų gyvenimas tuščias? | TAIP / NE |
| 19. Ar dažnai nuobodžiaujate? | TAIP / NE |
| 20. Ar su viltimi žiūrite į ateitį? | TAIP / NE |
| 21. Ar Jus trikdė įkyrios mintys, kurių negalite atsikratyti? | TAIP / NE |
| 22. Ar dažnai esate geros nuotaikos? | TAIP / NE |
| 23. Ar bijote, kad Jums gali atsitikti kas nors blogo? | TAIP / NE |
| 24. Ar jaučiatės laiminga? | TAIP / NE |
| 25. Ar dažnai jaučiatės bejėgė? | TAIP / NE |
| 26. Ar dažnai nenurimstate, nenustygstate vietoje? | TAIP / NE |
| 27. Jums labiau patinka būti namuose, nei kur nors eiti ir imtis naujų darbų? | TAIP / NE |
| 28. Ar dažnai nerimaujate dėl ateities? | TAIP / NE |
| 29. Ar Jums atrodo, kad Jūsų atmintis prastesnė nei kitų žmonių? | TAIP / NE |
| 30. Ar Jums atrodo, kad gyventi dabar puiku? | TAIP / NE |
| 31. Ar dažnai jaučiatės liūdna ir nusiminusi? | TAIP / NE |
| 32. Ar šiuo metu jaučiatės bevertė? | TAIP / NE |
| 33. Ar labai kremtatės dėl praeities? | TAIP / NE |
| 34. Ar gyvenimas Jums atrodo labai įdomus? | TAIP / NE |
| 35. Ar sunku pradėti naujus darbus? | TAIP / NE |
| 36. Ar jaučiatės kupina energijos? | TAIP / NE |
| 37. Ar jaučiate, kad Jūsų padėtis beviltiška? | TAIP / NE |
| 38. Ar manote, kad daugeliui žmonių sekasi geriau nei Jums? | TAIP / NE |
| 39. Ar dažnai nuliūstate dėl menkniekių? | TAIP / NE |
| 40. Ar lengvai susigraudinate? | TAIP / NE |
| 41. Ar Jums sunku susikaupti? | TAIP / NE |
| 42. Ar Jums malonu keltis rytais? | TAIP / NE |
| 43. Ar vengiate draugijos? | TAIP / NE |
| 44. Ar lengvai apsisprendžiate? | TAIP / NE |
| 45. Ar Jūsų protas kaip visada aiškus? | TAIP / NE |

Kiekvienai būdvardžių porai apibraukite skaitmenį skalėje, kuris tiksliausiai atspindi Jūsų asmenybę.

Pavyzdžiui: Sąžiningas 1 2 3 4 5 6 7 Nesąžiningas. Jeigu laikote save labai sąžininga, apibraukite 1 arba 2, jeigu laikote save labai nesąžininga, apibraukite 6 arba 7. Jeigu Jūsų sąžiningumas priklauso nuo aplinkybių, apibraukite 3, 4 arba 5, priklauso nuo to, kas Jums labiau tinka.

46. Mėgstantis bendrauti	1 2 3 4 5 6 7	Mėgstantis vienumą
47. Ramus	1 2 3 4 5 6 7	Susirūpinęs
48. Originalus	1 2 3 4 5 6 7	Įprastas
49. Sąžiningas	1 2 3 4 5 6 7	Aplaidus
50. Dirglus	1 2 3 4 5 6 7	Gero būdo
51. Rimtas	1 2 3 4 5 6 7	Mėgstantis juokus
52. Nervingas	1 2 3 4 5 6 7	Pakantus
53. Tikroviškas	1 2 3 4 5 6 7	Lakios vaizduotės
54. Nerūpestingas	1 2 3 4 5 6 7	Atsargus
55. Minkštaširdis	1 2 3 4 5 6 7	Kietaširdis
56. Meilus	1 2 3 4 5 6 7	Santūrus
57. Atsipalaidavęs	1 2 3 4 5 6 7	Įsitempęs
58. Kūrybingas	1 2 3 4 5 6 7	Nekūrybingas
59. Patikimas	1 2 3 4 5 6 7	Nepatikimas
60. Šiurkštus	1 2 3 4 5 6 7	Paslaugus
61. Abejingas	1 2 3 4 5 6 7	Draugiškas
62. Saugus	1 2 3 4 5 6 7	Nesaugus
63. Siaurų interesų	1 2 3 4 5 6 7	Plačių interesų
64. Neorganizuotas	1 2 3 4 5 6 7	Organizuotas
65. Atlaidus	1 2 3 4 5 6 7	Kerštingas
66. Spontaniškas	1 2 3 4 5 6 7	Suvaržytas
67. Savigaila	1 2 3 4 5 6 7	Patenkintas savimi
68. Sudėtingas	1 2 3 4 5 6 7	Paprastas
69. Valingas	1 2 3 4 5 6 7	Silpnavalis
70. Bejausmis	1 2 3 4 5 6 7	Nuoširdus

Ačiū už Jūsų sugaištą laiką