

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

Milda Naginevičiūtė

**PACIENČIŲ PATEIKTŲ SVEIKATOS
BAIGČIŲ IR PATIRTIES
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE
NĖŠTUMO IR GIMDYMO METU
ANALIZĖ**

Daktaro disertacija
Medicinos ir sveikatos mokslai,
slauga (M 005)

Kaunas, 2026

Disertacija rengta 2021–2025 metais Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Slaugos fakulteto Slaugos klinikoje.

Mokslinė vadovė

prof. dr. Aurelija Blaževičienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, slauga – M 005).

Konsultantė

prof. dr. Eglė Bartusevičienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, medicina – M 001).

Disertacija ginama Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos mokslo krypties taryboje:

Pirmininkė

prof. dr. Olga Riklikienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, slauga – M 005).

Narės:

prof. dr. Kristina Berškienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, slauga – M 005);

prof. dr. Daiva Petruševičienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, slauga – M 005);

prof. dr. Diana Ramašauskaitė (Vilniaus universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, medicina – M 001);

doc. dr. Johanna Eichinger (Bazelio universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata – M 004).

Disertacija bus ginama viešajame Slaugos mokslo krypties tarybos posėdyje 2026 m. birželio 30 d. 11:00 val. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos fakulteto 106 auditorijoje.

Disertacijos gynimo vietos adresas: Eivenių g. 2, LT-50161 Kaunas, Lietuva.

LITHUANIAN UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES

Milda Naginevičiūtė

**EVALUATION OF PATIENT-REPORTED
OUTCOMES AND PATIENT-REPORTED
EXPERIENCE MEASURES IN
PREGNANCY AND CHILDBIRTH**

Doctoral Dissertation
Medical and Health Sciences,
Nursing (M 005)

Kaunas, 2026

Dissertation has been prepared at the Department of Nursing of the Faculty of Nursing of Lithuanian University of Health Sciences during the period of 2021–2025.

Scientific Supervisor

Prof. Dr. Aurelija Blaževičienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical and Health Sciences, Nursing – M 005).

Consultant

Prof. Dr. Eglė Bartusevičienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical and Health Sciences, Medicine – M 001).

Dissertation is defended at the Nursing Research Council of the Lithuanian University of Health Sciences:

Chairperson

Prof. Dr. Olga Riklikienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical and Health Sciences, Nursing – M 005).

Members:

Prof. Dr. Kristina Berškienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medicine and Health Sciences, Nursing – M 005);

Prof. Dr. Daiva Petruševičienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medicine and Health Sciences, Nursing – M 005);

Prof. Dr. Diana Ramašauskaitė (Vilnius University, Medicine and Health Sciences, Medicine – M 001);

Assoc. Prof. Dr. Johanna Eichinger (Basel University, Medical and Health Sciences, Public Health – M 004).

Dissertation will be defended at the open session of the Nursing Research Council of the Lithuanian University of Health Sciences at 11 a.m. on 30 of June 2026 in Auditorium No. 106 of the Faculty of Nursing of the Lithuanian University of Health Sciences.

Address: Eivenių 2, LT-50161 Kaunas, Lithuania.

TURINYS

SANTRUMPOS	7
SĄVOKOS.....	9
ĮVADAS	10
DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI.....	14
1. LITERATŪROS APŽVALGA	15
1.1. Į moterį orientuotos priežiūros samprata ir reikšmė.....	15
1.1.1. Į pacientą orientuotos priežiūros principai sveikatos priežiūros sistemoje	15
1.1.2. Į moterį orientuotos priežiūros samprata nėštumo ir gimdymo priežiūros kontekste.....	18
1.1.3. Veiksniai, ribojantys į moterį orientuotos priežiūros įgyvendinimą.....	22
1.2. Akušerinės priežiūros modeliai ir jų klasifikacija	24
1.2.1. Akušerinės priežiūros modelių skirstymas pagal vadovaujantį specialistą	25
1.2.2. Akušerinės priežiūros organizaciniai modeliai	28
1.2.3. Akušerio vaidmuo skirtinguose akušerinės priežiūros modeliuose.....	30
1.2.4. Akušerio ir gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamų modelių klinikinių rezultatų palyginimas.....	33
1.3. Pacientų patirtis ir subjektyvus sveikatos vertinimas sveikatos priežiūros kokybės kontekste.....	36
1.3.1. PROM ir PREM paskirtis vertinant sveikatos priežiūros kokybę ir pacientų patirtį.....	36
1.3.2. PROM ir PREM taikymas akušerijoje vertinant priežiūros kokybę ir moterų patirtį	42
1.4. Į moterį orientuotos priežiūros teorinė integracija	46
1.5. Į moterį orientuotos priežiūros samprata ir vertinimas remiantis moterų patirtimi ir savęs vertinamais sveikatos rezultatais	49
2. TYRIMO METODIKA.....	55
2.1. Tyrimo organizavimas ir imtis.....	55
2.2. Tyrimo instrumentai	59
2.2.1. Pacienčių pateiktos sveikatos baigtys (PROM).....	62
2.2.2. Pacienčių patirtys sveikatos priežiūros sistemoje (PREM).....	65
2.3. Tyrimo duomenų rinkimas	66
2.4. Tyrimo etika.....	69
2.5. Duomenų analizės metodai	69
2.6. Tyrime dalyvavusių respondenčių socialinės ir demografinės charakteristikos.....	71
3. REZULTATAI.....	74
3.1. PROM ir PREM rodiklių vertinimas nėštumo laikotarpiu priklausomai nuo priežiūros modelio	74
3.1.1. PROM rodiklių vertinimas priklausomai nuo priežiūros modelio	74
3.1.2. PREM rodiklių vertinimas priklausomai nuo priežiūros modelio.....	80
3.2. PROM ir PREM rodiklių vertinimas pogimdyminiu laikotarpiu priklausomai nuo priežiūros modelio	82

3.2.1. PROM rodiklių palyginimas 1–3 paromis po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio	82
3.2.2. PROM ir PREM rodiklių palyginimas praėjus 6–8 savaitėms po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio.....	87
3.2.2.1. PROM rodiklių palyginimas praėjus 6–8 savaitėms po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio	87
3.2.2.2. PREM rodiklių palyginimas praėjus 6–8 savaitėms po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio	99
3.2.3. PROM ir PREM rodiklių palyginimas praėjus 22–26 savaitėms po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio.....	102
3.2.3.1. PROM rodiklių palyginimas praėjus 22–26 savaitėms po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio	102
3.2.3.2. PREM rodiklių palyginimas praėjus 22–26 savaitėms po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio	109
3.3. PROM ir PREM rodiklių sąsajų ir mediacinių ryšių analizė	112
3.3.1. PROM ir PREM sąsajos ir mediaciniai ryšiai nėštumo laikotarpiu	112
3.3.2. PROM sąsajos ir mediaciniai ryšiai 1–3 parą po gimdymo	120
3.3.3. PROM ir PREM sąsajos ir mediaciniai ryšiai 6–8 savaitę po gimdymo.....	124
3.3.4. PROM ir PREM rodiklių sąsajos ir mediaciniai ryšiai 22–26 savaitę po gimdymo.....	132
3.4. PROM ir PREM prognozinės reikšmės moters sveikatai vertinimas pogimdyminiu laikotarpiu	135
4. REZULTATŲ APTARIMAS	142
DARBO PRIVALUMAI IR RIBOTUMAI.....	154
IŠVADOS.....	155
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	157
SUMMARY	158
LITERATŪROS SĄRAŠAS	195
MOKSLO PUBLIKACIJŲ, PRANEŠIMŲ SĄRAŠAS	205
PRIEDAI.....	207
CURRICULUM VITAE	214
PADĖKA / ACKNOWLEDGMENT	215

SANTRUMPOS

B	– grynasis β koeficientas
BSES-SF	– žindymo saviveiksmingumo skalė, trumpa forma (angl. <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form</i>)
BSS-R	– gimdymo patirties vertinimo skalė (angl. <i>Birth Satisfaction Scale – Revised</i>)
CFI	– lyginamasis atitikties indeksas (angl. <i>Comparative Fit Index</i>)
EPDS	– Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė (angl. <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>)
F	– Fišerio kriterijus
ICHOM	– Tarptautinis sveikatos rezultatų vertinimo konsorciumas (angl. <i>International Consortium for Health Outcomes Measurement</i>)
MIBS	– motinos ir kūdikio ryšio skalė (angl. <i>Mother-to-Infant Bonding Scale</i>)
n	– imties dydis
p	– statistinio reikšmingumo lygmuo
PCC	– į pacientą orientuota priežiūra (angl. <i>Patient-Centred Care</i>)
PHQ-2	– depresijos simptomų vertinimo klausimynas (angl. <i>Patient Health Questionnaire-2</i>)
PI	– pasikliautinis intervalas
PREMs	– pacientų patirties sveikatos priežiūros sistemoje rodikliai (angl. <i>Patient-Reported Experience Measures</i>)
PROMIS-10	– 10 klausimų sveikatos vertinimo skalė (angl. <i>Patient-Reported Outcomes Measurement Information System</i>)
PROMs	– pacientų pateiktų sveikatos baigčių rodikliai (angl. <i>Patient-Reported Outcome Measures</i>)
proc.	– procentai
R²	– determinacijos koeficientas
RMSEA	– aproksimacijos vidutinės kvadratinės paklaidos šaknies indeksas (angl. <i>Root Mean Square Error of Approximation</i>)
SE	– standartinė paklaida (angl. <i>Standard Error</i>)
SN	– standartinis nuokrypis
SPSS	– statistinės analizės programinė įranga (angl. <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>)
SRMR	– standartizuota vidutinė kvadratinė liekanų šaknis (angl. <i>Standardized Root Mean Square Residual</i>)
t	– Stjudento t kriterijus

- TLI** – Tucker–Lewis indeksas (angl. *Tucker–Lewis Index*)
- WCC** – į moterį orientuota priežiūra (angl. *Woman-Centred Care*)
- β** – standartizuotas regresijos koeficientas
- χ^2** – chi kvadrato kriterijus

SAVOKOS

Pacientų įtraukties instrumentai (angl. *Patient reported measures*) – tai standartizuotos priemonės (klausimynai, skalės ar vertinimo įrankiai), skirtos sistemingai įvertinti pacientų dalyvavimą sveikatos priežiūros procese, jų įsitraukimą į sprendimų priėmimą, informuotumą bei bendradarbiavimą su sveikatos priežiūros specialistais [1, 2, 3].

Pacientų pateiktos sveikatos baigtys (angl. *Patient-Reported Outcome Measures, PROMs*) – tai paties paciento pateikti duomenys apie savo sveikatos būklę, savijautą ir su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, vertinami naudojant validuotus klausimynus, nepriklausomai nuo sveikatos priežiūros specialisto interpretacijos [1, 2, 3].

Pacientų patirtys sveikatos priežiūros sistemoje (angl. *Patient-Reported Experience Measures, PREMs*) – tai pacientų vertinimai apie gautą sveikatos priežiūrą, apimantys komunikaciją, informacijos suteikimą, dalyvavimą sprendimų priėmime, pasitenkinimą priežiūra ir santykį su sveikatos priežiūros specialistais [3].

Mažos rizikos nėštumas – tai nėštumas, kurio metu nenustatyta medicininė ar akušerinių komplikacijų, galinčių turėti reikšmingą neigiamą poveikį motinos ar vaisiaus sveikatai, ir kuris gali būti prižiūrimas laikantis standartinių nėštumo stebėsenos rekomendacijų [4].

Normalus gimdymas (mažos rizikos) – toks gimdymas, kurio metu yra maža medicininė intervencijų tikimybė ir teikiama pagalba atitinka akušerio profesinę kvalifikaciją [5].

Į pacientą orientuota priežiūra – tai sveikatos priežiūros modelis, kuriame prioritetas teikiamas paciento poreikiams, vertybėms ir lūkesčiams, užtikrinant aktyvų paciento dalyvavimą sprendimų priėmime, pagarbų bendravimą ir individualizuotą priežiūrą [6, 7].

Į moterį orientuota priežiūra – tai akušerinės priežiūros principas, grindžiamas moters autonomijos, pasirinkimo teisės, individualių poreikių ir patirties pripažinimu, užtikrinant nuoseklią, pagarbą ir pasitikėjimą skatinančią priežiūrą nėštumo, gimdymo ir pogimdyminiu laikotarpiu [8].

Akušerio vadovaujamas priežiūros modelis – tai sveikatos priežiūros organizavimo modelis, kuriame mažos rizikos nėščiųjų, gimdyvių priežiūrą savarankiškai teikia akušeris [4, 5].

Gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamas priežiūros modelis – tai sveikatos priežiūros organizavimo modelis, kuriame nėštumo ir gimdymo laikotarpio priežiūrą koordinuoja ir pagrindinius klinikinius sprendimus priima gydytojas akušeris-ginekologas [4, 5].

ĮVADAS

Priežiūra nėštumo, gimdymo ir pogimdyminiu laikotarpiais yra esminė sveikatos priežiūros sistemos dalis, turinti ilgalaikę reikšmę moters, naujagimio ir šeimos fizinei, psichologinei bei socialinei gerovei [9–11]. Šie tarpusavyje susiję laikotarpiai laikomi kritiniais moters ir naujagimio sveikatos raidos etapais, turinčiais įtakos trumpalaikiams ir ilgalaikiams sveikatos rezultatams [9, 12, 13]. Kokybiška priežiūra šiuo laikotarpiu susijusi su mažesne motinos ir naujagimio sergamumo bei mirtingumo rizika, geresne psichologine moters adaptacija po gimdymo, stipresniu motinos ir kūdikio ryšiu bei palankesniais naujagimio raidos rezultatais [10, 12, 14–16]. Be to, šios priežiūros kokybė turi platesnę reikšmę visuomenės sveikatai, nes daro įtaką šeimos gerovei, tėvystės patirčiai ir ilgalaikiai vaikų sveikatai bei vystymuisi [10, 15].

Tradiciškai priežiūros kokybė buvo vertinama remiantis objektyviais klinikiniais rodikliais, tokiais kaip motinos ir naujagimio sergamumas bei mirtingumas, akušerinių komplikacijų dažnumas, intervencijų poreikis ar hospitalizacijos trukmė [11, 13]. Šie rodikliai yra svarbūs vertinant sveikatos priežiūros saugumą ir efektyvumą, tačiau jie neapima moters asmeninės patirties, emocinės savijautos, psichologinės adaptacijos ir subjektyvaus sveikatos vertinimo [17, 18]. Remiantis A. Donabediano sveikatos priežiūros kokybės modeliu, kokybė apima ne tik struktūrinius ir klinikinius aspektus, bet ir pacientui svarbius rezultatus, kurie atspindi priežiūros poveikį fizinei ir psichologinei paciento būklei bei bendram gerovės suvokimui [19, 20]. Todėl vien klinikinių rodiklių nepakanka visapusiškai įvertinti priežiūros kokybę, ypač atsižvelgiant į tai, kad nėštumas ir gimdymas yra ne tik biologiniai, bet ir reikšmingi psichologiniai bei socialiniai gyvenimo įvykiai [10, 15, 18].

Tad šiuolaikinėje sveikatos priežiūroje vis daugiau dėmesio skiriama ne tik klinikiniams rezultatams, bet ir pačiai priežiūros patirčiai bei jos poveikiui fizinei ir psichologinei paciento gerovei [1, 17, 18]. Šis požiūris grindžiamas prielaida, kad kokybiška sveikatos priežiūra turi atitikti ne tik medicininius saugumo ir efektyvumo kriterijus, bet ir individualius paciento poreikius, vertybes bei lūkesčius [1, 21]. Tokia priežiūros samprata susijusi su į pacientą orientuotos priežiūros (angl. *patient-centred care*, *PCC*) koncepcija, kuri pabrėžia paciento autonomiją, aktyvų dalyvavimą priimant sprendimus ir priežiūros pritaikymą individualiai situacijai [22]. Akušerijoje ši koncepcija įgauna specifinę išraišką – kaip į moterį orientuota priežiūra (angl. *woman-centred care*, *WCC*), kuri pabrėžia moters fizinių, emocinių, psichologinių ir socialinių poreikių integravimą į priežiūros procesą visais motinystės laikotarpiais [11, 23, 24]. Į moterį orientuota priežiūra grindžiama partneryste tarp moters

ir sveikatos priežiūros specialisto, moters autonomijos užtikrinimu ir jos individualios patirties – kaip svarbiu priežiūros kokybės aspektu – pripažinimu [23, 24]. Tyrimai rodo, kad tokia priežiūra yra susijusi su didesniu moters pasitenkinimu, geresne gimdymo patirtimi ir palankesniais psichologiniais rezultatais po gimdymo [11, 23, 25, 26].

Vienas iš svarbiausių veiksnių, lemiančių į moterį orientuotos priežiūros įgyvendinimą praktikoje, yra priežiūros organizavimo modelis. Skirtingi priežiūros modeliai gali skirtis pagal priežiūros tęstinumą, sveikatos priežiūros specialisto vaidmenį ir priežiūros organizavimo principus [11, 25, 27]. Akušerio vadovaujamos priežiūros modeliai dažniau užtikrina priežiūros tęstinumą ir nuoseklų santykį tarp moters ir sveikatos priežiūros specialisto, o tai gali turėti reikšmės moters patirčiai, psichologinei savijautai ir adaptacijai pogimdyminiu laikotarpiu [11, 23, 25, 27]. Tuo tarpu gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros modeliai dažniau grindžiami klinikinės rizikos vertinimu ir didelės rizikos nėštumo stebėjimu [11, 16]. Atsižvelgiant į tai, akušerinės priežiūros kokybės vertinimas apima ne tik klinikinius rodiklius, bet ir moters patirtį bei jos pačios vertinamas sveikatos baigtis, kurios atspindi priežiūros poveikį fizinei ir psichologinei gerovei [1, 17, 18, 25]. Šių aspektų sistemingas vertinimas grindžiamas standartizuotų ir patikimų priemonių, leidžiančių įvertinti sveikatos priežiūros rezultatus paties paciento požiūriu [1, 21].

Šiame kontekste pacientų pateiktų sveikatos baigčių (angl. *patient-reported outcome measures, PROM*) ir pacientų patirties sveikatos priežiūros sistemoje (angl. *patient-reported experience measures, PREM*) rodikliai laikomi svarbia priemone, leidžiančia įvertinti sveikatos priežiūros rezultatus paciento požiūriu [1, 2, 28]. PROM apibūdina paciento savarankiškai vertinamą sveikatos būklę, funkcionavimą ir psichologinę gerovę, o PREM atspindi paciento patirtį, susijusią su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, įskaitant komunikaciją su sveikatos priežiūros specialistais ir dalyvavimą priimančiais sprendimus [1, 2]. Šių rodiklių taikymas suteikia galimybę papildyti tradicinius klinikinius vertinimo kriterijus ir visapusiškiau įvertinti sveikatos priežiūros kokybę, integruojant tiek objektyvius klinikinius duomenis, tiek paciento patirties ir subjektyviai vertinamas sveikatos aspektus [1, 2, 18, 28]. Šis požiūris pabrėžia pacientui svarbių sveikatos rezultatų reikšmę vertinant sveikatos priežiūros kokybę ir skatina naudoti PROM ir PREM rodiklius kaip svarbius kokybės indikatorius [21, 28].

Nėštumo, gimdymo ir pogimdyminės priežiūros laikotarpiais PROM ir PREM rodikliai leidžia įvertinti moters patirtį bei jos subjektyviai vertinamas sveikatos baigtis šiais tarpsniais, įskaitant gimdymo patirtį, psichologinę savijautą, motinos ir kūdikio ryšio formavimąsi bei pasitikėjimą savo gebėjimu rūpintis naujagimiu [10, 12, 14, 15]. Šių rodiklių taikymas sudaro prielaidas

išsamiau vertinti priežiūros nėštumo, gimdymo ir pogimdyminiu laikotarpiais kokybę, atsižvelgiant į moters subjektyvų vertinimą ir jos patirties reikšmę sveikatos priežiūros rezultatams [11, 17, 23, 25].

PROM ir PREM rodikliai sudaro prielaidas analizuoti priežiūros kokybę ne tik klinikinių rezultatų, bet ir moters patirties bei subjektyviai vertinamos sveikatos aspektais [1, 2, 18]. Atsižvelgiant į tai, priežiūros organizavimo modelis gali būti reikšmingas veiksnys, padedantis formuoti moters patirtį ir sveikatos baigtis nėštumo, gimdymo ir pogimdyminiu laikotarpiais, nes jis lemia priežiūros tęstinumą, santykį tarp moters ir sveikatos priežiūros specialisto bei priežiūros organizavimo principus [11, 23, 25, 27]. Todėl PROM ir PREM rodiklių analizė, naudojant skirtingus priežiūros modelius, yra svarbi siekiant visapusiškai įvertinti akušerinės priežiūros kokybę ir jos poveikį moters sveikatai bei gerovei [20, 25, 28].

Tyrimo naujumas

Lietuvoje PROM ir PREM rodiklių taikymas sveikatos priežiūros kokybei vertinti vis dar yra ribotas. Lietuvos mokslo literatūroje pabrėžiama PROM ir PREM rodiklių svarba bei jų plėtros poreikis sveikatos priežiūros sistemoje [3], tačiau empirinių tyrimų, kuriuose šie rodikliai būtų kompleksiskai taikomi moters priežiūros nėštumo, gimdymo ir pogimdyminiu laikotarpiais kokybei vertinti, vis dar trūksta. Šis tyrimas vertina motinystės priežiūros kokybę pagal moters PROM ir PREM rodiklius, leidžiančius analizuoti priežiūros rezultatus moters požiūriu. Tyrime analizuojami moters sveikatos rodikliai, apimantys gimdymo patirtį, motinos ir kūdikio ryšį bei žindymo saviveiksmingumą, kurie atspindi psichologinę moters savijautą ir adaptaciją pogimdyminiu laikotarpiu. Toks motinystės priežiūros kokybės vertinimas, grindžiamas pacientų pateiktais rodikliais, leidžia įvertinti priežiūros modelio reikšmę ne tik klinikiniais, bet ir moters patirties bei psichologinės sveikatos aspektams.

Akušerinės priežiūros kokybė vertinama taikant standartizuotą pacienčių pateiktų sveikatos baigčių ir patirties sveikatos priežiūros sistemoje rodiklių vertinimo metodiką, parengtą pagal Tarptautinio sveikatos rezultatų vertinimo konsorciumo (angl. *International Consortium for Health Outcomes Measurement, ICHOM*) rekomendacijas [20]. Šios metodikos taikymas užtikrina sistemingą moters subjektyvių sveikatos rodiklių vertinimą, metodologinį tyrimo pagrįstumą ir sudaro galimybę palyginti gautus rezultatus su tarptautiniais tyrimais, taikant analogišką vertinimo sistemą.

Tyrime vertinami ir lyginami moters PROM ir PREM rodikliai tarp dviejų skirtingų nėštumo priežiūros modelių – akušerio ir gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros. Toks palyginamasis vertinimas leidžia analizuoti priežiūros modelio sąsajas su moters patirtimi, psichologine savijau-

ta ir sveikatos rezultatais, remiantis standartizuotais pacienčių pateikiamais rodikliais, ir išplėsti akušerinės priežiūros kokybės vertinimą už tradicinių klinikinių rodiklių ribų.

Tyrimo planas apima moters PROM ir PREM vertinimą nėštumo laikotarpiu ir ilgalaikį jų vertinimą pogimdyminiu laikotarpiu keliais laiko momentais per pirmuosius šešis mėnesius po gimdymo. Toks sudėtinis tyrimo planas sudaro galimybę ne tik palyginti šiuos rodiklius tarp skirtingų priežiūros modelių, bet ir analizuoti jų pokyčius pogimdyminiu laikotarpiu bei įvertinti priežiūros modelio sąsajas su moters sveikatos baigčių ir patirties dinamika.

Tyrimo praktinė reikšmė

Tyrimo rezultatai gali būti naudojami akušerinės priežiūros kokybės vertinimo sistemai tobulinti, įtraukiant moters PROM ir PREM kaip papildomus kokybės indikatorius klinikinėje praktikoje. Tyrime taikyta standartizuota PROM ir PREM rodiklių vertinimo metodika sudaro galimybę sistemingai ir struktūruotai vertinti akušerinės priežiūros kokybę pagal apibrėžtus kriterijus, papildant tradicinius klinikinius rodiklius moters patirties ir psichologinės savijautos vertinimu. Toks vertinimas leidžia visapusiškiau įvertinti priežiūros rezultatus ir identifikuoti stipriąsias bei tobulintinas motinystės priežiūros sritis, planuojant kokybės gerinimo priemones.

PROM ir PREM rodiklių taikymas klinikinėje praktikoje sudaro galimybę sistemingai vertinti akušerinės priežiūros kokybę ir atsižvelgti į moters patirtį kaip svarbų priežiūros rezultatą, prisidedant prie į moterį orientuotos grindžiamos motinystės priežiūros plėtros.

Tyrimo rezultatai suteikia empirinių duomenų apie akušerio vadovaujamos motinystės priežiūros modelio sąsajas su moters pateiktais sveikatos rezultatais ir patirtimi nėštumo, gimdymo ir pogimdyminiu laikotarpiais. Šie duomenys gali būti naudojami stiprinant įrodymais grįstą akušerių vaidmens plėtrą, teikiant mažos rizikos nėštumo ir gimdymo priežiūros paslaugas pagal galiojančią medicinos normą bei planuojant motinystės priežiūros paslaugų organizavimą, siekiant užtikrinti priežiūros tęstinumą ir į moterį orientuotą priežiūrą.

DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas

Ištirti pacienčių pateiktų sveikatos baigčių ir patirties sveikatos priežiūros sistemoje rodiklius nėštumo ir gimdymo metu.

Darbo uždaviniai:

1. Įvertinti ir palyginti pacienčių pateiktų sveikatos baigčių ir patirties sveikatos priežiūros sistemoje rodiklius nėštumo laikotarpiu tarp skirtingų priežiūros modelių.
2. Įvertinti ir palyginti pacienčių pateiktų sveikatos baigčių ir patirties sveikatos priežiūros sistemoje rodiklius gimdymo ir pogimdyminiu laikotarpiais tarp skirtingų priežiūros modelių.
3. Įvertinti pacienčių pateiktų sveikatos baigčių ir patirties sveikatos priežiūros sistemoje rodiklių tarpusavio sąsajas bei mediacinius ryšius nėštumo, gimdymo ir pogimdyminiu laikotarpiais.
4. Įvertinti pacienčių pateiktų sveikatos baigčių ir patirties sveikatos priežiūros sistemoje rodiklių prognozinę reikšmę moters sveikatai per pirmuosius šešis mėnesius po gimdymo.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Į moterį orientuotos priežiūros samprata ir reikšmė

1.1.1. Į pacientą orientuotos priežiūros principai sveikatos priežiūros sistemoje

Į pacientą orientuota priežiūra (angl. *patient-centred care, PCC*) laikoma viena svarbiausių šiuolaikinės sveikatos priežiūros kokybės koncepcijų, pabrėžiančių paciento vaidmenį kaip aktyvaus sveikatos priežiūros proceso dalyvio [6, 7]. Ši koncepcija iš esmės keičia tradicinį biomedicininį priežiūros modelį, kuriame pagrindinis dėmesys skiriamas ligai ir jos gydymui, į platesnį požiūrį, orientuotą į patį pacientą, jo individualius poreikius, vertybes ir patirtį [6, 33, 41]. Į pacientą orientuota priežiūra grindžiama prielaida, kad kokybiška sveikatos priežiūra turi būti orientuota ne tik į klinikinius rezultatus, bet ir į paciento patirtį, dalyvavimą sprendimų priėmime bei subjektyvų sveikatos vertinimą [31, 35].

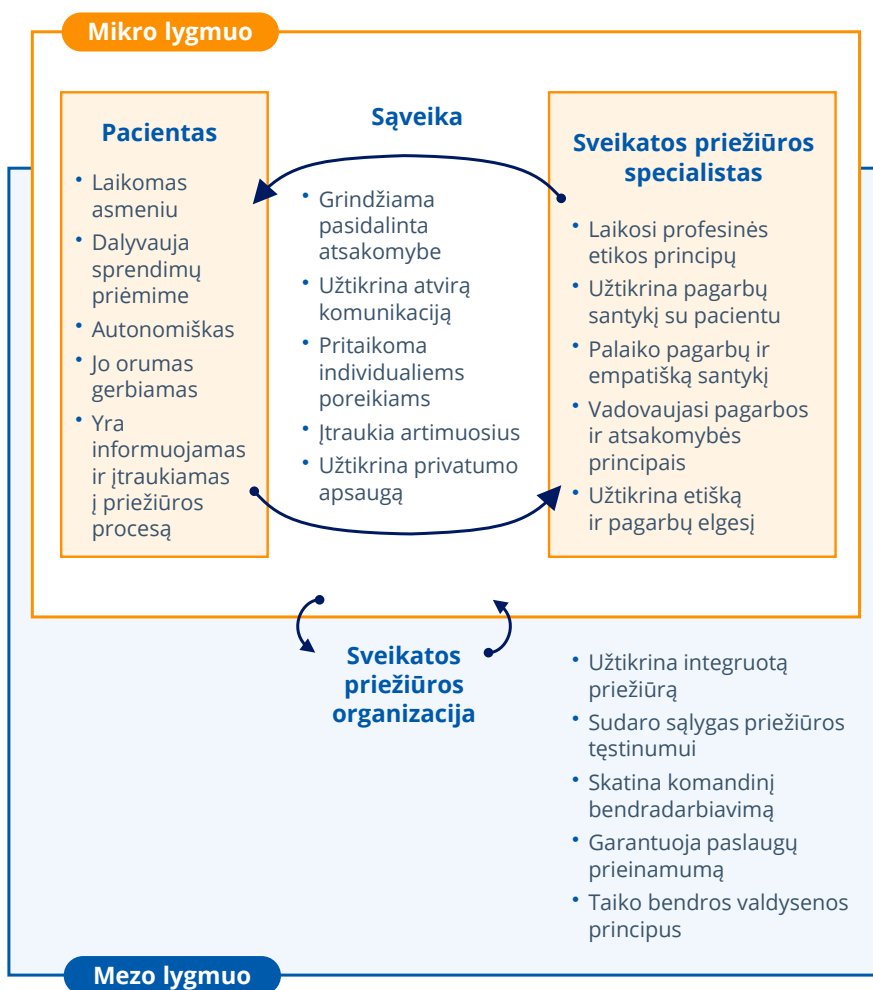
Vienas iš pagrindinių į pacientą orientuotos priežiūros principų yra paciento autonomijos užtikrinimas. Paciento autonomija reiškia jo teisę būti informuotam apie savo sveikatos būklę, galimus diagnostikos ir gydymo būdus bei aktyviai dalyvauti priimant sprendimus, susijusius su jo sveikatos priežiūra [32, 33, 42]. Paciento įtraukimas į sprendimų priėmimo procesą ne tik stiprina jo pasitikėjimą sveikatos priežiūros specialistais, bet ir prisideda prie geresnių sveikatos rezultatų bei didesnio pasitenkinimo priežiūra [31, 40, 42]. Bendras sprendimų priėmimas (angl. *shared decision-making*) laikomas esminiu į pacientą orientuotos priežiūros komponentu, užtikrinančiu partnerystę grindžiamą santykį tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialisto [7, 32, 33].

Kitas svarbus į pacientą orientuotos priežiūros principas yra individualių paciento poreikių ir vertybių pripažinimas. Pacientai skiriasi ne tik savo klinicine būkle, bet ir socialiniais, psichologiniais bei kultūriniais veiksniais, kurie gali turėti įtakos jų sveikatos būklei, sprendimams ir priežiūros patirčiai [29, 33, 34, 41, 42]. Todėl į pacientą orientuota priežiūra reikalauja holistinio požiūrio, apimančio ne tik biologinius, bet ir psichologinius bei socialinius sveikatos aspektus, atsižvelgiant į individualią paciento situaciją ir poreikius [7, 32, 33].

Į pacientą orientuota priežiūra taip pat pabrėžia efektyvios komunikacijos svarbą. Atvira, aiški ir pagarbi komunikacija tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialisto sudaro prielaidas geresniam paciento informuotumui, didesniam pasitikėjimui ir aktyvesniam dalyvavimui priežiūros procese [30, 33, 34, 35, 41]. Efektyvi komunikacija padeda užtikrinti, kad sveikatos priežiūros

sprendimai būtų priimami atsižvelgiant į paciento poreikius ir lūkesčius, taip prisidedant prie geresnių sveikatos rezultatų ir didesnio pasitenkinimo priežiūra [30, 35].

Siekiant sistemingai atskleisti į pacientą orientuotos priežiūros struktūrą ir pagrindinius jos komponentus, literatūroje pateikiami konceptualūs modeliai, apibūdinantys paciento, sveikatos priežiūros specialisto ir sveikatos priežiūros organizacijos sąveiką bei jų vaidmenį įgyvendinant į pacientą orientuotos priežiūros principus (1.1.1.1 pav.) [6, 33, 35, 37, 38]. Šie modeliai leidžia geriau suprasti, kad į pacientą orientuota priežiūra yra kompleksinis procesas, apimantis ne tik individualų paciento ir sveikatos priežiūros specialisto santykį, bet ir platesnį organizacinį bei sisteminį kontekstą [33, 37, 39, 41].



1.1.1.1 pav. Į pacientą ir į moterį orientuotos priežiūros konceptualus modelis (adaptuota pagal Maassen ir kt., 2017; Petit-Steeghs ir kt., 2019)

Kaip matyti 1.1.1.1 paveiksle, pateiktas konceptualus modelis atskleidžia į pacientą orientuotos priežiūros struktūrą ir jos adaptaciją klinikinėje praktikoje, integruojant į pacientą ir į moterį orientuotos priežiūros principus. Šis modelis apima du pagrindinius lygmenis: mikro lygmenį, apibūdinantį sąveiką tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialisto, ir mezo lygmenį, apimantį sveikatos priežiūros organizacijos vaidmenį [33, 37, 39, 41].

Mikro lygmenyje pagrindinis dėmesys skiriamas sąveikai tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialisto. Pacientas šiame modelyje suvokiamas kaip aktyvus priežiūros proceso dalyvis, turintis autonomiją, teisę būti informuotas ir dalyvauti sprendimų priėmime, o sveikatos priežiūros specialistas veikia kaip partneris, užtikrinantis holistinį požiūrį, empatiją, individualizuotą priežiūrą ir profesionalų sprendimų priėmimą [7, 32, 33, 41, 42]. Esminė šio modelio dalis yra jų tarpusavio sąveika, grindžiama bendru sprendimų priėmimu, atvira komunikacija, pasitikėjimu ir atsakomybės pasidalijimu [30, 32, 33, 34].

Mezo lygmenyje modelis pabrėžia sveikatos priežiūros organizacijos vaidmenį, užtikrinant struktūrines prielaidas į pacientą orientuotos priežiūros įgyvendinimui. Organizaciniai veiksniai, tokie kaip priežiūros tęstinumas, prieinamumas, koordinavimas ir tarpdisciplininis bendradarbiavimas, sudaro pagrindą į pacientą orientuotos priežiūros principų įgyvendinimui klinikinėje praktikoje [6, 29, 31, 33, 35, 37, 39]. Svarbu pažymėti, kad šis modelis remiasi tiek į pacientą orientuotos priežiūros teorija, tiek į moterį orientuotos priežiūros teorija, todėl atspindi šių koncepcijų teorinį tęstinumą akušerijoje [32, 38, 40].

Akušerijos kontekste į pacientą orientuotos priežiūros principai adaptuojami atsižvelgiant į motinystės priežiūros specifiką ir apibrėžiami kaip į moterį orientuota priežiūra, kuri akcentuoja moters autonomiją, individualius poreikius ir aktyvų dalyvavimą priežiūros procese [32, 38, 40].

Taigi į pacientą orientuotos priežiūros principai sudaro teorinį ir konceptualų pagrindą šios koncepcijos adaptacijai skirtingose sveikatos priežiūros srityse, įskaitant akušeriją [32, 38, 40]. Dėl motinystės priežiūros specifikos šie principai akušerijoje transformuojasi į moterį orientuotos priežiūros koncepciją, kuri apibrėžia motinystės priežiūros filosofiją, organizavimą ir praktinį įgyvendinimą, akcentuojant moters autonomiją, individualius poreikius ir aktyvų dalyvavimą nėštumo, gimdymo ir pogimdyminės priežiūros procese [32, 38, 40].

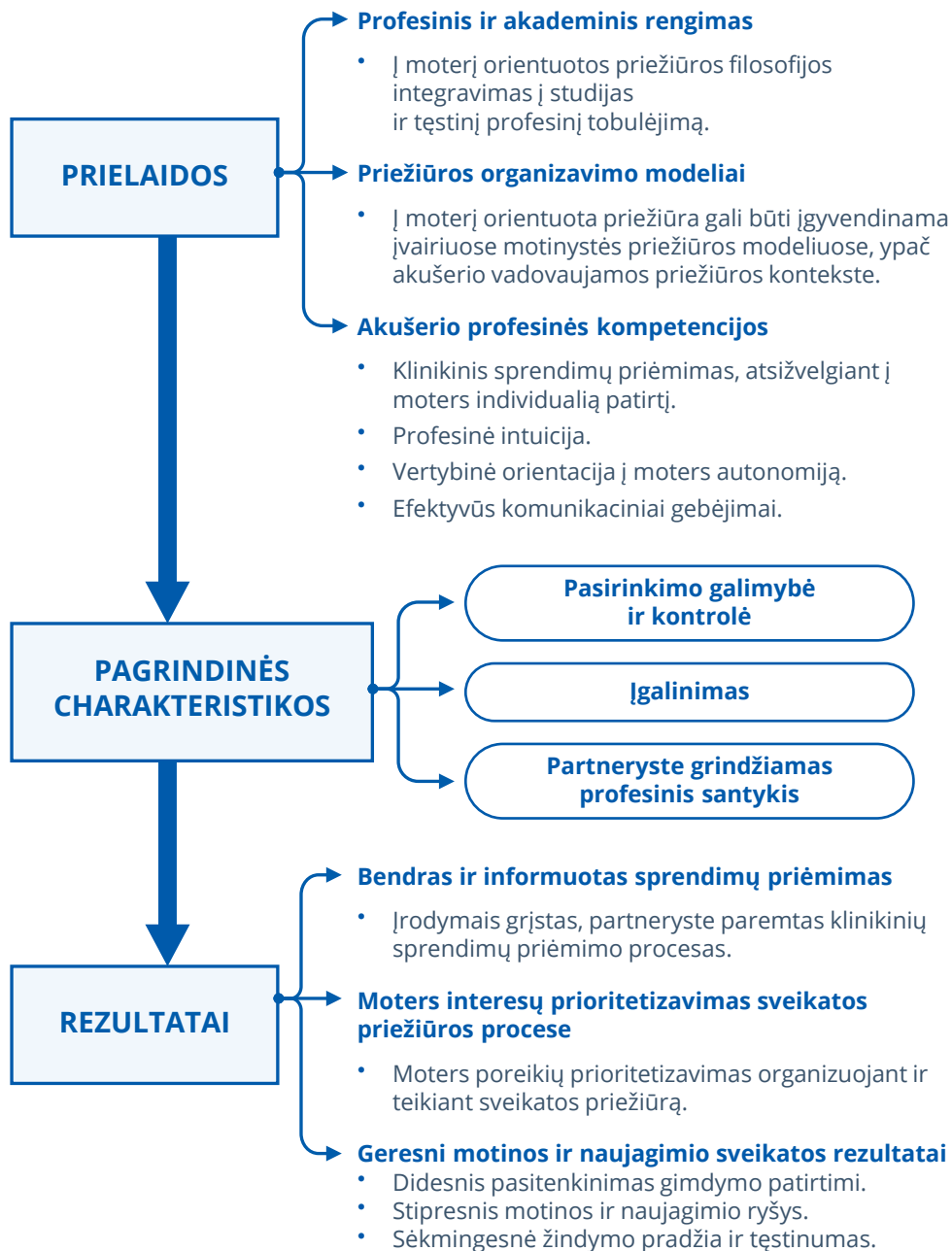
1.1.2. Į moterį orientuotos priežiūros samprata nėštumo ir gimdymo priežiūros kontekste

Akušerijos moksle ir praktikoje į moterį orientuota priežiūra šiandien laikoma esmine kokybiškos ir etiškos pagalbos prielaida. Vis dėlto šios sąvokos vartojimas nėra savaime aiškus: mokslinėje literatūroje ji dažnai pristatoma kaip pageidaujama priežiūros vertybė, tačiau jos turinys ir ribos ne visada aiškiai apibrėžiami. Darbo analizėje svarbu parodyti, kad į moterį orientuota priežiūra nėra vien gero bendravimo sinonimas. Ji laikytina platesne akušerinės priežiūros filosofija, apibrėžiančia, kaip suvokiama moteris šiame procese, kaip organizuojamas klinikinis santykis ir kokiais principais remiantis priimami sprendimai perinataliniu laikotarpiu [8, 38, 43].

Vienas svarbiausių naujesnės mokslinės literatūros indėlių yra bandymas konceptualiai išgryninti į moterį orientuotos priežiūros sąvoką. Fontein-Kuijpers ir bendraautorai ją apibrėžia kaip akušerijos filosofiją ir sąmoningai pasirinktą priežiūros valdymo būdą, kuriame centrinė ašis yra bendradarbiaujantis moters ir akušerio santykis, pripažįstant abiejų pusių kompetenciją ir individualumą. Šiame apibrėžime svarbūs du aspektai: pirma, moteris nėra traktuojama kaip pasyvi priežiūros gavėja, antra, akušeris nėra traktuojamas kaip vienintelis žinantis ekspertas. Santykis suvokiamas kaip abipusis: vienodai svarbūs tiek fiziniai nėštumo ir gimdymo aspektai, tiek moters patyriminė, emocinė ir socialinė šių procesų prasmė [43].

Brady ir bendra autorių apžvalga šį supratimą papildo parodant, kad į moterį orientuota priežiūra literatūroje reiškiasi trijose tarpusavyje susijusiose plotmėse: klinikinėje praktikoje, paslaugų organizavime ir profesiniame ugdyme. Autoriai išskiria pasikartojančius komponentus – pasirinkimas ir kontrolė, įgalinimas, fiziologinio gimdymo apsauga, santykis su konkrečiu priežiūros specialistu, priežiūros tęstinumas ir pačios sistemos sandara. Pabrėžtina jų išvalga, jog sąvokos interpretacijų įvairovė didina riziką ją vartoti deklaratyviai, t. y. politiniuose ar instituciniuose dokumentuose remtis į moterį orientuota priežiūra, tačiau neįvardyti, kokie konkretūs veiksmai tą orientaciją iš tikrųjų sudaro [38]. Minėtą konceptualinio neapibrėžtumo klausimą reikšmingai išplėtojo Brady, Gibbons ir Bogossian analizė, kuria siekta sukurti įrodymais grįstą į moterį orientuotos priežiūros apibrėžtį. Autoriai atskleidė, kad į moterį orientuotos priežiūros branduolį sudaro trys pagrindiniai atributai: moters pasirinkimas ir kontrolė, įgalinimas bei santykiai. Tuo tarpu šios priežiūros prielaidomis laikomi ugdymas, priežiūros aplinka ar modeliai ir paties akušerio profesinės kompetencijos, o rezultatais – bendras ir informuotas sprendimų priėmimas, gebėjimas naviguoti sudėtingoje motinystės priežiūros sistemoje ir geresnės moters bei naujagimio sveikatos rezultatai (žr. 1.1.2.1 paveikslą). Anot autorių, nors priežiūros tęstinumas yra

reikšmingas akušerijai ir akušerio vadovaujamiems modeliams, jis nelaikytinas pačiu esminiu į moterį orientuotos priežiūros elementu [8].



1.1.2.1 pav. Į moterį orientuotos priežiūros koncepcijos schema (adaptuota pagal Brady ir kt. (2024))

Taigi, į moterį orientuota priežiūra užtikrina moters pasirinkimą ir kontrolę nėštumo ir gimdymo metu. Santykiai, pagrįsti tarpusavio pasitikėjimu ir pagarba, skatina moters gebėjimus patenkinti savo poreikius. Ši priežiūra įgyvendinama per įrodymais grįstą bendrą sprendimų priėmimą, kuris padeda moteriai orientuotis sveikatos priežiūros sistemoje ir prisideda prie geresnių moters bei naujagimio sveikatos rezultatų [8].

Nors literatūroje į moterį orientuotos priežiūros principai dažnai aprašomi plačiau – įtraukiant pagarbą, individualizavimą, holizmą, partnerystę ir komunikaciją, Brady, Gibbons ir Bogossian parodė, kad galutinėje sintezėje šie aspektai konceptualiai koncentruojasi aplink tris esminius atributus: moters pasirinkimą ir kontrolę, įgalinimą bei santykius. Todėl toliau aptariami principai gali būti suprantami kaip platesnės šių trijų branduolinių dimensijų išraiškos klinikinėje praktikoje [8].

Pirmasis ir bazinis principas yra pagarba ir orumas; pagarbi priežiūra negali būti redukuojama tik į akivaizdaus smurto ar žeminimo nebuvimą. Jolivet ir bendraautorių teigimu, pagarbiai motinystės priežiūrai reikia pozityviai apibrėžiamų specialistų veiksmų: orumo išsaugojimo, privatumo, konfidencialumo, informavimo, sutikimo ir savalaikės pagalbos [52]. Cantor ir bendraautorių sisteminė apžvalga šią kryptį sustiprina atskleidžiant, jog pagarbi priežiūra yra esminė kokybės dimensija [53]. Pagarba į moterį orientuotoje priežiūroje laikytina normatyviniu pamatu, be kurio visa kita praranda prasmę.

Iš pagarbos principo natūraliai kyla moters autonomijos ir informuoto sprendimų priėmimo svarba. Sprendimų priėmimas nėštumo ir gimdymo priežiūroje yra dinamiškas, laike išsidėstęs procesas, kuriam įtaką daro pateikta informacija, patiriami kūno pokyčiai, neapibrėžtumas, socialiniai lūkesčiai bei moters siekis būti gera motina [45]. Taigi, formaliai suteikta informacija dar negarantuoja realios autonomijos. Kaip nurodo Vogels-Broeke ir bendraautoriai, moterų patiriama autonomija yra glaudžiai susijusi su tuo, ar jos jaučiasi asmeniškai matomos ir gerbiamos [62].

Šiuo požiūriu individualizuota priežiūra laikytina integruojančiu principu. Sprendimai ir priežiūros principai turi būti derinami prie konkrečios moters sveikatos būklės, gyvenimo aplinkybių, emocinių poreikių, kultūrinių nuostatų ir požiūrio į gimdymą. Petit-Steeghs ir bendraautoriai pagrįstai teigia, kad atsakas į moters poreikius turi reikštis organizacijos lygmeniu; kitaip tariant, sistema turi būti pakankamai lanksti, kad leistų specialistui realiai prisitaikyti prie moters [44].

Emocinis saugumas ir pasitikėjimas yra dar vienas kertinis principas. Leinweber ir bendraautorių tyrimas parodė, kad palaikymas, kontrolės jausmas, saugumas ir pagarba yra esminiai moterų akcentuojami elementai. Todėl emocinis saugumas ir pasitikėjimas laikytini kertiniais į moterį orientuotos

priežiūros principais, nes jų stoka neigiamai veikia moters gerovę. Vadinasi, į moterį orientuota priežiūra negali būti laikoma įgyvendinta, jei klinikinė priežiūra buvo tinkama, tačiau moteris visą procesą išgyvena kaip žeminantį ar atimantį kontrolę [47, 48].

Santykio ir komunikacijos reikšmė iš dalies apibendrina visus minėtus principus. Almorbaty ir bendraautorių apžvalga parodė, kad moters ir akušerio santykiai yra grindžiami pasitikėjimu ir bendradarbiavimu, o juos stiprina efektyvi komunikacija, pagarba, partnerystė ir bendras sprendimų priėmimas. Santykiai gerina moterų pasitenkinimą priežiūra ir yra labiau tikėtini ten, kur egzistuoja priežiūros tęstinumas [49]. Tuo tarpu Chang ir bendraautorių tyrimas atskleidė svarbią problemą: nors komunikacija laikoma centrine kokybės dimensija, aukštos kokybės įrodymai apie veiksmingas intervencijas, gerinančias komunikaciją gimdymo metu, vis dar riboti [61]. Tai nereiškia, kad komunikacija mažiau svarbi, priešingai, tai rodo, kad vienas esminių į moterį orientuotos priežiūros principų ilgą laiką buvo laikomas savaime suprantamu, tačiau nepakankamai sistemingai ugdomu.

Galiausiai, holistinis požiūris reiškia, kad moteris akušerinėje priežiūroje turi būti vertinama kaip visuma, atsižvelgiant ir į jos fizinę būklę, ir į turimus poreikius. Heinonen teigimu, gera nėštumo priežiūra orientuojama į sveikatos būklės stebėseną, pasirengimą tėvystei, ryšio su kūdikiu stiprinimą ir šeimos gerovės palaikymą [58]. Sacks ir bendraautoriai akcentuoja, jog pogimdyminiu laikotarpiu moterims svarbus ir emocinis bei psichosocialinis palaikymas [59]. Galima teigti, jog holistinis požiūris suteikia galimybę akušerinę priežiūrą suprasti plačiau nei vien klinikinių poreikių tenkinimą.

Pirmasis iš jų yra santykiu grįsta priežiūra. Anot Fontein-Kuipers ir bendraautorių, moters ir akušerio santykis sudaro šios priežiūros branduolį [43]. Almorbaty ir kolegų teigimu, būtent per santykį kuriamas pasitikėjimas, emocinis saugumas ir moters įtraukimas į sprendimus [38]. Kitaip tariant, santykis yra mechanizmas, užtikrinantis moters įtrauktį. Antrasis komponentas – priežiūros tęstinumas. Tai mažina priežiūros fragmentaciją, todėl sveikatos priežiūros specialistas gali geriau pažinti moters poreikius ir prioritetus. Tyrimai rodo, kad tęstinumas siejamas su palankesniais klinikiniais ir psichologiniais rodikliais [50, 51]. Vis dėlto Brady ir bendraautoriai akcentuoja, jog, nors tęstinumas yra svarbi įgyvendinimo sąlyga, tai nėra pati į moterį orientuotos priežiūros esmė [8]. Trečiasis komponentas – moters įtraukimas į sprendimus. Į moterį orientuota priežiūra gali būti praktiškai įgyvendinama tik tada, kai sprendimų priėmimas nėra vienpusis informacijos perdavimo procesas. Yuill ir bendraautoriai parodė, kad siekiant moterų įsitraukimo būtinas nuoseklus dialogas [45]. Vogels-Broeke ir bendraautorių tyrimas taip pat parodė, kad moterų autonomija didėja joms jaučiant pagarbą iš sveikatos priežiūros specialistų [62]. Vadinasi, moters įtraukimas į sprendimus reiškia

realų jos dalyvavimą svarstant alternatyvas ir priimant su priežiūra susijusius sprendimus. Ketvirtasis komponentas – prieinamumas ir koordinavimas. Šis komponentas svarbus todėl, kad į moterį orientuota priežiūra negali būti įgyvendinta, jei moteris realiai negali pasinaudoti jai skirta pagalba. Downe ir bendraautorai atskleidė, jog moterims svarbu tai, ar paslaugos yra suprantamos bei pasiekiamos [55]. Tyrimai rodo, jog paslaugų prieinamumą dažnai riboja kalbos barjerai, taip pat informacijos stoka [60]. Penktoji komponentų grupė apima tarpprofesinį bendradarbiavimą ir priežiūros aplinką. Į moterį orientuota priežiūra negali būti užtikrinama vien pavienio specialisto pastangomis – būtinas visos sistemos įsitraukimas [54, 56]. Miyauchi ir bendraautorai pabrėžia, kad moterų teigiamą patirtį stiprina pagarbi sąveika ir palanki organizacinė aplinka [46].

Apibendrinant galima teigti, kad į moterį orientuota priežiūra yra akušerinės priežiūros filosofija, pagal kurią moteris laikoma aktyvia priežiūros dalyve. Jos poreikiai ir pasirinkimai laikytini esmine sprendimų prielaida. Šios priežiūros branduolį sudaro pagrindiniai atributai: moters pasirinkimas ir kontrolė, įgalinimas bei santykiai. Praktikoje jie pasireiškia per pagarbą ir orumą, moters autonomiją, individualizuotą priežiūrą, emocinį saugumą, pasitikėjimą, aiškią komunikaciją ir holistinį požiūrį.

1.1.3. Veiksniai, ribojantys į moterį orientuotos priežiūros įgyvendinimą

Į moterį orientuotos priežiūros įgyvendinimą riboja kliūtys, pasireiškiančios keliais lygmenimis. Individualiame ir profesiniame lygmenyje viena svarbiausių problemų yra nevienodas pačios sąvokos supratimas. Mokslinėje literatūroje esama nemažos sąvokos interpretacijų įvairovės [38]. Be to, dėl bendros, įrodymais grįstos apibrėžimo stokos ilgą laiką šis terminas buvo taikomas fragmentiškai [8]. Fontein-Kuipers ir kolegų tyrimas taip pat parodė, kad net tarp akušerių egzistuoja skirtingos į moterį orientuotos priežiūros suvokimas: vieniems svarbiausias humaniškumas ir žmogaus teisės, kitiems – kokybės rodikliai ar balansavimas tarp skirtingų profesinių vaidmenų [66]. Taigi, specialistams neturint bendro supratimo, priežiūra priklauso nuo individualių vertybinių nuostatų.

Su šiuo nevienodumu glaudžiai susiję komunikacijos ir profesinio formavimosi iššūkiai. Chang ir kolegų tyrimas parodė, kad vis dar trūksta patikimų duomenų, kokios priemonės veiksmingiausiai padeda gerinti akušerių ir moterų komunikaciją [61]. Tuo tarpu kiti tyrimai atskleidžia, jog būsiami akušeriai ne vienodai supranta į moterį orientuotą priežiūrą. Be to, klinikinė aplinka ne visada padeda šias nuostatas praktiškai įtvirtinti [64, 65]. Taigi kliūtys kyla ir profesinio rengimo bei klinikinės aplinkos lygmeniu.

Organizaciniu lygmeniu svarbios kliūtys yra laiko stoka, personalo trūkumas, priežiūros fragmentacija ir jos tęstinumo stoka. Moran ir bendraautorių teigimu, didelis darbo krūvis, patiriamas stresas, perdegimas ir nepalankios darbo sąlygos apsunkina į moterį orientuotos priežiūros teikimą [63]. Specialistams tokiu atveju sunkiau nuosekliai bendrauti su moterimi, išiklausant į jos poreikius. Vadinasi, organizacinės sąlygos tiesiogiai paveikia, ar į moterį orientuota priežiūra gali būti realiai įgyvendinta. Tai atitinka ir Brady, Gibbons ir Bogossian išvalgą, jog organizacinės sąlygos yra svarbios į moterį orientuotos priežiūros prielaidos [8].

Sistemos lygmens kliūtys pasireiškia, jei priežiūroje vyrauja hierarchinis požiūris. Yuill ir bendraautoriai kelia klausimą, ar tokioje sistemoje moteriai iš tiesų sudaromos sąlygos dalyvauti sprendimų priėmimo [45]. Jolivet ir kolegos taip pat teigia, jog pagarbi į moterį orientuota priežiūra ilgą laiką buvo nepakankamai aiškiai įtvirtinta praktikoje [52]. Taigi, priežiūra gali būti vadinama orientuota į moterį, tačiau realiai jos pasirinkimai gali likti riboti.

Kaip jau buvo minėta anksčiau, klinikinėje praktikoje į moterį orientuota priežiūra pirmiausia reiškia, kad moteris laikoma aktyvia sprendimų priėmimo dalyve. Todėl praktinis šios priežiūros įgyvendinimas turi būti paremtas aiškiu bendravimu, padedančiu moteriai suprasti galimas alternatyvas ir dalyvauti priimančioms sprendimams. Pasak Yuill ir bendraautorių, sprendimų priėmimas akušerijoje yra tęstinis procesas, todėl vienkartinis sutikimas procedūrai vargiai gali būti laikomas partneryste [45].

Praktiniu požiūriu į moterį orientuota priežiūra turi reikštis konkrečiais specialistų veiksmais. Pagarba, privatumo užtikrinimas, aiškus informavimas, savalaikis reagavimas ir nediskriminavimas neturėtų apsiriboti bendromis nuostatomis – šie aspektai turi būti aiškiai įtvirtinti praktikoje [52]. Cantor ir bendraautorių teigimu, aiškus šių aspektų įvardijimas ir nuoseklus taikymas padeda į moterį orientuotą priežiūrą paversti realia klinicine praktika [53].

Svarbi įgyvendinimo sąlyga yra ir specialistų pasirengimas. Brady, Gibbons ir Bogossian analizėje ugdytas įvardijamas kaip viena iš esminių į moterį orientuotos priežiūros prielaidų [8]. Tyrimai rodo, kad šios nuostatos formuojasi ir studijų metu, ir klinikinėje aplinkoje [64, 65]. Vadinasi, šios priežiūros įgyvendinimas priklauso nuo to, kaip minėta filosofija perduodama profesinio rengimo metu ir palaikoma darbo vietoje.

Ne mažiau svarbu, kad į moterį orientuota priežiūra būtų teikiama atsižvelgiant į skirtingus moterų poreikius ir aplinkybes. Tyrimai rodo, kad į moterį orientuota priežiūra turi būti atitinkamai organizuojama. Pavyzdžiui, jei moteris yra emigrantė, informacija apie sveikatą ir susijusius sprendimus jai turėtų būti pateikiama suprantama kalba (esant reikalui būtinas vertėjas). Jei moteris priklauso pažeidžiamai socialinei grupei, galbūt, jai reikalinga pagalba orientuojantis sveikatos priežiūros sistemoje [54–56]. Ne moteris turi

taikytis prie sistemos – atvirkščiai, klinikinėje praktikoje į moterį orientuota priežiūra įgyvendinama tada, kai sistema geba prisitaikyti prie moters.

Galiausiai, šios priežiūros įgyvendinimas turi atsispindėti ir jos vertinime. Vien klinikiniai rodikliai neleidžia įvertinti, ar moteris jautėsi gerbiama bei įtraukta į sprendimų priėmimą. Taigi, vertinant į moterį orientuotą priežiūrą nepakanka remtis vien mediciniais rezultatais, svarbu atsižvelgti ir į pačios moters patirtį.

Į moterį orientuotos priežiūros įgyvendinimui svarbios sąlygos - specialistų ugdymas, palanki organizacinė aplinka, tinkami priežiūros modeliai ir profesinės akušerio savybės. Kita vertus, priežiūrą riboja nevienodas sąvokos supratimas, komunikacijos sunkumai, nepalankios darbo sąlygos ir hierarchinis sveikatos priežiūros sistemos pobūdis.

Apibendrinant galima teigti, kad į moterį orientuotos priežiūros įgyvendinimas yra kompleksinis procesas, kurį riboja tarpusavyje susijusios individualaus, profesinio, organizacinio ir sistemos lygmens kliūtys. Šios kliūtys apima nevienodą priežiūros sampratą, komunikacijos ir profesinio rengimo iššūkius, nepalankias darbo sąlygas bei hierarchines sveikatos priežiūros sistemos struktūras. Todėl siekiant užtikrinti realų šios priežiūros įgyvendinimą būtinas nuoseklus pokytis visais lygmenimis.

1.2. Akušerinės priežiūros modeliai ir jų klasifikacija

Nors į moterį orientuota priežiūra laikoma vienu iš pagrindinių šiuolaikinės akušerijos principų, jos praktinis įgyvendinimas priklauso nuo to, kaip organizuojama sveikatos priežiūra ir kokie priežiūros modeliai taikomi klinikinėje praktikoje. Skirtingi akušerinės priežiūros modeliai lemia ne tik sprendimų priėmimo pasiskirstymą tarp specialistų, bet ir tai, kaip užtikrinamas priežiūros tęstinumas, komunikacija bei moters įtraukimas į sprendimų priėmimą. Todėl siekiant geriau suprasti į moterį orientuotos priežiūros įgyvendinimo galimybes, būtina analizuoti akušerinės priežiūros modelius.

Mokslinėje literatūroje akušerinės priežiūros modeliai aprašomi nevienodai. Vienuose tyrimuose pagrindinis skirtumas siejamas su tuo, kas vadovauja klinikiniams sprendimams. Kituose tyrimuose labiau akcentuojama, kaip paslauga organizuojama per perinatalinį laikotarpį. Šis netolygumas nėra atsitiktinis. Martin ir kolegų sisteminė apžvalga parodė, kad net vertinant iš ekonominės perspektyvos vis dar trūksta standartizuotos akušerinių modelių klasifikacijos [32]. Combellick ir kolegės aprašė nuoseklią bendradarbiavimo skalę, kuri apima spektrą nuo savarankiškai dirbančio akušerio iki gydytojo vadovaujamos priežiūros, kuomet akušeris dalyvauja kaip konsultuojantis ar pagalbinis specialistas [67]. Bradford ir bendraautorijų apžvalga parodė, kad organizacinė modelių įvairovė taip pat didelė, nes tęstinumo modeliai skir-

tingose šalyse įgyvendinami nevienodai [68]. Dėl to šiame skyriuje tikslin- ga skirti du aspektus: kas priima pagrindinius klinikinius sprendimus ir kaip priežiūra organizuojama praktikoje.

Atskyrimas padeda išvengti painiavos. Pavyzdžiui, akušerio vadovaujamas modelis gali būti organizuojamas taip, kad moterį visą laiką prižiūrėtų tas pats akušeris arba nedidelė akušerių komanda. Lygiai taip pat bendros atsakomybės modelis gali būti labai skirtingas: vienoje įstaigoje jis reiškia aiškiai susitartą vaidmenų pasidalijimą, kitoje – nuolatinį atsakomybės per- sidengimą. Todėl paradigminis skirtumas apibrėžia, kuris specialistas vado- vauja sprendimų priėmimui, o organizacinė forma nusako, kaip priežiūra yra organizuojama, įskaitant jos tęstinumą [67, 68, 69].

Atsižvelgiant į šį skirtumą, toliau aptariami pagrindiniai paradigminiai akušerinės priežiūros modeliai.

1.2.1. Akušerinės priežiūros modelių skirstymas pagal vadovaujantį specialistą

Paradigminiai modeliai pirmiausia skiriasi pagal tai, kuris specialistas va- dovauja klinikinių sprendimų priėmimui. Kitaip sakant, jie atsako į klausimą, kuris specialistas yra pagrindinis sprendimų priėmėjas. Daemers ir kolegų tyrimas parodė, kad akušerių sprendimai priklauso nuo klinikinių duomenų, požiūrio į fiziologiją, santykio su moterimi, sprendimų priėmimo principų ir bendradarbiavimo su kitais specialistais [70]. Todėl modelių skirtumai atspindi skirtingą požiūrį į priežiūrą.

Akušerio vadovaujamas modelis paprastai grindžiamas fiziologinio nėš- tumo ir gimdymo samprata. Gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamas modelis labiau siejamas su patologijos atpažinimu ir medicininio rizikos val- dymu. Bendros atsakomybės modelis remiasi šių dviejų požiūrių derinimu. Visgi, skirstymas nereiškia, kad vienas modelis savaime yra geras, o kitas – blogas. Jis reiškia, kad skiriasi atskaitos taškas, iš kurio pradedamas klinikinis sprendimas [67, 69, 70].

Akušerio vadovaujama modelyje pagrindinis priežiūros koordinatorius yra akušeris. Šis modelis dažniausiai taikomas mažos rizikos nėštumui ir mažos rizikos gimdymui. Niessink-Beckers ir kolegų Nyderlanduose atlik- tas tyrimas parodė, kad mažos rizikos nėštumo ir gimdymo priežiūrą šioje sistemoje teikia akušeris, o padidėjus rizikai, moteris perduodama gydyto- jo priežiūrai [71]. Šio modelio esmė yra nuolatinis fiziologijos stebėjimas ir proporcingas reagavimas į pokyčius. Akušeris nėra laikomas gydytojo padė- jėju, laukiančiu, kol sprendimus priims kitas specialistas. Jis savarankiškai vertina būklę, stebi gimdymo eigą. Šis specialistas taip pat sprendžia, kada priežiūra gali būti tęsiama savarankiškai, o kada reikalingas siuntimas ar kon-

sultacija [70]. Reikia pažymėti, jog modelis nuosekliai siejamas su mažesniu intervencijų dažniu, mažesniu cezario pjūvių skaičiumi, didesniu gimdymo natūraliais takais dažniu bei didesniu moterų pasitenkinimu [67]. Ši bendra kryptis paaiškina, kodėl akušerio vadovaujamas modelis dažnai siejamas su fiziologinio gimdymo apsauga.

Panašius rezultatus rodo ir naujesni lyginamieji tyrimai. Sandall ir kolegų tyrimas parodė, kad moterims, kurioms buvo taikomas šis modelis, rečiau atliktas cezario pjūvis ir instrumentinis gimdymas, dažniau įvyko savaiminis gimdymas natūraliais takais, taip pat jos dažniau nurodė teigiamą priežiūros patirtį [50]. Souter ir kolegų tyrime šis modelis buvo susijęs su mažesniu intervencijų dažniu gimdymo metu ir cezario pjūvio operacijų skaičiumi [72]. Wiegerinck ir kolegų tyrimas parodė, kad mažos rizikos moterims akušerio vadovaujama priežiūra yra tokia pat saugi kaip gydytojo vadovaujama, tačiau reikalauja mažiau intervencijų [73].

Šiame modelyje svarbu tai, kad akušeris nuolat vertina moters būklę ir, prireikus, laiku siunčia ją gydytojo konsultacijai. Anot Niessink-Beckers ir kolegų, siuntimas grindžiamas rizikos vertinimu nėštumo ar gimdymo metu. Todėl akušerio vadovaujamo modelio esmė yra specialisto gebėjimas atpažinti, kada priežiūra gali būti tęsiama įprastai, o kada reikia aukštesnio lygio pagalbos [70, 71]. Modelio prasmę papildo ir ekonominis aspektas. Attanasio ir kolegų Jungtinėse Amerikos Valstijose atlikta analizė parodė, kad mažos rizikos nėštumų atvejais akušerio vadovaujama priežiūra galėjo kainuoti mažiau nei gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujama priežiūra. Autoriai šį skirtumą siejo su mažesniu priešlaikinio gimdymo ir epiziotomijų dažniu [74]. Visgi, Martin ir kolegų teigimu, ekonominių vertinimų vis dar mažai ir jų kokybė nevienoda [75]. Tačiau bendra kryptis rodo, kad akušerio vadovaujamas modelis naudingas racionaliam išteklių naudojimui, pritaikant jį tinkamai parinktai populiacijai.

Gydytojo akušerio-ginekologo vadovujamame modelyje pagrindinius klinikinius sprendimus priima gydytojas. Šis modelis taikomas tada, kai nėštumas ar gimdymas yra didesnės rizikos ir gali prireikti sudėtingesnio ištyrimo ar greitų medicininių intervencijų. Kaip jau buvo minėta, akušerio vadovaujama priežiūra skirta mažos rizikos moterims, o gydytojo vadovaujama – toms, kurių nėštumas arba gimdymas priskiriamas aukštesnės rizikos grupei [71].

Šiame modelyje daugiausia dėmesio skiriama patologijos atpažinimui, komplikacijų prevencijai ir pasirengimui taikyti intervencijas. Tai nėra šio modelio trūkumas, tai jo paskirtis. Turienzo ir kolegų tyrimas parodė, kad moterims, kurioms buvo didesnė priešlaikinio gimdymo rizika, akušerių tęstinumo modelis buvo derinamas su specializuota gydytojo akušerio-ginekologo priežiūra [76]. Taigi, didesnės rizikos atvejais gydytojo vaidmuo iš tiesų yra svarbus.

Gydytojo vadovaujamo modelio nereikėtų aprašyti vien kaip intervencinio. Tikslesnė formuluotė būtų tokia: tai modelis, kuriame sprendimų prioritetas teikiamas medicininiam rizikos valdymui. Modelis būtinas placentos patologijos, sunkių hipertenzinių būklių, didelės kraujavimo rizikos, vaisiaus būklės blogėjimo ar kitų komplikuočių situacijų atvejais. Harris ir kolegų teigimu, komandinės intervencijos akušerijoje dažniausiai taikomos siekiant užtikrinti saugesnę pagalbą skubiais atvejais. Tai gerai atspindi gydytojo vadovaujamo modelio funkcinį branduolį: gebėjimą laiku priimti medicininius sprendimus, kadangi delsimas didina žalą [77].

Modelyje akušerio vaidmuo vis dar yra svarbus, tačiau jis dažniau yra labiau priklausomas nuo vietinės sistemos. Combellick ir kolegų apžvalga parodė, kad akušerio ir gydytojo akušerio-ginekologo bendradarbiavimas gali būti skirtingai organizuojamas. Vienu atveju akušeris dirba savarankiškai. Kitu pagrindinis sprendimų priėmėjas yra gydytojas akušeris-ginekologas. Akušeris dirba kaip konsultuojantis specialistas mažos rizikos priežiūros atvejais arba kaip komandos narys, kuris įgyvendina priežiūros planą [67]. Kitaip sakant, gydytojo vadovaujame modelyje akušerio vaidmuo dažnai siaurėja sprendimų požiūriu, nors santykio su moterimi požiūriu jis gali išlikti labai reikšmingas.

Esama svarbaus niuanso. Gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamas modelis savaime nereiškia prastesnės moters patirties. Patirtis priklauso nuo to, kaip šis modelis įgyvendinamas. Vedam ir kolegų tyrimas parodė, kad moterų autonomiją reikšmingai veikia tiek pats priežiūros modelis, tiek priežiūros specialistų bendravimas [78, 79]. Atitinkamai, gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamas modelis pasižymi didele klinicine verte, tačiau moteriai palankus jis tampa tada, kai medicininiai sprendimai neriboja jos dalyvavimo.

Svarbu atkreipti dėmesį ir į tai, kad dalis mokslinės literatūros, kuri lygina aptartus du modelius mažos rizikos moterų grupėse, rodo mažesnę intervencijų dažnį akušerio vadovaujamoje priežiūroje [50, 72, 73, 75]. Tačiau iš šio fakto negalima daryti supaprastintos išvagos, kad gydytojo vadovaujamas modelis yra perteklinis. Tikslesnė išvalga būtų tokia: kai mažos rizikos moteriai taikomas modelis, sukurtas didesnės rizikos valdymui, priežiūra dažnai yra intensyvesnė. Tai padeda paaiškinti, kodėl svarbu, kad priežiūros modelis atitiktų moters rizikos lygį.

Taigi, gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamas modelis geriausiai suprantamas kaip modelis, kurio stiprybė yra medicininės rizikos valdymas ir pasirengimas intervencijai. Jo reikšmė atsiskleidžia sudėtingesniais klinikiniais atvejais. Tačiau jo poveikis moters patirčiai labai priklauso nuo to, ar medicininė lyderystė derinama su pagarbiu bendravimu ir realiu moters įtraukimu į sprendimus.

Bendros atsakomybės modelyje priežiūra organizuojama įtraukiant skirtingus sveikatos priežiūros specialistus, o atsakomybė už sprendimų priėmimą pasiskirsto priklausomai nuo klinikinės situacijos ir priežiūros etapo. Combellick ir kolegų apžvalga rodo, kad šis modelis užima tarpinę vietą tarp savarankiško akušerio ir gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros modelių [67].

Šio modelio vertė atsiskleidžia tada, kai akušerio ir gydytojo bendradarbiavimas leidžia išlaikyti saugią priežiūrą ir kartu išvengti dalies intervencijų. Colomar ir kolegų tyrimas parodė, kad bendradarbiavimu grindžiamas modelis buvo siejamas su mažesniu cezario pjūvių dažniu nei gydytojo vadovaujama priežiūra [69]. Taigi, bendros atsakomybės modelis gali padėti mažinti intervencijų skaičių, tačiau kartu išlaikyti saugią priežiūrą.

Vis dėlto šio modelio sėkmė labai priklauso nuo profesinių santykių kokybės. Bendros atsakomybės modelis veikia tik tada, kai akušeriai ir gydytojai aiškiai susitaria dėl savo vaidmenų. Adeyemo ir kolegų analizė parodė, kad tam svarbūs pasitikėjimas ir pagarba, veiksminga komunikacija, aiškios gairės bei gebėjimas derinti autonomiją [80]. Jei to nėra, bendradarbiavimas lieka formalus. Taigi, modelyje reikalingas aiškus susitarimas, kas, kada ir už ką atsako.

Vis dėlto šis modelis turi ir silpnąją pusę. McFarland ir kolegų teigimu, bendroje akušerių ir gydytojų sistemoje akušeriai ne visada gali dirbti pagal savo kompetenciją ir teikti joms būdingą priežiūrą [81]. Manytina, kad bendros atsakomybės modelis veiksmingas tik tada, kai aiškiai susitarta dėl vaidmenų ir išlaikoma abipusė pagarba. Priešingu atveju jis gali virsti gydytojo vadovojamu modeliu, kuriame susiaurėja akušerio vaidmuo.

Panašią mintį patvirtina ir Watkins bei kolegų tyrimas. Pasak autorių, prastas specialistų bendradarbiavimas ir ribotas moters dalyvavimas blogina jos priežiūros patirtį [79]. Todėl bendros atsakomybės modelis moteriai naudingas tik esant nuosekliam bendradarbiavimui. Jei specialistai nuolat keičiasi, toks modelis moteriai nesukuria realios pridėtinės vertės.

Taigi, bendros atsakomybės modelio veiksmingumas priklauso nuo aiškaus vaidmenų pasiskirstymo tarp akušerio ir gydytojo. Esant geram bendradarbiavimui, šis modelis leidžia derinti priežiūros tęstinumą su reikiama medicinine priežiūra. Jei atsakomybės ribos neaiškios ir prastai komunikuojama, bendros atsakomybės modelis praktikoje gali mažai skirtis nuo gydytojo vadovaujamos priežiūros [69, 79, 80, 81].

1.2.2. Akušerinės priežiūros organizaciniai modeliai

Iki šiol kalbėta apie modelius pagal sprendimų lyderystę. Tačiau klinikinėje praktikoje to neužtenka. Moteris priežiūrą patiria per konkrečią organizaci-

nę formą, todėl būtina atskirti paradigmą nuo organizavimo. Tas pats akušerio vadovaujamas modelis gali skirtis, jei, pavyzdžiui, moteris visą laiką mato vieną pagrindinį akušerį arba jei ją prižiūri maža akušerių grupė. Atsižvelgiant į tai, organizacinės formos šiame skyriuje aptariamos atskirai [67, 68].

Organizacinės priežiūros formos parodo, kaip priežiūra iš tikrųjų teikiama praktikoje. Čia svarbu nepainioti dviejų dalykų. Paradigminis modelis nusako, kuris specialistas vadovauja klinikinį sprendimų priėmimui. Organizacinė forma nusako, kaip moteris tą priežiūrą patiria kasdienėje praktikoje [50, 67, 68, 77, 82, 83].

Plačiausiai aptariama organizacinė forma yra priežiūros tęstinumas. Sandall ir kolegų teigimu, jis apibūdinamas kaip priežiūra, kai didžiąją jos dalį teikia tas pats akušeris arba nedidelė akušerių grupė [50]. Tokia organizacija leidžia išvengti nuolat besikeičiančių specialistų ir užtikrina nuoseklią priežiūrą viso laikotarpio metu [68]. Todėl tęstinumas pirmiausia reiškia pastovesnį santykį tarp moters ir ją prižiūrinčių specialistų.

Su tuo glaudžiai susijusi individualios priežiūros forma, kai už moters priežiūros koordinavimą atsako vienas pagrindinis specialistas. Tokia organizacija leidžia užtikrinti aiškų atsakomybės pasiskirstymą ir sudaro prielaidas geriau pažinti moterį bei jos klinikinę situaciją. Sandall ir kolegų apžvalga rodo, kad tokiais atvejais didėja tikimybė, jog gimdymo metu moterį prižiūrės ją nėštumo metu prižiūrėjęs akušeris [50].

Vis dėlto praktikoje vieno specialisto modelis ne visada įmanomas. Praktikoje dažniau taikoma mažos komandos priežiūra, nes vienas specialistas ne visada gali nuosekliai lydėti moterį viso priežiūros laikotarpio metu. Bradford ir kolegų teigimu, daugelyje šalių tęstinumas užtikrinamas būtent per mažas akušerių grupes [68]. Hewitt ir kolegų tyrimas, atliktas Australijoje, taip pat parodė, kad ši forma plačiai naudojama praktikoje [82]. Moterį prižiūri ne vienas, bet keli tarpusavyje susiję specialistai. Santykis išlieka gana pastovus, nors moteris nebūtinai visada mato tą patį asmenį.

Komandinė priežiūra turi aiškių privalumų. Ji leidžia dalytis darbu, taip pat galima sumažinti priklausomybę nuo vieno specialisto. Visgi, siekiant veiksmingumo komanda turi dirbti nuosekliai. Harris ir kolegų apžvalga parodė, kad komandinė priežiūra veikia geriau tada, kai specialistai aiškiai dalijasi informacija ir derina veiksmus [77]. Todėl moteriai ši forma palanki tik tada, kai komanda dirba nuosekliai.

Apibendrinant galime teigti, kad tas pats priežiūros modelis praktikoje gali būti organizuojamas skirtingai. Pavyzdžiui, vienu atveju moterį visą laiką prižiūri tas pats specialistas arba ta pati maža komanda. Kitu atveju ji specialistai nuolat keičiasi, priežiūra yra išskaidyta. Organizacinė forma lemia, kaip moteris realiai patiria tą patį priežiūros modelį.

1.2.3. Akušerio vaidmuo skirtinguose akušerinės priežiūros modeliuose

Aptarus modelius, svarbu atskirai pažvelgti į akušerio vaidmenį. Tas pats specialistas skirtinguose modeliuose dirba nevienodai. Skiriasi jo autonomija, atsakomybė, santykis su moterimi ir galimybės valdyti riziką [67, 70, 80, 81].

Akušerio vadovaujame modelyje sprendimų priėmimas yra grindžiamas akušerio kompetencija, todėl jis savarankiškai vertina moters būklę, planuoja priežiūrą ir prireikus sprendžia dėl jos perdavimo kitam specialistui [70].

Gydytojo vadovaujame modelyje akušerio autonomija mažėja. Tačiau nėra taip, jog akušeris staiga tampa nereikšmingas. Jis vis dar stebi moterį, teikia nuolatinę pagalbą, padeda įgyvendinti priežiūros planą, paaiškina informaciją ir palaiko moters dalyvavimą. Tačiau sprendimai priimami gydytojo akušerio-ginekologo, ne akušerio. Combellick ir kolegės šį skirtumą aprašė gana aiškiai: vienais atvejais akušeris dirba savarankiškai, kitais pagrindinius sprendimus priima gydytojas, o akušeris teikia įprastą priežiūrą arba dirba komandoje. Gydytojo vadovaujame modelyje akušerio vaidmuo dažniau yra vykdomasis arba papildantis, nors moters patirties požiūriu jis vis tiek išlieka svarbus [67].

Bendros atsakomybės modelyje akušerio autonomija priklauso nuo aiškiai apibrėžtų vaidmenų ir atsakomybės pasiskirstymo. Ji nėra nei maksimali, nei minimali, bet kinta priklausomai nuo klinikinės situacijos. Esant aiškiam vaidmenų pasiskirstymui, akušeris gali savarankiškai priimti dalį sprendimų savo kompetencijos ribose, tačiau esant neaiškioms riboms jo veikla tampa labiau priklausoma nuo kitų specialistų [80].

Skiriasi ir atsakomybės pobūdis. Akušerio vadovaujame modelyje atsakomybė yra tiesioginė. Akušeris atsako už priežiūrą ir už sprendimą, kada reikia gydytojo konsultacijos. Gydytojo vadovaujame modelyje atsakomybė už galutinį klinikinį sprendimą dažniau tenka gydytojui. Akušeris labiau atsako už priežiūros tęstinumą. Bendros atsakomybės modelyje atsakomybė dalijama, tačiau praktiniu požiūriu yra atsakomybė veiksminga tik esant aiškiai įvardintoms riboms. Tyrimai rodo, kad akušerių vaidmuo gali susiaurėti, jei atsakomybės ribos tarp specialistų nėra aiškiai apibrėžtos [81].

Santykio su moterimi požiūriu akušerio vaidmuo ryškiausiai matomas esant tęsinei priežiūrai. Tyrimai rodo, kad moterims svarbu būti įtrauktoms į sprendimų priėmimą. Jei santykis su specialistu yra pastovesnis - įtraukimas pasiekiamas lengviau [78, 79].

Rizikos valdymo požiūriu akušerio vaidmuo skirtinguose modeliuose nevienodas. Akušerio vadovaujame modelyje akušeris nuolat stebi moters ir vaisiaus būklę ir sprendžia, kada reikia gydytojo konsultacijos ar siuntimo

[71]. Gydytojo vadovaujame modelyje pagrindiniai sprendimai dėl rizikos dažniau tenka gydytojui. Bendros atsakomybės modelyje rizikos valdymas pasidalijamas: akušeris pastebi pokyčius, tačiau, esant poreikiui, išitraukia gydytojas. Tyrimai rodo, kad, pavyzdžiui, didesnės rizikos moterims akušerių tęstinumo priežiūra dažnu atveju derinama su specializuota gydytojo akušerio-ginekologo priežiūra [76].

Svarbu ir tai, kad akušerio vaidmenį nulemia ir tai, kaip praktiškai organizuojama priežiūra. Pavyzdžiui, mažos komandos forma gali suteikti akušeriui daugiau savarankiškumo, net jei priežiūra teikiama lignoninėje bendradarbiaujant su gydytojais. Hewitt ir kolegų tyrimas parodė, kad tokios komandos gali prižiūrėti ir sudėtingesnių poreikių moteris, jei tam sudarytos tinkamos organizacinės sąlygos [82].

Apibendrinant galima teigti, kad akušerio vaidmuo plačiausias yra akušerio vadovaujame modelyje. Gydytojo vadovaujame modelyje jis siauresnis. Bendros atsakomybės modelyje jis priklauso nuo to, kaip pasidalijamos funkcijos tarp akušerio ir gydytojo. Todėl lyginant priežiūros modelius reikalinga vertinti realią akušerio vietą priežiūros procese (žr. 1.2.3.1 lentelę).

Aptarti modeliai rodo, kad akušerinės priežiūros skirtumai prasideda anksčiau nei klinikiniai rezultatai. Pirmiausia skiriasi sprendimų priėmimo pobūdis. Po to skiriasi organizacinė forma. Todėl kitas žingsnis yra empiriškai palyginti, kaip akušerio ir gydytojo vadovaujami modeliai skiriasi pagal intervencijas ir kitus klinikinius rodiklius perinataliniu laikotarpiu.

1.2.3.1 lentelė. Pagrindinių akušerinės priežiūros modelių palyginimas (sudaryta darbo autorės)

Modelis	Vadovaujantis asmuo	Modelio taikymas	Akušerio autonomija	Santykis su moterimi	Vaidmuo rizikos valdyme
Akušerio vadovaujamas modelis	Akušeris savo kompetencijos ribose	Dažniausiai mažos rizikos nėštumui ir gimdymui	Didelė	Dažniausiai glaudus	Nuolatinis stebėjimas, savalaikis siuntimas
Gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamas modelis	Gydytojas akušeris-ginekologas	Dažniausiai didesnės rizikos ar komplikuotiems atvejams	Mažesnė, dažniau susieta su plano įgyvendinimu	Gali būti glaudus, jei sistema sudaro sąlygas tęstinumui	Diagnostika, intervencijos planavimas, skubios pagalbos sprendimai
Bendros atsakomybės modelis	Atsakomybė dalijama pagal situaciją	Kai reikia derinti fiziologinę ir medicininę priežiūrą	Kintanti, priklauso nuo aiškių susitarimų	Priklauso nuo komunikacijos kokybės ir organizavimo	Bendras stebėjimas, aiškus atsakomybės perskirstymas didėjant rizikai

1.2.4. Akušerio ir gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamų modelių klinikinių rezultatų palyginimas

Empirinei šių modelių analizei reikia vienos svarbios pastabos. Dalis tyrimų tiesiogiai lygina akušerio vadovaujamą ir gydytojo vadovaujamą priežiūrą. Kita dalis lygina akušerių tęstinumo modelius su standartine priežiūra, kuri dažnai apima gydytojo vadovaujamą arba mišrią priežiūrą. Todėl rezultatus reikia vertinti atsargiai. Vis dėlto bendra kryptis literatūroje yra gana aiški: naudojant akušerio vadovaujamus modelius mažos rizikos moterims dažniau esama mažesnio intervencijų dažniu. Naujagimio saugumo rodikliai daugeliu atvejų išlieka panašūs. Skirtumai ryškiausi gimdymo laikotarpiu. Nėštumo ir pogimdyminio laikotarpio duomenys taip pat svarbūs, tačiau jie mažiau vienalyčiai [50, 72, 73, 76, 84].

Nėštumo laikotarpiu skirtumai tarp modelių dažniau atsiskleidžia per priežiūros patirtį, jos tęstinumą ir moters išitraukimą į sprendimų priėmimą, o ne per reikšmingus klinikinių komplikacijų skirtumus. Sandall ir kolegų apžvalga parodė, kad moterys, prižiūretos pagal akušerių tęstinumo modelį, nėštumo priežiūrą dažniau vertino teigiamai [50]. Mortensen ir kolegų tyrimas taip pat nustatė didesnę pasitenkinimą šiuo modeliu perinataliniu laikotarpiu [85]. Cibralic ir kolegų sisteminė apžvalga rodo, kad tęstinumu grįsta akušerinė priežiūra gali būti susijusi su mažesniu nerimu ir depresijos simptomais perinataliniu laikotarpiu. Taigi, šio modelio pranašumas nėštumo laikotarpiu labiausiai atsiskleidžia moters patiriamos priežiūros kokybėje [51].

Vis dėlto kalbant apie griežtai klinikinius nėštumo laikotarpio rodiklius vaizdas nėra toks aiškus. Fernandez Turienzo ir kolegų tyrimas, kuriame dalyvavo moterys, turėjusios didesnę prieššlaikinio gimdymo riziką, parodė, kad akušerių tęstinumo modelis gali būti derinamas su specializuota gydytojo akušerio-ginekologo priežiūra. Vis dėlto dauguma vertintų motinos ir naujagimio rezultatų reikšmingai nesiskyrė. Tai svarbi įžvalga, nes ji rodo du dalykus. Pirma, akušerio vadovaujamos priežiūros elementai gali būti taikomi ir didesnės rizikos grupėse, jei yra aiški konsultavimo sistema. Antra, nėštumo laikotarpiu skirtumai tarp modelių dažniausiai yra mažesni negu gimdymo metu [76].

Todėl nėštumo laikotarpio rezultatus verta aiškinti taip: akušerio vadovaujamas modelis dažniau suteikia pastovesnę, moteriai artimesnę priežiūrą, galimai gerinant pasitenkinimą ir psichologinę savijautą. Vis dėlto vien iš šių duomenų negalima teigti, kad visais atvejais jis iš esmės pakeičia didelės rizikos nėštumo komplikacijų eigą. Įtakos turi ir moters rizikos profilis, galimybė laiku konsultuotis su gydytoju ir pati sveikatos sistemos struktūra [50, 76, 78, 85].

Gimdymo laikotarpiu skirtumai tarp modelių ryškiausi. Sriram, Almutairi ir Albadrani tyrimas nustatė aiškia kryptį: akušerio vadovaujama priežiūra buvo susijusi su mažesne neplanuoto cezario pjūvio, instrumentinio vaginalinio gimdymo, gimdymo veiklos skatinimo, epidurinės ar spinalinės nejautos ir epiziotomijos dažniu [84]. Sandall ir kolegų įžvalgos šią tendenciją sustiprina parodant, kad akušerių tęstinumo modeliai didina savaiminio gimdymo natūraliais takais tikimybę [50]. Taigi, jei lyginami modeliai mažos rizikos moterų atžvilgiu, bendra kryptis mokslinėje literatūroje esant akušerio vadovaujamai priežiūrai rodo mažesnę intervencijų intensyvumą.

Šią kryptį patvirtina ir kiti tyrimai. Souther ir kolegų tyrimas atskleidė, kad akušerių priežiūra gimdymo metu buvo susijusi su mažesniu intervencijų skaičiumi, mažesniu cezario pjūvio dažniu ir mažesniu instrumentinio vaginalinio gimdymo dažniu [72]. Lietuvoje atlikti tyrimai taip pat rodo panašią tendenciją: mažos rizikos gimdyvėms, kurias prižiūrėjo akušeris, rečiau taikytos intervencijos, įskaitant amniotomiją, gimdymo veiklos sužadinimą, vakuume ekstrakciją ir epidurinę nejautrą, taip pat nustatytas mažesnis cezario pjūvio operacijų dažnis [86]. Be to, nustatyti ir kiti palankūs rodikliai – mažesnis epiziotomijų dažnis, trumpesnė hospitalizacijos trukmė bei geresni naujagimio būklės rodikliai po gimdymo [87, 88]. Taigi, Lietuvos tyrimų duomenys papildė tarptautinius rezultatus ir rodo nuoseklią intervencijų mažėjimo kryptį akušerio vadovaujamoje priežiūroje.

Vis dėlto ne visi gimdymo laikotarpio rodikliai vienodai skiriasi. Sriram ir kolegų teigimu, pogimdyminio kraujavimo, tarpvietės pažeidimų ir gimdymo trukmės skirtumai tarp modelių dažnai yra maži arba statistiškai nereikšmingi [48]. Panašios tendencijos nustatytos ir Lietuvos tyrimuose, kuriuose nenustatyta reikšmingų skirtumų pagal dalį gimdymo eigos ir baigčių rodiklių, įskaitant tarpvietės traumas bei gimdymo trukmę [86, 87, 88]. Taigi, akušerio vadovaujamo modelio pranašumas labiausiai išryškėja vertinant intervencijas – būtent šioje srityje skirtumai tarp modelių matomi aiškiausiai.

Šiuos skirtumus galima aiškinti skirtinga priežiūros logika. Akušerio vadovaujamuose modeliuose didesnis dėmesys skiriamas fiziologinio gimdymo eigai ir jos palaikymui, o gydytojo vadovaujamuose modeliuose dažniau akcentuojamas aktyvesnis rizikos vertinimas ir intervencijų taikymo galimybė. Dėl to mažos rizikos moterims akušerio vadovaujama priežiūra dažniau siejama su mažesne rutininių intervencijų tikimybe. Vis dėlto ši interpretacija turi ribas. Dalis tyrimų atlikti sistemose, kur akušerio vadovaujama priežiūra glaudžiai susijusi su tęstinumu, todėl ne visada lengva atskirti, kas lemia stebimus skirtumus – sprendimų lyderystės modelis, priežiūros tęstinumas ar šių veiksmų derinys.

Vertinant *naujagimio baigtis*, svarbu pažymėti, kad mažesnis intervencijų dažnis akušerio vadovaujamuose modeliuose paprastai nėra susijęs su pras-

tesniais naujagimio rodikliais. Sriram ir kolegų tyrimas parodė, kad Apgar rodiklių, mekonijaus, pečių distocijos, gaivinimo poreikio bei mirtingumo gimdymo metu ir naujagimystės laikotarpiu skirtumai tarp modelių dažniausiai nebuvo reikšmingi [84]. Tuo pačiu nustatyta, kad kai kurie naujagimio rodikliai akušerio vadovaujamoje priežiūroje buvo palankesni – rečiau nustatyta acidozė, asfiksija, pervežimas į specializuotą priežiūrą ir hospitalizacija naujagimių intensyviosios terapijos skyriuje [84].

Panašūs rezultatai nustatyti ir kohortiniuose tyrimuose. Wiegerinck ir kolegų tyrimas parodė, kad mažos rizikos moterims akušerio vadovaujamoje priežiūroje mirtingumo rizika nebuvo didesnė, o intervencijų taikyta mažiau nei gydytojo vadovaujamoje priežiūroje [73]. Lietuvos tyrimo duomenys taip pat rodo, kad tarp grupių nenustatyta reikšmingų nepalankių naujagimio baigčių skirtumų [86]. Taigi, mažos rizikos moterų grupėje akušerio vadovaujamas modelis nėra susijęs su prastesniais naujagimio rodikliais.

Vis dėlto šiuos rezultatus reikia vertinti atsargiai, nes reti rodikliai, pavyzdžiui, perinatalinis mirtingumas, labai priklauso nuo galimybės laiku suteikti aukštesnio lygio priežiūrą. Todėl naujagimio baigtys akušerio vadovaujamuose modeliuose gali būti vertinamos tik atsižvelgiant į tai, kaip organizuojamas priežiūros tęstinumas ir komplikacijų valdymas

Duomenų apie *pogimdyminį laikotarpį* mokslinėje literatūroje yra mažiau, tačiau galima išvelgti tam tikras tendencijas. Sandall ir kolegų duomenimis, akušerio vadovaujamuose modeliuose moterų dažniau teigiamai vertino priežiūrą po gimdymo [50]. Mortensen ir kolegų tyrimas taip pat parodė didesnę moterų pasitenkinimą pogimdymine priežiūra bei ilgesnę žindymo trukmę [85]. Šie rezultatai rodo, kad pogimdyminiu laikotarpiu priežiūros kokybė glaudžiai susijusi su santykio tęstinumu ir galimybe kreiptis pagalbos į pažįstamą specialistą.

Vertinant ankstyvasias pogimdymines komplikacijas, duomenys dažniau rodo panašumus nei skirtumus. Sriram ir kolegų tyrime akušerio vadovaujama priežiūra buvo susijusi su trumpesne hospitalizacija ir mažesne infekcijos ar karščiavimo, placentos rankinio pašalinimo, kraujo transfuzijos bei intensyviosios terapijos poreikio rizika, tačiau pogimdyminio kraujavimo skirtumai dažniausiai nebuvo reikšmingi [84]. Tai leidžia teigti, kad mažesnis intervencijų skaičius akušerio vadovaujamuose modeliuose nėra susijęs su didesne pogimdyminių komplikacijų rizika.

Apibendrinant tyrimų rezultatus matyti, kad ryškiausi skirtumai tarp modelių pasireiškia gimdymo laikotarpiu. Daugelyje tyrimų akušerio vadovaujama priežiūra siejama su mažesniu cezario pjūvio, instrumentinio vaginalinio gimdymo, gimdymo veiklos skatinimo, epidurinės nejautos ir epiziotomijos dažniu [84, 50, 72, 86].

Tuo tarpu skirtumai mažiau išreikšti vertinant retas ir sunkias baigtis. Naujagimio mirtingumas, Apgar rodikliai, dalis pogimdyminių komplikacijų ir kai kurie gimdymo eigos rodikliai daugelyje tyrimų išlieka panašūs [84, 73, 86]. Tai rodo, kad mažesnis intervencijų dažnis akušerio vadovaujamuose modeliuose paprastai nėra susijęs su prastesniais klinikiniais rezultatais.

Nėštumo ir pogimdyminiu laikotarpiu skirtumai dažniau atsiskleidžia moters patirties ir pasitenkinimo priežiūra aspektu. Šiais laikotarpiais akušerio vadovaujami tęstinumo modeliai dažniau vertinami palankiau. Vis dėlto šiuos rezultatus reikia vertinti atsargiai, nes dalis tyrimų lygina tęstinumo modelius su standartine priežiūra, o ne tiesiogiai skirtingus sprendimų lyderystės modelius [50, 76, 79]. Todėl dalį nustatytų skirtumų gali lemti ne pats modelis, o priežiūros tęstinumas ir pastovesnis santykis su tuo pačiu specialistu.

Vertinant bendrus rezultatus, svarbu išlaikyti saikingą interpretaciją. Empiriniai tyrimai rodo, kad mažos rizikos moterims akušerio vadovaujami modeliai dažniau siejami su mažesniu intervencijų dažniu ir panašiais naujagimio rezultatais [50, 72, 73, 76, 78, 79, 84-86]. Tačiau šių duomenų negalima nekritiškai taikyti visoms moterų grupėms. Rezultatus lemia rizikos profilis, sveikatos sistemos organizavimas ir priežiūros tęstinumas.

Apibendrinant galima teigti, kad akušerio ir gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujami modeliai labiausiai skiriasi intervencijų dažniu, o naujagimio ir dalis kitų klinikinių rezultatų dažniausiai išlieka panašūs. Vis dėlto vien klinikinių rodiklių nepakanka visapusiškai įvertinti priežiūros kokybę, nes jie neatskleidžia moters patirties. Atsižvelgiant į tai, toliau tikslinga analizuoti pacientų patirtį ir subjektyvų sveikatos vertinimą, kurie leidžia išplėsti akušerinės priežiūros kokybės sampratą už tradicinių klinikinių rodiklių ribų.

1.3. Pacientų patirtis ir subjektyvus sveikatos vertinimas sveikatos priežiūros kokybės kontekste

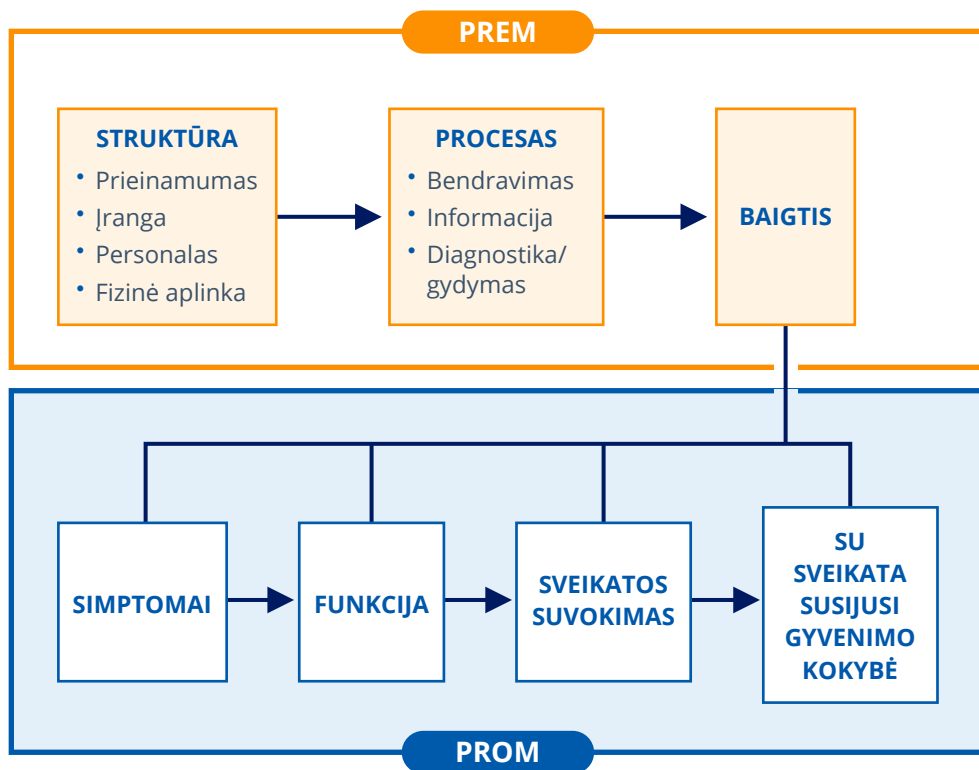
1.3.1. PROM ir PREM paskirtis vertinant sveikatos priežiūros kokybę ir pacientų patirtį

Sveikatos priežiūros kokybės vertinimas ilgą laiką daugiausia rėmėsi objektyviais klinikiniais rodikliais. Šis vertinimas yra suprantamas, kadangi klinikiniai duomenys leidžia fiksuoti komplikacijas, gydymo rezultatus, išgyvenamumą ar kitus tiesiogiai išmatuojamus pokyčius. Vis dėlto pastarųjų metų mokslinėje literatūroje dažniau pabrėžiama, kad vien klinikinių rodiklių nepakanka. Jie atskleidžia, kas įvyko medicininio požiūriu, tačiau ne visada parodo, kaip pacientas pats suvokia savo būklę ir priežiūrą. Todėl kokybės sampratą siekiama plėsti taip, kad ji apimtų ir paciento nuomonę, jo savijautą, funkcionalumą bei patirtį sveikatos priežiūros procese [89–91].

Minėtas poslinkis glaudžiai susijęs su platesniu į pacientą orientuotos priežiūros įsitvirtinimu. Naujesnės apžvalgos rodo, kad į pacientą orientuota priežiūra šiandien suprantama kaip požiūris, kuriame pacientas laikomas aktyviu priežiūros proceso dalyviu. Svarbiausiu kokybės atributu vis dar laikomas techninis gydymo tikslumas, tačiau šiandien vertinamas ir paciento individualumo pripažinimas, jo išklausymas bei dalijimasis atsakomybe priimant sprendimus. Sisteminiai tyrimai atskleidžia, jog šiuolaikinėje mokslinėje literatūroje į pacientą orientuota sveikatos priežiūra dažniausiai siejama su trimis pagrindiniais bruožais: paciento unikalumo pripažinimu, buvimu išgirstam ir pasidalytos atsakomybės principu [92, 93]. Taigi, sveikatos priežiūros kokybė jau rečiau siejama vien su procedūrų atlikimu ir vis labiau su tuo, ar priežiūra atitinka paties paciento poreikius, vertybes ir lūkesčius.

Esama skirtumo tarp to, ką mato sistema, ir to, ką patiria pacientas. Klinikinė eiga gali būti vertinama kaip sėkminga, tačiau pacientas tuo pačiu metu gali jausti skausmą, nerimą, funkcinius ribojimus, nepasitikėjimą savo sveikata ar neaiškumą dėl tolesnių sprendimų. Kita vertus, net esant objektyviems sveikatos sutrikimams pacientas gali savo būklę vertinti pakankamai palankiai, jei buvo tinkamai informuotas ir įtrauktas į sprendimų priėmimą. Mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad klinikiniai rezultatai ir paciento savęs vertinimas nėra tapačios kategorijos. Jie papildo vienas kitą, tačiau negali būti sutapatinami. [89, 90, 94].

Atsižvelgiant į pateiktus aspektus, PROM ir PREM instrumentai įgauna esminę reikšmę. Kingsley ir Patel apibrėžia PROM kaip standartizuotus, validuotus klausimynus, kuriais pacientas pats įvertina savo sveikatos būklę, simptomus, funkcinius ribojimus ar su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Tuo tarpu PREM skirti fiksuoti, kaip pacientas patyrė pačią priežiūrą, tai yra, kas vyko priežiūros metu ir kaip tai vyko iš jo perspektyvos [89, 90, 94]. Šis skirtumas labai svarbus metodologiniu požiūriu. PROM orientuoti į tai, kokią būklę pacientas patiria. PREM orientuoti į tai, kaip pacientas patyrė suteiktą pagalbą. Taigi vieni instrumentai labiau susiję su rezultatais, kiti – su procesu (1.3.1.1 pav.).



1.3.1.1 pav. PROM ir PREM skirtumai
(adaptuota pagal D. Jankauskienę, B. Mockevičienę, V. Servetkienę ir kt. (2023), remiantis Nilsson Orwelius ir Kristensson (2016) bei Valderas ir Alonso (2008))

Vis dėlto PROM ir PREM negalima laikyti visiškai atskiromis sistemomis. Tyrimai rodo, kad jie atspindi susijusias, tačiau skirtingas paciento perspektyvos plotmes. Casaca Carvalho ir kolegės teigia, jog išskirtinę sveikatos priežiūros kokybę lemia pacientų poreikių ir patirčių supratimas bei sisteminis šių įžvalgų integravimas į klinikinę praktiką [91]. Kitaip tariant, jei sistemoje siekiama realiai matyti priežiūros kokybę, būtina rinkti duomenis ir apie paciento būklę, ir apie jo priežiūros patirtį. PROM ir PREM čia veikia kaip du vienas kitą papildantys instrumentų tipai: vieni atskleidžia, kas pacientui svarbu rezultatų požiūriu, kiti leidžia pamatyti, ar pati priežiūra buvo organizuota taip, kad šiuos rezultatus būtų galima pasiekti pacientui priimtinu būdu [94].

Paciento perspektyvos integracija turi ir aiškią praktinę paskirtį skirtinguose sveikatos sistemos lygmenyse. Anot Bonsel ir kolegų, PROM gali būti naudojami mikrolygmeniu, mezolygmeniu ir makrolygmeniu:

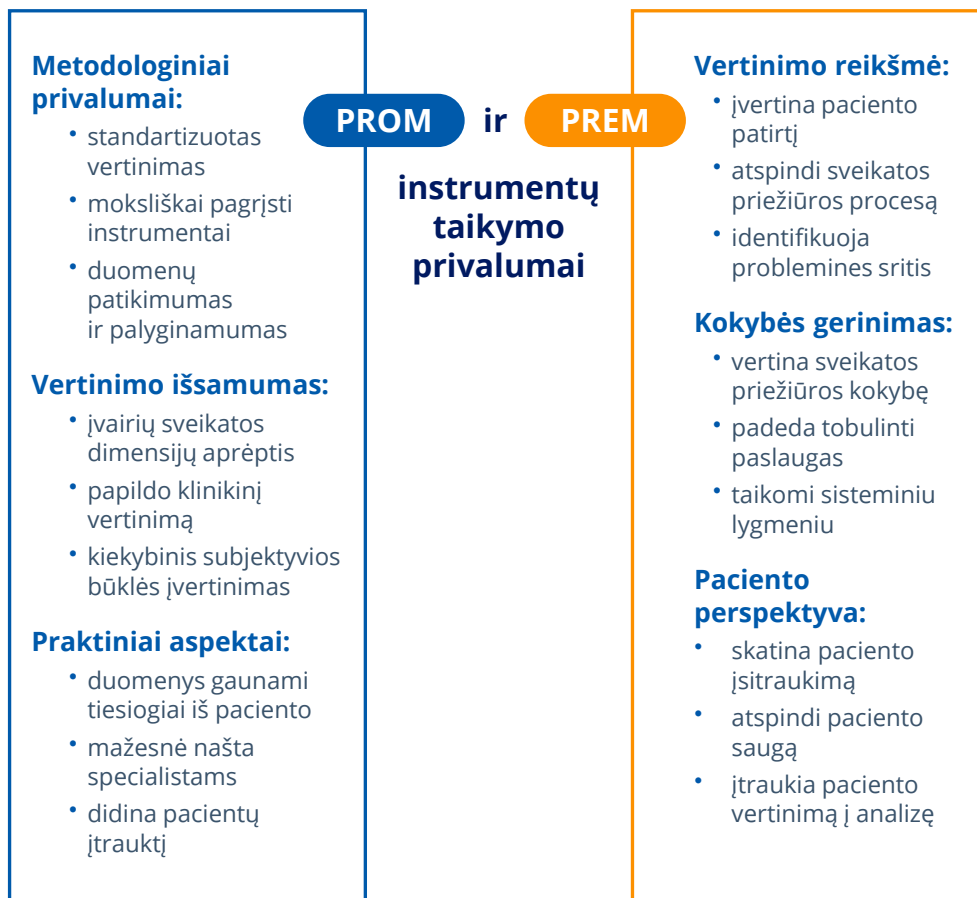
- Mikrolygmeniu jie padeda klinikiniame darbe geriau suprasti individualaus paciento būklę, identifikuoti problemas, kurios kitaip liktų nepastebėtos, ir stiprinti bendrą sprendimų priėmimą.
- Mezolygmeniu PROM duomenys gali būti naudojami organizacijos kokybei gerinti, stebėti paslaugų efektyvumą ir lyginti skirtingus priežiūros procesus.
- Makrolygmeniu jie pasitelkiami sveikatos politikos, vertės pagrindu grindžiamos priežiūros ir sistemos veiklos vertinimo reikmėms [95].

Atskleista daugialypė paskirtis rodo, kad paciento subjektyvūs duomenys nebėra tik individualios klinikinės konsultacijos dalis, tai sveikatos sistemos veiklos vertinimo pagrindas [95].

Panaši daugialypė logika taikytina ir PREM. Gilmore ir kolegų tyrimo metu atskleista, kad pacientų patirties duomenys šiandien naudojami ne tik vietiniam grįžtamajam ryšiui. Jie taikomi paslaugų gerinimui, veiklos palyginimui, atskaitomybei ir nacionalinėms kokybės programoms. Kitaip tariant, PREM tapo viena iš priemonių, leidžiančių spręsti, ar sistema yra iš tiesų orientuota į pacientą. Vis dėlto ši pati apžvalga parodė ir kitą svarbų aspektą: PREM poveikis viename lygmenyje ne visada automatiškai sukuria pokytį kitame [96]. Tai reiškia, kad vien surinkti patirties duomenis nepakanka. Reikalinga aiški sistema, kaip šie duomenys bus interpretuojami ir kaip jie taps realiais priežiūros pokyčiais.

Todėl aptariant PROM ir PREM svarbu aiškiai apibrėžti, kuo jie skiriasi (1.3.1.2 pav.). PROM pirmiausia orientuoti į paciento subjektyviai patiriamą sveikatos būklę. Jie apima simptomų intensyvumą, funkcionalumą, psichologinę savijautą, gyvenimo kokybę ir kitus aspektus, kurių negalima pilnai suprasti vien iš klinikinių parametrų. Anot Churruca ir kolegų, PROM šiandien laikomi svarbiu būdu tiesiogiai surinkti informaciją apie sveikatos rezultatus iš tų žmonių, kurie juos realiai patiria. Tai reikšminga todėl, kad pacientui svarbūs sveikatos padariniai ne visada sutampa su tuo, ką sistema tradiciškai linkusi matuoti [90].

PROM vertė išryškėja keliais aspektais (1.3.1.2 pav.). Pirma, jie leidžia sistemingai ir standartizuotai fiksuoti tai, ką pacientas pats laiko svarbiu. Antra, jie išplečia vertinimą už siaurų biomedicininį ribų, nes matuoja funkcinę būklę, psichologinę savijautą ir gyvenimo kokybę. Trečia, jie sudaro sąlygas stebėti pokyčius laikui bėgant, todėl yra svarbūs kasdienei klinikinei praktikai. Ketvirta, naujesni duomenys rodo, kad PROM naudojimas gali padėti geriau atpažinti problemas ir gerinti paciento būklei reikšmingus rezultatus, jei klausimynų duomenys yra iš tikrųjų naudojami klinikiniam sprendimui [90, 94, 95].



*1.3.1.2 pav. PROM ir PREM instrumentų taikymo privalumai
(sudaryta darbo autorės)*

PREM tuo tarpu orientuoti į kitą kokybės aspektą. Bull ir kolegės PREM apibrėžia kaip instrumentus, kurie fiksuoja, kas įvyko priežiūros metu ir kaip tai vyko iš paciento perspektyvos. Tai svarbi skirtis, nes PREM nematuoja paciento sveikatos būklės. Jie matuoja jo patirtį. Šie instrumentai gali matuoti komunikaciją, informacijos suteikimą, prieinamumą, pagarbą, sprendimų priėmimą, koordinavimą ir kitus priežiūros proceso aspektus [94]. Taigi PREM reikšmingi tada, kai norima suprasti kaip pacientas jautėsi sveikatos priežiūros sistemoje.

Čia būtina pabrėžti dar vieną svarbią metodologinę skirtį – pacientų patirtis nėra tapati pacientų pasitenkinimui. Bull ir kolegų tyrimas aiškiai rodo, kad PREM skiriasi nuo pasitenkinimo matų. Pasitenkinimas stipriau priklauso nuo lūkesčių, ankstesnių patirčių ir individualių nuostatų. Tuo tarpu PREM

labiau orientuoti į konkrečius priežiūros proceso elementus [94]. Atitinkamai, naujesnėje mokslinėje literatūroje siūloma paciento patirtį ir paciento pasitenkinimą analizuoti atskirai. Ši skirtis labai svarbi ir konceptualiai, ir praktiškai. Jei šie du reiškiniai suplakami, atsiranda rizika, kad bus matuojami ne realūs priežiūros procesai, o paciento lūkesčių patenkinimo lygis [92].

Nepaisant šių metodologinių iššūkių, PREM naudojimas vertinamas kaip reikšmingas dėl labai aiškios praktinės vertės. Sundaram ir kolegų sisteminė apžvalga atskleidė, kad PREM taikymas gali skatinti pacientų įsitraukimą, padėti identifikuoti problemas, kurios kitu atveju liktų nepastebėtos, ir suteikti organizacijoms kryptį kokybės gerinimui. Tačiau ši pati apžvalga atskleidė ir svarbią sąlygą: PREM yra veiksminga priemonė, jeigu pacientai ir specialistai supranta jų paskirtį, jeigu duomenų rinkimas nėra pernelyg apsunkinantis ir jeigu grįžtamasis ryšys virsta realiais pokyčiais. Jei klausimynai pildomi tik formaliai, jų potencialas mažėja [92].

Dėl to vis stipriau akcentuojamas ir PROM, ir PREM instrumentų psichometriniis pagrindumas. Anot Bull ir kolegų, PREM pasirinkimas turi būti itin atsargus, nes ne visi turimi instrumentai pakankamai gerai ištirti validumo ir patikimumo požiūriu. Autoriai nustatė, kad nors PREM skaičius auga, daugelio jų matavimo savybės vis dar nėra išsamiai įvertintos. Vadinas, paciento perspektyvos integravimui į kokybės vertinimą reikalingas metodologinis tikslumas. Ta pati logika taikoma ir PROM, kurių pasirinkimas turi būti grindžiamas ne vien patogumu, bet ir tuo, ar instrumentas iš tikrųjų matuoja tai, ką ketinama vertinti. [90, 94]

Šioje vietoje svarbu grįžti prie į pacientą orientuotos priežiūros sampratos. Naujesnės apžvalgos rodo, kad į pacientą orientuota priežiūra nėra vien malonus bendravimas. Ji remiasi pagarba paciento individualumui, aktyviu klausymusi, aiškia komunikacija, bendru sprendimų priėmimu ir partneryste. Kwame ir Petrucka teigimu, veiksminga komunikacija yra esminė pacientui orientuotos priežiūros sąlyga, nes būtent per ją pacientas gali išsakyti poreikius ir realiai dalyvauti sprendžiant dėl savo priežiūros [92]. Feldthusen ir kolegų tyrimas šią kryptį papildė parodant, kad į pacientą orientuota sveikatos priežiūra turi vertinimo aspektą [93]. Kitaip tariant, jei priežiūra įvardijama kaip orientuota į pacientą, turi egzistuoti ir būdai, kaip tai įvertinti. PROM ir PREM laikytini praktišku šios paradigmos matavimo pagrindu.

Todėl PROM ir PREM reikšmė sveikatos priežiūroje gali būti suprantama dvejopai. Viena vertus, jie papildo klinikinius rodiklius nauja informacija apie paciento būklę ir patirtį. Kita vertus, jie padeda keisti pačią kokybės sampratą. Sistema remiantis vien laboratoriniais ar procedūriniais rezultatais, pacientas lieka tarsi išorėje. Į vertinimą įtraukus PROM ir PREM, pacientas tampa ne tik priežiūros objektu, bet ir reikšmingu žinių šaltiniu. Būtent ši transformacija ir yra svarbiausia priežastis, kodėl pacientų patirties ir subjek-

tyvios sveikatos vertinimas šiandien laikomas viena iš esminių kokybiškos priežiūros sąlygų [89, 91, 94, 95].

Apibendrinant galima teigti, kad pacientų patirties ir subjektyvios sveikatos vertinimo svarba kyla iš aiškios šiuolaikinės sveikatos priežiūros problemos: klinikiniai rodikliai vieni patys neparodo visos priežiūros kokybės. PROM leidžia vertinti, kaip pacientas pats patiria savo sveikatos būklę, o PREM – kaip jis patiria sveikatos priežiūros procesą. Šių instrumentų taikymas padeda įtvirtinti į pacientą orientuotą priežiūrą mikro-, mezo- ir makrolygmenimis, tačiau tam būtini psichometriškai pagrįsti instrumentai. PROM ir PREM laikytini esmine priemone, leidžiančia plačiau ir tiksliau vertinti sveikatos priežiūros kokybę.

1.3.2. PROM ir PREM taikymas akušerijoje vertinant priežiūros kokybę ir moterų patirtį

Motinstės priežiūros kokybė ilgą laiką daugiausia buvo vertinama pagal saugumo rodiklius. Dažniausiai buvo analizuojamas motinų ir naujagimių mirtingumas, sunkių komplikacijų dažnis, prieššlaikinis gimimas, intervencijų apimtis ar ankstyvosios naujagimio būklės rodikliai. Šie rodikliai yra būtini, kadangi juos naudojant galima spręsti apie priežiūros saugumą ir klinikinį veiksmingumą. Vis dėlto jie neatskleidžia, kaip moteris pati patyrė nėštumą, gimdymą ir pogimdyminį laikotarpį, kaip vertina savo būklę ir ar priežiūra jai buvo suprantama, pagarbi bei prasminga. Akušerijoje pacientės pateikti rodikliai šiandien laikomi būtina kokybės vertinimo dalimi [89, 97].

Akušerijoje vertinama gimdymo eiga, moters gimdymo patirtis ir vėlesnės pasekmės moters gerovei. Tarptautinis ICHOM nėštumo ir gimdymo standartinis rodiklių rinkinys buvo sukurtas remiantis šia nuostata. Jo tikslas buvo apibrėžti moterims ir jų šeimoms svarbius rezultatus, kurie papildytų tradicinius klinikinius rodiklius. Į šį rinkinį įtraukti pacientės pateikti duomenys apie gyvenimo kokybę, psichikos sveikatą, motinos ir kūdikio ryšį, žindymo saviveiksmingumą, šlapimo ir išmatų nelaikymą, pasitenkinimą priežiūra ir gimdymo patirtį [97, 98].

Akušerijoje PROM pirmiausia svarbūs tuo, kad jie leidžia matyti moters sveikatos aspektus, kurie tradicinėje statistikoje dažnai lieka nuošalyje. Po gimdymo moters gyvenimo kokybei reikšmingą įtaką gali turėti šlapimo nelaikymas, skausmas lytinių santykių metu, nuovargis, depresijos simptomai, sunkumai kuriant ryšį su kūdikiu ar nepasitikėjimas savo gebėjimu žindyti. Medicininis požiūris šie reiškiniai ne visada laikomi sunkiomis komplikacijomis, tačiau pačiai moteriai jie gali būti ir ilgalaikiai, ir labai reikšmingi. Akušeriniai PROM leidžia išplėsti vertinimą nuo akušerinio įvykio prie moters kasdienio funkcionavimo ir savijautos po gimdymo [97–99].

Akušeriniai PROM skiriasi ir tuo, kad jų paskirtis nėra tokia pati kaip kitose klinikinėse srityse. Lėtinių ar onkologinių ligų atveju PROM dažnai orientuoti į simptomų mažėjimą arba gydymo poveikį. Akušerijoje jų paskirtis kiek kitokia, nes nėštumas ir gimdymas dažniausiai nėra gydymo objektas. PROM dažniau padeda vertinti moters prisitaikymą po gimdymo, jos kasdienį funkcionavimą ir psichologinę savijautą. PROM akušerijoje turi atspindėti motinystės laikotarpiui būdingus moters poreikius ir patirtis [97, 100].

Vis dėlto akušerijoje taikant PROM susiduriama ir su metodologiniais ribotumais. Battershell ir kolegų sisteminė apžvalga parodė, kad literatūroje jau egzistuoja nemažai akušerinių PROM, tačiau jų psichometrinis pagrindumas tebėra nevienodas. Daugeliui instrumentų trūko pakankamo turinio validumo. Be to, kuriant šiuos instrumentus moterų patirtis ir prioritetai buvo įtraukiami nepakankamai. Nė vienas iš į apžvalgą įtrauktų instrumentų negavo aukščiausio rekomendacijos lygio realiam taikymui [100]. Taigi, akušerijoje PROM instrumentų taikymą vis dar riboja jų metodologinis nepakankamumas.

PREM akušerijoje suteikia galimybę įvertinti pačią priežiūros patirtį. Vertinama, ar moteriai buvo suteikta aiški informacija, ar ji jautė pagarbą, ar buvo įtraukta į sprendimų priėmimą, ar su ja buvo aptartos skausmo malšinimo galimybės, ar priežiūra buvo tęstinė ir ar santykis su specialistais buvo palankus. Visi aspektai laikytini reikšmingais – gimdymo metu moters patirtis labai priklauso nuo to, kaip su ja bendraujama ir kiek ji gali dalyvauti sprendimuose. Suprantama, kad klinikinių rezultatų vertinant akušerijos priežiūros kokybę gali nepakakti, todėl vertintina, kaip moteris jautėsi pačiame priežiūros procese [97, 99, 101].

Depla ir kolegų tyrimas, atliktas Nyderlanduose, parodė, ką PREM gali atskleisti realioje praktikoje. Tyrimas buvo įgyvendintas 7 akušerinės priežiūros tinkluose Nyderlanduose, kuriuos sudarė 1–2 ligoninės ir kelios pirminės akušerinės priežiūros įstaigos. PROM ir PREM buvo renkami 5 laiko momentais: du kartus nėštumo metu ir tris kartus po gimdymo, iki 6 mėnesių po gimdymo. Tyrime dalyvavo 1923 moterys, siekiant įvertinti jų savijautos kaitą viso perinatalinio laikotarpio metu [99]. Tyrime buvo naudojamos iš anksto nustatytos klinikinės ribinės vertės, padedančios specialistams atpažinti galimai probleminius atsakymus. Analizė parodė, kad tarp PROM sričių dažniau buvo nustatoma problemų, susijusių su šlapimo ar išmatų nelaikymu, skausmu lytinių santykių metu, žindymo saviveiksmingumu ir motinos bei kūdikio ryšiu. Tarp PREM sričių ryškiausios probleminės vietos buvo gimdymo patirtis, bendras sprendimų priėmimas ir skausmo malšinimo galimybių aptarimas nėštumo metu. Be to, kai kurios sritys, pavyzdžiui, pasitenkinimas priežiūra, rečiau padėjo atpažinti konkrečias problemas [99].

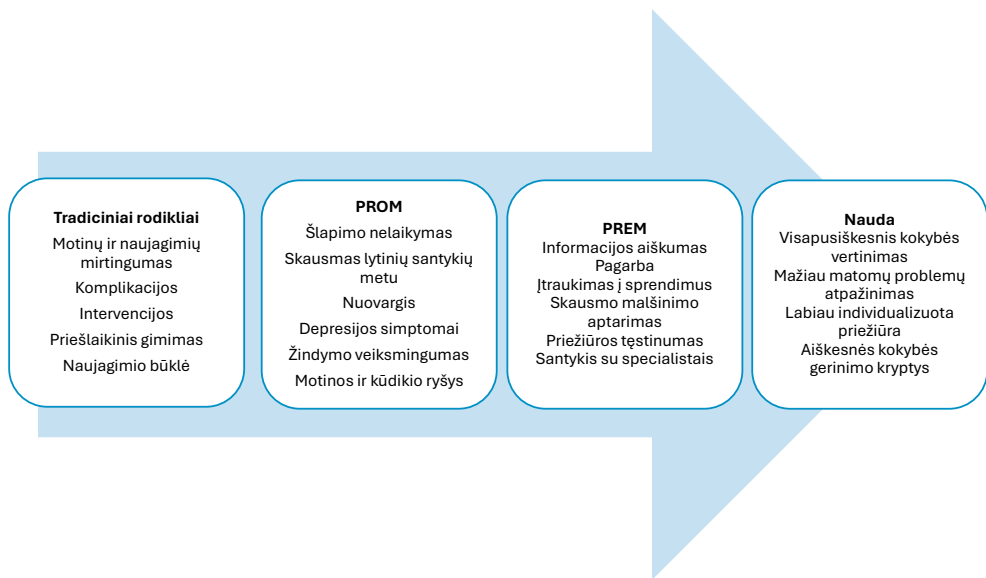
Tačiau taikant PREM, kaip ir PROM, susiduriama su aiškiomis metodologinėmis problemomis. Bull ir kolegų sisteminė akušerinių PREM apžval-

ga parodė, kad šių instrumentų kokybė labai nevienoda. Autoriai nustatė 25 akušerinius PREM, tačiau tik du turėjo pakankamą turinio validumą. Galiausiai, tik vienas gavo aukščiausio lygio rekomendaciją realiam taikymui [101]. Nors akušerijoje pacienčių patirtis dažnai laikoma kokybės prioritetu, tačiau realūs jos matavimo instrumentai vis dar nėra pakankamai išplėtoti. Kitaip tariant, pats siekis vertinti moterų patirtį yra pagrįstas, tačiau priemonės šiam tikslui dar nėra pakankamai efektyvios.

Reikalinga aiškiai atskirti PREM nuo bendro pasitenkinimo priežiūra. Pasitenkinimas stipriai priklauso nuo moters lūkesčių, ankstesnių patirčių ir individualių nuostatų. Tuo tarpu PREM turėtų būti orientuoti į konkrečius priežiūros proceso elementus. Jei pacientės patirtis suplakama su bendru emociniu įspūdžiu, atsiranda rizika, kad bus matuojamas tik priežiūros proceso subjektyvus patrauklumas. Pavyzdžiui, mediciniškai sudėtingas gimdymas gali būti vertinamas pozityviai, jei moteris jautėsi gerbiama. Gali būti ir priešinga situacija. Atitinkami, PREM turi fiksuoti konkrečius proceso bruožus. Tai nėra instrumentas, skirtas matuoti bendrą nuomonę apie priežiūrą [89, 101].

PROM ir PREM akušerijoje ne visada rodo tą patį, ir būtent tai juos daro vertingus. Moteris gali palankiai vertinti santykį su specialistais, tačiau kartu patirti ryškius fizinius ar psichologinius sunkumus po gimdymo. Gali būti ir priešinga situacija: klinikinė eiga buvo sudėtinga ar intervencinė, tačiau pati moteris patirtį vertina teigiamai, nes jautėsi išgirsta ir įtraukta. Todėl PROM ir PREM akušerijoje turėtų būti suprantami kaip dvi tarpusavyje susijusios, bet skirtingos kokybės matavimo kryptys. Vieni atskleidžia moters sveikatos ir funkcionavimo būklę, kiti – priežiūros proceso kokybę iš jos perspektyvos [89, 97, 99].

Ši skirtis gerai matoma ir Klootwijk bei kolegų tyrime. Autoriai parodė, kad PROM ir PREM naudojimas nėštumo ir gimdymo priežiūroje pateikia kokybės gerinimui svarbių įžvalgų, kurių nepavyktų nustatyti vien pagal įprastus klinikinius rodiklius. Tyrime paaiškėjo, kad pacientės pateikti duomenys gali parodyti aiškias kokybės gerinimo kryptis, pavyzdžiui, problemines gimdymo patirties sritis ar po gimdymo išliekančius funkcinis sunkumus [102]. PROM ir PREM akušerijoje leidžia pamatyti tuos priežiūros aspektus, kurie įprastai atliekant klinikinį vertinimą gali likti – o dažnai ir lieka – nepastebėti (1.3.2.1 pav.).



1.3.2.1 pav. Akušerinės priežiūros kokybės vertinimo išplėtimas, naudojant PROM ir PREM (sudaryta darbo autorės)

Duomenys, kuriuos pateikia pacientės, turi ir aiškią praktinę vertę pačioms moterims. Laureij ir kolegų tyrimas atskleidė, kad moterys PROM ir PREM vertino kaip naudingą priemonę simptomams atpažinti ir labiau individualizuotai priežiūrai gauti iki šešių mėnesių po gimdymo. Daugiau nei pusė apklaustųjų nurodė norą aptarti PROM ir PREM rezultatus su specialistais. Interviu dalyvės pabrėžė, kad klausimynai padėjo įvardyti temas, kurių jos kitaip nebūtų aptarusios [103]. Taigi, akušerijoje pacienčių pateikti duomenys gali skatinti atpažinti jautrias problemas ir jas aptarti su sveikatos priežiūros specialistais.

Tačiau vien įtraukti klausimynus į priežiūrą nepakanka. Chen ir kolegų teigimu, jie yra naudingi tada, kai padeda anksčiau pastebėti sveikatos problemas ir palengvina pokalbį su paciente [104]. Kita tų pačių autorių apžvalga parodė, kad toks taikymas paprastai laikomas priimtiniu tiek moterims, tiek specialistams, tačiau sėkmingam įgyvendinimui reikia aiškaus organizavimo, suprantamų instrumentų, tolesnio reagavimo į gautus atsakymus ir tinkamų duomenų rinkimo sistemų [105]. Kitaip tariant, akušerijoje svarbu ir surinkti PROM ir PREM duomenis, ir užtikrinti, kad priežiūros procese jie būtų realiai naudojami.

Apibendrinant galima teigti, kad PROM ir PREM akušerijoje atsirado kaip atsakas į ribotą kokybės vertinimą, paremtą vien tradiciniais rodikliais. Šie instrumentai leidžia sistemingai įtraukti moters perspektyvą į priežiūros ver-

tinimą, apimant jos fizinę, funkcinę ir psichologinę savijautą bei pačios priežiūros patirtį. Akušerijoje vertinamas moters patirtas procesas bei ilgalaikės jo pasekmės. Kartu mokslinė literatūra rodo, kad šių instrumentų plėtra tebėra sudėtinga metodologine prasme: jų validumas nevienodas, jų turinys ne visada pakankamai orientuotas į moterį. Be to, jų praktinė nauda priklauso nuo to, ar gauti duomenys iš tikrųjų aptariami su paciente ir naudojami priežiūros gerinimui.

1.4. Į moterį orientuotos priežiūros teorinė integracija

Šiame darbe į moterį orientuota priežiūra suprantama kaip kokybės samprata, kuri peržengia siaurą klinikinių rodiklių vertinimą. Prieiga remiasi prielaida, kad akušerinės priežiūros vertė negali būti nusakoma vien komplikacijų, intervencijų ar mirtingumo rodikliais. Nėštumas ir gimdymas yra laikotarpis, kuriame svarbūs medicininiai rezultatai, moters savijauta ir jos patirtis priežiūros procese. Į moterį orientuota priežiūra šiandien siejama su tuo, kaip moteris suvokia pasirinkimą, kontrolę, santykį su specialistais ir savo dalyvavimą sprendimuose. Brady, Gibbons ir Bogossian koncepto analizė rodo, kad šios priežiūros branduolį sudaro moters pasirinkimas ir kontrolė, įgalinimas bei santykiai. Jų įgyvendinimas priklauso nuo ugdymo, priežiūros aplinkos ar modelių ir specialistų savybių [8]. Minėta samprata sudaro teorinį pagrindą vėliau taikyti PROM ir PREM kaip priemones, leidžiančias vertinti, ar ši priežiūra iš tikrųjų įgyvendinama.

Pirmasis šios integracijos ramstis yra biopsichosocialinis modelis [106]. Perinatalinės priežiūros atžvilgiu sveikata nėra tik biologinė būklė. Duberstein ir kolegų teigimu, perinatalinės priežiūros kokybę formuoja biologiniai, psichologiniai, šeimos ir socialiniai veiksniai [106]. Kitaip tariant, moters sveikatos priežiūra negali būti vertinama vien pagal tai, ar laiku atlikti tyrimai ir ar išvengta komplikacijų. Į vertinimą turi patekti ir moters emocinė būsena, jos socialiniai ištekliai, santykis su sistema ir tai, kaip ji pati patiria priežiūrą. Biopsichosocialinis modelis akušerijoje išplečia tai, kas laikoma svarbiu rezultatu.

Akušerijoje ši prieiga tinkama tuo, kad nėštumas ir gimdymas dažniausiai nėra liga, kurią reikia išgydyti. Tai gyvenimo laikotarpis, kuriame biologiniai procesai persipina su emocine patirtimi, socialiniu saugumu ir santykiu su specialistais. Todėl moters savijauta, jos pasitikėjimas savimi, baimė, saugumo jausmas ar vienatvė nėra antraeilės aplinkybės; jos priklauso pačiai sveikatos ir priežiūros kokybės sampratai. Įžvalga yra reikšminga šiam darbui, nes būtent ji leidžia pagrįsti, kodėl pačių moters vertinami rezultatai ir patirtys gali būti traktuojami kaip teisėta kokybės vertinimo dalis.

Vis dėlto vien biopsichosocialinio modelio nepakanka. Jis padeda suprasti, kad moters sveikata yra daugiasluoksnė, tačiau pats savaime nepasako, kaip šiuos sluoksnius vertinti. Šis modelis suteikia kryptį, bet nepateikia aiškios vertinimo sistemos. Dėl to teoriškai svarbu pereiti nuo klausimo „kas yra svarbu?“ prie klausimo „kaip tai turi būti organizuojama ir matuojama?“. Šioje vietoje atsiranda antrasis teorinis ramstis – priežiūros tęstinumo teorija.

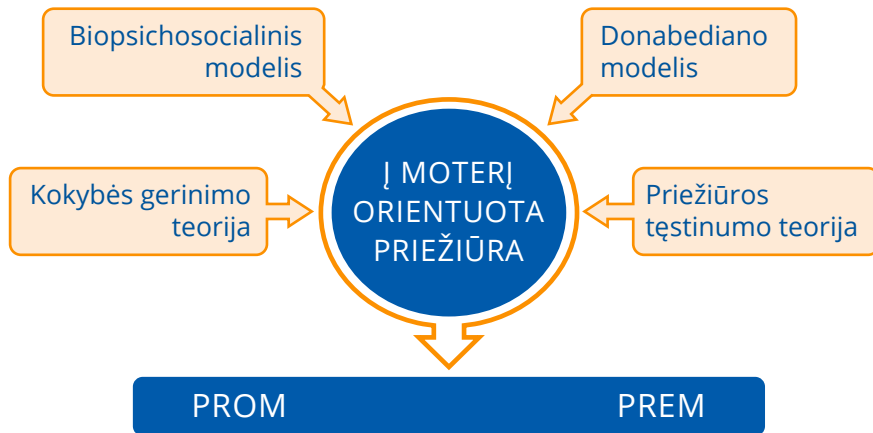
Tęstinumas laikytinas daugiau negu organizaciniu sprendimu. Jis padeda moteriai patirti priežiūrą kaip nuoseklią ir labiau atitinkančią jos poreikius; lengviau kurti bendrą sprendimų priėmimą. Tačiau teoriškai svarbu matyti, kad tęstinumo reikšmė akušerijoje susijusi su tuo, kaip priežiūra organizuojama sistemos lygmeniu. Kai moterį prižiūri vis kiti specialistai, jai sunkiau patirti saugumo jausmą. Kita vertus, esant priežiūros pastovumui, suvokimas apie ją kinta - ji dažniau suvokiama kaip nuosekli. Tęstinumo teorija suteikia pagrindą manyti, jog santykis ir nuoseklumas yra kokybės dalis [51].

Vis dėlto priežiūros tęstinumas taip pat nėra pakankamas kaip savarankiška teorija. Jis paaiškina, kodėl santykis ir priežiūros nuoseklumas svarbūs, tačiau nepasako, kaip visa tai integruoti į bendrą kokybės vertinimo sistemą. Šioje vietoje svarbus trečiasis ramstis – Donabediano modelis [107]. De Rossis pabrėžia, kad Donabediano modelis šiandien gali būti išplėstas taip, kad jame aiškia vietą užimtų pacientų rodikliai. Pagal šią interpretaciją PROM pirmiausia siejami su rezultatų dimensija, nes atspindi paciento sveikatos būklę. Tuo tarpu PREM svarbūs proceso dimensijai, nes leidžia vertinti, kaip vyko pati priežiūra. Paciento perspektyva įtraukiama kaip nuosekli kokybės vertinimo dalis [107].

Minėta Donabediano modelio interpretacija labai svarbi motinystės priežiūrai. Karp ir kolegų tyrimas apie kokybės gerinimą motinų ir reprodukcinės sveikatos paslaugose išryškino, kad ilgą laiką kokybė buvo vertinama daugiausia klinikiu ir struktūriniu požiūriu [108]. Tačiau šiuolaikinė sveikatos priežiūros samprata įtraukia ir tarpasmeninius proceso aspektus, pavyzdžiui, santykį tarp specialistų ir pacientų. Atitinkamai, nepakanka žinoti, ar įstaiga turi resursų ir ar procesai atitinka techninius reikalavimus, jeigu norima tinkamai įvertinti akušerinę priežiūrą. Reikia vertinti ir tai, kaip pati moteris patyrė priežiūros eigą. Ši prieiga labai aiškiai jungia Donabediano modelį su PREM.

Čia svarbu ir tai, kad Donabediano modelis leidžia aiškiai susieti 1.4.1 paveiksle matomas teorijas. Biopsichosocialinis modelis paaiškina, kodėl svarbu vertinti daugiau nei biologinį rezultatą. Priežiūros tęstinumo teorija paaiškina, kodėl santykis ir nuoseklumas formuoja moters patirtį. Donabediano modelis suteikia pagrindą, kaip visa tai vertinti: struktūra nurodo priežiūros aplinką ir modelį, procesas – tai, kaip priežiūra teikiama, o rezultatai – tai, kas iš šios priežiūros kyla moters ir naujagimio požiūriu. 1.4.1 paveiksle pateik-

toje schemeje PREM natūraliai siejami su proceso dimensija, o PROM – su rezultatų dimensija.



1.4.1 pav. Tyrimo teorinis pagrindimas (sudaryta darbo autorės)

Ketvirtasis teorinis ramstis yra kokybės gerinimo teorija. Vien vertinimo modelių neužtenka. Reikia paaiškinti, kodėl PROM ir PREM apskritai turi būti renkami, jei tikslas nėra vien aprašyti situaciją, o ją gerinti. Anot Alomani ir kolegų, kokybės gerinimas remiasi duomenimis, sisteminiu mąstymu ir nuolatiniu procesų tobulinimu [109]. Nors ši publikacija nėra akušerijos srities tyrimas, ji aiškiai parodo bendrą principą: matavimas laikomas vertingu tada, kai po to galima keisti praktiką. Ši mintis tiesiogiai taikytina motinystės priežiūrai. Jeigu moterų patirtis ir jų pačių vertinami rezultatai renkami tik formaliai, jų teorinė vertė lieka ribota. Tačiau naudojant juos kaip grįžtamąjį ryšį priežiūros gerinimui, jie tampa kokybės valdymo priemone.

Šioje vietoje svarbu paminėti ir vertės pagrindu grindžiamos sveikatos priežiūros kryptį. Silveira Bianchim ir kolegų apžvalga parodė, kad PROM siejami su siekiu vertinti pacientui svarbius rezultatus ir naudoti juos platesnėje kokybės bei vertės programose. Tačiau autoriai taip pat pabrėžia, kad vien PROM diegimas dar negarantuoja realios naudos. Daugelyje programų trūksta aiškos teorijos, kaip šie duomenys veikia sprendimus ir gerina rezultatus [110]. Minėta išvalga tinka teoriniam pagrindimui. PROM ir PREM laikytini teorinės ir praktinės grandinės dalimi: jie įgyja prasmę tada, kai susiejami su priežiūros modeliu ir moters patirtimi.

Akušerijoje šią teorinę integraciją sustiprina naujesni tyrimai apie į moterį orientuotą priežiūrą. Lundgren ir kolegų tyrimas apie moterį orientuotos akušerinės priežiūros modelio įgyvendinimą Švedijoje parodė, kad toks modelis turi ir filosofinę, ir praktinę reikšmę. Autoriai apibūdino pagrindines jo

dimensijas kaip abipusį santykį, normalumo palaikymą, buvimą šalia moters, prieinamumą ir dalyvavimą [111]. Taigi, į moterį orientuota priežiūra nėra vien abstrakti idėja. Ji gali būti paversta priežiūros modeliu, kuris keičia tai, kaip akušeris dirba ir kaip moterys patiria gimdymą. Įžvalga sietina su 1.4.1 paveikslu, kuriame į moterį orientuota priežiūra vaizduojama kaip skirtingų teorinių krypčių susikirtimo taškas.

Dar svarbiau tai, kad moters patirtis šiandien siejama su vėlesniais sveikatos rezultatais. Attanasio ir kolegų tyrimas atskleidė, kad aukštesni į moterį orientuotos priežiūros rodikliai buvo susiję su palankesniais fizinės ir psichikos sveikatos rezultatais po gimdymo [112]. Šis darbas reikšmingas teoriniu požiūriu - padeda išvengti klaidingos skirties tarp subjektyvios patirties ir objektyvių rezultatų. Jei moters priežiūros patirtis susijusi su vėlesne jos sveikata, tuomet PREM negali būti laikomi vien emociniu priedu prie klinikinių duomenų. Jie laikytini svarbia analitinės grandinės dalimi, siejančia procesą ir rezultata.

Taigi į moterį orientuotos priežiūros teorinė integracija gali būti suprantama kaip nuosekli grandinė. Biopsichosocialinis modelis paaiškina, kodėl moters sveikata turi būti vertinama plačiau. Priežiūros tęstinumo teorija paaiškina, kodėl santykis ir nuoseklumas yra svarbūs priežiūros kokybei. Donabediano modelis leidžia visa tai sistemiškai išdėstyti per struktūrą, procesą ir rezultatus. Kokybės gerinimo teorija paaiškina, kodėl šių aspektų matavimas turi būti susietas su praktikos pokyčiu. Į moterį orientuota priežiūra šiame teoriniame rėme laikytina konceptualia pozicija, kuri leidžia pagrįsti PROM ir PREM vietą akušerinės priežiūros vertinime.

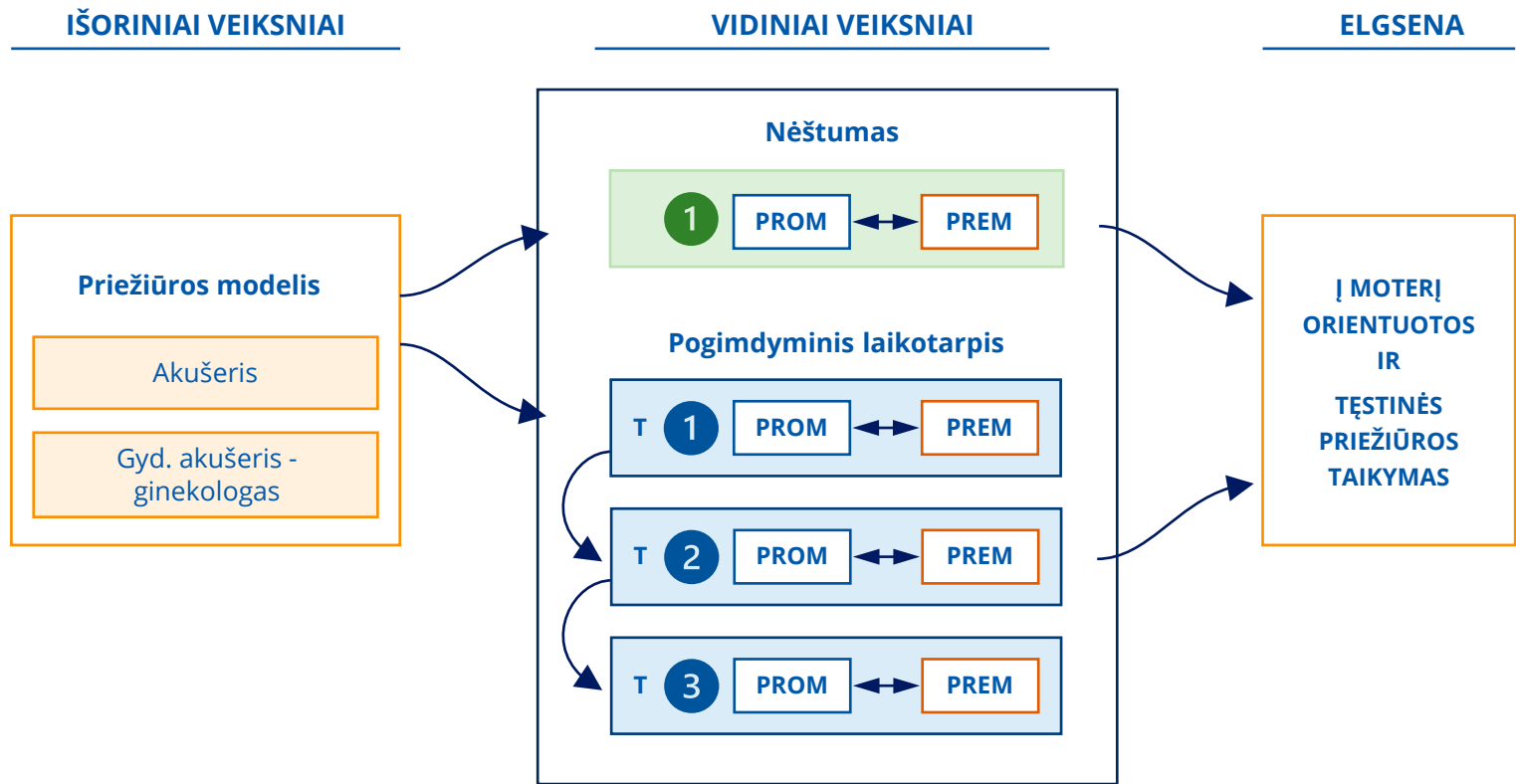
Taigi 1.4.1 paveiksle pateikta schema aiškiai rodo, kad į moterį orientuota priežiūra šiame darbe suprantama kaip kelių teorinių krypčių sankirta. PROM ir PREM veikia kaip instrumentai, leidžiantys šią priežiūrą vertinti praktiškai. Teorinis pagrindas natūraliai pereina į kitą žingsnį – konceptualų pagrindimą, kuriame jau galima parodyti, kaip priežiūros modelis, moters patirtis ir savęs vertinami rezultatai susijungia į vieną analitinę schemą.

1.5. Į moterį orientuotos priežiūros samprata ir vertinimas remiantis moterų patirtimi ir savęs vertinamais sveikatos rezultatais

Ankstesniame poskyryje aptartos teorinės kryptys leidžia parodyti, kodėl moters patirtis ir pateiktos sveikatos baigtys turi svarbią vietą akušerinės priežiūros kokybės analizėje. Vis dėlto vien teorinio pagrindo nepakanka. Reikia aiškiai parodyti, kaip šios idėjos susiejamos į vieną analitinę schemą. Šiame darbe moters patirtis nelaikoma vien papildomu subjektyviu priedu prie klinikinių duomenų. Ji suprantama kaip viena iš centrinių grandžių, per kurią priežiūros modelis gali būti susijęs su vėlesniu moters sveikatos ir gerovės

vertinimu. Remiamasi prielaida, kad skirtingi priežiūros modeliai kuria nevienodas sąlygas informacijai, santykiui, pasirinkimui ir sprendimų priėmimui. Šie skirtumai pirmiausia atsispindi PROM rodikliuose, o vėliau gali būti susiję su PREM rodikliais. Attanasio ir kolegų tyrimas šią prielaidą sustiprina empiriškai, nes parodė, kad aukštesni į asmenį orientuotos motinystės priežiūros rodikliai buvo susiję su palankesniais fizinės ir psichikos sveikatos rezultatais po gimdymo [112]. Vadinasi, moters patirtis gali būti ir su tolesniais rezultatais susijęs veiksnys.

PREM ir PROM šiame darbe nėra traktuojami kaip dvi visiškai atskiros, tarpusavyje nesusijusios kategorijos. Todėl konceptualiai šiame darbe laikomasi nuostatos, kad PREM atspindi priežiūros procesą, o PROM – moters patiriamus rezultatus. Vis dėlto šios dvi sritys susijusios. Jei moteris nėštumo ir gimdymo metu gauna aiškią informaciją, su ja elgiamasi pagarbiai, ir ji taip pat gali dalyvauti sprendimuose, tai gali būti siejama su didesniu saugumo jausmu ir didesniu pasitikėjimu savo gebėjimais. Jei ji patiria spaudimą ar ribotą įtraukimą, jei jos gaunama informacija nėra aiški, tokia patirtis gali būti susijusi su blogesne vėlesne fizine ir psichine sveikata. Jungtis nėra absoliuti priežastinė taisyklė, tačiau ji leidžia konceptualiai sieti procesą ir rezultatą vienoje schemoje (1.5.1 pav.). Šią mintį palaiko ir De Rosis, teigdama, kad paciento rodikliai sveikatos priežiūros kokybės vertinime turi būti siejami su Donabediano proceso ir rezultatų dimensijomis [107].



1.5.1 pav. Tyrimo konceptualus pagrindimas (sudaryta darbo autorės)

Nėštumo laikotarpis šioje schemoje (1.5.1 pav.) laikomas pirmąja svarbia faze, kurioje formuojasi moters santykis su sistema ir jos vaidmuo sveikatos priežiūros procese. Tai laikotarpis, kuriame stiprėja arba silpnėja moters pasitikėjimas specialistais, jos suvokiamas pasirinkimo laipsnis ir jos gebėjimas aktyviai dalyvauti priimant sprendimus. Pasak Yuill ir kolegų, sprendimų priėmimas nėštumo ir gimdymo priežiūroje moterų yra dinamiškas procesas, kuriam vien informacijos kiekis nėra savaime reikšmingas. Svarbu ir tai, kaip informacija pateikiama, kiek ji susieta su moters vertybėmis ir ar moteris turi realią galimybę svarstyti alternatyvas [45]. Taigi, nėštumo metu renkami PREM gali būti reikšmingi vertinant, ar priežiūra jau šiame etape įgauna į moterį orientuotos priežiūros bruožų.

Šioje vietoje yra reikšminga ir autonomijos dimensija. Vedam ir kolegų tyrimas apie autonomiją ir pagarbą parodė, kad moterų sprendimų priėmimo patirtis negali būti supaprastinama į formalų sutikimą [78]. Vogels-Broeke ir kolegų tyrimas parodė, kad moterys daugiau autonomijos jautė tada, kai jautė individualų dėmesį. Taip pat nustatyta, kad vėlesniu nėštumo laikotarpiu ir gimdymo metu jos mažiau autonomijos jautė bendraudamos su gydytojais negu su akušeriais. Beveik pusė moterų, kurioms buvo taikyta bent viena intervencija, nurodė jautusios spaudimą jai pritarti [62]. Taigi, PREM nėštumo ir gimdymo metu turi aiškią konceptualią vertę – jie leidžia vertinti kaip moteris pati patyrė savo vaidmenį priimant sprendimus.

Gimdymo laikotarpis konceptualioje schemoje užima centrinę vietą - priežiūros modelis iš organizacinės struktūros tampa tiesiogiai patiriamu santykiu. Būtent šiuo momentu paaiškėja, kiek realus buvo anksčiau deklaruotas moters įtraukimas į priežiūrą. Anot Watkins ir kolegų, kad daugelis moterų pageidauja bendro arba aktyvaus vaidmens sprendimuose, tačiau realioje priežiūroje dalis jų vis dar patiria pasyvų vaidmenį. Autoriai išskyrė kliūtis, kurios blogina moterų patirtį: ribotą prieigą prie akušerių modelių, menką santykinį tęstinumą, nepakankamą informaciją apie intervencijų naudą ir riziką bei biurokratinį sprendimų stilių, grindžiamą dominuojančia rizikos vengimo logika [79]. Šis aspektas konceptualiai svarbus – atskleidžia, jog gimdymo PREM išryškina neatitikimą tarp moters lūkesčių ir realios sistemos veikimo.

Gimdymo patirties svarbą sustiprina ir tai, kad neigiamas gimdymo proceso vertinimas gali būti susiję su vėlesniais rezultatais. Atanasio ir kolegų tyrimas parodė, kad geresnė moters priežiūros patirtis buvo susijusi su mažiau išreikštais depresiškumo simptomais, mažesniu stresu ir geresniu savo fizinės sveikatos vertinimu po gimdymo [112]. Depla ir kolegų tyrime gimdymo patirtis, bendras sprendimų priėmimas ir skausmo malšinimo aptarimas buvo tarp sričių, kuriose dažniausiai nustatyti probleminiai aspektai [99]. Klootwijk ir kolegų analizė papildomai parodė, kad pacientės pateikti duomenys leido nustatyti problemines gimdymo patirties sritis, kurių klinikiniai

rodikliai neparodė [102]. Visa tai leidžia šiame darbe gimdymo PREM laikyti potencialia tarpine grandimi tarp priežiūros modelio ir vėlesnių PROM.

Šia prasme svarbi ir priežiūros tęstinumo teorija. Sandall ir kolegų teigimu, tęstinumo modeliai moterims siejami su palankesne patirtimi ir kai kuriais geresniais akušeriniais rezultatais [49]. Cibralic ir kolegų sisteminė apžvalga taip pat rodo ryšį tarp akušerių tęstinumo modelių ir palankesnių psichikos sveikatos rodiklių perinataliniu laikotarpiu [49]. Teoriniu požiūriu tai reiškia, kad priežiūros modelis gali turėti reikšmės ne vien klinikinių intervencijų dažniui. Jis gali keisti ir tai, kaip moteris patiria gimdymą, o per šią patirtį – būti susijęs su vėlesne savijauta. Todėl 1.5.1 paveiksle priežiūros modelis pagrįstai vaizduojamas kaip išorinis veiksnys, kuris per skirtingus nėštumo ir pogimdyminio laikotarpio PREM ir PROM matavimo taškus gali būti susijęs su į moterį orientuotos priežiūros taikymu.

Pogimdyminis laikotarpis šioje conceptualioje schemoje suprantamas kaip fazė, kurioje išryškėja tai, ką moteris pasiima iš ankstesnių priežiūros etapų. PROM šia prasme leidžia vertinti moters savijautą ir funkcionavimą. Toks požiūris suteikia galimybę pogimdyminį laikotarpį traktuoti kaip moters gerovės vertinimo laikotarpį. Šiuo požiūriu žindymo saviveiksmingumas, emocinė savijauta ir motinos bei kūdikio ryšys šiame darbe interpretuojami kaip galutinės baigtys, kurios gali būti susijusios su ankstesne moters patirtimi. Tai nereiškia, kad visus PROM lemia vien priežiūros procesas. Akivaizdu, kad pogimdyminiams rezultatams svarbūs ir kiti veiksniai, pavyzdžiui, ankstesnė psichikos sveikata, socialinė parama, medicininės aplinkybės ar šeimos palaikymas. Tačiau teoriškai nepagrįsta būtų laikyti moters patirtį visiškai neutraliu veiksmu. Attanasio ir kolegų teigimu, moters priežiūros patirtis gali būti susijusi su vėlesniais sveikatos rezultatais [112]. Laureij ir kolegų tyrimas parodė, kad moterys PROM ir PREM vertino kaip naudingas priemones simptomams atpažinti ir individualizuotai priežiūrai užtikrinti pogimdyminiu laikotarpiu, iki šešių mėnesių po gimdymo [103].

Šiame darbe laikomasi nuosaikios pozicijos. PREM ir PROM ryšys nėra suprantamas kaip tiesioginė, vienakryptė ir visais atvejais vienoda priežastinė seka. Tikslesnė būtų nuostata, kad moters patirtis gali veikti kaip svarbi tarpinė grandis, per kurią priežiūros modelis susiejamas su vėlesnėmis moters savęs vertinamomis baigtimis. Minėta pozicija leidžia išvengti pernelyg stiprių priežastinių teiginių, tačiau kartu išlaiko teorinį nuoseklumą. Ji dera ir su Depla [99], Klootwijk [102] bei Chen darbais [104,105], kurie rodo, kad pacientės pateikti rodikliai įgyja didžiausią vertę tada, kai naudojami priežiūros gerinimui.

Iš čia seka ir svarbiausia konceptuali šio darbo prielaida. Skirtingi priežiūros modeliai gali kurti skirtingas moters patirties trajektorijas perinataliniu laikotarpiu. Šios trajektorijos gali būti siejamos su skirtingais vėlesniais

PROM rodikliais. Kitaip tariant, priežiūros modelio poveikis neapsiriboja vien klinikiu rezultatu. Jis konceptualiai gali reikštis per tai, kiek moteris patiria pagarbą, kontrolę, informacinį aiškumą ir santykio tęstinumą. Ši mintis atitinka 1.5.1 paveikslą: priežiūros modelis vaizduojamas kaip išorinis veiksnys, PREM ir PROM – kaip vidiniai laikui jautrūs rodikliai, o į moterį orientuotos priežiūros taikymas – kaip galutinis vertinimo laukas.

Apibendrinant galima teigti, kad šiame darbe į moterį orientuota priežiūra konceptualizuojama kaip daugiasluoksni sistema. Joje priežiūros modelis susijęs su klinikiniais rezultatais ir su moters patirtimis skirtingais perinatalinio laikotarpio etapais. PREM leidžia vertinti, kaip moteris patiria priežiūros procesą nėštumo ir gimdymo metu. PROM leidžia vertinti, kaip ši priežiūra gali būti susijusi su vėlesne moters savijauta ir funkcionavimu nėštumo, gimdymo ir pogimdyminiu laikotarpiais. Ši schema leidžia moters perspektyvą laikyti sisteminga kokybės analizės dalimi ir sudaro pagrindą tolesniam empiriniam tyrimui.

2. TYRIMO METODIKA

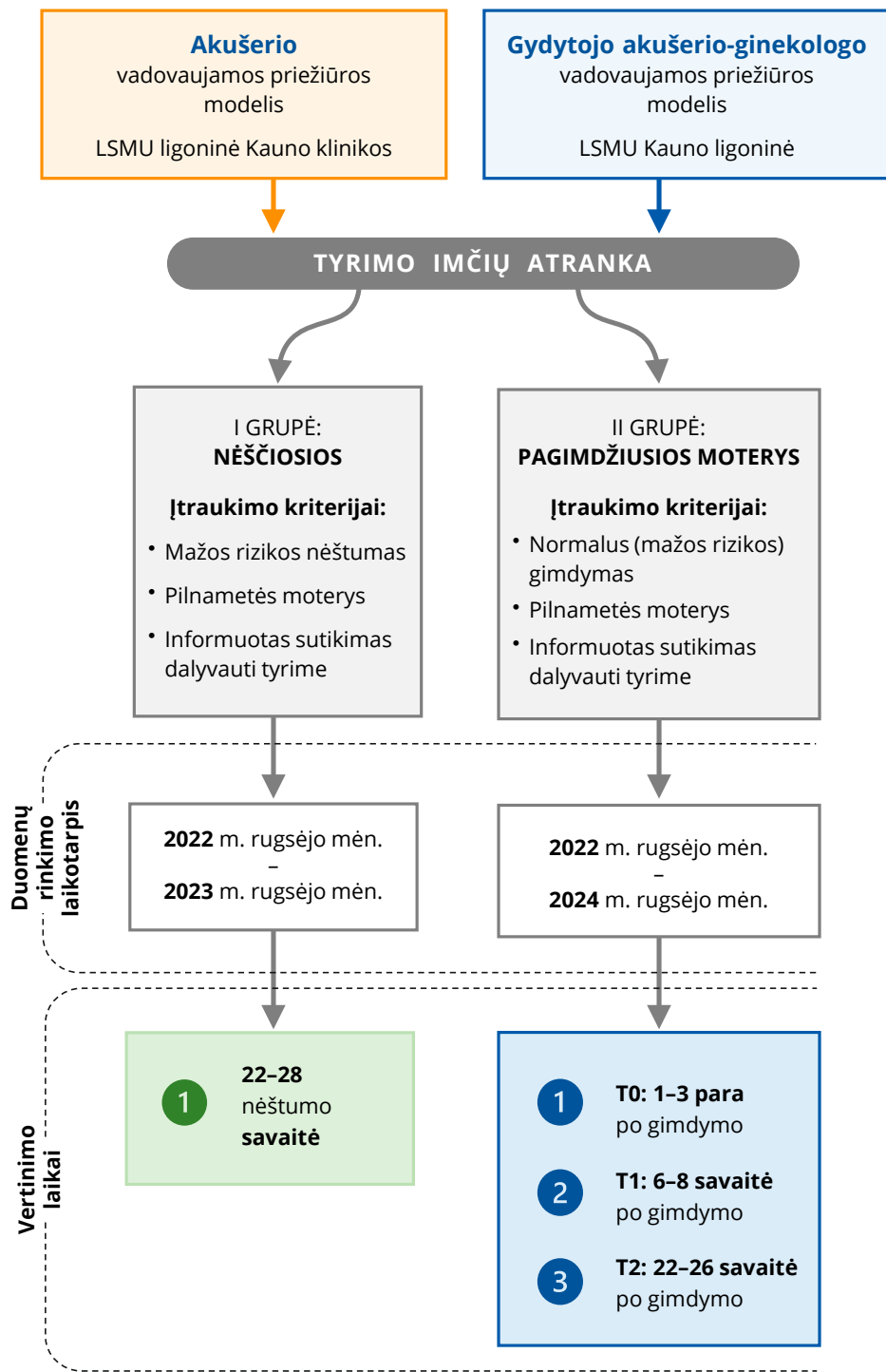
2.1. Tyrimo organizavimas ir imtis

Šiame tyrime siekta įvertinti pacienčių PROM ir PREM rodiklius lyginant du nėštumo ir gimdymo priežiūros organizavimo modelius: akušerio savarankiškai teikiamą priežiūrą ir gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamo modelio teikiamą priežiūrą. Mišraus tyrimo dizainas buvo grindžiamas siekiu sistemingai ir metodologiškai pagrįstai įvertinti skirtingų priežiūros modelių sąsajas su moters sveikatos rodikliais bei patirtimi nėštumo ir pogimdyminiu laikotarpiu.

Tyrimas organizuotas remiantis Tarptautinio sveikatos rezultatų matavimo konsorciumo ICHOM, [20, 68] rekomenduojama motinos ir naujagimio sveikatos rezultatų vertinimo metodologija. ICHOM siūlomas standartizuotas rodiklių rinkinys orientuotas į pacienčių pateiktas sveikatos baigtis ir patirtis viso nėštumo, gimdymo ir pogimdyminio laikotarpio metu, siekiant užtikrinti tarptautinį rezultatų palyginamumą ir vertę pacientui kuriančios sveikatos priežiūros principų įgyvendinimą.

Rengiant tyrimo protokolą, ICHOM metodologija buvo sistemiškai pritaikyta Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos organizaciniam ir praktiniam kontekstui. Atsižvelgiant į nacionalinę nėštumo priežiūros struktūrą, vizitų periodiškumą bei apklausų administravimo galimybes klinikinėje aplinkoje, buvo priimtas sprendimas nėštumo laikotarpiu duomenis rinkti vieną kartą – 22–28 nėštumo savaitę. Nors ICHOM metodologijoje numatomi keli vertinimo taškai nėštumo metu, šiame tyrime pasirinktas vienmomentis vertinimas siekiant užtikrinti duomenų surinkimo įgyvendinamumą, sumažinti dalyvių apkrovą ir padidinti atsako dažnį realiomis klinikinėmis sąlygomis.

Pogimdyminiu laikotarpiu tyrimo struktūra išlaikė ICHOM rekomenduojamą rezultatų vertinimo logiką – duomenys rinkti keliais laiko momentais: 1–3 parą po gimdymo (T0), 6–8 savaitę po gimdymo (T1) ir 22–26 savaitę po gimdymo (T2), leidžiančiais stebėti moters fizinės ir psichosocialinės būklės bei su sveikata susijusių rodiklių dinamiką (2.1.1 pav.). Tokiu būdu tyrimas integravo tarptautiniu mastu pripažintą rezultatų vertinimo sistemą ir kartu užtikrino jos metodologinį pritaikomumą nacionaliniame kontekste.



2.1.1 pav. Mokslinio tyrimo organizavimo schema

Tyrimas vykdytas dviejose Lietuvos gydymo įstaigose, kuriose taikomi skirtingi nėštumo ir gimdymo priežiūros organizavimo modeliai. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose mažos rizikos nėščiųjų nėštumo ir gimdymo priežiūra organizuota taikant akušerio vadovaujamą priežiūros modelį, kai nėščiąsias savarankiškai prižiūri akušeris, o mažos rizikos gimdymus akušeris priima savarankiškai. LSMU Kauno ligoninėje mažos rizikos nėščiųjų nėštumo ir gimdymo priežiūra organizuota taikant gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamą priežiūros modelį, kai nėštumo priežiūrą koordinuoja gydytojas akušeris-ginekologas, o gimdymą priima akušeris, vadovaujant gydytojui akušeriui – ginekologui.

Toks tyrimo organizavimas sudarė galimybę palyginti PROM ir PREM skirtinguose nėštumo ir gimdymo priežiūros organizavimo kontekstuose.

Į tyrimą buvo įtraukiamos tik mažos rizikos nėščiosios ir moterys, patyrusios mažos rizikos gimdymą. Mažos rizikos nėštumu šiame tyrime laikytas nėštumas, kurio metu nenustatyta motinos ar vaisiaus patologija, nėra diagnozuotų nėštumo komplikacijų ir nenustatyta reikšmingų perinatalinės rizikos veiksnių. Mažos rizikos nėštumo apibrėžimas buvo taikomas remiantis nacionalinėmis akušerinės priežiūros metodikomis, reglamentuojančiomis nėštumo rizikos vertinimą ir nėščiųjų priežiūros organizavimą Lietuvoje [4]. Mažos rizikos gimdymu laikytas fiziologinis gimdymas, kuris prasideda spontaniškai, vyksta be reikšmingų komplikacijų ir nereikalauja intervencijų, viršijančių įprastą akušerinę priežiūrą. Tokiu atveju vaisius gimsta galvos pirmėiga, o po gimdymo motinos ir naujagimio būklė yra gera [5]. Į tyrimą nebuvo įtraukiamos moterys, kurioms nustatyti didelės rizikos nėštumo veiksniai. Taip pat į analizę nebuvo įtraukiamos tos moterys, kurioms nėštumo ar gimdymo metu mažos rizikos būklė pakito į vidutinę arba didelę riziką.

Tyrimo imtį sudarė dvi savarankiškos grupės. *Pirmąją grupę* sudarė mažos rizikos nėščiosios, kurios buvo apklausiamos vieną kartą nėštumo metu, 22–28 nėštumo savaitę. Šioje tyrimo dalyje buvo vertinti PROM ir PREM rodikliai nėštumo laikotarpiu. *Antrąją grupę* sudarė mažos rizikos gimdymą patyrusios moterys. Šiai imčiai taikyta ilgalaikio stebėjimo tyrimo struktūra – tos pačios moterys buvo apklausiamos tris kartus pogimdyminiu laikotarpiu: 1–3 parą po gimdymo, 6–8 savaitę po gimdymo ir 22–26 savaitę po gimdymo. Toks tyrimo organizavimas sudarė galimybę vertinti PROM ir PREM rodiklių dinamiką skirtingais pogimdyminio laikotarpio etapais.

Duomenų rinkimas nėštumo metu vyko nuo 2022 m. rugsėjo mėn. iki 2023 m. rugsėjo mėn., o pogimdyminiu laikotarpiu – nuo 2022 m. rugsėjo mėn. iki 2024 m. rugsėjo mėn. Tyrimo imties dydis buvo apskaičiuotas atsižvelgiant į metinį mažos rizikos nėščiųjų ir gimdyvių skaičių tyrime dalyvavusiose sveikatos priežiūros įstaigose. Remiantis įstaigų statistiniais duomenimis apie per metus prižiūrimas nėščiąsias ir priimamus mažos rizikos

gimdymus, buvo nustatytas tiriamosios populiacijos dydis. Kadangi tyrime buvo lyginami skirtingi nėštumo ir gimdymo priežiūros modeliai, imties dydis buvo apskaičiuotas atskirai kiekvienai tyrimo grupei.

Imties dydis apskaičiuotas taikant baigtinės populiacijos imties nustatymo formulę, esant 95 proc. pasikliautinumo lygiui ir 5 proc. paklaidai:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p(1-p)}{e^2(N-1) + Z^2 \cdot p(1-p)}$$

kur: n – reikalingas imties dydis; N – tiriamos populiacijos dydis; Z – standartinio normaliojo skirstinio reikšmė, atitinkanti pasirinktą pasikliautinumo lygį (1,96, kai pasikliautinumo lygis 95 proc.); p – tikėtina proporcija populiacijoje (0,5); e – leistina paklaida (0,05).

Pirmosios tyrimo imties populiaciją sudarė mažos rizikos nėščiosios, kurios buvo prižiūrimos LSMU Kauno klinikose (akušerio vadovaujamos priežiūros modelis) ir LSMU Kauno ligoninėje (gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros modelis). Remiantis šių įstaigų statistiniais duomenimis, LSMU Kauno klinikose per metus prižiūrima apie 115 mažos rizikos nėščiųjų, o LSMU Kauno ligoninėje – apie 350 mažos rizikos nėščiųjų.

Atsižvelgiant į tai, minimalus reikalingas imties dydis akušerio vadovaujamos priežiūros grupei buvo 87 tiriamosios, o gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros grupei – 183 tiriamosios. Faktinis dalyvavusių nėščiųjų skaičius ir apklausos atsako dažnis pateikiamas 2.1.1 lentelėje.

2.1.1 lentelė. Nėščiųjų apklausos atsako dažnis pagal priežiūros modelį

Priežiūros modelis	Išdalinta klausimynų (n)	Tinkami analizei klausimynai (n)	Atsako dažnis (proc.)
Akušerio vadovaujamos priežiūros modelis	105	92	87,6
Gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros modelis	205	198	96,6
Iš viso:	310	290	93,5

Antrosios tyrimo imties populiaciją sudarė moterys, kurių gimdymas buvo mažos rizikos ir kurios gimdė LSMU Kauno klinikose (akušerio vadovaujamos priežiūros modelis) ir LSMU Kauno ligoninėje (gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros modelis). Remiantis šių įstaigų statistiniais duomenimis, LSMU Kauno klinikose per metus įvykdavo apie 250 mažos rizikos gimdymų, o LSMU Kauno ligoninėje – 295 mažos rizikos gimdymai. Atsižvelgiant į tai, minimalus reikalingas imties dydis akušerio

vadovaujamos priežiūros grupei buvo 151 tiriamųjų, o gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros grupei – 167 tiriamųjų. Pirmuoju tyrimo etapu (T0) dalyvavo 349 moterys, iš jų 169 akušerio vadovaujamos priežiūros grupėje ir 180 gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros grupėje. Antruoju etapu (T1) dalyvių skaičius sumažėjo iki 218, o trečiuoju etapu (T2) – iki 167. Nubyrėjimas tarp T0 ir T1 siekė 37,5 proc., o tarp T1 ir T2 – 23,4 proc. Tiriamųjų skaičius skirtingais tyrimo etapais pateikiamas 2.1.2 lentelėje.

2.1.2 lentelė. *Pagimdžiusių moterų skaičius ir atsako dažnis skirtingais tyrimo etapais*

Priežiūros modelis	Užpildyta T0, n	Nubyrėjimas proc.	Užpildyta T1, n	Nubyrėjimas proc.	Užpildyta T2, n
Akušerio vadovaujamos priežiūros modelis	169	44,4	94	7,5	87
Gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros modelis	180	31,1	124	35,5	80
Iš viso:	349	37,5	218	23,4	167

Planuojant antrąją tyrimo imtį taip pat buvo atsižvelgta į galimą dalyvių praradimą pogimdyminio stebėjimo laikotarpiu, todėl pradiniam tyrimo etape imtis buvo padidinta 10 proc, palyginti su apskaičiuotu minimaliu imties dydžiu.

2.2. Tyrimo instrumentai

Tyrimo metu buvo vertinami PROM ir PREM rodikliai. PROM rodikliai atspindi moters subjektyviai vertinamą fizinę ir psichikos sveikatą, funkcionavimą bei motinystės adaptacijos aspektus, tuo tarpu PREM rodikliai apibūdina jos patirtį sveikatos priežiūros procese, įskaitant informacijos suteikimą, įsitraukimą į sprendimų priėmimą, pasitikėjimą sveikatos priežiūros specialistais ir pasitenkinimą teikiama priežiūra.

Tyrimo metu naudoti klausimynai buvo taikomi gavus jų autorių leidimus. Klausimynai, kurių lietuviškos versijos jau buvo anksčiau adaptuotos, validuotos ir naudotos moksliniuose tyrimuose Lietuvoje, buvo taikomi originaliomis lietuviškomis versijomis. Tokie klausimynai buvo gimdymo patirties vertinimo skalė (*Birth Satisfaction Scale – Revised, BSS-R*), Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė (*Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS*) ir depresijos simptomų vertinimo klausimynas (*Patient Health Questionnaire-2, PHQ-2*).

Klausimynai, neturėję patvirtintos lietuviškos versijos, šiame tyrime buvo verčiami tyrėjos, laikantis standartizuotos vertimo ir atgalinio vertimo procedūros (angl. *forward-backward translation*), siekiant užtikrinti jų kalbinį ir kultūrinį atitikimą Lietuvos kontekstui. Šiai grupei priskirti motinos ir kūdikio ryšio skalė (*Mother-to-Infant Bonding Scale*, MIBS), žindymo saviveikmingumo skalė, trumpa forma (*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*, BSES-SF), ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo klausimynas PROMIS - 10 (*Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Global Health*). Tyrime taikytų PROM ir PREM instrumentų struktūra pateikiama 2.2.1 lentelėje.

2.2.1 lentelė. PROM ir PREM instrumentų struktūra

Vertinama sritis	Vertinimo instrumentas	Klausimų skaičius	Balai (min.–maks.)	Ribinė įvertinio reikšmė	Rezultato interpretacija
PROM					
Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė	PROMIS-10	10	FS 29,6–67,7; PS 21,2–67,6	FH<42; PS<40	↓ Gyvenimo kokybė
Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui	SFFAC102	1	0–5	-	↑ Skausmo įtaka
Depresijos simptomai	PHQ-2	2	0–6	≥ 3	↑ Depresijos rizika
	EPDS	10	0–30	≥ 12	↑ Depresijos rizika
Žindymo saviveiksmingumas	BSES-SF	14	14–70	≤ 50	↓ Saviveiksmingumas
Sėkmingas žindymas	Savęs vertinimo klausimas	1	1–5	–	↑ Pasitikėjimas
Pasitikėjimas motinos vaidmeniu	Savęs vertinimo klausimas	1	1–5	–	↑ Pasitikėjimas
Motinos ir kūdikio ryšys	MIBS	8	0–24	> 5	↓ Motinos ir kūdikio ryšys
PREM					
Gimdymo patirtis	BSS-R	10	0–40	≤ 28	↓ Gimdymo patirtis
Pasitenkinimas priežiūra	Savęs vertinimo klausimas	1	1–5	–	↑ Pasitenkinimas
Informacijos suteikimas ir įsitraukimas į sprendimų priėmimą	Savęs vertinimo klausimai	4	0–2	–	↑ Patirtis

BSS-R – gimdymo patirties vertinimo skalė (*Birth Satisfaction Scale–Revised*); EPDS – Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*); PHQ-2 – depresijos simptomų vertinimo klausimynas (*Patient Health Questionnaire-2*); PROMIS 10 – Paciento pateiktų sveikatos baigčių matavimo informacinė sistema (*Patient-Reported Outcomes Measurement Information System*); FS – fizinė sveikata; PS – psichinė sveikata; SFFAC102 – seksualinės funkcijos ir pasitenkinimo vertinimo klausimas (*Sexual Function and Satisfaction*); MIBS – motinos ir kūdikio ryšio skalė (*Mother-to-Infant Bonding Scale*).

Tyrimė naudotų klausimynų vidinis nuoseklumas buvo vertintas taikant Cronbacho alfa koeficientą, kuris leidžia įvertinti skalės teiginių tarpusavio suderinamumą. Gauti patikimumo rodikliai skirtingais tyrimo laikotarpiais pateikti 2.2.2 lentelėje.

2.2.2 lentelė. *Tyrimė naudotų klausimynų vidinio nuoseklumo (Cronbach alfa) įverčiai skirtingais tyrimo laikotarpiais*

Klausimynai	Teiginių skaičius	Cronbacho alfa koeficientai			
		Nėštumo laikotarpis	Pogimdyminis laikotarpis		
			1–3 paros	6–8 sav.	22–26 sav.
PROMIS-10	10	0,837	-	0,819	0,882
PHQ-2	2	0,802	-	-	-
EDPS	10	-	-	0,849	0,867
BSES-SF	14	0,946	0,927	0,976	-
MIBS	8	-	0,857	0,884	-
BSS-R	10	-	-	0,895	-

Toliau pateikiamas išsamus tyrimė naudotų pacienčių pranešamų sveikatos baigčių ir patirties vertinimo instrumentų aprašymas.

2.2.1. Pacienčių pateiktos sveikatos baigtys (PROM)

Pacienčių pateiktoms sveikatos baigtims įvertinti buvo naudoti devyni klausimynai.

Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės klausimynas PROMIS-10 (*Paciento pateiktų sveikatos baigčių matavimo informacinė sistema – Bendrosios sveikatos klausimynas; Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Global Health*) apima fizinės, psichinės bei socialinės sveikatos aspektus. Šis instrumentas leidžia įvertinti bendrą asmens sveikatos suvokimą ir funkcionavimą kasdieniame gyvenime. Klausimyną sudaro 10 klausimų, vertinančių skirtingus su sveikata susijusios gyvenimo kokybės aspektus. Keturi klausimai skirti bendrai sveikatos būklei, gyvenimo kokybei, fizinei ir psichinei sveikatai įvertinti. Du klausimai vertina socialinį funkcionavimą ir gebėjimą atlikti kasdienes veiklas. Vienas klausimas skirtas emocijų problemų (nerimo, depresiško, irzlumo) dažniui per pastarąsias 7 dienas įvertinti, vienas – nuovargio intensyvumui, o vienas – skausmo stiprumui. Aštuoni klausimai vertinami 5 balų Likerto tipo skalėje, kurios reikšmės priklauso nuo klausimo turinio (pvz., nuo „prasta“ iki „puiki“, nuo „niekada“ iki „visada“, nuo „jokio“ iki „labai didelio“). Skausmo intensyvumas vertinamas 0–10 balų skaitmenine analogine skale, kur 0 reiškia „jokio skausmo“, o 10 – „didžiausias įsivaizduojamas skausmas“. Atsakymai gali būti analizuo-

jami kaip atskiri rodikliai arba transformuojami į fizinės ir psichinės sveikatos suvestinius T balus, taikant standartizuotą PROMIS vertinimo metodiką. Aukštesni balai bendrosios sveikatos, fizinės ir psichinės sveikatos srityse rodo geresnę suvokiamą sveikatos būklę, o didesni skausmo, nuovargio ar emocinių problemų rodikliai atspindi blogesnę savijautą.

Žindymo saviveiksmingumą vertinome Žindymo saviveiksmingumo vertinimo skale BSES-SF (*Trumpa žindymo saviveiksmingumo skalė; Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*). BSES-SF skalė skirta moters žindymo saviveiksmingumui vertinti ir leidžia įvertinti moters suvokiamą kompetenciją žindymo procese bei jos tikėjamą gebėjimu sėkmingai įveikti galimus žindymo sunkumus. Klausimyną sudaro 14 teiginių, atspindinčių įvairius žindymo aspektus, įskaitant techninius žindymo įgūdžius, gebėjimą spręsti iškilusias problemas, išlaikyti motyvaciją bei užtikrinti pakankamą pieno kiekį. Respondentė įvertina savo sutikimą su kiekvienu teiginiu 5 balų Likerto tipo skalėje nuo 1 – „visiškai nesutinku“ iki 5 – „visiškai sutinku“. Bendras skalės balas apskaičiuojamas sudedant visų 14 teiginių įverčius; galimas balų intervalas – nuo 14 iki 70. Aukštesnis bendras balas rodo didesnę žindymo saviveiksmingumą ir stipresnę pasitikėjimą savo gebėjimu žindyti.

Motinos ir kūdikio ryšio vertinimo skalė MIBS (*Motinos ir kūdikio ryšio skalė; Mother-to-Infant Bonding Scale*) skirta motinos ir kūdikio emociniam ryšiui vertinti bei galimiems ankstyvojo ryšio sutrikimo požymiams nustatyti. Klausimyną sudaro 8 būdvardžiai, apibūdinantys motinos jausmus kūdikiui ir apimantys tiek pozityvius (pvz., meilė, džiaugsmas), tiek galimai neigiamas (pvz., susierzinimas, atstūmimas) emocines reakcijas. Respondentė įvertina kiekvieno jausmo intensyvumą 4 balų skalėje nuo 0 – „visai ne“ iki 3 – „labai stipriai“. Bendras skalės balas apskaičiuojamas sudedant visų teiginių įverčius; galimas balų intervalas – nuo 0 iki 24. Teigiama kryptimi suformuluoti teiginiai koduojami atvirkštine tvarka, laikantis originalios instrumento vertinimo metodikos. Aukštesnis bendras balas rodo didesnę motinos ir kūdikio ryšio sutrikimo riziką.

Depresijos simptomų atrankos klausimynas PHQ-2 (*Paciento sveikatos klausimynas-2; Patient Health Questionnaire-2*) skirtas depresijos simptomų atrankai ir leidžia įvertinti padidintos depresijos rizikos asmenis nėštumo bei pogimdyminiu laikotarpiu. Klausimyną sudaro 2 klausimai, vertinantys per pastarąsias dvi savaites patirtą sumažėjusį interesą ar malonumą veikloms bei prislėgtą, liūdną ar beviltišką nuotaiką. Atsakymai vertinami 4 balų skalėje: 0 – „visiškai ne“, 1 – „keletą dienų“, 2 – „daugiau nei pusę dienų“, 3 – „beveik kasdien“. Bendras skalės balas apskaičiuojamas sudedant abiejų klausimų įverčius; galimas balų intervalas – nuo 0 iki 6. Aukštesnis balas rodo didesnę depresijos simptomų tikimybę. ≥ 3 balų rezultatas laikomas

padidintos depresijos rizikos indikacija ir pagrindu išsamesniam vertinimui, taikant platesnį depresijos simptomų vertinimo instrumentą.

Pogimdyminės depresijos vertinimo skalė EPDS (*Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė; Edinburgh Postnatal Depression Scale*) skirta pogimdyminės depresijos simptomams vertinti ir leidžia nustatyti emocinius bei kognityvinius depresijos simptomus. Šis instrumentas plačiai naudojamas klinikiniuose ir moksliniuose tyrimuose vertinant moters psichikos sveikatą po gimdymo. Klausimyną sudaro 10 klausimų, vertinančių per pastarąsias 7 dienas patirtus simptomus, įskaitant liūdesį, anhedoniją, kaltės jausmą, nerimą, panikos simptomus, miego sutrikimus, verksmingumą bei savęs žalojimo mintis. Kiekvienas klausimas vertinamas 4 balų skalėje nuo 0 iki 3, atsižvelgiant į simptomų dažnį ar intensyvumą. Kai kurie klausimai koduojami atvirkštine tvarka, laikantis standartizuotos instrumento vertinimo metodikos. Bendras skalės balas apskaičiuojamas sudedant visų 10 klausimų įverčius; galimas balų intervalas – nuo 0 iki 30. Aukštesnis bendras balas rodo didesnę pogimdyminės depresijos simptomų riziką.

Skausmo poveikį seksualiniam gyvenimui vertinome Skausmo poveikio seksualiniam gyvenimui skale (SFFAC102) (*Sexual Function and Satisfaction*) skirta įvertinti, kiek patirtas skausmas paveikė moters seksualinį gyvenimą ir leidžia įvertinti galimą skausmo poveikį seksualiniam funkcionavimui. Respondentės atsakymą pateikė pasirinkdamos vieną iš pateiktų atsakymo kategorijų, nurodančių skausmo poveikio seksualiniam gyvenimui intensyvumą nuo „visiškai ne“ iki „labai stipriai“. Šis klausimas buvo analizuojamas kaip atskiras su sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodiklis, vertinantis galimą skausmo poveikį seksualiniam gyvenimui.

Be standartizuotų klausimynų, tyrime taip pat buvo naudojami keli savęs vertinimo klausimai, skirti papildomiems su motinos ir kūdikio sveikata susijusiems rodikliams įvertinti.

Nėščiųjų ketinimo žindyti ir pasitikėjimo savo gebėjimu žindyti vertinimas. Šiam tikslui buvo naudojami du savęs vertinimo klausimai. Ketinimas žindyti buvo vertinamas klausimu „Ar planuojate žindyti savo kūdikį?“, pateikiant du atsakymo variantus: „taip“ arba „ne“. Pasitikėjimas savo gebėjimu žindyti buvo vertinamas klausimu „Ar pasitikite savo gebėjimu žindyti?“. Respondentės atsakymą pateikė pasirinkdamos vieną iš penkių atsakymo kategorijų – nuo „visiškai nepasitikiu“ iki „labai pasitikiu“. Šie klausimai buvo analizuojami kaip atskiri savęs vertinimo rodikliai, apibūdinantys moters ketinimą žindyti ir suvokiamą pasitikėjimą savo gebėjimu žindyti.

Maitinimo būdo vertinimas buvo vertinamas klausimu „Nurodykite, kaip maitinate savo naujagimį / kūdikį“. Respondentės pasirinko vieną iš pateiktų atsakymo variantų: kūdikis maitinamas tik motinos pienu (įskaitant nusitrauktą pieną), mišriu būdu (motinos pienu ir adaptuotu pieno mišiniu

ar kitais skysčiais) arba tik adaptuotu pieno mišiniu ar kitais skysčiais. Šis klausimas buvo analizuojamas kaip atskiras rodiklis, apibūdinantis kūdikio maitinimo praktiką.

Motinos pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį ar kūdikį buvo vertinamas klausimu „Ar jaučiatės užtikrinta / pasitikite savo jėgomis, prižiūrėdama savo naujagimį / kūdikį?“. Respondentės atsakymą pateikė pasirinkdamos vieną iš penkių atsakymo kategorijų nuo „visiškai nepasitikiu“ iki „labai pasitikiu“. Šis klausimas buvo analizuojamas kaip savęs vertinimo rodiklis, apibūdinantis motinos pasitikėjimą savo gebėjimais rūpintis kūdikiu.

2.2.2. Pacienčių patirtys sveikatos priežiūros sistemoje (PREM)

Pacienčių patirtims sveikatos priežiūroje vertinti naudojome tris klausimynus.

Gimdymo patirties vertinimo skalė BSS-R (Peržiūrėta gimdymo pasitenkinimo skalė; *Birth Satisfaction Scale – Revised*) – skirta moters subjektyviai gimdymo patirčiai įvertinti ir apima emocinius, kontrolės bei priežiūros kokybės aspektus.

Klausimą sudaro 10 teiginių, suskirstytų į tris subskales, atspindinčias skirtingas gimdymo patirties dimensijas:

1. gimdymo priežiūros kokybė,
2. asmeninė kontrolė gimdymo metu,
3. stresas ir emocinis diskomfortas gimdymo metu.

Teiginiai vertinami 5 balų Likerto tipo skalėje nuo 0 – „visiškai nesutinku“ iki 4 – „visiškai sutinku“. Neigiama kryptimi suformuluoti teiginiai koduojami atvirkštine tvarka, laikantis standartizuotos instrumento vertinimo metodikos. Bendras skalės balas apskaičiuojamas sudedant visų 10 teiginių įverčius; galimas balų intervalas – nuo 0 iki 40. Aukštesnis bendras balas rodo pozityvesnę gimdymo patirtį. Be bendro balo, gali būti analizuojami ir atskirų subskalių balai, leidžiantys detaliau įvertinti skirtingas gimdymo patirties dimensijas.

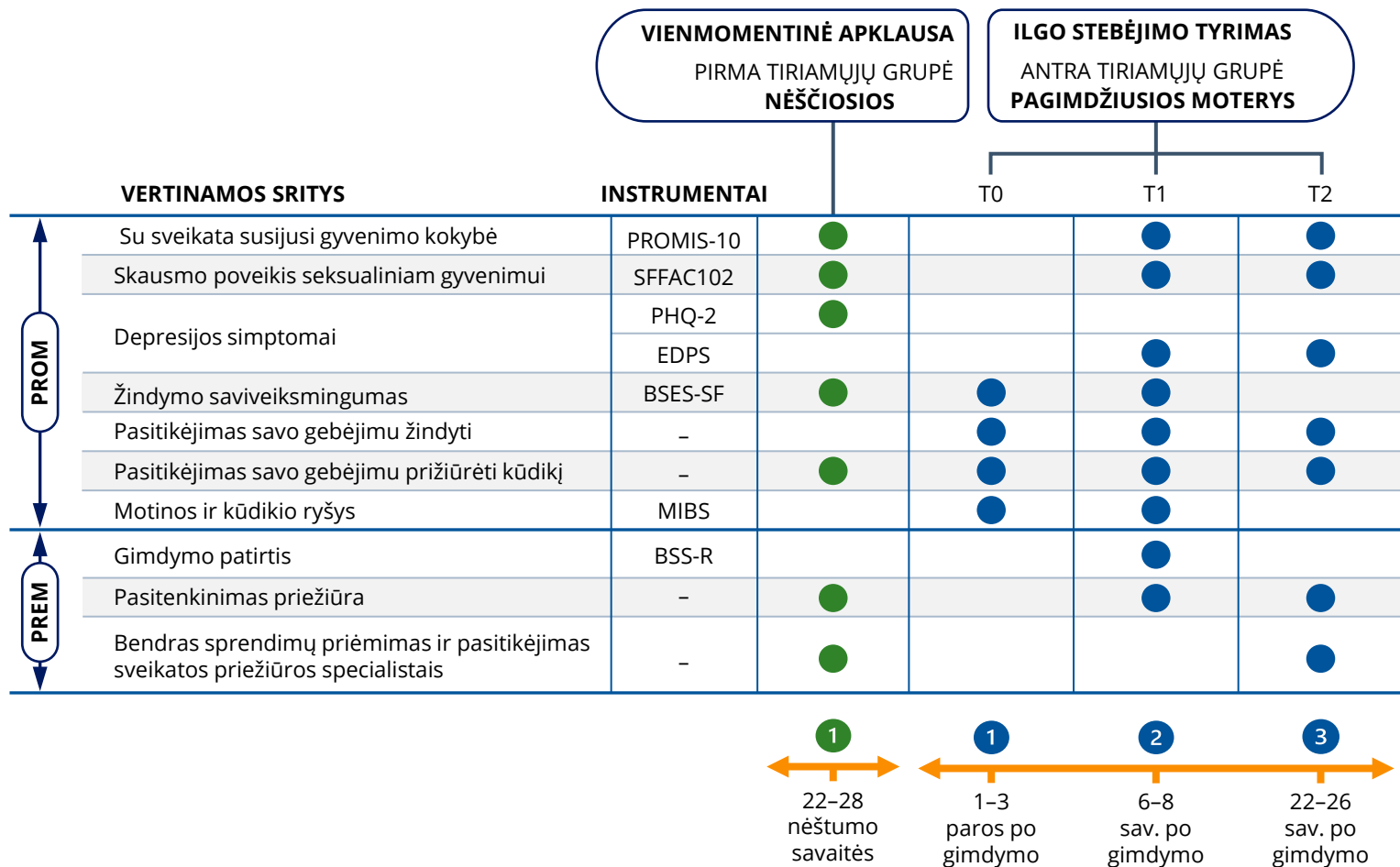
Pasitenkinimo suteikta sveikatos priežiūra vertinimas buvo vertinamas klausimu „Ar esate patenkinta Jūsų priežiūra?“. Respondentės atsakymą pateikė pasirinkdamos vieną iš penkių atsakymo kategorijų nuo „labai nepatenkinta“ iki „labai patenkinta“. Šis klausimas buvo analizuojamas kaip pacienčių pateiktas patirties rodiklis, apibūdinantis moters bendrą pasitenkinimą suteikta sveikatos priežiūra.

Informacijos suteikimo ir išitraukimo į sprendimų priėmimą vertinimas buvo vertinami naudojant keturis savęs vertinimo klausimus. Šie klausimai apėmė informacijos suteikimą apie gydymo įstaigas ir ją prižiūrin-

čio specialisto pasirinkimo galimybes, pakankamos informacijos suteikimą sprendimams priimti, informacijos suteikimą laiku bei pasitikėjimą sveikatos priežiūros specialistais. Respondentės atsakymus pateikė pasirinkdamos vieną iš trijų atsakymo kategorijų: „ne“, „iš dalies“ arba „taip“. Šie klausimai buvo analizuojami kaip pacienčių pateiktos patirties rodikliai, apibūdinantys informacijos prieinamumą ir moters įsitraukimą į sprendimų priėmimą sveikatos priežiūros procese.

2.3. Tyrimo duomenų rinkimas

Duomenys buvo renkami naudojant struktūrizuotus savipildos klausimynus, sudarytus iš socialinių ir demografinių klausimų, bei PROM ir PREM instrumentų. Tyrimo metu taikytų instrumentų ir jų pateikimo skirtingais tyrimo laikotarpiais struktūra pateikiama 2.3.1 pav.



2.3.1 pav. PROM ir PREM rodiklių vertinimo sritys, taikyti instrumentai ir duomenų rinkimo laikotarpiai tyrime

Tyrimas vyko dviem etapais ir buvo sudarytas iš dviejų skirtingų tiriamųjų grupių.

Pirmajame etape dalyvavo nėščiosios moterys ir buvo atliekama vienmomentinė apklausa. Tyrimo tikslas šiame etape buvo įvertinti pacienčių pateiktas sveikatos baigtis ir patirtį nėštumo metu, atsižvelgiant į taikomą nėštumo priežiūros modelį.

Duomenų rinkimas buvo vykdomas dviejose sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose taikomi skirtingi nėštumo priežiūros organizavimo modeliai. Akušerio vadovaujamos priežiūros modelis buvo vertinamas LSMU Kauno klinikose, kur mažos rizikos nėščiosios savarankiškai prižiūrimos akušerių. Šioje įstaigoje dalyvėms klausimynai buvo pateikiami planinių nėštumo priežiūros vizitų metu.

Gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros modelis buvo vertinamas LSMU Kauno ligoninėje, kur mažos rizikos nėščiųjų priežiūra organizuojama gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos komandos principu. Šioje gydymo įstaigoje tyrimo dalyvėms klausimynai taip pat buvo pateikiami ambulatorinių nėštumo priežiūros vizitų metu.

Abiejose gydymo įstaigose dalyvės į tyrimą buvo įtraukiamos 22–28 nėštumo savaitę. Šis nėštumo laikotarpis pasirinktas siekiant užtikrinti pakankamą nėštumo priežiūros patirties sukaupimą ir kartu sumažinti galimą nėštumo baigties įtaką atsakymams. Dalyvėms buvo paaiškinamas tyrimo tikslas, dalyvavimo savanoriškumas, užtikrinamas anonimiškumas ir duomenų konfidencialumas. Sutikus dalyvauti tyrime, respondentės savarankiškai užpildydavo popierinę klausimyno formą, kuri buvo surenkama tyrėjo.

Antrajame etape dalyvavo moterys po gimdymo ir jos buvo apklausiamos tris kartus skirtingais laiko intervalais. Pirmasis duomenų rinkimo etapas (T0) vyko 1–3 parą po gimdymo stacionare. Šiuo laikotarpiu tyrėja tiesiogiai pristatydavo tyrimo tikslą, paaiškindavo dalyvavimo sąlygas ir atsakydavo į dalyvių klausimus. Moterys, sutikusios dalyvauti tyrime, pasirašydavo informuoto asmens sutikimo formą ir užpildydavo pirmąją struktūrizuoto klausimyno dalį. Šiame etape dalyvėms taip pat buvo priskiriamas individualus identifikacinis kodas, leidžiantis susieti skirtinguose tyrimo etapuose surinktus duomenis.

Antrasis duomenų rinkimo etapas (T1) buvo vykdomas 6–8 savaitę po gimdymo, o trečiasis etapas (T2) – 22–26 savaitę po gimdymo. Šiais etapais duomenys buvo renkami nuotoliniu būdu. Tyrimo dalyvėms jų nurodytu elektroninio pašto adresu buvo siunčiama nuoroda į elektroninį klausimyną, parengtą naudojant „Google Forms“ platformą.

Siekiant užtikrinti didesnę atsako dažnį, dalyvėms, kurios per nustatytą laikotarpį neatsakė į klausimyną, buvo siunčiami priminimo laišakai. Apie ga-

limus priminimus dalyvės buvo informuotos iš anksto ir su tokia duomenų rinkimo procedūra sutiko pasirašydamos informuoto sutikimo formą.

Elektroninių apklausų administravimas buvo vykdomas laikantis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento (BDAR) reikalavimų. Surinkti duomenys buvo anonimizuojami, saugomi ribotos prieigos skaitmeninėje aplinkoje ir naudojami tik mokslinio tyrimo tikslais.

2.4. Tyrimo etika

Tyrimas buvo vykdomas laikantis biomedicininų tyrimų etikos principų ir galiojančių teisinių reikalavimų. Visų tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros įstaigų vadovai raštu sutiko, kad jų vadovaujamose įstaigose būtų atliekamas mokslinis tyrimas.

Tyrimui atlikti buvo gautas Kauno regioninio biomedicininų tyrimų etikos komiteto leidimas (2022 m. kovo 8 d., Nr. BE-2-24) (1 priedas), vėliau, išplėtus tyrimo dizainą, gautas papildomas pritarimas (2022 m. liepos 21 d., Nr. P1-BE-2-24/2022) (2 priedas).

Visos tyrimo dalyvės prieš įtraukiant į tyrimą buvo supažindintos su tyrimo tikslu, duomenų rinkimo procedūra, dalyvavimo savanoriškumu ir galimybe bet kuriuo metu atsisakyti dalyvauti tyrime nepateikiant priežasčių. Tyrimo dalyvės pasirašė informuoto asmens sutikimo formą. Tyrimo metu buvo užtikrintas dalyvių anonimiškumas ir surinktų duomenų konfidencialumas.

2.5. Duomenų analizės metodai

Statistinė tyrimo duomenų analizė atlikta SPSS 31.0 (angl. *Statistical Package for the Social Sciences*) programa. Norėdami nustatyti anketose naudotų skalių vidinius patikimumus skaičiavome Cronbacho alfa. Remiantis S. Hendedel (2004), skalė yra laikoma patikima, kai kriterijaus reikšmė didesnė nei 0,7. Nagrinėjamų požymių pasiskirstymui pasirinktoje imtyje įvertinti taikyta aprašomoji duomenų statistika – absoliutūs (n) ir procentiniai dažniai (proc.), kiekybiniam kintamiesiems skaičiuoti vidurkiai (vid.) su standartiniu nuokrypiu (SN), nurodoma mažiausia (min) ir didžiausia reikšmės (max). Buvo taikomas Kolmogorovo ir Smirnovo kriterijus (angl. *Kolmogorov-Smirnov test*), norint patikrinti, ar kiekybinių kintamųjų skirstinys populiacijoje yra normalusis.

Dviejų nepriklausomų imčių kiekybinių kintamųjų, kurių skirstinys netenkina normalumo prielaidos, skirstiniai lyginti Mano ir Vitnio kriterijumi (angl. *Mann Whitney test*). Dviejų nepriklausomų imčių kiekybinių kintamųjų vidurkiai, atsižvelgiant į kovariatą, lyginti ANCOVA testu. Dviejų priklausomų imčių kiekybinių kintamųjų, kurių skirstinys netenkina normalumo

prielaidos, skirstiniai lyginti Wilcoxon testu. Trijų ir daugiau priklausomų imčių kiekybinių kintamųjų, kurių skirstinys netenkinio normalumo prielaidos, skirstiniai lyginti Friedmano testu. Dviejų priklausomų imčių dichotominių kintamųjų pokytis vertintas McNemar testu.

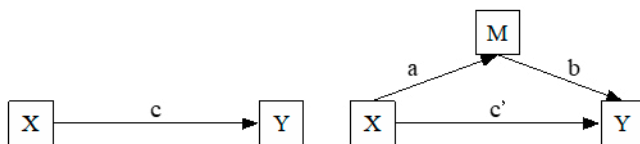
Požymių ryšiams vertinti sudarytos susijusių požymių lentelės, požymių priklausomybei nustatyti skaičiuotas chi-kvadrato (χ^2) kriterijus. Proporcijų lygybei vertinti skaičiuotas z kriterijus su Bonferroni korekcija.

Požymių ryšio stiprumui vertinti skaičiuotas neparаметrinis Spearman koreliacijos koeficientas (r). Jei $0 < |r| \leq 0,3$, dydžiai silpnai priklausomi, jei $0,3 < |r| \leq 0,8$, vidutiniškai priklausomi, jei $0,8 < |r| \leq 1$, stipriai priklausomi. Dviejų koreliacijos koeficientų lygybė analizuota apskaičiuojant Fišerio z-statistiką.

Tyrimo taikytas statistinio reikšmingumo lygmuo buvo $\alpha = 0,05$. Rezultatai pateikiami diagramose ir lentelėse.

Mediacinių ryšių analizė buvo atlikta naudojant PROCESS makrokomandą (version 5.0 by Andrew F. Hayes), skirtą IBM SPSS Statistics statistiniam paketui. Ši analizė buvo taikoma siekiant įvertinti galimus netiesioginius ryšius tarp tyrimo kintamųjų atskiruose duomenų rinkimo laikotarpiuose (nėštumo metu bei pogimdyminiu laikotarpiu T0, T1 ir T2 etapuose). Analizėje buvo taikomas paprastosios mediacijos modelis (Model 4), kuriame nepriklausomas kintamasis (X) daro poveikį priklausomam kintamajam (Y) tiek tiesiogiai, tiek netiesiogiai per mediatorių (M). Mediacijos analizė buvo taikoma siekiant įvertinti, ar pranešamos sveikatos baigtys gali veikti kaip tarpiniai veiksniai ryšyje tarp pranešamų sveikatos patirčių ir vėlesnių sveikatos rodiklių.

Tikrinant hipotezes apie kintamųjų tarpusavio ryšius buvo vadovautasi analizės schema, pateikta 10 paveiksle. Daroma prielaida, kad nepriklausomas kintamasis X daro tiek tiesioginį, tiek netiesioginį poveikį priklausomam kintamajam Y per tarpinį (medijuojantį) kintamąjį M (2.5.1 pav.).



2.5.1 pav. Mediacijos schema

Apskaičiuoti tiesioginis, netiesioginis ir bendras efektai. Mediacijos efektas laikytas statistiškai reikšmingu kai pasikliautinis intervalas (PI) neapėmė 0.

Kadangi pogimdyminio laikotarpio duomenys buvo renkami pakartotiniais matavimais, statistinė analizė buvo orientuota į kintamųjų tarpusavio

ryšių ir jų pokyčių vertinimą skirtingais tyrimo laikotarpiais. Ilgalaikiai ryšiai tarp kintamųjų buvo analizuojami taikant struktūrinių lygčių modeliavimą (angl. *Structural Equation Modelling, SEM*), leidžiantį vienu metu įvertinti tiek tiesioginius, tiek netiesioginius ryšius tarp kelių kintamųjų bei jų prognozinę reikšmę vėlesniuose matavimo etapuose. Modeliuose buvo vertinami šie kintamieji: motinos ir kūdikio ryšys, žindymo saviveiksmingumas, kūdikio maitinimo būdas, depresijos simptomai ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Į modelius buvo įtraukti tiek ankstesnių matavimų (T0 ir T1) kintamieji, tiek galutiniai tyrimo rodikliai T2 matavimo metu.

Struktūrinių modelių tinkamumas buvo vertinamas naudojant kelis dažniausiai taikomus modelio tinkamumo rodiklius: χ^2 (chi kvadrato kriterijų), RMSEA (angl. *Root Mean Square Error of Approximation*), SRMR (angl. *Standardized Root Mean Square Residual*), CFI (angl. *Comparative Fit Index*) ir TLI (angl. *Tucker–Lewis Index*). Modelis buvo laikomas tinkamu, kai RMSEA ir SRMR reikšmės buvo mažesnės nei 0,08, o CFI ir TLI – didesnės nei 0,90.

Modelių kelių koeficientai pateikiami kaip standartizuoti regresijos koeficientai (β). Statistinis reikšmingumas buvo vertinamas naudojant z kriterijų, o statistiškai reikšmingais laikyti rezultatai, kai $p < 0,05$.

2.6. Tyrime dalyvavusių respondenčių socialinės ir demografinės charakteristikos

Tiriamųjų nėščiųjų socialinės ir demografinės charakteristikos pagal nėštumo priežiūrą teikiančią specialistą pateiktos 2.6.1 lentelėje. Didžiausią imties dalį sudarė aukštąjį universitetinį ir neuniversitetinį išsilavinimą turinčios moterys, pagal šeimines padėtis, didžioji dalis moterų buvo ištekėjusios. Vertinant buvusius gimdymus, daugiau nei pusė tiriamųjų buvo pirmakartės.

2.6.1 lentelė. Nėščiujų socialinės ir demografinės charakteristikos pagal teikiamos priežiūros modelį (N = 290)

Moterų charakteristikos	Priežiūros modelis		Bendras (N = 290)
	Akušeris (n = 92)	Gydytojas akušeris- ginekologas (n = 198)	
	n (proc.)		
Amžius vid. (SN)	30,21 (4,6)	29,99 (4,2)	30,06 (4,3)
Išsilavinimas			
Pagrindinis / vidurinis / profesinis	16 (17,4)	32 (16,2)	48 (16,6)
Aukštasis neuniversitetinis	34 (37,0)	76 (38,4)	110 (37,9)
Aukštasis universitetinis	42 (45,7)	90 (45,5)	132 (45,5)
Šeiminė padėtis			
Ištekėjusios	73 (79,3)	153 (77,3)	226 (77,9)
Gyvenančios su partneriu	17 (18,5)	42 (21,2)	59 (20,3)
Vienišos / išsiskyrusios	2 (2,2)	3 (1,5)	5 (1,7)
Buvę gimdymai			
Negimdžiusios	60 (65,2)	111 (56,1)	171 (59,0)
Gimdžiusios	32 (34,8)	87 (43,9)	119 (41,0)

Vid.– vidurkis; SN– standartinis nuokrypis.

Pagimdžiusių moterų socialinės ir demografinės charakteristikos pagal gimdymą priėmusį specialistą pateiktos 2.6.2 lentelėje.

2.6.2 lentelė. Pagimdžiusių moterų socialinės ir demografinės charakteristikos pagal teikiamos priežiūros modelį (N = 349)

Moterų charakteristikos	Priežiūros modelis		Bendras (N = 349)
	Akušeris (n = 169)	Gydytojas akušeris- ginekologas (n = 180)	
	n (proc.)		
Amžius vid. (SN)	30,57 (5,2)	30,64 (4,2)	30,61 (4,7)
Išsilavinimas			
Pagrindinis / vidurinis / profesinis	57 (33,7)	36 (20,0)	93 (26,6)
Aukštasis neuniversitetinis	81 (47,9)	108 (60,0)	67 (19,2)
Aukštasis universitetinis	31 (18,3)	36 (20,0)	189 (54,2)
Šeiminė padėtis			
Ištekėjusios	131 (77,5)	148 (82,2)	279 (79,9)
Gyvenančios su partneriu	35 (20,7)	30 (16,7)	65 (18,6)
Vienišos / išsiskyrusios	3 (1,8)	2 (1,1)	5 (1,5)
Buvę gimdymai			
Negimdžiusios	84 (49,7)	85 (47,2)	169 (48,4)
Gimdžiusios	85 (50,3)	95 (52,8)	180 (51,6)

Vid.– vidurkis; SN– standartinis nuokrypis.

Tiriamųjų amžiaus vidurkis buvo apie 30 metų. Pagal išsilavinimą, didžiausią imties dalį sudarė aukštąjį išsilavinimą turinčios moterys, dauguma moterų buvo ištekėjusios. Vertinant buvusius gimdymus, imtis pasiskirstė beveik tolygiai tarp negimdžiusių ir gimdžiusių moterų.

3. REZULTATAI

3.1. PROM ir PREM rodiklių vertinimas nėštumo laikotarpiu priklausomai nuo priežiūros modelio

3.1.1. PROM rodiklių vertinimas priklausomai nuo priežiūros modelio

Nėštumo laikotarpiu vertintų sveikatos baigčių rodiklių analizė apėmė fizinės ir psichinės sveikatos, motinos saviveiksmingumo ir pasitikėjimo savo gebėjimais rūpintis naujagimiu vertinimą. Šie rodikliai pasirinkti siekiant išsamiai įvertinti nėščiujų subjektyviai suvokiamą sveikatos būklę ir pasirengimą kūdikio priežiūrai bei nustatyti galimus skirtumus tarp skirtingų nėštumo priežiūros modelių.

Siekiant įvertinti nėščiųjų fizinę ir psichinę sveikatą, buvo taikytas PROMIS Global-10 klausimynas, leidžiantis įvertinti su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Nustatyta, kad tiriamųjų fizinės ir psichinės sveikatos įverčiai buvo artimi skalės vidurkiui ($T = 50$), o tai rodo, kad bendra sveikatos būklė buvo vertinama gerai. Analizuojant šių įverčių pasiskirstymą pagal nėštumo priežiūros modelį, statistiškai reikšmingų fizinės ir psichinės sveikatos skirtumų tarp akušerio ir gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros grupių nenustatyta (fizinė sveikata $p = 0,139$; psichinė sveikata $p = 0,786$) (3.1.1.1 lentelė).

3.1.1.1 lentelė. *Nėščiųjų fizinės ir psichinės sveikatos įverčių (PROMIS Global-10) palyginimas priklausomai nuo priežiūros modelio nėštumo metu ($N = 290$)*

Vertinama sritis	Priežiūros modelis		Bendras (N = 290)	p
	Akušeris (n = 92)	Gyd. akušeris-ginekologas (n = 198)		
	Vid. (SN)			
Fizinė sveikata	48,50 (6,2)	49,67 (5,8)	49,30 (6,0)	0,139
Psichinė sveikata	50,81 (6,1)	51,39 (6,6)	51,20 (6,5)	0,786

Lentelėje pateikiami PROMIS Global-10 fizinės ir psichinės sveikatos T balų įverčiai, standartizuoti pagal normatyvinę populiaciją (vidurkis = 50, SN = 10); didesni balai rodo geresnę fizinę ir psichinę sveikatą. Fizinei sveikatai taikytų T balų reikšmės - nuo 29,6 iki 67,7, psichinei sveikatai – nuo 21,2 iki 67,6. Grupių palyginimui taikytas Mann–Whitney U testas.

Analizuotas nėščiųjų pasiskirstymas pagal subjektyvų fizinės ir psichinės sveikatos vertinimą, remiantis nustatytomis PROMIS Global-10 fizinės ir psichinės sveikatos įverčių ribomis. Tiriamosios buvo suskirstytos į subjektyviai

geresnio ir subjektyviai prastesnio fizinės bei psichinės sveikatos vertinimo grupės, o šių kategorijų pasiskirstymas palygintas pagal nėštumo priežiūros modelį. Vertinant kategorinį pasiskirstymą, didžioji dalis tiek akušerio, tiek gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros grupių nėščiųjų savo fizinę (94,5 proc.) ir psichinę (96,2 proc.) sveikatą vertino kaip gerą. Skirtumų tarp grupių nenustatyta (fizinė sveikata $p = 0,610$; psichinė sveikata $p = 0,318$) (3.1.1.2 lentelė).

3.1.1.2 lentelė. Nėščiųjų subjektyvaus fizinės ir psichinės sveikatos vertinimo (PROMIS Global-10) palyginimas priklausomai nuo priežiūros modelio nėštumo metu ($N = 290$)

Vertinama sritis		Priežiūros modelis		Bendras ($N = 290$)	p
		Akušeris ($n = 92$)	Gyd. akušeris- ginekologas ($n = 198$)		
		n (proc.)			
Fizinė sveikata	Subjektyviai geresnis fizinės savijautos vertinimas	86 (93,5)	188 (94,9)	274 (94,5)	0,610
	Subjektyviai prastesnis fizinės sveikatos vertinimas	6 (6,5)	10 (5,1)	16 (5,5)	
Psichinė sveikata	Subjektyviai geresnis psichinės sveikatos vertinimas	87 (94,6)	192 (97,0)	279 (96,2)	0,318
	Subjektyviai prastesnis psichinės sveikatos vertinimas	5 (5,4)	6 (3,0)	11 (3,8)	

Subjektyviai prastesnis fizinės sveikatos vertinimas nustatytas, kai PROMIS Global-10 fizinės sveikatos įvertis buvo < 42 , o subjektyviai geresnis fizinės sveikatos vertinimas – kai įvertis buvo ≥ 42 . Subjektyviai prastesnis psichinės sveikatos vertinimas nustatytas, kai PROMIS Global-10 psichinės sveikatos įvertis buvo < 40 , o subjektyviai geresnis psichinės sveikatos vertinimas – kai įvertis buvo ≥ 40 . Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Nėštumo laikotarpiu nėščiųjų depresijos simptomai buvo vertinti naudojant PHQ-2 skalę. Depresijos simptomų raiška bendroje imtyje buvo nedidelė – vidutinis PHQ-2 įvertis siekė 1,13 (SN = 1,1) balo iš 6 galimų. Nėščiųjų, kurių nėštumą prižiūrėjo akušeris, grupėje vidutinis depresijos simptomų įvertis buvo šiek tiek aukštesnis nei nėščiųjų, kurių nėštumą prižiūrėjo gydytojas akušeris-ginekologas, grupėje, tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų pagal nėštumo priežiūros modelį nenustatyta ($p = 0,116$) (3.1.1.3 lentelė).

3.1.1.3 lentelė. Nėščiujų depresijos simptomų (PHQ-2) įverčių palyginimas priklausomai nuo priežiūros modelio nėštumo metu (N = 290)

Vertinama sritis	Priežiūros modelis		Bendras (N = 290)	p
	Akušeris (n = 92)	Gyd. akušeris-ginekologas (n = 198)		
	Vid. (SN)			
Depresijos simptomų įvertis	1,30 (1,2)	1,05 (1,0)	1,13 (1,1)	0,116

Lentelėje pateikiami PHQ-2 įverčiai; didesni balai rodo labiau išreikštus depresijos simptomus, o balas ≥ 3 – padidėjusią depresijos riziką. Grupių palyginimui taikytas Mann–Whitney U testas.

Analizuotas nėščiųjų pasiskirstymas pagal PHQ-2 ribinę vertę, taikomą padidėjusiai depresijos simptomų rizikai nustatyti. Tiriamosios buvo suskirstytos į padidėjusios ir nepadidėjusios depresijos simptomų rizikos grupes, o šių grupių pasiskirstymas palygintas pagal nėštumo priežiūros modelį. Nustatyta, kad didžiajai daliai nėščiųjų (92,8 proc.) nebuvo nustatyta padidėjusi depresijos simptomų rizika, ir šis rodiklis tarp priežiūros modelių nesiskyrė ($p = 0,747$) (3.1.1.4 lentelė).

3.1.1.4 lentelė. Nėščiujų pasiskirstymas pagal depresijos simptomų riziką (PHQ-2) ir palyginimas priklausomai nuo priežiūros modelio nėštumo metu (N = 290)

Vertinama sritis		Priežiūros modelis		Bendras (N = 290)	p
		Akušeris (n = 92)	Gyd. akušeris-ginekologas (n = 198)		
		n (proc.)			
Depresijos simptomų įvertis	Padidėjusi depresijos simptomų rizika	6 (6,5)	15 (7,6)	21 (7,2)	0,747
	Nepadidėjusi depresijos simptomų rizika	86 (93,5)	183 (92,4)	269 (92,8)	

PHQ-2 įvertis ≥ 3 buvo laikytas padidėjusios depresijos simptomų rizikos riba, o įvertis < 3 – nepadidėjusios depresijos rizikos rodikliu. Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui nėštumo metu buvo nedidelis – daugiau nei pusė tiriamųjų (63,4 proc.) nurodė, kad skausmas neturi jokio poveikio. Šio rodiklio pasiskirstymas tarp priežiūros modelių taip pat nesiskyrė ($p = 0,966$) (3.1.1.5 lentelė).

3.1.1.5 lentelė. Nėščiujų pasiskirstymas pagal skausmo poveikį seksualiniam gyvenimui priklausomai nuo priežiūros modelio nėštumo metu (N = 290)

Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui	Priežiūros modelis		Bendras (N = 290)	p
	Akušeris (n = 92)	Gyd. akušeris-ginekologas (n = 198)		
n (proc.)				
Labai stiprus	1 (1,1)	1 (0,5)	2 (0,7)	0,966
Stiprus	4 (4,3)	7 (3,5)	11 (3,8)	
Vidutinis	13 (14,1)	26 (13,1)	39 (13,4)	
Mažas	16 (17,4)	38 (19,2)	54 (18,6)	
Visiškai jokio	58 (63,0)	126 (63,6)	184 (63,4)	

Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Tyrime analizuoti su žindymu susiję aspektai. Nustatyta, kad beveik visos respondentės planavo žindyti kūdikį (97,2 proc.).

Daugiau nei pusė nėščiųjų pasitikėjo savo gebėjimu žindyti (58,3 proc. pasitikėjo arba labai pasitikėjo), o mažesnė dalis nurodė nepasitikinčios. Šio rodiklio pasiskirstymas tarp priežiūros modelių statistiškai reikšmingai nesiskyrė (p = 0,288) (3.1.1.6 lentelė).

3.1.1.6 lentelė. Nėščiujų pasitikėjimo gebėjimu žindyti palyginimas priklausomai nuo priežiūros modelio nėštumo metu (N = 290)

Pasitikėjimas savo gebėjimu žindyti	Priežiūros modelis		Bendras (N = 290)	p
	Akušeris (n = 92)	Gyd. akušeris-ginekologas (n = 198)		
n (proc.)				
Visiškai nepasitiki	3 (3,3)	13 (6,6)	16 (5,5)	0,288
Nepasitiki	10 (10,9)	13 (6,6)	23 (7,9)	
Šiek tiek pasitiki	31 (33,7)	51 (25,8)	82 (28,3)	
Pasitiki	39 (42,4)	97 (49,0)	136 (46,9)	
Labai pasitiki	9 (9,8)	24 (12,1)	33 (11,4)	

Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Siekiant išsamiau įvertinti nėščiųjų gebėjimus žindyti, papildomai analizuotas žindymo saviveiksmingumas, naudojant BSES-SF skalę. Analizė parodė, kad respondentės labiau pasitikėjo bendraisiais gebėjimo žindyti aspektais, ypač savo galimybėmis prisitaikyti prie žindymo proceso, tenkinti kūdikio žindymo poreikį ir žindyti kūdikį kiekvieno maitinimo metu. Mažesni įverčiai buvo nustatyti teiginiams, susijusiems su sudėtingesnėmis ar daugiau praktinio užtikrintumo reikalaujančiomis situacijomis, tokiomis kaip išimtinis žindymas nenaudojant pieno mišinio kaip alternatyvos, kūdikio gautamo pieno pakankamumo vertinimas ir gebėjimas sėkmingai žindyti kūdi-

kiui verkiant. Bendras BSES-SF skalės balas 49,06. Lyginant atskirų teiginių įverčius ir bendrą skalės balą pagal nėštumo priežiūros modelį, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (3.1.1.7 lentelė).

3.1.1.7 lentelė. Nėščiųjų žindymo saviveiksmingumo (BSES-SF) palyginimas priklausomai nuo priežiūros modelio nėštumo metu (N = 290)

Teiginys	Priežiūros modelis		Bendras (N = 290)	p
	Akušeris (n = 92)	Gyd. akušeris- ginekologas (n = 198)		
	Vid. (SN)			
Tai, kad žindymas gali užtrukti, man nesukels problemų	3,87 (0,9)	3,93 (1,0)	3,91 (1,0)	0,390
Aš visada patenkiniu kūdikio žindymo poreikį	3,73 (0,8)	3,77 (0,9)	3,76 (0,9)	0,615
Aš gebėsiu žindyti savo kūdikį kiekvieno maitinimo metu	3,70 (0,8)	3,63 (0,9)	3,65 (0,9)	0,685
Aš visada išlaikysiu motyvaciją žindyti	3,66 (0,9)	3,61 (1,0)	3,62 (0,9)	0,656
Visada pirmiausia pabaigsiu žindyti iš vienos krūties, prieš pereinant prie kitos krūties	3,60 (0,8)	3,61 (0,9)	3,60 (0,9)	0,819
Žindydama prie šeimos narių jausiuosi patogiai	3,60 (1,1)	3,59 (1,1)	3,59 (1,1)	0,865
Aš visada galėsiu suprasti, kada mano kūdikis baigs žįsti	3,62 (0,8)	3,53 (0,9)	3,56 (0,9)	0,542
Gebėsiu žindyti taip, kad rezultatas mane tenkintų	3,53 (0,8)	3,53 (0,9)	3,53 (0,9)	0,856
Aš visada liksiu patenkinta savo žindymo patirtimi	3,41 (0,9)	3,53 (1,0)	3,49 (1,0)	0,393
Aš visada sėkmingai susidorosiu su žindymu, kaip ir su kitomis sudėtingomis užduotimis	3,36 (0,9)	3,41 (0,9)	3,40 (0,9)	0,453
Aš visada galėsiu užtikrinti, kad mano kūdikis žindymo metu tinkamai apžios krūtį	3,37 (0,9)	3,32 (0,9)	3,34 (0,9)	0,698
Aš visada galėsiu suprasti, ar mano kūdikis gauna pakankamai pieno	3,28 (0,8)	3,36 (0,9)	3,33 (0,9)	0,266
Aš visada gebėsiu sėkmingai žindyti, net kai mano kūdikis verks	3,20 (0,9)	3,18 (0,9)	3,19 (0,9)	0,975
Aš išimtinai žindysiu savo kūdikį nenaudodama pieno mišinio kaip alternatyvos	3,22 (1,1)	3,10 (1,1)	3,13 (1,1)	0,383
Bendras skalės balas	49,14 (9,0)	49,02 (10,4)	49,06 (10,0)	0,803

Didesni teiginių balai reiškia labiau išreikštą pritarimą teiginiui, o didesnis bendras skalės balas – aukštesnį žindymo saviveiksmingumą. Grupių palyginimui taikytas Mann–Whitney U testas.

Siekiant įvertinti žindymo saviveiksmingumo pasiskirstymą, tiriamosios suskirstytos pagal ribinę reikšmę. Pagal bendrą BSES-SF skalės įvertį nustatyta, kad tiriamųjų pasiskirstymas tarp žemesnio ir aukštesnio žindymo saviveiksmingumo buvo vienodas – po 50,0 proc. abiejose grupėse. Lyginant pagal nėštumo priežiūros modelį statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (3.1.1.8 lentelė).

3.1.1.8 lentelė. Nėščiųjų žindymo saviveiksmingumo lygio (BSES-SF) palyginimas priklausomai nuo priežiūros modelio nėštumo metu ($N = 290$)

Vertinama sritis		Priežiūros modelis		Bendras ($N = 290$)	p
		Akušėris ($n = 92$)	Gyd. akušėris- ginekologas ($n = 198$)		
		n (proc.)			
Žindymo saviveiks- mingumas	Žemesnis saviveiksmingumas	45 (48,9)	100 (50,5)	145 (50,0)	0,801
	Aukštesnis saviveiksmingumas	47 (51,1)	98 (49,5)	145 (50,0)	

BSES-SF įverčiai svyruoja nuo 14 iki 70 balų; didesni balai rodo aukštesnį žindymo saviveiksmingumą. Rezultatų interpretacijai taikyta 50 balų ribinė reikšmė: < 50 – žemesnis, ≥ 50 – aukštesnis žindymo saviveiksmingumas. Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Siekiant įvertinti nėščiųjų pasitikėjimą savo gebėjimais ir saviveiksmingumą, buvo vertinamas jų pasitikėjimas gebėjimu rūpintis gimstančiu naujagimi. Nustatyta, kad didžioji dalis nėščiųjų (78,9 proc.) pasitikėjo arba labai pasitikėjo savo gebėjimais. Šis rodiklis tarp priežiūros modelių taip pat nesiskyrė ($p = 0,631$) (3.1.1.9 lentelė).

3.1.1.9 lentelė. Nėščiųjų pasitikėjimo gebėjimu rūpintis gimstančiu naujagimi palyginimas priklausomai nuo priežiūros modelio nėštumo metu ($N = 290$)

Pasitikėjimas savo gebėjimu rūpintis kūdikiu	Priežiūros modelis		Bendras ($N = 290$)	p
	Akušėris ($n = 92$)	Gyd. akušėris- ginekologas ($n = 198$)		
		n (proc.)		
Visiškai nepasitiki	1 (1,1)	2 (1,0)	3 (1,0)	0,631
Nepasitiki	5 (5,4)	6 (3,0)	11 (3,8)	
Šiek tiek pasitiki	18 (19,6)	29 (14,6)	47 (16,2)	
Pasitiki	52 (56,5)	118 (59,6)	170 (58,6)	
Labai pasitiki	16 (17,4)	43 (21,7)	59 (20,3)	

Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Apibendrinant rezultatus galima teigti, kad nėštumo metu nėščiųjų fizinės ir psichinės sveikatos būklė buvo gera, depresijos simptomų raiška – nedidelė, o skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui – minimalus. Dauguma nėščiųjų pasitikėjo savo gebėjimu žindyti ir rūpintis kūdikiu, o žindymo saviveiksmingumo įverčiai buvo artimi nustatyta ribinei reikšmei, tiriamųjų pasiskirstymas tarp žemesnio ir aukštesnio saviveiksmingumo grupių buvo tolygus. Nei vienas iš analizuotų PROM rodiklių statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp nėštumo priežiūros modelių.

3.1.2. PREM rodiklių vertinimas priklausomai nuo priežiūros modelio

Nėštumo laikotarpiu buvo vertinti nėščiųjų patirties sveikatos priežiūros sistemoje (PREM) rodikliai, apimantys pasitenkinimą priežiūra, informacijos pakankamumą ir savalaikiškumą, galimybę pasirinkti specialistą bei pasitikėjimą sveikatos priežiūros specialistais.

Nustatyta, kad didžioji dalis nėščiųjų buvo patenkintos arba labai patenkintos suteikta priežiūra – 88,9 proc. Lyginant pasitenkinimą priklausomai nuo nėštumo priežiūros modelio, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($p = 0,075$) (3.1.2.1 lentelė).

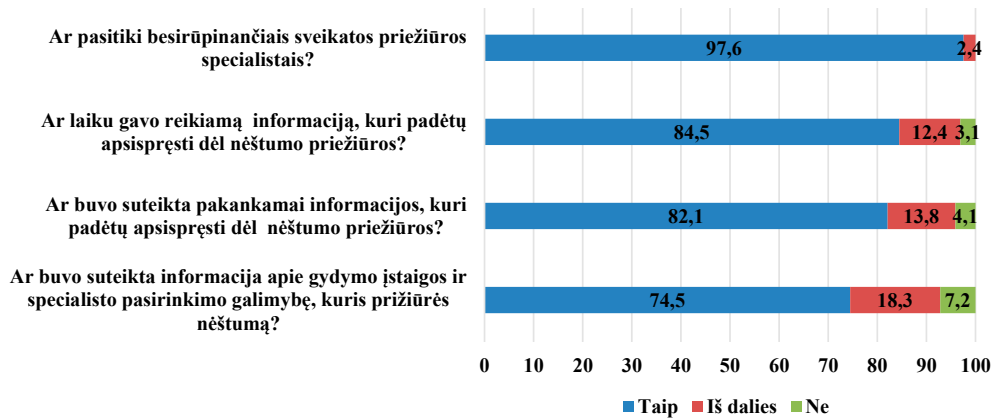
3.1.2.1 lentelė. Nėščiųjų pasitenkinimo nėštumo priežiūra palyginimas priklausomai nuo priežiūros modelio nėštumo metu ($N = 290$)

Pasitenkinimas priežiūra nėštumo metu	Priežiūros modelis		Bendras ($N = 290$)	p
	Akušeris ($n = 92$)	Gyd. akušeris- ginekologas ($n = 198$)		
	n (proc.)			
Labai nepatenkintos	9 (9,8)	17 (8,6)	26 (9,0)	0,075
Nepatenkintos	1 (1,1)	1 (0,5)	2 (0,7)	
Nei patenkintos, nei nepatenkintos	1 (1,1)	3 (1,5)	4 (1,4)	
Patenkintos	39 (42,4)	53 (26,8)	92 (31,7)	
Labai patenkintos	42 (45,7)	124 (62,6)	166 (57,2)	

Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Moterų įtraukimas į sprendimų priėmimą nėštumo priežiūros procese vertintas analizuojant informacijos apie nėštumo priežiūrą suteikimą ir pasitikėjimą nėštumo priežiūrą teikusiais sveikatos priežiūros specialistais. Nustatyta, kad nėščiosios dažniausiai nurodė gavusios pakankamą informaciją, padėjusią apsispręsti dėl nėštumo priežiūros (82,1 proc.), bei kad reikalinga informacija buvo suteikta laiku (84,5 proc.). Taip pat dauguma nurodė, kad joms buvo suteikta informacija apie gydymo įstaigos ir specialisto pasirinkimo ga-

limybę (74,5 proc.). Pasitikėjimas nėštumo priežiūros specialistais buvo itin aukštas – 97,6 proc. nėščiųjų nurodė jais pasitikėjusios (3.1.2.1 pav.).



Nėščiųjų pasiskirstymas pagal gautą informaciją apie nėštumo priežiūrą (proc.)

3.1.2.1 pav. Nėščiųjų nuomonė apie informacijos teikimą ir pasitikėjimą nėštumo priežiūrą teikiančiais specialistais (N = 290)

Analizuojant šiuos rodiklius priklausomai nuo nėštumo priežiūros modelio nustatyta, kad abiejose grupėse informacijos suteikimas buvo vertinamas panašiai – dauguma nėščiųjų nurodė gavusios pakankamą ir savalaikę informaciją apie nėštumo priežiūrą bei pasirinkimo galimybes. Taip pat abiejose grupėse išliko aukštas pasitikėjimo nėštumo priežiūros specialistais lygis. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp priežiūros modelių nenustatyta (3.1.2.2 lentelė).

3.1.2.2 lentelė. Nėščiųjų atsakymų apie informacijos teikimą ir pasitikėjimą nėštumo priežiūrą teikiančiais specialistais palyginimas pagal nėštumo priežiūros modelį (N = 290)

Vertinamas aspektas	Priežiūros modelis			P
	Akušeris (n = 92)	Gyd. akušeris-ginekologas (n = 198)		
	n (proc.)			
Buvo suteikta informacija apie gydymo įstaigos ir specialisto pasirinkimo galimybę, kuris prižiūrės nėštumą	Taip	65 (70,7)	151 (76,3)	0,257
	Iš dalies	17 (18,5)	36 (18,2)	
	Ne	10 (10,9)	11 (5,60)	
Buvo suteikta pakankamai informacijos, padedančios apsispręsti dėl nėštumo priežiūros	Taip	70 (76,1)	168 (84,8)	0,194
	Iš dalies	17 (18,5)	23 (11,9)	
	Ne	5 (5,4)	7 (3,5)	
Reikiama informacija, padedanti apsispręsti dėl nėštumo priežiūros, buvo suteikta laiku	Taip	73 (79,3)	172 (86,9)	0,163
	Iš dalies	14 (15,2)	22 (11,1)	
	Ne	5 (5,4)	4 (2,0)	
Pasitikėjo nėštumo priežiūrą teikusiais sveikatos priežiūros specialistais	Taip	89 (96,7)	194 (98,0)	0,522
	Iš dalies	3 (3,3)	4 (2,0)	
	Ne	-	-	

Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Apibendrinant šio skyriaus rezultatus galima teigti, kad nėščiosios teigiamai vertino nėštumo priežiūros patirtį – jos dažniausiai buvo patenkintos priežiūra, jautėsi gavusios pakankamą ir savalaikę informaciją bei pasitikėjo sveikatos priežiūros specialistais. Šie rodikliai pagal nėštumo priežiūros modelį statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

3.2. PROM ir PREM rodiklių vertinimas pogimdyminiu laikotarpiu priklausomai nuo priežiūros modelio

3.2.1. PROM rodiklių palyginimas 1–3 paromis po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio

1–3 paromis po gimdymo buvo vertinti pagimdžiusių moterų PROM rodikliai, apimantys pasitikėjimą savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį, naujagimio maitinimo būdą, žindymo saviveiksmingumą bei motinos emocinį ryšį su naujagimiu. Šių rodiklių analizė leido įvertinti moterų subjektyvią saviveiksmingumo ir emocinės būklės patirtį pogimdyminiu laikotarpiu bei nustatyti galimus skirtumus tarp gimdymo priežiūros modelių.

Vertinant moterų pasitikėjimą savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį nustatyta, kad dauguma moterų šį gebėjimą vertino teigiamai – vyravo pasitikėjimas

ir labai didelis pasitikėjimas. Šio rodiklio pasiskirstymas tarp gimdymo priežiūros modelių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,327$) (3.2.1.1 lentelė).

3.2.1.1 lentelė. *Moteryų pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį 1–3 parą po gimdymo palyginimas priklausomai nuo priežiūros modelio (N = 349)*

Pasitikėjimas savo gebėjimu rūpintis naujagimiu	Priežiūros modelis		Bendras (N = 349)	p
	Akušėris (n = 169)	Gyd. akušėris-ginekologas (n = 180)		
	n (proc.)			
Nepasitiki	2 (1,2)	0	2 (0,6)	0,327
Šiek tiek pasitiki	17 (10,1)	25 (13,9)	42 (12,0)	
Pasitiki	103 (60,9)	110 (31,1)	213 (31,0)	
Labai pasitiki	47 (27,8)	45 (25,0)	92 (26,4)	

Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Analizuojant naujagimio maitinimo būdą nustatyta, kad didžioji dalis moterų naujagimį žindė arba maitino nutrauktu savo pienu (85,7 proc.), o mišriai – tiek savo pienu, tiek adaptuoto pieno mišiniais – 14,3 proc. moterų. Naujagimio maitinimo būdo pasiskirstymas tarp gimdymo priežiūros modelių taip pat statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,327$).

Vertinant žindymo saviveiksmingumą (BSES-SF) nustatyta, kad bendras skalės balas siekė 50,28 iš galimų 70 balų. Šis rodiklis atspindi bendrą moterų pasitikėjimą savo gebėjimu žindyti pogimdyminiu laikotarpiu. Lyginant pagal gimdymo priežiūros modelį, bendras žindymo saviveiksmingumo balas tarp grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p > 0,05$). Analizuojant atskirus skalės teiginius nustatyta, kad aukštesni įverčiai buvo susiję su bendrais žindymo gebėjimais, tokiais kaip motyvacijos išlaikymas, komfortas žindant ir gebėjimas patenkinti naujagimio poreikius, o žemesni – su sudėtingesnėmis situacijomis, pavyzdžiui, žindymu naujagimiui verkiant ar pieno pakankamumo vertinimu. Lyginant žindymo saviveiksmingumą pagal gimdymo priežiūros modelį nustatyta, kad moterys, kurių gimdymą priėmė gydytojas akušėris-ginekologas, statistiškai reikšmingai aukščiau įvertino teiginį apie išimtinį žindymą nenaudojant pieno mišinio kaip alternatyvos ($p = 0,015$), palyginti su moterimis, kurių gimdymą priėmė akušėris. Kitų teiginių įverčiai ir bendras skalės balas tarp grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p > 0,05$) (3.2.1.2 lentelė).

3.2.1.2 lentelė. Žindymo saviveiksmingumo skalės (BSES-SF) teiginių įverčių palyginimas 1–3 parą po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio

Teiginys	Priežiūros modelis		Bendras (N = 349)	p
	Akušeris (n = 169)	Gyd. akušeris- ginekologas (n = 180)		
	Vid. (SN)			
Aš visada išlaikau motyvaciją žindyti	4,00 (0,9)	3,95 (1,0)	3,97 (0,9)	0,940
Žindydama prie šeimos narių jaučiuosi patogiai	3,95 (1,0)	3,89 (1,0)	3,92 (1,0)	0,691
Faktas, kad žindymas užtrunka, man nesukelia problemų	3,92 (0,9)	3,92 (1,0)	3,92 (1,0)	0,804
Aš gebu žindyti savo naujagimį kiekvieno maitinimo metu	3,79 (0,9)	3,78 (1,1)	3,79 (1,0)	0,660
Aš visada patenkinu naujagimio žindymo poreikį	3,69 (1,0)	3,81 (1,0)	3,75 (1,0)	0,207
Visada pirmiausia pabaigiu žindyti iš vienos krūties, prieš pereinant prie kitos krūties	3,69 (1,0)	3,74 (0,9)	3,72 (1,0)	0,695
Aš išimtinai žindau savo naujagimį nenaudodama pieno mišinio, kaip alternatyvos	3,46 (1,3)	3,76 (1,4)*	3,61 (1,4)	0,015
Aš visada galiu suprasti, kada mano naujagimis baigia žįsti	3,59 (1,0)	3,62 (1,0)	3,60 (1,0)	0,776
Gebu žindyti taip, jog rezultatas mane tenkintų	3,51 (1,0)	3,42 (1,0)	3,47 (1,0)	0,505
Aš visada lieku patenkinta savo žindymo patirtimi	3,46 (1,0)	3,34 (1,0)	3,40 (1,0)	0,415
Visada galiu užtikrinti, kad mano naujagimis tinkamai apžiotų krūtį žindymo metu	3,46 (1,0)	3,34 (1,1)	3,40 (1,0)	0,292
Aš visada galiu suprasti ar mano naujagimis gauna pakankamai pieno	3,39 (0,9)	3,28 (0,9)	3,34 (0,9)	0,351
Aš visada sėkmingai susidoroju su žindymu, kaip ir su kitomis sudėtingomis užduotimis	3,26 (0,9)	3,17 (1,0)	3,21 (1,0)	0,456
Aš visada gebu sėkmingai žindyti, net kai mano naujagimis verkia	3,18 (1,0)	3,13 (1,1)	3,16 (1,0)	0,833
Bendras skalės balas	50,38 (9,9)	50,17 (10,4)	50,28 (10,2)	0,869

* p < 0,05, lyginant su akušerio priežiūros modeliu (naudotas Mann-Whitney U testas). Didesni teiginių balai reiškia labiau išreikštą pritarimą teiginiui, o didesnis bendras skalės balas – aukštesnį žindymo saviveiksmingumą.

Analizuotas pagimdžiusių moterų pasiskirstymas pagal žindymo savi-veiksmingumo lygį. Pagal bendrą BSES-SF skalės įvertį nustatyta, kad 55,6 proc. moterų pasižymėjo didesniu žindymo saviveiksmingumu, tačiau šio rodiklio pasiskirstymas tarp gimdymo priežiūros modelių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,526$) (3.2.1.3 lentelė).

3.2.1.3 lentelė. Moterų žindymo saviveiksmingumo lygio (BSES-SF) palyginimas priklausomai nuo priežiūros modelio ($N = 349$)

Vertinama sritis		Priežiūros modelis		Bendras ($N = 349$)	p
		Akušėris ($n = 169$)	Gyd. akušėris- ginekologas ($n = 180$)		
		n (proc.)			
Žindymo savi- veiksmingumas	Žemesnis savi- veiksmingumas	78 (46,2)	77 (42,8)	155 (44,4)	0,526
	Didesnis savi- veiksmingumas	91 (53,8)	103 (57,2)	194 (55,6)	

BSES-SF įverčiai svyruoja nuo 14 iki 70 balų; didesni balai rodo aukštesnį žindymo savi-veiksmingumą. Rezultatų interpretacijai taikyta 50 balų ribinė reikšmė: < 50 – žemesnis, ≥ 50 – didesnis žindymo saviveiksmingumas. Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Vertinant motinos emocinį ryšį su naujagimi (MIBS) nustatyta, kad bendras skalės balas siekė 0,96 rodantis gerą motinos ir naujagimio emocinį ryšį pogimdyminiu laikotarpiu. Lyginant pagal gimdymo priežiūros modelį, bendras MIBS skalės balas tarp grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Analizuojant atskirus skalės teiginius nustatyta, kad dauguma emocijų buvo išreikštos silpnai, o pozityvios emocijos, tokios kaip džiaugsmingumas ir globėjškumas, pasižymėjo aukštesniais įverčiais. Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių nustatytas tik agresyvumo emocijos įverčiui, kuris buvo šiek tiek aukštesnis akušerio priežiūros grupėje ($p = 0,046$). Nepaisant nustatyto skirtumo atskiram teiginiui, bendras MIBS skalės įvertis rodo, kad motinos ir naujagimio emocinis ryšys abiejose grupėse buvo geras (3.2.1.4 lentelė).

3.2.1.4 lentelė. Motinos emocinio ryšio su naujagimiu (MIBS) įverčių palyginimas priklausomai nuo priežiūros modelio (N = 349)

Emocija	Priežiūros modelis		Bendras (N = 349)	p
	Akušeris (n = 169)	Gyd. akušeris-ginekologas (n = 180)		
	Vid. (SN)			
Mylinti	0,08 (0,3)	0,07 (0,3)	0,07 (0,3)	0,332
Pilna apmaudo	0,09 (0,3)	0,06 (0,2)	0,08 (0,3)	0,425
Neutraliai / nieko nejaučianti	0,11 (0,5)	0,07 (0,3)	0,09 (0,4)	0,286
Džiaugsminga	0,32 (0,6)	0,25 (0,5)	0,28 (0,6)	0,297
Negatyvi	0,12 (0,4)	0,05 (0,2)	0,08 (0,3)	0,144
Globėjiška	0,25 (0,5)	0,26 (0,5)	0,26 (0,5)	0,994
Nusivylusi	0,09 (0,3)	0,07 (0,3)	0,08 (0,3)	0,570
Agresyvi	0,04 (0,2)	0,01 (0,1)*	0,02 (0,1)	0,046
Bendras skalės balas:	1,11 (1,9)	0,83 (1,3)	0,96 (1,6)	0,482

*p < 0,05, lyginant su akušerio priežiūros modeliu (naudotas Mann-Whitney U testas). Didesni balai rodo stipriau išreikštą emociją.

Pagal bendrą MIBS skalės įvertį moterys buvo suskirstytos į padidėjusios ir nepadidėjusios motinos ir naujagimio ryšio sunkumų rizikos grupes. Nustatyta, kad didžiajai daliai tiek akušerio (94,1 proc.), tiek gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros grupės (97,8 proc.) moterų padidėjusi ryšio sunkumų rizika nenustatyta. Šio rodiklio pasiskirstymas priklausomai nuo gimdymo priežiūros modelių statistiškai reikšmingai nesiskyrė (p = 0,079) (3.2.1.5 lentelė).

3.2.1.5 lentelė. Motinos ir naujagimio ryšio sunkumų rizikos (MIBS) palyginimas priklausomai nuo priežiūros modelio (N = 349)

Vertinama sritis		Priežiūros modelis		Bendras (N = 349)	p
		Akušeris (n = 169)	Gyd. akušeris-ginekologas (n = 180)		
		n (proc.)			
Motinos ir naujagimio ryšio sunkumų rizika	Nepadidėjusi rizika	159 (94,1)	176 (97,8)	335 (96,0)	0,079
	Padidėjusi rizika	10 (5,9)	4 (2,2)	14 (4,0)	

Didesni MIBS balai rodo didesnius motinos ir naujagimio ryšio sunkumus. MIBS bendras įvertis ≥ 5 balai rodo padidėjusią motinos ir naujagimio ryšio sunkumų riziką. Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad 1–3 paromis po gimdymo moterys pasitikėjo savo gebėjimais prižiūrėti naujagimį, didžioji dalis jų išimtinai žindė, o žindymo saviveiksmingumo ir motinos emocinio ryšio su naujagimiū įverčiai buvo geri. Nors pavieniū rodikliū ar atskirū skalės teiginių įverčiai kai kuriais atvejais skyrėsi, bendri PROM rodikliai tarp gimdymo priežiūros modeliū statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

3.2.2. PROM ir PREM rodikliū palyginimas praėjus 6–8 savaitėms po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modeliū

3.2.2.1. PROM rodikliū palyginimas praėjus 6–8 savaitėms po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modeliū

Praėjus 6–8 savaitėms po gimdymo buvo vertinti moterū PROM rodikliai, apimantys fizinę ir psichinę sveikatą, skausmo poveikį seksualiniam gyvenimui, pasitikėjimą savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį, depresijos simptomus, pogimdyminės depresijos simptomus, motinos emocinį ryšį su kūdikiu, kūdikio maitinimo būdą, pasitikėjimą savo gebėjimu žindyti bei žindymo saviveiksmingumą. Šių rodikliū analizė leido įvertinti moterū subjektyvią sveikatos ir motinystės patirtį bei nustatyti galimus skirtumus tarp gimdymo priežiūros modeliū.

Vertinant moterū fizinę ir psichinę sveikatą 6–8 savaitę po gimdymo nustatyta, kad bendri PROMIS Global-10 įverčiai buvo mažesni už normatyvinį T balū vidurkį (50), rodydami prastesnį subjektyvū sveikatos vertinimą tiriamojoje imtyje. Psichinės sveikatos įverčiai buvo neįymiai aukštesni nei fizinės sveikatos. Lyginant pagal gimdymo priežiūros modelį nustatyta, kad nei fizinės, nei psichinės sveikatos įverčiai tarp grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė (3.2.2.1.1 lentelė).

3.2.2.1.1 lentelė. Moterū fizinės ir psichinės sveikatos įverčių (PROMIS Global-10) palyginimas pagal priežiūros modelį 6–8 savaitę po gimdymo (N = 218)

Vertinama sritis	Priežiūros modelis		Bendras (N = 218)	p
	Akušeris (n = 94)	Gyd. akušeris-ginekologas (n = 124)		
	Vid. (SN)			
Fizinė sveikata	36,04 (4,1)	36,55 (4,1)	36,33 (4,1)	0,582
Psichinė sveikata	36,22 (7,9)	37,30 (8,5)	36,84 (8,2)	0,274

Lentelėje pateikiami PROMIS Global-10 fizinės ir psichinės sveikatos T balū įverčiai. Fiziinei sveikatai taikytū T balū reikšmės galėjo svyruoti nuo 29,6 iki 67,7, psichinei sveikatai – nuo 21,2 iki 67,6; didesni balai rodo geresnę fizinę ir psichinę sveikatą. Palyginimas tarp dviejū grupių (Mann-Whitney U testas).

Vertinant moterų subjektyvų fizinės ir psichinės sveikatos vertinimą nustatyta, kad didžioji dalis tiriamųjų savo fizinę sveikatą vertino kaip prastesnę. Šis pasiskirstymas abiejose gimdymo priežiūros modelių grupėse buvo panašus, o statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($p = 0,563$). Tuo tarpu psichinės sveikatos vertinimas pasiskirstė nevienodai – dalis moterų ją vertino kaip geresnę, tačiau didesnė dalis vis dėlto nurodė prastesnę vertinimą. Lyginant pagal gimdymo priežiūros modelį nustatyta, kad psichinės sveikatos vertinimas tarp grupių statistiškai reikšmingai skyrėsi ($p = 0,033$), o gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros grupėje dažniau buvo nurodomas geresnis psichinės sveikatos vertinimas (3.2.2.1.2 lentelė).

3.2.2.1.2 lentelė. Moterų subjektyvaus fizinės ir psichinės sveikatos vertinimo (PROMIS Global-10) palyginimas pagal priežiūros modelį 6–8 savaitę po gimdymo ($N = 218$)

Vertinama sritis		Priežiūros modelis		Bendras ($N = 218$)	p
		Akušeris ($n = 94$)	Gyd. akušeris- ginekologas ($n = 124$)		
		n (proc.)			
Fizinė sveikata	Subjektyviai geresnis fizinės savijautos vertinimas	7 (7,4)	12 (9,7)	19 (8,7)	0,563
	Subjektyviai prastesnis fizinės sveikatos vertinimas	87 (92,6)	112 (90,3)	199 (91,3)	
Psichinė sveikata	Subjektyviai geresnis psichinės sveikatos vertinimas	27 (28,7)	53 (42,7)*	80 (36,7)	0,033
	Subjektyviai prastesnis psichinės sveikatos vertinimas	67 (71,3)	71 (57,3)	138 (63,3)	

* $p < 0,05$, lyginant su akušerio priežiūros modeliu (naudotas χ^2 testas). Subjektyviai prastesnis fizinės sveikatos vertinimas nustatytas, kai PROMIS Global-10 fizinės sveikatos įvertis buvo < 42 , o subjektyviai geresnis fizinės sveikatos vertinimas – kai įvertis buvo ≥ 42 . Subjektyviai prastesnis psichinės sveikatos vertinimas nustatytas, kai PROMIS Global-10 psichinės sveikatos įvertis buvo < 40 , o subjektyviai geresnis psichinės sveikatos vertinimas – kai įvertis buvo ≥ 40 .

Vertinant skausmo poveikį seksualiniam gyvenimui nustatyta, kad daugiau nei pusė moterų nurodė, jog skausmas jų seksualiniam gyvenimui visiškai neturėjo poveikio (64,2 proc.), o labai stiprų poveikį nurodė 6,9 proc. moterų. Skausmo intensyvumo pasiskirstymas pagal gimdymo priežiūros modelį statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,629$) (3.2.2.1.3 lentelė).

3.2.2.1.3 lentelė. Moterų pasiskirstymas pagal skausmo poveikį seksualiniam gyvenimui 6–8 savaitę po gimdymo pagal priežiūros modelį (N = 218)

Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui	Priežiūros modelis			p
	Akušeris (n = 94)	Gyd. akušeris-ginekologas (n = 124)	Bendras (N = 218)	
	n (proc.)			
Labai stiprus	7 (7,4)	8 (6,5)	15 (6,9)	0,629
Stiprus	6 (6,4)	13 (10,5)	19 (8,7)	
Vidutinis	6 (6,4)	13 (10,5)	19 (8,7)	
Mažas	12 (12,8)	13 (10,5)	25 (11,5)	
Visiškai jokio	63 (67,0)	77 (62,1)	140 (64,2)	

Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Vertinant pogimdyminės depresijos simptomus pagal EPDS skalę 6–8 savaitę po gimdymo nustatyta, kad bendras skalės balas buvo žemas, rodantis nedidelę depresijos simptomų raišką tiriamojoje imtyje. Lyginant pagal gimdymo priežiūros modelį, bendras EPDS skalės balas tarp grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,299$). Analizuojant atskirus skalės teiginius nustatyta, kad didžiausi įverčiai buvo susiję su nerimo ir nepagrįsto susirūpinimo simptomais. Daugumos simptomų įverčiai tarp grupių nesiskyrė, tačiau nustatyti pavieniai statistiškai reikšmingi skirtumai: akušerio priežiūros grupėje labiau išreikštas nerimas ($p < 0,001$), o gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros grupėje – su miego sutrikimais susijęs emocinis diskomfortas ($p = 0,043$). Nepaisant šių pavienių skirtumų, bendras pogimdyminės depresijos simptomų lygis abiejose grupėse išliko panašus ir statistiškai nereikšmingas (3.2.2.1.4 lentelė).

3.2.2.1.4 lentelė. Pogimdyminės depresijos simptomų skalės (EPDS) teiginių įverčių palyginimas pagal priežiūros modelį 6–8 savaitę po gimdymo

Teiginys	Priežiūros modelis		Bendras (N = 218)	p
	Akušeris (n = 94)	Gyd. akušeris-ginekologas (n = 124)		
	Vid. (SN)			
Aš galėjau juoktis ir pastebėti linksmą gyvenimo pusę	0,15 (0,4)	0,16 (0,4)	0,16 (0,4)	0,665
Su malonumu žiūrėjau į gyvenimą	0,23 (0,5)	0,18 (0,4)	0,20 (0,4)	0,333
Aš be reikalo kaltinau save dėl nesėkmių	1,23 (0,9)	1,24 (0,9)	1,24 (0,9)	0,892
Aš be priežasties jaučiausi susirūpinus ar jaudinausi	1,93 (0,7)	1,51 (0,9)*	1,69 (0,8)	<0,001

3.2.2.1.4 lentelės tęsinys

Teiginys	Priežiūros modelis		Bendras (N = 218)	p
	Akušeris (n = 94)	Gyd. akušeris- ginekologas (n = 124)		
	Vid. (SN)			
Aš be priežasties baiminausi ar panikavau	1,30 (1,2)	1,02 (0,8)	1,14 (1,0)	0,111
Aš nebesusitvarkiau su mane užgriuvusiais rūpesčiais	0,72 (0,8)	0,78 (0,7)	0,76 (0,7)	0,309
Aš jaučiausi tokia nelaiminga, kad nebegalėjau miegoti	0,13 (0,4)	0,23 (0,4)*	0,18 (0,4)	0,043
Aš jaučiausi liūdna ar prislėgta	0,50 (0,5)	0,55 (0,5)	0,53 (0,5)	0,508
Jaučiausi tokia nelaiminga, kad apsisiverčiau	0,52 (0,6)	0,53 (0,5)	0,53 (0,5)	0,788
Man kilo minčių apie savęs žalojimąsi	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0
Bendras skalės balas	6,76 (3,2)	6,20 (3,4)	6,44 (3,4)	0,299

*p < 0,05, lyginant su akušerio priežiūros modeliu (naudotas Mann-Whitney U testas). Teiginys vertinamas 0–3 balais. Mažesni balai rodo mažesnę simptomų raišką.

Vertinant pogimdyminės depresijos simptomų pasiskirstymą pagal EPDS kategorijas 6–8 savaitę po gimdymo nustatyta, kad didžioji dalis moterų pasižymėjo nedidele depresijos simptomų raiška. Mažesnė dalis tiriamųjų pateko į galimų depresijos simptomų ar padidėjusios pogimdyminės depresijos rizikos grupes. Lyginant pagal gimdymo priežiūros modelį nustatyta, kad moterų pasiskirstymas tarp šių kategorijų buvo panašus, o statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (p = 0,096) (3.2.2.1.5 lentelė).

3.2.2.1.5 lentelė. Pogimdyminės depresijos simptomų pasiskirstymas pagal EPDS kategorijas 6–8 savaitę po gimdymo, priklausomai nuo priežiūros modelio (N = 290)

EPDS kategorija	Priežiūros modelis		Bendras (N = 218)	p
	Akušeris (n = 94)	Gyd. akušeris- ginekologas (n = 124)		
	n (proc.)			
Nedidelė depresijos simptomų raiška	76 (80,9)	102 (82,3)	178 (81,7)	0,096
Galimi depresijos simptomai	9 (9,6)	18 (14,5)	27 (12,4)	
Padidėjusi pogimdyminės depresijos rizika	9 (9,6)	4 (3,2)	13 (6,0)	

EPDS rezultatų interpretacijai taikyti šie ribiniai balai: 0–9 – nedidelė depresijos simptomų raiška; 10–11 – galimi depresijos simptomai; ≥12 – padidėjusi pogimdyminės depresijos rizika. Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Vertinant motinos emocinį ryšį su kūdikiu 6–8 savaitę po gimdymo nustatyta, kad bendras MIBS skalės balas buvo žemas, rodantis palankų motinos ir kūdikio emocinį ryšį šiame laikotarpyje. Lyginant pagal gimdymo priežiūros modelį, bendras skalės įvertis tarp grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,793$). Analizuojant atskirus skalės teiginius nustatyta, kad labiausiai išreikštos buvo teigiamos emocijos, tokios kaip džiaugsmingumas ir globėjškumas, tuo tarpu neigiamos emocijos buvo silpnai išreikštos, o agresyvumo įverčiai – minimalūs. Lyginant pagal gimdymo priežiūros modelį nustatyta, kad statistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas tik neutralumo emocijos įverčiui, kuris buvo aukštesnis gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros grupėje ($p = 0,041$). Kitų emocijų įverčiai tarp grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė (3.2.2.1.6 lentelė).

3.2.2.1.6 lentelė. Motinos emocinio ryšio su kūdikiu (MIBS) įverčių palyginimas 6–8 savaitę po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio ($N = 218$)

Emocija	Priežiūros modelis		Bendras ($N = 218$)	p
	Akušeris ($n = 94$)	Gyd. akušeris- ginekologas ($n = 124$)		
	Vid. (SN)			
Mylinti	0,04 (0,2)	0,09 (0,4)	0,07 (0,3)	0,627
Pilna apmaudo	0,15 (0,6)	0,21 (0,6)	0,18 (0,6)	0,244
Neutraliai arba nieko nejaučianti	0,06 (0,2)	0,15 (0,4)*	0,11 (0,3)	0,041
Džiaugsminga	0,38 (0,6)	0,42 (0,6)	0,40 (0,6)	0,558
Negatyvi	0,16 (0,4)	0,24 (0,7)	0,21 (0,6)	0,598
Globėjishiška	0,18 (0,5)	0,25 (0,5)	0,22 (0,5)	0,215
Nusivylusi	0,22 (0,4)	0,14 (0,3)	0,17 (0,4)	0,097
Agresyvi	0,06 (0,2)	0,05 (0,2)	0,06 (0,2)	0,621
Bendras skalės balas:	1,27 (1,8)	1,55 (2,3)	1,43 (2,1)	0,793

* $p < 0,05$, lyginant su akušerio priežiūros modeliu (naudotas Mann-Whitney U testas). Didesni balai rodo stipriau išreikštą emociją.

Vertinant motinos ir naujagimio ryšio sunkumų riziką 6–8 savaitę po gimdymo nustatyta, kad didžiajai daliai moterų padidėjusi ryšio sunkumų rizika nenustatyta, o tik nedidelė dalis tiriamųjų pateko į padidėjusios rizikos grupę. Lyginant pagal gimdymo priežiūros modelį nustatyta, kad moterų pasiskirstymas tarp grupių buvo panašus, o statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($p = 0,194$) (3.2.2.1.7 lentelė).

3.2.2.1.7 lentelė. Motinos ir naujagimio ryšio sunkumų rizikos (MIBS) palyginimas 6–8 savaitę po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio (N = 218)

Vertinama sritis		Priežiūros modelis		Bendras (N = 218)	p
		Akušeris (n = 94)	Gyd. akušeris-ginekologas (n = 124)		
		n (proc.)			
Motinos ir naujagimio ryšio sunkumų rizika	Nepadidėjusi rizika	87 (92,6)	108 (87,1)	195 (89,4)	0,194
	Padidėjusi rizika	7 (7,4)	16 (12,9)	23 (10,6)	

Didesni MIBS balai rodo didesnius motinos ir naujagimio ryšio sunkumus. MIBS bendras įvertis ≥ 5 balai rodo padidėjusią motinos ir naujagimio ryšio sunkumų riziką. Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Lyginant motinos emocinį ryšį su kūdikiu 1–3 parą ir 6–8 savaitę po gimdymo nustatyta, kad bendras MIBS skalės balas statistiškai reikšmingai padidėjo ($p = 0,008$). Analizuojant atskirus skalės teiginius nustatyta, kad reikšmingi pokyčiai fiksuoti kai kurių emocijų įverčiuose – padidėjo apmaudo, negatyvumo, nusivylimo ir agresyvumo emocijų raiška, taip pat nustatytas džiaugsmingumo emocijos padidėjimas ($p < 0,05$). Tuo tarpu kitų emocijų įverčių pokyčiai statistiškai reikšmingi nebuvo ($p > 0,05$). Šie rezultatai rodo, kad laikui bėgant keitėsi motinos emocinės reakcijos į kūdikį, o emocinio ryšio struktūra tapo kompleksiškesnė, apimanti tiek teigiamas, tiek neigiamas emocijas (3.2.2.1.8 lentelė).

3.2.2.1.8 lentelė. Motinos emocinio ryšio su kūdikiu (MIBS) įverčių palyginimas 1–3 parą po gimdymo ir 6–8 savaitę po gimdymo (N = 218)

Emocija	Etapai		p
	1–3 paros po gimdymo	6–8 sav. po gimdymo	
	Vid. (SN)		
Mylinti	0,09 (0,3)	0,07 (0,3)	0,261
Pilna apmaudo	0,08 (0,3)	0,18 (0,6)*	0,019
Neutraliai arba nieko nejaučianti	0,12 (0,5)	0,11 (0,3)	0,972
Džiaugsminga	0,30 (0,6)	0,40 (0,6)*	0,046
Negatyvi	0,11 (0,4)	0,21 (0,6)*	0,021
Globėjiška	0,28 (0,6)	0,22 (0,5)	0,202
Nusivylusi	0,09 (0,3)	0,17 (0,4)*	0,004
Agresyvi	0,02 (0,1)	0,06 (0,2)*	0,011
Bendras	1,09 (1,8)	1,43 (2,1)*	0,008

* $p < 0,05$, lyginant su laikotarpiu 1–3 paros po gimdymo (naudotas Wilcoxon testas).

Vertinant motinos ir naujagimio ryšio sunkumų riziką nustatyta, kad 6–8 savaitę po gimdymo padidėjusios rizikos dalis buvo statistiškai reikšmingai didesnė nei 1–3 parą ($p = 0,038$). Nors padidėjusios rizikos atvejų skaičius vėlesniu laikotarpiu išaugo, didžiąjai daliai moterų abiem laikotarpiais padidėjusi motinos ir naujagimio ryšio sunkumų rizika nenustatyta. Tai rodo, kad, nepaisant nustatyto statistiškai reikšmingo pokyčio, absoliuti dauguma tiriamųjų išlaikė palankų emocinį ryšį su kūdikiu (3.2.2.1.9 lentelė).

3.2.2.1.9 lentelė. *Mamos ir kūdikio ryšio (MIBS) rizikos vertinimo palyginimas 1–3 parą po gimdymo ir 6–8 savaitę po gimdymo (N = 218)*

Vertinama sritis		Etapai		P
		1–3 paros po gimdymo	6–8 sav. po gimdymo	
		n (proc.)		
Motinos ir naujagimio ryšio sunkumų rizika	Nepadidėjusi rizika	207 (95,0)	195 (89,4)	0,038
	Padidėjusi rizika	11 (5,0)	23 (10,6)	

Didesni MIBS balai rodo didesnius motinos ir naujagimio ryšio sunkumus. MIBS bendras įvertis ≥ 5 balai rodo padidėjusią motinos ir naujagimio ryšio sunkumų riziką. Grupių palyginimas atliktas taikant McNemaro kriterijų.

Vertinant pagimdžiusių moterų subjektyvų pasitikėjimą savo gebėjimu rūpintis kūdikiu praėjus 6–8 savaitėms po gimdymo nustatyta, kad dauguma moterų savo gebėjimus vertino teigiamai. Pasitikinčios savo gebėjimais nurodė 50,5 proc., labai pasitikinčios – 48,2 proc. Šio rodiklio pasiskirstymas pagal priežiūros modelį statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,379$) (3.2.2.1.10 lentelė).

3.2.2.1.10 lentelė. *Pagimdžiusių moterų subjektyvaus pasitikėjimo savo gebėjimais prižiūrėti kūdikį palyginimas 6–8 savaitę po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio (N = 218)*

Pasitikėjimas savo gebėjimu rūpintis kūdikiu	Priežiūros modelis		Bendras (N = 218)	p
	Akušeris (n = 94)	Gyd. akušeris-ginekologas (n = 124)		
	n (proc.)			
Šiek tiek pasitiki	2(2,1)	1(0,8)	3(1,4)	0,379
Pasitiki	43(45,7)	67(54)	110(50,5)	
Labai pasitiki	49(52,1)	56(45,2)	105(48,2)	

Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Analizuojant kūdikio maitinimo būdą praėjus 6–8 savaitėms po gimdymo nustatyta, kad didžioji dalis moterų kūdikį maitino tik motinos pienu – žindė

arba maitino nutrauktu pienu (83,9 proc.). Mišrų maitinimo būdą nurodė 7,8 proc., o tik adaptuotais pienu mišiniais ar kitais skysčiais maitino 8,3 proc. tiriamųjų. Kūdikio maitinimo būdo pasiskirstymas pagal gimdymo priežiūros modelį statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,662$) (3.2.2.1.11 lentelė).

3.2.2.1.11 lentelė. *Pagimdžiusių moterų kūdikio maitinimo palyginimas 6–8 savaitę po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio (N = 218)*

Pagimdžiusių moterų kūdikio maitinimo būdai	Priežiūros modelis		Bendras (N = 218)	p
	Akušėris (n = 94)	Gyd. akušėris-ginekologas (n = 124)		
	n (proc.)			
Tik žindo, nusitraukinėja pieną ir girdo iš buteliuko	81(86,2)	102 (82,3)	183(83,9)	0,662
Žindo ir primaitina adaptuotu mišiniu	7 (7,4)	10 (8,1)	17 (7,8)	
Tik adaptuotas mišinys, vanduo, kiti skysčiai, bet ne natūralus pienas	6 (6,4)	12 (9,7)	18 (8,3)	

Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Tyrimo metu taip pat buvo įvertintas moterų subjektyvus pasitikėjimas savo gebėjimu žindyti praėjus 6–8 savaitėms po gimdymo. Nustatyta, kad daugiau nei du penktadaliai tiriamųjų pasitikėjo savo gebėjimu žindyti (41,3 proc.), o daugiau nei trečdalis – labai pasitikėjo (38,9 proc.). Visiškai nepasitikinčių savo gebėjimu žindyti buvo 6,9 proc. (3.2.2.1.12 lentelė).

3.2.2.1.12 lentelė. *Pagimdžiusių moterų subjektyvaus pasitikėjimo gebėjimu palyginimas 6–8 savaitę po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio (N = 218)*

Pasitikėjimas savo gebėjimu žindyti	Priežiūros modelis		Bendras (N = 218)	p
	Akušėris (n = 94)	Gyd. akušėris-ginekologas (n = 124)		
	n (proc.)			
Visiškai nepasitiki	4 (4,3)	11 (8,9)	15 (6,9)	0,227
Nepasitiki	1 (1,1)	7 (5,6)	8(3,7)	
Šiek tiek pasitiki	9 (9,6)	11 (8,9)	20 (9,2)	
Pasitiki	39 (41,5)	51 (41,1)	90 (41,3)	
Labai pasitiki	41 (43,5)	44 (35,5)	85 (38,9)	

Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Žindymo saviveiksmingumas vertintas naudojant BSES-SF klausimyną. Nustatyta, kad bendras žindymo saviveiksmingumas siekė 53 balus, rodantis aukštą moterų pasitikėjimą savo gebėjimu žindyti. Analizuojant atskirų tei-

ginių įverčius nustatyta, kad aukštesni įverčiai buvo susiję su bendrais žindymo gebėjimais, tokiais kaip gebėjimas žindyti kiekvieno maitinimo metu, patenkinti naujagimio žindymo poreikį bei išimtinai žindyti nenaudojant pieno mišinio. Tuo tarpu žemesni įverčiai buvo nustatyti sudėtingesnėse situacijose, pavyzdžiui, gebėjime sėkmingai žindyti naujagimiui verkiant. Lyginant žindymo saviveiksmingumą pagal gimdymo priežiūros modelį nustatyta, kad bendras BSES-SF skalės balas tarp grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,142$). Tačiau analizuojant atskirus teiginius nustatyta, kad kai kuriuose iš jų skirtumai buvo statistiškai reikšmingi. Moterys, kurių gimdymą prižiūrėjo akušeris, statistiškai reikšmingai dažniau pritarė teiginiams, susijusiems su žindymo gebėjimais, įskaitant išimtinį žindymą, gebėjimą suprasti naujagimio žindymo pabaigą, išlaikyti motyvaciją žindyti, patenkinti naujagimio poreikį bei užtikrinti tinkamą apžiojimą. Kitų teiginių įverčiai tarp grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė (3.2.2.1.13 lentelė).

3.2.2.1.13 lentelė. Žindymo saviveiksmingumo skalės (BSES-SF) teiginių įverčių palyginimas 6–8 savaitę po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio ($N = 218$)

Teiginys	Priežiūros modelis		Bendras ($N = 218$)	p
	Akušeris ($n = 94$)	Gyd. akušeris- ginekologas ($n = 124$)		
	Vid. (SN)			
Aš gebu žindyti savo naujagimį kiekvieno maitinimo metu	4,32 (1,1)	3,92 (1,6)	4,09 (1,4)	0,456
Aš išimtinai žindau savo naujagimį nenaudodama pieno mišinio, kaip alternatyvos	4,00 (1,4)	3,94 (1,6)*	3,97 (1,5)	0,020
Aš visada galiu suprasti ar mano naujagimis gauna pakankamai pieno	4,04 (0,9)	3,72 (1,2)	3,86 (1,1)	0,837
Aš visada galiu suprasti, kada mano naujagimis baigia žįsti	4,10 (1,2)	3,73 (1,4)*	3,89 (1,3)	0,003
Aš visada gebu sėkmingai žindyti, net kai mano naujagimis verkia	3,85 (1,1)	3,48 (1,4)	3,64 (1,3)	0,094
Aš visada išlaikau motyvaciją žindyti	3,98 (1,2)	3,77 (1,4)*	3,86 (1,3)	0,027
Aš visada lieku patenkinta savo žindymo patirtimi	3,91 (1,1)	3,59 (1,5)	3,73 (1,3)	0,056
Aš visada patenkiniu naujagimio žindymo poreikį	4,19 (1,1)	3,88 (1,6)*	4,01 (1,4)	0,004
Aš visada sėkmingai susidoruju su žindymu, kaip ir su kitomis sudėtingomis užduotimis	3,87 (1,0)	3,52 (1,2)	3,67 (1,2)	0,737

3.2.2.1.13 lentelės tęsinys

Teiginys	Priežiūros modelis		Bendras (N = 218)	p
	Akušeris (n = 94)	Gyd. akušeris- ginekologas (n = 124)		
	Vid. (SN)			
Faktas, kad žindymas užtrunka, man nesukelia problemų	4,21 (1,2)	3,77 (1,4)	3,96 (1,3)	0,432
Gebu žindyti taip, jog rezultatas mane tenkintų	4,09 (1,1)	3,58 (1,5)	3,80 (1,2)	0,301
Visada galiu užtikrinti, kad mano naujagimis tinkamai apžiotų krūtį žindymo metu	4,03 (1,1)	3,45 (1,4)*	3,70 (1,3)	0,048
Visada pirmiausia pabaigiu žindyti iš vienos krūties, prieš pereinant prie kitos krūties	4,16 (1,1)	3,56 (1,5)	3,82 (1,3)	0,092
Žindydamu prie šeimos narių jaučiuosi patogiai	3,86 (1,2)	3,51 (1,4)	3,66 (1,4)	0,102
Bendras skalės balas:	56,62 (12,9)	51,42 (18,1)	53,66 (16,2)	0,142

*p < 0,05, lyginant su akušerio priežiūros modeliu (naudotas Mann-Whitney U testas). Didesni teiginių balai reiškia labiau išreikštą pritarimą teiginiui, o didesnis bendras skalės balas – aukštesnį žindymo saviveiksmingumą.

Vertinant moterų žindymo saviveiksmingumo lygį nustatyta, kad didesniu žindymo saviveiksmingumu pasižymėjo 73,4 proc. tiriamųjų. Lyginant pagal gimdymo priežiūros modelį nustatyta, kad akušerio priežiūros grupėje statistiškai reikšmingai didesnė moterų dalis pasižymėjo didesniu žindymo saviveiksmingumu (84,0 proc.), palyginti su gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros grupe (65,3 proc.) (p = 0,002) (3.2.2.1.14 lentelė).

3.2.2.1.14 lentelė. Moterų žindymo saviveiksmingumo lygio (BSES-SF) palyginimas 6–8 savaitę po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio (N = 218)

Vertinama sritis		Priežiūros modelis			p
		Akušeris (n = 94)	Gyd. akušeris- ginekologas (n = 124)	Bendras (N = 218)	
		n (proc.)			
Žindymo saviveiksmingumas	Mažesnis saviveiksmingumas	15 (16,0)	43 (34,7)	58 (26,6)	0,002
	Didesnis saviveiksmingumas	79 (84,0)	81 (65,3)*	160 (73,4)	

*p < 0,05, lyginant su akušerio priežiūros modeliu (naudotas χ^2 testas). BSES-SF įverčiai svyruoja nuo 14 iki 70 balų; didesni balai rodo aukštesnį žindymo saviveiksmingumą. Rezultatų interpretacijai taikyta 50 balų ribinė reikšmė: < 50 – žemesnis, ≥ 50 – aukštesnis žindymo saviveiksmingumas.

Lyginant moterų žindymo saviveiksmingumo lygį 1–3 parą ir 6–8 savaitę po gimdymo nustatyta, kad laikui bėgant žindymo saviveiksmingumas statistiškai reikšmingai padidėjo ($p < 0,001$). Didesniu žindymo saviveiksmingumu pasižyminčių moterų dalis padidėjo nuo 56,0 proc. iki 73,4 proc. (3.2.2.1.15 lentelė).

3.2.2.1.15 lentelė. Moterų žindymo saviveiksmingumo lygio (BSES-SF) palyginimas 1–3 parą po gimdymo ir 6–8 savaitę po gimdymo ($N = 218$)

Vertinama sritis		Etapai		p
		1–3 paras po gimdymo	6–8 sav. po gimdymo	
		n (proc.)		
Žindymo saviveiksmingumas	Mažesnis saviveiksmingumas	96 (44,0)	58 (26,6)	<0,001
	Didesnis saviveiksmingumas	122 (56,0)	160 (73,4)*	

* $p < 0,001$, lyginant su 1–3 para po gimdymo (naudotas McNemar kriterijus). BSES-SF įverčiai svyruoja nuo 14 iki 70 balų; didesni balai rodo aukštesnį žindymo saviveiksmingumą. Rezultatų interpretacijai taikyta 50 balų ribinė reikšmė: < 50 – žemesnis, ≥ 50 – aukštesnis žindymo saviveiksmingumas.

Žindymo saviveiksmingumo teiginių įverčių palyginimas parodė, kad 6–8 savaitę po gimdymo daugumos teiginių įverčiai buvo aukštesni nei 1–3 parą po gimdymo. Statistiškai reikšmingi pokyčiai nustatyti teiginiuose, susijusiuose su praktiniais žindymo gebėjimais, tokiais kaip gebėjimas suprasti, kada naujagimis baigia žįsti, užtikrinti tinkamą apžiojimą, įvertinti pieno pakankumą bei sėkmingai žindyti sudėtingesnėse situacijose, pavyzdžiui, kai naujagimis verkia. Taip pat nustatytas statistiškai reikšmingas pokytis teiginiuose, susijusiuose su pasitikėjimu žindymo procesu, įskaitant gebėjimą žindyti taip, kad rezultatas tenkintų, bei išimtinį žindymą nenaudojant pieno mišinio. Tuo tarpu kai kurių aspektų, susijusių su emociniu komfortu, pavyzdžiui, žindymu prie šeimos narių, įverčiai išliko panašūs arba buvo nežymiai mažesni (3.2.2.1.1 pav.).



3.2.2.1.1 pav. Žindymo saviveiksmingumo skalės (BSES-SF) teiginių įverčių palyginimas 1–3 parą ir 6–8 sav. po gimdymo

* $p < 0,05$, lyginant su laikotarpiu 1–3 paros po gimdymo (naudotas Wilcoxon testas)

Apibendrinant gautus rezultatus nustatyta, kad 6–8 savaitėmis po gimdymo dauguma PROM rodiklių tarp skirtingų priežiūros modelių statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Reikšmingi skirtumai nustatyti tik psichinės sveikatos subjektyviame vertinime ir žindymo saviveiksmingumo lygyje: gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros grupėje dažniau buvo nurodomas geresnis psichinės sveikatos vertinimas, o akušerio priežiūros grupėje dažniau nusta-

tytas didesnis žindymo saviveiksmingumas. Vertinant pokyčius laikui bėgant, žindymo saviveiksmingumas padidėjo, o motinos ir naujagimio emocinis ryšys abiem vertinimo laikotarpiais išliko palankus.

3.2.2.2. PREM rodiklių palyginimas praėjus 6–8 savaitėms po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio

Praėjus 6–8 savaitėms po gimdymo buvo vertinti PREM rodikliai, apimantys pasitenkinimą priežiūra gimdymo metu bei gimdymo patirtį. Šių rodiklių analizė leido įvertinti moterų subjektyvią priežiūros patirtį ir nustatyti galimus skirtumus tarp gimdymo priežiūros modelių.

Analizuojant moterų pasitenkinimą priežiūra gimdymo metu nustatyta, kad dauguma respondenčių buvo labai patenkintos suteikta priežiūra (80,7 proc.), o nepatenkintų buvo tik 1,4 proc. Palyginus pagimdžiusių moterų subjektyvų pasitenkinimą priežiūra gimdymo metu pagal gimdymo priežiūros modelį nustatyta, kad šis rodiklis statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,089$) (3.2.2.2.1 lentelė).

3.2.2.2.1 lentelė. Moterų subjektyvaus pasitenkinimo priežiūra gimdymo metu palyginimas 6–8 savaitę po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio ($N = 218$)

Pasitenkinimas priežiūra gimdymo metu	Priežiūros modelis		Bendras (N = 218)	p
	Akušėris (n = 94)	Gyd. akušėris-ginekologas (n = 124)		
	n (proc.)			
Labai nepatenkintos	0	3(2,4)	3(1,4)	0,089
Nei patenkintos, nei nepatenkintos	1(1,21)	6(4,8)	7(3,2)	
Patenkintos	11(11,7)	21(16,9)	32(14,7)	
Labai patenkintos	82(87,2)	94(75,8)	176(80,7)	

Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Gimdymo patirtis vertinta praėjus 6–8 savaitėms po gimdymo, siekiant įvertinti labiau susiformavusį ir mažiau ūmių veiksnių (fizinės būklės, nuovargio) veikiamą patirties vertinimą. Tyrimo metu analizuoti Gimdymo patirties vertinimo skalės (BSS-R) rezultatai, atspindintys moterų subjektyvų gimdymo patirties vertinimą. Pirmiausia įvertinti atskiri skalės teiginiai, siekiant nustatyti, kurie gimdymo patirties aspektai buvo svarbiausi. Nustatyta, kad didžiausi įverčiai buvo susiję su gimdymo aplinka ir sąveika su sveikatos priežiūros personalu – gimdymo palatos švara, personalo bendravimu ir jaučiamu palaikymu gimdymo metu. Tuo tarpu mažesni įverčiai nustatyti vertinant moters savijautą gimdymo metu – nerimą, įtampą ir kontrolės jaus-

mą, kas rodo, kad emocinė įtampa gimdymo metu išliko reikšminga patirties dalis. Bendras gimdymo patirties įvertinimas siekė 27,07 balo iš 40 galimų (3.2.2.2.2 lentelė).

3.2.2.2.2 lentelė. Moterų gimdymo patirties (BSS-R) įverčių palyginimas 6–8 savaitę po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio (N = 218)

Teiginys	Priežiūros modelis		Bendras (N = 218)	p
	Akušeris (n = 94)	Gyd. akušeris-ginekologas (n = 124)		
	Vid. (SN)			
Gimdymo palata buvo švari ir higieniška	3,82 (0,4)	3,81 (0,6)	3,82 (0,5)	0,520
Personalas labai gražiai bendravo su manimi viso gimdymo metu	3,72 (0,6)	3,08 (1,4)*	3,36 (1,2)	<0,001
Gimdymo metu jaučiausi labai palaikoma dirbančio personalo	3,55 (0,7)	3,06 (1,2)*	3,28 (1,1)	0,003
Manau, kad mano gimdymas buvo pernelyg ilgas	3,03 (1,1)	2,87 (1,3)	2,94 (1,2)	0,503
Gimdymo metu jaučiausi nekontroliuojama	2,79 (1,2)	2,61 (1,3)	2,69 (1,2)	0,388
Gimdymo metu jaučiausi labai sunerimusi	2,39 (1,1)	2,61 (1,2)	2,52 (1,2)	0,144
Gimdymo skyriaus darbuotojai skatino mane priimti sprendimus	2,63 (1,2)	2,25 (1,2)	2,41 (1,2)	0,013
Gimdymo metu nepatiria išorinių sužalojimų	2,41 (1,5)	2,35 (1,5)	2,38 (1,5)	0,774
Gimdymas man atrodė varginantis išgyvenimas	2,06 (1,1)	2,22 (1,3)	2,15 (1,2)	0,299
Gimdymo metu visai nesijaudinau	1,49 (1,0)	1,56 (1,1)	1,53 (1,1)	0,933
Subskalės				
Teikiamos priežiūros kokybė	13,72 (1,9)	12,21 (3,4)*	12,86 (2,9)	0,002
Asmeninės moters savybės	5,18 (2,0)	5,23 (2,2)	5,21 (2,1)	0,579
Gimdymo metu patiriamas stresas	8,45 (2,7)	9,15 (3,2)	9,00 (3,0)	0,624
Bendras skalės balas	27,90 (4,9)	26,44 (5,7)	27,07 (5,4)	0,133

*p < 0,05, lyginant su akušerio priežiūros modeliu (naudotas Mann–Whitney U testas)
Bendras balas svyruoja nuo 0 iki 40, didesnis balas rodo didesnę pasitenkinimą gimdymo patirtimi. Subskalės apskaičiuotos pagal teiginių grupes: teikiamos priežiūros kokybė (3, 5, 6, 10), asmeninės moters savybės (4, 8), gimdymo metu patiriamas stresas (1, 2, 7, 9).

Toliau analizuotas gimdymo patirties vertinimas pagal priežiūros modelį. Nustatyta, kad moterys, kurių gimdymą priėmė akušeris, statistiškai reikšmingai dažniau nurodė, jog buvo skatinamos dalyvauti priimanant sprendimus dėl

gimdymo eigos ($p = 0,013$), jautė didesnę personalo palaikymą ($p = 0,003$) ir geriau vertino bendravimą su personalu gimdymo metu ($p < 0,001$), palyginti su moterimis, kurių gimdymą prižiūrėjo gydytojas akušeris-ginekologas.

Šie skirtumai atsispindi ir BSS-R subskalių įverčiuose. Nustatyta, kad teikiamos priežiūros kokybės subskalės, apimančios bendravimą su personalu, palaikymą ir moters įtraukimą į sprendimų priėmimą, įverčiai tarp grupių skyrėsi – akušerio priežiūros grupėje jie buvo statistiškai reikšmingai aukštesni ($p = 0,002$). Tuo tarpu asmeninių moters savybių subskalės, atspindinčios moters kontrolės jausmą ir emocinę būseną, bei gimdymo metu patiriamo streso subskalės, susijusios su nerimu ir gimdymo metu patirta įtampa, tarp grupių nesiskyrė (3.2.2.2.2 lentelė).

Siekiant išsamiau įvertinti gimdymo patirtį, tiriamosios suskirstytos pagal ribinę reikšmę, remiantis gimdymo patirties vertinimo skalės (BSS-R) rezultatai. Tiriamosios buvo suskirstytos į teigiamos ir neigiamos gimdymo patirties grupes. Vertinta, ar šių patirčių pasiskirstymas skyrėsi pagal gimdymo priežiūros modelį. Daugiau nei pusė gimdyvių abiejose priežiūros grupėse (atitinkamai 53,2 proc. ir 56,5 proc.) išsakė turėję teigiamą gimdymo patirtį. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp priežiūros modelių nenustatyta ($p = 0,632$) (3.2.2.2.3 lentelė).

3.2.2.2.3 lentelė. *Moterų pasiskirstymas pagal teigiamą ir neigiamą gimdymo patirtį (BSS R) pagal priežiūros modelį (N = 218)*

Vertinama sritis		Priežiūros modelis		Bendras (N = 218)	p
		Akušeris (n = 94)	Gyd. akušeris-ginekologas (n = 124)		
		n (proc.)			
Gimdymo patirtis	Teigiama	50 (53,2)	70 (56,5)	120 (55,0)	0,632
	Neigiama	44 (46,8)	54 (43,5)	98 (45,0)	

Gimdymo patirtis suskirstyta pagal BSS-R skalės ribinę reikšmę: neigiama patirtis (BSS-R < 28), teigiama patirtis (BSS-R ≥ 28), naudotas χ^2 testas.

Gimdymo patirties ryšio su motinos psichologiniais ir elgesio rodikliais – žindymo saviveiksmingumu (BSES-SF), motinos ir kūdikio ryšiu (MIBS) bei pogimdyminės depresijos simptomais (EPDS) išsamesnė analizė pateikta autorių publikacijoje – [116].

Apibendrinant šio skyriaus rezultatus galima teigti, kad 6–8 savaitę po gimdymo moterų pasitenkinimas priežiūra ir bendras gimdymo patirties įvertis statistiškai reikšmingai nesiskyrė priklausomai nuo priežiūros modelio. Moterys, kurių gimdymą prižiūrėjo akušeris, statistiškai reikšmingai geriau vertino teikiamos priežiūros kokybę gimdymo metu bei dažniau nurodė jautusios personalo palaikymą ir įtraukimą į sprendimų priėmimą.

3.2.3. PROM ir PREM rodiklių palyginimas praėjus 22–26 savaitėms po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio

3.2.3.1. PROM rodiklių palyginimas praėjus 22–26 savaitėms po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio

Tyrimo metu 22–26 savaitę po gimdymo analizuoti moterų PROM rodikliai: fizinė ir psichinė sveikata, pogimdyminės depresijos simptomai, skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui, kūdikio maitinimo būdas ir pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį. Šie rodikliai vertinti pagal gimdymo priežiūros modelį ir jų pokyčiai analizuoti dinamikoje.

Siekiant įvertinti moterų fizinę ir psichinę sveikatą pogimdyminiu laikotarpiu, 22–26 savaitę po gimdymo buvo analizuoti PROMIS-10 įverčiai pagal gimdymo priežiūros modelį. Nustatyta, kad fizinės ir psichinės sveikatos įverčiai buvo artimi normatyvinės populiacijos vidurkiui ($T = 50$), rodydami, kad bendra sveikatos būklė atitiko normos ribas. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nenustatyta (fizinė sveikata $p = 0,845$; psichinė sveikata $p = 0,786$) (3.2.3.1.1 lentelė).

3.2.3.1.1 lentelė. Moterų fizinės ir psichinės sveikatos (PROMIS-10) įverčių palyginimas 22–26 savaitę po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio ($N = 167$)

Vertinama sritis	Priežiūros modelis		Bendras ($N = 167$)	p
	Akušėris ($n = 87$)	Gyd. akušėris- ginekologas ($n = 80$)		
	Vid. (SN)			
Fizinė sveikata	53,04 (5,8)	52,73 (6,3)	52,89 (6,0)	0,845
Psichinė sveikata	52,02 (7,7)	52,33 (8,4)	52,17 (8,1)	0,786

Lentelėje pateikiami PROMIS Global-10 fizinės ir psichinės sveikatos T balų įverčiai. Fizinėi sveikatai taikytų T balų reikšmės galėjo svyruoti nuo 29,6 iki 67,7, psichinei sveikatai – nuo 21,2 iki 67,6; didesni balai rodo geresnę fizinę ir psichinę sveikatą. Palyginimas tarp dviejų grupių (Mann-Whitney U testas)

Analizuotas moterų pasiskirstymas pagal subjektyvų fizinės ir psichinės sveikatos vertinimą, remiantis nustatytomis fizinės ir psichinės sveikatos įverčių ribomis. Įvertinus nėščiąjų subjektyvų fizinės ir psichinės sveikatos vertinimą pagal nėštumo priežiūros modelį, nustatyta, kad didžioji dalis tiek akušerio priežiūros grupės (fizinė – 97,7 proc., psichinė – 94,3 proc.), tiek gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros grupės (fizinė – 95,0 proc., psichinė – 93,8 proc.) tiriamųjų savo sveikatą vertino kaip gerą. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp priežiūros modelių nenustatyta (fizinė sveikata $p = 0,349$; psichinė sveikata $p = 0,891$) (3.2.3.1.2 lentelė).

3.2.3.1.2 lentelė. Moterų subjektyvaus fizinės ir psichinės sveikatos vertinimo (PROMIS Global-10) palyginimas 22–26 savaitę po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio (N = 167)

Vertinama sritis		Priežiūros modelis		Bendras (N = 167)	p
		Akušeris (n = 87)	Gyd. akušeris- ginekologas (n = 80)		
		n (proc.)			
Fizinė sveikata	Subjektyviai geresnis fizinės savijautos vertinimas	85 (97,7)	76 (95,0)	161 (96,4)	0,349
	Subjektyviai prastesnis fizinės sveikatos vertinimas	2 (2,3)	4 (5,0)	6 (3,6)	
Psichinė sveikata	Subjektyviai geresnis psichinės sveikatos vertinimas	82 (94,3)	75 (93,8)	157 (94,0)	0,891
	Subjektyviai prastesnis psichinės sveikatos vertinimas	5 (5,7)	5 (6,3)	10 (6,0)	

Subjektyviai prastesnis fizinės sveikatos vertinimas nustatytas, kai PROMIS Global-10 fizinės sveikatos įvertis buvo < 42 , o subjektyviai geresnis fizinės sveikatos vertinimas – kai įvertis buvo ≥ 42 . Subjektyviai prastesnis psichinės sveikatos vertinimas nustatytas, kai PROMIS Global-10 psichinės sveikatos įvertis buvo < 40 , o subjektyviai geresnis psichinės sveikatos vertinimas – kai įvertis buvo ≥ 40 . Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Analizuojant moterų fizinės ir psichinės sveikatos (PROMIS-10) įverčius laike, nustatyta, kad abu rodikliai reikšmingai padidėjo nuo 6–8 iki 22–26 savaitės po gimdymo. Fizinės sveikatos įverčiai padidėjo nuo 36,55 iki 52,89 balo, o psichinės sveikatos – nuo 36,92 iki 52,17 balo skirtumai statistiškai reikšmingi ($p < 0,001$) (3.2.3.1.3 lentelė).

3.2.3.1.3 lentelė. Moterų fizinės ir psichinės sveikatos (PROMIS-10) įverčių palyginimas 6–8 savaitę ir 22–26 savaitę po gimdymo (N = 167)

Vertinama sritis	Etapai		p
	6–8 sav. po gimdymo	22–26 sav. po gimdymo	
	Vid. (SN)		
Fizinė sveikata	36,55 (4,1)	52,89 (6,0)*	<0,001
Psichinė sveikata	36,92 (8,2)	52,17 (8,1)*	<0,001

* $p < 0,001$ lyginant su 6–8 sav. po gimdymo (naudotas Wilcoxon testas).

Analizuojant moterų fizinės ir psichinės sveikatos įverčius dinamikoje pagal kategorijas, nustatyta statistiškai reikšminga subjektyviai geresnės svei-

katos vertinimo dalies didėjimo tendencija. Subjektyviai gerą fizinę sveikatą vertinusių moterų dalis padidėjo nuo 10,8 proc. 6–8 savaitę iki 96,4 proc. 22–26 savaitę po gimdymo, o subjektyviai prastą – sumažėjo nuo 89,2 proc. iki 3,6 proc. Atitinkamai, subjektyviai gerą psichinę sveikatą vertinusių moterų dalis padidėjo nuo 37,7 proc. iki 94,0 proc., o prastą – sumažėjo nuo 62,3 proc. iki 6,0 proc. Nustatyti pokyčiai buvo statistiškai reikšmingi ($p < 0,001$) (3.2.3.1.4 lentelė).

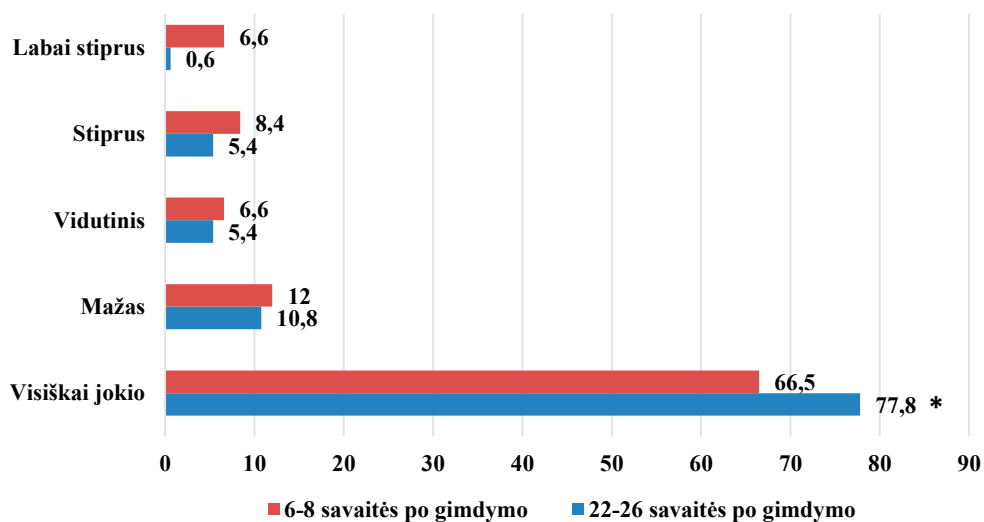
3.2.3.1.4 lentelė. Moterų fizinės ir psichinės sveikatos (PROMIS-10) įverčių palyginimas 6–8 savaitę ir 22–26 savaitę po gimdymo ($N = 167$)

Vertinama sritis		Etapai		P
		6–8 sav. po gimdymo	22–26 sav. po gimdymo	
		n (proc.)		
Fizinė sveikata	Subjektyviai geresnis fizinės savijautos vertinimas	18 (10,8)	161 (96,4)*	<0,001
	Subjektyviai prastesnis fizinės sveikatos vertinimas	149 (89,2)	6 (3,6)*	
Psichinė sveikata	Subjektyviai geresnis psichinės sveikatos vertinimas	63 (37,7)	157 (94,0)*	<0,001
	Subjektyviai prastesnis psichinės sveikatos vertinimas	104 (62,3)	10 (6,0)*	

* $p < 0,001$ lyginant su 6–8 sav. po gimdymo (naudotas McNemar kriterijus).

Subjektyviai prastesnis fizinės sveikatos vertinimas nustatytas, kai PROMIS Global-10 fizinės sveikatos įvertis buvo < 42 , o subjektyviai geresnis fizinės sveikatos vertinimas – kai įvertis buvo ≥ 42 . Subjektyviai prastesnis psichinės sveikatos vertinimas nustatytas, kai PROMIS Global-10 psichinės sveikatos įvertis buvo < 40 , o subjektyviai geresnis psichinės sveikatos vertinimas – kai įvertis buvo ≥ 40 .

Analizuojant skausmo poveikį seksualiniam gyvenimui laiko perspektyvoje, nustatyta, kad šis poveikis reikšmingai sumažėjo nuo 6–8 iki 22–26 savaitės po gimdymo. Visiškai nejauciančių skausmo poveikio dalis padidėjo nuo 66,5 proc. iki 77,8 proc., o labai stiprų poveikį nurodžiusių moterų dalis sumažėjo nuo 6,6 proc. iki 0,6 proc. Nustatyti pokyčiai buvo statistiškai reikšmingi ($p = 0,017$) ((3.2.3.1.1 pav.).



Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui (proc.)

3.2.3.1.1 pav. Moterų skausmo poveikio seksualiniam gyvenimui palyginimas po 6–8 savaičių po gimdymo ir 22–26 savaičių po gimdymo ($N = 167$)

* $p < 0,05$ lyginant su 6 - 8 sav. po gimdymo (naudotas Wilcoxon testas)

Vertinant pogimdyminės depresijos simptomus 22–26 savaitę po gimdymo pagal gimdymo priežiūros modelį, nustatyta, kad bendras EPDS skalės balas tarp grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,105$). Nors analizuojant atskirus skalės teiginius nustatyti pavieniai statistiškai reikšmingi skirtumai, bendras simptomų lygis tarp grupių išliko panašus (3.2.3.1.5 lentelė).

3.2.3.1.5 lentelė. Pogimdyminės depresijos simptomų skalės (EPDS) teiginių įverčių palyginimas 22–26 savaitę po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio

Teiginys	Priežiūros modelis		Bendras ($N = 167$)	p
	Akušeris ($n = 87$)	Gyd. akušeris- ginekologas ($n = 80$)		
	Vid. (SN)			
Aš galėjau juoktis ir pastebėti links- mąjį gyvenimo pusę	0,09 (0,3)	0,21 (0,5)	0,15 (0,4)	0,068
Su malonumu žiūrėjau į gyvenimą	0,18 (0,4)	0,16 (0,4)	0,17 (0,4)	0,716
Aš be reikalo kaltinau save dėl ne- sėkmių	1,25 (0,8)	1,05 (0,8)*	1,16 (0,8)	0,042
Aš be priežasties jaučiausi susirūpi- nus ar jaudinausi	1,25 (0,8)	1,14 (0,8)	1,20 (0,8)	0,374

3.2.3.1.5 lentelės tęsinys

Teiginys	Priežiūros modelis		Bendras (N = 167)	p
	Akušeris (n = 87)	Gyd. akušeris- ginekologas (n = 80)		
	Vid. (SN)			
Aš be priežasties baiminausi ar panikavau	1,18 (0,7)	0,89 (0,8)*	1,04 (0,8)	0,017
Aš nebesusitvarkiau su mane užgriuvusiais rūpesčiais	0,92 (0,7)	0,83 (0,6)	0,87 (0,6)	0,369
Aš jaučiausi tokia nelaiminga, kad nebegalėjau miegoti	0,41 (0,8)	0,27 (0,5)	0,35 (0,6)	0,643
Aš jaučiausi liūdna ar prislėgta	0,80 (0,7)	0,76 (0,7)	0,78 (0,7)	0,729
Jaučiausi tokia nelaiminga, kad apsisiverčiau	0,62 (0,6)	0,52 (0,6)	0,57 (0,6)	0,273
Man kilo minčių apie savęs žalojimąsi	0	0	0	0
Bendras skalės balas	6,72 (3,6)	5,89 (3,8)	6,32 (3,7)	0,105

*p < 0,05 lyginant akušerio priežiūros modeliu (naudotas χ^2 testas). Kiekvienas teiginys vertinamas 0–3 balais. Mažesni balai rodo mažesnę simptomų raišką.

Analizuojant pogimdyminės depresijos simptomų pasiskirstymą pagal EPDS kategorijas 22–26 savaitę po gimdymo, nustatyta, kad didžiajai daliai tiriamųjų būdinga nedidelė depresijos simptomų raiška. Akušerio priežiūros grupėje tokių moterų buvo 75,9 proc., gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros grupėje – 82,5 proc. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp priežiūros modelių nenustatyta (p = 0,145) (3.2.3.1.6 lentelė).

3.2.3.1.6 lentelė. Pogimdyminės depresijos simptomų pasiskirstymas pagal EPDS kategorijas 22–26 savaitę po gimdymo, priklausomai nuo priežiūros modelio (N = 167)

EPDS kategorija	Priežiūros modelis		Bendras (N = 167)	p
	Akušeris (n = 87)	Gyd. akušeris- ginekologas (n = 80)		
	n (proc.)			
Nedidelė depresijos simptomų raiška	66 (75,9)	66 (82,5)	132 (79,0)	0,145
Galimi depresijos simptomai	15 (17,2)	6 (7,5)	21 (12,6)	
Padidėjusi pogimdyminės depresijos rizika	6 (6,9)	8 (10,0)	14 (8,4)	

EPDS rezultatų interpretacijai taikyti šie ribiniai balai: 0–9 – nedidelė depresijos simptomų raiška; 10–11 – galimi depresijos simptomai; ≥ 12 – padidėjusi pogimdyminės depresijos rizika. Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Analizuojant pogimdyminės depresijos simptomų pokyčius dinamikoje nuo 6–8 savaitės iki 22–26 savaitės po gimdymo, nustatyta, kad atskirų simptomų raiška kito nevienodai. Susirūpinimas ir jaudinimasis be priežasties statistiškai reikšmingai sumažėjo ($p < 0,001$), tuo tarpu nemiga dėl nelaimingumo jausmo ($p = 0,004$) bei liūdesys ir prislėgtumas statistiškai reikšmingai padidėjo ($p = 0,001$). Kitų simptomų pokyčiai nebuvo statistiškai reikšmingi, o bendras EPDS skalės balas tarp vertintų laikotarpių taip pat statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,597$) (3.2.3.1.7 lentelė).

3.2.3.1.7 lentelė. Moterų pogimdyminės depresijos simptomų skalės (EPDS) teiginių įverčių palyginimas 6–8 savaitę ir 22–26 savaitę po gimdymo ($N = 167$)

Teiginys	Etapai		P
	6–8 sav. po gimdymo	22–26 sav. po gimdymo	
	Vid. (SN)		
Aš galėjau juoktis ir pastebėti linksną gyvenimo pusę	0,17 (0,4)	0,15 (0,4)	0,670
Su malonumu žiūrėjau į gyvenimą	0,22 (0,5)	0,17 (0,4)	0,265
Aš be reikalo kaltinau save dėl nesėkmių	1,25 (0,9)	1,16 (0,8)	0,317
Aš be priežasties jaučiausi susirūpinus ar jaudinausi	1,66 (0,8)	1,20 (0,8)*	<0,001
Aš be priežasties baiminausi ar panikavau	1,18 (1,0)	1,04 (0,8)	0,260
Aš nebesusitvarkiau su mane užgriuvusiais rūpesčiais	0,75 (0,7)	0,87 (0,6)	0,093
Aš jaučiausi tokia nelaiminga, kad nebegalėjau miegoti	0,17 (0,4)	0,35 (0,6)*	0,004
Aš jaučiausi liūdna ar prislėgta	0,57 (0,6)	0,78 (0,7)*	0,001
Jaučiausi tokia nelaiminga, kad apsiverčiau	0,53 (0,5)	0,57 (0,6)	0,425
Man kilo minčių apie savęs žalojimąsi	0	0	0
Bendras	6,53 (3,5)	6,32 (3,7)	0,597

* $p < 0,05$ lyginant su EPDS teiginių įverčiais 6–8 sav. po gimdymo (naudotas Wilcoxon testas).

Vertinant pogimdyminės depresijos simptomų pasiskirstymą pagal EPDS kategorijas skirtingais laikotarpiais, nustatyta, kad abiem laikotarpiais didžiai daliai moterų būdinga nedidelė depresijos simptomų raiška. 6–8 savaitę po gimdymo ši dalis siekė 80,2 proc., o 22–26 savaitę – 79,0 proc. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp laikotarpių nenustatyta ($p = 0,664$) (3.2.3.1.8 lentelė).

3.2.3.1.8 lentelė. Pogimdyminės depresijos simptomų palyginimas pagal EPDS kategorijas 6–8 sav. ir 22–26 savaitę po gimdymo ($N = 167$)

EPDS kategorija	Etapai		p
	6–8 sav. po gimdymo	22–26 sav. po gimdymo	
	n (proc.)		
Nedidelė depresijos simptomų raiška	134 (80,2)	132 (79,0)	0,664
Galimi depresijos simptomai	21 (12,6)	21 (12,6)	
Padidėjusi pogimdyminės depresijos rizika	12 (7,2)	14 (8,4)	

EPDS rezultatų interpretacijai taikyti šie ribiniai balai: 0–9 – nedidelė depresijos simptomų raiška; 10–11 – galimi depresijos simptomai; ≥ 12 – padidėjusi pogimdyminės depresijos rizika. Grupių palyginimas atliktas taikant Wilcoxon kriterijų.

Tik išimtinai žindančios nurodė 73,1 proc. tyrimo dalyvių. Kūdikio maitinimo būdas priklausomai nuo buvusio gimdymo priežiūros modelio nepriklausė statistiškai reikšmingai ($p = 0,576$).

Vertinant moterų subjektyvų pasitikėjimą savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį 22–26 savaitę po gimdymo pagal gimdymo priežiūros modelį, nustatyta, kad didžioji dalis tiriamųjų pasitikėjo arba labai pasitikėjo savo gebėjimais. Akušerio priežiūros grupėje labai pasitikinčiųjų dalis siekė 65,5 proc., gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros grupėje – 53,8 proc. Tuo tarpu pasitikinčiųjų dalis buvo atitinkamai 33,3 proc. ir 46,3 proc. Visiškai nepasitikinčiųjų nustatyta tik pavieniais atvejais. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nenustatyta ($p = 0,141$) (3.2.3.1.9 lentelė).

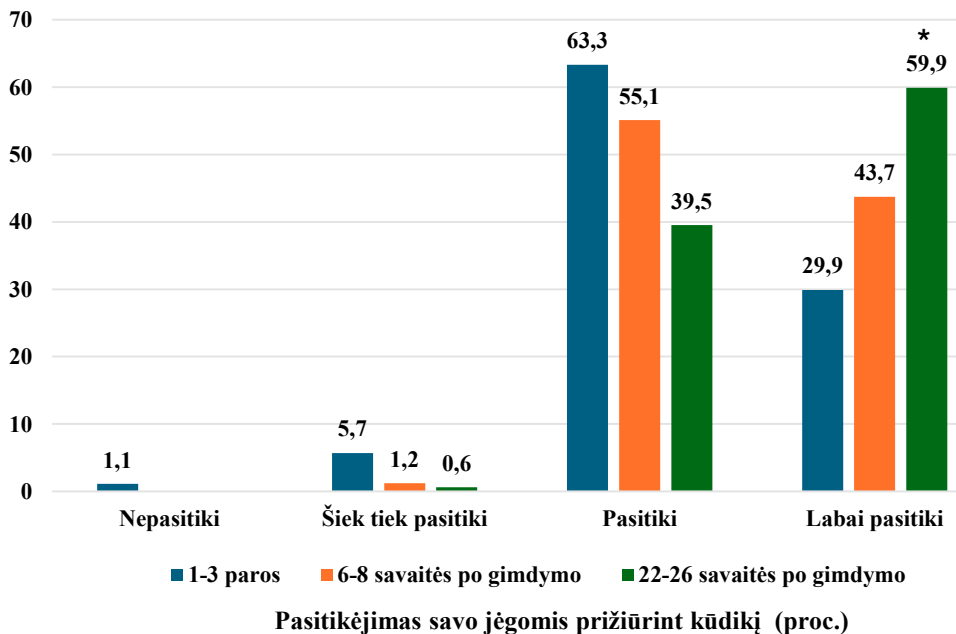
3.2.3.1.9 lentelė. Moterų subjektyvaus pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį palyginimas pagal gimdymo priežiūros modelį 22–26 savaitę po gimdymo ($N = 167$)

Pasitikėjimas savo gebėjimu rūpintis kūdikiu	Priežiūros modelis		Bendras ($N = 167$)	p
	Akušeris ($n = 87$)	Gyd. akušeris-ginekologas ($n = 80$)		
	n (proc.)			
Visiškai nepasitiki	1 (1,2)	0	1 (0,6)	0,141
Pasitiki	29 (33,3)	37 (46,3)	66 (39,5)	
Labai pasitiki	57 (65,5)	43 (53,8)	100 (59,9)	

Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

Analizuojant moterų pasitikėjimą savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį laiko perspektyvoje, nustatyta, kad šis rodiklis statistiškai reikšmingai padidėjo nuo 1–3 parų iki 22–26 savaitės po gimdymo ($p < 0,001$). Labai pasitikinčiųjų dalis padidėjo nuo 29,9 proc. iki 59,9 proc., o pasitikinčiųjų – sumažėjo nuo

63,3 proc. iki 39,5 proc., rodant pasiskirstymo poslinkį į aukštesnį pasitikėjimo lygį. Tuo tarpu nepasitikinčiųjų ir tik šiek tiek pasitikinčiųjų dalis reikšmingai sumažėjo (3.2.3.1.2 pav.).



3.2.3.1.2 pav. Moterų subjektyvaus pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį palyginimas 1–3 parą, 6–8 savaitę ir 22–26 savaitę po gimdymo (N = 167)

*p < 0,001 lyginant su pasitikėjimu savo gebėjimais prižiūrint kūdikį 1–3 parą po gimdymo (naudotas Friedman testas)

Apibendrinant galima teigti, kad 22–26 savaitę po gimdymo dauguma analizuotų pateiktų sveikatos baigčių rodiklių statistiškai reikšmingai nesiskyrė priklausomai nuo gimdymo priežiūros modelio. Taip pat nustatyta, kad laikui bėgant pagerėjo moterų fizinės ir psichinės sveikatos vertinimas, sumažėjo depresijos simptomų raiška ir skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui, o pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį padidėjo.

3.2.3.2. PREM rodiklių palyginimas praėjus 22–26 savaitėms po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio

Tyrimo metu buvo vertinami moterų PREM rodikliai 22–26 savaitę po gimdymo, siekiant įvertinti jų pokyčius laikui bėgant ir išsiakinti ar pokyčiai laiko perspektyvoje priklauso nuo buvusio priežiūros modelio.

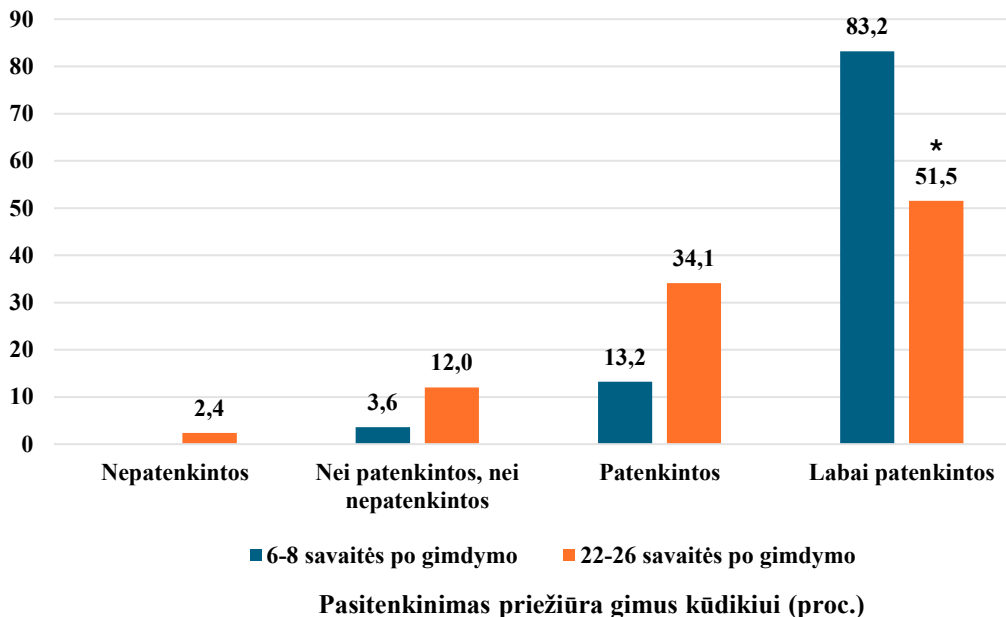
Vertinant moterų pasitenkinimą priežiūra gimus kūdikiui 22–26 savaitę po gimdymo nustatyta, kad statistiškai reikšmingo skirtumo pagal gimdymo priežiūros modelį nebuvo nustatyta ($p = 0,679$) (3.2.3.2.1 lentelė).

3.2.3.2.1 lentelė. Moterų pasitenkinimo priežiūra gimus kūdikiui palyginimas 22–26 savaitę po gimdymo priklausomai nuo priežiūros modelio ($N = 167$)

Pasitenkinimas priežiūra	Priežiūros modelis		Bendras ($N = 218$)	p
	Akušeris ($n = 94$)	Gyd. akušeris- ginekologas ($n = 124$)		
	n (proc.)			
Nepatenkintos	2 (2,3)	2 (2,5)	4 (2,4)	0,679
Nei patenkintos, nei nepatenkintos	6 (6,9)	14 (17,5)	20 (12,0)	
Patenkintos	35 (40,2)	22 (27,5)	57 (34,1)	
Labai patenkintos	44 (50,6)	42 (52,5)	86 (51,5)	

Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą.

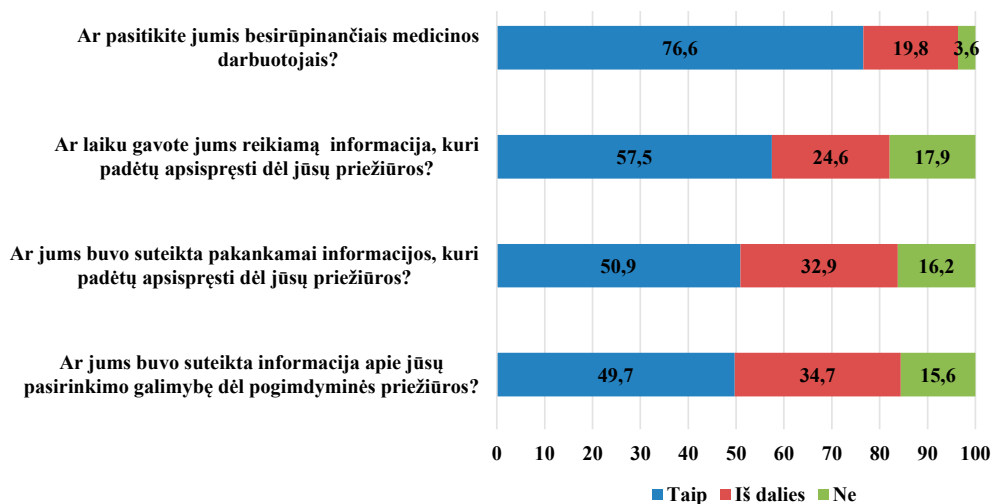
Analizuojant moterų pasitenkinimą priežiūra gimus kūdikiui skirtingais laikotarpiais, nustatyta, kad šis pasitenkinimas statistiškai reikšmingai sumažėjo nuo 6–8 iki 22–26 savaitės po gimdymo ($p < 0,001$). Labai patenkintų moterų dalis sumažėjo nuo 83,2 proc. iki 51,5 proc. (15 pav.).



3.2.3.2.1 pav. Moterų pasitenkinimo priežiūra gimus kūdikiui palyginimas 6–8 savaitę ir 22–26 savaitę po gimdymo ($N = 167$)

* $p < 0,001$ lyginant su pasitenkinimu priežiūra 6–8 sav. po gimdymo (naudotas Wilcoxon testas).

Tyrimo metu taip pat vertinti moterų patirties rodikliai, susiję su informacijos gavimu ir sprendimų priėmimu pogimdyminės priežiūros laikotarpiu. Nustatyta, kad daugiau nei trys ketvirtadaliai tiriamųjų pasitikėjo jas prižiūrinčiais sveikatos priežiūros specialistais (76,6 proc.), o daugiau nei trečdalis nurodė tik iš dalies gavusios informaciją apie pogimdyminės priežiūros pasirinkimo galimybes (34,7 proc.). Beveik penktadalis moterų teigė negavusios pakankamai informacijos, reikalingos priimti sprendimus dėl priežiūros (17,9 proc.) (3.2.3.2.2 pav.).



Gautos informacijos ypatumai (proc.)

3.2.3.2.2 pav. Moterų pasiskirstymas pagal pogimdyminių laikotarpiu gautos informacijos ypatumus (N = 167)

Analizuojant informacijos suteikimo ir sprendimų priėmimo aspektus pagal gimdymo priežiūros modelį, nustatyta, kad moterys, kurių gimdymą prižiūrėjo akušeris, statistiškai reikšmingai dažniau nurodė gavusios pakankamai informacijos, padėjusios apsispręsti dėl jų priežiūros (62,1 proc.), palyginti su gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros grupe (38,8 proc.) ($p = 0,004$). Tuo tarpu pastarosios dažniau nurodė tokios informacijos negavusios (23,8 proc.). Kitais vertintais aspektais – informacijos apie pasirinkimo galimybes suteikimu, informacijos savalaikiškumu ir pasitikėjimu sveikatos priežiūros specialistais – statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nenustatyta (3.2.3.2.2 lentelė).

3.2.3.2.2 lentelė. Moterų pogimdyminiu laikotarpiu gautos informacijos po 22–26 savaičių po gimdymo palyginimas pagal gimdymo priežiūros modelį (N = 167)

Vertinamas aspektas	Priežiūros modelis			P
	Akušeris (n = 87)	Gyd. akušeris- ginekologas (n = 80)		
	n (proc.)			
Ar jums buvo suteikta informacija apie jūsų pasirinkimo galimybę dėl pogimdyminės priežiūros?	Taip	48 (55,2)	35 (43,7)	0,209
	Iš dalies	29 (33,3)	29 (36,3)	
	Ne	10 (11,5)	16 (20,0)	
Ar jums buvo suteikta pakankamai informacijos, kuri padėtų apsispręsti dėl jūsų priežiūros?	Taip	54 (62,1)	31 (38,8)*	0,004
	Iš dalies	25 (28,7)	30 (37,4)	
	Ne	8 (9,2)	19 (23,8)*	
Ar laiku gavote jums reikiamą informaciją, kuri padėtų apsispręsti dėl jūsų priežiūros?	Taip	56 (64,4)	40 (50,0)	0,150
	Iš dalies	19 (21,8)	22 (27,5)	
	Ne	12 (13,8)	18 (22,5)	
Ar pasitikite jumis besirūpinančiais medicinos darbuotojais?	Taip	72 (82,8)	56(70,0)	0,077
	Iš dalies	14 (16,1)	19 (23,7)	
	Ne	1 (1,1)	5 (6,3)	

Grupių palyginimas atliktas taikant χ^2 testą. *p < 0,05 lyginant su akušerio vadovaujamos priežiūros modelio grupe (z testas su Bonferroni korekcija)

Apibendrinant šio skyriaus rezultatus galima teigti, kad 22–26 savaitę po gimdymo moterų pasitenkinimas priežiūra gimus kūdikiui priklausomai nuo gimdymo priežiūros modelio statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Tačiau lyginant skirtingus vertinimo laikotarpius nustatyta, kad bendras pasitenkinimo lygis gauta priežiūra laikui bėgant statistiškai reikšmingai sumažėjo.

3.3. PROM ir PREM rodiklių sąsajų ir mediacinių ryšių analizė

3.3.1. PROM ir PREM sąsajos ir mediaciniai ryšiai nėštumo laikotarpiu

Siekiant įvertinti tarpusavio ryšius tarp tiriamų PROM ir PREM rodiklių, atlikta korelacijų analizė nėštumo laikotarpiu. Nėštumo laikotarpiu nustatyti statistiškai reikšmingi įvairaus stiprumo ryšiai tarp PROM ir PREM rodiklių. Tarp fizinės ir psichinės sveikatos nustatytas vidutinio stiprumo tiesioginis ryšys, rodantis, kad geresnė fizinė sveikata buvo susijusi su geresne psichine sveikata. Tarp depresijos simptomų bei fizinės ir psichinės sveikatos nustatytas atvirkštinis ryšys – didėjant depresijos simptomų įverčiams, blogėjo suvokiama gyvenimo kokybė. Tarp skausmo poveikio seksualiniam gyvenimui ir fizinės bei psichinės sveikatos nustatytas atvirkštinis ryšys, o tarp skausmo

poveikio seksualiniam gyvenimui ir depresijos simptomų – tiesioginis ryšys. Didesnis moterų pasitikėjimas savo gebėjimais prižiūrėti gimiantį naujagimį buvo susijęs su didesniu žindymo saviveiksmingumu ir pasitikėjimu savo gebėjimu žindyti. Žindymo saviveiksmingumas taip pat buvo susijęs su geresne suvokiama sveikata bei mažesniu depresijos simptomų pasireiškimu (3.3.1.1 lentelė).

3.3.1.1 lentelė. PROM ir PREM tarpusavio koreliacijos nėštumo laikotarpiu ($N = 290$)

PROM ir PREM rodikliai		1	2	3	4	5	6	7
Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė	Fizinė sveikata (1)	-						
	Psichinė sveikata (2)	0,56**	-					
Depresijos simptomai (3)		-0,32**	-0,54**	-				
Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui (4)		-0,29**	-0,26**	0,26**	-			
Pasitikėjimas savo gebėjimais prižiūrėti gimiantį naujagimį (5)		0,09	0,20**	-0,24**	-0,10	-		
Žindymo saviveiksmingumas (6)		0,16*	0,18*	-0,15*	-0,16*	0,44**	-	
Pasitikėjimas gebėjimu žindyti (7)		0,12	0,11	-0,12*	-0,10	0,46**	0,59**	-
Pasitenkinimas priežiūra nėštumo metu (8)		0,12*	0,11	-0,04	0,02	0,21**	0,05	0,09

Pateikti Spearman koreliacijos koeficientai *- $p < 0,05$; ** - $p < 0,001$.

PROM ir PREM rodiklių tarpusavio koreliacijos taip pat buvo įvertintos pagal nėštumo priežiūros modelius: akušerio vadovaujamos priežiūros modelyje (3 priedas) ir gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros modelyje (4 priedas). Abiejose grupėse nustatyta panaši koreliacijų struktūra.

Siekiant įvertinti koreliacijų skirtumus tarp priežiūros modelių, taikytas Fišerio z testas. Rezultatai parodė, kad dalis koreliacijų tarp modelių statistiškai reikšmingai skyrėsi. Nustatyta, kad fizinės sveikatos ir skausmo poveikio seksualiniam gyvenimui sąsaja buvo stipresnė gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros modelyje ($p < 0,001$). Taip pat šiame modelyje stipresnės buvo psichinės sveikatos sąsajos su pasitikėjimu rūpintis gimiančiu naujagimiu bei kai kurie ryšiai su depresijos simptomais ir pasitenkinimu priežiūra nėštumo metu. Nepaisant nustatytų skirtumų, bendra koreliacijų

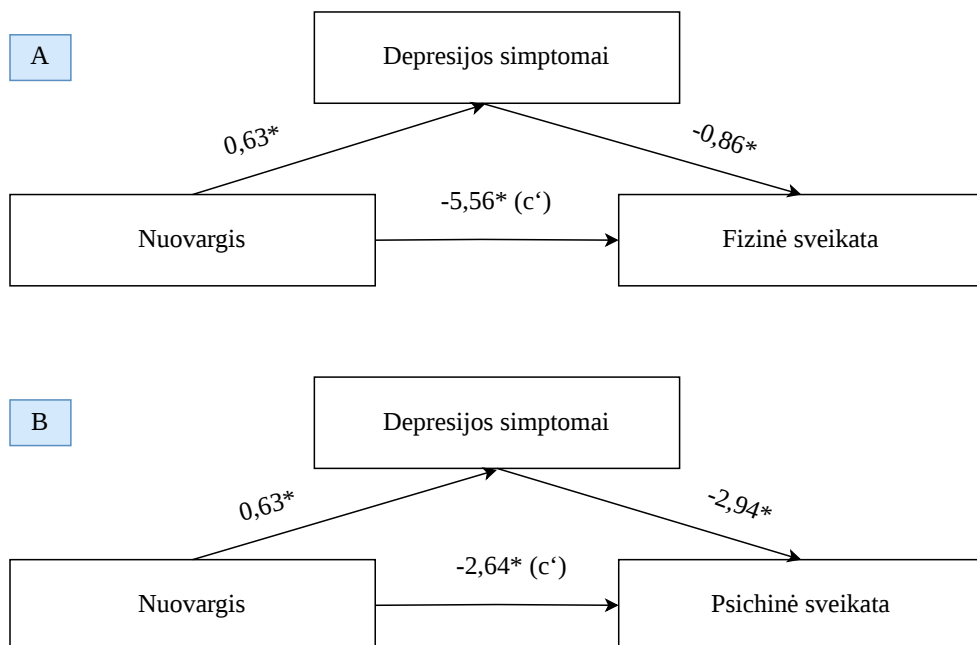
struktūra abiejose priežiūros modelių grupėse iš esmės išliko panaši (3.3.1.2 lentelė).

3.3.1.2 lentelė. PROM ir PREM rodiklių koreliacijų palyginimas tarp skirtingų nėštumo priežiūros modelių (N = 290)

Klausimynai / skalės		1	2	3	4	5	6	7
Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė	Fizinė sveikata (1)	–						
	Psichinė sveikata (2)	–0,34	–					
Depresijos simptomai (3)		–0,53	0,26	–				
Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui (4)		3,12**	1,12	1,01	–			
Pasitikėjimas savo gebėjimais prižiūrėti gimiantį naujagimį (5)		0,43	2,06*	0,13	1,88	–		
Žindymo saviveiksmingumas (6)		0,89	1,91	0,12	0,71	0,62	–	
Pasitikėjimas gebėjimu žindyti (7)		1,56	1,36	0,34	0,35	0,50	0,10	–
Pasitenkinimas priežiūra nėštumo metu (8)		1,92	2,12*	2,90**	0,25	1,97*	1,24	0,79

Pateiktos Fišerio z testo reikšmės, lyginant koreliacijų koeficientus tarp skirtingų priežiūros modelių. *p < 0,05; **p < 0,001

Remiantis teorinėmis prielaidomis apie galimą depresijos simptomų kaip tarpinio mechanizmo vaidmenį bei nustatytomis statistiškai reikšmingomis sąsajomis tarp kintamųjų, buvo atlikta mediacijos analizė. Analizuoti du paprastosios mediacijos modeliai, vertinant depresijos simptomų mediacinį vaidmenį ryšyje tarp nuovargio ir fizinės bei psichinės sveikatos (3.3.1.1 pav.).



3.3.1.1 pav. Depresijos simptomų mediacinis vaidmuo ryšiui tarp nuovargio ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės: A – fizinė sveikata, B – psichinė sveikata

* $p < 0,001$, c' – tiesioginis efektas

Nuovargis (A ir B modeliai, 3.3.1.1 pav.) medijuoja ryšį su fizine ir psichine sveikata per depresijos simptomus (3.3.1.3–3.3.1.4 lentelės). Modeliai rodo, kad didesnis nuovargis yra susijęs su didesniais depresijos simptomais ($p < 0,001$), o didesni depresijos simptomai yra susiję su prastesne fizine ir psichine sveikata ($p < 0,001$). Stebimas ir tiesioginis ryšys tarp nuovargio ir fizinės bei psichinės sveikatos ($p < 0,001$): didesnis nuovargis yra susijęs su prastesne sveikata.

3.3.1.3 lentelė. Nuovargio ir depresijos simptomų ryšiai su fizine ir psichine sveikata

Veiksniai	B	β	St. paklaida	t	95 proc., PI	p
Depresijos simptomai						
Nuovargis	0,63	-0,37	0,10	6,64	[0,44; 0,82]	<0,001
F				44,14		
R ²				0,13		

3.3.1.3 lentelės tęsinys

Veiksniai	B	β	St. paklaida	t	95 proc., PI	p
Fizinė sveikata						
Nuovargis	-5,56	-0,66	0,44	-12,75	[-6,42; -4,70]	<0,001
Depresijos simptomai	-0,86	-0,38	0,25	-3,41	[-1,35; -0,36]	<0,001
F	118,69					
R ²	0,45					
Psichinė sveikata						
Nuovargis	-2,64	-0,42	0,52	-5,05	[-3,66; -1,61]	<0,001
Depresijos simptomai	-2,49	-0,52	0,30	-8,27	[-3,09; -1,90]	<0,001
F	71,70					
R ²	0,33					

B – grynasis β koeficientas; Beta – standartizuotasis β koeficientas; t – Stjudento kriterijaus reikšmė; PI – pasikliautinis intervalas; p – veiksnio statistinis reikšmingumas; F – Fišerio kriterijaus reikšmė; R² – determinacijos koeficientas.

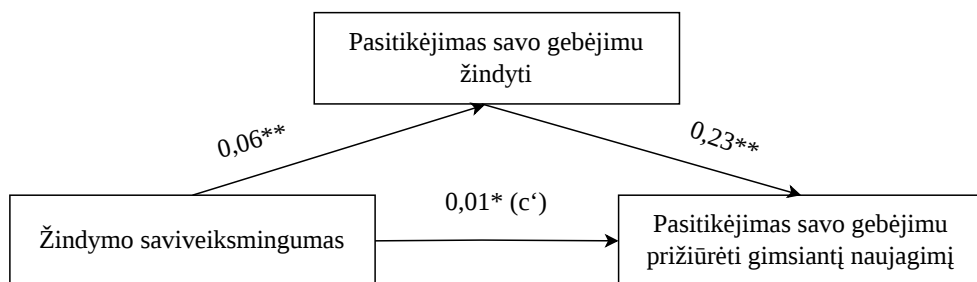
Šiuo atveju stebima dalinė mediacija, kadangi nustatyti tiek tiesioginiai, tiek netiesioginiai efektai (3.3.1.4 lentelė). Netiesioginis modelio efektas (ryšys per mediatorių) abiejuose modeliuose yra mažesnis už tiesioginį, tačiau statistiškai reikšmingas. Tai rodo, kad depresijos simptomai yra svarbus kintamasis, siejantis nuovargį su fizinės ir psichinės sveikatos rodikliais.

3.3.1.4 lentelė. Tiesioginis, netiesioginis ir bendras nuovargio poveikis fizinei ir psichinei sveikatai, tarpininkaujant depresijos simptomams

	Efektas	St. paklaida	95 proc. PI
Fizinė sveikata			
Tiesioginis efektas	5,56	0,44	[4,70; 6,42]
Netiesioginis efektas	0,54	0,23	[0,14; 1,03]
Bendras efektas	6,10	0,49	[5,14; 7,06]
Psichinė sveikata			
Tiesioginis efektas	2,64	0,52	[1,61; 3,66]
Netiesioginis efektas	1,57	0,34	[0,94; 2,25]
Bendras efektas	4,21	0,63	[2,99; 5,43]

PI – pasikliautinis intervalas.

Siekiant įvertinti pasitikėjimo savo gebėjimu žindyti, kaip tarpinio kintamojo, vaidmenį ryšyje tarp žindymo saviveiksmingumo ir motinos pasitikėjimo gebėjimu prižiūrėti gimiantį naujagimį, buvo sudarytas paprastosios mediacijos modelis (3.3.1.2 pav.).



3.3.1.2 pav. Pasitikėjimo gebėjimu žindyti mediacinis vaidmuo ryšiu tarp žindymo saviveiksmingumo ir motinos pasitikėjimo gebėjimu prižiūrėti kūdikį.

* $p < 0,01$, ** $p < 0,001$, c' – tiesioginis efektas.

Modelis rodo, kad didesnis žindymo saviveiksmingumas yra susijęs su didesniu pasitikėjimu savo gebėjimu žindyti ($p < 0,001$), o didesnis pasitikėjimas savo gebėjimu žindyti yra susijęs su didesniu motinos pasitikėjimu gebėjimu prižiūrėti gimiantį naujagimį ($p < 0,001$). Stebimas ir tiesioginis ryšys tarp žindymo saviveiksmingumo ir motinos pasitikėjimo gebėjimu prižiūrėti gimiantį naujagimį ($p = 0,006$): didesnis žindymo saviveiksmingumas yra susijęs su didesniu pasitikėjimu (3.3.1.5 lentelė).

3.3.1.5 lentelė. Žindymo saviveiksmingumo, pasitikėjimo gebėjimu žindyti ir motinos pasitikėjimo gebėjimu prižiūrėti gimiantį naujagimį ryšiai

Veiksniai	B	β	St. paklaida	t	95 proc., PI	p
Pasitikėjimas savo gebėjimu žindyti						
Žindymo saviveiksmingumas	0,06	0,61	0,01	13,1	[0,05; 0,07]	<0,001
F	170,31					
R ²	0,37					
Pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti gimiantį naujagimį						
Žindymo saviveiksmingumas	0,01	0,37	0,01	2,75	[0,01; 0,02]	= 0,006
Pasitikėjimas savo gebėjimu žindyti	0,23	0,41	0,05	4,41	[0,13; 0,34]	<0,001
F	33,24					
R ²	0,19					

B – grynasis β koeficientas; Beta – standartizuotasis β koeficientas; t – Studento kriterijaus reikšmė; PI – pasikliautinis intervalas; p – veiksnio statistinis reikšmingumas; F – Fišerio kriterijaus reikšmė; R² – determinacijos koeficientas.

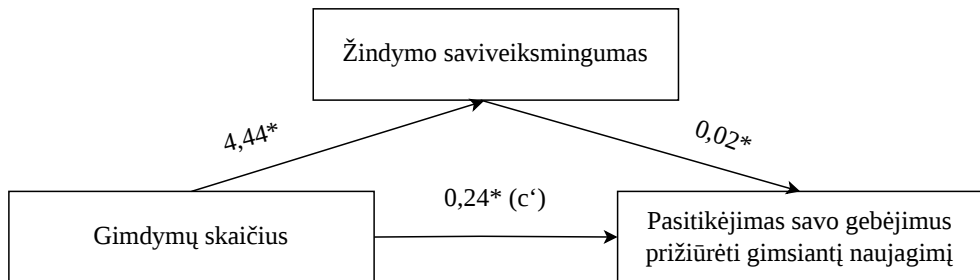
Šiuo atveju stebima dalinė mediacija, kadangi nustatyti tiek tiesioginiai, tiek netiesioginiai efektai (3.3.1.6 lentelė). Netiesioginio ir tiesioginio efektų dydžiai yra beveik vienodi ir statistiškai reikšmingi. Tai rodo, kad pasitikėjimas savo gebėjimu žindyti yra svarbus kintamasis, siejantis žindymo savi-veiksmingumą su motinos pasitikėjimu gebėjimu prižiūrėti gimšiantį nauja-gimį.

3.3.1.6 lentelė. Tiesioginis, netiesioginis ir bendras žindymo saviveiksmingu-mo poveikis motinos pasitikėjimui gebėjimu prižiūrėti kūdikį, tarpininkaujant pasitikėjimui gebėjimu žindyti

	Efektas	St. paklaida	95 proc. PI
Tiesioginis efektas	0,01	0,01	[0,01; 0,02]
Netiesioginis efektas	0,01	0,01	[0,01; 0,02]
Bendras efektas	0,03	0,01	[0,02; 0,04]

PI – pasikliautinis intervalas.

Taip pat analizuotas paprastosios mediacijos modelis, kuriame žindymo saviveiksmingumas vertintas kaip tarpinis kintamasis ryšyje tarp gimdymų skaičiaus ir motinos pasitikėjimo savo gebėjimais prižiūrėti gimšiantį nauja-gimį (3.3.1.3 pav.).



3.3.1.3 pav. Pasitikėjimo gebėjimu žindyti mediacinis vaidmuo ryšiui tarp žindymo saviveiksmingumo ir motinos pasitikėjimo gebėjimu prižiūrėti gimšiantį naujagimį

* $p < 0,001$, c' – tiesioginis efektas.

Modelis rodo, kad didesnis gimdymų skaičius yra susijęs su didesniu žin-dymo saviveiksmingumu ($p < 0,001$), o didesnis žindymo saviveiksmingu-mas yra susijęs su didesniu motinos pasitikėjimu savo gebėjimais prižiūrėti gimšiantį naujagimį ($p < 0,001$). Stebimas ir tiesioginis ryšys tarp gimdymų skaičiaus ir motinos pasitikėjimo ($p < 0,001$): didesnis gimdymų skaičius yra susijęs su didesniu pasitikėjimu (3.3.1.7 lentelė).

3.3.1.7 lentelė. *Gimdymų skaičiaus ir žindymo saviveiksmingumo poveikis motinos pasitikėjimui savo gebėjimais prižiūrėti gimšiantį naujagimį*

Veiksniai	B	β	St. paklaida	t	95 proc., PI	p
Pasitikėjimas žindymo saviveiksmingumu						
Gimdymų skaičius	4,44	0,31	0,80	5,57	[2,87; 6,01]	<0,001
F	31,06					
R ²	0,10					
Motinos pasitikėjimas kūdikio priežiūra						
Gimdymų skaičius	0,24	0,31	0,06	3,82	[0,12; 0,36]	<0,001
Pasitikėjimas žindymo saviveiksmingumu	0,02	0,37	0,01	5,28	[0,01; 0,03]	<0,001
F	30,44					
R ²	0,18					

B – grynasis β koeficientas; Beta – standartizuotasis β koeficientas; t – Studento kriterijaus reikšmė; PI – pasikliautinis intervalas; p – veiksnio statistinis reikšmingumas; F – Fišerio kriterijaus reikšmė; R² – determinacijos koeficientas.

Šiuo atveju stebima dalinė mediacija, kadangi nustatyti tiek tiesioginiai, tiek netiesioginiai efektai (3.3.1.8 lentelė). Netiesioginis modelio efektas (ryšys per mediatorių) yra mažesnis už tiesioginį, tačiau statistiškai reikšmingas. Tai rodo, kad žindymo saviveiksmingumas yra svarbus kintamasis, siejantis gimdymų skaičių su motinos pasitikėjimu savo gebėjimais prižiūrėti gimšiantį naujagimį.

3.3.1.8 lentelė. *Tiesioginis, netiesioginis ir bendras gimdymų skaičiaus poveikis motinos pasitikėjimui savo gebėjimais prižiūrėti kūdikį, tarpininkaujant žindymo saviveiksmingumui.*

	Efektas	St. paklaida	95 proc. PI
Tiesioginis efektas	0,24	0,06	[0,12; 0,36]
Netiesioginis efektas	0,10	0,03	[0,05; 0,17]
Bendras efektas	0,34	0,06	[0,23; 0,46]

PI – pasikliautinis intervalas.

Apibendrinant gautus rezultatus nustatyta, kad nėštumo laikotarpiu tiriamų PROM ir PREM rodiklių tarpusavio ryšiai yra statistiškai reikšmingi ir tarpusavyje susiję. Mediacinė analizė parodė, kad šie ryšiai pasireiškia tiek tiesiogiai, tiek netiesiogiai, kai depresijos simptomai ir žindymo saviveiksmingumas veikia kaip tarpiniai veiksniai, siejantys nuovargį, gimdymų skaičių ir pasitikėjimo rodiklius su motinos sveikata bei pasitikėjimu savo gebėjimais prižiūrėti naujagimį.

3.3.2. PROM sąsajos ir mediaciniai ryšiai 1–3 parą po gimdymo

Pirmą–trečią parą po gimdymo nustatyti statistiškai reikšmingi ryšiai tarp PROM rodiklių (3.3.2.1 lentelė). Tarp žindymo saviveiksmingumo ir pasitikėjimo savo gebėjimais prižiūrėti naujagimį nustatytas vidutinio stiprumo tiesioginis ryšys, rodantis, kad didesnis moterų pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį buvo susijęs su didesniu žindymo saviveiksmingumu. Tuo tarpu tarp motinos ir naujagimio ryšio bei žindymo saviveiksmingumo, taip pat tarp motinos ir naujagimio ryšio bei pasitikėjimo savo gebėjimais prižiūrėti naujagimį nustatyti silpni atvirkštiniai ryšiai. Tai rodo, kad prastėjant motinos ir naujagimio ryšiui mažėjo žindymo saviveiksmingumas ir pasitikėjimas savo gebėjimais prižiūrėti naujagimį.

3.3.2.1 lentelė. PROM rodiklių tarpusavio koreliacijos 1–3 parą po gimdymo ($N = 349$)

PROM rodikliai	1	2	3
Žindymo saviveiksmingumas (1)	–		
Pasitikėjimas savo gebėjimais prižiūrėti naujagimį (2)	0,45**	–	
Motinos ir naujagimio ryšys (3)	–0,28**	–0,33**	–

Pateikti Spearman koreliacijos koeficientai. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

PROM rodiklių koreliacijos taip pat buvo įvertintos pagal priežiūros modelius: akušerio vadovaujamos priežiūros modelyje (5 priedas) ir gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros modelyje (6 priedas). Abiejose grupėse nustatyta tokia pati koreliacijų kryptis. Siekiant įvertinti koreliacijų skirtumus tarp priežiūros modelių, taikytas Fišerio z testas. Rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingų koreliacijų skirtumų tarp akušerio ir gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamų priežiūros modelių nenustatyta (3.3.2.2 lentelė).

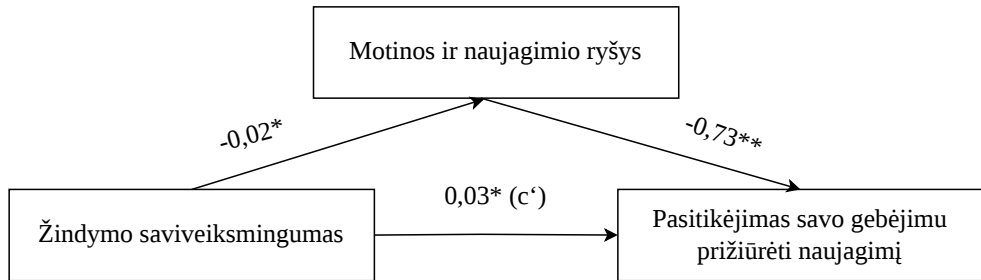
3.3.2.2 lentelė. PROM rodiklių koreliacijų palyginimas tarp skirtingų priežiūros modelių 1–3 parą po gimdymo ($N = 349$)

PROM rodikliai	1	2	3
Žindymo saviveiksmingumas (1)	–		
Pasitikėjimas savo gebėjimais prižiūrėti naujagimį (2)	–0,70	–	
Motinos ir naujagimio ryšys (3)	–0,39	–0,39	–

Pateiktos Fišerio z testo reikšmės, lyginant koreliacijų koeficientus tarp skirtingų priežiūros modelių.

Siekiant įvertinti motinos pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį, kaip tarpinio kintamojo, vaidmenį ryšyje tarp žindymo saviveiksmingumo ir

motinos bei naujagimio ryšio, buvo sudarytas paprastosios mediacijos modelis (3.3.2.1 pav.).



3.3.2.1 pav. Motinos ir naujagimio ryšio mediacinis vaidmuo ryšyje tarp žindymo saviveiksmingumo ir motinos pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, c' – tiesioginis efektas.

Modelis rodo, kad didesnis žindymo saviveiksmingumas yra susijęs su didesniu motinos pasitikėjimu savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį ($p < 0,001$), o didesnis pasitikėjimas yra statistiškai reikšmingai susijęs su motinos ir naujagimio ryšiu ($p < 0,001$). Stebimas ir tiesioginis ryšys tarp žindymo saviveiksmingumo ir motinos bei naujagimio ryšio ($p = 0,017$): didesnis žindymo saviveiksmingumas yra susijęs su geresniu motinos ir naujagimio ryšiu (3.3.2.3 lentelė).

3.3.2.3 lentelė. Žindymo saviveiksmingumo ir motinos pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį reikšmė motinos ir naujagimio ryšiui

Veiksniai	B	β	St. paklaida	t	95 proc., PI	p
Pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį						
Žindymo saviveiksmingumas	0,03	0,43	0,01	8,73	[0,02; 0,03]	<0,001
F	76,29					
R ²	0,18					
Motinos ir naujagimio ryšys						
Žindymo saviveiksmingumas	-0,02	-0,25	0,01	-2,39	[-0,04; -0,01]	0,017
Pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį	-0,73	-0,33	0,15	-4,79	[-1,01; -0,44]	<0,001
F	24,74					
R ²	0,13					

B – grynasis β koeficientas; Beta – standartizuotasis β koeficientas; t – Studento kriterijaus reikšmė; PI – pasikliautinis intervalas; p – veiksnio statistinis reikšmingumas; F – Fišerio kriterijaus reikšmė; R² – determinacijos koeficientas.

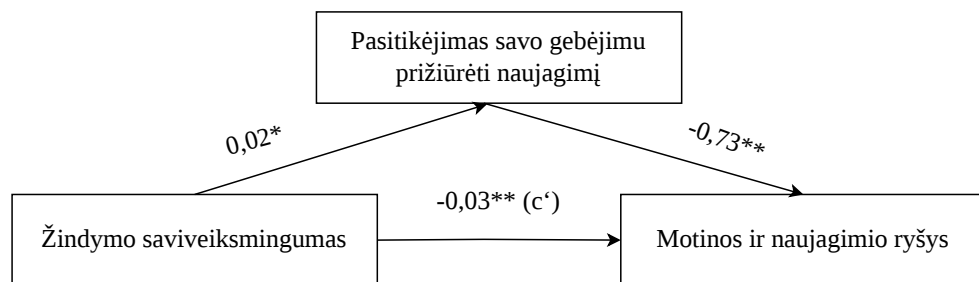
Šiuo atveju stebima dalinė mediacija, kadangi nustatyti tiek tiesioginiai, tiek netiesioginiai efektai (3.3.2.4 lentelė). Netiesioginis modelio efektas nėra didesnis už tiesioginį, tačiau yra statistiškai reikšmingas. Tai rodo, kad motinos pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį yra svarbus kintamasis, siejantis žindymo saviveiksmingumą su motinos ir naujagimio ryšiu.

3.3.2.4 lentelė. Tiesioginis, netiesioginis ir bendras žindymo saviveiksmingumo efektas motinos ir naujagimio ryšiu, tarpininkaujant motinos pasitikėjimui savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį

	Efektas	St. paklaida	95 proc. PI
Tiesioginis efektas	-0,02	0,01	[-0,04; -0,01]
Netiesioginis efektas	-0,02	0,01	[-0,03; -0,01]
Bendras efektas	-0,04	0,01	[-0,06; -0,02]

PI – pasikliautinis intervalas.

Siekiant įvertinti motinos ir naujagimio ryšio, kaip tarpinio kintamojo, vaidmenį ryšyje tarp žindymo saviveiksmingumo ir motinos pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį, buvo sudarytas paprastosios mediacijos modelis (3.3.2.2 pav.).



3.3.2.2 pav. Motinos pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį mediacinis vaidmuo ryšyje tarp žindymo saviveiksmingumo ir motinos ir naujagimio ryšio

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, c' – tiesioginis efektas.

Modelis rodo, kad didesnis žindymo saviveiksmingumas yra susijęs su geresniu motinos ir naujagimio ryšiu ($p < 0,001$), o geresnis motinos ir naujagimio ryšys yra statistiškai reikšmingai susijęs su didesniu motinos pasitikėjimu savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį ($p < 0,001$). Stebimas ir tiesioginis ryšys tarp žindymo saviveiksmingumo ir motinos pasitikėjimo ($p = 0,017$): didesnis žindymo saviveiksmingumas yra susijęs su didesniu pasitikėjimu (3.3.2.5 lentelė).

3.3.2.5 lentelė. Žindymo saviveiksmingumo reikšmė motinos ir naujagimio ryšiui ir motinos pasitikėjimui savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį

Veiksniai	B	β	St. paklaida	t	95 proc., PI	p
Motinos ir naujagimio ryšys						
Žindymo saviveiksmingumas	-0,03	-0,25	0,01	-8,73	[-0,03; -0,02]	<0,001
F	76,29					
R ²	0,19					
Pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį						
Žindymo saviveiksmingumas	0,02	0,43	0,01	2,39	[0,01; 0,04]	0,017
Motinos ir naujagimio ryšys	-0,73	-0,33	0,15	-4,97	[-1,01; -0,44]	<0,001
F	24,74					
R ²	0,13					

B – grynasis β koeficientas; Beta – standartizuotasis β koeficientas; t – Studento kriterijaus reikšmė; PI – pasikliautinis intervalas; p – veiksnio statistinis reikšmingumas; F – Fišerio kriterijaus reikšmė; R² – determinacijos koeficientas.

Šiuo atveju stebima dalinė mediacija, kadangi nustatyti tiek tiesioginiai, tiek netiesioginiai efektai (3.3.2.6 lentelė). Netiesioginis modelio efektas nėra didesnis už tiesioginį, tačiau yra statistiškai reikšmingas. Tai rodo, kad motinos ir naujagimio ryšys yra svarbus kintamasis, siejantis žindymo saviveiksmingumą su motinos pasitikėjimu savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį.

3.3.2.6 lentelė. Tiesioginis, netiesioginis ir bendras žindymo saviveiksmingumo efektas motinos pasitikėjimui savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį, tarpininkaujant motinos ir naujagimio ryšiui

	Efektas	St. paklaida	95 proc. PI
Tiesioginis efektas	-0,02	0,01	[-0,04; -0,01]
Netiesioginis efektas	-0,02	0,01	[-0,03; -0,01]
Bendras efektas	-0,04	0,01	[-0,06; -0,02]

PI – pasikliautinis intervalas.

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad 1–3 parą po gimdymo nustatyti statistiškai reikšmingi ryšiai tarp žindymo saviveiksmingumo, motinos pasitikėjimo savo gebėjimais prižiūrėti naujagimį ir motinos bei naujagimio ryšio. Mediacinė analizė parodė, kad šie ryšiai pasireiškia tiek tiesiogiai, tiek netiesiogiai, kai motinos pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį veikia kaip tarpinis veiksnys.

3.3.3. PROM ir PREM sąsajos ir mediaciniai ryšiai 6–8 savaitę po gimdymo

Šeštą–aštuntą savaitę po gimdymo nustatyti statistiškai reikšmingi įvairaus stiprumo ryšiai tarp PROM ir PREM rodiklių (3.3.3.1 lentelė). Tarp fizinės ir psichinės sveikatos nustatytas vidutinio stiprumo tiesioginis ryšys, rodantis, kad geresnė fizinė sveikata buvo susijusi su geresne psichine sveikata. Tiesioginiai ryšiai taip pat nustatyti tarp pasitikėjimo gebėjimu žindyti, žindymo saviveiksmingumo bei pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį – didėjant moterų pasitikėjimui savo gebėjimais, didėjo ir žindymo saviveiksmingumas.

Tarp motinos ir kūdikio ryšio bei fizinės ir psichinės sveikatos, pasitikėjimo gebėjimu žindyti ir gimdymo patirties nustatyti atvirkštiniai ryšiai, rodantys, kad prastėjant motinos ir kūdikio ryšiui blogėjo suvokiama sveikata, mažėjo pasitikėjimas savo gebėjimu žindyti ir blogėjo gimdymo patirtis. Taip pat nustatyti atvirkštiniai ryšiai tarp depresijos simptomų ir fizinės bei psichinės sveikatos, pasitikėjimo gebėjimu žindyti, žindymo saviveiksmingumo bei pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį. Tai rodo, kad didėjant depresijos simptomų įverčiams blogėjo suvokiama gyvenimo kokybė ir mažėjo moterų pasitikėjimas savo gebėjimais.

Gimdymo patirtis buvo tiesiogiai susijusi su fizine ir psichine sveikata, žindymo rodikliais bei pasitikėjimu savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį, o didesnis pasitenkinimas priežiūra gimdymo metu buvo susijęs su geresne psichine sveikata, pozityvesne gimdymo patirtimi ir stipresniu motinos bei kūdikio ryšiu (3.3.3.1 lentelė).

3.3.3.1 lentelė. PROM ir PREM tarpusavio koreliacijos 6–8 savaitę po gimdymo (N = 218)

PROM ir PREM rodikliai		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė	Fizinė sveikata (1)	–								
	Psichinė sveikata (2)	0,45**	–							
Pasitikėjimas gebėjimu žindyti (3)		0,19*	0,26**	–						
Žindymo saviveiksmingumas (4)		0,07	0,11	0,62**	–					
Pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį (5)		0,28**	0,28**	0,41**	0,43**	–				
Motinos ir kūdikio ryšys (6)		–0,23**	–0,37**	–0,20*	–0,12	–0,12	–			
Depresijos simptomai (7)		–0,19*	–0,47**	–0,36**	–0,14*	–0,21*	0,19*	–		
Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui (8)		–0,14*	–0,16*	–0,07	–0,22*	–0,16*	0,12	0,11	–	
Gimdymo patirtis (9)		0,14*	0,26**	0,33*	0,31**	0,19*	–0,31**	–0,15*	–0,15*	–
Pasitenkinimas priežiūra gimdymo metu (10)		0,16*	0,29**	0,02	0,07	0,07	–0,25**	0,06	–0,11	0,35**

Pateikti Spearman koreliacijos koeficientai. *p < 0,05; **p < 0,001.

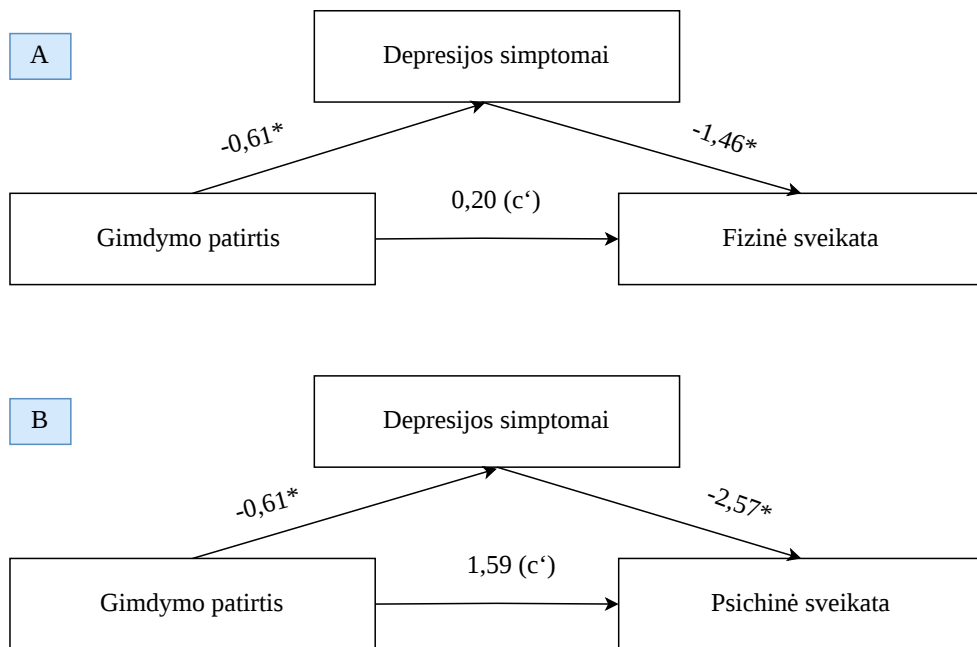
PROM ir PREM rodiklių tarpusavio koreliacijos buvo įvertintos pagal priežiūros modelius: akušerio vadovaujamos priežiūros modelyje (7 priedas) ir gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros modelyje (8 priedas). Koreliacijų skirtumų tarp priežiūros modelių statistiniam reikšmingumui nustatyti taikytas Fišerio z testas. Rezultatai parodė, kad dalis tirtų rodiklių koreliacijų tarp skirtingų priežiūros modelių statistiškai reikšmingai skyrėsi. Nustatyta, kad fizinės ir psichinės sveikatos bei psichinės sveikatos ir depresijos simptomų sąsajos buvo stipresnės gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros modelyje. Tuo tarpu ryšiai tarp žindymo rodiklių ir pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį buvo stipresni akušerio vadovaujamos priežiūros modelyje. Nepaisant nustatytų skirtumų, bendra koreliacijų struktūra abiejose priežiūros modelių grupėse iš esmės išliko panaši (3.3.3.2 lentelė).

3.3.3.2 lentelė. PROM ir PREM koreliacijų palyginimas tarp skirtingų priežiūros modelių 6–8 savaitę po gimdymo (N = 218)

PROM ir PREM rodikliai		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė	Fizinė sveikata (1)	–								
	Psichinė sveikata (2)	–5,89**	–							
Pasitikėjimas gebėjimu žindyti (3)		–2,40*	–0,85							
Žindymo saviveiksmingumas (4)		–1,53	2,33*	3,22*	–					
Pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį (5)		1,65	–0,63	1,59	1,62	–				
Motinos ir kūdikio ryšys (6)		1,28	0,73	–0,38	–0,59	–1,18	–			
Depresijos simptomai (7)		2,78*	7,11**	1,33	–2,24*	0,10	–0,74	–		
Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui (8)		1,32	2,15*	–0,22	0,08	0,12	–0,75	0,14	–	
Gimdymo patirtis (9)		–1,76	3,50**	–3,29*	–2,70*	–1,56	0,63	1,97*	1,67	–
Pasitenkinimas priežiūra gimdymo metu (10)		–1,88	–2,24*	–0,15	0,07	–0,74	0,05	2,18*	1,27	–7,40**

Pateiktos Fišerio z testo reikšmės, lyginant koreliacijų koeficientus tarp skirtingų priežiūros modelių, *p < 0,05; **p < 0,001

Gimdymo patirtis yra svarbus veiksnys, galintis turėti įtakos moters fizinei ir psichinei sveikatai pogramdyminiu laikotarpiu. Siekiant įvertinti galimus šių ryšių mechanizmus, buvo analizuoti mediacijos modeliai, vertinant depresijos simptomų, kaip tarpinio kintamojo, vaidmenį ryšyje tarp gimdymo patirties ir sveikatos būklės 6–8 savaitėjų po gimdymo laikotarpiu (3.3.3.1 pav.)



3.3.3.1 pav. Depresijos simptomų mediacinis vaidmuo ryšyje tarp gimdymo patirties ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės: A – fizinė sveikata, B – psichinė sveikata

* $p < 0,001$, c' – tiesioginis efektas.

Modeliai rodo, kad geresnė gimdymo patirtis yra statistiškai reikšmingai susijusi su mažesniais depresijos simptomais ($p < 0,001$), o didesni depresijos simptomai yra susiję su prastesne fizine ($p < 0,001$) ir psichine sveikata ($p < 0,001$). Tiesioginis ryšys tarp gimdymo patirties ir fizinės ($p = 0,718$) bei psichinės sveikatos ($p = 0,148$) nenustatytas (3.3.3.3 lentelė).

3.3.3.3 lentelė. Gimdymo patirties ir depresijos simptomų poveikis fizinei ir psichinei sveikatai

Veiksniai	B	β	St. paklaida	t	95 proc., PI	p
Depresijos simptomai						
Gimdymo patirtis	-0,61	-0,29	0,13	-4,52	[-0,87; -0,34]	<0,001
F	20,46					
R ²	0,09					
Fizinė sveikata						
Gimdymo patirtis	0,20	0,13	0,55	0,36	[-0,88; 1,27]	0,718
Depresijos simptomai	-1,46	-0,37	0,26	-5,52	[-5,53; -1,16]	<0,001
F	17,43					
R ²	0,14					
Psichinė sveikata						
Gimdymo patirtis	1,59	0,19	1,10	1,45	[-0,57; 3,75]	0,148
Depresijos simptomai	-2,57	-0,35	0,53	-4,83	[-3,62; -1,52]	<0,001
F	16,20					
R ²	0,13					

B – grynasis β koeficientas; Beta – standartizuotasis β koeficientas; t – Studento kriterijaus reikšmė; PI – pasikliautinis intervalas; p – veiksnio statistinis reikšmingumas; F – Fišerio kriterijaus reikšmė; R² – determinacijos koeficientas.

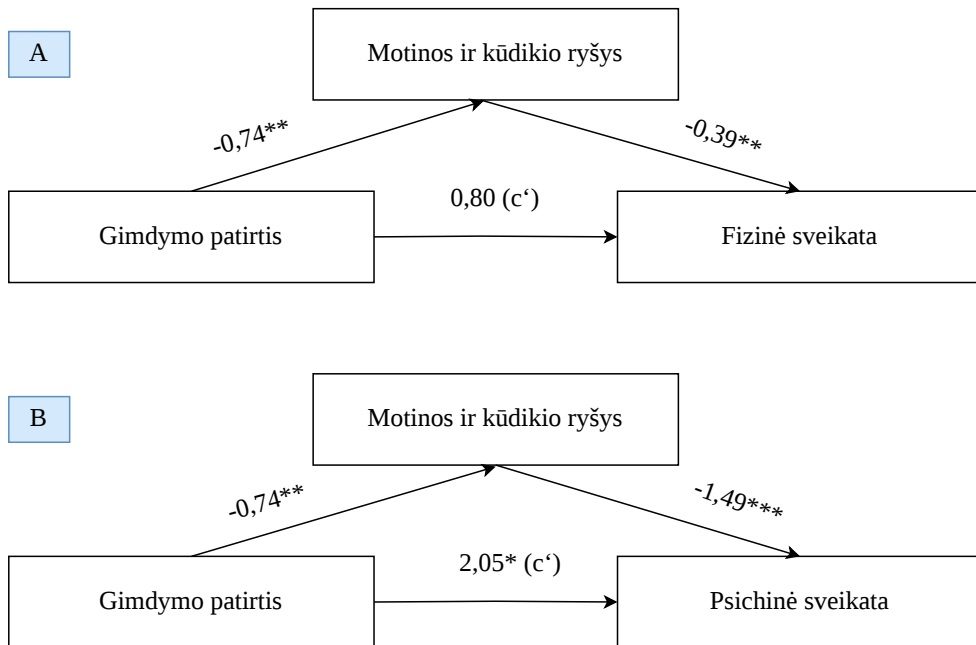
Šiuo atveju stebima pilna mediacija, kadangi tiesioginiai efektai nėra statistiškai reikšmingi, o nustatyti statistiškai reikšmingi netiesioginiai efektai (3.3.3.4 lentelė). Tai rodo, kad gimdymo patirties poveikis fizinei ir psichinei sveikatai pasireiškia per depresijos simptomus. Depresijos simptomai yra svarbus kintamasis, siejantis gimdymo patirtį su fizine ir psichine sveikata.

3.3.3.4 lentelė. Tiesioginis, netiesioginis ir bendras gimdymo patirties poveikis fizinei ir psichinei sveikatai, tarpininkaujant depresiškumui

	Efektas	St. paklaida	95 proc. PI
Fizinė sveikata			
Tiesioginis efektas	-0,20	0,55	[-1,27; 0,88]
Netiesioginis efektas	-0,89	0,25	[-1,42; -0,45]
Bendras efektas	-1,08	0,60	[-2,26; 0,10]
Psichinė sveikata			
Tiesioginis efektas	-1,59	1,10	[-3,75; 0,57]
Netiesioginis efektas	-1,56	0,54	[-2,74; -0,61]
Bendras efektas	-3,15	1,22	[-5,54; -0,75]

PI – pasikliautinis intervalas.

Be anksčiau analizuoto depresijos simptomų mediacinio vaidmens, papildomai įvertintas motinos ir kūdikio ryšio, kaip tarpinio kintamojo, vaidmuo ryšyje tarp gimdymo patirties ir fizinės bei psichinės sveikatos (3.3.3.2 pav.).



3.3.3.2 pav. Motinos ir kūdikio ryšio mediacinis vaidmuo ryšiui tarp gimdymo patirties ir fizinės bei psichinės sveikatos

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, c' – tiesioginis efektas.

Modeliai rodo, kad geresnė gimdymo patirtis yra statistiškai reikšmingai susijusi su geresniu motinos ir kūdikio ryšiu ($p = 0,009$), o geresnis motinos ir kūdikio ryšys yra susijęs su geresne fizine ($p = 0,004$) ir psichine sveikata ($p < 0,001$). Vertinant tiesioginius ryšius nustatyta, kad gimdymo patirtis nėra statistiškai reikšmingai susijusi su fizine sveikata ($p = 0,153$), tačiau yra statistiškai reikšmingai susijusi su psichine sveikata ($p = 0,049$) (3.3.3.5 lentelė).

3.3.3.5 lentelė. Gimdymo patirties ir motinos–kūdikio ryšio poveikis fizinei ir psichinei sveikatai

Veiksniai	B	β	St. paklaida	t	95 proc., PI	p
Motinos ir kūdikio ryšys						
Gimdymo patirtis	-0,74	-0,18	0,28	-2,65	[-1,29; -0,19]	0,009
F				7,02		
R ²				0,03		

3.3.3.5 lentelės tęsinys

Veiksniai	B	β	St. paklaida	t	95 proc., PI	p
Fizinė sveikata						
Gimdymo patirtis	0,80	0,13	0,55	1,43	[-0,30; 1,89]	0,153
Motinos ir kūdikio ryšys	-0,39	-0,21	0,13	-2,92	[-0,65; -0,13]	0,004
F	6,23					
R ²	0,05					
Psichinė sveikata						
Gimdymo patirtis	2,05	0,19	1,04	1,98	[0,01; 4,10]	0,049
Motinos ir kūdikio ryšys	-1,49	-0,40	0,25	-5,95	[-1,98; -1,09]	<0,001
F	22,46					
R ²	0,17					

B – grynasis β koeficientas; Beta – standartizuotasis β koeficientas; t – Studento kriterijaus reikšmė; PI – pasikliautinis intervalas; p – veiksnio statistinis reikšmingumas; F – Fišerio kriterijaus reikšmė; R² – determinacijos koeficientas.

Vertinant mediacijos efektus nustatyta, kad ryšyje tarp gimdymo patirties ir fizinės sveikatos stebima pilna mediacija, kadangi tiesioginis efektas nėra statistiškai reikšmingas, o netiesioginis efektas yra statistiškai reikšmingas (3.3.3.6 lentelė). Tai rodo, kad gimdymo patirties poveikis fizinei sveikatai pasireiškia per motinos ir kūdikio ryšį.

Tuo tarpu psichinės sveikatos atveju nustatyta dalinė mediacija, kadangi reikšmingi tiek tiesioginis, tiek netiesioginis efektai. Tai rodo, kad gimdymo patirties poveikis psichinei sveikatai pasireiškia tiek tiesiogiai, tiek per motinos ir kūdikio ryšį.

3.3.3.6 lentelė. Tiesioginis, netiesioginis ir bendras gimdymo patirties poveikis fizinei ir psichinei sveikatai, tarpininkaujant motinos ir kūdikio ryšiui

	Efektas	St. paklaida	95 proc. PI
Fizinė sveikata			
Tiesioginis efektas	-0,80	0,55	[-1,89; 0,30]
Netiesioginis efektas	-0,29	0,15	[-0,64; -0,05]
Bendras efektas	-1,08	0,57	[-2,21; 0,04]
Psichinė sveikata			
Tiesioginis efektas	-2,05	1,04	[-4,10; -0,01]
Netiesioginis efektas	-1,10	0,43	[-2,00; -0,31]
Bendras efektas	-3,15	1,12	[-5,35; -0,95]

PI – pasikliautinis intervalas.

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad 6–8 savaitę po gimdymo PROM ir PREM rodikliai buvo tarpusavyje statistiškai reikšmingai susiję. Koreliacijų palyginimas tarp skirtingų priežiūros modelių parodė, kad dalis ryšių skyrėsi, tačiau bendra sąsajų struktūra išliko panaši. Mediacinė analizė parodė, kad gimdymo patirties poveikis fizinei ir psichinei sveikatai pasireiškia tiek tiesiogiai, tiek netiesiogiai, kai depresijos simptomai ir motinos bei kūdikio ryšys veikia kaip tarpiniai veiksniai.

3.3.4. PROM ir PREM rodiklių sąsajos ir mediaciniai ryšiai 22–26 savaitę po gimdymo

Siekiant įvertinti tarpusavio ryšius tarp tiriamų PROM ir PREM rodiklių, atlikta koreliacijų analizė 22–26 savaitę po gimdymo. Tarp fizinės ir psichinės sveikatos nustatytas stiprus tiesioginis ryšys, rodantis, kad geresnė fizinė sveikata buvo susijusi su geresne psichine sveikata. Tarp skausmo poveikio seksualiniam gyvenimui bei fizinės ir psichinės sveikatos nustatyti atvirkštiniai ryšiai, rodantys, kad didesnis skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui buvo susijęs su blogesne suvokiama gyvenimo kokybe. Pasitikėjimas savo gebėjimais prižiūrėti kūdikį buvo tiesiogiai susijęs su fizine ir psichine sveikata, o atvirkštiniai ryšiai nustatyti tarp šio rodiklio ir skausmo poveikio seksualiniam gyvenimui bei depresijos simptomų. Tai rodo, kad didėjant depresijos simptomų įverčiams ir skausmo poveikiui seksualiniam gyvenimui mažėjo moterų pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį. Taip pat nustatyti atvirkštiniai ryšiai tarp depresijos simptomų ir fizinės bei psichinės sveikatos, rodantys, kad didėjant depresijos simptomų pasireiškimui blogėjo suvokiama gyvenimo kokybė. Didesnis pasitenkinimas pogimdyvine priežiūra buvo susijęs su geresne psichine sveikata, didesniu pasitikėjimu savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį bei mažesniu depresijos simptomų pasireiškimu (3.3.4.1 lentelė).

3.3.4.1 lentelė. PROM ir PREM rodiklių tarpusavio koreliacijos 22–26 savaitę po gimdymo ($N = 167$)

PROM ir PREM rodikliai		1	2	3	4	5
Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė	Fizinė sveikata (1)	–				
	Psichinė sveikata (2)	0,66**	–			
Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui (3)		–0,28*	–0,22*	–		
Pasitikėjimas savo gebėjimais prižiūrėti kūdikį (4)		0,20*	0,26**	–0,15*	–	
Depresijos simptomai (5)		–0,20*	–0,30**	0,31**	–0,28**	–
Pasitenkinimas pogimdyvine priežiūra (6)		0,14	0,25*	–0,23*	0,22*	–0,40**

Pateikti Spearman koreliacijos koeficientai. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

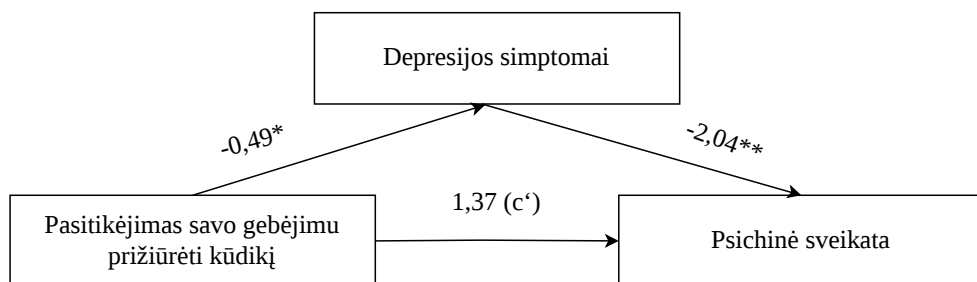
PROM ir PREM rodiklių tarpusavio koreliacijos buvo įvertintos pagal priežiūros modelius: akušerio vadovaujamos priežiūros modelyje (9 priedas) ir gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros modelyje (10 priedas). Koreliacijų skirtumų tarp priežiūros modelių statistiniam reikšmingumui nustatyti taikytas Fišerio z testas, kurio rezultatai parodė, kad 22–26 savaitę po gimdymo daugumos tirtų rodiklių koreliacijos tarp priežiūros modelių statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Statistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas tik tarp pasitenkinimo pogimdymine priežiūra ir pasitikėjimo savo gebėjimais prižiūrėti kūdikį sąsajos ($p < 0,001$). Nustatyta, kad gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamos priežiūros modelyje ši sąsaja buvo statistiškai reikšminga, tuo tarpu akušerio modelyje tokia sąsaja nenustatyta (3.3.4.2 lentelė).

3.3.4.2 lentelė. PROM ir PREM rodiklių koreliacijų skirtumų palyginimas tarp skirtingų priežiūros modelių 22–26 savaitę po gimdymo ($N = 167$)

PROM ir PREM rodikliai		1	2	3	4	5
Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė	Fizinė sveikata (1)	–				
	Psichinė sveikata (2)	0,78	–			
Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui (3)		0,15	0,00	–		
Pasitikėjimas savo gebėjimais prižiūrėti kūdikį (4)		0,65	0,80	0,50	–	
Depresijos simptomai (5)		0,95	0,25	0,25	0,80	–
Pasitenkinimas pogimdymine priežiūra (6)		0,40	0,55	0,15	2,60 **	1,50

Pateiktos Fišerio z testo reikšmės, lyginant koreliacijų koeficientus tarp skirtingų priežiūros modelių. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Siekiant įvertinti galimus ryšių tarp pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį ir psichinės sveikatos mechanizmus, buvo analizuotas mediacijos modelis, vertinant depresijos simptomų, kaip tarpinio kintamojo, vaidmenį (3.3.4.1 pav.).



3.3.4.1 pav. *Depresijos simptomų mediacinis vaidmuo ryšyje tarp pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį ir psichinės sveikatos*

* $p < 0,01$, ** $p < 0,001$, c' – tiesioginis efektas.

Modelis rodo, kad didesnis pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį yra statistiškai reikšmingai susijęs su mažesniais depresijos simptomais ($p = 0,001$), o didesni depresijos simptomai yra susiję su prastesne psichine sveikata ($p < 0,001$). Tiesioginis ryšys tarp pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį ir psichinės sveikatos nenustatytas ($p = 0,079$) (3.3.4.3 lentelė).

3.3.4.3 lentelė. *Pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį ir depresijos simptomų reikšmė psichinei sveikatai*

Veiksniai	B	β	St. paklaida	t	95 proc., PI	p
Depresijos simptomai						
Pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį	-0,49	-0,30	0,12	-4,02	[-0,73; -0,25]	0,001
F	16,14					
R ²	0,09					
Psichinė sveikata						
Pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį	1,37	0,23	0,78	1,77	[-0,16; 2,90]	0,079
Depresijos simptomai	-2,04	-0,37	0,47	-4,33	[-2,98; -1,11]	<0,001
F	14,53					
R ²	0,15					

B – grynasis β koeficientas; Beta – standartizuotasis β koeficientas; t – Studento kriterijaus reikšmė; PI – pasikliautinasis intervalas; p – veiksnio statistinis reikšmingumas; F – Fišerio kriterijaus reikšmė; R² – determinacijos koeficientas.

Vertinant mediacijos efektus nustatyta, kad stebima pilna mediacija, kadangi tiesioginis efektas nėra statistiškai reikšmingas, o netiesioginis efektas yra statistiškai reikšmingas (3.3.4.4 lentelė). Tai rodo, kad pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį poveikis psichinei sveikatai pasireiškia per depresijos simptomus.

3.3.4.4 lentelė. Tiesioginis, netiesioginis ir bendras pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį efektas psichinei sveikatai, tarpininkaujant depresijos simptomams

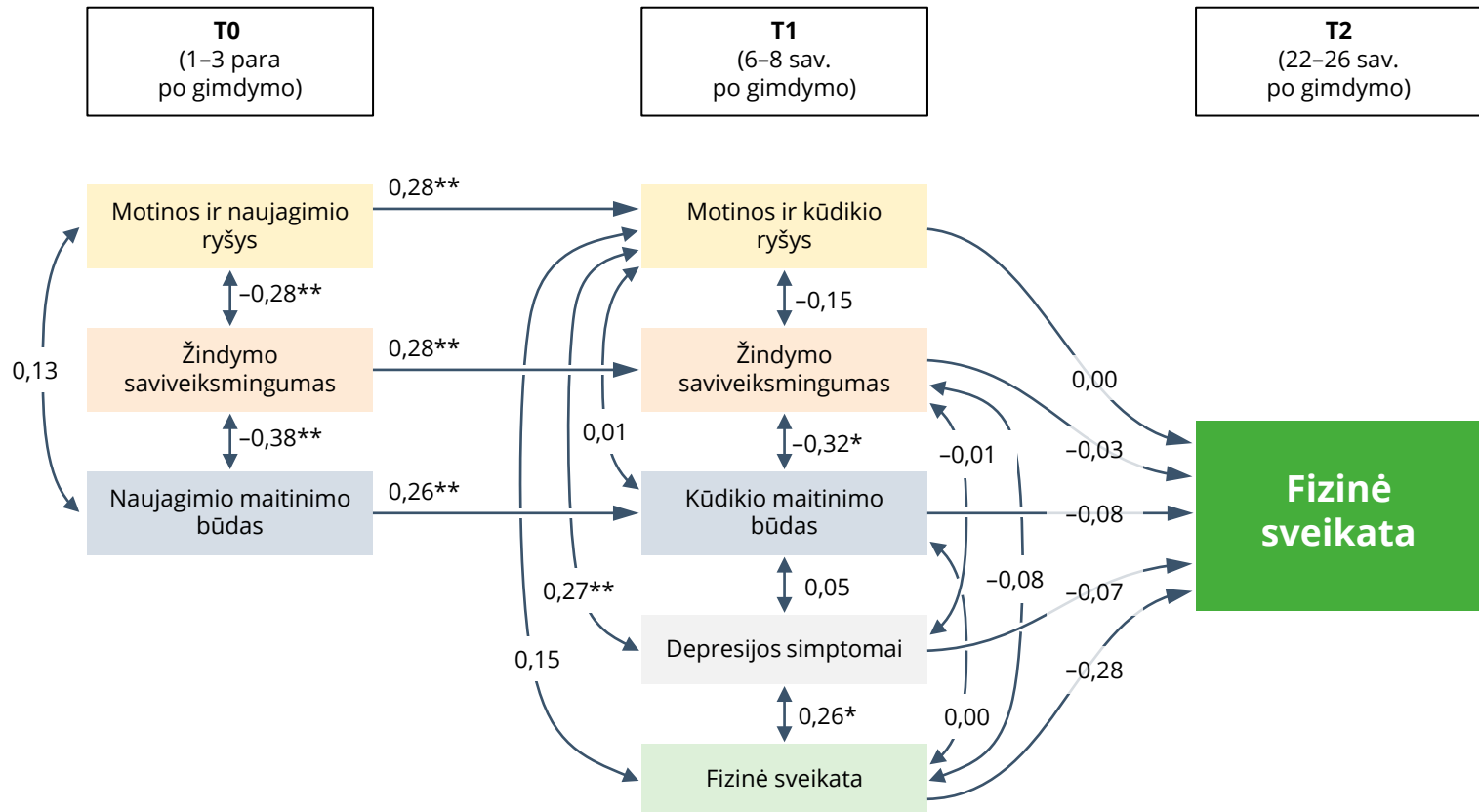
	Efektas	St. paklaida	95 proc. PI
Tiesioginis efektas	1,37	0,78	[-0,16; 2,90]
Netiesioginis efektas	1,00	0,32	[0,41; 1,67]
Bendras efektas	2,37	0,84	[0,73; 4,02]

PI – pasikliautinis intervalas.

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad 22–26 savaitę po gimdymo dauguma tirtų PROM ir PREM rodiklių buvo tarpusavyje statistiškai reikšmingai susiję. Koreliacijų palyginimas tarp skirtingų priežiūros modelių parodė, kad bendra sąsajų struktūra išliko panaši. Mediacinė analizė parodė, kad ryšiai tarp pasitikėjimo savo gebėjimais prižiūrėti kūdikį ir psichinės sveikatos pasireiškia netiesiogiai per depresijos simptomus.

3.4. PROM ir PREM prognozinės reikšmės moters sveikatai vertinimas pogramyminiu laikotarpiu

Siekiant įvertinti PROM ir PREM rodiklių prognozinę reikšmę moters sveikatai pogramyminiu laikotarpiu, buvo taikytas struktūrinių lygčių modeliavimas. Pirmasis SEM modelis atliktas siekiant prognozuoti moters fizinę sveikatą praėjus 22–26 sav. po gimdymo (T2 matavimo metu). Į modelį buvo įtraukti aktualūs kintamieji iš T1 (6–8 sav. po gimdymo) matavimo, potencialiai prognozuojantys moters fizinę sveikatą tyrimo pabaigoje – tai motinos kūdikio ryšys, kūdikio maitinimo būdas, žindymo saviveiksmingumas, depresijos simptomai ir fizinė sveikata. Į modelį taip pat įtraukti kintamieji, turintys atitinkamas T0 (1–3 paros po gimdymo) matavimo reikšmes (motinos ir naujagimio ryšys, naujagimio maitinimo būdas ir žindymo saviveiksmingumas). SEM modelio kelių diagrama pateikta 3.4.1 pav.



3.4.1 pav. Struktūrinio modelio kelių diagrama, skirta prognozuoti moters fizinę sveikatą 22–26 savaitė po gimdymo

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Išsamūs SEM modelyje nagrinėjamų kintamųjų tarpusavio ryšiai pateikti 3.4.1 lentelėje. Vertinant kintamųjų tarpusavio ryšius skirtinguose matavimuose nustatytos reikšmingos, bet nestiprios ($\beta < 0,30$) sąsajos tik tarp tų kintamųjų, kurie buvo analogiškai rodikliai T0 ir T1 matavimuose – motinos ir kūdikio ryšio, žindymo saviveiksmingumo ir kūdikio maitinimo būdo (visi $p < 0,001$). Svarbiausi ryšiai, aktualūs prognozuojant moters fizinę sveikatą tyrimo pabaigoje, buvo statistiškai nereikšmingi. Nereikšmingas ryšys buvo ir vertinant fizinės sveikatos tarpusavio ryšius T1 ir T2 matavimų metu ($p = 0,830$), kas rodo didelį atitinkamų rodiklių pokytį nagrinėjamu laikotarpiu. Tarp nepriklausomų veiksnių, kurie buvo statistiškai nereikšmingi, didžiausias absoliučias reikšmes turėjo kūdikio maitinimo būdas ($\beta = -0,08$) ir depresijos simptomai ($\beta = -0,07$). Rezultatai nepatvirtina prielaidos, jog moters fizinė sveikata 22–26 sav. po gimdymo priklauso nuo kūdikio maitinimo būdo, ryšio su kūdikiu ir ankstesnio fizinės sveikatos lygio.

3.4.1 lentelė. *Nepriklausomų ir priklausomų kintamųjų tarpusavio ryšiai SEM modelyje, prognozuojančiame moters fizinę sveikatą tyrimo pabaigoje*

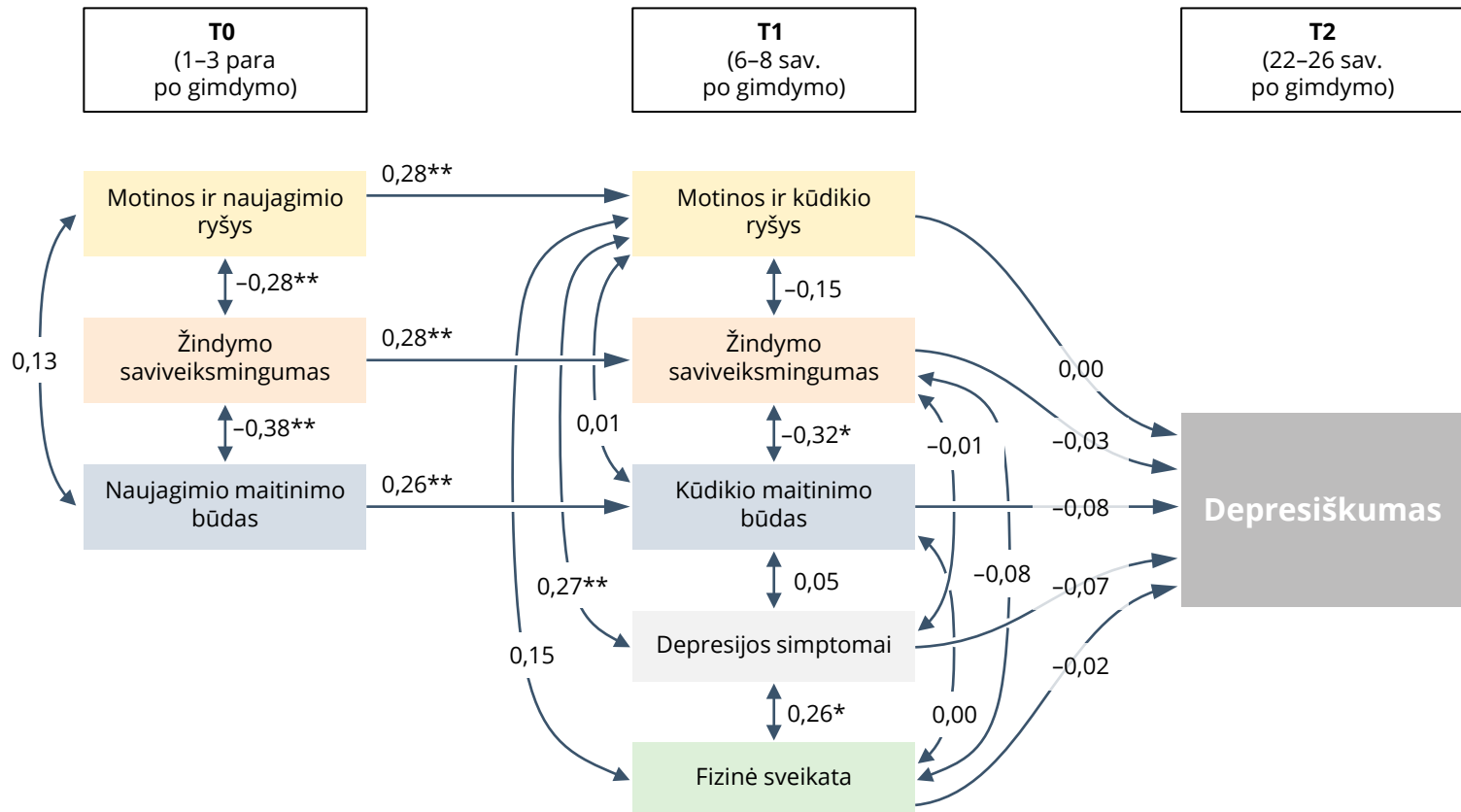
Priklausomas veiksnys	Nepriklausomas veiksnys	β	z	p
Motinos ir kūdikio ryšys 1	Motinos ir naujagimio ryšys 0	0,28	3,90	<0,001
Žindymo saviveiksmingumas 1	Žindymo saviveiksmingumas 0	0,28	3,89	<0,001
Kūdikio maitinimo būdas 1	Naujagimio maitinimo būdas 0	0,26	3,64	<0,001
Fizinė sveikata 2	Fizinė sveikata 1	-0,02	-0,21	0,830
Fizinė sveikata 2	Motinos ir kūdikio ryšys 1	0,00	0,05	0,963
Fizinė sveikata 2	Žindymo saviveiksmingumas 1	-0,03	-0,38	0,707
Fizinė sveikata 2	Depresijos simptomai 1	-0,07	-0,79	0,430
Fizinė sveikata 2	Kūdikio maitinimo būdas 1	-0,08	-0,98	0,328

Apžvelgiant lygiaverčių (kovariantinių kintamųjų) tarpusavio ryšius SEM modelyje galima išskirti keletą sąsajų (3.4.2 lentelė). Tai žindymo saviveiksmingumo sąsajos su motinos ir naujagimio ryšiu ir naujagimio maitinimo būdu T1 matavime ($p < 0,001$), taip pat žindymo saviveiksmingumo ryšys su kūdikio žindymo būdu bei depresijos simptomų sąsajos su fizine sveikata ir motinos ir kūdikio ryšiu ($p < 0,001$). Visi kiti kovariantinių kintamųjų tarpusavio ryšiai buvo statistiškai nereikšmingi.

3.4.2 lentelė. Kovariantinių kintamųjų tarpusavio ryšiai SEM modelyje, prognozuojančiame moters fizinę sveikatą tyrimo pabaigoje

Pirmasis kintamasis	Antrasis kintamasis	β	z	p
Motinos ir naujagimio ryšys 0	Žindymo saviveiksmingumas 0	-0,28	-3,47	<0,001
Motinos ir naujagimio ryšys 0	Naujagimio maitinimo būdas 0	0,13	1,59	0,112
Žindymo saviveiksmingumas 0	Naujagimio maitinimo būdas 0	-0,38	-4,58	<0,001
Motinos ir kūdikio ryšys 1	Žindymo saviveiksmingumas 1	-0,15	-1,89	0,059
Motinos ir kūdikio ryšys 1	Kūdikio maitinimo būdas 1	0,01	0,07	0,948
Žindymo saviveiksmingumas 1	Kūdikio maitinimo būdas 1	-0,32	-3,90	<0,001
Žindymo saviveiksmingumas 1	Fizinė sveikata 1	-0,08	-1,02	0,306
Kūdikio maitinimo būdas 1	Fizinė sveikata 1	0,00	0,06	0,955
Motinos ir kūdikio ryšys 1	Fizinė sveikata 1	0,15	1,86	0,063
Žindymo saviveiksmingumas 1	Depresijos simptomai 1	-0,01	-0,14	0,886
Kūdikio maitinimo būdas 1	Depresijos simptomai 1	0,05	0,59	0,558
Motinos ir kūdikio ryšys 1	Depresijos simptomai 1	0,27	3,37	<0,001
Fizinė sveikata 1	Depresijos simptomai 1	0,26	3,16	0,002

Antrasis SEM modelis atliktas siekiant prognozuoti moters depresiškumą 22–26 sav. po gimdymo. Į modelį buvo įtraukti aktualūs kintamieji iš T1 (6–8 sav. po gimdymo) matavimo, potencialiai prognozuojantys moters depresiškumą tyrimo pabaigoje – tai motinos ir kūdikio ryšys, kūdikio maitinimo būdas, žindymo saviveiksmingumas, depresijos simptomai ir fizinė sveikata. Į modelį taip pat įtraukti kintamieji, turintys atitinkamas T0 (1–3 para po gimdymo) matavimo reikšmes (motinos ir naujagimio ryšys, naujagimio maitinimo būdas ir žindymo saviveiksmingumas). SEM modelio kelių diagrama pateikta 3.4.2 pav.



3.4.2 pav. Struktūrinio modelio kelių diagrama, skirta prognozuoti moters depresiškumą 22–26 sav. po gimdymo

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Išsamūs SEM modelyje nagrinėjamų kintamųjų tarpusavio ryšiai pateikti 3.4.3 lentelėje. Vertinant kintamųjų tarpusavio ryšius skirtinguose matavimuose (3.4.3 lentelė) nustatytos reikšmingos, bet nestiprios ($\beta < 0,30$) sąsajos tik tarp tų kintamųjų, kurie buvo analogiškai rodikliai T0 ir T1 matavimuose – motinos ir kūdikio ryšio, žindymo saviveiksmingumo ir kūdikio maitinimo būdo (visi $p < 0,001$). Svarbiausi ryšiai, aktualūs prognozuojant moters depresiškumą tyrimo pabaigoje, buvo statistiškai nereikšmingi. Pastebėtina, kad nereikšmingas ryšys buvo ir vertinant paties depresiškumo tarpusavio ryšius T1 ir T2 matavimų metu ($p = 0,924$), kas rodo didelį atitinkamų rodiklių pokytį nagrinėjamu laikotarpiu. Tarp nepriklausomų veiksnių, kurie buvo statistiškai nereikšmingi, didžiausią absoliučią reikšmę turėjo kūdikio maitinimo būdas ($\beta = -0,06$). Rezultatai nepatvirtina prielaidos, jog moters depresiškumas praėjus 22 – 26 sav. po gimdymo priklauso nuo žindymo ypatumų, ryšio su kūdikiu ir ankstesnio depresiškumo lygio.

3.4.3 lentelė. *Nepriklausomų ir priklausomų kintamųjų tarpusavio ryšiai SEM modelyje, prognozuojančiame moters depresiškumą tyrimo pabaigoje*

Priklausomas veiksnys	Nepriklausomas veiksnys	β	z	p
Motinos ir naujagimio ryšys 1	Motinos ir naujagimio ryšys 0	0,28	3,90	<0,001
Žindymo saviveiksmingumas 1	Žindymo saviveiksmingumas 0	0,28	3,89	<0,001
Kūdikio maitinimo būdas 1	Naujagimio maitinimo būdas 0	0,26	3,64	<0,001
Depresiškumas 2	Fizinė sveikata 1	0,01	0,15	0,880
Depresiškumas 2	Motinos ir kūdikio ryšys 1	0,01	0,08	0,939
Depresiškumas 2	Žindymo saviveiksmingumas 1	-0,01	-0,07	0,943
Depresiškumas 2	Depresijos simptomai 1	-0,01	-0,10	0,924
Depresiškumas 2	Kūdikio maitinimo būdas 1	-0,06	-0,73	0,463

Apžvelgiant lygiaverčių (kovariantinių kintamųjų) tarpusavio ryšius SEM modelyje galima išskirti keletą sąsajų (3.4.4 lentelė). Tai žindymo saviveiksmingumo sąsajos su motinos ir naujagimio ryšiu ir naujagimio maitinimo būdu T0 matavime ($p < 0,05$), taip pat žindymo saviveiksmingumo ryšys su kūdikio maitinimo būdu bei depresijos simptomų sąsajos su fizine sveikata ir motinos ir kūdikio ryšiu T1 matavime ($p < 0,05$). Visi kiti kovariantinių kintamųjų tarpusavio ryšiai buvo statistiškai nereikšmingi.

3.4.4 lentelė. Kovariantinių kintamųjų tarpusavio ryšiai SEM modelyje, prognozuojančiame moters depresiskumą tyrimo pabaigoje

Pirmasis kintamasis	Antrasis kintamasis	β	z	p
Motinos ir naujagimio ryšys 0	Žindymo saviveiksmingumas 0	-0,28	-3,47	<0,001
Motinos ir naujagimio ryšys 0	Naujagimio maitinimo būdas 0	0,13	1,59	0,112
Žindymo saviveiksmingumas 0	Naujagimio maitinimo būdas 0	-0,38	-4,58	<0,001
Motinos ir kūdikio ryšys 1	Žindymo saviveiksmingumas 1	-0,15	-1,89	0,059
Motinos ir kūdikio ryšys 1	Kūdikio maitinimo būdas 1	0,01	0,07	0,948
Žindymo saviveiksmingumas 1	Kūdikio maitinimo būdas 1	-0,32	-3,90	<0,001
Žindymo saviveiksmingumas 1	Fizinė sveikata 1	-0,08	-1,02	0,306
Kūdikio maitinimo būdas 1	Fizinė sveikata 1	0,00	0,06	0,955
Motinos ir kūdikio ryšys 1	Fizinė sveikata 1	0,15	1,86	0,063
Žindymo saviveiksmingumas 1	Depresijos simptomai 1	-0,01	-0,14	0,886
Kūdikio maitinimo būdas 1	Depresijos simptomai 1	0,05	0,59	0,558
Motinos ir kūdikio ryšys 1	Depresijos simptomai 1	0,27	3,37	<0,001
Fizinė sveikata 1	Depresijos simptomai 1	0,26	3,16	0,002

Apibendrinant struktūrinių lygčių modeliavimo rezultatus galima teigti, kad, nors modelių tinkamumo rodikliai parodė pakankamą jų pritaikomumą duomenims, į modelius įtraukti veiksniai – motinos ir kūdikio ryšys, žindymo saviveiksmingumas, kūdikio maitinimo būdas, depresijos simptomai ir fizinė sveikata – statistiškai reikšmingai neprognozavo nei moters fizinės sveikatos, nei depresiskumo praėjus 22–26 sav. po gimdymo (T2 matavimo metu). Nors nustatytos reikšmingos sąsajos tarp analogiškų rodiklių skirtinguose matavimo laikotarpiuose, pagrindiniai nagrinėti veiksniai neturėjo reikšmingos prognozinės įtakos tiriamoms baigtims.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Disertaciniame darbe analizuoti PROM ir PREM rodikliai leido vertinti nėštumo, gimdymo ir pogimdyminio laikotarpio priežiūrą į moterį orientuotos priežiūros kontekste. Šie rodikliai atskleidžia ne tik sveikatos būklę, bet ir moters patirtį, pasitikėjimą bei psichosocialinius aspektus, kurie yra svarbūs vertinant priežiūros kokybę.

Moters savijauta ir patirtis nėštumo laikotarpiu: biopsichosocialinis požiūris

Nėštumo laikotarpiu vertinti PROM ir PREM rodikliai leidžia kompleksiskai įvertinti moters sveikatą ir patirtį šiame etape bei identifikuoti su jais susijusius veiksnius. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad nėštumo laikotarpiu vertinti pacienčių pateiktų sveikatos baigčių ir patirties rodikliai reikšmingai nesiskyrė tarp akušerio ir gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros modelių. Tačiau šis rezultatas svarbus ne todėl, kad „statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta“, o todėl, kad jis leidžia giliau permąstyti priežiūros modelių palyginamumą mažos rizikos nėštumo priežiūros kontekste. Kitaip tariant, skirtumų nebuvimas šiuo atveju vertinamas ne kaip silpnas ar „neigiamas“ rezultatas – jis leidžia manyti, kad skirtingi priežiūros modeliai, esant mažos rizikos nėštumui, lemia panašius moters savijautos ir patirties rezultatus.

Panaši kryptis stebima ir tarptautinėje literatūroje. Cochrane Collaboration sisteminėje apžvalgoje (Sandall ir kt.) nustatyta, kad akušerio vadovaujami priežiūros modeliai lemia panašius klinikinius rezultatus kaip ir kiti priežiūros modeliai [25]. Vis dėlto svarbu pažymėti, kad šioje ir panašiose analizėse pagrindinis dėmesys dažniausiai skiriamas klinikinėms baigtims, o moterų patirtis ir subjektyvūs vertinimai nėra pirminis analizės objektas. Be to, literatūroje vis dažniau pabrėžiama, kad vertinant skirtingus priežiūros modelius mažos rizikos nėštumo kontekste, svarbu atsižvelgti ne tik į patį modelį, bet ir į priežiūros kokybę bei jos organizavimą. Tyrimai rodo, kad kai priežiūra teikiama laikantis aukštos kokybės standartų – apimančių įrodymais pagrįstų protokolų taikymą, tinkamą rizikos atranką ir pakankamus išteklius – skirtumai tarp akušerių ir gydytojų vadovaujamų modelių pagrindinių motinos ir naujagimio sveikatos rodiklių atžvilgiu gali būti minimalūs arba neišryškėti [72, 117]. Šiame kontekste mūsų tyrimo rezultatai papildė esamus įrodymus, parodant, kad net ir vertinant pacienčių pateiktus subjektyvius rodiklius mažos rizikos nėštumo grupėje, skirtumai tarp priežiūros modelių taip pat gali neišryškėti. Tai leidžia manyti, kad mažos rizikos nėštumo priežiūroje skirtumai tarp modelių gali neišryškėti ne dėl jų nebuvimo, o dėl to, kad abiejų modelių teikiama priežiūra jau atitinka aukštus kokybės standartus. Kai priežiūros kokybė yra pakankamai aukšta ir standartizuota, papildomas modelio

poveikis tampa sunkiai aptinkamas, nes abu modeliai jau atitinka moters lūkesčius ir poreikius.

Šią interpretaciją galima aiškinti priežiūros sistemos organizavimo kontekste. Kai nėštumo priežiūra yra aiškiai reglamentuota, grindžiama gairėmis ir orientuota į mažos rizikos nėščiąsias, skirtumai tarp specialistų gali mažėti, nes priežiūra teikiama panašiomis organizacinėmis sąlygomis ir vadovaujantis tais pačiais principais. Tokiu atveju priežiūros kokybę labiau lemia ne individualus specialistas, o sistemos organizavimas – prieinamumas, priežiūros tęstinumas, komunikacijos kultūra ir paslaugų koordinavimas. Scarf ir kt. analizė rodo, kad moterų patirtis skirtingose šalyse labiau priklauso nuo sveikatos sistemos organizavimo nei nuo konkretaus priežiūros teikėjo tipo [118]. Šie rezultatai leidžia manyti, kad mažos rizikos nėštumų atveju svarbų vaidmenį atlieka ne atskiri priežiūros elementai, o bendras priežiūros organizavimo kontekstas – įskaitant prieinamumą, tęstinumą, paslaugų koordinavimą ir įrodymais pagrįstų principų taikymą. Panaši kryptis stebima ir kituose tyrimuose, kuriuose pabrėžiama, kad, esant aukštos kokybės nėštumo priežiūrai – apimančiai nuoseklų gairių laikymąsi, tinkamą rizikos vertinimą ir pakankamus išteklius – skirtumai tarp skirtingų priežiūros modelių pagrindinių motinos ir naujagimio sveikatos rodiklių atžvilgiu gali būti minimalūs arba neišryškėti [119, 120]. Mūsų tyrimo rezultatai atitinka šių tyrimų rezultatus ir leidžia daryti prielaidą, kad, skirtumų nebuvimas tarp priežiūros modelių gali būti interpretuojamas kaip nuosekliai organizuotos ir kokybiškos nėštumo priežiūros požymis – kai skirtingi specialistai veikia laikydamiesi bendrų principų ir užtikrinant palyginamą priežiūros kokybę.

Vis dėlto toks aiškinimas nėra vienareikšmis ir reikalauja kritinio vertinimo. Nors bendri PROM ir PREM rodikliai tarp modelių nesiskyrė, tai nereikia, kad skirtumų apskritai nėra. Priešingai, galima kelti prielaidą, kad jie gali būti „paslėpti“ bendruose rodikliuose ir neišryškėti dėl riboto matavimo jautrumo.

Vedam ir kt. pabrėžia, kad tokie aspektai kaip moters autonomija, įtraukimas į sprendimų priėmimą ir komunikacijos pobūdis gali reikšmingai skirtis priklausomai nuo priežiūros modelio ir sąveikos su sveikatos priežiūros specialistu [121], nors šie skirtumai ne visada atsispindi standartizuotuose kiekybiniuose vertinimo instrumentuose. Tai leidžia daryti svarbią metodologinę išvadą: PROM ir PREM rodikliai, nors ir labai vertingi, gali ne visada pilnai atspindėti subtilius priežiūros skirtumus, ypač kai jie matuojami standartizuotais klausimynais.

Kita svarbi šio tyrimo įžvalga yra ta, kad nėštumo metu vertinti rodikliai veikė kaip vientisa biopsichosocialinė sistema. Nustatyti ryšiai tarp fizinės ir psichinės sveikatos, depresijos simptomų ir moters pasitikėjimo savimi rodo,

kad nėščiosios savijauta formuojasi ne vien iš objektyvios klinikinės būklės, bet ir iš jos subjektyvaus vertinimo bei emocinės būsenos nėštumo metu.

Šiame kontekste ypač svarbūs yra depresijos simptomai, kurie laikomi vienu reikšmingų veiksnių, susijusių su sveikatos sąlygota gyvenimo kokybe nėštumo metu. Ankstesni tyrimai rodo, kad moterys, kurios nėštumo metu dažniau patiria depresijos simptomus, turi reikšmingai didesnę tikimybę prasčiau vertinti savo gyvenimo kokybę [122, 123]. Pavyzdžiui, Monterrosa-Castro ir kt. nustatė, kad ši tikimybė gali būti net apie 4,7 karto didesnė [57]. Mūsų tyrimo rezultatai taip pat rodo, kad depresijos simptomai yra susiję su moters fizinės ir psichinės sveikatos vertinimu, todėl galima teigti, kad jie reikšmingai prisideda prie bendros savijautos nėštumo metu. Tai leidžia daryti prielaidą, kad net ir nedideli fiziniai simptomai gali būti interpretuojami skirtingai priklausomai nuo moters psichologinės būsenos. Tokia sąveika rodo, kad nėščiosios savijauta formuojasi kaip tarpusavyje susijusių fizinių ir psichologinių veiksnių visuma.

Ši interpretacija ypač išryškėja mediacinės analizės kontekste. Tai, kad depresijos simptomai iš dalies paaiškino ryšį tarp nuovargio ir fizinės bei psichinės sveikatos, leidžia nuovargį interpretuoti kaip daugialypį reiškinį. Viena vertus, jis yra fiziologinis nėštumo komponentas, kita vertus – gali būti susijęs su psichologine moters būsena. Shuhan Yan ir kt. taip pat nustatė, kad nuovargis nėštumo metu yra susijęs su psichologiniais veiksniais [124] tačiau mūsų rezultatai leidžia manyti, kad šis ryšys gali būti dar stipresnis nei manyta anksčiau. Praktinė prasme tai reiškia, kad nuovargio „normalizavimas“ klinikinėje praktikoje gali būti problemiškas, nes gali maskuoti ankstyvus psichikos sveikatos sutrikimų požymius.

Ne mažiau svarbus yra motinos pasitikėjimo formavimosi mechanizmas. Mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad pasitikėjimas motinystėje formuojasi per konkrečių kompetencijų suvokimą, o ne kaip abstrakti savybė. Tyrimai rodo, kad prenatalinis žindymo saviveiksmingumas yra susijęs su vėlesniais žindymo rezultatais, tačiau mūsų duomenys leidžia šį ryšį interpretuoti plačiau. Saviveiksmingumas gali veikti kaip „psichologinis svertas“, per kurį specifinis pasitikėjimas (pavyzdžiui, gebėjimu žindyti) plečiasi į bendresnį motinos tapatybės suvokimą [125, 126]. Tai rodo, kad intervencijos, nukreiptos į konkrečių įgūdžių stiprinimą, gali turėti didelį poveikį bendram moters pasitikėjimui saviimi.

Analogiškai gimdymų skaičiaus vaidmuo gali būti interpretuojamas per ankstesnės patirties poveikį moters saviveiksmingumui ir pasitikėjimui saviimi. Brunton ir kt. nustatė, kad gimdymų skaičius yra reikšmingas su nėštumu susijusio nerimo veiksnys, o mažesnis suvokiamas motinystės saviveiksmingumas yra susijęs su didesniu nerimu nėštumo metu [127]. Be to, pirmą kartą besilaukiančios moterys, pasižyminčios mažesniu saviveiksmingumu, yra

labiau linkusios patirti su nėštumu susijusį nerimą ir sunkiau adaptuotis prie nėštumo patirties [127].

Tačiau mūsų rezultatai leidžia manyti, kad ši įtaka nėra vien tiesioginė. Ankstesnė patirtis gali veikti kaip struktūruojantis veiksnys, leidžiantis moteriai geriau interpretuoti savo būseną, mažinantis neapibrėžtumą ir stiprinantis saviveiksmingumą. Tai leidžia pasitikėjimą motinyste suvokti ne kaip statinę savybę, bet kaip dinamišką procesą, priklausantį nuo patirties, konteksto ir gaunamos paramos.

Svarbu pažymėti, kad nustatyti ryšiai tarp fizinės ir psichinės sveikatos, saviveiksmingumo ir pasitikėjimo savimi rodo kompleksinį moters savijautos formavimosi pobūdį nėštumo metu. Nors šiame tyrime nebuvo analizuojama, kaip šių ryšių struktūra kinta priklausomai nuo priežiūros modelio, gauti rezultatai leidžia kelti prielaidą, kad moters savijautą gali lemti ne vien priežiūros modelis, bet ir tai, kaip priežiūra atliepia jos psichologinius bei edukacinius poreikius. Kitaip tariant, svarbus tampa ne tik priežiūros teikėjo tipas, bet ir priežiūros turinys, komunikacija bei moters įtraukimas į priežiūros procesą. Moters savijauta ir pasirengimas motinystei formuojasi per kompleksinę biopsichosocialinę sistemą, kurioje pagrindinį vaidmenį atlieka psichikos sveikata, saviveiksmingumas ir priežiūros kokybė. Todėl priežiūros kokybės gerinimas turėtų būti orientuotas ne tik į modelių skirtumų paiešką, o į jų turinio stiprinimą ir moteriai orientuotos priežiūros plėtojimą.

Moters patirties ir savijautos kaita pogimdyminiu laikotarpiu

Pogimdyminio laikotarpio analizė šiame tyrime buvo grindžiama skirtingų vertinimo laikotarpių palyginimu, siekiant atskleisti ne tik bendrus moterų pateiktus sveikatos ir patirties rodiklius, bet ir jų kaitą laike. Toks požiūris leidžia pogimdyminę patirtį vertinti kaip dinamišką procesą, kuriame moters savijautą skirtingais etapais gali lemti skirtingi veiksniai. Gauti rezultatai parodė, kad dauguma bendrų sveikatos baigčių tarp grupių išliko panašios visais vertinimo laikotarpiais, tačiau tam tikri skirtumai išryškėjo analizuojant konkrečius patirties ir sąveikos aspektus. Tai leidžia manyti, kad pogimdyminiu laikotarpiu svarbiausi skirtumai gali atsiskleisti ne galutinėse baigtys, o pačiame priežiūros procese ir moters patirtyje.

Pirmosiomis dienomis po gimdymo (1–3 parą) reikšmingų skirtumų tarp skirtingų priežiūros modelių nenustatyta. Nei žindymo saviveiksmingumas, nei motinos emocinis ryšys su naujagimiu, nei pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Tokia rezultatų kryptis leidžia manyti, kad šiuo laikotarpiu moters savijautą labiau lemia bendri fiziologiniai ir psichologiniai prisitaikymo procesai nei specifiniai priežiūros skirtumai. Šis laikotarpis pasižymi intensyviu fiziniu atsistatymu, hormoniniais pokyčiais ir naujo vaidmens perėmimu, todėl moters patirtis šiuo metu yra santykinai vienoda ir stipriai veikiama pačios situacijos.

Be to, tyrime akcentuojama, kad moters patirtis ankstyvuoju pogimdyminiu laikotarpiu yra kompleksinė ir priklauso nuo kelių tarpusavyje susijusių veiksnių – fizinės būklės, emocinės adaptacijos, ankstesnės patirties bei gaunamos paramos. Dėl šios priežasties bendri patirties rodikliai šiuo laikotarpiu gali išlikti panašūs net esant skirtingiems priežiūros modeliams, nes dominuoja universalūs prisitaikymo procesai.

Panaši tendencija nustatyta ir kituose tyrimuose. Navas Arrebola ir kt. nustatė, kad ankstyvuoju pogimdyminiu laikotarpiu moters patirtį labiau formuoja bendras prisitaikymas prie motinystės nei atskiri priežiūros aspektai [128]. Šią įžvalgą papildė ir kiti tyrimai, kuriuose pabrėžiama, kad pirmosiomis dienomis po gimdymo moters savijauta yra glaudžiai susijusi su emociniu jautrumu, nuovargiu ir pirminiu ryšio su kūdikiu formavimusi, todėl skirtingų priežiūros modelių poveikis šiame etape gali būti mažiau išreikštas [129, 130, 131, 132]. Vis dėlto tai nereiškia, kad ankstyvuoju pogimdyminiu laikotarpiu moters savijauta yra vienalytė – priešingai, vidiniai psichologiniai ryšiai tarp skirtingų savijautos aspektų išlieka aiškiai išreikšti

Nepaisant bendro skirtumų nebuvimo, mūsų tyrimo koreliacinė analizė atskleidė nuoseklią psichologinių veiksnių sąveiką. Didesnis žindymo savi veiksmingumas buvo susijęs su didesniu pasitikėjimu savo gebėjimu prižiūrėti naujagimį, o motinos ir naujagimio ryšio sunkumai – su mažesniu savi veiksmingumu ir mažesniu pasitikėjimu savimi. Tai rodo, kad ankstyvuoju pogimdyminiu laikotarpiu moters savijauta formuojasi kaip tarpusavyje susijusių veiksnių sistema, o ne kaip atskirų sričių visuma.

Panašūs ryšiai aprašomi ir kituose tyrimuose. Vieira ES ir kt. nustatė, kad didesnis žindymo savi veiksmingumas yra susijęs ne tik su ilgesne žindymo trukme ir didesne išimtinio žindymo tikimybe, bet ir su geresne moters emocine savijauta bei mažesne pogimdyminės depresijos simptomų raiška [133]. Tuo tarpu Henshaw ir kt. nustatė, kad moterys, pasižyminčios didesniu savi veiksmingumu, dažniau jaučiasi užtikrintos savo gebėjimu rūpintis naujagimi, patiria mažiau nerimo ir pasižymi geresniu psichologiniu prisitaikymu pogimdyminiu laikotarpiu [134].

Šiuose tyrimuose taip pat pabrėžiama priešinga kryptis – didesni depresijos simptomai yra susiję su mažesniu žindymo savi veiksmingumu, mažesniu pasitikėjimu savo gebėjimais ir didesniu neapibrėžtumu prižiūrint naujagimį [133, 134, 135]. Tai rodo, kad savi veiksmingumas ir psichologinė būklė yra glaudžiai tarpusavyje susiję ir gali veikti vienas kitą abipusiškai.

Mūsų tyrimo rezultatai leidžia šiuos duomenis interpretuoti plačiau ir rodo, kad šie ryšiai pasireiškia jau pirmosiomis dienomis po gimdymo. Galima manyti, kad ši sąveika susijusi su tuo, jog šiame etape moters patirtis dar nėra diferencijuota – fiziniai, emociniai ir elgesio aspektai persipina, todėl pasitikėjimas vienoje srityje, pavyzdžiui, žindymo, gali plėstis į bendresnę

pasitikėjimą savimi kaip motina. Atsižvelgiant į tai, žindymo saviveiksmingumas ankstyvuju pogimdyminiu laikotarpiu gali būti interpretuojamas kaip vienas iš ankstyvo prisitaikymo prie motinystės rodiklių. Tai leidžia manyti, kad pasitikėjimas gebėjimu žindyti šiame etape įgyja ne tik funkcinę, bet ir psichologinę reikšmę – jis atspindi moters pasitikėjimą savimi, santykį su kūdikiu ir bendrą savijautą pereinant į motinystę.

Praėjus 6–8 savaitėms po gimdymo, moters patirtis įgauna kitokį pobūdį nei ankstyvuju pogimdyminiu laikotarpiu. Nors ūmus fizinio atsistatymo etapas jau yra praėjęs, moters savijauta šiuo laikotarpiu dar nėra stabili – ji vis dar susiduria su fiziniais, emociniais ir socialiniais prisitaikymo iššūkiais. Tačiau, skirtingai nei pirmosiomis dienomis po gimdymo, šiame etape atsiranda daugiau erdvės refleksijai: moteris pradeda ne tik išgyventi savo patirtį, bet ir ją vertinti, interpretuoti bei sieti su gauta priežiūra. Būtent šiame etape moteriai pradėjus aktyviau vertinti savo patirtį, išryškėja tie priežiūros aspektai, kurie ankstyvuju laikotarpiu galėjo likti mažiau pastebimi dėl intensyvių fiziologinių ir emocinių procesų. Todėl šiame etape moters vertinimai tampa jautresni ne tik jos savijautai, bet ir priežiūros kokybei, santykiui su personalu bei patirtam palaikymui.

Šiame etape ypač reikšminga tampa gimdymo patirties vertinimo analizė, nes būtent praėjus kelioms savaitėms po gimdymo moteris įgyja galimybę ne tik prisiminti, bet ir įvertinti savo patirtį platesniame kontekste. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad nors bendras BSS-R balas tarp grupių reikšmingai nesiskyrė, akušerio vadovaujamos priežiūros modelyje moteris statistiškai reikšmingai palankiau vertino teikiamos priežiūros kokybę. Šis skirtumas buvo susijęs ne su pačia gimdymo eiga ar jos baigtimis, bet su sąveikos su priežiūros teikėjais aspektais – komunikacija, emociniu palaikymu, pagarba ir įtraukimu į sprendimų priėmimą.

Toks rezultatas leidžia kelti esminę interpretaciją: gimdymo patirtis nėra vientisas rodiklis, o daugialypis konstruktas, sudarytas iš skirtingų dimensijų, kurios gali kisti nepriklausomai viena nuo kitos. Bendras BSS-R balas šiuo atveju neatskleidžia visos patirties struktūros, nes skirtingos subskalės atspindi skirtingus gimdymo patirties aspektus. Martin ir kt. nustatė, kad „teikiamos priežiūros kokybės“ subskalė yra ypač jautri moters santykiui su personalu – ji apima pagarbos, komunikacijos aiškumo, emocinio palaikymo ir įgalinimo aspektus, kurie dažnai nėra tiesiogiai susiję su klinikiniais rezultatais, bet turi didelę reikšmę bendram patirties vertinimui [136].

Panaši tendencija aprašoma ir kituose tyrimuose. Doherty ir kt. nagrinėdami moterų autonomiją ir jų įtraukimą į sprendimų priėmimą gimdymo metu, išryškina glaudų ryšį tarp moters įsitraukimo į priežiūros procesą ir palankesnio gimdymo patirties vertinimo, nepriklausomai nuo klinikinės eigos ar baigčių [137]. Autonomija šiame kontekste suprantama ne tik kaip formali

galimybė rinktis, bet kaip realus dalyvavimas, kai moteris jaučiasi išgirsta, informuota ir galinti daryti įtaką sprendimams.

Panašiai Shamoradifar Z ir kt., akcentuoja, kad patirtas įtraukimas į sprendimų priėmimą ir kokybiška komunikacija su sveikatos priežiūros specialistais siejasi su palankesniu gimdymo patirties vertinimu net ir esant sudėtingesnei klinikinei situacijai [138]. O Dupuis N ir kt teigia, kad santykio su personalu kokybė gali iš esmės keisti pačios patirties interpretaciją – net ir sudėtingesnė gimdymo eiga gali būti vertinama pozityviau, jei moteris jaučiasi palaikoma ir įtraukiama [139]. Tokiu būdu gimdymo patirties vertinimas atsiskleidžia kaip kompleksinis procesas, kuriame santykio, komunikacijos ir kontrolės jausmo dimensijos veikia ne kaip papildomi, bet kaip esminiai patirties komponentai, galintys turėti savarankišką poveikį, nepriklausomai nuo objektyvių klinikinių rodiklių.

Mūsų tyrimo duomenys leidžia šią kryptį interpretuoti plačiau ir rodo, kad skirtumai tarp priežiūros modelių išryškėja būtent „teikiamos priežiūros kokybės“ subskalėje. Tai leidžia manyti, kad akušerio vadovaujamo modelio stiprybė gali būti susijusi ne tiek su skirtingais klinikiniais sprendimais, kiek su priežiūros teikimo būdu – nuoseklesniu santykio kūrimu, didesniu dėmesiu komunikacijai ir moters įgalinimui. Tokiu atveju šis modelis geriau atliepia tuos priežiūros aspektus, kurie moteriai tampa svarbūs vertinant savo patirtį retrospektyviai, kai dėmesys krypsta ne tik į tai, kas įvyko, bet ir į tai, kaip tai buvo patirta.

Svarbu pažymėti, kad šie skirtumai išryškėja tuo metu, kai bendri fizinės ir psichinės sveikatos rodikliai išlieka panašūs, o fizinė ir psichinė sveikata vertinama kaip prasta. Tai leidžia kelti svarbią prielaidą, kad priežiūros kokybės patyrimas ir objektyvūs sveikatos rodikliai nebūtinai kinta lygiagrečiai. Kitaip tariant, moteris gali vertinti savo sveikatos būklę panašiai, tačiau jos patirtis, susijusi su priežiūra, gali būti reikšmingai skirtinga. Šiame kontekste svarbu ne tik tai, kad skiriasi priežiūros kokybės vertinimas, bet ir tai, kaip šie skirtumai gali būti susiję su vėlesne moters savijauta. Mediacinė analizė leidžia šią sąsają interpretuoti giliau, parodydama, kad gimdymo patirtis gali būti susijusi su fizine ir psichine savijauta per tarpininkaujančius veiksnius, pirmiausia depresijos simptomus. Tai leidžia manyti, kad gimdymo patirtis gali veikti kaip psichologinis atskaitos taškas, per kurį moteris interpretuoja savo būseną pogimdyminiu laikotarpiu.

Panaši tendencija aprašoma ir kituose tyrimuose. Eitenmüller ir kt., analizuodami gimdymo patirties ir pogimdyminės psichikos sveikatos sąsajas, išryškina, kad neigiama gimdymo patirtis siejasi su didesniu psichologiniu pažeidžiamumu ir didesne pogimdyminės depresijos rizika, tačiau šis ryšys nėra tiesioginis. Autoriai akcentuoja, kad gimdymo patirties poveikis formuojasi per moters subjektyvų patyrimą – ypač per emocinio saugumo jausmą, kon-

trolės išlaikymą gimdymo metu ir galimybę suprasti bei priimti vykstančius procesus [140]. Tai leidžia manyti, kad gimdymo patirtis veikia kaip psichologinis filtras, per kurį moteris interpretuoja savo būseną pogimdyminiu laikotarpiu.

Panašiai Wilzén ir kt. pabrėžia, kad moters subjektyvus gimdymo vertinimas yra glaudžiai susijęs su jos emocine savijauta, tačiau ši sąsaja negali būti paaiškinta vien klinikiniais veiksniais [141]. Aukštos kokybės pacientės ir sveikatos priežiūros teikėjo santykiai gimdymo priežiūros srityje – kuriuos apibūdina emocinė parama, aiški komunikacija ir bendras sprendimų priėmimas – daro didelę įtaką moterų gimdymo patirčiai ir rezultatams. Naujausi kiekybiniai tyrimai akušerijos ir akušerių praktikos srityje nuosekliai sieja geresnę santykių kokybę su didesniu pasitenkinimu gimdymu, mažesniu nerimu ir depresija bei didesniu motinų įgalinimu [137,138]. Balçık Çolak ir kolegų atliktas tyrimas parodė, kad priemonės, gerinančios akušerių komunikaciją arba užtikrinančios nuolatinę paramą gimdymo metu, žymiai padidina moterų pasitenkinimą gimdymu ir komforto lygį [142]. Tokie aspektai gali sustiprinti moters kontrolės jausmą ir sumažinti psichologinį pažeidžiamumą, net jei pati gimdymo eiga buvo sudėtingesnė.

Tokiu būdu tiek mūsų tyrimo, tiek kitų autorių duomenys leidžia nuosekliai interpretuoti, kad gimdymo patirtis nėra tik retrospektyvus įvykio įvertinimas, bet aktyvus psichologinis procesas, kuris integruojasi į moters savijautą pogimdyminiu laikotarpiu [143,144]. Ji veikia ne izoliuotai, o per tarpininkaujančius mechanizmus, pirmiausia psichikos sveikatą, emocinį saugumą ir kontrolės jausmą, kurie formuoja tai, kaip moteris vertina savo būseną, gebėjimus ir santykį su kūdikiu. Ši interpretacija leidžia geriau suprasti, kodėl skirtumai tarp priežiūros modelių šiame tyrime išryškėjo būtent „teikiamos priežiūros kokybės“ subskalėje, o ne bendruose sveikatos rodikliuose. Priežiūros metu patiriamas palaikymas, komunikacija ir įgalinimas gali tiesiogiai veikti moters patirtį ir jos psichologinę būseną, tačiau šių veiksnių poveikis bendriems sveikatos rodikliams dažniau pasireiškia netiesiogiai, per sudėtingesnius ir laike išsiskleidžiančius procesus.

Šiame kontekste ypač išryškėja PREM svarba vertinant priežiūros kokybę. Mūsų tyrimo duomenys leidžia manyti, kad akušerio vadovaujamas modelis gali būti ypač reikšmingas stiprinant moteriai orientuotą priežiūrą, nes būtent jame labiau atsiskleidžia tie priežiūros aspektai, kurie susiję su santykiu, komunikacija ir moters įgalinimu. Todėl gimdymo priežiūros kokybė neturėtų būti suprantama vien kaip intervencijų saugumas ar komplikacijų kontrolė. Ji turi būti vertinama platesniame kontekste – kaip moters patirtis, apimanti jos santykį su personalu, patiriamą palaikymą, kontrolės jausmą ir galimybę aktyviai dalyvauti procese [145]. Būtent šie aspektai gali turėti ilgalaikę

reikšmę moters savijautai ir prisitaikymui prie motinystės, net jei jų poveikis ne visada iš karto atsispindi standartizuotuose sveikatos rodikliuose.

22–26 savaitę po gimdymo tiek fizinės, tiek psichinės sveikatos vertinimas pakito, moterys savo fizine ir psichine sveikata vertino kaip gerą. Tai leidžia manyti, kad daugeliui moterų antroji pogimdyminio pusmečio pusė yra susijusi su didesniu stabilumu, geresniu prisitaikymu ir didesniu pasitikėjimu savo motinystės vaidmeniu. Kartu nustatytas didesnis pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį leidžia šį laikotarpį apibūdinti kaip labiau nusistovėjusio prisitaikymo prie motinystės etapą, kuriame motinos kompetencijos jausmas stiprėja remiantis sukaupta kasdiene patirtimi ir mažėjančiu neapibrėžtumu.

Šie rezultatai dera su bendromis pogimdyminio laikotarpio tendencijomis, aprašomomis kituose tyrimuose. Bell ir kt. nustatė, kad gimdymo patirtis yra susijusi su pogimdyminio nerimo simptomais, tačiau ryšys su pogimdyminės depresijos simptomais nėra toks nuoseklus, kas rodo skirtingą šių psichologinių būklių dinamiką ankstyvuju pogimdyminiu laikotarpiu [146]. Sisteminių apžvalgų duomenimis, pirmosiomis savaitėmis po gimdymo moterims būdingas didesnis fizinis ir emocinis pažeidžiamumas – dažni nuovargio, miego sutrikimų, depresijos simptomų ir žindymo sunkumų atvejai, tačiau laikui bėgant bendras savijautos vertinimas gerėja, nors dalis simptomų gali išlikti [147, 148]. Mūsų tyrimo rezultatai papildo šias įžvalgas ir rodo, kad per pirmuosius šešis mėnesius po gimdymo reikšmingai gerėja fizinė sveikata, tačiau psichikos sveikatos sunkumai gali išlikti net ir pagerėjus bendram funkcionavimui. Panašiai ir kiti tyrimai rodo, kad nors dauguma moterų per šį laikotarpį atgauna geresnę fizinę funkcionavimą – dažnai pasiekdamos beveik iki nėštumo buvusį lygį – nuovargis išlieka dažna problema net praėjus trimis–šešiesiems mėnesiams po gimdymo [149, 150, 151]. Emociniai sunkumai, tokie kaip depresija ir nerimas, taip pat išlieka didelei daliai motinų per šį laikotarpį. Tyrimai rodo, kad reikšminga dalis moterų patiria depresijos ir nerimo simptomus ne tik ankstyvuju pogimdyminiu laikotarpiu, bet ir praėjus keliems mėnesiams po gimdymo, o šie simptomai gali būti susiję su nuovargiu, miego sutrikimais ir adaptacijos prie motinystės iššūkiais. Be to, pabrėžiama, kad emocinių sunkumų dinamika nėra vienalytė – daliai moterų simptomai mažėja, tačiau kitoms jie gali išlikti ar net sustiprėti, ypač esant nepakankamai socialinei ar sveikatos priežiūros paramai [152, 153]. Taigi ryšys tarp besitęsiančių fizinių simptomų (pvz., nuovargio) ir psichinės sveikatos yra dvikryptis: neišspręstas nuovargis gali didinti depresijos ar nerimo riziką, o šie nuotaikos sutrikimai savo ruožtu gali sustiprinti suvokimą apie prastą atsigavimą ar sumažėjusį energijos lygį.

Mūsų tyrimo rezultatai papildo šią perspektyvą, parodydami, kad nors per pirmuosius mėnesius po gimdymo stebimas reikšmingas fizinės ir psichinės

sveikatos gerėjimas, šis procesas nėra linijinis. Priešingai, gauti duomenys leidžia manyti, kad atsistatymas vyksta kaip dinamiška sąveika tarp fizinių ir psichologinių veiksnių, kurioje išliekantys simptomai gali modifikuoti bendrą savijautos trajektoriją.

Bene svarbiausia šio laikotarpio įžvalga atsiskleidžia mediacinėje analizėje. Nustatyta, kad pasitikėjimo savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį ryšys su psichine sveikata pasireiškia netiesiogiai – per depresijos simptomus. Didesnis pasitikėjimas savo gebėjimais buvo susijęs su mažesne depresijos simptomų raiška, o mažesni depresijos simptomai – su geresne psichine sveikata, tuo tarpu tiesioginis šio ryšio poveikis nebuvo statistiškai reikšmingas.

Tokia struktūra rodo, kad pasitikėjimas savimi šiame etape yra glaudžiai susijęs su moters psichologiniu pažeidžiamumu, o jo reikšmė psichinei sveikatai atsiskleidžia per depresijos simptomus kaip tarpinį mechanizmą.

Panaši sąveika aprašoma ir kituose tyrimuose. Paz-Pascual C ir kt. parodė, kad didesnis motinos pasitikėjimas savo gebėjimais yra susijęs su mažesniu nerimu ir depresijos simptomais [154], o Dlamini ir kt. nustatė, kad motinos saviveiksmingumas siejasi su mažesne pogimdyminės depresijos simptomų raiška ir didesne motinos vaidmens kompetencija [155]. Naujesni tyrimai taip pat rodo, kad depresijos simptomai gali veikti kaip tarpinis mechanizmas, per kurį psichologiniai veiksniai daro įtaką moters funkcionavimui pogimdyminiu laikotarpiu [156, 157].

Šie duomenys papildo mūsų tyrimo rezultatus ir leidžia interpretuoti, kad depresijos simptomai šiame laikotarpyje veikia kaip centrinė grandis, jungianti pasitikėjimą savimi ir psichinę sveikatą. Tai leidžia manyti, kad net ir esant pakankamam pasitikėjimui savo gebėjimais, psichologinė gerovė gali būti pažeidžiama, jei išlieka depresijos simptomai. Todėl intervencijos, nukreiptos į depresijos simptomų atpažinimą ir mažinimą, gali turėti reikšmingą poveikį ne tik moters psichinei sveikatai, bet ir jos pasitikėjimui savimi bei gebėjimui adaptuotis prie motinystės.

Vertinant pogimdyminį laikotarpį kaip visumą, matyti, kad moters savijauta ir patirtis nėra statiškos, o kinta priklausomai nuo laikotarpio. Ankstyvuojū etapu svarbiausi yra pasitikėjimo savimi ir pirminio ryšio su kūdikiu formavimosi mechanizmai, vėliau didesnę reikšmę įgauna gimdymo patirties interpretacija, o dar vėlesniu laikotarpiu – bendras prisitaikymas, psichikos sveikata ir kasdienis funkcionavimas. Tai rodo, kad pogimdyminė priežiūra turėtų būti vertinama dinamiškai, atsižvelgiant į skirtingų etapų ypatumus.

Šio tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad akušerio ir gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros modeliai užtikrina panašius bendruosius sveikatos rezultatus, tačiau jų skirtumai labiau atsiskleidžia moters patirties, komunikacijos, palaikymo ir įtraukimo į sprendimų priėmimą aspektuose. Kartu nustatyti ryšiai tarp psichikos sveikatos, pasitikėjimo savimi, ryšio su kūdikiu ir de-

presijos simptomų rodo, kad moters savijauta pogimdyminiu laikotarpiu formuojasi kaip tarpusavyje susijusių veiksnių visuma. Todėl pogimdyminės priežiūros kokybė turėtų būti vertinama ne tik pagal klinikines baigtis, bet ir pagal moters patirtį bei psichologinius rodiklius, kurie atspindi jos prisitaikymą prie motinystės.

Pogimdyminės savijautos ryšių reikšmė ir jų kaita laikui bėgant

Vertinant pogimdyminio laikotarpio rezultatus svarbu ne tik nustatyti ryšius tarp skirtingų moters savijautos ir patirties rodiklių, bet ir įvertinti, ar šie ryšiai turi prognozinę reikšmę vėlesnėms sveikatos baigtims. Nors ankstesnės analizės leidžia identifikuoti glaudžias sąsajas tarp kintamųjų konkrečiu laikotarpiu, išlieka klausimas, ar šie ryšiai yra pakankamai stabilūs, kad galėtų paaiškinti moters savijautos pokyčius pogimdyminiu laikotarpiu.

Šiame kontekste struktūrinių lygčių modeliavimo rezultatai parodė, kad ankstesniuose vertinimo laikotarpiuose nustatyti ryšiai tarp motinos ir kūdikio ryšio, žindymo saviveiksmingumo, depresijos simptomų ir moters sveikatos rodiklių nėra pakankamai stabilūs, kad galėtų prognozuoti vėlesnes sveikatos baigtis. Nors koreliacinė ir mediacinė analizė atskleidė reikšmingas šių kintamųjų sąsajas, jų prognostinė reikšmė ilgesnėje laiko perspektyvoje nepasitvirtino.

Toks rezultatų skirtumas rodo, kad pogimdyminiu laikotarpiu nustatomi ryšiai tarp psichologinių ir sveikatos rodiklių yra labiau susiję su konkrečiu laikotarpiu nei su ilgalaikiais moters savijautos pokyčiais. Kitaip tariant, tai, kas tam tikru momentu yra glaudžiai susiję, nebūtinai išlieka reikšminga prognozuojant vėlesnę moters būklę.

Panaši tendencija aprašoma ir kituose tyrimuose. Pavyzdžiui, Molgora ir kt. nustatė, kad nors gimdymo patirtis ir nerimas 3 mėnesius po gimdymo yra reikšmingai susiję su depresijos simptomais tuo pačiu laikotarpiu, jų prognostinė reikšmė 12 mėnesių laikotarpiu išlieka ribota ir priklauso nuo papildomų veiksnių [158]. Woolhouse ir kt. taip pat parodė, kad skirtingi fizinės ir psichinės sveikatos rodikliai gali būti reikšmingai susiję tuo pačiu laikotarpiu, tačiau šių ryšių stiprumas laikui bėgant kinta ir ne visada leidžia tiksliai prognozuoti vėlesnę moters savijautą [159].

Be to, naujesni ilgalaikio stebėjimo tyrimai rodo, kad pogimdyminė psichikos sveikata pasižymi nevienalyte eiga: daliai moterų simptomai išlieka, daliai – sumažėja, o daliai pasireiškia naujai, todėl ankstyvieji rodikliai ne visada atspindi vėlesnę būklę [159, 160]. Panašiai ir kitų autorių darbuose pabrėžiama, kad skirtingų veiksnių prognozinė reikšmė dažnai sumažėja, kai į analizę įtraukiami papildomi kintamieji arba ilgesnis stebėjimo laikotarpis [161].

Tokie rezultatai atitinka biopsichosocialinį požiūrį, pagal kurį pogimdyminė savijauta formuojasi kaip nuolat kintantis procesas, kuriame biologi-

niai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai sąveikauja tarpusavyje, todėl vieno laikotarpio rodikliai negali būti laikomi stabiliais vėlesnių sveikatos baigčių prognozės pagrindais.

Apibendrinant galima teigti, kad pogimdyminiu laikotarpiu nustatyti ryšiai tarp moters savijautos ir patirties rodiklių yra reikšmingi konkrečiu vertinimo momentu, tačiau jų prognozinė reikšmė vėlesnėms sveikatos baigtims yra ribota. Tai rodo, kad pogimdyminė savijauta nėra statiška ar lengvai prognozuojama, o kinta priklausomai nuo laikotarpio ir konteksto. Nustatyti rezultatai leidžia pogimdyminę sveikatą interpretuoti kaip dinamišką biopsichosocialinį procesą, kuriame skirtingų veiksnių reikšmė laikui bėgant persiskirsto, todėl vienkartiniai rodikliai negali būti laikomi patikimu pagrindu ilgalaikėms prognozėms.

DARBO PRIVALUMAI IR RIBOTUMAI

Vienas iš pagrindinių šio darbo privalumų – tai pirmasis tokio pobūdžio tyrimas Lietuvoje, kuriame motinystės priežiūros kontekste kompleksiskai vertinami ir tarpusavyje analizuojami PROM ir PREM rodikliai. Kitas svarbus šio tyrimo aspektas – standartizuotos ir tarptautiniu mastu plačiai taikomos vertinimo metodikos naudojimas, sudarantis galimybę palyginti gautus rezultatus su kitų šalių tyrimų duomenimis. Tyrime taikytas ilgalaikis duomenų rinkimas pogimdyminiu laikotarpiu leido įvertinti moterų sveikatos bei patirties rodiklių pokyčius skirtingais laikotarpiais po gimdymo. Be to, akušerio vadovaujamo priežiūros modelio vertinimas Lietuvos kontekste suteikė galimybę įvertinti šio modelio sąsajas su moterų sveikatos baigtimis ir priežiūros patirtimis, papildant iki šiol ribotus mokslinius duomenis šioje srityje.

Nepaisant minėtų darbo privalumų, gauti rezultatai turėtų būti vertinami atsižvelgiant į tam tikrus tyrimo ribotumus. Vienas iš pagrindinių šio tyrimo ribotumų yra susijęs su organizaciniu kontekstu, kuriame buvo taikomi skirtingi nėštumo priežiūros modeliai. Akušerio ir gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros modeliai buvo vertinti skirtingose sveikatos priežiūros įstaigose, todėl gauti rezultatai galėjo priklausyti ne tik nuo priežiūrą teikusio specialisto, bet ir nuo organizacinių veiksnių, tokių kaip įstaigos kultūra, taikomi klinikiniai protokolai, išteklių prieinamumas ar komandinio darbo ypatumai. Dėl šios priežasties negalima vienareikšmiškai teigti, kad nustatyti skirtumai (ar jų nebuvimas) yra susiję tik su priežiūros modeliu.

Kitas svarbus ribotumas susijęs su tuo, kad tyrime naudoti savęs vertinimo klausimynai (PROM ir PREM), kuriuos pildė pačios respondentės. Nors toks duomenų rinkimo metodas leidžia tiesiogiai atskleisti moterų patirtis, subjektyvų sveikatos vertinimą ir jų įsitraukimą į priežiūros procesą, jis taip pat gali būti susijęs su atsakymų šališkumu, socialinio pageidaujamumo efektu ar skirtingu klausimų interpretavimu. Todėl gauti rezultatai turėtų būti interpretuojami atsižvelgiant į šio metodo ypatumus.

IŠVADOS

1. Nustatyta, kad nėščiąjų fizinės ir psichinės sveikatos būklė buvo gera, depresijos simptomų raiška – nedidelė, o pasitikėjimas savo gebėjimais prižiūrėti gimstantį naujagimį bei žindymo saviveiksmingumas – aukšti. Nėščiosios teigiamai vertino priežiūros patirtį – buvo patenkintos suteikta priežiūra, nurodė gavusios pakankamą ir savalaikę informaciją bei pasitikėjo sveikatos priežiūros specialistais. Statistiškai reikšmingų vertintų rodiklių skirtumų pagal skirtingus priežiūros modelius nėštumo laikotarpiu nenustatyta.
2. Vertinant pacienčių pateiktų sveikatos baigčių ir patirties sveikatos priežiūros sistemoje rodiklius skirtingais pogimdyminio laikotarpio etapais nustatyta:
 - 2.1. 1–3 paromis po gimdymo moterų sveikatos būklė buvo gera. Moterys savo pasitikėjimą prižiūrėti naujagimį vertino teigiamai, žindymo saviveiksmingumas buvo aukštas bei emocinis ryšys su naujagimi stipriai išreikštas. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp vertintų rodiklių pagal priežiūros modelį nenustatyta.
 - 2.2. 6–8 savaitėmis po gimdymo tyrimo duomenys atskleidė subjektyviai blogesnę moterų fizinės sveikatos vertinimą. Psichinės sveikatos rodikliai buvo statistiškai reikšmingai aukštesni moterims, kurios buvo gydytojo akušerio–ginekologo priežiūros grupėje, lyginant su akušerio priežiūros grupe. Akušerio priežiūros grupėje nustatyti statistiškai reikšmingai aukštesni pasitikėjimo savo gebėjimu žindyti, gimdymo patirties vertinimo priežiūros kokybės požiūriu bei bendro pasitenkinimo priežiūra rodikliai, palyginti su gydytojo akušerio–ginekologo priežiūros grupe.
 - 2.3. 22–26 savaitėmis po gimdymo moterų tiek fizinės sveikatos (bendra fizinė sveikata, fizinis pajėgumas, nuovargis, skausmas ir fizinis aktyvumas), tiek ir psichinės sveikatos (bendra psichinė sveikata, emocinė būklė, nuovargis, socialinis aktyvumas ir vaidmenų atlikimas) vertinimas pagerėjo ir pasiekė normos ribas. Statistiškai reikšmingų vertintų rodiklių skirtumų pagal priežiūros modelį nenustatyta.
3. Nustatyta, kad visais vertintais laikotarpiais tarp analizuotų rodiklių (fizinės ir psichinės sveikatos, depresijos simptomų, žindymo rodiklių, motinos pasitikėjimo savo gebėjimais, motinos ir naujagimio ryšio bei priežiūros patirties rodiklių) buvo nustatytos statistiškai reikšmingos sąsajos, kurių kryptis ir stiprumas kito priklausomai nuo laikotarpio.

- 3.1. Nėštumo metu nustatytos statistiškai reikšmingos sąsajos tarp fizinės ir psichinės sveikatos bei depresijos simptomų: juo geresnis fizinės ir psichinės sveikatos vertinimas, juo silpnesnė depresijos simptomų raiška.
 - 3.2. 1–3 paromis po gimdymo nustatytos statistiškai reikšmingos sąsajos tarp žindymo saviveiksmingumo, motinos pasitikėjimo savo gebėjimais rūpintis naujagimiui ir motinos bei naujagimio ryšio: juo didesnis žindymo saviveiksmingumas, juo didesnis motinos pasitikėjimas savo gebėjimu rūpintis naujagimiui ir mažiau ryškūs motinos bei naujagimio ryšio sunkumai.
 - 3.3. 6–8 savaitėmis po gimdymo išliko statistiškai reikšmingos sąsajos tarp psichinės sveikatos, depresijos simptomų, žindymo rodiklių, motinos pasitikėjimo savo gebėjimais rūpintis kūdikiu ir gimdymo patirties: juo geresnis psichinės sveikatos vertinimas, juo silpnesnė depresijos simptomų raiška, didesnis motinos pasitikėjimas savo gebėjimais rūpintis kūdikiu, didesnis žindymo saviveiksmingumas ir pozityvesnė gimdymo patirtis.
 - 3.4. 22–26 savaitėmis sąsajos išliko statistiškai reikšmingos tarp pagrindinių psichosocialinių rodiklių: juo geresnis fizinės ir psichinės sveikatos vertinimas, juo didesnis motinos pasitikėjimas savo gebėjimu rūpintis kūdikiu ir pasitenkinimas pogimdyvine priežiūra, o depresijos simptomų raiška – silpnesnė.
- Mediacinė analizė parodė, kad tarp tirtų rodiklių buvo nustatyti tiek tiesioginiai, tiek netiesioginiai ryšiai.
4. Nustatyta, kad motinos ir kūdikio ryšys, žindymo saviveiksmingumas, žindymo būdas, depresijos simptomų raiška ir fizinės sveikatos rodikliai ankstyvuojų pogimdyminiu laikotarpiu neprognozavo moters fizinės sveikatos ir depresiskumo raiškos 22–26 savaitėmis po gimdymo.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Sveikatos priežiūros specialistams (akušeriams ir gydytojams akušeriams-ginekologams):

Nėštumo laikotarpiu

Kiekvieno nėštumo vizito metu įtraukti moterį į bendrą sprendimų priėmimo procesą, aptarti ne tik klinikinius tyrimus ar procedūras, bet ir moters individualius poreikius. Kartu sistemingai vertinti fizinę (bendrą fizinę sveikatą, fizinį pajėgumą, nuovargį, skausmą) ir psichinę sveikatą (bendrą psichinę sveikatą, emocinę būklę, socialinį aktyvumą ir kasdienių vaidmenų atlikimą), integruoti validuotus akušerio praktikai pritaikytus vertinimo instrumentus.

Nėštumo metu užtikrinti savalaikį moters informavimą apie galimus pasirinkimus gimdymo metu, įskaitant priežiūros modelius, intervencijų galimybes ir aktyvų moters vaidmenį priimančias sprendimus.

Gimdymo ir pogimdyminiu laikotarpiais

Gimdymo metu užtikrinti nuoseklų emocinį palaikymą ir aktyvų moters įtraukimą į sprendimų priėmimo procesą, kiekviename priežiūros etape suteikti aiškią informaciją apie taikomas intervencijas ir galimus pasirinkimus, siekti mažinti su gimdymu susijusį stresą ir gerinti moters gimdymo patirtį.

Pogimdyminiu laikotarpiu, moteriai po gimdymo dar esant sveikatos priežiūros įstaigoje, taikyti validuotus žindymo saviveiksmingumo vertinimo instrumentus, siekiant anksti identifikuoti moteris, kurioms būdingas mažesnis pasitikėjimas savo gebėjimu žindyti ir prižiūrėti naujagimį, bei laiku suteikti individualizuotą pagalbą.

Pogimdyminiu laikotarpiu ypač 6–8 savaitėmis po gimdymo, pogimdyminės apžiūros metu neapsiriboti vien fiziologinių pokyčių vertinimu, bet skirti dėmesį fizinei ir psichinei savijautai, nuovargiui, kasdienio funkcionavimo sunkumams bei emocinei būklei, siekiant laiku nustatyti moteris, kurioms gali būti reikalinga papildoma pagalba.

Sveikatos priežiūros politikos formuotojams:

Parengti ir diegti standartizuotas į moterį orientuotos priežiūros gaires, užtikrinančias nuoseklų jų taikymą klinikinėje praktikoje.

Akušerinės priežiūros kokybę vertinti ne tik tradiciniais klinikiniais rodikliais, bet ir moters patirtį bei jos vertinimą atspindinčiais rezultatais. Užtikrinti PROM ir PREM instrumentų integravimą ir skaitmenizavimą sveikatos priežiūros įstaigose.

Plėtoti ir stiprinti akušerio vadovaujamos priežiūros modelių taikymą nėštumo, gimdymo ir pogimdyminiu laikotarpiais. Sudaryti sąlygas akušeriams visapusiškai taikyti Akušerio medicinos normoje numatytas kompetencijas, vadovaujantis įrodymais grįsta praktika ir tarptautinėmis rekomendacijomis.

SUMMARY

INTRODUCTION

Care during pregnancy, childbirth, and the postpartum period is an essential part of the healthcare system, having long-term significance for the physical, psychological, and social well-being of the woman, the newborn, and the family [9–11]. These interrelated periods are considered critical stages in the development of maternal and newborn health, influencing both short- and long-term health outcomes [9, 12, 13]. High-quality care during this period is associated with a lower risk of maternal and neonatal morbidity and mortality, maternal psychological adaptation after childbirth, stronger mother–infant bonding, and more favorable newborn developmental outcomes [10, 12, 14–16]. In addition, the quality of this care has broader implications for public health, as it affects family well-being, parenting experience, and the long-term health and development of children [10, 15].

Traditionally, the quality of care has been assessed based on objective clinical indicators, such as maternal and neonatal morbidity and mortality, the frequency of obstetric complications, the need for interventions, or the length of hospitalization [9, 11, 13]. These indicators are important for evaluating the safety and effectiveness of healthcare; however, they do not encompass the woman’s personal experience, emotional well-being, psychological adaptation, or subjective health evaluation [17, 18]. According to A. Donabedian’s model of healthcare quality, quality includes not only structural and clinical aspects but also patient-relevant outcomes that reflect the impact of care on the patient’s physical and psychological health and overall well-being [19, 20]. Therefore, clinical indicators alone are not sufficient to comprehensively assess the quality of care, especially considering that pregnancy and childbirth are not only biological but also significant psychological and social life events [10, 15, 18].

Thus, in contemporary healthcare, increasing attention is paid not only to clinical outcomes but also to the care experience itself and its impact on the patient’s physical and psychological well-being [1, 17, 18]. This approach is based on the assumption that high-quality healthcare should meet not only medical criteria of safety and effectiveness but also the individual needs, values, and expectations of the patient [1, 21]. This understanding of care is associated with the concept of patient-centred care (PCC), which emphasizes patient autonomy, active participation in decision-making, and the adaptation of care to the individual situation [22]. In obstetrics, this concept takes a specific form as woman-centred care (WCC), which emphasizes the integration of women’s physical, emotional, psychological, and social needs into the care

process throughout all stages of motherhood [11, 23, 24]. Woman-centred care is based on a partnership between the woman and the healthcare professional, ensuring the woman's autonomy and recognizing her individual experience as an important aspect of care quality [23, 24]. Studies show that such care is associated with higher satisfaction, better childbirth experience, and more favorable psychological outcomes after childbirth [11, 23, 25, 26].

One of the most important factors determining the implementation of woman-centred care in practice is the model of care organization. Different care models may vary in terms of continuity of care, the role of the healthcare professional, and principles of care organization [11, 25, 27]. Midwife-led care models more often ensure continuity of care and a consistent relationship between the woman and the healthcare professional, which may have an impact on the woman's experience, psychological well-being, and adaptation in the postpartum period [11, 23, 25, 27]. However, obstetrician-led care models are more often based on clinical risk assessment and the monitoring of high-risk pregnancies [11, 16]. Therefore, the assessment of maternity care quality includes not only clinical indicators but also the woman's experience and her self-reported health outcomes, which reflect the impact of care on physical and psychological well-being [1, 17, 18, 25]. The systematic assessment of these aspects is based on standardized and reliable instruments that allow evaluation of healthcare outcomes from the patient's perspective [1, 21].

In this context, patient-reported outcome measures (PROM) and patient-reported experience measures (PREM) are considered important tools for assessing healthcare outcomes from the patient's perspective [1, 2, 28]. PROM describe the patient's self-assessed health status, functioning, and psychological well-being, while PREM reflect the patient's experience related to the provision of healthcare services, including communication with healthcare professionals and involvement in decision-making [1, 2]. The use of these indicators provides an opportunity to complement traditional clinical evaluation criteria and to more comprehensively assess healthcare quality by integrating both objective clinical data and aspects of patient experience and subjectively perceived health [1, 2, 18, 28]. This approach emphasizes the importance of patient-relevant health outcomes in evaluating healthcare quality and promotes the use of PROM and PREM as important quality indicators [21, 28].

During pregnancy, childbirth, and the postpartum period, PROM and PREM allow the assessment of the woman's experience and her self-reported health outcomes at these stages, including childbirth experience, psychological well-being, mother–infant bonding, and confidence in caring for the newborn [10, 12, 14, 15]. The use of these indicators enables a more comprehensive evaluation of the quality of care during pregnancy, childbirth,

and the postpartum period, taking into account the woman's subjective evaluation and the significance of her experience for healthcare outcomes [11, 17, 23, 25].

PROM and PREM provide a basis for analyzing the quality of care not only in terms of clinical outcomes but also in terms of the woman's experience and subjectively perceived health [1, 2, 18]. Accordingly, the model of care organization may be an important factor influencing the woman's experience and health outcomes during pregnancy, childbirth, and the postpartum period, as it determines continuity of care, the relationship between the woman and the healthcare professional, and the principles of care organization [11, 23, 25, 27]. Therefore, the analysis of PROM and PREM across different care models is important for a comprehensive evaluation of maternity care quality and its impact on women's health and well-being [20, 25, 28].

Novelty of the study

In Lithuania, the application of PROM and PREM indicators for assessing healthcare quality remains limited. The Lithuanian scientific literature emphasizes the importance of PROM and PREM and the need for their development within the healthcare system [3]; however, empirical studies applying these indicators comprehensively to evaluate the quality of maternity care during pregnancy, childbirth, and the postpartum period are still lacking. This study evaluates the quality of maternity care based on women's PROM and PREM indicators, enabling analysis of care outcomes from the woman's perspective. The study analyzes health indicators such as childbirth experience, mother–infant bonding, and breastfeeding self-efficacy, which reflect women's psychological well-being and adaptation in the postpartum period. Such an approach to evaluating maternity care quality, based on patient-reported indicators, allows assessment of the role of the care model not only for clinical outcomes but also for women's experience and psychological health.

The quality of maternity care was assessed using a standardized methodology for evaluating patient-reported outcomes and experiences, developed according to the recommendations of the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). The application of this methodology ensures systematic assessment of women's subjective health indicators, methodological rigor of the study, and enables comparison of the results with international studies using analogous evaluation systems.

The study evaluates and compares women's PROM and PREM indicators between two different models of maternity care – midwife-led care and obstetrician-led care. Such comparative analysis allows examination of associations between the care model and women's experience, psychological

well-being, and health outcomes based on standardized patient-reported indicators, thereby extending the evaluation of maternity care quality beyond traditional clinical indicators.

The study design includes the assessment of PROM and PREM during pregnancy and their longitudinal evaluation during the postpartum period at multiple time points within the first six months after childbirth. This comprehensive design enables not only the comparison of indicators between care models but also analysis of their changes over time and evaluation of associations between care models and the dynamics of women's health outcomes and experiences.

Practical significance of the study

The results of the study may be used to improve maternity care quality assessment systems by incorporating PROM and PREM as additional quality indicators in clinical practice. The standardized methodology for assessing PROM and PREM applied in this study enables systematic and structured evaluation of maternity care quality based on defined criteria, complementing traditional clinical indicators with the assessment of women's experience and psychological well-being. Such an approach allows a more comprehensive evaluation of care outcomes and identification of strengths and areas for improvement in maternity care, supporting the planning of quality improvement interventions.

The application of PROM and PREM in clinical practice provides an opportunity to systematically evaluate maternity care quality and to consider women's experience as an important outcome of care, contributing to the development of woman-centred maternity care.

The results of the study provide empirical data on the associations between midwife-led maternity care and women's reported health outcomes and experiences during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. These findings may be used to strengthen the evidence base for expanding the role of midwives in providing low-risk maternity care services in accordance with current medical regulations and for planning the organization of maternity care services aimed at ensuring continuity of care and woman-centred care.

The aim of the study was to investigate patient-reported outcomes and patient-reported experiences during pregnancy and childbirth.

Objectives of the study

1. To evaluate and compare patient-reported outcomes and patient-reported experience measures during pregnancy between different models of care.

2. To evaluate and compare patient-reported outcomes and patient-reported experience measures during childbirth and the postpartum period between different models of care.
3. To evaluate the relationships and mediation effects between patient-reported outcomes and patient-reported experience measures during pregnancy, childbirth, and the postpartum period.
4. To evaluate the predictive value of patient-reported outcomes and patient-reported experience measures for women's health during the first six months after childbirth.

METHODS

A mixed-methods study was conducted to evaluate patient-reported outcome measures (PROMs) and patient-reported experience measures (PREMs) in relation to two models of low-risk pregnancy and childbirth care in Lithuania: midwife-led care and obstetrician-led care. The study design was chosen to enable a systematic and methodologically grounded comparison of women's health outcomes and care experiences during pregnancy and the postpartum period across different models of care.

The study was organized in accordance with the maternal and newborn outcome measurement framework recommended by the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). This framework focuses on standardized assessment of patient-reported health outcomes and experiences throughout pregnancy, childbirth, and the postpartum period. In developing the study protocol, the ICHOM methodology was adapted to the Lithuanian healthcare context, taking into account the national organization of maternity care, the timing of antenatal visits, and the feasibility of questionnaire administration in clinical settings. During pregnancy, data were collected once at 22–28 weeks of gestation. Although the original ICHOM framework includes several assessment points during pregnancy, a single assessment point was selected in this study to ensure feasibility, reduce participant burden, and improve response rates under real clinical conditions. In the postpartum period, the ICHOM logic of repeated outcome assessment was retained, with data collected at 1–3 days postpartum (T0), 6–8 weeks postpartum (T1), and 22–26 weeks postpartum (T2).

The study was conducted in two Lithuanian healthcare institutions applying different models of maternity care organization. At the Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno klinikos, low-risk pregnancy and childbirth care was organized according to a midwife-led model, in which midwives independently provided antenatal care and attended low-risk births. At LSMU Kauno Hospital, low-risk maternity care was organized according

to an obstetrician-led model, in which care was coordinated by obstetrician-gynaecologists. This study setting enabled the comparison of PROM and PREM across two distinct care models.

Only women with low-risk pregnancies and low-risk births were included. Low-risk pregnancy was defined as pregnancy without maternal or fetal pathology, diagnosed pregnancy complications, or significant perinatal risk factors, in accordance with national Lithuanian maternity care guidelines. Low-risk birth was defined as spontaneous physiological childbirth without major complications or interventions exceeding routine midwifery care, resulting in a vaginal birth of a fetus in cephalic presentation and good maternal and neonatal condition after delivery. Women with high-risk pregnancies and those whose pregnancy or birth progressed from low to medium or high risk were excluded from the analysis.

The study sample consisted of two independent groups. The first group comprised low-risk pregnant women who were surveyed once during pregnancy at 22–28 weeks of gestation to assess PROMs and PREMs during the antenatal period. Data collection in this group took place from September 2022 to September 2023. A total of 310 questionnaires were distributed, of which 290 were suitable for analysis, yielding an overall response rate of 93.5%: 92 women in the midwife-led care group and 198 women in the obstetrician-led care group.

The second group comprised women who had experienced a low-risk birth. In this group, a longitudinal follow-up design was applied, with the same women surveyed at three postpartum time points: 1–3 days, 6–8 weeks, and 22–26 weeks after birth. Data collection in the postpartum group took place from September 2022 to September 2024. At T0, 349 women participated, including 169 in the midwife-led group and 180 in the obstetrician-led group. At T1, 218 women remained, and at T2, 167 women completed the follow-up. Attrition was 37.5% between T0 and T1 and 23.4% between T1 and T2. Sample size for both study groups was calculated separately using the finite population sample size formula, assuming a 95% confidence level and a 5% margin of error. Because repeated postpartum follow-up was planned, a larger initial sample was recruited to compensate for anticipated attrition.

Data were collected using structured self-administered questionnaires consisting of socio-demographic questions and PROMs/PREMs instruments. During pregnancy, paper questionnaires were administered during routine antenatal visits in both participating institutions. In the postpartum period, the first survey (T0) was completed in hospital 1–3 days after birth. Follow-up surveys at T1 and T2 were administered online using Google Forms, with reminder e-mails sent to non-responders. Participants were informed in advance about follow-up contact and agreed to this procedure by signing

informed consent. Electronic data collection was conducted in compliance with the General Data Protection Regulation (GDPR), and the collected data were anonymized and stored in a secure digital environment with restricted access.

The study evaluated both PROMs and PREMs. PROMs included health-related quality of life, pain-related impact on sexual life, depressive symptoms, breastfeeding self-efficacy, maternal confidence, breastfeeding intention and feeding method, and mother–infant bonding. PREMs included birth experience, satisfaction with care, information provision, involvement in decision-making, and trust in healthcare professionals. Standardized instruments used in the study included the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Global Health Scale (PROMIS Global-10), Pain with Intercourse item (SFFAC102), the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form (BSES-SF), the Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS), and the Birth Satisfaction Scale–Revised (BSS-R), alongside several self-report items developed to assess satisfaction with care, information provision, breastfeeding intentions, feeding practices, and confidence in infant care. Instruments previously adapted into Lithuanian were used in their validated Lithuanian versions, while questionnaires without an available validated Lithuanian version were translated using a standardized forward–backward translation procedure. Internal consistency of the study instruments was assessed using Cronbach’s alpha.

Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics 31. Descriptive statistics included frequencies, percentages, means, standard deviations, and minimum and maximum values. Normality of quantitative variables was assessed using the Kolmogorov–Smirnov test. Depending on the distribution of variables and study design, group comparisons were performed using the Mann–Whitney U test, analysis of covariance (ANCOVA), Wilcoxon signed-rank test, and McNemar test. Associations between categorical variables were examined using the chi-square test, and z tests with Bonferroni correction were applied for the comparison of proportions. Relationships between variables were assessed using Spearman’s correlation coefficient, and differences between correlation coefficients were tested using Fisher’s z statistic. Statistical significance was set at $p < 0.05$, with $p < 0.001$ considered highly significant.

To examine indirect relationships between study variables, mediation analyses were conducted using the PROCESS macro for SPSS (version 5.0 by Andrew F. Hayes). A simple mediation model (Model 4) was applied separately for pregnancy and for each postpartum measurement point (T0, T1, and T2). Direct, indirect, and total effects were estimated, the indirect

effect was considered statistically significant when the confidence interval did not include zero. Because postpartum data were collected longitudinally, Structural equation modelling (SEM) was additionally applied to assess direct and indirect relationships between variables over time and to examine their predictive value across postpartum measurement points.

RESULTS

Evaluation of PROM and PREM indicators during pregnancy depending on the care model. To assess the physical and mental health of pregnant women, the PROMIS Global-10 questionnaire was used, which allows for the assessment of health-related quality of life. It was found that the participants' physical and mental health scores were close to the scale's normative population mean ($T = 50$), indicating that overall health status was rated as good. When analyzing the distribution of these scores by prenatal care model, no statistically significant differences in physical and mental health were found between the midwife and obstetrician-gynecologist care groups ($p > 0.05$) (Table 1).

Table 1. Comparison of physical and mental health scores (PROMIS Global-10) among pregnant women according to the model of care during pregnancy ($N=290$)

Assessed domain	Care model		Total ($N = 290$)	p
	Midwife ($n = 92$)	Obstetrician- gynecologist ($n = 198$)		
	Mean (SD)			
Physical health	48.50 (6.2)	49.67 (5.8)	49.30 (6.0)	0.139
Mental health	50.81 (6.1)	51.39 (6.6)	51.20 (6.5)	0.786

The table presents PROMIS Global-10 T-scores for physical and mental health, standardized to the normative population (mean = 50, SD = 10); higher scores indicate better physical and mental health. T-scores for physical health ranged from 29.6 to 67.7, and for mental health from 21.2 to 67.6. The Mann–Whitney U test was used to compare groups.

The distribution of pregnant women was analysed according to their subjective assessment of physical and mental health, based on the established thresholds for physical and mental health scores in the PROMIS Global-10. The participants were divided into groups with subjectively better and subjectively poorer physical and mental health assessments, and the distribution of these categories was compared according to the antenatal care mode. The majority of pregnant women in both the midwife and obstetrician–gynecologist care groups rated their physical (94.5%) and mental (96.2%) health as good. No

differences were found between the groups (physical health $p = 0.610$; mental health $p = 0.318$) (Table 2).

Table 2. Comparison of pregnant women’s subjective assessment of physical and mental health (PROMIS Global-10) according to the model of care during pregnancy (N=290)

Area assessed		Care model		Total (N = 290)	p
		Midwife (n = 92)	Obstetrician-gynaecologist (n = 198)		
		n (%)			
Physical health	Subjectively better assessment of physical well-being	86 (93.5)	188 (94.9)	274 (94.5)	0.610
	Subjectively poorer assessment of physical health	6 (6.5)	10 (5.1)	16 (5.5)	
Mental health	Subjectively better assessment of mental health	87 (94.6)	192 (97.0)	279 (96.2)	0.318
	Subjectively poorer mental health rating	5 (5.4)	6 (3.0)	11 (3.8)	

Subjectively poorer physical health was defined as a PROMIS Global-10 physical health score of < 42 , and subjectively better physical health as a score of ≥ 42 . A subjectively poorer mental health rating was identified when the PROMIS Global-10 mental health score was < 40 , and a subjectively better mental health rating when the score was ≥ 40 . Groups were compared using the χ^2 test.

To assess pregnant women’s breastfeeding abilities in greater detail, breastfeeding self-efficacy was additionally analyzed using the BSES-SF scale. The analysis showed that respondents were more confident in general aspects of their ability to breastfeed, particularly their ability to adapt to the breastfeeding process, meet the baby’s need for breastfeeding, and breastfeed the baby at every feeding. Lower scores were found for statements related to more complex situations or those requiring greater practical confidence, such as exclusive breastfeeding without using formula as an alternative, assessing the adequacy of the baby’s milk intake, and the ability to successfully breastfeed a crying baby. The total BSES-SF scale score was 49.06. When comparing the scores for individual statements and the total scale score according to the model of prenatal care, no statistically significant differences were found ($p > 0.05$) (Table 3).

Table 3. Comparison of breastfeeding self-efficacy (BSES-SF) among pregnant women depending on the care model during pregnancy (N=290)

Statement	Care model		Total (N = 290)	p
	Midwife (n = 92)	Obstetrician-gynaecologist (n = 198)		
	Mean (SD)			
The fact that breastfeeding may take a long time will not be a problem for me	3.87 (0.9)	3.93 (1.0)	3.91 (1.0)	0.390
I will always meet my baby's need to breastfeed	3.73 (0.8)	3.77 (0.9)	3.76 (0.9)	0.615
I will be able to breastfeed my baby at every feeding	3.70 (0.8)	3.63 (0.9)	3.65 (0.9)	0.685
I will always stay motivated to breastfeed	3.66 (0.9)	3.61 (1.0)	3.62 (0.9)	0.656
I will always finish feeding from one breast before switching to the other	3.60 (0.8)	3.61 (0.9)	3.60 (0.9)	0.819
I will feel comfortable breastfeeding in front of family members	3.60 (1.1)	3.59 (1.1)	3.59 (1.1)	0.865
I will always be able to tell when my baby has finished feeding	3.62 (0.8)	3.53 (0.9)	3.56 (0.9)	0.542
I will be able to breastfeed in a way that satisfies me	3.53 (0.8)	3.53 (0.9)	3.53 (0.9)	0.856
I will always be satisfied with my breastfeeding experience	3.41 (0.9)	3.53 (1.0)	3.49 (1.0)	0.393
I will always successfully manage breastfeeding, just as I do with other challenging tasks	3.36 (0.9)	3.41 (0.9)	3.40 (0.9)	0.453
I will always be able to ensure that my baby latches onto the breast properly while breastfeeding	3.37 (0.9)	3.32 (0.9)	3.34 (0.9)	0.698
I will always be able to tell if my baby is getting enough milk	3.28 (0.8)	3.36 (0.9)	3.33 (0.9)	0.266
I will always be able to breastfeed successfully, even when my baby cries	3.20 (0.9)	3.18 (0.9)	3.19 (0.9)	0.975
I will exclusively breastfeed my baby without using formula as an alternative	3.22 (1.1)	3.10 (1.1)	3.13 (1.1)	0.383
Total score	49.14 (9.0)	49.02 (10.4)	49.06 (10.0)	0.803

Higher scores on individual statements indicate stronger agreement with the statement, while a higher total scale score indicates higher breastfeeding self-efficacy. Comparison between the two groups (Mann-Whitney U test)

To assess the distribution of breastfeeding self-efficacy, the participants were divided according to a cut-off value. Based on the total BSES-SF scale score, it was found that the distribution of participants between lower

and higher levels of breastfeeding self-efficacy was almost equal – 50% in both groups. No statistically significant differences were found between the antenatal care models (Table 4).

Table 4. Comparison of breastfeeding self-efficacy levels (BSES-SF) among pregnant women according to the model of care during pregnancy (N=290)

Area assessed		Care model		Total (N = 290)	p
		Midwife (n = 92)	Obstetrician-gynaecologist (n = 198)		
		n (%)			
Breastfeeding self-efficacy	Lower self-efficacy	45 (48.9)	100 (50.5)	145 (50.0)	0.801
	Higher self-efficacy	47 (51.1)	98 (49.5)	145 (50.0)	

BSES-SF scores range from 14 to 70 points; higher scores indicate higher breastfeeding self-efficacy. A cut-off score of 50 was used to interpret the results: <50 – lower, ≥50 – higher breastfeeding self-efficacy. Groups were compared using the χ^2 test.

To assess pregnant women’s confidence in their abilities and self-efficacy, their confidence in their ability to care for their newborn was evaluated. It was found that the majority of pregnant women (78.9%) were confident or very confident in their abilities. This indicator also did not differ between the care models (p = 0.631) (Table 5).

Table 5. Comparison of pregnant women’s confidence in their ability to care for their newborn, depending on the model of care during pregnancy (N=290)

Confidence in one’s ability to care for the baby	Care model		Total (N = 290)	p
	Midwife (n = 92)	Obstetrician-gynaecologist (n = 198)		
	n (%)			
Have absolutely no trust	1 (1.1)	2 (1.0)	3 (1.0)	0.631
Do not trust	5 (5.4)	6 (3.0)	11 (3.8)	
Somewhat trust	18 (19.6)	29 (14.6)	47 (16.2)	
Trust	52 (56.5)	118 (59.6)	170 (58.6)	
Very confident	16 (17.4)	43 (21.7)	59 (20.3)	

Comparison between the two groups (χ^2 test)

During pregnancy, indicators of pregnant women’s experience in the healthcare system (PREM) were assessed, covering satisfaction with care, the adequacy and timeliness of information, the ability to choose a specialist, and trust in healthcare professionals.

It was found that the majority of pregnant women were satisfied or very satisfied with the care provided – 88.9%. When comparing satisfaction by

antenatal care model, no statistically significant differences were found ($p=0.075$) (Table 6).

Table 6. Comparison of pregnant women’s satisfaction with prenatal care by care model during pregnancy ($N=290$)

Satisfaction with care during pregnancy	Care model		Total (N = 290)	p
	Midwife (n = 92)	Obstetrician-gynecologist (n = 198)		
	n (%)			
Very dissatisfied	9 (9.8)	17 (8.6)	26 (9.0)	0.075
Dissatisfied	1 (1.1)	1 (0.5)	2 (0.7)	
Neither satisfied nor dissatisfied	1 (1.1)	3 (1.5)	4 (1.4)	
Satisfied	39 (42.4)	53 (26.8)	92 (31.7)	
Very satisfied	42 (45.7)	124 (62.6)	166 (57.2)	

Comparison between the two groups (χ^2 test)

Women’s involvement in decision-making during the antenatal care process was assessed by analysing the provision of information about antenatal care and trust in the healthcare professionals providing antenatal care. It was found that pregnant women most often reported receiving sufficient information to help them make decisions regarding antenatal care (82.1%) and that the necessary information was provided in a timely manner (84.5%). The majority also stated that they had been provided with information regarding the option to choose a healthcare facility and a specialist (74.5%). Trust in antenatal care specialists was particularly high – 97.6% of pregnant women stated that they trusted them (Fig. 1).

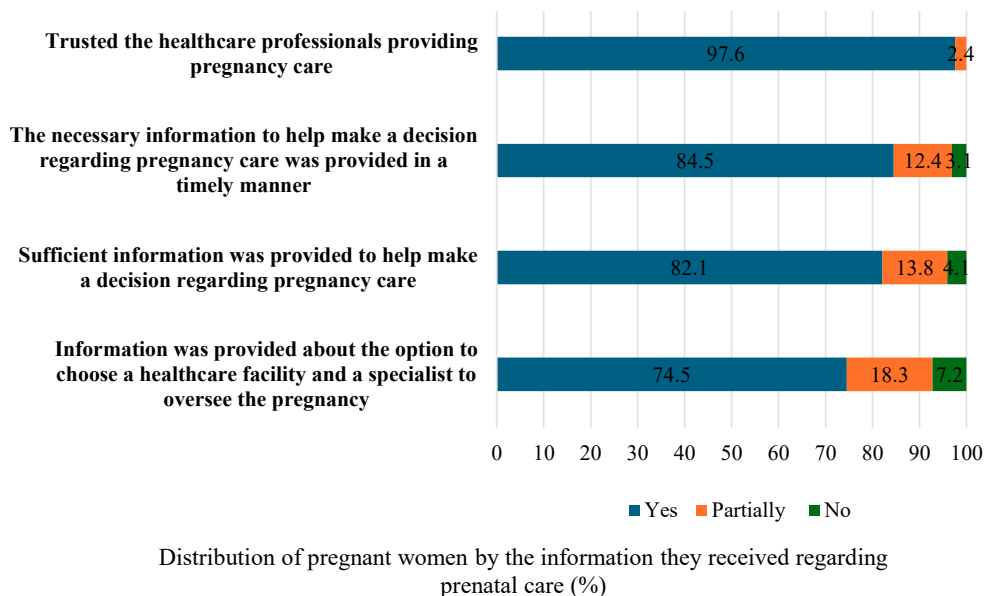


Fig. 1. Pregnant women's views on the provision of information and trust in pregnancy care specialists (N=290)

Assessment of PROM and PREM indicators in the postpartum period depending on the care model. As no statistically significant differences between midwife-led and obstetrician-led care models were observed in either patient-reported outcome measures (PROMs) or patient-reported experience measures (PREMs) at 22–26 weeks postpartum ($p > 0.05$), these time points are not presented in detail. The analysis therefore focuses on the 1–3-day and 6–8-week postpartum periods, where the most relevant statistically significant differences between care models were identified.

At 1–3 days after birth when assessing women's confidence in their ability to care for their newborn, it was found that the majority of women rated this ability positively – confidence and very high confidence were the predominant responses. The distribution of this indicator across the models of maternity care did not differ in a statistically significant way ($p = 0.327$) (Table 7).

Table 7. Comparison of women’s confidence in their ability to care for a newborn in the first 1–3 days after birth, by care model (N=349)

Confidence in one’s ability to care for a newborn	Care model		Total (N = 349)	p
	Midwife (n = 169)	Obstetrician-gynaecologist (n = 180)		
	n (%)			
Do not trust	2 (1.2)	0	2 (0.6)	0.327
Somewhat confident	17 (10.1)	25 (13.9)	42 (12.0)	
Trust	103 (60.9)	110 (31.1)	213 (31.0)	
Very confident	47 (27.8)	45 (25.0)	92 (26.4)	

Comparison between the two groups (χ^2 test)

Analysis of the newborn’s feeding method revealed that the majority of women breastfed their newborns or fed them with expressed breast milk (85.7%), whilst 14.3% of women used a mixed method – both breast milk and infant formula. The distribution of newborn feeding methods across the different models of maternity care also did not differ in a statistically significant way ($p > 0.05$).

When assessing breastfeeding self-efficacy (BSES-SF), the total scale score was found to be 50.28 out of a possible 70 points. This indicator reflects women’s overall confidence in their ability to breastfeed during the postpartum period. When comparing by model of maternity care, the overall breastfeeding self-efficacy score did not differ statistically significantly between groups ($p > 0.05$). Analysis of individual scale items revealed that higher scores were associated with general breastfeeding abilities, such as maintaining motivation, comfort whilst breastfeeding and the ability to meet the newborn’s needs, whilst lower scores were associated with more challenging situations, such as breastfeeding a crying newborn or assessing milk supply. When comparing breastfeeding self-efficacy according to the model of maternity care, it was found that women whose births were attended by an obstetrician-gynaecologist rated the statement regarding exclusive breastfeeding without the use of formula as an alternative significantly higher ($p = 0.015$) compared to women whose births were attended by a midwife. The scores for the other statements and the total scale score did not differ statistically significantly between the groups ($p > 0.05$) (Table 8).

Table 8. Comparison of scores on the Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES-SF) 1–3 days postpartum according to the care model

Statement	Care model		Total (N = 349)	p
	Midwife (n = 169)	Obstetrician- gynaecologist (n = 180)		
	Mean (SD)			
I always remain motivated to breastfeed	4.00 (0.9)	3.95 (1.0)	3.97 (0.9)	0.940
I feel comfortable breastfeeding in front of family members	3.95 (1.0)	3.89 (1.0)	3.92 (1.0)	0.691
The fact that breastfeeding takes a long time does not cause me any problems	3.92 (0.9)	3.92 (1.0)	3.92 (1.0)	0.804
I am able to breastfeed my newborn at every feed	3.79 (0.9)	3.78 (1.1)	3.79 (1.0)	0.660
I always satisfy my newborn's need to feed	3.69 (1.0)	3.81 (1.0)	3.75 (1.0)	0.207
I always finish feeding from one breast before switching to the other	3.69 (1.0)	3.74 (0.9)	3.72 (1.0)	0.695
I exclusively breastfeed my newborn without using formula as an alternative	3.46 (1.3)	3.76 (1.4)*	3.61 (1.4)	0.015
I can always tell when my newborn has finished feeding	3.59 (1.0)	3.62 (1.0)	3.60 (1.0)	0.776
I am able to breastfeed in a way that satisfies me	3.51 (1.0)	3.42 (1.0)	3.47 (1.0)	0.505
I am always satisfied with my breastfeeding experience	3.46 (1.0)	3.34 (1.0)	3.40 (1.0)	0.415
I can always ensure that my newborn latches on properly during breastfeeding	3.46 (1.0)	3.34 (1.1)	3.40 (1.0)	0.292
I can always tell if my newborn is getting enough milk	3.39 (0.9)	3.28 (0.9)	3.34 (0.9)	0.351
I always manage breastfeeding successfully, just as I do with other challenging tasks	3.26 (0.9)	3.17 (1.0)	3.21 (1.0)	0.456
I am always able to breastfeed successfully, even when my newborn is crying	3.18 (1.0)	3.13 (1.1)	3.16 (1.0)	0.833
Total score	50.38 (9.9)	50.17 (10.4)	50.28 (10.2)	0.869

*p < 0.05, compared with the midwife care model (Mann-Whitney U test used). Higher statement scores indicate greater agreement with the statement, whilst a higher total scale score indicates higher breastfeeding self-efficacy.

The distribution of women who had given birth was analysed according to their level of breastfeeding self-efficacy. Based on the total BSES-SF scale score, it was found that 55.6% of women exhibited higher breastfeeding self-efficacy; however, the distribution of this indicator across the models of maternity care did not differ statistically significantly ($p = 0.526$) (Table 9).

Table 9. Comparison of women's breastfeeding self-efficacy levels (BSES-SF) by care model (N=349)

Area assessed		Care model		Total (N = 349)	p
		Midwife (n = 169)	Obstetrician- gynaecologist (n = 180)		
		n (%)			
Breastfeeding self-efficacy	Lower self-efficacy	78 (46.2)	77 (42.8)	155 (44.4)	0.526
	Higher self-efficacy	91 (53.8)	103 (57.2)	194 (55.6)	

BSES-SF scores range from 14 to 70 points; higher scores indicate greater breastfeeding self-efficacy. A cut-off score of 50 was used to interpret the results: <50 – lower, ≥ 50 – higher breastfeeding self-efficacy. Groups were compared using the χ^2 test.

An assessment of the mother's emotional bond with the newborn (MIBS) revealed that the total scale score was 0.96, indicating a strong emotional bond between the mother and the newborn during the postnatal period. When comparing the scores according to the model of maternity care, the total MIBS scale score did not differ statistically significantly between the groups ($p > 0.05$). Analysis of individual scale items revealed that most emotions were expressed weakly, whilst positive emotions, such as joy and protectiveness, were characterised by higher scores. A statistically significant difference between the groups was found only for the score of the emotion of aggression, which was slightly higher in the midwife-led care group ($p = 0.046$). Despite the difference found for this specific item, the overall MIBS scale score indicates that the emotional bond between the mother and newborn was good in both groups (Table 10).

Table 10. Comparison of mothers' emotional bond with the newborn (MIBS) scores according to care model (N=349)

Emotion	Care model		Total	p
	Midwife (n = 169)	Obstetrician-gynaecologist (n = 180)		
	Mean (SD)			
Loving	0.08 (0.3)	0.07 (0.3)	0.07 (0.3)	0.332
Full of resentment	0.09 (0.3)	0.06 (0.2)	0.08 (0.3)	0.425
Neutral / feeling nothing	0.11 (0.5)	0.07 (0.3)	0.09 (0.4)	0.286
Joyful	0.32 (0.6)	0.25 (0.5)	0.28 (0.6)	0.297
Negative	0.12 (0.4)	0.05 (0.2)	0.08 (0.3)	0.144
Protective	0.25 (0.5)	0.26 (0.5)	0.26 (0.5)	0.994
Disappointed	0.09 (0.3)	0.07 (0.3)	0.08 (0.3)	0.570
Aggressive	0.04 (0.2)	0.01 (0.1)*	0.02 (0.1)	0.046
Total score	1.11 (1.9)	0.83 (1.3)	0.96 (1.6)	0.482

*p < 0.05, compared with the midwife care model (Mann-Whitney U test used). Higher scores indicate more intense emotion.

When assessing women's physical and mental health 6–8 weeks postpartum, it was found that the overall PROMIS Global-10 scores were lower than the normative T-score mean (50), indicating a poorer subjective health assessment in the study sample. Mental health scores were slightly higher than physical health scores. When comparing by maternal care model, it was found that neither physical nor mental health scores differed statistically significantly between groups (p > 0.05) (Table 11).

Table 11. Comparison of women's physical and mental health scores (PROMIS Global-10) by care model at 6–8 weeks postpartum (N=218)

Assessed domain	Care model		Total (n = 218)	p
	Midwife (n = 94)	Obstetrician-gynaecologist (n = 124)		
	Mean (SD)			
Physical health	36.04 (4.1)	36.55 (4.1)	36.33 (4.1)	0.582
Mental health	36.22 (7.9)	37.30 (8.5)	36.84 (8.2)	0.274

The table presents the PROMIS Global-10 T-scores for physical and mental health. T-scores for physical health ranged from 29.6 to 67.7, and for mental health from 21.2 to 67.6; higher scores indicate better physical and mental health. Comparison between the two groups (Mann-Whitney U test)

When assessing women's subjective evaluation of their physical and mental health, it was found that the majority of participants rated their physical health as poorer. This distribution was similar in both antenatal care model groups,

and no statistically significant differences were found ($p = 0.563$). Meanwhile, the assessment of mental health was unevenly distributed – some women rated it as better, but the majority nevertheless reported a poorer assessment. When comparing by maternity care model, it was found that mental health ratings differed statistically significantly between the groups ($p = 0.033$), with the group receiving care from an obstetrician-gynaecologist more frequently reporting a better mental health rating (Table 12).

Table 12. Comparison of women’s subjective physical and mental health ratings (PROMIS Global-10) by care model at 6–8 weeks postpartum ($N=218$)

Assessed domain		Care model		Total (N = 218)	p
		Midwife (n = 94)	Obstetrician- gynaecologist (n = 124)		
		n (%)			
Physical health	Subjectively better assessment of physical well-being	7 (7.4)	12 (9.7)	19 (8.7)	0.563
	Subjectively poorer assessment of physical health	87 (92.6)	112 (90.3)	199 (91.3)	
Mental health	Subjectively better assessment of mental health	27 (28.7)	53 (42.7)*	80 (36.7)	0.033
	Subjectively poorer mental health assessment	67 (71.3)	71 (57.3)	138 (63.3)	

* $p < 0.05$, compared with the midwife-led model (χ^2 test used). A subjectively poorer assessment of physical health was defined as a PROMIS Global-10 physical health score of < 42 , and a subjectively better assessment of physical health as a score of ≥ 42 . A subjectively poorer mental health rating was identified when the PROMIS Global-10 mental health score was < 40 , and a subjectively better mental health rating when the score was ≥ 40 .

When assessing the mother’s emotional bond with the baby at 6–8 weeks postpartum, it was found that the total MIBS scale score was low, indicating a favourable emotional bond between mother and baby during this period. When comparing according to the model of maternity care, the total scale score did not differ statistically significantly between the groups ($p > 0.05$). Analysis of individual scale items revealed that positive emotions, such as joy and protectiveness, were most pronounced, whilst negative emotions were weakly expressed and scores for aggression were minimal. When comparing according to the model of maternity care, a statistically significant difference was found only for the score of the emotion of neutrality, which was higher in the obstetrician-gynaecologist care group ($p = 0.041$). Scores for other emotions did not differ statistically significantly between the groups ($p > 0.05$) (Table 13).

Table 13. Comparison of maternal-infant bond score (MIBS) ratings at 6–8 weeks postpartum according to care model (N = 218)

Emotion	Care model		Total (N = 218)	p
	Midwife (n = 94)	Obstetrician-gynaecologist (n = 124)		
	Mean (SD)			
Loving	0.04 (0.2)	0.09 (0.4)	0.07 (0.3)	0.627
Full of resentment	0.15 (0.6)	0.21 (0.6)	0.18 (0.6)	0.244
Neutral or feeling nothing	0.06 (0.2)	0.15 (0.4)*	0.11 (0.3)	0.041
Joyful	0.38 (0.6)	0.42 (0.6)	0.40 (0.6)	0.558
Negative	0.16 (0.4)	0.24 (0.7)	0.21 (0.6)	0.598
Protective	0.18 (0.5)	0.25 (0.5)	0.22 (0.5)	0.215
Disappointed	0.22 (0.4)	0.14 (0.3)	0.17 (0.4)	0.097
Aggressive	0.06 (0.2)	0.05 (0.2)	0.06 (0.2)	0.621
Total score	1.27 (1.8)	1.55 (2.3)	1.43 (2.1)	0.793

*p < 0.05, compared with the midwife care model (Mann-Whitney U test used). Higher scores indicate more intense emotion.

Meanwhile, changes in the ratings of other emotions were not statistically significant (p > 0.05). These results indicate that maternal emotional responses to the baby changed over time, with significant changes observed in both positive and negative emotional domains (Table 14).

Table 14. Comparison of mothers' emotional bond with the baby (MIBS) scores on days 1–3 postpartum and at 6–8 weeks postpartum (N = 218)

Emotion	Stages		p
	1–3 days postpartum	6–8 weeks postpartum	
	Mean (SD)		
Loving	0.09 (0.3)	0.07 (0.3)	0.261
Full of resentment	0.08 (0.3)	0.18 (0.6)*	0.019
Neutral or feeling nothing	0.12 (0.5)	0.11 (0.3)	0.972
Joyful	0.30 (0.6)	0.40 (0.6)*	0.046
Negative	0.11 (0.4)	0.21 (0.6)*	0.021
Protective	0.28 (0.6)	0.22 (0.5)	0.202
Disappointed	0.09 (0.3)	0.17 (0.4)*	0.004
Aggressive	0.02 (0.1)	0.06 (0.2)*	0.011
Total score	1.09 (1.8)	1.43 (2.1)*	0.008

*p < 0.05, compared with the period 1–3 days postpartum (Wilcoxon test used).

The evaluation of the childbirth experience was further analyzed according to the care model. It was found that women whose births were attended by

a midwife were statistically significantly more likely to report that they were encouraged to participate in decision-making regarding the course of labor ($p = 0.013$), felt greater support from the staff ($p = 0.003$), and rated communication with the staff during childbirth more positively ($p < 0.001$) compared to women whose childbirth was supervised by an obstetrician-gynecologist.

These differences are also reflected in the BSS-R subscale scores. It was found that scores on the quality of care subscale – which includes communication with staff, support, and the woman’s involvement in decision-making-differed between the groups; in the midwife-led care group, they were statistically significantly higher ($p = 0.002$). Meanwhile, the subscales of personal characteristics reflecting the woman’s sense of control and emotional state, as well as the subscales of stress experienced during childbirth related to anxiety and tension experienced during labor, did not differ between the groups ($p > 0.05$) (Table 15).

Table 15. Comparison of women’s childbirth experience (BSS-R) scores at 6–8 weeks postpartum depending on the care model (N = 218)

Statement	Care model		Total (N = 218)	p
	Midwife (n = 94)	Obstetrician- gynaecologist (n = 124)		
	Mean (SD)			
The delivery room was clean and hygienic	3.82 (0.4)	3.81 (0.6)	3.82 (0.5)	0.520
The staff interacted with me very kindly throughout the entire delivery	3.72 (0.6)	3.08 (1.4)*	3.36 (1.2)	<0.001
I felt very supported by the staff during childbirth	3.55 (0.7)	3.06 (1.2)*	3.28 (1.1)	0.003
I think my labor was too long	3.03 (1.1)	2.87 (1.3)	2.94 (1.2)	0.503
I felt out of control during labor	2.79 (1.2)	2.61 (1.3)	2.69 (1.2)	0.388
I felt very anxious during childbirth	2.39 (1.1)	2.61 (1.2)	2.52 (1.2)	0.144
The staff in the delivery room encouraged me to make decisions	2.63 (1.2)	2.25 (1.2)	2.41 (1.2)	0.013
I did not suffer any external injuries during childbirth	2.41 (1.5)	2.35 (1.5)	2.38 (1.5)	0.774
Childbirth seemed like a grueling experience to me	2.06 (1.1)	2.22 (1.3)	2.15 (1.2)	0.299
I wasn’t nervous at all during childbirth	1.49 (1.0)	1.56 (1.1)	1.53 (1.1)	0.933
Subscales				
Quality of care provided	13.72 (1.9)	12.21 (3.4)*	12.86 (2.9)	0.002

Table 15 cont.

Statement	Care model		Total (N = 218)	p
	Midwife (n = 94)	Obstetrician- gynaecologist (n = 124)		
	Mean (SD)			
Personal characteristics of the woman	5.18 (2.0)	5.23 (2.2)	5.21 (2.1)	0.579
Stress experienced during childbirth	8.45 (2.7)	9.15 (3.2)	9.00 (3.0)	0.624
Total score	27.90 (4.9)	26.44 (5.7)	27.07 (5.4)	0.133

*p < 0.05, compared to the midwife care model (Mann–Whitney U test used).

The total score ranges from 0 to 40; a higher score indicates greater satisfaction with the childbirth experience. Subscales were calculated based on groups of statements: quality of care provided (3, 5, 6, 10), personal characteristics of the woman (4, 8), stress experienced during childbirth (1, 2, 7, 9).

To assess the childbirth experience in greater detail, the participants were categorized based on a cut-off score derived from the results of the Birth Satisfaction Scale (BSS-R). The participants were divided into groups with positive and negative childbirth experiences. The study assessed whether the distribution of these experiences differed according to the model of childbirth care. More than half of the women in both care groups (53.2% and 56.5%, respectively) reported having a positive birth experience. No statistically significant differences were found between the care models (p = 0.632) (Table 16).

Table 16. Distribution of women by positive and negative childbirth experience (BSS R) by care model (N=218)

Area assessed		Care model		Total (N = 218)	p
		Midwife (n = 94)	Obstetrician- gynaecologist (n = 124)		
		n (%)			
Childbirth experience	Positive	50 (53.2)	70 (56.5)	120 (55.0)	0.632
	Negative	44 (46.8)	54 (43.5)	98 (45.0)	

Childbirth experience classified according to the BSS-R scale cutoff: negative experience (BSS-R <28), positive experience (BSS-R ≥28), χ^2 test

Overall, PROM and PREM indicators during pregnancy and the postpartum period were largely similar between midwife-led and obstetrician-led care models. Most patient-reported outcomes, including physical and mental health, breastfeeding self-efficacy, confidence in newborn care, and mother-infant bonding, showed no significant differences between groups. However, women in the midwife-led care group reported greater involvement in

decision-making, stronger support, and more positive communication during childbirth. The results of the mediation analyses are presented below.

Analysis of associations and relationships between PROM and PREM indicators. To assess the interrelationships among the PROM and PREM indicators under study, a mediation analysis was conducted at 1–3 days postpartum. Given the statistically significant associations found between fatigue, symptoms of depression, and health-related quality of life indicators, the next step was to assess the possible mechanisms underlying these relationships. Two simple mediation models were analyzed to assess the mediating role of depressive symptoms in the relationship between fatigue and physical and mental health outcomes (Fig. 2).

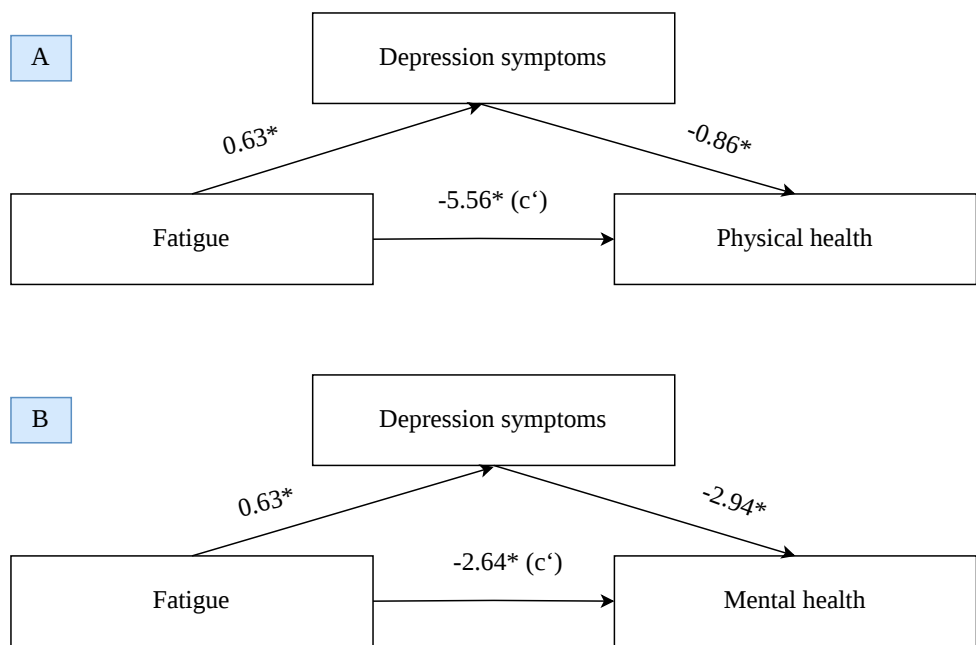


Fig. 2. The mediating role of depressive symptoms in the relationship between fatigue and health-related quality of life: A – physical health, B – mental health

* $p < 0.001$, c' – direct effect

The model reveals statistically significant mediating pathways: fatigue is statistically significantly associated with depressive symptoms ($p < 0.001$), and depressive symptoms are statistically significantly negatively associated with both physical and mental health ($p < 0.001$). It was also found that fatigue is statistically significantly associated with both physical and mental health ($p < 0.001$) (Table 17).

Table 17. Associations between fatigue and depressive symptoms with physical and mental health

Predictors	B	β	Standard error	t	95%, CI	p
Symptoms of depression						
Fatigue	0.63	-0.37	0.10	6.64	[0.44; 0.82]	<0.001
F	44.14					
R ²	0.13					
Physical health						
Fatigue	-5.56	-0.66	0.44	-12.75	[-6.42; -4.70]	<0.001
Symptoms of depression	-0.86	-0.38	0.25	-3.41	[-1.35; -0.36]	<0.001
F	118.69					
R ²	0.45					
Mental health						
Fatigue	-2.64	-0.42	0.52	-5.05	[-3.66; -1.61]	<0.001
Symptoms of depression	-2.49	-0.52	0.30	-8.27	[-3.09; -1.90]	<0.001
F	71.70					
R ²	0.33					

B – unstandardized coefficient; β – standardized coefficient; p – statistical significance value; t – Student’s t value; F – F statistic; R² – coefficient of determination.

After assessing the direct, indirect, and total effects, partial mediation was identified, as both direct and indirect effects were found. This means that the effect of fatigue on physical and mental health manifests in two ways: directly and indirectly through symptoms of depression. Higher levels of fatigue are associated with more severe symptoms of depression, and more severe symptoms of depression are associated with poorer physical and mental health; however, a direct relationship between fatigue and physical and mental health also remains (Table 18).

Table 18. Direct, indirect, and combined effects of fatigue on physical and mental health, mediated by symptoms of depression

	Effect	Standard error	95% CI
Physical health			
Direct effect	5.56	0.44	[4.70; 6.42]
Indirect effect	0.54	0.23	[0.14; 1.03]
Total effect	6.10	0.49	[5.14; 7.06]
Mental health			
Direct effect	2.64	0.52	[1.61; 3.66]
Indirect effect	1.57	0.34	[0.94; 2.25]
Total effect	4.21	0.63	[2.99; 5.43]

CI – confidence interval.

To assess the interrelationships among the PROM and PREM indicators under study, a mediation analysis was conducted at 6–8 weeks postpartum. Two simple mediation models were analyzed to assess the mediating role of depressive symptoms in the relationship between childbirth experience and physical and mental health (Fig. 3).

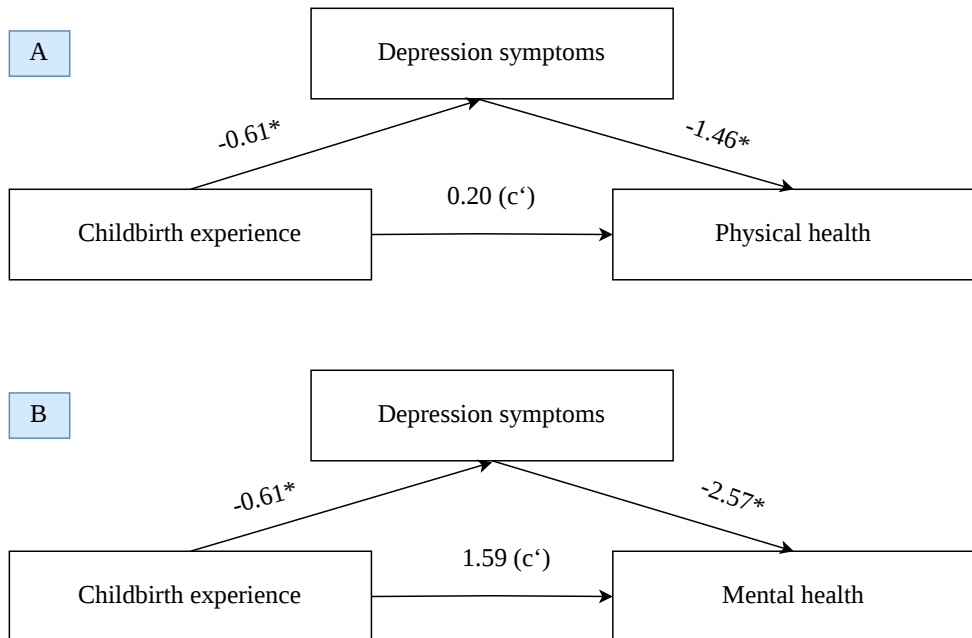


Fig. 3. The mediating role of depressive symptoms in the relationship between childbirth experience and health-related quality of life:
A – physical health, B – mental health

*p < 0.001, c' – direct effect

The model shows statistically significant mediating pathways: childbirth experience is negatively associated with depressive symptoms ($p < 0.001$), and depression symptoms are negatively associated with both physical and mental health ($p < 0.001$). The direct effect of childbirth experience on neither physical nor mental health is statistically significant ($p > 0.05$) (Table 19).

Table 19. *The effect of childbirth experience and depressive symptoms on physical and mental health*

Predictors	B	β	Standard error	t	95%, CI	p
Symptoms of depression						
Childbirth experience	-0.61	-0.29	0.13	-4.52	[-0.87; -0.34]	<0.001
F	20.46					
R ²	0.09					
Physical health						
Childbirth experience	0.20	0.13	0.55	0.36	[-0.88; 1.27]	0.718
Depressive symptoms	-1.46	-0.37	0.26	-5.52	[-5.53; -1.16]	<0.001
F	17.43					
R ²	0.14					
Mental health						
Childbirth experience	1.59	0.19	1.10	1.45	[-0.57; 3.75]	0.148
Depressive symptoms	-2.57	-0.35	0.53	-4.83	[-3.62; -1.52]	<0.001
F	16.20					
R ²	0.13					

B – unstandardized coefficient; β – standardized coefficient; p – statistical significance value; t – Student’s t value; F – F statistic; R² – coefficient of determination.

After assessing the direct, indirect, and total effects, it was found that the impact of the childbirth experience on both physical and mental health mediated through symptoms of depression. A better childbirth experience is associated with fewer depressive symptoms, and fewer depressive symptoms are associated with better physical and mental health. Since the direct effect is not statistically significant, while the indirect effect is statistically significant, full mediation was found (Table 20).

Table 20. Direct, indirect, and total effects of childbirth experience on physical and mental health, mediated by depression

	Effect	Standard error	95% CI
Physical health			
Direct effect	-0.20	0.55	[-1.27; 0.88]
Indirect effect	-0.89	0.25	[-1.42; -0.45]
Total effect	-1.08	0.60	[-2.26; 0.10]
Mental health			
Direct effect	-1.59	1.10	[-3.75; 0.57]
Indirect effect	-1.56	0.54	[-2.74; -0.61]
Total effect	-3.15	1.22	[-5.54; -0.75]

CI – confidence interval.

In addition to the mediating role of depressive symptoms analyzed earlier, this study assessed the mediating role of the mother-infant bond to determine whether the birth experience is associated with physical and mental health through the mother-infant bond (Fig. 4).

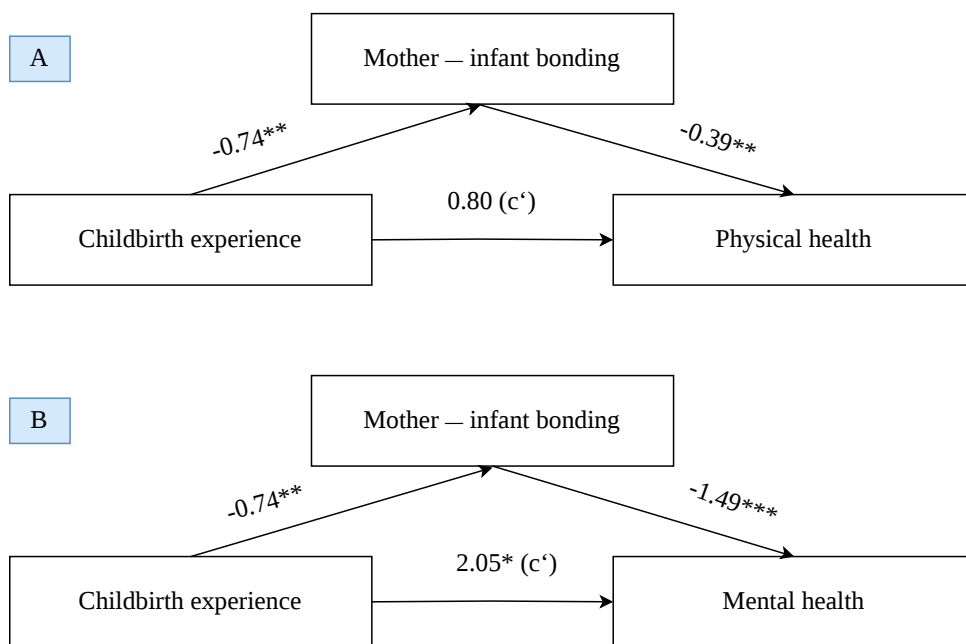


Fig. 4. The mediating role of the mother-infant bond in the relationship between the childbirth experience and physical and mental health

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001, c' – direct effect.

The model shows statistically significant mediating pathways: the birth experience is negatively associated with the mother-infant bond ($p = 0.009$), and the mother-infant bond is negatively associated with both physical ($p = 0.004$) and mental health ($p < 0.001$). This indicates that a better birth experience is associated with fewer difficulties in the mother–infant bond, and fewer bonding difficulties are associated with better physical and mental health. The direct effect of the birth experience on physical health is not statistically significant ($p = 0.153$), whereas the effect on mental health is statistically significant ($p = 0.049$) (Table 21).

Table 21. *The effect of the childbirth experience and the mother–infant bond on physical and mental health*

Predictors	B	β	Standard error	t	95%, CI	p
Mother-infant bonding						
Childbirth experience	-0.74	-0.18	0.28	-2.65	[-1.29; -0.19]	0.009
F	7.02					
R ²	0.03					
Physical health						
Childbirth experience	0.80	0.13	0.55	1.43	[-0.30; 1.89]	0.153
Mother-infant bonding	-0.39	-0.21	0.13	-2.92	[-0.65; -0.13]	0.004
F	6.23					
R ²	0.05					
Mental health						
Childbirth experience	2.05	0.19	1.04	1.98	[0.01; 4.10]	0.049
Mother-infant bonding	-1.49	-0.40	0.25	-5.95	[-1.98; -1.09]	<0.001
F	22.46					
R ²	0.17					

B – unstandardized coefficient; β – standardized coefficient; p – statistical significance value; t – Student’s t value; F – F statistic; R² – coefficient of determination.

After assessing the direct, indirect, and total effects, it was found that the effect of the birth experience on physical health is mediated through the mother-infant bond, as the indirect effect is statistically significant while the direct effect is not, thus indicating full mediation. Meanwhile, the effect of the childbirth experience on mental health operates both directly and through the mother-infant bond, as both direct and indirect effects are statistically significant; partial mediation was established (Table 22).

Table 22. Direct, indirect, and total effects of the childbirth experience on physical and mental health, mediated by the mother-infant bond

	Effect	Standard error	95% CI
Physical health			
Direct effect	-0.80	0.55	[-1.89; 0.30]
Indirect effect	-0.29	0.15	[-0.64; -0.05]
Total effect	-1.08	0.57	[-2.21; 0.04]
Mental health			
Direct effect	-2.05	1.04	[-4.10; -0.01]
Indirect effect	-1.10	0.43	[-2.00; -0.31]
Total effect	-3.15	1.12	[-5.35; -0.95]

CI – confidence interval.

Mediational analysis showed that the impact of the birth experience on physical and mental health operates both directly and indirectly, with symptoms of depression and the mother-infant bond acting as mediating factors.

Assessment of the predictive value of PROM and PREM for women’s health in the postpartum period. To assess the predictive value of PROM and PREM indicators for women’s health in the postpartum period, structural equation modeling (SEM) was applied. The first SEM model was conducted to predict a woman’s physical health at 22–26 weeks postpartum (at the T2 measurement). The model included relevant variables from the T1 measurement (6–8 weeks postpartum) that potentially predicted a woman’s physical health at the end of the study: mother-infant bonding, infant feeding method, breastfeeding self-efficacy, symptoms of depression, and physical health. Variables with corresponding T0 (1–3 days postpartum) measurement values were also included in the model (mother-infant bonding, infant feeding method, and breastfeeding self-efficacy). The path diagram of the SEM model is presented in Figure 5.

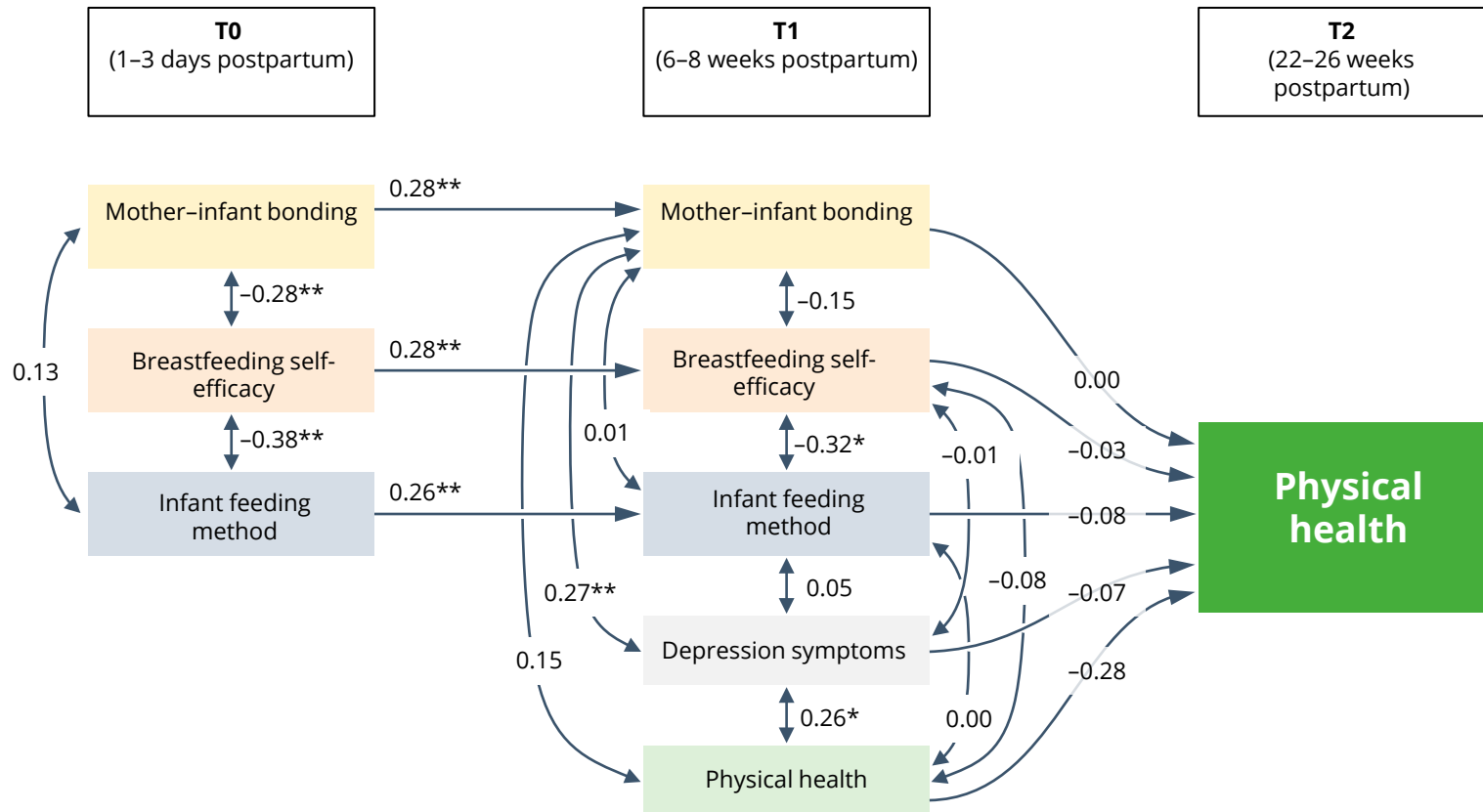


Fig. 5. Path diagram of the structural model for predicting a woman's physical health 22–26 weeks postpartum

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$.

Detailed relationships between the variables analyzed in the SEM model are presented in Table 23. When evaluating the relationships between variables across different measurements, significant but weak ($\beta < 0.30$) associations were found only between those variables that were analogous in the T0 and T1 measurements—mother-infant bonding, breastfeeding self-efficacy, and infant feeding method (all $p < 0.001$). The most important associations, relevant for predicting a woman’s physical health at the end of the study, were statistically insignificant ($p > 0.05$). There was also no significant association when assessing the interrelationships of physical health at the T1 and T2 measurements ($p = 0.830$), indicating a substantial change in the relevant indicators over the study period. Among the independent factors that were statistically insignificant, the highest absolute values were found for infant feeding method ($\beta = -0.08$) and symptoms of depression ($\beta = -0.07$). The results do not support the hypothesis that a woman’s physical health at 22–26 weeks postpartum depends on the infant’s feeding method, the bond with the infant, and the previous level of physical health.

Table 23. Relationships between independent and dependent variables in the SEM model predicting a woman’s physical health at the end of the study

Dependent variable	Independent variable	β	z	p
Mother–infant bonding 1	Mother–infant bonding 0	0.28	3.90	<0.001
Breastfeeding self-efficacy 1	Breastfeeding self-efficacy 0	0.28	3.89	<0.001
Infant feeding method 1	Infant feeding method 0	0.26	3.64	<0.001
Physical health 2	Physical health 1	-0.02	-0.21	0.830
Physical health 2	Mother–infant bonding 1	0.00	0.05	0.963
Physical health 2	Breastfeeding self-efficacy 1	-0.03	-0.38	0.707
Physical health 2	Depression symptoms 1	-0.07	-0.79	0.430
Physical health 2	Infant feeding method 1	-0.08	-0.98	0.328

When examining the relationships between covariates in the SEM model, several associations were identified (Table 24). These include associations between breastfeeding self-efficacy and the mother-infant bond and the infant’s feeding method at the T0 measurement ($p < 0.05$), as well as the association between breastfeeding self-efficacy and the infant’s feeding method, and the associations between depressive symptoms and physical health and the mother-infant bond ($p < 0.05$). All other relationships among the covariate variables were statistically insignificant ($p > 0.05$).

Table 24. *Interrelationships among covariate variables in the SEM model predicting a woman’s physical health at the end of the study*

First variable	Second variable	β	z	p
Mother–infant bonding 0	Breastfeeding self-efficacy 0	–0.28	–3.47	<0.001
Mother–infant bonding 0	Infant feeding method 0	0.13	1.59	0.112
Breastfeeding self-efficacy 0	Infant feeding method 0	–0.38	–4.58	<0.001
Mother–infant bonding 1	Breastfeeding self-efficacy 1	–0.15	–1.89	0.059
Mother–infant bonding 1	Infant feeding method 1	0.01	0.07	0.948
Breastfeeding self-efficacy 1	Infant feeding method 1	–0.32	–3.90	<0.001
Breastfeeding self-efficacy 1	Physical health 1	–0.08	–1.02	0.306
Infant feeding method 1	Physical health 1	0.00	0.06	0.955
Mother–infant bonding 1	Physical health 1	0.15	1.86	0.063
Breastfeeding self-efficacy 1	Depression symptoms 1	–0.01	–0.14	0.886
Infant feeding method 1	Depression symptoms 1	0.05	0.59	0.558
Mother–infant bonding 1	Depression symptoms 1	0.27	3.37	<0.001
Physical health 1	Depression symptoms 1	0.26	3.16	0.002

The second SEM model was conducted to predict a woman’s depressive at 22–26 weeks postpartum. The model included relevant variables from the T1 (6–8 weeks postpartum) measurement that potentially predicted a woman’s depressive symptoms at the end of the study – namely, the mother-infant bond, infant feeding method, breastfeeding self-efficacy, depressive symptoms, and physical health. The model also included variables with corresponding T0 (1–3 days postpartum) measurement values (mother-infant bond, infant feeding method, and breastfeeding self-efficacy). The path diagram of the SEM model is presented in Figure 6.

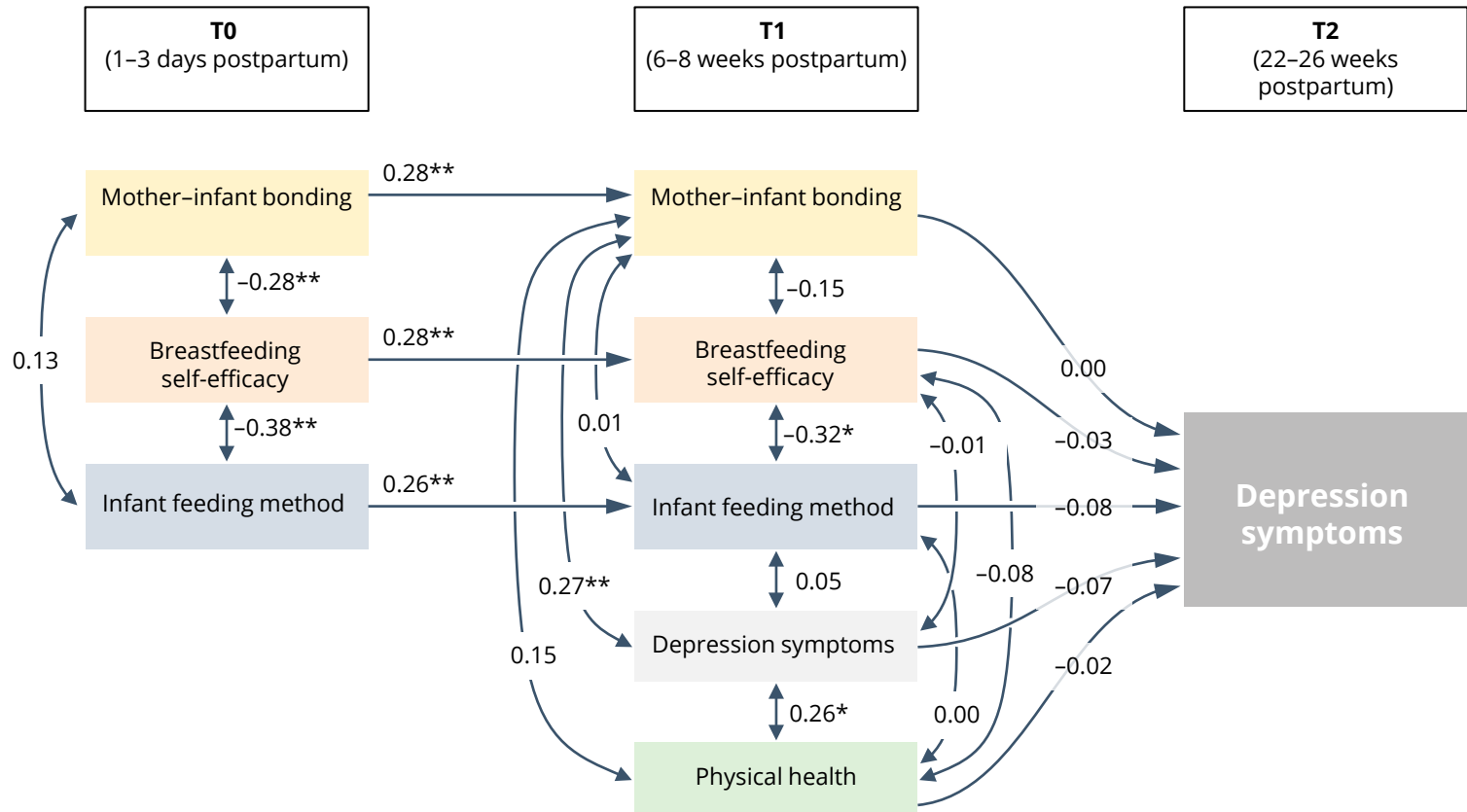


Fig. 6. Path diagram of the structural model for predicting maternal depression at 22–26 weeks postpartum

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$.

Detailed relationships between the variables analyzed in the SEM model are presented in Table 25. When evaluating the relationships between variables across different measurements, significant but weak ($\beta < 0.30$) associations were found) only between those variables that were analogous in the T0 and T1 measurements – mother-infant bond, breastfeeding self-efficacy, and infant feeding method (all $p < 0.001$). The most important associations, relevant for predicting a woman’s depressive symptoms at the end of the study, were statistically insignificant ($p > 0.05$). It is worth noting that the association was also insignificant when assessing the interrelationships of depressive symptoms during the T1 and T2 measurements ($p = 0.924$), which indicates a significant change in the relevant indicators over the study period. Among the independent factors that were statistically insignificant, the infant’s feeding method had the highest absolute value ($\beta = -0.06$). The results do not support the hypothesis that a woman’s depressive symptoms at 22–26 weeks postpartum depends on breastfeeding characteristics, the bond with the infant, and previous levels of depressive symptoms.

Table 25. Relationships between independent and dependent variables in the SEM model predicting women’s depression at the end of the study

Dependent variable	Independent variable	β	z	p
Mother–infant bonding 1	Mother–infant bonding 0	0.28	3.90	<0.001
Breastfeeding self-efficacy 1	Breastfeeding self-efficacy 0	0.28	3.89	<0.001
Infant feeding method 1	Infant feeding method 0	0.26	3.64	<0.001
Depression symptoms 2	Physical health 1	0.01	0.15	0.880
Depression symptoms 2	Mother–infant bonding 1	0.01	0.08	0.939
Depression symptoms 2	Breastfeeding self-efficacy 1	-0.01	-0.07	0.943
Depression symptoms 2	Depression symptoms 1	-0.01	-0.10	0.924
Depression symptoms 2	Infant feeding method 1	-0.06	-0.73	0.463

When examining the relationships between covariates in the SEM model, several associations were identified (Table 26). These include associations between breastfeeding self-efficacy and the mother-infant bond and the infant’s feeding method at the T0 measurement ($p < 0.05$), as well as the relationship between breastfeeding self-efficacy and the infant’s feeding method, and the relationships between depressive symptoms and physical health and the mother-infant bond at the T1 measurement ($p < 0.05$). All other relationships among the covariate variables were statistically insignificant ($p > 0.05$).

Table 26. *Interrelationships among covariate variables in the SEM model predicting women’s depression at the end of the study*

First variable	Second variable	β	z	p
Mother–infant bonding 0	Breastfeeding self-efficacy 0	–0.28	–3.47	<0.001
Mother–infant bonding 0	Infant feeding method 0	0.13	1.59	0.112
Breastfeeding self-efficacy 0	Infant feeding method 0	–0.38	–4.58	<0.001
Mother–infant bonding 1	Breastfeeding self-efficacy 1	–0.15	–1.89	0.059
Mother–infant bonding 1	Infant feeding method 1	0.01	0.07	0.948
Breastfeeding self-efficacy 1	Infant feeding method 1	–0.32	–3.90	<0.001
Breastfeeding self-efficacy 1	Physical well-being 1	–0.08	–1.02	0.306
Infant feeding method 1	Physical well-being 1	0.00	0.06	0.955
Mother–infant bonding 1	Physical well-being 1	0.15	1.86	0.063
Breastfeeding self-efficacy 1	Depression symptoms 1	–0.01	–0.14	0.886
Infant feeding method 1	Depression symptoms 1	0.05	0.59	0.558
Mother–infant bonding 1	Depression symptoms 1	0.27	3.37	<0.001
Physical well-being 1	Depression symptoms 1	0.26	3.16	0.002

In summary, the results of the structural equation modeling indicate that, although the model fit indices demonstrated sufficient applicability to the data, the factors included in the models – the mother-infant bond, breastfeeding self-efficacy, infant feeding method, symptoms of depression, and physical health – did not statistically significantly predict either the woman’s physical health or her level of depressive symptoms at 22–26 weeks postpartum (at the T2 measurement). Although significant correlations were found between analogous indicators at different measurement time points, the main factors examined did not have a significant predictive influence on the outcomes studied.

CONCLUSIONS

1. The findings showed that pregnant women demonstrated good physical and mental health status, low levels of depressive symptoms, and high confidence in their newborn caregiving abilities as well as and high breastfeeding self-efficacy. Women evaluated their care experience positively, reporting satisfaction with the care received, sufficient and timely information provision, and trust in healthcare professionals. No statistically significant differences between different models of care during pregnancy were identified in either patient-reported outcomes or patient-reported experience measures.

2. Evaluation of patient-reported outcomes and patient-reported experience measures at different stages of the postpartum period revealed the following:
 - 2.1. During the first 1–3 days postpartum, overall physical and mental health status was good, women reported high confidence in caring for the newborn, breastfeeding self-efficacy was high, and strong maternal–infant bonding was observed. No statistically significant differences between care models were identified.
 - 2.2. At 6–8 weeks postpartum, study findings revealed a subjectively poorer evaluation of women’s physical health. Women in the obstetrician–gynecologist-led care group reported statistically significantly better mental health compared with women in the midwife-led care group. Women in the midwife-led care group reported statistically significantly higher perceived quality of care during childbirth and greater overall satisfaction with care compared with women in the obstetrician–gynecologist-led care group.
 - 2.3. At 22–26 weeks postpartum, women’s evaluations of both physical health (overall physical health, physical functioning, fatigue, pain, and physical activity) and mental health (overall mental health, emotional well-being, fatigue, social functioning, and role performance) improved and approached normative values. No statistically significant differences between care models were identified.
3. Statistically significant associations were identified between the analyzed indicators (physical and mental health, depressive symptoms, breastfeeding indicators, maternal confidence in caregiving abilities, maternal–infant bonding, and care experience indicators) across all evaluated time periods; however, the strength and direction of these associations varied according to the assessment period.
 - 3.1. During pregnancy, statistically significant associations were identified between physical and mental health and depressive symptoms: better evaluations of physical and mental health were associated with lower levels of depressive symptoms.
 - 3.2. During the first 1–3 days postpartum, statistically significant associations were identified between breastfeeding self-efficacy, maternal confidence in caring for the newborn, and maternal–infant bonding: higher breastfeeding self-efficacy was associated with greater maternal confidence in caring for the newborn and better maternal–infant bonding.
 - 3.3. At 6–8 weeks postpartum, statistically significant associations were observed between mental health, depressive symptoms, breastfee-

ding indicators, maternal confidence in caring for the infant, and childbirth experience: better mental health was associated with lower levels of depressive symptoms, greater maternal confidence in caring for the infant, higher breastfeeding self-efficacy, and a more positive childbirth experience.

- 3.4. At 22–26 weeks postpartum, statistically significant associations were observed between key psychosocial indicators: better evaluations of physical and mental health were associated with greater maternal confidence in caring for the infant and greater satisfaction with postpartum care, whereas lower levels of depressive symptoms were associated with better physical and mental health.

Mediation analyses demonstrated both direct and indirect relationships between the investigated indicators across postpartum time points.

4. The findings showed that maternal–infant bonding, breastfeeding self-efficacy, feeding method, depressive symptom levels, and physical health indicators during the early postpartum period did not significantly predict women’s physical health or depressive symptoms at 22–26 weeks postpartum.

PRACTICAL RECOMMENDATIONS

For healthcare professionals (midwives and obstetrician–gynecologists)

During pregnancy

At each antenatal visit, involve women in shared decision-making by discussing not only clinical examinations and procedures but also their individual needs. Simultaneously, systematically assess physical health (overall physical health, physical functioning, fatigue, and pain) and mental health (overall mental health, emotional well-being, social functioning, and performance of daily roles) by integrating validated assessment instruments suitable for midwifery practice.

During pregnancy, ensure the timely provision of information regarding available childbirth options, including models of care, possible interventions, and the woman’s active role in the decision-making process.

During childbirth and the postpartum period

During childbirth, ensure continuous emotional support and active involvement of women in the decision-making process by providing clear information regarding interventions and available options at each stage of care, with the aim of reducing childbirth-related stress and improving women’s childbirth experience.

During the postpartum period, while women are still receiving inpatient care after childbirth, use validated instruments to assess breastfeeding self-

efficacy to facilitate early identification of women with lower confidence in their ability to breastfeed and care for their newborn, and provide timely individualized support.

During the postpartum period, particularly at 6–8 weeks postpartum, postpartum consultations should extend beyond the assessment of physiological changes and include evaluation of physical and psychological well-being, fatigue, difficulties in daily functioning, and emotional status to identify women who may require additional support in a timely manner.

For healthcare policymakers

Develop and implement standardized woman-centred care guidelines to ensure their consistent application in clinical practice.

Assess the quality of maternity care not only through traditional clinical indicators but also through outcomes reflecting women’s experiences and evaluations of care. Ensure the integration and digitalization of PROM and PREM instruments within healthcare institutions.

Promote and strengthen the implementation of midwife-led models of care throughout pregnancy, childbirth, and the postpartum period. Create conditions that enable midwives to fully apply the competencies defined in the national medical standard for midwifery practice, in accordance with evidence-based practice and international recommendations.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ*. 2013;346:f167.
2. Kennedy HP, Cheyney M, Dahlen H, et al. Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*. 2018;45(3):222–31.
3. Jankauskienė D, Mockevičienė B, Servetkienė V, Jankauskienė A, Ažukaitis K, Trinkūnas J, et al. Pacientų įtraukties instrumentai sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti: Monografija. Księgarnia Akademicka Publishing; 2023.
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Antenatalinė priežiūra: metodika. Vilnius: Sveikatos apsaugos ministerija; 2020.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Normalus gimdymas. Metodika. Vilnius: Sveikatos apsaugos ministerija; 2019.
6. Delaney LJ. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*. 2018;25(1):119–23. DOI: 10.1016/j.colegn.2017.02.005
7. Balogun OD, Mustapha AY, Tomoh BO, Soyeye OS, Nwokedi CN, Mbata AO, et al. Patient-centered care models: a review of their influence on healthcare management practices. *J Front Multidiscip Res*. 2024;5(2):28–35. doi:10.54660/IJFMR.2024.5.2.28-35
8. Brady S, Gibbons KS, Bogossian F. Defining woman-centred care: A concept analysis. *Midwifery*. 2024;131:103954. doi:10.1016/j.midw.2024.103954.
9. Tekelab T, Chojenta C, Smith R, Loxton D. The impact of antenatal care on neonatal mortality in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(9):e0222566.
10. Bonet M, Ota E, Chibueze CE, et al. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. *BMJ Glob Health*. 2023;8(1):e011229.
11. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129–45.
12. La Rosa VL, Alparone D, Commodari E. Psychological and social factors influencing mother–child bonding in the first year after birth. *Front Psychol*. 2025;16:1523273.
13. Silva AM, Stadler C, de Camargo LGG, et al. The role of prenatal care in fetal and infant development in Brazil: A narrative review. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(20):3267.
14. Tichelman E. Mother-to-infant bonding: determinants and impact on child development. Dissertation. 2020.
15. Saharoy R, Potdukhe A, Wanjari M, Taksande A. Postpartum depression and maternal care: Exploring the complex effects on mothers and infants. *Cureus*. 2023;15(7):e42402.
16. Tekelab T, Chojenta C, Smith R, Loxton D. The impact of antenatal care on neonatal mortality in sub-Saharan Africa. *PLoS One*. 2019;14(9):e0222566.
17. Sword W, Heaman MI, Brooks S, et al. Women’s and care providers’ perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:29.
18. Khatri R, Mengistu T, Assefa Y. Input, process, and output factors contributing to quality of antenatal care services: a scoping review of evidence. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):910.
19. Naz S, Saleem S, Islam ZS, Bhamani S, Sheikh L. Obstetric triage improvement process using the Donabedian model of quality care: a quality improvement initiative. *BMJ Open Qual*. 2022;11(2):e001759.

20. Gyapong B, Jones A, Bassett S, Anderson J. The quality of intrapartum care in sub-Saharan Africa: a systematic scoping review. *Afr J Midwifery Womens Health*. 2025;19(1):1–15.
21. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363(26):2477–81.
22. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51(7):1087–110.
23. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. Midwifery and quality care framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129–45.
24. Leap N. Woman-centred or women-centred care: does it matter? *Br J Midwifery*. 2009;17(1):12–6.
25. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;1:CD004667. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub6
26. WHO. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016.
27. Emery Tavernier RL, Rogers P, Shenkman M, et al. Strengthening perinatal services through social care: outcomes of a quality improvement initiative for a health center-based perinatal care program. *J Midwifery Womens Health*. 2025;70(5):e20259.
28. Yang J, Liu F, Yang C, et al. Application of Donabedian three-dimensional model in outpatient care quality: A scoping review. *J Nurs Manag*. 2025;33(1):20–33.
29. Okeny PK, Pittalis C, Monaghan CF, Brugha R, Gajewski J. Dimensions of patient-centred care in Sub Saharan Africa hospitals: a qualitative evidence synthesis. *PLoS One*. 2024;19(4):e0300589. DOI: 10.1371/journal.pone.0299627
30. Kwame A, Petrucka P. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions. *BMC Nurs*. 2021;20(1):158. DOI: 10.1186/s12912-021-00684-2
31. Yu C, Xian Y, Jing T, et al. More patient-centered care, better healthcare: association between PCC and inpatient outcomes. *Front Public Health*. 2023;11:1271579. doi: 10.3389/fpubh.2023.1148277
32. Dong K, Jameel B, Gagliardi AR. How is patient centred care conceptualized in obstetrical health? *Health Expect*. 2022;25(1):74–89. DOI: 10.1111/hex.13434
33. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, et al. How to practice person centred care: a conceptual framework. *Health Expect*. 2018;21(2):429–40. DOI: 10.1111/hex.12640
34. Kim E, Koo YR, Nam IC. Patients' and providers' perspectives on patient experience factors and a model of PCC communication: a systematic review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(11):1090. DOI: 10.3390/healthcare12111090
35. Grover S, Fitzpatrick A, Azim FT, et al. Defining and implementing patient centered care: an umbrella review. *Patient Educ Couns*. 2021;104(11):2660–79. DOI: 10.1016/j.pec.2021.11.004
36. Hinga Ojeda JE, Arévalo Córdova TD, Medina Quizhpe CH, et al. Patient Centered Care as a tool for improving the quality of health service. *EPRA Int J Multidiscip Res*. 2025;11(2):245–247. DOI:10.36713/epra20167
37. Gartner JB, Abasse KS, Bergéron F, et al. Definition and conceptualization of the patient centered care pathway: a concept analysis and systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:573. DOI: 10.1186/s12913-022-07960-0
38. Brady S, Lee N, Gibbons K, Bogossian F. Woman centred care: an integrative review of the empirical literature. *Int J Nurs Stud*. 2019;94:119–30. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001
39. Alsagoor HMS, Alsagoor MMH, Al Fadhil SHB, et al. Patient Centered Care Models in Primary Healthcare: a systematic review. *J Ecohumanism*. 2024;... DOI:10.62754/joe.v3i7.4667

40. Gregory S, Caffrey L, Daly D, Sheaf G. How woman centred care is experienced and understood in maternity services: a rapid review. *Scand J Caring Sci.* 2025;39:e70086. DOI: 10.1111/scs.70086
41. Byrne AL, Baldwin A, Harvey C. Whose centre is it anyway? Defining person centred care in nursing: an integrative review. *PLoS One.* 2020;15(3):e0229923. DOI: 10.1371/journal.pone.0229923
42. Alshahrani S, Alshahrani TH, Paulsamy P, Ederango EL. Patient Centered Care and Centeredness Perspective. *Univ J Public Health.* 2022;10(4):339–345. DOI:10.13189/ujph.2022.100407
43. Fontein-Kuipers Y, de Groot R, van Staa A. Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *Eur J Midwifery.* 2018;2:5. doi:10.18332/ejm/91492.
44. Petit-Steeghs V, Lips SR, Schuitmaker-Warnaar TJ, Broerse JEW. Client-centred maternity care from women’s perspectives: Need for responsiveness. *Midwifery.* 2019;74:76-83. doi:10.1016/j.midw.2019.03.016.
45. Yuill C, McCourt C, Cheyne H, Leister N. Women’s experiences of decision-making and informed choice about pregnancy and birth care: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):343. doi:10.1186/s12884-020-03023-6.
46. Miyauchi A, Shishido E, Horiuchi S. Women’s experiences and perceptions of women-centered care and respectful care during facility-based childbirth: A meta-synthesis. *Jpn J Nurs Sci.* 2022;19(3):e12475. doi:10.1111/jjns.12475.
47. Leinweber J, Fontein-Kuipers Y, Karlsdottir SI, Ekström-Bergström A, Nilsson C, Stramrood C, et al. Developing a woman-centered, inclusive definition of positive childbirth experiences: A discussion paper. *Birth.* 2023;50(2):362-383. doi:10.1111/birt.12666.
48. Leinweber J, Fontein-Kuipers Y, Thomson G, Karlsdottir SI, Nilsson C, Ekström-Bergström A, et al. Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth.* 2022;49(4):687-696. doi:10.1111/birt.12634.
49. Almorbaty H, Ebert L, Dowse E, Chan SWC. An integrative review of supportive relationships between child-bearing women and midwives. *Nurs Open.* 2023;10(3):1327-1339. doi:10.1002/nop2.1447.
50. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2024;4(4):CD004667. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub6.
51. Cibralic S, Pickup W, Mendoza Diaz A, Kohlhoff J, Karlov L, Stylianakis A, et al. The impact of midwifery continuity of care on maternal mental health: A narrative systematic review. *Midwifery.* 2023;116:103546. doi:10.1016/j.midw.2022.103546.
52. Jolivet RR, Gausman J, Kapoor N, Langer A, Sharma J, Semrau KEA. Operationalizing respectful maternity care at the healthcare provider level: a systematic scoping review. *Reprod Health.* 2021;18(1):194. doi:10.1186/s12978-021-01241-5.
53. Cantor AG, Jungbauer RM, Skelly AC, Hart EL, Jorda K, Davis-O’Reilly C, et al. Respectful Maternity Care: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2024;177(1):50-64. doi:10.7326/M23-2676.
54. Jones E, Lattof SR, Coast E. Interventions to provide culturally-appropriate maternity care services: factors affecting implementation. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):267. doi:10.1186/s12884-017-1449-7.
55. Higginbottom GMA, Evans C, Morgan M, Bharj KK, Eldridge J, Hussain B. Experience of and access to maternity care in the UK by immigrant women: a

- narrative synthesis systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(12):e029478. doi:10.1136/bmjopen-2019-029478.
56. Capper TS, Williamson M, Chee R. How is cultural safety understood and translated into midwifery practice? A scoping review and thematic analysis. *Nurse Educ Pract*. 2023;66:103507. doi:10.1016/j.nepr.2022.103507.
 57. Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia, Monterrosa-Castro Á, Morales-Castellar I, Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia, Rodelo-Correa A, Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia, et al. Quality of life deterioration and associated factors in prenatal care pregnant women: assessment with the WHOQOL-BREF scale. *Iberoam J Med*. 2023;5(1):27–35.
 58. Heinonen K. Strengthening Antenatal Care towards a Salutogenic Approach: A Meta-Ethnography. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5168. doi:10.3390/ijerph18105168.
 59. Sacks E, Finlayson K, Brizuela V, Crossland N, Ziegler D, Sauvé C, et al. Factors that influence uptake of routine postnatal care: Findings on women’s perspectives from a qualitative evidence synthesis. *PLoS One*. 2022;17(8):e0270264. doi:10.1371/journal.pone.0270264.
 60. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. Provision and uptake of routine antenatal services: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;6(6):CD012392. doi:10.1002/14651858.CD012392.pub2.
 61. Chang YS, Coxon K, Portela AG, Furuta M, Bick D. Interventions to support effective communication between maternity care staff and women in labour: A mixed-methods systematic review. *Midwifery*. 2018;59:4-16. doi:10.1016/j.midw.2017.12.014.
 62. Vogels-Broeke M, Cellissen E, Daemers D, Budé L, de Vries R, Nieuwenhuijze M. Women’s decision-making autonomy in Dutch maternity care. *Birth*. 2023;50(2):384-395. doi:10.1111/birt.12674.
 63. Moran L, Foster K, Bayes S. What is known about midwives’ well-being and resilience? An integrative review of the international literature. *Birth*. 2023;50(4):672-688. doi:10.1111/birt.12756.
 64. Nieuwenhuijze MJ, Thompson SM, Gudmundsdóttir EY, Gottfreðsdóttir H. Midwifery students’ perspectives on how role models contribute to becoming a midwife: A qualitative study. *Women Birth*. 2020;33(5):433-439. doi:10.1016/j.wombi.2019.08.009.
 65. Thompson SM, Nieuwenhuijze MJ, Kane Low L, De Vries R. „A powerful midwifery vision“: Dutch student midwives’ educational needs as advocates of physiological childbirth. *Women Birth*. 2019;32(6):e576-e583. doi:10.1016/j.wombi.2018.12.010.
 66. Fontein-Kuipers Y, de Groot R, van Beeck E, van Hooft S, van Staa A. Dutch midwives’ views on and experiences with woman-centred care - A Q-methodology study. *Women Birth*. 2019;32(6):e567-e575. doi:10.1016/j.wombi.2019.01.003.
 67. Combellick JL, Telfer ML, Ibrahim BB, Novick G, Morelli EM, James-Contorelli S, et al. Midwifery care during labor and birth in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;228(5S):S983-S993. doi:10.1016/j.ajog.2022.09.044.
 68. Bradford BF, Wilson AN, Portela A, McConville F, Fernandez Turienzo C, Homer CSE. Midwifery continuity of care: A scoping review of where, how, by whom and for whom? *PLOS Glob Public Health*. 2022;2(10):e0000935. doi:10.1371/journal.pgph.0000935.
 69. Colomar M, Gonzalez Mora F, Betran AP, Opiyo N, Bohren MA, Torloni MR, et al. Collaborative model of intrapartum care: qualitative study on barriers and facilitators to implementation in a private Brazilian hospital. *BMJ Open*. 2021;11(12):e053636. doi:10.1136/bmjopen-2021-053636.

70. Daemers DOA, van Limbeek EBM, Wijnen HAA, Nieuwenhuijze MJ, de Vries R. Factors influencing the clinical decision-making of midwives: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):345. doi:10.1186/s12884-017-1511-5.
71. Niessink-Beckers S, Verhoeven CJ, Nahuis MJ, Horvat-Gitsels LA, Gitsels-van der Wal JT. Maternal characteristics associated with referral to obstetrician-led care in low-risk pregnant women in the Netherlands: A retrospective cohort study. *PLoS One*. 2023;18(3):e0282883. doi:10.1371/journal.pone.0282883.
72. Souter V, Nethery E, Kopas ML, Wurz H, Sitcov K, Caughey AB. Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births. *Obstet Gynecol*. 2019;134(5):1056-1065. doi:10.1097/AOG.0000000000003521.
73. Wiegerinck MMJ, de Jonge A, van der Goes BY, Ravelli ACJ, Buitendijk SE, Nijhuis JG, et al. Intrapartum and neonatal mortality in low-risk term women in midwife-led care and obstetrician-led care at the onset of labor: A national matched cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;99(4):546-554.
74. Martin E, Ayoub B, Miller YD. A systematic review of the cost-effectiveness of maternity models of care. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):859. doi:10.1186/s12884-023-06180-6.
75. Attanasio LB, Alarid-Escudero F, Kozhimannil KB. Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: A cost comparison. *Birth*. 2020;47(1):57-66. doi:10.1111/birt.12464.
76. Fernandez Turienzo C, Bick D, Briley AL, Bollard M, Coxon K, Cross P, et al. Midwifery continuity of care versus standard maternity care for women at increased risk of preterm birth: A hybrid implementation-effectiveness, randomised controlled pilot trial in the UK. *PLoS Med*. 2020;17(10):e1003350. doi:10.1371/journal.pmed.1003350.
77. Harris J, Beck S, Ayers N, Bick D, Lamb BW, Aref-Adib M, et al. Improving teamwork in maternity services: A rapid review of interventions. *Midwifery*. 2022;108:103285. doi:10.1016/j.midw.2022.103285.
78. Vedam S, Stoll K, McRae DN, Korchinski M, Velasquez R, Wang J, et al. Patient-led decision making: Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. *Patient Educ Couns*. 2019;102(3):586-594. doi:10.1016/j.pec.2018.10.023.
79. Watkins V, Nagle C, Kent B, Street M, Hutchinson AM. Labouring Together: Women's experiences of "Getting the care that I want and need" in maternity care. *Midwifery*. 2022;113:103420. doi:10.1016/j.midw.2022.103420.
80. Adeyemo OO, Morelli EE, Kennedy HP. How to Foster Effective Midwife-Obstetrician Collaboration on Labor and Birth Units: Qualitative Analysis of Experiences of Clinicians in the United States. *J Midwifery Womens Health*. 2022;67(5):552-560. doi:10.1111/jmwh.13382.
81. McFarland AK, Jones J, Luchsinger J, Kissler K, Smith DC. The experiences of midwives in integrated maternity care: A qualitative metasynthesis. *Midwifery*. 2020;80:102544. doi:10.1016/j.midw.2019.102544.
82. Hewitt L, Dadich A, Hartz DL, Dahlen HG. Midwifery group practice workforce in Australia: A cross-sectional survey of midwives and managers. *Women Birth*. 2024;37(1):206-214. doi:10.1016/j.wombi.2023.09.002.
83. Wiseman O, Emmett L, Hickford G, Knight M, Lazar J, Yuill C, et al. The challenges and opportunities for implementing group antenatal care („Pregnancy Circles“) as part of standard NHS maternity care: A co-designed qualitative study. *Midwifery*. 2022;109:103333. doi:10.1016/j.midw.2022.103333.
84. Sriram S, Almutairi FM, Albadrani M. Midwife-Led Versus Obstetrician-Led Perinatal Care for Low-Risk Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis of 1.4 Million Pregnancies. *J Clin Med*. 2024;13(22):6629. doi:10.3390/jcm13226629.

85. Mortensen B, Diep LM, Lukasse M, Lieng M, Dwekat I, Elias D, et al. Women's satisfaction with midwife-led continuity of care: an observational study in Palestine. *BMJ Open*. 2019;9(11):e030324. doi:10.1136/bmjopen-2019-030324.
86. Bartuseviciene E, Kacerauskiene J, Bartusevicius A, Paulionyte M, Nadisauskiene RJ, Kliucinskas M, et al. Comparison of midwife-led and obstetrician-led care in Lithuania: A retrospective cohort study. *Midwifery*. 2018;65:67-71. doi:10.1016/j.midw.2018.06.017.
87. Poškienė I, Minkauskienė M, Kregždytė R, Jarienė K, Kliučinskas M. Outcomes of low-risk birth care during the Covid-19 pandemic: A cohort study from a tertiary care center in Lithuania. *Open Med (Warsz)*. 2023;18(1):20230720.
88. Poškienė I, Vanagas G, Kirkilytė A, Nadišauskienė RJ. Comparison of vaginal birth outcomes in midwifery-led versus physician-led setting: A propensity score-matched analysis. *Open Med (Warsz)*. 2021;16(1):1537–43./
89. Kingsley C, Patel S. Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Educ*. 2017;17(4):137-144. doi:10.1093/bjaed/mkw060.
90. Churruca K, Pomare C, Ellis LA, Long JC, Henderson SB, Murphy LED, et al. Patient-reported outcome measures (PROMs): a review of generic and condition-specific measures and a discussion of trends and issues. *Health Expect*. 2021;24(4):1015-1024. doi:10.1111/hex.13254.
91. Casaca Carvalho P, Schäfer WLA, Nunes AB, Sousa P. Using patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures to elevate the quality of healthcare. *Int J Qual Health Care*. 2023;35(4):mzad098. doi:10.1093/intqhc/mzad098.
92. Shunmuga Sundaram C, Campbell R, Ju A, King MT, Rutherford C. Patient and healthcare provider perceptions on using patient-reported experience measures (PREMs) in routine clinical care: a systematic review of qualitative studies. *J Patient Rep Outcomes*. 2022;6(1):93. doi:10.1186/s41687-022-00524-0.
93. Feldthusen C, Forsgren E, Wallström S, Andersson V, Löfqvist N, Sawatzky R, et al. Centredness in health care: A systematic overview of reviews. *Health Expect*. 2022;25(3):885-901. doi:10.1111/hex.13461.
94. Bull C, Byrnes J, Hettiarachchi R, Downes M. A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Serv Res*. 2019;54(5):1023-1035. doi:10.1111/1475-6773.13187.
95. Bonsel JM, van der Vleuten CPM, Schers H, Wensing M, van der Wees PJ, van der Horst HE, et al. The use of patient-reported outcome measures to improve patient-related outcomes: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2024;22:212. doi:10.1186/s12955-024-02312-4.
96. Gilmore KJ, Corazza I, Coletta L, Allin S. The uses of Patient Reported Experience Measures in health systems: a systematic narrative review. *Health Policy*. 2023;128:1-10. doi:10.1016/j.healthpol.2022.07.011.
97. Nijagal MA, Wissig S, Stowell C, Olson E, Amer-Wählin I, Bonsel G, et al. Standardized outcome measures for pregnancy and childbirth, an ICHOM proposal. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):953. doi:10.1186/s12913-018-3732-3.
98. Nagineviciute M, Bartuseviciene E, Blazeviciene A. Woman-Centered Care: Standardized Outcomes Measure. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(9):1537. doi:10.3390/medicina59091537.
99. Depla AL, Lamain-de Ruiten M, Laureij LT, Ernst-Smelt HE, Hazelzet JA, Franx A, et al. Patient-Reported Outcome and Experience Measures in Perinatal Care to Guide Clinical Practice: Prospective Observational Study. *J Med Internet Res*. 2022;24(7):e37725. doi:10.2196/37725.
100. Battershell M, Vu H, Callander EJ, Slavin V, Carrandi A, Teede H, et al. Development, women-centricity and psychometric properties of maternity patient-reported outcome

- measures (PROMs): a systematic review. *Women Birth*. 2023;36(6):e563-e573. doi:10.1016/j.wombi.2023.05.009
101. Bull C, Carrandi A, Slavin V, Teede H, Callander EJ. Development, woman-centricity and psychometric properties of maternity patient-reported experience measures: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2023;5(10):101102. doi:10.1016/j.ajogmf.2023.101102.
 102. Klootwijk A, Bakx P, Franx A, et al. Patient-reported outcome and experience measures for quality improvement in pregnancy and childbirth care: a retrospective cohort study. *BMJ Open Qual*. 2023;12(1):e001922. doi:10.1136/bmjopen-2022-001922.
 103. Laureij LT, Depla AL, Kariman SS, Lamain-de Ruiter M, Ernst-Smelt HE, Hazelzet JA, et al. Women's experiences with using patient-reported outcome and experience measures in routine perinatal care in the Netherlands: a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2023;13(3):e064452. doi:10.1136/bmjopen-2022-064452.
 104. Chen A, Väyrynen K, Schmidt A, Leskelä RL, Torkki P, Heinonen S, et al. The impact of implementing patient-reported measures in routine maternity care: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2022;101(11):1184-1196. doi:10.1111/aogs.14446.
 105. Chen A, Väyrynen K, Leskelä RL, Torkki P, Heinonen S, Tekay A, et al. The acceptability of implementing patient-reported measures in routine maternity care: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023;102(4):406-419. doi:10.1111/aogs.14506.
 106. Duberstein ZT, Brunner J, Panisch LS, Bandyopadhyay S, Irvine C, Macri JA, et al. The Biopsychosocial Model and Perinatal Health Care: Determinants of Perinatal Care in a Community Sample. *Front Psychiatry*. 2021;12:746803. doi:10.3389/fpsy.2021.746803.
 107. De Rosis S. Performance measurement and user-centeredness in the healthcare sector: Opening the black box adapting the framework of Donabedian. *Int J Health Plann Manage*. 2024;39(4):1172-1182. doi:10.1002/hpm.3732.
 108. Karp C, Nanda G, Morgan A, et al. Quality improvement in maternal and reproductive health services. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24:29. doi:10.1186/s12884-023-06207-y.
 109. Alomani H, Abu Mostafa F, Felemban B, Redwan H, Masaud K, Alshanjiti K, et al. Practical Application for the Theory of Profound Knowledge in a Quality Improvement Project. *Glob J Qual Saf Healthc*. 2024;7(3):140-143. doi:10.36401/JQSH-23-45.
 110. Silveira Bianchim M, Crane E, Jones A, Neukirchinger B, Roberts G, McLaughlin L, et al. The implementation, use and impact of patient reported outcome measures in value-based healthcare programmes: A scoping review. *PLoS One*. 2023;18(12):e0290976. doi:10.1371/journal.pone.0290976.
 111. Lundgren I, Dencker A, Berg M, Nilsson C, Bergqvist L, Ólafsdóttir ÓÁ. Implementation of a midwifery model of woman-centered care in practice: Impact on oxytocin use and childbirth experiences. *Eur J Midwifery*. 2022;6:16. doi:10.18332/ejm/146084.
 112. Attanasio LB, Ranchoff BL, Paterno MT, Kjerulff KH. Person-Centered Maternity Care and Health Outcomes at 1 and 6 Months Postpartum. *J Womens Health (Larchmt)*. 2022;31(8):1167-1177. doi:10.1089/jwh.2021.0643.
 113. International Consortium for Health Outcomes Measurement. *Pregnancy and childbirth reference guide*. 2020.
 114. Wong PC, Kitsantas P. A review of maternal mortality and quality of care in the USA. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020;33(19):3355-61.
 115. Janerka C, Leslie G, Gill F. Development of patient centred care in acute hospital settings: a meta narrative review. *Int J Nurs Stud*. 2023;141:104451. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104465
 116. Naginevičiūtė M, Bartusevičienė E, Blaževičienė A. Birth experience and early postpartum outcomes: a cross-sectional study of mother–infant bonding, breastfeeding

- self-efficacy, and depressive symptoms. *Eur J Midwifery*. 2026;10(2):1-9. doi:10.18332/ejm/217879.
117. Kozhimannil KB, Interrante JD, Henning-Smith C, Admon LK. Distinguishing high-performing from low-performing hospitals for obstetric care. *Obstet Gynecol*. 2022;139(6):1029-37.
 118. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and Perinatal Outcomes by Planned Place of Birth among Women with low-risk Pregnancies in high-income countries: a Systematic Review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018;62:240–255. doi:10.1016/j.midw.2018.03.024
 119. Sriram S, Almutairi FM, Albadrani M. Midwife-Led Versus Obstetrician-Led Perinatal Care for Low-Risk Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis of 1.4 Million Pregnancies. *Journal of Clinical Medicine*. 2024 Nov 5;13(22):6629.
 120. Fikre R, Gerards S, Teklesilasie W, Gubbels J. The effect of midwifery-led continuum of care to improve maternal and newborn outcomes in the Sidama region, Ethiopia: A non-randomized control trial study. *SAGE Open Med*. 2025;13(20503121251383995):20503121251383995.
 121. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health*. 2019;16(1):77.
 122. Li J, Mao J, Du Y, Morris JL, Gong G, Xiong X. Health-related quality of life among pregnant women with and without depression in Hubei, China. *Matern Child Health J*. 2012;16(7):1355–63
 123. Saridi M, Toska A, Latsou D, Chondropoulou M-A, Matsioulas A, Sarafis P. Assessment of quality of life and psycho-emotional burden in pregnant women in Greece. *Eur J Midwifery*. 2022;6(March):13. doi:10.18332/ejm/145963
 124. Yan S, Jiang H, Yang Z, Tang X, Chen Z, Chen Z, et al. Physical activity trajectory during pregnancy and associations with maternal fatigue using a growth mixture modeling approach. *Sci Rep*. 2024;14(1):1020.
 125. Hall PJ, Foster JW, Yount KM, Jennings BM. Keeping it together and falling apart: Women’s dynamic experience of birth. *Midwifery*. 2018;58:130–6.
 126. Martins BS, Horewicz VC, Moraes GGW de, Toso BRGO, Machineski GG, Viera CS. Self-efficacy of the pregnant woman for breastfeeding: cross-sectional study. *Cienc Cuid Saude*. 2019;18(3):e44967. doi:10.4025/ciencucuidsaude.v18i3.44967
 127. Brunton R, Simpson N, Dryer R. Pregnancy-related anxiety, perceived parental self-efficacy and the influence of parity and age. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):6709. doi:10.3390/ijerph17186709
 128. Arrebola RN, Mahía LP, López SB, Castiñeira NL, Pillado TS, Díaz SP. Women’s satisfaction with childbirth and postpartum care and associated variables. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2021;55.
 129. Lutkiewicz K, Bieleninik Ł, Cieślak M, Bidzan M. Maternal-infant bonding and its relationships with maternal depressive symptoms, stress and anxiety in the early postpartum period in a polish sample. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5427. doi:10.3390/ijerph17155427
 130. Teissèdre F, Chabrol H. Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *Can J Psychiatry*. 2004;49(1):51–4.
 131. Ahmadinezhad GS, Karimi FZ, Abdollahi M, NaviPour E. Association between postpartum depression and breastfeeding self-efficacy in mothers: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):273

132. Du Y, Chen W-L, Ma L, Jing X-Y, Yuan Z-W, Fan J. Analysis of the correlation between general postpartum well-being and depression in primiparas: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(14):e37658.
133. Vieira E de S, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MM di, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem* 2018;26:e3035.
134. Henshaw E, Newhouse L. Breastfeeding self-efficacy, mood, and breastfeeding outcomes among primiparous women. *J Hum Lact*. 2015;31(3). doi:10.1177/0890334415579654
135. Mercan Y, Tari Selcuk K. Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. *PLoS One*. 2021;16(4):e0249538.
136. Martin CR, Hollins Martin CJ, Burduli E, Barbosa-Leiker C, Donovan-Batson C, Fleming SE. Measurement and structural invariance of the US version of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R) in a large sample. *Women Birth*. 2017;30(4):e172–8.
137. Doherty J, Coughlan B, Lynch S, Sheehy L, Martin CH, Martin C, et al. The importance of communication and involvement in decision-making: A study in Ireland exploring birth satisfaction using the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Eur J Midwifery* . 2023;7:12
138. Shamoradifar Z, Asghari-Jafarabadi M, Nourizadeh R, Mehrabi E, Areshtanab HN, Shaigan H. The impact of effective communication-based care on the childbirth experience and satisfaction among primiparous women: an experimental study. *J Egypt Public Health Assoc*. 2022;97(1):12.
139. Dupuis N, Loussert L, de Vries PLM, Parant O, Vayssière C, Guerby P. Offering women a choice in induction of labour: a prospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet*. 2023;307(6):1781–8.
140. Eitenmüller P, Köhler S, Hirsch O, Christiansen H. The impact of prepartum depression and birth experience on postpartum mother-infant bonding: A longitudinal path analysis. *Front Psychiatry*. 2022;13:815822.
141. Wilzén A, Foucard M, Nieminen K, Malmquist A, Grundström H. Associations between birth experience and postpartum depression - A Cross-Sectional study. *Sex Reprod Healthc*. 2025;46(101170):101170
142. Balcik Colak M, Akin B, Kalkan SC, Uslu Yuvaci H. Effects of labor support on pregnant women’s childbirth comfort, satisfaction and postpartum comfort levels: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025;25(1):789
143. Sudhinaraset M, Landrian A, Golub GM, Cotter SY, Afulani PA. Person-centered maternity care and postnatal health: associations with maternal and newborn health outcomes. *AJOG Glob Rep*. 2021;1(1):100005.
144. Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(1):1–10.
145. Kozhimannil KB, Attanasio LB, Yang YT, Avery MD, Declercq E. Midwifery care and patient-provider communication in maternity decisions in the United States. *Matern Child Health J*. 2015;19(7):1608–15.
146. Bell AF, Carter CS, Davis JM, Golding J, Adejumo O, Pyra M, et al. Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. *Arch Womens Ment Health*.;19(2):219–27.
147. Meyling MMG, Frieling ME, Vervoort JPM, Feijen-de Jong EI, Jansen DEMC. Health problems experienced by women during the first year postpartum: A systematic review. *Eur J Midwifery*.;7(December):42.

148. Slavin V, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J, Pallant J. Measuring physical and mental health during pregnancy and postpartum in an Australian childbearing population - validation of the PROMIS Global Short Form. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):370.
149. Jeong YJ, Nho JH, Kim HY, Kim JY. Factors influencing quality of life in early postpartum women. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):2988. doi:10.3390/ijerph18062988
150. Henderson J, Alderdice F, Redshaw M. Factors associated with maternal postpartum fatigue: an observational study. *BMJ Open*. 2019;9(7):e025927.
151. Wang Y, Gu J, Gao Y, Lu Y, Zhang F, Xu X. Postpartum stress in the first 6 months after delivery: a longitudinal study in Nantong, China. *BMJ Open*. 2023;13(10):e073796.
152. Hannon S, Gartland D, Higgins A, Brown SJ, Carroll M, Begley C, et al. Physical health and comorbid anxiety and depression across the first year postpartum in Ireland (MAMMI study): A longitudinal population-based study. *J Affect Disord*. 2023;328:228–37.
153. Liu Y, Guo N, Li T, Zhuang W, Jiang H. Prevalence and associated factors of postpartum anxiety and depression symptoms among women in Shanghai, China. *J Affect Disord*. 2020;274:848–56.
154. Paz-Pascual C, Artieta-Pinedo I, Bully P, Group E-Q, Espinosa M. Analysis of variables affecting postpartum quality of life: their relative influence and interrelationships. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025;25(1):682.
155. Dlamini LP, Hsu Y-Y, Shongwe MC, Wang S-T, Gau M-L. Maternal Self-efficacy as a mediator in the relationship between postpartum depression and maternal role competence: A cross-sectional survey. *J Midwifery Womens Health*. 2023;68(4):499–506.
156. Ji Y, Xue L, Chen L. Cross-lagged analysis of interdependence and psychological symptom clusters in postpartum women: A prospective study. *Medicine (Baltimore)*. 2025;104(44):e45709.
157. Leonard KS, Evans MB, Kjerulff KH, Symons Downs D. Postpartum perceived stress explains the association between perceived social support and depressive symptoms. *Womens Health Issues*. 2020;30(4):231–9.
158. Molgora S, Saita E, Barbieri Carones M, Ferrazzi E, Facchin F. Predictors of postpartum depression among Italian women: A longitudinal study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1553.
159. Linde K, Treml J, Lehnig F, Nagl M, Stepan H, Kersting A. Maternal mental health: A longitudinal study of depression and anxiety across pregnancy and postpartum. *Midwifery*. 2025;149(104571):104571.
160. Seefeld L, von Soest T, Dikmen-Yildiz P, Garthus-Niegel S. Dyadic analyses on the prospective association between birth experience and parent-child-bonding: The role of postpartum depression, anxiety, and childbirth-related posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord*. 2023;98(102748):102748.
161. Rihm L, Waibel J, Karl M, Mack JT, Weise V, Garthus-Niegel S. Prepartum working conditions predict mental health symptoms 14 months postpartum in first-time mothers and their partners - results of the prospective cohort study “DREAM.” *BMC Public Health*. 2025;25(1):875.

MOKSLO PUBLIKACIJŲ, PRANEŠIMŲ SĄRAŠAS

Publikacijos, kuriose paskelbti tyrimo rezultatai

1. Naginevičiūtė, M., Bartusevičienė, E., Blaževičienė, A. (2026). *Birth experience and early postpartum outcomes: A cross-sectional study of mother–infant bonding, breastfeeding self-efficacy, and depressive symptoms*. *European Journal of Midwifery*, 10(2), 1–9. <https://doi.org/10.18332/ejm/217879>
2. Naginevičiūtė, M., Bartusevičienė, E., Blaževičienė, A. (2023). *Woman-centered care: Standardized outcomes measure*. *Medicina*, 59(9), 1–11. <https://doi.org/10.3390/medicina59091537>

Mokslinės konferencijos, kuriose paskelbti tyrimo rezultatai

1. **Žodinis pranešimas.** Naginevičiūtė, M. (2025). *Akušerinių paslaugų kokybės rodikliai akušerio darbe*. Mokslinė praktinė konferencija, skirta Tarptautinei slaugytojų ir akušerių dienai paminėti „Slaugos konventas 2025“, Lietuva.
2. **Stendinis pranešimas.** Naginevičiūtė, M., Bartusevičienė, E., Blaževičienė, A. (2025). *The impact of birth experience on breastfeeding self-efficacy and mother-infant bonding*. 83-ioji tarptautinė mokslinė konferencija „Medicine and Health Sciences of the University of Latvia: Maternal, Child Health and Neurology“, Ryga, Latvija.
3. **Stendinis pranešimas.** Naginevičiūtė, M., Kirkilytė, A., Bartusevičienė, E., Blaževičienė, A. (2025). *The impact of postpartum depression on maternal mental and physical health*. 83-ioji tarptautinė mokslinė konferencija „Medicine and Health Sciences of the University of Latvia: Maternal, Child Health and Neurology“, Ryga, Latvija.
4. **Stendinis pranešimas.** Naginevičiūtė, M., Bartusevičienė, E., Blaževičienė, A. (2024). *The impact of antenatal care models on breastfeeding confidence*. 82-oji tarptautinė mokslinė konferencija „Medicine“, Ryga, Latvija.
5. **Žodinis pranešimas.** Naginevičiūtė, M., Bartusevičienė, E., Blaževičienė, A. (2023). *Comparison of midwifery and obstetric gynecology care in pregnancy: Women’s perspective*. XV tarptautinis simpoziumas „Nursing in Interdisciplinary Healthcare“, Rzeszów–Jasionka, Lenkija.
6. **Stendinis pranešimas.** Naginevičiūtė, M., Bartusevičienė, E., Blaževičienė, A. (2023). *ICHOM Standard Set for Pregnancy and Childbirth Outcomes in the antenatal period: data from Lithuania*. Tarptautinė konferencija „ICHOM 2023“, Barselona, Ispanija.

7. **Stendinis pranešimas.** Naginevičiūtė, M., Blaževičienė, A., Bartusevičienė, E. (2023). *Evaluation of ICHOM Standard Set for Pregnancy and Childbirth Outcomes in Midwifery Clinical Practice*. 3-ioji tarptautinė konferencija „Nursing Research: Providing the Basis for Excellent Future Nursing Practice“, organizuota Vokietijos slaugos mokslo draugijos, nuotolinė.

PRIEDAI

1 priedas

Dokumentas pasirašytas el. parašu.
Pasirašiusios šalys:

GINTAUTAS GUMBREVIČIUS
Data: 2022-03-09 08:42:46 GMT+2



KAUNO REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, A. Mickevičiaus g. 9, LT 44307 Kaunas, tel. (+370) 37 32 68 89; el.paštas: kaunorbtek@lsmuni.lt

LEIDIMAS ATLIKTI BIOMEDICININĮ TYRIMĄ

2022-03-08 Nr. BE-2-24

Biomedicininio tyrimo pavadinimas: „Nėštumo ir gimdymo rezultatų moterų sveikatai standartizuotų rodiklių vertinimas ir jų pritaikymas akušerio praktikoje“	
Protokolo Nr.:	1
Data:	2021-11-16
Versija:	1
Asmens informavimo forma:	Versija: 2; data: 2022-02-14
Pagrindinis tyrėjas:	Prof. Aurelija Blaževičienė
Biomedicininio tyrimo vieta:	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos,
Įstaigos pavadinimas:	Akušerijos ir ginekologijos klinika
Adresas:	Eivenių g. 2, LT-50161, Kaunas

Išvada:

Kauno regioninio biomedicininis tyrimų etikos komiteto posėdžio, įvykusio **2022 m. vasario mėn. 1 d.** (protokolo Nr. 2022-BE10-0003) sprendimu pritarta biomedicininio tyrimo vykdymui.

Mokslinio eksperimento vykdytojai įsipareigoja: (1) nedelsiant informuoti Kauno Regioninį biomedicininis Tyrimų Etikos komitetą apie visus nenumatytus atvejus, susijusius su studijos vykdymu, (2) iki sausio 15 dienos – pateikti metinį studijos vykdymo apibendrinimą bei, (3) per mėnesį po studijos užbaigimo, pateikti galutinį pranešimą apie eksperimentą.

Kauno regioninio biomedicininis tyrimų etikos komiteto nariai			
Nr.	Vardas, Pavardė	Veiklos sritis	Dalyvavo posėdyje
1.	Doc. dr. Gintautas Gumbrevičius	Klinikinė farmakologija	Taip
2.	Prof. dr. Kęstutis Petrikonis	Neurologija	Ne
3.	Dr. Saulius Raugelė	Chirurgija	Ne
4.	Dr. Lina Jankauskaitė	Pediatrija	Taip
5.	Prof. dr. Džilda Veličienė	Endokrinologija	Taip
6.	Doc. dr. Eimantas Peičius	Visuomenės sveikata	Taip
7.	Aušra Degutytė	Visuomenės sveikata	Taip
8.	Dr. Žydrūnė Luneckaitė	Visuomenės sveikata	Taip
9.	Viktorija Bučinskaitė	Teisė	Taip

Kauno regioninis biomedicininis tyrimų etikos komitetas dirba vadovaudamasis etikos principais nustatytais biomedicininis tyrimų Etikos įstatyme, Helsinkio deklaracijoje, vaistų tyrinėjimo Geros klinikinės praktikos taisyklėmis.

Kauno RBTEK pirmininkas



Doc. dr. Gintautas Gumbrevičius



KAUNO REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, A. Mickevičiaus g. 9, LT-44307 Kaunas, tel. +370 37 32 72 29; el. paštas: kaunorbtek@ismuni.lt

PRITARIMAS

BIOMEDICININIO TYRIMO PAPILDYMU/PRATĖSIMUI

2022-07-21 Nr. P1-BE-2-24/2022

Biomedicininio tyrimo pavadinimas: „Nėštumo ir gimdymo rezultatų moterų sveikatai standartizuotų rodiklių vertinimas ir jų pritaikymas akušerio praktikoje“	
Pagrindinis tyrėjas:	prof. dr. Aurelija Blaževičienė
Biomedicininio tyrimo vieta:	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno klinikų Akušerijos ir ginekologijos klinika; Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno Ligoninės P. Mažylio gimdymo namai
Adresas:	Eivenių g. 2, LT-50161, Kaunas; Putvinskio g. 3, LT-44242, Kaunas

Peržiūrėti šie [√] su minėtu tyrimu susiję dokumentai:

[√] Biomedicininio tyrimo „Nėštumo ir gimdymo rezultatų moterų sveikatai standartizuotų rodiklių vertinimas ir jų pritaikymas akušerio praktikoje“ pagrindinio tyrėjo prašymas dėl leidimo papildyti biomedicininį tyrimą;

[√] Paraiška biomedicininiam tyrimui „Nėštumo ir gimdymo rezultatų moterų sveikatai standartizuotų rodiklių vertinimas ir jų pritaikymas akušerio praktikoje“;

[√] Biomedicininio tyrimo „Nėštumo ir gimdymo rezultatų moterų sveikatai standartizuotų rodiklių vertinimas ir jų pritaikymas akušerio praktikoje“ protokolas nr.1, versija 2, data 2022-06-09;

[√] Biomedicininio tyrimo „Nėštumo ir gimdymo rezultatų moterų sveikatai standartizuotų rodiklių vertinimas ir jų pritaikymas akušerio praktikoje“ protokolo santrauka, nr. 1, versija 2, data 2022-06-09 santrauka;

[√] Biomedicininio tyrimo „Nėštumo ir gimdymo rezultatų moterų sveikatai standartizuotų rodiklių vertinimas ir jų pritaikymas akušerio praktikoje“ informuoto asmens sutikimo forma, versija: 1, data: 2022-06-09;

[√] Biomedicininio tyrimo „Nėštumo ir gimdymo rezultatų moterų sveikatai standartizuotų rodiklių vertinimas ir jų pritaikymas akušerio praktikoje“ etinio vertinimo anketa;

[√] **Nutarta: Pritarti biomedicininio tyrimo papildymui/pratėsimui**

Kauno regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto nariai		
Nr.	Vardas, pavardė	Veiklos sritis
1.	Doc. dr. Gintautas Gumbrevičius	Klinikinė farmakologija
2.	Prof. dr. Kęstutis Petrikonis	Neurologija
3.	Dr. Saulius Raugelė	Chirurgija
4.	Dr. Lina Jankauskaitė	Pediatrija
5.	Prof. dr. Džilda Veličkienė	Endokrinologija
6.	Doc. dr. Eimantas Peičius	Visuomenės sveikata
7.	Aušra Degutytė	Visuomenės sveikata
8.	Dr. Žydrūnė Luneckaitė	Visuomenės sveikata
9.	Viktorija Bučinskaitė	Teisė

Kauno regioninis biomedicininių tyrimų etikos komitetas dirba vadovaudamasis etikos principais nustatytais biomedicininių tyrimų Etikos įstatyme, Helsinkio deklaracijoje, vaistų tyrinėjimo Geros klinikinės praktikos taisyklėmis.

Pirmininkas



Doc. dr. Gintautas Gumbrevičius

3 priedas

PROM ir PREM rodiklių tarpusavio koreliacijos akušerio priežiūros modelyje nėštumo metu (N = 92)

Klausimynai / skalės		1	2	3	4	5	6	7
PROMIS-10	FS (1)	–						
	PS (2)	0,54**	–					
PHQ-2 (3)		–0,37**	–0,52**	–				
Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui (4)		–0,05	–0,18	0,18	–			
Pasitikėjimas savo jėgomis kūdikio priežiūros klausimais (5)		0,05	0,04	–0,22*	0,02	–		
BSES-SF (6)		0,09	0,05	–0,16	–0,21*	0,48**	–	
Pasitikėjimas gebėjimu žindyti (7)		0,01	0,01	–0,14	–0,13	0,49**	0,59**	–
Pasitenkinimas priežiūra nėštumo metu (8)		–0,04	–0,07	0,21*	0,05	0,09	–0,06	0,02

*– $p < 0,05$; **– $p < 0,001$.

4 priedas.

PROM ir PREM tarpusavio koreliacijos gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros modelyje nėštumo metu (N = 198)

Klausimynai / skalės		1	2	3	4	5	6	7
PROMIS-10	FS (1)	–						
	PS (2)	0,57**	–					
PHQ-2 (3)		–0,31**	–0,55**	–				
Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui (4)		–0,40**	–0,31**	0,29**	–			
Pasitikėjimas savo jėgomis kūdikio priežiūros klausimais (5)		0,11	0,27**	–0,24**	–0,16*	–		
BSES-SF (6)		0,19*	0,23*	–0,14*	–0,13	0,41**	–	
Pasitikėjimas gebėjimu žindyti (7)		0,16*	0,14	–0,09	–0,08	0,44**	0,58**	–
Pasitenkinimas priežiūra nėštumo metu (8)		0,17*	0,18*	–0,13	0,01	0,26**	0,09	0,10

*– $p < 0,05$; **– $p < 0,001$.

5 priedas

PROM ir PREM rodiklių koreliacijos akušerio vadovaujamo priežiūros modelyje 22–26 savaitę po gimdymo (N = 87)

Klausimynai / skalės		1	2	3	4	5
Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė	Fizinė sveikata (1)	–				
	Psichinė sveikata (2)	0,62**	–			
Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui (3)			–0,23*	–		
Pasitikėjimas savo gebėjimais prižiūrėti kūdikį (4)			0,32*	–0,13	–	
Depresijos simptomai (5)			–0,29*	0,32*	–0,24*	–
Pasitenkinimas pogimdyvine priežiūra (6)			0,27*	–0,24*	0	–0,30*

*– $p < 0,05$; **– $p < 0,001$

6 priedas

PROM ir PREM rodiklių koreliacijos gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujamo priežiūros modelyje 22–26 savaitę po gimdymo (N = 80)

Klausimynai / skalės		1	2	3	4	5
Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė	Fizinė sveikata (1)	–				
	Psichinė sveikata (2)	0,69**	–			
Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui (3)			–0,23*	–		
Pasitikėjimas savo gebėjimais prižiūrėti kūdikį (4)			0,20	–0,20	–	
Depresijos simptomai (5)			–0,32*	0,28*	–0,37**	–
Pasitenkinimas pogimdyvine priežiūra (6)			0,21	–0,22*	0,42**	–0,51**

*– $p < 0,05$; **– $p < 0,001$

PROM ir PREM koreliacijos akušerio vadovaujamo priežiūros modelyje 6–8 savaitę po gimdymo (N = 94)

Klausimynai / skalės		1	2	3	4	5	6	7	8	9
PROMIS-10	Fizinė sveikata (1)	–								
	Psichinė sveikata (2)	0,09	–							
Pasitikėjimas gebėjimu žindyti (3)		–0,10	0,19	–						
Žindymo saviveiksmingumas (4)		–0,16	0,33*	0,76**	–					
Pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį (5)		0,39**	0,24*	0,51**	0,53**	–				
Motinos ir kūdikio ryšys (6)		–0,13	–0,34**	–0,22	–0,17	–0,21*	–			
Depresijos simptomai (7)		–0,05	0,30*	–0,28*	–0,31*	–0,27*	0,10	–		
Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui (8)		0,04	0,01	–0,07	–0,20	–0,14	–0,10	0,13	–	
Gimdymo patirtis (9)		–0,01	–0,11	0,08	0,11	0,05	–0,35**	0,06	0,10	–
Pasitenkinimas priežiūra gimdymo metu (10)		0,06	0,10	0,10	0,14	0,10	–0,20	0,16	0,19	0,87**

*– $p < 0,05$; **– $p < 0,001$.

8 priedas

PROM ir PREM koreliacijos gydytojo akušerio-ginekologo vadovaujame prižiūros modelyje 6–8 savaitę po gimdymo (N = 124)

Klausimynai / skalės		1	2	3	4	5	6	7	8	9
PROMIS-10	Fizinė sveikata (1)	–								
	Psichinė sveikata (2)	0,72**	–							
Pasitikėjimas gebėjimu žindyti (3)		0,21*	0,30**	–						
Žindymo saviveiksmingumas (4)		0,05	0,02	0,50**	–					
Pasitikėjimas savo gebėjimu prižiūrėti kūdikį (5)		0,18	0,32**	0,33**	0,35**	–				
Motinos ir kūdikio ryšys (6)		–0,30**	–0,38**	–0,17	–0,09	–0,05	–			
Depresijos simptomai (7)		–0,41**	–0,59**	–0,44**	–0,01	–0,18*	0,27*	–		
Skausmo poveikis seksualiniam gyvenimui (8)		–0,22*	–0,28*	–0,04	–0,21*	–0,16	0,28*	0,11	–	
Gimdymo patirtis (9)		0,23*	0,36**	0,49**	0,45**	0,26*	–0,29*	–0,21**	–0,34**	–
Pasitenkinimas priežiūra gimdymo metu (10)		0,31**	0,39**	0,12	0,15	0,20*	–0,22*	–0,14	–0,23*	0,29*

*– $p < 0,05$; **– $p < 0,001$.

9 priedas

PROM rodiklių koreliacijos akušerio priežiūros modelyje 1–3 parą po gimdymo (N = 349)

PROM rodikliai	1	2	3
Žindymo saviveiksmingumas (1)	–		
Pasitikėjimas savo gebėjimais prižiūrėti naujagimį (2)	0,42**	–	
Motinos ir naujagimio ryšys (3)	–0,25**	–0,35**	–

**– $p < 0,001$.

10 priedas

PROM rodiklių koreliacijos gydytojo akušerio-ginekologo priežiūros modelyje 1–3 parą po gimdymo (N = 349)

PROM rodikliai	1	2	3
Žindymo saviveiksmingumas (1)	–		
Pasitikėjimas savo gebėjimais prižiūrėti naujagimį (2)	0,48**	–	
Motinos ir naujagimio ryšys (3)	–0,21**	–0,32**	–

**– $p < 0,001$.

CURRICULUM VITAE

Name, Surname: Milda Naginevičiūtė

Address: Lithuanian University of Health Sciences, Faculty of Nursing,
Eivenių 2, LT-50161, Kaunas, Lithuanian

Phone: +370 638 05982

E-mail: milda.nagineviciute@lsmuni.lt

Work experience

2019–present Assistant Lecturer, Lithuanian University of Health Sciences

2019–present Midwife, Reproductive Medicine Center, Hospital of Lithuanian
University of Health Sciences Kauno klinikos

2015–2019 Midwife, Outpatient Unit, Hospital of Lithuanian University of Health
Sciences Kauno klinikos

Education

2014–2016 Master of Clinical Nursing, Medical Academy, Lithuanian University
of Health Sciences

2010–2014 Bachelor of Midwifery, Medical Academy, Lithuanian University of
Health Sciences

PADĖKA / ACKNOWLEDGMENT

Nuoširdžiausią padėką skiriu savo darbo vadovei prof. Aurelijai Blaževičienei už lyderystę, įkvėpimą, išmintį ir asmeninį pavyzdį, kuris skatina nuolat augti, siekti daugiau ir nebijoti drąsių tikslų. Dėkoju už tikėjimą manimi, kantrybę, vertingas išvalgas ir nuolatinį palaikymą viso šio kelio metu. Jūsų profesionalumas ir požiūris į darbą tapo ne tik svarbia šio darbo dalimi, bet ir reikšminga asmenine pamoka.

Nuoširdžiai dėkoju savo darbo konsultantei prof. Eglei Bartusevičienei už palaikymą, pasitikėjimą, padrąšinimą ir nuoširdų rūpestį. Ačiū už laiką, skirtą patarimams, pagalbą ieškant atsakymų bei tikėjimą mano galimybėmis tais momentais, kai jo reikėjo labiausiai.

Dėkoju Slaugos fakulteto kolektyvui, o ypač Slaugos klinikos kolegoms, už palaikymą, supratingumą, padrąšinimą ir nuoširdų tikėjimą mano kelio. Ačiū už šiltą bendravimą, pagalbą, paskatinimus ir buvimą šalia viso šio etapo metu. Labai vertinu tai, kad šalia buvo žmonės, kurie ne tik suprato akademinio kelio iššūkius, bet ir savo palaikymu padėjo juos įveikti.

Nuoširdžiai dėkoju ir Reprodukcinės medicinos centro kolektyvui už supratingumą, palaikymą ir lankstumą derinant profesinę veiklą bei doktorantūros kelią. Esu dėkinga už pagalbą, galimybę prisitaikyti prie svarbių akademinų įsipareigojimų ir už tai, kad sudėtingesniais momentais visada buvo jaučiamas supratimas bei palaikymas. Jūsų geranoriškumas ir pagalba buvo labai svarbūs siekiant šio tikslo.

Didžiausią ir nuoširdžiausią padėką skiriu savo šeimai – už besąlygišką meilę, kantrybę, tikėjimą manimi ir nuolatinį palaikymą. Ačiū, kad buvote šalia ne tik džiaugsmingomis akimirkomis, bet ir sunkesniais etapais, kai labiausiai reikėjo supratimo, padrąsinimo ir priminimo, kad galiu daugiau, nei pati kartais pagalvodavau. Jūsų buvimas šalia buvo didžiausia mano stiprybė.

Ypatingai dėkoju visiems, kurie vienaip ar kitaip prisidėjo prie šio darbo ir buvo šalia šiame svarbiame gyvenimo etape.