

# **Pogimdyminės depresijos prevencijos, atpažinimo, diagnostikos ir gydymo algoritmas (vaiko kognityvinių, emocinių, miego, elgesio sutrikimų, nutukimo prevencijos priemonė)**

---

Įrašykite metodinio dokumento patvirtinimo datą, pvz.:  
2021 m. spalio 10 d.

---

Įrašykite metodinio dokumento galiojimo terminą, pvz.:  
Galioja iki 2025 m. spalio 10 d.

---

Metodiniam dokumentui pritarusios institucijos (gali būti dedami institucijų logotipai)  
Lietuvos sveikatos mokslų universitetas  
Vilniaus universitetas  
Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija

---

Elektroninė nuoroda į metodinį dokumentą

1. Pavadinimas:

Pogimdyminės depresijos prevencijos, atpažinimo, diagnostikos ir gydymo algoritmas (vaiko kognityvinių, emocinių, miego, elgesio sutrikimų, nutukimo prevencijos priemonė)

2. Metodinio dokumento patvirtinimo data:

3. Metodiniam dokumentui pritarusių institucijų sąrašas:

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Vilniaus universitetas

Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija

4. Elektroninė nuoroda į metodinį dokumentą:

## **5. TURINYS**

### **6. Apibendrinimas**

### **7. Autoriai**

### **8. Sąvokos ir sutrumpinimai**

### **9. Reikšminiai žodžiai**

### **10. Įvadas**

### **11. Metodinio dokumento įgyvendinimo prioritetai**

### **12. Paciento kelio aprašymas**

#### **12.1. Prevencija**

#### **12.2. Diagnostika**

#### **12.3. Gydymas**

#### **12.4. Slauga**

#### **12.5. Reabilitacija**

#### **12.6. Prognozė ir (ar) remisijos kriterijai**

#### **12.7. Stebėseną**

### **13. Paciento kelio organizavimo aprašymas**

### **14. Metodinio dokumento diegimo konkretaus lygio paslaugas teikiančioje ASPĮ tvarkos aprašymas**

### **15. Pacientų pasitenkinimo suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimo aprašymas**

### **16. Metodinio dokumento atnaujinimo tvarkos aprašymas**

### **17. Audito aprašymas**

### **18. Svarbiausių kriterijų sąrašas**

### **19. Informacija apie kontaktinį asmenį**

**20. Literatūros sąrašas**

**21. Rekomendacijos dėl mokslinių tyrimų**

**22. Informacija visuomenei ir pacientams**

**23. Priedai**

## 6. APIBENDRINIMAS

6.1. Metodinio dokumento tikslas, remiantis geriausiais medicinos įrodymais, rekomenduoti pogimdyminės depresijos diagnostikos, gydymo ir prevencijos taktiką, siekiant pagerinti ankstyvą sutrikimo diagnostiką, gydymo rezultatus ir sumažinti vaikų kognityvinių, emocinių, miego, nutukimo bei elgesio sutrikimų riziką.

6.2. Algoritmas apibrėžia psichinės sveikatos priežiūros specialistų, gydytojų akušerių ginekologų, šeimos gydytojų, vaikų ligų gydytojų veiksmus teikiant pagalbą pacientėms, sergančioms pogimdyvine depresija (toliau PD), pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos, dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą „Sisteminis ligų sąrašas“, Australijos modifikaciją (toliau – TLK-10-AM) žymimą kodu F53.0, ar turinčioms padidintą riziką ja susirgti. Šie veiksmai apima rizikos grupei priklausančių ir PD sergančių pacienčių atpažinimą, diagnostiką ir gydymą kaip vaikų kognityvinių, emocinių, miego, nutukimo bei elgesio sutrikimų prevencijos priemonė. Algoritme apibrėžiami PD ambulatorinio ir stacionarinio, medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo bei prevencijos principai.

6.3. Metodinis dokumentas skirtas specialistams, pagal kompetenciją teikiantiems sveikatos priežiūros paslaugas vaikams ir suaugusiems: gydytojams vaikų ir paauglių psichiatriams, psichiatriams, vaikų ligų gydytojams, šeimos medicinos gydytojams, gydytojams akušeriams ginekologams, medicinos psichologams, akušeriams, sveikatos priežiūros slaugytojams, socialiniams darbuotojams.

6.4. Gydytojams vaikų ir paauglių psichiatriams, gydytojams psichiatriams, vaikų ligų gydytojams, šeimos medicinos gydytojams, medicinos psichologams, akušeriams, sveikatos slaugytojams, socialiniams darbuotojams pagal savo kompetenciją teikiant paslaugas pogimdyvine depresija sergančiai ar turinčiai riziką susirgti pacientei, ir, priimant sprendimus, rekomenduojama vadovautis šiuo metodiniu dokumentu visa apimtimi, tačiau kiekvienu individualiu atveju turi būti atsižvelgiama į individualius pacientų poreikius, pasirinkimus ir vertybes.

Gydytojai vaikų ir paauglių psichiatrai, psichiatrai, vaikų ligų gydytojai, šeimos medicinos gydytojai, gydytojai akušeriai ginekologai, medicinos psichologai, sveikatos priežiūros slaugytojai, akušeriai, socialiniai darbuotojai, pagal savo kompetenciją, teikdami paslaugas turi vadovautis šiuo metodiniu dokumentu visa apimtimi, tačiau kiekvienu individualiu atveju turi būti atsižvelgiama į individualius pacientų poreikius, pasirinkimus ir vertybes.

6.5. Metodinis dokumentas bus įdiegiamas ir taikomas organizuojant darbą pirminės sveikatos priežiūros paslaugas ir vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose Asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau ASPĮ).

### 6.5.1. Metodinio dokumento taikymo sritys:

6.5.1.1. atrenkant pacientes, turinčias padidintą riziką sirgti PD, siekiant imtis prevencinių priemonių ir išvengti sutrikimo išsivystymo bei vaikų kognityvinių, emocinių, miego, nutukimo bei elgesio sutrikimų;

6.5.1.2. atpažįstant pacientes, kurioms įtariama PD, kaip galima ankstesnėse sutrikimo stadijose;

6.5.1.3. diagnozuojant PD;

6.5.1.4. gydant PD medikamentinėmis ir nemedikamentinėmis priemonėmis asmens sveikatos priežiūros įstaigose;

6.5.1.5. vertinant PD gydymo/pagalbos efektyvumą;

6.5.1.6. užbaigiant pacienčių, kurioms buvo diagnozuota PD, gydymą ir stebint dėl galimo sutrikimo atsikartojimo.

6.5.2. PD TLK-10-AM žymima kodu F53.0 - Lengvi psichikos ir elgesio sutrikimai laikotarpiu po gimdymo, neklasifikuoti kitur

6.6. Metodinio dokumento įdiegimą koordinuojančių ir susijusių institucijų sąrašas:

- Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos
- Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
- Vilniaus universitetas
- Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija
- Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija

6.7. Algoritmas parengtas vadovaujantis teisės aktais, reglamentuojančiais diagnostikos ir gydymo metodinių dokumentų rengimą, vaikų psichikos sveikatos priežiūrą, joje dalyvaujančių specialistų pareigybių aprašus, vaistų ir gydymo procedūrų taikymą:

- Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. 1995 m. birželio 6 d. Nr. I-924.
- Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. 1996 m. Birželio 6 d. Nr. I-1367.
- Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos teikimo tvarkos ir masto aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo, sveikatos apsaugos ministrų 2005 m. kovo 21 d. įsakymas Nr. A1-78/V-179 „Dėl darbingumo lygio nustatymo kriterijų aprašo ir darbingumo lygio nustatymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17 d. įsakymas Nr. V-50 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. kovo 4 d. įsakymas Nr. V-170 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 64:2018 „Gydytojas akušeris ginekologas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. liepos 13 d. įsakymas Nr. V-577 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 114:2019 „Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 08 d. įsakymas Nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. V-861 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1209 „Dėl psichiatrijos ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymas Nr. V-120 „Dėl Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei Privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“.

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-1220 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 40:2014 „Akušeris. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. V-714 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 22:2020 „Psichikos sveikatos slaugytojas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. balandžio 28 d. įsakymas Nr. V-552 „Dėl atvejo vadybos, teikiant pirmines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. balandžio 16 d. įsakymas Nr. V-419 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorinę asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veikos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. gegužės 30 d. įsakymas Nr. V-627 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 162:2018 „Medicinos psichologas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymas Nr. V-856 „Dėl savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymas Nr. V-859 „Dėl pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems, savižudybės krizę išgyvenantiems ir savižudybės krizę išgyvenusiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. rugsėjo 20 d. įsakymas Nr. V-1033 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 66:2018 „Vaikų ligų gydytojas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. kovo 18 d. įsakymas Nr. V-328 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. V-1013 Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ pakeitimo.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. balandžio 23 d. įsakymas Nr. V-457 „Dėl meno terapeuto veiklos reikalavimų aprašo patvirtinimo“.
- Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba ([www.vvkt.lt](http://www.vvkt.lt)), vaistinių preparatų registras.
- Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtasias pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM).

6.8. Metodinio dokumento šiuolaikiškumas ir taikymo efektyvumas grindžiamas praktikoje įrodytais medicinos pasiekimais, išanalizavus Lietuvos bei užsienio šalių, tokių kaip Vokietija, Didžioji Britanija, Jungtinės Amerikos Valstijos patirtį bei įvertinus tiesiogines ir netiesiogines sąnaudas kokybei užtikrinti.

6.9. Metodinis dokumentas skirtas PD diagnostikai, gydymui ir prevencijai. Pagal TLK-10-AM šis sutrikimas žymimas kodu F53.0.

## 7. AUTORIAI

7.1. Prof. Dr. Darius Leskauskas, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, el. paštas: [darius.leskauskas@kaunoklinikos.lt](mailto:darius.leskauskas@kaunoklinikos.lt);

7.2. Jūratė Baltrėnė, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gydytoja vaikų ir paauglių psichiatrė, el. paštas: [jurate.baltrene@kaunoklinikos.lt](mailto:jurate.baltrene@kaunoklinikos.lt).

7.3. Dalius Klimavičius, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, el. paštas: [dalius.klimavicius@kaunoklinikos.lt](mailto:dalius.klimavicius@kaunoklinikos.lt);

7.4. Dalia Vėlavičienė, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gydytoja vaikų ir paauglių psichiatrė, el. paštas: [dalia.velaviciene@kaunoklinikos.lt](mailto:dalia.velaviciene@kaunoklinikos.lt);

7.5. Visi metodinio dokumento autoriai užpildė Nešališkumo ir interesų deklaracijas.

## 8. SĄVOKOS, SUTRUMPINIMAI IR REIKŠMINIAI ŽODŽIAI

### 8.1. Sąvokos ir jų apibrėžtys

8.1.1. **Pogimdyminė depresija** – depresiniai sutrikimai, kurie yra susiję su periodu po gimdymo.

8.1.2. **Kūdikis** – vaiko amžiaus tarpsnis nuo gimimo iki 1 metų amžiaus.

8.1.3. **Remisija** – (lot. remissio – sumažėjimas, susilpnėjimas), lėtinės ligos reiškinys susilpnėjimas; ligos atoslūgis. Remisija laikomas visiškasis simptomų išnykimas (visiška remisija) arba jų susilpnėjimas iki tokio mažo intensyvumo, kad jie neturi įtakos ligonio fizinei ir psichinei sveikatai (dalinė remisija). Gali trukti nuo kelių savaičių ar mėnesių iki kelerių metų. Savaiminė remisija būdinga cikliškoms (periodinėms) ligoms (maliarijai, bipoliniam-afektiniam sutrikimui), gali prasidėti pvz., sergant inkstų akmenlige, kai iš šlapimo takų išplaunamas akmuo; medikamentinė atsiranda dėl gydymo vaistais (sergant šizofrenija, opiniu kolitu, depresija, reumatoidiniu artritu, onkologinėms ligoms, cukriniu diabetu, bronchine astma, reumatu). Remisijos metu skiriamas palaikomasis gydymas ar tik stebėjimas. (Visuotinė lietuvių enciklopedija, [www.vle.lt](http://www.vle.lt)).

8.1.4. **Šeimos medicinos gydytojas** – šiame metodiniame dokumente tai šeimos arba vaikų ligų gydytojas, teikiantis pacientui pirminės sveikatos priežiūros paslaugas.

8.1.5. Kitos Apraše vartojamos sąvokos atitinka įstatymuose ir kituose teisės aktuose vartojamas sąvokas.

### 8.2. Sutrumpinimai

8.2.1. **ASPI** – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

8.2.2. **LR SAM** – Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija

8.2.3. **PD** – pogimdyminė depresija

8.2.4. **PSC** – psichikos sveikatos centras

8.2.5. **PAASPI** – pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti asmens sveikatos priežiūros įstaiga

8.2.6. **TLK-10-AM** – Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija

8.2.7. **VVKT** – Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba

## 9. REIKŠMINIAI ŽODŽIAI



9.1. Algoritmas, diagnostika, gydymas, kūdikiai, pogimdyminė depresija, prevencija, rizikos veiksniai.

## 10. ĮVADAS

10.1. Glaustas ligos ar sveikatos sutrikimo (ar problemos) apibrėžimas.

Šiame metodiniame dokumente reglamentuojama PD prevencija, diagnostika ir gydymas.

Nors po normalaus gimdymo moteris patiria fiziologinį pogimdyminį laikotarpį, jos psichikos būklė būna labilesnė. Per pirmuosius tris mėnesius po gimdymo gali išryškėti psichikos sutrikimai, kurių dažniausias yra depresija. PD nėra lengva diagnozuoti, nes tokie depresijai būdingi simptomai kaip miego, apetito sutrikimai, nuovargis, sumažėjęs lytinis potraukis, negalėjimas susitvarkyti su kasdieniais darbais, energijos stygius gali būti klaidingai vertinami kaip įprasti pogimdyminiai pasikeitimai pradėjus rūpintis naujagimiū. Laiku nenustatyta ir negydyta PD turi ilgalaikes pasekmes ne tik pačiai moteriai, bet ir vaikui (raidai, nesaugaus prierašumo formavimuisi, elgesio problemoms ateityje), poros tarpusavio santykiams. Atsižvelgiant į didelį nepastebėtų PD atvejų skaičių, būtinas papildomas budrumas ir iš pirminės sveikatos priežiūros specialistų, siekiant užtikrinti akstyvą PD atpažinimą ir savalaikę pagalbą.

10.2. Ligos epidemiologija ir paplitimas Europoje ir pasaulyje.

10.2.1. Nuo 1 iš 5 iki 1 iš 10 moterų susergera nepsichotine depresija pogimdyminiu laikotarpiu, tačiau tik 1% kreipiasi į psichiatrą. Daugelis atvejų lieka nepastebėti, todėl dauguma moterų toliau kenčia nuo lengvos depresijos, su dažnai kartu pasireiškiančiu lytinio potraukio praradimu. Tai kartais paaiškina, kodėl kai kurios moterys nurodo, jog po gimdymo „niekad nebus tokia, kaip anksčiau“ (Puri, B. K., & Treasaden, I. H. (2011). *Textbook of Psychiatry E-Book*. Elsevier Health Sciences. 232 – 236.).

10.2.2. vidutiniškai 10–20 proc. moterų pogimdyminius laikotarpiu patiria klinikinio lygio depresijos simptomus, kurie trunka iki šešių mėnesių ar metus. Šio sutrikimo dažnumas ženkliai išauga per pirmus tris mėnesius po gimdymo. Pirmaisiais metais po gimdymo depresijos paplitimas svyruoja tarp 6,5 proc. ir 12,9 proc. Literatūros šaltiniai taip pat nurodo galimą depresijos pasireiškimą po gimdymo 10 – 15 proc. moterų (Danilevičiūtė, V., Nadišauskienė, R., & Adomaitienė, V. (2006). *Psichikos sutrikimai nėštumo ir pogimdyminiu laikotarpiais. Lietuvos akušerija ir ginekologija*, 244-250). PD paplitimas skiriasi priklausomai nuo šalies socioekonominio lygio. Vidutinės ir žemas pajamas turinčiose šalyse PD paplitimas apytiksliai siekia 20 proc., o dideles pajamas turinčiose šalyse – 10 proc. postpartum depresijos (Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). *Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. The Lancet Psychiatry*, 3(10), 973-982).

10.3. Ligos epidemiologija ir paplitimas Lietuvoje. Epidemiologinių tyrimų, vertinančių PD sutrikimų paplitimą Lietuvoje, šiuo metu nėra.

10.4. Klinikinė problematika

10.4.1. Apytiksliai penktadalis moterų po gimdymo patiria įvairių psichologinių ir emocinių sunkumų, o tai neigiamai veikia tiek pačios moters savijautą, tiek turi įtakos vaiko raidai, santykiams šeimoje. Nors moterys po gimdymo turi daug kontaktų su sveiktos priežiūros

specialistais (akušeris, gydytojas akušeris ginekologas, šeimos gydytojas, vaikų ligų gydytojas ir kiti), tačiau yra nelinkusios kalbėti apie savo būseną. Tiek artimųjų, tiek specialistų dėmesys po gimdymo yra nukreiptas į kūdikį ir retai kada pasiteiraujama kaip jaučiasi pati mama. Motinystė yra siejama su džiaugsmu, geros mamos įvaizdžiu, tad neretai, moterys jaučia gėdą ir nusivylimą savimi, jų jaučiami simptomai gali būti minimalizuojami. Patiriami depresijos simptomai gali būti klaidingai įvertinti kaip įprasti pogimdyminiai psichologiniai pasikeitimai, pavyzdžiui, sumažėjęs energingumas, miegas bei lytinis potraukis. 40 % PD sergančių moterų turi trumpalaikes arba įkyrias mintis apie pakenkimą kūdikiui, bet retai jas įgyvendina. Tai taip pat gali būti viena iš priežasčių dėl ko moteris, jausdama gėdą ir nusivylimą, neišsakys skundų ar minimalizuos patiriamus jausmus bei simptomus (Puri, B. K., & Treasaden, I. H. (2011). *Textbook of Psychiatry E-Book*. Elsevier Health Sciences. 232 – 236).

10.4.2. Motinos psichologinės savijautos įtaka vaiko raidai yra neabejotina. Motinos depresiškumas nėštumo metu bei po gimdymo siejamas su įvairiais kūdikio raidos aspektais, didinančiais vėlesnės psichopatologijos riziką. Lietuvoje atliktas tyrimas siekinat nustatyti motinų psichologinės savijautos ir kūdikių probleminio elgesio sąsajas. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad motinų patiriami sunkumai suprasti kūdikių verkimo priežastį darė tiesioginę įtaką trijų – keturių ir šešių – septynių mėnesių kūdikių problemiam elgesiui ir buvo veikiami motinų depresiškumo. Motinų depresiškumas ir santykiai su vyru ar partneriu turėjo netiesioginės įtakos kūdikių problemiam elgesiui. Probleminis elgesys dažniau buvo būdingas vienišų bei mažesnę išsilavinimą turinčių motinų kūdikiams (Čekuolienė, D., Jusienė, R., Širvinskienė, G., Zamalijeva, O., & Breidokienė, R. (2011). Motinų psichologinės savijautos ir kūdikių probleminio elgesio sąsajos. *Psichologija*, 43, 44-62).

10.4.3. Motinos depresiškumas nėštumo metu ir po gimdymo siejamas su įvairiais kūdikio raidos aspektais, didinančiais vėlesnės psichopatologijos riziką. Yra nustatytas ryšys su motinos PD ir nesaugaus prierašumo formavimusi, didesniu elgesio problemų dažniu, kognityvinio ir kalbos vystymosi atsilikimu, taip pat neuroendokrininiu, psichofiziologiniu funkcionavimu. Nustatyta PD įtakos vaikų, ypač berniukų, emociniam ir pažintiniam vystymuisi. Tai lemia nesaugų emocinį prisirišimą 18 mėnesių amžiuje ir elgesio sutrikimus 5 metų amžiuje.

10.4.4. Tikėtina, kad PD sergančios moterys yra turėję keturis ar daugiau nemalonių reikšmingų stresinių gyvenimo įvykių (pvz., netektis ar liga) prieš pat nėštumą arba nėštumo metu. Taip pat ilgalaikių sunkumų (pvz., skurdas, prastos gyvenimo sąlygos ir bloga fizinė sveikata) ir prastą socialinį palaikymą (pvz., iš sutuoktinio ar partnerio, tėvų, uošvių, draugų). Naujagimio našta tokia fone gali sukelti bejėgiškumą ir PD. Vaiko gimimas gali vėl suaktyvinti neišspręstus motinos konfliktus, mamai gali kilti sunkumų prižiūrėti naujagimį. PD yra susijusi su motinos ir vaiko sąveikos sutrikimu, kad ir kokia būtų priežastis, o tai sukelia užburta ciklą, kai dėl pablogėjusios motinos ir vaiko sąveikos dar labiau blogėja motinos psichinė būsena.

10.4.5. Trūksta specialistų, ypatingai pirminėje sveikatos ir psichinės sveikatos priežiūros grandyje, mokančių atpažinti PD.

10.5. Metodinio dokumento tikslas ir reikalingumas. Šiuo metodiniu dokumentu siekiama:

10.5.1. pagerinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų (šeimos gydytojų, vaikų ligų gydytojų, gydytojų akušerių ginekologų) žinias bei praktinius įgūdžius apažįstant PD rizikos veiksnius, taikant prevencines priemones, PD simptomus, nukreipiant savilaukai pagalbai;

10.5.2. pagerinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų žinias bei praktinius įgūdžius diagnozuojant ir gydant PD;

10.5.3. pagerinti įvairių specialistų bendradarbiavimą užtikrinant PD gydymo kompleksiskumą, tęstinumą ir efektyvumą;

10.5.4. pagerinti PD diagnostiką ir sutrumpinti laiką nuo sutrikimo išsivystymo iki gydymo pradžios.

## 11. METODINIO DOKUMENTO ĮGYVENDINIMO PRIORITETAI

11.1. PD diagnostikos, gydymo ir prevencijos algoritmo sukūrimas ir įdiegimas į kasdieninę praktiką specialistams, teikiantiems psichinės sveikatos priežiūros paslaugas Asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau ASPĮ), tokiu būdu užtikrinant paslaugų kokybę šiai pacientų grupei;

11.2. metodinė pagalba specialistams (gydytojams vaikų ir paauglių psichiatrams, psichiatrams, vaikų ligų gydytojams, šeimos medicinos gydytojams, gydytojams akušeriams ginekologams), pagal kompetenciją teikiantiems pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, siekiant atpažinti PD rizikos veiksnius, imtis šių sutrikimų prevencijos;

11.3. aiškaus, TLK-10-AM diagnostiniais kriterijais pagrįsto PD diagnostikos algoritmo įdiegimas visose šalies ASPĮ, teikiančiose psichinės sveikatos priežiūros paslaugas;

11.4. nuoseklaus kompleksinio nemedikamentinio ir medikamentinio gydymo priemonių taikymo, atsižvelgiant į jų pasirinkimo eiliškumą ir konkretaus paciento gydymo poreikius, algoritmo įdiegimas visose šalies ASPĮ, teikiančiose pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugas;

11.5. pacientų mokymas, siekiant geriau suprasti PD sutrikimą bei gydymą, atpažinti šio sutrikimo pasireiškimą, būklės pokyčius, gauti reikiamą specialistų pagalbą.

## 12. PACIENTO KELIO APRAŠYMAS

### 12.1. Prevencija

Prevencija yra orientuota į moteris, kurioms yra padidinta PD sutrikimo rizika. Prevencija apima rizikos veiksnių bei jų grupių atpažinimą ir rizikos mažinimą eliminuojant rizikos veiksnius ar mažinant jų patogeninį poveikį, gydant/koreguojant iki-klinikines būsenas/problemas, edukuojant ir stebint rizikos grupių vaikus.

#### 12.1.1. Rizikos veiksniai, skatinatys PD:

12.1.1.1. motinos savijauta nėštumo metu (pvz.: stresas ir sunkumai nėštumo metu, nepageidaujamas nėštumas);

12.1.1.2. besaikis kūdikio verkimas. Motina intensyvių vaiko verksmą ir sunkumus nuraminti vertina kaip savo nesugebėjimo patenkinti kūdikio poreikius įrodymą. Tai sukelia nusivylimo ir nepasitikėjimo savimi jausmą, neretai sąlygojantį pogimdyminę depresiją arba bejėgišką pyktį partneriui bei kūdikiui;

12.1.1.3. socialinių ir finansinių išteklių stoka (poilsio pertraukų galimybės neturėjimas, vieniša motinystė, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje ir kt.);

12.1.1.4. patikimų palaikančių santykių su partneriu ar kitais šeimos nariais trūkumas;

12.1.1.5. iki gimdymo buvęs depresijos epizodas;

12.1.1.6. nerimastingumas tiek nėštumo metu, tiek po gimdymo. Moterys, kurioms išsivysto PD, gali būti labiau linkę patirti nerimą pirmaisiais trimis nėštumo mėnesiais, taip pat ir paskutinį nėštumo trimestrą

12.1.2. Rizikos veiksnių išaiškinimo tvarka. Įtariant PD, reikėtų įvertinti tokius anamnestinius duomenis, kaip:

12.1.2.1. motinos savijauta nėštumo metu (pvz.: ar moteris patyrė stresą, sunkumų nėštumo metu, gal nėštumas buvo nepageidaujamas);

12.1.2.2. ankstyvajame vaiko amžiuje pasireiškęs nerimastingas elgesys, dirglumas, verkimo protrūkiai ar kiti emociškai neigiami signalai, kurie gali sąlygoti sąveikos tarp vaiko ir motinos sutrikimus;

12.1.2.3. ar moteris nepatiria socialinių ir finansinių sunkumų (ar yra galimybė poilsio pertraukoms, vieniša motinystė, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje ir kt.);

12.1.2.4. ar moteris turi partneriu ar kitų šeimos narių palaikymą, paramą;

12.1.2.5. ar anamnezėje nėra buvę depresijos epizodų;

12.1.2.5. ar moteris nebuvo labia nerimastinga nėštumo metu ar po gimdymo.

12.1.3. PD prevencija:

12.1.3.1. tėvystės įgūdžių kursai besilaukiančioms motinoms ir poroms, orientuoti į saugaus prierašumo formavimąsi, bendravimą, mokantis suprasti vaiko signalus, kuriais jis sąveikos metu išreiškia alkį, nuovargį, stresą, perdėtą susijaudinimą;

12.1.3.2. visuomenės, šeimų bei sveikatos priežiūros specialistų švietimas kaip atpažinti PD ir nukreipti moterį reikiamai pagalbai;

12.1.3.3. gera nėštumo priežiūra, atkreipiant dėmesį į PD rizikos veiksnius;

12.1.3.4. ankstyvas depresijos atpažinimas ir gydymas nėštumo metu;

12.1.3.5. parama gimdymo metu (vyro ar partnerio dalyvavimas gimdymo metu; palaikanti, drąsinanti aplinka didina fiziologinio gimdymo bei emociškai stabilios motinystės tikimybę) bei po jo (pvz.: žindant kūdikį). Moterys gavusios nuolatinį palaikymą: ilgiau žindo, mažiau išsako kūdikio sveikatos problemų (pvz.: dėl apetito, pilvo dieglių), geresnė motinų emocinė būklė (mažiau nerimo, aukštesnė savivertė, mažesnė depresijos rizika);

12.1.3.6. ryšio užmezgimas su naujagimiu gali būti svarbus veiksnys siekiant užkirsti kelią PD. Tyrimai rodo, kad 15 minučių žindymas iškart pagimdžius turi įtakos akių kontaktui ir ryšio tarp vaiko ir motinos užsimezgimui po kelių mėnesių.

12.1.3.7. ankstyvas besaikio kūdikio verkimo gydymas, sutelktas į tėvų ir kūdikių bendravimą, tėvų ir kūdikių sąveika nuraminant, gali užkirsti kelią ne tik vėlesniems ankstyvojo vaikų amžiaus elgesio ir emociniams sutrikimams, bet ir pogimdyminei depresijai bei nepriežiūrai ar smurtiniam elgesiui vaiko atžvilgiu;

12.1.3.8. savalaikė psichosocialinė pagalba, esant vienišai ar ankstyvai motinystei;

12.1.3.9. kitą psichikos sutrikimą turinčių pacienčių stebėjimas ir įvertinimas, dėl galimo PD sutrikimo išsivystymo;

12.1.3.10. Svarbu, konsultuojant kūdikį ar moterį pogimdyminiu laikotarpiu, paklausti kaip ji jaučiasi.

12.1.4. Jei yra PD rizikos veiksnių, tikslinga moterį stebėti vienerius metus, šeimos gydytojui vertinant psichikos būklę kas 1–2 mėnesius

12.1.5. Pacientės, gydytos dėl depresijos sutrikimo ir turinčios riziką šio sutrikimų pasikartojimui, neštumo ir pogimdyminiu laikotarpiu turi būti stebimos šeimos gydytojo. Kilus įtarimui dėl galimo PD, šeimos gydytojas, pagal kompetenciją, turėtų neatidėliotinai sudaryti gydymo planą, nesant efektyviam gydymui nukreipti gydytojo psichiatro įvertinimui ir gydymui.

## 12.2. PD diagnostika

12.2.1. Rizikos veiksnių įvertinimo, anamnezės duomenų rinkimo, tvarka.

12.2.1.1. PD rizikos veiksnių įvertinimas pateikimas priede (1 priedas).

12.2.2. Anamnezės duomenys:

### 12.2.2.1. Vertinant dėl galimo PD sutrikimo, moters klausama (2 priedas):

- kokia buvo savijauta neštumo metu ar po gimdymo?
- jei buvę ankstesnis neštumai ir gimdymai, kaip jautėtes tuo laikotarpiu?
- ar anksčiau yra buvęs liūdnos ar prastos nuotaikos epizodas, kai mažai domino įprastinė veikla?
- jei buvę blogos nuotaikos epizodų, ar buvo pakitęs apetitas, miegas, gebėjimas koncentruoti dėmesį?
- ar kada nors buvusi savižala?

12.2.3. Nuodugnios klinikinės diagnostikos tvarka (nusiskundimai, simptomai).

### 12.2.3.1. PD vertinimo kriterijai (2 priedas):

12.2.3.1.1. PD prasideda po gimdyminio, išryškėja praėjus keturioms ar šešioms savaitėms po gimdymo.

12.2.3.1.2. Klinikinėje praktikoje remiamasi TLK-10-AM depresijos diagnostiniais kriterijais.

12.2.3.1.3. Depresijos epizodas diagnozuojamas, jeigu tiriamajam ne trumpiau kaip 2 savaites pasireiškia ne mažiau kaip 2 pagrindiniai ir 2 papildomi depresijos sindromo simptomai.

12.2.3.1.4. Pagrindiniai depresijos simptomai:

12.2.3.1.4.1. prislėgta, pablogėjusi nuotaika;

12.2.3.1.4.2. sumažėję interesai ir pasitenkinimas anksčiau malonia veikla;

12.2.3.1.4.3. jaučiamas energijos trūkumas, sumažėjęs aktyvumas ir padidėjęs nuovargis.

12.2.3.1.5. Papildomi depresijos simptomai:

12.2.3.1.5.1. susilpnėjusi koncentracija ir dėmesys;

12.2.3.1.5.2. sumažėjusi savivertė ir pasitikėjimas savimi;

12.2.3.1.5.3. kaltės ir menkavertiškumo jausmas;

12.2.3.1.5.4. niūrus ir pesimistinis ateities įsivaizdavimas;

12.2.3.1.5.5. polinkis save žaloti, mintys apie savižudybę ir savižudiški veiksmai;

12.2.3.1.5.6. sutrikęs miegas;

12.2.3.1.5.7. sumažėjęs apetitas.

12.2.3.1.6. Diagnozuojant PD, reikia atsižvelgti į tam tikrus ypatumus:

12.2.3.1.6.1. motinos jausmai ir prieraškumas kūdikiui

12.2.3.1.6.2. pojūtis, kad nepakankamai rūpinasi savo kūdikiu, kad yra netinkama, bloga motina

12.2.3.1.6.3. somatiniai simptomai gali būti labiau išreikšti, o depresijos simptomai gali būti palyginti lengvi arba užslėpti

12.2.4. Viena iš dažniausiai naudojamų depresijos atrankos skalių, pagal kurią vertinama tiek su nėštumu susijusi, tiek kitos kilmės moterų depresija, yra Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė (angl. Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) (Lang, E., Colquhoun, H., LeBlanc, J. C., Riva, J. J., Moore, A., Traversy, G., ... & Grad, R. (2022). Recommendation on instrument-based screening for depression during pregnancy and the postpartum period. *CMAJ*, 194(28), E981-E989. Ši skalė išversta į lietuvių kalbą (Bunevičius, A., Kusminskas, L., & Bunevičius, R. (2009). Validation of the Lithuanian version of the Edinburgh postnatal depression scale. *Medicina*, 45(7), 544). Edinburgo savęs vertinimo skalę sudaro 10 teiginių su keturiais galimais atsakymų variantais. Jei surinkta balų suma  $\geq 12$ , galima įtarti pogimdyminę depresiją. Atrankos skalė, gali būti tik pagalbinė priemonė tiriant depresinę simptomatiką ir atliekant nuoseklų klinikinį vertinimą

12.2.5. Šiuo metu Lietuvoje nėra įrodymais pagrįstų instrumentinių ar laboratorinių tyrimų, kurie leistų patvirtinti PD. Tokie tyrimai gali būti atliekami siekiant įvertinti įtariamus ar esamus gretutinius somatinius ar neurologinius sutrikimus, raidą. Tyrimų pobūdį ir atlikimo tvarką turėtų nustatyti šeimos gydytojas, ar gydytojas specialistas pagal savo kompetenciją.

12.2.6. Diagnozuojant PD reikia įvertinti paciento somatinę ir neurologinę sveikatą dėl galimų gretutinių susirgimų bei jų gydymo. Gretutiniai somatiniai (pvz. hipotirozė) gali turėti įtakoti nuotaikos sutrikimo atsiradimui. Įtariant tokį susirgimą, pacientė ištyrimui turi būti nukreipiama gydytojui vaikų endokrinologui ar kitam gydytojui specialistui, nurodant nukreipimo priežastis ir atsižvelgiant į šio gydytojo specialisto ištyrimo rezultatus, aprašytus medicininuose dokumentuose.

12.2.7. Diagnozuojant PD ypatingas dėmesys turi būti skiriamas savižudiškiems ketinimams, poelgiams ir/ar save žalojančiam elgesiui. Esant savižudybės rizikai, ji turėtų būti įvertinta laikantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymo Nr. V-856 „Dėl savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

12.2.8. PD diferencinė diagnostika.

12.2.8.1. PD diferencinė diagnostika apima diferenciaciją nuo:

12.2.8.1.1. Psichikos sutrikimų: bipolinio sutrikimo, adaptacijos sutrikimų su depresiška nuotaika, nerimo sutrikimus lydinčio atsiribojimo ir vengiančio elgesio, ankstyvos pradžios šizofrenijos negatyvių simptomų bei ppsichoazinės depresijos.

12.2.8.12. nuo somatinių ar neurologinių sutrikimų: hipotireozės (kuri dažnai pasitaiko moterims po gimdymo ir gali būti daugelio depresiją primenančių simptomų priežastis), gripo, epilepsijos, trauminės smegenų ligos, migrenos, somatiniams susirgimams gydyti skiriamų vaistų nepageidaujamo poveikio (beta adrenoblokatoriai, kortikosteroidai, nesteroidiniai analgetikai, imunosupresantai, interferonas, onkologijoje naudojami vaistai).

### 12.3. PD gydymas

12.3.1. PD gydo šeimos gydytojas. Esant neefektyviam gydymui, nukreipiamas gydytojo psichiatro įvertinimui ir gydymui į ASPĮ, teikiančią ambulatorines (pirminio ir/ar specializuoto lygio) psichinės sveikatos priežiūros paslaugas.

12.3.2. PD gydymo uždavinys yra parinkti tokį gydymo būdą, kuris tiktų moteriai po gimdymo ir būtų kiek įmanoma palankesnis kūdikiui. PD gydymas: palaikomoji psichoterapija, socialine parama, medikamentinis gydymas antidepresantais.

12.3.3. Medikamentinis PD gydymas:

12.3.3.1. Sprendžiant dėl gydymo remiamasi:

- depresijos sunkumo įvertinimu (įskaitant riziką susižaloti ar sužaloti kitus);
- galimo gydymo veiksmingumo įvertinimu (parenkant antidepresantą bei nukreipiant kvalifikuotam specialistui);
- pacientės pageidavimu;
- su liga susijusių sunkumų įvertinimu.

## 12.3.3.2. Parenkant antidepresantą, svarbu:

- vaisto saugumas, įskaitant perdozavimo ir nėštumo atvejus;
- ankstesnis atsakas į gydymą (pacientės ar jos šeimos nario);
- simptomų pobūdis ar depresijos tipas;
- šalutinis poveikis;
- kartu vartojami kiti vaistai;
- kitos ligos;
- pacientės amžius;
- pacientės nuostata vartoti vaistus;
- gydytojo patirtis gydant konkrečiu antidepresantu.

12.3.3.4. Gydančiam gydytojui svarbu neprarasti klinikinio budrumo, nes PD gydymo metu galima ligos disimiliacija ir pirmalaikis farmakologinio gydymo nutraukimas. Krūtimi maitinančios motinos baiminasi dėl patenkančių su pienu vaistų poveikio kūdikiui. Maitinant krūtimi, motina, serganti PD, turi pasverti galimą gydymo antidepresantais veiksmingumą: galimą antidepresantų, gaunamų per motinos pienu, riziką jos kūdikiui ir jai suteiktas žinias apie negatyvias negydomos depresijos pasekmes jos vaiko raidai. Gydymas antidepresantais turi būti skiriamas atsižvelgus į:

- rizikas;
- klinikinės aplinkybės;
- duomenis apie laktaciją.

12.3.3.5. Pradėjus gydymą antidepresantais po gimdymo, rekomenduojama pradžioje skirti juos mažomis dozėmis ir lėtai didinti dozę, kartu stebėti kūdikio būklę, sekti galimus pasireikšti kenksmingo antidepresantų poveikio požymius. Antidepresantų poveikį kūdikiui galima sumažinti maitinant krūtimi tuo metu, kai antidepresanto koncentracija motinos piene yra mažiausia ir nemaitinant, kai antidepresantų koncentracija piene pasiekia piką). Kenksmingas poveikis dažniau sutinkamas naujagimiams ir kūdikiams iki 8 sav. amžiaus. Galimas kenksmingas antidepresantų poveikis kūdikiui (dirglumas, sedacija, menkas svorio augimas, maitinimo būdo pokyčiai), dėl to svarbus vaikų ligų gydytojų, šeimos gydytojų ir psichiatrų bendradarbiavimas. Tais atvejais, kai kenksmingi požymiai yra ženklūs rekomenduojama:

- sumažinti antidepresantų dozę;
- keisti kūdikio maitinimą;
- pakeisti medikamentą.

12.3.3.6. Gydant žindymo laikotarpiu, rizikos įvertinimui, individualizuotam farmakologinio gydymo parinkimui, tikslinga klinikinio farmakologo konsultacija.

12.3.4. Psichoedukacija – paciento mokymas apie ligą bei sveikatą, remiantis mokslinėmis medicinos ir psichologijos teorijomis, siekiant pagerinti bendradarbiavimą gydymo procese.

12.3.5. Šeimos psichoterapija – gydymo metodas, kai gilinantį į tarpasmeninius santykius šeimoje ir už jos ribų, padedama spręsti asmenines ir šeimos problemas.

12.3.6. Socialinė pagalba – intervencijos, skirtos būtinų socialinių įgūdžių ir pagalbos priemonių, paramos pritaikymui, stengiantis kurti geresnę, sveikesnę vaiko aplinką. Šeimai teikiama reikalinga informacija ir žinios, ugdomi tėvystės bei socialiniai įgūdžiai. Tarpininkaujama dėl pagalbos



priemonių, pvz.: psichologinės pagalbos, psichinės sveikatos priežiūros, užimtumo, piniginės socialinės paramos, socialinio būsto.

12.3.5. Invaziniai ar intervenciniai gydymo metodai, esant PD, nėra taikomi.

12.3.7. PD gydymo metodų eiliškumas, etapiškumas, pasirinkimo kriterijai aprašyti 12.3. punkte.

12.3.8. Gydytojų specialistų konsultacijų organizavimo indikacijos ir tvarka.

12.3.8.1. Gydant PD, pacientės gydytojų specialistų konsultacijoms gali būti nukreipiami diagnostikos ir diferencinės diagnostikos tikslu jei yra įtariami somatiniai, neurologiniai susirgimai.

12.3.8.2. Gydytojo specialisto konsultacijai, pagal kompetenciją, pacientę nukreipia šeimos gydytojas arba gydytojas akušeris ginekologas, arba gydytojas psichiatras. Gydytojai specialistai konsultuoja ASPĮ, teikiančiose atitinkamas sveikatos priežiūros paslaugas.

12.3.9. Veiksmingiausia PD komplikacijų prevencija – ankstyva diagnostika ir gydymas.

12.3.11. PD gydymo ypatumai, esant gretutinimas sutrikimams. Diagnostikos etape reikalingas įvertinimas dėl galimų gretutinių somatinių, neurologinių sutrikimų. Juos nustatčius, į gydymo planą įtraukiamos visų gretutinių sutrikimų gydymo priemonės.

12.3.12. Daugiadalykė gydytojų specialistų komanda gali būti kviečiama spręsti diagnostikos arba gydymo klausimus, kai PD yra lydimi gretutinių somatinių, neurologinių susirgimų. Komandą sudaro gydytojai specialistai, priklausomai nuo gretutinių susirgimų pobūdžio. Komandos priimti sprendimai įgyvendinami tyrimo ir gydymo plane.

12.3.13. Gydant PD, svarbu užtikrinti, kad pacientė aktyviai ir motyvuotai dalyvautų gydymo procese. Šiam tikslui pasiekti yra svarbi psichoedukacija ir bendradarbiavimas gydymo procese.

12.3.13.1. Psichoedukacija pacientei suteikia informaciją apie sutrikimo simptomus, rizikos veiksnius, įrodymais grįstą gydymą.

12.3.13.2. Bendradarbiavimas – su paciente reguliariai ir išsamiai aptariama būklė, jos pokyčiai, patiriami sunkumai.

12.3.14. Gydymo prieinamumo, efektyvumo ir kokybės vertinimo kriterijai:

12.3.14.1. laikomasi PD metodinio dokumento rekomendacijų;

12.3.14.2. nebuvo klaidų vertinant pacientės būklę, skiriant pradinį gydymą;

12.3.14.3 tinkamai užpildyta medicininė dokumentacija;

12.3.14.4. laiku nukreipta konsultantams (jei reikia);

12.3.14.5. pacientų pasitenkinimas teikiamomis ambulatorinėmis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimas.

#### **12.4. Slauga.** Gydant PD:

12.4.1. slaugytojas, dirbdamas asmens sveikatos priežiūros specialistų komandoje, atlieka savo kompetencijai priskiriamas funkcijas;

12.4.2. pagal kompetenciją moko šeimos narius sveikos gyvensenos, sveikatos tausojimo ir išsaugojimo principų.

## **12.5. Medicininė rehabilitacija.**

Medicininės rehabilitacijos paslaugos teikiamos laikantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17 d. įsakymo Nr. V-50 „Dėl medicininės rehabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo”.

## **12.6. PD pasveikimo prognozė.**

12.6.1. Gydant pirmąjį depresijos epizodą tikėtina prognozė yra pasveikimas.

12.6.2. Pasikartojantis depresinis sutrikimas – lėtinis sutrikimas, galintys trukti visą gyvenimą, tikėtina prognozė – pasiekta ilgalaikė remisija ir geras bendras funkcionavimas.

12.6.3. Pasveikimo prognozę bloginantys veiksniai: vėlyva diagnostika, ilgesnė sutrikimo eiga, sunkesnis nuotaikos sutrikimo epizodas, ilgesnė eiga, gretutiniai sutrikimai (pvz.: nerimo sutrikimai), tik dalinis atsakas į gydymą su išliekančiais sutrikimo simptomais, asmenybės bruožų akcentuacija ir būdingas negatyvus vertinimas, rimtos santykių ir socio-ekonominės problemos šeimoje.

12.6.4. Pasveikimo kriterijai gydant PD - nuotaikos sutrikimų simptomų nėra arba yra ne daugiau kaip 2 depresijos simptomai.

## **12.7. Pacienčių, gydomų dėl PD, stebėseną.**

12.7.1. Šeimos gydytojas, gydytojas psichiatras ir kiti specialistai (psichologas, socialinis darbuotojas, sveikatos slaugytojas), gydantys pacientę dėl PD, pagal kompetenciją turi stebėti pacientę dėl:

12.7.1.1. gydymo efektyvumo;

12.7.1.2. gydymo toleravimo ir šalutinio poveikio;

12.7.1.3. psichikos būklės pasikeitimo;

12.7.1.4. galimo minčių apie savižudybę ar savižudiško elgesio atsiradimo ar sustiprėjimo;

12.7.1.5. gydymo režimo laikymosi.

12.7.2. Gydymo antidepresiniais vaistais trukmė:

12.7.2.1. gydant pirmą depresijos epizodą – ne mažiau 6 mėnesių pasiekus remisiją;

12.7.2.2. pasikartojus depresijai – 12–24 mėnesių pasiekus remisiją.

12.7.3. Apie nuotaikos (afektinio) sutrikimo gydymo vaistais užbaigimą sprendžia gydytojas psichiatras:

12.7.3.1. rekomenduojamas palaipsnis gydymo užbaigimas per 4–8 savaites;

12.7.3.2. užbaigus gydymą, rekomenduojama stebėti dėl galimo depresijos epizodo recidyvo 12 mėnesių arba 24 mėnesius dėl pasikartojančio depresinio sutrikimo.

12.7.4. Gydymą nemedikamentiniais metodais rekomenduojama tęsti visą stebėjimo laikotarpį.

### **13. PACIENTO KELIO ORGANIZAVIMO APRAŠYMAS**

13.1. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo, PD sergančioms ar turinčioms riziką susirgti pacientėms, tvarkos tikslas ir uždaviniai

13.1.1. Tikslas – užtikrinti, PD sergančioms moterims, kokybiškų ambulatorinių diagnostikos, gydymo, prevencijos paslaugų prieinamumą.

13.1.2. Uždaviniai – įdiegti PD prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmą sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose ASPĮ, kad vienodai būtų teikiamos kokybiškos, individualizuotos, šiuolaikinės prevencijos, diagnostikos, gydymo, slaugos paslaugos, kontroliuojami kokybės rodikliai.

13.2. Paslaugos dėl PD teikiamos pirminiame ambulatoriniame ir specializuotame ambulatoriniame lygmenyse.

13.3. PD sergančių moterų teikiamų asmens sveikatos priežiūros prevencijos, diagnostikos, gydymo ir priežiūros paslaugų teikimo organizavimo etapai.

13.3.1. PD prevencija apima rizikos veiksnių bei grupių atpažinimą ir rizikos mažinimą eliminuojant rizikos veiksnius, koreguojant ikiklinikines būsenas bei problemas, edukuojant ir stebint rizikos grupių moteris kaip aprašyta 12.1. skyriuje.

13.3.2. PD diagnostikos, gydymo ir priežiūros paslaugos teikiamos pirminiame ambulatoriniame ir specializuotame ambulatoriniame lygmenyse.

13.3.3. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių gydytojų (šeimos gydytojų ar vaikų ligų gydytojų) kompetencijai, gydant PD, priskiriama:

13.3.3.1. PD prevencija, kaip aprašyta šio metodinio dokumento 12.1. skyriuje;

13.3.3.2. diferencinė diagnostika, siekiant atmesti somatines būkles, kurioms esant pasireiškia dirglumas, depresinė simptomatika;

13.3.3.3. esant neefektyviam gydymui ar įtariant gretutines patologija, siuntimas gydytojo psichiatro konsultacijai;

13.3.3.4. paciento stebėjimas kaip aprašyta šio metodinio dokumento 12.7. skyriuje.

13.3.4. Pirminės ar ambulatorinės psichiatrijos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančio gydytojo psichiatro kompetencijai, gydant PD, priskiriama:

13.3.4.1. PD diagnozės nustatymas;

13.3.4.2. gydymo plano sudarymas, daugiadisciplinės komandos specialistų darbo koordinavimas gydymo procese;

13.3.4.3. nemedikamentinių gydymo metodų taikymas savo kompetencijos ribose (pvz. psichoterapijos);

13.3.4.4. medikamentinis gydymas;

13.3.4.5. esant reikalui, tarpinstitucinio bendradarbiavimo organizavimas.

#### 13.4. Reikalavimai ASPĮ, teikiančioms paslaugas gydant PD.

13.4.1. Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos vadovaujantis Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymu Nr. V-861 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, psichikos sveikatos centruose (toliau – PSC), turinčiuose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti pirmines ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

13.4.1.1. Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikia specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas psichiatras, bendrosios praktikos ar psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas, medicinos psichologas (toliau – komanda). Komandoje gali dirbti ir kiti specialistai, kurių veikla susijusi su sveikatos priežiūra.

13.4.1.2. Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos visiems prie psichikos sveikatos centro prisirašiusiems gyventojams.

13.4.1.3. Prisirašiusiems gyventojams turi būti užtikrinama visų amžiaus grupių asmenų psichikos sveikatos priežiūra.

13.4.1.4. Maksimalus aptarnaujamų gyventojų skaičius kiekvienam komandos nariui yra 17 000.

13.4.1.5. Psichikos sveikatos centras užtikrina komandoje dirbančių specialistų pirminių ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ne mažiau kaip 6 val. kiekvieną darbo dieną.

13.4.1.6. Psichikos sveikatos centras kartą per mėnesį teritorinei ligonių kasai (toliau – TLK) pateikia psichikos sveikatos centro darbuotojų skaičių (pagal specialybes). Psichikos sveikatos centras kiekvieną mėnesį pagal Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenis rengia praėjusio ataskaitinio laikotarpio (praėjusio mėnesio) prisirašiusių prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų asmenų skaičiaus suderinimo protokolą (toliau – suderinimo protokolas). Suderinimo protokolas pateikiamas TLK derinti Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) direktoriaus įsakymu nustatyta tvarka ir terminais.

13.4.2. Ambulatorinės psichiatrijos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos ASPĮ, teikiamos vadovaujantis psichiatrijos ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. V-1209 „Dėl psichiatrijos ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo

patvirtinimo“, asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPĮ), turinčiose licenciją verstis asmens sveikatos priežiūros veikla ir teikti licencijoje nurodytas psichiatrijos paslaugas.

13.4.2.1. Paslaugas teikia psichikos sveikatos specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas psichiatras, bendrosios praktikos ar psichikos sveikatos slaugytojas, medicinos psichologas, socialinis darbuotojas, kiti specialistai pagal poreikį.

13.4.2.2. ASPĮ turi būti: gydytojo kabinetas, pacientų registratūra ir laukiamasis, procedūrų kabinetas, konsultavimo kabinetas (-ai) (medicinos psichologo, psichikos sveikatos slaugytojo, socialinio darbuotojo ir kt.).

13.4.2.3. Suteiktos ambulatorinės psichiatrijos paslaugos aprašomos paciento formoje Nr. 025/a „Ambulatorinė asmens sveikatos istorija“, patvirtintoje 2014 m. sausio 27 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-120 „Dėl Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei Privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“ (toliau – forma 025/a), bei užpildoma forma Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymu Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ (toliau – forma 025/a-LK).

13.4.2.4. Paslaugas teikiančiose ASPĮ turi būti šie medicinos prietaisai:

13.4.2.4.1. arterinio kraujospūdžio matavimo aparatas;

13.4.2.4.2. techninės priemonės psichiką veikiančioms medžiagoms organizmo terpėse nustatyti (alkotesteriai, greito narkotinių medžiagų nustatymo priemonės ir kt.);

13.4.2.4.3. medicininės svarstyklės;

13.4.2.4.4. ūgio matuoklė;

13.4.2.4.5. centimetrinė juostelė.

13.5. Reikalavimai pirminių ambulatorinių ir psichiatrijos ambulatorinių paslaugų teikimui, reikalingoms medicinos priemonėms, patalpoms reglamentuoti:

13.5.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymu Nr. V-861 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

13.5.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1209 „Dėl psichiatrijos ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“.

13.6. Šioje metodikoje aprašomų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir organizavimo procese informacinės ir ryšio technologijos naudojamos, rodikliai susiejami su ESPBI IS, įstaigos informacinė sistema, kaip tai apibrėžia dabar galiojantys teisiniai aktai.

13.6.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymas Nr. V-120 „Dėl Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei Privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“

13.6.2. <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/e-sveikata/espbi-is-e-recepto-medvais-naudotoju-gaires>

### 13.7. Reikalavimai personalui:

13.7.1. Teisės aktai, reglamentuojantys reikalavimus sveikatos priežiūros specialistams, dalyvaujantiems PD prevencijoje, gydyme ir reabilitacijoje:

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d įsakymas Nr. V-730. „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.“
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. liepos 13 d. įsakymas Nr. V-577 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 114:2019 „Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. liepos 22 d. įsakymas Nr. V-601 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 53:2019 „Gydytojas psichiatras“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. kovo 4 d. įsakymas Nr. V-170 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 64:2018 „Gydytojas akušeris ginekologas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 08 d. įsakymas Nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. V-861 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. V-714 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 22:2020 „Psichikos sveikatos slaugytojas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-1220 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 40:2014 „Akušeris. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė “ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. gegužės 30 d. įsakymas Nr. V-627 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 162:2018 „Medicinos psichologas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. rugsėjo 20 d. įsakymas Nr. V-1033 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 66:2018 „Vaikų ligų gydytojas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. kovo 18 d. įsakymas Nr. V-328 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr.

V-1013 Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ pakeitimo.

13.7.2. Psichiatrijos paslaugas gali teikti tik galiojančią Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie sveikatos apsaugos ministerijos išduotą licenciją verstis medicinos praktika pagal savo specialybę.

13.7.3. Daugiadalykės psichiatrijos paslaugas PD atvejais teikiančios specialistų komandos sudėtis apibrėžta metodinio dokumento **13.4. skyriuje**. Komandos sudėtis gali skirtis priklausomai nuo teikiamų paslaugų pobūdžio, lygmens ir paslaugas teikiančios ASPĮ darbo organizavimo tvarkos. Komandai vadovauja gydytojas psichiatras, atsakingas už psichiatrijos paslaugas šioje ASPĮ. Komandos vadovo atsakomybė ir atskaitomybė nustatoma ASPĮ vidaus tvarkos taisyklės apibrėžiančiuose dokumentuose. Reikalavimai vadovo ir narių kvalifikacijai ir kompetencijai apibrėti **13.7.1.** punkte nurodytuose įsakymuose.

13.7.4. Specialistai, teikiantys psichiatrijos paslaugas, turi reguliariai kelti profesinę kvalifikaciją dalyvaudami Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos, universitetų ar profesinių organizacijų organizuojamuose profesinės kvalifikacijos tobulinimo mokymuose, respublikinėse ir tarptautinėse konferencijose, aktyviai domėtis naujausia mokslinė literatūra, atnaujinti žinias ir įgūdžius. Gydytojų vaikų ir paauglių psichiatrų ir gydytojų psichiatrų kvalifikacija keliama įvairiuose seminaruose, konferencijose bei mokymuose. Relicencijavimui kiekvienas gydytojas kas 5 metai turi pateikti 120 kreditinių valandų, patvirtinančių kvalifikacijos kėlimą einamaisiais 5 metais.

#### **14. Metodinio dokumento diegimo konkrečiau lygio paslaugas teikiančioje ASPĮ tvarkos aprašymas.**

14.1. Metodiniam dokumentui įdiegti konkrečioje ASPĮ reikalingi specialistai, teikiantys pirmines sveikatos priežiūros paslaugas (vaikų ligų gydytojai, šeimos medicinos gydytojai, gydytojai akušeriai ginekologai) ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugas (gydytojai vaikų ir paauglių psichiatrai, gydytojai psichiatrai), patalpos bei medicininė įranga šioms paslaugoms teikti, atitinkantys reikalavimus aprašytus šio metodinio dokumento 13.4. poskyryje.

14.2. Rekomenduojama ASPĮ įdiegti šio metodinio dokumento pagrindu parengtą, medicinos etikos komiteto bei įstaigos vadovo įsakymu patvirtintą PD prevencijos, diagnostikos ir gydymo protokolą.

14.3. Šiam metodiniam dokumentui įgyvendinti reikalingi pirminės sveikatos priežiūros paslaugas (vaikų ligų gydytojai, šeimos medicinos gydytojai, gydytojai akušeriai ginekologai) ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugas (gydytojai vaikų ir paauglių psichiatrai, gydytojai psichiatrai), teikiančių specialistų vaikų psichikos sutrikimų prevencijos, diagnostikos ir gydymo įgūdžiai, atitinkantys jų profesines normas bei mokėjimas juos taikyti PD atvejais.

14.4. Diegiant šį metodinį dokumentą numatyti mokymai vaikų ligų gydytojams, šeimos medicinos gydytojams, gydytojams vaikų ir paauglių psichiatrams, gydytojams psichiatrams, gydytojams akušeriams ginekologams, kad supažindinti su šiuo dokumentu bei jame išdėstytu PD prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmu; šių mokymų finansavimas numatytas iš Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšų bendrai finansuojamo projekto Nr. 08.4.2-ESFA-V-622-01-0009 „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas psichikos, elgesio ar raidos sutrikimų turintiems bei rizikos grupių vaikams“.

14.5. Informacija apie metodinį dokumentą bus pristatyta 14.4. punkte aprašytuose mokymuose, jo įdiegimą koordinuojančioms ir susijusioms institucijoms Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija, Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba. Numatoma metodinį dokumentą pristatyti profesinėse konferencijose, psichinės sveikatos specialistų tobulinimo kursuose, aukščiau išvardintų institucijų internetinėse svetainėse bei socialiniuose tinkluose.

14.6. Metodinio dokumento įdiegimo ASPĮ, teikiančiose pirmines sveikatos priežiūros paslaugas ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, kokybės vertinimas numatytas atliekant jo įdiegime dalyvaujančių specialistų apklausą, praėjus 6 mėnesiams po jo pristatymo 14.4. punkte aprašytuose mokymuose; bus vertinama specialistų nuomonė apie algoritmo kokybę, jame numatytų paslaugų prieinamumą, efektyvumą ir rezultatyvumą.

## 15. Pacientų pasitenkinimo suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimo aprašymas.

15.1. Pacientų pasitenkinimo suteiktomis ambulatorinėmis paslaugomis vertinimas vykdomas pagal įstaigų pasitvirtintą bendrąją pacientų pasitenkinimo tvarką ir keliamus reikalavimus, vadovaujantis esančiais teisės aktais.

15.1.1. Paciento pasitenkinimo ambulatoriškai suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimas atliekamas remiantis: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. balandžio 16 d. įsakymu Nr. V-419 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorine asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veikos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo“ (suvestinė redakcija). Anketa priede nr. 8.

15.1.2. Ambulatorinio apsilankymo metu pacientei pateikiama anoniminė anketa, kuri pildoma savanoriškai, užpildytą anketą paliekama specialioje anketų dėžutėje prie įėjimo/išėjimo durų.

15.2. Siekiama, kad bent 80 proc. pacienčių būtų patenkintos arba labai patenkintos joms suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis: atsakymai į 6 klausimą ambulatorinių paslaugų anketoje būtų 7-10.

15.3. ASPĮ vadovo pasirašytinai įgaliotas asmuo kartą per kalendorinius metus atlieka užpildytų anketų duomenų analizę ir pateikia pacientų pasitenkinimo ASPĮ teikiamomis paslaugomis (6 ambulatorinių paslaugų anketos klausimas) anketinius duomenis šia forma:

Eil. Nr.	Anketos	Skaičius, vnt.
1.	Anketos, kuriose įvertinimas „1“	
2.	Anketos, kuriose įvertinimas „2“	
3.	Anketos, kuriose įvertinimas „3“	
4.	Anketos, kuriose įvertinimas „4“	
5.	Anketos, kuriose įvertinimas „5“	



6.	Anketos, kuriose įvertinimas „6“	
7.	Anketos, kuriose įvertinimas „7“	
8.	Anketos, kuriose įvertinimas „8“	
9.	Anketos, kuriose įvertinimas „9“	
10.	Anketos, kuriose įvertinimas „10“	
11.	Iš viso tinkamai užpildytų anketų	
12.	Iš viso apklausoje dalyvavusių anketų	

15.3.1. ASPĮ vadovo sprendimu į anketą gali būti įtraukta papildomų klausimų ir (ar) pacientų tėvams/globėjams pateikiamos papildomos anketos ASPĮ suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei įvertinti.

15.3.2. Pacientų pasitenkinimo ASPĮ teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis lygis (atsakymas į 6 klausimą ambulatorinių paslaugų anketoje) – teigiamo įvertinimo anketų skaičiaus ir visų apklausoje dalyvavusių anketų skaičiaus santykis.

15.3.3. Vertinamos tik tinkamai užpildytos anketos, t. y. ambulatorinių paslaugų anketos, kuriose į 6-ą klausimą pateiktas tik vienas atsakymas. Teigiamo įvertinimo anketos – anketos, kuriose pacientų bendras pasitenkinimas ASPĮ teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis vertinamas 7–10:

Pacientų pasitenkinimo ASPĮ teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis lygis	=	Teigiamo įvertinimo anketų skaičius
		Visų apklausoje dalyvavusių tinkamų anketų skaičius

## 16. METODINIO DOKUMENTO ATNAUJINIMAS

1. Galiojančio metodinio dokumento paskutinės peržiūros data	...
--	-----

2. Galiojančio metodinio dokumento atnaujinimo data	Rekomenduojama dokumentą peržiūrėti ir pagal poreikį atnaujinti kas penkis metus
3. Ankstesnės metodinio dokumento versijos ir metodinio dokumento atnaujinimo (jei metodinis dokumentas atnaujintas) turinys (t. y. kas atnaujinta, palyginti su anksčiau patvirtinta metodinio dokumento versija)	...
4. Metodinio dokumento atnaujinimo iniciatorius	SAM
5. Metodinio dokumento atnaujinimo vykdytojai	SAM
6. Kitos peržiūros, atnaujinimo data	2026

## 17. METODINIO DOKUMENTO AUDITO APRAŠYMAS.

17.1. Audito atlikimo tvarkos aprašas yra rekomendacinio pobūdžio. Auditas atliekamas remiantis LR SAM įsakymu 2019 m. lapkričio 15 d. Nr. V-1296 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymo Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“. Metodinio dokumento kontrolę atlieka ASPĮ vidaus medicininio audito tarnyba.

17.2. Auditas atliekamas vieną kartą per 12 mėn. ASPĮ aliekamas įdiegto metodinio dokumento efekto auditas. Jei reikia, auditas gali būti atliekamas ir dažniau.

17.3. Audito uždavinys - PD atpažinimo, diagnostikos ir gydymo įvertinimas.

17.4. Audito metu naudojami informacijos šaltiniai:

17.4.1. ambulatorinė asmens sveikatos istorija (F025/a);

17.4.2. elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema (ESPBI IS);

17.4.3. įstaigos informacinė sistema;

17.4.4. VLK duomenys;

17.4.5. pacientų atsiliepimai (paciento pasitenkinimo suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimo anketa).

17.5. Audito vertinimo kriterijai - atvejų, kai PD sutrikimas buvo diagnozuotas ir gydytas laikantis metodinio dokumento rekomendacijų, skaičius (procentais).

17.6. Nuasmeninti audito duomenys ir rezultatai aptariami su ASPĮ administracija bent kartą per 12 mėn. Audito duomenys ir ataskaitos turi tiksliai atspindėti audito veiklas, neišspręstus auditorių ir audituojamo subjekto nesutarimus ar reikšmingas kliūtis atliekant auditą. Audito ataskaitos pagrindu, jei yra nustatytos neatitiktys, pateikiamos rekomendacijos, audituotas įdiegto metodinio dokumento ASPĮ padalinys rengia koregavimo veiksmus išaiškintų neatitiktų pašalinimui, rekomendacijų įgyvendinimui. Nustatytu terminu audito vadovas arba jo įgaliotas audito grupės narys patikrina, ar koregavimo veiksmai atlikti ir patikrinimo rezultatus įrašo audito ataskaitoje. Audito metu nustačius neatitiktis, galinčias turėti neigiamą įtaką atliekamoms paslaugoms, gali būti numatytas pakartotinis vidaus medicininis auditas įgyvendintų koregavimo veiksmų veiksmingumui nustatyti. Vidinio medicininio audito ataskaita skelbiama ASPĮ tinklalapyje.

17.7. Atlikto medicininio audito dokumentacijos nusistato pati ASPĮ pagal savo patvirtintą dokumentų pildymo ir saugojimo tvarką.

17.8. Auditą vykdančių asmenų kompetencijos ir funkcijos:

17.8.1. Medicininį auditą vykdo įstaigoje paskirta audito grupė. Audito komisijos narių funkcijas, konkretų darbą nustato audito vadovas. Įstaigoje, kurioje dirba iki 50 asmens sveikatos priežiūros specialistų, vidaus medicininio audito veiklą vykdo įstaigos vadovo įgaliotas asmuo arba ji vykdoma pagal sutartį su fiziniu arba juridiniu asmeniu. Įstaigoje, kurioje dirba daugiau kaip 50 asmens sveikatos priežiūros specialistų, steigiamas vidaus medicininio audito padalinys.

17.8.2. Audito apimtys - 10 proc. atsitiktinai parinktų dėl PD besikreipusių pacienčių ambulatorinių asmens sveikatos istorijų (F025/a).

17.8.3. Vidaus medicininio audito padalinio vadovas yra tiesiogiai pavaldus įstaigos vadovui, kuris užtikrina vidaus medicininio audito veiklos organizacinį nepriklausomumą, negali perduoti šios valdymo funkcijos kitiems įstaigos darbuotojams bei nedaro poveikio atliekant vidaus medicininį auditą ir pateikiant vidaus medicininio audito rezultatus. Auditoriai turi būti nepriklausomi nuo audituojamos veiklos, auditus atliekantys auditoriai neturi būti pavaldūs audituojamo proceso vadovams.

17.8.4. Auditorius arba auditorių grupė registruoja vertinimo rezultatus audito ataskaitoje ir neatitiktis, koregavimo ir prevencinių veiksmų formoje. Kiekvienai neatitiktčiai pildoma atskira neatitiktis forma. Prie ataskaitos pateikiami: audito planas-grafikas, neatitiktis formos (jei audito metu nustatoma neatitiktis).

## **18. SVARBIAUSIŲ KRITERIJŲ SĄRAŠAS**

18.1. Nacionaliniu mastu informacinėje sistemoje galima stebėti PD paplitimą, ambulatorinių apsilankymų dėl PD pas šeimos gydytojus, gydytojus psichiatus dažnį bei ASPĮ, naudojančių savo darbe PD prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmą, paslaugų kokybės rodiklių pokyčius pagal paslaugų gavėjų anketas kas 12 mėn.

## **19. KONTAKTINIS ASMUE (INSTITUCIJA)**

Dalia Vėlavicienė, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gydytoja vaikų ir paauglių psichiatrė, mob. Nr.: +37065773221, el. paštas: [dalia.velaviciene@kaunoklinikos.lt](mailto:dalia.velaviciene@kaunoklinikos.lt).

## 20. LITERATŪRA

- 20.1. Alshikh Ahmad, H., Alkhatib, A., & Luo, J. (2021). Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 1-12.
- 20.2. Bunevičius, A., Kusminskas, L., & Bunevičius, R. (2009). Validation of the Lithuanian version of the Edinburgh postnatal depression scale. *Medicina*, 45(7), 544.
- 20.3. Cox, J. (2019). Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *The British Journal of Psychiatry*, 214(3), 127-129.
- 20.4. Čekuolienė, D., Jusienė, R., Širvinskienė, G., Zamalijeva, O., & Breidokienė, R. (2011). Motinų psichologinės savijautos ir kūdikių probleminio elgesio sąsajos. *Psichologija*, 43, 44-62.
- 20.5. Danilevičiūtė, V., Nadišauskienė, R., & Adomaitienė, V. (2006). Psichikos sutrikimai nėštumo ir pogimdyminiu laikotarpiu. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*, 244-250.
- 20.6. Dervinytė-Bongarzoni, A., & Navickas, A. (2017). Pogimdyminių depresinių sutrikimų ankstyvoji diagnostika-efektyvios prevencijos pagrindas. *Sveikatos mokslai*, 27(4), 31-35.
- 20.7. Dominiak, M., Antosik-Wojcinska, A. Z., Baron, M., Mierzejewski, P., & Swiecicki, L. (2021). Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. *Ginekologia Polska*, 92(2), 153-164.
- 20.8. Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 3(10), 973-982.
- 20.9. Lang, E., Colquhoun, H., LeBlanc, J. C., Riva, J. J., Moore, A., Traversy, G., ... & Grad, R. (2022). Recommendation on instrument-based screening for depression during pregnancy and the postpartum period. *CMAJ*, 194(28), E981-E989.
- 20.10. Lyubenova, A., Neupane, D., Levis, B., Wu, Y., Sun, Y., He, C., ... & Thombs, B. D. (2021). Depression prevalence based on the Edinburgh Postnatal Depression Scale compared to Structured Clinical Interview for DSM Disorders classification: Systematic review and individual participant data meta-analysis. *International journal of methods in psychiatric research*, 30(1), e1860.
- 20.11. NICE. (2014). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance. Leicester UK: British Psychological Society.
- 20.12. Puri, B. K., & Treasaden, I. H. (2011). Textbook of Psychiatry E-Book. Elsevier Health Sciences. 232 – 236.
- 20.13. Radzevič, V., Veniūtė-Jakubauskienė, M., Raistenskis, J., & Stukas, R. (2019). Psichosocialinių veiksnių įtaka motinos depresiškumui laikotarpiu po gimdymo ir vaiko raidai pirmaisiais gyvenimo metais. *Visuomenės sveikata*, 85, 15-21.

20.14. Samochowiec, J., Rybakowski, J., Galecki, P., Szulc, A., Rymaszewska, J., Cubala, W. J., & Dudek, D. (2019). Recommendations of the Polish Psychiatric Association for treatment of affective disorders in women of childbearing age. Part I: Treatment of depression. *Psychiatr Pol*, 53(2), 245-262.

20.15. Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM).

<http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/ivadas.html>

20.16. Tikotzky, L., Volkovich, E., & Meiri, G. (2021). Maternal emotional distress and infant sleep: A longitudinal study from pregnancy through 18 months. *Developmental Psychology*, 57(7), 1111.

20.17. Womersley, K., Ripullone, K., & Hirst, J. E. (2021). Tackling inequality in maternal health: Beyond the postpartum. *Future Healthcare Journal*, 8(1), 31.

## 21. REKOMENDACIJOS MOKSLINIAMS TYRIMAMS

Rekomenduojama atlikti epidemiologinius tyrimus Lietuvoje, siekiant nustatyti PD paplitimą bei rizikos grupes, į kurias būtų orientuotos prevencijos priemonės. PD savalaikis nustatymas suteiktų galimybę ją koreguoti, sumažinant vaikų kognityvinių, emocinių, miego, elgesio sutrikimų bei nutukimo riziką.

## 22. INFORMACIJA VISUOMENEI IR PACIENTUI

### 22.1. Svarbiausia informacija:

Po normalaus gimdymo moters psichikos būseną būna labilesnė. Per pirmuosius tris mėnesius po gimdymo gali atsirasti psichikos sutrikimų, kurių dažniausias yra depresija. Ji gali tęstis keletą mėnesių ar ilgiau. Laiku nesuteikus pagalbos, simptomai gali tapti labiau intensyvesni, sutrikdo mamos gebėjimą pasirūpinti savimi ir kūdikiu, atlikti kasdieninę veiklą, turi įtakos mamos ir vaiko tarpusavio ryšio formavimui, šeimos gyvenimui, kitų neigiamų socialinių ir emocinių pasekmių. Nors moterys po gimdymo turi daug kontaktų su sveikatos priežiūros specialistais (akušeris, gydytojas akušeris ginekologas, šeimos gydytojas, vaikų ligų gydytojas ir kiti), tačiau yra nelinkusios kalbėti apie savo būseną. Tiek artimųjų, tiek specialistų dėmesys po gimdymo dažniausiai yra sutelkta į kūdikį ir retai kada pasiteiraujama kaip jaučiasi pati mama. Motinystė yra siejama su džiaugsmu, geros mamos įvaizdžiu, tad neretai, moterys jaučia gėdą ir nusivylimą savimi, jų jaučiami simptomai gali būti nuneigiami ar sumažinami. Patiriami depresijos simptomai gali būti klaidingai įvertinti kaip įprasti pogimdyminiai psichologiniai pasikeitimai.

### 22.2. Pogimdyminės depresijos rizikos veiksniai:

- motinos savijauta nėštumo metu (pvz.: stresas ir sunkumai nėštumo metu, nepageidaujamas nėštumas);
- besaikis kūdikio verkimas. Motina intensyvių vaiko verksmą ir sunkumus nuraminti vertina kaip savo nesugebėjimo patenkinti kūdikio poreikius įrodymą. Tai sukelia nusivylimo ir nepasitikėjimo savimi jausmą, neretai sąlygojantį pogimdyminę depresiją arba bejėgišką pyktį partneriui bei kūdikiui;
- socialinių ir finansinių išteklių stoka (poilsio pertraukų galimybės neturėjimas, vieniša motinystė, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje ir kt.);
- patikimų palaikančių santykių su partneriu ar kitais šeimos nariais trūkumas;

- iki gimdymo buvęs depresijos epizodas;
- nerimastingumas tiek neštumo metu, tiek po gimdymo. Moterys, kurioms išsivysto pogimdyminė depresija, gali būti labiau linkę patirti nerimą pirmaisiais trimis neštumo mėnesiais, taip pat ir paskutinį neštumo trimestrą.

### 22.3. Pogimdyminės depresijos sukeliama simptomai:

- nerami ar niūri nuotaika
- nusiminimas, liūdesys, beviltiškumo jausmą
- verksmingumas, jautrumas, dirglumas
- įkyrios minčių ar baimės pakenkti kūdikiui
- energijos ar/ir motyvacijos trūkumas
- kaltės jausmas, tad yra bloga mama
- sutrikęs miegas, apetitas
- sumažėjęs lytinis potraukis
- pasimetimo, nežinios jausmas,
- minčių apie savęs žalojimą
- dėmesio susikaupimo sunkumai, atminties problemos
- nesidomėjimas kūdikiu, su juo neįjuntamas ryšis
- galvos ir/ar kūno skausmai, vidaus organų problemos
- dingęs susidomėjimas ir malonumas atliekant veiklas, kurios anksčiau džiugino
- atsiribojimas nuo draugų, šeimos narių

### 22.4. Pogimdyminės depresijos nustatymas (diagnozavimas).

PD prasideda po gimdyminio, išryškėja praėjus keturioms ar šešioms savaitėms po gimdymo. Jei patiriate sunkumų kasdieninėje veikloje, veiklos neteikia džiaugsmo, dažnai jaučiate nuovargį, energijos trūkumą, vargina sutrikęs miegas ir/ar, svarbu apie tai informuoti savo gydytoją. Jis įvertins esamas problemas, skundus, tyrimų ir konsultantų poreikį. Gydytojas gali užduoti klausimus susijusiu ir su jūsų emocine savijauta, santykiais šeimoje, socialine situacija. Tai yra svarbūs veiksniai, kurie gali turėti įtakos pogimdyminės depresijos atsiradimui bet ir jų tęsimuisi. Žinodamas priežastis, kurios gali turėti įtakos sutrikimui, gydytojas lengviau parinks tinkamą pagalbą. Esant neefektyviam gydymui ar įtariant kitus psichikos sutrikimus, šeimos gydytojas gali nukreipti gydytojo psichiatro konsultacijai.

### 22.5. Pogimdyminės depresijos gydymas.

PD gydymo uždavinys yra parinkti tokį gydymo būdą, kuris tiktų moteriai po gimdymo ir būtų kiek įmanoma palankesnis kūdikiui. PD gydymas: palaikomoji psichoterapija, socialinė parama, medikamentinis gydymas antidepresantais. Krūtimi maitinančios motinos baiminasi dėl patenkančių su pienu vaistų poveikio kūdikiui. Maitinant krūtimi, motina, serganti PD, turi pasverti galimą gydymo antidepresantais veiksmingumą: galimą antidepresantų, gaunamų per motinos pienu, riziką jos kūdikiui ir jai suteiktas žinias apie negatyvias negydomos depresijos pasekmes jos vaiko raidai. Antidepresantų poveikį kūdikiui galima sumažinti maitinant krūtimi tuo metu, kai antidepresanto koncentracija motinos piene yra mažiausia ir nemaitinant, kai antidepresantų koncentracija piene pasiekia piką). Tais atvejais, kai kenksmingi požymiai yra ženklūs rekomenduojama: sumažinti antidepresantų dozę ar keisti kūdikio maitinimą arba pakeisti medikamentą.

### 22.7. Kur kreiptis, jei įtariate pogimdyminę depresiją.

Įtarus pogimdyminę depresiją, reikėtų kreiptis į savo šeimos gydytoją arba gydytoją psichiatrą.

## **22.2. Paramos fondų ir pacientų organizacijų, savitarpio pagalbos grupių sąrašas, kuriame pateikiami jų kontaktai, nuoroda į papildomus informacijos šaltinius.**

[integrativeneuroscience.org](http://integrativeneuroscience.org) – integruotųjų neuromokslų asociacijos svetainė (lietuvių k.), kurioje skelbiama moksliskai pagrįsta informacija apie psichikos sveikatą, žmonių nervų sistemą.

[kudikionetektis.lt](http://kudikionetektis.lt) – tinklapis skirtas padėti moterims, vyrams ir jų artimiesiems netekus kūdikio.

[mamamumsrupi.lt](http://mamamumsrupi.lt) – visuomeninis projektas „Mama mums rūpi“, besirūpinantis pogimdyminės depresijos prevencija. Skirtas besilaukiančioms ir jau pagimdžiusioms moterims, šeimoms, psichologams, medikams, specialistams, terapeutams, dirbantiems su šeimomis, visuomenei.

[krizinionestumocentra.lt](http://krizinionestumocentra.lt) – nevyriausybinė organizacija, įkurta padėti moterims, išgyvenančioms neplanuotą, krizinį nėštumą, vaikelio netektį dėl persileidimo, priešlaikinio gimdymo, taip pat padėti moterims sunkiai išgyvenančioms nėštumo nutraukimą ar pogimdyminę depresiją, tel. +370 603 57912, [pagalba@krizinionestumocentras.lt](mailto:pagalba@krizinionestumocentras.lt).

[neisnesiotukas.lt](http://neisnesiotukas.lt) – paramos ir pagalbos linija šeimoms, susilaukusioms neišnešiotu naujagimio, tel. 8 612 03800, el. paštas: [Ankstukulinija@gmail.com](mailto:Ankstukulinija@gmail.com).

[padeduaugti.lt](http://padeduaugti.lt) – emocinė pagalba, internetinės mamų savanorių ir šeimos gydytojų konsultacijos neišnešiotų kūdikių šeimoms ir jų artimiesiems, tel +37067781570.

[pagalbasau.lt](http://pagalbasau.lt) – tai nacionalinė psichikos sveikatos svetainė, kurioje galima rasti aktualią ir patikimą informaciją apie emocinę sveikatą bei prieinamą psichologinę pagalbą. Svetainės *Psichikos sveikatos sunkumai* dalyje galima rasti informacijos apie pogimdyminę depresiją, jos simptomus, galimas priežastis, pagalbos sau bei artimajai rekomendacijas.

[pagalbosmoterimslinija.lt](http://pagalbosmoterimslinija.lt) – pagalbos moterims linija teikia emocinę pagalbą moterims, išgyvenančioms vidinius sunkumus, tel. 8 800 66366.

[specializuotospagalboscentras.lt](http://specializuotospagalboscentras.lt) – Specializuotos kompleksinės pagalbos centrai (SKPC) teikia nemokamą, konfidencialią, specializuotą kompleksinę pagalbą smurtą artimoje aplinkoje patyrusiems asmenims visoje Lietuvoje, tel. 8 700 55516.

[viltieslinija.lt](http://viltieslinija.lt) – emocinės paramos tarnyba suaugusiesiems, teikianti nemokamą, anonimišką emocinę paramą telefonu (tel. 116 123) bei laiškais ([116123@viltieslinija.lt](mailto:116123@viltieslinija.lt)) visos Lietuvos gyventojams.

[vpssc.lrv.lt](http://vpssc.lrv.lt) – Valstybinio psichikos sveikatos centro svetainė, kurioje yra naudingos ir patikimos informacijos apie psichikos sveikatą bei pagalbos galimybes, įstaigų ir organizacijų tinklą Lietuvoje.

[tevulinija.lt](http://tevulinija.lt) – nemokamos psichologų konsultacijos telefonu (tel. 8 800 90012), skirtos auginantiems vaikus. Svetainėje taip pat galima rasti naudingos informacijos apie vaikų auginimą, artimo emocinio ryšio kūrimą bei kylančių sunkumų sprendimus.

[tuesi.lt](http://tuesi.lt) – interneto svetainė skirta savižudybės krizę išgyvenančiam žmogui, šalia jo esančiam artimajam ir profesionalią pagalbą teikiantiems specialistams. Savižudybės krizę patiriančiam asmeniui suteikiama informacija apie įvairius pagalbos būdus ir jos teikėjus konkrečioje savivaldybėje, ir ko jis gali tikėtis, kreipdamasis pagalbos telefonu, internetu ar susitikęs su specialistu. Norintieji padėti išgyvenantiems savižudybės krizę šioje svetainėje sužinos apie rizikos ženklus, priežastis ir mitus apie savižudybes, ras patarimų, kaip tinkamai suteikti pagalbą. Specialistams pateikiama išsami informacija, kaip elgtis konkrečioje situacijoje.

## 23. PRIEDAI

Metodinio dokumento priedų sąrašas:

- 1 priedas. PD rizikos veiksnių įvertinimo algoritmas.
- 2 priedas. PD diagnostikos algoritmas.
- 3 priedas. PD gydymo algoritmas.
- 4 priedas. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa.

### 1 priedas. PD rizikos veiksnių įvertinimo algoritmas.

Siekiant išsiaiškinti galimus PD rizikos veiksnius, reiktų užduoti klausimus apie:

- motinos savijautą nėštumo metu (pvz.: ar moteris patyrė stresą, sunkumų nėštumo metu, gal nėštumas buvo nepageidaujamas);
- kūdikio dirglumą, verkimo protrūkius ar kitus emociškai neigiamus signalus, kurie gali sąlygoti sąveikos tarp vaiko ir motinos sutrikimus;
- galimai patiriamus socialinius ir finansinius sunkumus (pvz.: ar yra galimybė poilsio pertraukoms, vieniša motinystė, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje ir kt.);
- partneriu ar kitų šeimos narių teikiamą palaikymą, paramą moteriai nėštumo bei pogimdyminiu laikotarpiu;
- anamnezėje buvusius depresijos epizodus;
- moters nerimastingumą nėštumo metu ar po gimdymo.



## 2 priedas. PD diagnostikos algoritmas.

Apklausa metu turėtų būti vertinama motinos nuotaika, išsiaiškinamos depresyvos, taip pat ir su savižudybės rizika susijusios mintys

Vertinant dėl galimo PD sutrikimo, moters klausama:

- kokia buvo savijauta neštumo metu ar po gimdymo?
- jei buvę ankstesnis neštumai ir gimdymai, kaip jautėtes tuo laikotarpiu?
- ar anksčiau yra buvęs liūdnos ar prastos nuotaikos epizodas, kai mažai domino įprastinė veikla?
- jei buvę blogos nuotaikos epizodų, ar buvo pakitęs apetitas, miegas, gebėjimas koncentruoti dėmesį?
- ar kada nors buvusi savižala?

PD vertinimo kriterijai :

*PD prasideda po gimdyminio, išryškėja praėjus keturioms ar šešioms savaitėms po gimdymo.*

Depresijos epizodas diagnozuojamas, jeigu tiriamajam ne trumpiau kaip 2 savaites pasireiškia ne mažiau kaip 2 pagrindiniai ir 2 papildomi depresijos sindromo simptomai.

1. Pagrindiniai depresijos simptomai:

- 1.1. prislėgta, pablogėjusi nuotaika;
- 1.2. sumažėję interesai ir pasitenkinimas anksčiau malonia veikla;
- 1.3. jaučiamas energijos trūkumas, sumažėjęs aktyvumas ir padidėjęs nuovargis.

2. Papildomi depresijos simptomai:

- 2.1. susilpnėjusi koncentracija ir dėmesys;
- 2.2. sumažėjusi savivertė ir pasitikėjimas savimi;
- 2.3. kaltės ir menkavertiškumo jausmas;
- 2.4. niūrus ir pesimistinis ateities įsivaizdavimas;
- 2.5. polinkis save žaloti, mintys apie savižudybę ir savižudiški veiksmai;
- 2.6. sutrikęs miegas;
- 2.7. sumažėjęs apetitas.

Diagnozuojant PD, reikia atsižvelgti į tam tikrus ypatumus:

1. motinos jausmai ir prieraškumas kūdikiui
2. pojūtis, kad nepakankamai rūpinasi savo kūdikiu, kad yra netinkama, bloga motina
3. somatiniai simptomai gali būti labiau išreikšti, o depresijos simptomai gali būti palyginti lengvi arba užslėpti

### 3 priedas. PD gydymo algoritmas.

PD gydymas: palaikomoji psichoterapija, socialine parama, medikamentinis gydymas antidepresantais.

#### 1. Medikamentinis PD gydymas:

##### 1.1. Sprendžiant dėl gydymo remiamasi:

- depresijos sunkumo įvertinimu (įskaitant riziką susižaloti ar sužaloti kitus);
- galimo gydymo veiksmingumo įvertinimu (parenkant antidepresantą bei nukreipiant kvalifikuotam specialistui);
- pacientės pageidavimu;
- su liga susijusių sunkumų įvertinimu.

##### 1.2. Parenkant antidepresantą, svarbu:

- vaisto saugumas, įskaitant perdozavimo ir nėštumo atvejus;
- ankstesnis atsakas į gydymą (pacientės ar jos šeimos nario);
- simptomų pobūdis ar depresijos tipas;
- šalutinis poveikis;
- kartu vartojami kiti vaistai;
- kitos ligos;
- pacientės amžius;
- pacientės nuostata vartoti vaistus;
- gydytojo patirtis gydant konkrečiu antidepresantu.

##### 1.3. Gydymas antidepresantais turi būti skiriamas atsižvelgus į:

- rizikas;
- klinikinės aplinkybės;
- duomenis apie laktaciją.

##### 1.4. Pradėjus gydymą antidepresantais po gimdymo, rekomenduojama

- pradžioje skirti mažomis dozėmis
- dozę didinti lėtai,
- stebėti kūdikio būklę, sekti galimus pasireikšti kenksmingo antidepresantų poveikio požymius -

##### 1.4.1. Kai kenksmingi požymiai yra ženklūs rekomenduojama:

- sumažinti antidepresantų dozę;
- keisti kūdikio maitinimą;
- pakeisti medikamentą.

**4 priedas. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa**

Gerb. Paciente (Paciento atstove),

Dėkojame, kad pasirinkote mūsų gydymo įstaigą.

Mes nuolat siekiame gerinti teikiamų paslaugų kokybę, teikti pacientų lūkesčius atitinkančias sveikatos priežiūros paslaugas, todėl Jūsų nuomonė mums labai svarbi. Maloniai prašytume užpildyti šią anketa. Anketa anoniminė, Jūsų atsakymai bus analizuojami tik apibendrintos statistikos tikslu, todėl neturės jokios įtakos Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) tolesniems santykiams su mūsų gydymo įstaigos personalu.

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) amžius (pilnais metais):

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) lytis (pabraukti):            Vyras    Moteris

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) socialinė padėtis (pabraukti):

Vaikas    Studentas                      Dirbantis asmuo                      Bedarbis                      Pensininkas

Eil. Nr.	Klausimas	Atsakymai (žymėti tik vieną)									
		Labai gerai	Gerai	Vidutiniškai	Blogai	Labai blogai					
1.	Kaip vertinate mūsų gydymo įstaigos registratūros darbą?										
2.	Kaip vertinate mūsų gydymo įstaigos slaugytojų darbą?										
3.	Kaip vertinate mūsų gydymo įstaigos gydytojų darbą?										
4.	Įvertinkite, ar suteikta informacija apie Jūsų ligą ir tolesnį gydymą buvo aiški, ar jos suteikta pakankamai?										
Eil. Nr.	Klausimas	Atsakymai (žymėti tik vieną)									
		Tikrai taip	Galbūt taip	Abejoju	Galbūt ne	Tikrai ne					
5.	Ar rekomenduotumėte savo draugams ir pažįstamiems pasirinkti mūsų gydymo įstaigą?										
6.	Prašome savo bendrą pasitenkinimą suteiktų paslaugų kokybe įvertinti balais nuo 1 iki 10:										
Labai blogai	Atsakymai (žymėti tik vieną)										Labai gerai
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**Dėkojame Jums už atsakymus ir linkime geros sveikatos.**