

VILNIAUS UNIVERSITETAS  
FILOSOFIJOS FAKULTETAS  
SOCIOLOGIJOS IR SOCIALINIO DARBO INSTITUTAS

Ugnė Gudžinskaitė

Sociologijos studijų programa  
magistro darbas

# Moterų gimdymo praktikos ir patirtys Lietuvoje

Darbo vadovas: prof. Arūnas Poviliūnas

Vilnius, 2022

# Turinys

<b>1 Įvadas</b>	<b>4</b>
Įvadas . . . . .	4
<b>2 Literatūros apžvalga</b>	<b>7</b>
2.1 Biomedicininis gimdymo modelis ir „natūralaus gimdymo“ idėja . . . . .	7
2.2 Refleksyvi pacientė, intervencinis kapitalas ir socialinė gimdymų nelygybė . . . . .	8
2.3 Įkūnijimo teorijos . . . . .	11
2.4 Gimdymo priežiūros sistemos įtampos Centrinėje ir Rytų Europoje . . . . .	12
<b>3 Tyrimo metodika</b>	<b>15</b>
3.1 Duomenys . . . . .	15
3.2 Kintamieji . . . . .	16
3.3 Taikyti metodai . . . . .	19
<b>4 Empirinio tyrimo rezultatai</b>	<b>21</b>
4.1 Medicininiai gimdymų rodikliai . . . . .	21
4.2 Aprašomoji statistika ir imties palyginimas su administraciniais duomenimis . . . . .	25
4.3 Gimdymo praktikas struktūruojantis laukas, PCA . . . . .	31
4.4 Gimdymo patirčių tipologija remiantis PCA analizės debesimi . . . . .	38
4.4.1 Praktikų susiejimas su kapitalo formomis . . . . .	52
<b>5 Išvados</b>	<b>56</b>
Literatūra . . . . .	63

## Santrauka

Magistro darbe tyrinėjama mokslinė problema – socialinės padėties ir refleksyvaus vartotojo nuostatų sąsajos su gimdymo praktikomis ir gimdymo patirtimi. Šis klausimas nagrinėjamas pasitelkus kiekybinės moterų gimdymo patirčių apklausos duomenis apie 2702 Lietuvoje 2019-2020 m. gimdžiusias moteris. Atlikus pagrindinių komponentų analizę (PCA) išskirtos trys pagrindinės ašys, kuriomis galima apibūdinti moterų gimdymo patirtis – tai moters įgalinimo gimdymo metu, moters aktyvaus/pasyvaus dalyvavimo priimant su gimdymu susijusius sprendimus ir radikalių/inkrementinių intervencijų ašys. Įgalinimo ašis labiausiai susijusi su gimdymo priežiūrą teikusio personalo elgesio vertinimu. Aukštesnės socialinės padėties (išsilavinimo, pajamų, gyvenimo mieste atžvilgiu) moterys jautėsi aktyviau dalyvaujančios priimant sprendimus, tačiau jų patirtis nebuvo labiau įgalinanti. Antrą ar vėlesnį vaiką gimdančių moterys jautėsi aktyviau dalyvaujančios priimant sprendimus, jų patirtis buvo labiau įgalinanti. Aptarti skirtumai buvo nežymūs. Remiantis išskirtomis ašimis pasiūlyta 7 gimdymo patirčių tipų tipologija: gimdymas bendradarbiaujant su medikais; gimdymas kaip kova; gimdymas visiškai pasitikint medikais; apvilto pasitikėjimo medikais patirtis; mediciniškai komplikotas gimdymas; traumuojantis gimdymas; refleksyvios vartotojos gimdymas. Pirmieji keturi tipai žymi skirtingas įgalinimo ir aktyvaus dalyvavimo ašių kombinacijas, o paskutiniai trys tipai žymi išskirtinius atvejus, tačiau su jais susieti naratyvai yra ryškesni ir lengviau atpažįstami: mediciniškai komplikoto gimdymo naratyvas pagrindžia gimdymų medikalizacijos poreikį, traumujančių gimdymų naratyvas siejamas su gimdymo priežiūros sistemos kritika, o refleksyvaus vartotojo – su aukštesne socialine padėtimi ir alternatyvių gimdymo būdų (tokių kaip gimdymas namuose ar cezario pjūvio operacija moters pasirinkimu) paieška.

## Summary

The scientific problem of the master's thesis is the relationship between childbirth practices and experiences, social status and reflexive consumer attitudes. Drawing on data from survey of 2702 women's birth experiences in Lithuania in 2019-2020, principal component analysis (PCA) was used to identify three main axes that describe women's birth experiences: the empowerment of women during childbirth, women's active / passive participation in childbirth-related decisions, and the axis of radical / incremental interventions. The axis of empowerment is mainly related to the assessment of the behavior of staff providing maternity care. Women from higher social backgrounds (in terms of education, income and urban living) felt more involved in decision-making, but their experiences were not more empowering. Women giving birth to a second or later child felt more involved in decision-making, and their experiences were more empowering. The differences discussed were of small significance. Based on the distinguished axes, a typology of 7 types of childbirth experiences is proposed: childbirth in collaboration with physicians; childbirth as a struggle; childbirth with full trust in physicians; experience of disappointment; childbirth with delivery complications; traumatic childbirth; birth of a reflexive consumer. The first four types denote different combinations of the axes of empowerment and active participation, and the last three types are associated with outliers. However the narratives associated with the three last types are more pronounced and easier to recognize: the narrative of medically complicated childbirth is associated with a discourse of childbirth medicalization, the narrative of traumatic birth relates to the critics of maternity care- system and the narrative of reflexive user – with a higher social status and the search for alternative methods of childbirth (such as home birth or caesarean section of a woman's choice).

## 1. Įvadas

Gimdymas – universali ir ypatingai intensyvi bei kompleksinė moters ir jos šeimos gyvenimo patirtis, jungianti stiprius fizinius, emocinius, socialinius ir egzistencinius išgyvenimus. Nors pats gimdymas kaip socialinis reiškinys atsirado kartu su žmonija, gimdymo praktikos smarkiai skiriasi tiek geografinėje erdvėje, tiek kito bėgant laikui. Šis reiškinys per pastarąjį pusę amžiaus perėjo esmines transformacijas Vakarų visuomenėse, kurių ryškiausi požymiai – dramatiškai sumažėjęs kūdikių ir gimdyvių mirtingumas, bei iš namų ir tradicinių pribuvėjų priežiūros į ligonines persikėlusį didžioji dauguma gimdymų. Kartu, Lietuvoje su gimdymu susijusios temos retai tyrinėjamos iš socialinių mokslų pusės. Tarp kitų medicinos profesijos lauke esančių būklių gimdymas išsiskiria dar tuo, kad pats savaime yra tik moterims prieinama patirtis, bei tuo, kad tai nėra liga ir gimdymo eigą aktyviai veikia pati gimdanti moteris.

Nors gimdymo praktikas pasaulyje esmingai lemia medicinos paslaugų prieinamumas apskritai, tačiau skirtumai ženklūs ir post-industrinių visuomenių kontekste, kuriose šių paslaugų prieinamumas ir kokybė yra aukšta (tarkime, kaip dažnai moterys gimdo namuose, kaip dažnai atliekamas cezario pjūvis, kas dar dalyvauja gimdyme). Tikėtina, kad gimdymo lauke Lietuvoje dalis praktikų ir ryšių tarp socialinių grupių išlaiko tęstinumą nuo sovietmečio, dalis nulemtos postsovietinės transformacijos, o dalis naujų tendencijų sutampa su tomis, kurios pastaraisiais dešimtmečiais stebimos Vakarų šalyse.

Gimdymo patirtį parodo moterų vertinimai ir pasakojimai apie gimdymą, ir iš dalies jų savijauta po gimdymo. Siekiant suprasti moterų patirtis, galima tirti šiuos naratyvus bei gimdymo praktikas, su jomis susijusias nuostatas bei socialinius santykius, kuriuos šios praktikos išpildo, bei jų ryšį su moterų naratyvais ir vertinimais. Šiame darbe minimas reiškinys bus tiriamas Lietuvos kontekste 2019-2020 m. (metai iki koronaviruso pandemijos ir metai pandemijos metu). Darbe taikoma Bourdieu lauko, kapitalo ir *habitus* teorija. Jame gimdymo lauku bus laikoma Bourdieu pasiūlyta lauko sąvoka kaip visuma tarpusavy susijusių asmenų ir institucijų, kurio struktūrą nusako lauko veikėjų jėgos santykiai, apibrėžiami turimo kapitalo rūšių ir kiekio [Bourdieu and Wacquant, 2003]. Kartu, didžioji dalis šio tyrimo dėmesio centre esančių tiesioginių gimdymo dalyvių – gimdančių moterų – į gimdymo lauko veikimo ribas įžen-

gia sąlyginai trumpam laiko tarpui, todėl bus atsisakyta prielaidos, kad jų galutinis veikimo tikslas yra susijęs su kapitalo kaupimu ir reprodukcija lauko viduje, kapitalo naudojimas bus interpretuojamas labiau kaip gimdančių moterų veikimo priemonė.

Nagrinėjant gimdymo reiškinių iš socialinių mokslų ir, būtent, sociologijos, perspektyvos, iš karto susiduriama su konceptualizacijos problema: gimdymo interpretacijas disciplinuoja konkuruojantys diskursai. Nors šiame lauke dominuoja medicininis/technokratinis diskursas [Davis-Floyd, 1994], šis kelis dešimtmečius yra kritikuojamas „natūralaus“ gimdymo šalininkų, feminisčių, akušerių, vartotojiškų diskursų.

Medicininio žinojimo kritiką iš socialinio konstrukcionizmo pusės pateikia White [White, 2016]. Medicininės technologijos ir mechanistinis požiūris į gimdymą ir moters kūną apskritai matomos kaip patriarchalinio dominavimo ir kontrolės prieš moteris įrankiai, kvestionuojama technologinių inovacijų nauda. Kita, subtilesnė kontrolės forma - natūralaus gimdymo ideologija. Abi šios ideologijos yra esensialistinės. Medikų praktikas labiau sąlygoja ne „objektyvūs“ gimdymo priežiūros rodikliai, o jų socialinės aplinkos kultūros standartai, patogumas gydytojui, siekis išvengti galimų teisinių pasekmių.

Visgi, bent dalis moterų teigiamai patiria šią medicininę kontrolę kaip įgalinančią, taigi nėra tik pasyviai jos dominuojamos, moterų nuostatos skiriasi. Šias įžvalgas papildė sociokultūrinės rizikos teorijos – individai suvokia modernų pasaulį kaip rizikingą ir asmeniškai siekia kontroliuoti savo patiriamas rizikas. Gimdymo kontekste moterys skirtingai artikuluoja galimas rizikas ir praktikuoja jų kontrolę [Chadwick and Foster, 2014]. Pasak Zadoroznyj, šis *rizikos habitus* labiau būdingas aukštesnį socialinį statusą turinčioms moterims.

Akrich ir Pasveer, Walsh mėgina balansuoti tarp esensialistinės (natūralistinės, objektyvistinės) paradigmos ir socialinio konstrukcionizmo pritaikant fenomenologinę perspektyvą [Walsh, 2010] bei veikėjo-tinklo teoriją [Akrich and Pasveer, 2004] – jos teigia, kad gimdyje susipina kūniški ir socialiniai veiksniai, kurie yra gyvai realiu laiku patiriami. Ši patirtis moteriai gali būti tiek teigiama, tiek neigiama, pirmąją apibūdinant kaip įgalinančią/įkūnyta, o pastarąją – kaip neįkūnyta/susvetimėjusia. Dalis moterų savo gimdymų patirtį apibūdina kaip traumuojančią. Nors nėra aišku, kas sudaro tokią gimdymo patirtį, kurią moterys įvardina kaip traumą, gimdymo trauma siejama su negalimu įkūnijimu (embodiment) [Walsh, 2010], psichiniu at(si)skyrimu nuo savo kūno. Akrich ir Pasveer, nagrinėdamos moterų pasakojimus, šiam reiškiniui pasiūlo susvetimėjimo (alienation) su savo kūnu sąvoką.

Darbe tyrinėjama mokslinė problema – socialinės padėties ir refleksyvaus vartotojo nuostatų sąsajos su gimdymo praktikomis ir gimdymo patirtimi. Ši problema nagrinėjama pasitelkus kiekybinės moterų gimdymo patirčių apklausos duomenis apie 2702 Lietuvoje 2019-2020 m.

gimdžiusias moteris. Darbo tikslas yra nustatyti, kaip skirtingų autorių aptarti įvairūs gimdymo patirties aspektai siejasi tarpusavyje ir koks jų santykis su socialinę padėtį nusakančiomis kategorijomis.

Uždaviniai:

1. Apžvelgti viešai prieinamus pagrindinius pastarųjų dešimtmečių gimdymų Lietuvoje rodiklius, jų dinamiką ir jų sąsajas su darbe aptariamais teoriniais darbais.
2. Atlikti apklausos duomenų aprašomąją analizę ir juos palyginti su administracinių šaltinių duomenimis, siekiant patikrinti hipotezę, formuluojamas iš konstruktyvistinės priegos, kad socialinis statusas susijęs su aukštesniu kontrolės siekiu, didesniu gimdymo patirties klausimo suprobleminimu.
3. Pasitelkiant pagrindinių komponentų analizę (*Principal component analysis, PCA*) įvardinti principines tendencijas, kaip įvairios gimdymo praktikos ir moterų gimdymo patirtys pasiskirsto jas struktūruojančioje erdvėje.
4. Naudojantis PCA rezultatais išskirti moterų gimdymų patirčių tipologiją ir ją aprašyti, identifikuoti, su kokiomis grupėmis sietini aptarti gimdymo naratyvai

Šios problemos sprendimas leistų taikliau formuluoti iniciatyvas ir veiksmus, orientuotus į gimdymo priežiūros kokybės gerinimą, lokalizuoti skirtingus gimdymo naratyvus ir įvertinti juos atstovaujančių visuomenės grupių dydį, taip pat duotų naujų įžvalgų atsakant į iškilusias įtampas tarp gimdymo priežiūros specialistų, įvairių moterų grupių, dulų ir žmogaus teisių aktyvistų.

## 2. Literatūros apžvalga

### 2.1. Biomedicininis gimdymo modelis ir „natūralaus gimdymo“ idėja

Medikalizacija – viena esminių medicinos sociologijos sąvokų, nusakanti reiškinių apibrėžimą ir suvokimą mediciniais terminais [Conrad, 1992]. Moterų reprodukciniai procesai (įskaitant nėštumą ir gimdymą) tapo vienu akstyvųjų medikalizacijos analizės objektų [Brubaker and Dillaway, 2009], kai Vakarų visuomenėse didžioji dalis gimdymų persikėlė į ligonines, ženkliai sumažėjo kūdikių ir gimdyvių mirtingumas, taip pat ilgainiui visuotinai paplito ir rutininėmis tapo tokios procedūros kaip vaisiaus tonų stebėjimas, ultragarso apžiūra, vaisiaus svorio ir amžiaus matavimas bei kontrolė.

Visgi, kaip pastebi White, tikėjimas, kad tolimesnės medicininės inovacijos atneša pažangą gimdymų srityje yra kvestionuotinas – per pastaruosius dešimtmečius toliau augo medicininis gimdymo intervencijų (cezario pjūvių, gimdymo sužadinių ir skatinimų, epiziotomijų (tarpvietės kirpimų)) skaičius, tačiau negerėjo medicininiai gimdymo „sėkmė“ matuojantys rodikliai (tokie kaip kūdikių ir gimdyvių mirtingumas, mažo svorio naujagimių skaičius). Atkreipiamas dėmesys, kad medikalizacijos diskursas skatina mechanistinį požiūrį į moters kūną kaip išskaidytą į dalis, pavaldžias atskiroms medicinos šakoms [White, 2016]. Tokiu būdu per medikalizaciją įgyvendinama socialinė kontrolė ir priežiūra (*surveillance*), kuris, remiantis M. Foucault darbais, legitimuoja „medicininį žvilgsnį“ ir visus jam reikalingus veiksmus [Conrad, 1992], o moterys paverčiamos pasyviais patriarchalinės medikalizacijos kontrolės objektais. Kas motyvuoja medicininį personalą, yra ne naujausi moksliniai rezultatai ar siekis pagerinti gimdymo rodiklius, o nusistovėjusios kultūrinės praktikos, patogumas ir siekis išvengti galimų teisinių pasekmių [White, 2016].

Kaip galimą alternatyvą feministine tradicija besiremiančios autorės ir aktyvistai pateikia „natūralaus“ gimdymo idėją, kuri remiasi nuostata, kad gimdymas yra natūralus moters gyvenimo procesas ir jam įprastai nereikalinga medicininė kontrolė, o gimdanti moteris išlaikyti galią ir autonomiją gali pasipriešindama gimdymo medikalizavimui: gimdydama namie, o ne



ligoninėje, ir/ar atsisakiusi medicininių intervencijų. Toks natūralaus gimdymo naratyvas kartu siejamas su „akušeriniu modeliu“ – praktikomis, kai gimdymo priežiūrą teikia akušerės, taip, kaip tai buvo daroma Europoje ir Amerikoje iki XX a. antros pusės, atsižvelgiant į moters socialinius ir psichologinius poreikius gimdymo metu [Oakley, 2016].

Nors „natūralus gimdymas“ suponuoja tam tikrų medicininių praktikų neigimą, siekiant įgyvendinti tokį modelį realybėje pasitelkiama aibė kitų socialinių praktikų: moters partnerio ir kitų artimų asmenų dalyvavimą gimdyje, gimdymo plano rengimą, gimdymo namie organizavimą, kūdikio neatskyrimą nuo motinos ir pan., aktyvų pasipriešinimą medicininėms intervencijoms [Mansfield, 2008]. Amerikoje tokį gimdymą pasirenka specifiniu materialiniu, kultūrinu ir socialiniu kapitalu pasižyminčios moterys: išsilavinusios, susituokusios, didesnių pajamų, priklausančios specifinei subkultūrai [Miller and Shriver, 2012]. Šios tendencijos matomos ir S. Jasiulionės darbe: tyrime dalyvavusios moterys Lietuvoje, kurios gimdė namie, buvo miesto gyventojos ir išsiskyrė aukštesniu išsilavinimu, vyresniu amžiumi bei tuo, kad namuose gimdė ne pirmą savo vaiką [Jasiulionė, 2019].

Nepaisant akcentuojamos moterų laisvės rinktis, atsidūrusios tarp oponuojančių diskursų, gimdančios moterys gali pasijausti dar labiau suvaržytos: jos varžosi prašyti nuskausminimo ir gali būti nuvertinamos kaip neatitikusios „geros motinos“ idealo [Brubaker and Dillaway, 2009]. Taigi, šis „natūralaus gimdymo“ diskursas kritikuojamas kaip subtilesnė socialinės kontrolės forma, kartu aproprijuojanti medicininį modelį ir dar labiau išplečianti „medicininį žvilgsnį“ (pvz. per įvairius kursus ir pamokėlė neštumo metu), kaip esencialistinis diskursas [Arney and Neill, 1982] pateikiantis socialiai sukonstruotą gimdymo praktikų rinkinį kaip vienintelį teisingą.

Nepaisant, o gal kaip tik dėl esencialistinio ir inversinio medicininio ir akušerinių modelių pobūdžio, „natūralaus-medicininio“ gimdymo dichotomija yra centrinė gimdymo tyrimuose, dažnai skirtingos moterų gimdymo nuostatos ir praktikos buvo analizuojamos būtent per ją. Siekiant pakeisti binarines kategorijas, kai kurie autoriai siūlė žvelgti į šią dichotomiją kaip į kontinuumą, kai įvairių praktikų repertuaras pasiskirsto plačioje aibėje tarp dviejų polių, atskirti skirtingus lygmenis, kuriuose veikia ši dimensija, pvz., ideologinį, praktinį ir analitinį [Van Teijlingen, 2005].

## **2.2. Refleksyvi pacientė, intervencinis kapitalas ir socialinė gimdymų nelygybė**

Kita tendencija, išskylanti kaip alternatyva biomedicininiam gimdymų modeliui, susijusi su vartotojų kultūra, kuri mikro lygmenyje mediko-paciento santykį priartina prie paslaugų tiekėjo-

kliento (vartotojo) santykio. Šią tendenciją galima sieti su V. Leonavičiaus įvardintu post-moderniu sveikatos modeliu, kuris perkelia atsakomybę už sveikatą individams, kurie tampa aktyviais ir refleksyviais pacientais, tačiau kartu sukuria prielaidas atsirasti nelygybei tarp jų [Leonavičius et al., 2013], [Leonavičius and Večorskytė, 2018]. Su vartotojiškumo tendencija galima sieti ir pokytį feministiniame naratyve, kuris moters autonomiją gimdymo metu pradėjo sieti ne su medicininių intervencijų nebuvimu, bet su moterų teise pačioms priimti su jų gimdymu susijusius sprendimus bei galimybe siekti jų įsitikinimus atitinkančio proceso [Johnson and Simon, 2020]. Nors taip sušvelninama medikų galios asimetrija mediko-paciento santykiuose, vis dėlto išlieka dvi pagrindinės kliūtys, įvardintos dar Talcott Parsons, kurios skiria mediko-paciento santykį nuo tiekėjo-kliento: pirma yra žinojimų skirtumas, kuris ir tampa galios disbalanso prielaida, o antra – tai, kad į šį susitikimą pacientė dažnai ateina patirdama tam tikrą nerimą, t. y. yra emociškai pažeidžiamoje padėtyje [Parsons, 1964, percit. iš Zadoroznyj, 2001].

Anaįptol ne visos moterys užsiima „refleksyvios vartotojos“ poziciją nėštumo ir gimdymo metu. Maria Zadoroznyj analizuodama 50-ies Australijos moterų gimdymo pasakojimus, atskleidžia, kad šį aktyvios vartotojos *habitus* stipriai veikia turimas materialus ir/ar kultūrinis kapitalas. Vis dėlto, net ir „pasyvios pacientės“ rolę užėmusios žemesnės socialinės padėties darbininkų klasės moterys pirmo nėštumo ir gimdymo metu, per vėlesnius nėštumus gali tapti daug aktyvesnėmis. Nors tyrimo imtis ir maža, ji leidžia kelti hipotezę, kad pirmasis gimdymas darbininkų klasės moterims veikia kaip jų socialinę tapatybę keičianti patirtis, kuri ne tik suteikia žinojimą apie galimus veikimo būdus, bet ir prisideda prie jų požiūrio pokyčių ateityje [Zadoroznyj, 1999]. Šią išvalgą būtų galima pritaikyti ir Lietuvoje atliktam tyrimui, kuris rodo, kad lyginant efektyviausia laikoma epidūrinę nejautrą gavusių ir kitą skausmo malšinimo būdą gavusių gimdančių moterų grupes, didesnė pirmos grupės moterų dalis gyveno mieste, labiau bijojo skausmo, dažniau iš anksto domėjosi gimdymo skausmo malšinimo būdais ir buvo dėl jo apsisprendusios iš anksto [Bašarinaitė et al., 2015].

Refleksyvaus vartotojo sąvoka yra glaudžiai susijusi su U. Beck ir A. Giddens išplėtotą rizikos visuomenės (*risk society*) teorija, kuri tyrinėja visuomenės būklę, kai susidūrus su modernaus pasaulio krizėms, kurias sukėlė ar paskatino žmonių veikla, jaučiamas nesaugumas ir kartu silpnėja fatalistinės nuostatos bei išauga poreikis kontroliuoti rizikas asmeniškai. Tokiu būdu vyksta tradicinių mokslo ir valdžios institucijų žinojimo demonopolizacija. Medicinos srityje tai pasireiškia, tarkime, tuo, kad pacientai nuolatos vertina, ar medikų priimti sprendimai buvo geri jų atžvilgiu. Kai kurie sociokultūrinės rizikos teorijas plėtojantys autoriai (tokie kaip Lupton) teigia, kad pati sąvoka, kas yra laikoma rizika, yra socialiai konstruojama ir priklauso

nuo kultūrinio ir istorinio konteksto [Monaghan and Gabe, 2022, p. 87-91].

Rizika patirti (vienokią ar kitokią) gimdymo traumą taip pat yra ryškus naratyvas grupių, Lietuvoje kovojančių už alternatyvių gimdymo būdų (gimdymas namuose ir cezario pjūvis moters pasirinkimu) įteisinimą. Chadwick ir Foster, atlikusios 24 interviu su Pietų Afrikos moterimis ir tyrusios šiais dviem būdais gimdžiusių moterų naratyvus, teigia, kad šios moterys suvokė gimdymą kaip rizikingą, nors jų pasakojimuose atsispindėjo skirtingas rizikos konstravimas – cezario pjūvio operacijos siekusios moterys pritarė biomedicininėms rizikos sąvokoms, tuo tarpu namuose gimdžiusios moterys šias sąvokas derino su alternatyvaus požiūrio paieška, gimdymą ligoninėje pateikdamos kaip rizikingą. Autorės apibendrina moterų suvokiamą riziką kaip dvigubą: biomedicininę (t.y. galimos gimdymo komplikacijos) ir emocinę (pvz. rizika orumui) [Chadwick and Foster, 2014], taigi iš esmės atkartojant ankstesniame skyriuje aptartą medicininio/natūralaus gimdymo dichotomiją.

Vis dėlto, nors pasirinkimų spektras, kuriame nėštumo ir gimdymo metu veikia moteris, dažnu atveju apima ir praktikas, siejamas su šios dichotomijos poliais, Zadoroznyj teigia, kad moterų pasakojimuose gimdymo vertinimui žymiai svarbesnis yra pasitikėjimas gydytoju/-a, sukuriamas per asmeninius pokalbius, paaiškinimus, diskusijas. Kai moteris jaučiasi užmezgusi ryšį su medikais ir jais pasitiki, techninė gimdymo eiga jai gali nebeatrodyti tokia svarbi [Zadoroznyj, 2001]. Socialinė parama ir palaikymas, kuriuos moteris gauna gimdymo metu: paramos kiekis, kokybė ir šaltiniai (medikų/kito personalo, partnerio, dulų parama) yra svarbūs faktoriai, prognozuojantys teigiamą gimdymo patirtį [Simon et al., 2016]. Partnerio ir artimųjų palaikymas bei įsitraukimas į gimdymo procesą, viena vertus, gali skirtis priklausomai nuo sociodemografinių gimdančios moters charakteristikų [Redshaw and Henderson, 2013], vienišų moterų atveju tokio palaikymo šaltinio dažnu atveju išvis gali nebūti. Savo ruožtu, medicininio personalo komunikacijai taip pat gali daryti įtaką tai, ar pacientę jie vertina kaip įgalią suprasti informaciją ir priimti sprendimus.

Gimdymo metu moterų norai neišvengiamai sąveikauja su struktūrinėmis ir kultūrinėmis galimybėmis, t. y. į jas galime žvelgti kaip į socialines veikėjas sveikatos paslaugų sistemos lauke [Collyer, 2018]. Jei jų poreikiai, lūkesčiai ir nuostatos neatitinka lauke dominuojančių praktikų, patekusios į ligoninės aplinką jos gali jaustis stumiamos į kompromisus, neatitinkančius įsitikinimų, kas yra saugiausia joms ir jų vaikams. Tokiu atveju, net ir galėdamos daryti pasirinkimus, jos gali patirti frustraciją, nusivylimą ir jaustis suvaržytos [Miller and Shriver, 2012]. Dixon-Woods atliktas tyrimas su 25-iomis moterimis, kurioms buvo atliktos ginekologinės operacijos, atkreipia dėmesį į tai, kad net ir nenorėdamos sutikti su siūloma operacija, moterys turi skirtingus resursus, įgalinančius jas derėtis ar prieštarauti. Neturėdamos specifinio kul-

tūrinio kapitalo jos paklūsta gydytojų sprendimams kaip simbolinės galios nustatytai tvarkai [Dixon-Woods et al., 2006].

Tokį kapitalą Shim įvardina kaip kultūrinį sveikatos kapitalą – kultūrinių įgūdžių, verbalinių ir neverbalinių kompetencijų, požiūrių ir elgesio stilių repertuarą, kuriuo naudojasi tiek pacientai, tiek medikai [Shim, 2010]. Šio kapitalo skirtumai galėtų paaikškinti tarp skirtingų veikėjų išryškėjančias nelygybes ir jų dinamiką. Johnson ir Simon (2020) gebėjimą paveikti įprastų procesų eigą sau norima linkme siūlo įvardinti kaip intervencinį kultūrinį kapitalą<sup>1</sup> (pagal Lareau (2000)). Jų nacionaliniu lygiu reprezentatyvia JAV apklausa besiremiančio tyrimo duomenimis, į aukštesnę socialinę padėtį (rasės, išsilavinimo, pajamų atžvilgiu) užimančių moterų preferencijas dėl gimdymo intervencijų labiau atsižvelgiama nei žemesnės [Johnson and Simon, 2020].

Kiti užsienyje atlikti tyrimai taip pat atskleidžia socialines nelygybes, pasireiškiančias gimdymo metu, nors jų apraiškos ir skiriasi priklausomai nuo nacionalinio konteksto. Geresnę socialinę padėtį rasės, klasės ir/ar išsilavinimo atžvilgiu turinčių moterų gimdymai JAV 2006 metais rečiau baigėsi cezario pjūviu, tad tyrimo autorių teigimu, cezario pjūvio operacijos indikuoja prastesnę gimdymo priežiūros paslaugų kokybę [Roth and Henley, 2014]. Tuo tarpu Brazilijoje dauguma vidurinėsios klasės moterų, gimdančių privačiose ligoninėse, pagimdo cezario pjūvio pagalba ir O’Dougherty teigimu, objektyviai neturi galimybės pasirinkti gimdymo būdo [O’Dougherty, 2013].

Aptarta literatūra rodo, kad aukštesnio socioekonominio statuso moterys ne tik labiau parbrėžia pasirinkimo ir kontrolės aspektus gimdyje, kuriuos gali praktikuoti tiek atsisakydamos intervencijų, tiek siekdamos jas gauti, bet ir turi platesnes galimybes gauti kokybiškas šias paslaugas bei užmegzti asmeniniu pasitikėjimu ir palaikymu grįstus santykius, kuriuose būtų sušvelninamas hierarchinis mediko-pacientės santykių pobūdis.

### 2.3. Įkūnijimo teorijos

Tiek objektyvistinė paradigma, kurią kritikuoja White ir kiti autoriai, tiek konstruktyvistinė paradigma kalbant apie gimdymus dažniausiai neperžengia kultūros ir biologijos skirties. Šias jungtis padeda sukurti tiek neuromokslų, tiek psichologų tyrimai. Reiger ir Dempsey atkreipia dėmesį, kad socialiai sukonstruoti rizikos naratyvai gali sukelti baimes, kurios turės realių somatinius efektus ir tokiu būdu „įsikūnys“ (pvz. per kilusias medicinines komplikacijas)

---

<sup>1</sup>Intervenciniu kapitalu laikoma tam tikra kultūrinio kapitalo rūšis (pagal Bourdieu kapitalo sąvoką) – įgūdžiai, žinios, nuostatos, – kurios suteikia pacientui galimybes bendraujant su medikais pakreipti sprendimų ir veiksmų eigą savo norima linkme.

[Reiger and Dempsey, 2006]. Kita vertus, kai kurie kūno pojūčiai ir patirtys, pavyzdžiui skausmas, gali nustelbti bet kokią sąmonės veiklą ir ją organizavusius diskursus. Tuo tarpu psichologinių tyrimų sisteminės apžvalgos bei metaanalizės nurodo, jog ilgalaikės psichologinės pasekmės po gimdymo, tyrinėjamos kaip pogimdyminė depresija ir potrauminio streso sindromas, susijusios su įvairiais socialiniais, psichiniais ir biologiniais faktoriais [Bell and Andersson, 2016], [Grekin and O’Hara, 2014].

Iš sociologijos mokslų pusės, kai kurie autoriai mėgina balansuoti tarp šių dviejų paradigmu pritaikant fenomenologinę perspektyvą [Walsh, 2010] bei veikėjo-tinklo teoriją [Akrich and Pasveer, 2004]. Akrich ir Pasveer, nagrinėdamos moterų pasakojimus, juose išskiria du pagrindinius vaidmenis (*actant*): pirmasis yra „gimdantis kūnas“ (*body-in-labour*), kuris veikia nepriklausomai nuo moters sąmonės, ir ši dažnai neturi išskirtinių teisių suprasti ir turėti ryšį su juo (pvz., ji gali nesuprasti, ar gimdymas jau prasidėjo, ar dar ne, ką jai patvirtintų gimdymą prižiūrintis specialistas). Antrasis vaidmuo yra „įkūnytas aš“ (*embodied-self*), kuri moteris sąmoningai suvokia ir „veikia“ jame. Pasak autorių, antrasis vaidmuo yra aktyviai sukonstruotas veikiant skirtingiems veikėjams ir mediacijas, įskaitant technines. Kai kuriais atvejais gimdymo metu moteris disasocijuoja nuo savo kūno pojūčių ir skausmo (pvz. epidūro būdu) ir atėjus laikui vėl sukuria su šiuo kūnu ryšį (pvz. akušerei sakant, kad stumti stangų metu) taip įgyvendinamos pozityvią įkūnijimo ir aktyvaus veikimo (*agency*), tačiau kitais atvejais moteris pasijunta visiškai atskirtos nuo savo kūno, praradusios savo kūno integralumą (pvz. jei kokie nors veiksmai atliekami prieš jų valią). Autorės šiam antrajam reiškiniui pasiūlo susvetimėjimo (*alienation*) su savo kūnu sąvoką. Taigi pirmoji patirtis yra teigiama, o antroji – neigiama, pirmąją apibūdinant kaip įgalinančią/įkūnyta, o pastarąją – kaip neįkūnyta/susvetimėjusia. Walsh kelia hipotezę, kad būtent susvetimėjimo patirtis gali būti susieta su gimdymo trauma [Walsh, 2010].

## 2.4. Gimdymo priežiūros sistemos įtampos Centrinėje ir Rytų Europoje

Iki šiol aptarta literatūra daugiausia atspindi gimdymo priežiūros tendencijas anglakalbėse ar Vakarų Europos šalyse. Jos bent iš dalies skiriasi nuo buvusių Sovietų Sąjungos ir kitose socialistinio bloko šalyse. Kaip pastebi V. Leonavičius, sovietinė sveikatos apsaugos sistemai buvo būdingas biomedicininis modelis, besiremiantis gamtamokslinio pažinimo paradigma ir apibrėžiantis sveikatą kaip ligos nebuvimą [Leonavičius and Večorskytė, 2018]. Su įvairių Sovietų Sąjungos šalių sveikatos apsaugos sistemomis gimdymo priežiūros srityje dirbusi B. Chalmers

apibendrina, kad šioms šalims buvo būdinga ne tik stipri gimdymo medikalizacija ir į mediką orientuota priežiūra, bet taip pat skirtingų priežiūros etapų (nėštumo, gimdymo, pogimdyminės moters ir naujagimio) atskyrimas ir tęstinės priežiūros nebuvimas, resursų ir vaistų trūkumas, kuris veikė ir paplitimą tokių praktikų kaip draudimas lydintiems asmenims (pvz. moters partneriui) dalyvauti gimdyje bei savaite ir daugiau trunkanti gimdžiusios moters bei naujagimio izoliacija siekiant išvengti infekcinių ligų rizikos [Chalmers, 2005].

Po-sovietinė sveikatos apsaugos sistemos transformacija pasižymėjo tiek gerėjančiais mediciniais rodikliais, tiek poslinkiu biopsichosocialinio modelio link [Leonavičius and Večorskytė, 2018]. Vienas svarbiausių institucinių veikėjų, skatinančių šį modelį – Pasaulio sveikatos organizacija, kurios rekomendacijos pateikia holistinį sveikatos apibrėžimą. Taip pat ir naujausios PSO gimdymo priežiūros rekomendacijos pabrėžia į moterį orientuotą priežiūros modelį, kuris apima pagarbią priežiūrą, efektyvią komunikaciją, tęstinę priežiūrą ir teisę gimdyje dalyvauti moters pasirinktam lydinčiam asmeniui [PSO, 2018]. Visgi, kiek anksčiau vykdyto tyrimo dviejose Lietuvos ligoninės išvados skelbia, kad naujos psichosocialinės praktikos į ligonines ateina greičiau nei įvyksta medicininių praktikų pokyčiai [Chalmers and Jeckaite, 2010].

Šie rezultatai atitinka kitus Lietuvoje atliktus tyrimus. Apklaustos 373 2014-2015 m. Lietuvoje gimdžiusios moterys nurodė, kad jos gerai vertino medicinos profesionalų kompetenciją, tačiau joms trūko įgalinimo gimdymo metu [Širvinskienė et al., 2020]. COVID-19 pandemija paryškino gimdymo priežiūros probleminius aspektus – moterys rečiau gavo išsamią informaciją apie savo ir kūdikio sveikatos būklę, prasčiau vertino pogimdyminę priežiūrą, buvo apribotos galimybės dalyvauti lydinčiam asmeniui [Mažulytė-Rašytinė et al., 2021]. Panašias išvadas skelbia ir Lenkijoje atlikta apklausa – Covid-19 pandemija pasireiškė stipriais apribojimais ir sugrįžimu prie labiau medikalizuoto ir nuasmeninto priežiūros modelio, orientuoto į intervencijų teikimą [Pustułka and Buler, 2020].

Kiti Lenkijos, Slovėnijos ir Čekijos mokslininkų darbai kaip labiausiai probleminius gimdymo priežiūros aspektus taip pat pabrėžia būtent nepagarbią ar nuasmeninčią priežiūrą, kurioje atsiskleidžia asimetrinis galios santykis – medicininės procedūros be išankstinio moters sutikimo, netinkami komentarai, aplaidi priežiūra ir privatumo pažeidimai [Baranowska et al., 2019], moterys vertinamos pagal jų konformiškumo sistemai laipsnį – kaip „neproblemiškos“ arba „alternatyvios“, jei kelia daug klausimų ir turi kitokius lūkesčius [Prosen and Tavčar Krajnc, 2013], moterų pasakojimai išryškino įtampas, kylančias bendraujant medikams ir gimdyvei, kai medikai nesuteikė tiek informacijos, kiek gimdyvė tikėjosi, o jų bendravimas buvo paternalistinis ir stokojantis asmeninio ryšio, ką moterys laikė socialistinio laikmečio palikimu [Hrešanová et al., 2014].

Kita vertus, L. Pantovič, atlikusi etnografinį tyrimą Serbijoje, teigia, kad „susitarimai“ su

gydytojais yra ne tiek sovietinio palikimo pasekmė (kaip manyta), bet labiau kyla iš sveikatos sektoriaus marketizacijos, kai viešojo sektoriaus paslaugos (įskaitant nėštumo priežiūrą, kur vienam vizitui dažnai skiriamos 10-20 min.) yra nepakankamai finansuojamos, joje dirbantiems specialistams tenka ir labai daug pacientų, ir papildoma biurokratinė našta, tuo tarpu privataus sektoriaus gimdymo paslaugos nėra išvystytos, tad neformalus susitarimai su medikais tampa vieninteliu būdu gauti geresnės kokybės paslaugą (įskaitant tęstinę nėštumo ir gimdymo priežiūrą) ir už ją susimokėti. Didelė dalis kalbintų moterų nėštumo priežiūros metu ėjo į vizitus privačiame sektoriuje pas gydytojus, kurie vėliau galėtų prižiūrėti jas gimdymo metu [Pantović, 2018]. „Neformalių susitarimų“ su gydytojais mastas didelis ir kitose šalyse: Vengrijoje atliktos apklausos metu, 66% moterų teigė, kad jas prižiūrėjo gydytojas, su kuriuo jos buvo susitarusios iš anksto, 57% moterų neformaliai mokėjo medikams už gimdymo priežiūrą, (79% iš tų, kurios buvo susitarusios dėl priežiūros). Didžioji dalis moterų teigė, kad moka pinigus už papildomas paslaugas. Visgi, apie pusę moterų teigė, kad nesulaukė pagarbios priežiūros, o moterims, kurios buvo susitarusios su medikais, atlikta daugiau intervencijų, tačiau tai nesumažino jų medikams mokamos sumos [Baji et al., 2017]. Taip pat ir Lietuvoje kasmet STT atliekamo tyrimo duomenimis, šalies gyventojai sveikatos apsaugos institucijas laiko labiausiai korumpuotomis, o tarp visų šalies institucijų dažniausiai kyšius yra davę ligoninėse [STT, 2022].

Nors atliktų tyrimų Lietuvoje, kaip ir kitose buvusio socialistinio bloko šalyse, nėra daug, esantys darbai leidžia teigti, kad šių šalių gimdymo priežiūros sistemos susiduria su įtampomis, kai viena vertus kyla poreikis „modernizuoti“ ir „humanizuoti“ iš sovietmečio ateinančią sistemą pagal Vakarų šalių pavyzdį, kita vertus, tarpinė sveikatos paslaugų sektoriaus marketizacija sukuria situacijas, kai viešosios paslaugos nėra finansuojamos pakankamai, o gimdymo priežiūros paslaugų tinklas privačiame sektoriuje nėra išvystytas.

### 3. Tyrimo metodika

#### 3.1. Duomenys

Tyrime naudojami Motinystę globojančių iniciatyvų sąjungos atliktos „Mano gimdymo“ apklausos duomenys. Apklausa atlikta 2020 m. gruodžio-vasario mėnesiais kaip dalis informacinę kampaniją „Gimdymo patirtys Lietuvos stacionaruose“ (projektas yra Aktyvių piliečių fondo, finansuojamo EEE finansinio mechanizmo lėšomis, dalis (pr. nr. K1-O3-PK-M-161)). Apklausa buvo vykdoma internetu, kvietimu pildyti apklausą dalinantis socialinėse medijose, nacionalinio transliuotojo radijo laidos, kurioje buvo kalbinama viena iš apklausos organizatorių, metu bei populiariausiame mažų vaikų tėvams skirtame internetiniame portale tavovaikas.lt. Apklaustos 2979 moterų, iš kurių į šio tyrimo analizę įtrauktos 2702 2019-2020 m. Lietuvoje gimdžiusios moterys, kurių amžius gimdymo metu buvo nuo 18 iki 45 metų, nepriklausomai nuo jų gimdymo vietos aplinkybių (ligoninėje (2671 atsakymai), planuoti gimdymai namuose (30, įskaitant 3, kurių metų teko pervaziuoti į gimdymo stacionarą gimdymo metu) ar pakeliui į ligoninę (5 atsakymai)). Tarp respondenčių buvo visose Lietuvos apskrityse gyvenančių moterų, gauti atsakymai iš 25 ligoninėse gimdžiusių moterų, tarp kurių 2196 (81%) pagimdė natūraliais gimdymo takais, 135 (5%) moterų buvo atlikta planinė, o 344 (13%) moterų atlikta skubi cezario pjūvio operacija. Į imtį nebuvo įtrauktos apklausoje dalyvavusios moterys, kurios 1) gimdė anksčiau nei 2019 ar vėliau nei 2020 metais, 2) buvo jaunesnės nei 18 metų amžiaus, 3) patyrė kūdikio mirtį gimdymo metu ar iškart po jo.

Didžioji dalis apklausos klausimų buvo uždaro tipo, tačiau taip pat buvo galimybė atsakyti į atviro tipo klausimus: moterų buvo klausiama, dėl kokių priežasčių buvo nuspręsta daryti cezario pjūvio operaciją; kokiomis aplinkybėmis nebuvo suteiktas prašytas medikamentinis nuskausminimas; moterys galėjo pateikti savo komentarą dėl informacijos pateikimo ir sprendimų priėmimo gimdymo metu; aprašyti savo patirtį gimdant Covid-19 pandemijos metu; dėl kokių priežasčių naujagimiui teko gulėti kitoje palatoje/skyriuje nei motinai; jei moteris patyrė, tai kas ir kaip gąsdino, tyčiojosi ar naudojo prievartą; palikti atvirą komentarą apie svarbius gimdymo patirties aspektus, apie kuriuos nebuvo paklausta apklausoje, ką norėtų kitą kartą daryti



kitaip ir kas gimdymo priežiūros sistemoje veikia puikiai, o ką reikėtų patobulinti. Taip pat dalis uždaro tipo klausimų turėjo pasirinkimo variantą „Kita“, kuriame buvo galima įrašyti savo tekstą. Šiame tyrime naudoti duomenys tiek iš uždaro tipo, tiek atviro tipo klausimų atsakymų.

### 3.2. Kintamieji

Tyrime buvo naudoti kintamieji, atspindintys įvairius teorinėje darbo dalyje aptartus gimdymo priežiūros ir moterų patirties aspektus:

- **Bendras gimdymo patirties vertinimas.** Moterų buvo klausta, kaip jos apibūdintų savo gimdymo patirtį, galimi 5 atsakymo variantai: „traumuojanti“, „bloga“, „nei gera, nei bloga“, „gera“, „puiki“.
- **Palydovas gimdymo metu.** Galimi pasirinkti keli atsakymo variantai: vyras/partneris(-ė), kitas šeimos narys, kitas artimas asmuo, dula. Tarp visų ligoninėje gimdžiusių respondentų 835 (31%) nurodė, kad neturėjo palydovo, 1814 lydėjo partneris (97% tarp visų, kurios nurodė palydovą), 72 (atitinkamai 4%) moteris lydėjo kitas šeimos narys ar artimas asmuo, o dula – 54 (atitinkamai 3%) moteris. Tolimesnėje analizėje buvo naudojami du kintamieji, nurodantys, ar moterį gimdymo metu lydėjo: 1) partneris ar kitas artimas asmuo, 2) dula.
- **Ligoninės rinkimasis.** Moterų klausta, dėl kokių priežasčių gimdė konkrečioje ligoninėje, galimi keli iš 11 pasirinkimo variantų, suskaičiuota, kiek skirtingų variantų moteris pasirinko (neskaitant variantų „arčiausiai namų (ar kitos vietos, kurioje tuo metu buvote)“, „dėl nėštumo komplikacijų ar kitų sveikatos priežasčių rinkausi tretinio lygio ligoninę“, „dėl konkretaus čia dirbančio medicinos personalo (pvz., tariausi gimdyti pas konkrečią(-tų) gydytoją“, „neturėjau kito pasirinkimo“). Jei pasirinktų variantų buvo daugiau nei 3, priskirta kintamojo reikšmė 3.
- **Noras dalyvauti priimant sprendimus.** Kintamasis buvo vertintas 5 balų skalėje nuo 1 („Norėjau, kad sprendimus dėl mano gimdymo priimtų medikai“) iki 5 („Norėjau sprendimus dėl mano gimdymo priimti pati“).
- **Moters dalyvavimas priimant sprendimus.** Kintamasis buvo vertintas 5 balų skalėje nuo 1 („Sprendimus dėl mano gimdymo priėmė medikai“) iki 5 („Sprendimus dėl mano gimdymo priėmiau pati“).

- **Gimdymo natūraliais takais intervencijų laipsnis** Moterų (kurios pagimdė natūraliais takais arba kurioms buvo atliktas skubus cezario pjūvis) buvo klausta, ar joms 1) atliktas vaisiaus vandenų nuleidimas, 2) medikamentinis gimdymo skatinimas, 3) taikytas kuris nors medikamentinis skausmo malšinimo būdas (įskaitant epidūrinį nuskausminimą), 4) naudojamos replės arba vakuuminis ekstraktorius, 5) atlikta epiziotomija (tarpvietės kirpimas). Toliau naudojamas kintamasis gautas kaip teigiamų atsakymų į šiuos klausimus skaičius (nuo 0 iki 5).
- **Naujagimio atskirai nuo motinos ligoninėje praleistas laikas po gimimo** Po gimdymo kurį laiką atskirai kitame skyriuje/palatoje praleido 574 (21%) moterų naujagimiai, iš jų 469 (17%) dėl medicininių priežasčių, nes naujagimiui(-iams) ir/ar motinai buvo reikalinga medicininė pagalba, o likę 105 (4%) buvo atskirai, nors medicininė pagalba nebuvo reikalinga. Todėl šis kintamasis indikuoja ne tik atskirai praleistą laiką, bet, netiesiogiai, ir po gimdymo įvykusių medicininių komplikacijų buvimo faktą ir jų stiprumą. Jei naujagimis visą laiką ligoninėje praleido kartu su motina, kintamajam priskirta reikšmė 0, kitu atveju atsakymų variantai buvo koduojami taip: „Mažiau nei 1 val.“ ir „Nuo 1 val. iki 3 val.“ – 1, „Nuo 3 val. iki 6 val.“ – 3, „Nuo 6 val. iki 12 val.“ – 6, „Nuo 12 val. iki 24 val.“ – 12. „Daugiau nei 24 val.“ – 24.
- **Atlikta cezario pjūvio operacija.** Binarinis kintamasis, įgaunantis reikšmės 1 – moteriai buvo atlikta cezario pjūvio operacija, ir 0 kitu atveju.
- **Medicininės rizikos.** Binarinis kintamasis, įgaunantis reikšmę 1, jei tenkinama bent viena iš šių sąlygų: 1) gimdymas vyko 34 ir ankstesnę arba 42 ir vėlesnę nėštumo savaitę, 2) moters amžius gimdymo metu buvo vyresnis nei 35 metai, 3) moteris gimdymo metu pagimdė daugiau nei vieną kūdikį, 4) dėl nėštumo komplikacijų ar kitų sveikatos priežasčių moteris gimdė tretinio lygio ligoninėje.
- **Pagarbus elgesys** Ligoninės personalo elgesys gimdymo metu ir po gimdymo buvo vertintas trumpa 5-ių klausimų Rūpestingo personalo elgesio skale RES-P, apie tai, ar ligoninės darbuotojai elgėsi maloniai ir pagarbiai, skyrė laiko, kai moteriai jo reikėjo bei atvirai atsakė į užduotus klausimus, taip pat ar moteris jautėsi, kad personalui rūpėjo ir ar pasitikėjo personalo profesinėmis kompetencijomis [Mažulytė-Rašytinė et al., 2021], skalės reikšmės nuo 1 iki 5. Šiame tyrime naudotas apibendrintas kintamasis kaip RES-P gimdymo metu ir po gimdymo įverčių suma.

- **Psichologinis smurtas ir prievarta** Tyrimo dalyvės buvo prašomos nurodyti, ar buvimo ligoninėje metu jos buvo gąsdinamos, patyrė patyčias ar prievartą, skalėje nuo 1 „Ne“ iki 5 „Taip“. Šių trijų klausimų reikšmės buvo standartizuotos (atimant to klausimo atsakymų vidurkį ir padalinant iš standartinio nuokrypio) ir apskaičiuota jų suma.
- **Susitarimas su medikais dėl gimdymo priežiūros** Tyrimo metu nebuvo tiesioginio klausimo, ar moterį gimdymo metu prižiūrėjo medikas(-ai), dėl kurių priežiūros ji būtų susitarusi iš anksto, tačiau klausiant apie ligoninės pasirinkimą moterys galėjo nurodyti, kad gimdė pasirinktoje ligoninėje „dėl konkretaus čia dirbančio medicinos personalo (pvz., tariausi gimdyti pas konkrečią(-tų) gydytoją)“, taip pat klausiant apie papildomą mokėjimą ligoninės darbuotojams galėjo nurodyti, kad mokėjo už konkretaus darbuotojo priežiūrą į ligoninės kasą. Jei respondentė atsakant į šiuos du klausimus pažymėjo bent vieną iš minėtų variantų, buvo laikoma, kad ji gimdė susitarusi su medikais (kintamojo reikšmė lygi 1), kitu atveju – kad nesusitarusi (kintamojo reikšmė lygi 0).
- **Mokėjimas be susitarimo.** Kintamajam priskirta reikšmė 1, jei respondentė pažymėjo sumokėjusi už gimdymo priežiūrą ligoninės darbuotojui „į kišenę“, tačiau klausiant apie ligoninės pasirinkimą nenurodė, kad ligoninėje gimdė dėl konkretaus čia dirbančio personalo. Kitais atvejais priskirta reikšmė 0, įskaitant ir 68 (2.5%) respondentes, kurios nebuvo susitarusios su medikais ir nenorėjo atsakyti ar nežinojo atsakymo į klausimą apie papildomą mokėjimą.

Taip pat tyrime naudoti sociodemografiniai ir socialinį statusą nurodantys kintamieji.

- **Šeimos pajamos moters gimdymo metu.** Galimos reikšmės „iki 450 eurų per mėnesį“, „450-1000 eurų per mėnesį“, „1000-1700 eurų per mėnesį“, „1700-3000 eurų per mėnesį“, „Virš 3000 eurų per mėnesį“.
- **Šeiminė padėtis** Galimos reikšmės „susituokusi“, „kohabitacijoje“ ir „vieniša“, pastarajai grupei priskiriant moteris, kurios buvo netekėjusios arba išsiskyrusios.
- **Išsilavinimas.** Išskirtos grupės „Aukštasis universitetinis“, „Aukštasis (kolegija)“ ir „Ne aukštasis“. Aukštojo išsilavinimo neturinčios (t. y. pradinį, pagrindinį, profesinį, vidurinį, aukštesnįjį) moterys sudarė 19% visų respondenčių, todėl buvo priimtas sprendimas jas visas sugrupuoti į vieną kategoriją.
- **Gimdymo vieta** Namai arba gimdymo stacionaras, kuriame moterys pagimdė.

- **Ligoninių grupė** Galimos keturios reikšmės: Vilniaus ligoninė, Kauno ligoninė, kitų didžiųjų miestų (Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio) ligoninė, regioninės ligoninės.
- **Gyvenamoji vieta** Galimos trys reikšmės: didmiestis (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai), kitas miestas, kaimo vietovė.
- **Gimdymo eiliškumas** Galimos trys reikšmės: 1 – moteris gimdė 1-ą vaiką, 2 – antrą vaiką, 3 – trečią ar paskesnę vaiką.
- **Amžiaus grupė** Respondentės suskirstytos į 18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39 metų, 40 metų ir vyresnio amžiaus grupes.
- **Pagrindinė veikla iki gimdymo.** Galimos reikšmės: samdoma darbuotoja, savarankiškai dirbanti/darbdavė, namų šeimininkė, studentė/moksleivė, bedarbė, nedirbanti dėl ligos ar negalios. Daliai respondenčių pasirinkus atvirojo tipo atsakymą „Kita“, jie buvo perkoduoti pagal kitas klausime išskirtas kategorijas, valstybės tarnautojas, statutines pareigūnes, rezidentės ir doktorantes priskiriant prie samdomų darbuotojų, nėštumo metu atleistas respondentes - prie bedarbių, o moteris, nurodžiusias, kad prieš gimdymą prižiūrėjo vyresnius savo vaikus – prie namų šeimininkių.

### 3.3. Taikyti metodai

Tyrimui buvo pritaikyta pagrindinių komponentių analizė (PCA) [Husson et al., 2011]. Tai faktorinės analizės metodas, skirtas analizuoti kiekybinius duomenis, kai analizės tikslas – atsižvelgiant į kintamųjų tarpusavio koreliacijas išskirti už jų slypinčius pagrindinius faktorius (komponentes, ašis). Pagrindinės komponentės gaunamos atliekant tokias tiesines duomenų matricos transformacijas, kad duomenų dispersija šių komponentių atžvilgiu būtų didžiausia įmanoma, o komponentės tarpusavyje nekoreliuotų (t. y. būtų ortogonalios). Kitaip tariant, PCA leidžia išskirti faktorius, pagal kuriuos duomenys labiausiai skiriasi ir kurie leidžia geriausiai nusakyti duomenų aibę. PCA metodas yra konceptualiai susijęs su atitikmenų analizės (*correspondence analysis*, CA, bei *multiple correspondence analysis*, MCA) metodais, kuriuos naudojo P. Bourdieu tirdamas Prancūzijos visuomenės skonių lauką [Bourdieu, 1987]. Pagrindinis šių metodų skirtumas – PCA yra naudojama kiekybiniams duomenims, o CA – kategoriniams [Le Roux and Rouanet, 2010]. PCA pritaikant Bourdieu lauko teoriją taip pat yra naudota Danijos internetinės žiniasklaidos laukui [Hartley and Ellersgaard, 2013] bei sveikos mitybos įpročių ir socialinės klasės sąryšiams Norvegijoje [Skuland, 2015] tirti.

PCA metodas pasirinktas dėl to, kad didžioji dauguma kintamųjų buvo ordinarinės ar inter-  
valinės eilės. Likusieji, nominalūs kintamieji (partneris, dula, taresi, mokejimas\_nesusitarus,  
cpo) buvo gauti paverčiant kiekvieną kategoriją į binarinius kintamuosius.

Pagrindinių komponentių apskaičiavimui buvo naudoti visi ankstesniame skyriuje aprašyti  
kintamieji, išskyrus bendrą gimdymo patirties vertinimą ir socio-demografinius kintamuosius  
(tai – papildomi kintamieji).

PCA rezultatas – individų debesis, kuriame kiekvienam individui (apklausos respondentei)  
priskiriamos koordinatės pagrindinių komponentių ašyse. Taip pat kiekvienam pradiniam kin-  
tamajam priskirtas vektorius, nurodantis, kokia kryptimi ir dydžiu kintamasis prisideda prie  
individo koordinačių debesyje. Taigi, PCA rezultatai leidžia susieti individo poziciją pagrin-  
dinių koordinačių debesyje su kintamųjų vektoriais. Taip pat galima apskaičiuoti koordinates  
papildomų kintamųjų, kurie nenaudoti apskaičiuojant pagrindines komponentes – kokybinio  
kintamojo kategorijos koordinatė yra centras tarp visų individų, priklausančių tai kategorijai.

Atlikus PCA pateiktos pagrindinių komponentių interpretacijos bei – papildomų (socio-  
demografinių ir bendros gimdymo patirties vertinimo) kintamųjų padėties individų debesyje  
analizė. Pagal PCA rezultatus visi individai suskirstyti į klasterius, kuriuos aprašius gauta  
moterų gimdymo patirčių tipologija.

Tyrimo duomenų statistinė analizė buvo atlikta naudojantis atvirosios prieigos programine  
įranga R. Visoms statistinės analizės procedūroms atlikti buvo pasirinktas statistinio reikšmin-  
gumo lygmuo 0,05.

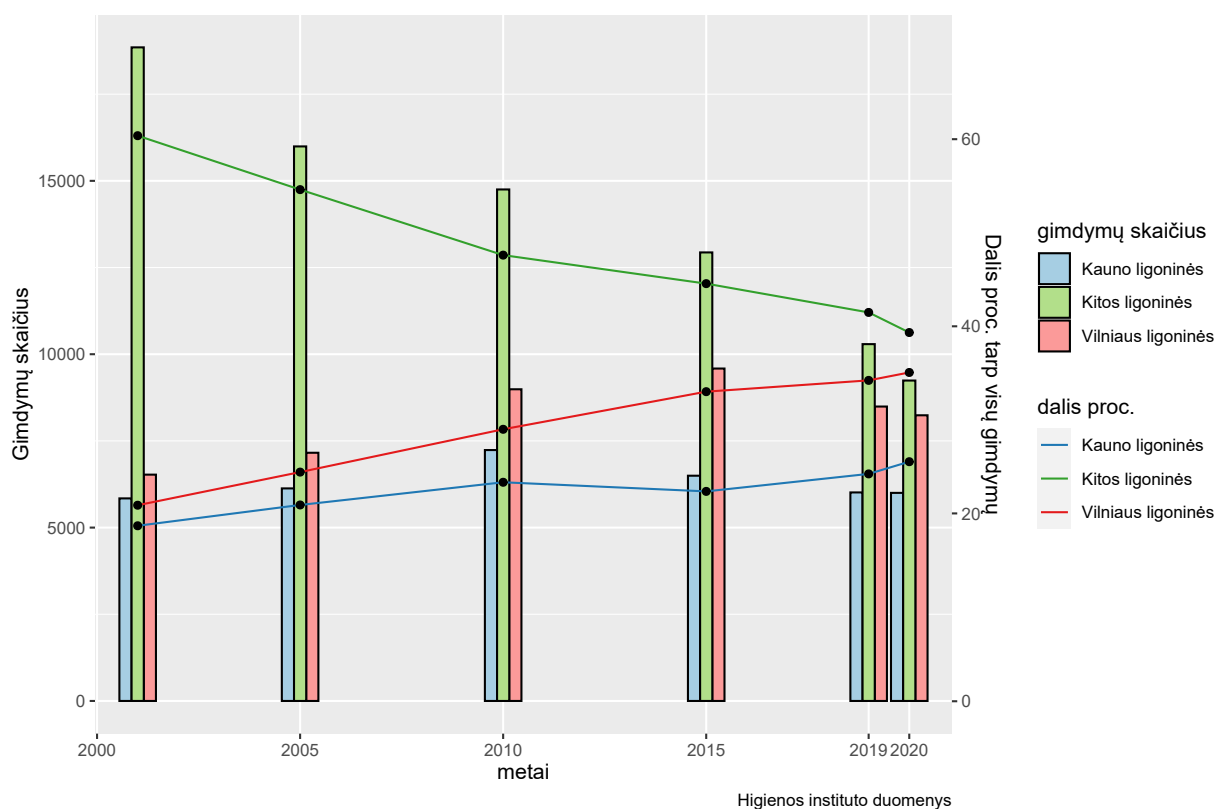
## 4. Empirinio tyrimo rezultatai

### 4.1. Medicininiai gimdymų rodikliai

Per tris Nepriklausomybės dešimtmečius gimdymų dinamika Lietuvoje buvo veikiamas, visų pirma, demografinių pokyčių. Nuo 1994 metų gimusiųjų skaičius Lietuvoje susitraukė 45% (nuo 42376 gimusiųjų 1994 metais iki 23330 gimusiųjų 2021 metais [statistikos departamentas, 2022]). Keitėsi ir vidutinis gimdančių moterų amžius: nuo 26,8 metų 2001 metais iki 30,4 metų 2020 metais, pirmą kartą gimdančiųjų vidutinis amžius tuo pačiu laikotarpiu pakito nuo 24,2 iki 28,2 metų. Su gimdymu vyresniame amžiuje siejamos ir didesnės medicininių komplikacijų rizikos. Vis didesnę dalį gimdančių moterų sudaro turinčios aukštąjį išsilavinimą – jei 2001 metais jos sudarė vos 15% tarp visų gimdyvių, 2019 didžioji dalis gimdančių moterų turėjo aukštąjį išsilavinimą – 59% [institutas, 2020a].

Visgi, gimdymų mažėjimas nėra tolygus laike ir erdvėje. Drastiškiausiai gimusiųjų sumažėjo laikotarpiu iki 2002, vėliau iki 2016 metų išliko stabilus – apie 30 tūkst. Taip pat, nuo 2001 metų Higienos instituto skelbiami ligoninių duomenys rodo, kad pastaruosius 20 metų augo Vilniaus ir Kauno ligoninėse gimdančių moterų skaičius (iki 2015 metų) ir dalis (žr. 4.1 grafiką), o likusiose šalies ligoninėse sumažėjo perpus 19 iki 9 tūkst. (nuo 60% iki 35% tarp visų šalies gimdymų). Nors šiuos pokyčius iš dalies paaiškina tai, kad Vilniuje ir aplink jį šiuo laikotarpiu kūrėsi jaunų šeimų skaičius (Vilniaus apskrityje užregistruotų gimusiųjų dalis išaugo nuo 23% iki 34% 2001-2020 m. laikotarpiu), tačiau matyti, kad į didžiųjų miestų ligonines gimdyti vis dažniau pradėjo važiuoti ir toliau gyvenančios moterys. Juo labiau, tiek Vilniaus, tiek Kauno apskrityje veikia ir kitos, ne didžiuosiuose miestuose įsikūrusios ligoninės - 2021 metais akušerijos skyriai veikė Ukmergės, Trakų, Jonavos, Kėdainių, Raseinių ligoninėse. Visgi, visų šių ligoninių, išskyrus Jonavos, akušerijų skyriai 2022 metais uždaromi [ligonių kasa, 2022] [Rumšienė, 2022]. Taigi, vis labiau auga Vilniaus ir Kauno ir mažėja visų likusių šalies ligoninių svarba organizuojant gimdymo priežiūrą, ši tampa vis labiau centralizuota didžiosiose šalies ligoninėse. Šalyje taip pat praktiškai nėra privačiose įstaigose priimanų gimdymų – 2020 m. vienintelėje tokioje gimdymus priimančioje įstaigoje Vilniuje gimė vos 22 kūdikiai [institutas, 2020b].

Oficialių duomenų, kiek gimdymų Lietuvoje įvyksta ne gimdymo stacionaruose, nėra. Higienos institutas, teikiantis medicininius gimdymų duomenis, remiasi tik ligoninėse įvykstančiais gimdymais [institutas, 2020b]. Lietuvos Gimstamumo statistinio tyrimo metodikose neanalizuojami skirtumai tarp Higienos instituto ir Gyventojų registro teikiamų duomenų. Taigi oficialioje statistikoje gimdymų namie reiškinys neegzistuoja. Nors akušerės priežiūra gimdant ne ligoninėje Lietuvoje reglamentuota 2019 metais, iki šiol nėra nė vienos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kuri teiktų tokias paslaugas [sveikatos apsaugos ministerija, 2019]. Pagal galiojantį reglamentavimą viena iš sąlygų, kuri turėtų būti išpildyta norint suteikti tokią paslaugą, yra galimybė per 30 minučių pervežti gimdančią moterį į gimdymo stacionarą, tad net ir atsiradus tokių paslaugų teikėjams dėl mažėjančio gimdymo stacionarų tinklui tokių paslaugų veikimas geografiškai būtų apribotas ties miestais. Vis dėlto, remiantis kitų Europos šalių duomenimis, kuriose tokios paslaugos teikiamos, namuose 2010 metais gimdė iki 1% moterų, tad galime daryti tvirtą prielaidą, kad ir Lietuvoje šis skaičius nėra didesnis [Sandall, 2015].



4.1 pav.: Gimdymai Lietuvoje pagal ligoninių grupes. Higienos instituto duomenys, grafikas autorės.

Ankstesniame skyriuje išsakytą išvalgą, kad pastaruoju metu gimdymų rodikliai nebergerėja nepaisant didėjančio intervencijų skaičiaus, Lietuvai būtų galima pritaikyti tik iš dalies. Vienas iš pagrindinių tokių statistinių rodiklių yra perinatalinio mirtingumo rodiklis, nurodantis, kiek

negyvų gimusių kūdikių (negyvagimių) ir kūdikių, mirusių pirmąją gyvenimo savaitę, tenka 1 tūkst. gimusių kūdikių (gyvų gimusių ir negyvagimių). PSO duomenimis, Vakarų Europos valstybių (Europos Sąjungos šalys iki 2004 metų) perinatalinis mirtingumas mažėjo iki dešimto amžiaus dešimtmečio ir nuo tada išliko stabilus – apie 7, tuo tarpu Lietuvos, kaip ir kitų į ES 2004 metais ir vėliau įstojusių valstybių, rodikliai toliau mažėjo (išskyrus 1990-1992 metų periodą) ir šiuo metu vidutiniškai yra geresni už ES senbuvių rodiklius, Lietuvos perinatalinis mirtingumas 2019 metais siekė 5,4 (žr. 4.2 grafiką).



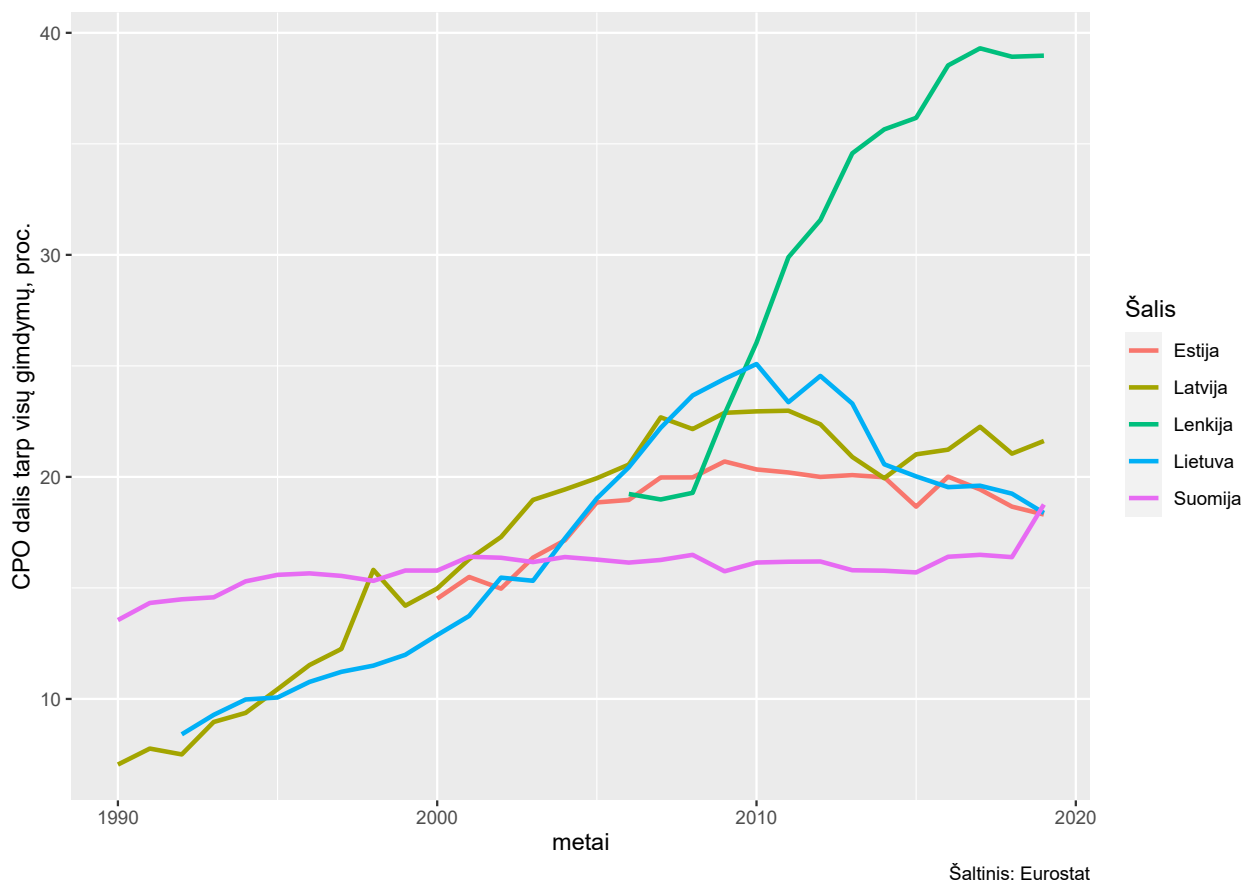
Eurostat duomenys

4.2 pav.: Perinatalinis mirtingumas (negyvagimių ir pirmą gyvenimo savaitę mirusių kūdikių skaičius 1000 naujagimių) Lietuvoje ir Europoje 1980-2020 m.

Žvelgiant į laikotarpį nuo 1990 metų, dalis gimdymų, pasibaigusių cezario pjūvio operacija (CPO), tendencijos Lietuvoje panašios į kitų kaimyninių posovietinių šalių (žr. 4.3 grafiką). CPO dalis augo tiek Lietuvoje, tiek kitose Baltijos šalyse (nuo 8% Lietuvoje 1992 metais iki 25% 2010 metais). Nuo 2010 metų Lietuvoje CPO dalis pradėjo mažėti – iki 18% 2019 metais, tuo tarpu Lenkijoje panašiu laikotarpiu CPO dalis išaugo beveik dvigubai – nuo 19% 2008 metais iki 39%, ir dabar Lenkija yra tarp Europos šalių, kuriose gimdymas dažniausiai pasibaigia cezario pjūviu (po Kipro, Rumunijos ir Bulgarijos). Palyginimui - Suomijoje, kurioje CPO dalis yra viena mažiausių visoje Europoje, ši dalis per 30 paskutinių metų kito nežymiai, nors taip pat didėjimo kryptimi (nuo 14% 1990 metais iki 16% 2018 metais ir 19% 2019 metais). Svarbu



paminėti, kad Suomijoje CPO gali būti atliekama moters pasirinkimu nesant medicininių indikacijų, o viena dažniausia planinių CPO priežasčių yra gimdymo baimė [Pallasmaa et al., 2010], tuo tarpu Lietuvoje tokia tvarka nėra numatyta. Lenkijos Ginekologų sąjunga taip pat nenumato tvarkos, pagal kurią CPO galėtų būti atliekama moters pasirinkimu arba dėl psichiatrinių diagnozių (tokių kaip gimdymo baimė), tačiau tokios operacijos atliekamos privačiose klinikose, o valstybinio sveikatos draudimo finansuojamose Lenkijos ligoninėse, bent pagal numatytą tvarką, CPO atliekama tik dėl medicininių indikacijų [Holka-Pokorska et al., 2016].

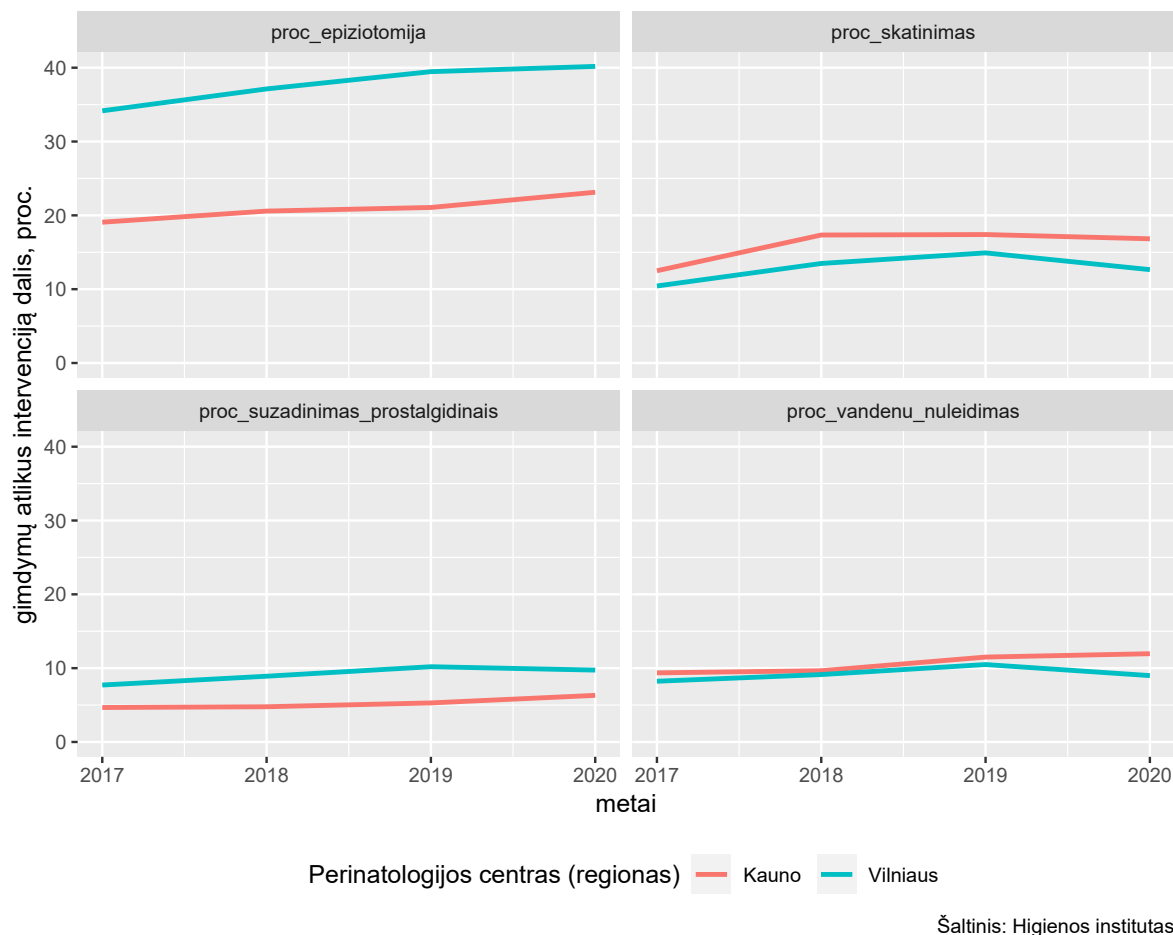


4.3 pav.: Cezario pjūvių dinamika Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse

Taip pat egzistuoja skirtumai ir tarp skirtingų gimdymo stacionarų regionų atliekant kitas intervencijas – pavyzdžiui, epiziotomija (tarpvietės kirpimas) Vilniaus perinatologiniame centre atliekama dvigubai dažniau (40% tarp visų natūraliais takais atliekamų gimdymų) nei Kauno (20%), o skatinimas prostalgidinais ir gimdymo sužadimas nuleidžiant vaisiaus vandenį yra šiek tiek dažniau atliekama Kauno perinatologinio centro ligoninėse (žr. 4.4 grafiką). Taip pat galima atkreipti dėmesį, kad 2017-2020 m. šių intervencijų dažnumas augo, nors laikotarpis per trumpas įvertinti ilgalaikes tendencijas.

Taigi, egzistuojančių nacionalinių ir regioninių skirtumų tarp intervencijų dažnumo negali paaiškinti vien tik oficialus reglamentavimas, labiau tikėtina, kad jų priežasčių reikėtų ieško-

ti analizuojant gimdymo stacionarų, specialistus rengiančių aukštųjų mokyklų ir/ar politiką formuojančių institucijų veikimo sąlygas, nuostatas ir pačią veiklą, pavyzdžiui, mėginant paaiškinti, kas pasikeitė, kad 2010 m. Lietuvoje stabilizavosi ir pradėjo mažėti CPO skaičius. Vis dėlto, tokia analizė siekiant paaiškinti šiuos skirtumus išėitų už šio darbo apimties ribų.



4.4 pav.: Gimdymo intervencijos pagal perinatologijos centrą

## 4.2. Aprašomoji statistika ir imties palyginimas su administraciniais duomenimis

Pagrindinė tyrime naudojamų kintamųjų statistika pateikta 4.1 ir 4.2 lentelėse. Antroje lentelėje pateikti tie duomenys, kuriuos galima palyginti su administraciniais duomenų šaltiniais. Glaustumo dėlei, čia bus išryškintos pagrindinės tendencijos. 64% respondenčių savo patirtį apibūdino kaip puikią arba gerą, 11% – kaip traumuojančią. Šis skaičius atitinka ne vieno ar kito mokslo naudojamą traumas apibrėžimą, bet pačių moterų traumas įsivardinimą. Gimdymo metu 70% moterų lydėjo jų partneris ir/ar kitas artimas asmuo, 2% moterų lydėjo dula (moterį galėjo lydėti daugiau nei vienas asmuo). Šis rezultatas patvirtina, kad praktika gimdyti kartu

su dula nėra paplitusi, tai specifinės grupės bruožas. Noro dalyvauti kintamojo vidurkis yra netoli vidurinės skalės reikšmės – 3,21, dalyvavimo kiek mažesnis – 2,71. Tai sutampa su kitų autorių darbais, kad realus moterų įsitraukimas į su gimdymu susijusių sprendimų priėmimą yra mažesnis nei jų lūkesčiai, kita vertus, skirtumas tarp šių dydžių nėra didelis, o tai rodo, kad moterų norai ir patirtys dėl įsitraukimo yra skirtingi – nuo lūkesčio, kad medikai priims visus sprendimus iki siekio visus sprendimus priimti pačiai. Bendras pagarbaus elgesio vidurkis aukštas – 8,5, tačiau yra daug žemiau esančių išimčių, analogiška situacija yra su patirto smurto įverčiu – vidurkis arti minimalios reikšmės, bet yra nutolusių išimčių. Dėl gimdymo priežiūros su konkrečiu personalu papildomai susitarė arba mokėjo nesusitarusios nedaug moterų – atitinkamai 12% ir 4%, tai smarkiai skiriasi nuo aptartų Vengrijos ir Serbijos mokslininkų darbų, kuriose susitarimai ir mokėjimai pateikiami kaip plačiai paplitusi praktika, vis dėlto šios praktikos taip pat aptinkamos ir Lietuvoje. GNT intervencijų lygio rodiklis vidutinis – 1,97, 26% moterų turėjo rizikos veiksnių, tad turima gera sklaida skirtingų medicininių būklių ir praktikų atžvilgiu. Nors 78% moterų visą laiką buvo kartu su savo naujagimiais, kūdikio atskirai nuo motinos praleisto laiko vidurkis siekia 2,44 – jį ištempia tie atvejai, kai atskirai buvo praleistas ilgas laiko tarpas (para ir daugiau).

Apklauskos duomenys taip pat buvo palyginti su oficialiai pateikiamais statistiniais duomenimis apie gimdymus ir gimusiuosius 2019 ir 2020 metais 4.2. Šiuo palyginimu taip pat keliami hipotezė, kad aukštesnės socialinės padėties moterys dažniau įsitraukė į apklausą. Pagrindinis administracinių duomenų apie gimdymus Lietuvoje šaltinis yra Higienos institutas (HI) [institutas, 2020b]. HI kiekvienais metais teikia duomenis apie Lietuvos ligoninėse (stacionaruose) gimusių kūdikių ir gimdžiusių moterų skaičių. Higienos institutas iki 2019 metų skelbė jų pasiskirstymą pagal pagrindines moterų sociodemografines charakteristikas (amžių, šeiminių padėčių, išsilavinimą, ankstesnių gimdymų skaičių), taip pat įvairias gimdymo charakteristikas, visų pirma – ligoninę ir tai, ar kūdikis/iai gimė natūraliais gimdymo takais, ar cezario pjūvio operacijos metu. Nors HI nepateikia duomenų apie gimdančių moterų gyvenamąją vietovę, Lietuvos statistikos departamentas (LSD) teikia analogiškus duomenis pagal kūdikių registracijos (ne gimimo) vietą [statistikos departamentas, 2022].

Apklausoje dalyvavo įvairaus amžiaus moterys iš visų Lietuvos apskričių, tačiau dažniau ją pildė moterys, kurios: gyvena Vilniaus apskrityje (39% apklausos atsakymų palyginus su 33% visų Vilniaus apskrityje registruotų naujagimių), gyvena miesto vietovėse (atitinkamai 89% palyginus su 11%), gimdė pirmąjį vaiką (63% palyginus su 45%), taip pat turinčios aukštąjį universitetinį išsilavinimą (62% palyginus su 45%). Taip pat dažniau apklausoje dalyvavo moterys, kurioms buvo atlikta skubi CPO (14% apklausoje palyginus su 10% tarp visų gimdymų),

	% arba M	SD	MIN-MAX
<i>Papildomi kintamieji (visa imtis, N=2702)</i>			
<b>Bendras patirties vertinimas</b>			
Puiki	27%		
Gera	37%		
Bloga	6%		
Nei gera, nei bloga	19%		
Traumuojanti	11%		
<b>Pajamos</b>			
Iki 450 eurų per mėnesį	3%		
450-1000 eurų per mėnesį	20%		
1000-1700 eurų per mėnesį	30%		
1700-3000 eurų per mėnesį	29%		
Virš 3000 eurų per mėnesį	11%		
Nenoriu atsakyti	7%		
<b>Pagrindinė veikla</b>			
Samdoma darbuotoja	82%		
Savarankiškai dirbanti/darbdavė	9%		
Namų šeimininkė	5%		
Studentė/moksleivė	3%		
Bedarbė	2%		
Nedirbanti dėl ligos ar negalios	0.1%		
<i>PCA naudoti kintamieji (tik pagimdžiusios ligoninėje, N=2670)</i>			
<b>palydovas</b>	0.70	0.46	0–1
<b>dula</b>	0.02	0.14	0–1
<b>ligoninės pasirinkimas</b>	1.17	1.08	0–3
<b>noras dalyvauti</b>	3.21	1.41	1–5
<b>dalyvavimas</b>	2.71	1.37	1–5
<b>pagarbus elgesys</b>	8.49	1.53	2–10
<b>susitarė su med.</b>	0.12	0.33	0–1
<b>mokėjo be susitarimo</b>	0.04	0.19	0–1
<b>CPO</b>	0.18	0.38	0–1
<b>GNT intervencijos</b>	1.97	1.26	0–5
<b>laikas atskirai</b>	2.44	6.25	0–24
<b>smurtas</b>	0.00	2.40	-1.31–10.95
<b>medicininės rizikos</b>	0.26	0.44	0–1

4.1 lentelė: Pagrindiniai kintamųjų rodikliai

o rečiau – tos, kurioms atlikta planinė CPO (5% apklausoje palyginus su 10% visų gimdymų), dažniau pildė gimdžiusios Kauno miesto ligoninėse (31% apklausoje palyginus su 25% visų gimdymų), o rečiau – gimdžiusios kitose (ne Vilniaus miesto) ligoninėse (34% apklausoje palyginus su 41% visų gimdymų).

Tai, kad apklausos duomenys kai kuriais atžvilgiais nėra proporcingi nagrinėtiems administraciniams šaltiniams, galėjo lemti ir pasirinktas apklausos sklaidos būdas, ir tam tikrų socialinių grupių didesnė motyvacija dalyvauti apklausoje. Dalis šių neatitikimų susiję tik su moters socialine padėtimi iki gimdymo (gyvenamoji vieta (miestas-kaimas) bei išsilavinimas), ir susijusias su pačia gimdymo patirtimi (gimdymo eiliškumas, būdas, ligoninė), nors pastarosios patirties vertinimas, žinoma, taip pat gali būti susijęs tiek su išankstinėmis *habitus* formuojamomis nuostatomis ir lūkesčiais gimdymo atžvilgiu, tiek ir turimu kapitalu, leidžiančiu pakreipti įvykių eigą viena ar kita linkme.

Imtis buvo savanoriška, todėl šališkumas galėjo atsirasti tiek dėl tyrimo dizaino, kai kvietimas dalyvauti apklausoje dažniau pasiekė aukštąjį išsilavinimą turinčias miestų gyventojas nei kitas moteris, bet taip pat ir dėl skirtingos moterų motyvacijos sudalyvauti tyrime ir atsakyti į klausimą iki galo. Aukštesnę motyvaciją dalyvauti apklausoje galėjo turėti moterys, kurioms gimdymas buvo intensyvesnė patirtis – pavyzdžiui, gimdant pirmą kartą arba kai prireikė atlikti skubią CPO.

Šią motyvaciją indikuoja ir apklausoje sudalyvavusių moterų atsakymų į atviro tipo klausimus pasiskirstymas (žr. 4.3 lentelę). Iš visų 2702 respondentų, 2354 jų pateikė 10207 atsakymus į atviro tipo klausimus, juos dažniau pateikė aukštesnį išsilavinimą turinčios moterys, taip pat tos respondentės, kurios savo patirtį vertino kaip blogesnę. Kita vertus, nebuvo reikšmingo skirtumo tarp atsakymų dažnio pagal gimdymo eiliškumą.

Taigi, viena vertus matome, kad aukštesnės socialinės padėties moterų balsas „garsesnis“ kalbant apie gimdymo patirtis – jos dažniau dalyvavo tyrime, ką galima interpretuoti kaip šiek tiek didesnę jų polinkį supprobleminti gimdymo priežiūrą ir gimdančios moters patirtį. Taip pat didesnę motyvaciją pasakoti savo patirtį turi moterys, kurios blogiau vertino šią patirtį ir/ar patyrė įvairių suvaržymų ar sunkumų gimdymo metu.

	%, apklausa (N = 2702)	%, populiacija
<i>Palyginimas su LSD duomenimis (N = 52537)</i>		
<b>Apskritis</b>		
Alytaus aps.	4%	4%
Kauno aps.	22%	20%
Klaipėdos aps.	10%	12%
Marijampolės aps.	5%	4%
Panevėžio aps.	6%	6%
Šiaulių aps.	6%	8%
Tauragės aps.	2%	3%
Telšių aps.	3%	5%
Utenos aps.	3%	3%
Vilniaus aps.	39%	33%
<b>Gyvenamoji vietovė</b>		
Kaimas	11%	30%
Miestas	89%	70%
<i>Palyginimas su LSD duomenimis, neįtraukiant nepilnamečių moterų (N = 52215)</i>		
<b>Amžiaus grupė</b>		
18-19	1%	2%
20-24	12%	12%
25-29	39%	33%
30-34	34%	34%
35-39	12%	16%
40 ir daugiau	2%	4%
<b>Gimdymo eiliškumas</b>		
Pirmas	63%	45%
Antras	28%	39%
Trečias ir daugiau	8%	16%
<i>Palyginimas su HI duomenimis (N = 47429)</i>		
<b>Gimdymo būdas</b>		
Natūraliais gim. takais	81%	80%
Planinė CPO	5%	10%
Skubi CPO	14%	10%
<b>Ligoninių grupė</b>		
Vilniaus miesto	35%	34%
Kauno miesto	31%	25%
Kitų didmiesčių	19%	23%
Regioninės	15%	18%
<i>Palyginimas su HI duomenimis, tik 2019 metai (N = 24396)</i>		
<b>Išsilavinimas</b>		
Aukštasis (kolegija)	18%	14%
Aukštasis universitetinis	62%	45%
Ne aukštasis	20%	41%
<b>Šeiminė padėtis</b>		
Ištekėjusi	80%	75%
Partnerystėje	18%	21%
Vieniša/išsiskyrusi	2%	4%

4.2 lentelė: Apklausos ir administracinių duomenų palyginimas

	visos	atsakė į atvirus kl.	atsakymai %
<b>Patirtis</b>			
Bloga	6%	7%	8%
Gera	37%	36%	33%
Nei gera, nei bloga	19%	19%	20%
Puiki	27%	26%	22%
Traumuojanti	11%	12%	17%
<b>Išsilavinimas</b>			
Aukštasis (kolegija)	18%	18%	17%
Aukštasis universitetinis	62%	63%	67%
Ne aukštasis	20%	19%	16%
<b>Gimdymo eiliškumas</b>			
Antras	28%	28%	28%
Pirmas	63%	63%	64%
Trečias ir daugiau	8%	8%	8%

4.3 lentelė: Apklauso duomenų pasiskirstymas pagal pasirinktas grupes: visų respondenčių (pirmas stulpelis), atsakiusių į bent vieną atvirą klausimą (antras stulpelis), atsakymų į atvirus klausimus (trečias stulpelis)

### 4.3. Gimdymo praktikas struktūruojantis laukas, PCA

#### Ašių išskyrimas

Iki šiol tyrime buvo aptarta daug skirtingų moters gimdymo patirtį galinčių veikti aspektų: skirtingos praktikos, kurias atlieka moteris (tarkime, susitarimai su medikais ar dula, ligoninės pasirinkimas), medicininės praktikos, bendravimo su personalu ir pasitikėjimo juo skirtumai. Taip pat lieka atviras klausimas, ar ir kaip šie aspektai susiję su moters socialine padėtimi. Analizei naudotų kintamųjų koreliacijos paporiui pateiktos 4.4 lentelėje – paporiui teigiamai vidutiniškai koreliuoja noras dalyvauti priimant sprendimus ir dalyvavimas, taip pat laikas atskirai ir CPO, neigiamai vidutiniškai koreliuoja bendras patirties vertinimas ir patirtas smurtas, stipriai koreliuoja pagarbus personalo elgesys su bendru patirties vertinimu (teigiama kryptis) bei patirtu smurtu (neigiama kryptis). Siekiant suprasti sąryšius tarp skirtingi gimdymo praktikų ir patirties aspektų visumos, bei kurie iš šių aspektų geriausiai apibendrinta skirtumus tarp visų patirčių, šiame darbe atlikta pagrindinių komponentių analizė (PCA). Ši analizė leis pateikti struktūrizuotą gimdymo patirčių įvairovės vaizdą, bei išskirti pagrindines ašis, kuriomis šias patirtis galima apibūdinti.

Svarbu pabrėžti, kad PCA pagrindinės komponentės apskaičiuojamos taip, kad jos tarpusavyje visiškai nekoreliuotų. Analizei naudoti 13 kintamųjų, todėl PCA rezultatai iš viso sudaro 13 komponentių, bet tik 3 iš jų paaiškinama dispersija (kurią nusako tikrinės reikšmės dydis (*eigenvalue*), yra didesnė už vidutinę (t. y. didesnės už 1). Kitaip tariant, tik šių trijų komponentių aiškinamoji galia didesnė už pradinių kintamųjų. Šios komponentės kartu su ketvirtąja ir penktąja komponente paaiškina beveik 58% visos dispersijos (žr. 4.5 lentelę), todėl toliau bus nagrinėjamos pirmosios 5-ios dimensijos, iš kurių didžiausias dėmesys bus skiriamas pirmosioms trimis. Visų individų debesies projekcija į pirmųjų dviejų komponentių (ašių) plokštumą pavaizduota 4.5 grafike, kartu su kiekvieno kintamojo vektoriumi. Vienas individas (grafiko taškas) atitinka vieną apklausos atsakymą (t.y. vieno gimdymo patirtį). Svarbu atkreipti dėmesį, kad kadangi viena moteris gali pagimdyti daugiau nei vieną kartą (gali būti, kad yra moterų, kurios apklausą užpildė daugiau nei vieną kartą), tai individas atitinka ne gimdančią moterį, o būtent jos gimdymo patirtį.



	palydovas	dula	lig_rinkosi	norejo_dalyvausti	dalyvavo	pagarbus_elgesys	taresi	mokejimas_nesitarus	cpo	gnt_intervencijos	laikas_atkirai	smurtas	komplikacijos	patirtis
palydovas	1	0.026	0.174	0.049	0.079	0.032	0.016	0.044	-0.141	0.133	-0.07	-0.015	-0.043	0.042
dula		1	0.082	0.154	0.1	-0.015	0.027	-0.029	-0.019	-0.095	-0.044	0.076	0.019	0.032
lig_rinkosi			1	0.032	0.126	0.15	0.034	-0.031	-0.097	0.07	-0.086	-0.09	-0.12	0.171
norejo_dalyvausti				1	<b>0.442</b>	-0.199	0.02	0.013	0.005	-0.063	-0.011	0.189	-0.018	-0.131
dalyvavo					1	0.216	0.069	-0.046	0	-0.088	-0.06	-0.153	0.011	0.233
pagarbus_elgesys						1	0.09	-0.103	-0.047	-0.036	-0.073	<b>-0.584</b>	0.013	<b>0.553</b>
taresi							1	-0.075	0.07	0.038	-0.001	-0.045	-0.026	0.078
mokejimas_nesitarus								1	0.018	0.016	0.047	0.045	-0.016	-0.065
cpo									1	-0.27	<b>0.369</b>	0.081	0.097	-0.211
gnt_intervencijos										1	-0.043	0.039	-0.026	-0.158
laikas_atkirai											1	0.132	0.162	-0.202
smurtas												1	0.011	<b>-0.453</b>
komplikacijos													1	-0.003
patirtis														1

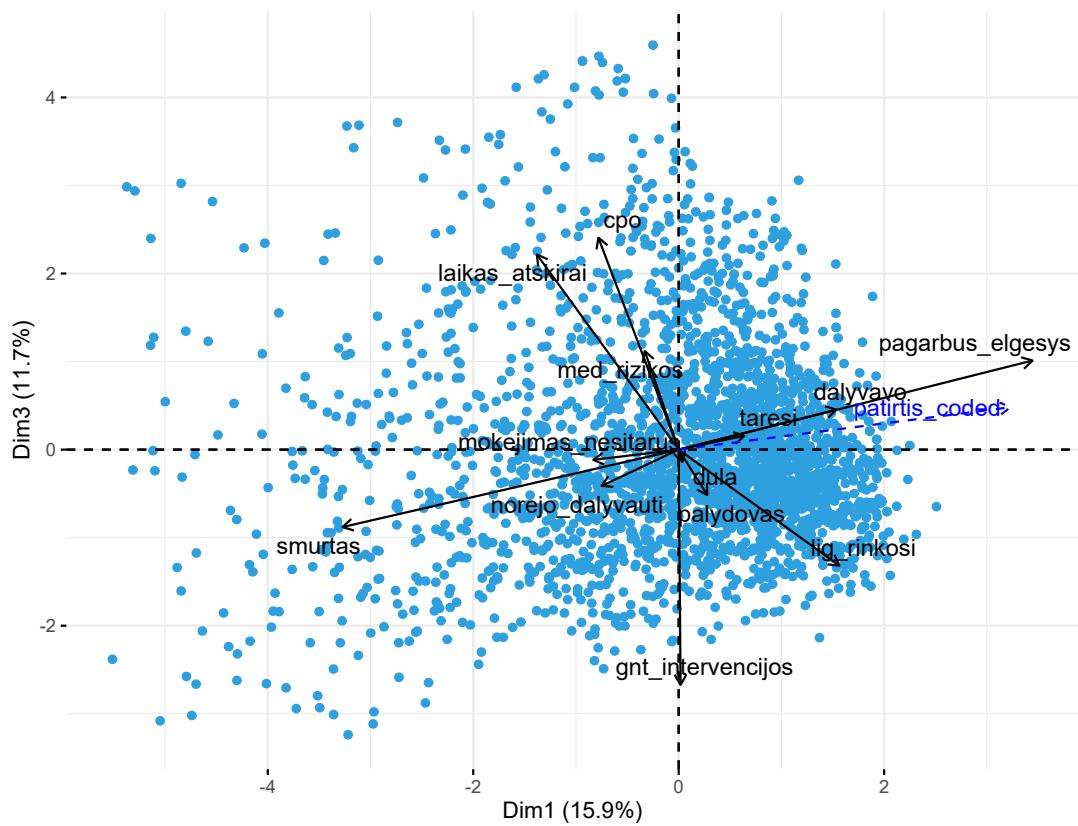
4.4 lentelė: PCA analizei naudotų kintamųjų tarpusavio koreliacijos

	Tikrinė reikšmė	Paaškinamos dispersijos dalis, proc.	Kum. dispersijos dalis, proc.
comp 1	1.8613	15.9306	15.9306
comp 2	1.5755	13.4845	29.4151
comp 3	1.3676	11.7052	41.1203
comp 4	0.9963	8.5276	49.6478
comp 5	0.9635	8.2465	57.8943
comp 6	0.9255	7.9213	65.8156
comp 7	0.862	7.3777	73.1933
comp 8	0.8403	7.1921	80.3854
comp 9	0.653	5.589	85.9744
comp 10	0.5524	4.728	90.7024
comp 11	0.4453	3.8111	94.5134
comp 12	0.3612	3.0914	97.6049
comp 13	0.2798	2.3951	100

4.5 lentelė: Tikrinės PCA komponentių reikšmės ir variacijos dalis

Kiekvieno kintamojo įtaka komponentei nusakoma jos indėlio dydžiu (*contribution*), kurių suma kiekvienai komponentei lygi 100%. Kiekvieno kintamojo koordinatės, indėlis ir  $\cos^2$  dydis, paaiškinantis kaip gerai konkreti pagrindinė komponentė nusako kintamąjį, pateiktos 4.6 lentelėje. Kintamieji, kurių indėliai (didesnius už vidutinį 100% : 13 = 7,69%) pirmai komponentei didžiausi, yra pagarbaus ir rūpestingo personalo elgesio bei ligoninės pasirinkimo (teigiama kryptis) ir patirto psichologinio smurto ir prievartos (neigiama kryptis) kintamieji. Taip pat, netoli vidutinio yra dalyvavimo priimant su gimdymu susijusius sprendimus (teigiama kryptis), o neigiamą – atskirai nuo kūdikio praleistas laikas po gimdymo (kurį dažniausiai galima sieti su medicininėmis komplikacijomis). Bendras šių kintamųjų indėlis į pirmąją komponentę sudaro 92 %. Su pirmosios komponentės ašimi stipriai koreliuoja (0,63) bendras gimdymo patirties vertinimas. Todėl apibendrinant **pirmąją komponentę galima laikyti įgalinančios gimdymo patirties ašimi.**

Antrajai komponentei didžiausi indėliai buvo noras dalyvauti, dalyvavimas ir dulos dalyvavimo (teigiama kryptis), o tarp neigiamų vektorių didžiausią reikšmę turi intervencijų (gimdymo natūraliais takais) kintamasis (jų bendras indėlis šiai komponentei yra 93%). Apibendrintai **antrąją ašį** būtų galima laikyti moters siekio aktyviai dalyvauti priimant gimdymo sprendimus ašimi (ir ypač – sėkmingo), kurį taip pat būtų galima susieti su **refleksyvaus paciento**



4.5 pav.: PCA individų debesis ir kintamųjų koordinatės pirmos ir antros dimensijų plokštumoje (viršuje) bei pirmos ir trečios dimensijų plokštumoje (apačioje)

	coordinates			contribution			cos <sup>2</sup>		
	Dim.1	Dim.2	Dim.3	Dim.1	Dim.2	Dim.3	Dim.1	Dim.2	Dim.3
palydovas	0.068	0.043	-0.125	0.245	0.115	1.139	0.015	0.006	0.051
dula	0.009	0.423	-0.034	0.004	11.341	0.083	0.000	0.182	0.001
lig_rinkosi	0.379	0.210	-0.319	7.711	2.797	7.437	0.144	0.044	0.102
norejo_dalyvauti	-0.182	0.831	-0.100	1.773	43.831	0.728	0.033	0.691	0.010
dalyvavo	0.372	0.734	0.110	7.433	34.193	0.884	0.138	0.539	0.012
pagarbus_elgesys	0.834	-0.107	0.245	37.384	0.720	4.391	0.696	0.011	0.060
taresi	0.155	0.094	0.038	1.291	0.563	0.105	0.027	0.010	0.002
mokejimas_nesitarus	-0.201	-0.052	-0.028	2.176	0.175	0.058	0.042	0.003	0.001
cpo	-0.189	0.060	0.583	1.924	0.229	24.828	0.044	0.004	0.414
gnt_intervencijos	0.005	-0.234	-0.647	0.001	3.465	30.612	0.000	0.055	0.419
laikas_atskirai	-0.334	-0.056	0.537	6.000	0.199	21.050	0.112	0.003	0.288
smurtas	-0.792	0.192	-0.213	33.715	2.347	3.317	0.628	0.037	0.045
medicinines_rizikos	-0.080	-0.020	0.271	0.343	0.025	5.369	0.009	0.001	0.099

4.6 lentelė: PCA modelio kintamųjų įnašai ir koordinatės pagrindinėms komponentėms

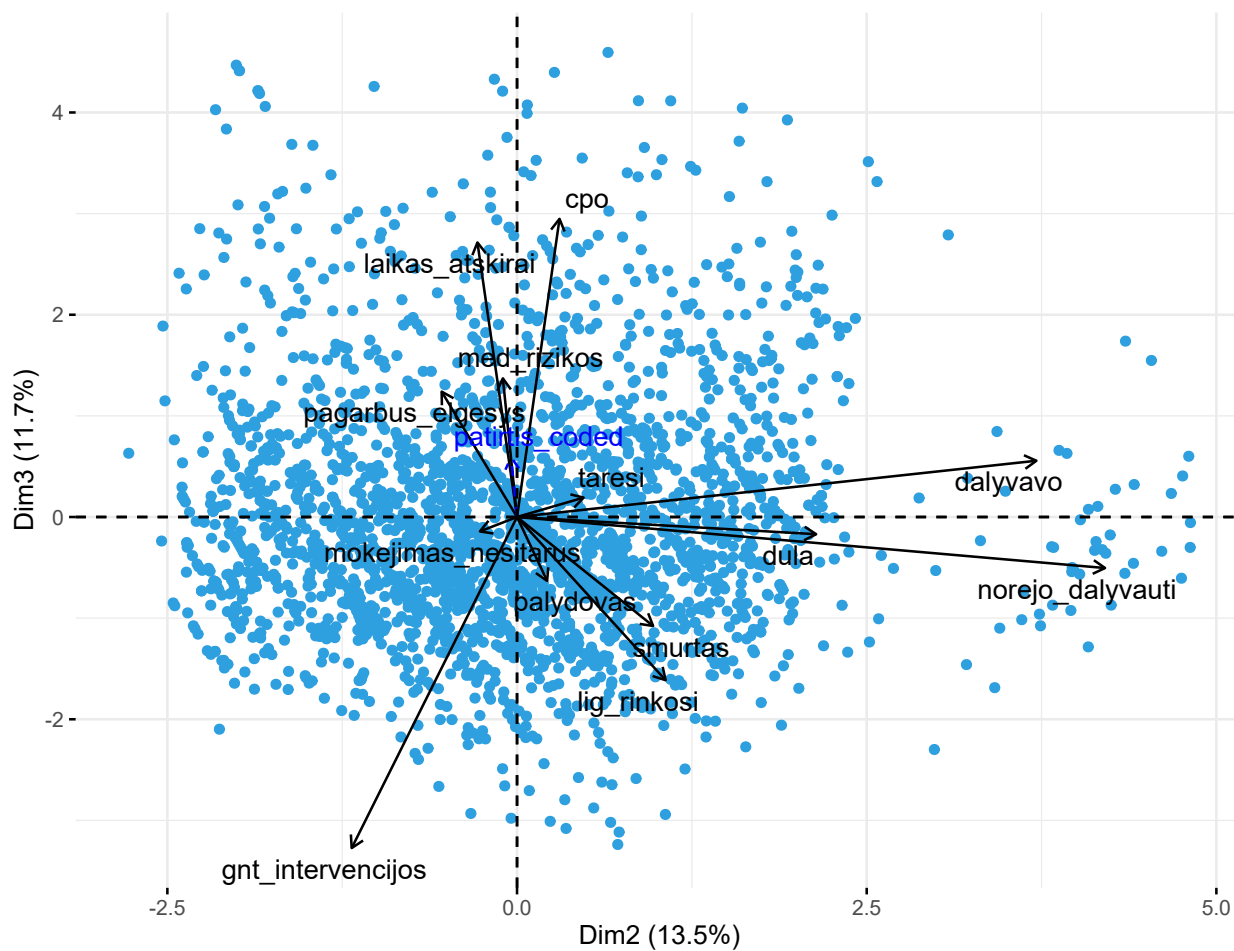
habitus, tačiau ryšį su gimdymo aplinkybėmis (CPO ir gimdymo intervencijos bei gimdymo komplikacijomis) verta paanalizuoti detaliau. Dulų vaidmuo įprastai siejamas su natūralistinio gimdymo ideologija [Johnson and Simon, 2020], o intervencijos šioje ašyje turi priešingą kryptį nei aktyvų dalyvavimą nurodantys kintamieji – šis pastebėjimas gerai derėtų tiek su natūralistinio gimdymo ideologija, tiek su konstruktyvistine teorija, kai medicininės intervencijos ir tam tikrų nėštumo būsenų konstravimas kaip mediciniškai rizikingų interpretuojamos kaip priemonės, kuriomis įgyvendinama moterų kūnų kontrolė. Kita vertus, CPO ir gimdymo komplikacijų kintamasis, kuriuos taip pat būtų galima sieti su tokios kontrolės praktikomis, šioje ašyje turi teigiamą kryptį (CPO) arba išvis beveik neatsispindi (medicininės rizikos). Vadinasi, dalies medicininių praktikų taikymas (pvz. CPO) ar „rizikingo“ nėštumo ir/ar gimdymo etiketė dar neimplikuoja, kad moteris jausis pasyvi gimdymo dalyvė.

Nevienareikšmis ryšys tarp skirtingų medicininių praktikų dar ryškesnis trečiojoje komponentėje (taip pat žr. 4.6). Trečiajai komponentei didžiausi indėliai – CPO, atskirai praleisto laiko bei medicininių rizikų (teigiama kryptis) ir GNT intervencijų (gimdymo skatinimas, vaisiaus vandenų nuleidimas, nuskausminimas, replės/vakuumas, epiziotomija) bei ligoninės pasirinkimo (neigiama kryptis) kintamųjų (jų bendras indėlis sudaro 89%). Tikėtina, kad komplikacijų atvejų moterys yra linkusios labiau palankiai vertinti jų gimdymą priimančio personalo elgesį, labiau pasitikėti medikų priimamais sprendimais ir priima juos kaip neišvengiamus, o medicininių nėštumo rizikų atveju važiuoja gimdyti į tą ligoninę, kurią rekomenduoja nėštumą

prižiūrintys gydytojai (pvz. tretinio lygio ligoninė) ir mažiau skiria resursų pasirinkti ligoninę. Tuo tarpu minėtos gimdymo natūraliais takais intervencijos neretai atliekamos grindžiant tuo, kad pati gimdymo eiga klostosi taip, kad moteriai pačiai nepavyksta gimdyti be šių intervencijų (pvz. gimdymo eigą reikia paskatinti nuleidžiant vaisiaus vandenį), bet atlikus vieną tokią intervenciją gydytojai dažnai dar neperima visos atsakomybės už gimdantį kūną, todėl tokias intervencijas būtų galima laikyti inkrementinėmis, o pirmąsias – radikaliomis. Dėl to šią ašį galima apibendrinti kaip radikalių-inkrementinių intervencijų ašį, radikaliąsias taip pat susiejant su CPO, o inkrementines – su gimdymu natūraliais takais. Kita vertus, būtent inkrementinės intervencijos antroje ašyje buvo susijusios su mažesniu siekiu aktyviai dalyvauti priimant gimdymo sprendimus. Tad galime teigti, kad gimdymo natūraliais takais atveju aktyvus dalyvavimas yra susijęs su mažiau GNT intervencijų ir gimdymu, atitinkančiu natūralistinio gimdymo ideologiją, o gimdymo CPO atveju – su (sklandžia) planine CPO. Abiem atvejais nėra atliekama nei daug radikalių, nei inkrementinių intervencijų. Tai matoma ir 4.6 grafike – labiausiai į viršų (refleksyvios pacientės ašyje) nutolę taškai yra per vidurį tarp radikalių ir inkrementinių intervencijų.

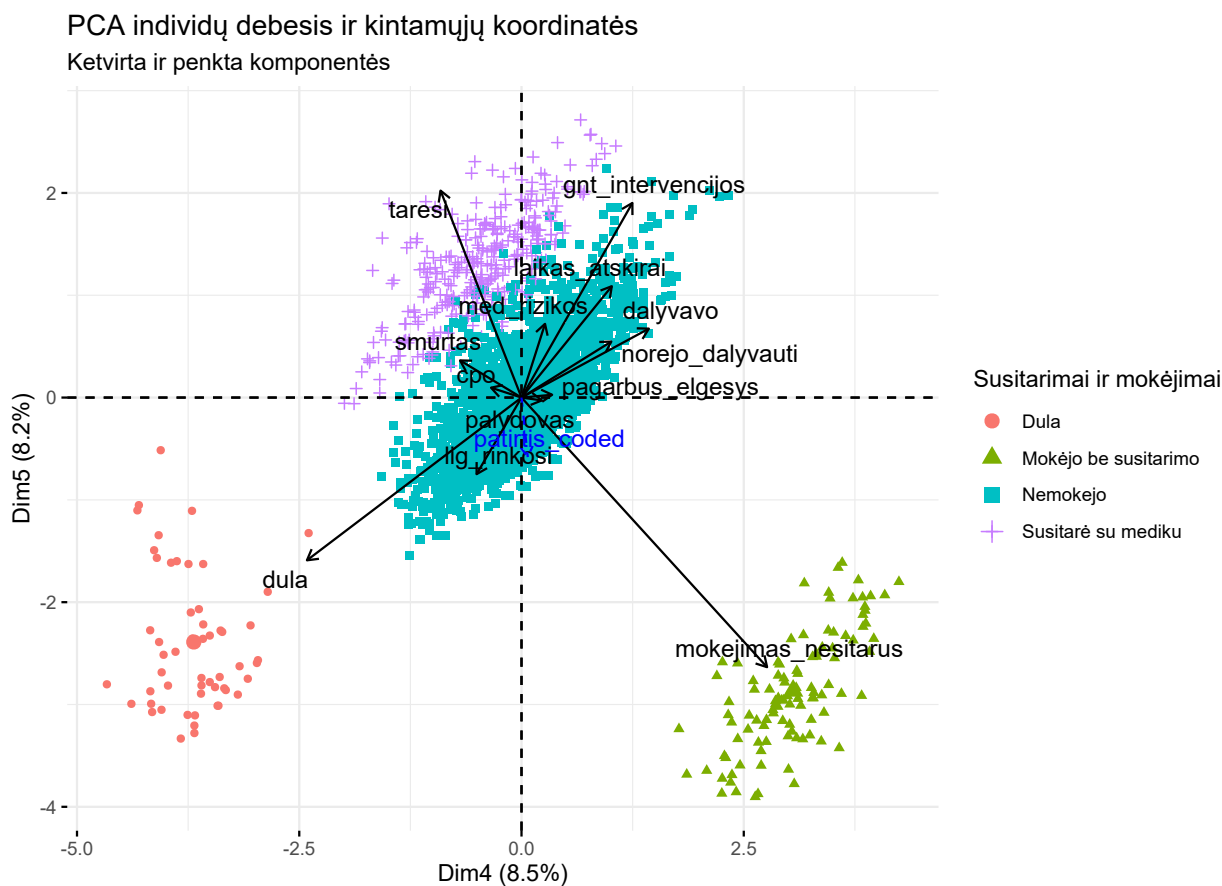
Žvelgiant į pirmų trijų ašių grafikus nesunku pastebėti dvi išsiskiriančias individų grupes: pirmoji iš jų yra tik ką aptarta refleksyvių pacienčių *habitus* gimdymų grupė (labiausiai nutolusi į viršų antrosios ašies atžvilgiu), o kita – toliausiai į kairę pirmojoje ašyje nutolusių individų grupė, kurią galime apibrėžti kaip nugalinančios patirties gimdymų grupę. Vėliau pagrįsime, kodėl šią grupę susiesime su traumuojančiomis gimdymo patirtimis.

Ketvirtoji ir penktoji komponentės susijusios su labiau išskirtinėmis praktikomis – dulos dalyvavimu gimdyme, išankstiniu susitarimu su konkrečiu personalu, kuris priimtų gimdymą, ir neoficialiu mokėjimu be išankstinio susitarimo (žr. 4.3 grafiką). Dėl kintamųjų operacionalizavimo, kurio metu kategorija „mokėjimas be susitarimo“ buvo priskirta tik tomis moterims, kurių atsakymai neindikavo, kad jos iš anksto būtų susitarusios su konkrečiais asmenimis dėl gimdymo priežiūros, o likusios kyšį davusios moterys buvo priskirtos prie kategorijos „susitarė“, priešingos šių kategorijų kryptys galėjo atsirasti ir dėl jų nesuderinamumo. Kita vertus, šias kategorijas atitinkantys kintamieji įgauna priešingas kryptis visose pirmose penkiose pagrindinėse modelio komponentėse. Išankstinis susitarimas kitose ašyse sietinas su įgalinančia patirtimi, aktyviu dalyvavimu ir radikaliomis intervencijomis, mokėjimas be susitarimo – priešingai. Gali būti, kad šeimos, kurios buvo iš anksto susitarusios dėl gimdymo priežiūros ir už tai mokėjo pinigus (tiek pagal oficialią tvarką į ligoninės kasą, tiek kaip kyšį pačiam personalui). suprato kaip mokėjimą už papildomą paslaugą (galimybę užmegzti stipresnį, pasitikėjimu grįstą ryšį) ir pačios buvo šios praktikos ir susitarimo iniciatorės, tuo tarpu tos šeimos, kurios mokėjo kyšį be



4.6 pav.: PCA individų debesis ir kintamųjų vektoriai į antros ir trečios dimensijų plokštumą

išankstinio susitarimo, dažniau galėjo šį veiksma atlikti nenoromis (prieš savo valią) ir stipriau jausti neišpildytą ryšio lūkestį ar neteisybės jausmą, kad mokama už malonų bendravimą, kuris turėtų būti suteiktas nepriklausomai nuo mokėjimo. Tad respondenčių, kurios buvo susitarusios su gydytojais arba dūlomis, gimdymo patirtys yra arčiau refleksyvių pacienčių gimdymo patirties, o mokėjusiųjų be susitarimo – prie mažiau įgalinančių gimdymo patirčių.



#### 4.4. Gimdymo patirčių tipologija remiantis PCA analizės debesimi

Ankstesniame skyriuje buvo aprašytos pagrindinės tendencijos, kuriomis išsidėsto tyrime dalyvavusių moterų gimdymo praktikos ir patirtys. Išskirtos trys pagrindinės ašys – įgalinimo, aktyvaus-pasyvaus dalyvavimo priimant sprendimus ir radikalių-inkrementinių intervencijų. Taip pat papildomo paminėjimo nusipelno susitarimų su medikais, dūlomis ir neoficialių mokėjimų nesusitarus praktikos. Visgi, siekiant įsitikinti, kad tendencijos, kurios buvo išskirtos remiantis jų koreliacija su pradiniais kintamaisiais, buvo interpretuotos tinkamai, svarbu jas užpildyti „turiniu“ – t. y., konkrečių (tipinių) individų pavyzdžiais. Šie pavyzdžiai bus iliustruojami citatomis iš atvirų apklausos atsakymų.

Siekiant aprėpti ir konceptualizuoti visą individų debesį, šie bus suskirstyti į grupes. Šalia

anksčiau išskirtų dviejų gimdymo patirčių grupių – refleksyvios pacientės ir traumuojančios patirties, išskirtos dar 4 grupės remiantis pirmųjų dviejų ašių sankirta bei dar viena grupe, atitinkančia labiausiai radikalių intervencijų ašyje nutolusius individus<sup>1</sup> :

- gimdymas bendradarbiaujant su medikais (įgalinanti ir aktyvaus dalyvavimo patirtis),
- gimdymas visiškai pasitikint medikais (įgalinanti ir pasyvaus dalyvavimo patirtis),
- gimdymas kaip kova (mažiau įgalinanti ir aktyvaus dalyvavimo patirtis),
- apvilto pasitikėjimo gimdant patirtis (mažiau įgalinanti ir pasyvaus dalyvavimo patirtis),
- traumuojanti patirtis,
- komplikuoto gimdymo (radikalių intervencijų) patirtis
- refleksyvios pacientės patirtis,

Grafinis tipų išdėstymas pateiktas 4.4 grafike. Pateikiant respondenčių citatas, jų rašytinė kalba netaisyta, siekiant ją išlaikyti kuo autentiškesnę, išskyrus akies klaidas ar retesnius trumpinius, dėl kurių taptų sudėtinga perskaityti patį tekstą.

### **Įgalinantis gimdymas, aktyvus dalyvavimas: „Su gydytojais bendradarbiavome“**

Moterys pabrėžia bendravimą su gydytojais ir pasitikėjimą jais. Gydytojai išsamiai paaiškina, todėl net jei atliekama daug intervencijų, moteris jaučiasi įtraukta į sprendimų priėmimą, jaučia medikų palaikymą:

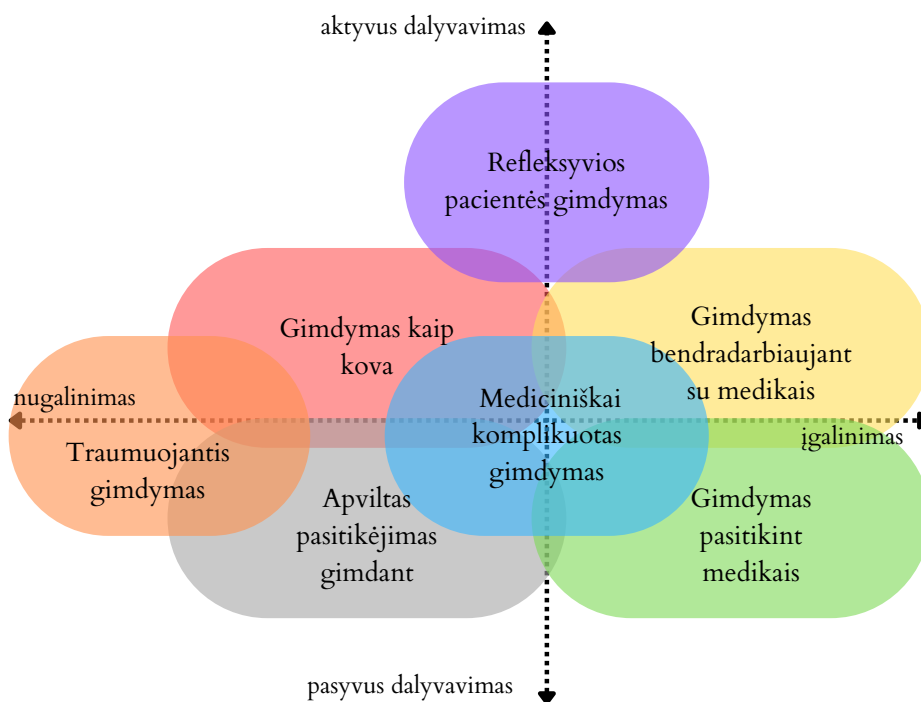
*„[Apie sprendimą daryti CPO] Bandant gimdyti natūraliai, mažylis užstrigo. <...>  
Buvau supažindinta su situacija ir galimais veiksmais. Pasitikėjau medikais.“ (1114)*

*„Su gydytojais bendradarbiavome, pasitikėjau jų gera valia.“ (1775)*

---

<sup>1</sup>Idealiu atveju būtų galima nagrinėti 8 galimus individo išsidėstymo pirmose trijose ašyse atvejus nuo : įgalinanti, aktyvaus dalyvavimo, radikalių intervencijų patirties iki nugalinančios, pasyvaus dalyvavimo, inkrementinių intervencijų patirties. Vis dėlto, individų debesies išsidėstymas suferuoja, kad toks suskirstymas būtų perteklinis. 4.5 grafike matome, kad dešinėje (įgalinančio gimdymo pusėje) debesis nėra išsisklaidęs, individus apačioje kairėje atitinka nugalinančio gimdymo grupę, tad papildomo išskyrimo reikalinga tik viršuje esanti grupė. Analogišką išvadą darome žiūrėdami į 4.6 grafiką. Tokį suskirstymą didžiąja dalimi pagrindžia ir k-means duomenų klasterizavimo algoritmas, kurį darbo autorė pritaikė grupuodama duomenis. Vis dėlto, čia siūlomas grupavimas neatitinka „mašininio“ algoritmo rezultatų, kurie buvo pakoreguoti atsižvelgiant į ekspertinį autorės vertinimą, dėl to visa mąstymo eiga darbe nėra pateikiama, o tik galutinis rezultatas.





4.7 pav.: Gimdymų patirčių tipologija

*„Viskas buvo labai sklandžiai, gydytojai siūlė tinkamus variantus tiek saremiu metu, tiek gimdymo, viska taremes ir priemem tinkamus sprendimus ko pasekoje gimdyma prisimenu labai gražiai be jokiu nesklandumu.“ (710)*

Kartais gimdymą priima medikai, su kuriais susitarta iš anksto (pvz., jie prižiūrėjo moters nėštumą):

*„Gimdžiau mažoje ligoninėje pas mane visą nėštumą prižiūrejusia skyriaus vedėja. Nėštumas buvo sklandus, bet gimdymo veiklą nesivystė tad teko skatinti ir nuleisti vandenį. Personalas superinis. Lankė klausinėjo niekada nepaliko vienos. Skatino maitinti ir patarinėjo. Tik šilčiausi atailiepipimai“ (248)*

Taip pat moterys vertina ne tik personalo profesines kompetencijas, bet ir suteiktą rūpestį:

*„Norėčiau pagirti akušerę L.P.! Nuostabus žmogus ir puiki specialistė! Mum iš tiesų paaisekė, kad gimdyti pakliuvome pas ją. Labai rūpestinga bei kompetetinga. Gimdymas užtruko 26h, bet ji visą laiką buvo šalia ir labai mumis rūpinosi“ (2745)*

*„Gimdžiau su šypsena, pajuokauti su gydytojais galėjau, šalia vyras. Nuostabi patirtis“ (2924)*

*„Mano gimdymo patirtis - nuostabi, deka supratingos, profesionalios akuseres Vilijos.“ (39)*

## **Įgalinantis gimdymas, pasyvus dalyvavimas: „Pilnai pasitikėjau“**

Ir šioje grupėje moterys pabrėžia pasitikėjimą gydytojais, net jei jie nekomentuoja ir neaiškina savo sprendimų, galbūt net prašo, kad jie priimtų sprendimus:

*„Viskas vyko labai greitai, nebuvo laiko kada aiškinti, o aš pilnai pasitikėjau medikų priimamais sprendimais, kurie ir buvo manau geriausi vaikeliiui ir pavyko išvengti cezario pjūvio operacijos. <...> Man dar buvo geriau vienai gimdyti, personalas labai padėjo.“ (572)*

*„gimdymas buvo greitas ir sklandus, nebuvo kritiniu momentu, pasitikejau medikais ir viskas labai tenkino.“ (1098)*

*„Gydytojai dėl visko tarėsi su manimi, aš dažnu atveju tiesiog prašiau jų priimti geriausių sprendimą, nes profesionalai jie“ (2170)*

Kartais būtent medikų veiksmai, jų rūpestis padeda moteriai išverti skausmą, geriau suprasti savo kūną, susitelkti į savo pojūčius:

*„Devėjau kaukę, ji visiškai man netrugdė, net pamiršau, kad esu su ja, per stangas, gydytojas ją nuėmė, kad man būtų lengviau įkvėpti“ (77)*

*„Sąrėmių metu galvoji apie tik skausmą ir pasitiki 100proc medikų sprendimais. <...> [Buvau] visiškai atsipalaidavusi, puikiai pasirūpino.“ (1393)*

*„Pasikeitus pamainai ir atėjus skyriaus vedėjai, pasitikėjau, nes pasidarė ramiau ir aiškiau, kas vyksta.“ (1358)*

Kontrolės perleidimas medikams gali būti suvokiamas kaip malonus, nes neapkrauna moters rūpesčiais:

*„Malonu yra važiuoti gimdyti ir nepergyventi dėl nieko.“ (2194)*

## **Mažiau įgalinantis gimdymas, aktyvus moters dalyvavimas: „turėjau gimdydama kovoti“**

Šios moterys prastai vertina personalo elgesį, jų pasakojimuose daugiau į konfliktą nurodančių žodžių: „spaudimas“, „reikia pakovoti“, „kariauti“. Šiuose konfliktuose lengviau apginti save tuo atveju, kai nėra poreikio radikalioms intervencijoms:

*„Informacijos labai trūko <...> nors vaisiaus būklė buvo puiki. Jaučiau didelį spaudimą greičiau pagimdyti. Turėjau gimdydama kovoti, kad nebūtų atliktas vandeny nuleidimas, kurį vis siūlė.“ (583)*

*„Reikėjo pakovoti už save. Pvz, kad tonus matuotų negulint ir leistų judėti bent sėdint ant kamuolio. Taip pat reikėjo išsiprašyti daugiau laiko su kūdikiu po gimdymo gimdykloje <...> Pati turėjau paprašyti kitos gimdyklos.“ (2363)*

*„Pirmoji pamaina nenorėjo atsižvelgti į mano norus, sprendimus, spaudė priimti jų metodus, ir man prieštaraujant net buvo grasinama, bet pamaina su kuria galiausiai pagimdžiau buvo labai atidi mano norams, sprendimams, nuomonei, visad prieš ką nors darant papasakojo, kokia situacija, kaip darysim, ar sutinku. <...> Jautiesi lyg atėjęs kariauti, o ne gimdyti.“ (1684)*

*„Personalas nenorėjo/bijojo laukt, nes kaklelis nedaug buvo prasivėręs, o aš po dviejų cezarių. Skubėjo. <...> Informacija pateikiama su spaudimu ir gasdinimu. Nelieta kito varianto, tik pritarti. Mano atveju, nors nėštumo metu žadėjo leist gimdyt, atvykus, nubėgus vandenim, griežtai nusprendė daryt cezari, nelaukt kol atsivers gimdos kaklelis.“ (120)*

Personalas taip pat gali priešiška reaguoti į moters rodomą norą įsitraukti į sprendimų priėmimą, moterims trūksta palaikymo. Tiek gimdančios moterys, tiek medikai dažnai šį norą sieja su lknatūralaus gimdymo idėja. Pvz. jos atsisako rutininių procedūrų, nuskausminimo, turi gimdymo planą (dokumentą, kuriame iš anksto surašo savo poziciją dėl įvairių praktiškų galimais gimdymo eigos atvejais).

*„Gydytojas, kadangi atsisakinėjau vandeny nuleidimo ir oksitocino, išvadino pašaipiai natūraliste ir pasakė, kad prieštarauju jų metodikoms ir turėčiau gimdyti Krikščioniškuose GN. <...> Trūksta palaikymo pačiai gimdyvei aktyviai priimant sprendimus dėl savo gimdymo.“ (583)*

*„Pačioj gimdymo pradžioj gydytojas siūlė epidūrą ir stebėjosi, kad noriu gimdyti natūraliai. <...> Kai kurie gydytojai bendravo nepagarbiai, grubiai, teisė. Buvo ir daug puikaus, malonaus personalo, bet tas šaukštas deguto tikrai gadina patirtį.“ (2363)*

*„Atvykus gimdyti su gimdymo planu buvo juokiamasi, kad ne medikė būdama aiškiu, kaip bus. Sakė, kad gali visokių komplikacijų būti ir, kad tik jie žino ką daryti, o tą popierių verčiau paslėpt sakė.“ (1684)*

Kitais atvejais – priešingai – moterims atrodo, kad jų medicininė būklė gydytojų vertinama nepakankamai rimtai, nuvertinamas moters nerimas:

*„Pareikalavus man atlikti Cezario operacija: buvo atsakyta eik ir išsipjauk pati. Tada aš pareikalavau daktaru konsiliumo.<...>.Buvo sutikimas tik tada kai pasakiau ,kad visa atsakomybė operacijos prisiėmu pati ir pasirašau visus jų popierius ,kad neturėsiu jokių pretenzijų jei kas operacijos metu atsitiktų.“ (2303)*

Kai gimdymas sklandus, moterys nepalankiai priima tai, kad yra matomos kaip pacientės, ligonės, jaučiasi nuvertinamos, taip pat – kad medikai ne padeda, o trukdo gimdyti:

*„Elgėsi lyg su ligone. <...> Noriu ramybės ir kad nesikištų į patį procesą, leistų įsiklausyti savo kūną ir pojūčius, nenoriu tuščių gasdinimų ir pašaipos. O dar geriau noriu gimdyti savo aplinkoj“ (2351)*

Į konfliktą su personalu patenka ir moterys, kurios planavo gimdyti namuose, nors teko pervažiuoti į ligoninę gimdymo eigoje. Pats gimdymas namuose matomas kaip būdas išvengti per didelės medikų kontrolės, o gimdymas ligoninėje siejamas su emociškai šaltu bendravimu:

*„[Gimdyti namuose norėjau d]ėl ramesnės, saugesnės, jaukesnės emociškai aplinkos, galimybės pasirinkti kas kartu dalyvaus gimdyje, galimybės pasirinkti pozas ir pan gimdymo eigoje. <...> Gimdyvė laikoma durnele su kuria kažką derinti neverta <..> Turėtų būti žmogiškesnis požiūris į gimdyvę, kad gydytojai ir pagalbiniis personalas būtų suinteresuoti padėti jai pagimdyti o ne perimti visa procesą žiūrint į gimdyvę kaip į trukdį...“ (2953)*

Šios grupės moterys, dažniau nei kitos, ypač pabrėžia medikų galios poziciją:

*„Sistema vis dar nenori priimti ir pripažinti, kad yra pasenusi ir klysta, luošina. Medikai mėgsta demonstruoti savo galią prieš gimdyves, jas bauginti, su jų kūnais daryti taip, kaip jiems patogiau. <...> Yra pavienių specialistų, kurie domisi naujovėmis, yra atviri prašymams, atsižvelgia į gimdyvės poreikius <...> Tokių specialistų yra mažuma <...> paiminos pasikeitimas išgelbėjo situaciją. Esu dėkinga tos paiminos akušerei už stiprybę, padaršinimą, profesionalumą.“ (1684)*

### **Mažiau įgalinantis gimdymas, pasyvus moters dalyvavimas: kartais nuviliantis pasitikėjimas**

Dalimi atvejų personalas paaiškino savo veiksmus, kitais atvejais – ne, tačiau pasitikint gydytojais moterims gydytojų veiksmų paaiškinimas nebuvo būtinas:

*„Niekas man iš personalo neaiškino kodėl atlieka vienokių ar kitokių veiksmus. aš pilnai pasitikejau medikais.“ (1284)*

Vis dėlto, dalimi atvejų, nors ir pasitikima profesinėmis medikų kompetencijomis gimdymo metu, pritrūksta jų pagalbos po gimdymo, ypač psichologinio arba susijusio su žindymu, kai nuviliami lūkesčiai, kad šiuos klausimus padės išspręsti ligoninės personalas.

*„Ib reikėjo pagalbos su žindymu, ir viena yra pasakiusi "na aš su tavimi namo nevažiuosiu". Nei viena nemokėjo taisiklingai parodyt kaip reikia glausti vaiką prie krūties. Visos su savo išrastais dviračiais...“ (371)*

Neretai personalo vertinimas būna prieštaringas – iš vienujų sulaukiama supratimo ir pagalbos, iš kitų ne, todėl dalis moterų apibūdina tai kaip loteriją – su koku personalu susidurs, todėl sunku daryti apibendrinimus.:

*„Labai padėjo buvusi akušerė. Paglostė, ramino, nešė kompresą, lydėjo iki tualeto, paduodavo atsigerti. <...> Prieš suleidžiant nuskausminamuosius anesteziologė ironiškai ir tikrai kandžiai paklausė kokia esu mama, jeigu net tokio mažo skausmo negaliu iškęsti. <...> Mane labai tai paveikė psichologiškai. Tai pamačiusi akušerė paprašė pakeisti anesteziologę ir tolimesnius vaistus leido kitas personalo asmuo.“ (1591)*

*„Seselių darbas puikus. Tačiau daktarai galėtų gražiau bendrauti su gimdyve.“ (1580)*

*„[M]anau, kad kiekvienoje įstaigoje yra savi plusai ir savi minusai. Kaip ir mano situacijoje, tiesiog pakliuvo tokia gydytoja, kuri, mano manymu, net negalėtų dirbti tokio gražaus darbo (priiminėti naujas gyvybes). Bet vėlgi, jei būtų buvus kita gydytoja, kuri būtų palaikiusi, padrąsinusi, o ne keikus ir įžeidinėjus, galbūt ir mano požiūris į patį gimdymą būtų kitoks. Net neabejoju, kad visi gydytojai ir visas personalas yra savo srities profesionalai. Bet kai kuriems tikrai reikėtų „įgyti“ daugiau atjautos ir žmogiškumo. Kaip bebūtų gaila, šiuos gebėjimus žmogus turi arba ne.“ (1859)*

Nusivylimą nurodo ir komentarai, kad siekiant gauti geresnes paslaugas, tenka mokėti kyšį:

*„Tik vokeliai padeda viską tobulai išspręsti“ (1528)*

*„[Apie tobulintinus dalykus] Vokeliu sistema be galo plačiai paplitusi ir naudojama.“ (2902)*

*„Gydytojai už gimdymą sumokėjau „į kišenę“, o po gimdymo esant komplikacijoms gydytoja nesiteikė manęs apžiūrėt“ (590)*

Kai kurios respondentės teigė, kad kitą kartą siektų daryti daugiau įtakos sprendimams – arba pasirinkdamos personalą, kuris priims gimdymą, arba aktyviau reikšdamos savo poreikius ir priešintis gydytojų aplaidumui. Kita vertus, suprantama, kad pasipriešinti nebūtų lengva, nes medikai matomi kaip profesionalai:

*„Niekada negimdyciau pas gydytoja X! Geriau gimdyciau viena namie , nei su juo <...> Tikrai gimdyciau tik pas savo gydytoja, o ne pirma pasitaikiusi neprofesonala kaip X..“ (1528)*

*„ turėjau pasimokyt ir būt reiklesnė trečio gimdyo metu, bet nesinori aiškint kaip dirbt, nes baisu juk jie atsakingi ir už mane ir už vaiką, juk naktis iš kur man ką išsikviest, labai tikėjausi, kad viskas bus gerai, bet kai pradėjau alpt tada labai išsigandau, kad nepajėgsiu pagimdyt, dar dabar rašant verkiu, jei būtų buvęs toks pirmas ar antras gimdymas būčiau daugiau vaikų neplanavus.“ (2439)*

### **Nugalinantis gimdymas: „Gimdymo patirtis buvo traumuojanti“**

Labiausiai nugalinančio gimdymo ašyje nutolę atsakymai susiję su bendru gimdymo patirties kaip „traumuojančios“ vertinimu. Nors apklausoje tiesiogiai nėra klausama, kokią traumą moterys patyrė, atsakydamos į kitus atviro tipo klausimus jos pačios panaudodavo šią sąvoką savo patirčiai apibūdinti.

*„Gimdymo patirtis buvo traumuojanti. Praėjus pusantrų metų vis dar sapnuoju košmarus. Pati daugiau niekada ne negimdysiu, nors norėjau antro vaiko. Jaučiuosi patyrusi smurtą.“ (1406)*

*„po mano gimdymo praejo 2 metai, bet iki siol prisimenu, kaip didžiausia kosmara musu seimai, tiek man tiek vyrui, patyreme trauma, kartais noretusi pagalvoti apie antra vaika, taciau prisiminus sia patirti vejame mintis salin“ (763)*

Dalimi respondentės kalba apie „psichologinį traumavimą“, kurį įvardina kaip įžeidų bendravimą, gąsdinimus, arba ignoravimą (elgiamasi taip, tarsi jų nebūtų patalpoje), intervencijų atlikimą neklausus, žeminantį ar moterų poreikius menkinantį elgesį:

*„pati gimdymo priežiūra ir bendravimas buvo labai traumuojantys psichologiškai.“ (1394)*

*„Informacija buvo pateikiama su gąsdinimais, kad jei atsisakysiu man ar vaikeliai bus blogai. Kiti sprendimai, tokie kaip vakumas ir kirpimas net nebuvo manęs klausiami. <...> Žmogiško supratimo, palaikymo ir pabuvimo kartu labai truko. Keletą kartu prašiau keliom minutėm pabūt su manim, nes man baisu. Buvo atsakyta ne.“*  
(616)

*„Nei akuseri nei gydytojai nekilo minciu bendrauti su manimu, snekejo apie mane man girdint, bet ne su manimi.“* (1009)

Vis dėlto, dažnai moterų pasakojimuose susipina tiek baimė dėl grėsmių sveikatai ir gyvybei, tiek nepasitikėjimas ir nusivylimas medikais, kurie šias grėsmes gali kontroliuoti, tiek fizinio skausmo ir kančios, kurią gimdymo priežiūros personalas nuvertina, o gal net ir patys paskatina medicininėmis praktikomis, ir fizinių traumų patirtys. Visi šie veiksniai – tiek socialiniai, tiek susiję su medicininėmis būklėmis – vienas kitą pastiprina ir veikia kartu moterų pasakojimuose. Pavyzdžiui, likusi fizinė trauma yra skaudi dar ir dėl to, kad suvokiama kaip medikų padaryta žala:

*„Nospos [medikamentinio skatinimo] intervencija nebuvo irasyta i medicinine kortele. Ta skausma kuri patyriau priemiau kaip manes traumavima, vis gryztant psichologiniam skausmui ir praejus keliems men <...> patvirtino jog [gimdos] kaklelis man tiesiog plyso ir sugijo randais“* (1324)

Kitu atveju, rūpesčio stokojantis elgesys apsunkina galimybes įveikti iškilusius iššūkius dėl medicininių komplikacijų:

*„Po gimdymo buvau atskirta i kita ligonines korpusa i reanimacija be jokiū asmeniū daiktu, telefono niekas nenorejo atnesti paprasiū, del covid artimieji po 2d tik siaip ne taip perduoti galejo tad negalejau suzinoti kaip mano vaikas, ka daryt su zindymu nes gulejau ne akuserinej ligonines dalyje, del nukraujavimo, paaiskejo kad salia manes pagulde moteri reanimacijoje su covid, nes nepaziurejo jos atsakymo, tai sukele man baisu stresa kad dar ilgiau atskirs mane nuo vaiko, bet paaiskejo kad tai klaidingai atliktas testas, todėl siaip ne taip po 2d mane grazino i akuserini. <...> Vyro neleido i reanimacija pas vaika nes ji ne motina vaiko o as buvau atskirta suaugusiu reanimacijoje 2d“* (116)

Dar viena moteris pasakoja, kaip nepasitikėjimas medikais sukelia bejėgiškumo jausmą, nes kartu šie medikai yra atsakingi už vaiko gyvybę, todėl net ir nepritardama jų veiksmams moteris bijo prieštarauti:

*„Jauciausi išsigandusi, bijojau bartis su daktarais tokiu momentu kai mano vaikelio gyvybė iš dalies jų rankose. Iš nuostabiausios dienos tapo košmariškiausia, ne skausmo atzvilgiu, o visos eigos ir daktarų elgesio“ (1200)*

Radikalių intervencijų atveju moterys kalba apie žalą, kurią patyrė buvimo ligoninėje metu, kuri susijusi būtent su neįautriu ar aplaidžiu elgesiu. Šiuo atveju jos tokį elgesį regi jau ne kaip personalo „loterijos“ klausimą, bet kaip sisteminę problemą – tarkime, dėl didelių darbo krūvių.

*„Šaipėsi, kad vaiko apžiūros metu guliu lovoje (tuo metu aš negalėjau vaikščioti dėl patirtos traumos), šaipėsi, neva su vyru visai nesiruošėme gimdymui ir net nesugebame instrukcijų skaityti ir t.t. <...> Liepė atlikti veiksmus, kurie buvo man sunkiai įveikiami dėl begalinio skausmo po gimdymo bei patirtos traumos. <...> Reikėtų <...> užtikrinti, kad gydytojai nešytų atsakomybę ne tik už teikiamas medicininės paslaugas, bet ir galimai padaromą psichologinę žalą savo užgauliais komentarais. Jei to priežastis - per dideli darbo krūviai ir pan., tuomet sistemą reikėtų keisti iš esmės“ (304)*

*„[T]reciasis gimdymas buvo kitoks komplikuotas “karantininis” viska sprendė gydytojai. <...> Personalas buvo perkrautas, tuo metu gimdykla dirbo kaip konvejeris, buvo daug ekstra cezariu ir t.t. mano deka gimdymas buvo labai ilgas pagimdžiau tik prie trečios pamainos, tai nei demesio, nei dar ko nesulaukdava, buvo sunku išgulet vienai tiek laiko, tiek psichologiskai tiek fiziskai <...> aiskino, kad <...> uzimu gimdykloj vieta <...> didelis aciū anesteziologijos vadovui kuris ne tik nuskausmino, bet ir psichologiskai nuramino, palaikė, o po gimdymo nepatingėjo uzeiti, paklausti kaip as ir kudikis jauciames.“ (1408)*

Šoko būseną gali sukelti ir tai, kad moteris nesupranta gimdymo eigos, kartu nesulaukdama pagalbos iš medicinos personalo:

*„Dėl personalo neteisingų komentarų buvau susidariusi klaidingą nuomonę apie savo gimdymo progresą. Tikėdamasi, kad dar tęsis gimdymo I etapas (sąrėmiai), netikėtai pradėjau gimdyti tualete (prasidėjo gimdymo II etapas). Aš labai išsigandau (vėliau iš psichologo sužinojau, kad tai buvo šoko būseną). Nepaisant to, stūmimo metu akušerė ant manęs griežtai šaukė: „ramiau“, „nestumk, nestumk“. Tuomet toks akušerės elgesys mane labai neigiamai veikė, pasidarė graudu, galvojau: "man ir taip baisu, tai kodėl ant manęs dar šaukia?"“ (887)*



Pastarąjį atvejį galima apibūdinti pasitelkiant Akrich ir Pasveer pasiūlytą susvetimėjimo (*alienation*) terminą, kai moteris gimdymo metu nesukuria ryšio su gimdančiu kūnu, jaučiasi nuo jo atskirta [Akrich and Pasveer, 2004]S. Šią įžvalgą būtų galima pritaikyti ir kitų moterų istorijoms, tačiau svarbu pastebėti, kad dauguma čia paminėtų atvejų moterys ne tik nesukuria ryšio su gimdančiu kūnu (su ar be medikų pagalbos), bet ir jaučia grubų savo asmens ir kūno ribų pažeidimą, padarytą žalą.

Išgyvento gimdymo traumą moterims patvirtina ir liekančios kūno reakcijos į gimdymo prisiminimą, sapnuojami košmarai. Pats žodis „traumuojantis“ vartojamas kaip „košmaro“ sinonimas:

*„tokio grubaus, aplaidaus, nemalonaus personalo tikrai nesitikėjau, <...> kad šitokią traumą turėsiu po gimdymo niekada nebūčiau pagalvojus..iki pat šiol negaliu pravažiuoti pro ligoninę, pašiurpsta oda, įsitempiu visa“ (1100)*

*„Gimdymo patirtis buvo traumuojanti. Praėjus pusantrų metų vis dar sapnuoju košmarus. Pati daugiau niekada ne negimdysiu, nors norėjau antro vaiko. Jaučiuosi patyrusi smurtą.“ (1406)*

Tokios reakcijos taip pat laikomos ir potrauminio streso sindromo simptomais. Dalis moterų gauna šią sindromo diagnozę:

*„kreipiausi [psichologinės pagalbos] (po gimdymo praėjus 9 mėnesiams), buvo nustatytas potrauminio streso sindromas“ (887)*

*„turejau traumuojanti gimdyma (ta patvirtino ir mano psichoterapiaute)“ (476)*

### **Komplikuotas gimdymas: „Situacija buvo sudėtinga, todėl visiškai pasitikėjau medikais“**

Moterys teigė, kad gimdymo metu absoliučiai pasitikėjo medikais ir jų priimamais sprendimais, medikų patirtis sudėtingose situacijose suteikia jiems papildomą pasitikėjimo kreditą:

*„Situacija buvo sudėtinga, todėl visiškai pasitikėjau medikais. <...> Personalas labai palaikė ir sirgo už mane ir mano vaikus“ (24)*

*„Situacija buvo tokia,kad tik medikai galėjo sprest kas tinkama geriausiai ir žinoma visiškai mano pasitikėjimas. <...> Rinkčiausi tą patį gydytoją,akušerę.“ (1877)*

*„Labai issamii buvo tartasi ir paaiskinta del ko reikejo cezario pjuvio, taresi gydytoja su skyriaus vedeju. <...> Nors gimdymas buvo komplikuotas, prieziura, reakcija bei gyd profesionalumas buvo auksciausio lygio. <...> Viskas puikiai, praleista savaite ligonineje parode jog visas, personalas vertas pasitikejimo“ (1197)*

Pasitikėjimas medikais taip pat sukuria galimybes jiems padėti moteriai sukurti ryšį su gimdančiu kūnu:

*„Mano sveikatos būklė ir tyrimai sparčiai blogėjo, nors fiziškai to taip stipriai nejutau, todėl visiškai pasitikėjau medikais ir sutikau su visais jų siūlomais veiksmais, kuriuos man nuodugniai paaiškino“ (1292)*

Nors medikais pasitikima gimdymo metu, pagalbos gali pritrūkti po gimdymo:

*„...buvo labai blogai mano vaikui. mano fizinis skausmas buvo niekis, palyginus su psichologine savijauta. Ligonineje praleidom desimt parų, labai gaila, kad man tuo metu niekas nepasiule psichologo pagalbos.“ (1284)*

### **Refleksyvos pacientės gimdymas: „pasiruošimas ir žinojimas, ko noriu“**

Ši grupė yra ne tokia gausi kaip kitos, didžioji dalis jos moterų gimdė natūraliais takais, ir pabrėžia išankstinio pasiruošimo svarbą, visą repertuarą skirtingų praktikų, kurios padeda pasiruošti gimdymui – žinių kaupimas iki gimdymo, susitarimas su medikais, gimdymo ir žindymo kursai, dulos paslaugos, gimdymo plano suderinimas su medikais taip pat domėjimasis specifiniais mediciniais aspektais, kurie nebepaliekami tik medikų kompetencijoje:

*„Dėl gimdymo tariausi, atsakingai rinkausi specialistus, ruošiausi kursuose ir su dula, todėl gimdymas buvo nuostabus.“ (78)*

*„Gimdyti moteris turetų su akusere, pas kuria jau lankesi. Taip pat turetų būti paskaitos ne tik apie naujagimio priežiūra ir kaip gimdyti, bet ir apie naudojamu medikamentu, ivairiu intervenciju naudojimo butinuma, ju sukeliamus padarinius. Ligonines turetų sviesti moteris apie zindyma, jo svarba ka tik gimusiam kudikiui. Taip pat pats personalas turetų atnaujinyti savo zinias sioje srityje“ (23)*

*„Informacijos gavau pakankamai ir tikrai daug, su gydytoja ir akusere buvom gera komanda. Taciau, manau, kad prie to prisidejo ir labai didelis mano ziniu kiekis, gebėjimas tiksliai klausti ir paprastai bei laiku issakyti lukescius, kartu neapkraunant mediku savo paranojom, pasiruosimas ir zinojimas ko noriu ir kas imanoma tam tam tikrais gimdymo etapais.“ (579)*

*„O realiai tai kiekviena intervencija buvo su mano sutikimu, gimdymo plane buvau nurodžiusi, kad pageidauju, kad viskas man būtų paaiškinta ir atsiklausiama mano sutikimo - taip ir buvo.“ (1721)*

Pabrėžiama, kad toks pasiruošimas ir motyvacija dalyvauti savo gimdyje yra pačių moterų pareiga.

*„Etika reiketu tobulinti, informacijos prieinamuma ir gimdyviu dalyvavima savo paciu gimdyje su savo paciu motyvacija, o ne vien reikalavimais gydytojams, kaip dažnai nutinka.“ (579)*

Medikai matomi nebe kaip profesionalai, kurių žinojimas yra nekvestionuojamas, o kaip paslaugos teikėjai, turintys atsižvelgti į moters poreikius. Kai moteris suvokia, ko nori, randa jos lūkesčius galintį išpildyti specialistą, ir aiškiai juos išsako, bendravimas su personalu būna sklandus ir kontroliuojamas:

*„Gimdymo planą buvome iš anksto suderinę su akušere, ji pilnai jo laikėsi todėl nekilo jokių problemų.“ (78)*

Respondentės jaučia, kad jų nuomonė, pojūčiai yra svarbūs ir vertingi, net jei aplinkiniai rodo kitokį požiūrį:

*„Gimdymas man kelia šypsena - dėl smagių situacijų su vyru ir dėl akušerės, kuri švelniai ir neįkyriai rūpinosi kaip tikra šeimos narė. <...> Norėčiau tiesiai šviesiai atrėžti žmonėms, kurie nejautriai reaguoja į mano skausmą ir sąrėmius. <...> Nereikėtų gimdyvės nuvertinti - ji tampa daiktu, skirtu išstumti vaiką. O išties moterys dažnai turi daug ką pasakyti ir pasiūlyti. Reikia tik keisti požiūrį ir išmokti klausytis :)“ (1190)*

Šie apibūdiniami atitinka refleksyvios vartotojos bruožus, išskiriamus autorių darbuose [Leonavičius and Večorskytė, 2018], [Zadoroznyj, 2001] – moterys save pozicionuoja kaip klientes, o ne pacientes, prisiima asmeninę atsakomybę už sveikatą (gimdymo eigą), siekia kontroliuoti situaciją.

Šiai grupei būtų galima priskirti ir kai kuriuos moterų, kurioms buvo atlikta CPO, atsakymus, nors PCA modelyje joms priskirtos kiek žemesnės (nors palyginus su likusia intimi vistiek aukštos) aktyvaus dalyvavimo ašies reikšmės. Atliekama operacija moterų aptariama su personalu, sprendimą priima moteris:

*„Dar iki gimdymo, buvau spaudžiama sutikti apgręžti vaiką gimdoje. <...> Tik man pareiškus, kad yra daromas spaudimas, susirinkęs medicinos personalas atsitraukė ir buvo pakviestas kitas gydytojas, <...> sutiko su mano nuomone, kad geriau nerizikuoti ir nebandyti sukti vaisiaus.“ (2752)*

*„Informacija buvo pateikta, kadangi tai ne pirmas gimdymas, daug paaiškinimų nereikėjo, buvau nusprendusi dėl nugaros problemų atlikti cezarij ir nors gydytojos bandė perkalbėti, tačiau tai buvo mano galutinis sprendimas“ (840)*

Kita egzistuojanti praktika – kyšis, kad būtų atlikta CPO nesant medicininių indikacijų (tokia tvarka tyrimo atlikimo metu Lietuvoje nėra reglamentuota). Viena respondentė rašo papildomai sumokėjusi, kad būtų atlikta operacija, ir pateikia tai kaip rekomenduotino gimdymo modelį:

*„[Priežastys, dėl kurių atlikta CPO] Uz pinigus. <...> Visoms patarciau susitarti del planinio Cezario operacijos.“ (770)*

Prie šios grupės galima priskirti ir planuotai namuose gimdžiusias moteris (jos nebuvo įtrauktos į PCA modelį). Jos taip pat įvardija įvairias praktikas, kaip rengėsi tokiam gimdymui, įskaitant susitarimą su pribuvėja, ir pabrėžia moters atsakomybę gimdymui pasiruošti:

*„Sklandus gimdymas, manau, buvo del visokeriopo pasiruosimo - teorinio - zinojau, kas kaip ir kodėl vyksta, ką daryti, jei kažkas ne taip. Praktinio - vyras buvo issibandes masazus, skatino judėti, palaikė ir drąsino, kai buvo sunku. As pati jauciausi gerai savo kune ir savo namuose. Sekti vaikelio judejima padejo kvepavimo, jogos, kitos kuno praktikos. Jautemes pasiruose ir vieni gimdyti. As bent jau. Pirminis planas buvo i ligonine vaziuot, ten jau ir su gydytoja daug kalbeta ir tartasi del visu dalyku buvo, bet galiausiai, kai atsirado, kas sutiko mus palydet namuose - vyras nurimo ir sutiko.“ (34)*

*„Labai svarbu sąmoningai ruošimasis gimdymui, turėtų būti visiems privalomas domėjimasis, kad nebebūtų tokių atvejų, kai važiuojama gimdyti nežinant kas vyksta ir visiškai atsiduodant į personalo rankas ką jie pasakys taip ir darysiu (pvz kvėpuosiu, parinks pozą gimdymo ir pan.)“ (453)*

Namuose gimdžiusios moterys taip pat mini, kad jas motyvavo ankstesnė neigiama gimdymo patirtis ligoninėje:

„[Dėl kokių priežasčių planavo gimdyti namuose] Po trauminės patirties ligoninėje.“

(  
)

#### 4.4.1 Praktikų susiejimas su kapitalo formomis

Šiame skyriuje bus pamėginta atsakyti į klausimą, kaip PCA metu išskirtose ašyse atsispindi papildomi kokybiniai kintamieji. Kiekvienos kategorijos reikšmė apskaičiuojama kaip centras tarp visų tai kategorijai priklausančių individų. Visų kategorijų koordinatės pateiktos 4.7 ir qualisupcont lentelėse (paryškintai pažymėtos tos reikšmės, kurių v-testo reikšmė yra didesnė už 1,96 (t. y. statistinio reikšmingumo lygmuo 0,05)). Glaustai bus apžvelgti pagrindiniai skirtumai.

Nei viena šeimos pajamų kategorija reikšmingai nesiskyrė nuo vidurkio įgalinančio-nugalinančio gimdymo ašyje, tačiau didžiausios pajamos susietos su aktyvesniu dalyvavimu ir labiau inkrementinėmis intervencijomis, žemesnės pajamos – su pasyvesniu dalyvavimu. Aukštasis universitetinis išsilavinimas susijęs labiau įgalinančiu gimdymu, aktyvesniu dalyvavimu ir inkrementinėmis intervencijomis. Gyvenančios didmiesčiuose dalyvavo aktyviau ir joms atlikta labiau inkrementinės intervencijos (tačiau šis skirtumas gali būti susijęs su imties neproporcingumu), pasyviau dalyvavo gyvenančios kituose miestuose. Namų šeimininkių patirtys buvo labiau įgalinančios, o studentų/moksleivių bei savarankiškai dirbančių/darbdavių patirtys buvo mažiau, pastarosios aktyviau dalyvavo gimdyje.

Gimdymas vyresniame amžiuje susijęs su labiau įgalinančia patirtimi, išskyrus vyriausią 40 ir daugiau metų amžiaus grupę, nuo 35-erių – su aktyvesniu dalyvavimu. Su labiau inkrementinėmis intervencijomis susijęs gimdymas 25-34 metų, nuo 35-erių metų – labiau su radikaliomis (dėl gimdymo vyresniame amžiuje apibrėžimo kaip labiau mediciniškai rizikingo). Ne pirmo vaiko gimdymas susijęs su labiau įgalinančia gimdymo patirtimi, aktyvesniu dalyvavimu ir radikaliomis intervencijomis.

Taigi aukštesnė socialinė padėtis (išsilavinimas, pajamos, gyvenimas didmiestyje, vyresnis amžius) susijusi su aktyvesniu dalyvavimu priimant gimdymo sprendimus, tačiau iš esmės nesusijusi su kitais gimdymo patirties aspektais. Be to, visi šie išvardinti skirtumai nėra dideli – tarp visų grupių yra dideli persidengimai.

Nedideli, nors reikšmingi skirtumai lyginant gimdymo patirtis skirtingose ligoninėse. Klaidos, Šiaulių ir Panevėžio ligoninėse gimdžiusių moterų patirtys mažiausiai įgalinančios, labiau Vilniaus ligoninėse gimdžiusių, o dar labiau – Kauno ir likusiose ligoninėse gimdžiusių moterų

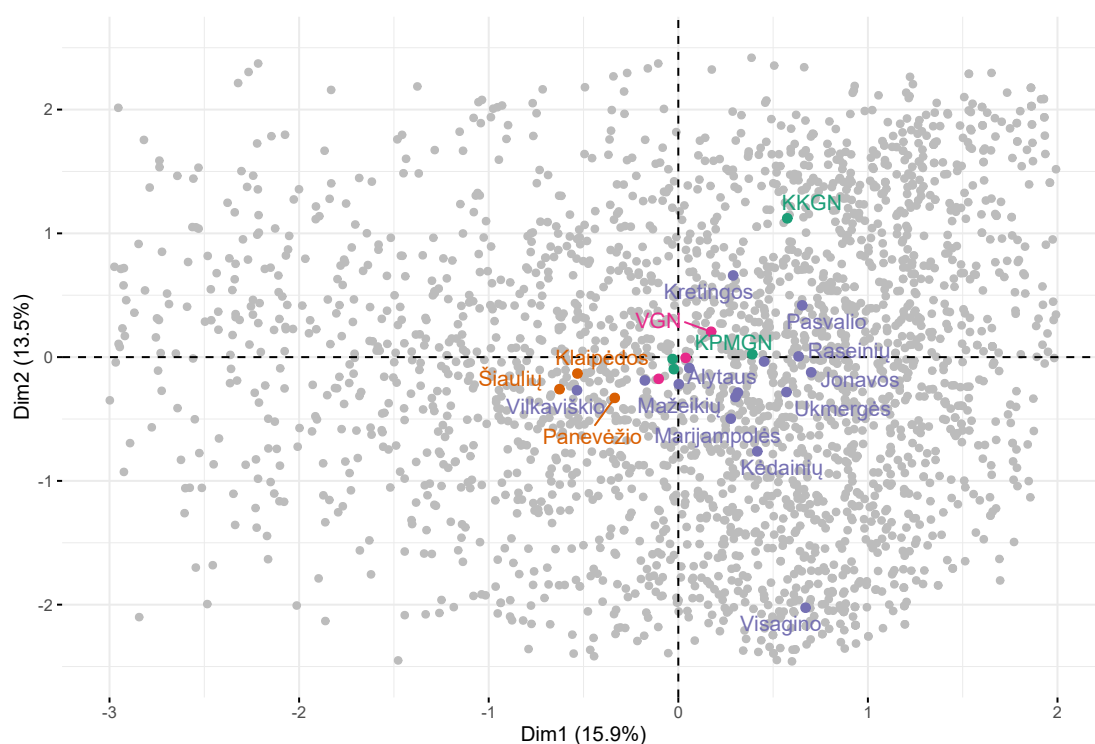
		Dim.1	Dim.2	Dim.3
Pajamos	1000-1700 eurų per mėnesį	0.00	-0.04	0.03
Pajamos	1700-3000 eurų per mėnesį	0.08	0.02	-0.06
Pajamos	450-1000 eurų per mėnesį	-0.03	<b>-0.10</b>	0.08
Pajamos	Iki 450 eurų per mėnesį	-0.11	0.24	0.02
Pajamos	Nenoriu atsakyti	-0.15	0.02	0.15
Pajamos	Virš 3000 eurų per mėnesį	-0.03	<b>0.16</b>	<b>-0.19</b>
Išsilavinimas	Aukštasis (kolegija)	-0.09	<b>-0.11</b>	0.04
Išsilavinimas	Aukštasis universitetinis	<b>0.06</b>	<b>0.10</b>	<b>-0.06</b>
Išsilavinimas	Ne aukštasis	-0.10	<b>-0.21</b>	<b>0.14</b>
Gyv. vieta	Didmiestis (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai)	-0.01	<b>0.09</b>	<b>-0.10</b>
Gyv. vieta	Kaimo vietovė	-0.02	0.01	<b>0.17</b>
Gyv. vieta	Kitas miestas	0.02	<b>-0.23</b>	<b>0.18</b>
Eiliškumas	kelintas.1	<b>-0.12</b>	<b>-0.06</b>	<b>-0.12</b>
Eiliškumas	kelintas.2	<b>0.23</b>	<b>0.10</b>	<b>0.17</b>
Eiliškumas	kelintas.3	0.11	<b>0.15</b>	<b>0.39</b>
Amžiaus grupė	18-19	<b>-0.34</b>	<b>-0.03</b>	<b>0.09</b>
Amžiaus grupė	20-24	-0.15	-0.10	<b>0.07</b>
Amžiaus grupė	25-29	<b>-0.04</b>	-0.02	<b>-0.11</b>
Amžiaus grupė	30-34	<b>0.09</b>	-0.01	<b>-0.07</b>
Amžiaus grupė	35-39	0.10	<b>0.18</b>	<b>0.38</b>
Amžiaus grupė	40 ir daugiau	<b>-0.23</b>	0.18	<b>0.70</b>
Veikla	Bedarbė	-0.25	0.00	0.01
Veikla	Namų šeimininkė	<b>0.35</b>	0.15	0.15
Veikla	Nedirbanti dėl ligos ar negalios	0.32	0.68	<b>1.70</b>
Veikla	Samdoma darbuotoja	0.02	<b>-0.05</b>	0.00
Veikla	Savarankiškai dirbanti/darbdavė	<b>-0.21</b>	<b>0.36</b>	-0.11
Veikla	Studentė/moksleivė	<b>-0.42</b>	0.25	0.05

4.7 lentelė: Papildomų kategorinių kintamųjų PCA koordinatės

		Dim.1	Dim.2	Dim.3
Ligoninė	Alytaus	0.31	-0.29	0.15
Ligoninė	Jonavos	<b>0.70</b>	-0.12	0.21
Ligoninė	K2KL	-0.03	-0.02	-0.15
Ligoninė	LSMU KK	-0.02	-0.10	<b>0.33</b>
Ligoninė	KKGN	<b>0.57</b>	<b>1.12</b>	<b>-0.46</b>
Ligoninė	KPMGN	<b>0.39</b>	0.02	-0.16
Ligoninė	Kėdainių	0.42	<b>-0.76</b>	0.04
Ligoninė	Klaipėdos	<b>-0.53</b>	-0.13	<b>0.20</b>
Ligoninė	Kretingos	0.29	<b>0.66</b>	0.06
Ligoninė	Marijampolės	0.28	<b>-0.50</b>	-0.07
Ligoninė	Mažeikių	0.30	-0.32	-0.02
Ligoninė	Panevėžio	<b>-0.34</b>	<b>-0.33</b>	<b>0.36</b>
Ligoninė	Pasvalio	0.65	0.42	-0.32
Ligoninė	Raseinių	0.63	0.01	-0.06
Ligoninė	Šiaulių	<b>-0.63</b>	<b>-0.26</b>	<b>0.37</b>
Ligoninė	Tauragės	<b>0.45</b>	-0.04	0.03
Ligoninė	Telšių	0.00	-0.22	0.31
Ligoninė	Trakų	0.06	-0.09	<b>-0.50</b>
Ligoninė	Ukmergės	<b>0.57</b>	-0.28	-0.08
Ligoninė	Utenos	-0.18	-0.19	-0.30
Ligoninė	Vilkaviškio	-0.53	-0.27	0.23
Ligoninė	VGN	<b>0.17</b>	<b>0.21</b>	<b>-0.34</b>
Ligoninė	VMKL	0.04	-0.01	<b>-0.21</b>
Ligoninė	VUL SK	-0.10	<b>-0.18</b>	<b>0.13</b>
Ligoninė	Visagino	0.67	-2.02	0.50
Lig. regionas	Kauno	<b>0.16</b>	<b>0.21</b>	-0.02
Lig. regionas	Kitos didmiesčių	<b>-0.51</b>	<b>-0.22</b>	<b>0.29</b>
Lig. regionas	Regioninės	<b>0.24</b>	<b>-0.20</b>	0.00
Lig. regionas	Vilniaus	0.04	0.01	<b>-0.14</b>

4.8 lentelė: Papildomų kategorinių kintamųjų PCA koordinatės (tesinys)

4.8 Tarp 5 didžiųjų miestų ligoninių panašiai išsidėsto aktyvaus dalyvavimo dimensijos reikšmės: Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio – mažiausiai, Vilniaus labiau, ir Kaune gimdžiusios dalyvavo aktyviausiai, tuo tarpu likusių šalies ligoninių aktyvaus dalyvavimo reikšmė panaši į Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio. Trečio lygio ligoninėse (Santaros klinikos ir LSMU ligoninė Kauno klinikos) gimdžiusių moterų patirtis mažiau įgalinanti nei likusių šių miestų ligoninėse gimdžiusių, bet labiau įgalinanti nei kitų didžiųjų miestų ligoninėse. Visos įstaigos išsidėsto tarsi dviejų zonų erdvėje – visų didžiųjų miestų įstaigoms aktyvesnis dalyvavimas susijęs su geresniu personalo vertinimu, tuo tarpu regioninių įstaigų įverčiai išsisklaido gero personalo vertinimo ir pasyvaus dalyvavimo erdvėje. Taigi, šių skirtumų nepavyktų paaiškinti vien tuo, kad regione liekančios gimdyti moterys mažiau siekia kontrolės ir turi mažiau lūkesčių gimdymo priežiūrai nei gimdančios didmiesčiuose – jei veiktų vien šis faktorius, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio ligoninių situacija turėtų nesiskirti nuo regioninių ligoninių. Tad gali būti, kad mažų ligoninių personalas turi daugiau resursų užmegzti tiesioginį santykį su gimdančia moterimi ir skirti jai daugiau dėmesio.



4.8 pav.: Ligoninių pozicijos individų debesyje, pirmos ir antros dimensijų plokštuma



## 5. Išvados

Per pakutinius tris dešimtmečius Lietuvoje išaugo vidutinis gimdančių moterų amžius, vis didesnę dalį gimdančių moterų sudaro turinčios aukštąjį išsilavinimą. Vis labiau auga Vilniaus ir Kauno ir mažėja visų likusių šalies ligoninių svarba organizuojant gimdymo priežiūrą, ši tampa vis labiau centralizuota didžiosiose šalies ligoninėse. Pagrindiniai medicininiai gimdymų rodikliai (naujagimių mirtingumas) per šiuos metus ypač pagerėjo ir lenkia Europos vidurkius, kartu išaugo tokių medicininių intervencijų kaip cezario pjūvio operacijų dalis, nors paskutinį dešimtmetį jų skaičius stabilizavosi. Tad Lietuvos gimdymo tendencijoms tik iš dalies pritaikoma užsienio autorių įžvalga, kad pastaruosiu metu stiprėjanti gimdymų medikalizacija lemia didesnę medicininių intervencijų skaičių, bet ne medicininių rodiklių gerėjimą [White, 2016].

Vis dėlto, gimdymo patirtį apibrėžia ne vien medicininiai rodikliai. Skirtingi autoriai aptaria įvairius socialinius ir emocinius gimdymo patirties aspektus, taip pat apie egzistuojančias nelygybes, kai aukštesnės socialinės padėties moterys turi daugiau galimybių pasiekti jų lūkesčius išpildančią gimdymo priežiūrą, taip pat – kad ir jų lūkesčiai yra didesni. Šiame tyrime naudoti moterų gimdymo patirčių apklausos duomenys apie 2702 moteris, kurios gimdė Lietuvoje 2019-2020 metais leidžia teigti, kad aukštesnės socialinės padėties moterų balsas yra šiek tiek „garsesnis“ kalbant apie gimdymo patirtis, jos dažniau linkusios suprobleminti gimdymo priežiūrą ir gimdančios moters patirtį. Taip pat šiek tiek didesnę motyvaciją pasakoti savo gimdymo patirtį turi moterys, kurios blogiau vertino šią patirtį ir/ar patyrė įvairių suvaržymų ar sunkumų gimdymo metu, nepriklausomai nuo socialinės padėties.

Darbe naudojantis pagrindinių komponentų analizės (*PCA*) metodu išskirtos trys pagrindinės ašys, kuriomis galima apibūdinti moterų gimdymo patirtis – tai įgalinimo, aktyvaus-pasyvaus dalyvavimo priimant sprendimus ir radikalių-inkrementinių intervencijų ašys. Įgalinimo ašis labiausiai susijusi su gimdymo priežiūrą teikusio personalo elgesio vertinimu, aktyvaus-pasyvaus dalyvavimo – su moters noru dalyvauti ir dalyvavimu priimant su gimdymu susijusius sprendimus. Išskirtos ašys yra tarpusavyje nepriklausomos, taigi šis rezultatas papildo anksčiau autoriių darbus, kuriuose daugiausia dėmesio buvo skiriama aspektams, susijusiems tik su kuria nors viena iš šiame darbe išskirtų ašių – pavyzdžiui, aktyvaus dalyvavimo ir refleksy-

vaus paciento [Zadoroznyj, 2001] arba įgalinimo ir subjektyvaus ryšio tarp moters ir jos kūno sukūrimo [Akrich and Pasveer, 2004].

Šio tyrimo rezultatai patvirtina ankstesnių autorių tyrimus, kad aukštesnė socialinė padėtis (išsilavinimas, pajamos, gyvenimas didmiestyje, vyresnis amžius) bei antro ar paskesnio vaiko gimdymas susiję su aktyvesniu dalyvavimu priimant gimdymo sprendimus, nors skirtumai yra nežymūs. Taip pat aukštesnė socialinė padėtis mažai susijusi su kitais gimdymo patirties aspektais, pavyzdžiui įgalinimu ar intervencijų pobūdžiu, tuo tarpu antro ar vėlesnio vaiko gimdymas susijęs su labiau įgalinančia gimdymo patirtimi. Didžiųjų miestų gimdymo stacionarams, kuriuose gimdžiusios moterys aktyviau dalyvavo priimant gimdymo sprendimus, taip pat turėjo vidutiniškai labiau įgalinančią gimdymo patirtį. Šis ryšys negalioja kitoms (regionuose įsikūrusioms) ligoninėms. Tai leidžia kelti hipotezę, kad mažesnių ligoninių personalas turi daugiau resursų užmegzti tiesioginį santykį su gimdančia moterimi ir skirti jai daugiau dėmesio.

Remiantis išskirtomis trimis ašimis pasiūlyta 7 tipų tipologija: gimdymas bendradarbiaujant su medikais; gimdymas kaip kova; gimdymas visiškai pasitikint medikais; apvilto pasitikėjimo medikais patirtis; mediciniškai kompliktuotas gimdymas; traumuojuantis gimdymas; refleksyvos vartotojos gimdymas. Pirmieji keturi tipai žymi skirtingas įgalinimo ir aktyvaus dalyvavimo ašių kombinacijas, o paskutiniai trys tipai žymi išskirtinius atvejus (*outliers*), tačiau su jais susieti naratyvai yra ryškesni ir lengviau atpažįstami: mediciniškai kompliktuoto gimdymo naratyvas pagrindžia gimdymų medikalizacijos poreikį, traumuojuančių gimdymų naratyvas siejamas su gimdymo priežiūros sistemos kritika, o refleksyvaus vartotojo – su aukštesne socialine padėtimi ir alternatyvių gimdymo būdų (tokių kaip gimdymas namuose ar cezario pjūvio operacija moters pasirinkimu) paieška.

## Literatūra

- [Akrich and Pasveer, 2004] Akrich, M. and Pasveer, B. (2004). Embodiment and disembodiment in childbirth narratives. *Body & Society*, 10(2-3):63–84.
- [Arney and Neill, 1982] Arney, W. R. and Neill, J. (1982). The location of pain in childbirth: natural childbirth and the transformation of obstetrics. *Sociology of Health & Illness*, 4(1):1–24.
- [Baji et al., 2017] Baji, P., Rubashkin, N., Szebik, I., Stoll, K., and Vedam, S. (2017). Informal cash payments for birth in hungary: are women paying to secure a known provider, respect, or quality of care? *Social Science & Medicine*, 189:86–95.
- [Baranowska et al., 2019] Baranowska, B., Doroszevska, A., Kubicka-Kraszyńska, U., Pietrusiewicz, J., Adamska-Sala, I., Kajdy, A., Sys, D., Tataj-Puzyna, U., Bączek, G., and Crowther, S. (2019). Is there respectful maternity care in poland? women’s views about care during labor and birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1):1–9.
- [Bašarinaitė et al., 2015] Bašarinaitė, A., Bučaitė, A., Kontrimavičiūtė, E., Šipylaitė, J., and Ramašauskaitė, D. (2015). Epidurinis skausmo malšinimas akušerijoje: gimdyvių savijauta, informacijos šaltiniai ir noras kito gimdymo metu keisti analgezijos būdą. *Acta medica Lituanica*, 22(1):15–23.
- [Bell and Andersson, 2016] Bell, A. F. and Andersson, E. (2016). The birth experience and women’s postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*.
- [Bourdieu, 1987] Bourdieu, P. (1987). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. Harvard university press.
- [Bourdieu and Wacquant, 2003] Bourdieu, P. and Wacquant, L. J. (2003). *Įvadas į refleksyviąją sociologiją (Atviros Lietuvos knyga: ALK)*. Baltos lankos.
- [Brubaker and Dillaway, 2009] Brubaker, S. J. and Dillaway, H. E. (2009). Medicalization, natural childbirth and birthing experiences. *Sociology Compass*, 3(1):31–48.

- [Chadwick and Foster, 2014] Chadwick, R. J. and Foster, D. (2014). Negotiating risky bodies: childbirth and constructions of risk. *Health, risk & society*, 16(1):68–83.
- [Chalmers, 2005] Chalmers, B. (2005). Maternity care in the former soviet union. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(4):495–499.
- [Chalmers and Jeckaite, 2010] Chalmers, B. and Jeckaite, D. (2010). Giving birth in two maternity hospitals in lithuania. *Birth*, 37(2):116–123.
- [Collyer, 2018] Collyer, F. (2018). Envisaging the healthcare sector as a field: Moving from talcott parsons to pierre bourdieu. *Social Theory & Health*, 16(2):111–126.
- [Conrad, 1992] Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18(1):209–232.
- [Davis-Floyd, 1994] Davis-Floyd, R. E. (1994). The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Social science & medicine*, 38(8):1125–1140.
- [Dixon-Woods et al., 2006] Dixon-Woods, M., Williams, S. J., Jackson, C. J., Akkad, A., Kenyon, S., and Habiba, M. (2006). Why do women consent to surgery, even when they do not want to? An interactionist and Bourdieusian analysis. *Social science & medicine*, 62(11):2742–2753.
- [Grekin and O’Hara, 2014] Grekin, R. and O’Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical psychology review*.
- [Hartley and Ellersgaard, 2013] Hartley, J. M. and Ellersgaard, C. H. (2013). Mapping online journalism in transition: Exploring an analytical model. *Nordicom Review*, 34(s1):43–60.
- [Holka-Pokorska et al., 2016] Holka-Pokorska, J., Jarema, M., Stefanowicz, A., Piróg-Balcerzak, A., and Wichniak, A. (2016). Elective cesarean section on psychiatric indications—the phenomenon analysis, report of two cases and psychiatric clinical recommendations. *Psychiatr. Pol*, 50(2):357–373.
- [Hrešanová et al., 2014] Hrešanová, E. et al. (2014). ‘nobody in a maternity hospital really talks to you’: socialist legacies and consumerism in czech women’s childbirth narratives. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 50(06):961–985.
- [Husson et al., 2011] Husson, F., Lê, S., and Pagès, J. (2011). *Exploratory multivariate analysis by example using R*, volume 15. CRC press Boca Raton.

- [institutas, 2020a] institutas, H. (2020a). Medicininiai gimimų duomenys.
- [institutas, 2020b] institutas, H. (2020b). Medicininiai gimimų duomenys.
- [Jasiulionė, 2019] Jasiulionė, J. S. (2019). *Gimimo aplinkybių ir pažintinės, emocinės, socialinės raidos ankstyvoje vaikystėje sąsajos: daktaro disertacija*. PhD thesis, Vilniaus universitetas.
- [Johnson and Simon, 2020] Johnson, K. M. and Simon, R. M. (2020). Privilege in the delivery room? race, class, and the realization of natural birth preferences, 2002–2013. *Social Problems*.
- [Lareau, 2000] Lareau, A. (2000). *Home advantage: Social class and parental intervention in elementary education*. Rowman & Littlefield Publishers.
- [Le Roux and Rouanet, 2010] Le Roux, B. and Rouanet, H. (2010). *Multiple correspondence analysis*, volume 163. Sage.
- [Leonavičius et al., 2013] Leonavičius, V., Baltrušaitytė, G., Raila, G., and Naujokaitė, I. (2013). Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai vėlyvosios modernybės/postmodernybės socialinių teorijų požiūriu. *Kultūra ir visuomenė: socialinių tyrimų žurnalas= Culture and society: journal of social research*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla, 2013, nr. 4 (1).
- [Leonavičius and Večorskytė, 2018] Leonavičius, V. and Večorskytė, E. (2018). Sveikatos modelio ir sveikatos nelygybės santykis visuomenės vertybių kaitos požiūriu. *Kultūra ir visuomenė: socialinių tyrimų žurnalas= Culture and society: journal of social research*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas, 2018, nr. 9 (2).
- [ligonių kasa, 2022] ligonių kasa, V. (2022). Stebėtojų taryboje aptartos sutarčių sudarymo naujovės, prevencinių programų vykdymas.
- [Mansfield, 2008] Mansfield, B. (2008). The social nature of natural childbirth. *Social Science & Medicine*, 66(5):1084 – 1094.
- [Mažulytė-Rašytinė et al., 2021] Mažulytė-Rašytinė, E., Gudžinskaitė, U., and Pukelienė, M. (2021). Moterų gimdymo patirtys lietuvoje iki covid-19 pandemijos ir jos laikotarpiu. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*, 24(4):308–316.
- [Miller and Shriver, 2012] Miller, A. C. and Shriver, T. E. (2012). Women’s childbirth preferences and practices in the United States. *Social science & medicine*, 75(4):709–716.

- [Monaghan and Gabe, 2022] Monaghan, L. and Gabe, J. (2022). *Key concepts in medical sociology*. Sage.
- [Oakley, 2016] Oakley, A. (2016). The sociology of childbirth: an autobiographical journey through four decades of research. *Sociology of Health & Illness*, 38(5):689–705.
- [O’Dougherty, 2013] O’Dougherty, M. (2013). Plot and irony in childbirth narratives of middle-class brazilian women. *Medical Anthropology Quarterly*, 27(1):43–62.
- [Pallasmaa et al., 2010] Pallasmaa, N., Ekblad, U., AITOKALLIO-TALLBERG, A., Uotila, J., Raudaskoski, T., ULANDER, V.-M., and Hurme, S. (2010). Cesarean delivery in finland: maternal complications and obstetric risk factors. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 89(7):896–902.
- [Pantović, 2018] Pantović, L. (2018). Not-so-informal relationships. selective unbundling of maternal care and the reconfigurations of patient–provider relations in serbia. *Südosteuropa*, 66(3):371–391.
- [Parsons, 1964] Parsons, T. (1964). *The social system*.(1951).
- [Prosen and Tavčar Krajnc, 2013] Prosen, M. and Tavčar Krajnc, M. (2013). Sociological conceptualization of the medicalization of pregnancy and childbirth: the implications in slovenia. *Revija za sociologiju*, 43(3):251–272.
- [PSO, 2018] PSO (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization, Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [Pustułka and Buler, 2020] Pustułka, P. and Buler, M. (2020). Pregnancy and childbirth during the covid-19 pandemic in poland: qualitative evidence from expert interviews.
- [Redshaw and Henderson, 2013] Redshaw, M. and Henderson, J. (2013). Fathers’ engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1):70.
- [Reiger and Dempsey, 2006] Reiger, K. and Dempsey, R. (2006). Performing birth in a culture of fear: an embodied crisis of late modernity. *Health Sociology Review*, 15(4):364–373.
- [Roth and Henley, 2014] Roth, L. M. and Henley, M. M. (2014). Unequal Motherhood: Racial-Ethnic and Socioeconomic Disparities in Cesarean Sections in the United States. *Social Problems*, 59(2):207–227.

- [Rumšienė, 2022] Rumšienė, R. (2022). Naujagimių verksmas čia nebeskamba: rajonuose uždaromi gimdymo skyriai, atleidžiami darbuotojai, o merai rėžia – šeimos čia nesikels.
- [Sandall, 2015] Sandall, J. (2015). Place of birth in europe.
- [Shim, 2010] Shim, J. K. (2010). Cultural health capital: A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1):1–15. PMID: 20420291.
- [Simon et al., 2016] Simon, R. M., Johnson, K. M., and Liddell, J. (2016). Amount, source, and quality of support as predictors of women’s birth evaluations. *Birth*, 43(3):226–232.
- [Širvinskienė et al., 2020] Širvinskienė, G., Grincevičienė, Š., and Pranskevičiūtė-Amoson, R. (2020). Moterų gimdymo priežiūros patirtys lietuvoje: nepaisant aukštos specialistų kompetencijos, vis dar trūksta įgalinimo= women experience with lithuanian childbirth care: Despite high competence, empowerment is still lacking: mokslinis žodinis pranešimas. In *Konferencija „Aktualių sprendimų paieškos psichologijos moksle ir praktikoje“: recenzuotas pranešimų santraukų leidinys: 2020 m. rugsėjo 16 d., Kaunas/Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2020.*
- [Skuland, 2015] Skuland, S. E. (2015). Healthy eating and barriers related to social class. the case of vegetable and fish consumption in norway. *Appetite*, 92:217–226.
- [statistikos departamentas, 2022] statistikos departamentas, L. (2022). Gimusieji, rodiklių duomenų bazė, oficialiosios statistikos portalas.
- [STT, 2022] STT (2022). Lietuvos korupcijos žemėlapis 2021.
- [sveikatos apsaugos ministerija, 2019] sveikatos apsaugos ministerija, L. R. (2019). Dėl gimdymo namuose priežiūros paslaugos teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo.
- [Van Teijlingen, 2005] Van Teijlingen, E. (2005). A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. *Sociological Research Online*, 10(2):63–77.
- [Walsh, 2010] Walsh, D. J. (2010). Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. *Sociology of Health & Illness*, 32(3):486–501.
- [White, 2016] White, K. (2016). *An introduction to the sociology of health and illness*. Sage.
- [Zadoroznyj, 1999] Zadoroznyj, M. (1999). Social class, social selves and social control in childbirth. *Sociology of Health & Illness*, 21(3):267–289.

[Zadoroznyj, 2001] Zadoroznyj, M. (2001). Birth and the 'reflexive consumer': trust, risk and medical dominance in obstetric encounters. *Journal of Sociology*, 37(2):117–139.