

Vilniaus universitetas  
Filosofijos fakultetas  
Psichologijos institutas

*Živilė Petrulionienė*

Sveikatos psichologijos studijų programa  
Magistro darbas

## **NESIVYSTANČIO NĖŠTUMO PATIRTIS**

*Darbo vadovė: Prof. dr. L. Bulotaitė*

**Vilnius, 2021**

## Turinys

Turinys	2
SANTRAUKA	5
ABSTRACT	6
1. ĮVADAS	9
1.1 Nesivystančio nėštumo samprata	9
1.2. Psichologiniai nėštumo nutrūkimo aspektai	11
1.2.1. Prenatalinio prieraišumo reikšmė nėštumo nutrūkimo išgyvenimui	11
1.2.2 Nėštumo nutrūkimas kaip psichologinė trauma	12
1.2.3 Nerimas ir depresiškumas nutrūkus nėštumui	14
1.2.4 Moterų, patyrusių persileidimą, sielvarto išgyvenimas	15
1.3 Nėštumas po patirto persileidimo	16
1.4 Pagalba nutrūkus nėštumui	17
1.4.1 Artimųjų parama nutrūkus nėštumui	17
1.4.2 Parama socialiniuose tinkluose	18
1.4.3 Specialistų pagalbos poreikis nutrūkus nėštumui	18
1.5 Probleminis tyrimo klausimas ir darbo tikslas	19
Tyrimo tikslas	19
2. TYRIMO METODOLOGIJA	20
2.1 Teorinis tyrimo metodo pagrindimas	20
2.2 Tyrimo dalyvės	21
2.3 Tyrimo eiga	23
2.3.1 Pasirengimas atlikti kokybinį tyrimą	23
2.3.2 Interviu	24
2.3.3 Duomenų analizė	26
3. REZULTATAI	27
3.1 Emocinis atsakas į žinią, jog „širdutė nebeplaka“	29

3.1.1 Šokas ir netikėtumas	29
3.1.2 Liūdesys	30
3.1.3 Kaltė ir gėda	30
3.2 Persileidimo laukimas	31
3.2.1 Neapibrėžtumo laike išgyvenimas	32
3.2.2 Besilaukiantis kūnas ir nebesilaukianti moteris	32
3.2.3 Iš(si)valymo patirtis	33
Fizinis ir psichologinis pasiruošimas iš(si)valymui	33
Fizinės kančios išgyvenimas namuose	33
Dilema – abrazija nelygu abortas	34
3.3 Negimusio vaiko, kaip asmens, patyrimas	35
3.3.1 Asmens bruožų suteikimas negimusiam vaikui	35
3.3.2 Atsisveikinimo ir laidotuvių ritualai	36
3.3.3 Vaiko nuasmeninimas skaudina	36
3.4 Žmogiškų ryšių svarba	37
3.4.1 Gydytojai, kurie bara ir guodžia	37
3.4.2 Pasikeitusių santykių su vyru išgyvenimas	38
3.4.3 Ryšys su kitomis moterimis – nuo intymumo iki neapykantos	39
3.5 Nėštumas po netekties – troškimas vėl lauktis ir baimė vėl prarasti	40
<b>4. REZULTATŲ APTARIMAS</b>	41
4.1 Emocinis atsakas į žinią, jog „širdutė nebeplaka“	42
4.2 Persileidimo laukimas	44
4.3 Negimusio vaiko, kaip asmens, patyrimas	46
4.4 Žmogiškųjų ryšių svarba	47
4.5 Nėštumas po netekties – troškimas vėl lauktis ir baimė vėl prarasti	49
4.6 Apibendrinimas	49
4.7 Tyrimo validumas ir patikimumas	51

4.8 Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams	51
<b>IŠVADOS</b>	53
LITERATŪROS SĄRAŠAS	54
PRIEDAI	59
1 priedas. Kvietimas dalyvauti tyrime	59
2 priedas. Sutikimo dalyvauti tyrime forma	60
3 priedas. Klausimai pusiau struktūruotam interviu	61
4 priedas. Transkribuotų interviu kodavimo pavyzdys	62
5 priedas. Moterų pasakojimų prasminiai kodai	63
6 priedas. Kodų priskyrimo temų kekėms ir potemėms darbinė medžiaga	66

„Nesivystančio nėštumo patirtis“, Živilė Petrulionienė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2021, 66 psl.

## SANTRAUKA

Lietuvoje pastaraisiais metais užregistruojama maždaug po 3 tūkst. savaiminių persileidimų per metus. Dėl pažangių medicinos technologijų bei tobulėjančios prenatalinės diagnostikos vis dažniau yra nustatomas nesivystantis nėštumas – nėštumo patologija, kai žuvęs embrionas ar vaisius užsilaiko moters gimdoje. Šių moterų psichologiniai išgyvenimai yra mažai tyrinėti mūsų šalyje. Darbo tikslas – aprašyti nesivystantį nėštumą išgyvenusių moterų patirtį ir atskleisti psichologinius nesivystančio nėštumo patirties aspektus. Tyrime dalyvavo 8 moterys (30–42 m. amžiaus), kurioms buvo nustatytas nesivystantis nėštumas. Moterims buvo paskirtos skirtingos gydymo strategijos – medikamentinis, chirurginis bei laukimo taktika. Duomenys buvo renkami pusiau struktūruoto interviu pagalba, kuris truko iki valandos, ir analizuojami indukcinės teminės analizės metodu. Moterų pasakojimuose atsiskleidė 5 pagrindinės temos: emocinis atsakas į žinią, jog nebeplaka širdutė, persileidimo laukimas, negimusio vaiko kaip asmens patyrimas, žmogiškųjų ryšių svarba bei nėštumas po netekties – troškimas lauktis ir baimė vėl netekti. Šis darbas gali būti atspirties tašku tolimesniems psichologiniams nesivystančio nėštumo patirties tyrimams, prisidėti prie veiksmingo pagalbos modelio kūrimo persileidimą dėl nesivystančio nėštumo patyrusioms moterims.

Raktiniai žodžiai: nesivystantis nėštumas, prenatalinė netektis, abrazijs, laukimo taktika, teminė analizė.

„Experience of a non-developing pregnancy“, Živilė Petrulionienė, Vilnius, Vilnius University, 2021, 66 pp

## **ABSTRACT**

In recent years, around 3 thousand of spontaneous abortions have been registered in Lithuania each year. Due to progress in medical technology and prenatal diagnostics, missed abortion (pregnancy complication when dead embryo or fetus is retained in the womb) has been diagnosed with increasing frequency. However, the research of the women's psychological experience of missed abortion is still scarce. The goal of this research is to describe the experience of women who have experienced a missed abortion and to disclose the psychological aspects of the experience of missed abortion. Eight women aged from 30 to 42 years old who were diagnosed with missed abortion have participated in the survey. The women received different ways of treatment: medical, surgical, and expectant management. The survey data were collected during semi-structured interviews (duration up to 1 hour) and were analysed by inductive thematic analysis method. In the narratives of the women, five major themes occurred: emotional response to the news that the little heart is no longer beating, waiting for the abortion, experience of the unborn child as a person, the importance of human relations and the pregnancy after the miscarriage (the desire to get pregnant and the fear of repetitive loss). This research may serve as a starting point for further psychological research of the experience of missed abortion and contribute to development of effective aid model for women who have experienced miscarriage due to missed abortion.

Keywords: missed abortion, pregnancy loss, curettage, expectant management, thematic analysis.

## PRATARMĖ

*„Kai vaikas netenka savo tėvų jis yra našlaitis.  
Kai sutuoktinis netenka savo partnerio jis yra našlys.  
Tačiau tėvams praradus savo vaiką, nėra žodžio tai apibūdinti.“*  
(R. Reaganas, 1988)

Remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos statistika, 2019 metais buvo užregistruoti beveik 6,5 tūkst. abortų. Iš jų 50,3 proc. sudarė savaiminiai abortai, arba, kitaip tariant, persileidimai, 2,9 proc. sudarė abortai pagal medicininės indikacijas (Higienos institutas, 2020). Persileidimas įvykęs per pirmąsias 12 savaičių, vadinamas ankstyvuoju. Jie sudaro 75 proc. visų prenatalinių netekčių. Didelį per pirmąjį nėštumo trimestrą įvykstančių persileidimų skaičių (50–70 proc.) lemia genetinis embriono defektas, nesuderinamas su gyvybe, arba moters organizmo būklė. Higienos instituto duomenimis, savaiminiu persileidimu baigiasi 15–20 proc. visų nėštumų. Tačiau yra šaltinių, kurie teigia, jog net iki 50 proc. nėštumų baigiasi savaiminiu abortu, ir kartais taip anksti, kad net nesutrikdo menstruacijų ciklo ir lieka nepastebėti (Allison, 2011). Dažniausiai persileidimas įvyksta po vaisiaus mirties, rečiau – moters organizmui atmetus ir išstūmus gyvą embrioną ar vaisių. Daugiau negu pusė vaisiaus mirties gimdoje priežasčių lieka neišaiškinta, dažnai jų net nebandoma ieškoti, tokia nėštumo baigtis priimama kaip natūralus procesas, „gamtos klaida“, kurią reikėjo ištaisyti.

Skaitant ne mokslinius straipsnius, o atvirus moterų, patyrusių persileidimą, pasakojimus kyla klausimas, kodėl šis fiziologinis procesas sukelia tokį stiprų atsaką moters psichikoje? Kodėl persileidimo tema yra itin jautri tema moterims, kurios patyrė prenatalinę netektį? Ką jos išgyvena, kai sužino, jog jos gimdoje vaisius nebegyvas? Kas padeda joms išgyventi, ar joms reikia pagalbos, ir jei taip, tai kokios? Kodėl moterys apie tai nutyli arba kalba tik tam skirtuose internetinių forumų puslapiuose (supermama.lt, tevudarzelis.lt, kudikionetektis.lt). Ruošiantis šiam tyrimui teko perskaityti daugybę moterų istorijų ir liudijimų moterų pokalbių svetainėse ir buvo akivaizdu, kad moterims savaiminis abortas, vaisiaus mirtis gimdoje ir nesivystantis nėštumas yra daugiau negu medicininė ar fiziologinė diagnozė. Moterys aprašė skausmą, pyktį, kaltę, gėdą, nepasitikėjimą savo kūnu, sudužusias svajones, tarsi neteisėtą gedulą ir palaikymo bei pagalbos stoką. Akivaizdu, jog daug mamų vis dar „užstrigusios“ šioje patirtyje, vis dar negali integruoti šio patyrimo į savo gyvenimo istoriją. Reikia pripažinti, kad toks dažnas reiškinys reprodukcinio amžiaus moterų gyvenime neranda tinkamo atgarsio sveikatos apsaugos sistemoje, kurioje vis dar vyrauja medicininis požiūris,

akcentuojant tik fiziologinę persileidimo reikšmę, ir dažnai nustumiant į šalį psichologinius reiškinių aspektus. Biopsichosocialinio požiūrio stoka, neatsižvelgiant į moterų jausmus, vidinius patyrimus po prenatalinės netekties, gali sudaryti sąlygas ilgainiui atsirasti gilesnėms psichologinėms problemoms.

Medicininėje literatūroje išsamiai aprašyti sutrikimai pasireiškiantys po nėštumo nutraukimo savo noru: psichozė, psichogeniniai paranoidiniai sutrikimai, minimi potrauminio streso sutrikimas bei poabortinis sindromas (Rudalevičienė, 2012). Kyla klausimas – jei po aborto, kuris vyksta moters apsisprendimu, pasireiškia psichinei sveikatai neigiamos pasekmės, kokias pasekmes atneša neigiama nėštumo baigtis moterims, kurios vaiko laukė ir tikėjo, kad jų nėštumas baigsis gimdymu?

Taigi šiame darbe norima įsigilinti į moters nesivystančio nėštumo patirtį, surasti ir suprasti, kuo ši patirtis yra ypatinga, kaip moterys apie tai kalba, kokius jausmus išgyvena. Taip pat – kas yra nesivystantis nėštumas moterims jų pačių akimis. Vaizdžiai tariant, darbo tikslas – „suteikti žodį“ tomis moterims, kurioms diagnozė „negyvybingas vaisius, nėštumas nesivystantis“ buvo ne tik „gamtos klaidos“ atitaisymas, bet ir vaiko netektis.

Lietuvoje yra atlikta mažai tyrimų aprašančių ir analizuojančių moters patyrimą, psichologinę būseną ir pagalbos poreikį patyrus persileidimą. Dažniausiai aptiriamos ir analizuojamos galimos savaiminio aborto priežastys (Labutienė, 2012) bei medicininės pasekmės (Jašiskytė, 2016). Darbo tema prasminga, nes leidžia giliau pasižiūrėti į nesivystantį nėštumą patyrusių moterų išgyvenimus, įvardinti sunkumus bei stiprybes, padėjusias šį įvykį integruoti į gyvenimo patirtį, atskleidžia specialistų (psichologų, socialinių darbuotojų, medikų) pagalbos poreikius.



## 1. ĮVADAS

### 1.1 Nesivystančio nėštumo samprata

Nesivystantis nėštumas – tai embriono ar vaisiaus iki 21 sav. + 6 d. mirtis ir užsilaikymas gimdoje (TLK-10). Ši patologija yra dažna ir pasitaiko 20–30 proc. visų nėštumų (Higienos institutas, 2019). Dažniausia savaiminio pilno ar dalinio persileidimo priežastis yra nesivystantis nėštumas.

Dėl pažangios medicinos bei technologijų, leidžiančių stebėti vaisių ir jo gyvybines funkcijas gimdoje bei vis tobulėjančios prenatalinės diagnostikos, nesivystantis (neaugantis) nėštumas yra nustatomas vis dažniau ir anksčiau. Intrauterine vaisiaus žūtimi laikoma vaisiaus žūtis gimdoje. Ji diagnozuojama auskultacijos metodu, kai stetoskopu negirdimas ir (ar) kardiografu neregistruojamas vaisiaus širdies ritmas ir ultragarsinio tyrimo metu nematomi vaisiaus širdies susitraukimai (Abraitis ir kt., 2014). Negyvas vaisius moters gimdoje gali užsilaikyti iki 8 savaičių, ir ši būseną kartais nesukelia jokių jaučiamų simptomų, o vaisiaus mirtis nustatoma tik profilaktinės apžiūros metu. Pasak Prenatalinės diagnostikos metodikos rengėjų Lietuvoje, maždaug 2 proc. pacienčių, atvykstančių 11–13 nėštumo savaitės pirmajam ultragarsiniam tyrimui, nustatomas žuvęs vaisius, nors nėščiosios nepatiria jokių persileidimo simptomų (Abraitis ir kt., 2019).

Nesivystančio nėštumo rizika yra daug didesnė vyresnio amžiaus moterims ir moterims su įgimtomis ar įgytomis reprodukcinės sistemos anomalijomis, sergant ūmiomis infekcinėmis ligomis, autoimuninėmis ligomis ar esant skydliaukės disfunkcijai. Nesivystančiam nėštumui turi įtakos kai kurie moters elgesio veiksniai, kurie ženkliai padidina sutrikimų riziką, pvz.: alkoholio vartojimas ir rūkymas (Jašiskytė, 2016).

Diagnozavus nesivystantį nėštumą, medicinoje taikomos kelios gydymo strategijos priklausomai nuo to, kokia yra moters gimdos bei embriono būseną, moters sveikata (Dugas, Slane 2019) ir koks yra susiformavęs šalies medicinos požiūris.

**Chirurginis** nutrūkusio nėštumo gydymo būdas yra labai veiksmingas, rezultato pasiekiami greitai. Siekiant sumažinti sepsio ir pernelyg didelio kraujavimo, kurie kelia pavojų moters sveikatai ir gyvybei, riziką chirurginis gydymas buvo nesivystančio nėštumo gydymo standartas. Chirurginė intervencija atliekama stacionare, procedūra užtrunka iki 20 minučių, gimdos audiniai su embrionu ar vaisiumi išvalomi specialiu įrankiu arba išsiurbiami vakuuminiu prietaisu. Procedūra paprastai atliekama taikant anesteziją arba vietinę nejautrą. Tačiau taikant šį gydymą, galimi gimdos kaklelio pažeidimai, infekcijos, gimdos perforacija ar komplikacijos, susijusios su anestezija.

Prieš kelis dešimtmečius pradėta svarstyti, ar, nutrūkus nėštumui ir nesant komplikacijų, būtina chirurginė intervencija. Atsiradus galimybei sekti nėštumo hormonų kiekį kraujyje ir gimdos būklę ultragarsu, nesivystantys nėštumai nustatomi ankstyvoje nėštumo stadijoje ir yra didesnė tikimybė, kad gimda išsivalys pati. Tad kitas – natūralesnis, mediciniškai pigesnis ir paprastesnis būdas yra **laukimo taktika**, prižiūrint gydytojams. Moteris gali išvengti su chirurgine intervencija bei anestezija susijusių komplikacijų ir gyvena laukdama persileidimo. Laukimo laikas gali užtrukti iki 8 savaičių. Jei savaiminis persileidimas neprasideda arba įvyksta dalinis išsivalymas, moteriai atliekama chirurginė procedūra. Kartais gimdos išsivalymui skiriami persileidimą provokuojantys vaistai. Šis gydymo metodas taip pat yra priskiriamas konservatyviajam gydymo būdui, kaip ir laukimo taktika. Kituose šaltiniuose (Kerienė, 2019) pateikiamas kitoks nėštumo baigties klasifikavimas intrauterinės vaisiaus žūtis atveju – aktyvioji taktika, kai atliekama operacija – abrazijs, laparatomija, pasyvioji taktika – kai vaisiaus pašalinimas skatinamas medikamentiniu būdu, bei stebėjimo taktika, kai leidžiant nėščiosios būklei, stebimas kraujavimas ir laukiama, kol vaisiaus audiniai bei kas? pašalins savaime.

LR sveikatos apsaugos ministerijos paruoštame leidinyje „Vaisiaus žūtis: akušerinė metodika“ rašoma, jog nešioti žuvusį vaisių pacientei psichologiškai yra labai sunku, todėl labai nedaug moterų pasirenka laukimo taktiką – savaime prasidedantį gimdymą. Dauguma moterų, sužinojusios apie vaisiaus žūtį ir patyrusios didžiulį emocinį stresą, nori nėštumą užbaigti kuo greičiau ir renkasi aktyvią nėštumo užbaigimo taktiką – gimdymo sužadimą tuoj po diagnozės patvirtinimo (Abraitis ir kt., 2014, p. 12, 13). Tačiau naujesniame tos pačios metodikos leidime, pateikiama kita informacija – yra pripažįstama, kad moterys išgyvena psichologinių sunkumų sužinojusios apie vaisiaus žūtį ir dėl įvairių baimių bei šoko renkasi ne chirurgines intervencijas, o laukimo taktiką (Abraitis ir kt., 2019). Vis dėlto kyla klausimas, ką jos išgyvena laikotarpiu nuo žinios, kad jos viduje negyvas vaikelis iki persileidimo arba abrazijs momento? Kokias psichologines pasekmes tai atneša, kaip moterys ir jų šeimos tai išgyvena?

Dauguma psichologinių tyrimų yra atlikta neišskiriant nesivystančio nėštumo iš kitų prenatalinių mirčių, tačiau ši situacija yra specifiška. Ji skiriasi nuo kitų diagnozių tuo, jog moteris kažkurį laiką tarpą žino, jog jos kūne yra negyvas vaikas ir tuo, jog dažniausiai gydymo metodas yra ne aktyvus veikimas, o pasyvus laukimas, tikint, kad moters organizmas susitvarkys su problema pats abortuodamas negyvus audinius. Tai, kas medicininio požiūriu gali būti vienodai veiksminga ir tinkama, psichologiniu požiūriu gali turėti labai skirtingą svorį ir įtaką tolimesnei moters reprodukciniai sveikatai ir psichologinei gerovei. Daugybė tyrimų rodo, jog persileidimas yra trauminė patirtis ir mamai, ir visai šeimai.

Ryšys tarp reprodukcinės ir psichikos sveikatos pradėtas tyrinėti palyginti neseniai. Pirmieji tyrimai atlikti 1963 m. F. Dunbar ir 1979 m. N. Horowitz, juose buvo siekta išsiaiškinti persileidimo ir sielvarto ryšį, taip pat įtaką kitiems nėštumams (Randal, Hooks 1987). Vėliau atsirado kitos tyrimų kryptys – pagalbos poreikio, depresijos ir nerimo (Briar, 2008), potrauminio streso sindromo ryšys su persileidimu ir traumos įtaka šeimos gyvenimui (Koopmans, Wilson, Cacciatore, Flenady, 2013). Tačiau kompleksinių studijų, ką individualiai išgyvena moteris, patyrusi persileidimą, kokią įtaką traumos stiprumui ir įveikai turi konkretus nėštumo užbaigimo būdas dar nėra daug. Žvelgiant iš holistinės ar biopsichosocialinės medicinos perspektyvos, yra svarbu žinoti, kas yra persileidimas dėl nesivystančio nėštumo moters žvilgsniu, iš jos supratimo ir perspektyvos. Mokslinėse duomenų bazėse pavyko rasti nedaug kokybinių tyrimų, kuriuose interpretacinės fenomenologinės ir teminės analizės būdu yra tiriama moters persileidimo patirtis. Tyrimų, išskiriančių nesivystantį nėštumą ir jo psichologines pasekmes iš kitų reprodukcinės nesėkmės atvejų, neteko skaityti. Tyrimai, kuriuose kalbama apie persileidimą namuose, kaip vieną iš nėštumo baigčių, yra atlikti šalyse, kuriose laukimo taktika taikoma su aktyvia medikų priežiūra. Lietuvoje moterys vizitui priimamos arba po galutinio termino, kada buvo numatytas išsivalymas, arba po išsivalymo, tad šį laukimo laikotarpį jos praleidžia be gydytojų ir kitų specialistų pagalbos (šis teiginys pagrįstas pasidalijimais mamų forumuose; tai gali būti neteisingas medicininės priežiūros interpretavimas, tačiau jis atspindi moterų subjektyvią realybę).

## **1.2. Psichologiniai nėštumo nutrūkimo aspektai**

### **1.2.1. Prenatalinio prieraišumo reikšmė nėštumo nutrūkimo išgyvenimui**

Norint suprasti, ką moterims reiškia persileidimas, reikia žinoti, ką moterims reiškia nėštumas. Nėštumas moteriai yra ypatingas įvykis, iš pagrindų sukrečiantis moters gyvenimą. Moteris įsisavina motinos vaidmenį ir svajonę turėti vaikų dar iki nėštumo, o pastojus ryšys tarp mamos ir vaisiaus, kuris egzistavo tik moters svajose, tampa realus ir vis stiprėjantis (Carmarheiro, Macie, da Silveira 2015). Nėštumas sukelia gilius biologinius, somatinius ir psichologinius pokyčius, kurie moters tapatybėje suformuoja motinos vaidmenį.

J. Bowlby prieraišumo teorija yra viena pagrindinių kalbant apie žmogiškuosius ryšius psichologijoje, sociologijoje ir medicinoje (Lloyd Jones, 2015). Ji įvardija prieraišumą kaip tęstinį ryšį, kuriam būdingas globėjų artimumo siekimas. Biologiškai sąlygotas šis ryšys garantuoja išlikimą. J. Bowlby teigė, jog prieraišumas prasideda kūdikui gimus. Tačiau vėliau prieraišumo teorija buvo papildyta, nes buvo pastebėtas moterų santykis su dar negimusiu vaiku kaip su asmeniu. A. Brandon

ir jo kolegos (2011), siekdami aprašyti prenatalinio prierašumo fenomeną, apžvelgia ankstesnių tyrėjų darbus ir prenatalinį prierašumą apibrėžia kaip unikalų santykį tarp moters ir vaisiaus. Šis santykis, anot mokslininkų, kuriamas vaizduotėje ir yra nepriklausomas nuo fizinio vaikelio patyrimo, pavyzdžiui, vaikelio judesių jautimo. Prierašumas kaip ryšys tarp motinos ir vaisiaus atsiranda dar gerokai prieš gimimą (Salehi, Kohan, 2017). Tyrimais nustatyta, šis ryšys yra geros sveikatos sąlyga per nėštumą, lengvina tėvystės vaidmenų priėmimą, taip pat užkerta kelią pogimdyvinės depresijos simptomams (Brendom ir kt., 2011). Remiantis šiuo požiūriu, tėvų išgyvenimai dėl prarasto nėštumo labiausiai priklauso nuo santykio su negimusiu vaiku intensyvumo, nuoseklumo, emocinio prisirišimo bei gestacinio amžiaus, t. y., nėštumo trukmės (Trepal, Semivan, Caley-Bruce, 2005). Šis procesas apima ne tik apčiuopiamus procesus, kaip judesius ar fizinius nėštumo požymius, bet ir daugiau abstrakčių dalykų, tokių, kaip fantazijas apie kūdikį ir vaizdus apie save kaip motiną. Kuo ilgesnis nėštumas, tuo daugiau moteris turi laiko vystyti savo psichines reprezentacijas apie vaiką, jo charakterį, tapatybę, gyvenimo aplinkybes ir tuo gilesnis formuojasi prenatalinis prierašumas (Hutti ir kt, 2017). Tikėtina, kad tuomet ir sielvartas bus didesnis po nėštumo nutrūkimo. Taigi, galime teigti, jog nutrūkus nėštumui moteris patiria kelių lygių praradimą: fiziškai ji netenka vaisiaus, psichologiškai – savęs kaip motinos (Séjourné, Callahan, Chabrol, 2008). Tikėtina nėštumo baigtis yra gimdymas ir kūdikio auginimas, todėl, kai nėštumas nutrūksta dėl persileidimo, šis įvykis gali tapti kriziniu, gali turėti įtakos moters kaip motinos tapatybės formavimuisi, poros santykiams ir visai šeimai. Įvykus persileidimui, moterį užklumpa daugybė klausimų. Šie klausimai kartais sukelia egzistencinę painiavą. Taip pat išbandomi asmens gebėjimai įveikti krizę ir problemų sprendimo būdai. Fizinė sveikimo dalis po persileidimo yra gana lengva, Lietuvoje taikoma praktika, net neišduoti nedarbingumo pažymėjimo, jei vaisius pasišalina be komplikacijų (Abraitis ir kt, 2019). Tačiau emocinis ir psichologinis sveikimas trunka daug ilgiau ir reikalauja žymiai daugiau moters pastangų.

### **1.2.2 Nėštumo nutrūkimas kaip psichologinė trauma**

Psichologinė trauma – tai nefiziniai socialiniai ir psichologiniai sužeidimai, atsirandantys dėl stiprių psichologinių sukrėtimų (Gailienė, 2015). Trauminę situaciją išgyvenantis žmogus tampa bejėgis, praranda kontrolės, prasmės jausmą. Traumos patyrimas ir patyrimo intensyvumas priklauso nuo požiūrio į įvykį ir asmenybės savybių. Žiūrint iš traumų psichologijos perspektyvos, persileidimas atitinka visus psichologinės traumos požymius:

**a) Netikėtumas, staigumas.** Planuodama nėštumą ir sužinojusi, kad laukiasi, paprastai moteris keičia savo elgesį, siekdama apsaugoti save ir savo būsimą kūdikį. D. Winnicot šį pasikeitimą pavadino specialiu terminu – pirminiu motinos rūpesčiu. Jo nuomone, nėštumas pamažu sukelia ypatingą kūno bei proto būseną, dėl kurios moteris ypatingai domisi savo kūdikiu, identifikuoja jį su juo. Tai yra ypatinga būseną, kuri būdinga tik nėštumo periodui, ir kuri pamažu silpsta kūdikiui gimus ir augant (Lloyd Jones, 2015). Žiūrint iš šios perspektyvos, moteris siekia išvengti, nelaukia ir nesitiki nėštumo nutrūkimo. Todėl žinia apie nėštumo baigtį moteriai yra labai netikėta, staigi ir sukrečianti nepriklausomai nuo to, ar moteris žinojo persileidimų statistiką ir savo asmeninius rizikos veiksnius ar jautė persileidimą prognozuojančius pojūčius (Walker, Davidson 2001).

**b) Grėsmė, pavojus saugumui, sveikatai, gyvybei.** Trauminėse situacijose iškyla realus pavojus saugumui, sveikatai arba gyvybei. Asmuo praranda saugumo jausmą ir jaučiasi bejėgis. Remiantis daugelio tyrimų duomenimis, motina identifikuoja vaiką kaip neatskiriamą savo dalį, todėl įvykęs persileidimas sukelia grėsmę šio ryšio integralumui, taip pat skilimo jausmą, tarsi iš moters būtų atimta dalis jos pačios (Adolfsson, 2004; Brier 2008; Markin, 2016). Taip pat persileidimas yra tiesioginė ir išsipildžiusi grėsmė moters sveikatai ir vaiko, kurio laukiasi, gyvybei. Persileidimas išsklaido tikėjimą, kad moteris yra saugi, nepažeidžiama, o pasaulis yra saugi vieta gyventi.

**c) Trauma reikalauja ypatingų psichologinių resursų ją įveikti.** Trauminės situacijos pareikalauja ypatingos psichologinės mobilizacijos. Toliau remiantis D. Winnicot, pirminis motinos rūpestis niekur nedingsta nutrūkus nėštumui. Moteris visą rūpesčio intensyvumą perkelia į praradimą ir mirtį, kartais tapatindamasi su mirusiu kūdikiu. Kančios palaikymas tampa vieninteliu būdu padedančiu išsaugoti vaiko atminimą. Štai šiame susipriešinime ir reikalingi ypatingi traumos įveikos įgūdžiai. Traumos patyrimo stiprumas priklauso nuo gyvenimo filosofijos, požiūrio į traumuojantį įvykį ir asmenybės (Lloyd Jones, 2015)

Bet koks trauminis patyrimas nepraeina be pasekmių. Tyrimai rodo, jog moteris patyrusi persileidimą išgyvena platų jausmų spektrą (Adolfsson, 2010; Camarneiro, 2015; Markin, 2016). Priklausomai nuo to, ar nėštumas buvo planuotas ir lauktas, ar „netyčinis“ ir nelauktas moteris išgyvena neigiamus arba teigiamus jausmus. Nuo to, kokia besilaukiančiai moteriai buvo nėštumo reikšmė, priklauso ir persileidimo reikšmė bei psichologinės pasekmės. Remiantis literatūra (Corbet-Owen, Kruger 2001), nelaukto ir netikėto nėštumo praradimas moterims atneša palengvėjimą, tačiau autoriai teigia, jog kartu seka ir kaltės dėl patiriamo palengvėjimo jausmas. Moterys, netekusios laukto nėštumo, patiria spektrą neigiamų jausmų, tokių kaip kaltė, baimė, gėda, vienišumas, savigarbos praradimas, nepasitikėjimas savo kūnu, pyktis, nerimas, depresijos požymiai.

### 1.2.3 Nerimas ir depresiškumas nutrūkus nėštumui

Nerimo sutrikimui būdingas būsimos žalos ar nelaimės numatymas, lydymas nuolatinio nervingumo, „pažemintos“ nuotaikos, somatinių požymių – raumenų įtampos, prakaitavimo, galvos svaigimo, širdies plakimo, silpnumo (TLK-10, 2010). Užsitęsę nerimo simptomai sukelia generalizuoto nerimo sutrikimą, kuris trikdo normalų sveiką psichologinį ir socialinį funkcionavimą. Esant depresijos epizodui, būdinga liūdna nuotaika, sumažėjusi energija ir aktyvumas. Dažnai pasireiškia sumažėjęs pasitenkinimas, interesų ratas, dėmesio koncentracija ir didelis nuovargis net ir nuo minimalių pastangų. Paprastai būdingas sutrikęs miegas ir sumažėjęs apetitas. Beveik visada sumažėja savivertė ir pasitikėjimas savimi, atsiranda kaltės ir bevertiškumo jausmas.

Pirmieji tyrimai apie tai, kokią įtaką persileidimas daro moterų psichologinei savijautai, naudojant Nerimo ir depresijos skalę (HADS, Zigmond & Snaith, 1983), buvo atlikti 1992 metais (Thapar, Thapar, 1992). Duomenys buvo kontraversiški – 80 proc. moterų buvo nustatyti depresijos ir nerimo simptomai, nepaisant to, ar jos buvo besilaukiančios ir niekada nepatyrusios persileidimo (kontrolinė grupė), ar patyrusios persileidimą (tiriamoji grupė). Buvo išskirtos trys emocinių sutrikimų rizikos grupės: moterys, kurios patyrė pakartotinį persileidimą, moterys, kurios patyrė persileidimą ir dar neturėjo vaikų, ir moterys, kurios neplanavo savo nėštumo. Remiantis tyrimais (Ambriz-López ir kt., 2017), daugiau nei 40 proc. moterų, patyrusių persileidimą, buvo nustatyti depresijos ir nerimo simptomai pagal taikomą HADS skalę. Nustatyta, kad didžiausią riziką susirgti turi moterys, kurioms nėštumo praradimas kartojasi keletą kartų, taip pat moterys, kurioms anksčiau buvo diagnozuotas nerimo ar depresijos sutrikimas. Susituokusioms moterims daug labiau pasireiškė nerimo ir depresijos simptomai negu vienišoms. Tikėtina, jog tokie rezultatai yra dėl vienišų moterų patiriamo nesaugumo jausmo, nuo to, ar nėštumas planuotas, ryšio su kūdikiu intensyvumo. Tyrimai atskleidė, jog išgyvenimo sunkumas ir trukmė tik iš dalies priklauso nuo gestacinio amžiaus, tai irgi siejama su mamos ir vaiko santykiu, prenatalinio prieraišumo formavimusi ir pirminiu motinos rūpesčiu. Kiti autoriai kaip rizikos faktorius prideda ir silpnus socialinius saitus, palaikymo nebuvimą bei santykių problemas (Kulathilaka, Hanwella, deSilva, 2016). Taigi nerimo išgyvenimas priklauso nuo asmenybės savybių ir aplinkybių. Labai svarbu yra atskirti sveiką sielvartą nuo patologinio sielvarto ir depresijos ir laiku pasiūlyti pagalbą, kol liūdesys dėl netekties netapo komplikuoju psichiniu sutrikimu. Lietuvoje atliktas tyrimas nurodo (Gaižauskaitė, 2019), jog daugiau nei pusė moterų, patyrusių persileidimą, patiria depresijos simptomus ir beveik visos, jų nuomone, negauna jokios socialinės ar psichologinės pagalbos.

#### 1.2.4 Moterų, patyrusių persileidimą, sielvarto išgyvenimas

Praradus laukimą vaiką seka normalus sielvarto periodas, kuris kartu yra ir naujos vilties atradimo bei susitaikymo laikas. Sielvartas yra emocinis atsakas į netektį ar praradimą. Jis koncentruojasi į vis nutolstančią praeitį ir dabartį, kurioje vis dar ieškoma prarasto asmens ženklų. Reakcija į žinią apie netektį, pasak skirtingų autorių, yra derybos dėl praradimo, atsisakymas patikėti, neigimas, pyktis, šokas, nelaimingumo jausmas, bejėgiškumas, baimė, kaltė, liūdesys, pasibjaurėjimas, savęs gailėstis ir gyvenimo, kuris buvo įprastas, skilimo pajautimas (Lin, 1996; McCraight, 2004). Sielvartas, kuris reiškiasi šiais simptomais ir neužsitęsia per ilgai, yra normalus, nepatologinis, tačiau skausmo išgyvenimas yra subjektyvus ir nepavaldu jokiai kalendoriui, tad kiekviena moteris turi turėti laiko tiek, kiek jai reikia, tol kol jos pačios jausmai jai atrodo adekvatūs. Pasak įvairių autorių, sielvartas didžiausias iš karto po netekties, vėliau laikui bėgant reakcijos silpnėja, sielvarto žymės mažėja. Išreikštas sielvartas yra asmens pastangos susitaikyti su giliai skausminga praradimo patirtimi (Carmaneiro ir kt., 2015). Sielvartą po persileidimo apsunkina tai, jog jis yra prospektyvus, nukreiptas į ateitį (Markin, 2016). Tai sielvartas, kada gedima ne praeities, kuri būtų pilna prisiminimų apie prarastą asmenį, o ateities, kuri galėjo su asmeniu būti, savo vilčių ir svajonių. Be fizinės netekties, moteris praranda galimybę gyventi su šiuo konkrečiu vaikiu, kuris taip ir liko nepažintas. Tai, anot D. Markin, daro sielvartą visiškai skirtingą nuo retrospektyvaus sielvarto ir daug labiau komplikuoatą. Juo labiau, kad nėra jokio materialaus kūno, kurį šeima galėtų apraudoti, ir tai netekčiai suteikia dar daugiau nerealumo, o gedulą padaro tarsi neteisėtą, nepagrįstą. Sielvartas yra procesas, turintis nuoseklią eigą. Neperėjęs visų sielvarto stadijų ir netransformuotas sielvartas įgauna patologinę formą – chronišką arba neigiantį (nepripažįstantį) sielvartą, kurie vėliau gali atnešti sunkius psichologinius padarinius, tokius kaip depresija. (Lin, Lasker, 1996). Lietuvoje atliktame tyrime siekiant tiksliau įvertinti moterų psichoemocinę savijautą po nėštumo nutrūkimo buvo lyginamas prenatalinės netekties stiprumas pagal nėštumo užbaigimo taktikas (Kėrienė, 2019). Nustatyta, kad stipriausiai netektis išgyvenama pasirinkus stebėjimo taktiką, nežymiai mažiau – pasyvią ir šiek tiek mažiau – aktyvius nėštumo užbaigimo veiksmus.

Gedėjimo procesas padeda inkorporuoti praradimą į gyvenimo patirtį. Šis procesas atstato savęs vaizdo pasaulyje vientisumą. Gedėjimas labiau fokusuojasi ne į emocines reakcijas, o į socialinę areną: tai tarsi vieša praradimo išraiška. Sielvartas ir gedulas – tai sudėtingas, kintantis procesas, priklausomas nuo kultūros, vertybių, normų ir papročių. Nors, kaip įrodyta tyrimais, sielvartas po persileidimo turi panašias stadijas, kaip po artimojo netekties (Adolfsson, Larson, 2010), vis tik gedėjimas po persileidimo turi ypatybių, kurios jį apsunkina ir pareikalauja daugiau psichologinės mobilizacijos jį išgyventi. Prenatalinė netektis dažnai lieka nematoma net artimiesiems.

Lietuvoje yra paplitusi nuostata apie nėštumą nekalbėti iki trijų mėnesių gestacinio amžiaus. Interneto grupėse mamos kalba, jog tai tarsi „blogas ženklas“ pranešti apie nėštumą pirmąjį trimestrą, tarsi prietaras, tarsi bandymas apsaugoti vaikelį nuo grėsmių, tuo pačiu apsidraudžiant, kad aplinkiniai nesužinotų, jei įvyks persileidimas. Šis vengimas dalintis žinia apie nėštumą su aplinka padaro persileidimą dar labiau nematomą. Paprastai įvykis lieka žinomas tik šeimai, bet sielvarto ir gedėjimo taip paprastai neįmanoma paslėpti, o jei jis slepiamas, gali virsti patologiniu. Kitas aspektas yra susijęs su netekties materialumu. Mirus žmogui, yra galimybė pagerbti jo kūną, atsisveikinti, turėti kapą ir tai padeda susitaikyti su mirties realumu (Polukordienė, 2008). Daiktai ir prisiminimai guodžia ir padeda priimti netektį. Prenatalinės mirties atveju, moteris neturi nieko – nebent nėštumo testą ar ultragarso nuotrauką. Nėra kūno, kuris įrodytų mirties realumą, daiktų ir prisiminimų, kurie galėtų padėti išgedėti savo sielvartą. Dar vienas aspektas, kuris įneša painiavą, yra neapibrėžtas embriono statusas. Kaip minėta, persileidimo psichologinės pasekmės priklauso ne nuo vaiko gestacinio amžiaus, bet nuo ryšio, kurį jaučia motina (Brandon, ir kt. 2011). Taigi 12 savaičių vaisiusjais tiek pat vertingas kiek ir 22 savaičių ar metų, ir embriono netektis atneša tiek pat sielvarto, kiek kito artimojo žmogaus. Visi šie niuansai sielvartą po persileidimo daro komplikuočiau, tarsi neteisėtą, todėl sunkiau išreiškiamą ir sunkiau išgyvenamą. S. Kulathilaka ir kt. (2016) tyrimai atskleidė, kad daugiau nei pusė moterų patiria komplikuočiau gedulą po persileidimo. Tyrimas buvo atliktas Azijos šalyse, tačiau tai tik papildė Europos šalių rezultatus (Adolfsson, Larson, 2010), kurie taip pat nurodo, jog praėjus 4–6 savaitėms po persileidimo maždaug pusė moterų patiria komplikuočiau (patologinio) sielvarto simptomus. Taip pat šiuo tyrimu nustatyta, jog laikui bėgant sielvarto simptomai slopsta ir po 6 mėnesių juos patiria tik 26 proc. moterų. Analogiška ir ilgalaikio tyrimo, atlikto Azijos šalyse (Lok, Yip, Lee, Sahota., Chung , 2010) išvada – po 6 mėnesių pagal Perinatalinio sielvarto skalę (*Perinatal Grief Scale*, 1989) patologinio sielvarto įverčiai sumažėjo iki 17 procentų.

### **1.3 Nėštumas po patirto persileidimo**

Nėštumo nutrūkimas ir fizinė bei psichologinė būseną po jo turi įtakos kitiems planuojamiems nėštumams. Pasaulio sveikatos organizacijos paskelbtose oficialiose gairėse dėl nėštumo po persileidimo rekomenduojama iki kito bandymo pastoti palaukti mažiausiai 6 mėnesius, nes, remiantis tyrimais, trumpesni intervalai tarp nėštumų yra susiję su neigiama kito nėštumo baigtimi (WHO, 2007). Daugelis gydytojų rekomenduoja palaukti mažiausiai 3 mėnesius po persileidimo, kad sumažėtų kito persileidimo tikimybė (Sundermann, ir kt., 2017). Tyrimo autoriai pažymi, jog



rekomenduojant atidėti būsimą nėštumą, būtina atsižvelgti ir į moters amžių, nes vyresnis amžius yra rizikos faktorius, turintis įtakos nesėkmingai nėštumo baigčiai. Tačiau dar sudėtingesnis už fiziologinį yra psichologinis aspektas. Liūdesys ir sielvartas dėl nutrūkusio nėštumo gali daryti kontraversišką įtaką būsimo nėštumo planavimui. Kokybinių tyrimų metaanalizėje (Dyer, Bell, Rankin 2019) atskleidžiama, kad, viena vertus, tėvai stengiasi kuo greičiau pastoti ir taip tarsi užpildyti tuštumą, likusią po vaiko netekties. Kita vertus, jie išgyvena daug baimės ir nerimo dėl rizikos dar kartą patirti prenatalinę netektį, todėl nusprendžia arba atidėti nėštumą ilgam, arba išvis neberizikuoti, ypač, jei nesėkmingi nėštumai kartojasi. Profesionali medikų ir psichologų pagalba galėtų padėti tėvams priimti teisingus sprendimus, įvertinus ir moters fizinę, ir šeimos emocinę bei psichologinę būsenas.

## **1.4 Pagalba nutrūkus nėštumui**

### **1.4.1 Artimųjų parama nutrūkus nėštumui**

Būti ir išbūti šalia kenčiančio žmogaus yra sunki užduotis. Ypač jei situacija yra tokia nekasdieniška, kaip buvimas šalia persileidimą patyrusios moters. Artimieji gali būti sutrikę, patys išgyvenantys ir dėl žuvusio vaiko, ir dėl moters sveikatos, gali nerasti tinkamo būdo paremti. Vis dėlto net tokiomis sąlygomis, moterys yra labiau linkusios ieškoti paramos artimiausių žmonių rate nei specialistų kabinetuose (Meaney, Corcoran, Spillane, O'Donoghue, 2017). Socialinė parama apibrėžiama kaip pagalba asmeniui sunkiose situacijose, kuri leidžia jam jaustis palaikomam ir apsuptam žmonių, kuriais gali pasikliauti (Iwanovisz-Palus, Mróz, M. & Bień, 2021). Tyrimai rodo, jog moterys subjektyviai patiria ir teigiamą, ir neigiamą socialinę paramą (Bellhous ir kt., 2018). Supratingumas, palaikymas, skausmo ir sielvarto pripažinimas, empatija iš tų, kurios taip pat yra patyrusios kūdikio netektį, taip pat ir fizinė pagalba – vyresnių vaikų ir namų priežiūra – tyrimuose įvardijami kaip teigiami paramos būdai. Neigiamas socialinio rato atsakas yra kaltinimai, pamokymai, bandymas sumenkinti netektį ir ignoravimas lyg nieko nebūtų nutikę. Socialinė ir kultūrinė aplinka tam taip pat turi įtakos. Moterys, kurios savo nėštumo neslėpė ir apie tai buvo pranešusios artimiesiems, nepaisant to, jog yra išsisknijęs prietaras nesakyti apie nėštumą iki pirmojo trimestro pabaigos, sulaukia daugiau paramos, patiria mažiau komplikuoatą gedulą ir lengviau šią situaciją priima (Iwanovisz-Palus ir kt., 2021; Bellhous ir kt., 2018). Siekiant palengvinti artimųjų ir kūdikio gedinčių tėvų bendravimą, kai kurios persileidimą patyrusių tėvų paramos organizacijos, pavyzdžiui, MiscarriageAssociation.org.uk., KudikioNetektis.lt, yra paruošusios informacinius leidinius, kuriuose

aiškiai ir paprastai išdėstyta, kokios pagalbos ir paramos reikėtų šeimai patyrusiai nesėkmingą nėštumą, kad šeima kuo lengviau išgyventų savo gedulą.

#### **1.4.2 Parama socialiniuose tinkluose**

Kaip šiuolaikinį paramos būdą svarbu paminėti ir socialinius tinklus. Dėl laikmečio ir technologijų galimybių bendravimui vis labiau persikeliant į internetines platformas, bendravimas, dalinimasis patirtimi, paramos siekimas ir gavimas taip pat įgauna kitą formą. Remiantis naujausiais tyrimais, moterims lengviau save atskleisti socialiniuose tinkluose nei savo artimųjų rate, taip išvengiant sunkaus pokalbio akis į akį, atrandant ryšius nepriklausomai nuo vietos ir sąlyginai – nuo laiko (Alqassim ir kt., 2019). Raiška socialinėje žiniasklaidoje gali užpildyti komunikacijos spragą daugeliui moterų, suteikdama erdvę atskleisti netekties įvykius ir įamžinti prarastą nėštumą. Moterys ne tik ieško paramos sau, bet ir išreiškia norą padėti ir suteikti paramą kitoms, remdamosi savo patirtimi, taip pat nutraukti tylą, kuri vis dar supa kūdikio netekties faktą (Mersier, Senter, Webster, Henderson, Riley, 2020). Žinomų moterų – aktorių, pop žvaigždžių, „influencerių“ atviri įrašai socialiniuose tinkluose apie savo persileidimo patirtį, paskatina moteris atsiverti, domėtis, priimti informaciją, priimti ir teikti paramą (Feasey, 2021).

#### **1.4.3 Specialistų pagalbos poreikis nutrūkus nėštumui**

Visi anksčiau darbe paminėti sunkumai, su kuriais susiduria persileidimą patyrusi moteris, reikalauja specialistų įsikišimo. Kuo anksčiau bus suteikiama pagalba, parodomas kelias per sielvartą, užtikrinamas palaikymas, kad moteris bus priimta ir suprasta, tuo lengviau moteris išgyvens persileidimą. Tačiau esant komplikuotam gedului be profesionalios pagalbos išgyti dar sunkiau. Rayna D. Markin (Markin, 2016) teigia, jog yra trys pagrindinės klaidos, kurios daromos ne tik artimųjų ar žmonių, kurių nepalietė persileidimo sielvartas, bet ir gydytojų profesionalų. Pirmiausia, tai įvykio reikšmės bei sielvarto sumenkinimas, sumažinimas, nepripažinimas. K. Doka (1987) šiam reiškiniui įvardinti įvedė specialų terminą– „neteisėtas sielvartas“ (angl. *disenfranchised grief*), kuris reiškia praradimą, kuris „socialiai nesankcionuotas, atvirai nepripažintas ir viešai neišgedėtas“ (Doka, 1987). Sielvartas, kuris neturi sociumui regimos priežasties, lieka nematomas, tad ir nepripažįstamas. Tiems, kas nesusidūrė su šia patirtimi, persileidimas yra tik nereikšmingas įvykis, į kurį moteris per daug audringai reaguoja. Šitoks požiūris pasmerkia moterį tyliam kentėjimui, konfrontacijai tarp vidinių

išgyvenimų ir aplinkos požiūriu, todėl padaro sielvartą ir gedulą dar komplikuočiau. Psichoterapeutai taip pat pastebi, kad persileidimo trauma psichoterapijos procese atveria anksčiau patirtas neišgydytas traumas, todėl norint kompleksiskai padėti moteriai, to ignoruoti negalima (Markin, 2016). Lietuvoje nėra kompleksinio pagalbos modelio moterims, patyrusioms persileidimą. Atskiri centrai prie kai kurių ligoninių, taip pat savanoriškais pagrindais organizuojama Krizinio nėštumo centro veikla, keletas religinių organizacijų, organizuojančių savipagalbos grupes yra nepakankama pagalba atsižvelgiant į šio įvykio mastą.

Taigi daugybė tyrimų rodo, jog moterims nesėkmingas nėštumas yra trauma, kuri sukelia stiprų emocinį, psichosocialinį atsaką, daro įtaką jos santykiams su aplinka, turi įtakos reprodukinei ir psichologinei istorijai ateityje. Matoma tendencija, jog nesivystantis nėštumas kaip konkreti nėštumo baigtis nėra išskiriamas iš kitų prenatalinių netekčių. Nuo šalies sveikatos apsaugos politikos ir normų bei gydančių gydytojų vidinio nusistatymo ir profesionalumo priklauso, kokia nesivystančio nėštumo baigtis bus pasiūlyta moteriai ir kaip ji tai priims ir išgyvens. Yra atlikta tyrimų apie tai, ką išgyvena moterys chirurginės intervencijos atveju (Baird ir kt., 2018; Bellhpous ir kt., 2019), tačiau jie atlikti neišskiriant nesivystančio nėštumo iš kitų nesėkmingų nėštumo baigčių – negimdinio nėštumo, spontaninio persileidimo. Ką patiria moterys, kurioms yra paskirta arba jos pačios pasirinko laukimo taktiką – psichologinių tyrimų neteko rasti. Vis dėlto apie tai yra svarbu žinoti ir kalbėti, kad būtų galima suteikti tinkamą pagalbą moterims ir laukimo etapu, ir išsivalymo metu, ir išeinant iš krizės, kad trauminis patyrimas baigtųsi sėkmingu potrauminiu augimu.

### **1.5 Probleminis tyrimo klausimas ir darbo tikslas**

Dėl kokybinio tyrimo dizaino, imties specifiškumo ir siekiant išlaikyti tyrimo induktiškumą nuspręsta iškelti vieną probleminį klausimą atsisakant tyrimo uždavinių.

**Probleminis tyrimo klausimas:** Ką patiria moterys, kurioms nustatytas nesivystantis nėštumas?

**Tyrimo tikslas** – atskleisti ir aprašyti moterų, patyrusių nesivystančių nėštumą, pagrindinius išgyvenimo bruožus.

## 2. TYRIMO METODOLOGIJA

### 2.1 Teorinis tyrimo metodo pagrindimas

Kokybinį tyrimą atlikti nuspręsta atsižvelgiant į tyrimo objektą bei dalyvių imtį. Tyrėjos preliminariomis žiniomis ir ankstesne, su tyrimu nesusijusia patirtimi, nesivystantį nėštumą ir jo sukeltą persileidimą patyrusios moterys yra specifinė imtis dėl patirto fenomeno sukeliama emocijų bei patiriamo ambivalentiško aplinkos požiūrio. Todėl pasirinkta kokybinio tyrimo strategija, kad būtų galima kuo išsamiau aprašyti, apibrėžti šią patirtį kaip fenomeną, įsigilinant į tyrimo dalyvių pasakojamus išgyvenimus, reflektuojamą patirtį, kontekstą.

Fenomenologijos pradininkas Edmundas Husserlis XX a. pradžioje iškėlė svarbiausią užduotį – tirti daiktus tokius, kokie jie yra, kad būtų galima iš esmės suprasti žmogaus sąmonę ir patyrimą. E. Husserlio dėmesio centre buvo kasdienis patyrimo pasaulis, išreiškiamas kasdienėje kalboje, t. y., pasaulis, suvokiamas žmogaus tiesioginiu patyrimu (Kočiūnas, 1996). Taigi ši filosofinė kryptis į psichologijos tyrimus įneša atsvarą pozityvistiniam mąstymui, kad žmogaus patyrimą galima ištirti objektyviai. Fenomenologijos kaip kokybinio tyrimo strategijos tikslas – atskleisti žmogiškųjų išgyvenimų prigimtį ir būdą, patirties įvairovę ir prasmę. Tai reiškia, kad žmogaus pažinimo pagrindas yra jo konkrečios būties analizė. Ši tyrimo strategija naudojama tada, kai siekiama atskleisti fenomeną (*kas tai?*) ir būdą, kuriuo šis fenomenas atsiranda (*kaip?*) (Vaivada, 2011). Būtent todėl, atsižvelgiant į darbo temą, buvo nuspręsta remtis fenomenologine paradigma, subjektyvistiniu pagrindu. Fenomenologiniuose tyrimuose akcentuojamas išgyventas patyrimas tokiu būdu, koku yra suvokiamas reflektuojančio asmens. Fenomenologinės filosofijos prielaidos teigia, kad kiekvienas žmogus gyvena autentiškai ir mąsto unikaliai, pripažįsta, kad žmogus pažįsta sugebėjimu reflektuoti savo patyrimą ir galėjimą pažinti žmogišku santykiu. Dėl šios savybės, mes galime pažinti įvairias realybės perspektyvas kito asmens akimis. Ši savybė taikytina, kai mes norime turėti realių žinių apie autentišką asmeninį tikrovės išgyvenimą vietoj (arba šalia) išmatavimo ar statistinio vidurkio apie tai (Deltuva, 1996). Todėl subjektyvumas yra priimamas kaip žmogaus individuali realybė.

Pasak Kęstučio Kardelio, fenomenologinio požiūrio pagrindas yra žmogaus santykis su išoriniu pasauliu bei kitais žmonėmis. Šiai paradigmai subjektyvus žmogiškosios patirties pasaulis (Kardelis, 2002). Fenomenologinėje tradicijoje pabrėžiamas vienintelės objektyvios tiesos neįmanomumas, juolab kalbant apie psichologijos mokslą. Didžiausias galimas objektyvumas – tai savojo subjektyvumo pripažinimas ir pastangos jį kontroliuoti, atidi, kruopšti ir pagarbi tyrėjo nuostata, pasitikėjimas pašnekovo sąmoningumu. Tyrimuose išryškintas patirties unikalumas, siekiama

gilintis į subjektyvų pasaulį, kuris yra patiriamas žmonių tam tikrame kontekste, tam tikru laiku, o ne į abstrakčius visuotinius teiginius. „Fenomenologo tyrėjo darbas – sąmonę nukreipti norima linkme (pvz., pateikiant tam tikrus klausimus) ir gautam turiniui suteikti aiškią ir suprantamą verbalinę išraišką, kuri atitiktų autentiškos patirties esmę ir būtų maksimaliai suprantama kitam, į analizę neįtrauktam asmeniui“ (Deltuva, 1996, p. 26).

Fenomenologiniu tyrimu siekiama aprašyti, suprasti, kaip skirtingi individai patiria tam tikrą reiškinį (fenomeną), kokias prasmes suteikia tam reiškiniui (Telešienė, 2015). Tyrimo organizatorės vidinė pozicija yra artima fenomenologinės filosofijos idėjai, kad suvokdami kitus žmones, visada iškraipome tikrąją jų esmę, visada tik iš dalies galime suprasti juos, jų poreikius. Lygiai taip pat žmogaus išgyvenimuose nėra vienos objektyvios tiesos, kad visa, ką mes sužinome apie kitą asmenį yra tik atspindys, refleksija to, ką jis pats apie save supranta ir nori mums atskleisti.

Duomenų analizei pasirinkta teminė analizė pagal V. Braun ir V. Clarke (2006). Teminės analizės pasirinkimo motyvai – jos lankstumas ir tai, kad šis metodas nėra priklausomas nuo teorinių paradigmu, tad gali būti taikomas analizuojant medžiagą, surinktą fenomenologinės paradigmos rėmuose, o aiškios, struktūruotos nuorodos literatūroje sudaro sąlygas tyrėjui šį metodą taikyti tinkamai, atsakingai ir profesionaliai. Teminė analizė neturi kokio nors epistemologinio pagrindo ir dėl to gali būti lanksčiai taikoma. Ruošiantis tyrimui buvo apsvarstytos ir kitos kokybinio tyrimo duomenų analizės strategijos – klasikinė fenomenologinė pagal A. Giorgi (1985) bei interpretacinė fenomenologinė pagal J. Smith (2009). Šie metodai gilinasi į konkretaus fenomeno patyrimo struktūrą ir yra sąlyginai specifiškesni, o teminė analizė, pasak autorių, yra metodas, kuris duomenyse identifikuoja, analizuoja ir pristato charakteringus teminius darinius (temas) (Braun and Clark, 2006). Metodas aprašo fenomeną taip, kaip jį mato patyrę asmenys, kas bendro ir kas autentiško yra tyrimo dalyvių pasakojimuose, šiuo konkrečiu atveju – kas yra nesivystantis nėštumas jį patyrusių moterų akimis.

## **2.2 Tyrimo dalyvės**

Tyrimo dalyvavo 8 moterys, patyrusios bent vieną nesivystantį nėštumą. Visos tyrimo dalyvės buvo lietuvės ir jų gimtoji kalba buvo lietuvių. Viena iš tyrimo dalyvių gyvena Prancūzijoje, tačiau tai nesukėlė sunkumų, nes visi interviu buvo vykdomi internetu.

Fenomenologiniame kokybiniame tyrimo svarbu, kad dalyviai norėtų ir gebėtų dalintis savo patirtimi, tad kvietimas dalyvauti tyrimo (1 priedas) buvo paskelbtas socialiniuose tinkluose bei

mamų internetiniuose forumuose, kad moterys pačios išreikštų norą tyrime dalyvauti. „Sniego gniūžtės“ principu kvietimas perduotas plačiam moterų ratui. Tyrimo dalyvių paieška vyko sklandžiai. Per pirmąsias 2 dienas susidomėjimą pareiškė 12 moterų. Pakviestos į tyrimą buvo tik tos moterys, kurios neturi jokių ryšių su tyrėja, kad būtų išvengta tendencingumo bei tyrėjos subjektyvumo. Imties homogeniškumo nebuvo siekiama, nes šiame tyrime ieškoma, ką bendro turi unikalūs kiekvienos moters išgyvenimai, tad skirtinga patirtis tik praturtina tyrimą.

Toliau pateikiamos demografinės dalyvių charakteristikos.

Dalyvių amžius – 30–42 m. Visos gyvena Lietuvos didmiesčiuose, išskyrus vieną, kuri šiuo metu gyvena Prancūzijoje, kur jai ir buvo nustatytas nesivystantis nėštumas. Visos tyrimo dalyvės yra susituokusios. Nuo nesivystančio nėštumo diagnozės tyrimo metu buvo praėję nuo 2 mėnesių iki 6 metų. Keturios iš dalyvių turėjo po 2 nesivystančius nėštumus, keturios – po vieną. Keturioms moterims prieš nesėkmingus nėštumus ir po jų buvo gimę vaikai, viena moteris laukėsi tyrimo metu. Trims moterims tai buvo pirmasis nėštumas ir po jo vaikų dar nebuvo susilaukusios. Trims iš aštuonių moterų persileidimas po laukimo periodo įvyko namų aplinkoje, penkioms buvo atlikta abrazijs medicinos įstaigoje dėl neprasidedančio persileidimo. Nuo žinios apie vaisiaus žūtį iki persileidimo praėjo nuo 2 dienų iki 4 savaičių. Visos netektys buvo nustatytos pirmame trimestre –5–10 nėštumo savaitę, išskyrus vieną, kuri nustatyta 16 savaičių – antrame nėštumo trimestre.

1 lentelė. Tyrimo dalyvių demografinės charakteristikos.

Dalyvė	Amžius	Nesivystančių nėštumų skaičius	Taikyta gydymo strategija	Vaikų skaičius
Daiva	39	1*	Abrazijs po 4 d. laukimo ir med. skatinimo	2
Evelina	32	1	Abrazijs po 10 d. laukimo	0
Justina	30	2	Abrazijs ir persileidimas namie	0
Viktorija	33	1	Persileidimas namie po 4 d. laukimo	2
Ringailė	31	1	Abrazijs po 2 sav. laukimo	0
Aurelija	34	1	Abrazijs po 2 sav. laukimo	Laukiasi
Eligija	33	2	Persileidimai namie po 3 ir 4 sav. laukimo	3
Valdemara	42	2	Persileidimai namie po 3 d. ir ( <i>neužfiksuota</i> )	3

\* Vienas nesivystantis iš 4 nesėkmingų nėštumų.

## 2.3 Tyrimo eiga

### 2.3.1 Pasirengimas atlikti kokybinį tyrimą

Siekdama kokybiškai atlikti tyrimą, teminės analizės metodo darbo autorė mokėsi „Fenomenologinių tyrimų instituto“ organizuojamame „Kokybinių tyrimų seminare: teminės analizės pagrindai“ 2016 metais ir „Interpretacinės fenomenologinės analizės pagrindai“ 2019 metais. Remiantis fenomenologinio tyrimo prielaidomis, tyrėjo subjektyvumas bei tyrimo reliatyvumas yra neišvengiami. Darbo autorės artimoje aplinkoje yra moterų, patyrusių persileidimą dėl nesivystančio nėštumo. Šių moterų patirtis ir santykis su jomis davė pradžią gilinimuisi į šią temą. Nuo pasiruošimo tyrimui pradžios yra rašomas asmeninis darbo autorės dienoraštis, stengiantis kuo išsamiau reflektuoti savo santykį su tiriamuoju objektu, kad būtų kiek įmanoma išvengta išankstinės nuomonės, nusistatymo, stereotipinio mąstymo bei patirties primetimo, kurie gali sutrukdyti tinkamai naudoti metodą, adekvačiai analizuoti gautus duomenis ir užkirsti kelią visų svarbių temų išskėlimui. Buvo reflektuojama ir aprašoma, koks yra tyrėjos santykis su tiriamąja grupe, kaip reiškinys susijęs su tyrėjos gyvenimu, kaip keičiasi reiškinio suvokimas dirbant su duomenimis, kokius jausmus tai iškelia. Tyrėjos refleksijos dalis pateikiama 2 lentelėje.

2 lentelė. Tyrėjos refleksijos ištraukos.

02.08	<i>Vakar pasidariau Ringailės transt. Kiek keistų minčių kilo. Įdomu, kiek dalykų pamatai, ko nematai kalbėdamas. Kaip įdomu būtų jei ir iškart, su žmogum kalbėdama galėčiau iškart pamatyt, išgirst tiek nelogiškumą, nesutapimą, nenuoseklumo mintyse. Ir kaip treniruoti tą reiktų..</i>
02.15	<i>Labiausiai norisi palaikyt, norisi apkabint, kažkaip nežinau, padėt apverkt, pastiprint.</i>
03.19	<i>Nu ir vėl atrodo, kad negaliu neįtraukt, nepabrėžt kažkokio dalyko, lyg sakyčiau, kad ta patirtis nesvarbi, ir koks noras, kad va tas darbas būtų vertas tų moterų patirties. Nu kažkoks keistas vidinis įsipareigojimas.</i>

05.01	<p><i>Tai jei kalba iškreipia galimybę išreikšti, tai kaip yra su gebėjimu suprasti.. Ar nėra taip, kad kai naudojam kažkokį žodį, o kito neturim, tai nurodo, ir kaip turiu jaustis? Nu įdomiai, kaip su tuo išvalymu. Ką joms konkrečiai reiškia, ar nesako, kad kažkaip turi jaustis.. Yra tų negyvy audinių gimdoje, bet nar tai nešvaru.. Ar čia apie mane labiau, gal tik nesureikšmint..?</i></p>
05.24	<p><i>Kaip pasikeitė mano požiūris. Tikrai praplatėjo. Tikrai anksčiau atrodė, kad išsiųsti moterį laukti, nu toks nesusipratimas. Bet va, pamačiau, kad taip irgi yra gerai. Na, gerai iš tų blogų var. Ir tada kas čia apie mane? Apie tai, kad greičiau viską sutvarkyt, nustumt, užmiršt, pabaigt. Nu gal? Bet tas laikas joms ir gera buvo? Ar ne? Gal ne, nes nei viena nesakė, kad geras. Bet rinkosi, kad nebūtų blogiau..</i></p>

### 2.3.2 Interviu

Duomenys buvo renkami pusiau struktūruoto interviu pagalba. Toks duomenų rinkimo būdas pasirinktas, nes jis geriausiai leidžia „patirti ir rekonstruoti tuos įvykius, kuriuose neteko dalyvauti“ (Dilely cit. pgl. Girdzijauskienė, 2006), o tai geriausiai dera su įvardintu tyrimo tikslu. Pusiau struktūrinis interviu pripažintas tinkamu duomenų rinkimo metodu, kai tyrėjui yra svarbu suprasti prasmių gilumą, o tyrimas visų pirma yra nukreiptas į įžvalgą bei supratimą. Lanksčios ribos padeda modifikuoti interviu ir išryškinti tyrėjui svarbias temas arba atsisakyti klausimų, kurie tyrėjo manymu, nepadeda pasiekti tyrimo tikslo (Loafland, cit. pgl. Girdzijauskienė, 2006). Šis duomenų rinkimo būdas ne tik leidžia tyrėjui sekti paskui tyrimo dalyvį, bet ir užduodant atvirus klausimus išskelti naujų, unikalių temų, svarbių konkrečiai tyrimo dalyvei. Tyrimo klausimų gairės buvo paruoštos prieš interviu, aptartos su moterimi, taip pat turėjusia nesivystančio nėštumo patirčių, tačiau nedalyvaujančia tyrime dėl ryšių su tyrėja. Gairės pateikiamos 3 lentelėje.



3 lentelė. Pusiaus struktūruoto interviu gairės.

1.	<i>Informacija apie tyrimą, pokalbio trukmę, duomenų tvarkymą, pasitraukimą iš tyrimo, rezultatų atsiuntimą.</i>
2.	<p>Papasakokite, prašau, savo nesivystančio nėštumo patirtį. Kalbėkite taip, kaip norisi, kiek galite.</p> <p>Patikslinimui galimi klausimai:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kiek metų? Kelintas nėštumas, kelinta nėštumo savaitė?</li> <li>✓ Kaip išgyvenote periodą nuo nesivystančio nėštumo nustatymo iki išsivalymo?</li> <li>✓ Kaip jautėtės?</li> <li>✓ Ar reikėjo pagalbos? Kokios pagalbos labiausiai reikėjo? Kas padėjo?</li> <li>✓ Kas pasikeitė? Kaip pasikeitė?</li> </ul>
3.	Ar yra dar svarbių dalykų, kurių nepalietėm? Ką dar svarbaus norėtumėte pasakyti?
4.	<i>Padėka už interviu. Informacija apie galimas pagalbos galimybes, jei šis pokalbis sukėlė per stiprių emocijų.</i>

Atsižvelgiant į tyrimo metu buvusią pandemine situaciją ir karantino ribojimus, nuspręsta su tyrimo dalyvėmis susitikti naudojant internetines platformas. Į kvietimą atsiliepusioms moterims pasiūlyta susitikti pokalbiui patogiu būdu ir laiku. Moterys buvo informuotos apie pokalbio trukmę ir tai, jog pokalbis bus įrašytas, kad bus daromos pokalbio transkripcijos, o duomenys bus analizuojami remiantis psichologijos etikos principais. Tam jos davė sutikimą žodžiu. Taip pat buvo suteikta informacija apie tai, jog dalyvės bet kada gali nutraukti dalyvavimą tyrime, neatskleisdamos priežasčių. Kiekvienas interviu vyko skirtingu tempu, remiantis interviu klausimais kaip gairėmis, tačiau griežtai nesilaikant eiliškumo, nes dalyvės apie tą patį įvykį kalbėdavo po keletą kartų, vis gilindamos ir papildydamos informaciją vis intymesniais, gilesniais pasidalijimais. Panašu, jog kiekviena dalyvė tarsi pasitikrindavo, kiek saugu būti atvirai, kiek giliai gali sau leisti pasakoti savo unikalią, išgyventą istoriją. Nuo kalbėjimo būdo ir gausumo priklausė, ar buvo užduoti patikslinantys klausimai apie aplinkybes, kontekstą, santykius, emocinę būseną, pagalbos poreikį ir buvimą/nebuvimą. Moterų, kurios kalbėdamos labai susijaudindavo, pradėdavo verksti ar kitaip jautriai reaguodavo (darė ilgas pauzes, buvo rankomis užsidengusios veidą ar kitaip demonstravo susijaudinimą), buvo klausama ar gali tęsti, ar norėtų pertraukos. Moterims davus sutikimą, interviu

buvo tęsiamas. Po interviu, moterims buvo suteikta informacija apie Krizinio nėštumo centrą ir psichologų teikiamą pagalbą nutrūkus nėštumui. Padrąsinta kreiptis, jei jaučia, jog patirtis vis dar skaudi ir traumuojanči. Dera pažymėti, jog moterų buvo klausama, ar jos sutinka, kad tyrime būtų naudojamas jų tikras vardas, ir paaiškinama, jog dėl konfidencialumo jos gali pasirinkti, kaip būti vadinamos – vardu ar slapyvardžiu. Visos tyrime dalyvavusios moterys pasirinko būti vadinamos savo tikroju vardu. Galima daryti prielaidą, jog tai irgi gali būti tam tikras noras, kaip anksčiau literatūros apžvalgoje minėta, nutraukti tylą aplink save.

### 2.3.3 Duomenų analizė

Visa interviu medžiaga buvo analizuojama taikant teminės analizės metodą. Paeiliui buvo atliekami 6 indukcinės teminės analizės žingsniai (Braun ir Clarke, 2006):

1. Susipažinimas su medžiaga transkribuojant. Visų interviu metu gauta garso medžiaga buvo perrašoma kaip tekstas, tuo pačiu gilinantis į surinktą medžiagą. Buvo pažymima balso tono pokyčiai, pauzės, kalbos vilkinimas, emocinės reakcijos, pabrėžtini žodžiai ar sakiniai. Vieno interviu transkribavimas truko ~ 4–5 val., panašiai truko ir transkribuotų tekstų peržiūrėjimas, nuoseklus skaitymas, gilinimasis į tyrimo duomenis.
2. Pirminių kodų generavimas – visų interviu tekstai buvo skirstomi prasminiais vienetais, išskiriamos svarbios, reikšmingos mintys, suteikiant joms kodus. Kodų fiksavimo pavyzdys pateiktas 4 priede, išskirti prasminiai kodai visuose interviu pateikiami 5 priede.
3. Temų ieškojimas – dar kartą skaitant, jungiant kodus, ieškant paralelinių ar hierarchinių ryšių tarp jų išskiriamos temų grupės–„kekės“. Kai kurie kodai buvo susiejami lengvai ir akivaizdžiai grupavosi ir „lipo“. Kitus kodus reikėjo pergaltvoti ir atrasti jiems tinkančią vietą. Temų paieška grupuojant kodus pateikiama 6 priede.
4. Temų peržiūrėjimas – tikrinant, ar temos ir potėmės atitinka kodus, dar kartą skaitoma ir kuriamas temų žemėlapis. Rodyklėmis braižomos sąsajos, ieškoma paralelinių ir hierarchinių ryšių tarp kodų, potėmių, ieškoma, ar galima dar labiau abstrahuoti. Peržiūrimos temos, jų formulotės. Gilinamasi, ar tema nėra „pritempta“, ar kodai siejasi. Išskiriamos bendros ir unikalios temos.
5. Temų apibrėžimas ir pavadinimas – tęsiant analizę ir siekiant specifikuoti kiekvieną temą, ieškant kuo aiškesnio, konkretesnio, taiklesnio pavadinimo kiekvienai temai. Vėl buvo skaitoma medžiaga ieškant temas formulotės iš dalyvių interviu, dėl struktūrinio aiškumo sudaroma temų ir potėmių lentelė.

6. Aprašymas – atrenkant gyvus, ryškius pavyzdžius, analizuojant parinktus pavyzdžius, pagrindžiant temų struktūrą, susiejant gautus rezultatus su literatūros medžiaga.

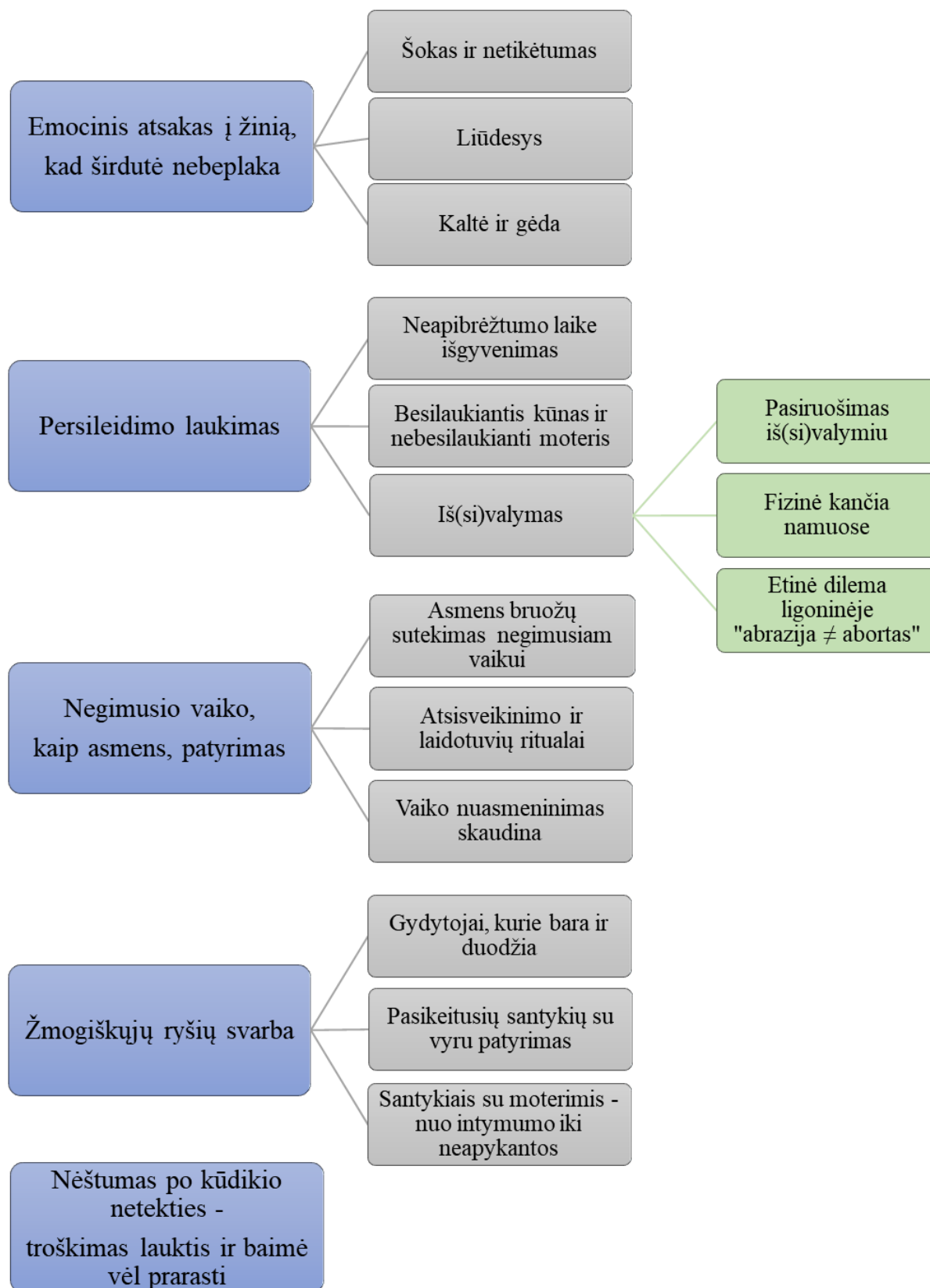
### 3. REZULTATAI

Šioje darbo dalyje bus pateikti teminės analizės rezultatai. Kadangi kokybiniame tyrime pats tyrėjas yra tyrimo instrumentas (Pakalniškienė, Girdzijauskienė, Čėsnienė, Bagdžiūnienė, 2014) tad tyrimo rezultatai ir aptarimas pristatomi pirmuoju asmeniu. Bus aprašomos pagrindinės temos ir jas sudarančios potemės, iliustruojant jas moterų kalbos ištraukomis (išskirta kursyvu). Tyrimo dalyvių kalba netaisyta. Po citatų skliausteliuose žymimas tyrimo dalyvės vardas ir transkribto eilutės numeris. Laužtiniai skliaustai rodo, jog cituojamas ne pilnas sakinytis. Daugtaškis skliausteliuose „(...)“ nurodoma pauzes, žodis skliaustuose nurodo neverbalines reakcijas. Pabraukti žodžiai reiškia, kad jie buvo pasakyti ryškesne intonacija, akcentuojant.

Teminės analizės būdu išanalizavus visus aštuonių interviu duomenis, buvo išskirtos 4 pagrindinės temos, išreiškiančios moterų nesivystančio nėštumo patirtį. Visos temos yra tampriai susijusios ir persipynusios, nes ši moterų patirtis yra daugiabriaunė ir dinamiška, joje persipina jausmai ir tų jausmų refleksijos, subjektyvūs santykių su savimi ir su artimaisiais patyrimai, ryšys su vaikiu, kuris negims ir skausmingas jo orumo nuvertinimo patyrimas. Temos išskirtos taip, kad būtų galima kuo aiškiau suprasti ir pateikti moterų nesivystančio nėštumo išgyvenimo pagrindinius bruožus. Grupuojant kodus, potemė buvo sudaroma, jei bent pusei tyrimo dalyvių ji buvo reikšminga, o tema iškeliamą, jei daugiau nei pusė moterų apie tai kalbėjo.

Temos, potemės bei kai kurių potemių skirtingos kryptys, kurias maniau esant svarbu pažymėti, yra nurodytos temų lentelėje.

## Nesivystančio nėštumo patirtis



1 pav. Nesivystančio nėštumo patirtis.

### 3.1 Emocinis atsakas į žinią, jog „širdutė nebeplaka“

Įprastai besilaukianti moteris įsivaizduoja savo nėštumą besibaigiantį gimdymu ir su kūdikiu ant rankų. Tam, kad nėštumas baigsis kūdikio netektimi, moterys nesiruošia. Su kūdikiu yra projektuojamas ateinantis gyvenimas nuo paprasčiausių smulkmenų iki didelių apsisprendimų. Moterys tapatinasi su nauju vaidmeniu, mintimis kuria naują gyvenimą. Žinia, kad nėštumas nutrūko, tyrimo dalyvės sukrėtė. Visos tyrime dalyvavusios moterys kalbėjo apie emocijas ir jausmus, kurie užklumpa sužinojus, jog nėštumas nebesivysto ir vaisius yra nebegyvas. 6 iš 8 moterų pasakodamos vienu ar kitu būdu pamini nutrūkusią vaisiaus širdies veiklą. Panašu, jog joms ši frazė yra suprantamesnė ir informatyvesnė, negu diagnozė „sulėtėjęs vystymasis“, „nesivystantis nėštumas“. „*Atsimenu, paklausė širdies, man atrodo vaiko, ir ko gero nieko neišgirdo*“ (Daiva, 45). „*<...> pasakė, kad čia širdutė neplaka, ir... ir kad jau bus čia tas nesivystantis*“ (Viktorija, 10). „*Tai ... po savaitės atvažiavau, na ir sako, na panašu, kad nieko nebebus, (verkia), nes sako, jau ir šird... (verkia),..... sako, jau ir širdies veikla sustojus*“ (Evelina, 26), „*<...> gydytoja kai pažiūrėjo, sako širdelė nebeplaka, sako, viskas*“ (Valdemara, 22).

Jausmų stiprumas išgirdus žinią tarsi paralyžiuoja, sustingdo: „*Ir kai man pasakė, kad nesivysto ir aš tada sėdžiu ir man sako – dar kas nors..? o aš galvoju, kaip man grįžt į darbą, kaip man dabar grįžt į darbą, aš neįsivaizduoju, kaip man grįžt į darbą, nes nu jausmai tokie, kad nu tu kaip ir supratai kad jau viskas*“ (Aurelija, 39). „*<...> tai va tą va pirmą dieną aš tada nelabai galėjau kam nors paskambint, ištart garsiai visa tai, kas vyksta*“ (Viktorija, 42).

#### 3.1.1 Šokas ir netikėtumas

Kaip stipriausias ir intensyviausias emocijas tuo metu moterys įvardijo šoką ir netikėtumą. „*Toks jausmas, toks šokas, atrodo žemė slysta iš po kojų. Toks nesuv- ..Toks kaip gali taip būt?*“ (Daiva, 179). Moterys, kurios prieš tai laukėsi sklandžiai ir buvo pagimdžiusios, kalbėjo, jog negalėjo patikėti, kad joms taip galėtų atsitikti: „*<...> kai pradėjo teplioti, tai aš buvau labai rami, nes nu man tai čia jau tikrai nutikt negali, <...> ir aišku nu ten tas šokas, kai sako, kad vis dėl to yra blogai, nes aš buvau įsitikinusi, kad man jau tikrai pasakys, kad jau viskas gerai*“ (Viktorija, 26–28). „*Tai buvo toks didelis šokas, <...>*“ (Eligija, 8). „*<...> o aš buvai tokios prislėgtos būsenos, nes mane šokiravo, kad mes praradom tą leliuką, <...>*“ (Valdemara, 20). Žinia tarsi sukaustė – „*<...> nes nu mato žmogui nu šokas, ką ten padaryti, kaip aš dirbsiu, kaip aš grįšiu, nu aš neįsivaizduoju*“ (Aurelija, 43). „*Nu aišku, tuo momentu pasimetimas didelis yra*“ (Daiva, 58). Net moterys, kurios į gydymo įstaigą važiavo su simptomais, rodančiais nėštumo nesklaidumą, iki paskutinės akimirkos tikėjosi geriausio

ir žinia joms taip pat sukėlė netikėtumą, pasimetimą. „*Man buvo šokas, aš ir šiaip, man buvo šokas, kad aš sėdžiu pas ją ir aš jokios patirties neturiu nei su nėštumu, nei su persileidimais, nei su niekuo, ir kai jinai paima tas milžiniškas reples <...>*“ (Justina, 223).

### 3.1.2 Liūdesys

Visų moterų pasidalijimuose išryškėjo jaučiamas liūdesys. Šis jausmas kaip plona gija apsvijusi visas temas, persipynusi su dauguma potemių. Kiekvienas interviu buvo persmelktas liūdesio, nepriklausomai nuo to, kiek laiko buvo praėję po netekties. Moterys, jei net neįvardindavo šios emocijos, graudindavosi, šluostė ašaras, bandė ašaras suvaldyti, išreikškė gailestį, kalbėjo, kad tai buvo sunki ir liūdna patirtis. Aurelija sako, jog „*buvo suvokimas kad čia yra nelaimė, <...> Taip, patekau į tą labai liūdną statistiką, labai liūdna, labai gaila dėl vaiko netekties <...>*“ (Aurelija, 105). Valdemara kalba apie grįžimą po vizito pas gydytoją: „*Tai mes (dreba balsas) grįždami abu verkėm*“ (Valdemara, 17). Daiva jautriai kalba apie išgyvenamą vidinį skausmą: „*Aš nežinau, galvojau, širdis suplyš (trūkčioja balsas)*“ (Daiva, 123) ir kitur – „*Liūdesys aišku.. ir sakyčiau, kad tas, tas skausmas yra didžiausias, koks gali būt. Nu kiek esu patyrus.. Atrodė pats baisiausias skausmas*“ (Daiva, 105). Moterys išgyveno liūdesį ir prislėgtumą ir vėliau po persileidimo: „*<...> verkiau tai nežinau kiek laiko, labai ilgai verkiau, tai kiekvieną dieną atsikeli, verki*“ (Justina, 122); „*Ir iš tikrųjų mes abu išgyvenom didžiulę netektį (...)*“ (Valdemara, 19). Ringailė sako: „*ir tas liūdesys niekada nedings*“ (Ringailė, 105), ir tai, jog „*Buvo dienu, kai nesinori kilti iš lovos ir nežinai kodėl. Skaudu, liūdna, pikta*“ (Ringailė, 158). Šią būseną atspindi ir kita citata: „*Ir atsimenu po operacijos tą laikotarpį, kai grįžau namo ir tas jausmas toks, kad viską skauda. Ir kūną, ir sielą, viską viską, nu absoliučiai viską.. Atrodo nieko nenori ir tiesiog...*“ (Daiva, 129); „*Jaučiausi labai tuščia, dar dabar iš tikrųjų jaučiuosi tuščia*“ (Justina, 77).

### 3.1.3 Kaltė ir gėda

Penkios iš aštuonių moterų prabilo apie kaltę. Kai kurios iš jų įvardijo, jog jaučia kaltę dėl įvykusio persileidimo. Eligija sako, „*<...> tas stipriausias jausmas tai, kad skauda, yra ta kaltė, žinai, rodos kad nenorėjom, jei būtume labiau norėję, gal būtų buvę kitaip, žinai*“ (Eligija, 122). Justina kalba apie tai, jog jautėsi kaltinama artimųjų: „*Buvo labai daug kaltinimų. Aš kai pasakiau savo draugui ar šeimai, aš atrodo, gal jie nenorėjo manęs kaltinti, bet visą laiką būdavo toksai – gal tu blogai valgei, gal tu rankas aukštai pakėlei*“ (Justina, 102). Ir net kelis kartus pabrėžia, jog nori tą

kaltę nusimesti, jog tai nėra jos kaltė. „Bet tai suvokiau, kad čia ne mano kaltė, aš žinau, kad čia ne mano kaltė, bet realiai tai toksai vat yra.. dalykas“ (Justina, 261), ir kitoje vietoje, kalbėdama apie paguodos žodžius jautriai išreiškia poreikį „kad pasakytų, kad ne tu kalta, kad tiesiog, kad nežinau, net ką pasakyt“ (Justina, 285). Evelina ir Viktorija savo iniciatyva, nepaklaustos pradėjo kalbėti apie tai, kad jos nebuvo kaltinamos nei gydytojų („<...>ir nu nebuvo tokių bent jau kaltinimų, nu gal tavo kaltė yra (Evelina, 36)), nei artimųjų („Tikrai nebuvo jokių neigiamų atsiliepimų, kad čia vos ne aš kalta, ar tokių tai tikrai ne, nei vieno tokio nebuvo, kažkaip,<...>“ (Viktorija, 5), „<...> nėra kažkokių mano elgesio faktorių, kurie galėjo tai lemti“ (Viktorija, 87)). Kartu su kalte moterys mini ir gėdos jausmą. Aurelija pamini kaltę ir gėdą būti moterimi, kuri negali išnešioti vaiko: „Na taip, dar yra ir gėda, kad aš čia vaiko negaliu išnešiot, ir gėda, kaltė. Gėda prieš kitus ir nenoras sakyti, nes na kokia aš čia moteris (...“ (Aurelija, 111). Justina dalinasi apie gėdą: „Net man pačiai buvo gėda sakyti, kad aš persileidau“ (Justina, 101).

Tad šis emocinis fonas – sukrėtimas kaip netikėtumas ir šokas, liūdesys, kaltė ir kai kada gėda – persmelkia moterų patirtį, jos tai atpažįsta, pripažįsta, išreiškia.

### 3.2 Persileidimo laukimas

Tyrimo dalyvėms po nesivystančio nėštumo nustatymo iki persileidimo arba gimdos abraziijos, priklausomai nuo pasirinktos gydymo strategijos, teko laukti nuo 3 dienų iki 4 savaičių. Visos moterys kalbėdamos išskiria tą laiką kaip ypatingai emociškai sunkų, kupiną nežinios, laukimo, neapibrėžtumo. Tai atsispindi jų kalboje: „<...> bet laukimas, kol viskas išeis, buvo taip sunku“ (Valdemara, 28); „tai ir laukimas, ir netikrumas, ir negalėjimas tiesiog gyventi tokio laisvo gyvenimo, kuris galbūt tau padėtų greičiau atsigauti po tos visos patirties“ (Evelina, 61); <...> nes... nu ..laukiau tos procedūros tiesiog, kad tai paleistų mane (atsidūsta) (Evelina, 22). Tada (...) maždaug gal mėnesį, kažkas tokio, laukiau kol natūraliai jisai išsivalys, jisai neišsivalė niekaip, tai (...“ (Ringailė, 35). Ši tema apima fizinį neapibrėžtumą laike, emocinį savęs nebesilaukiančios, nors vis dar nėščios patyrimą, ir išsivalymo patirtį, kurią mačiau prasmę aptarti iš skirtingų perspektyvų – pasirošimo persileidimui bei paties persileidimo momento, kuris daliai moterų vyko namų aplinkoje, daliai – sveikatos priežiūros įstaigoje. Nuo to kaip ir kur įvyko iš(si)valymas, priklausė, kokius papildomus iššūkius turėjo įveikti moteris.

### 3.2.1 Neapibrėžtumo laike išgyvenimas

Moterys kalbėjo apie, tai, kad nežinia, kada persileidimas prasidės ir ar prasidės, slegia, varžo jų veiksmų laisvę, sukelia nesaugumo jausmą. „*Nežinai, kada čia dabar pradėsi kraujuoti, nepradėsi, jeigu labai pradėsi kraujuoti, kviesk greitąją, sakė, ir visa savaitė tokiam netikrume, kada čia bus, kaip čia bus*“ (Aurelija, 45). „*Kai yra tie vaistai, vaikštai ir su ta mintim, kad gal tuoj pat įvyks*“ (Daiva, 79), kalba Daiva, kuriai ligoninėje buvo pasirinkta išsivalymą sukelti medikamentais. Evelina šią būseną apibūdina kitais žodžiais: „*Tuo metu tas toks nelabai geras pojūtis – nu nei pakartas nei paleistas atrodo.. Ir nu tiesiog gyveni tuo laukimu visą laiką, ar gal šiandien prasidės tas persileidimas, gal rytoj prasidės, ir tu tą laiko net negali nieko planuoti ir gyventi laisvai*“ (Evelina, 59). „*<..> yra pastovus važinėjimas, tai buvo tokia kiekvienąkart rizika, o kas jei kely?<...>*“ (Ringailė, 65).

### 3.2.2 Besilaukiantis kūnas ir nebesilaukianti moteris

Šis persileidimo laukimo laikas buvo sunkus moterims ne tik dėl nežinios, bet ir dėl ypatingos būsenos, kurią taikliai nusako Ringailė: „*<...> ir tada tu dar mėnesį visus simptomus vis tiek turi, nes ir pykina, ir nežinau, nieko nenori, tos nuotaikų kaitos visos ir tu jau žinai, kad tu simptomus jauti, bet kad tu lauki kada nu jis išsivalys, tavo vaikutis. Tai šiaip sunku buvo iš tikrųjų“ (Ringailė, 38); „*Gydytoja pasakė man, kad tas leliukas jau buvo miręs, o aš jį vis dar nešiojau*“ (Valdemara, 15). Moteris glumino ši situacija: „*Tai labiausia nepatiko, nes nu atrodo, kaip ir laukiesi, ten nes nu vis tiek yra tas vaisius, bet kaip ir nebesilauki, nes na tas vaisius nebesivysto*“ (Evelina, 56) ir „*<..> kad tik ta jausena, kad dar turi išsivalyti, kad dar viduj kažkas yra, ir kad organizmas vis dar galvoja, kad dar jisai laukiasi, nu tai..*“ (Viktorija, 51). Aurelija tai sako kitais žodžiais: „*Ir tą visą savaitę atrodo ten tikrai turi dirbti, turi daryt tuos dalykus kažkokius, o viena mintis, kad tu nešioji negyvą vaiką*“ (Aurelija, 45). Valdemara jautriai pasakoja apie savo būseną: „*ir aš jai sakiau, kad aš nesuprantu, kaip gali būti mano kūnas, duodantis gyvybę, jis kaip karstas kažkoks (...) ir aš jaučiausi pati sau svetima(...) ir man (...) buvo, nu kaip pasakyt, man net buvo savęs šlykštu. Tai kažkaip va tas buvo labai sunkus jausmas, labai labai sunkus*“ (Valdemara, 134) Moterims norėjosi, jog ši situacija kuo greičiau baigtųsi. Daiva kalba: „*Kažkaip aš norėjau, kuo greičiau kad tą vaiką išimtu, kažkaip nu aš jaučiausi kad tas kad tas tam pilve kaip kape tas vaikas.. toks nemalonus jausmas tas, norėjau kad tas greičiau baigtųsi(...) tai žodžiu(...)*“ (Daiva, 61).*



### 3.2.3 Iš(si)valymo patirtis

Visos moterys kalba apie išvalymą arba išsivalymą: „*Nu sako, kol kas gal paliekam, nu pasižiūrėm, kaip ten tęsis toliau, kokia dinamika ir gal tiesiog natūraliai viskas prasidės ir viskas išsivalys*“ (Evelina, 28), „*Grižau namo aš išgėriau tas tabletes, kad viskas išsivalytų jos buvo skirtos*“ (Justina, 56). „*Tada (...) maždaug gal mėnesį, kažkas tokio, laukiau kol natūraliai jisai išsivalys, jisai neišsivalė niekaip, tai tada tėtis mano <...> pasiskambino gimdymo namų direktorei, tada ji man atliko valymą (.....)*“ (Ringailė, 35).

Tai lietuvių kalbos ypatybė, jog valymas reiškia kažką nešvaraus padaryti švairiu, ir nėra susijęs su gimdymu ir gimimu, tačiau moterims iš(si)valymas buvo kaip naujos pradžios ženklas: „*laukiau tos procedūros tiesiog kad tai paleistų mane (iškvepia). Ir kad galima būtų pradėti atsigavimą visą*“ (Evelina, 93), „*Laukėm dėl to gal, kad kuo greičiau įvyks persileidimas, tuo greičiau prasidės mėnesinės, tuo greičiau galėsime planuoti kitą vaikelį*“ (Ringailė, 66).

#### Fizinis ir psichologinis pasiruošimas iš(si)valymui

Tyrime dalyvavusios moterys patyrė skirtingą persileidimo pabaigą – 4 buvo atlikta abrazija gydymo įstaigoje ir 4 persileidimą išgyveno namuose. Čia išryškėjo tai, jog moterys ne tik laukė, bet ruošėsi persileidimui. Ruošėsi priemonės – „*<...> nu aišku susidėjau visus pampersus, kiek turėjau aš ten pasiruošus*“ (Valdemara, 33), vaistus: „*<...> po to aš galėjau automatiškai pasiruošti vaistus, kokių man gali prireikti ar žvakutes, ar leidžiamus*“ (Ringailė, 117), namų aplinką: „*Ir labai nenorėjau, kad mergaitės būtų namie*“ (Eligija, 85). Visos mini fizinius, daiktiškus pasiruošimus. Nė viena neatskleidžia, ar kaip nors emociškai, psichologiškai tam ruošėsi.

#### Fizinės kančios išgyvenimas namuose

Visos, kurios patyrė persileidimą namuose, mini fizinės kančios išgyvenimą – skausmą, silpnumą, itin gausų kraujavimą. Moterys kalba, jog tai buvo kitaip, nei jos galėjo įsivaizduoti. „*Buvo iš tikrųjų šokas, vien todėl kad aš nežinojau, kad gali taip skaudėt, aš visą laiką įsivaizduodavau, kad persileidimas yra kaip mėnesinės, pakraujuoji, tau praeina, ir viskas. Nu net neįsivaizdavai, kad taip gali būti, tos mėšos, tie didžiuliai gabalai, niekada gyvenime nebuvau paskaičius niekur, kad persileidimas gali būti toks skausmingas*“ (Justina, 70); Valdemara kalba apie kraujo gausumą: „*Ir (... ) (atsidūsta) kadangi ten kai viskas buvo užsidarę, nes sėdėjau mašinoj, ir kai aš atsisėdau ant to tualetu, man kai pradėjo bėgti ten, pliupt, pliupt, aš galvoju, Jėzau, aš nukraujuosiu ten*“ (Valdemara, 48). Santūriau, bet apie tą patį kalba ir kitos moterys – „*ir užtruko kažkaip ilgiau, laukiau kol prasidėjo*

viskas, ir žiauriai nukraujavau, ta prasme, žiauriai“ (Eligija, 76); „<...> vat tas toksai silpnumas, ir nerimas, žinai, kai visa tau eina su krešuliais“ (Eligija, 153); „<...> nes tai buvo nu taip skausmingai, ir gan gausiu tokiu kraujavimu ir reikėjo pagalbos“ (Viktorija, 58). Eligija pamini ir patirtą šio skausmo beprasmiškumą: „Nu tai man sunkiausia buvo fiziškai išgyventi visą tą. <...> ir toks žinai, kai tu gimdai vaiką, tai žinai, bus tas vaikas, ir žinai atrodo lengviau išbūti, o man sunkiausias, kad žinai, kad nieko nebus, tai tiesiog gimdai, fiziškai.. kažkaip va šitas turbūt“ (Eligija, 154). 3 iš 4 namuose persileidimą išgyvenusios moterys mini, jog negalėjo pasiruošti, jog neišsivaizdavo, kad bus taip. „Ta prasme, jei aš būčiau žinojusi, aš turbūt būčiau važiavusi šį kartą į ligoninę“ (Eligija, 74); „<...> bet aš neįsivaizdavau, kaip ten būna, nebuvo vis tiek taip pasiruošus“ (Valdemara, 34). „<...> įsimintiniausias dalykas, kad aš net nenučiuokiau, kad gali būt taip baisu, kad taip persileidimai įvyksta“ (Justina, 251). Moterys neminėjo, jog kas nors iš sveikatos priežiūros specialistų būtų informavę, kaip vyks procesas, paruošę tokioms patirtims. Jos vienos, su artimiausiųjų parama, išgyveno nebegyvo vaisiaus pašalinimą, vienos išgyveno fizinį skausmą, gausų kraujavimą, kartu su emociniu krūviu, kurį ši patirtis nešė – baimę, nerimą dėl savo sveikatos, skausmo beprasmiškumo jausmą, nežinią. Tačiau moterys su šia patirtimi kartu mini ir artimųjų palaikymo bei empatijos išgyvenimą. Ir kaip jau minėta, temos moterų pasidalijimuose taip pat siejasi, tad artimųjų paramos patyrimas bus aprašytas temoje apie žmogiškų ryšių svarbą.

### **Dilema – abrazija nelygu abortas**

Tos moterys, kurioms procedūra buvo atlikta gydymo įstaigoje, užsimena, jog turėjo priimti sprendimą dėl intervencijos, kuris nebuvo lengvas. „<...> sakau, aš neatsisakau operuotis, sakau, aš tiesiog noriu žinoti, kodėl šitas variantas o ne anas, nes taip na staiga labai.....“ (Aurelija, 55). Galima matyti, jog moterys šią procedūrą gretina su abortu. Ryškiausiai tai matosi Evelinos pasidalijime: „Ir šiaip tai procedūrai, kai jau ėjom tai procedūrai, kažkaip jau nemalonu atrodė, kad na dažniausiai savo noru vyksta tokie nutraukimai, ir ir kai tiesiog tave kartu su visom tom moterim, kurios na.. savo noru nusitraukai (dreba balsas, graudinasi).(.....) tai taip nu tiesiog, nebuvo labai malonu“ (Evelina, 72). Tačiau girdisi ir iš kitų moterų: „<...> tas vyras, nu toks supratingas pasitaikė ir sako, nu jums, sako, tam tikra prasme pasisekė, nes tam skyriuj guli moterys, kurios nori iš gimdos pašalinti apsigimusius vaikus. Nu kažkaip skaudžiai skamba tas“ (Daiva, 126). Ši potėmės kryptis aprašoma, nes 2 iš 4, kurioms buvo atlikta chirurginė intervencija, tai buvo svarbu.

### 3.3 Negimusio vaiko, kaip asmens, patyrimas

Dar viena tema, ryškiai išsiskyrusi iš kitų, buvo vaikelio, kuris negimė, pajautimas, įvardijimas kaip atskiro asmens, kaip žmogaus, kurį siekiama išsaugoti, tikimasi net stebuklo, o po netekties stengiamasi išlaikyti vaikelio atminimą jam suteikiant žmogišką orumą. Eligija pradėjo savo pasakojimą: „*Na, tai mes turim tris vaikus, bet esu 5 vaikų mama. Du danguj*“ (Eligija, 5). *Vienintelį ką išgyvenau, kad net jau žinojau, kad jisai nesivysto, jau man viską parodė,(...) jau man echoskopijoje viską parodė, nebebuvo jau embriono, buvo tiktai apvalkalas, nebebuvo jokio vaisiaus, jis visas buvo sunykęs, ir aš (...) kiekvieną vakarą vis tiek su Vygandu meldamasi prašydavau Dievą kad jį prikeltų.. tai va tik tas (...) gal (...)*“ (Ringailė, 97). Šioje temoje atsiskleidžia moters ir kūdikio ryšys, dėl kurio vaikas priimamas ne kaip reiškiny (nėštumas), bet kaip asmuo. Moterys besilaukdamos kūrė santykius su vaiku, o jo netekusios suteikė jam žmogiškus bruožus ir ypatybes, kurie jam būtų suteikti gimus. Tad tema sudaryta iš potemių – žmogiškų bruožų suteikimas, kurioje aprašoma vardo ir lyties priskyrimas, atsisveikinimo ir laidotuvių motyvai bei skaudinanti vaiko nuasmeninimo patirtis.

#### 3.3.1 Asmens bruožų suteikimas negimusiam vaikui

Moterys pasakojo, jog savo negimusiems vaikams suteikė vardus, žinojo arba tikėjo, kad žino, kokia buvo vaikelio lytis. Apie vardus kalba 6 iš 8 moterų. „*Dar kažkaip ir vardus rinkom, galvojom bus toks ar toks (verkia)*“ (Eligija, ?); „*Tai tos mergaitės vardas va nepanaudotas, tai va lieka tam taškučiui. Visatoj.*“ (Viktorija, 105). „*Ir dar mes na, suteikėm vardus tiem leliukam, ir aš tuos vardelius ir uošvienei pasakiau <...>*“ (Valdemara, 159).

Apie vaikučio lytį kalba 4 iš 8 moterų. „*Mes prieš pat jau pastojant mes su vyru išrinkom vardą, ir tiesiog išrinkom, nes ne... ne tai kad išrinkom, bet taip netyčia atėjo toks vardas, kuris, jeigu būtų mergaitė, tai jau būtų būtent toks vardas*“ (Viktorija, 92); „*<...> kadangi turim tik mergaites, tai gal ten buvo berniukai (šypsosi), o gal berniukas ir mergaitė, aš va taip galvoju ( ...) <...>*“ (Valdemara, 160). „*Berniukas buvo, buvo parašyta.. (skubiau kalba). Jis buvo pakankamai didelis, buvo parašyta, kad berniukas*“ (Daiva, 183); „*Nu ir dar vienas, nežinau, ar čia, nu kai pirmą kartą persileidau, yra jausmas, kad turėjo būti berniukas. Ir mano sūnus vyriausias labai norėjo brolio, ir man toks jausmas iki šiol yra, kad ten buvo brolis(...). Nu vat toks kažkoks žinojimas, tai toks liūdesys, kad nėra to brolio..*“ (Eligija, 179).

### 3.3.2 Atsisveikinimo ir laidotuvių ritualai

Moterims buvo svarbu, suteikti, padaryti kažkokį simbolinį gestą – atsisveikinimą. Keturios tyrimo dalyvės neklausiamos užsiminė apie vaiko palaidojimą ar atsisveikinimą su juo: „*aš nesu tikra, bet aš spėju, kad nu vaikelį tą jau pagavau... (Iškvepia). Ne kažkokį kraujo krešulį. Nu ir tada mano močiutės kape palaidojom*“ (Eligija, 35), toliau kalbėdama apie antrąjį prarastą vaiką sako: „dar toks vienas niuansas, <...> *irgi jau kai viskas išsivalė, visai pačioj pabaigoj pliumptelėjo, galvoju, nu kad žinai... tik aš nepaėmiau... (liūdesys, balsas nužemėjo) ta prasme, aš nesugebėjau kažkaip žinai*“ (Eligija, 55). „<...> *na ko iš tikrųjų trūko, na kad neturi kaip palaidot. Neturi kaip, tai aš tada irgi taip atrodo simbolinį atsisveikinimo ceremoniją padariau, sudėjau visu tyrimus, visus tuos testus į dėžutę, saugiai uždariau viską, atsisveikinau, išverčiau, bet buvo va tikrai*“ (Aurelija, 159). „*Kai mes netekom pirmo ar antro, tai vyras sako, pagauk, mes palaidosim. O aš galvojau, nu, nu ne, kaip aš ten graibysiu. <...> įsivaizduoji, kaip jam svarbu, kad galėtų kažką palaidoti..*“ (Valdemara, 171). Šiuo simbolišku veiksmu moterys tarsi užtikrina vaiko realumą, padaro savo gedėjimą teisėtą. „*Yra tas, ta vieta kur galim nuvažiuoti ir (...)*“ (Eligija, 37). O apie negalėjimą atsisveikinti Daiva sako: „*Taip sakiau, kad jaučiausi kaip vaiko kapas. Dar tas atsisveikinimo momentas – tiesiog jo nebuvo .. Kažkaip tas gal kelia sumaištį*“ (Daiva, 120).

### 3.3.3 Vaiko nuasmeninimas skaudina

Moterys pasakojo, jog jos jautriai reagavo į techninį, instrumentinį gydytojų ar artimųjų požiūrį į vaiko netektį. „<...> *aš va šitų žodžių gyvenime nepamiršiu. Jinai sako: Tu įsivaizduoji, kas būtų palikus mėsą ant palangės trim savaitėm, <...>. Tai čia tavo viduj dabar taip vyksta... man skamba iki šiol .. mėsa ant palangės – vaikas.. Bet čia mano vaikas, čia mano vaikas*“ (Aurelija, 56). Valdemara pasakoja apie pokalbį su gydytoju: „*Ir aš su juo derą santykį turėjau, ir aš kažkaip pradėjau verkt .. O jis man sako, ką tu čia dabar dėl kiekvienų mėnesinių verksi? Nu aš galvojau, jis yra vyras, <...> po tos nejautrios frazės va (...)*“ (Valdemara, 147). Ringailė pasakoja: „<...> *ai, jei reikia instrumentinio, tai aš ir dabar galiu padaryti, jeigu ką. <...>Man atrodo, ne dantį ištraukti, čia kai ir vaikutį ištraukti, gal vat tas toks keistas buvo ir toks labai buvo ne laiku ir ne vietoj pasakytas*“ (Ringailė, 147). „*Ir po to kai atėjo tas gydytojas, irgi jisai taip pasižiūrėjo tokį kaip mėsos gabalą pavartė, gal norėjo pažiūrėt, ar išsivystęs, ar neišsivystęs, nu bet jo, tokia atrodo visiškai aš ne, kad.. nežinau net kaip pasakyt, nu nekreipia į mane dėmesio*“ (Justina, 232). Ne tik gydytojai, kurie su panašiomis situacijomis susiduria dažnai ir turi labiau klininį požiūrį, bet ir artimieji, bandantys

paguosti, skaudino nesupratingumu, kurį moterys priėmė kaip vaikelio nepripažinimą. „*Ai dar kas papiktino, kad sakė artimieji, kad gerai, kad taip atsitiko, kad gerai, kad dabar sunyko, nes čia kažkaip ne taip dnr susidėliojo, nes jei būtų toliau vystęsis, tai gal būtų gimęs neįgalus vaikas*“ (Ringailė, 164).

Šia tema pakankamai komplikuota kalbėti moksliniame kontekste, nes visas veiksmas, kuris vyksta – vyksta moterų mintyse ir jausmuose, ir tai labiausiai subjektyvu. Lygiai kaip nesėkmingas nėštumas nutraukia ne tik embriono gyvybę, bet ir moters mintyse susikurtą ir išgyvenamą mamos paveikslą bei jos įsivaizduojamą galimybę gyventi su tuo konkrečiu vaiku, taip veiksmai po netekties – vardo, lyties priskyrimas, troškimas atsisveikinti ir jautrus reagavimas į vaiko orumo sumenkinimą – vyksta mamos reprezentacijose, ir apie tai galima išgirsti ir suprasti tik iš jų pačių pasidalijimo. Todėl šią temą norisi apibendrinti Daivos citata: „*Tik labai sunku įsisąmonint, kad tikrai jis buvo, bent jau dabar, kai laikas eina, labai sunku suprast, kad jis tikrai tikrai buvo (...). Kažkaip nėra tokio.. Iš to vyriausio va bent jau išrašą turiu. O iš kitų... kaip čia pasakius.. Taip galima kartais galvot, kad aš prisigalvoju... labai sunku paaiškint kitam. Kad taip buvo ir kad kad kad tikrai*“ (Daiva, 187).

### 3.4. Žmogiškų ryšių svarba

Ko tikisi nesivystantį nėštumą išgyvenanti moteris iš aplinkinių žmonių? Kokio bendravimo, kokių žodžių laukia? Ar jai reikia pagalbos? Jei reikia – kokios, ir ar įmanoma jai padėti? O gal jai reikalinga tylą? Šiuos klausimus, tikėtina, sprendžia visi, kurie atsiduria šalia netektį išgyvenančios moters. Tyrime žmogiškų ryšių poreikis persidengė su kitomis potėmėmis – artimųjų pagalba iš(si)valymo metu, santykiai su gydytojais – vaiko asmeniškumo temoje. Šioje temoje, kuri aprašo žmogiškų ryšių svarbumą, atskleidžiama ambivalentiškų santykių su gydytojais patirtis, santykių su vyru patyrimas ir bendravimo su moterimis ypatumai po nesivystančio nėštumo. „*Tiesiog lengviau išgyvent kai supranti, kad ne vienas*“ (Evelina, 46).

#### 3.4.1 Gydytojai, kurie bara ir guodžia

Gydytojams tenka sunkus vaidmuo – pasakyti moteriai, kad jos vaikas yra nebegyvas. Moterys prisimena, ne tik tai, ką tuo metu joms pasakė, bet ir kaip tai buvo pasakyta. „*Sakau, ko iki šiol negaliu pamiršti atrodo išgyvenau netektį, bet dėl šito va gydytojų požiūrio man iki šiol skauda, pikta ir kiekvieną kart reaguuju, negaliu*“ (Aurelija, 116). Jos vertina gydytojų ir medicinos darbuotojų

jautrumą. Tai gerai atspindi Valdemaros ir Aurelijos pasidalijimai?: „*mano gydytoja yra šaunuolė, iš tikrųjų, jinai mane ir už rankos paėmė, ir apkabino, ir padrąsino, ir sakė, nu kaip gaila, kad va, būkit stiprūs. Buvo švelnu, ir jautru, taip mamiškai, ir aš visada su ja susitikdavau ir nusiramindavau, visada*“ (Valdemara, 140); „*O kas padėjo tai ligoninėj, kad nu tikrai jau vakare atėjo seselė, tai buvo ne skyriaus vedėja, ne kažkokie gydytojai, o seselė, kuri tiesiog – na kaip tu, mato, kad blogai ir savo patirtį papasakojo, ir irgi toliau kaip ten viskas vystysis <...> ir tada sako, o ir man taip buvo nu tada supratau, tas toksai supratimas <...>*“ (Aurelija, 68). Taip pat moterys vertina? ir dalykiškumą: „*Aišku, ten kabinete paskui jinai man pasakojo, kokie yra variantai, kas bus, jeigu bus, ir žodžiu, ko laukti, ko nelaukti, ko tikėtis, tai smagu, kad ta daktarė buvo tokia labai jautri*“ (Viktorija, 34). Tačiau lygiai taip pat moterys prisimena ir gydytojų nejautrumą, galios demonstravimą neįsigilinus į situaciją. Jos kalba apie tai, jog gydytojai išbarė: „*<...> gydytoja, kad apžiūrėjo ir mane apibarė, kad ten žodžiu, ko aš ten su vaiku važiuoju*“ (Daiva, 66), apšaukė: „*Ne, iš pradžių tai apšaukė, ko tu čia lakstai pas kitus gydytojus ir visokius vaiskus vartoji, kas čia tau liepė ir ką tu čia galvoji<...>*“ (Aurelija, 35), priekaištavo: „*ir turbūt nuvylė, tai kaip priimamajame elgėsi darbuotojai, kad buvo toks požiūris, kad nu maždaug, ko čia atvažiavai, nes normalu, kad pakraujuoji kartais*“ (Evelina, 13). Apibendrinti potemę galima Daivos žodžiais: „*<...> jiems gal įprasta, man tai pavyzdžiui nebuvo įprasta (...) Tiesiog galėjo gal kitus žodžius pasirinkt*“ (Daiva, 99).

### 3.4.2 Pasikeitusių santykių su vyru išgyvenimas

Praradusi planuotą kūdikį pora gedi. Neišvengiamai vyras ir moteris skirtingai reaguoja į netektį, išsivalymą, dėl kultūrinių ypatumų turi skirtingą gedėjimo būdą, jiems reikia ne vienodo laiko gedului įveikti. Ši potemė atskleidžia, kokią reikšmę moteris suteikia vyro dalyvavimui persileidime, kaip ji mato vyro išgyvenimus ir pasikeitusių santykius po netekties.

Moterys pastebi, kad vyrai taip pat išgyvena netektį, iš pasakojimų matosi, kad joms tai svarbu: „*ir tada ir vyro pagalba iš pašonės, kai gali skausmu pasidalinti, bet ir matyti, kad kartu išgyveni ir tas sunkesnes akimirkas*“ (Evelina, 131); „*<...> bet labai matėsi iš jo elgesio, kad jis irgi stengiasi tas mintis bet kur nukreipti kitur, ir mes tą pirmą dieną apie tai labai ir nešnekėjom, taip tyliai nugalėjom kiekvienas sau, kartu kartu*“ (Viktorija, 78); „*labai gražiai su manimi elgėsi, ir atrodo įsimylėjom iš naujo, pamačiau, va bent po tos nakties kokią jis mane visą matė, ir atrodo nu tikrai labai daug palaikymo buvo ir labai jam ačiū už tai*“ (Justina, 264); „*<...> nes aš turėjau Vygandą, jisai pilnai manim rūpinosi, nešdavo ir ten nežinau maistą į lovą, <...> tas buvo gerai*“ (Ringailė, 45). Tačiau lygiai taip pat pastebi, kad vyrai tarsi atsigaua greičiau ir jų gedėjimas neužsitęsia tiek ilgai,

kiek moterų. Tai kelia frustraciją santykiuose, nes moterys kalbėjo, kad joms svarbu kalbėtis apie tai, kas įvyko. Šią situaciją gerai iliustruoja tokios citatos: „*dar vat atsimenu, kad buvau nu šiek tiek supykus, kai pasijutau (...) supratau, kad, ko gero, vyras greičiau atsigauņa už mane. Gal galvoja ne tiek (...) net nežinau, ne tiek gal visko nori kalbēt, bet nu gaila <...>*“ (Evelina, 95); „*nu ir pykau ant vyro, čia mūsų abiejų. (...) o atrodo, kad tau visai nerūpi (...)*“ ir „*<...> su vyru dabar tokia kaip ir distanciją jaučiam*“ (Eligija, 118, 120). „*Kitas dalykas, kaip apie tai kalbēt su vyru, čia irgi problema nes nes mm išgyvenam mes skirtingai. Jis nenori kalbēt, aš noriu kalbēt, nu taip gaunasi*“ (Daiva, 147); „*nes kažkaip vyras, jam labai sunku buvo, neįdomu tie jausmai, nu kažkaip nežinau, negalėjau aš jam papasakot <...>*“ (Valdemara, 133).

Taigi moterys išreiškia poreikį daug apie tai kalbėtis, dalintis, jausti, jog yra išklausomos ir suprastos savo partnerių. Tačiau skirtinga patirtis, skirtingi vaidmenys – moteris buvo ta, aplinkui kurią sukosi veiksmas, vyras buvo tas, kuris yra šalia, skirtingi socialiniai standartai, tad ir vidiniai išgyvenimai skirtingi.

### **3.4.3 Ryšys su kitomis moterimis – nuo intymumo iki neapykantos**

Visos tyrime dalyvavusios moterys reflektavo savo patyrimą lygindamos su kitų moterų patirtimi. Joms yra svarbus būsenos normalizavimas – žinojimas, kad tai, kas vyksta yra normalu – „*padeda ar ne kažkaip skaitant, padeda tuo, kad žmonės taip jaučiasi, kad yra normalu taip jaustis, kad nesi viena (verkia, šluostosi), na kažkaip, jautiesi paguosta, sakyčiau*“ (Daiva, 157), kad daug moterų patiria nesėkmingus nėštumus: „*Labai svarbu va ir tuos jausmus, ir na labai svarbu nebijot kalbēt, nes man labai padėjo, kai, sakau, nueini ten sportuot pas visai kažkokią reabilitologę gydytoją ir jinai ten savo patirtimi pasidalija. Ir supranti, kad normalu, kad taip būna*“ (Aurelija, 113). Taip pat lygino savo patirtį su kitomis patirtimis, sau kalbėdamos, jog „būna ir blogiau“. „*Aš realiai pati pradėjau kraujuot, kaip kitoms ten kai būna vidinis kraujavimas, tai aš dar tuo save guodžiu, taip, kad tikrai čia dar ne taip ir baisiai*“ (Justina, 244). Galbūt tai padėjo priimti savo patirtį ir atrasti joje teigiamų pusių, galbūt racionalizavimas buvo vienas iš streso įveikos būdų.

Kitas svarbus moterims aspektas – dalinimasis, kalbėjimas su moterimis kaip pagalbos sau būdas: „*mes daug kalbėjom, ir su draugėm, kurios irgi persileido, ir dar daugiau sužinojau pažįstamų, kas irgi neteko vaikelio*“ (Eligija, 133); „*labiausiai padėjo, kad aš turiu draugių, su kuriom galiu taip atvirai pasišnekėti, ir paverkti, ir išsilieti*“ (Valdemara, 144); „*tai dėl to, kai pati išgyvenau, irgi nu neslėpiau ir ir ir nelaikiau to savy,(...) ir dalinausi ir su draugėm, su kuriom artimiau bendrauju, ir ir su kolegomis, su kuriais artimesnius santykius palaikom*“ (Evelina, 43); „*tas mane iš tikrųjų šiek tiek ramino, kad yra žmogus, kuriam rūpi ir kuris (...) kuris domisi <...>*“ (Viktorija, 131). Moterys jautėsi

dėkingos už persileidimo metu suteiktą pagalbą – prižiūrėtus vaikus, kai dėl silpnumo negalėjo jais pasirūpinti, „<...> tai tas irgi man labai labai padėjo, kad aš nebuvo viena namie, tuo metu, kad nebuvo viena su vaiku namie <...>“ (Viktorija, 57), galimybę svetimuose namuose nusiprausti ir persirengti, kai persileidimas prasidėjo kelyje, „<...> tada aš nuėjau po dušu, ir viskas, neturiu ko apsirengt. Teta man davė viską.. tokį dar davė iš tos močiutės sugertukas, paklotukas, ant lovos, tai aš ten tą įsidėjau iki pažastų <...>“ (Valdemara, 49).

Tačiau lygiagrečiai moterys išgyvena stiprius prieštarigus jausmus. Tai gerai atskleidžia Justinos žodžiai: „*ir aš pamatydavau nėščią moterį, aš taip jos nekėsdavau, aš atrodo net savo sesės nekenčiau, mano geriausia draugė turi vaikėlį dviejų metų, ir aš atrodo net net nenoriu pagalvoti, kad man dar kažkada reikės eit pas ją ir tą berniuką pamatyt ir nu ta prasme tikrai buvo labai didelė neapykanta, gal ir dabar yra tas pavydas toksai piktas pavydas, jau ne (iškvepia) neapykanta, bet tas piktas pavydas vis tiek likęs*“ (Justina, 160). Ir vėliau ji išsako savo apmaudą: „*Kodėl kitoms, o ne man?*“ (Justina, 166).

### 3.5 Nėštumas po netekties – troškimas vėl lauktis ir baimė vėl prarasti

Svarbi tema skambėjusi visų moterų pasidalijimuose yra nėštumas po netekties. Ši tema ilgiausiai nerado savo vietos temų žemėlapyje, nes yra susijusi su beveik kiekviena iš anksčiau aprašytų patirčių, tad nuspręsta ją palikti kaip atskirą temą. Moterys įvardijo, jog norėjo kuo greičiau pradėti vėl lauktis, ir tai matė, kaip galimybę įveikti sunkumą, besitęsiantį po nesėkmingo nėštumo. „*Bet šiaip labiausiai guodžia, ta mintis, kad vėl pastosiu*“, sako Justina, ir įvardija taip kaip didžiausią savo norą (150, 94). „*O vėliau ir mane na būtent mane tas palaikė, kad aš noriu kuo greičiau pastot, noriu kito vaiko, ne kad čia kažką kompensuot, bet labai laukta, labai taip norėta*“ (Aurelija, 95); „*Aš kažkaip pati manau, kad naujas nėštumas padėtų greičiau išgyventi, nes tada jau gyventum visai kitom nuotaikom*“ (Evelina, 99); „*Bet aš galvoju, kai aš lauksiuos, tai tada, tada jau (...) kaip pamiršiu, nebus, kad dzin, bet jau jau bus lengviau*“ (Justina, 297); „*<...>didesnės rizikos nesuteikia tam sekančiam nėštumui, tai tiesiog va su vyru nutarėm, kad kaip bus, taip bus, bet nu kad nesisaugosime ir tikėsimės jau sekančio nėštumo*“ (Viktorija, 72).

Tačiau ne tik noras kito nėštumo, bet ir baimė dar kartą prarasti, girdėjosi moterų pasidalijimuose. „*Ir aišku, jau visą nėštumą labai bijojau, <...>*“ (Valdemara, 93); „*<...> tai to nerimo truputį buvo, kad gali būti panašių naujienų, <...> jei pasikartos ta pati istorija, tai, sakau, tada jau ne, tada jau darysim pertrauką ilgesnę ir, sakau, man per daug jau dviejų iš eilės*“ (Viktorija, 154);



„Tai vat ta tokia baimė, <...> o jei ir vėl persileidimas, sakau, per daug apie tai negalvoju, bet jei pradedu galvoti, tai labai nenoriu“ (Eligija, 174); „<...> ir pagalvojau – ne, jau šito nebeišverčiau, ne, jau darkart nebeišverčiau“ (Aurelija, 107). Daiva pasidalija ir tuo, jog nesėkmingas nėštumas turėjo įtakos ne tik vėlesniam nėštumui, bet ir santykiui su gimusiu vaiku: „Aš atsimenu, kad (...) kad gal pusę metų aš negalėjau susivokt, kad čia mano vaikas. kažkas toks nesutapimas buvo (...). Gal dėl to, kad visą laiką prieš gimstant vaikui visą laiką buvo tokia (...) tokia atmetimo reakcija, kad neįsisamonint, kad aš laukiuosi, kad čia gims. Apsisaugojimas nuo to skausmo galimo... kad galbūt čia nebus“ (Daiva, 45).

Tad šis troškimas lauktis ir baimė vėl prarasti buvo svarbus kiekvienai tyrimo dalyvei.

Apibendrinant rezultatus galima sakyti, jog ši patirtis visoms moterims paliko žymę ir nepraėjo be pėdsakų. Ringailė net keletą kartų sako, jog „tu jau nebegrįžti į tą patį, nes tu pajutai tą gyvybę savy ir vėl nori to pačio, sakykim, vėl trokšti“ (Ringailė, 80) ir „<...> bet kartu kažkur viduj, nežinau, užsiantspauduoja toksai laukimas gyvybės ir tu vėl po to to trokšti, tai dėl to tu negrįžti kaip buvo prieš (...)“ (Ringailė, 88); „<...> ir nu taip visada buvo ir liks mano pirmasis vaikas, ir nesvarbu, kad neišgyveno (...)“ (Aurelija, 91); „Jisai iki šiol yra, aš dažnai pagalvoju, kaip būtų, jeigu būtų buvę, ir ir manau kad vis vien tada niekur nedings, tiesiog toks antspaudas visam gyvenimui (...) (iškvepia). <...> jisai toks na negyvas gyvas vaikutis, kažkur ore sklendantis, jisai toksai ir jisai yra toksai taškutis kažkur visatoj“ (Viktorija, 98). „...nu aš būtent tą jaučiu, kad tai yra mano vaikas, kad jis yra“ (Aurelija 88).

#### 4. REZULTATŲ APTARIMAS

Ši darbo dalis skirta aptarti aukščiau aprašytus teminės analizės rezultatus lyginant juos su kitų tyrėjų darbais. Rezultatai bus sujungti, apibendrinti, susieti su kitų tyrėjų atradimais ir vyraujančiomis teorijomis. Kadangi „tyrėjo kūrybingumas ir subjektyvumas, analizuojant tyrimo duomenis, laikomi teminės analizės privalumu“ (Vaimoradi ir kt., cit. pagal Sabaliauskas, Žydžiūnaitė 2017, p. 224), rezultatai bus aptariami pirmuoju asmeniu. Atsižvelgiant į kokybinių tyrimų specifiką, kai kurie naujausi tyrimai šia tema buvo atidėti ir neskaityti iki rezultatų analizės pabaigos, siekiant išvengti išankstinių hipotezių, leisti vedamai tyrimo dalyvių patirčių. Taigi bus naudojamos kai kuriais šaltiniais, nepaminėtais įvadinėje dalyje. Taip pat pristatytos tyrimo validumo ir patikimumo charakteristikos, apžvelgti ribotumai bei gairės tolimesniems darbams, praktinis šio darbo pritaikomumas.

#### 4.1 Emocinis atsakas į žinią, jog „širdutė nebeplaka“

Pirmoji tema, kuri aiškiai girdėjosi ir iš moterų kalbos, ir matėsi iš jų reakcijų kalbant – tai stiprios emocijos, kurios užplūdo netikėtai sužinojus, jog jų nėštumui kažkas negerai. Praėjus įvairiems laiko tarpams – nuo 2 mėnesių iki 6 metų visos moterys vis dar gaudinasi ir savo patirtį pasakoja jautriai. Temos pavadinime žodžiai „širdutė nebeplaka“ nurodo vaisiaus mirties gimdoje arba nesivystančio nėštumo diagnozę, nes, pagal Pasaulinės sveikatos organizacijos normas (Addas ir kt., 2020), širdies veiklos nebuvimas yra vienas iš negyvybingo arba nesivystančio nėštumo nustatymo kriterijų. Anglakalbėse šalyse yra atliktas tyrimas, siekiant išsiaiškinti, kokie terminai, nusakantys vaisiaus žūtį gimdoje moterims yra suprantamiausi ir priimtinausi (Clement, ir kt., 2019). Tyrimo atveju tai buvo bendras terminas „persileidimas“ (*miscarriage*). Šio tyrimo dalyvės skirtingais žodžiais, bet visos pamini, jog „neišgirdo širdelės plakimo“, „jau sustojo širdutė“. Gali būti, kad toks būdas kalbėti apie persileidimą moterims yra suprantamesnis, priimtinesnis negu klinikiniai terminai. Tikėtina, kad jis labiau atspindi jų požiūrį į nėštumą, padeda priimti diagnozę, nes mūsų kultūroje fenomenologiškai širdis yra suvokiama kaip gyvybės centras.

Kaip minėta įvade, daugybė kiekybinių tyrimų persileidimą traktuoja kaip traumą, kurios pasekmės gali būti įvairios: nuo liūdesio ir sielvarto išgyvenimo iki reikšmingų psichinių sutrikimų, tokių kaip obscesinis kompulsinis sutrikimas, panikos epizodai ar depresija (Akken, 2011). Nuo psichologinių persileidimo aspektų tyrimo pradžios, kurie minimi įvade, iki šių dienų tyrimų, kurie bus aptarti šioje darbo dalyje, patvirtinama, jog laukto nėštumo praradimo patirtis moterims yra netektis, turinti visus netekties patyrimo aspektus. Daugeliui moterų su persileidimu susijęs sielvartas ir netektis reiškė ne tik nėštumo praradimą, bet ir ateities bei motinystės, kurią jos įsivaizdavo ir planavo, praradimą (Belhouse ir kt., 2019). Daugelyje tyrimų (Séjourné ir kt., 2009; Akker, 2011; Markin, 2016 ir kituose) moterys įvardija tuos pačius jausmus įvykus persileidimui: liūdesį, pyktį, nerimą, baimę dėl ateities, sumišimą. Ši emocinė painiava nurodo į sielvarto arba gedulo jausmą. Biar (2008) pažymi, jog kokybiniuose tyrimuose viena iš pagrindinių atsiskleidžiančių temų yra gedulas arba sielvartas, kaip būdas priimti ir išgyventi netektį, taip pat ilgesys ir liūdesys kaip sudedamoji sielvarto dalis, ilgintis prarastos tikėtiosios ateities, vilčių ir planų. Jis taip pat pabrėžia praradimo daugiamačiškumą – kad prarandamas ne tik kūdikis fiziškai, bet ir tėvystė kaip motinos ir tėvo vaidmenys. Sielvartas ir depresijos simptomai ilgainiui mažėja (Volgsten ir kt., 2018).

Maker ir Ogden (2003), tyrinėdamos moterų reakcijas į persileidimą, išskyrė tris etapus: sukrėtimą, prisitaikymą ir išsisprendimą (Ekelin, Crang-Svalenius, Nordström, Dykes, 2008). Pirmasis etapas buvo šoko, sukrėtimo, netikėtumo išgyvenimas. Tyrėjos atskleidžia didžiulę jausmų sumaištį.

Tą aiškiai įvardija ir šiame tyrime dalyvavusios moterys. Fenomenologinio tyrimo metu Adolfsson, Larsson, Wijma ir Bertero (2004) nustatė, kad po šoko stadijos stipriausi moterų išgyvenimai dėl persileidimo buvo kaltė ir tuštuma. Tai patvirtina ir vėliau atliktas tyrimas (Bellhouse, ir kt., 2019). Daugelis moterų taip pat nurodė, kad dėl persileidimo jos kaltino save ir jautė kaltę, laikydamos tai asmenine savo ir savo kūno nesėkme. Tyrime, kuris aprašomas šiame darbe, visos moterys minėjo kaltę – ieškojo savo kaltės, laukė patvirtinimo, kad tai nėra jų kaltė arba vertino tai, kad artimieji jose kaltės nemato. Dar viename tyrime, atliktame Švedijoje (Adolfson ir kt., 2004) sielvartas išskiriamas kaip kaltės ir tuštumos išgyvenimo sudedamoji dalis, šalia apleistumo, praradimo jausmo, kūno pajautimo ir emocinio padalijimo, skilimo pojūčio. Tikėtina, kad priežastis, kodėl moterys jaučia didesnę kaltę, gali būti ta, kad vaisius yra tiesiogiai veikiamas motinos kūno, gyvenimo būdo, įpročių. Ogden tyrime (2003) minima, jog moterys kaltino save netinkamo gyvenimo būdo, per didelio fizinio aktyvumo, kad tai, jų manymu, turėjo įtakos nėštumo praradimui. Kaltės jausmas išliko praėjus keleriems mėnesiams po persileidimo (Volgsten ir kt., 2018). Naujesniuose tyrimuose (Baird, 2018) atsiskleidžia panašūs rezultatai – dalyviai išreiškė neigiamas emocijas, susijusias ankstyvo nėštumo praradimu: liūdesį, gėdą, nervingumą, susirūpinimą, baimę, kaltę, vienatvę, bejėgiškumą, sielvartą ir nenorą priimti diagnozę, kaip realybę, kilusią sumaištį. Daugelis nežinojo, ar jų patiriami simptomai yra normalūs, ar ne. MacWilliams (2016) tyrime moterys įvardijo netekties, tuštumos ir kaltės jausmus. Moterys taip pat dažnai aprašydavo bejėgiškumo jausmą dėl persileidimo, ypač dėl to, kad jos negalėjo kontroliuoti, kaip išvengti persileidimo ar sėkmingai pastoti (Bellhouse, ir kt., 2019). Tad šio darbo rezultatai dera bendrame kontekste, kalbant apie emocinius moterų išgyvenimus.

Aukščiau paminėti tyrimai kalba bendrai apie persileidimo patirtis. Kyla klausimas, ar galima lyginti rezultatus, kai šis aprašomas tyrimas turi specifiškumą – čia moterys apie vaisiaus mirtį sužinojo ultragarsinio tyrimo metu, kai persileidimo simptomai dar nebuvo prasidėję, arba buvo tik įtariami, ir kokią įtaką psichologinei savijautai daro nėštumo užbaigimo būdas. Azijoje atliktame tyrime nustatyta, kad nėra reikšmingo skirtumo kalbant apie nerimą, depresiškumą ar sielvartą tarp moterų kurioms buvo taikytas skirtingas nėštumo užbaigimo būdas, tačiau moterys, kurioms buvo atlikta chirurginė intervencija patiria daugiau potrauminio streso simptomų (Kong ir kt., 2013). Tai gali būti siejama su papildomu stresu, patiriamu gydymo įstaigoje. Kita vertus vėlesnis tyrimas parodė, jog medikamentinį ir chirurginį gydymą gavusios moterys nebviau susidorojo su neviltimi, sielvartu, ir jų emocinė sveikata buvo geresnė nei tų moterų, kurioms buvo taikytas tik medikamentinis, sąlyginai ilgesnis gydymas (Volgsten ir kt., 2018).

Švedijoje atliktame tyrime (Ekelin ir kt., 2008), kurio dalyviai buvo šeimos, išgirdusios negyvybingo vaisiaus diagnozę įprasto ultragarsinio patikrinimo metu, rezultatai rodo, jog be visų netekčiai būdingų išgyvenimų prisideda dar vienas – itin stiprus sukrėtimas ir saugumo jausmo

praradimas, kuris tyrime vadinamas apgaulingo saugumo jausmo patyrimu, kai ir įsitikinimai, ir nėščiosios kūno signalai ir literatūra kalba apie saugų antrojo trimestro nėštumą, o diagnozė – žuvęs vaisius. Šiuo atveju, nėra svarbus būdas, kaip nėštumas nutrūko – spontaniškai ar vaisiaus mirtis buvo nustatyta per apžiūrą echoskopu – šis įvykis daugumai moterų yra sukrečiantis. Camarneiro ir kt. (2015) atlikta fenomenologinė interpretacinė analizė kūdikio netektį įvardino kaip „svajonės sutriuškinimą“, kuriame persipina visas spektras neigiamų jausmų.

Tyrimuose minimas ir kitoks moterų išgyvenimas. Jau minėtame Ogden tyrime atskleidžiama, kad moterims, kurioms nėštumas buvo netikėtas ir nenorėtas, persileidimas atneša palengvėjimą (Ogden, 2003). Šiame darbe visi nėštumai buvo laukti, beveik visi buvo planuoti. Moteris, patyrusi persileidimą nėštumo, kurio nenorėjo, lygiai taip pat skausmingai jį išgyveno ir jautė kaltę dėl nėštumo nutrūkimo, tikėdama, kad tai jos nenoras užkirto kelią vaikui gimti. Tad išvadai, kad nelauktus nėštumus moterys „paleidžia“ lengviau, trūksta įrodymų, ir tam reiktų platesnių ir išsamesnių tyrimų, kurie dėl specifinės imties gali būti sunkiai įgyvendinami.

#### **4.2 Persileidimo laukimas**

Laikas nuo diagnozės iki persileidimo ar visiško išsivalymo gali užtrukti nuo paros iki mėnesio, priklausomai nuo to, kokia pasirinkta persileidimo baigtis. Tyrimuose minima, kad kuo ilgesnis laiko tarpas tarp šių veiksmų, tuo daugiau moteris išgyvena sielvarto, nežinomybės (Ekelin ir kt., 2008). Dera paminėti, kad nuo šalies sveikatos priežiūros normų ir ypatybių priklauso, kaip toliau bus gydoma moteris, kuriai nustatytas nesivystantis nėštumas ar vaisiaus žūtis gimdoje. Lietuvoje taikoma praktika, kad bent du gydytojai specialistai turi patvirtinti vaisiaus mirtį, kad būtų siūloma abrazija arba medikamentinis abortas. Moterys, kurių nėštumo gestacinis amžius buvo daugiau nei 9–10 savaičių, turėjo važiuoti į kitą gydymo įstaigą dėl diagnozės patvirtinimo. Lietuvoje dar nėra tyrimo, kuris atskleistų, kaip moteris jaučiasi šio laukimo akivaizdoje, kaip priima sprendimus, todėl šio tyrimo rezultatai bus aptariami kitų šalių tyrimų kontekste, atkreipiant dėmesį į tai, jog sveikatos priežiūros sistemos skiriasi.

Tyrimai rodo (Addas ir kt., 2021), jog efektyvesnis sveikimas ir geresnė pacientės savijauta yra tada, kai sveikatos priežiūros darbuotojai suteikia pacientėms ir medicininę informaciją, ir emocinį palaikymą, ir įtraukia jas į klinikinių sprendimų priėmimą, kitaip tariant, moteris pati gali nuspręsti, kokios persileidimo baigties ji nori. Kyla klausimų, ar tokios afektinės būsenos moteris gali

sąmoningai priimti informaciją ir nuspręsti, kas jai geriau. Tame pačiame tyrime minima, jog kai kurios moterys nori kuo greičiau užbaigti šią situaciją, o kitoms reikia daugiau laiko, kad susitaikytų su diagnoze. Tačiau Erlandsson ir kt. (2011) tyrime apie moteris, kurioms buvo sukeltas priešlaikinis gimdymas dėl kūdikio mirties, sako, jog moterys nėra pajėgios priimti sprendimų, kai vyksta jausmų sumaištis ir išgyvenamas didžiulis skausmas. Todėl reikėtų duoti laiko šią situaciją priimti ir tik tada įtraukti į sprendimą dėl tolimesnės gydymo eigos. Septynios iš aštuonių šio darbo tyrimo dalyvių nebuvo įtrauktos į sprendimo priėmimą, jos padarė taip, kaip nurodė gydytojas, priimdamos tai kaip neginčijamai geriausią variantą. Tik viena šeima konsultavosi su keliais skirtingais gydytojais ir turėjo galimybę patys priimti sprendimą dėl nėštumo baigties.

Peržvelgiant tyrimus apie nesėkmingą nėštumą, iškyla moters santykio su savo kūnu klausimas, kuris taip pat aiškiai iškilo ir šiame darbe. M. Ekelin ir kt. (2008) atliktame tyrime kaip vieną iš temų išskyrė tai, jog šeimos, dalyvavusios tyrime jautėsi suklaidintos apgaulingo saugumo. Moterys jautėsi apgautos savo kūno. Fiziologiniai nėštumo simptomai buvo išlikę, kai tuo tarpu vaisius išsčiose jau buvo nebegyvas. Anksčiau minėtame Erlandson (2011) tyrime moterys minėjo, jog jaučia, kad savo kūne nešioja mirtį. Kai kurios siekė iš to kuo greičiau išsivaduoti. Kai kurios nebegalėjo matyti savo besilaukiančio kūno. Šie duomenys, kaip ir aprašomame darbe pateikti rezultatai parodo, kokius ambivalentiškus jausmus išgyvena moterys susidūrusios su vaiko mirtimi gimdoje, kuri, perfrazuojant tyrimo dalyvę, turėtų būti gyvybės lopšys. Panašu, kad šis jausmas ir yra Adolfo (2005) aprašytas skilimo jausmas, kurį išgyvena moterys visoje plačioje jausmų paletėje.

Priėmus sprendimą dėl persileidimo užbaigimo būdo, moterys arba išeina namo ir laukia simptomų, arba yra hospitalizuojamos chirurginei intervencijai. C. Schreiber ir kolegų (2016) atliktas tyrimas parodo moterų pasirinkimo motyvus – grupė, pasirinkusi chirurginę intervenciją, kaip lemiamus veiksnius nurodė susitaikymą su netektimi, palankų operacijos suvokimą ir norą pagreitinoti persileidimą. Laukimo taktiką pasirinkusios moterys kaip lemiamus veiksnius nurodė persileidimo kontrolę ir užbaigimą laiku intymesnėje aplinkoje, nenorą atlikti operaciją ar anesteziją ir geresnį vaisingumo išsaugojimo suvokimą. Kaip minėta, Lietuvoje moterys vis dar nėra įtraukiamos į sprendimo priėmimą, tad motyvų palyginti negalime.

Beveik visi skaityti tyrimai, apie moterų patirtį gydymo įstaigoje (Bellhous, ir kt., 2019; Baird, 2018; Schreiber ir kt., 2016 ir kiti) rodo, jog moterims trūksta informacijos, kas vyksta su jų kūnu. Beveik visos moterys nurodė, kad joms trūko informacijos apie netektį ir apie tai, ko jos turėtų tikėtis po netekties. Šiuos duomenis reikėtų vertinti kritiškai, nes tikėtina, kad tokioje sumaištyje moterims nebus atsakyti visi klausimai ir jog jie kyla ir iš subjektyvaus nesaugumo patyrimo. Todėl svarbu informacijos pateikimo neatsieti nuo emocinio palaikymo. Moterys jautėsi nepasirengusios tam, kas gali nutikti persileidimo metu ir po jo (Bellhous, ir kt., 2019). Dauguma minėtų tyrimo dalyvių jautėsi

nepakankamai pasirengusios patiriamam skausmui ir kraujo netekimui bei tam, kaip iš tikrųjų atrodys persileidimas, ir tai atitinka šio darbo rezultatus, kad „tam pasiruošti neįmanoma“. Iš informacijos trūkumo kyla ir kita dilema – moterys negyvo vaisiaus abraziją gretina su abortu moters noru (Schreiber, ir kt., 2016), ir tai joms sukelia papildomo streso šioje sumaištyje.

Persileidimo laukimą, priimamus sprendimus, iš(si)valymo patirtį galėtume gretinti ir su S.Meaney ir kolegų (2017) analizės rezultatais, ir su Ogden (2003) grindžiamosios teorijos rezultatais, kuriuose kalbama apie susitaikymo etapą. Įvardijamas susitaikymo su netektimi etapas tarpintų sprendimo priėmimo, laukimo ir išsivalymo patyrimą.

### **4.3 Negimusio vaiko, kaip asmens, patyrimas**

Įvade kalbėta apie prenatalinį prierašumą, mamos ir dar negimusio kūdikio ryšį. Šiame tyrime atsiskleidė mamos ir jau nebegimsiančio kūdikio ryšys, kuris aptariamas taip pat ir Ekelin ir kolegų tyrime (2008), kuriame aprašomas mamų, kurių vaikai mirė gimdoje jau antrajame nėštumo trimestre, patyrimas. Vaiko realumo išgyvenimas, ryšys su vaiku, kuris mirė, yra svarbus šios patirties priėmimui, integravimui, išgyvenimui. Neįsisąmoninta ir neišgedėta patirtis gali vėliau išprovokuoti didesnę psichologines traumines pasekmes (Markin, 2018). Prenatalinis ryšys, kuris po kūdikio gimimo tampa mamos ir vaiko prierašumo formavimo pagrindu, nedingsta nutrūkus nėštumui, ir turi būti pripažintas, transformuotas, kad ateityje nesukeltų neigiamų pasekmių moters sveikatai, arba santykiams su būsimais ir esamais vaikais.

O’Leary (2004) teigia, kad svarbu, jog prarastas vaikas nebūtų pakeistas kitu nėštumu ar vaiku, nes tai daro ryšį su vaiku sudėtingą ir taip pat trukdo netekties išgyvenimui. Autoriaus teigimu, svarbu prarastą ir gimšiantį vaiką matyti kaip atskirus vienos šeimos narius. Tai patvirtina tyrime dalyvavusių moterų norą savo negimusiems vaikams suteikti bruožus – vardus, lytį, taip intuityviai palengvinant savo gedėjimo procesą.

Straipsnyje „Pagarbus požiūris į ankstyvą nėštumo netektį“ (Limbo, Kobler, Levang, 2010), autorės mini, jog kiekvieno asmens fundamentalus poreikis – turėti vietą šiame pasaulyje. Gimusio vaiko vieta yra ant tėvų rankų, šeimoje, namuose ir tiesiogine, ir simboline šio žodžio prasme. Tėvai jam gali suteikti vietą pasaulyje – prieglobstį ir apsaugą, ir toks yra tėvų poreikis. Erlandsson tyrime (2011) moterys taip pat pažymi jausmą, kad jų kūdikis yra namuose, kol yra gimdoje, ir jos nori žinoti, kur bus jo vieta paskui, po negyvo vaikelio gimimo. Moterims minėtame tyrime, ir šiame darbe kyla noras palaidoti, turėti simbolinę vietą gedėjimui, o tai kaip rodo netekčių literatūra (Polukordienė, 2008), yra svarbi sąlyga netekties realumo išgyvenimui. Taip pat ir S. Meaney (2016) pabrėžia, jog

persileidimo netekties pripažinimą gali palengvinti gedėjimo ritualai, tokie kaip laiško rašymas mažyliui, eilėraščiai, dainos, simbolinių laidotuvių ceremonijos organizavimas. Šiame darbe aprašomame tyrime tik viena moteris po persileidimo namuose galėjo vaikutį palaidoti, tačiau dar bent trys tokį poreikį išreiškė. Taigi, tyrime išreikštas moterų noras bent simboliškai palaidoti vaikelį, dera ir su S. Meaney atliktų tyrimų rezultatais ir su teorine netekčių psichologijos mintimi.

Aukščiau minėtuose tyrimuose moterys įvardija persileidimą kaip vaiko, asmens praradimą. Jas skaudina bet koks vaikučio nuasmeninimas, jo žmogiškojo statuso nepripažinimas. Čia moterims itin reikšmingas medicinos darbuotojų požiūris, nes būtent jie, pirmieji, kurie praneša žinią, suteikia informaciją ir palydi per gydymą. Daugelyje tyrimų aprašoma, kaip moteris skaudina tai, jog jų patirtis buvo sumenkinta, laikoma įprastu medicininio reiškinio. Moterys netgi įvardijo, kad jas ištiko ne liga, o netektis (Biard, 2018) ir jos nėra ligonės, bet gedinčios. Be to, beveik visos moterys pasakojo, kad jas vargino nejautrūs sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų komentarai ir terminologija. Dažnai tai buvo aiškinama kaip ženklas, kad sveikatos priežiūros specialistai nesirūpina jomis arba nesupranta su jų išgyvenimais susijusio sielvarto ir netekties (Bellhous, 2019).

#### 4.4 Žmogiškųjų ryšių svarba

Šeima, draugai ir sveikatos priežiūros specialistai vaidina svarbų vaidmenį palaikant persileidimo ištiktas moteris: tai, ką jie daro, ką ir kaip sako arba ko nepasako, gali turėti stiprų poveikį.

Ypač svarbus čia gydytojų vaidmuo. Pradedant pastojimo fakto konstatavimu, vėliau pranešant žinią, jog vaisius nebesivysto, priimant sprendimą dėl išsivalymo iki sveikimo ir kito nėštumo priežiūros. Šiame tyrime atsiskleidė du santykių su gydytojais aspektai – dėkingumas ir šilti jausmai medicinos darbuotojams, kurie priėmė moters netekties išgyvenimą, pripažino, palaikė ir padėjo sveikti, ir gydytojų klinikinis, instrumentinis požiūris į nėštumo nutrūkimą, kuris moteris skaudino, glumino. Šie du aspektai atsispindi visuose iki šiol skaitytuose tyrimuose apie gydytojų – pacienčių santykius nėštumo nutrūkimo atveju. C. Bellhous ir kt., (2018) tyrime atskleidžia, jog netektis buvo ir fiziškai, ir psichologiškai traumuojanti, ir kai kurie sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, traumą dar labiau sustiprino. Dažniausia įvardijamos priežastys - informacijos trūkumas, nejautrūs komentarai ir terminologija, paniekiantis požiūris į sielvartą ir netektį, emocinės paramos trūkumas bei vėliau sekusi nepriežiūra. Panašius rezultatus atskleidžia Larivière-Bastien, deMontigny, Verdon (2019) tyrimas. Rezultatai sutampa ir su šiam tyrime atskleista tema apie santykių su gydytojais reikšmę tokioje jautrioje moteriai situacijoje, kaip nėštumo nutrūkimas. Įdomu tai, kad moterys naudojo labai

paprastus, tarsi vaikiškus žodžius – „išbarė“, „apšaukė“. Tarsi būtų grįžusios į vaikystės bejėgiškumo būsenas, kuriose didesnę autoritetą turintys suaugusieji ir bara ir šaukia. Panašų bejėgiškumą įvardijo ir anksčiau minėtų tyrimų dalyvės (Bellhous, ir kt., 2018, Lariviere – Bastien, ir kt., 2019).

Svarbiausia moteriai pagalba krizėje yra jos artimiausia aplinka: sutuoktinis ar partneris, tėvai, artimiausi draugai (S. Leach, 2014).

Santykiai su partneriu išgyvenant netektį užima itin svarbią vietą, nes tai bendra netektis, bendras gedulas. Tyrime (Volgsten, ir kt., 2018) sakoma, jog emociniai persileidimo išgyvenimai – sielvartas ir depresijos simptomai buvo labiau išreikšti moterims nei jų partneriams vyrams, tačiau tame pačiame tyrime svarstoma, jog galbūt išgyvenimų gilumas ir nesiskiria, tačiau skiriasi sielvarto išraiškos būdai. Dar viename tyrime (MacWilliams, 2016) minimas ir kitoks vyro vaidmuo – kaip palaikytojo, kol vyksta persileidimo laukimas ir tai taip pat sąlygoja kitokią jausmų raišką. Lyčių išgyvenimo skirtumai gali egzistuoti ir dėl to, kad moterys fiziškai nešioja kūdikį ir turi intymesnę nėštumo patirtį (Ekelin ir kt., 2008). Skirtingai poroje išgyvenamas gedulas gali sukelti frustraciją santykiuose, ką patvirtina ir Volgsten ir kolegės (2018), tačiau kartu tai gali būti ir stiprybės šaltinis (Ekelin, ir kt., 2008). Abu aspektai išryškėjo ir šiame darbe aprašomame tyrime.

Dažnai tik pradėjusios kalbėti apie savo persileidimą moterys sužino, kad kitos aplink esančios moterys taip pat turėjo panašią patirtį. Dar vienas svarbus žmogiškųjų ryšių aspektas - santykiai su kitomis moterimis. Kalbėjimas apie savo patirtį, nuostaba atradus dar daugiau moterų su panašia patirtimi, leido moterims gauti tinkamą paramą, socialinį ir emocinį palaikymą. Moterys atnaujino ryšius su mamomis, seserimis, gavo palaikymą ir iš fiziškai artimiausiai esančių moterų – kaimynių, anytų. Tai atliepia ir kitų tyrimų rezultatus (Ogden, 2003; Meaney, 2017). Socialinis palyginimas, ypač su tomis situacijomis, kurios moterų subjektyviu vertinimu yra blogesnės, sunkesnės, tyrimuose minimas kaip būdas racionalizuoti, pagerinti savo savijautą. Kita vertus, moterys įvardijo ir kitokių jausmų spektrą – pavydą, pyktį toms, kurios laukiasi ar turi vaikų. Tačiau Bailey ir kt. (2019) tyrime tai įvardijama kaip nuoskaudos, apmaudo bruožai, nukreipti ne konkrečiai prieš kitą moterį, bet išprovokuoti sielvarto. Kaip viena tyrimo dalyvė sakė – „kodėl joms, o ne man?“.

Socialinė parama ir geri santykiai su sutuoktiniu yra labai svarbūs moterims sveikstant po nėštumo nutrūkimo (Kersting, Wagner, 2012, cit. Camarneiro, 2016). Svarbiausia moteriai yra jos artimiausia aplinka: sutuoktinis ar partneris, tėvai, artimiausi draugai (S. Leach, 2014). Tokie teiginiai atitinka ir šio tyrimo analizės rezultatus.



#### **4.5 Nėštumas po netekties – troškimas vėl lauktis ir baimė vėl prarasti**

Dar viena sritis, kuriai nesėkmingas nėštumas daro stiprią įtaką, yra kitas nėštumas po persileidimo. Moterys, pastojusios po persileidimo, susiduria su trimis skirtingais laukimo laikotarpiais: laikotarpiu nuo nėštumo praradimo iki apsisprendimo vėl bandyti pastoti, nuo bandymo iki pastojimo ir nuo pastojimo iki patvirtinimo, kad nėštumas vystosi, o vaikelis yra gyvas (Bailey ir kt., 2019). Kiekvienas laikotarpis gali kelti stresą, nes kiekvieno baigtis yra sunkiai nuspėjama ir nevaldoma. Tyrimai rodo (Ockhuijsen ir kt., 2014), jog moterys, kurios laukiasi po persileidimo, patiria daugiau įtampos ir streso vėlesnio nėštumo metu. Moterys, kurios jau buvo patyrusios persileidimą, nėra tikros, ar taip neatsitiks ir šį kartą, ir tai sukelia papildomo nerimo. Tačiau to negalima laikyti vieninteliu nerimo šaltiniu per nėštumą po persileidimo – dera atkreipti dėmesį į tai, kokią įtaką tam daro kiti subjektyvūs ar objektyvūs veiksniai – moters amžius, gyvenimo būdas, prieš tai buvusio nėštumo baigtis, vaikų buvimas ar nebuvimas, paramos prieinamumas, moters streso įveikos strategijos. Taigi ir šiame darbe aprašyta potėmė apie nesivystančio nėštumo įtaką kitiems nėštumams puikiai dera su anksčiau atliktais tyrimais.

Sielvarto trukmė po persileidimo mažėja, kai trumpėja pastojimo laukimo laikotarpis (Brier, 2008), tačiau stresas ar sielvartas persileidimo ir pastojimo laikotarpiu tęsiasi ir vėlesnio nėštumo metu. Kalbant apie nesivystantį nėštumą šiame kontekste, verta atkreipti dėmesį į tai, jog grįžimas į ultragarso kabinetą tai pačiai procedūrai, per kurią moterys išgirdo netekties žinią, gali papildomai traumuoti. Tai patvirtina tyrimas, atliktas Minesotoje, jog tėvai išgyvena trauminį patyrimą vėl eidami ultragarso patikrinimui (O’Leary, 2004). Todėl straipsnyje raginama atkreipti dėmesį į tai ir nepalikti tėvų vienu šioje situacijoje, suteikti tinkamą pagalbą.

Taip pat svarbu paminėti ir kitą aspektą – kuris tyrime neišryškėjo, kaip būdinga tema, tačiau buvo moterų minimas – jog išbūti su netektimi padėjo jau turimi vaikai, nes jie užpildė ir laiką, ir mintis. Moterys minėjo, jog „padėjo tai, kad yra kuo rūpintis“.

#### **4.6 Apibendrinimas**

Šio darbo tikslas buvo išigilinti ir aprašyti moterų, patyrusių nesivystantį nėštumą patirtį, suprasti, ką ši diagnozė reiškia moteriai, kaip ji tai suvokia, išgyvena, kuo šis patyrimas yra ypatingas jos akimis. Visos tyrime dalyvavusios moterys nesėkmingą nėštumą prisiminė gyvai ir vaizdžiai, nepaisant praėjusio skirtingo laiko tarpo, kiekviena moteris giliai, kaip galėjo, atskleidė savo patirtį ir jautriai ją papasakojo. Akivaizdu, kad kiekvienai moteriai tai buvo labai svarbus įvykis, kuris sukretė

ir pakeitė jos gyvenimą. Kaip atsiskleidė tyrime bei kitų tyrėjų darbuose, nesivystančio nėštumo patirtis yra specifiška tuo, jog moteris jau žino, kad jos vaikelis nebegyvas prieš tai, kol prasideda persileidimo simptomai. Ir su šia žinia ji turi laukti, kol vaikutis pasišalins arba imtis aktyvių veiksmų jį pašalinti. Šis epizodas – laukimas, sprendimo priėmimas, iš(si)valymo patirtis ir daro jį išskirtinį, iš kitų prenatalinių netekčių, ir šios temos labiausiai atsiskleidė moterų pasidalijimuose. Ši patirtis – žinoti, kad viduje yra negyvas vaikas – yra traumuojanči dėl savo neįprastumo ir neapibrėžtumo, todėl nederėtų moters palikti vienos, be specialistų – gydytojų, psichologų ar socialinių darbuotojų – priežiūros. Artimųjų palaikymas, kitų moterų, patyrusių persileidimą ir vėliau susilaukusių vaikų liudijimas, specialistų konsultacijos padeda moterims sėkmingai integruoti šį patyrimą į savo gyvenimo patirtį. Emociškai sodriu ir skausmingu išgyvenimu moterys dalijosi su artimiausiais žmonėmis – šeima, draugais, daug kalbėdamos ir „iškalbėdamos“, kaip pačios sako, savo skausmą ir netektį. Vaikelio realumo suvokimas padėjo išgyventi gedulą, rūpestis vaikais, kurie jau gimė, ir viltis turėti kitų vaikų suteikė impulsą „judėti pirmyn“.

Anot psichoterapeutės R. Markin, dirbančios su prenatalinės netekties traumomis, tėvai niekada nepamiršta savo negimusių vaikų. Tačiau gebėjimas savo mintyse išlaikyti gyvenimą ir mirtį greta, kūdikį, kuris mirė nepažintas ir gimusį arba gimsiantį vaiką, juos priimant kaip atskirus asmenis, o ne pakeičiant vieną kitu ir nepainiojant savo subjektyvių patirčių, yra sudėtingas uždavinys ir netektį patyrusiems tėvams, ir jų artimiesiems bei specialistams, kurie gali tuo metu suteikti paramą ir pagalbą. (Markin, 2018).

Šis tyrimas leido pažvelgti į moterų, patyrusių nesivystantį nėštumą, patirtį. Dauguma iki šiol atliktų darbų šia ir bendrai nesėkmingo nėštumo tema, yra kiekybiniai, siekiantys pamatuoti netekties išgyvenimui būdingų jausmų intensyvumą, trukmę, įtaką vėlesniam gyvenimo kokybės suvokimui. Taip pat tiriantys, kokie veiksniai turi įtakos sunkesniam ar lengvesniam nesėkmingo nėštumo išgyvenimui. Šis kokybinis tyrimas leido pamatyti subtilesnius dalykus – ką patiria namuose ar gydymo įstaigoje išsivalymo laukiančios moterys, kokius jausmus tuo metu išgyvena, kaip pačios tai reflektuoja, kokias įveikos strategijas taiko. Taip pat tyrimas atskleidė, koks fiziškai sunkus patyrimas yra persileidimas namuose, bei su kokia etine dilema susiduria moterys ligoninėje, taip pat, koks svarbus moterims yra negimusio vaiko realumas, ir kokie reikšmingi tampa žmogiškieji ryšiai.

#### **4.7 Tyrimo validumas ir patikimumas**

Kokybinė duomenų analizė yra asmeninis, subjektyvus ir interpretacinis procesas. Tyrimo patikimumą ir validumą būtina vertinti pagal tokius kriterijus: jautrumą kontekstui, tyrėjo įsitraukimą ir tikslumą, proceso aiškumą ir darną, rezultatų įtaką ir svarbą. Pasak Kvale (cit.pagal Matulaitė, 2013) patikimumas kokybiniuose tyrimuose reiškiasi kaip stabilumas, užtikrinantis, kad procedūra gali būti kitų tyrėjų pakartota, nors niekada nebus identiška. Kaip minėta tyrimo metodologijos pristatyme, fenomenologinis tyrimas yra tarsi sąveika tarp tyrėjo ir dalyvių. Tikėtina, kad kalbantis kitomis fizinėmis ir laiko aplinkybėmis, kitas tyrėjas atskleistų kitas svarbias temas šių moterų pasidalijimuose, tačiau tikrai ne kardinaliai skirtingas. Dėl magistro darbo specifikos (tai yra studento autorinis asmeninis darbas), nebuvo galimybės atlikti duomenų trianguliacijos – t. y., pateikti duomenis ir kodus vertinti kitiems specialistams. Svarbu pabrėžti, jog buvo stengiamasi kuo tiksliau pateikti neiškreiptus rezultatus, kad būtų išpildyta vidinio validumo sąvoka, taip pat stengiamasi neturėti jokių išankstinių nuostatų ir tyrimo eigą bei rezultatus pateikti tokius, kokie jie buvo, kad būtų įgyvendinta tyrimo tikrovės sąlyga. Nuo tyrimo pradžios aš, kaip tyrėja, reflektavau savo vietą tarp tyrimo dalyvių, santykį su šiuo reiškiniu ir darbu, kurį darau, taip stengdamasi būti kuo objektyvesnė atskleidžiamų temų atžvilgiu, tačiau negaliu atmesti to, jog savo objektyvumą suvokiu subjektyviai.

#### **4.8 Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams**

Kaip vieną iš ryškiausių tyrimo ribotumų derėtų įvardinti interviu susitikimą internetinėje platformoje. Matant tik pusę kalbėtojo kūno arba kartais tik veidą, buvo nelengva suprasti kūno kalbą, taip galėjo būti nepastebėta svarbi nežodinė informacija. Reflektuodama tyrimo eigą matau, jog pirmojo ir paskutiniojo interviu kokybė skyrėsi gyliu, intensyvumu ir duomenų gausa.

Trianguliacijos kaip analizės vertinimo būdo nebuvimas – kitas tyrimo ribotumas. Gali būti, jog kiti, labiau patyrę tyrėjai išryškintų temas, kurių pradedančioji tyrėja nepastebėjo arba nesureikšmino. Atliekant didesnės apimties tyrimą tai būtų būtina dėl duomenų gausos ir gylio.

Šis tyrimas atliktas nesiekiant imties homogeniškumo norint surinkti kuo įvairesnius duomenis, indukcinės teminės analizės būdu išskirti bendras temas visoms nesivystantių nėštumą patyrusioms moterims. Ateityje tyrimas su labiau homogeniškais imtimis būtų naudingas siekiant pažvelgti į moterų persileidimo laukimą ir išsivalymą namuose bei atskirai į patirtį gydymo įstaigoje.

Tyrimas iškėlė temas, kurias verta gilinti, nes užsienio šalių tyrimai dėl skirtingos sveikatos paslaugų sistemos ir kultūrinių bei socialinių stereotipų negali būti pritaikomi Lietuvoje, o mūsų šalyje tokių tyrimų vos keletas ir jie neatspindi moterų nesivystančio nėštumo patirties. Bet kuri iš tyrime atskleistų temų galėtų būti gilesnių ir platesnių tyrimų kryptis.

Kokybinio tyrimo metodas leido gilintis į šių, konkrečių moterų papasakotą patirtį, tačiau norint daryti išvadas ir ruošti rekomendacijas didesniai moterų ratui, derėtų daryti platesnės apimties tyrimą siekiant išsiaiškinti, ar įžvalgos tinka didesnei populiacijos daliai. Taip pat dera atkreipti dėmesį į tai, jog tyrime moterys dalyvavo pačios atsiliepusios į kvietimą, tad tikėtina, jog turinčios daugiau neigiamos ir sunkios patirties. Nes moterys, kurioms nesivystantis nėštumas, persileidimas nebuvo reikšminga patirtis, greičiausiai šį kvietimą ignoravo, ar neatkreipė į jį dėmesio. Tačiau šis svarstymas taip pat reikalauja išsamesnio tyrimo, norint sužinoti tikrai dauguma nesivystantį nėštumą patyrusių moterų išgyvena panašiai.

Atsižvelgiant į valstybinius sveikatos sistemų skirtumus, būtų svarbu žinoti, kuo vadovaujasi gydytojai, neįtraukdami moterų į sprendimo priėmimą, kaip dėl to jaučiasi moterys, kokie galėtų būti šio reiškinio sprendimai. Visos tyrime dalyvavusios moterys buvo ištekėjusios, gyvenančios didmiesčiuose. Tikėtina, kad tiriant įvairesnės socioekonominės ir šeimyninės padėties imtį, rezultatai gali būti kitokie. Tad svarbu būtų sužinoti, ar daro įtaką socioekonominis statusas, psichosocialinė aplinka, gyvenamoji vieta, kokie esminiai sveikatos priežiūros skirtumai ir kokie moterų patyrimai yra lyginant regionus ir didmiesčius. Neatsiejamai nesivystančio nėštumo patirtis svarbi ir tėvams (vyrams). Todėl svarbu būtų sužinoti, kokia yra jų patirtis ir pagalbos poreikis, ypač turint mintyje kultūriškai susiklosčiusius vyriškumo stereotipus. Svarbu būtų sužinoti, kokią įtaką tai daro poros santykiams.

## IŠVADOS

1. Analizuojant moterų, patyrusių nesivystantį nėštumą, pasidalijimus teminės analizės būdu, atsiskleidė žemiau pateikti penki pagrindiniai nesivystančio nėštumo patirties bruožai.
  - 1.1 Pirmoji tema – *emocinis atsakas į žinią, jog širdutė nebeplaka*. Šioje temoje atskleidžiama, kad moterys, patyrusios nesivystantį nėštumą, išgyvena šoką ir netikėtumą, jaučia liūdesį, jas kamuoja kaltės ir gėdos jausmai.
  - 1.2 Antroji tema – *persileidimo laukimas*. Šioje temoje aprašomas moterų išgyvenamas neapibrėžtumas laike laukiant persileidimo, besilaukiančio kūno ir nebesilaukiančios moters patyrimas, pasiruošimas išsivalymui bei paties proceso patyrimas – kančia persileidžiant namuose, etinės dilemos išgyvenant išvalymą gydymo įstaigoje.
  - 1.3 Trečioji tema – *negimusio vaiko kaip asmens patyrimas*. Šioje temoje atskleidžiamas moterų ryšys su nebegimsiančiu vaiku, asmens bruožų – vardo ir lyties – suteikimas, laidojimo ir atsisveikinimo motyvai bei skaudinanti vaiko nuasmeninimo patirtis.
  - 1.4 Ketvirtoji tema – *žmogiškųjų ryšių svarba*. Temoje aptariami svarbiausi moterų ryšiai ir santykiai, susiję su nesivystančio nėštumo patirtimi – gydytojų bendravimo būdo įtaka psichologinei savijautai, pasikeitusių santykių su vyru išgyvenimas, ryšys su kitomis moterimis ir kaip paramos šaltinis, ir kaip dirginantis veiksnys.
  - 1.5 Penktoji tema – *nėštumas po netekties – troškimas vėl lauktis ir baimė vėl prarasti*. Šioje temoje atskleidžiami ambivalentiški jausmai kito nėštumo atžvilgiu kaip balansavimas tarp baimės, nerimo ir troškimo susilaukti vaikų.

## LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Abraitis V., Arlauskienė A., Bagušytė L., Bartusevičienė E., Biržietis T., Benušienė E. Celiešiūtė ir kt. (2019) *Metodika: Vaisiaus žūtis*. Akušerijos diagnostikos ir gydymo metodikos, LR SAM.
2. Addas, Jamil A K, Alabousi, Abdullah, Almohaimede, Khaled, Abdullah, Peri, & Atri, Mostafa. (2021). Evaluating the Transvaginal Ultrasound Diagnostic Criteria for Abnormal First-Trimester Pregnancy With Follow-Up Into the Third Trimester and Validation of Results. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.11.020>
3. Adolfsson, A., Larsson, P., Wijma, B., & Bertero, C. (2004). *Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage*. *Health Care for Women International*, 25(6), 543-560.
4. Adolfsson A., Larsson P. (2010) *Applicability of general grief theory to Swedish women's experience after early miscarriage, with factor analysis of Bonanno's taxonomy, using the Perinatal Grief Scale*. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 115:3, 201–209,
5. Akker, O. (2011) The psychological and social consequences of miscarriage, *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 6:3, 295-304, DOI: 10.1586/eog.11.14
6. Allison, J., Sherwood, R., & Schust, D. (2011). Management of first trimester pregnancy loss can be safely moved into the office. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 4(1), 5-14.
7. Alqassim, M., Kresny, C., Siek, K., Wolters, K. (2019). *Facebook for Support versus Facebook for Research: The Case of Miscarriage*. In Extended Abstracts of the 2019 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems (CHI EA '19). Association for Computing Machinery, New York, NY, USA, Paper LBW0216, 1–6. DOI: <https://doi.org/10.1145/3290607.3312772>
8. Ambriz-López R., Guerrero-González G., Rodríguez-Valero C.G., Treviño-Montemayor O.R., Guzmán-López A., Saldívar-Rodríguez D. (2017) *Evaluation of symptoms of anxiety and depression in patients with a miscarriage*. *Medicina Universitaria*, 74: 7-12.
9. Baird, S, Gagnon, M., D, deFiebre, G., Briglia, E., Crowder, R., Prine, L. (2018). Women's experiences with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 113–117. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.03.001>
10. Bailey, S. L., Boivin, J., Cheong, Y. C., Kitson-Reynolds, E., Bailey, C., & Macklon, N. (2019). Hope for the best... but expect the worst: a qualitative study to explore how women with recurrent miscarriage experience the early waiting period of a new pregnancy. *BMJ open*, 9(5), e029354.
11. Bellhouse, C, Temple-Smith, Meredith, Watson, Shaun, & Bilardi, Jade. (2019). “The loss was traumatic... some healthcare providers added to that”: Women’s experiences of miscarriage.

- Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 32(2), 137–146.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.006>
12. Briar N. (2008) *Grief Following Miscarriage: A Comprehensive Review of the Literature. of women health*, 2008, 17:3.
  13. Braun, V., Clarke, V., (2006) *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3: 77 –/101
  14. Brandon, A. R., Pitts, S., Denton, W. H., Stringer, C. A., & Evans, H. M. (2009). *A History of the theory of prenatal attachment*. *Journal of prenatal & perinatal psychology & health*, 23(4), 201–222.
  15. Camarneiro A.P.F., Macie J.C.S., Garsia da Silveira R.M. (2015) *Experiences of spontaneous abortion in primigravidae during the first trimester of pregnancy: a phenomenological study*. *Journal of Nursing Referência*, 5, 109 – 117.
  16. Corbet-Owen, C., & Kruger, L. (2001). *The Health System and Emotional Care: Validating the Many Meanings of Spontaneous Pregnancy Loss*. *Families, Systems, & Health*, 19(4), 411-427.
  17. Clement, E G.; Horvath, S, McAllister, A; Koelper, N., Sammel, M.; Schreiber, C. ( 2019) *The Language of First-Trimester Nonviable Pregnancy*. *Obstetrics & Gynecology*: January 2019 - Volume 133 - Issue 1 - p 149-154 doi: 10.1097/AOG.0000000000002997
  18. Deltuva, A. (1996) *Pagrindinès fenomenologijos prielaidos psichologijos tyrimuose*. *Psichologija*. 1996. 15: 26 – 31.
  19. Dyer, E., Bell, Graham, & Rankin. (2019). *Pregnancy decisions after fetal or perinatal death: Systematic review of qualitative research*. *BMJ Open*, 9(12), E029930
  20. Doka, K. (1999). *Disenfranchised grief*. *Bereavement Care*, 18(3), 37-39
  21. Dugas C, H. Slane V. (2019) *Miscarriage*. *Prieiga per internetą*: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532992/#\\_article-25187\\_s1](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532992/#_article-25187_s1).
  22. Ekelin, M., Crang-Svalenius, E., Nordström, B. and Dykes, A.-K. (2008), *Parents' Experiences, Reactions and Needs Regarding a Nonviable Fetus Diagnosed at a Second Trimester Routine Ultrasound*. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37: 446-454.  
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00258.x>
  23. Erlandsson, K., Lindgren, H., Malm, M. C., Davidsson-Bremborg, A., & Rådestad, I. (2011). *Mothers' experiences of the time after the diagnosis of an intrauterine death until the induction of the delivery: A qualitative Internet-based study*. *Journal of obstetrics and gynaecology research*, 37(11), 1677-1684.

24. Feasey R. (2021) Celebrity miscarriage listicles: the help and heartache of mothers talking about pregnancy loss, *Feminist Media Studies*, DOI: 10.1080/14680777.2021.1890181
25. Gailienė, D. (2015). Trauma ir kultūra. *Gyvenimas Po Lūžio: Kultūrinių Traumų Psichologiniai Padariniai*, 9-23.
26. Girdzijauskienė, Sigita. (2006). *Kokybinis interviu: Metodiniai nurodymai* (Tyrimų metodologija). Vilnius: Vilniaus universiteto Specialiosios psichologijos laboratorija.
27. Iwanowicz-Palus, G., Mróz, M. & Bień, A. Quality of life, social support and self-efficacy in women after a miscarriage. *Health Qual Life Outcomes* 19, 16 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01662-zbell>
28. Jašiskytė, A. (2016). *Tolimosios išėitys po konservatyvaus nesivystančio nėštumo gydymo: Magistro darbas*. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.
29. Hutti M.H., Myers J., Halla A.L., Polivka B., Whitec S., Hill J., Kloenne E, Hayden J., Grisantia M. (2017) Predicting grief intensity after recent perinatal loss. *Journal of Psychosomatic Research* 101, 128–134
30. Kardelis K. (2002) *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. 2-asis pataisytas ir papildytas leidimas. Kaunas.
31. Kočiūnas R. (1996) *Egzistencinė psichologija ir terapija: žvilgsnis į žmogiškosios būties dilemas*. *Psichologija*, 15, 5 – 25.
32. Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., & Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, 2013(6), CD000452.
33. Kulathilaka S., Hanwella R., de Silva V. (2016) *Depressive disorder and grief following spontaneous abortion*. *BMC Psychiatry* (2016) 16:100
34. Labutienė, E. (2012). Socialinių – ekonominių ir kitų rizikos veiksnių sąsajos su savaiminiu persileidimu: Magistro darbas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.
35. Larivière-Bastien, Danaë, deMontigny, Francine, & Verdon, Chantal. (2019). Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(6), 670–676. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.06.008>
36. Lloyd Jones, S. (2015). The Psychological Miscarriage: An Exploration of Women's Experience of Miscarriage in the Light of Winnicott's 'Primary Maternal Preoccupation', The Process of Grief According to Bowlby and Parkes, and Klein's Theory of Mourning. *British Journal of Psychotherapy*, 31(4), 433-447.
37. Markin R.D. (2016) What clinicians miss about miscarriages: clinical errors in the treatment of early term perinatal loss. *Psychotherapy*, 53 : 3, 347–353.



38. Markin, R. D. (2018). "Ghosts" in the womb: A mentalizing approach to understanding and treating prenatal attachment disturbances during pregnancies after loss. *Psychotherapy*, 55(3), 275–288. <https://doi.org/10.1037/pst0000186>
39. MacWilliams, Kate, Hughes, Jean, Aston, Megan, Field, Simon, & Moffatt, Faith Wight. (2016). Understanding the Experience of Miscarriage in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 42(6), 504–512. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.05.011>
40. Meaney, S., Corcoran, P., Spillane, N., & O'Donoghue, K. (2017). Experience of miscarriage: An interpretative phenomenological analysis. *BMJ Open*, 7(3), E011382.
41. Mercier, R, Senter, K, Webster, R; Henderson, Riley, A ( 2020). *Instagram Users' Experiences of Miscarriage*, *Obstetrics & Gynecology*: January 2020 - Volume 135 - Issue 1 - p 166-173 doi: 10.1097/AOG.00000000000003621
42. O'Leary, J. (2004). Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 7–18. doi:10.1007/s00737-003-0037-1.
43. Rudalevičienė P. (2012) *Nėštumo nutraukimas ir psichikos sveikata*. Medicina, etika ir teisė apie žmogų iki gimimo, p.112 – 140. Mokslinė monografija VDU.
44. Gaidelytė R, Garbuviėnė M., (sud.)*Lietuvos sveikatos statistika 2019*. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras.
45. Lin, S., Lasker, J. (1996). Patterns of grief reactions after pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 262-271.
46. Lok, I., Yip, A., Lee, D., Sahota, D., & Chung, T. (2010). A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertility and Sterility*, 93(6), 1966-1975.
47. Randal D.D, Hooks D (1987) Miscarriage: A special type of family crisis. *Family Relations*.
48. Salehi K, Kohan S. Maternal-fetal attachment: what we know and what we need to know. *Int J Pregn & Chi Birth*. 2017;2(5):146-148. DOI: 10.15406/ipcb.2017.02.00038.
49. Schreiber, C. A., Chavez, V., Whittaker, P. G., Ratcliffe, S. J., Easley, E., & Barg, F. K. (2016). Treatment decisions at the time of miscarriage diagnosis. *Obstetrics and gynecology*, 128(6), 1347.
50. Séjourné N., Callahan S., Chabrol H. (2008) *L'impact psychologique de la fausse couche: revue de travaux*. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 37, 435–440.
51. Sundermann, A. C., Hartmann, K. E., Jones, S. H., Torstenson, E. S., & Velez Edwards, D. R. (2017). Interpregnancy Interval After Pregnancy Loss and Risk of Repeat Miscarriage. *Obstetrics & Gynecology*, 130(6), 1312–1318. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000002318>

52. Telešienė, A. (2015) *Įvadinis kursas į kompiuterizuotą kokybinių duomenų analizę. Prieiga per internetą:*  
[http://www.lidata.eu/index.php?file=files/mokymai/NVivo/nvivo.html&course\\_file=nvivo\\_II\\_2\\_4.html](http://www.lidata.eu/index.php?file=files/mokymai/NVivo/nvivo.html&course_file=nvivo_II_2_4.html).
53. Thapar K.J., Thapar A. (1992) *Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale.* British Journal of General Practice, 1992, 42, 94–96.
54. Trepal, H., Semivan, S., & Caley-Bruce, M. (2005). Miscarriage: A Dream Interrupted. *Journal of Creativity in Mental Health*, 1(3-4), 155-171.
55. TLK – 10 –AM *Sisteminis ligų sąrašas (2015) Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtas pataisytas leidimas Australijos modifikacija. Prieiga per internetą:* <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>.
56. Vaivada S., Blinstrubas A. (2011) *Fenomenologijos, kaip kokybinės diagnostikos metodo, taikymas socialiniuose moksluose.* Studijos šiuolaikinėje visuomenėje 2011. 2(1) p. 180.
57. Walker T.M., Davidson K.M. (2001) *A preliminary investigation of psychological distress following surgical management of early pregnancy loss detected at initial ultrasound scanning: a trauma perspective.* Department of psychological Medicine, Gartnavel Royal Hospital Academic Centre, UK 7 – 16 psl.
58. World Health Organization. Report of a WHO technical consultation on birth spacing; Geneva Switzerland. 13–15 June 2005. Prieiga per internetą:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/WHO\\_RHR\\_07.1\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/WHO_RHR_07.1_eng.pdf).
59. Volgsten, Helena, Jansson, Caroline, Svanberg, Agneta Skoog, Darj, Elisabeth, & Stavreus-Evers, Anneli. (2018). Longitudinal study of emotional experiences, grief and depressive symptoms in women and men after miscarriage. *Midwifery*, 64, 23–28.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.003>

## PRIEDAI

### 1 priedas. Kvietimas dalyvauti tyrime

Mielos Mamos,

Kviečiu individualiam pokalbiui tas, kurios išgyveno nesivystantį nėštumą. Jei galėtumėte pasidalinti savo patirtimi, siūlau Jums dalyvauti psichologiniame tyrime. Tai kokybinis tyrimas, kurio tikslas suprasti ir aprašyti, ką išgyvena moterys patyrusios nesivystantį nėštumą. Tuo Jūs prisidėsite prie psichologijos mokslo žinių bazės gerinimo, nes Jūsų interviu pagrindu, laikantis visų etikos bei konfidencialumo principų bus rašomas magistro baigiamasis darbas „Moterų nesivystančio nėštumo patirtis“. Darbas bus ginamas Vilniaus universitete.

Kviečiu kreiptis el. paštu: [zivile.petrulioniene@fsf.stud.vu.lt](mailto:zivile.petrulioniene@fsf.stud.vu.lt).

Živilė Petrulionienė,  
VU Sveikatos psichologijos magistrantė

## 2 priedas. Sutikimo dalyvauti tyrime forma

**Gerb. tyrimo dalyve,**

Aš, Vilniaus universiteto sveikatos psichologijos magistro programos studentė Živilė Petrulionienė atlieku kokybinį tyrimą. Siekiu aprašyti, ką patiria moterys išgyvenusios nesivystantį nėštumą. Kviečiu dalyvauti interviu, kuris truks apytiksliai vieną valandą ir kuris bus panaudotas mokymosi procese ir tik mokslo tikslais. Remiantis šio tyrimo medžiaga, bus rengiamas sveikatos psichologijos magistro studijų baigimo darbas „Moterų nesivystančio nėštumo patirtis“. Šio darbo vadovė – prof. Dr. Laimutė Bulotaitė

Užtikrinamas konfidencialumas: nebus atskleidžiamas Jūsų vardas, pavardė, kiti asmenį identifikuojantys faktai. Galėsite nutraukti savo dalyvavimą tyrime bet kuriame etape. Taip pat turėsite galimybę susipažinti su tyrimo išvadomis.

Dėkoju Jums už bendradarbiavimą ir pagalbą! Kilus klausimams, galite rašyti el. paštu: [zygvilte@gmail.com](mailto:zygvilte@gmail.com) ar skambinti nr.: 861534800.

Pagarbiai, Živilė Petrulionienė,  
VU sveikatos psichologijos  
magistro programos studentė

Sutinku dalyvauti tyrime:

*Vardas, pavardė, parašas*

### 3 priedas. Klausimai pusiau struktūruotam interviu

1.	<i>Informacija apie tyrimą, pokalbio trukmę, duomenų tvarkymą, pasitraukimą iš tyrimo, rezultatų atsiuntimą.</i>
2.	<p>Papasakokite, prašau, savo nesivystančio nėštumo patirtį. Kalbėkite taip, kaip norisi, kiek galite.</p> <p>Patikslinimui galimi klausimai:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Kiek metų? Kelintas nėštumas, kelinta nėštumo savaitė?</li><li>✓ Kaip išgyvenote periodą nuo nesivystančio nėštumo nustatymo iki išsivalymo?</li><li>✓ Kaip jautėtės?</li><li>✓ Ar reikėjo pagalbos? Kokios pagalbos labiausiai reikėjo? Kas padėjo?</li><li>✓ Kas pasikeitė? Kaip pasikeitė?</li></ul>
3.	Ar yra dar svarbių dalykų, kurių nepalietėm? Ką dar svarbaus norėtumėte pasakyti?
4.	<i>Padėka už interviu. Informacija apie galimas pagalbos galimybes, jei šis pokalbis sukėlė per stiprių emocijų.</i>

#### 4 priedas. Transkribuotų interviu kodavimo pavyzdys

pasimetimas, ašaros  
gydytoja, rei, jautiniai  
 56 kad (.....). aš neatsimenu, kaip ten pasakė, pasakė kad mmm ar kad kad kad .... kad kad...mmm, kažkas  
 57 negerai, gal taip sakė, kažkaip panašiai. Šiaip jautriai garžiai pasakė, kad nėra to vaiko. ( ... ) paskui.. ( ... )  
 58 .... ) Nu aišku, tuo momentu pasimetimas didelis yra.. Ašaros aišku, normalu čia.. Paskui grįžom į  
 59 kabinetą,... pasakė gydytoja kad viskas čia pasibaigė, tai seselei. Vienu žodžiu. ( caksi liežuviu,  
kuo greičiau  
tęsiu  
 60 atsidūsta, graudinais. (..... ) ir tada ( ... ) tyli ilgai.... . Kaip čia buvo... aš atsimenu, kad buvo  
 61 penktadienis.. Kažkaip aš norėjau, kuo greičiau kad tą vaiką išimty, kažkaip nu aš jaučiausi kad tas kad  
kapas  
buvo greičiau  
gydytoja  
kare  
 62 tas tam pilve kaip kape tas vaikas... toks nemalonus jausmas tas , norėjau kad tas greičiau baigtųsi..... tai  
 63 žodžiu... kaip ten buvo.. ? kai daug buvo tai bandau atgaminti.. man atrodo tuo metu ( varto lapus, tyli),  
 64 taip, buvo taip, vyras buvo išvykęs. Jisai komandiruotėj, man atrodo ar ne Barselonoj buvo.. ir tada... aš  
 65 buvau su tuo vyresniu vaiku. Ir taip atsitiko, kad aš kartu pas gydytoja važiauvau. Bet ten buvo kita  
kasa?  
 66 gydytoja, kad apžiūrėjo ir mane apibarė, kad ten žodžiu, ko aš ten su vaiku važiuoju ar kažkaip vat tas  
tėvai,  
kaimynai  
 67 labai va buvo labai nesmagu.... Pakui atsimenu kad tėvai atvažiavo, jie kitur gyvena, ne Vilnij, pasiėmė  
 68 tą vyresnį vaiką, .. o mano kaimynė mane nuvežė į ligoninę. Priėmė penktadienį, davė vaistų, galvojo  
ahar'ne  
 69 kad išeis pats vaikas, tas nepavyko, daug, didelę dozę ( šypsosi). Niekaip nepavyko, paskui darė  
 70 operaciją. Ir paskui pirmadienį aš gal išvažiauvau namo. Toj ligoninėj būdama aš paskambinau vyrui,  
nėsu  
 71 pasakiau, kas atsitiko..... nu tokia jaučiausi viena kažkodėl tai... Nors man didelė pagalba buvo mano  
 72 kaimynė, kai mes įsigijom savo busta, susipažinau su kaimynais ir priešais pasirodo tokia irgi ( D. vardas,  
kaimynų  
pagalba  
 73 toks kaip jos )gyvena ( iškvėpia juokdamasi. ) vėliau išsiaiškinom, kad jinaį mano vyro grupiokė,  
 74 pasirodo, na mes šeimom bendraudavom , vaikai panašaus amžiaus ir pasirodo kad jinaį irgi turėjo tris  
bendras  
naktinis  
 75 nesivystančius, nu tiesiog tokia dovana buvo irgi ( kalba gyvesnė, pasakojant apie kaimynę). Gyvent  
 76 kartu, tai ji ir nuvežė mane. .... Tai va... (suskamba žinutė. Pažiūri. ) tuo metu ligoninėj man kažkaip  
 77 norėjosi ... nu kažkokios dvasinės pagalbos norėjosi. Aš kai apsidairiau ten, prie lovos buvo toks toks  
pasimetimas  
 78 paveiklsiuokas ir galvojau va reiktų kokiam nu kažkaip tai pakliūt nu kokiam dvasininkui paskambint,  
pagalbos  
uor?  
 79 kažkaip bet .... bet. Kai yra tie vaistai, vaikštai ir su ta mintim kad gal tuoj pat įvyks ir kažkaip nēr kaip.  
 80 Ir tokia pasimetus, nežinojau ką daryt tiesiog. Tiesiog nustūmiau tą poreikį.... ne jis  
poreikis  
 81 Aš: jums reikėjo kažko, su kuo galėtumėt kalbėt? Būt palaikyta. Čia būtent ligoninėj?  
ašaros  
 82 Taip ligoninėj. Į palatą ten niekas nevaikščiojo, ateidavo vakare tiesiog ar sesutė ar kas ten kažką  
 83 atnešdavo. Mato, kad verkiu (šypsosi) sako nu kažką tai „viskas praeis“ .. ir išėina kažkaip ..... (juokiasi),  
 84 kvailai taip.... (juokiais). Ne nežinojo ką daryt. Su manim. O po operacijos.. ai dar atsimenu, kai buvo  
 85 šita operacija tada aš kitam darbe dirbau... man atrodo kad gal aš ketvirtadienį sužinojau, o penktadienį  
kų rutinis?

## 5 priedas. Moterų pasakojimų prasminiai kodai

Viktorija	Valdemara
<p>Pasakė, kad širdutė nebeplaka  Laukti persileidimo  Išsivalyti  Šokas, sunkumas, netikėjimas  Nesureagavau per jautriai,  „Pati save nustebinau“  Kaip pasakyti vyrui  Kūnas galvoja, kad laukiasi  Užsiėmimas su vaiku  Kūno išsivalymas  Pagalba per persileidimą  Fizinis skausmas  Kraujas ir kraujavimas  Vyro požiūris, išgyvenimas, vyras tyli  „mano kareivis“  Kalbėjimas, kaip įveika  Ne mano kaltė  Vaiko vardas, asmuo, koks jis būtų  „antspaudas visam gyvenimui  Moterų palaikymas, bendrumo jausmas, ryšys  Nuostaba, kad daug kitų moterų,  gydytojų požiūris  Jei dar kartą – neištverčiau.  Kito nėštumo galimybės.</p>	<p>„ne taip atrodo“  Pasakė, kad miręs, o aš jį dar nešiojau.  Verkėm su vyru.  Buvo labai sunku, išgyvenom netektį.  Šokiravo, kad praradom.  Širdelė nebeplaka  Tas laukiams, kol viskas išeis.  Nežinia, kiek pasiruošti.  Kraujo gausa,  Kad vaikai nepamatytų,  Baimė dėl sveikatos, silpnumas.  Pagalba iš moterų – anytos, vyro tetos.  2as nesiv.  Netekties skausmo.  Erzino vaikai, buvau pikta.  Vyras – tu pagauk, mes palaidosim.  Baimė dėl kito nėštumo,  Genetinės konsultacijos, kaip iššūkis.  Pati sau svetima,  Įkapės, karstas kūnas duoda gyvybę, bet dabar,  kaip kevalas.  Vardai.  Sužinojau, kad daug moterų  Skausmas be prasmės.  Nieko nebus.</p>

Tęsinys kitame lape.

Lentelės tęsinys.

<b>Eligija</b>	<b>Aurelija</b>	<b>Daiva</b>
<p>Širdies jau neišgirdo  Šokas  Nebuvo nauja, žinojau  Padėjo, kad buvo kuo rūpintis  Padėjo žindymas  Palaidojimas  Persileidimo laukimas  „Pats išsivalys“  Pasiruošimas persileidimui:  info rinkimas , konsultacijos.  Pagavau vaikelį  Palaidojom močiutės kape  Fizinis skausmas. Sunkumas  Savigrauža, kaltė „juk  nenorėjom“  Antro nepagavau,  Skausmas, kaltė.  Nenorėjau, kad mergaitės  būtų namie.  Vaikai apie tai žino.  Draugių palaikymas  Dalinimasis kalbėjimas  Baimė, nerimas, per. persil.  Gimdai vaiką, kurio nebus  Baimė lauktis  Prarastas vaisius - asmuo –  brolis.  Vardai  Vyras: jam kitaip, sunkūs  lytiniai santykiai, manė, kad  galiu pati susitvarkyti.  „Juk jis mūsų abiejų“  Padėjo darbas, rankų darbas,  vaikai.  Konsultacija su skirtingais  gydytojais  Fizinės kančios, silpnumas,  kraujavimo gausumas  Kitoms blogiau</p>	<p>Sunkumas pastoti  Ryšys su vaiku  Jausmas, kad blogai  Tuštumos jausmas  Gydytojų reakcija  Kaip man grizti i darba  Negyvas vaikas  Nežinomybė  Netikrumas,  Info trūkumas  Negyvas vaikas  Gydytojų nejautrumas  Vaiko nuasmeninimas (mėsa  ant palangės).  Kito nėštumo ir baimė ir noras  Padėjo, kad artimieji žino.  Kaltinimai moteriai  Vaikas yra realus, jis buvo  Pagalba – iš med. sesutės  asmeninės patirties.  Laidotuvių motyvas  Liūdesys , gailestis, gėda,  kaltė  Gydytojų požiūris į vaiką.  Kūnas galvoja, kad tu laukiesi</p>	<p>Galvoja, kaip jaučiausi  Spontaniškas persileidimas  Fizinis skausmas,  „žinojau, kas tai buvo“  Realumas  Sunkiai išgyventas. pers.  Prasta savijauta.  Pilnas nerimo nėštumas  Santykis su gimusiu vaiku –  negalėju patikėti, kad mano.  Bloga mama jaučiausi.  Apsisaugoti nuo galimo  skausmo.  Neišgirdo širdutės  Pasimetimas, ašaros,  Kuo greičiau tą vaiką išimti.  Kūnas – vaiko kapas  Tėvų ir kaimynės pagalba  Bendra patirtis, su kaimyne.  Išvalymas, laukimas išvalymo  Pasimetimas,  Ne informuotumas, širdis  suplyš, atrodo.  Santykis su kitais vaikais.  Paguoda, kad ne viena.  Šokas, skausmas,  mintys graužia iš vidaus.  Vaiko realumas  Vardai.  Nesupranta žmonės.</p>

Tęsinys kitame lape.



Lentelės tęsinys.

<b>Justina:</b>	<b>Evelina</b>	<b>Ringailė</b>
<p>Persileidimo ženklai Nesitikėjau, kad nutiks Jaučiasi neprižiūrėta gydytojų Gindavau save ir vaiką Kraujas upeliais Valymo skausmas Negyvas vaisius Fizinis skausmas, kančia, silpnumas Šokas, tuštuma Nėra kuo rūpintis Kito nėštumo planai, noras, baimė. Kaltinimai, „ne mano kaltė“ Guodžia lengvas pastojimas Vyruki kitaip, guodė, bet jau nebesako, kad blogai jaučiasi Skaičiuoja vaiko amžių Ašaros Santykis su kitomis moterimis, nuo neapykantos iki bendros patirties Pyktis, kodėl man Vaiko realumas Ne abortas Viltis, kad išgyveno Šokas Santykis su med. Daug persileidusių moterų, forumai Padėtų, kad pagailėtų kad pasakytų, ne tu kalta. Lyginimasis su kitomis, man ne taip blogai</p>	<p>Kraujavimas kaip persileidimo ženklas Gydytojų požiūris – vieni bara, kiti užjaučia. Nei kiek nepaauگو Tikrai nepaauگو nusivylimas Širdies veikla sustojus Palaukim, gal natūraliai išsivalys. Liūdesys Vyro parama Gydytojos jautrumas konsultacijos, Kito vaiko planavimas Lengviau, kai ne vienas Persileidimo laukimas – laukiesi ir nesilauki. Gyveni laukimu Lyginimasis su kitomis situacijom „kad paleistų mane“ Sunku emociškai Persileidimas nelygu abortas Kitas nėštumas - ruošimasis, nerimas. Padėjo kalbėjimas ir žinojimas, kad nėra neįprasta.</p>	<p>Laukti persileidimo Nežinomybė Nėščias kūnas Gerai, kad yra vyras Moterų palaikymas Bendra patirtis Lyginimasis su kitais Mestis, kad prikeltų Gaila ateities su juo Kitoks gyvenimas, nei iki tol. nėra taip, kaip buvo Pasiruošimas persileidimui, Liūdesys, pyktis, sunkumas Gydytojas - dėmesys ir susireikšminimas. Vaisiaus nuasmeninimas. Netikėtumas, kad man taip Skausmas, kraujas - kaip pasiruošti. Rizika gyvybei, sveikatai.</p>

**6 priedas. Kodų priskyrimo temų kekėms ir potemėms darbinė medžiaga**

<p><b>Emocijos</b></p> <p>Šokas baimė Kaltė ir ne aš kalta pyktis Liūdesys Gėda Erzina vaikai ir mamos Pavydas Apmaudas</p>	<p><b>Persileidimas ir laukimas</b></p> <p>Laukimas Nežinomybė kada Nežinomybė kaip Pasiruošimas Ligoninė Namai Kad paleistų mane Abortas ar ne?</p>	<p><b>Kūnas</b></p> <p>Skausmas Kraujas Mėsos Kapas Vis dar laukiasi Silpnumas Svetima sau Negyvas vaikas viduje</p>
<p><b>Vaikas</b></p> <p>Realus „Pagavau“ Palaidojom Asmuo – brolis Vardai Lytis Negyvas vaikas, „mėsa ant palangės“, Nebėra širdutės, nepaaugo, nesivysto ne „dantį išrauti“.</p>	<p><b>Gydytojai</b></p> <p>Apibarė Apsaukė Priekaištai „Ko čia lakstai“ Vienintelė gelbėja iki 12sav. Kaip mama Seselės patirtis Nejautrumas</p>	<p><b>Pagalba</b></p> <p>Draugės Kalbėjimas Tėvai Mama -nepakalbėsi. Anyta Teta ( fizinė pagalba) Lygina su kitomis „Man dar gerai“ Gerai, kad ne viena</p>
<p><b>Vyras – gerai kad šalia,</b> Nesupranta Jam kitaip Apmaudu, kad greičiau atsigauna „juk mūsų abiejų“.</p>	<p><b>Unikalios :</b></p> <p>Melstis Rachelės rekolekcijos Darbas, kaip pagalba Vaikai, kaip pagalba</p>	