

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Julija Poškaitė

Magistro baigiamasis darbas

Potrauminio streso simptomų pasireiškimo po gimdymo rizikos veiksniai

Darbo vadovė: asist. dr. Eglė Mažulytė-Rašytinė

Vilnius 2024

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SVARBIAUSIOS SĄVOKOS	6
PRATARMĖ	7
1. ĮVADAS.....	8
1.1 Potrauminis stresas po gimdymo.....	8
1.1.1 Potrauminio streso sutrikimas	8
1.1.2 Gimdymo patirtys.....	8
1.2 Prieš gimdymą pasireiškiantys rizikos veiksniai.....	10
1.2.1 Demografinės charakteristikos	10
1.2.2 Sveikatos problemos, keliančios riziką nėštumui.....	11
1.2.3 Su gimdymu susijusios patirtys iki nėštumo	12
1.2.4 Iki gimdymo patirti psichologiniai sunkumai	13
1.3 Su gimdymo situacija susiję rizikos veiksniai.....	14
1.3.1 Gimdymo metu patirtas fizinis skausmas.....	14
1.3.2 Gimdymo patirties subjektyvus vertinimas	15
1.3.3 Motinos ir naujagimio atskyrimo patirtis	15
1.3.4 Netinkamas medicinos personalo elgesys	16
1.4 Tyrimo tikslas, uždaviniai	18
2. METODIKA	21
2.1 Tyrimo dalyviai	21
2.2 Tyrimo instrumentai.....	21
2.3 Tyrimo eiga.....	23
2.4 Duomenų analizė.....	23
3. REZULTATAI.....	28
3.1 Prieš gimdymą pasireiškiantys rizikos veiksniai.....	28
3.2 Su gimdymo situacija susiję rizikos veiksniai.....	31
3.3 Potrauminio streso simptomų po gimdymo pasireiškimo prognoziniai veiksniai.....	38
4. REZULTATŲ APTARIMAS	40
4.1 Prieš gimdymą pasireiškiantys rizikos veiksniai.....	40
4.2 Su gimdymo situacija susiję rizikos veiksniai.....	42
4.3 Potrauminio streso simptomų po gimdymo pasireiškimo prognoziniai veiksniai.....	47
4.4 Tyrimo ribotumai ir rekomendacijos.....	47

IŠVADOS	50
LITERATŪRA.....	52
PRIEDAI.....	63
1 priedas. <i>Kodų knyga</i>	63
2 priedas. <i>TSQ klausimyno įverčių vidurkių pagal patirtą poreikių nepaisymo formą palyginimas</i>	77

SANTRAUKA

Potrauminio streso simptomų pasireiškimo po gimdymo rizikos veiksniai, Julija Poškaitė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2024, 77 psl.

Nors gimdymas dažnai matomas pozityviai, šis įvykis gali sukelti sunkumų. Tačiau tyrimų šioje srityje trūksta. Šiame darbe analizuota, kaip prieš gimdymą pasireiškiantys veiksniai ir su gimdymo situacija susiję veiksniai siejasi su PTSS simptomų pasireiškimu po gimdymo. Tyrime dalyvavo 4003 18 – 45 metų moterys. Pildyta apklausa, apimanti demografines charakteristikas, patirtis iki gimdymo, gimdymo patirties, kūdikio atskyrimo, medicinos personalo elgesio aspektus, Traumos simptomų klausimynas (TSQ). Analizuojant prieš gimdymą pasireiškiančius veiksnius rasta, kad jaunesnis amžius, partnerio neturėjimas, mažesnės pajamos, psichologinių sunkumų patyrimas iki nėštumo siejasi su didesniu PTSS simptomų kiekiu. Tyrinėjant su gimdymo situacija susijusius veiksnius rasta, jog stipresnis fizinis skausmas, gimdymo patirties kaip labiau traumuojančios vertinimas, naujagimio atskyrimas, ypač dėl kitų priežasčių, gąsdinimų, patyčių, prievartos didesnis patyrimas, susidūrimas su daugiau netinkamo elgesio formų siejasi su didesniu PTSS simptomų kiekiu. Susidūrimas su labiau rūpestingu medicinos personalo elgesiu – su mažesniu PTSS simptomų kiekiu. Daugiau PTSS simptomų patirta susidūrus su poreikių nepaisymu, komentarais apie emocines reakcijas. Pajamos, turėta diagnozė, psichologiniai sunkumai, lankymasis pas psichologą/psichoterapeutą, subjektyvios patirties vertinimas, patirti gąsdinimai prognozuoja PTSS simptomų pasireiškimą po gimdymo. Tyrimas atskleidžia PTSS po gimdymo rizikos veiksnius, pateikia naudingų įžvalgų.

Raktiniai žodžiai: potrauminio streso sutrikimas, prieš gimdymą pasireiškiantys rizikos veiksniai, su gimdymo situacija susiję rizikos veiksniai, netinkamas medicinos personalo elgesys.

SUMMARY

Risk Factors for Postpartum PTSD Symptoms, Julija Poškaitė, Vilnius, Vilnius University, 2024, 77 pp.

Although childbirth is often seen in a positive light, it can be problematic. Nevertheless, there is a lack of such studies. This paper analysed how pre-birth factors and birth-related factors are associated with postpartum PTSD symptoms. 4003 women aged 18 – 45 participated. A survey covering demographic characteristics, antenatal experiences, aspects of birth experience, neonatal separation, behaviour of the medical staff and Trauma Screening Questionnaire (TSQ) were used. Pre-birth factors – younger age, no partner, lower income, prior psychological difficulties – were associated with higher PTSD symptoms. Birth-related factors – greater physical pain, perceiving the birth as more traumatic, neonatal separation, especially when it happened for other reasons, experiencing more intimidation, bullying, abuse, more forms of maltreatment – were linked to higher PTSD symptoms. Being treated more caringly by medical staff was associated with fewer PTSD symptoms. Higher levels of PTSD symptoms were found when neglect of needs and comments about emotional reactions were experienced. Income, diagnosis, psychological difficulties, visits to a psychologist/psychotherapist, assessment of subjective experience, experiencing intimidation predict postpartum PTSD symptoms. This paper reveals risk factors for postpartum PTSD and provides useful insights.

Key words: post-traumatic stress disorder, pre-birth factors, birth-related factors, maltreatment by the medical staff.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Potrauminio streso sutrikimas (PTSS) – remiantis TLK-11, tai sutrikimas, galintis pasireikšti susidūrus su ypač grėsmingu ar gąsdinančiu įvykiu ar įvykiais. Toks įvykis turi pasireikšti vienu ar keliais būdais: nutikti asmeniui tiesiogiai, asmuo gali tapti jo liudininku ar sužinoti, jog tai nutiko artimam žmogui. Šis sutrikimas pasižymi potrauminėmis reakcijomis, kurios ryškiai paveikia svarbias gyvenimo sritis (WHO, 2024).

Prieš gimdymą pasireiškiantys rizikos veiksniai – šiame darbe tai gimdyvei būdingos ypatybės ir patirtys – demografinės charakteristikos, sveikatos problemos, keliančios riziką nėštumui, su gimdymu susijusios patirtys bei anksčiau patirti psichologiniai sunkumai. Jos pasireiškia prieš gimdymą ir gali tapti potrauminio streso simptomų po gimdymo rizikos veiksniais (Ayers, 2004).

Su gimdymo situacija susiję rizikos veiksniai – šiame darbe tai gimdymo situacijai būdingos ypatybės – gimdymo skausmas, gimdymo patirties subjektyvus vertinimas, naujagimio atskyrimo patirtis bei netinkamas medicinos personalo elgesys – galinčios pasireikšti kaip potrauminio streso simptomų po gimdymo rizikos veiksniai (Ayers, 2004).

Netinkamas medicinos personalo elgesys – šiame darbe tai tam tikros į gimdyvę nukreiptos medicinos personalo smurto, dar vadinamo akušeriniu smurtu, formos – gąsdinimai, pašaipus bendravimas, fiziniai veiksmai, gimdyvės poreikių nepaisymas. Jos gali pasireikšti bet kuriame nėštumo ar gimdymo etape ir neigiamai paveikti gimdyvės savijautą (Jardim & Modena, 2018).

PRATARMĖ

Gimdymas nuo senų laikų priimamas kaip ypatingas įvykis – anksčiau jis buvo matomas kaip tam tikras ritualas, kurio metu pagalbą ir paramą teikdavo pribuvėjos (Wertz & Wertz cit. iš Zwier, 2020; Zwier, 2020). Su laiku pribuvėjas pakeitė medicininį išsilavinimą turintis personalas ir gimdymas tapo saugesniu motinos ir naujagimio sveikatai. Tačiau kartu su medicinos tobulėjimo suteiktomis galimybėmis šis procesas tapo vis labiau medikalizuotas, tai yra, priimamas kaip medicininė problema, už kurią pilnai atsakinga yra sveikatos priežiūros sistema (Zwier, 2020). Dėl šios priežasties moterys visame pasaulyje pradėjo susidurti su naujais iššūkiais, tokiais kaip kontrolės medikų rankose sutelkimas, moterų teisių pažeidimai ar perteklinis medicininių intervencijų naudojimas (Shaw, 2013). Be to, nepaisant medicinos tobulėjimo, vis dar išliko įvairių kitų iššūkių, tokių kaip rizika gimdyvės ar kūdikio sveikatai. Visa tai rodo, jog gimdymas gali tapti ir sudėtinga patirtimi.

Tai, kad moterys po gimdymo susiduria su įvairiais sunkumais, rodo tyrimai bei visuomenėje vykstantys procesai. Yra žinoma, kad tiek užsienio šalyse, tiek Lietuvoje po gimdymo susiduriama ne tik su teigiamomis emocijomis, bet ir su depresija, nerimu, stresu, liūdesiu, sumišimu (Obrochta, Chambers, & Bandoli, 2020; Zinkevičienė, 2022). Be to, kuriasi įvairios iniciatyvos, siekiančios atkreipti dėmesį į moterų teises ir psichologinę sveikatą po gimdymo, pavyzdžiui alternatyvaus gimdymo judėjimas JAV, „Mama mums rūpi“ projektas Lietuvoje. Po gimdymo gali pasireikšti ir potrauminio streso reakcijos. Tai kompleksinis procesas, kurį tyrinėti svarbu, kadangi potrauminio streso simptomų patyrimas turi įtakos ne tik gimdyvei, bet ir besiformuojančiam jos santykiui su naujagimiu (Dekel, Thiel, Dishy, & Ashenfarb, 2019). Šiuos simptomus patiriančios motinos susiduria su fiziniais, emociniais, elgesio, tarpasmeniniais sunkumais, (Ayers, Eagle, & Waring, 2006), tad tokios patirtys gali turėti ryškių pasekmių. Deja, apie tai ne visada kalbama. Apie skaudžias pasekmes Lietuvoje dažniausiai išgirstama iš medių, kuriose pasirodo po gimdymo psichologinių sunkumų patiriančių moterų istorijos, kartais pasibaigiančios tragiškai. Nepaisant šios temos aktualumo, tiek užsienyje, tiek Lietuvoje tyrimų, kurie išsamiai nagrinėtų neigiamas gimdymo patirtis, yra stokojama, jų rezultatai nevienareikšmiški. Šiame darbe bus siekiama ištirti moterų gimdymo veiksnius ir jų sąsajas su potrauminio streso pasireiškimu po gimdymo. Jame naudoti apklausų „Mano gimdymas“, kurias atliko Motinystę globojančių iniciatyvų sąjunga, empiriniai duomenys. Tyrimo projektams „Lietuvoje 2021 m. gimdžiusių moterų patirtys“ ir „Lietuvoje 2022 m. gimdžiusių moterų patirtys“ vykdyti buvo suteikti VU Jungtinio atitikties mokslinių tyrimų etikai komiteto leidimai (2022 m. vasario 28 d., protokolo Nr. 8 ir 2023 m. vasario 17 d., protokolo Nr. 13). Tyrėjų grupės vadovė dr. Eglė Mažulytė-Rašytinė. Apklausos vykdytos atitinkamai 2022 ir 2023 m. kovo-birželio mėn.

1. ĮVADAS

1.1 Potrauminis stresas po gimdymo

1.1.1 Potrauminio streso sutrikimas

Žmonės susiduria su įvairiais įvykiais, kurių dalis gali išsiskirti savo intensyvumu ir poveikiu asmeniui. Tyrimai rodo, kad didžioji dalis žmonių per gyvenimą bent kartą susiduria su kokiais nors trauminiais įvykiais (Ogle, Rubin, Bernsten, & Siegler, 2013). Nepriklausomai nuo to, koks tai įvykis, didelė dalis žmonių patiria bent kelis trumpalaikius veiklą trukdančio streso simptomus – dažniausiai šie simptomai praeina be papildomos pagalbos, tačiau kartais gali išsivystyti ilgalaikės psichologinės problemos, tarp kurių yra ir potrauminio streso sutrikimas (Greenberg, Brooks, & Dunn, 2015). TLK-11 nurodoma, kad potrauminio streso sutrikimas (PTSS) pasireiškia susidūrus su grėsmingu įvykiu ar situacija, tapus jo liudininku ar išgirdus, kad taip nutiko artimajam. PTSS simptomai apima pasikartojanti įvykio išgyvenimą mintyse ir sapnuose kartu su stipriomis emocijomis bei fiziniais pojūčiais, tarsi tai vėl vyktų čia ir dabar, sąmoningą traumą primenančių stimulų vengimą, nuolatinį padidėjusios grėsmės suvokimą (WHO, 2024). PTSS diagnozė yra siejama ir su įvairiais kitais psichinės sveikatos sunkumais (APA, 2022). Be to, tyrimai rodo, jog PTSS neigiamai paveikia įvairias asmens gyvenimo sritis, tokias kaip fizinė sveikata, socialinis funkcionavimas, santykiai su artimaisiais (Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007). Literatūroje nurodoma, kad PTSS paplitimas siekia 3,9% bendroje populiacijoje ir 5,6% tarp traumą patyrusių asmenų (Koenen et al., 2017). Nepaisant PTSS paplitimo ir pasekmių, ne visi su tuo susiduriantys asmenys sulaukia tinkamos pagalbos. Pavyzdžiui, Lewis ir kolegų (2019) tyrime rasta, kad tik trečdalis jaunų žmonių su PTSS diagnoze sulaukė pagalbos iš psichikos sveikatos specialisto, o ir sulaukus pagalbos ji ne visada būna veiksminga dėl PTSS gydymo metodų trūkumų (Fominskytė, 2023). Taigi, susidūrus su traumišku įvykiu gali pasireikšti PTSS, pasižymintis stipriais kasdienį funkcionavimą veikiančiais simptomais bei gretutinių sutrikimų rizika.

1.1.2 Gimdymo patirtys

Gimdymas – įprastai svarbus ir įvairių pokyčių atnešantis įvykis. Vaiko gimimas dažnai yra matomas kaip pozityvi patirtis (Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016). Dėl šios priežasties tyrimuose ilgą laiką nebuvo gilinamasi į neigiamas gimdymo pasekmes ir tik XX a. pabaigoje buvo susidomėta ir trauminėmis gimdyvių patirtimis (de Graaff, Honig, van Pampus, & Stramrood, 2018). Nors iš pirmo žvilgsnio gali taip neatrodyti, gimdymas gali tapti traumine patirtimi, kurią galima apibūdinti kaip kur kas intensyvesnę ir grėsmingesnę nei įprasti kasdieniai stresoriai (Geleželytė, 2022). Pirmiausia,

literatūroje nagrinėjamos įvairios netipinės gimdymo patirtys, tokios kaip gimęs negyvas kūdikis, persileidimas, gimdymas anksčiau laiko ar naujagimio mirtis po gimimo (Olde, Hart, Kleber, & van Son, 2006). Tačiau ne tik netipinė gimdymo patirtis gali būti intensyvi ir sukelti potrauminio streso reakcijas. Tyrimai rodo, kad ir įprastas gimdymas – po įprastos trukmės nėštumo ir gimusio sveiko naujagimio – gali sukelti potrauminio streso simptomus ar net PTSS (Olde et al., 2006). Pavyzdžiui, Haagen, Moerbeek, Olde, Van Der Hart ir Kleber (2015) tyrime gimdymo kaip trauminės patirties patyrimas siejamas su medicininių instrumentų naudojimu, gimdymo ligoninėje patirtimi, psichinės sveikatos sunkumais. Tyrėjų Greenfield, Jomeen ir Glover (2016) analizėje trauminė gimdymo patirtis apibendrinama kaip tokia, kurios metu buvo susidurta su tokia priežiūra ar įvykiais, kurie smarkiai trikdė ar kėlė didelį stresą ir tai buvo išgyventa stipriau nei pats gimdymas. Bendrai Ayers (2004) apžvalgoje nurodoma, kad trauminės streso reakcijos yra būdingos apie 10% gimdžusių moterų ir pogimdyvinį PTSS išvysto nuo 1% iki 2% gimdyvių, o de Graaff ir kolegų (2018) tyrimas parodė, kad nuo 9% iki 44% moterų patiria gimdymą kaip trauminį įvykį. Gimdymo kaip trauminio įvykio patirtys tyrinėjamos ir Lietuvoje. Pavyzdžiui, Klimavičienės ir Riklikienės (2022) tyrime su gimdymu susijusią traumą patyrė daugiau nei trečdalis tiriamųjų, o Meškūnaitės (2022) darbe bent vieną potrauminio streso simptomą patyrė net 21,6% tyrimo dalyvių. Taigi, nors įprasta gimdymą laikyti pozityviu įvykiu, jis taip pat gali tapti traumine patirtimi – tiek pasireiškiant komplikacijoms, tiek susidūrus su įprastu gimdymu.

Tai, ar gimdymas taps traumine patirtimi, priklauso nuo įvairių faktorių. Ayers (2004) nurodo, kad kiekvienos moters gimdymo patirtis gali būti skirtinga – vienu atveju PTSS išsivysto po įprasto gimdymo, kitu po objektyviai traumuojančio ir sudėtingo gimdymo moteris greitai atsistato ir potrauminio streso simptomai nepasireiškia. Be to, yra tyrimų, rodančių, kad po gimdymo būna patiriamas ir potrauminis augimas (Sawyer, Ayers, Young, Bradley, & Smith, 2012). Tokias skirtingas patirtis Ayers (2004) aiškina streso ir diatezės modeliu, kuriame nurodoma, jog tam tikro įvykio ypatybės sąveikauja su individo ypatybėmis ir tai lemia, ar pasireikš PTSS simptomai. Pavyzdžiui, moteris, anksčiau susidūrusi su psichologiniais sunkumais, gali patirti potrauminio streso simptomus ir po įprasto gimdymo, ypač, jei su ja elgiamasi nejautriai ar gimdymo patirtis siejasi su anksčiau patirtais sunkumais (Ayers, 2004). Tad nagrinėjat gimdymo patirtis labai svarbu atsižvelgti į įvairias gimdymo situacijos bei pačios gimdyvės ypatybes ir atskirti potencialius rizikos veiksnius. Literatūroje yra nurodomi įvairūs rizikos veiksniai ir jų skirstymai, tačiau bendrai juos galima sugrupuoti išskiriant prieš gimdymą pasireiškiančius veiksnius ir su gimdymo situacija susijusius veiksnius (Ayers, 2004; O'Donovan et al., 2014). Šios veiksnių grupės apima platų spektrą faktorių, kuriuos svarbu analizuoti, norint suprasti, kodėl tam tikru atveju gimdymas tapo ar netapo traumine patirtimi. Taigi, kiekviena moteris gimdymą patiria

skirtingai ir tai, kokias pasekmes šis įvykis turės, priklauso nuo įvairių prieš gimdymą pasireiškiančių bei su gimdymo situacija susijusių rizikos veiksnių.

1.2 Prieš gimdymą pasireiškiantys rizikos veiksniai

1.2.1 Demografinės charakteristikos

Nagrinėjant PTSS simptomų sąsajas su gimdymo patirtimis svarbu išskirti gimdyvių demografinės charakteristikas. Visų pirma, svarbus prieš gimdymą pasireiškiantis veiksnys yra moters amžius. Yra žinoma, jog vyresnis amžius gali būti susijęs su įvairiais sunkumais – gimdymu anksčiau laiko, mažesniu kūdikio svoriu (Jacobsson, Ladfors, & Milsom, 2004), genetiniais pakitimais (Yoon et al., 1996), ligomis (Johnson et al., 2009), autizmu (Lee & McGrath, 2015). Taip pat ir jaunas gimdyvės amžius yra siejamas su įvairiais kūdikio sveikatos sutrikimais (Finlay, Özaltin, & Canning, 2011) bei priešlaikiniu gimdymu (Ferré, Callaghan, Olson, Sharma, & Barfield 2007). Gimdymo komplikacijos yra vienas iš veiksnių, siejamų su ilgalaikiu PTSS simptomų pasireiškimu (Dikmen-Yildiz, Ayers, & Phillips, 2017), tad ir gimdyvės amžius čia gali būti svarbus faktorius. Tai atsiskleidė ir Grekin ir O'Hara (2014) analizėje, kurioje jaunesnis amžius siejamas su stipresnėmis sąsajomis tarp komplikacijų ir pogimdyvinio PTSS. Be to, rizikos, kylančios dėl amžiaus, žinojimas gali kelti papildomą stresą, o tai taip pat yra svarbus veiksnys, siejamas su PTSS pasireiškimu (Chan et al., 2020). Be rizikos, amžius gali būti svarbus ir dėl kitų priežasčių. Pavyzdžiui, Iles, Slade ir Spiby (2011) jaunesnio amžiaus ir potrauminio streso reakcijų sąsają aiškina tuo, kad vyresnio amžiaus tėvai gali pasižymėti realistiškesniais gimdymo lūkesčiais, būti patyrę daugiau nepalankių gyvenimo įvykių ir gebėti geriau dorotis su stresu. Tačiau tyrimų rezultatai nevienareikšmiški – vienuose tyrimuose ryšiai tarp amžiaus ir PTSS pasireiškimu atsiskleidžia, kituose reikšmingų sąsajų nerandama (Grekin & O'Hara, 2014). Tad sąsajas tarp amžiaus ir PTSS simptomų pasireiškimu reikalinga tyrinėti toliau.

Svarbu atsižvelgti ir į gimdyvės šeimines padėtis. Tyrimuose yra randamos sąsajos tarp partnerio paramos gimdymo metu trūkumo ir PTSS išsivystymo (Ayers et al., 2006; King, McKenzie-McHarg, & Horsch, 2017), tuo tarpu tinkama socialinė parama yra išskiriama kaip apsauginis veiksnys (King et al., 2017). Tad šeiminių ryšių turėjimas gali būti svarbus faktorius – buvimas vieniša gali sumažinti tikimybę sulaukti tinkamos socialinės paramos ir taip padidinti riziką PTSS simptomų pasireiškimui. Šeiminiai ryšiai svarbūs moters savijautai ir prieš bei po gimdymo – vienišos moterys motinystės procesus ir pareigas išgyvena vienos (Wszolek et al., 2018). Be to, tyrimai rodo, kad vienišos motinos bendrai susiduria su daugiau psichologinių sunkumų nei turinčios partnerį (Crosier, Butterworth, & Rodgers, 2007). Vis dėlto, yra tyrimų, kuriuose reikšmingų sąsajų tarp šeiminių padėties ir PTSS simptomų

pasireiškimo nerandama (Ayers, 2004). Svarbu atsižvelgti ir į tai, kad partnerio turėjimas ne visada užtikrina tinkamą paramą. Pavyzdžiui, Ayers ir kitų tyrime (2006) respondentės, kurioms po gimdymo pasireiškė PTSS, kaip svarbų faktorių išskyrė supratimo iš antrosios pusės trūkumą. Kitame tyrime rasta, kad moterys, per nėštumą patyrusios nerimo ar depresijos simptomus, savo partnerius vertino kaip mažiau palaikančius, mažiau įsipareigojusius, labiau nuvertinančius (Makara-Studzińska, Moryłowska-Topolska, Sygit, Sygit, & Goździewska, 2013). Tai rodo, kad šeiminių ryšių turėjimas nebūtinai yra pakankamas, svarbi ir šių ryšių kokybė. Be to, svarbus ir draugų bei kitų šeimos narių palaikymas (Wszolek et al., 2018), ypač santykiai tarp gimdyvės ir jos motinos (Blum, 2007; Wszolek et al., 2018). Kartu šeiminei padėčiai gali sietis ir su kitais veiksniais, pvz., moters amžiumi – tyrėjai nurodo, kad vyresnės vienišos moterys dažniau atstumiamos savo pirminės šeimos nei jaunos gimdyvės, tad patiria mažiau paramos (Grekin & O'Hara, 2014). Taigi, šeiminei padėčiai gali būti svarbus veiksnys.

Tyrimuose taip pat išskiriama gimdyvės finansinė padėtis bei išsilavinimas. Wszolek su kolegomis (2018) nurodo, kad finansinė padėtis turi reikšmingą įtaką emocinei būklei po gimdymo – tikimybė patirti stiprius nerimo ar depresijos simptomus mažesnė tarp moterų, turinčių geresnį finansinį statusą. Kitame tyrime rasta panaši tendencija – nurodoma, kad nerimo patyrimas nėštumo metu yra susijęs su prasta finansine situacija bei sunkumais dėl būsto (Makara-Studzińska et al., 2013). Taip pat šiame tyrime daugiausiai nerimo ir depresijos simptomų pasireiškė tarp nėščiąjų, turinčių pradinį išsilavinimą, o mažiausiai – tarp turinčių aukštąjį. Kalbant apie išsilavinimą, Wszolek ir kolegų (2018) tyrime neigiamos emocijos labiau pasireiškė tarp gimdžusių moterų, turinčių aukštąjį išsilavinimą, tačiau šioje grupėje pasireiškė mažiau pogimdyvinės depresijos simptomų nei tarp moterų su pradiniu ir viduriniu išsilavinimu, kas aiškinama galimai geresniu gebėjimu susidoroti su neigiamomis emocijomis tarp moterų su aukštesniu išsilavinimu. Tačiau tyrimų rezultatai nevienareikšmiški – pavyzdžiui, Yonkers ir kitų (2001) tyrime aukštesnis išsilavinimas kaip tik buvo susijęs su pogimdyvinės depresijos simptomų pasireiškimu, panašios tendencijos atsiskleidžia ir Zinkevičienės (2022) tyrime, o Martínez-Vazquez, Rodríguez-Almagro, Hernández-Martínez, Delgado-Rodríguez ir Martínez-Galiano (2021) ryšio tarp gimdyvės išsilavinimo ir PTSS simptomų pasireiškimo nerado. Taigi, finansinė padėtis ir išsilavinimas gali būti svarbūs faktoriai, kuriuos reikia patyrinti plačiau.

1.2.2 Sveikatos problemos, keliančios riziką nėštumui

Moters gimdymo patirtis gali būti paveikta tam tikrų jos sveikatos sunkumų, pasireiškiančių iki gimdymo. Sheen ir Slade (2018) nurodo, jog baimė gimdyti siejasi su susirūpinimu dėl sveikatos – gimdyvės gali jausti baimę dėl naujagimio ir savo sveikatos, potencialių komplikacijų bei medicininių

intervencijų. Tai svarbu, kadangi baimė gimdyti gali sukelti stiprų nerimą ir stresą nėštumo metu, paveikti daromus pasirinkimus, daryti įtaką gimdymo patirties suvokimui ir vertinimui bei psichologinei savijautai (Sheen & Slade, 2018). Nėštumo laikotarpis savaime yra jautrus ir gali sukelti įvairias emocijas, tad žinia apie turimą sveikatos sutrikimą gali padidinti jaučiamą nerimą dėl savo ar kūdikio sveikatos ir taip smarkiai paveikti moters gyvenimo kokybę (Dalfrà, Nicolucci, Bisson, Bonsembiante, & Lapolla, 2012). Nėštumą ir gimdymą gali paveikti įvairūs sveikatos sunkumai. Pavyzdžiui, Othelia Lee ir Oh (2005) tyrime rasta, kad tarp fizinę negalią turinčių moterų dažni abortai, persileidimai, cezario pjūvio operacijos. Su sunkumais taip pat susiduria moterys, sergančios įvairiomis lėtinėmis ligomis, pavyzdžiui, reumatoidiniu artritu (Lin, Chen, Lin, & Chen, 2010). Kai kurioms gimdyvėms taip pat pasireiškia tiesiogiai su nėštumu susijusios sveikatos problemos, galinčios smarkiai paveikti jų būklę. Viena iš jų – gestacinis diabetas. Žukovskytės (2022) tyrime buvo atskleista, kad ši diagnozė kėlė baimę ir šoką, nepasitikėjimą savimi bei stresą dėl naujagimio sveikatos. Dažnai susiduriama ir su nėščiujų hipertenzija – yra tyrimų, kuriuose randamos sąsajos tarp šios sveikatos būklės ir patiriamo streso, nerimo bei depresijos (Chapuis-de-Andrade et al., 2021). Natūralu, kad moterys, susiduriančios su bet kuria sveikatos problema prieš gimdymą, patiria nerimą, tačiau akivaizdu, kad šios problemos gali sukelti ir rimtesnių pasekmių. Taigi, įvairūs sveikatos sutrikimai gali turėti neigiamos įtakos gimdyvėms ir taip jautriu laikotarpiu – žinia apie sveikatos sutrikimą gali prisidėti prie baimės gimdyti, veikti nėštumo ir gimdymo procesus bei ryškiai paveikti kasdienį funkcionavimą.

1.2.3 Su gimdymu susijusios patirtys iki nėštumo

Nagrinėjant PTSS simptomų pasireiškimą po gimdymo svarbu atsižvelgti į moterų anksčiau turėtas patirtis, susijusias su gimdymu. Viena iš tokių patirčių – persileidimas. Persileidimas gali sukelti įvairių psichologinių sunkumų, tokių kaip padidėjusi pogimdyvinės depresijos rizika (Kukulskienė ir Žemaitienė, 2022), potrauminis stresas (Daugirdaitė, Van Den Akker & Purewal, 2015; Kukulskienė ir Žemaitienė, 2022). Kita skaudi patirtis, galinti palikti ryškų pėdsaką – gimęs negyvas kūdikis. Vaisiaus žūtis gali sukelti kaltės, nesėkmės, izoliacijos jausmus, kurie tęsiasi ilgą laiką (Cacciatore, 2013). Tėvai, susidūrę su tokia patirtimi, turi didesnę tikimybę patirti depresijos, nerimo ir PTSS simptomus (Westby, Erlandsen, Nilsen, Visted, & Time, 2021). Gimdyvės taip pat gali būti patyrusios abortą. Priklausomai nuo aplinkybių, ši patirtis gali paveikti moters psichologinę būklę. Pavyzdžiui, Sullins (2019) tyrime rasta, kad moterys, kurių nėštumas nebuvo nepageidaujamas, tačiau buvo nutrauktas, susiduria su didesne afektinių sunkumų tikimybe nei moterys, nutraukusios nepageidaujamą nėštumą. Taip pat toks nėštumo nutraukimas tyrime siejamas su depresija ir suicidiškumu, o aborto patirtis apskritai,

nepriklausomai nuo priežasčių, siejama su piktnaudžiavimu narkotinėmis medžiagomis (Sullins, 2019). Visi šie veiksniai yra svarbūs ir kitų nėštumų metu, kadangi motinos psichinės sveikatos istorija yra svarbus veiksnys, galintis turėti įtakos potrauminio streso pasireiškimui po gimdymo (Chan et al., 2020). Tyrėjai taip pat nurodo, kad tokios patirtys kaip nėštumo nutraukimas ir persileidimas didina priešlaikinio gimdymo riziką sekančio gimdymo metu (Bhattacharya et al., 2012), o gimdymas anksčiau yra siejamas su depresiškumu, nerimu, socialine izoliacija, kaltės jausmu bei potrauminio streso simptomais (Garel, Dardennes, & Blondel, 2007). Svarbu paminėti, kad sąsajos tarp šių patirčių ir psichinės sveikatos sunkumų randamos ne visada. Pavyzdžiui, Major ir kitų (2000) tyrime rasta, kad praėjus dviem metams po aborto, didžioji dalis tyrime dalyvavusių moterų buvo patenkintos savo sprendimu ir nesusidūrė su psichologiniais sunkumais. Taigi, nagrinėjant gimdymo ir PTSS sąsajas gali būti svarbu atsižvelgti ir į ankstesnes su gimdymu susijusias patirtis, turinčias įtakos gimdyvės emocinei būklei.

1.2.4 Iki gimdymo patirti psichologiniai sunkumai

Kaip jau minėta, gimdyvės psichinės sveikatos istorija yra svarbus veiksnys nagrinėjant potrauminio streso reakcijų pasireiškimą po gimdymo (Chan et al., 2020). Pirmiausia, tyrimuose randama, jog anksčiau patirtos trauminės patirtys (Chan et al., 2020) bei PTSS patyrimo istorija (Ayers et al., 2016) yra susijusios su PTSS simptomų pasireiškimu po gimdymo. Trauminė gimdymo patirtis gali paveikti prieš tai turėtą trauminę patirtį, kas didina PTSS pasireiškimo riziką (Yildiz, Ayers, & Phillips, 2017). Pavyzdžiui, Verreault ir kolegų (2012) atliktame tyrime seksualinė prievarta buvo stipriausias PTSS po gimdymo prognozuojantis veiksnys. Grekin ir O'Hara (2014) taip pat nurodo, kad PTSS simptomų po gimdymo pasireiškimas yra susijęs su tokiais veiksniais kaip vaikystėje patirta seksualinė trauma, smurto patyrimas. Su potrauminio streso reakcijų pasireiškimu yra siejama ir depresija. Haagen ir kolegų (2015) tyrime buvo rasta, jog prieš gimdymą pasireiškianti depresija gali prognozuoti PTSS pasireiškimo stiprumą trys mėnesiai po gimdymo, o Söderquist, Wijma, Thorbert, ir Wijma (2009) nurodo, kad depresijos pasireiškimas pirmaisiais nėštumo mėnesiais yra susijęs su didesne rizika patirti potrauminį stresą po gimdymo. Kartu su depresiškumu, nerimas nėštumo metu taip pat yra siejamas su PTSS pasireiškimu (Haagen et al., 2015). Moterys, patiriančios nerimą nėštumo metu, patiria mažiau pozityvių, daugiau negatyvių emocijų, mažesnę kontrolės jausmą ir mažiau palaikymo gimdymo metu (Ayers & Pickering, 2005). Su PTSS po gimdymo taip pat siejami ir prasti streso įveikos įgūdžiai (Söderquist et al., 2009). Negatyvių emocijų patyrimas apskritai yra svarbus veiksnys – tokias emocijas patirti linkusios moterys turi didesnę tikimybę susidūrus su dideliu stresu patirti disociacijos simptomų (Haagen et al., 2015), o tai daro įtaką ir PTSS pasireiškimui (Goutaudier, Séjourné, Rousse, Lami, &

Chabrol, 2012). Disociacija gali būti apibrėžta kaip sąmonės, atminties, tapatumo, emocijų, kontrolės ir kūno suvokimo integracijos sutrikdymas arba mechanizmas, kurio dėka individas atsiskiria nuo fizinio ar psichologinio skausmo arba kitaip – jaučiasi atsiskyręs nuo situacijos, savo kūno bei emocijų (Briere, Scot, & Weathers, 2005; Dewe, Watson, & Braithwaite, 2016; Thiel & Dekel, 2020). Tyrimai rodo, jog disociacija sutrikdo įvykio kodavimo ir apdorojimo atmintyje procesus ir yra vienas pagrindinių PTSS išsivystymo rizikos veiksnių (Briere et al., 2005). Tai svarbu ir kalbant apie PTSS simptomų pasireišimą po gimdymo – tyrėjai nurodo, jog gimdyvių disociacijos simptomų įvertinimas gali padėti atpažinti moteris, patiriančias šio sutrikimo riziką (Thiel & Dekel, 2020). Taigi, vertinant potrauminio streso simptomų pasireišimo po gimdymo riziką, labai svarbu atsižvelgti į moters psichologinę būklę ir jos psichikos sveikatos istoriją.

1.3 Su gimdymo situacija susiję rizikos veiksniai

1.3.1 Gimdymo metu patirtas fizinis skausmas

Vienas iš su gimdymu susijusių veiksnių, kurį svarbu tyrinėti, yra gimdymo metu patirtas fizinis skausmas. Gimdymo skausmas išsiskiria iš kitų skausmo tipų, galinčių signalizuoti apie ligą ar sužeidimą, jam priskiriama ypatinga reikšmė (Eberhard, Stein, & Geissbuehler, 2005), o rezultatas – gimęs kūdikis – įprastai yra džiaugsmingas įvykis (Garthus-Niegel, Knoph, von Soest, Nielsen, & Eberhard-Gran, 2014). Tačiau tyrimų rezultatai nevienareikšmiški ir gimdymo skausmas ne visada apibūdinamas pozityviai. Yra tyrimų, kuriuose randamos sąsajos tarp gimdymo skausmo ir psichologinių sunkumų. Pavyzdžiui, Soet, Brack ir Dilorio (2003) tyrime skausmas buvo vienas iš veiksnių, prognozuojančių PTSS simptomų pasireišimą po gimdymo. MacKinnon ir kitų (2017) tyrime išryškėjo panaši tendencija – gimdymo skausmas išsiskyrė kaip stiprinantis PTSS simptomų po gimdymo pasireišimą veiksnys. Tačiau šis ryšys buvo pastebėtas tik tarp moterų, perkeltų į ligonines dėl patirtų gimdymo komplikacijų. Tai aiškinama tuo, jog šios gimdyvės susidūrė su stipresniu skausmu nei moterys, nesusidūrusios su gimdymo komplikacijomis, ir būtent tai turėjo įtakos PTSS pasireišimui po gimdymo (MacKinnon et al., 2017). O Séjourné, Hammaide, Moncassin, O'Reilly ir Chabrol (2018) tyrime skausmas siejamas su potrauminiais bei depresijos simptomais. Tačiau tokios tiesioginės gimdymo skausmo ir psichologinių sunkumų sąsajos randamos ne visur. Pavyzdžiui, Vossbeck-Elsebusch, Freisfeld ir Ehring (2014) tyrime nebuvo rasta sąsajų tarp skausmo patyrimo ir potrauminio streso reakcijų. Garthus-Niegel ir kiti (2014) taip pat nurodo, kad skausmas gimdymo metu nebūtinai yra žalingas. Pasak tyrėjų, daugiau įtakos turi subjektyvus gimdyvės patyrimas. Subjektyvaus patyrimo svarbą pabrėžė ir Kountanis su kolegomis (2022) – šių autorių tyrime rasta, jog būtent subjektyvus patirto

skausmo vertinimas siejasi su po gimdymo patiriamais psichologiniais sunkumais. Moterys, savo gimdymo skausmą vertinusios pozityviai, patyrė mažesnę riziką susidurti su PTSS simptomais (Kountanis et al., 2022). Taigi, tyrimuose yra randamos įvairios sąsajos tarp gimdymo metu patirto fizinio skausmo ir po gimdymo pasireiškiančių psichologinių sunkumų, tačiau jas verta patyrinėti plačiau.

1.3.2 Gimdymo patirties subjektyvus vertinimas

Subjektyvus vertinimas svarbus ne tik tyrinėjant skausmo suvokimą, bet ir bendrą gimdymo patirties vertinimą – nagrinėjant potrauminio streso simptomų pasireiškimą po gimdymo būtina atkreipti dėmesį į tai, kaip pati gimdyvė vertina šią patirtį ar ją veikusius faktorius. Yra žinoma, kad įvykio interpretacija, mintys, turimi įsitikinimai gali paveikti asmens emocinį atsaką į traumą – tai gali būti svarbiau ir už patį įvykį (Edworthy, Chasey, & Williams, 2008; Ehlers & Clark, 2000). Tą rodo ir tyrimai, nagrinėjantys PTSS pasireiškimą po gimdymo. Pavyzdžiui, Edworthy ir kolegų (2008) tyrime rasta, kad tai, kaip asimiliuojama ir interpretuojama gimdymo patirtis, reikšmingai veikia PTSS simptomų vystymąsi – moterims, kurios vertino savo gimdymo patirtį labiau neigiamai, buvo būdingi potrauminio streso simptomai, o Garthus-Niegel, von Soest, Vollrat ir Eberhard-Gran (2013) nurodo, kad subjektyvus vertinimas gali būti net svarbesnis nei objektyvios gimdymo patirtys. Svarbu ir tai, kaip yra vertinami atskiri gimdymo patirties aspektai. Pavyzdžiui, jau minėtame Kountanis ir kolegų (2022) tyrime rasta, kad šalia pozityvaus gimdymo skausmo vertinimo, teigiamas personalo komunikacijos vertinimas taip pat siejasi su mažesne PTSS išsivystymo rizika. Tai, kaip gimdyvė suvoks patiriamas patirtis gali priklausyti nuo įvairių faktorių. Pavyzdžiui, Patterson, Hollins Martin ir Karatzias (2019) atliktoje sisteminėje apžvalgoje nurodoma, kad tai, kaip bus suvoktas akušerių bendravimas, sprendimų priėmimas, palaikymas ar kontrolė, gali priklausyti nuo gimdyvės turimų lūkesčių ir, kai jie nėra pateisinami, tai gali turėti įvairių neigiamų pasekmių. Taigi, tyrinėjant gimdymo patirčių ir PTSS ryšius yra reikalinga atsižvelgti į tai, kaip subjektyviai gimdyvė patiria ir vertina savo gimdymą ir įvairius jo aspektus – šis vertinimas gali būti svarbesnis ir už objektyvias gimdymo patirtis.

1.3.3 Motinos ir naujagimio atskyrimo patirtis

Viena iš su gimdymo situacija susijusių patirčių, galinčių turėti įtakos psichologinei būsenai po gimdymo, yra naujagimio atskyrimas. Tyrimai pagrindžia ankstyvosios kūdikio ir motinos sąveikos svarbą besiformuojančiam jų ryšiui – ypač svarbus motinos ir naujagimio kontaktas iškart po gimimo (Johnson, 2013). Atskyrus naujagimį, motinos ši atsiskyrimą intensyviai išgyvena ir jaučia stiprų norą

būti kartu (Erlandsson & Fagerberg, 2005). Nepaisant to, atsitinka situacijų, kuomet įvyksta atskyrimas. Pirmiausia, atskyrimas gali įvykti dėl motinos sveikatos būklės, kuomet jai reikalinga medicininė pagalba (Patriksson & Selin, 2022). Naujagimis gali būti atskiriamas ir dėl jo sveikatos būklės, kuomet po gimdymo jis patenka į naujagimių intensyvios terapijos skyrių (Nyström & Axelsson, 2002). Tokia patirtis gali turėti ryškias pasekmes, kadangi atsiskyrimo jausmas ypač sustiprėja naujagimį perkėlus į kitą sveikatos įstaigos skyrių (Affonso et al., 1992). Motinos, kurių naujagimiai hospitalizuojami, gali patirti streso, šoko, baimės, neigimo reakcijas, kaltės, bejėgiškumo jausmus (Miles, Wilson, & Docherty, 1999). Nuo motinų taip pat atskiriami neišnešioti naujagimiai. Tai ypač jautri patirtis – moterys tokioje situacijoje gali jaustis praradusios motinystės vaidmenį (Vaškelytė ir Naujokaitė, 2020). Svarbu tai, kad oda prie odos kontaktas yra rekomenduojamas iškart po gimdymo, tačiau šių rekomendacijų laikomasi nenuosekliai (Brimdyr, Cadwell, Stevens, & Takahashi, 2018). Nutinka atvejų, kuomet naujagimis atskiriamas be rimtos priežasties, nesant būtinybei, dėl medicinos personalo darbo ypatumų ar sąlygų trūkumo (Patriksson & Selin, 2022). Toks atskyrimas taip pat gali sukelti emocinių sunkumų – kaip nurodo Nyström ir Axelsson (2002), atskyrimas pirmą savaitę po gimdymo sukelia stiprią emocinę įtampą, net kai naujagimio sveikatai negresia stipri rizika. Tokiose situacijose moterys gali patirti gėdą ir jausmą, kad apleido savo kūdikį (Erlandsson & Fagerberg, 2005). Literatūroje taip pat nurodoma, kad kūdikio atskyrimas įvyksta ir po cezario pjūvio operacijos (Miesnik & Reale, 2007; Nolan & Lawrence, 2009). Nors ši praktika dažna, autoriai nurodo, kad toks atskyrimas trikdo natūralius po gimdymo vykstančius procesus ir gali turėti įtakos net kūdikio sveikatai (Nolan & Lawrence, 2009), tad oda prie odos kontaktas yra rekomenduojamas iškart net ir po cezario pjūvio operacijos arba tuomet, kai gimdyvė pakankamai atsigauna (Stevens, Schmied, Burns, & Dahlen, 2019; WHO & UNICEF, 2018). Svarbus gali būti ir atskirai praleistas laikas. Tyrimų šioje srityje trūksta, tačiau Bystrova ir kiti (2009) nurodo oda prie odos kontakto svarbą per pirmas 25 – 120 minučių – šis laikas gali turėti ryškią įtaką santykio tarp motinos ir naujagimio kūrimui. Taigi, naujagimio atskyrimo patirtis gali turėti rimtų pasekmių – įtakos turi tiek pats atskyrimo faktas, tiek aplinkybės, kaip ir dėl kokių priežasčių naujagimis atskiriamas.

1.3.4 Netinkamas medicinos personalo elgesys

Tyrinėjant gimdymo patirtis svarbu atsižvelgti ir į gimdyvės ir medicinos personalo bendravimo aspektus. Kaip nurodo PSO, moterys visame pasaulyje susiduria su nepagarbiu medicinos darbuotojų elgesiu – tai pažeidžia moterų teises, gali kelti riziką jų sveikatai ir apima tokius veiksmus kaip fizinis smurtas, įžeidinėjimai, medicininių procedūrų atlikimas be sutikimo, konfidencialumo pažeidimai, nepriežiūra gimdymo metu ir kiti (WHO, 2015). Toks elgesys literatūroje dar vadinamas akušeriniu

smurtu (Jardim & Modena, 2018). Akušerinis smurtas apima įvairias elgesio formas, bet gali būti skirstomas į verbalinį, fizinį ir seksualinį smurtą, socialinę diskriminaciją, aplaidžią priežiūrą, netinkamą procedūrų ir technologijų naudojimą (Jardim & Modena, 2018). Šiam elgesiui būdinga tai, jog sveikatos priežiūros specialistai nežino, kad toks elgesys yra netinkamas ir net laiko jį normaliu (Borgest, 2018). Nors tokios patirtys gali paliesti bet kurią gimdančią moterį, tyrimai rodo, jog su akušeriniu smurtu daugiausiai susiduria pažeidžiamos grupės, pavyzdžiui, moterys, priklausančios etinėms mažumoms, neturinčios lydinčio žmogaus, žemesnio ekonominio statuso ar išsilavinimo (Jardim & Modena, 2018). Netinkamas medicinos personalo elgesys nėra retas reiškinys. Pavyzdžiui, Martínez-Galiano, Martínez-Vazquez, Rodríguez-Almagro ir Hernández-Martinez (2021) tyrimo duomenimis, du trečdaliai tyrimo dalyvių buvo patyrusios kokio nors tipo akušerinį smurtą, o daugiau nei pusė jų buvo fizinio smurto aukos. Su akušerinio smurto problema susiduriama ir Lietuvoje. Pavyzdžiui, Čėšienės (2022) tyrime rasta, kad beveik pusė tyrime dalyvavusių gimdyvių patyrė poreikių nepaisymą ir fizinį smurtą, o penktadalis susidūrė su neigiamais ar grasinamais komentarais. Križgalvytės (2023) tyrime atskleista, kad COVID-19 pandemijos metu gimdžiusios moterys susidūrė su verbaliniu, fiziniu, psichologiniu bei seksualiniu smurtu. Svarbu paminėti, kad akušerinio smurto sąvoka apima platų elgesio spektrą – didelė dalis tyrimų nagrinėja tik tam tikras šio elgesio formas. Dėl šios priežasties ir šiame tyrime bus gilinamasi tik į tam tikrus netinkamus medicinos personalo veiksmus, tad ši sąvoka vartojama nebus. Taigi, gimdyvės sveikatos priežiūros įstaigose susiduria su įvairiomis netinkamo medicinos personalo elgesio formomis ir šis elgesys pasireiškia visame pasaulyje, kartu ir Lietuvoje.

Netinkamas medicinos personalo elgesys gali turėti ryškią įtaką moters būsenai. Pirmiausia, neigiamą įtaką gali turėti verbalinis smurtas. Yra žinoma, kad verbalinis smurtas neigiamai veikia asmenį – ypač jo savivertę (Hodges, 2009). Tačiau sveikatos įstaigose toks elgesys retai atpažįstamas kaip smurtas, kadangi tarp medicinos personalo ir paciento atsiranda galios disbalansas – yra įprasta paklusti medikų nurodymams, toks elgesys neretai yra racionalizuojamas ir priimamas (Hodges, 2009). Nepaisant to, gimdžiusios moterys išskiria verbalinį smurtą kaip vieną iš netinkamo elgesio formų – pavyzdžiui, Beck (2018) tyrime gimdyvės įvardino susidūrusios su šiurkščiu kalbėjimu, grasinimais, kaltinimais, rėkimu, patyčiomis. Martínez-Vazquez ir kolegos (2021) nurodo, kad toks medicinos personalo elgesys yra vienas iš potrauminio streso pasireiškimo po gimdymo rizikos veiksnių. Ryškų poveikį turi ir netinkami fiziniai veiksmai. Moterys ligoninėse susiduria su fiziniu smurtu bei grubiu elgesiu įvairių procedūrų metu, kas gali sukelti pažeidžiamumo ir pažeminimo jausmus (Beck, 2018). Šios patirtys gali skaudžiai paveikti bet kurią su tuo susidūrusią moterį, o ypač moteris, anksčiau patyrusias seksualinį smurtą (Reed, Sharman, & Inglis, 2017). Tyrimuose taip pat minima informavimo problema. Pavyzdžiui, Annborn ir Finnbogadóttir (2022) tyrimo dalyvės nurodė, jog joms trūko

informacijos apie gimdymo procesą – medicinos personalas gimdyvių nuomonės neklausė, patys priėmė sprendimus, pateikiama informacija buvo nenuosekli, nebuvo laikomasi gimdymo planų, gimdyvės jautėsi ignoruojamos, tai kėlė stresą ir neapibrėžtumo jausmą. Kitame tyrime atsiskleidė, kad gimdyvės taip pat patiria medicininių intervencijų atlikimą be jų sutikimo – tokias patirtis turinčios moterys jautėsi išniekintos ir išsigandusios (Reed et al., 2017). Toks informacijos trūkumas ir veikimas prieš gimdyvių valią gali smarkiai paveikti gimdymo patirtį – vien gimdymo plano nesilaikymas yra siejamas su PTSS išsivystymu (Martínez-Vazquez et al., 2021). Apskritai, kontrolės jausmas gimdymo metu yra išskiriamas kaip svarbus apsauginis veiksnys (De Schepper et al., 2016), o kontrolės praradimas siejamas su gimdymo kaip trauminės patirties patyrimu (Ayers, 2004; Hollander et al., 2017). Netinkamas medicinos personalo elgesys bendrai yra siejamas su nepasitikėjimu sveikatos priežiūros įstaigomis ir specialistais (Perera, Lund, Swahnberg, Schei, & Infanti, 2018), didesne pogimdyvinės depresijos (Martínez-Vázquez, Hernández-Martínez, Rodríguez-Almagro, Delgado-Rodríguez, & Martínez-Galiano, 2022) ir potrauminio streso (Martínez-Vazquez et al., 2021) pasireiškimo rizika. O rūpestingas elgesys atvirkščiai yra siejamas su saugumo jausmu bei geresniu pogimdyvinės priežiūros vertinimu (Mažulytė-Rašytinė, Gudžinskaitė ir Pukelienė, 2021). Turint omenyje, kad gimdymas yra jautrus įvykis, kurio metu gimdyvė gali jaustis pažeidžiama, svarbus pasitikėjimas medicinos darbuotojų komanda (Patterson et al., 2019). Apibendrinus, netinkamas medicinos personalo elgesys, nors ne visada atpažįstamas, gali neigiamai paveikti gimdymo patirtį ir sukelti rimtas pasekmes.

1.4 Tyrimo tikslas, uždaviniai

Nors gimdymas neretai suprantamas kaip pozityvi patirtis, aptartų tyrimų rezultatai rodo, kad daliai moterų šis įvykis gali tapti traumine patirtimi, o po jo pasireikšti potrauminio streso simptomai – literatūroje nagrinėjami skirtingi veiksniai ir jų sąsajos su potrauminio streso pasireiškimu po gimdymo. Įvairūs tyrėjai išskiria skirtingus rizikos veiksnius, kuriuos galima priskirti prieš gimdymą pasireiškiantiems arba su gimdymo situacija susijusiems veiksniams (Ayers, 2004; O’Donovan et al., 2014). Moteris prieš gimdydama jau „atsineša“ tam tikras ypatybes ir patirtis, svarbias gimdymo patyrimui. Šiame tyrime tai gimdyvės demografinės charakteristikos, sveikatos problemos, keliančios riziką nėštumui, su gimdymu susijusios patirtys bei anksčiau patirti psichologiniai sunkumai. Patekusi į medicinos sistemą ji taip pat susiduria su gimdymo situacijai būdingais veiksniais – šiame tyrime tai gimdymo metu patirtas fizinis skausmas, gimdymo patirties subjektyvus vertinimas, naujagimio atskyrimo patirtis bei netinkamas medicinos personalo elgesys. Remiantis streso ir diatezės modeliu, šie veiksniai veikia vieni kitus ir jų sąveika lemia, ar gimdyvei pasireikš PTSS simptomai (Ayers, 2004).

Tad potrauminio streso pasireiškimas po gimdymo yra kompleksinis reiškinys – norint jį suprasti, reikalinga tyrinėti skirtingas gimdyvių patirtis, įtraukiant tiek prieš gimdymą pasireiškiančius, tiek situacijai būdingus ypatumus. Tyrimų šia tema rezultatai nevienareikšmiški, be to, reikalinga tyrinėti minėtus veiksnius ne tik atskirai, bet ir kartu, bandant išsiaiškinti, kas geriausiai prognozuoja potrauminio streso reakcijų pasireiškimą po gimdymo.

Tyrimo tikslas – analizuoti, kaip prieš gimdymą pasireiškiantys rizikos veiksniai (demografinės charakteristikos, sveikatos problemos, keliančios riziką nėštumui, su gimdymu susijusios patirtys iki nėštumo, iki nėštumo patirti psichologiniai sunkumai) bei su gimdymo situacija susiję rizikos veiksniai (gimdymo metu patirtas fizinis skausmas, subjektyvios patirties vertinimas, naujagimio atskyrimas nuo motinos, patirtas netinkamas medicinos personalo elgesys) siejasi su potrauminio streso simptomų pasireiškimu po gimdymo.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti, kaip prieš gimdymą pasireiškiantys rizikos veiksniai siejasi su potrauminio streso simptomų pasireiškimu po gimdymo:
 - 1.1 Įvertinti, kaip gimdyvės demografinės charakteristikos – amžius, šeiminė padėtis, finansinė padėtis ir išsilavinimas – yra susijusios su potrauminio streso simptomų pasireiškimu po gimdymo;
 - 1.2 Įvertinti, kaip sveikatos problemos, keliančios riziką nėštumui, yra susijusios su potrauminio streso simptomų pasireiškimu po gimdymo;
 - 1.3 Įvertinti, kaip su gimdymu susijusios patirtys iki nėštumo yra susijusios su potrauminio streso simptomų pasireiškimu po gimdymo;
 - 1.4 Įvertinti, kaip iki nėštumo patirti psichologiniai sunkumai yra susiję su potrauminio streso simptomų pasireiškimu po gimdymo;
2. Įvertinti, kaip su gimdymo situacija susiję rizikos veiksniai siejasi su potrauminio streso simptomų pasireiškimu po gimdymo:
 - 2.1 Įvertinti, kaip gimdymo metu patirtas fizinis skausmas yra susijęs su potrauminio streso simptomų pasireiškimu po gimdymo;
 - 2.2 Įvertinti, kaip subjektyvios patirties vertinimas yra susijęs su potrauminio streso simptomų pasireiškimu po gimdymo.
 - 2.3 Įvertinti, kaip naujagimio atskyrimas nuo motinos po gimdymo yra susijęs su potrauminio streso simptomų pasireiškimu po gimdymo;

- 2.4 Įvertinti, kaip patirtas netinkamas medicinos personalo elgesys yra susijęs su potrauminio streso simptomų pasireiškimu po gimdymo.
3. Ištirti, kokie veiksniai prognozuoja potrauminio streso simptomų po gimdymo pasireiškimą.

2. METODIKA

Tyrimė buvo naudojami duomenys, surinkti asociacijos „Motinystę globojančių iniciatyvų sąjunga“ (MGIS) vykdomos „Mano gimdymas“ apklausos metu. Šio darbo autorė nedalyvavo MGIS vykdytame duomenų rinkime, tačiau susipažino su tyrimo vykdymo ir duomenų rinkimo eiga bei principais, apklausoje analizuojamomis temomis ir, remiantis tuo bei savarankiškai atlikta literatūros apžvalga, suformulavo tyrimo problematiką, tikslą, uždavinius, numatė tyrimo metodiką ir gavo prieigą prie duomenų iš vienos iš „Mano gimdymas“ apklausos autorių dr. Eglės Mažulytės-Rašytinės. Darbo autorė taip pat atliko kokybinę duomenų analizę, sudariusi kodų knygą transformavo juos į kiekybinius duomenis ir tyrinėjo kitų duomenų kontekste. Šio darbo kokybinė ir kiekybinė duomenų analizė, rezultatų interpretacija ir išvadų formulavimas buvo atlikti savarankiškai.

2.1 Tyrimo dalyviai

Tyrimė iš viso dalyvavo 4004 moterys (1785 gimdžiusios 2022 m. ir 2219 gimdžiusios 2021 m.). Analizuojant duomenis pašalinti vienos 16 metų respondentės duomenys, kadangi tyrimė dalyvauti kviestos moterys nuo 18 metų. Tad analizuoti 4003 18 – 45 metų ($M = 30,20$, $SD = 4,25$) moterų duomenys. Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių – 2625 (65,6%) – tyrimė dalyvavo po pirmo gimdymo. Taip pat didžioji dalis – 3226 (80,5%) – tyrimė dalyvavusių moterų nurodė, kad jų naujagimis gimė natūraliais gimdymo takais. Dauguma respondenčių ištekėjusios (3285 tyrimo dalyvių (82,1%)) bei turinčios aukštąjį išsilavinimą (3438 tyrimo dalyvių (85,8%)). Daugiau nei pusė – 2663 (66,5%) – nurodė, kad gyvena didmiesčiuose. Respondentės anketą pildė praėjus skirtingiems laiko tarpams po gimdymo (nuo 3,57 mėn. iki 17,23 mėn.), vidutiniškai anketa pildyta praėjus daugiau nei devyniems mėnesiams ($M = 9,52$, $SD = 3,54$).

2.2 Tyrimo instrumentai

„**Mano gimdymas**“ apklausa, sudaryta MGIS tyrėjų, skirta analizuoti moterų gimdymo patirtis. Apklausa sudaro skirtingo tipo klausimai apie įvairius gimdymo patirties aspektus. Čia pateikiama tik ta apklausos pagalba rinkta informacija, kuri buvo nagrinėta šiame darbe.

- Informacija apie gimdymą – buvo klausiama, kurį metų mėnesį vyko gimdymas, koku būdu gimė vaikas (natūraliais gimdymo takais ar atlikta cezario pjūvio operacija).
- Demografinės charakteristikos – buvo klausiama apie moters amžių, išsilavinimą, šeimos pajamas į rankas per mėnesį, šeiminių padėčių, gyvenamąją vietą gimdymo metu, kelintas tai gimdymas.

- Respondentėms žinomi nėštumo rizikos veiksniai – prašoma pasirinkti vieną atsakymą iš „ne, mano nėštumas neturėjo rizikos veiksnių“, „taip, mano nėštumas turėjo rizikos veiksnių, tačiau tai neturėjo įtakos mano gimdymui“ ir „taip, mano nėštumas turėjo rizikos ir tai turėjo įtakos mano gimdymui“.
- Su gimdymu susijusios patirtys iki nėštumo – prašoma pažymėti, ar yra tekę patirti abortą, persileidimą, naujagimio mirtį ankstesnio gimdymo metu.
- Psichologiniai sunkumai, patirti iki nėštumo – prašoma pažymėti teiginius apie psichologinę būklę iki nėštumo: ar buvo diagnozuotas psichikos sveikatos sutrikimas, ar buvo susiduriama su ryškiais psichologiniais sunkumais, ar dėl sunkumų buvo kreiptasi į psichologą/psichoterapeutą, psichiatrą.
- Gimdymo metu patirtas fizinis skausmas – prašoma įvertinti gimdymo metu jausto skausmo ir/ar nepatogumo suvokimą skalėje pasirenkant įvertį nuo 1 iki 5, kur pateikiamos kraštutinės reikšmės: 1 – „skausmo ir/ar nepatogumo intensyvumas buvo lengvai pakeliamas“, 5 – „skausmo ir/ar nepatogumo intensyvumas buvo nepakeliamas“.
- Kūdikio atskyrimo nuo motinos patirtis – prašoma pažymėti, ar naujagimis buvo atskirtas, įrašyti priežastis, dėl kurių naujagimiui teko gulėti kitoje palatoje/skyriuje bei pažymėti laiką, kurį naujagimis praleido atskirai: mažiau nei 1 val., nuo 1 val. iki 3 val., nuo 3 val. iki 6 val., nuo 6 val. iki 12 val., nuo 12 val. iki 24 val., daugiau nei 24 val.
- **Rūpestingo personalo elgesio skalė (RES-P)**, parengta Mažulytės-Rašytinės ir kolegų (2021). Skalė pateikiama klausiant apie personalo elgesį gimdymo ir pogimdyvinės priežiūros metu. Skalę sudaro penki klausimai, klausiantys apie tai, kaip elgėsi ligoninės darbuotojai (pvz., „Ar darbuotojai elgėsi su Jumis maloniai ir pagarbiai?“). Prašoma teiginius įvertinti nuo 1 iki 5, kur 1 – „visiškai ne“, 2 – „didele dalimi ne“, 3 – „nei taip, nei ne“, 4 – „didele dalimi taip“, 5 – „visiškai taip“. Bendras skalės įvertis gaunamas skaičiuojant visų atsakymų vidurkį. Aukštesnis balas rodo labiau išreikštą rūpestingą personalo elgesį. Nurodomas aukštas vidinis skalės suderintumas (*Cronbach* $\alpha = 0,93$). (Mažulytė-Rašytinė ir kt., 2021). Šio tyrimo metu gauti *Cronbach* α koeficientai: vertinant elgesį gimdymo metu *Cronbach* $\alpha = 0,91$, vertinant elgesį po gimdymo *Cronbach* $\alpha = 0,93$. Skalės patikimumas tinkamas (Taber, 2018).
- Informacija apie ligoninėje patirtus gąsdinimus, patyčias ir prievartą – prašoma įvertinti, ar buvo patirti gąsdinimai, patyčios ir prievarta, kiekvienu atveju pasirenkant atsakymą iš penkių variantų – „ne“, „labiau ne nei taip“, „nei taip, nei ne“, „labiau taip nei ne“, „taip“. Jei ligoninėje buvo patirti gąsdinimai, patyčios ar prievarta, prašoma įvardinti, kas ir kuo gąsdino, kas ir kaip tyčiojosi

bei kas ir ką darė prieš gimdyvės valią. Taip pat prašoma pažymėti, kada vyko netinkamas medicinos personalo elgesys – iki gimdymo, per gimdymą ar po gimdymo, galima rinktis kelis variantus.

- **Traumos simptomų klausimynas** (*Trauma Screening Questionnaire, TSQ*) (Brewin et al., 2002). Klausimynas yra sudarytas iš dešimties teiginių, skirtų įvertinti traumos pasikartojimo (pvz.: „Slėgė mintys ar prisiminimai apie šį įvykį, kylantys prieš Jūsų valią“) ir dirglumo (pvz.: „Vargino irzlumas ar pykčio protrūkiai“) simptomus. Kiekvieną teiginį reikia įvertinti pasirenkant vieną iš pateiktų atsakymų: „taip, bent du kartus per pastarąją savaitę“ arba „ne“. Teigiami atsakymai vertinami 1, neigiami 0. Šeši ar daugiau teigiamų atsakymų rodo PTSS riziką (Brewin et al., 2002). Lietuviška klausimyno versija naudota Mažulytės ir kolegų (2014) tyrime, jame klausimynas pasižymėjo aukštu vidiniu suderintumu (*Cronbach α = 0,84*). Šio tyrimo metu nustatytas *Cronbach α* koeficientas lygus 0,77. Šis rodiklis aukštas, instrumentas tinkamas naudoti atliekant tyrimą (Taber, 2018).
- Subjektyvi gimdymo patirtis – prašoma įvertinti pasirenkant vieną iš pateiktų variantų: „puiki“, „gera“, „nei gera, nei bloga“, „bloga“, „traumuojanti“.

2.3 Tyrimo eiga

Pasirinkta skerspjūvio tyrimo strategija. Šiame tyrime naudojami duomenys buvo renkami 2022 m. kovo – gegužės mėnesiais (dalyvauti buvo kviečiamos 18 metų sulaukusios moterys, gimdžiusios 2021 m.) bei 2023 m. kovo – gegužės mėnesiais (dalyvauti buvo kviečiamos 18 metų sulaukusios moterys, gimdžiusios 2022 m.). Duomenys buvo renkami elektroniniu būdu, taikyta netikimybinė patogioji tyrimo dalyvių atranka. Apklausa buvo dalinamasi internetinėje erdvėje bei socialiniuose tinkluose, taip siekiant pasiekti kuo daugiau potencialių tyrimo dalyvių. Tyrimo dalyvėms buvo pateiktas kreipimasis, kuriame nurodytas tyrimo tikslas, užtikrinamas konfidencialumas, pateikiama informacija apie galimybę bet kada nutraukti dalyvavimą, nurodoma, kur kreiptis iškilus klausimams, nurodyta, kad apklausos pildymas gali užtrukti apie 20 – 30 min. Tyrimo dalyvės turėjo patvirtinti, kad suprato pateiktą informaciją ir pateikti sutikimą dalyvauti tyrime, tada galėjo pereiti prie tolimesnių klausimų. Apklausos pabaigoje buvo pateikiamas pagalbos kontaktų sąrašas.

2.4 Duomenų analizė

Buvo atliekamas mišrių metodų tyrimas. Ši prieiga numato kiekybinių ir kokybinių metodologinių principų derinimą, kiekybinių ir kokybinių duomenų rinkimą ir analizę, siekiant atsakyti į tyrimo

klausimus (Creswell, 2003). Naudojama lygiagrečiai paralelinė (*convergent parallel*) strategija, kai kiekybiniai ir kokybiniai duomenys renkami paraleliai tuo pačiu metu, analizuojami atskirai, o tada sujungiami (Cresswell, 2013; Fetters, Curry, & Creswell, 2013). Duomenų sujungimas reiškia, jog ir kiekybiniai, ir kokybiniai duomenys yra integruojami tarpusavyje – analizuojami bendrai kartu (Fetters et al., 2013). Duomenų integracija buvo atlikta transformuojant vienos rūšies duomenis į kitos rūšies duomenis ir integruojant juos su duomenimis, kurie nėra transformuojami (Fetters et al., 2013) – kokybiniai duomenys buvo transformuojami į kiekybinius ir analizuojami kartu. Dėl šios priežasties kokybinių ir kiekybinių duomenų analizės rezultatai bus pristatomi ir analizuojami kartu.

Kokybiniais duomenimis šiame tyrime laikomi atsakymai į atvirus klausimus apie naujagimio atskyrimo nuo motinos priežastis ir netinkamą medicinos personalo elgesį – ligoninėje patirtus gąsdinimus (kas ir kuo gąsdino), patyčias (kas ir kaip tyčiojosi) ir prievartą (kas ir ką darė prieš gimdyvės valią). Kokybiniai duomenys buvo analizuojami remiantis teminės turinio analizės principais. Tai procesas, įprastai naudojamas analizuojant kokybinius duomenis, kurie vėliau transformuojami į kiekybinius ir skaičiuojami (Fetters et al., 2013). Teminė turinio analizė yra kokybinės prieigos metodas, leidžiantis interpretuoti tekstą sistemingai jį koduojant ir nustatant temas ar kitus pasikartojančius elementus (Hsieh & Shannon, 2005). Atliekant šią analizę, buvo remiamasi tokiais žingsniais – pirmiausia, skaitomi atsakymai į atvirus klausimus ir pasižymima viskas, kas svarbu tyrinėjamai temai. Toliau buvo išskiriami prasmės vienetai – kodai, kurie paskui buvo grupuojami pagal prasmę. Taip buvo sudaromos pirminės kategorijos (temos), joms buvo sugalvojami pavadinimai. Duomenys buvo peržiūrėti iš naujo, juos vėl koduojant, išskiriant naujus kodus, juos grupuojant ir pergrupuojant pagal prasmę, kuriant naujas kategorijas, joms galvojant pavadinimus. Toliau buvo peržiūrimos sudarytos kategorijos – peržiūrėti joms priskirti kodai, jei reikia, perskirstomi, taisomi kategorijų pavadinimai. Duomenys taip nagrinėjami kelis kartus. Galiausiai, buvo peržiūrimos ir įvertinamos turimos kategorijos, jei reikia, jos buvo išskirstomos arba sujungiamos, pervadinamos, aprašomos. Šis procesas buvo kartojamas tol, kol buvo pilnai sudaryta kodų knyga (Anderson, 2007). Koduojant vienos tyrimo dalyvės atsakymą buvo pažymimi visi išryškėjantys prasmės vienetai, nekoduojama, jei kalbama apie kitų patirtis, bei tuomet, kai nurodoma, kas netinkamai elgėsi, bet nenurodoma kaip. Šis procesas buvo atliekamas naudojantis MS „Excel“ programa. Nagrinėjant naujagimio atskyrimo nuo motinos priežastis buvo išskirti 7 kodai, jie buvo sugrupuoti į 3 kategorijas – atskyrimas dėl sveikatos priežasčių, atskyrimas dėl pooperacinio laiko ir kitos atskyrimo priežastys (1 lentelė). Atsakymai į klausimus apie netinkamą medicinos personalo elgesį buvo nagrinėjami kartu, nes atliekant pirmuosius teminės turinio analizės žingsnius pastebėta, jog prasmės vienetai juose kartojasi, be to, kai kurios tyrimo dalyvės atsakydamos į vieną klausimą aprašė visas netinkamo elgesio patirtis bendrai. Iš viso išskirti 26 kodai, jie sugrupuoti į

4 kategorijas – gąsdinimai, nepagarbus ar pašaipus bendravimas, fiziniai veiksmai, poreikių nepaisymas (1 lentelė). Išsami informacija apie išskirtus kodus bei kategorijas pateikiama kodų knygoje (žr. 1 priedas).

Kokybinius duomenis kodavo du nepriklausomi koduotojai. Koduotojų kodai buvo peržiūrėti, buvo sprendžiama dėl nesutampančių kodų. Vertintojų sutarimumas buvo tikrinamas apskaičiuojant *Cohen'o kappa*. Gauti rezultatai: naujagimio ir motinos atskyrimo priežastys – sveikatos kategorijoje *Cohen'o kappa* svyruoja nuo 0,69 iki 0,96, pooperacinio laiko kategorijoje *Cohen'o kappa* – 0,81, kitų priežasčių kategorijoje *Cohen'o kappa* svyruoja nuo 0,6 iki 0,8. Netinkamas medicinos personalo elgesys – gąsdinimų kategorijoje *Cohen'o kappa* svyruoja nuo 0,67 iki 1, nepagarbaus ar pašaipaus bendravimo kategorijoje *Cohen'o kappa* svyruoja nuo 0,57 iki 1, fizinių veiksmų kategorijoje *Cohen'o kappa* svyruoja nuo 0,67 iki 1, poreikių nepaisymo kategorijoje *Cohen'o kappa* svyruoja nuo 0,5 iki 1. Vertintojų sutarimumas svyruoja nuo vidutinio iki aukšto (McHugh, 2012), tačiau kategorijose kodų, kurių sutarimumas nėra aukštas, yra nedaug, be to, atskirai duomenų analizėje jie nebuvo naudojami. Duomenų analizėje atskirai buvo nagrinėjamos minėtos kategorijos ir vienas kodas, priklausantis poreikių nepaisymo kategorijai – komentarai apie emocines reakcijas. Šio kodo *Cohen'o kappa* 0,88, vertintojų sutarimumas aukštas (McHugh, 2012).

Toliau buvo atliekama kiekybinių duomenų analizė. Duomenys analizuoti naudojantis „IBM SPSS“ programa (28 versija). Praleistos reikšmės buvo pašalintos toje analizėje, kurioje trūksta duomenų, paliekant ir naudojant likusius duomenis kitose analizėse. RES-P skalės ir TSQ klausimyno patikimumas vertintas vidinio suderintumo būdu – buvo skaičiuojamos *Cronbach α*. Buvo tikrinama, ar duomenų pasiskirstymas atitinka normalumo sąlygas – kadangi imtis didelė, tai buvo daroma atsižvelgiant į histogramas bei duomenų asimetriškumo ir eksceso koeficientus, jie buvo laikomi pakankamais intervale nuo -1 iki 1 (George & Mallery, 2019). Analizuojant skalių vertinimus buvo skaičiuojami vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai. TSQ klausimyno duomenys neatitiko normalumo sąlygų, tad ieškant sąsajų su šiuo kintamuoju taikyti neparimetriniai testai. Ryšiams tarp kintamųjų rasti taikytas *Spearman* koreliacijos koeficientas. Grupių palyginimui taikyti *Mann-Whitney U* ir *Kruskal-Wallis* testai. Prognoziniams veiksniams nustatyti taikyta hierarchinė tiesinė regresija. Nors priklausomo kintamojo – TSQ įverčio – duomenų pasiskirstymas buvo nutolęs nuo normaliojo skirstinio, literatūroje nurodoma, kad jei priklausomas kintamasis nėra normaliai pasiskirstęs, tiesinė regresija vis tiek gali išlikti statistiškai patikima atliekant didelės imties tyrimus (Habeck & Brickman, 2018). Ši statistinė analizė gana atspari jos prielaidų pažeidimams (Čekanavičius ir Murauskas, 2014; Lumley, Diehr, Emerson, & Chen, 2002), rezultatai dažniausiai atskleidžia galimas priklausomybes ir įtakos tendencijas, o rezultatų analizė daug išsamesnė nei galimos alternatyvos (Čekanavičius ir Murauskas, 2014).

Atsižvelgiant į tai, imties dydį bei įvertinus galimas alternatyvas, nuspręsta taikyti hierarchinę tiesinę regresiją. Modelio prielaidų tenkinimas patikrintas tikrinant multikolinearumą ir išskirtis, modelio tinkamumas tikrintas atsižvelgiant į determinacijos koeficientą, *ANOVA* ir *Student t* kriterijaus *p* reikšmes (Čekanavičius ir Murauskas, 2014).

1 lentelė. *Teminės turinio analizės metu išskirtos kategorijos ir jas sudarantys kodai*

Kategorija	Kategorijai priklausantys kodai
Naujagimio atskyrimo nuo motinos priežastys	
Atskyrimas dėl sveikatos priežasčių	Atskyrimo priežastis – motinos sveikatos būklė Atskyrimo priežastis – kūdikio sveikatos būklė Kūdikis nuo motinos atskirtas dėl sveikatos būklės, tačiau neaišku, kurio iš jų sveikatos būklė tapo to priežastimi
Atskyrimas dėl pooperacinio laiko	Atskyrimo priežastis – pooperacinis laikas
Kitos atskyrimo priežastys	Atskyrimo priežastis neaiški Atskyrimo priežastis – nėra sąlygų Atskyrimo priežastis – negauti COVID-19 testo atsakymai
Netinkamas medicinos personalo elgesys	
Gąsdinimai	Gąsdinimas motinos būkle Gąsdinimas kūdikio būkle Gąsdinimai medicininėmis intervencijomis Gąsdinimai atimti, atskirti kūdikį Gąsdinimas skausmu Komentari ir gąsdinimai neišleisti iš ligoninės ar ligoninės skyriaus
Nepagarbus ar pašaipus bendravimas	Rėkimas, pakeltas tonas Komentari apie gimdyvės kūną ar išvaizdą Komentari apie gimdyvės gimdymo pasirinkimus Žeminantis, nemandagus bendravimas Komentari apie naujagimį Komentari apie gimdyvės amžių, statusą, kt.
Fiziniai veiksmai	Grubus, agresyvus fizinis elgesys Grubiai atliekamos medicininės intervencijos Veiksmai neįspėjus, prieš gimdyvės valią Gimdyvės privatumo pažeidimas Judėjimo, gimdymo pasirinkimo ribojimas
Poreikių nepaisymas	Spaudimas žindymo klausimais Spaudimas pasirašyti dokumentus Informacijos, pagalbos trūkumas Įgūdžių, žinių arba pastangų nuvertinimas Komentari apie emocines reakcijas Komentari dėl skiepų ar kitų intervencijų kūdikiui atsisakymo Atsisakymas vykdyti medicininę intervenciją Gimdyvės ar jos patiriamų sunkumų nuvertinimas Veiksmai ir komentari, susiję su COVID-19 liga

3. REZULTATAI

TSQ klausimyno duomenys atskleidė, kad nors vieną potrauminio streso simptomą patyrė 27,1% ($n = 1078$) respondenčių, o į PTSS rizikos grupę pateko 1,2% ($n = 48$) tyrimo dalyvių. Atsakymų vidurkis nesiekia vieno balo iš galimų 10 ($M = 0,67$, $SD = 1,39$). Daugiausiai teigiamų atsakymų pateikta atsakant į klausimą apie varginantį irzlumą ar pykčio protrūkius (teigiamai atsakė 15,8% tyrimo dalyvių) bei apie patiriamus sunkumus susikaupti (teigiamai atsakė 14,7% tyrimo dalyvių). Mažiausiai respondentėms būdingi simptomai – varginę sapnai apie gimdymą (0,7%) ir elgesys ar jausmas, lyg vėl būtų gimdymo situacijoje (0,7%). Subjektyvios gimdymo patirties vertinimas atskleidė, jog 9,8% ($n = 393$) respondenčių savo gimdymo patirtį vertino kaip traumuojančią, 3,9% ($n = 156$) – kaip blogą. Taip pat, pritaikius *Spearman* koreliacijos koeficientą, rasta, kad nėra statistiškai reikšmingo ryšio tarp laiko, praėjusio po gimdymo, ir potrauminio streso simptomų pasireiškimo ($rs = 0,003$, $p > 0,05$).

3.1 Prieš gimdymą pasireiškiantys rizikos veiksniai

Prieš gimdymą pasireiškiančių rizikos veiksnių ir potrauminio streso po gimdymo ryšys visų pirma buvo atskleidžiamas tyrinėjant gimdyvių demografines charakteristikas. Buvo ieškoma sąsajų tarp gimdyvės amžiaus ir PTSS simptomų po gimdymo pasireiškimo. Tam taikytas *Spearman* koreliacijos koeficientas. Tarp šių kintamųjų rastas statistiškai reikšmingas ryšys ($rs = -0,04$, $p < 0,05$) – kuo jaunesnė gimdyvė, tuo daugiau PTSS simptomų pasireiškia. Efekto dydis ypač mažas (Hemphill, 2003).

Toliau buvo žiūrima, kaip šeiminė padėtis siejasi su PTSS simptomų pasireiškimu po gimdymo. Buvo apskaičiuoti trijų grupių – ištekėjusių, gyvenančių partnerystėje ir vienišų tyrimo dalyvių – TSQ balų vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai. Šie vidurkiai buvo palyginti tarpusavyje taikant *Kruskal-Wallis* testą (2 lentelė). Gauta, jog TSQ balų vidurkiai statistiškai reikšmingai skiriasi priklausomai nuo gimdyvės šeiminės padėties. Norint patikrinti, tarp kurių iš šių grupių vertinimų skirtumas statistiškai reikšmingas, buvo atliktas *Mann-Whitney U* testas. Rasta, kad vienišos tyrimo dalyvės pasižymi statistiškai reikšmingai aukštesniu TSQ balu ir už gyvenančias partnerystėje ($U = 15320$, $Z = -2,06$, $p < 0,05$), ir už ištekėjusias ($U = 1029877$, $Z = -2,53$, $p < 0,05$) tyrimo dalyves. Taip pat rasta, kad gyvenančios partnerystėje tyrimo dalyvės pasižymi statistiškai reikšmingai aukštesniu TSQ balu nei ištekėjusios ($U = 72180,5$, $Z = -3,043$, $p < 0,05$). Tai rodo, jog vienišos gimdyvės patyrė reikšmingai daugiausiai PTSS simptomų po gimdymo lyginant su abejomis kitomis grupėmis, gyvenančios partnerystėje – reikšmingai daugiau nei ištekėjusios, tačiau mažiau nei vienišos, o ištekėjusios gimdyvės pasižymi mažiausiai patirtų PTSS simptomų po gimdymo skaičiumi.

2 lentelė. TSQ klausimyno įverčių vidurkių pagal šeimines padėtis palyginimas

	Ištekėjusios (n = 3285)	Gyvenančios partnerystėje (n = 659)	Vienišos (n = 54)			
Skalė	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
TSQ	0,64 (0,02)	0,75 (0,06)	1,24 (0,29)	17,7	2	< 0,001

Pastaba: *M* – vidurkis, *SD* – standartinis nuokrypis, TSQ – traumos simptomų klausimynas. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Toliau buvo tikrinama, kaip finansinė padėtis siejasi su PTSS simptomų pasireiškimu po gimdymu. Taikytas *Spearman* koreliacijos koeficientas. Rastas statistiškai reikšmingas atvirkštinis ryšys ($r_s = -0,06$, $p < 0,001$) – kuo mažesnės gimdyvės pajamos į rankas, tuo daugiau PTSS simptomų po gimdymo pasireiškė. Efekto dydis ypač mažas (Hemphill, 2003).

Ieškant sąsajų tarp išsilavinimo ir PTSS simptomų pasireiškimu po gimdymo buvo lyginamos dvi tyrimo dalyvių grupės – turinčios aukštąjį išsilavinimą ir neturinčios aukštojo išsilavinimo. Pirmiausia, buvo suskaičiuoti šių grupių TSQ įverčių vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai (3 lentelė). Toliau buvo atliktas *Mann-Whitney U* testas. Rasta, jog skirtumas tarp šių grupių TSQ balų sumos nėra statistiškai reikšmingas ($U = 908531$, $Z = -2,81$, $p = 0,05$).

3 lentelė. TSQ klausimyno įverčiai pagal išsilavinimą

	Turinčios aukštąjį išsilavinimą (n = 3437)	Neturinčios aukštojo išsilavinimo (n = 561)
Skalė	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
TSQ	0,64 (1,34)	0,85 (1,65)

Pastaba: *M* – vidurkis, *SD* – standartinis nuokrypis, TSQ – traumos simptomų klausimynas.

Toliau nagrinėjant prieš gimdymą pasireiškiančius veiksniai, buvo ieškoma sąsajų tarp dėl sveikatos problemų patiriamų rizikos veiksnių ir PTSS simptomų pasireiškimu po gimdymo. Buvo suskaičiuoti trijų grupių TSQ įverčių vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai – nepatyrusių rizikos veiksnių, įvardinusių, jog nėštumas turėjo rizikos veiksnių, bet tai neturėjo įtakos gimdymui ir turėjusių rizikos veiksnių, veikusių gimdymą. Šie vidurkiai buvo palyginti pritaikius *Kruskal-Wallis* testą (4 lentelė). Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp šių grupių potrauminio streso simptomų pasireiškimu nėra.

4 lentelė. *TSQ klausimyno įverčių vidurkių pagal patiriamus rizikos veiksnius palyginimas*

	Rizikos veiksmų nėra (n = 2237)	Yra rizikos veiksniai, bet tai nedaro įtakos gimdymui (n = 1202)	Yra rizikos veiksniai, veikiantys gimdymą (n = 564)			
Skalė	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
TSQ	0,64 (1,36)	0,69 (1,43)	0,73 (1,44)	13,47	2	0,18

Pastaba: *M* – vidurkis, *SD* – standartinis nuokrypis, TSQ – traumos simptomų klausimynas.

Taip pat buvo tikrinama, kaip su gimdymu susijusios patirtys siejasi su PTSS simptomų po gimdymo pasireiškimu. Pirmiausia, buvo atskirtos gimdyvių grupės – patyrusios ir nepatyrusios aborto bei patyrusios ir nepatyrusios natūralią kūdikio netektį (į šią grupę pateko atsakymai apie persileidimo ir kūdikio mirties patirtis, jas nuspręsta sujungti dėl mažo patyrusių kūdikio mirtį respondentų skaičiaus). Buvo apskaičiuoti TSQ balų sumos vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai šioms grupėms (5 lentelė). Toliau šie vidurkiai buvo palyginti naudojant *Mann-Withney U* testą. Pirmiausia, buvo palyginta TSQ balų suma tarp abortą turėjusių ir neturėjusių moterų. Rasta, kad reikšmingo skirtumo tarp šių grupių nėra ($U = 372878,5$, $Z = -1,61$, $p > 0,05$). Lyginant TSQ balų sumas tarp natūralią kūdikio netektį patyrusių ir nepatyrusių gimdyvių, reikšmingo skirtumo nerasta ($U = 1142017,5$, $Z = -0,57$, $p > 0,05$).

5 lentelė. *TSQ klausimyno įverčiai pagal ankstesnes su gimdymu susijusias patirtis*

	Patyrusios abortą (n = 207)	Nepatyrusios aborto (n = 3796)	Patyrusios natūralią netektį (n = 702)	Nepatyrusios natūralios netekties (n = 3301)
Skalė	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
TSQ	0,74 (1,31)	0,66 (1,39)	0,67 (1,31)	0,67 (1,41)

Pastaba: *M* – vidurkis, *SD* – standartinis nuokrypis, TSQ – traumos simptomų klausimynas.

Siekiant išsiaiškinti, kaip iki gimdymo patirti psichologiniai sunkumai siejasi su potrauminio streso pasireiškimu po gimdymo, buvo apskaičiuoti TSQ įverčių vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai šioms grupėms: niekada neturėjusioms psichikos sveikatos sutrikimo ir turėjusioms iki nėštumo, niekada nesusidūrusioms su ryškiais psichologiniais sunkumais ir susidūrusioms iki nėštumo, niekada nesikreipusioms į psichologą/psichoterapeutą ar psichiatrą dėl patiriamų psichologinių sunkumų ir besikreipusioms į šiuos specialistus iki nėštumo. Šiems įverčiams tarpusavyje palyginti buvo taikomas *Mann-Withney U* testas (6 lentelė). Gauta, jog visais atvejais iki nėštumo psichologinių sunkumų patyrusios respondentės (nepriklausomai nuo to, kaip jie reikšėsi) po gimdymo susidūrė su reikšmingai daugiau potrauminio streso simptomų nei respondentės, niekada nesusidūrusios su šiomis patirtimis.

6 lentelė. TSQ klausimyno įverčių vidurkių pagal patirtus psichologinius sunkumus palyginimas

	Niekada neturėjo psichikos sveikatos sutrikimo (n = 3707)	Turėjo psichikos sveikatos sutrikimą iki nėštumo (n = 166)			
Skalė	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
TSQ	0,58 (1,26)	1,31 (1,8)	228881,5	-7,3	< 0,001
	Niekada nesusidūrė su ryškiais psichologiniais sunkumais (n = 3099)	Susidūrė su ryškiais psichologiniais sunkumais iki nėštumo (n = 210)			
Skalė	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
TSQ	0,41 (1,04)	1,01 (1,57)	256414,5	-7,23	< 0,001
	Niekada nesikreipė į psichologą/psichoterapeutą (n = 3346)	Kreipėsi į psichologą/psichoterapeutą iki nėštumo (n = 381)			
Skalė	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
TSQ	0,55 (1,26)	0,95 (1,48)	532231	-6,94	< 0,001
	Niekada nesikreipė į psichiatrą (n = 3769)	Kreipėsi į psichiatrą iki nėštumo (n = 169)			
Skalė	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
TSQ	0,62 (1,34)	1,17 (1,73)	262936,5	-4,96	< 0,001

Pastaba: *M* – vidurkis, *SD* – standartinis nuokrypis, TSQ – traumos simptomų klausimynas. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

3.2 Su gimdymo situacija susiję rizikos veiksniai

Buvo nagrinėjami ir su gimdymo situacija susiję rizikos veiksniai. Pirmiausia, buvo žiūrima, ar yra statistiškai reikšmingų sąsajų tarp gimdymo metu patirto skausmo ir PTSS simptomų pasireiškimo po gimdymo. Taikytas *Spearman* koreliacijos koeficientas. Rasta, kad šie veiksniai yra susiję statistiškai reikšmingai ($r_s = 0,1$, $p < 0,001$). Kuo stipriau vertinamas gimdymo metu jaustas skausmas, tuo labiau išreikštas potrauminio streso simptomų pasireiškimas. Efekto dydis mažas (Hemphill, 2003).

Taip pat buvo tikrinama, ar yra sąsajų tarp subjektyvios gimdymo patirties vertinimo ir potrauminio streso simptomų po gimdymo pasireiškimo. Taikytas *Spearman* koreliacijos koeficientas. Tarp šių veiksnių rastas reikšmingas atvirkštinis ryšys ($r_s = -0,247$, $p < 0,01$) – kuo gimdymo patirtis buvo vertinama labiau kaip traumuojanči, tuo daugiau PTSS simptomų pasireiškė. Efekto dydis mažas (Hemphill, 2003).

Toliau buvo žiūrima, ar yra statistiškai reikšmingų sąsajų tarp naujagimio atskyrimo nuo motinos patirties ir PTSS simptomų pasireiškimo po gimdymo. Pirmiausia, buvo apskaičiuoti TSQ įverčių vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai šioms grupėms: motinų, nuo kurių naujagimis buvo atskirtas, ir motinų, nuo kurių naujagimis nebuvo atskirtas. Pritaikius *Mann-Withney U* testą tarp šių grupių buvo ieškoma skirtumų (7 lentelė). Rasta, kad atskyrimą patyrusios tyrimo dalyvės patyrė reikšmingai daugiau potrauminio streso simptomų nei atskyrimo nepatyrusios.

7 lentelė. *TSQ klausimyno įverčių vidurkių pagal tai, ar buvo patirtas atskyrimas, palyginimas*

Skalė	Naujagimis buvo atskirtas (n = 801)	Naujagimis nebuvo atskirtas (n = 3167)	U	Z	p
	M (SD)	M (SD)			
TSQ	0,84 (1,57)	0,62 (1,33)	1180381	-3,89	< 0,001

Pastaba: M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, TSQ – traumos simptomų klausimynas. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Taip pat buvo ieškoma sąsajų tarp atskyrimo trukmės ir PTSS simptomų pasireiškimo po gimdymo. Taikytas *Spearman* koreliacijos koeficientas. Statistiškai reikšmingos sąsajos tarp šių kintamųjų nerasta ($r_s = 0,02$, $p = 0,52$) – PTSS simptomų pasireiškimas po gimdymo nesusijęs su atskyrimo trukme.

Buvo nagrinėjami ir kokybiniai duomenys – atsakymai į atvirus klausimus apie naujagimio atskyrimo priežastis. Daugiausiai tyrimo dalyvių patyrė atskyrimą dėl sveikatos priežasčių – su tuo susidūrė 15,8% ($n = 632$) tyrimo dalyvių. Su atskyrimu dėl pooperacinio laiko susidūrė 3,2% ($n = 128$) respondencijų. Mažiausiai tyrimo dalyvių patyrė atskyrimą dėl kitų priežasčių – 1,4% ($n = 57$). Tarp atskyrimą patyrusių tyrimo dalyvių didžioji dalis – 95,1% ($n = 762$) – susidūrė su viena atskyrimo priežastimi.

Buvo ieškoma sąsajų tarp naujagimio atskyrimo priežasčių ir potrauminio streso simptomų pasireiškimo po gimdymo. Naujagimio atskyrimą patyrusios moterys buvo palygintos tarpusavyje. Buvo apskaičiuoti ir palyginti TSQ įverčių vidurkiai tarp šių grupių: atskyrimą dėl sveikatos priežasčių patyrusios ir patyrusios likusias priežastis, atskyrimą dėl pooperacinio laiko patyrusios ir patyrusios likusias priežastis bei atskyrimą dėl kitų priežasčių patyrusios ir patyrusios likusias priežastis. Naudotas *Mann-Withney U* testas (8 lentelė). Gautas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp patyrusių kitas atskyrimo priežastis ir susidūrusių su likusiomis priežastimis – pirmoji grupė susidūrė su daugiau potrauminio streso simptomų. Kitų reikšmingų skirtumų neatsiskleidė.

8 lentelė. TSQ klausimyno įverčių vidurkių pagal kūdikio atskyrimo priežastis palyginimas (tarp atskyrimą patyrusių tyrimo dalyvių)

Skalė	Patyrė atskyrimą dėl sveikatos priežasčių (n = 632)	Patyrė atskyrimą dėl likusių priežasčių (n = 169)	U	Z	p
	M (SD)	M (SD)			
TSQ	0,80 (1,53)	0,99 (1,72)	50978,5	-1,09	0,272
Skalė	Patyrė atskyrimą dėl pooperacinio laiko (n = 128)	Patyrė atskyrimą dėl likusių priežasčių (n = 673)	U	Z	p
	M (SD)	M (SD)			
TSQ	0,72 (1,42)	0,86 (1,59)	41272	-0,91	0,364
Skalė	Patyrė atskyrimą dėl kitų priežasčių (n = 57)	Patyrė atskyrimą dėl likusių priežasčių (n = 744)	U	Z	p
	M (SD)	M (SD)			
TSQ	1,42 (2,01)	0,79 (1,52)	17350,5	-2,77	0,006

Pastaba: M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, TSQ – traumos simptomų klausimynas. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Atskyrimo dėl kitų priežasčių kategorija apima daugiausiai tokias patirtis, kuomet gimdyvei atskyrimo priežastis yra neaiški ar nepaaiškinta, pvz., „*Nežinau, nepaiškino.*“ (220282). Į šią kategoriją taip pat patenka kodai, koduojantys patirtis, kuomet atskyrimas įvyko dėl situacinių veiksnių, o ne dėl aiškaus poreikio, pvz., „*Labai skaudu iki šiol. Nesulaukiau kūdikio 11 val. gimdžiau 8, atgavau po 17.30. Nes negautas covido atsakymas. Ir niekas nežino kada jis bus. verkiu, rėkiu, baisu, nežinau kas vaikui. liepia žiūrėti esveikatoje to testo rezultatų. niekas nieko nežino*“ (211734). Moterys, patyrusias tokias patirtis, susidūrė su reikšmingai daugiau potrauminio streso simptomų nei tos, kurių naujagimis atskirtas dėl sveikatos priežasčių arba pooperacinio laiko (8 lentelė). Atskyrimo dėl sveikatos priežasčių kategorija apima patirtis, kuomet tiksliai įvardinama, jog naujagimis atskirtas dėl sveikatos problemų, pvz., „*Naujagimis gulėjo atskirai kurį laiką dėl infekcijos*“ (210064). Su sveikatos sunkumais galėjo susidurti tiek gimdyvė, tiek naujagimis. Tuo tarpu atskyrimas dėl pooperacinio laiko yra įvykęs po Cezario pjūvio ar neįvardintos operacijos, pvz., „*Dėl atlikto cezario pjūvio*“ (220804). Į šią kategoriją taip pat patenka patirtys, kuomet nurodoma, kad po atliktos operacijos gimdyvė gulėjo kitoje palatoje, tačiau nenurodoma, kad buvo gauta kokia nors pagalba, pvz., „*Kol buvau pooperacinėje palatoje*“ (221703). Šios patirtys tarp atskyrimo priežasčių reikšmingai neišsiskyrė (8 lentelė).

Toliau buvo tyrinėjamas medicinos personalo elgesys. Buvo ieškoma sąsajų tarp rūpestingo medicinos personalo elgesio (RES-P skalės įverčių) gimdymo metu ir po gimdymo ir potrauminio streso simptomų pasireiškimo (TSQ klausimyno įverčių). Taikytas *Spearman* koreliacijos koeficientas. Rasta, kad PTSS simptomų pasireiškimas po gimdymo statistiškai reikšmingai siejasi su personalo elgesiu gimdymo metu ($rs = -0,22, p < 0,01$) ir su personalo elgesiu po gimdymo ($rs = -0,18, p < 0,01$). Abiem atvejais ryšys atvirkštinis – kuo rūpestingiau įvertintas personalo elgesys, tuo mažiau potrauminio streso simptomų pasireiškė. Efekto dydis abiem atvejais mažas (Hemphill, 2003).

Taip pat buvo ieškoma, kaip netinkamas medicinos personalo elgesys siejasi su potrauminio streso po gimdymo simptomų pasireiškimu. Pirmiausia, buvo žiūrima, ar yra sąsajos tarp to, kad gimdyvė įvertino, jog buvo gąsdinama, iš jos buvo tyčiojama, buvo patirta prievarta ir TSQ įverčių. Taikytas *Spearman* koreliacijos koeficientas (9 lentelė). Rastas statistiškai reikšmingas ryšys tarp visų netinkamo medicinos personalo elgesio formų vertinimo ir potrauminio streso simptomų po gimdymo pasireiškimo – kuo labiau būdinga netinkamo elgesio patirtis, tuo daugiau PTSS simptomų pasireiškė. Efekto dydis visais atvejais mažas (Hemphill, 2003).

9 lentelė. *Netinkamo medicinos personalo elgesio ir TSQ klausimyno įverčių koreliacijos koeficientai*

PTSS simptomai	Netinkamas medicinos personalo elgesys		
	Gąsdinimai	Patyčios	Prievarta
TSQ	0,191**	0,168**	0,173**

Pastaba: TSQ – traumos simptomų klausimynas. ** $p < 0,01$.

Toliau buvo žiūrima, ar laikas, kada buvo susidurta su netinkamu personalo elgesiu – prieš, per ar po gimdymo – siejasi su PTSS simptomų po gimdymo pasireiškimu. Buvo apskaičiuoti trijų grupių – gimdyvių, susidūrusių su netinkamu elgesiu tik prieš gimdymą, susidūrusių su netinkamu elgesiu tik gimdymo metu ir netinkamą elgesį patyrusių tik po gimdymo – TSQ įverčių vidurkiai. Jie buvo palyginti tarpusavyje naudojant *Kruskal-Wallis* testą (10 lentelė). Rasta, kad skirtumų tarp PTSS simptomų pasireiškimo šiose grupėse nėra.

10 lentelė. *TSQ klausimyno įverčių vidurkių pagal laiką, kada susidurta su netinkamu medicinos personalo elgesiu, palyginimas*

Skalė	Prieš gimdymą (n = 135)	Gimdymo metu (n = 198)	Po gimdymo (n = 465)	χ^2	df	p
	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
TSQ	1,09 (2,04)	1,02 (1,62)	1,004 (1,66)	0,825	2	0,662

Pastaba: M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, TSQ – traumos simptomų klausimynas.

Buvo nagrinėjami ir kokybiniai duomenys – atsakymai į atvirus klausimus apie patirtą netinkamą medicinos personalo elgesį. Bent vieną netinkamą medicinos personalo elgesio formą patyrė 21,1% ($n = 843$) tyrimo dalyvių, 10,7% ($n = 426$) susidūrė su daugiau nei viena netinkamo elgesio forma. Dažniausiai tyrimo dalyvės susidūrė su poreikių nepaisymu – tai būdinga 15,1% respondenčių ($n = 604$), antroje vietoje – nepagarbus ar pašaipus bendravimas, su tuo susidūrė 10,3% ($n = 413$) tyrimo dalyvių. Gąsdinimus patyrė 6% ($n = 240$) imties, o su fiziniais medicinos personalo veiksmais susidūrė 3,7% ($n = 150$) respondenčių.

Buvo ieškoma sąsajų tarp netinkamo personalo elgesio formų ir potrauminio streso simptomų pasireiškimo po gimdymo. Netinkamą medicinos personalo elgesį patyrusios moterys buvo palygintos tarpusavyje. Buvo apskaičiuoti ir palyginti TSQ įverčių vidurkiai tarp šių grupių: patyrusios gąsdinimus ir patyrusios kitas netinkamo elgesio formas, patyrusios nepagarbų ar pašaipų bendravimą ir patyrusios kitas netinkamo elgesio formas, patyrusios fizinius veiksmus ir patyrusios kitas netinkamo elgesio formas bei patyrusios poreikių nepaisymą ir patyrusios kitas netinkamo elgesio formas. Naudotas *Mann-Whitney U* testas (11 lentelė). Rastas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp tyrimo dalyvių, patyrusių poreikių nepaisymą, ir tyrimo dalyvių, patyrusių kitas netinkamo elgesio formas – su poreikių nepaisymu susidūrusios gimdyvės patyrė daugiau potrauminio streso simptomų. Kitų reikšmingų skirtumų neatsiskleidė.

11 lentelė. TSQ klausimyno įverčių vidurkių pagal patirtą netinkamą medicinos personalo elgesio formą palyginimas (tarp netinkamą elgesį patyrusių tyrimo dalyvių)

Skalė	Patyrė gąsdinimus (n = 240)	Patyrė kitas elgesio formas (n = 603)	U	Z	p
	M (SD)	M (SD)			
TSQ	1,17 (1,78)	1,01 (1,70)	67633,5	-1,69	0,091
Skalė	Patyrė nepagarbų ar pašaipų bendravimą (n = 413)	Patyrė kitas elgesio formas (n = 430)	U	Z	p
	M (SD)	M (SD)			
TSQ	1,11 (1,78)	1,00 (1,67)	85867	-0,94	0,345
Skalė	Patyrė fizinius veiksmus (n = 150)	Patyrė kitas elgesio formas (n = 693)	U	Z	p
	M (SD)	M (SD)			
TSQ	1,21 (1,84)	1,02 (1,69)	48285	-1,56	0,120
Skalė	Patyrė poreikių nepaisymą (n = 604)	Patyrė kitas elgesio formas (n = 239)	U	Z	p
	M (SD)	M (SD)			
TSQ	1,16 (1,82)	0,79 (1,41)	65336,5	-2,45	0,014

Pastaba: M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, TSQ – traumos simptomų klausimynas. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Poreikių nepaisymo kategorija apima tokias patirtis, kuomet medicinos personalas ignoravo gimdyvę, buvo nepaisoma gimdyvės nuomonės, poreikių. Šis elgesys galėjo pasireikšti įvairiomis formomis skirtingų gimdymo etapų metu. Pavyzdžiui, galėjo būti keliamas spaudimas žindymo klausimais ar nesuteikiama pagalba – „Antrą parą maitino naujagimį mišiniu iš buteliuko su žinduku, nors turėjau pakankamai priešpienio ir sakiau jog noriu žindyti, prašiau man padėti“ (210978), nuvertinamos gimdyvės žinios, pastangos – „Stangų metu sulaukiau komentaro, kad tingiu stumti ir panašiai.“ (211240), atsisakoma vykdyti medicininę intervenciją – „Reikėjo maldauti vaistų. Kadangi po siuvimo labai perstejo, bijojau jog nebutu bakterijos kai paprasiau - isgirdaus atsakyma, kad cia ne pageidavimu konkursas.“ (221735). Būtent šios patirtys išryškėjo kaip reikšmingos – su jomis susidūrusios moterys patyrė daugiau potrauminio streso simptomų nei moterys, patyrusios gąsdinimus, nepagarbų ar pašaipų bendravimą arba fizinius veiksmus (11 lentelė). Gąsdinimų kategorija apima patirtis, kuomet gimdyvė patyrė įvairaus tipo gąsdinimus, pvz., buvo gąsdinama medicininėmis intervencijomis – „Jei dabar nestumsi - naudosis vakuumą, ar tu "to nori?" – akušerė“ (221205), kūdikio būkle – „Stringant gimdymo veiklai gąsdino, kad pakenksiu vaikeliiui.“ (210023), savo būkle – „Jei taip darysi, susiplesusi gimdos kaklelį.“ (221291), ar kitomis patirtimis. Nepagarbus ar pašaipus

bendravimas apima patirtis, kuomet susidurta su grubiais, pašaipiais komentarais ar pakeltu balso tonu. Su tuo susidūrusios gimdyvės galėjo patirti pakeltą balso toną – „*Pogimdyminėje palatoje gydytoja šaukė ant manęs, kad aš jos “neklausau”*“ (211669), pašaipų bendravimą ir komentarus apie gimdyvės kūną – „*Sesute kuri mane isvadino begemotu nes esu stambi ir nepagarbiai su manim visada kalbejo*“ (211965) ar kitus gimdyvės ir naujagimio ypatumus. Tuo tarpu fizinių veiksmų kategorija apima patirtis, kuomet buvo susidurta su į gimdyvę, jos privatumą ar aplinką nukreiptais fiziniais veiksmais. Pvz., gimdyvės susidūrė agresyviu fiziniu elgesiu – „*Vienoje pamainoje buvo agresyvi darbuotoja, kuri net durim trankydavo is pykčio.*“ (210626), grubiai atliekamomis intervencijomis ar veiksmais neatsiklausus, prieš gimdyvės valią – „*Labai grubiai priėmimo apžiūrėjo, skaudėjo ir bėgo kraujas, net neatsiklausė manęs (supratau tik vėliau kad atidalinimą darė)*“ (211646) bei kitomis elgesio formomis. Nei gąsdinimų, nei nepagarbus ar pašaipaus bendravimo, nei fizinių veiksmų patyrimas reikšmingai neišsiskyrė iš kitų patirčių (11 lentelė).

Taip pat buvo ieškoma, ar tai, kiek skirtingų netinkamo elgesio formų buvo patirta, siejasi su potrauminio streso simptomų pasireiškimu po gimdymo. Buvo ieškoma sąsajų tarp kategorijų skaičiaus ir TSQ įverčių. Taikytas Spearman koreliacijos koeficientas. Rastas statistiškai reikšmingas tiesioginis ryšys ($rs = 0,154, p < 0,001$) – kuo daugiau netinkamo medicinos elgesio formų patirta, tuo daugiau potrauminio streso simptomų pasireiškė. Efekto dydis mažas (Hemphill, 2003).

Netinkamą medicinos personalo elgesį patyrusių tyrimo dalyvių patirtys buvo patyrinėtos ir siauriau, pagal išskirtus kodus. Buvo žiūrima, kokios siauresnės elgesio formos labiausiai būdingos kiekvienoje kategorijoje. Tarp gąsdinimus patyrusių moterų daugiausiai – 72,1% ($n = 173$) – susidūrė su gąsdinimais dėl vaiko būklės. Tarp moterų, susidūrusių su nepagarbiu ar pašaipiu bendravimu, dažniausiai patirtas žeminantis, nemandagus bendravimas – su tuo susidūrė 65,9% ($n = 272$) šios kategorijos tyrimo dalyvių. Gimdyvės, susidūrusios su fiziniais veiksmais, dažniausiai patyrė veiksmus neįspėjus, prieš gimdyvės valią (49,3%, $n = 74$) ir grubiai atliekamas medicininės intervencijas (36,7%, $n = 55$). Poreikių nepaisymą patyrusios moterys daugiausiai susidūrė su komentarais apie įgūdžių, žinių ar pastangų trūkumą (41,7%, $n = 252$) ir su pagalbos, informacijos trūkumu (34,8%, $n = 210$).

Poreikių nepaisymas išsiskyrė iš kitų reikšminga sąsaja su potrauminio streso simptomų pasireiškimu, tad ši kategorija buvo patyrinėta išsamiau. Poreikių nepaisymą patyrusios tyrimo dalyvės buvo palygintos tarpusavyje. Pirmiausia, pagal kiekvieną šiai kategorijai priklausančią kodą – spaudimas žindymo klausimais, spaudimas pasirašyti dokumentus, informacijos, pagalbos trūkumas, įgūdžių, žinių arba pastangų nuvertinimas, komentarai apie emocines reakcijas, gimdyvės ar jos patiriamų sunkumų nuvertinimas, komentarai dėl skiepų ar kitų intervencijų atsisakymo, atsisakymas vykdyti medicininę intervenciją, veiksmai ir komentarai, susiję su COVID-19 liga – buvo apskaičiuoti TSQ įverčių vidurkiai

ir standartiniai nuokrypiai grupėms, kurioms atitinkama patirtis buvo būdinga, bei grupėms, kurios su tuo nesusidūrė. Tuomet tos grupės buvo palygintos tarpusavyje naudojant *Mann-Withney U* testą. Atsiskleidė vienas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp gimdyvių, susidūrusių su medicinos personalo komentarais apie emocines reakcijas ($n = 139$, $M (SD) = 1,58 (2,16)$), ir gimdyvių, patyrusių kitas poreikių nepaisymo formas ($n = 465$, $M (SD) = 1,04 (1,69)$) ($U = 27856$, $Z = -2,77$, $p = 0,006$). Šiuos komentarus patyrusios moterys pasižymėjo reikšmingai didesniu PTSS simptomų skaičiumi nei susidūrusios su kitomis poreikių nepaisymo formomis. Šiuo kodu koduotos patirtys, kuomet buvo susilaukta medicinos personalo komentarų apie gimdyvės emocines reakcijas. Pvz., „*Kai atėjo leisti epidūrą, šalia sėsele komentavo: tai jei čia bijai adatos, kas per sąrėmiai pas tave. Nedrebėk.*“ (211872), „*Kad jei nenurimsiu, verkšiu, nepamatysiu savo vaikų (sesutės taip bendrauja reanimacijoje)*“ (211306). Šiuo kodu taip pat koduotos patirtys, kuomet susidurta su komentarais apie reakcijas į skausmą, pvz., „*Juokėsi kad rėkiu iš skausmo. Liepe nešaukti nes nepadės.*“ (221536). Bendras visų kategorijos kodų grupių palyginimas pateikiamas prieduose, į jį nepatenka kodai, kurių grupės per mažos palyginimui atlikti (žr. 2 priedas).

3.3 Potrauminio streso simptomų po gimdymo pasireiškimo prognoziniai veiksniai

Galiausiai, siekta patyrinėti, kokie veiksniai prognozuoja potrauminio streso simptomų po gimdymo pasireiškimą, tam buvo taikoma hierarchinė tiesinė regresija. Renkantis, kokius veiksnius dėti į modelį, buvo atsižvelgta į jų ryšius su priklausomu kintamuoju – pasirinkti statistiškai reikšmingai su TSQ įverčiu susiję veiksniai. Pirmiausia, sudarytas modelis, apimantis reikšmingai su potrauminio streso simptomais susijusius prieš gimdymą pasireiškiančius veiksniai – amžių, šeiminių padėčių, pajamas ir iki nėštumo patirtus psichologinius sunkumus (turėtą psichikos sveikatos sutrikimą, susidūrimą su ryškiais psichologiniais sunkumais, gautą psichologo/psichoterapeuto arba psichiatro pagalbą). Modelis duomenims tiko, jis paaiškina 17% potrauminio streso simptomų dispersijos ($R^2 = 0,17$, $F(8, 3829) = 89,98$, $p < 0,001$). Prognozinių veiksnių statistinės reikšmės pateikiamos 12 lentelėje. Kaip reikšmingi prognoziniai veiksniai išsiskyrė gimdyvės pajamos, iki nėštumo patirti psichologiniai sunkumai – psichikos sveikatos sutrikimo, susidūrimo su ryškiais psichologiniais sunkumais bei gautos psichologo/psichoterapeuto pagalbos patirtys – ir subjektyvios gimdymo patirties vertinimas. Geriausiai potrauminio streso simptomus po gimdymo šiame modelyje prognozuoja iki nėštumo patirti ryškūs psichologiniai sunkumai.

Toliau modelis buvo papildytas su gimdymo situacija susijusiais veiksniais – jį papildė gimdymo metu patirto skausmo vertinimas, subjektyvios gimdymo patirties vertinimas, naujagimio atskyrimas (ar

buvo atskirtas), rūpestingo medicinos personalo elgesio vertinimas gimdymo metu ir po gimdymo (RES-P skalė) ir netinkamo medicinos personalo elgesio – gąsdinimų, patyčių ir prievartos – vertinimas. Modelis duomenims tiko, jis paaiškina 22,1% potrauminio streso simptomų dispersijos ($R^2 = 0,221$, $F(16, 3356) = 59,57$, $p < 0,001$). Prognoziniai veiksniai modelyje liko gimdyvės pajamos, iki nėštumo patirti psichologiniai sunkumai – psichikos sveikatos sutrikimo, susidūrimo su ryškiais psichologiniais sunkumais bei gautos psichologo/psichoterapeuto pagalbos patirtys, juos papildė subjektyvios gimdymo patirties vertinimas, rūpestingo medicinos personalo elgesio vertinimas gimdymo metu ir patirtų gąsdinimų vertinimas. Svarbiausiu prognozinio potrauminio streso simptomų po gimdymo veiksniumi šiame modelyje išliko iki nėštumo patirti ryškūs psichologiniai sunkumai.

12 lentelė. *Potrauminio streso simptomų po gimdymo prognoziniai veiksniai*

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis			
	PTSS simptomai			
	Pirmas žingsnis		Antras žingsnis	
	<i>Beta</i> (β)	<i>p</i>	<i>Beta</i> (β)	<i>p</i>
Amžius	-0,010	0,517	-0,010	0,534
Šeiminė padėtis (partnerystėje)	0,012	0,437	0,003	0,852
Šeiminė padėtis (vieniša)	0,015	0,329	0,004	0,795
Pajamos	-0,065	< 0,001	-0,057	< 0,001
Sutrikimas iki nėštumo	0,183	< 0,001	0,170	< 0,001
Sunkumai iki nėštumo	0,281	< 0,001	0,236	< 0,001
Psichologo pagalba iki nėštumo	0,078	< 0,001	0,055	0,002
Psichiatro pagalba iki nėštumo	-0,012	0,495	-0,002	0,915
Skausmo vertinimas	-	-	0,013	0,439
Patirties vertinimas	-	-	-0,108	< 0,001
Naujagimio atskyrimas	-	-	-0,010	0,523
RES-P gimdymo metu	-	-	-0,087	< 0,001
RES-P po gimdymo	-	-	-0,025	0,186
Patirtas gąsdinimas	-	-	0,056	0,003
Patirtos patyčios	-	-	-0,012	0,550
Patirta prievarta	-	-	0,032	0,068

Pastaba. RES-P – rūpestingo personalo elgesio skalė. Perkoduoto dichotominio kintamojo referentinė reikšmė nurodyta skliaustuose. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiuo tyrimu siekta analizuoti potrauminio streso simptomų pasireiškimo po gimdymo sąsajas su prieš gimdymą pasireiškiančiais ir su gimdymo situacija susijusiais veiksniais. Pirmiausia, patyrinėtas bendras PTSS simptomų pasireiškimas imtyje. Lyginant su Lietuvoje atliktais tyrimais, rezultatai panašūs į Meškūnaitės (2022) nurodomą paplitimą, bet skiriasi nuo Klimavičienės ir Riklikienės (2022) rezultatų, kur nurodomas PTSS reakcijų procentas didesnis. Lyginant rezultatus su užsienio autorių darbais, taip pat yra ir panašumų, ir skirtumų. Pavyzdžiui, šiame tyrime į PTSS po gimdymo rizikos grupę patekusių tyrimo dalyvių procentas atitinka Ayers (2004) apžvalgoje nurodomą moterų, kurioms išsivysto pogimdyvinis PTSS, procentą (1-2%), tačiau bent vieną potrauminio streso simptomą patyrė beveik du kartus daugiau moterų, nei nurodoma minėtoje apžvalgoje. Kalbant apie gimdymo patirties subjektyvų vertinimą, rezultatai atitinka de Graaff ir kolegų (2018) nurodomą intervalą – pasak autorių, nuo 9% moterų savo gimdymą patiria kaip traumuojantį. Atsiradę skirtumai gali būti susiję su metodologiniais tyrimų ypatumais, tuo pačiu jie rodo, kaip svarbu gilintis į šią problematiką toliau, siekiant išsiaiškinti Lietuvoje gimdančių moterų situaciją.

4.1 Prieš gimdymą pasireiškiantys rizikos veiksniai

Tyrimo metu atskleistos prieš gimdymą pasireiškiančių veiksnių ir potrauminio streso simptomų po gimdymo sąsajos – pirmiausia tyrinėtoms demografinėms charakteristikoms. Rasta, kad jaunesnis amžius siejasi su didesniu PTSS simptomų po gimdymo kiekiu. Tai atitinka Iles ir kolegų (2011) tyrimo rezultatus. Ši tendencija aiškinama tuo, kad vyresnės gimdyvės galėtų turėti realistiškesnius gimdymo lūkesčius, daugiau patirties ir dėl to pasižymėti geresniais streso įveikos įgūdžiais, kas sietusi su mažesniu potrauminio streso reakcijų pasireiškimu vyresniame amžiuje (Iles et al., 2011). Tačiau šio tyrimo metu atsiskleidęs ryšys labai silpnas, tad rezultatus reikia vertinti atsargiai. Be to, ir kiti tyrimai rodo, jog ryšys tarp amžiaus ir potrauminių reakcijų po gimdymo gali būti veikiamas kitų veiksnių (Grekin & O'Hara, 2014). Taip pat rasta sąsaja tarp potrauminio streso simptomų ir šeiminės padėties: vienišos tyrimo dalyvės patyrė daugiausiai potrauminio streso simptomų, o ištekėjusios – mažiausiai. Šie rezultatai atitinka Crosier ir kolegų (2007) tyrimo rezultatus – autoriai nurodo, kad vienišos motinos patiria daugiau psichologinių sunkumų nei turinčios partnerį. Tai gali būti susiję su partnerio paramos aspektu. Tyrimuose randamos sąsajos tarp partnerio paramos trūkumo ir PTSS pasireiškimo po gimdymo (King et al., 2017). Įdomu tai, kad partnerį turinčios gimdyvės tyrime susidūrė su mažiau potrauminio streso simptomų nei vienišos, tačiau patyrė jų daugiau nei ištekėjusios. Gali būti, kad iš partnerio gaunamos paramos supratimas skiriasi priklausomai nuo šeiminės padėties, kadangi svarbūs ne tik turimi

ryšiai, bet ir jų kokybė (Makara-Studzińska et al., 2013). Tačiau šie veiksniai yra susiję ir su įvairiais kitais faktoriais, pavyzdžiui, kitų asmenų parama (Blum, 2007; Wszolek et al., 2018), tad šias sąsajas reikėtų patyrinėti plačiau. Dar nustatyta, kad kuo didesnės gimdyvės pajamos į rankas per mėnesį, tuo mažiau PTSS simptomų pasireiškė. Tai patvirtina kitų tyrėjų gautus rezultatus. Moterys, susiduriančios su prasta finansine situacija ir su tuo susijusiais sunkumais, patiria daugiau nerimo (Makara-Studzińska et al., 2013), jų bendra psichologinė būklė po gimdymo prastesnė (Wszolek et al., 2018). Tačiau rastas ryšys tarp šių veiksnių ypač mažas, tad rezultatus reikia vertinti atsargiai. Galiausiai, sąsajos tarp moters išsilavinimo ir PTSS simptomų po gimdymo pasireiškimo neatsiskleidė, tad rezultatai panašūs į Martínez-Vazquez ir kolegų (2021) tyrimo rezultatus. Skirtumai galėjo neatsiskleisti ir dėl imties ypatumų – didžioji dalis respondenčių turi aukštąjį išsilavinimą. Taigi, tirtų moterų potrauminio streso simptomų pasireiškimas po gimdymo siejasi su gimdyvės amžiumi, šeimine padėtimi ir finansine padėtimi.

Tyrimo metu taip pat nagrinėti kiti iki gimdymo pasireiškiantys ypatumai – sveikatos problemos, keliančios riziką nėštumui bei su gimdymu susijusios ankstesnės patirtys (abortas ir natūrali kūdikio netektis). Nei vienu, nei kitu atveju reikšmingi ryšiai tarp šių veiksnių ir PTSS simptomų neatsiskleidė. Kituose tyrimuose yra randamos sąsajos tarp susidūrimo su sveikatos problemomis nėštumo metu ir psichologinių sunkumų po gimdymo (Chapuis-de-Andrade et al., 2021; Sheen & Slade, 2018). Tačiau tyrėjai dažniau nagrinėja rizikos veiksnių ryšius su kitais faktoriais – emocinėmis reakcijomis, pasireiškiančiomis prieš gimdymą (Žukovskytė, 2022) baime gimdyti (Sheen & Slade, 2018), gimdymo komplikacijomis (Othelia Lee & Oh, 2005). Gali būti, kad rizikos žinojimas siejasi su kitais veiksniais arba svarbesnis yra tam tikrų sunkumų dėl šios rizikos patyrimas, dėl ko tiesioginis ryšys neatsiskleidė. Panašiai būtų galima paaiškinti ir rezultatus, gautus nagrinėjant su gimdymu susijusias patirtis. Dažniausiai autoriai ryšius randa tarp skaudžių gimdymo patirčių ir psichologinių sunkumų iškart po jų (Daugirdaitė et al., 2015; Kukulskienė ir Žemaitienė, 2022; Westby et al., 2021), tad gali būti, kad svarbesnės yra ne ankstesnės patirtys, bet gimdyvės psichologinių sunkumų istorija (Chan et al., 2020). Be to, potrauminio streso reakcijų pasireiškimas gali skirtis priklausimai nuo patirties interpretacijos (Major et al., 2000). Taigi, sveikatos problemos, keliančios riziką nėštumui bei ankstesnės su gimdymu susijusios patirtys šiame tyrime neatsiskleidė kaip reikšmingą ryšį su PTSS simptomais po gimdymo turintys veiksniai.

Kalbant apie gimdyvės psichologinių sunkumų istoriją, šio tyrimo rezultatai rodo, kad daugiau potrauminio streso po gimdymo simptomų patyrė moterys, susidūrusios su psichologiniais sunkumais iki nėštumo. Ši tendencija pasireiškia nepriklausomai nuo to, su kokia patirtimi buvo susidurta – psichinės sveikatos sutrikimu, ryškiais psichologiniais sunkumais, gauta psichologo/psichoterapeuto pagalba ar

gauta psichiatro pagalba. Visais atvejais su tuo susidūrusios gimdyvės patyrė daugiau potrauminio streso simptomų. Tą patvirtina ir kitų tyrėjų duomenys – su potrauminio streso reakcijų po gimdymo pasireiškimu siejami įvairūs anksčiau pasireiškę psichologiniai sunkumai, tokie kaip depresija (Haagen et al., 2015), nerimas (Ayers & Pickering, 2005), ankstesnis PTSS (Yildiz et al., 2017), susidūrimas su trauminėmis patirtimis (Chan et al., 2020). Turint omenyje, jog su paminėtais psichologinės sveikatos sunkumais susiduriančios moterys gali gauti skirtingą pagalbą ar jos apskritai nesikreipti, tą galima sieti ir su šio tyrimo rezultatais – potrauminio streso simptomų pasireiškimas po gimdymo siejasi su psichologinės sveikatos sunkumų istorija, nepriklausomai nuo to, kokia pagalba buvo gauta.

4.2 Su gimdymo situacija susiję rizikos veiksniai

Tyrimo metu gilintasi ir į su gimdymo situaciją susijusius rizikos veiksnius. Rezultatai atskleidė ryšius tarp potrauminio streso simptomų po gimdymo ir jausto fizinio skausmo bei gimdymo patirties vertinimo. Atskleistos fizinio skausmo ir PTSS reakcijų pasireiškimą sąsajos randamos ir kituose tyrimuose – tyrėjai nurodo, kad stipresnio skausmo patyrimas siejasi su didesne psichologinių sunkumų rizika (Séjourné et al., 2018; Soet et al., 2003). Tačiau šiame tyrime atsiskleidęs ryšys labai silpnas, tad jį reikia vertinti atsargiai. Remiantis literatūra galima spėti, jog šis veiksnys kompleksinis – vienose tyrimuose randamos sąsajos tik tam tikrose grupėse, pavyzdžiui, patyrusių gimdymo komplikacijas (MacKinnon et al., 2017), kituose tyrimuose išskiriama tai, jog gimdymo skausmas gali būti vertinamas ir kaip pozityvus ir ypatingas (Eberhard et al., 2005; Kountanis et al., 2022). Stipresnis ryšys atsiskleidė tarp subjektyvaus gimdymo patirties vertinimo ir potrauminio streso reakcijų pasireiškimą – kuo prasčiau ši patirtis įvertinta, tuo daugiau potrauminio streso simptomų pasireiškė. Ši tendencija atsiskleidžia ir kituose tyrimuose – pavyzdžiui, Edworthy ir kolegos (2008) taip pat ištyrė, kad potrauminio streso simptomai buvo būdingi prasčiau gimdymo patirtį vertinusioms gimdyvėms, ši sąsaja rasta ir Meškūnaitės (2022) tyrime. Įvairūs autoriai pabrėžia įvykio interpretacijos ir subjektyvaus vertinimo svarbą ir net išskiria šiuos veiksnius kaip svarbesnius už objektyvius patirties aspektus (Edworthy et al., 2008; Ehlers & Clark, 2000; Garthus-Niegel et al., 2013). Taigi, gimdymo metu jausto skausmo stiprumas ir bendros gimdymo patirties kaip labiau traumuojančios vertinimas išryškėjo kaip reikšmingas sąsajas su potrauminio streso simptomų po gimdymo pasireiškimu turintys veiksniai.

Tyrimo metu taip pat nagrinėtos sąsajos tarp naujagimio atskyrimo patirčių ir potrauminio streso simptomų pasireiškimą po gimdymo. Rezultatai atskleidė, kad naujagimio atskyrimas yra svarbus savijautą veikiantis veiksnys. Šią patirtį patyrusios moterys susidūrė su daugiau potrauminio streso simptomų. Tai siejasi su kitų autorių nurodoma naujagimio ir motinos kontakto svarba – atskyrimas

literatūroje yra apibūdinamas kaip skaudi patirtis, galinti sukelti stiprias emocines reakcijas (Erlandsson & Fagerberg, 2005; Nyström & Axelsson, 2002). Svarbu tai, jog šiame tyrime potrauminio streso reakcijų pasireiškimas nepriklausė nuo laiko, praleisto atskirai. Tyrimų šioje srityje trūksta – autoriai nurodo pirmojo kontakto trukmės svarbą (Bystrova et al., 2009), tačiau straipsnių, kuriuose būtų plačiau nagrinėjamos atskyrimo trukmės pasekmės, rasti nepavyko. Šią sritį svarbu tyrinėti toliau, kadangi, remiantis šio tyrimo rezultatais, būtų galima kelti prielaidą, jog pats atskyrimas yra svarbiau už atskirai praleistą laiką. Tai reikštų, kad net trumpam atskyrus naujagimį ši patirtis gali sukelti ryškių sunkumų. Taigi, naujagimio atskyrimas yra jautri ir ryškių sunkumų moteriai sukelti galinti patirtis.

Tyrimo metu atskleistos naujagimio atskyrimo nuo motinos priežastys. Buvo išskirtos trys pagrindinės priežasčių kategorijos, iš kurių pirmoji, su kuria dažniausiai susidūrė tyrimo dalyvės – atskyrimas dėl sveikatos priežasčių. Susidūrusios su šiuo išgyvenimu moterys atskyrimą patyrė, nes joms arba naujagimiui buvo reikalinga medicininė pagalba. Pavyzdžiui, tyrimo dalyvės įvardino, kad naujagimiui buvo atliekamos medicininės procedūros, jos pačios patyrė intervencijų poreikį ar fiziškai negalėjo rūpintis kūdikiu. Toks atskyrimas dažnai aprašomas ir literatūroje, neretai išskiriant neigiamas šios patirties pasekmes (Miles et al., 1999; Nyström & Axelsson, 2002; Patriksson & Selin, 2022; Vaškelytė ir Naujokaitė, 2020). Kita atsiskleidusi atskyrimo priežastis – pooperacinis laikas. Tai patirtys, kuomet naujagimis buvo atskirtas daugiausiai dėl cezario pjūvio operacijos arba gimdyvė nurodė, kad jai teko gulėti kitoje palatoje. Į šią kategoriją patekusios moterys nenurodė, kad joms ar kūdikiui būtų reikalinga medicininė pagalba. Pavyzdžiui, tyrimo dalyvės įvardino, kad po cezario pjūvio operacijos vaikas nebuvo atneštas. Tai antra pagal dažnumą atskyrimo patirtis. Atskyrimas po cezario pjūvio operacijos taip pat aprašomas literatūroje. Yra nurodoma, kad ši praktika dažna, tačiau nerekomenduojama, kadangi toks atskyrimas trikdo svarbius procesus ir gali turėti neigiamų pasekmių (Miesnik & Reale, 2007; Nolan & Lawrence, 2009; Stevens et al., 2019), be to, pačios moterys jaučia stiprų norą būti su naujagimi (Erlandsson & Fagerberg, 2005). Vis dėlto, nei atskyrimas dėl sveikatos priežasčių, nei atskyrimas dėl pooperacinio laiko, tarp atskleistų naujagimio atskyrimo priežasčių, neišsiskyrė kaip su didesniu potrauminio streso simptomų pasireiškimu susijusios patirtys. Rezultatams įtakos galėjo turėti ir kodavimo sistema bei tai, kad ne visos gimdyvės savo patirtis aprašė plačiai – pavyzdžiui, gali būti, kad kitoje palatoje po gimdymo buvusi moteris nepaminėjo, kad jai buvo teikiama medicininė pagalba. Taigi, atskyrimą dėl sveikatos priežasčių arba pooperacinio laiko patyrusios moterys nesusidūrė su stipresniu PTSS reakcijų pasireiškimu.

Kaip svarbiausia, vienintelė su potrauminio streso simptomų pasireiškimu susijusi patirtis tarp atskyrimą patyrusių moterų išsiskyrė atskyrimo dėl kitų priežasčių patyrimas. Tai patirtys, kuomet naujagimis buvo atskirtas dėl neaiškių, nepaaiškintų ar situacinių veiksnių, su jomis susidūrė mažiausiai

tyrimo dalyvių. Tyrimo dalyvės nurodė, kad atskyrimo priežasties nežino, ji nebuvo paaiškinta arba su jos būtinumu nesutinka. Taip pat susidurta su tokiais patirtimis, kuomet naujagimis neatneštas dėl palatų trūkumo ar negauto COVID-19 testo atsakymo. Tokio atskyrimo sąsajos su neigiamomis emocinėmis reakcijomis randamos ir kituose tyrimuose. Pavyzdžiui, Nyström ir Axelsson (2002) išskiria stiprios emocinės įtampos patyrimą tokiose situacijose, o Erlandsson ir Fagerberg (2005) išskiria moterų patiriamus gėdos ir kaltės jausmus. Kadangi su šia patirtimi susidūrusiems moterims, kitaip nei atskyrimą patyrusioms dėl sveikatos priežasčių ar pooperacinio laiko, nebuvo aiški atskyrimo priežastis bei nebuvo priežasčių, dėl kurių atskyrimas būtų buvęs būtinas, galima šią patirtį sieti ir su gimdyvės nepaisymu bei kontrolės jausmo praradimu – veiksniais, kurie tyrimuose išskiriami kaip didinantys PTSS reakcijų riziką (Hollander et al., 2017; Martínez-Vazquez et al., 2021). Apskritai, atskyrimas be rimtos priežasties yra nerekomenduojamas (Brimdyr et al., 2018; WHO & UNICEF, 2018), tad rezultatai taip pat rodo, jog šių rekomendacijų laikomasi ne visada. Interpretuojant šiuos rezultatus svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad lyginamų grupių dydis buvo nevienodas – moterų, patyrusių atskyrimą dėl kitų priežasčių skaičius buvo ženkliai mažesnis nei kitose grupėse. Apibendrinus, susidūrimas su kitomis priežastimis išsiskyrė kaip reikšmingai su potrauminio streso simptomų pasireiškimu po gimdymo susijęs veiksnys tarp moterų, patyrusių atskyrimą.

Tyrimo metu taip pat nagrinėtas susidūrimas su netinkamu medicinos personalo elgesiu. Pirmiausia, patyrinėtas bendras personalo elgesio vertinimas – kuo rūpestingiau buvo rūpinamasi gimdyve gimdymo ir pogimdyvinės priežiūros metu, tuo mažiau potrauminio streso simptomų pasireiškė. Rūpestingo medicinos personalo elgesio svarba atskleidžiama ir kituose tyrimuose. Pavyzdžiui, Mažulytės-Rašytinės ir kitų (2021) straipsnyje rūpestingesnis personalo elgesys pagimdžius buvo siejamas su didesniu saugumo jausmu, mažesniu patirtu spaudimu dėl medicininių intervencijų bei geresniu bendru pogimdyvinės priežiūros vertinimu. Svarbu prisiminti, kad nagrinėjant rūpestingą medicinos personalo elgesį buvo vertinama bendra buvimo ligoninėje patirtis, be to, RES-P skalėje pateikti teiginiai apibūdina pozityvų elgesį. Tiek pozityviai, tiek neigiamai personalą vertinančios tyrimo dalyvės galėjo susidurti ir su netinkamomis elgesio formomis, tad jos buvo nagrinėjamos atskirai. Patyrinėjus bendrus netinkamo elgesio – gąsdinimų, patyčių ir prievartos – vertinimus išryškėjo, kad kuo šios patirtys labiau būdingos, tuo daugiau potrauminio streso simptomų pasireiškė. Tokia tendencija pasireiškė nagrinėjant visas tris netinkamo elgesio formas. Šie rezultatai atitinka kitų tyrėjų randamas sąsajas tarp netinkamo medicinos darbuotojų elgesio patyrimo ir įvairių psichologinių sunkumų (Beck, 2018; Martinez-Vázquez et al., 2022; Martínez-Vazquez et al., 2021; Reed et al., 2017). Be to, rasta, kad potrauminio streso simptomų pasireiškimas nesiskiria priklausomai nuo to, kada buvo patirtas toks elgesys – prieš, per ar po gimdymo. Tyrimų šioje srityje trūksta, tačiau galima kelti prielaidą, kad pats

netinkamo elgesio patyrimo faktas yra svarbesnis nei laikas, kada su tuo susidurta. Taigi, susidūrimas su rūpestingu personalo elgesiu siejasi su mažesniu potrauminio streso reakcijų patyrimu, o netinkamo elgesio patyrimas yra susijęs su intensyvesniu PTSS simptomų pasireiškimu.

Netinkamo medicinos personalo elgesio formos taip pat buvo nagrinėjamos plačiau, tyrinėjant kokybinius duomenis. Bent vieną netinkamą medicinos personalo elgesio formą aprašė 21,1% tyrimo dalyvių. Šis procentas mažesnis, nei nurodo kiti tyrėjai – pavyzdžiui, Martínez-Galiano ir kolegų (2021) tyrime net du trečdaliai tyrimo dalyvių buvo patyrusios akušerinį smurtą, o Čėsienės (2022) tyrime vien poreikių nepaisymą ir fizinį smurtą patyrė beveik pusė respondenčių. Rezultatų skirtumai gali būti susiję su metodologiniais tyrimų ypatumais – randamas paplitimas skiriasi priklausomai nuo šalies, naudotų tyrimo instrumentų, tirtų elgesio formų (Martínez-Galiano et al., 2021). Tyrimo rezultatai atskleidė keturias pagrindines netinkamo medicinos personalo elgesio formas. Dažniausiai buvo susidurta su poreikių nepaisymu bei šiomis jo formomis – komentarais apie įgūdžių, žinių ar pastangų trūkumą bei pagalbos, informacijos trūkumu, kartu čia patenka patirtys, kuomet susidurta su ignoravimu, veikimu neatsižvelgiant į norus, nuomonę, spaudimu įvairiais klausimais. Tokį elgesį aprašo ir kiti tyrėjai – poreikių nepaisymas Čėsienės (2022) tyrime išskiriamas kaip viena dažniausių netinkamo elgesio formų, o Finnbogadóttir (2022) irgi aprašo panašius elgesio pavyzdžius. Antroje pagal dažnumą vietoje išryškėjo susidūrimas su nepagarbiu ar pašaiptu bendravimu, ypač su žeminančiu, nemandagiu bendravimu. Ši kategorija kartu apima grubius komentarus įvairiomis temomis bei bendravimą pakeltu balsu. Toks elgesys literatūroje taip pat aprašomas kaip dažna netinkamo elgesio ligoninėje forma (Beck, 2018; Križgalvytė, 2023; Martínez-Vazquez et al., 2021). Trečia pagal dažnumą patirtis – tai gąsdinimai. Dažniausiai buvo susidurta su gąsdinimu dėl vaiko būklės, čia taip pat patenka gąsdinimai motinos būkle, medicininėmis intervencijomis ir kitomis temomis. Panašias patirtis išskiria ir kiti tyrėjai, kartais jos dar apibūdinamos kaip grasinimai (Beck, 2018; Čėsienė, 2022). Ketvirtoji ir rečiausiai pasitaikiusi netinkamo elgesio forma yra fiziniai veiksmai. Dažniausiai buvo susidurta su personalo veikimu neįspėjus, prieš gimdyvės valią bei grubiai atliekamomis medicininėmis intervencijomis, kartu ši kategorija apima ir kitus į gimdyvę ar jos aplinką nukreiptus veiksmus. Fiziniai veiksmai taip pat yra minimi literatūroje – tokį netinkamą elgesį aprašo Beck (2018), Čėsienė (2022), Križgalvytė (2023), Martínez-Galiano su kolegomis (2021). Svarbu tai, kad dalis moterų patyrė ne vieną netinkamo elgesio formą, be to, rasta, kad didesnis tokio elgesio formų kiekis siejasi su didesniu potrauminio streso simptomų pasireiškimu. Apibendrinus, šiame tyrime dalyvavusios moterys patyrė keturias pagrindines netinkamo medicinos personalo elgesio formas – poreikių nepaisymą, nepagarbų ar pašaiptą bendravimą, gąsdinimus bei fizinius veiksmus.

Rezultatai taip pat atskleidžia netinkamo medicinos personalo elgesio formų ryšius su potrauminio streso simptomų po gimdymo pasireiškimu. Tarp netinkamą elgesį patyrusių gimdyvių susidūrusioms su poreikių nepaisymu pasireiškė reikšmingai daugiau PTSS simptomų. Šie rezultatai panašūs į Martínez-Vazquez ir kolegų (2021) aprašytą ryšį tarp patirčių, kuomet neatsižvelgiama į moters norus, nesilaikoma gimdymo plano, ir aukštesnės PTSS simptomų pasireiškimo rizikos. Situacijose, kuomet atsisakoma veikti pagal gimdyvės poreikius, nesuteikiama informacija, neatsižvelgiama į emocines reakcijas, daromas spaudimas svarbiais klausimais ar susidūrus su bet kuria kita poreikių nepaisymo forma, moteris gali nesuprasti, kas vyksta, jaustis negalinti priimti svarbių sprendimų. Tokias patirtis galima sieti su kontrolės jausmo praradimu ir moters lūkesčių neatitikimu – veiksniais, literatūroje siejamais su stiprių streso reakcijų pasireiškimu bei gimdymo kaip trauminio įvykio suvokimu (Ayers, 2004; Hollander et al., 2017). Kaip svarbi su PTSS simptomų pasireiškimu po gimdymo susijusi patirtis išsiskyrė ir viena iš siauresnių šio elgesio formų – komentarai apie emocines reakcijas. Tai patirtys, kuomet moterims reiškiant emocijas ar reakcijas į skausmą, medicinos personalas reagavo įvairiais dažniausiai nuvertinančiais komentarais, neretai reikalaujant šių reakcijų nereikšti – nerėkti, neverkti, nedrebėti ir panašiai. Stiprių emocinių reakcijų slopinimas, atsiskyrimas nuo jų – tai su disociacija susijusios reakcijos (Dewe et al., 2016; Thiel & Dekel, 2020). Tokios patirtys yra aprašomos kaip vienas pagrindinių su PTSS rizika siejamų veiksnių (Briere et al., 2005). Šią sritį reikėtų patyrinėti plačiau, tačiau galima spėti, jog toks skatinimas slopinti emocijas galėtų sietis su disociacijos reakcijų patyrimu, kas lemia ir didesnę PTSS simptomų kiekį. Taigi, gimdyvės poreikių nepaisymas, ypač emocinių reakcijų neatliepimas, tarp netinkamą personalo elgesį patyrusių moterų išsiskyrė kaip su potrauminio streso reakcijomis po gimdymo susijusi patirtis.

Kitos elgesio formos – gąsdinimai, nepagarbus ar pašaipus bendravimas bei fiziniai veiksmai – tarp netinkamus veiksmus patyrusių gimdyvių neatsiskleidė kaip svarbesnės. Tyrėjai nurodo įvairias šių patirčių sąsajas su psichologiniais sunkumais. Pavyzdžiui, Martínez-Vazquez ir kolegų (2021) su PTSS simptomų pasireiškimu sieja verbalinį medikų smurtą, Beck (2018) išskiria šiurkščių komentarų, grasinimų bei fizinio smurto neigiamas pasekmes gimdyvės psichologinei sveikatai. Šio tyrimo rezultatai atitinka kitų tyrimų duomenis – kaip minėta, bendrai neigiamą medicinos personalo elgesį prasčiau vertinusios tyrimo dalyvės susidūrė su daugiau potrauminio streso simptomų. Skirtumai neatsiskleidė tik nagrinėjant šias patirtis atskirai tarp netinkamą elgesį patyrusių moterų – gali būti, kad jos visos vienodai svarbios. Skirtumai galėjo neišryškėti ir dėl kokybinių duomenų kodavimo sistemos ar kategorijų suskirstymo – į poreikių nepaisymo kategoriją patenka daugiausiai kodų. Apibendrinus, susidūrimas su gąsdinimais, nepagarbiu ar pašaiptu bendravimu bei fiziniais veiksmais tarp su netinkamu medicinos personalo elgesiu susidūrusių moterų nesusijęs su didesniu PTSS simptomų pasireiškimu.

4.3 Potrauminio streso simptomų po gimdymo pasireiškimo prognoziniai veiksniai

Galiausiai, buvo siekiama išsiaiškinti, kas prognozuoja potrauminio streso simptomų pasireiškimą po gimdymo. Atskleista, kad prieš gimdymą pasireiškiantys rizikos veiksniai yra svarbūs PTSS reakcijoms po gimdymo nuspėti. Kaip reikšmingi prognozei išsiskyrė žemesnės gimdyvės pajamos bei prieš gimdymą patirti psichologiniai sunkumai – sutrikimo diagnozė, ryškių sunkumų patyrimas bei lankymasis pas psichologą/psichoterapeutą iki nėštumo. Kaip svarbūs prognozei atsiskleidė ir su gimdymo situacija susiję veiksniai – prastesnis gimdymo patirties subjektyvus vertinimas, personalo elgesio kaip mažiau rūpestingo vertinimas gimdymo metu bei didesnis sutikimas su tuo, kad ligoninėje buvo patirti gąsdinimai. Tiek vieni, tiek kiti veiksniai yra svarbūs PTSS reakcijų prognozei – nei vienų iš jų atskirai neužtenka prognozuojant šių simptomų pasireiškimui po gimdymo. Rezultatai atskleidžia, jog svarbi bendra šių veiksnių grupių sąveika – jie kartu geriausiai prognozuoja potrauminio streso simptomų pasireiškimą po gimdymo. Tai atitinka streso ir diatezės modelį, kuriame nurodoma, kad įvairios individo ypatybės sąveikauja su įvykio ypatybėmis ir būtent ši sąveika lemia, ar po įvykio pasireišk PTSS simptomai (Ayers, 2004). Tad svarbu ir tai, ką gimdyvė „atsineša“ ir tai, kas vyksta ligoninėje – neužtenka atsižvelgti tik į vienus ar kitus veiksnius. Iš paminėtų prognozinį veiksnių kaip svarbiausias išsiskyrė vienas iš prieš gimdymą pasireiškiančių faktorių – ryškių psichologinių sunkumų patyrimas iki nėštumo. Tai patvirtina Chan ir kolegų (2020) išskiriamą gimdyvės psichologinės sveikatos istorijos svarbą savijautai po gimdymo. Kalbant apie su gimdymo situacija susijusius veiksnius, įdomu tai, jog PTSS simptomų pasireiškimą nuspėja rūpestingo personalo elgesio kaip prastesnio vertinimas gimdymo metu. Gimdymo laikas ypač jautrus, moteris gali jaustis pažeidžiama, dėl to svarbus tinkamas, pasitikėjimu grįstas ryšys su medicinos personalu (Patterson et al., 2019), tad galbūt pozityvus ir rūpestingas elgesys su gimdyve šiame etape galėtų būti svarbus apsauginis veiksnys. Svarbu ir tai, kad šiame modelyje PTSS reakcijas po gimdymo prognozuoja gąsdinimų patyrimas. Tai gali būti susiję su grėsmės, dėl kurios yra gąsdinama moteris, aspektu, kadangi PTSS reakcijos įprastai ir pasireiškia susidūrus su grėsmingu įvykiu ar situacija (Geleželytė, 2022; WHO, 2024). Apibendrinus, patyrinėjus prieš gimdymą pasireiškiančius ir su gimdymo situacija susijusius rizikos veiksnius atsiskleidė, jog šių veiksnių sąveika yra svarbi prognozuojant potrauminio streso simptomų po gimdymo pasireiškimą.

4.4 Tyrimo ribotumai ir rekomendacijos

Svarbu atsižvelgti į šio tyrimo ribotumus. Pirmiausia, atliekant tyrimą nebuvo atsižvelgta į tai, kad moterys galėjo būti susidūrusios ir su kitais traumuojančiais įvykiais, kas gali turėti įtakos šio tyrimo rezultatams. Taip pat moterų, patenkančių į PTSS sutrikimo rizikos grupę, šioje imtyje buvo mažai –

didesnis šios grupės kiekis galėtų padėti tiksliau išskirti rizikos bei prognozinius veiksnius. Tuo pačiu svarbu turėti omenyje, kad PTSS po gimdymo nėra dažnas, tad surinkti didesnę tokių moterų grupę sudėtinga. Pati imtis, nors didelė ir apimanti moteris iš skirtingų Lietuvos miestų, yra pakankamai homogeniška – pavyzdžiui, didžioji dalis tyrimo yra ištekėjusios, turinčios aukštąjį išsilavinimą bei gimdė natūraliais takais. Labiau reprezentatyvi imtis galėtų padėti surinkti skirtingesnes moterų patirtis bei gauti tikslesnius skirtumus tarp grupių. Rezultatus paveikti galėjo ir kodavimo sistema. Kai kuriose kategorijose vertintojų suderintumas svyruoja nuo vidutinio iki aukšto. Nors kodai, kurių atveju vertintojų suderintumas buvo vidutinis, atskirai analizėje naudoti nebuvo, tai vis tiek gali turėti įtakos šio tyrimo rezultatų patikimumui – kodų knygą gali reikėti tikslinti. Taip pat svarbu tai, jog tyrimo metu atvirose klausimuose buvo klausama apie konkrečias medicinos personalo elgesio patirtis – gąsdinimus, patyčias, prievartą. Tai galėjo turėti įtakos tam, kokios patirtys buvo aprašytos, kas taip pat galėjo lemti ir teminės analizės metu išskirtas kategorijas. Apskritai, ne visos tyrimo dalyvės savo patirtis aprašė plačiai, jas renkant apklausos būdu nebuvo galimybės pasitikslinti, o tai galėjo turėti įtakos kodavimo tikslumui. Svarbu ir tai, kad dalis respondenčių patyrė daugiau nei vieną netinkamo elgesio formą – šiame tyrime tai nebuvo tyrinėta plačiau. Tai rodo šių patirčių kompleksškumą ir poreikį jas tyrinėti naudojant sudėtingesnes analizes. Galiausiai, duomenų pasiskirstymas buvo nutolęs nuo normaliojo skirstinio, ką svarbu turėti omenyje interpretuojant išskirtus prognozinius veiksnius. Nors tiesinė regresija yra gana atspari jos prielaidų pažeidimams (Čekanavičius ir Murauskas, 2014; Lumley et al., 2002), rezultatus reikia vertinti atsargiai.

Šio tyrimo metu atskleisti rezultatai gali būti svarbūs tiek ateities moksliniams tyrimams, tiek teikiant praktines rekomendacijas. Visų pirma, ateityje būtų svarbu plačiau patyrinėti minėtus šeiminių padėties, naujagimio atskyrimo trukmės, laiko, kada susidurta su netinkamu medicinos personalo elgesiu bei emocijų slopinimo aspektus. Reikalinga toliau gilintis ir į naujagimio atskyrimo bei netinkamo medicinos personalo elgesio patirtis. Šio tyrimo metu atlikta kokybinių, o vėliau kiekybinių duomenų analizė atskleidė bendras patirtis, su kuriomis susiduriama gimdant ligoninėse – tarp jų yra skaudžių patyrimų, rekomendacijų medicinos įstaigose nesilaikymo pavyzdžių. Turint omenyje, kad žalojantis elgesys medicinos personalo neretai yra suprantamas kaip įprastas ir tinkamas (Borgest, 2018), šias sritis ypač svarbu tyrinėti toliau, kad būtų galima gilinti tokių praktikų žalingumo supratimą ir stiprinti pagalbos gimdyvėms galimybes. Bendrai, svarbu toliau tyrinėti tiek prieš gimdymą pasireiškiančius, tiek su gimdymo situacija susijusius veiksnius, o ypač jų tarpusavio sąveikas, įvertinti galimus mediacinius, moderacinius ryšius, išskirti apsauginius veiksnius – tai padėtų geriau suprasti potrauminio streso simptomų pasireiškimo po gimdymo mechanizmus. Kalbant apie praktinį tyrimo rezultatų pritaikymą, reikalinga suprasti, jog moters savijautą po gimdymo veikia ir tai, kokias savybes ir patirtis ji „atsineša“,

ir tai, kas vyksta ligoninėje. Tad vykdant psichologinių sunkumų po gimdymo prevenciją svarbu įvertinti moters ypatybes ir būseną prieš gimdymą – ypač svarbu atkreipti dėmesį į iki nėštumo patirtus psichologinius sunkumus, bei taikyti tinkamas praktikas ligoninėje, pavyzdžiui, laikytis rekomendacijų, tinkamai bendrauti ir bendradarbiauti su gimdyve, suteikiant jai reikiamą informaciją, pasirinkimo laisvę, galimybę reikšti emocijas. Tai gali padėti atpažinti rizikos grupėje esančias moteris bei išvengti gimdymo kaip trauminės patirties patyrimo. Apibendrinus, šis tyrimas atskleidžia ryšius tarp prieš gimdymą pasireiškiančių ir su gimdymo situacija susijusių veiksnių bei potrauminio streso simptomų po gimdymo pasireiškimo – gauti rezultatai nurodo galimas ateities tyrimų bei praktinių rekomendacijų kryptis.

IŠVADOS

1. Rastos tokios sąsajos tarp prieš gimdymą pasireiškiančių rizikos veiksnių ir potrauminio streso simptomų pasireiškimo po gimdymo:
 - 1.1 Tarp demografinių charakteristikų ir potrauminio streso simptomų pasireiškimo po gimdymo atsiskleidė šios sąsajos: moterys, kurių amžius jaunesnis bei moterys, kurių pajamos mažesnės, patyrė daugiau potrauminio streso simptomų po gimdymo. Ištekęjusios moterys patyrė mažiausiai potrauminio streso simptomų, esančios partnerystėje – mažiau nei vienišos ir daugiau nei ištekėjusios, o vienišos patyrė daugiausiai potrauminio streso simptomų. Išsilavinimas nėra susijęs su potrauminio streso simptomų po gimdymo pasireiškimu.
 - 1.2 Sveikatos problemos, keliančios riziką nėštumui, nėra susijusios su potrauminio streso simptomų po gimdymo pasireiškimu.
 - 1.3 Su gimdymu susijusios patirtys iki nėštumo (abortas, natūrali kūdikio netektis) nėra susijusios su potrauminio streso simptomų pasireiškimu po gimdymo.
 - 1.4 Moterys, patyrusios psichologinių sunkumų iki nėštumo, patyrė daugiau potrauminio streso simptomų po gimdymo.
2. Rastos tokios sąsajos tarp su gimdymo situacija susijusių veiksnių ir potrauminio streso simptomų pasireiškimo po gimdymo:
 - 2.1 Moterys, įvertinusios gimdymo metu jaustą fizinį skausmą kaip stipresnį, patyrė daugiau potrauminio streso simptomų po gimdymo.
 - 2.2 Moterys, įvertinusios subjektyvią gimdymo patirtį kaip labiau traumuojančią, patyrė daugiau potrauminio streso simptomų po gimdymo.
 - 2.3 Moterys, kurių naujagimis buvo atskirtas, nepriklausomai nuo šio atskyrimo trukmės, patyrė daugiau potrauminio streso simptomų po gimdymo. Moterys, patyrusios atskyrimą dėl kitų nei sveikatos ar pooperacinio laiko priežasčių, patyrė daugiau potrauminio streso simptomų po gimdymo.
 - 2.4 Moterys, įvertinusios medicinos personalo elgesį kaip labiau rūpestingą gimdymo ir pogimdyvinės priežiūros metu, patyrė mažiau potrauminio streso simptomų po gimdymo, o gąsdinimų, patyčių ir prievartos didesnis patyrimas bei susidūrimas su daugiau netinkamo elgesio formų yra susiję su didesniu potrauminio streso simptomų pasireiškimu. Su poreikių nepaisymu susidūrusios gimdyvės patyrė daugiau potrauminio streso simptomų nei kitas netinkamo elgesio formas patyrusios, tarp jų potrauminio streso simptomai stipriau pasireiškė susidūrusioms su komentarais apie emocines reakcijas.

3. Potrauminio streso simptomų po gimdymo pasireiškimą geriausiai prognozuoja prieš gimdymą pasireiškiančių veiksnių ir su gimdymo situacija susijusių veiksnių sąveika. Žemesnės pajamos, iki nėštumo patirti psichologiniai sunkumai (sutrikimo turėjimas, ryškių psichologinių sunkumų patyrimas bei lankymasis pas psichologą/psichoterapeutą), gimdymo patirties kaip labiau traumuojančios vertinimas, personalo elgesio kaip mažiau rūpestingo vertinimas gimdymo metu ir ligoninėje patirti gąsdinimai prognozuoja didesnę potrauminio streso simptomų pasireiškimą po gimdymo.

LITERATŪRA

- Affonso, D. D., Hurst, I. L., Mayberry, L. J., Haller, L., Yost, K., & Lynch, M. E. (1992). Stressors reported by mothers of hospitalized premature infants. *Neonatal Network*, *11*(60), 63-70. Paimta iš <https://europepmc.org/article/med/14480>
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, *46*(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>
- Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health and Medicine*, *11*(4), 389–398. <https://doi.org/10.1080/13548500600708409>
- Ayers, S., & Pickering, A. D. (2005). Women's expectations and experience of birth. *Psychology and Health*, *20*(1), 79–92. <https://doi.org/10.1080/0887044042000272912>
- Ayers, S. (2004). Delivery as a Traumatic Event: Prevalence, Risk Factors, and Treatment for Postnatal Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical obstetrics and gynecology*, *47*(3), 552-567. Paimta iš https://journals.lww.com/clinicalobgyn/fulltext/2004/09000/Amniotic_Fluid_Embolism.9.aspx
- American Psychiatric Association. (2022). Trauma- and Stressor-Related Disorders. Iš *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anderson, R. (2007). Thematic content analysis (TCA). *Descriptive presentation of qualitative data*, *3*, 1-4. Paimta iš <https://rosemarieanderson.com/wp-content/uploads/2014/08/ThematicContentAnalysis.pdf>
- Annborn, A., & Finnbogadóttir, H. R. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, *105*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
- Beck, C. T. (2018). A Secondary Analysis of Mistreatment of Women During Childbirth in Health Care Facilities. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *47*(1), 94–104. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.08.015>
- Bhattacharya, S., Lowit, A., Bhattacharya, S., Raja, E. A., Lee, A. J., Mahmood, T., & Templeton, A. (2012). Reproductive outcomes following induced abortion: A national register-based cohort study in Scotland. *BMJ Open*, *2*(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-000911>
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., ... & Widström, A. M. (2009). Early contact versus separation: effects on

- mother–infant interaction one year later. *Birth*, 36(2), 97-109. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x>
- Blum, L. D. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*, 24(1), 45. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.24.1.45>
- Borgest, M. T. R. (2018). A violent birth: reframing coerced procedures during childbirth as obstetric violence. *Duke Law J*, 6. Paimta iš <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29469554>
- Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner, S., & Foa, E. B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181(2), 158–162. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.2.158>
- Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2295-2301. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2295>
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Stevens, J., & Takahashi, Y. (2018). An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. *Maternal and Child Nutrition*, 14(2). <https://doi.org/10.1111/mcn.12571>
- Cacciatore, J. (2013). Psychological effects of stillbirth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2012.09.001>
- Chan, S. J., Ein-Dor, T., Mayopoulos, P. A., Mesa, M. M., Sunda, R. M., McCarthy, B. F., Kaimal, A. J., & Dekel, S. (2020). Risk factors for developing posttraumatic stress disorder following childbirth. *Psychiatry Research*, 290. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113090>
- Chapuis-de-Andrade, S., Moret-Tatay, C., Quarti Irigaray, T., Breno Costa, D., Antonello, I. C. F., & Pinheiro da Costa, B. E. (2021). Coping with stress and personality: A study in pregnancies complicated by hypertension. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28(6), 1607–1619. <https://doi.org/10.1002/cpp.2603>
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, Quantitative and Mixed methods approaches*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2013). Steps in conducting a scholarly mixed methods study. Paimta iš <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1047&context=dberspeakers>
- Crosier, T., Butterworth, P., & Rodgers, B. (2007). Mental health problems among single and partnered mothers: The role of financial hardship and social support. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42, 6-13. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0125-4>
- Čekanavičius, V. ir Murauskas, G. (2014). *Taikomoji regresinė analizė socialiniuose tyrimuose*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.

- Čėsienė, H. (2022). Akušerinio smurto patyrimas gimdymo metu (Magistro baigiamasis darbas). Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Paimta iš <https://hdl.handle.net/20.500.12512/116361>
- Dalfrà, M. G., Nicolucci, A., Bisson, T., Bonsembiante, B., & Lapolla, A. (2012). Quality of life in pregnancy and post-partum: A study in diabetic patients. *Quality of Life Research*, 21, 291-298. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9940-5>
- Daugirdaitė, V., Van Den Akker, O., & Purewal, S. (2015). Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: A systematic review. *Journal of pregnancy*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/646345>
- de Graaff, L. F., Honig, A., van Pampus, M. G., & Stramrood, C. A. I. (2018). Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 97(6), 648–656. <https://doi.org/10.1111/aogs.13291>
- Dekel, S., Thiel, F., Dishy, G., & Ashenfarb, A. L. (2019). Is childbirth-induced PTSD associated with low maternal attachment? *Archives of Women's Mental Health*, 22(1), 119–122. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0853-y>
- Dewe, H., Watson, D. G., & Braithwaite, J. J. (2016). Uncomfortably numb: new evidence for suppressed emotional reactivity in response to body-threats in those predisposed to sub-clinical dissociative experiences. *Cognitive neuropsychiatry*, 21(5), 377-401. <https://doi.org/10.1080/13546805.2016.1212703>
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). Factors associated with post-traumatic stress symptoms (PTSS) 4–6 weeks and 6 months after birth: A longitudinal population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 221, 238–245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.049>
- De Schepper, S., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., & Franck, E. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*, 32, 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.010>
- Eberhard, J., Stein, S., & Geissbuehler, V. (2005). Experience of pain and analgesia with water and land births. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26(2), 127–133. <https://doi.org/10.1080/01443610400023080>
- Edworthy, Z., Chasey, R., & Williams, H. (2008). The role of schema and appraisals in the development of post-traumatic stress symptoms following birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2), 123-138. <https://doi.org/10.1080/02646830801918422>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)

- Erlandsson, K., & Fagerberg, I. (2005). Mothers' lived experiences of co-care and part-care after birth, and their strong desire to be close to their baby. *Midwifery*, *21*(2), 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.09.008>
- Ferré, C., Callaghan, W., Olson, C., Sharma, A., & Barfield, W. (2007). Effects of Maternal Age and Age-Specific Preterm Birth Rates on Overall Preterm Birth Rates — United States, 2007 and 2014. *Mortality Weekly Report*, *65*(43), 1181–1184. <https://doi.org/10.2307/24859121>
- Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices. *Health services research*, *48*(6pt2), 2134-2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
- Finlay, J. E., Özaltın, E., & Canning, D. (2011). The association of maternal age with infant mortality, child anthropometric failure, diarrhoea and anaemia for first births: Evidence from 55 low-and middle-income countries. *BMJ Open*, *1*(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000226>
- Fominskytė, V. (2023). Potrauminio streso sutrikimas ir jo gydymo galimybės: literatūros apžvalga. *Medicinos mokslai*, *11*(4). Paimta iš <https://hdl.handle.net/20.500.12512/118178>
- Garel, M., Dardennes, M., & Blondel, B. (2007). Mothers' psychological distress 1 year after very preterm childbirth. Results of the epipage qualitative study. *Child: Care, Health and Development*, *33*(2), 137–143. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00663.x>
- Garthus-Niegel, S., Knoph, C., von Soest, T., Nielsen, C. S., & Eberhard-Gran, M. (2014). The Role of Labor Pain and Overall Birth Experience in the Development of Posttraumatic Stress Symptoms: A Longitudinal Cohort Study. *Birth*, *41*(1), 108–115. <https://doi.org/10.1111/birt.12093>
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0301-3>
- Geleželytė, O. (2022). *Kompleksinis potrauminis stresas: samprata ir psichotraumatologinis įvertinimas*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- George, D., & Mallery, P. (2019). *IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference*. New York: Routledge.
- Goutaudier, N., Séjourné, N., Rousset, C., Lami, C., & Chabrol, H. (2012). Negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation and self-efficacy as predictors of postpartum posttraumatic stress symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *30*(4), 352–362. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.738415>

- Greenberg, N., Brooks, S., & Dunn, R. (2015). Latest developments in post-traumatic stress disorder: Diagnosis and treatment. *British Medical Bulletin*, *114*(1), 147–155. <https://doi.org/10.1093/mb/ldv014>
- Greenfield, M., Jomeen, J., & Glover, L. (2016). What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *British Journal of Midwifery*, *24*(4), 254-267. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.4.254>
- Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, *34*(5), 389-401. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>
- Haagen, J. F. G., Moerbeek, M., Olde, E., Van Der Hart, O., & Kleber, R. J. (2015). PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *Journal of Affective Disorders*, *185*, 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.049>
- Habeck, C. G., & Brickman, A. M. (2018). A common statistical misunderstanding in Psychology and Neuroscience: Do we need normally distributed independent or dependent variables for linear regression to work?. *BioRxiv*, 305946. Paimta iš <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/305946v1.abstract>
- Hemphill, J. F. (2003). Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. *American Psychologist*, *58*(1), 78–79. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.78>
- Hodges, S. (2009). Abuse in Hospital-Based Birth Settings? *Journal of Perinatal Education*, *18*(4), 8–11. <https://doi.org/10.1624/105812409x474663>
- Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., Van Pampus, M. G., de Miranda, E., & Stramrood, C. A. I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of women's mental health*, *20*, 515-523. Paimta iš <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-017-0729-6>
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, *15*(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Iles, J., Slade, P., & Spiby, H. (2011). Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: the role of partner support and attachment. *Journal of anxiety disorders*, *25*(4), 520-530. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.00>
- Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *208*, 634–645. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>

- Yonkers, K. A., Ramin, S. M., John Rush, A., Navarrete, C. A., Thomas Carmody, M., March, ... Kenneth Leveno, D. J. (2001). Article Onset and Persistence of Postpartum Depression in an Inner-City Maternal Health Clinic System. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1856-1863. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1856>
- Yoon, P. W., Freeman, S. B., Sherman, S. L., Taft, L. F., Gu, Y., Pettay, D., Flanders, W. D., ... Hassold, T. J. (1996). Advanced Maternal Age and the Risk of Down Syndrome Characterized by the Meiotic Stage of the Chromosomal Error: A Population-Based Study. *American journal of human genetics*, 58(3), 628. Paimta iš <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1914585/>
- Jacobsson, B., Ladfors, L., & Milsom, I. (2004). Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstetrics and Gynecology*, 104(4), 727–733. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000140682.63746.be>
- Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- Johnson, K. (2013). Maternal-Infant Bonding: A Review of Literature. *International Journal of Childbirth Education*, 28(3). Paimta iš <https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=5d4d7080-9a95-4822-a15618952fc0eed8%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=89667482&db=hch>
- Johnson, K. J., Carozza, S. E., Chow, E. J., Fox, E. E., Horel, S., McLaughlin, C. C., ... Specter, L. G. (2009). Parental age and risk of childhood cancer. *Epidemiology*, 20(4), 475–483. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181a5a332>
- King, L., McKenzie-McHarg, K., & Horsch, A. (2017). Testing a cognitive model to predict posttraumatic stress disorder following childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1194-3>
- Klimavičienė, E., & Riklikienė, O. (2022). Pagimdžiusių moterų su gimdymu susijusios traumos patyrimas. Iš *Slaugos mokslas ir praktika: iššūkiai ir galimybės 2022*, 23. Mokslinės praktinės konferencijos santraukų leidinys (p. 23-24). Kaunas: Kauno kolegijos Reklamos ir medijų centras.
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., ... Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Kountanis, J. A., Kirk, R., Handelzalts, J. E., Jester, J. M., Kirk, R., & Muzik, M. (2022). The associations of subjective appraisal of birth pain and provider-patient communication with postpartum-onset

- PTSD. *Archives of Women's Mental Health*, 25(1), 171-180. <https://doi.org/10.1038/d41586-019-00857-9>
- Križgalvytė, G. (2023). COVID-19 sirgusių moterų patirtas akušerinis smurtas (Magistro baigiamasis darbas). Kaunas: Kauno kolegija. Paimta iš <http://dspace.kaunokolegija.lt/handle/123456789/7101>
- Kukulskienė, M., & Žemaitienė, N. (2022). Postnatal Depression and Post-Traumatic Stress Risk Following Miscarriage. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph19116515>
- Lee, B. K., & McGrath, J. J. (2015). Advancing parental age and autism: Multifactorial pathways. *Trends in molecular medicine*, 21(2), 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.molmed.2014.11.005>
- Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., ... Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 247-256. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)
- Lin, H. C., Chen, S. F., Lin, H. C., & Chen, Y. H. (2010). Increased risk of adverse pregnancy outcomes in women with rheumatoid arthritis: A nationwide population-based study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69(4), 715–717. <https://doi.org/10.1136/ard.2008.105262>
- MacKinnon, A. L., Yang, L., Feeley, N., Gold, I., Hayton, B., & Zelkowitz, P. (2017). Birth setting, labour experience, and postpartum psychological distress. *Midwifery*, 50, 110-116. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.023>, 110-116.
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M., & Gramzow, R. H. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of general psychiatry*, 57(8), 777-784. Paimta iš <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/481643>
- Makara-Studzińska, M., Moryłowska-Topolska, J., Sygit, K., Sygit, M., & Goździewska, M. (2013). Socio-demographical and psychosocial determinants of anxiety symptoms in a population of pregnant women in the regions of central and eastern Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 20(1). Paimta iš <https://agro.icm.edu.pl/agro/element/bwmeta1.element.agro-f725b066-3b96-4d98-83f5-f55e6c91269c>
- Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vazquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 34(5), e526–e536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>

- Martinez-Vázquez, S., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2022). Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery, 108*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103297>
- Martínez-Vazquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Long-term high risk of postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) and associated factors. *Journal of Clinical Medicine, 10*(3), 1–12. <https://doi.org/10.3390/jcm10030488>
- Mažulytė, E., Skerytė-Kazlauskienė, M., Eimontas, J., Gailienė, D., Grigutytė, N., & Kazlauskas, E. (2014). Trauma experience, psychological resilience and dispositional optimism: Three adult generations in Lithuania. *Psichologija, 49*, 20-33. <https://doi.org/10.15388/psichol.2014.49.3696>
- Mažulytė-Rašytinė, E., Gudžinskaitė, U., & Pukelienė, M. (2021). Moterų gimdymo patirtys Lietuvoje iki COVID-19 pandemijos ir jos laikotarpiu. *Lietuvos akušerija ir ginekologija, 24*(4), 308-316. <https://doi.org/10.37499/LAG.799>
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia medica, 22*(3), 276-282. Paimta iš <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3900052/>
- Meškūnaitė, G. (2022). Gimdymo patirties ligoninėje ir potrauminio streso po gimdymo ryšys (Bakalauro baigiamasis darbas). Vilnius: Vilniaus universitetas. Paimta iš <https://www.lvb.lt/permalink/f/16nmo04/ELABAETD192980229>
- Miesnik, S. R., & Reale, B. J. (2007). A review of issues surrounding medically elective cesarean delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 36*(6), 605–615. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00196.x>
- Miles, M. S., Wilson, S., & Docherty, S. (1999). African American mothers' responses to hospitalization of an infant with serious health problems. *Neonatal Network, 18*(8), 17-25. Paimta iš <https://connect.springerpub.com/content/sgrnn/18/8/17.abstract>
- Nyström, K., & Axelsson, K. (2002). Mothers' experience of being separated from their newborns. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 31*(3), 275–282. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00049.x>
- Nolan, A., & Lawrence, C. (2009). A pilot study of a nursing Intervention protocol to minimize maternal-infant separation after cesarean birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 38*(4), 430–442. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01039.x>
- Obrochta, C. A., Chambers, C., & Bandoli, G. (2020). Psychological distress in pregnancy and postpartum. *Women and Birth, 33*(6), 583-591. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.009>

- O'Donovan, A., Alcorn, K. L., Patrick, J. C., Creed, D. K., Dawe, S., & Devilly, G. J. (2014). Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*, *30*(8), 935-941. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.011>
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., Berntsen, D., & Siegler, I. C. (2013). The frequency and impact of exposure to potentially traumatic events over the life course. *Clinical Psychological Science*, *1*(4), 426-434. <https://doi.org/10.1177/2167702613485076>
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, *27*(5), 572-581. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical psychology review*, *26*(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.002>
- Othelia Lee, E. K. O., & Oh, H. (2005). A wise wife and good mother: Reproductive health and maternity among women with disability in South Korea. *Sexuality and Disability*, *23*, 121-144. <https://doi.org/10.1007/s11195-005-6728-y>
- Patriksson, K., & Selin, L. (2022). Parents and newborn “togetherness” after birth. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *17*(1), 2026281. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2026281>
- Patterson, J., Hollins Martin, C., & Karatzias, T. (2019). PTSD post-childbirth: a systematic review of women's and midwives' subjective experiences of care provider interaction. *Journal of reproductive and infant psychology*, *37*(1), 56-83. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1504285>
- Perera, D., Lund, R., Swahnberg, K., Schei, B., Infanti, J. J. (2018). “When helpers hurt”: Women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *18*(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1869-z>
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0>
- Sawyer, A., Ayers, S., Young, D., Bradley, R., & Smith, H. (2012). Posttraumatic growth after childbirth: A prospective study. *Psychology and Health*, *27*(3), 362-377. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.578745>
- Séjourné, N., De la Hammaide, M., Moncassin, A., O'Reilly, A., & Chabrol, H. (2018). Study of the relations between the pain of childbirth and postpartum, and depressive and traumatic symptoms.

- Gynecologie Obstetrique Fertilité et Senologie*, 46(9), 658–663. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.06.002>
- Shaw, J. C. A. (2013). The Medicalization of Birth and Midwifery as Resistance. *Health Care for Women International*, 34(6), 522-536. <https://doi.org/10.1080/07399332.2012.736569>
- Sheen, K., & Slade, P. (2018). Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2523-2535. <https://doi.org/10.1111/jocn.14219>
- Söderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G., & Wijma, K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(5), 672–680. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x>
- Soet, J. E., Brack, G. A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36–46. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x>
- Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. G. (2019). Skin-to-skin contact and what women want in the first hours after a caesarean section. *Midwifery*, 74, 140-146. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.020>
- Sullins, D. P. (2019). Affective and substance abuse disorders following abortion by pregnancy intention in the united states: A longitudinal cohort study. *Medicina*, 55(11). <https://doi.org/10.3390/medicina55110741>
- Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in science education*, 48(6), 1273-1296. Paimta iš <https://link.springer.com/article/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Thiel, F., & Dekel, S. Peritraumatic dissociation in childbirth-evoked posttraumatic stress and postpartum mental health. *Arch Womens Ment Health*. 2020; 23 (2): 189-197. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00978-0>
- Vaškelytė, A., & Naujokaitė, H. (2020). Prieš laiką pagimdžiusių moterų patirtys. *Sveikatos mokslai/Health sciences in Eastern Europe*, 30(6), 180–184. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2020.161>
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2012). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(4), 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010>

- Vossbeck-Elsebusch, A. N., Freisfeld, C., & Ehring, T. (2014). Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC psychiatry*, *14*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-200>
- Westby, C. L., Erlandsen, A. R., Nilsen, S. A., Visted, E., & Thimm, J. C. (2021). Depression, anxiety, PTSD, and OCD after stillbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04254-x>
- World Health Organization. (2024). 6B40 Post traumatic stress disorder. Iš *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#2070699808>
- World Health Organization & United Nations Children's Fund (2018). *Implementation guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018*. Paimta iš <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>
- World Health Organization (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Paimta iš https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf
- Wszolek, K., Żak, E., Żurawska, J., Olszewska, J., Pięta, B., & Bojar, I. (2018). Influence of socio-economic factors on emotional changes during the postnatal period. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, *25*(1), 41–45. <https://doi.org/10.26444/aaem/74486z>
- Zinkevičienė, A. (2022). Moterų emocinė būseną po gimdymo ir sąsajos su gimdymo eiga ir baigtimi (Magistro baigiamasis darbas). Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Paimta iš <https://hdl.handle.net/20.500.12512/116402>
- Zwier, R. K. (2020). Taking Back Birth: De/Medicalization and the Rhetoric of the Santa Cruz Birth Center. *Western Journal of Communication*, *84*(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/10570314.2019.1647348>
- Žukovskytė, K. (2022). Moterų, kurioms buvo nustatytas gestacinis diabetas, patirtys (Magistro baigiamasis darbas). Kaunas: Kauno kolegija. Paimta iš <https://dspace.kaunokolegija.lt/handle/123456789/5689>

PRIEDAI

1 priedas. Kodų knyga

1. Kūdikio ir motinos atskyrimo priežastys

1.1 Kodai

1. Atskyrimo priežastis – motinos sveikatos būklė.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuomet kūdikis buvo atskirtas dėl gimdyvės sveikatos sunkumų – tyrimo dalyvė įvardino, dėl kokių sveikatos problemų jai reikėjo papildomos pagalbos ar kokia pagalba jai buvo suteikta. Pvz., „*Teko guleti man, netekau daug kraujo, buvo atliekamas kraujo perpylimas.*“ (210211), „*Buvo man statoma lasalinė*“ (211797). Šiuo kodu taip pat koduojami atsakymai, kuomet kūdikis buvo atskirtas, nes motinos būklė turėjo būti stebima, net jei tiksliai priežastis tam nenurodyta pvz., „*Po operacijos 7 valandos buvome atskirti nes mano būkle buvo stebima*“ (210205). Taip pat atsakymai, kuomet nurodoma, jog dėl savo būklės mama negalėjo rūpintis vaiku, pvz., „*Nes buvau labai isvarginta, daugiau nei puses paros kankinama, norejau issimiegoti*“ (211799), kai kūdikis atskirtas, nes gimdyvei reikėjo laiko atsigauti po narkozės, pvz., „*Aš buvau po bendros nejautos, reikėjo laiko atsigauti*“ (210084) bei kai kūdikis buvo atskirtas dėl atliktų medicininių intervencijų gimdyvei, pvz., „*Turėjo siuti plyšimą operacineje su narkoze, todėl iškart po gimdymo išnešė naujagimį.*“ (220207). Šiuo kodu koduojami ir tie atsakymai, kuriuose minima cezario pjūvio operacija, tačiau nurodoma, dėl kokių gimdyvės sveikatos būklės aplinkybių operacijos metu ar po jos buvo atskirtas kūdikis, pvz., „*(...) nes po cp buvo šalutinis poveikis tai nevaldomas drebulys. Vos pasibaigė atnešė kūdikį*“ (210779) bei atsakymai, kuriuose nurodoma, kad gimdyvė buvo užsikrėtusi COVID-19, pvz., „*(...) Man buvo nustatytas Covid-19 gimdymo dieną, dėl to man apskritai neleido jo nei matyti, nei lankyti, nieko, visą saviizoliacijos laikotarpį t.y. 10 dienų*“ (210125).

2. Atskyrimo priežastis – kūdikio sveikatos būklė.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuomet kūdikis buvo atskirtas nuo gimdyvės dėl jo sveikatos sunkumų – gimdyvė įvardino, dėl kokių kūdikio sveikatos sutrikimų jos naujagimis buvo atskirtas ar kokios pagalbos jam reikėjo. Pvz., „*Dėl naujagimių geltos*“ (211599), „*Antra para buvo sildomas inkubatoriuje*“ (221699). Šiuo kodu taip pat koduojami atsakymai, kuomet kūdikis gydytojų buvo paimtas apžiūrai, tyrimams arba stebėjimui, net jei tiksliai priežastis tam nenurodyta, pvz., „*Apžiūrai*“ (210187), „*(...) kol darė vaikui tyrimus dėl gliukozės*“ (212077). Taip pat atsakymai, kuomet

tiriamosios nurodo, jog vaikas buvo paimtas dėl jo būklės, bet nedetalizuoja, kokia ji buvo, pvz., „*Dėl naujagimio būklės*“ (211008) bei atsakymai, kuriuose nurodoma, kad naujagimis buvo užsikrėtęs COVID-19, pvz., „*Jie gimė užsikrėtę covid*“ (211306).

3. Atskyrimo priežastis neaiški.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuomet tyrimo dalyvei buvo neaiškios ar nepaaiškintos kūdikio atskyrimo priežastys arba priežasties atskyrimui, pasak gimdyvės, nebuvo. Pvz., „*Tiksliai net nežinau iki šiol, man to nepaaiškino*“ (210713), „*Nebuvo tam priežasčių. Tiesiog jis nebuvo atneštas*“ (210278). Koduojami ir tie atsakymai, kuriuose pažymima nurodyta atskyrimo priežastis, tačiau gimdyvė su ja nesutinka, jai vis tiek liko neaišku, dėl ko kūdikis buvo atskirtas arba ji jautė, jog tuo metu kūdikiu pasirūpinti galėtų, pvz., „*(...) Nors jaučiausi pakankamai gerai ir manau būčiau galėjusi pasirūpinti kūdikiu. Tačiau personalas siūlė pailsėti, pamiegoti, esą dar spėsiu privargti.*“ (220006).

4. Atskyrimo priežastis – pooperacinis laikas.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose kaip kūdikio atskyrimo priežastis įvardinama Cezario pjūvio operacija arba operacija, tiksliai neįvardinant, kokia, ir nenurodyta kitų atskyrimo priežasčių, pvz., „*Dėl cezario operacijos*“ (210988). Taip pat atsakymai, kuriuose nurodyta, kad kūdikis atskirtas, kol gimdyvė gulėjo kitoje palatoje (pooperacinėje, reanimacijoje ar kitoje) po atliktos operacijos, kuomet nenurodyta, kad buvo reikalinga papildoma medicininė pagalba ar stebėjimas, arba neaišku kokia pagalba buvo suteikta ir ar buvo suteikta, nenurodoma, kad gimdyvei reikėjo laiko atsigauti ar pasijausti geriau, pvz., „*Pirmas 12 valandų aš buvau perkelta į pooperacinę palatą. Kūdikis buvo atskirai ir tik 2 kartus per tą laiką atneštas pažįsti.*“ (211963).

5. Atskyrimo priežastis – nėra sąlygų.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose nurodoma, kad ligoninėje nebuvo sąlygų gimdyvei būti su naujagimiu, pvz., „*Nebuvo laisvų palatų, teko kelias valandas po operacijos praleisti atskirai.*“ (221330).

6. Atskyrimo priežastis – negauti COVID-19 testo atsakymai.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose nurodoma, jog atskyrimas įvyko dėl negauto COVID-19 testo atsakymo, pvz., „*Labai skaudu iki šiol. Nesulaukiau kūdikio 11 val.gimdžiau*

8, atgavau po 17.30. Nes negautas covido atsakymas. ir niekas nežino kada jis bus verkiu, rėkiu, baisu, nežinau kas vaikui. liepia žiūrėti esveikatoje to testo rezultaty. niekas nieko nežino“ (211734).

7. Kūdikis nuo motinos atskirtas dėl sveikatos būklės, tačiau neaišku, kurio iš jų sveikatos būklė tapo to priežastimi.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose įvardinama atskyrimo priežastis nusako arba leidžia numanyti, kad dėl tam tikrų priežasčių buvo susidurta su motinos arba kūdikio sveikatos sutrikimu, tačiau neįvardinama, kurio iš jų sveikatos būklė tapo to priežastimi, pvz., „*Dėl patologinio gydymo*“ (210195), „*Infekcija*“ (210739).

1.2 Kategorijos

1.1 lentelė. *Kūdikio ir motinos atskyrimo priežastys – kategorijos ir jas sudarantys kodai*

Kategorija	Aprašymas	Patenkantys kodai	Vienetai
Atskyrimas dėl sveikatos priežasčių	Į šią kategoriją patenka kodai, kuriais koduojamos tyrimo dalyvių patirtys, kuriose atskleidžiama naujagimio atskyrimo priežastis – sveikatos sunkumai.	Atskyrimo priežastis – motinos sveikatos būklė	150 vnt.
		Atskyrimo priežastis – kūdikio sveikatos būklė	464 vnt.
		Kūdikis nuo motinos atskirtas dėl sveikatos būklės, tačiau neaišku, kurio iš jų sveikatos būklė tapo to priežastimi	37 vnt.
Atskyrimas dėl pooperacinio laiko	Į šią kategoriją patenka kodai, kuriais koduojamos tyrimo dalyvių patirtys, kuriose atskleidžiama, jog kūdikis buvo atskirtas dėl pooperacinio laiko po cezario pjūvio ar neįvardintos operacijos, kad buvo gulima atskiroje palatoje neįvardinant, kad buvo reikalinga ar suteikta medicininė pagalba.	Atskyrimo priežastis – pooperacinis laikas	128 vnt.
Kitos atskyrimo priežastys	Į šią kategoriją patenka kodai, kuriais koduojamos tyrimo dalyvių patirtys, kuomet atskyrimas įvyko dėl kitų nei sveikata ar pooperacinis laikas priežasčių – priežastis gimdyvei buvo neaiški ar nepaaiškinta arba atskyrimas įvyko dėl situacinių veiksnių.	Atskyrimo priežastis neaiški	46 vnt.
		Atskyrimo priežastis – nėra sąlygų	6 vnt.
		Atskyrimo priežastis – negauti COVID-19 testo atsakymai	5 vnt.

2. Netinkamas medicinos personalo elgesys

2.1 Kodai

1. Gąsdinimas motinos būkle.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuomet yra nurodoma, kad moteris buvo gąsdinama jos sveikatos būklės sutrikimais, pvz., „*Jei taip darysi, susiplesusi gimdos kaklelį.*“ (221291), „(...) *Pakeltu tonu buvau gazdinama likti invalide jei nesesiu ramiai kaip liepta.*“ (210358).

2. Gąsdinimas kūdikio būkle.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuomet yra nurodoma, kad moteris buvo gąsdinama kūdikio sveikatos būkle arba mirtimi, pvz., „*Kad neužteks pieno, kad dėl manęs vaikas sirgs gelta*“ (212187), „*Gąsdino kad vaikas gali neišgyventi*“ (210040). Įtraukiami ir atsakymai, kuriuose kalbama apie replikas, kad motinos veiksmai kaip nors pakenks kūdikiui, nors žala ir nėra tiesiogiai susijusi su kūdikio sveikata, pvz., „*Akušerė pamačius kad kūdikis guli užmigęs prie krūtinės, apžiojęs, pagasdino, kad pripras, negalima taip leist*“ (220149), „(...) *Personalas gąsdino, kad po buteliuko vaikas nebeims krūties ir žindymas bus nebeįmanomas.*“ (210479).

3. Spaudimas žindymo klausimais.

Šiuo kodu koduojami atsakymai, kuriuose nurodoma, jog buvo susilaukta spaudimo žindymo klausimais – kūdikiui duoti mišinio (pvz., „*Gasdino kad jei nepriauga svorio duos misinuko o norejau pati zindyti*“ (221694)) arba žindyti pačiai (pvz., „*Jaučiau spaudimą žindyti natūraliai*“ (210995)). Šiuo kodu taip pat koduojami atsakymai, kuriuose nurodoma, jog buvo susilaukta komentarų žindymo klausimais, nors tiksliai ir nenurodoma, kad buvo patirtas spaudimas rinktis kurį nors maitinimo būdą, pvz., „*Labiausiai pabrėžiamas įsakmus 2-3 valandų maitinimas*“ (210133), „*Kad esu tuščiapapė ir negalėsiu maitinti.*“ (211484).

4. Spaudimas pasirašyti dokumentus.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose nurodoma, kad buvo prašoma pasirašyti dokumentus nesuteikiant reikiamos informacijos ar tokioje gimdyvės būsenoje, kuomet ji negali į juos įsigilinti, pvz., „*Iš esmės visi dokumentai pasirašomi prievarta, nes duoda tai daryti kai skauda, kai pavargus ir pan.*“ (210092), „(...) *tiesiog nutrenke dokumentus, liepe rasytis ir isejo.*“ (210025).

5. Gąsdinimai medicininėmis intervencijomis.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose nurodoma, kad gimdyvė medicinos personalo buvo gąsdinama įvairių medicininių intervencijų atlikimu, vaistų skyrimu, pvz., „*Jei nepasistengsit, reiks vakuumo. Akušerė*“ (210051), „*Grasino cezariu*“ (210415), „*Liepė nusiraminti ir atsipalaiduoti padidėjus kraujospūdžiui, antraip, man nenusiraminus, skirs vaistų kraujospūdžio mažinimui.*“ (221265). Šiuo kodu taip pat koduojami atsakymai, kuomet gimdyvė buvo kuo nors gąsdinama siekiant įtikinti atlikti medicininę intervenciją, pvz., „*Sakė, jei nedarys intervencijų gimdysiu tris dienas.*“ (211119), netiesiogiai įvardinama, kad gimdyvė negalės pagimdyti pati, pvz., „*(...) neaišku, kaip/at man pavyks pačiai pagimdyti.*“ (220185).

6. Informacijos, pagalbos trūkumas.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose nurodoma, kad gimdyvei trūko informacijos iš medicinos personalo, nebuvo atsakoma į gimdyvės klausimus, iš jų buvo tyčiojamasi arba informacija buvo pateikiama kaip savaime suprantama, pvz., „*Visas 4 dienas neradau niekur naujagimį prižiūrinčios gydytojos, vėliau kolegė paskambino jai gydytoja pažadėjo ateiti, bet taip ir neatėjo. O daugiau nieks neteikė informacijos ir liepė ieškoti gydytojos.*“ (211261), „*Bėgte medicinine kalba pasakoma informacija, diagnozės išvežant naujagimį tyrimams/parvežant iš jų.*“ (210674). Šiuo kodu taip pat koduojami atsakymai, kuomet gimdyvei buvo pateikiama skirtinga arba klaidinga informacija, pvz., „*(...) besikeičiančios akuseres kiekviena patarinejo savaip*“ (210879) arba gimdyvė jautėsi, kad negali klausti, pvz., „*Buvo nemalonių momentų, kai atrodė, kad negaliu trukdyti su klausimais, nors jų per visą laiką buvo tik 2*“ (211706). Taip pat atsakymai, kuomet nurodoma, kad buvo nesirūpinama gimdyvės arba naujagimio sveikatos būkle, pvz., „*(...) Ne karto pats neapziurejo Cezario pjuvio. Praėjus penkioms dienoms po Cezario personalas sukruto, man buvo prasidėjęs sepsis.*“ (211830), „*(...) Vaikas susirgo gelta (...) pagalba nebuvo suteikta tik sekanti ryta per apžiūra jau gana smarkiai susipykus su gydytojais buvo suteikta pagalba*“ (221207) arba trūko kitos pagalbos iš medicinos personalo, pvz., „*(...) į gimdyklą iš palatos turėjau pati neštis sunkų maišą, nors vyko sąrėmiai kas 3min. Sunku buvo susidėti daiktus. O akušerė vis skatino greičiau eiti*“ (220737).

7. Įgūdžių, žinių arba pastangų nuvertinimas.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose nurodoma, kad buvo susilaukta medicinos personalo komentarų apie gimdyvės (arba gimdyvės ir partnerio) motinystės, rūpinimosi kūdikiu įgūdžių ar žinių trūkumą, pvz., „*Replikas iš vaiku gyd kad nemoki nuplaut vaikui veido ar*

uzpakalio priskirciau prie patyciu.“ (210251). Šiuo kodu taip pat koduojami atsakymai, kuriuose nurodoma, kad gimdyvė medicinos personalo buvo vertinama kaip bloga ar nepasiruošusi motinystei mama, nors ir nėra nurodoma, kokių įgūdžių ar žinių jai trūksta, pvz., „(...) *Kad esu netikusi mama.*“ (212187). Čia taip pat patenka atsakymai, kuriuose dalinamasi, kad buvo nuvertinamas gimdyvės pasiruošimas gimdymui ar gimdymui reikalingi įgūdžiai, pvz., „*Gimdymo metu buvo tyčiojamas, kaip aš nemoku stumti ir nedarau gero darbo, kaip blogai stumiu ir pan.*“ (221238), „*Atvykus į ligoninę su skausmais apžiūrėjusi ginekologė išsityčiojo, kad esu labai jautri bei visiškai nepasiruošusi gimdymui.*“ (210153) arba komentuojamos gimdyvės pastangos, pvz., „(...) *Todėl stūmimo metu gavau daug komentarų, kad nesistengiu, tokių, kaip “vaikeli, čia tau ne žaidimas.”* (210636). Taip pat patirtys, kuomet gimdyvė buvo lyginama su kitomis gimdančiomis moterimis, pvz., „(...) *Personalas laidė komentarus, kad štai gretimoj platoj jau pagimdė, nors ir vėliau atvažiavo, o aš dar me*“ (210427) bei patirtys, kuomet gimdyvė susilaukė kaltinančių komentarų dėl galimų savo veiksmų, pvz., „(...) *Buvau pasitikta su akivaizdžiai neigiama replika "ką darei, kad nubėgo vandenys?"* (220736).

8. Komentarai apie emocines reakcijas.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuomet nurodoma, kad buvo susilaukta įvairių medicinos personalo komentarų apie pasireiškiančias emocines reakcijas, pvz., „*Slaugytojos, pamačiusios, kad verkiu dėl atskirtų vaikų laidė komentarus apie tai, kad nepriimtina verkti esant sveikiems vaikams*“ (210793). Šiuo kodu taip pat koduojami atsakymai, kuomet nurodoma, kad buvo susilaukta komentarų dėl reakcijų į patiriamą skausmą, pvz., „*Kai leido epidura - anesteziologe apsauke manė kad aimanuoju, kad nemoku tvardyti, nors labai skaudėjo.*“ (211396). Čia patenka ir tie atsakymai, kuomet reakcija į skausmą pasireiškė fiziškai, pvz., „*Prieš epiduro suleidimą, man buvo labai stiprūs sąrėmiai, ir negalėjau ramiai sėdėti, kad man įdėtų kateterį, o anesteziologė pasakė "mūsų pamaina baigiasi po 5min, jei nepasėdėsi ramiai tai liksi be epiduro"* (220199).

9. Komentarai dėl skiepų ar kitų intervencijų kūdikiui atsisakymo.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose nurodoma, kad buvo susilaukta nemalonių reakcijų dėl gimdyvės apsisprendimo atsisakyti skiepų ar kitų kūdikiui siūlomų intervencijų, pvz., „*Gydytojos ar kitų pareigų atstovės, nes personalas didelis, gąsdino dėl intervencijų atsisakymo kūdikiui. Kad vaikui būtini skiepai, nes gali numirti.*“ (221393).

10. Atsisakymas vykdyti medicininę intervenciją.

Šiais kodais koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuomet yra nurodoma, kad medicinos personalas atsisakė arba grasino atsisakyti vykdyti medicininę intervenciją, pvz., „(...) *Pasakius, kad noriu cezario operacijos, pasakė tik pasvajoti apie tai, nes visos pagimdo.*“ (220004). Čia taip pat įeina atsakymai, kuomet medicinos personalo sprendimu buvo nuspręsta neduoti gimdyvės prašomų vaistų arba buvo grasinama, kad taip įvyks, pvz., „*Budinti gydytoja, kurios paprašiau kokių nors raminamųjų vaistų, nes visą parą verkiau dėl nerimo ir kažkokios baimės, ir negalėjau užmigti, iš pradžių atsisakė kažką duoti.*“ (210880).

11. Gimdyvės ar jos patiriamų sunkumų nuvertinimas.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose nurodoma, kad medicinos personalas nuvertino gimdyvės savijautą ar įvardinamus savo ar kūdikio sunkumus, pvz., „*Buvo abejojama mano nerimu dėl vaiko sveikatos būklės, kuris vėliau pasiteisino ir vaikui reikėjo medicinės pagalbos*“ (210393), „*Priėmusi gimdyti gydytoja piktai priėmė ko čia naktimis važiuojam pasitikrinti, patikrinus patikino, kad joki vandenys nelaša, be reikalo dar vieną čia guldė, tai lai bent tonus pasimatuoja, atsistojus nuo kėdės- nubėgo vandenys, tai lašėjo.*“ (211394).

12. Veiksmai ir komentarai, susiję su COVID-19 liga.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose nurodoma, kad buvo susilaukta medicinos personalo komentarų su COVID-19 virusu susijusiomis temomis, pvz., „(...) *kaltino, kad užsikrėčiau covid*“ (210228), buvo apribojami veiksmai dėl su COVID-19 liga susijusių priežasčių, pvz., „*Kadangi sirgau covid, man neleido artėti prie personalo, kuris apžiūrindavo kūdikį palatoje.*“ (220306), „*Man buvo liepta užsidėti veido kaukę stangų metu, priežastis - nes personalui irgi reikia dėvėti.*“ (210053).

13. Gąsdinimai atimti, atskirti kūdikį.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose yra nurodoma, jog buvo sulaukta grasinimų dėl kokių nors priežasčių atimti ar atskirti naujagimį nuo gimdyvės. Pvz., „*Kad paims ir neatiduos vaiko, jeigu verksiu*“ (210339), „*Jei vaikiuko nesugebėsiu sušildyti, paims iš manęs jį į inkubatorių.*“ (210322). Šiuo kodu taip pat koduojami atsakymai, kuriuose nurodoma, kad vaikas buvo atskirtas, pvz., „*Kūdikis buvo atimtas, o mane išvežė į kitą skyrių.*“ (212022).

14. Rėkimas, pakeltas tonas.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose nurodoma, kad buvo susilaukta medicinos personalo rėkimo ar bendravimo pakeltu tonu, pvz., „(...) *Gimdymo metu buvo nejauku, nes buvo šaukiama ant manęs, jog kažką darau ne taip*“ (210497), „*Pogimdyminėje palatoje gydytoja šaukė ant manęs, kad aš jos „neklausau.*“ (211669).

15. Komentarai apie gimdyvės kūną ar išvaizdą.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuomet nurodoma, kad buvo susidurta su medicinos personalo komentarais apie gimdyvės kūną, pvz., „*Labai nemaloni anesteziologė operacijos pabaigoje sakė gydytojui – pasižiūrėk kiek riebalų, fu*“ (210020) arba įvairias kitas išvaizdos detales, pvz., „(...) *Vėliau dviese su kita sesute aptarinėjo ir šaipėsi iš mano nemažos tatuiruotės ant nugaros ir išvadino jaunystės klaida.*“ (210193).

16. Komentarai apie gimdyvės gimdymo pasirinkimus.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuomet nurodoma, kad iš medicinos personalo buvo susilaukta komentarų apie gimdyvės gimdymo pasirinkimus, jų netinkamumą. Pvz., „*Čia dar kalbu apie gimdymą, kai net cezario op metu jos aptarinėjo mano gimdymą, visaip šaipėsi iš mano nori gimdyti stovint*“ (210338), „*Gimdymo metu gydytojas nekorektiškai komentavo, nepritarė mano pasirinktiems nemedikamentiniams skausmo malšinimo būdams.*“ (220049). Čia taip pat patenka atsakymai, iš kurių galima numanyti, jog medicinos personalo reakcijų buvo susilaukta dėl gimdyvės priimtų su gimdymu susijusių sprendimų, pvz., atsisakyta skatinti gimdymą – „(...) *Vaikučio gydytoja leido suprasti, kad dėl dabartinės vaiko būklės esu kalta aš, nes vaikas buvo pernešiotas (gimė 41+2)*“ (221310).

17. Grubus, agresyvus fizinis elgesys.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose nurodoma, kad buvo susidurta su grubiu ar agresyviu fiziniu medicinos personalo elgesiu ne medicininių intervencijų metu, pvz., „(...) *Tai mane tiesiog stūmė nuo lovos ant lovos kaip gyvūli ir šaukė*“ (211413). Šiuo kodu koduojami ir tie atsakymai, kuriuose nurodomas grubus ar agresyvus medicinos personalo elgesys, nors jis nėra tiesiogiai nukreiptas į pačią gimdyvę, pvz., „*Vienoje pamainoje buvo agresyvi darbuotoja, kuri net durim trankydavo is pykčio.*“ (210626).

18. Žeminantis, nemandagus bendravimas.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose įvardinama, kad medicinos personalas bendravo grubiai, pašaipiai, nemandagiai, arogantiškai ar žeminančiai, pvz., „*Akušerės tikrai kartais būdavo nemalonus, grubiau pasakydavo*“ (211022), „*Nemalonus, žeminantis bendravimas Naugimiu priežiūros specialistu*“ (221246). Šiuo kodu taip pat koduojami atsakymai, kuriuose tiksliai įvardinami medicinos personalo nemalonūs, žeidžiantys ar pašaipūs komentarai, pvz., „*(...) jau dabar kaip mirstanti gulbe atrodo*“ (211193). Taip pat atsakymai, kuriuose nurodoma, kad buvo patirtos medicinos personalo apkalbos, pvz., „*Slaugytojos - nugirdau kaip jos apšneka, kaip vadina "užsispyrusia" ir pan.*“ (210306).

19. Gąsdinimas skausmu.

Šiuo kodu koduojami atsakymai, kuriuose nurodytas gąsdinimas skausmu, pvz., „*(...) gąsdino kad gimdymo metu tikrai skaudės, nors aš neklausiau ar skaudės.*“ (210953).

20. Komentarai ir gąsdinimai neišleisti iš ligoninės ar ligoninės skyriaus.

Šiuo kodu koduojami atsakymai, kuriuose nurodoma, kad buvo susilaukta medicinos personalo gąsdinimų ar kitų komentarų apie neišleidimą iš ligoninės ar ligoninės skyriaus, pvz., „*(...) Tad teko girdėti replikas, kad nenoriu namo važiuoti, nes su buteliuku viskas greičiau ir paprasčiau*“ (210493), „*Keisti komentarai, kad praleisime ligoninėje ilgiau nei kiti ir pan.*“ (220221).

21. Grubiai atliekamos medicininės intervencijos.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose nurodoma, kad apžiūros ar medicininės intervencijos buvo atliekamos grubiai, pvz., „*(...) Skėstuvą įkišo grubiai ir pasakius kad skauda dar pagrąsino kad nepriims gimdymo jeigu man nepatinka kažkas.*“ (221227). Taip pat, kai grubų elgesį medicininį intervencijų ar apžiūrų metu patyrė naujagimis, pvz., „*(...) Neonatologė labai grubiai apžiūrėjo vaikutį, akušere taip pat atliko visas procedūras su mažyle neatsargiai.*“ (221581). Šiuo kodu taip pat koduojami atsakymai, kuriuose nurodomi atlikti fiziniai veiksmai arba medicininės intervencijos, nors tiksliai ir nėra nurodyta, ar tai buvo atliekama grubiai, tačiau galima tą numanyti, pvz., „*Spaudė pilvą gimdymo metu*“ (221777).

22. Veiksmai neįspėjus, prieš gimdyvės valią.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuomet nurodoma, jog buvo patirti medicinos personalo veiksmai prieš gimdyvės valią. Koduojami atsakymai, kuomet kas nors buvo daroma pačiai

gimdyvei be jos sutikimo pvz., „*Savaitę laiko be mano sutikimo, kasdien "praverinėjo" gimdos kaklelį pirštais.*“ (210323) arba veiksmai be gimdyvės sutikimo buvo nukreipti į naujagimį, pvz., „*(...) akušerė atėjusi nepasiklaususi nurengė mano kūdikį ir pakišo po kranu, kad neonatologė galėtų pažiūrėti (tačiau PSO rekomenduojama parą nemaudyti vaiko).*“ (220141). Taip pat atsakymai, kuriuose nurodomi veiksmai numanomai buvo atliekami be gimdyvės sutikimo, pvz., Kristelerio manevras – „*Niekada nepamiršiu kristelerio manevro. Tuo metu nežinojau, kas tai yra. Tai baisiausia, kas nutiko, niekada nepamiršiu. Visa laimė vaikas yra sveikas.*“ (221354).

23. Komentarai apie naujagimį.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose nurodoma, kad buvo susilaukta nemalonių medicinos personalo komentaro apie naujagimį ar jo fizines, emocines ar kitas savybes. Pvz., „*Kad mano vaikas storas*“ (220976), „*Išsityčiojo iš vaiko vardo*“ (221510), „*(...) jūsų vaikas galbūt net turi hiperaktyvumą, antra diena sako seselė pirma karta matanti vaika atėjus paimti kraujo.*“ (221221).

24. Gimdyvės privatumo pažeidimas.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuriuose nurodoma, jog būnant ligoninėje buvo pažeistas gimdyvės privatumas – prašoma apsinuoginti prie pašalinių asmenų, neišpėjus nurengiama ligoninės apranga, pvz., „*Ėjau prašyti prie skyriaus seselių posto padėti žindyti ir buvo paprašyta parodyti krutinę(ne palatoje, o skyriaus kolidoriuje) tuo metu nepagalvojau ir rodžiau.*“ (211061), „*Viena akušerė, kurios prašiau pagalbos dėl pieno nutraukimo, neperspėjusi atplėšė naktinius ir skaudžiau maigė spenelius.*“ (210793).

25. Judėjimo, gimdymo pasirinkimo ribojimas.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuomet nurodoma, jog įvairiais būdais buvo ribojama moterų judėjimo laisvė prieš arba per gimdymą pvz., „*Man trūko judėjimo galimybės*“ (220146). Taip pat atsakymai, kuriuose nurodoma, jog buvo ribojamas gimdymo pozos pasirinkimas, pvz., „*Gydytoja per prievarta liepė gimdyti pusiau gulomis, nors to man mediciniškai nereikėjo*“ (211178).

26. Komentarai apie gimdyvės amžių, statusą, kt.

Šiuo kodu koduojami tyrimo dalyvių atsakymai, kuomet nurodoma, kad buvo susilaukta medicinos personalo komentarų apie įvairias gimdyvės savybes – amžių, statusą, išsilavinimą ir pan. Pvz., „*(...) tokio amžiaus reiktų anūką laukt, o ne vaikus gimdyt*“ (221002), „*Tyčiojosi viena akušerė tikrinusi*

kakleļi ir vēlāu vis prikaišiodama mano specialybe "tie menininkai tik svajoja, o kas vaiku rūpintis?"
(221111).

2.2 Kategorijos

2.1 lentelė. *Netinkamas medicinos personalo elgesys – kategorijos ir jas sudarantys kodai*

Kategorija	Aprašymas	Patenkantys kodai	Vienetai
Gąsdinimai	Į šią kategoriją patenka kodai, kuriais koduojamos tyrimo dalyvių patirtys, kuriose nurodoma, jog buvo susidurta su įvairaus tipo gąsdinimais iš medicinos personalo.	Gąsdinimas motinos būkle	18 vnt.
		Gąsdinimas kūdikio būkle	173 vnt.
		Gąsdinimai medicininėmis intervencijomis	35 vnt.
		Gąsdinimai atimti, atskirti kūdikį	17 vnt.
		Gąsdinimas skausmu	7 vnt.
		Komentariai ir gąsdinimai neišleisti iš ligoninės ar ligoninės skyriaus	25 vnt.
Nepagarbus ar pašaipus bendravimas	Į šią kategoriją patenka kodai, kuriais koduojamos tyrimo dalyvių patirtys, kuriose nurodoma, jog buvo susidurta su medicinos personalo nemaloniais, grubiais ar pašaipiais komentarais, pakeltu balso tonu.	Rėkimas, pakeltas tonas	47 vnt.
		Komentariai apie gimdyvės kūną ar išvaizdą	89 vnt.
		Komentariai apie gimdyvės gimdymo pasirinkimus	48 vnt.
		Žeminantis, nemandagus bendravimas	272 vnt.
		Komentariai apie naujagimį	20 vnt.
		Komentariai apie gimdyvės amžių, statusą, kt.	12 vnt.
Fiziniai veiksmai	Į šią kategoriją patenka kodai, kuriais koduojamos tyrimo dalyvių patirtys, kuriose nurodoma, jog buvo susidurta su į gimdyvę, jos privatumą ar aplinką nukreiptais fiziniais veiksmais.	Grubus, agresyvus fizinis elgesys	18 vnt.
		Grubiai atliekamos medicininės intervencijos	55 vnt.
		Veiksmai neišpėjus, prieš gimdyvės valią	74 vnt.
		Gimdyvės privatumo pažeidimas	4 vnt.
		Judėjimo, gimdymo pasirinkimo ribojimas	37 vnt.

Pastaba: lentelės tęsinys pateikiamas kitame puslapyje.

2.1 lentelės tęsinys. *Netinkamas medicinos personalo elgesys – kategorijos ir jas sudarantys kodai*

Kategorija	Aprašymas	Patenkantys kodai	Vienetai
Poreikių nepaisymas	Į šią kategoriją patenka kodai, kuriais koduojamos tyrimo dalyvių patirtys, kuriose nurodoma, jog buvo susidurta su tokiu medicinos personalo elgesiu ar komentarais, kuomet gimdyvė buvo ignoruojama, buvo nepaisoma ir neatsižvelgiama į gimdyvės nuomonę, norus, poreikius.	Spaudimas žindymo klausimais	147 vnt.
		Spaudimas pasirašyti dokumentus	5 vnt.
		Informacijos, pagalbos trūkumas	210 vnt.
		Įgūdžių, žinių arba pastangų nuvertinimas	252 vnt.
		Komentarai apie emocines reakcijas	139 vnt.
		Komentarai dėl skiepų ar kitų intervencijų kūdikiui atsisakymo	13 vnt.
		Atsisakymas vykdyti medicininę intervenciją	25 vnt.
		Gimdyvės ar jos patiriamų sunkumų nuvertinimas	68 vnt.
	Veiksmai ir komentarai, susiję su COVID-19 liga	20 vnt.	

2 priedas. *TSQ klausimyno įverčių vidurkių pagal patirtą poreikių nepaisymo formą palyginimas*

	Patyrė spaudimą žindymo klausimais (n = 147)	Patyrė kitas poreikių nepaisymo formas (n = 457)			
Skalė	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
TSQ	1,14 (1,75)	1,17 (1,85)	33146	-0,27	0,787
	Patyrė informacijos, pagalbos trūkumą (n = 210)	Patyrė kitas poreikių nepaisymo formas (n = 394)			
Skalė	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
TSQ	1,06 (1,76)	1,21 (1,86)	39601,5	-0,97	0,331
	Patyrė įgūdžių, žinių arba pastangų nuvertinimą (n = 252)	Patyrė kitas poreikių nepaisymo formas (n = 352)			
Skalė	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
TSQ	1,27 (1,87)	1,09 (1,79)	42038,5	-1,23	0,219
	Susidūrė su komentarais apie emocines reakcijas (n = 139)	Patyrė kitas poreikių nepaisymo formas (n = 465)			
Skalė	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
TSQ	1,58 (2,16)	1,04 (1,69)	27856	-2,78	0,006
	Susidūrė su gimdyvės ar jos patiriamų sunkumų nuvertinimu (n = 68)	Patyrė kitas poreikių nepaisymo formas (n = 536)			
Skalė	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
TSQ	1,19 (1,76)	1,16 (1,83)	17741	-0,40	0,689

Pastaba: M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis. TSQ – traumos simptomų klausimynas. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.