

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Sociologijos ir socialinio darbo institutas

Lina Gabrijolavičienė
Socialinio darbo magistrantūros II kurso programa
Magistro darbas

Trauminės gimdymo patirtys, pogimdyminės depresijos ir potrauminio streso
sindromo pasireiškimas socialiai pažeidžiamų moterų grupėje

Darbo vadovė
Prof. Dr. Eglė Šumskienė

Vilnius
2025

PATVIRTINIMAS APIE ATLIKTO DARBO SAVARANKIŠKUMĄ

Patvirtinu, kad įteikiamas magistro darbas „Trauminės gimdymo patirtys, pogimdyminės depresijos ir potrauminio streso sindromo pasireiškimas socialiai pažeidžiamų moterų grupėje“

1. Atliktas mano pačios ir nėra pateiktas kitam kursui šiame ar ankstesniuose semestruose;
2. Nebuvo naudotas kitame Universitete Lietuvoje ir užsienyje;
3. Nenaudoja šaltinių, kurie nėra nurodyti darbe, ir pateikia visą panaudotos literatūros sąrašą.

Lina Gabriolavičienė

TURINYS

SANTRAUKA	7
SUMMARY	8
IVADAS.....	10
1. BIOEKOLOGINĖ ŽMOGAUS VYSTYMOSI TEORIJA.....	13
1.1. ŽMOGAUS VYSTYMOSI EKOLOGIJA: PRADINĖ TEORIJA	14
1.2. BIOEKOLOGINIS MODELIS: VĖLIAUSIA TEORIJS VERSIJA.....	17
1.3. BIOEKOLOGINIS MODELIS GIMDYMO APLINKOJE	18
1.3.1. Traumos sąvoka ir tyrimai	18
1.3.2. Gimdymo mikrosistema	22
1.3.3. Gimdymo mezosistema	24
1.3.4. Gimdymo egzosistema	26
1.3.5. Gimdymo makrosistema.....	29
1.3.6. Gimdymo chronosistema.....	31
2. TYRIMAS.....	32
2.1. Kintamieji	33
3. REZULTATAI	35
3.1. Gimdymo patirties, pogimdyminės depresijos ir potrauminio streso sindromo pasireiškimas.....	36
3.2. Gimdymo vieta	39
3.3. Lūkesčiai.....	43
3.4. Gimdymo būdas.....	45
3.5. Lydintis asmuo.....	46
3.6. Pakankama informacija iš personalo gimdymo metu.....	46
3.7. Pagarbus personalo bendravimas gimdymo metu	48
3.8. Intervencijos	50
3.9. Naujagimio atskyrimas	52

3.10.	Nėštumas ir rizikos veiksniai.....	53
3.11.	Tinkamas nuskausminimas.....	54
3.12.	Gimdymo poza	56
3.13.	Judėjimas gimdymo metu.....	57
3.14.	Pasitikėjimas profesine medikų kompetencija	59
3.15.	Dalyvavimas priimant su gimdymu susijusius sprendimus.....	62
3.16.	Patyčios, gąsdinimai ir prievarta, patirti gimdymo metu.....	64
4.	IŠVADOS	66
	LITERATŪROS IR ŠALTINIŲ SĄRAŠAS	72
	PRIEDAI	77
1.	priedas. Klausimynas	77
2.	priedas. Lentelės	93
2.1.1.	priedas. Gimdymo patirčių vertinimas: socialiai pažeidžiamų ir kitų respondenčių grupė.	93
2.1.2.	priedas. Pogimdyminės depresijos pasireiškimas: socialiai pažeidžiamų ir kitų respondenčių grupė.	93
2.1.3.	priedas. Depresijos simptomai ir psichologiniai sunkumai iki gimdymo.	94
2.1.4.	priedas. PTSD pasireiškimas: socialiai pažeidžiamų ir kitų respondenčių grupė.	94
2.1.5.	priedas. PTSD pasireiškimas ir psichologiniai sunkumai iki gimdymo.....	95
2.1.6.	priedas. Gimdymo patirties vertinimas ir PTSD pasireiškimas.	95
2.1.7.	priedas. Pirmas ir paskesni gimdymai ir patirties vertinimas.....	95
2.1.8.	priedas. Naujagimis buvo uždėtas ant krūtinės iš karto (ne vėliau nei per 5 minutes) po gimimo ir PTSD pasireiškimas.	96
2.1.9.	priedas. Naujagimis ant krūtinės buvo uždėtas nuogas ir PTSD pasireiškimas.....	96
2.1.10.	priedas. Naujagimis po gimimo galėjo gulėti ant krūtinės be pertrūkių bent valandą ar ilgiau ir PTSD pasireiškimas.....	96
2.1.11.	priedas. Rizikos veiksniai nėštumo metu ir gimdymo patirties vertinimas.....	97
2.1.12.	priedas. Kiek gimdymo patirtis atitiko turėtus lūkesčius ir gimdymo patirties vertinimas.....	97

2.1.13. priedas. Kiek gimdymo patirtis atitiko turėtus lūkesčius ir depresijos po gimdymo pasireiškimas.	98
2.1.14. priedas. Kiek gimdymo patirtis atitiko turėtus lūkesčius ir PTSD pasireiškimas.	98
2.1.15. priedas. Gimdymo būdas ir gimdymo patirties vertinimas.	98
2.1.16. priedas. Gimdymo būdas ir pogimdyminė depresija.....	99
2.1.17. priedas. Gimdymo būdas ir PTSD.....	99
2.1.18. priedas. Gimdė su/be pasirinkto lydinčio asmens ir gimdymo patirties vertinimas.....	100
2.1.19. priedas. Gimdė su/be pasirinkto lydinčio asmens ir depresijos po gimdymo pasireiškimas.	100
2.1.20. priedas. Gimdė su/be pasirinkto lydinčio asmens ir PTDS pasireiškimas.	101
2.1.21. priedas. Gimdymo metu pakako iš personalo gautos informacijos apie siūlomas intervencijas (intervencijų esmę, galimus šalutinius poveikius ir komplikacijas, galimas alternatyvas, padarinius atsisakius intervencijos) ir gimdymo patirties vertinimas.....	101
2.1.22. priedas. Gimdymo metu pakako iš personalo gautos informacijos apie siūlomas intervencijas (intervencijų esmę, galimus šalutinius poveikius ir komplikacijas, galimas alternatyvas, padarinius atsisakius intervencijos) ir depresijos pasireiškimas.	102
2.1.23. priedas. Gimdymo metu pakako iš personalo gautos informacijos apie siūlomas intervencijas (intervencijų esmę, galimus šalutinius poveikius ir komplikacijas, galimas alternatyvas, padarinius atsisakius intervencijos) ir PTSD pasireiškimas.	102
2.1.24. priedas. Pagarbus personalo elgesys gimdymo metu ir gimdymo patirties vertinimas.	103
2.1.25. priedas. Pagarbus personalo elgesys gimdymo metu ir depresija po gimdymo.....	103
2.1.26. priedas. Pagarbus personalo elgesys gimdymo metu ir PTSD.....	104
2.1.27. priedas. Intervencijos gimdymo metu ir gimdymo patirties vertinimas.....	104
2.1.28. priedas. Intervencijos gimdymo metu ir depresijos po gimdymo pasireiškimas.	104
2.1.29. priedas. Intervencijos gimdymo metu ir PTSD pasireiškimas.	105
2.1.30. priedas. Stiprus moters pilvo spaudimas užgimstant vaikui ir gimdymo patirties vertinimas.	105
2.1.31. priedas. Stiprus moters pilvo spaudimas užgimstant vaikui ir pogimdyminės depresijos pasireiškimas.	106

2.1.32. priedas. Stiprus moters pilvo spaudimas užgimstant vaikui ir PTSD pasireiškimas. ...	106
2.1.33. priedas. Naujagimio atskyrimas po gimdymo ir gimdymo patirties vertinimas.	106
2.1.34. priedas. Naujagimio atskyrimas po gimdymo ir depresijos po gimdymo pasireiškimas.	107
2.1.35. priedas. Naujagimio atskyrimas po gimdymo ir PTSD pasireiškimas.....	107
2.1.36. priedas. Rizikos veiksniai nėštumo metu ir gimdymo patirties vertinimas.....	108
2.1.37. priedas. Rizikos veiksniai nėštumo metu ir pogimdyminės depresijos pasireiškimas.	108
2.1.38. priedas. Rizikos veiksniai nėštumo metu ir PTSD pasireiškimas.	108
2.1.39. priedas. Medikamentinis skausmo malšinimas ir gimdymo patirties vertinimas.....	109
2.1.40. priedas. Nemedikamentinio skausmo malšinimo būdo naudojimas ir gimdymo patirties vertinimas.	109
2.1.41. priedas. Medikamentinis skausmo malšinimas ir pogimdyminės depresijos pasireiškimas.	110
2.1.42. priedas. Nemedikamentinio skausmo malšinimo būdo naudojimas ir pogimdyminės depresijos pasireiškimas.	110
2.1.43. priedas. Medikamentinis skausmo malšinimas ir PTSD pasireiškimas.	111
2.1.44. priedas. Nemedikamentinio skausmo malšinimo būdo naudojimas ir PTSD pasireiškimas.	111
2.1.45. priedas. Gimdymo poza ir gimdymo patirties vertinimas.	111
2.1.46. priedas. Gimdymo poza ir pogimdyminės depresijos pasireiškimas.	112
2.1.47. priedas. Gimdymo poza ir PTSD pasireiškimas.....	112
2.1.48. priedas. Judėjimo laisvė ir gimdymo patirties vertinimas.	112
2.1.49. priedas. Judėjimo laisvė ir depresijos pasireiškimas.	113
2.1.50. priedas. Judėjimo laisvė ir PTSD.	113
2.1.51. priedas. Pasitikėjimas darbuotojų profesinėmis kompetencijomis ir gimdymo patirties vertinimas.	114
2.1.52. priedas. Pasitikėjimas darbuotojų profesinėmis kompetencijomis ir depresijos pasireiškimas.	114
2.1.53. priedas. Pasitikėjimas darbuotojų profesinėmis kompetencijomis ir PTSD pasireiškimas.	115

2.1.54. priedas. Kiek norėjo dalyvauti priimant sprendimus, susijusius su gimdymu, ir gimdymo patirties vertinimas.....	115
2.1.55. priedas. Kiek dalyvavo priimant su gimdymu susijusius sprendimus ir patirties vertinimas.	116
2.1.56. priedas. Kiek norėjo dalyvauti priimant sprendimus, susijusius su gimdymu, ir depresija po gimdymo.	116
2.1.57. priedas. Kiek dalyvavo priimant sprendimus, susijusius su gimdymu, ir depresijos pasireiškimas.	117
2.1.58. priedas. Kiek norėjo dalyvauti priimant sprendimus, susijusius su gimdymu, ir PTDS pasireiškimas.	117
2.1.59. priedas. Kiek dalyvavo priimant sprendimus, susijusius su gimdymu, ir PTDS pasireiškimas.	118
2.1.60. priedas. Smurto apraiškos gimdymo metu ir gimdymo patirties vertinimas.....	118
2.1.61. priedas. Smurto apraiškos gimdymo metu ir depresijos po gimdymo pasireiškimas. ..	118
2.1.62. priedas. Smurto apraiškos gimdymo metu ir PTSD pasireiškimas.	119

SANTRAUKA

Traumuojančiomis patirtimis tampantys gimdymai ir pोगimdyminė psichinė moterų sveikata pastaraisiais metais tampa įvairių disciplinų tyrimų tema. Šis tarpdisciplininis socialinio darbo ir medicinos tyrimas išskiria iki šiol netirtą grupę – socialiai pažeidžiamas moteris, kurių patirtys ir jų priežastys kai kuriais atvejais reikšmingai prastesnės.

Teoriniu darbo pagrindu pasirinkta Urie Bronfenbrennerio sukurta ir išplėtota bioekologinio žmogaus vystymosi prieiga. Empirinėje dalyje naudoti kiekybinių tyrimų metodai. Iš bendros tyrimo – 1471 Lietuvoje 2023 metais gimdžiusios moters, dalyvavusios apklausoje „Mano gimdymas“ – imties išskirtos 316 socialinį pažeidžiamumą patiriančios respondentės.

Tyrime nagrinėjami traumuojančių gimdymo patirčių, depresijos po gimdymo ir potrauminio streso sindromo paplitimas minėtoje grupėje. Jo problema – sąryšiai tarp įvairių gimdymo patirties aspektų ir jų bendro patirties vertinimo bei emocinės moterų sveikatos po gimdymo. Potencialiai reikšmingi gimdymo patirties tiriamieji veiksniai darbui atrinkti remiantis mokslinėje literatūroje minimais atradimais ir apklausos metu surinktais duomenimis.

Gimdymo patirtys vertintos subjektyviai pačių respondenčių, depresijos paplitimui nustatyti naudotas Edinburgo depresijos skalės klausimynas, potrauminio streso sindromui – traumos skalės klausimynas (TSQ). Traumuojančių gimdymą nurodė patyrusios 21 proc. tiriamųjų, depresiją po gimdymo galima įtarti 30 proc., potrauminio streso sindromą – 10 proc. socialiai pažeidžiamų moterų. Visi šie rodikliai yra reikšmingai aukštesni nei bendros imties.

Tyrimo metu nustatyta, kad statistiškai reikšmingą įtaką visiems tyrimo objektams turi gimdymo metu iš personalo patirtas smurtas ir/ar nepagarbus elgesys, lūkesčių neatitikimas, nepasitikėjimas medikų kompetencija, medikamentinis nuskausminimas, judėjimo varžymas, konkreti gimdymo vieta. Gimdymo kaip traumuojančios patirties vertinimui reikšmės taip pat turi nerekomenduojamos praktikos – Kristelerio manevro – taikymas, naujagimio atskyrimas, gimdymas operacijos būdu, medikamentinės intervencijos, neįsitraukimas priimant su gimdymu susijusius sprendimus, rizikos veiksniai nėštumo metu. Depresijos po gimdymo riziką reikšmingai padidino ir nepakankama personalo komunikacija. PTSD pasireiškimo dažniui reikšmingą įtaką darė Kristelerio manevro taikymas, traumuojanči gimdymo patirtis, pirmas gimdymas, gimdymas operacijos būdu, nepakankama personalo komunikacija, rizikos veiksniai nėštumo metu.

Tyrimas rodo, kad gimdymo priežiūros paslaugos Lietuvoje dažnai neatitinka moterų poreikių. Psichologinės traumos yra dažnos, jos veikia moterų, o potencialiai – ir jų artimos aplinkos gerovę. Rezultatai pabrėžia būtinybę orientuoti gimdymo priežiūrą į moteris – jų patirčių kokybę ir psichinės sveikatos stiprinimą, ypač pažeidžiamiausių grupių tarpe.

SUMMARY

Birth as traumatic experience and mental health of postpartum women in recent years are becoming subject of multidisciplinary research. This interdisciplinary study in the fields of social work and medicine focuses on a previously unexplored group, i.e., socially vulnerable women, whose experiences and the underlying causes in some cases are significantly more adverse.

The theoretical background is based on Urie Bronfenbrenner's bioecological model of human development. Quantitative research methods were used in empirical part of the study. From the overall sample of the study, which included 1,471 women who gave birth in Lithuania in 2023 and participated in the survey "*Mano Gimdymas*", 316 respondents experiencing social vulnerability were identified.

The study examines the prevalence of traumatic birth experiences, postpartum depression, and post-traumatic stress disorder within the aforementioned group. The research problem lies in exploring the relationships between various aspects of the birth experience, general women's evaluation of that experience, and their postpartum emotional health. Potentially significant factors influencing the birth experience were selected for analysis based on findings reported in the scientific literature and data collected during the survey.

Birth experiences were subjectively assessed by the respondents. To determine the prevalence of depression, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was used, while the Trauma Screening Questionnaire (TSQ) was applied to assess post-traumatic stress disorder (PTSD). A traumatic birth experience was reported by 21% of the respondents. Postpartum depression was suspected in 30%, and PTSD symptoms were identified in 10% of socially vulnerable women. All of these rates are significantly higher compared to the overall sample.

The study found that several factors had a statistically significant impact on all investigated outcomes. These included experiences of abuse and/or disrespect from medical staff during childbirth, unmet expectations, lack of trust in medical professionals' competence, use of medical pain relief, restricted mobility, and place of birth. The perception of childbirth as a traumatic experience was also significantly associated with non-recommended practices such as the use of the Kristeller maneuver, separation of the newborn, cesarean delivery, medical interventions, exclusion from decision-making during childbirth, and pregnancy-related risk factors. The risk of postpartum depression was also significantly increased by poor communication from medical staff. The prevalence of PTSD was also significantly influenced by the use of the Kristeller maneuver, a traumatic birth experience, first-time childbirth, cesarean delivery, inadequate staff communication, and risk factors during pregnancy.

The study indicates that maternity care services in Lithuania often do not meet women's needs. Psychological trauma is common and can affect not only the well-being of the women themselves but potentially also those of their close environment. The findings underscore the importance of making maternity care more woman-centered — emphasizing the quality of their experiences and strengthening of mental health, particularly among the most vulnerable populations.

IVADAS

Gimdymas – vienu metu ir universali, ir subjektyvi patirtis. Tai – kompleksinis fizinius, emocinius, socialinius, psichologinius aspektus apimantis labai intensyvus patyrimas. Yra žinoma, kad motinos smegenys patiria reikšmingą struktūrinį ir funkcinį neuroplastiškumą, taip pat kognityvines adaptacijas nėštumo, gimdymo ir ankstyvuoju pogimdyminiu laikotarpiu, kurie yra ilgalaikiai ir tęsiasi visą gyvenimą (Orchard, 2023). Perinatalinio laikotarpio įtaka jį išgyvenančiai moteriai moksliniuose įvairių sričių tyrimuose pastaraisiais dešimtmečiais pradėta nagrinėti, tačiau vis dar lieka daugybė neatsakytų, o kartais – net neužduotų klausimų. Ši situacija ir atspindi visuomenės padėtį, ir pati yra tos padėties atspindys: moterų reprodukcinė ir emocinė sveikata yra mažai pažinta teritorija. Staigūs ir ekstremalūs hormoniniai ir aplinkos pokyčiai nėštumo metu žymi perėjimą į motinystę kaip esminį biosocialinį gyvenimo įvykį, reprezentuodami neurokognityvinį raidos etapą – matresensą; jei jis įvardijamas kaip jautrus neuroraidos periodas, kyla daug naujų klausimų, įskaitant ir kaip šis laikotarpis veikia likusį asmens gyvenimą (Orchard, 2023).

Atskyrus gimdymą kaip biologinį ir kaip socialinį reiškinį, matyti, kad pirmasis yra išlikęs mažai pakitęs per du milijonus evoliucijos metų, o antrasis per pastarąjį šimtmetį Vakarų pasaulyje iš esmės transformavosi. Iš namų aplinkos, namiškių ar iš praktikos besimokiusių pribuvėjų priežiūros jis persikėlė į ligonines, kur priežiūros paslaugas teikia teorinį parengimą turintys medicinos specialistai. Paprastai tai taip pat reiškia ir asmeninio kontakto dingimą; intymios, egzistencinės patirties perkraustymą į priežiūros paslaugų paradigmą. Iš socialinio įvykio gimdymas tapo medicininis, nors ryšio, intymumo poreikis ir išgyvenimas nedingo. Ką šis pokyčio aspektas reiškia moterims, kurios gimdymo metu patiria būtent socialinius iššūkius?

Svarbus pokytis yra ir asmeninė patirtis: gyvenama mažesniuose šeimos ūkiuose, viena moteris per gyvenimą taip pat gimdo reikšmingai mažiau – vidutinis Lietuvoje pagimdytų vaikų skaičius sumažėjo nuo 2,3 tarp pačių vyriausių kartų moterų (gimusių 1930 m.) iki 1,8 tarp pačių jauniausių kartų moterų (gimusių 1980 m.), (Aušra Maslauskaitė, 2023) tad prieš savo pirmąjį gimdymą moterys neturi galimybės sukaupti patyriminių žinių iš savo ar savo aplinkos moterų išgyvenimų.

Išaugo ir bendras pragyvenimo lygis, atsirado veiksminga ir prieinama kontracepcija, paplito nuostata, kad pati moteris gali rinktis, kada ir kiek vaikų turėti. Sumažėjo skiepais ir antibiotikais valdomų ligų paveiktų, prastos ar nepakankamos mitybos, ankstyvų ir dažnų nėštumų, sekinančio fizinio darbo nuvargintų gimdyvių, padaugėjo gretutinėmis ligomis sergančiųjų nėščiųjų ir gimdyvių, kurios ankstesniais laikais neturėjo galimybės pastoti ir išnešioti kūdikio, reikšmingai pasikeitė aplinkos cheminė tarša, mitybos kokybė ir galimybės. Pakilo pirmo vaiko susilaukiančių moterų

vidutinis amžius: oficialiosios statistikos portalo duomenimis, 2023 metais Lietuvoje jis siekė 28,4 metų (Gimstamumas). Dauguma gimdyvių Lietuvoje yra įgijusios aukštąjį išsilavinimą, reikšmingai sumažėjo kasdienė religijos įtaka, išaugo su nėštumu ir gimdymu susijusios medicininės informacijos kiekis ir prieinamumas, atsivėrė pasaulinė informacijos erdvė.

Gimdyvė ir priežiūros specialistai apsikeitė vietos šeiminių ir atvykėlių rolėmis: medikai įgijo autoriteto, proceso žinovų poziciją, kuri kartu su sumažėjusia religijos įtaka suponavo didesnę moralinę atsakomybę už mediciniškai saugų procesą. Dėl ligoninių sąsajų su patologija, nesveikata, skausmu, šie reiškiniai imti labiau sieti ir su jose vykstančiais gimdymais. Gimdyvę prižiūrintys specialistai yra susieti, atsakingi ir lojalūs ne jai, o ligoninei. Įprasta, kad gimdymą prižiūrintis personalas moterį pirmą ir paskutinį kartą mato tik per gimdymą, arba, jei jis ilgesnis, tik per jo dalį – moteris ne tik nepažįsta jai paslaugas teikiančių žmonių, tačiau ir dėl vyraujančios kultūros neprisistatyti dažnai nežino nei jų pavardžių, nei pareigų.

Medicinos mokymui tapus akademiniu, dabar gimdyvė įprastai dalyvauja žmonės, pirmiau susidūrę su juo teoriniu variantu, ypač įvairiomis jo patologinėmis formomis, ir nematę natūralaus, pačios moters vadovaujamo, nemedikalizuoto gimdymo varianto praktikoje. Reikšmingas dar vienas medikų išsilavinimo aspektas – Lietuvoje vyrauja biomedicininis specialistų rengimas, kuris visiškai neįtraukia psichologinės sveikatos. Tai apima ne tik susidarancias (ir tik 2023 metais po truputį pradėtas pildyti) spragas visuose nėščiujų, gimdyvių ir naujų mamų priežiūros etapuose kuriant ir teikiant paslaugas, bet ir pačių medikų nepasirengimą tvarkyti su emociškai įtemptomis situacijomis, konfliktais, tragiškais atvejais. Akušerės ir akušerės ginekologės gimdymo stacionaruose iki šiol nesinaudoja (ir paprastai darbo vietoje net neturi tokios galimybės) psichologo paslaugomis, negauna jokios pagalbos ir tiesiog turi tęsti savo pamainą, jei jų darbo metu gimsta negyvagimis, miršta kūdikis ar motina.

Gali būti svarbu ir tai, kad didžioji dalis šiuo metu veikiančių gimdymo stacionarus turinčių ligoninių buvo statytos sovietų valdymo laikotarpiu – o totalitarinio režimo visuomeninė architektūra taip pat buvo konstruojama kaip disciplinavimo priemonė (Foucault, 1998). Iki dabar yra populiarī praktika palikti praviras gimdyklų duris, kurios išeina į bendrą koridorių su personalo postu jame ar bendrą su kita gimdykla personalo kabinetą. Yra ligoninių, kur poste įrengtas stebėjimo monitorius, fiksuojantis gimdyvėms naudojamų vaisiaus judesių ir sąrėmių stiprumo įrangos rodmenis, taip stebint ne tik gimdymo veiklą, bet iš dalies ir pačių gimdyvių elgesį, gaunant pranešimus realiu laiku, jei jos tą įrangą nusiimtų ar pajudintų. Disciplinavimui tarnauja ir forma, kurią dar priimamajame skyriuje turi užpildyti nesvarbu kurioje gimdymo stadijoje atvykusi gimdyvė – įprasta jos parašus surinkti ant tuščio dokumento, taip iš jos išgaunant sutikimą su visomis galimomis procedūromis – teisiškai negaliojantį, tačiau psichologiškai labai paveikų. Rašytiniuose šaltiniuose neregistruoja, tačiau

praktikoje yra paplitusi ligoninės darbuotojų kultūra užėti į užimtą gimdyklą dėl savo reikalų – pasiimti reikiamo daikto, pasitarti su kolega, atsisveikinti prieš pamainos pabaigą ar panašiai; įprastai tokiais atvejais moteriai neprisistatoma ir į ją apskritai nekreipiamas dėmesys. Dar vienas disciplinavimą ir hierarchiją įtvirtinantis žingsnis yra nešiojama įranga (pripučiami kamuoliai, gimdymo kėdutė, ant grindų dedamas čiužinys ir pan.) gimdyvės patogumui, kuri dažnai laikoma ne pačioje gimdykloje, o sandėliuke – pasinaudoti ja be kreipimosi į personalą tampa beveik neįmanoma.

Kalbant apie psichologinį klimatą gimdyklose svarbūs dar keli veiksniai – net netrukus po Nepriklausomybės atsiradus galimybei gimdyti dalyvauti moters partneriui (paprastai – kūdikio tėvui) ar kitam lydinčiam asmeniui, jų pasirengimas teikti moteriai emocinį palaikymą dažniausiai visiškai neatitinka realių gimdančios moters poreikių. Kvalifikuotą emocinę pagalbą teikiančios dulos Lietuvoje atsirado 2016 metais, o ir jų teikiamomis paslaugomis gali ar nori pasinaudoti tik labai nedidelė gimdyvių dalis.

Individualiai patiriamam psichologiniam komfortui reikšmingą įtaką turi ir platesnis socialinis kontekstas. Lietuvos visuomenėje ir bendras apskritai emocinis, ir konkrečiai smurto ir traumų raštingumas yra žemas: tyrimai rodo (Nemaniūtė-Gagė, 2023), kad net fizinis smurtas ne visada atpažįstamas, o kitos jo formos (psichologinis, finansinis, seksualinis, institucinis, akušerinis) atpažįstamos dar menkliau. Tai reiškia, kad su jo prevencija ir įveika taip pat kyla didelių sunkumų.

Nepaisant fakto, kad nėra visuotinai priimto akušerinio smurto apibrėžimo ar bendro sutarimo, kaip moksliskai apibrėžti ir išmatuoti medicinos personalo nepagarbą ir piktnaudžiavimą gimdyvės atžvilgiu, pats reiškinyss yra globalus. Pasaulio sveikatos organizacija dar 2014 metais paskelbė, kad toks gimdymo priežiūros paslaugas teikiančio personalo elgesys ne tik pažeidžia moterų teises į pagarbą priežiūrai, bet ir kelia grėsmę jų gyvybei, sveikatai, kūno integralumui ir laisvei nuo diskriminacijos (WHO, 2014). Ši – vis dar didžiausią įtaką turinti pasaulinė organizacija sveikatos srityje – teigia, kad kiekviena moteris turi teisę į aukščiausio įmanomą sveikatos standartą, kuris apima ir teisę į orią, pagarbą sveikatos priežiūrą.

Gimdymas nėra tik dviejų kūnų atsiskyrimo mechaninis procesas, susijęs su gimdyvės dubens anatomija ir vaisiaus galvos dydžiu. Gimdymo metu įvyksta esminiai neurobiocheminiai pokyčiai. Šios neurobiocheminės funkcijos yra ypatingai jautrios aplinkai ir gali paveikti gimdymo procesą. Svarbu ir tai, kad akušerinių intervencijų kiekis Vakarų pasaulyje auga, taip pat kaip ir pogimdyminio potrauminio streso simptomų pasireiškimo dažnis ir kitos psichikos sveikatos komplikacijos po gimdymo. Yra nustatytos koreliacijos tarp dažnai naudojamų intervencijų ir potrauminio streso sindromo. Vienos – morfologinės perspektyvos prasme niekuo neišsiskiriančios – moterys gali pagimdyti lengvai ir greitai, kitoms po sunkaus kelias dienas trunkančio gimdymo prireikia medicininių intervencijų. Atrodo racionalu manyti, kad gimdymas yra reikšmingai susijęs su smegenų

procesais, ir nėra tiesiog mechaninis kūno procesas. Gimdymo metu stresas, baimė, nerimas yra prediktoriai negatyvių pasekmių, galinčių apimti ir maksimalų gimdymo skausmą, distociją ir skubią cezario pjūvio operaciją (Dahan., 2021). Nuostata, kad daugelio gimdymo priežiūros veiksmų poveikis gimdymo procesui iki šiol nėra ištirtas, todėl nėra žinoma, kiek įvairūs gimdymo priežiūros metodai efektyvūs ir reikšmingi (Akušerinė metodika. Normalus gimdymas, 2019), yra įtraukta ir į Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą nuo 2019 metų galiojančią akušerinę normą.

Nėra įmanoma įvardinti visų reiškinių ir faktų, darančių įtaką pastojimui, nėštumui, gimdymui, jo priežiūrai ir ankstyvajai motinystei – tai kompleksinis ir kartu subjektyvus patyrimas. Šio darbo tikslas yra išnagrinėti socialiai pažeidžiamų moterų, gimdžiusių Lietuvoje 2023 metais, gimdymo, jo vertinimo kaip trauminės/blogos patirties ir vėlesnės psichologinės būsenos (t.y., depresijos po gimdymo ir potrauminio streso sindromo) sąryšius. Ši tiriamųjų grupė pasirinkta dėl naujumo ir dėl hipotezės, kad išgyvenant egzistencines krizes socialinio kapitalo trūkumas, silpnas palaikymo, savitarpio ryšių tinklas sudaro sąlygas dažnesniems neigiamiems poveikiams.

Darbo uždaviniai yra:

- a) nustatyti traumuojančiai ir blogai vertinamų gimdymo patirčių, pogimdyminės depresijos ir potrauminio streso sindromo paplitimą socialiai pažeidžiamų moterų grupėje;
- b) išnagrinėti gimdymo aplinkybių ryšius su traumuojančiai/blogai vertinamomis gimdymo patirtimis;
- c) išanalizuoti socialiai pažeidžiamų moterų gimdymo patirties ir pogimdyminės depresijos bei potrauminio streso sindromo tapus mama sąveikas;
- d) išnagrinėti gimdymo aplinkybių ryšius su pogimdyminės depresijos ir potrauminio streso sindromo pasireiškimais.

Empirinei daliai pasitelkiama Lietuvoje 2023 metais nevyriausybinių organizacijų Motinystę globojančių iniciatyvų sąjungos atlikta apklausa „Mano gimdymas“. Teorinėje darbo dalyje remiamasi Urie Bronfenbrennerio bioekologine žmogaus vystymosi teorija.

1. BIOEKOLOGINĖ ŽMOGAUS VYSTYMOSI TEORIJA

Bioekologinė žmogaus vystymosi teorija teigia, kad žmogaus gebėjimai ir jų realizavimas didele dalimi priklauso ne tik nuo jo įgimtų savybių, bet ir nuo platesnio socialinio ir institucinio konteksto. Jos autorius, iš Rusijos su šeima vaikystėje pabėgęs žydų kilmės JAV mokslininkas Urie Bronfenbrenneris savo teoriją plėtojo nuo pat akademinės karjeros pradžios XX a. viduryje iki mirties

2005 metais. Nors – ypač pradžioje – jis daugiausiai kalbėjo apie žmogaus vystymąsi vaikystėje, tačiau vėliau ir jis, ir kiti mokslininkai naudojo šią teoriją ir kitais žmogaus gyvenimo etapais.

Šiuo metu jau yra tyrimų, pabrėžiančių bendrą vaikystės, paauglystės ir perinatalinio laikotarpio vardiklį – tuo metu smegenys pasižymi aukštu neuroplastiškumu. Svarbu pabrėžti, kad šis panašumas nereiškia gimdyvių infantilumo. Tyrėjai pažymi, kad nėštumas, kaip ir paauglystė, yra jautrus laikotarpis, kurio metu hormonai iššaukia aukštą neuroplastiškumo lygį, kuris gali pasitarnauti kaip prisitaikymo prie numanomų aplinkos reikalavimų priemonė. Bendrų neurobiologinių mechanizmų egzistavimas nėštumo ir paauglystės laikotarpiais ypač aktualus dėl padidėjusios psichinių sutrikimų rizikos abiem tranzitiniais gyvenimo etapais (Carmona S, 2019). Pabrėždama šių laikotarpių panašumus ir siekdama įvardinti moters tranzicijos į motiną reikšmingumą, antropologė Dana Raphael pasiūlė terminą *matrescens* (angliškai – *matrescence*, kaip *maternal* ir *adolescence* derinys). Tai – tapimo motina procesas, vystymosi etapas, kuris apima laikotarpį nuo pastojimo (ar jo planavimo), nėštumą, gimdymą, surogaciją ar įvaikinimą iki pogimdyminio laikotarpio ir vėliau (Raphael, 1973).

1.1. ŽMOGAUS VYSTYMOŠI EKOLOGIJA: PRADINĖ TEORIJA

1979 m. U. Bronfenbrenneris išleido knygą „*The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*“ (Bronfenbrenner U. , 1979), kurioje išsamiai pristatė savo pradinę teorijos versiją, tada, kaip atspindi ir knygos pavadinimas, vadintą žmogaus vystymosi ekologine teorija. Pagrindinė jos idėja – kad individualaus žmogaus vystymasis yra neatsiejamas nuo jo sąveikų ir su kitais asmenimis, ir su aplinka. Būtent santykius, priklausomybes, sąsajas su kitais ir atspindi žodis „ekologija“.

U. Bronfenbrenneris išskyrė kelis tarpusavyje susijusius ekologinius sluoksnius, per kuriuos ir vyksta sąveikos. Jos yra nuolatinės, gali būti ir teigiamos, ir neigiamos. Pirmojoje knygoje yra naudojama rusiškų lėlių – *matrioškų* – analogija šioms susietumams pabrėžti, tačiau ji ne visai tiksliai atspindi sąveikas tarp teorijos sluoksnių. Kiekvienas jų yra ne statiškas, o dinamiškas, ir nuolat daro įtaką ir yra veikiamas kitų: pavyzdžiui, pokyčiai makrosistemoje (ekonominė politika) gali paveikti egzistenciją (motinystės išmokas), o tai savo ruožtu veikia mikrosistemą (šeimos dinamiką), tuo tarpu minėtos lėlės yra nesusijusios ir dalis jų gali būti išimtos be jokio poveikio kitoms. Tikslesnė analogija būtų tortas, kuriame yra ir tvirtas biskvitinis pagrindas, ir į jį įsigėręs kremas sluoksnis su vaisiais ar uogomis – išėmus ar pakeitus vieną šių dalių, pakistų ir visumą.

Žmogaus vystymosi ekologinėje teorijoje išskirtos šios sistemos:

- mikrosistema,
- mezosistema,
- egzosistema,
- makrosistema,
- chronosistema.

Mikrosistema – tai tiesioginė aplinka, kurioje žmogus gyvena ir kurią kasdien patiria. Mikrosistema – tai modelis, apimantis veiklas, vaidmenis ir tarpasmeninius santykius, patiriamus besivystančio žmogaus tam tikroje aplinkoje (angl. setting) su konkrečiomis fizinėmis ir materialiomis charakteristikomis. Aplinka yra vieta, kur žmonės gali lengvai įsitraukti į akis į akį kontaktus: namai, priežiūros centras, žaidimų aikštelė. Veiklos, vaidmens ir tarpasmeninių santykių faktoriai sudaro elementus, arba statybines plytas, iš kurių kuriama mikrosistema. Esminis šios sistemos terminas – patyrimas. Jis skirtas pabrėžti, kad bet kokios aplinkos apibūdinimas apima ne tik objektyvias, bet ir paties dalyvio subjektyviai suvokiamas savybes. Labai mažai išorinių įtakų, reikšmingai paveikiančių žmogaus elgesį ir vystymąsi gali būti apibūdintos išskirtinai objektyviais fizinių savybių ir įvykių aprašymais. Tie aplinkos aspektai, kurie reikšmingiausiai paveikia fiziologinio augimo kryptį yra dažniausiai tie, kurie paties žmogaus konkrečioje situacijoje yra suvokiami kaip svarbūs.

Mezosistema – tai tarpusavio ryšiai ir sąveikos tarp mikrosistemos komponentų. Ši sistema apima sąveikas tarp dviejų ar daugiau aplinkų, kuriose besivystantis žmogus aktyviai dalyvauja – vaiko atveju pavyzdžiai gali būti santykiai tarp namų, mokyklos ir kaimynystėje gyvenančių bendraamžių grupės; suaugusiojo atveju – tarp šeimos, darbo ir socialinio gyvenimo. Kitaip tariant, mezosistema yra mikrosistemų sistema. Ji kuriasi ar prasitęsia toje aplinkoje, kurioje atsiduria besivystantis žmogus. Be pirminių ryšių, jungtys gali įgyti skirtingas papildomas formas: kitus žmones, kurie aktyviai dalyvauja abiejose aplinkose; tarpines jungtis socialiniame tinkle; formalią ir neformalią komunikaciją tarp aplinkų, ir, vėlgi aiškiai fenomenologine prasme, vienos aplinkos apie kitą turimos žinios ir požiūriai.

Egzosistema – tai aplinka, kurioje pats žmogus tiesiogiai aktyviai nedalyvauja, tačiau ji vis tiek daro įtaką jo gyvenimui, o jis gali paveikti tą aplinką. Vaiko atveju pavyzdžiai yra tėvų darbovietė, vyresnio brolio ar sesers mokyklos klasė, tėvų draugų tinklas, vietos mokyklos tėvų tarybos veikla ir panašiai. Vaikas nepriima sprendimų, kurie daro įtaką jam pačiam – tarkime, kintantis tėvų darbo grafikas arba dažnos komandiruotės gali reikšti, kad jis dažnai nemato savo tėvų ir patiria su tuo susijusių emocijų.

Makrosistema – tai plačiausia, visas anksčiau išvardintas apimanti aplinka: kultūrinės, politinės ir ekonominės sąlygos, kurios formuoja ir daro įtaką visoms kitoms sistemoms (pvz., šalies kultūra,

religiniai įsitikinimai, ideologija, teisės aktai, sveikatos apsaugos sistema, visuomenės vertybės). Ji yra labiausiai nutolusi nuo individo, bet kuria sąlygas, kurios apriboja arba atveria galimybes sėkmingam žmogaus vystymuisi.

Chronosistema – tai laiko faktorius, kuris apima gyvenimo ciklo ir istorinius pokyčius, veikiančius žmogaus vystymąsi (pvz., gyvenimo etapų pokyčiai, socialiniai ir technologiniai pokyčiai).

Žmogaus vystymasis – tai procesas, kurio metu augantis individas įgyja išsamesnį, labiau diferencijuotą ir pagrįstą ekologinės aplinkos supratimą ir tampa motyvuotas bei pajėgus įsitraukti į veiklas, kurios atskleidžia šios aplinkos savybes, palaiko ar pakeičia tą aplinką į labiau kompleksišką savo forma ir turiniu (Bronfenbrenner U. , 1979). U. Bronfenbrenneris akcentuoja tris šio apibrėžimo savybes: pirma, vystymasis reiškia žmogaus savybių pasikeitimą, kuris nėra nei efemeriškas, nei susietas tik su situacija, jis nusako bendrą persitvarkymą, besitęsiantį laike ir erdvėje. Antra, vystymosi pokytis vienu metu vyksta suvokime ir veiksmo. Trečia, iš teorinės perspektyvos abi šios sritys savo struktūra yra panašios į keturis ekologinės aplinkos lygmenis. Taigi, suvokimo srityje klausimas tampa toks: iki kokio laipsnio besivystančio asmens pasaulio suvokimas išplaukia už tiesioginės situacijos ribų ir apima kitų aplinkų, kuriose jis aktyviai dalyvavo, vaizdą, šių aplinkų tarpusavio santykius, išorinių kontekstų pobūdį ir įtaką, su kuriais jis neturėjo tiesioginio kontakto, ir galiausiai nuoseklius socialinės organizacijos, įsitikinimų sistemų ir gyvenimo būdo modelius, būdingus jo pačios ir kitoms kultūroms bei subkultūroms (Bronfenbrenner U. , 1979).

Kai žmogaus pozicija jo ekologinėje aplinkoje pakinta – kaip pasekmė pasikeitusio vaidmens, aplinkos ar jų abiejų – įvyksta ekologinė tranzicija. Ekologinės tranzicijos svarba vystymuisi kyla iš fakto, kad tai beveik neišvengiamai reiškia pakitusį vaidmenį, tai yra, lūkesčius dėl elgesio, kuris siejamas su konkrečiomis visuomenės pozicijomis. Vaidmenys turi stebuklingą galią pakeisti tai, kaip su žmogumi yra elgiama, kaip elgiasi jis pats, ką ji veikia, o kartu su tuo – ir ką ji galvoja ir jaučia. Šis principas galioja net tik besivystančiam asmeniui, bet ir kitiems jo pasaulyje (Bronfenbrenner U. , 1979).

Tam tikroje visuomenėje ar socialinėje grupėje, mikro-, mezo- ir egzo- sistemų struktūra gali būti panaši, tarsi jos būtų sukonstruotos pagal vieną modelio pavyzdį, ir šios sistemos funkcionuoja panašiais būdais. Ir atvirkščiai – tarp skirtingų socialinių grupių šios susidendančios sistemos gali reikšmingai skirtis.

Šis socialinių poveikių individo vystymuisi akcentavimas suteikia U. Bronfenbrenneriui išskirtinumą JAV visuomenėje – neįmanoma pakeisti individo vystymosi trajektorijos fokusuojant dėmesį tik patį individą (Wertsch, 2004). Tai yra ir viena pagrindinių šios knygos tezių – kad žmogaus

galimybės ir jų realizavimas reikšmingai priklauso nuo platesnio socialinio ir institucinio konteksto (Bronfenbrenner U. , 1979).

1.2. BIOEKOLOGINIS MODELIS: VĖLIAUSIA TEORIJOS VERSIJA

2006 metais kartu su Pamela Morris pristatyta teorijos versija turėjo esminių papildymų, todėl imtas naudoti kitas ir pačios teorijos pavadinimas – bioekologinis žmogaus vystymosi modelis (Bronfenbrenner U. &, 2006). Jame lieka visos anksčiau išvardintos sistemos ir jų poveikio individo vystymuisi reikšmė, o taip pat atsiranda anksčiau neįvardintas svarbus elementas – paties individo savybių reikšmė. Pabrėžiama, kad veikia ir jo genetika, ir temperamentas, ir sveikata. Taip pat akcentuojama sąveikų dinamika – ir individas, ir jo aplinka nuolat keičiasi ir kartu veikia vieni kitus.

Šioje teorijos versijoje išskiriamas proceso-asmens-konteksto-laiko (process-person-context-time) modelis, kuris dar pagrynina ir padetalizuoja žmogaus vystymuisi svarbius elementus, kurie yra glaudžiai susiję tarpusavyje.

- **Procesas.** Apima kasdienes sąveikas tarp individo ir aplinkos, kurios yra reikšmingos vystymosi atžvilgiu. Būdami nuolatiniai, kintantys ir aktyvūs, procesai suteikia galimybes individui keisti savo elgesį, gebėjimus, mokytis, reguliuotis, aktyviai dalyvauti ir vystytis, adaptuotis prie aplinkos ir jos kitimo. Procesai gali būti įvairūs – socialiniai (apimantys santykius su kitais) ir kognityviniai (asmeninio mokymosi, aplinkos suvokimo procesai). Svarbi jų savybė yra dinamiškumas, paties individo gebėjimas įsitraukti ir daryti pokyčius savyje bei aplinkoje.
- **Asmuo.** Tai tas individas, kuris dalyvauja vystymosi procese. Apima asmens individualumą, jo unikalias savybes, turinčias įtakos santykiams su aplinka ir pačiu savimi, gebėjimą daryti pokytį. Esminiai elementai yra ir įgimti, ir kultūros suformuoti – sveikata, genetika, smalsumas, aktyvumas, gabumai, motyvacija: ta individo savybių visuma, kuri daro įtaką jo paties vystymuisi, reakcijoms į aplinką ir pasirinkimams.
- **Kontekstas.** Apima ir anksčiau minėtas mikro-, mezo-, egzo-, makrosistemas, visas aplinkos sąlygas, kurios daro įtaką žmogaus vystymuisi: šalia jo esančių įtaką darančių žmonių išsilavinimą, ekonominę situaciją, psichologinę ir emocinę būklę, esamą švietimo ir politinę sistemas, socialines sąlygas, sveikatos priežiūros paslaugas, klimatą ir visa kita. Kuo aplinka yra palankesnė ne tik išgyvenimui, bet ir visapusiame žmogaus skleidimuisi, asmenybės augimui, stiprėjimui, tuo daugiau galimybių individas turi pasiekti optimalų savo išsivystymą.

- Laikas. Apima individo gyvenimo laikotarpius, taip pat platesnes dimensijas – istorines, socialines ir kultūrines, veikiančias žmogaus vystymąsi.

Bioekologinė žmogaus vystymosi teorija akcentuoja individualumą, dinamiškumą ir sąveikas – tai organiškas gyvam organizmui būdingas procesas, kai visi elementai yra aktyvūs ir gali daryti abipusius poveikius.

Šiame darbe bus remiamasi bioekologine teorija. Joje pabrėžiama, kad tyrėjai turėtų studijuoti aplinkas, kuriose besivystantys individai leidžia laiką ir jų santykius su kitais tose pačiose aplinkose, asmenines individo savybes (taip pat ir tų asmenų, su kuriais žmogus dažniausiai sąveikauja), vystymąsi einant laikui ir istorinį laiką, kuriuo šie individai gyvena, ir mechanizmus, kurie skatina vystymąsi (procesus) (Rosa, 2013).

1.3. BIOEKOLOGINIS MODELIS GIMDYMO APLINKOJE

Tapimas mama siejamas su hormoniniais, neuroniniais ir kognityviniais pokyčiais ir trumpuoju (nėštumo ir pogimdyminis laikotarpis) ir ilguoju (brandoje ir senatvėje) laikotarpiais. Motinystė taip pat pažymėta dinamišku ir specifiniu susidūrimu su išaugusiu aplinkos kompleksiskumu. Būtent juo gali būti aiškinami ir kognityviniai trumpojo laikotarpio iššūkiai, ir pagerėję kognityviniai gebėjimai (susiję su didesniu nėštumų ir gimdymų skaičiumi) brandos ir senatvės metu (Clare McCormack, 2023). Nėštumo metu atsirandantys smegenų pokyčiai reikšmingai nusako motinos ir kūdikio ryšio kokybę ir priešiško naujagimiui nebuvimą (Hoekzema E., 2017). Tyrimais įrodyta, kad psichologinės patirtys gimdymo metu gali paskatinti optimalią tranziciją į motinystę. Spontaniška išplėtos sąmonės būseną, kurią patiria kai kurios gimdyvės, tikrai gali būti fiziologinio žmonių gimdymo savybė. Duomenys taip pat išryškina esminę asmeninio palaikymo svarbą gimdant. Socialinės paramos fiziologinė svarba mažinant stresą ir skausmą kelia reikalavimą peržiūrėti daugelio modernios gimdymo priežiūros aspektų (Olza, 2020).

Šiame skyriuje bus nagrinėjama, kaip bioekologinis modelis veikia gimdymo aplinkoje. Kiek Lietuvoje gimdančios socialiai pažeidžiamos moterys patiria potencialiai emociškai traumuojančių veiksmų skirtinguose santykių lygmenyse, kaip tai veikia jų subjektyvų savos gimdymo patirties vertinimą ir psichologinę sveikatą po gimdymo?

1.3.1. Traumos sąvoka ir tyrimai

Istoriškai psichologinių traumų tyrimai prasidėjo su vyrų patirtimis – kaip rašo psichologė, profesorė Danutė Gailienė, medicinos istorikai paprastai nurodo, kad pirmi klinikiniai tokios trauminės būsenos aprašymai yra iš Amerikos pilietinio karo ir Pirmojo pasaulinio karo, o intensyviau

ji pradėta tyrinėti po Antrojo pasaulinio karo (Gailienė, 2008). Pasak psichiatrės, tyrėjos ir autorės Judith Lewis Herman, emocinės, psichologinės traumos sąvoka medicinoje atsirado tik 1980 m., kai į trečiąją Amerikos psichiatrų asociacijos diagnostinio vadovo leidimą kaip diagnozė buvo įtrauktas potrauminio streso sindromas. Traumą sukeliančius įvykius vadovas apibūdino kaip „pranokstančius įprastą žmogišką patirtį“. Liūdna, tačiau šis apibrėžimas pasirodė esąs netikslus. Prievertavimas, uždėjimas, kitokių formų seksualinis ir buitinis smurtas yra tokia įprasta moterų gyvenimo dalis, kad vargu ar šias patirtis galima apibūdinti kaip peržengiančias įprastų patirčių skalę (Herman, 2021).

Psichologinės traumos sąvoka tebėra sunkiai apibrėžiama: jos priežastys subjektyvios ir kompleksinės. Tai galioja ir gimdymo diskurse. Ar buvo patirta gimdymo trauma, gali pasakyti tik pati moteris (angl. birth trauma lies in the eye of the beholder); motinos jautė, kad jų trauminiai gimdymai medicinos personalo dažnai buvo matomi taip rutininė priežiūra (Beck, 2004). Visuotinai sudėtingas psichologinės traumos apibrėžimas gimdymo atveju susiduria dar ir su bendru moterų patirčių tyrimų trūkumu ir jų nuvertinimu, taip pat ir motinystės srityje. Kaip rašo publicistė Lucy Jones, kaip visuomenė mes neatrodome labai susidomėję realiu motinystės patirties kūnu ir krauju. Subjektyvios motinų patirtys iki labai neseniai praktiškai neegzistavo Vakarų filosofijoje, literatūroje ir kultūroje (Jones, 2024). Tai galioja ir mokslinio žvilgsnio imčiai, mastui ir gyliui.

Trauminis gimdymas (angl. traumatic birth) gali būti apibūdinamas kaip kūdikio ats(i)skyrimas nuo jo motinos tokių įvykių ir priežiūros būdu, kurie lemia stiprų distresą ar psichologinį sutrikdymą; fizinis sužalojimas gali būti arba ne, ir tokio gimdymo pasekmė yra tęstinis psichologinis distresas (M. Greenfield, 2016).

Šiuo metu labiau apibrėžtos yra ne priežastys, o traumos sukeliamos reakcijos. Kaip rašo J. Lewis Herman, traumos reakcijos pasireiškia, kai bet koks veiksmas yra neįmanomas. Kai neįmanoma nei pasipriešinti, nei pabėgti, žmogiška savigynos sistema nustelbiama ir dezorganizuojama. Kiekvienas įprastos reakcijos į pavojų komponentas, netekęs savo pritaikomumo, pakeistu ir sutirštintu pavidalu, linkęs pasireikšti ilgiau nei trunka faktinis pavojus. Trauminiai įvykiai sukelia giluminius ir ilgalaikius psichologinio sujaudinimo, emocijų, pažinimo ir atminties pokyčius (Herman, 2021).

Lietuvoje galiojantis Tarptautinės statistinės ligų ir susijusių sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtasys pataisytas ir papildytas leidimas „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM) nurodo tipiškus potrauminio streso sutrikimo požymius: įkylus ir pasikartojantis stresogeninio įvykio išgyvenimas prisiminimuose (angl. – flashback), sapnuose arba košmaruose, pasireiškiantis, nepaisant nuolat juntamo emocinio „sustingimo“ ir jausmų blankumo, atsiskyrimas nuo kitų žmonių, nejautrumas aplinkos poveikiui, anhedonija bei vengimas traumą primenančių veiksmų ir situacijų. Paprastai kartu būna padidėjęs vegetacinės (autonominės) nervų

sistemos sujaudinimas, pasireiškiantis padidėjusiu dirglumu, sustiprėjusiu baimingumu ir nemiga. Kartu su šiais simptomais dažnai būna ir nerimas bei depresija, neretai būna ir suicidinių minčių. Sutrikimas pasireiškia po latentinio periodo, kuris gali svyruoti nuo kelių savaičių iki kelių mėnesių (Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM) – Sisteminių ligų sąrašas., 2010). Kaip šie gimdymo traumų ir potrauminio streso sindromo padariniai veikia moterų, jų kūdikių, kuriems jos paprastai tampa svarbiausiais juos auginančiais žmonėmis, ir kitų šeimos narių, platesnės bendruomenės ir visuomenės gyvenimą, yra plataus tyrimo vertas uždavinys, kuris šiame darbe nebus aprėptas.

Remiantis Meghan Bohren ir kt. tyrimu, daug kur pasaulyje moterų gimdymo patirtys sveikatos priežiūros įstaigose yra paveiktos netinkamo elgesio, įskaitant fizinį ir verbalinį smurtą (angl. abuse), palaikančios priežiūros trūkumą, apleidimą, diskriminaciją, autonomijos atėmimą. Tyrimo duomenys rodo, kad, nors šios netinkamos priežiūros formos gali atsirasti moters ir konkretaus personalo atstovo santykio lygyje, prie tokios situacijos prisideda kompleksinis trūkumų spektras visoje sistemoje (sveikatos priežiūros įstaigos ir visos sveikatos sistemos lygyje), įtraukiant prastas paslaugų priežiūros struktūras, nepakankamą personalo kiekį, poreikių neatitinkančias tiekimo grandines, prastas fizines sąlygas ir [įstatymines bei kitas] tvarkas, įstaigos kultūrą, galios dinamiką, kuri sistemiškai nugalina moteris (Bohren, 2015). Netinkamas elgesys su [gimdančiomis] moterimis yra platesnių socialinių normų pasireiškimas, lemiamas stigmatos ir išankstinių konkrečių personalo atstovų nuostatų. Stigmą ir diskriminaciją skatina daugelis faktorių, įskaitant valstybės geo- ir etnopolitinius tikslus, žalingas bendruomenių normas ir paslaugų teikėjų išankstines nuostatas apie tinkamumą motinystei (Schaaf, 2023). Informacijos ir kontrolės trūkumas, prastas palaikymas ir neadekvačios priežiūros teikėjo interakcijos yra stipriai susiję su traumišku gimdymo patyrimu (Rakime Elmir, 2010). Dar vieno tyrimo duomenimis, keturi faktoriai – asmeniniai lūkesčiai, prižiūrinčių asmenų teikiamo palaikymo kiekis, specialistų ir pacientų santykio kokybė ir įsitraukimas į sprendimų priėmimą – yra tokie svarbūs, kad jie nusveria amžiaus, socioekonominio statuso, etniškumo, pasiruošimo gimdymui, fizinės gimdymo aplinkos, skausmo, nejudrumo, medicininių intervencijų ir priežiūros tęstinumo poveikį, kai moterys vertina savo gimdymo patirtį (Hodnett, 2002).

Cheryl Beck ir kolegų tyrimų duomenys rodo, kad jų dalyvės nurodo šešis nepagarbios ir žalojančios priežiūros tipus: profesionalių standartų neatitinkanti priežiūra; prasta komunikacija tarp moterų ir personalo; verbalinis smurtas (angl. abuse); fizinis smurtas; sveikatos apsaugos sistemos sąlygos ar ribotumai; stigma ir diskriminacija. Pirminiame tos pačios mokslininkės tyrime dalyvės nurodė, kad dėl grubaus elgesio su jomis gimdymo metu jos jautėsi kaip išprievartautos – šie atvejai buvo priskirti fizinio smurto kategorijai (Beck, 2018).

Socialinės traumos koncepciją analizuojantis ir ją 2025 metų Lietuvos psichotraumatologų konferencijoje pristatęs Frank Neuner išryškina pamatinį dabartinio požiūrio į traumą trūkumą, kuris ypač aktualus gimdymui: dabartinės psichologinės traumos teorijos daro prielaidą, kad potrauminiai simptomai kyla iš streso reakcijų, nulemtų itin nepalankių gyvenimo įvykių. Kadangi potrauminio streso sindromo diagnozė yra apribota ties grėsme fiziniam ir seksualiniam asmens integralumui (nelaimingi atsitikimai, fizinė ir seksualinė prievarta), šios teorijos nėra gerai pritaikytos paaiškinti psichopatologines pasekmes tokių įvykių, kai asmuo itin stipriai pažeidžiamas socialiai – emocinio smurto ir patyčių. Tačiau akivaizdu, kad socialinės grėsmės prisideda prie plačios psichinių sutrikimų įvairovės ir sustiprina simptomus pacientams su potrauminio streso sutrikimu. Pasak šios perspektyvos, neigiami socialinės grėsmės įtraukiančių įvykių padariniai kyla dėl esminių socialinių poreikių (tokių, kaip statuso ir priklausymo) pažeidimų, kas sukelia intensyvias emocines reakcijas, įskaitant ir neviltį ir pralaimėjimo jausmą (Neuner, 2023). Mokslininkas pabrėžia, kad šios reakcijos gali būti iššauktos ir patyrus asociatyvią grėsmę.

Emocinis smurtas, taip pat vadinamas ir psichologiniu smurtu, kuris nurodo į kraštutinius žodinio ar nežodinio elgesio pasireiškimus, sukeliančius žmogui nevertingumo, nepageidaujamo jausmus, priklauso prie labiausiai žalojančių vaikystės patirčių. Emociškai netinkamas elgesys, apimantis emocinį smurtą ir nepriežiūrą, pasireiškia kaip atstūmimas: menkinimas, žeminimas, gėdinimas ar viešas pažeminimas, izoliacija ir emocinių poreikių neatliepimas nerodant rūpesčio, prisirišimo ir meilės. Nors emocinė prievarta neatitinka trauminio įvykio kriterijų pagal diagnostikos vadovus (Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM) – Sisteminis ligų sąrašas., 2010), tyrimai parodė, kad netinkamas emocinis elgesys yra stiprus visų PTSS simptomų grupių, atsirandančių dėl kitų trauminių įvykių, tokių kaip smurtiniai išpuoliai ir nelaimingi atsitikimai, prognozuotojas (Neuner, 2023). Svarbu pabrėžti, kad nors cituotas tyrimas kalba apie emociškai netinkamo elgesio žalą vaikystėje, šis modelis potencialiai galioja ir gimdymo metu. Kaip rodo smegenų tyrimai, motinystė apima panašius smegenų pokyčius į fiksuojamus paauglystėje, taip prisidedant prie vystymosi stadijos, vadinamos matresensu. Ir paauglystė, ir matresensas yra jautrūs neuroplastiški laikotarpiai, nusakomi hormonų lemiamų pokyčių dėmesyje, motyvacijoje, suvokime ir elgesyje, kurie yra būtini prisitaikymui prie pasikeitusio gyvenimo reikalavimų (Clare McCormack, 2023).

Sisteminę tyrimų apžvalgą atlikę tyrėjai teigia, kad pogimdyminės depresijos simptomai dažniausiai pasireiškė jaunoms – iki 20 metų amžiaus – moterims, su daugiavaisiais nėštumais ir žemu išsilavinimu. Aukštesnę potrauminio streso sindromo riziką patiria gimdyvės iki 35 metų, pirmakartės ir moterys su viduriniu išsilavinimu (Silva-Fernandez, 2023).

Gimdymas naudojant instrumentus (reples ar vakuumą) arba cezario pjūvio operacijos būdu identifiкуotas kaip reikšmingas pogimdyminės depresijos rizikos veiksnys – dėl jį lydinčios medicinos personalo neformalios prievartos ir nepasitenkinimo naujagimio sveikatos priežiūra (Kristy Watson, 2021). Iš kitos pusės, partnerio palaikymas ir aukštas pasitenkinimas gimdymo metu suteikta sveikatos priežiūra veikė kaip apsauginiai veiksniai. Kalbant apie potrauminio streso sindromą, gimdymo būdas, sunkūs tarpvietės sužeidimai, Kristelerio manevras buvo rizikos faktoriai, o autonomijos netekimas ir prievarta keitė potrauminio streso simptomatologiją. Kaip apsauga veikė atsižvelgimas į gimdymo planą, adekvati komunikacija su sveikatos priežiūros specialistais, socialinis palaikymas gimdant ir oda prie odos kontaktas su kūdikiu po gimdymo. Gimdymo traumos neatpažinimas ir nesupratimas dažnai reiškia praleistas galimybes suteikti moterims pripažinimą, tęstinę paramą, galimybę atsigauti ir keisti praktikas (Kristy Watson, 2021). Kristelerio manevrą Europos Parlamentas yra priskyres prie žalingų, tyrimais nepagrįstų praktikų, kurio taikymas laikytinas akušerinio smurto apraiška (Silvia Brunello, 2024).

1.3.2. Gimdymo mikrosistema

Mikrosistema, arba tiesioginė aplinka gimdymo metu, yra fizinė ligoninės aplinka. Įprastai atvykusi gimdyti moteris susiduria su priėmimo skyriumi ir jo personalu (būdinčia medike, akušere), gimdykla ir čia dirbančiu personalu (akušere, gydytoja akušere-ginekologe, anesteziologe, slaugytoja, valytoja ir kt.), ir/arba operacine (akušere, gydytoja akušere-ginekologe, neonatologe, anesteziologe, slaugytoja ir kt.), pogimdymine palata ir joje gulinčiomis kitomis moterimis su kūdikiais bei prižiūrinčiu personalu (akušere, slaugytoja, žindymo konsultante, neonatologe ir kt.), ir kita ligoninės aplinka. Šie kontaktai yra asmeniniai, gyvi. Jie gali būti tęstiniai – moteris iš ankstesnių savo nėštumo priežiūros vizitų gali pažinoti akušerę ar gydytoją akušerę-ginekologę ir atsitiktinai pakliūti į jų darbo pamainą arba gali būti iš anksto susitarusi su konkrečia specialiste dėl gimdymo priežiūros; kontaktai taip pat gali būti vienkartiniai ir kintantys, jei gimdyvė su specialistais anksčiau nėra bendravusi ir/ar jei proceso metu keičiasi specialistų pamainos. Vienkartinių ir kintančių santykių scenarijus yra dažniausias, nes šiuo metu Lietuvoje nėra teikiamos tęstinės akušerijos paslaugos, kai moterį specialistų komanda lydi per visą nėštumo, gimdymo ir pogimdyminį laikotarpį, nors tai vadinama auksiniu akušerijos standartu. Yra žinoma, kad moterys, gavusios tęstinę akušerinę priežiūrą, turėjo mažiau intervencijų ir buvo daugiau linkę būti patenkintos gauta gimdymo priežiūra (Sandall, 2016).

Tęstinis palaikymas, rūpestingas ir empatiškas priežiūrą teikiančiųjų požiūris, stiprūs ir užtikrinti santykiai kuria aukštą pasitenkinimą gimdymu. Iš santykių pusės – partnerio parama ir galimybė jam dalyvauti gimdyje taip pat yra pasitenkinimo šia patirtimi kriterijus (Christophe Clesse, 2018). Tai

patvirtina ir daugiau tyrimų: partnerio palaikymas ir aukštas pasitenkinimas priežiūra gimdymo metu yra apsauginiai faktoriai nuo trauminės patirties (Silva-Fernandez, 2023).

Į ligoninę yra įprasta atvykti gimdyti su lydinčiuoju asmeniu – dažniausiai tai yra moters partneris, vaiko tėvas, kartais – kitas moters pasirinktas artimas asmuo ir/arba dula, samdoma emocinės ir fizinės pagalbos specialistė. Su šiais žmonėmis moteris yra asmeniškai pažįstama ir gimdyme jie dalyvauja jos pasyviu ar aktyviu sutikimu. 2019 m. Lietuvoje atlikto tyrimo magistro darbui duomenimis, su dula gimdžiusios moterys įsitikinusios, kad dula prisidėjo prie geresnės jos ir kūdikio savijautos tiek socialine, tiek psichologine, tiek ir fiziologine prasme. Nuolatinis dulos buvimas šalia padeda sumažinti neigiamus gimdymo faktorius, pasirūpinant, kad moteris jaustųsi saugi, o į jos lūkesčius būtų atsižvelgiama. Žinios ir asmeninė patirtis gimdymo klausimais, fizinė, emocinė, moralinė pagalba, tarpininkavimas tarp gimdymo priežiūros specialistų ir gimdyvės, taip pat gimdyvės ir jos sutuoktinio/partnerio, buvo labai reikšmingi moterims tiek priešgimdyviniu, tiek gimdymo, tiek pogimdyviniu laikotarpiu (Žemaitytė, 2019).

Lietuvoje įprasta, kad lydinčių asmenų skaičių nustato ne gimdanti moteris, o ligoninė savo vidaus tvarkos taisyklėse, ne visos jos yra skelbiamos internete ir moteris turi galimybę susipažinti su popieriniu variantu tik atvykusi į konkrečius gimdymo namus ir paprašiusi jų kopijos. Dažniausiai taisyklėse nurodoma, kad gimdyme gali dalyvauti vienas ar du lydintieji asmenys (VšĮ VUL Santaros klinikų generalinio direktoriaus sakymu Nr. V-347 GP 105 „Normalus gimdymas“ 2 priedas Informacinis lapelis pacientui Artimųjų dalyvavimas gimdymo metu, 2019) (Viešosios įstaigos „Vilniaus gimdymo namai“. Vidaus tvarkos taisyklės, 2023).

Kai kuriais atvejais – ypač uždarius mažesniųjų miestų gimdymo skyrius – moteris gimdyti vežama greitosios pagalbos automobiliu ir yra prižiūrima šios grandies specialistų. Šis asmeninis kontaktas trunka tiek, kiek trunka kelionė į ligoninę – jei po patikros paaiškėja, kad gimdymas dar nėra prasidėjęs, norėdama grįžti namo moteris transportu turi pasirūpinti pati.

Mikrosistema po gimdymo, moteriai su kūdikiu grįžus namo, apima šią diadą, taip pat moters ir jos partnerio santykius bei santykius su naujagimio gydytoja. Kai kuriais atvejais joje taip pat reikšmingai dalyvauja kiti artimieji – platesnė šeima, giminės ir draugai, tačiau įprasta matresenso iššūkius išgyventi atominėje šeimoje, gana izoliuotai nuo platesnės socialinės aplinkos. Palaikymo lygis pogimdyminiu laikotarpiu moterims ir šeimoms, patyrusioms trauminį gimdymą gali lemti, ar moteriai išsivystys besitęsiančios nerimastingos mintys apie gimdymo patirtį (Kristy Watson, 2021) – tai galėtų būti vertinga kitų tyrimų tema.

Visuotinės valstybės organizuojamos ir finansuojamos specializuotos moters priežiūros po gimdymo Lietuvoje nėra – gimdyvei terekomenduojama apsilankyti pas gydytoją ginekologę patikrai po gimdymo praėjus 6-8 savaitėms, tad santykiai su medicinos sistema vyksta tik per naujagimio

vystymosi ir poreikių diskursą. Situacija vis tik keičiasi: sveikatos apsaugos ministro įsakyme numatyta, kad šeimos gydytojo komandą turi sudaryti šeimos gydytojas, slaugytojas, akušeris, atvejo vadybininkas, kineziterapeutas, gyvensenos medicinos specialistas, apylinkės administratorius, socialinis darbuotojas, kurių paslaugos, atsižvelgiant į Sveikatos ministerijos numatytus prioritetus, tikėtina, atlieps ir daugiau pagimdžiusių moterų poreikių (Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo, 2005). Taip pat nuo 2024 metų vidurio naujagimius prižiūrintys specialistai yra įpareigoti, remiantis Edinburgo pogimdyminės depresijos klausimynu, pasiteirauti ir apie mamos emocinę būklę (Dėl Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo ir perinatologijos integruotos sveikatos priežiūros stebėsenos komiteto sudarymo, 2024), o kai kuriose Vilniaus poliklinikose yra sukurti algoritmai suteikti pagalbą moterims, kurioms depresija yra įtariama, tačiau šiame darbe analizuojami 2023 metais gimdžiusių moterų duomenys, kai šios sąlygos dar nebuvo sukurtos.

Socialinių medijų – kurios U.Bronfenbrennerio teorijoje apskritai neapžvelgiamos, nes tuo metu ir praktiškai neegzistavo – priskyrimas kažkuriam iš sistemos lygių kelia klausimų. Neoekologinės teorijos plėtotojai išskiria du mikrosistemų lygmenis: fizinį ir virtualų (Jessica L. Navarro, 2023). Ar tai mikrosistema, nes įprastai vartojama, sekama, vertinama, bendraujama asmeniškai? Šių interakcijų intymumo lygis gali būti labai skirtingas – nuo paviršinio turinio peržvelgimo iki aktyvaus susirašinėjimo, komentavimo ir kitokio pobūdžio įsitraukimo; asmenys gali būti pažįstami ir lygiaverčiai, arba vienas yra nuomonės formuotojas, kitas – jos vartotojas. Ar socialiniai tinklai yra ir mezosistemos dalis dėl savo kintančių ir formuojamų algoritmų, kurie keičia ir turinio kūrėjų, ir jo vartotojų elgesį? Dėl įtakos ideologiniams susiskaldymams, nes leidžia vartotojams pasirinkti informaciją, atitinkančią jų įsitikinimus, ir vengti priešingų požiūrių (Pecile, 2025)? Arba siūlo informaciją pagal savo algoritmus, taip formuodami nuomonę? Kaip idealizuotos – ar priešingai, itin kritiško požiūrio – motinystės vaizdavimas socialiniuose tinkluose veikia naujų mamų savęs vertinimą, elgesį ir pasirinkimus? Tai galėtų būti kitų tyrimų temos.

1.3.3. Gimdymo mezosistema

Mezosistema gimdymo metu apima personalo, kuris prižiūri gimdyvę, tarpusavio santykius – akušerės, gydytojos akušerės-ginekologės, anesteziologės, neonatologės, slaugytojos ir kt. profesinius ryšius, kurie medicinos sistemoje yra griežtai hierarchiniai. Reikšmingi yra ir kolegijų asmeniniai ryšiai, neišvengiamai atsispindintys jų savijautoje ir santykiuose su žemiausiai gimdyklos hierarchijoje atsiduriančia gimdyve. Čia galima prisiminti išsamų žurnalistinį tyrimą, darytą Lietuvoje 2021 metais apie mobingą medicinos sistemoje – nors jame nekalbama apie konkrečiai gimdymo skyrius, tačiau ir jiems galioja bendros sistemos taisyklės (Birutė Davidonytė, 2021); ir

pacituoti Australijos ir Didžiosios Britanijos duomenimis grįstą daktaro disertaciją: akušerijos studentės nurodė, kad buvimas priekabiavimo taikiniaus jas paveikė ir asmeniškai, ir kaip specialistes, o tai potencialiai gali turėti poveikį profesijos reputacijai, priežiūros mamoms ir naujagimiams kokybei ir akušerių išsilavinimo kokybei (Capper, 2021).

Įprasta, kad gimdymo metu daugiausiai laiko ir fizinio kontakto su gimdyve turi akušerė – ji užsina patikrinti progreso, pildo dokumentus, atlieka daugelį rutininių procedūrų (pvz., įveda kateterį į veną, įstato lašelines, tvirtina vaisiaus širdies veiklos ir moters sąrėmių intensyvumo daviklius, etc), pasiūlo arba ne nemedicininio skausmo palengvinimo būdus, parodo galimas padėtis, atneša gimdymo patogumui skirtą įrangą (pripučiamus kamuolius, kėdutę, čiužinuką ar pan.), parodo, kaip ja naudotis, tačiau nurodymus, kada ir kaip tai daryti, ji paprastai gauna iš hierarchiškai aukštesnės padėties kolegės. Tai gali būti tiesioginiai nurodymai konkrečiai šiam gimdymui (pvz, kiek fiziologinio skysčio gimdyvei sulašinti) arba akušerės numanomos aukščiau hierarchijoje esančios kolegės preferencijos (pvz, išvengti, kad moteris naudotųsi vonia gimdymo metu arba nekviesti anesteziologės nakties metu, kiek ir kai tik įmanoma). Tokia santykių dinamika, nors pačios moters nematoma, daro jai tiesioginę įtaką. Gimdanti moteris gali patirti fizinę ar verbalinę skriaudą, atspindinčią galios dinamiką (Schaaf, 2023).

Dar viena mezosistemos dedamoji – jau minėtos tęstinės akušerinės priežiūros nebuvimas, kuris suponuoja ne visada susisiekiančias informacines sistemas: nėštumo priežiūrą, gimdymo priežiūrą, pogimdyminę priežiūrą dar toje pačioje ligoninėje, kur vyko gimdymas, ir priežiūrą po gimdymo, moteriai grįžus namo. Šias paslaugas moteris gali gauti mažiausiai iš vieno paslaugų tiekėjo, tačiau įprasta, kad jas teikia ne tik skirtingi specialistai, tačiau skiriasi ir įstaigos. Informacija apie gimdyvės sveikatą kaupiama elektroninėje sistemoje ir jos pačios turimoje fizinėje kortelėje, tačiau ne visą ją gali matyti gimdymą prižiūrintys specialistai – pavyzdžiui, įrašai apie psichinę sveikatą prieinami tik tos srities medikams. Iš vienos pusės, taip gimdyvė atsiduria situacijoje, kai tam tikrą informaciją ji pateikinėja pakartotinai, iš kitos – tam tikra nėra prieinama specialistams ir jie gali net nežinoti apie reikšmingų aspektų egzistavimą. Taip pat dėl tęstinumo nebuvimo moteris neturi galimybių užsitikrinti tam tikrą jai reikalingą ar svarbią priežiūrą. Ryškiausiai tai matoma su planine cezario pjūvio operacija, gimdymu natūraliais takais po prieš tai turėtos operacijos, gimdymu namuose ar kitu gimdymo scenarijumi, kuomet moteris turi konkrečių poreikių ar pageidavimų (pavyzdžiui, gimdyti vandenyje).

Jei nėštumo priežiūros metu moteris buvo radusi specialistą, kaip rekomendaciją įrašiusį jos norimą gimdymo būdą, gimdymą priimančios specialistai gali šių rekomendacijų nepaisyti. Toks neužtikrintumas kuria nesaugumą, nepasitikėjimą ir nesavarankiškumą, kurie moterį gali lydėti ilgą laiką dar iki gimdymo, keldami ilgalaikį stresą. Išskiriami trys visuotinai stresą sukeliantys veiksniai:

netikrumas, informacijos trūkumas ir prarasta kontrolė (Maté, 2023). Nors nuo 2023 metų galioja tvarka dėl cezario operacijos be medicininių priežasčių, pasipriešinimas iš medikų jai yra gana didelis – ne visos ligoninės teikia šią paslaugą, be to, ji yra brangi ir neapmokama valstybės (kaip ir gimdymo namuose paslauga ir skirtingai nuo visų kitų gimdymo priežiūros paslaugų) ir dar turi būti patvirtinta medikų komisijos (Dėl cezario pjūvio operacijos nėščiosios pageidavimu paslaugos organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo). Gimdymo namuose su medicinine priežiūra tvarka taip pat patvirtinta įstatymiška dar 2019 metais (Dėl Gimdymo namuose priežiūros paslaugos teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2019), tačiau realybėje yra sunkiai pritaikoma dėl numatytų apribojimų, netaikomų kitose šalyse. Praktiškai bet kokie moters išankstiniai pasirinkimai valstybės yra apmokestinami – ir jau minėta cezario pjūvio be medicininių priežasčių operacija, ir gimdymas namuose, ir konkrečių specialistų pagalba ne jų darbo metu. Nekomplikuoto nėštumo atveju išlieka neapmokestinta galimybė rinktis ligoninę – nors ji taip pat sąlyginė, nes gimdymus priima tik gimdymo skyrius turinčios ligoninės Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose, Panevėžyje, Alytuje, Marijampolėje, Mažeikiuose, Utenoje, Jonavoje, Telšiuose ir Tauragėje. Nuo 2022 metų akušerijos paslaugos nebeteikiamos Vilkaviškio, Kėdainių, Ukmergės, Kretingos, Trakų, Visagino ir Pasvalio ligoninėse. Gimdyvėms teikiama greitosios pagalbos paslauga nuvežant į arčiausiai esančią ligoninę, ne jų pasirinktąją, be to, grįžimu namo po gimdymo su kūdikiu arba grįžimu, jei po patikrinimo paaiškėja, kad gimdymo veikla dar neprasidėjusi, turi pasirūpinti pati moteris.

1.3.4. Gimdymo egzosistema

Egzosistamai galima priskirti medicinos personalo darbo grafiką – čia ypač svarbu tai, kad akušeriniuose skyriuose paslaugų teikimas turi būti užtikrinamas visą parą ištisus metus be pertraukų, o tai darbuotojams reiškia darbą pamainomis, taip pat ir naktį. Egzistuoja skirtingos praktikos: vienoje ligoninėse nustatoma aštuonių valandų pamaina, kitur darbuotojai turi galimybę rinktis visos paros ištisinį darbą, kuris finansiškai gali būti patrauklesnis, todėl būtent šiam pasirinkimui teikiamas prioritetas. Gimdančiąją tai gali veikti keleriopai: viena, besikeičianti pamaina reiškia naują personalą, santykių su juo kūrimą; antra, vakarais ir savaitgaliais dirba mažiau personalo, tad kai kurios gimdyvės gali gauti mažiau dėmesio, mažiau specifinių paslaugų (pvz., žindymo ar psichologinių konsultacijų), turėti mažiau galimybių prireikus pakeisti paslaugas teikiančias specialistes; kita – gimdymo laikas gali būti derinamas pagal personalo patogumą, pavyzdžiui, planinės operacijos nedaromos savaitgaliais ar švenčių dienomis; arba spontaniškai prasidėjęs gimdymas skubinamas, priimant gimdyvei nepalankius medicininius sprendimus, kad jis pasibaigtų iki personalo darbo pabaigos (Macfarlane A, 2019); arba moteris spaudžiama dėl medikamentinio nuskausminimo (ne)pasirinkimo priklausomai nuo anesteziologės darbo laiko. Personalo priimamų sprendimų kontekste svarbu ir tyrimais patvirtintas faktas, kad miego trūkumas sąlygoja emocinį

iracionalumą: smegenys, kurioms trūksta miego, linkusios panirti tai į ekstremaliai pozityvias, tai į kraštutiniai negatyvias emocijas. Trūkstant miego, smegenų sričių, atsakingų už loginį mąstymą ir pamatuotus sprendimus, aktyvumas buvo gerokai prislopintas. Po 22 valandų be miego mūsų gebėjimas užsiimti kokia nors veikla prilygsta žmogui, kurio kraujyje alkoholio koncentracija beveik siekia viršutinę ribą, kurią peržengus jam nebūtų leidžiama vairuoti (Walker, 2020). Gimdyvės nebūtinai turi galimybę sužinoti, kiek valandų iki joms teikiamos pagalbos personalas yra nemiegojęs; ne visada yra ir galimybė pakeisti dirbančią komandą kita, net ir turint šią informaciją.

Ligoninių gimdymo skyrių vidaus tvarkos taisyklės taip pat yra egzosistemos dedamoji dalis; pasirašyti, kad su jomis yra susipažinusi, gimdyti atvykusi moteris skatinama pildant dokumentus priėmimo skyriuje – net jei tos taisyklės jai nėra pristatomos. Vidaus tvarkos taisyklės kuria tik ligoninės atstovai. Jose paprastai nurodoma, kiek lydinčių asmenų gimdyvė gali turėti. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, apibrėždamas paciento dalyvavimą biomedicininuose tyrimuose ir mokymo procese, numato, kad pacientas, pasirašytinai susipažinęs su sveikatos priežiūros įstaigos, kuriose mokomi sveikatos priežiūros specialistai, vidaus tvarkos taisyklėmis, sutinka, kad jis būtų įtraukiamas į mokymo procesą. Pacientas, nesutinkantis dalyvauti mokymo procese arba nesutinkantis, kad informacija apie jį būtų naudojama mokslo ir mokymo tikslais, tai pareiškia raštu (Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996). Nors įstatymas teigia, kad, įtraukiant pacientą į biomedicininus tyrimus ir mokymo procesą, turi būti vadovaujama nuostata, kad paciento interesai ir gerovė yra svarbesni už mokslo interesus, aktyvaus gimdyvės sutikimo reikia ne patvirtinti sutikimą būti mokymosi objektu, o patvirtinti savo prieštaravimą tam.

Ligoninės sprendimas siekti Naujagimiams palankios ligoninės statuso taip pat gali būti priskirtas egzosistemai. Nuo 2018 metų dėl pasaulinių pokyčių iniciatyvoje asmens sveikatos priežiūros įstaigų vertinimas pagal iki šio laiko taikytus reikalavimus yra sustabdytas ir naujos paraiškos vertinimui nebepriimamos, tačiau ligoninės skelbia anksčiau įgytą statusą. Ši Pasaulio sveikatos organizacijos ir Jungtinių Tautų vaikų fondo (UNICEF) Naujagimiui palankios ligoninės iniciatyva, grįsdama savo žingsnius mokslu grįstais įrodymais, siekia apsaugoti, skatinti ir diegti žindymo praktiką asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Naujagimiui palanki ligoninė turi turėti įstaigos vadovo patvirtintą žindymo rėmimo programą, kurioje išdėstyta kaip ligoninėje laikomasi dešimties Naujagimiams palankioms ligoninėms keliamų reikalavimų ir sudaromos palankios sąlygos sėkmingai žindyti naujagimius nuo pirmos jų gyvenimo dienos¹.

¹ <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/asmens-sveikatos-prieziura/motinos-ir-vaiko-sveikata/naujagimiams-palankios-ligonines/>

Šiam lygiui taip pat galima priskirti gimdymo priežiūrą teikiančių specialistų išsilavinimą. Šio darbo kontekstui svarbūs yra keli jo aspektai: Lietuvoje vyraujantis biomedicininis modelis, kai neskiriama dėmesio paciento emocinei būsenai; motinystės psichologijos pagrindų nesimokymas; į programą neįtraukiami įrankiai ir priemonės, kaip tvarkytis su emociškai sunkiomis situacijomis, kurias patiria patys medikai; nesimokoma tvarkytis su konfliktinėmis situacijomis su pacientais; formuojama nuostata, kad specialistas yra tik medikas, neįtraukiant eksperto iš patirties perspektyvos; moralinės atsakomybės už rezultatą krūvio perdavimas medikams (LSMU).

Įtaką gimdyvėms daro ir podiplominis specialistų kvalifikacijos kėlimas – kokiose srityse ir kokios kokybės mokymuose jie nutaria dalyvauti, kiek resursų tam gali skirti, kiek ligoninės vadovybė palaiko vienus ar kitus mokymosi pasirinkimus, ar ir kiek finansavimo tam skiria ir ar nustato prioritetus. Pavyzdžiui, pagal gydytojų specialistų medicinos normas, gydytoja akušerė ginekologė turi išmanyti naujagimių ir kūdikių žindymo ypatumus (Dėl Lietuvos medicinos normos MN 64:2018 „Gydytojas akušeris ginekologas“ patvirtinimo, 2008), o akušerė – laktacijos principus, naujagimio ir (ar) kūdikio žindymo principus; taip pat moters psichikos sveikatos ypatumus visais gyvenimo tarpsniais (Dėl Lietuvos medicinos normos MN 40:2021 „Akušeris“ patvirtinimo, 2014), tačiau formalaus išsilavinimo metu šių sričių žinių nesuteikiama pakankamai, o aukštos kokybės, mokslu grįstas specializuotas ir nuolat atnaujinamas kvalifikacijos kėlimas yra brangus ir ilgai trunkantis². Kiek įstaiga investuoja į savo darbuotojų žinių atnaujinimą, kvalifikacijos kėlimą, kurioms sritims teikia prioritetą, ar turi žindymo konsultantę, psichologę, kiek valandų per savaitę jų paslaugos yra prieinamos, ar šios paslaugos gimdyvėms pasiūlomos ir kaip, ar pati moteris turi jų paprašyti – tai taip pat egzosistemos dalis, prisidedanti prie bendros moterų gimdymo patirties. Tyrimai pabrėžia, kad reikia atsižvelgti į kokybišką paslaugų teikėjų sąveiką ir motinystės priežiūros paslaugų teikėjų švietimą apie teigiamos sąveikos su moterimis vertę (Madeleine Simpson, 2016).

Nėštumo kursai, siūlomi gimdymus priimančių įstaigų, kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ar savivaldybių sveikatos biurų, ir jų siūlomos temos bei jų turinys taip pat sudaro egzosistemą. Paprastai moterys (paskaitas gali klausyti ir partneriai) juose būna tik informacijos gavėjos, o temos yra nusprendžiamos pagal valstybės finansavimo prioritetus arba ligoninės nuožiūra – paskaitos organizuojamos informacijos perdavimo formatu, nėra skirtos diskusijoms ar santykių tarp dalyvių kūrimui, kurie galėtų sudaryti prielaidas kurti savarankiškomis tęstinėms savitarpio pagalbos grupėms. Ligoninėse organizuojamos (kartais – papildomai mokamos) paskaitos paprastai po jų siūlo ir galimybę aplankyti gimdyklas, kuri kitaip nėra suteikiama, taip pasinaudodamos konkurenciniu pranašumu prieš kitus paskaitų rengėjus. Moterys, turinčios mažiau resursų gilintis į pasiruošimą

² <https://ibclc-commission.org/ibclc-information/fee-guide/>

gimdymui bei motinystei, gali apriboti jį šiuo vienkartinio apsilankymu paskaitoje ir likti tik su minimaliomis bazinėmis žiniomis.

Egzosistamai taip pat priskirtinas Valstybinės ligonių kasos nustatomas gimdymo priežiūros paslaugų finansavimas. Pavyzdžiui, nuo 2025 metų už gimdymo per makštį, kai būklė nesudėtinga, priežiūrą ligoninei apmokamas 793,79 euro, už cezario pjūvio operaciją, kai būklė nesudėtinga – 1989,72 euro (Sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos ir jų balo vertė, 2025). Akcentuojant medikamentų, įrangos ir aukštesnės kvalifikacijos specialistų darbo valandas, o ne fiziologinį gimdymą, kuris gali trukti keletą ar keliolika kartų ilgiau, nei operacija, ligoninės gali būti suinteresuotos teikti geriau apmokamas ir greičiau suteikiamas paslaugas, kad surinktų reikiamus biudžetus. Graikijoje, kuri turi dvejopą – valstybės ir privatų – apmokėjimo už gimdymo priežiūros paslaugas modelį atliktas tyrimas patvirtina hipotezę, kad specialistai yra motyvuoti atlikti cezario pjūvio operaciją dėl finansinių ir patogumo paskatų (Elias Mossialos, 2005).

1.3.5. Gimdymo makrosistema

Lietuvoje valstybė teikia visapusiškai finansuojamą medicininę pagalbą nėštumo ir gimdymo metu, kuri apima visas būtinas gydymo paslaugas motinai ir vaisiui nėštumo metu, motinai ir kūdikiui gimdant medicinos įstaigoje, kuri atitinka Lietuvos teisės aktuose nustatytus kriterijus, motinai ir kūdikiui po gimdymo³. Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas nurodo pagrindinius jų teikimo principus: visuotinumas, priimtinas, tinkamas, prieinamas ir mokslinis pagrįstumas (Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, 2002). Pacientas teisės aktų nustatyta tvarka turi teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą (Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996).

Lietuva, teikdama gimdymo priežiūros paslaugas, vadovaujasi Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijomis. Čia teigiama, kad kiekviena moteris turi teisę į aukščiausio įmanomo sveikatos priežiūros lygio priežiūrą, kuri apima ir teisę į orią, pagarbią priežiūrą (WHO, 2018). Remdamasi šiomis rekomendacijomis, Motinystę globojančių iniciatyvų sąjunga, vykdanči Lietuvoje gimdžiusių moterų patirties apklausą „Mano gimdymas“, išgrynino penkis gimdymo priežiūros kokybės vertinimo aspektus. Tai yra pagarbus ir orus bendravimas, pasirinkto lydinčio asmens dalyvavimas, efektyvi personalo komunikacija, tinkamas ir priimtinas skausmo malšinimas, galimybė judėti ir gimdyti pasirinkta poza, palankumas naujagimiui ir sėkmingai žindymo pradžia⁴.

³ <https://www.zmogausteisiugidas.lt/temos/seima/reprodukcines-teises/nestumas-ir-vaiko-gimimas>

⁴ <https://mgis.lt/mano-gimdymas/>

PSO nuostata atsikartoja ir Lietuvos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme: pacientas turi teisę į savo garbės ir orumo nežeminančias sąlygas ir pagarbų sveikatos priežiūros specialistų elgesį. Pacientui turi būti suteikiamos mokslu pagrįstos nuskausminamosios priemonės, kad jis nekenktų dėl savo sveikatos sutrikimų (Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996).

Atsižvelgiant į šias rekomendacijas, 2019 metais buvo parengtos ir atnaujintos akušerijos diagnostikos ir gydymo metodikos, galiojančios visiems gimdymus priimantiems specialistams. Metodikoje „Normalaus gimdymas“ nurodoma, kad Lietuvoje turi būti teikiama mokslo įrodymais pagrįsta efektyvi gimdymo priežiūra. Tai apima keturis pagrindinius punktus:

- 1) Artimųjų dalyvavimas ir parama gimdyvei (trumpėja gimdymo trukmė, mažėja vaistų nuo skausmo poreikis, chirurginių intervencijų skaičius, naujagimiams rečiau pasireiškia hipoksija, gimdyvė patiria daugiau teigiamų emocijų);
- 2) Gimdymo padėties pasirinkimas (mažesnis diskomfortas mažiau komplikuoatų gimdymų, mažiau tarpvietės ir makšties traumų, mažesnė infekcijos tikimybė);
- 3) Gimdą traukiančių vaistų leidimas placentiniu laikotarpiu;
- 4) Akušerio priežiūra normalaus gimdymo metu (padeda sumažinti analgetikų poreikį gimdymo metu, sumažėja operacijų tikimybė, naujagimiai gimsta geresnės būklės pagal Apgar skalę) (Akušerinė metodika. Normalus gimdymas, 2019).

Remiantis Lietuvos Konstitucija, šalyje nėra valstybinės religijos (Lietuvos Respublikos Konstitucija, 1992), tačiau kultūriškai katalikybės įtaka yra reikšminga. Pavyzdžiui, akušerijos ir ginekologijos klinika Kauno Krikščioniškieji gimdymo namai neteikia nėštumo nutraukimo paslaugų, tačiau ne tokioms akivaizdžioms įtakoms reikėtų atskiros išsamios analizės. Klausimai galėtų apimti gimdymo nuskausminimą ir jo vengimą ir iš gimdyvių, ir iš personalo pusės dėl religinių įsitikinimų; požiūrį į vienos lyties poras; nuostatas dėl buvusių gimdyvės seksualinių santykių; požiūrį į netekėjusias, ne heteroseksualioje poroje gyvenančias gimdyves; skirtingų partnerių kūdikių susilaukiančias moteris; nėštumo nutraukimą anksčiau pasirinkusias moteris ar tas, kurios pagimdymo kūdikio atsisako. Platesni tyrimai taip pat galėtų apimti ir moterims (ne)teikiamų paslaugų spektrą – pavyzdžiui, kineziterapinį pasiruošimą ir atsistatymą po gimdymo, tarpvietės randų prevenciją ir visapusišką seksualinės funkcijos atstatymą – kuris irgi gali būti susijęs su giluminėmis kultūrinėmis ir religinėmis nuostatomis, gerbiančiomis archetipines moteris motinas ir įtariai žiūrinčiomis į savarankiškas ir seksualias moteris.

Modernaus gimdymo praktikų problema yra ne technologijų naudojimas ar jų trūkumas per se, nes savaime technologijos neturi prasmės ar svarbos. Greičiau problema yra gimdymo kultūroje, kuri yra ekspertocentristinė, o ne pacientocentristinė, ir tuomet atsirandančio galios bei kontrolės

disbalanso (Lyerly, 2012). Čia galima prisiminti dvi daug viešumo gavusias istorijas: Šiaulių atvejį 2018 metais, kuomet gimdančiai moteriai, atsisakiusiai vykdyti medikų nurodymus, buvo išskiesti policijos pareigūnai, kurie ją fiziškai laikė likusio gimdymo metu, o miesto meras jiems už tai įteikė apdovanojimus⁵. Antras atvejis yra iš LSMU Kauno ligoninės, kurioje 2021 metais gimdžiusi moteris atvirai pasidalino smurtiniu personalo elgesiu savo socialiniuose tinkluose ir raštu kreipėsi į įstaigą, tikėdamasi atsiprašymo ir siekdama, kad netinkamo elgesio netektų patirti kitoms moterims, tačiau iš ligoninės komunikacijos atstovo sulaukė atsakymo, kad pažeidimų nerasta, o jei „nepagrįstas įstaigos dalykinės reputacijos menkinimas tęsis, būsime priversti imtis teisinių veiksmų jai apginti“⁶. Šie atvejai – ryškūs smurto akušerijos lauke pavyzdžiai.

Makrosistemoje svarbu ir tai, kad gyvename visuomenėje, kurioje egzistuoja nepasiekiamas „natūralios“ ir tobulos motinos idealas, dažnai be jos paramai skiriamų resursų (Clare McCormack, 2023). Europos Parlamento Moterų teisių ir lyčių lygybės komiteto užsakymu atliktos studijos teigimu, akušerinis (ir ginekologinis) smurtas yra socialinis ir sisteminis reiškinys, atsirandantis susidūrus dviem struktūrinėms krizėms: diskriminacija lyties pagrindu ir pakankamų sveikatos sistemos ir institucijų resursų neužtikrinimas (Silvia Brunello, 2024). Tad tai – taip pat makrolygmens klausimas.

1.3.6. Gimdymo chronosistema

Laiko prasme gimdymas yra viena aiškiausiai apibrėžiamų žmogaus vystymosi patirčių. Jos trukmė apskaičiuojama valandomis – ir, nors skirtingoms moterims jo pradžia ne visada yra aiškiai nustatoma, pabaiga įvardijama kūdikio kūnui atsiskyrus nuo motinos kūno, kuri minučių tikslumu fiksuojama kaip naujo žmogaus gimimo laikas. Moterų patirčių kontekste įdomu tai, kad gimus kūdikiui, gimdymas dar tęsiasi, akušerijoje trečiąja stadija įvardijamas placentos atsiskyrimas ir jos pagimdymas gali trukti nuo kelių minučių iki keletos valandų, priklausomai nuo moters anatomijos, fiziologijos, gimdymo eigos ir priežiūros politikos.

Laiko kontekste svarbu ir tai, kad respondenčių pateikti duomenys buvo rinkti praėjus tarp dviejų ir septyniolikos mėnesių nuo jų gimdymo – visi jų pateikti atsakymai yra retrospektyviniai.

Laiko aspektas svarbus ir emocinės būsenos vertinimui – kad galima būtų nustatyti, ar PTSD simptomai yra reikšmingi, jie turi trukti bent vieną mėnesį (Pilla, 2021) – šiuo atveju minimaliai tiek laiko turėtų būti praėję nuo gimdymo.

⁵ <https://www.lrytas.lt/lietuvosdiena/aktualijos/2018/09/07/news/siauliuose-i-gimdyma-iskviesta-policija-nes-moteris-atsisake-gimdyti--7487706>

⁶ <https://kauno.diena.lt/naujienos/sveikata/sveikata/apie-mediku-uzgauliojimus-prabilusiai-gimdyvei-zinia-ligonines-nenustebau-bet-nusivyliau-1009725>

2. TYRIMAS

Darbe naudojami Motinystę globojančių iniciatyvų sąjungos 2023 metais darytos apklausos (1. priedas) „Mano gimdymas“ surinkti anoniminiai duomenys. Į šio tyrimo analizę įtraukti 1471 Lietuvoje gimdžiusios moters atsakymai. „Mano gimdymas“ apklausos respondentės sudaro 7,5 proc. nuo visų 19 592 Lietuvoje 2023 metais gimdžiusių moterų. Pasirinkus darbo temą ir kryptį, tiriamosios grupės apibrėžimas, apklausos surinktų duomenų analizė, veiksmų sąryšiai ir statistinių reikšmingumų skaičiavimai atlikti konkrečiai šiam darbui.

Respondenčių amžius apklausos pildymo metu buvo nuo 18 iki 44 metų. Gimdymo vietos pasiskirstė taip: ligoninėje (1468 atsakymai), planuoti gimdymai namuose, kurie baigėsi pervaziavimu į ligoninę. (3). Respondentės buvo iš visų Lietuvos apskričių. 1141 moteris (77,6 proc.) pagimdė natūraliais gimdymo takais, 330 (22,4 proc.) moterų buvo atlikta cezario pjūvio operacija. Higienos instituto pateikiami bendri šalies rodikliai yra atitinkamai 76,5 ir 23,5 procento. Vidutinis moterų amžius buvo 30,5 metų, Higienos instituto duomenimis – 30,6 metų. Apklausoje dalyvavo 67,3 proc. pirmakarčių, 26,8 proc. gimdžiusių antrą ir 6,3 proc. – trečią ar paskesnę kartą (šiam rodikliui apklausos duomenų reprezentatyvumo trūksta). Higienos instituto duomenimis, 2023 metais šalyje 46,9 proc. moterų gimdė pirmą kartą, 37,3 proc. – antrą ir 15,7 proc. trečią ar paskesnę kartą (Gimimų medicininiai duomenys 2023).

Apklausa buvo vykdoma tik internetu, nuo 2023 m. kovo 1 iki birželio 1 dienos. Minimalus įmanomas laikotarpis, praėjęs tarp gimdymo ir apklausos pildymo yra du mėnesiai, maksimalus – septyniolika mėnesių. Kvietimu pildyti apklausą buvo dalinamasi interneto socialiniuose tinkluose ir populiariausiame mažų vaikų tėvams skirtame internetiniame portale tavovaikas.lt. Apklausos sklaidai taip pat pasitelkti influenceriai ir mokama reklama socialiniuose tinkluose. Apklausa atlikta gavus Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Jungtinio AMTE komiteto etikos leidimą 2024-02-21 Nr. (1.13 E) 250000-KT-35.

Didžioji dalis apklausos klausimų buvo uždaro tipo, dalis jų turėjo atsakymo variantą „kita“, kurioje buvo galima pateikti atvirojo tipo atsakymą. Apklausoje buvo ir atvirojo tipo klausimų, kurie šiame darbe nebuvo naudojami.

Duomenų analizei naudojama aprašomoji statistika, koreliacinė analizė ir klasterinė analizė, statistiniam reikšmingumui nustatyti taikyti Chi kvadrato ir Mann-Whitney testai.

2.1. Kintamieji

Socialiai pažeidžiamoms respondentėms priskirtos moterys, atitinkančios bent vieną iš šių kriterijų: priklauso 18-19 metų amžiaus grupei (11 respondenčių); yra bedarbės arba studentės (39); išsilavinimas – vidurinis ar žemesnis (114); nurodytos pajamos iki 1200 eurų (209); šeiminė padėtis – netekėjusi/vieniša, išsiskyrusi arba našlė (26). Respondenčių, atitinkančių vieną ar kelis iš šių kriterijų, iš viso yra 316, o tai sudaro 21 procentą visų apklausą užpildžiusių dalyvių.

Palyginimams kai kuriais atvejais naudojama socialinio pažeidžiamumo apklausos pildymo metu nepatiriančios respondentės, kurių iš viso yra 1155, arba 79 procentai.

Tais atvejais, kai kalbama apie ligoninių statistiką, į darbą neįtrauktos įstaigos, kuriose gimdė mažiau kaip dešimt respondenčių: Alytaus, Marijampolės, Mažeikių, Telšių ir Utenos ligoninės. Tuomet naudojami duomenys iš šių dvylikos įstaigų:

- 1) Respublikinė Šiaulių ligoninė, Moters ir vaiko klinika;
- 2) Kauno klinikos, Lietuvos Sveikatos mokslų universiteto ligoninė;
- 3) LSMU Kauno ligoninė (buvusi 2-oji Kauno klinikinė ligoninė);
- 4) Panevėžio ligoninė;
- 5) Klaipėdos universitetinė ligoninė;
- 6) Jonavos ligoninė;
- 7) Santaros klinikos, Vilniaus universiteto ligoninė;
- 8) Kauno P. Mažylio gimdymo namai (LSMU Kauno ligoninės filialas);
- 9) Vilniaus gimdymo namai (Tyzenhauzų);
- 10) Kauno „Krikščioniškieji gimdymo namai“ (LSMU Kauno ligoninės klinika)
- 11) Tauragės ligoninė;
- 12) Vilniaus miesto klinikinė ligoninė (Antakalnio).

Analizuojant ne ligoninių, o respondenčių statistinius duomenis, naudojami tyrimo atsakymai iš visų ligoninių.

Potencialiai gimdymo traumą patyrusioms respondentėms priskirtos moterys, į anketos klausimą „kaip vertinate savo gimdymo patirtį“ pasirinkusios atsakymus „bloga“ (63) ir „traumuojanti“ (149). Iš viso – 212 moterų, sudarančių 14 proc. visų respondenčių. Tarp socialiai pažeidžiamų moterų atsakymą „bloga“ (18) ir „traumuojanti“ (47) viso pasirinko 65 moterys, arba 21 proc. šios grupės respondenčių.

Į apklausą buvo įtrauktos klausimų grupės, skirtos įvertinti moterų emocinę būseną po gimdymo, apimant pogimdyminės depresijos ir potrauminio streso sutrikimo sindromo rizikas. Pogimdyminės depresijos duomenims surinkti pasirinkta Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė. Ją sudaro dešimt klausimų, vertinamų nuo 1 iki 4 balų:

- 1) Aš galėdavau juoktis ir matyti linksmas gyvenimo puses,
- 2) Aš žvelgiau į ateitį su džiaugsmu,
- 3) Aš be reikalo kaltindavau save, jeigu nepasisekdavo,
- 4) Aš jausdavausi be priežasties nerami ir susirūpinusi,
- 5) Aš be rimtos priežasties jausdavausi išsigandusi ar apimta panikos,
- 6) Aš negalėdavau išspręsti kylančių problemų,
- 7) Aš jausdavausi tokia nelaiminga, kad pradėjau blogai miegoti,
- 8) Aš jausdavausi liūdna ar apgailėtina,
- 9) Aš jausdavausi tokia nelaiminga, kad net verkdavau,
- 10) Man kildavo minčių save žaloti.

Aukštą PD riziką galima įtarti respondentei surinkus 13 ar daugiau balų (Holt, 1995). Nuo 2024 metų Edinburgo skalė taikoma teikiant rutinines nėščiųjų ir pagimdžiusių moterų priežiūros paslaugas (Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo ir perinatologijos integruotos sveikatos priežiūros stebėsenos komiteto sudarymo, 2024).

Potrauminio streso sindromo duomenims surinkti pasirinkta taip pat dešimties klausimų traumos skalė (The Trauma Screening Questionnaire, TSQ):

- 1) Slėgė mintys ar prisiminimai apie gimdymą, kylantys prieš Jūsų valią,
- 2) Vargino sapnai apie gimdymą,
- 3) Elgėtės ar jautėtės taip, lyg vėl būtumėte gimdymo situacijoje,
- 4) Prislėgdavo gimdymo priminimai,
- 5) Pasireiškė kūno reakcijos (tokios kaip greitas širdies plakimas, skrandžio susitraukimas, galvos svaigimas) priminus gimdymą,
- 6) Buvo sunku užmigti ar miegoti neprabundant,
- 7) Vargino irzlumas ar pykčio protrūkiai,
- 8) Buvo sunku susikaupti,
- 9) Perdėtai rūpinotės dėl galimų pavojų sau ir kitiems,
- 10) Buvote nervinga ar krūpčiojote iš netikėtumo.

Kiekvienas klausimas turi dvi galimas atsakymo reikšmes: 1) ne, 2) taip, bent du kartus per pastarąją savaitę. Gavus šešis ar daugiau teigiamų atsakymų, galima teigti esant aukštą PTS tikimybę (Brewin CR, 2002).

Tyrimė naudoti sociodemografiniai ir socialinį statusą nurodantys kintamieji:

- 1) šeimos pajamos į rankas per mėnesį iki gimdymo. Galimos reikšmės: „Nežinau / nenoriu atsakyti“, „iki 1200 eurų“, „1200-2500 eurų“, „2500-3700 eurų“, „3700-5000 eurų“, „virš 5000 eurų“;
- 2) šeiminė padėtis gimdymo metu. Galimos reikšmės: „ištekėjusi“ , „partnerystėje“ ir „netekėjusi / vieniša“;
- 3) išsilavinimas. Galimos reikšmės: „aukštasis (universitetinis)“, „aukštasis (koleginis)“ ir „profesinis“, „vidurinis ar žemesnis“;
- 4) amžiaus grupė. Respondentės suskirstytos į 18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39 metų, 40 metų ir vyresnio amžiaus grupes;
- 5) gyvenamoji vieta. Galimos reikšmės: didmiestis (Vilnius, Kaunas, Klaipėda), kitas miestas, kaimo vietovė;
- 6) pagrindinė veikla iki gimdymo. Galimos reikšmės: „darbdavė“ „sandoma darbuotoja ar valstybės tarnautoja“, „savarankiškai dirbanti“, „dirbanti šeimos versle ar ūkyje“, „buvau kito vaiko auginimo atostogose“, „namų šeimininkė“, „studentė“, „bedarbė“.

3. REZULTATAI

Šioje dalyje apžvelgiami socialiai pažeidžiamų moterų kiekybiniai gimdymo patirties, pogimdyminės depresijos, potrauminio streso sindromo duomenys, gauti apklausos „Mano gimdymas“ metu ir jų sąsajos su potencialiai reikšmingais veiksniais.

Gimdymo patirties vertinimas yra susijęs su daugeliu veiksnių. Remiantis apžvelgta literatūra ir tyrimo „Mano gimdymas“ rezultatais, išskirti šie veiksniai:

- 1) Gimdymo vieta;
- 2) Išankstinių gimdyvių lūkesčių ir realios patirties neatitikimas;
- 3) Gimdymo būdas;
- 4) Gimdymas su/be partnerio;
- 5) Pakankama ir suprantama personalo komunikacija gimdymo metu;
- 6) Pagarbus personalo bendravimas gimdymo metu;
- 7) Intervencijos;
- 8) Nėštumas su rizikos veiksniais;
- 9) Tinkamas nuskausminimas;
- 10) Gimdymo poza;
- 11) Pasitikėjimas medikų kompetencija;

12) Dalyvavimas priimant su gimdymu susijusius sprendimus;

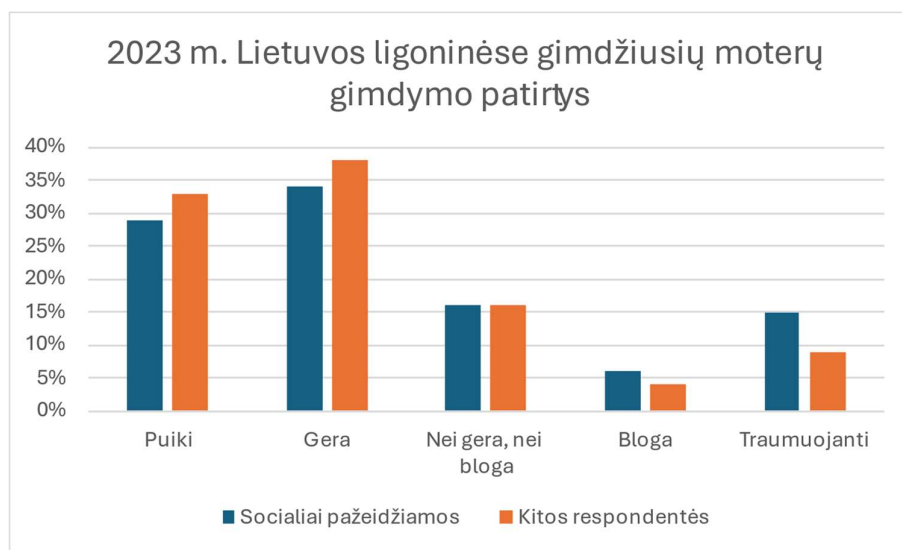
13) Smurtas (patyčios, gąsdinimai ir prievarta), patirti buvimo ligoninėje metu.

Šiame darbe tiriama šių veiksnių sąsaja su socialiai pažeidžiamų moterų gimdymo patirties vertinimu kaip trauminiu ir blogu, pogimdyminė depresija ir potrauminio streso sindromu.

3.1. Gimdymo patirties, pogimdyminės depresijos ir potrauminio streso sindromo pasireiškimas

PSO nurodo, kad reprodukcinės sveikatos paslaugų kokybę galima vertinti tik įtraukiant ir pačių jų gavėjų vertinimą. Savo gimdymo patirčiai apibūdinti apklausos „Mano gimdymas“ respondentės galėjo rinktis vieną iš penkių atsakymų – puiki, gera, nei gera, nei bloga, bloga ir traumuojanti. Tai – visiškai subjektyvus pačios moters vertinimas, apibendrinantis jos visą patyrimą gimdant kūdikį Lietuvos ligoninėje, kuris gali susidėti iš daugelio skirtingų veiksnių.

2023 metais didžioji dalis visų Lietuvoje gimdžiusių moterų savo gimdymo patirtį vertino kaip puikią arba gerą – tarp socialinio pažeidžiamumo nepatiriančių respondenčių tokius atsakymus pasirinko 71 proc., tarp socialiai pažeidžiamų moterų šis rodiklis – 63 procentai. Skirtumai yra ir tarp pasirinkusių atsakymus „traumuojanti“ ir „bloga“ – tarp socialinio pažeidžiamumo nepatiriančių respondenčių jie sudaro 13 proc., tarp socialiai pažeidžiamų moterų – 21 procentą. Mann–Whitney U testas parodė statistiškai reikšmingą skirtumą tarp socialiai pažeidžiamų ir kitų dalyvių patirties įvertinimų ($U = 165\,544,5$, $p = 0,0079$, 2.1.1. priedas).



pav. 1 2023 m. Lietuvos ligoninėse gimdžiusių moterų gimdymo patirtys

Pogimdyminę depresiją tarp 2023 metais Lietuvoje gimdžiusių socialiai pažeidžiamų vidutiniškai galima įtarti 30 proc. (kitų respondenčių – 22 procentams) moterų. Mann–Whitney U testas parodė, kad skirtumas tarp grupių yra statistiškai reikšmingas ($U = 167547$, $p = 0,002$, 2.1.2. priedas).

38 proc. socialiai pažeidžiamų moterų ligoninėje po gimdymo jokia forma (nei raštu, nei išsamiai ar trumpai žodžiu) nebuvo informuotos apie pogimdyminės depresijos požymius ir pagalbą teikiančias institucijas.

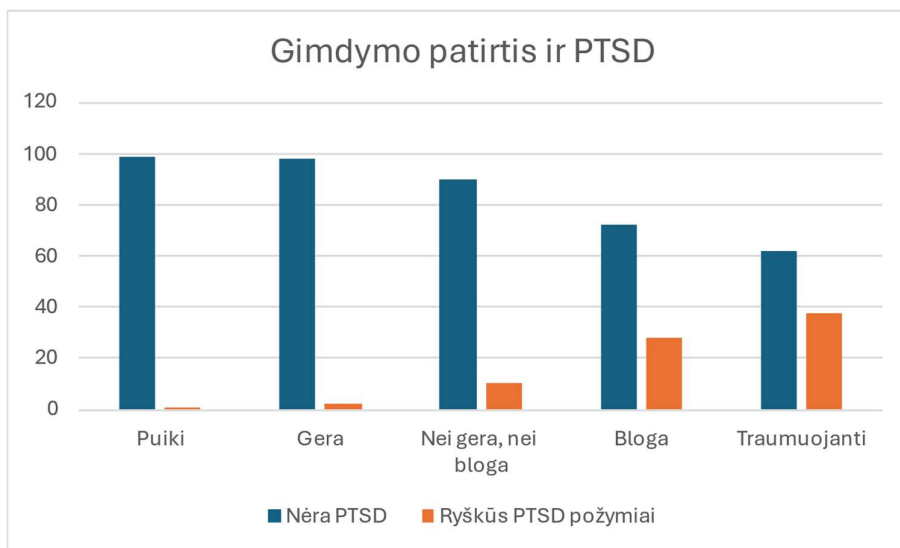
Kokių nors psichinės sveikatos sunkumų iki šio nėštumo turėjo 15 proc. socialiai pažeidžiamų respondenčių. Jos teigiamai atsakė į bent vieną iš šių klausimų: ar esate susidūrusi su ryškiais psichologiniais sunkumais, kurie reikšmingai paveiktų Jūsų kasdienį gyvenimą bei tarpasmeninius santykius? Susidūriau su ryškiais psichologiniais sunkumais, bet man nebuvo diagnozuotas psichikos sutrikimas; dėl patiriamų psichologinių sunkumų kreipiausi pagalbos į šeimos gydytoją; dėl patiriamų psichologinių sunkumų kreipiausi pagalbos į psichologą / psichoterapeutą; dėl patiriamų psichologinių sunkumų kreipiausi pagalbos į psichiatrą; dėl psichikos sveikatos sutrikimo vartoju psichiatro paskirtus vaistus (pvz., antidepresantus).

Iš moterų, patiriančių reikšmingus depresijos po gimdymo simptomus, iki paskutinio nėštumo bent vieną iš anksčiau išvardintų psichologinių sunkumų nurodė patyrusios 19 proc. respondenčių. Chi kvadrato analizė neparodė statistiškai reikšmingo ryšio tarp iki nėštumo buvusios emocinės sveikatos ir depresijos pagimdžius ($\chi^2(1) = 2,27$, $p = 0,13$, 2.1.3. priedas).

Potrauminio streso sindromą galima įtarti kas dešimtai socialiai pažeidžiamai tyrimo respondentei, o tarp kitų 2023 metais Lietuvos ligoninėse gimdžusių moterų ši statistika reikšmingai mažesnė ir siekia 4 procentus. Mann–Whitney U testas parodė, kad socialiai pažeidžiamų moterų grupė statistiškai reikšmingai skiriasi nuo moterų, tyrimo metu nepatiriančių socialinio pažeidžiamumo, grupės ($U = 172013,5$, $p < 0,001$, 2.1.4. priedas).

Iš tų respondenčių, iš kurių atsakymų galima įtarti ryškius PTSD požymius, iki šio nėštumo su bent vienu psichologinių sunkumų susidūrė 23 procentai, tačiau Chi kvadrato testas neatskleidė statistiškai reikšmingos priklausomybės tarp šių kintamųjų ($\chi^2(1) = 1,78$, $p = 0,18$, 2.1.5. priedas).

Moterys su PTSD savo gimdymo patirtį vertino ženkliai prasčiau: net 64 proc. jų nurodė, kad gimdymo patirtis buvo traumuojanti/bloga, o tarp PTSD simptomų neturinčių respondenčių tokių yra 15 procentų. Svarbu ir tai, kad tik 9 proc. moterų su PTSD simptomais savo gimdymą vertina kaip puikų/gerą, kai moterų be šių simptomų taip savo patirtį įvardina 70 proc. atvejų. Mann–Whitney U testas parodė statistiškai reikšmingą skirtumą tarp gimdymo patirties įvertinimų tarp moterų, turinčių ir neturinčių potrauminio streso sutrikimą ($U = 1\,281,5$, $p < 0,001$, 2.1.6. priedas).



pav. 2 Gimdymo patirtis ir PTSD

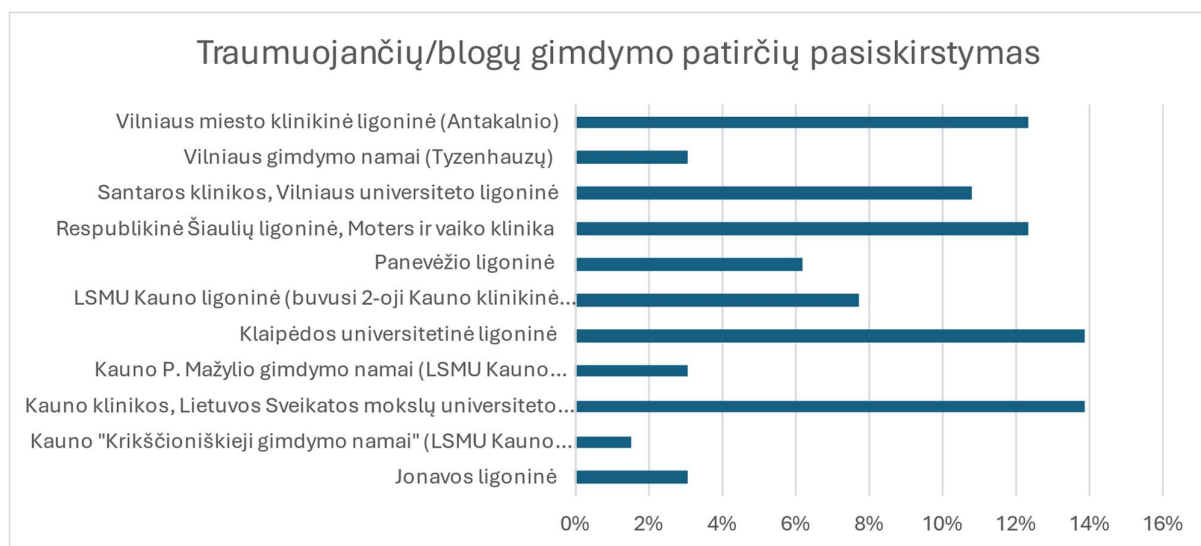
PTSD dažniau reiškiasi pirmakartėms gimdyvėms – 14 proc., su antru gimdymu šio sindromo rizika sumažėja iki 3 procentų. Chi kvadrato testas parodė statistiškai reikšmingą priklausomybę tarp pirmo ir paskesnių gimdymo patirčių: ($\chi^2(1) = 10,69$, $p = 0,001$), 2.1.7. priedas.

Šio tyrimo imtis neleidžia patikrinti Silva-Fernandez ir komandos atrastų sąsajų tarp pogimdyminės depresijos ir daugiavaisių nėštumų (Silva-Fernandez, 2023). Nebuvo galimybės išnagrinėti ir tyrėjų Watson ir komandos pateiktų įrodymų apie PTSD ir sunkių tarpvietės sužeidimų sąryšius, nes apklausoje turimi duomenys apie epiziotomiją ir tarpvietės plyšimą, tačiau neatskirti lengvi ir sunkūs sužeidimai (Kristy Watson, 2021). Jų duomenys, kad oda prie odos kontaktas su kūdikiu po gimdymo veikia kaip apsauga nuo PTSD, tyrime nepasitvirtina (nors paaiškėja, kad didelė dalimi atvejų nėra laikomasi geriausių praktikų): moterims, kurioms naujagimis buvo uždėtas ant krūtinės iš karto (ne vėliau nei per 5 minutes) po gimimo – tokių buvo 64 proc. – PTSD rizika buvo 8 proc., kurioms kūdikis nebuvo uždėtas – 13 procentų (Chi kvadrato testas neparodė statistiškai reikšmingos priklausomybės: ($\chi^2(1) = 2,39$, $p = 0,12$, 2.1.8. priedas). Nuogas naujagimis, kas yra būtina oda prie odos kontakto sąlyga, buvo uždėtas 45 proc. gimdyvių, jų PTSD rizika taip pat buvo mažesnė, 8 proc., nei tų, kurios tokios galimybės neturėjo – šios respondentės patyrė 12 proc. PTSD riziką (Chi kvadrato testas neparodė statistiškai reikšmingos priklausomybės: ($\chi^2(1) = 1,32$, $p = 0,25$, 2.1.9. priedas). Vos 26 proc. moterų nurodo, kad naujagimis po gimimo galėjo gulėti ant krūtinės be pertrūkių bent valandą ar ilgiau, ir jų PTSD rizika taip pat yra mažesnė, 5 proc., palyginti su 12 proc. toje grupėje, kurioms tokia galimybė nebuvo sudaryta (Chi kvadrato testas parodė, kad tarp egzistuoja silpna, tačiau statistiškai reikšminga tendencija ($\chi^2(1) = 3,04$, $p = 0,08$, 2.1.10. priedas). Kad naujagimis buvo paimtas (nuo krūtinės) anksčiau, nes jam reikėjo suteikti skubią medicininę pagalbą, nurodo 4 proc. respondenčių.

3.2. Gimdymo vieta

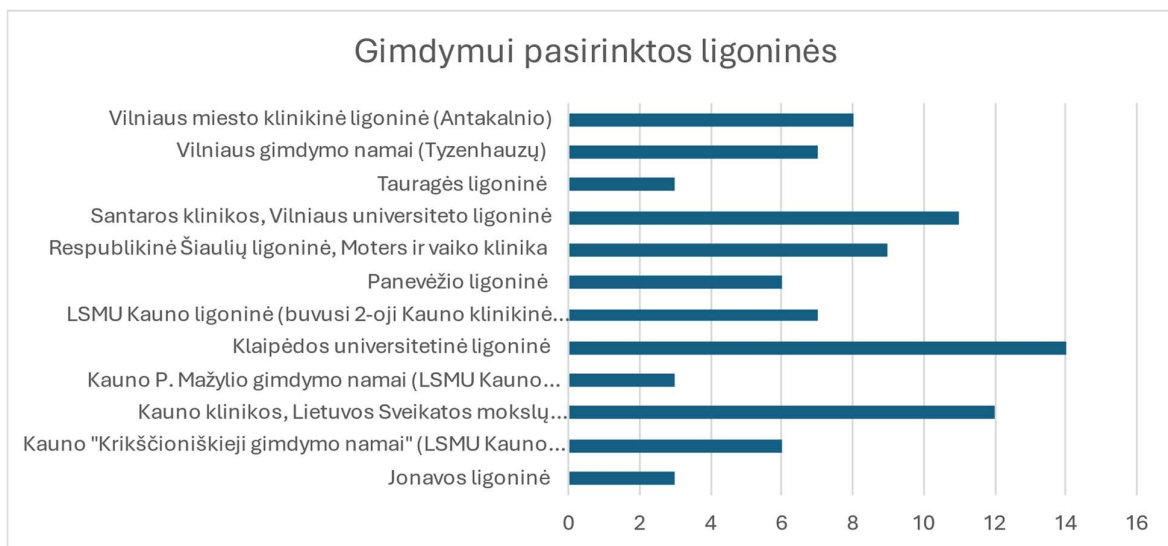
Lietuvos gimdyvės gali rinktis gimdymo vietą iki pat gimdymo pradžios, išskyrus tuos atvejus, kai yra nukreipiamos į vieną didžiųjų perinatologinių centrų (Santaros, Kauno klinikas ar Klaipėdos universitetinę ligoninę) dėl patologijų arba kai jas riboja asmeniniai resursai ir aplinkybės dėl atstumo iki ligoninės.

Traumuojančių ir blogų patirčių pasiskirstymas pagal ligonines skiriasi. Didžioji dalis visų trauminių/blogų patirčių teko Klaipėdos universitetinei ligoninei ir Kauno klinikoms (po 14 proc.), Respublikinei Šiaulių ir Vilniaus miesto klinikinei ligoninei (Antakalnio) (po 12 proc.) ir Santarų klinikoms (11 procentų). Mažiausiai socialiai pažeidžiamų moterų trauminių patirčių teko Kauno Krikščioniškiems gimdymo namams – 2 procentai. Jonavos, Kauno P. Mažylio ir Vilniaus gimdymo namams (Tyzenhauzų) teko po 3 procentus tokių patirčių.



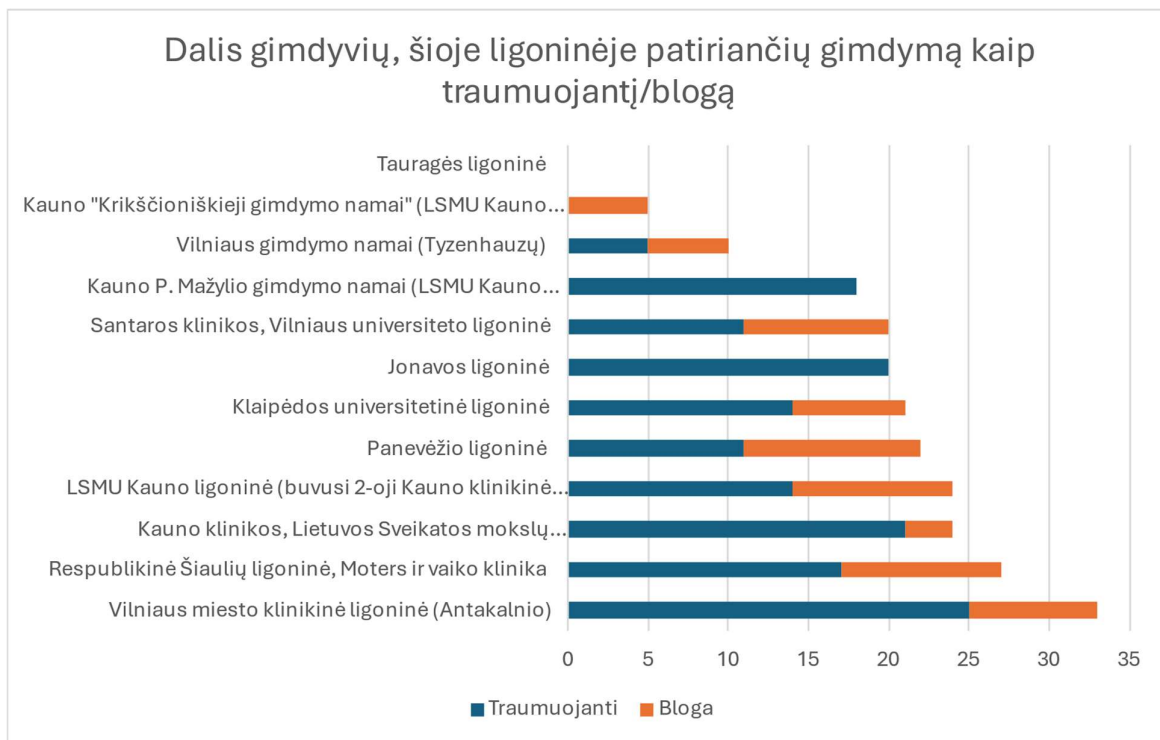
pav. 3 Traumuojančių/blogų gimdymo patirčių pasiskirstymas šalies ligoninėse

Gimdyvių pasiskirstymas pagal ligonines ne visada atspindi trauminių/blogų patirčių pasiskirstymą. Dažniausiai socialiai pažeidžiamos moterys gimdė Klaipėdos universitetinėje ligoninėje (14 proc.), Kauno klinikose (12 proc.), Santarų klinikose (11 proc.), Respublikinėje Šiaulių (9 proc.), Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje (Antakalnio) (8 proc.), LSMU Kauno ligoninėje ir Vilniaus gimdymo namuose (Tyzenhauzų) (po 7 procentus).



pav. 4 Socialiai pažeidžiamų moterų pasiskirstymas pagal ligonines

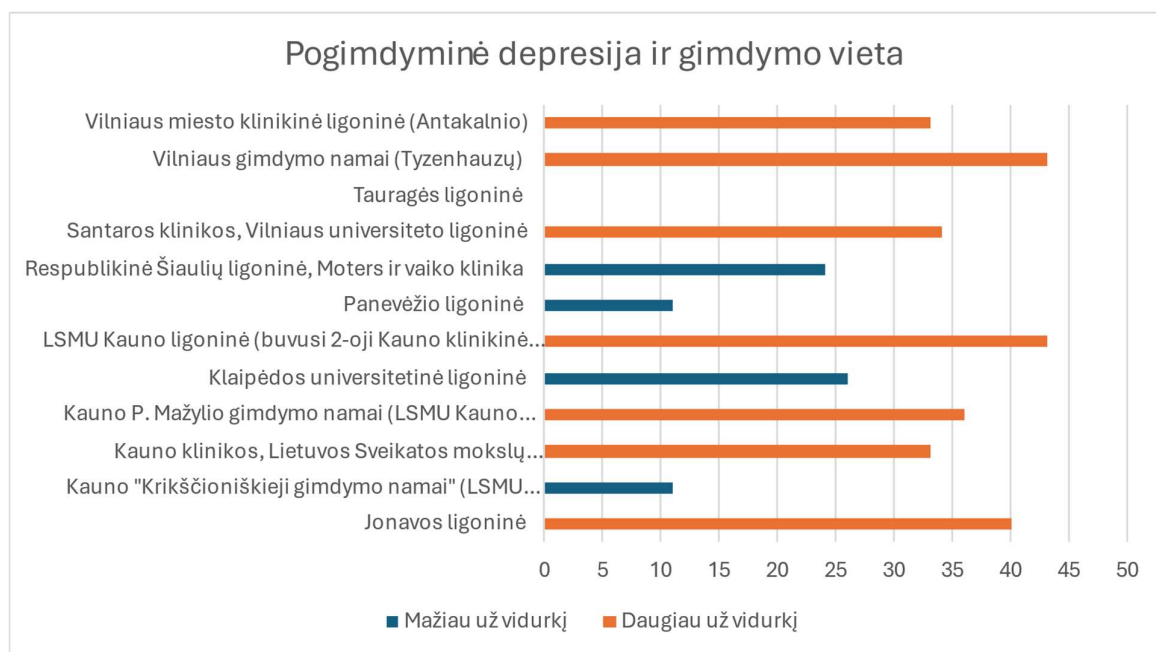
Atskirose ligoninėse trauminių/blogų gimdymo patirčių statistika skiriasi: neigiama prasme lyderiauja Vilniaus miesto klinikinė ligoninė (Antakalnio) (33 proc.), Respublikinė Šiaulių ligoninė (27 proc.), Kauno klinikos (24 proc.); jokių blogų patirčių socialiai pažeidžiamos moterys nepatyrė Tauragės ligoninėje, Kauno Krikščioniškuosiuose gimdymo namuose beveik nebuvo trauminių, o blogos patirtys sudarė 5 proc., o Vilniaus gimdymo namuose (Tyzenhauzų) 10 proc. gimdymų moterų vertinti kaip blogi ar traumuojantys.



pav. 5 Ligoninėje patiriama traumuojančių/blogų gimdymo patirčių dalis

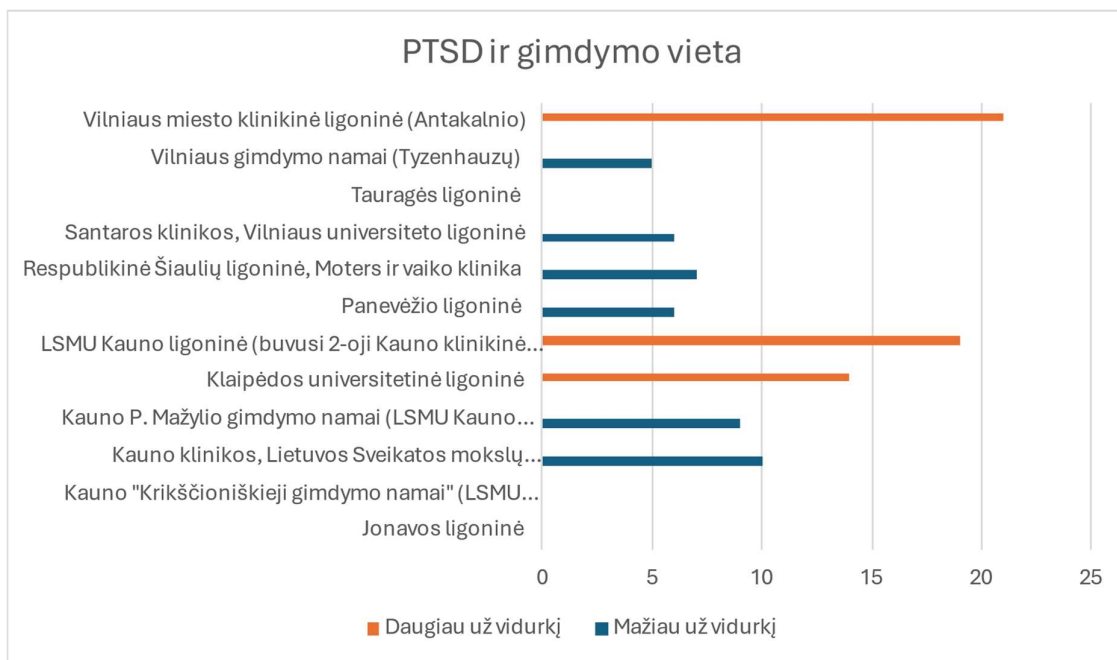
Traumuojančią patirtį turėjusios moterys 32 proc. atvejų nurodė, kad rekomenduotų ligoninę gimdymui kitoms, po 28 proc. rekomenduotų gydytoją ir akušerę. Palyginimui, savo patirtį kaip puikią vertinusių moterų grupėje kitoms savo ligoninę rekomenduotų 80 proc., gydytoją - 63 proc., akušerę – 75 proc. gimdyvių.

Su gimdymo vieta susijusi ir pogimdyminė depresija. Vidutiniškai ją galima įtarti 30 proc. socialiai pažeidžiamų moterų, o skirtumai tarp ligoninių varijuoja tarp nulio Tauragės ligoninėje iki 43 proc., kuriuos siekia LSMU Kauno ligoninėje (buvusi 2-oji Kauno klinikinė ligoninė) ir Vilniaus gimdymo namų (Tyzenhauzų).



pav. 6 Pogimdyminė depresija ir gimdymo vieta

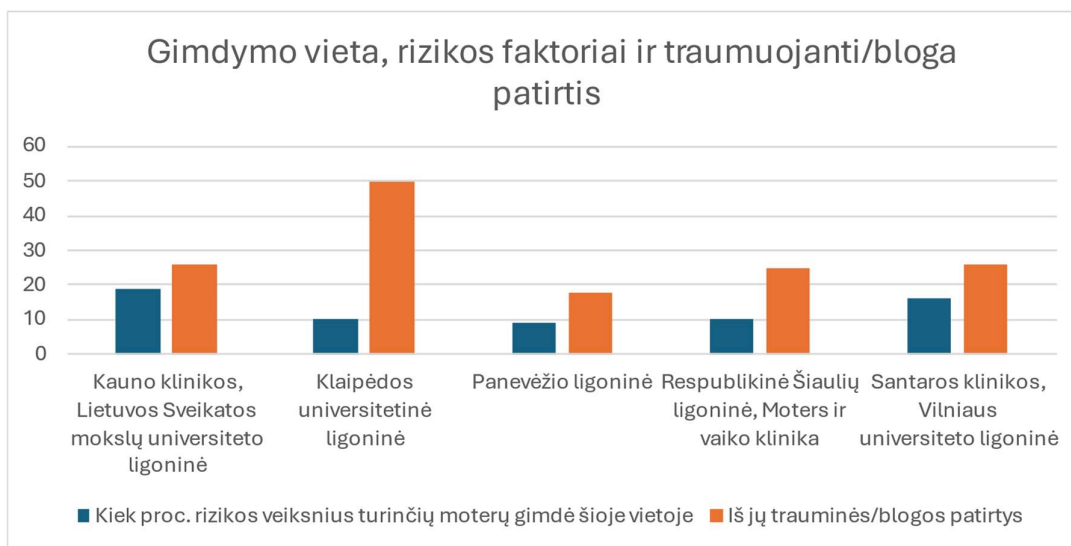
PTSD pasireiškimo dažnis taip pat siejasi su gimdymo vieta. Jonavos, Tauragės ir Kauno Krikščioniškuosiuose gimdymo namuose gimdžiusioms moterims šis sindromas nepasireiškė, tarp gimdžiusių Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje (Antakalnio) jo rizika išauga iki 21 proc., LSMU Kauno ligoninėje (buvusioje 2-oji Kauno klinikinėje ligoninėje) – iki 19 procentų.



pav. 7 PTSD ir gimdymo vieta

Socialiai pažeidžiamos moterys 38 proc. atvejų nurodė, kad jų nėštumas turėjo rizikos veiksnių. Jų turėjusios gimdyvės savo gimdymą vertino kaip traumuojantį dvigubai dažniau: 22 proc. rizikingų nėštumų ir 11 proc. sklandžių nėštumų atvejais. Mann-Whitney U testas parodė, kad egzistuoja statistiškai reikšmingas gimdymo patirties vertinimo skirtumas tarp moterų, nėštumo metu turėjusių rizikos veiksnių, ir tų, kurios jų neturėjo ($U = 9284$, $p < 0,001$, 2.1.11. priedas).

Rizikos veiksniai galėjo apriboti gimdymo vietos pasirinkimą: 64 proc. tokių moterų gimdė didžiosiose šalies ligoninėse. Jų patirtys susijusios su gimdymo vieta: Panevėžyje trauminių/blogų tokių gimdymų vertinimų buvo mažiau nei šalies vidurkis – 18 proc., o Klaipėdoje kas antra rizikos veiksnių nėštumo metu turėjusi moteris savo gimdymą vertino kaip traumuojantį/blogą.

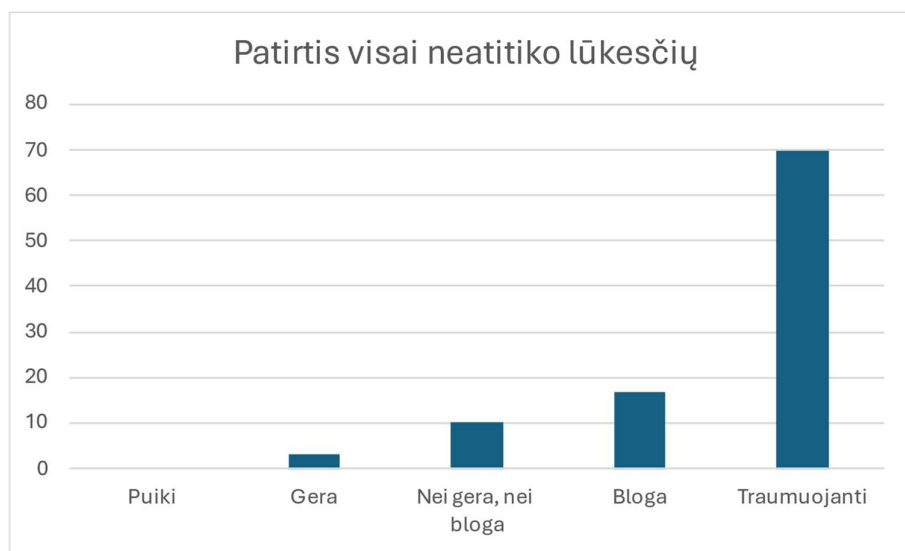


pav. 8 Gimdymo vieta, rizikos faktoriai ir traumuojanti/bloga patirtis

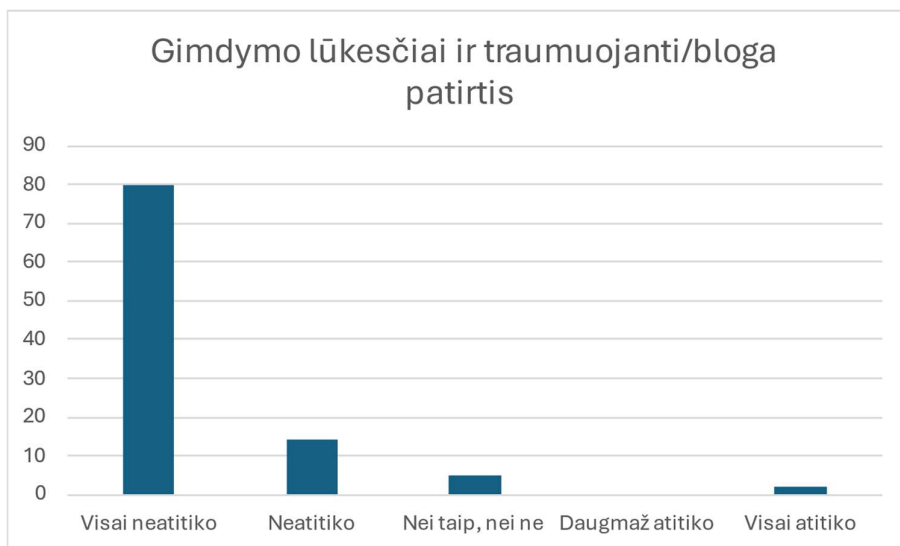
3.3. Lūkesčiai

Apklausoje nebuvo detalizuota, kas yra lūkesčiai – kiekviena respondentė jų apibrėžimą galėjo naudoti subjektyviai, įtraukdama arba ne emocinę atmosferą, personalo kvalifikaciją, bendravimą, skausmo malšinimo prieinamumą, informacijos teikimą, gimdyvės įtraukimą į sprendimų priėmimą, atsižvelgimą į individualius poreikius ir norus, fizinės ligoninės sąlygas, savęs suvokimą, žmogaus teisių užtikrinimą, geriausių praktikų taikymą, įrodymais grįstas praktikas, etc. Į anketos klausimą, kiek gimdymo patirtis atitiko turėtus lūkesčius, buvo galima pasirinkti atsakymą skalėje nuo 1 (gimdymas buvo daug blogesnis nei tikėjaisi) iki 5 (gimdymas buvo daug geresnis nei tikėjaisi). Svarbu yra tai, kad moterys anketą pildė retrospektyviai, tad duomenys atspindi jų turėtų lūkesčių ir realybės (ne)atitikimą.

Iš tų moterų, kurios nurodė, kad jų gimdymo patirtis visai neatitiko turėtų lūkesčių, dauguma – 70 proc. – savo gimdymą įvardino kaip trauminį, dar 17 proc. – kaip blogą; o iš tų moterų, kurios savo gimdymo patirtį įvardina kaip trauminę, net 80 proc. teigia, kad jų lūkesčių ji visai neatitiko. Mann-Whitney U testas parodė statistiškai reikšmingą skirtumą tarp moterų, kurių gimdymas buvo žymiai blogesnis, nei jos tikėjosi, ir tų, kurioms jis buvo žymiai geresnis, nei jos tikėjosi iš anksto ($U = 2097$, $p = 0,012$, 2.1.12. priedas).

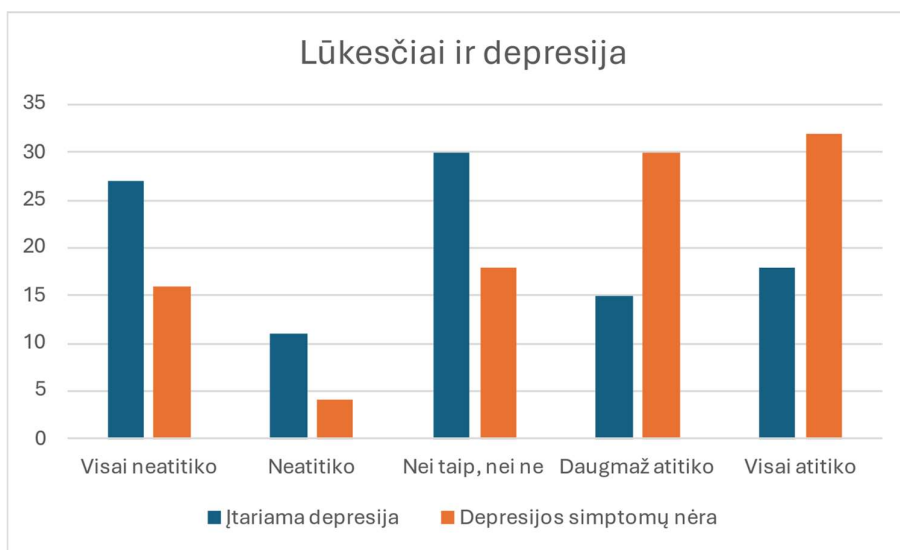


pav. 9 Neatliepti lūkesčiai ir gimdymo patirtis



pav. 10 Gimdymo lūkesčiai ir traumuojanti/bloga patirtis

Lūkesčiai, iš anksto moterų turėti gimdymui, siejasi ir su pogimdyminės depresijos pasireiškimo dažnumu. Tarp tų, kurioms galima įtarti pogimdyminę depresiją, nurodančių, kad lūkesčiai visai neatitiko gimdymo realybės (ar realybė – lūkesčių), yra 27 proc., o tarp patyrusių atlieptus lūkesčius depresija reiškiasi 18 proc. moterų. Mann–Whitney U testas patvirtino statistinį duomenų reikšmingumą ($U = 7403,5$, $p < 0,001$, 2.1.13. priedas).



pav. 11 Gimdymo lūkesčiai ir depresija

Išankstiniai moterų lūkesčiai siejasi ir su potrauminio streso pasireiškimo dažnumu: moterys, kurioms pasireiškia ryškūs PTSD požymiai, 55 proc. atvejų nurodo, kad jų gimdymas buvo daug blogesnis, nei jos tikėjosi, ir vos 3 proc. teigia, kad gimdymas buvo daug geresnis, nei jos tikėjosi. Toje grupėje respondenčių, kurios nepatiria PTSD simptomų, visišką lūkesčių neatitikimą patyrė 15 proc., o 31 proc. nurodė, kad jų gimdymas buvo daug geresnis, nei jos tikėjosi. Chi kvadrato analizė

parodė statistiškai reikšmingą priklausomybę tarp tiriamų kintamųjų ($\chi^2(4) = 40,54$, $p < 0,001$), 2.1.14. priedas).

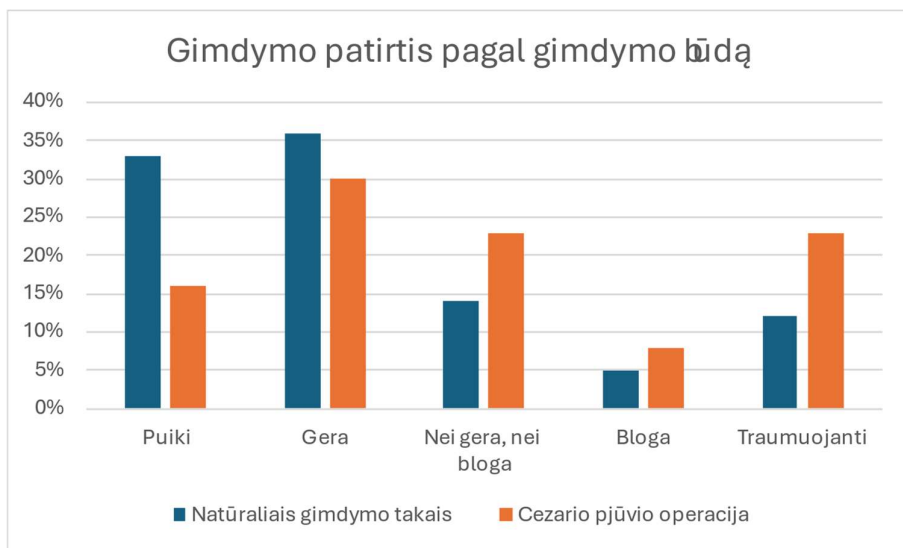
1 lentelė. Gimdymo lūkesčiai ir PTSD

Kiek Jūsų gimdymo patirtis atitiko turėtus lūkesčius?	Nepasireiškia ryškūs PTSD simptomai	Ryškūs PTSD požymiai
1 (gimdymas buvo daug blogesnis nei tikėjaisi)	15%	55%
2	5%	16%
3	22%	16%
4	27%	10%
5 (gimdymas buvo daug geresnis nei tikėjaisi)	31%	3%

3.4. Gimdymo būdas

Gimdymo būdai skirstomi į dvi grupes – natūraliais gimdymo takais ar cezario pjūvio operacija. Šiame darbe neišskiriamos planinės operacijos ir tos, dėl kurių sprendimas priimtas gimdymo veiklai prasidėjus, taip pat neatskiriamos ir spontaniškai prasidėjusių ar mediciniškai sužadintų natūraliais takais pasibaigusių gimdymų patirtys.

Gimdymo būdas siejasi su gimdymo patirtimi. Operacijos būdu gimdė 23 proc. socialiai pažeidžiamų moterų, ir šią patirtį gimdyvės dažniau įvardino kaip traumuojančią/blogą (31 proc.), nei gimdymą natūraliais takais (17 procentų). Svarbu ir tai, kad tarp puikių ir gerų patirčių taip pat kur kas daugiau tų, kurios gimdė natūraliais takais (69 proc.), nei operacijos būdu (46 procentai). Mann–Whitney U testas parodė statistiškai reikšmingą skirtumą tarp gimdymo patirties vertinimų priklausomai nuo gimdymo būdo ($U = 6\,496,5$, $p < 0,001$, 2.1.15. priedas).



pav. 12 Gimdymo patirtis pagal gimdymo būdą

4 proc. moterų, gimdžiusių operacijos būdu ir patyrusių savo gimdymą kaip trauminį, nurodo, kad ieškojo būdų ir iš anksto tarėsi, kad jų gimdymas būtų užbaigtas operacija. Nuo 2023 m. sausio 1 d. Lietuvoje galioja tvarka dėl cezario operacijos pasirinkimo be medicininių priežasčių, tačiau ši

paslauga yra apmokestinta. Lietuvoje taip pat veikia neformali praktika iš anksto susitarti su nėštumą prižiūrinčiais specialistais, kad to pageidaujantį nėščiajai būtų įrašyta rekomendacija gimdyti operacijos būdu, pritaikant galiojančias rizikų normas.

Į klausimą, ar būtų norėjusios cezario pjūvio operacijos vietoje gimdymo natūraliais takais, jei būtų buvusi galimybė rinktis, traumuojančią/blogą gimdymo patirtį turėjusių moterų atsakymai skiriasi priklausomai nuo gimdymo būdo – teigiamai atsakė 13 proc. tą operaciją patyrusių ir dvigubai daugiau, 26 proc. gimdžiusių natūraliais takais moterų.

Mann-Whitney U testas neparodė statistiškai reikšmingo skirtumo nei tarp gimdymo būdo ir pogimdyminės depresijos ($U = 10217$, $p = 0,82$, 2.1.16. priedas), nei tarp gimdymo būdo ir PTSD ($U = 8521$, $p = 0,53$, 2.1.17. priedas).

3.5. Lydintis asmuo

Gimdyvės pasirinktas lydintis asmuo PSO yra nurodomas kaip viena reikšmingų pozityvios gimdymo patirties rekomendacijų; jo dalyvavimas gimdyje galėtų teikti emocinio saugumo ir palaikymo. Šio tyrimo rezultatai nerodo statistinio reikšmingumo tarp moterų, gimdžiusių vienų ir su lydinčių asmeniu nei gimdymo patirties vertinimo, nei depresijos, nei PTSD pasireiškimuose – šiuo aspektu būtų naudingas kokybinis tyrimas.

Be jokio palydovo gimdė 27, su – 73 procentai socialiai pažeidžiamų gimdyvių. Dažniausiai moteris į gimdymą lydėjo jų partneris – 96 procentais atvejų, kai moteris turėjo palydovą, arba 70 proc. socialiai pažeidžiamų moterų gimdė su būsimo vaiko tėčiu.

Tarp moterų, gimdžiusių su lydinčiu asmeniu, traumuojančių/blogų patirčių buvo 23 proc., tarp tų, kurios gimdė vienos, tokių patirčių buvo mažiau – 14 procentų. Mann-Whitney U testas neatskleidė statistinio šių duomenų reikšmingumo: $U = 9144,5$, $p = 0,664$, 2.1.18. priedas.

Iš tų moterų, kurios gimdydamos šalia turėjo lydinčią asmenį, depresiją galima įtarti 31 proc., iš tų, kurios gimdė vienos – 26 procentams; Chi kvadrato analizė parodė, kad tarp tiriamų kintamųjų nėra statistiškai reikšmingo ryšio ($\chi^2(1) = 0,83$, $p = 0,36$, 2.1.19. priedas).

Ta pati tendencija kartojasi ir su PTDS: toms, kurios gimdė vienos, šiuos simptomus galima įtarti 6 procentais atvejų, lyginant su 11 procentų tarp tų, kurios gimdė su koku nors lydinčiu asmeniu, o Chi kvadrato analizė parodė, kad tarp tiriamų kintamųjų nėra statistiškai reikšmingo ryšio ($\chi^2(1) = 2,03$, $p = 0,15$, 2.1.20. priedas).

3.6. Pakankama informacija iš personalo gimdymo metu

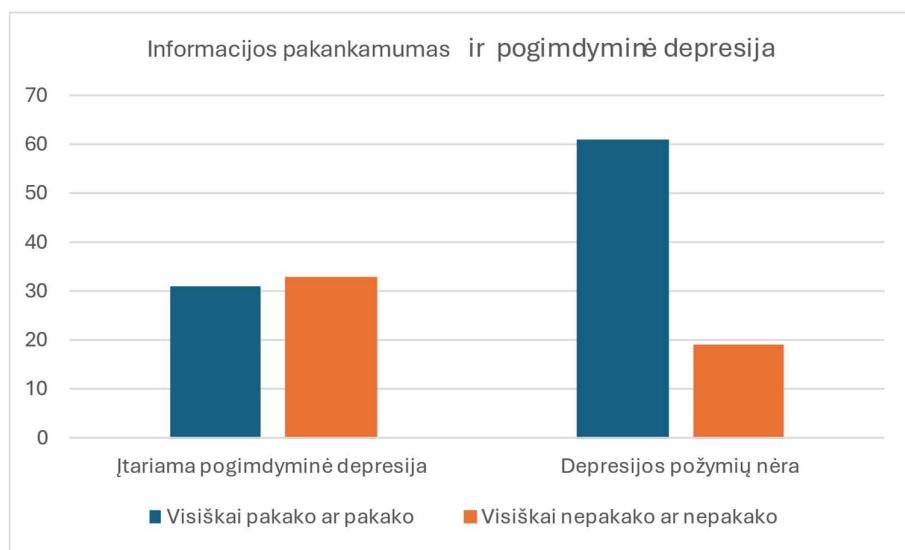
Moteriai suprantamai pateikiama informacija apie tai, kas ir kodėl jai bus daroma gimdymo metu, yra viena iš pagrindinių PSO rekomendacijų – ši pareiga tenka medicinos personalui, teikiančiam gimdymo priežiūros paslaugas, skiriančiam ir/ar atliekančiam intervencijas. Tai – itin svarbu

padedant užtikrinti gimdyvės įsitraukimą priimant informuotus sprendimus, jos saugumo jausmą ir pasitikėjimą personalu.

Į klausimą, ar gimdymo metu pakako iš personalo gautos informacijos apie siūlomas intervencijas (intervencijų esmę, galimus šalutinius poveikius ir komplikacijas, galimas alternatyvas, padarinius atsisakius intervencijos) teigiamai – kad personalo suteiktos informacijos gimdymo metu visiškai pakako arba pakako, nurodė maždaug pusė – 52 proc. socialiai pažeidžiamų moterų, tokių, kurios jautėsi jos visai ar beveik negavę, buvo 23 procentai.

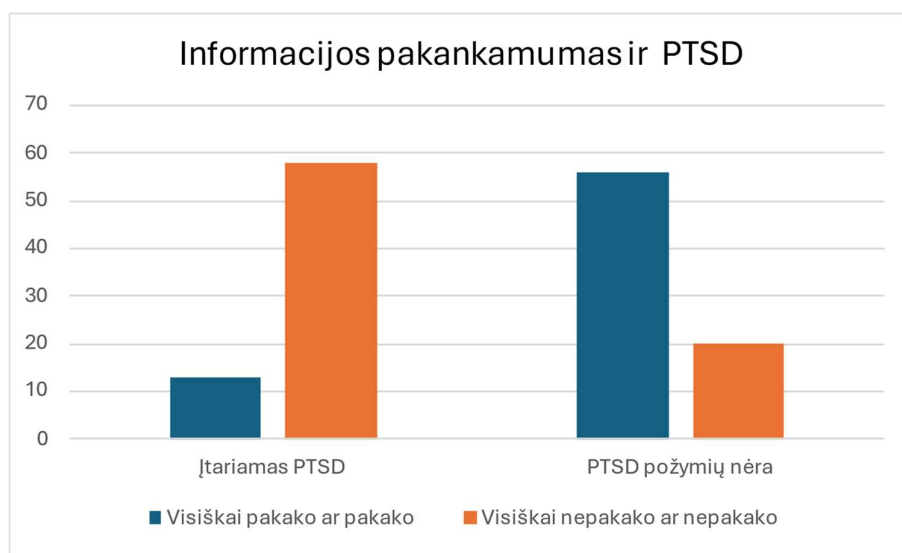
Informuotumas nėra tiesiogiai susijęs ir su gimdymo patirties vertinimu: nors tarp tų, kurios savo gimdymo patirtį įvardina kaip traumuojančią/blogą, informacijos gimdymo metu visiškai pakako arba pakako 26 proc. gimdyvių, tokių, kurios jautėsi jos visai ar beveik negavę buvo 49 procentai, tačiau Chi kvadrato analizė parodė, kad tarp tiriamų kintamųjų nėra statistiškai reikšmingo ryšio ($\chi^2(16) = 20,99$, $p = 0,18$, 2.1.21. priedas).

Tačiau skirtumas tarp pakankamai informacijos apie siūlomas intervencijas gavusių moterų atspinti pogimdyminės depresijos statistikoje: šio emocinės sveikatos sutrikimo požymių neturinčios moterys beveik triskart dažniau nurodo, kad informacijos gimdymo metu joms visiškai pakako arba pakako (61 proc.), nei kad jos beveik ar visiškai negavo (19 procentų). Tarp moterų, kurios patiria reikšmingus pogimdyminės depresijos požymius, tokių skirtumų nėra: 31 proc. jų informacijos visiškai pakako arba pakako, 33 proc. – beveik ar visiškai nepakako. Mann-Whitney U testas atskleidė statistiškai reikšmingą skirtumą tarp moterų, kurioms įtariama pogimdyminė depresija, ir tų, kurioms depresija neįtariama, pagal jų vertinimą, ar gauta informacija buvo pakankama ($U = 7030,5$, $p < 0,001$, 2.1.22. priedas). Šis rezultatas rodo, kad moterys, kurioms įtariama depresija, dažniau jautė, jog informacijos nepakako.



pav. 13 Informacijos pakankamumas ir depresija po gimdymo

Kitas psichinės sveikatos sutrikimas po gimdymo, potrauminio streso sindromas, irgi susijęs su komunikacijos efektyvumu gimdymo metu. Moterų, patiriančių reikšmingus PTSD simptomus, grupėje informacijos gimdymo metu visiškai pakako arba pakako 13 proc., jos beveik ar visiškai negavo 58 proc. gimdyvių. Tarp tų, kurios PTSD simptomų neturi, sąryšis yra atvirkščias: informacijos visiškai pakako arba pakako 56 proc., jos beveik ar visiškai negavo 20 procentų. Mann-Whitney U testas rodo statistinį šių skirtumų reikšmingumą ($U = 2124$, $p < 0,001$, 2.1.23. priedas).



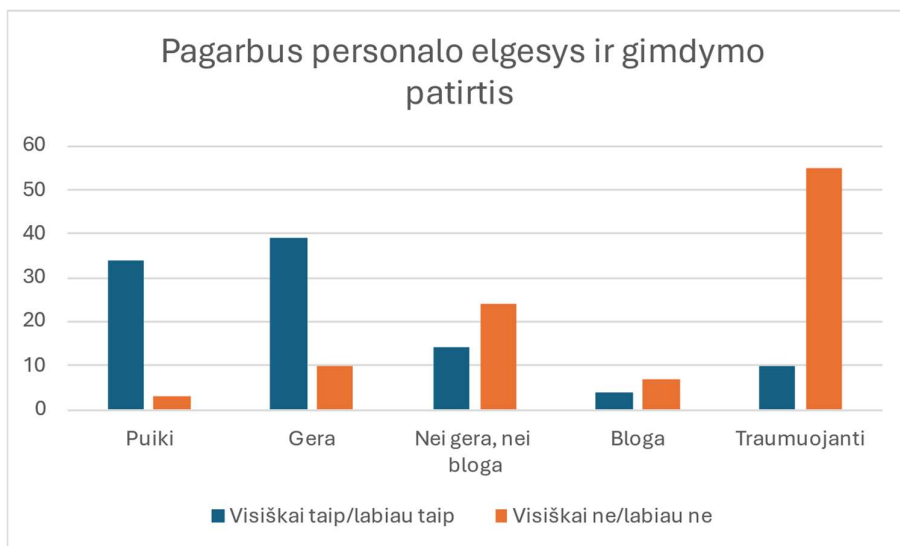
pav. 14 Informacijos pakankamumas ir PTSD

3.7. Pagarbus personalo bendravimas gimdymo metu

Pagarba ir orumas, užtikrinami gimdyvei, taip pat yra viena iš pagrindinių PSO rekomendacijų siekiant pozityvios gimdymo patirties. Didelę dalį šios rekomendacijos gali užtikrinti viso gimdyvės sutinkamo personalo – net ir tiesiogiai nepriimančio gimdymo – bendravimas.

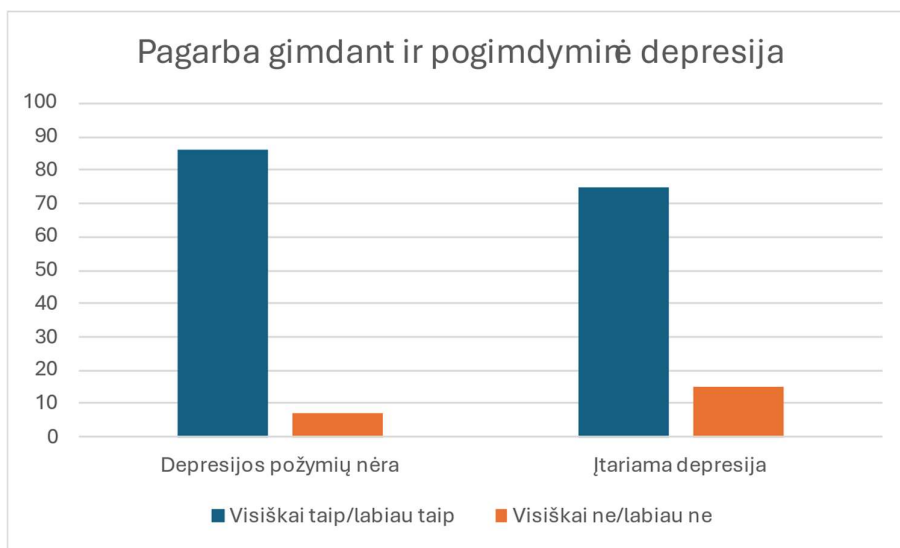
Į klausimą, ar ligoninės darbuotojai elgėsi su maloniai ir pagarbiai gimdymo metu, visiškai taip ar taip atsakė 82 proc., labiau ne ir visiškai ne – 10 proc. socialiai pažeidžiamų moterų.

Egzistuoja sąsajos tarp pagarbaus elgesio su gimdančia moterimi ir to, kaip ji vertina savo patirtį: visiškai ar labiau nepagarbus elgesys susijęs su 62 proc. traumuojančių/blogų patirčių, o 14 proc. taip savo gimdymą vertinusių moterų nurodė, kad personalo elgesys su jomis buvo visiškai pagarbus ar labiau pagarbus. Mann-Whitney U testas parodė statistiškai reikšmingą skirtumą tarp gimdymo patirties vertinimo tarp moterų, kurios nurodė, kad personalo elgesys jų gimdymo metu buvo visiškai ar labiau pagarbus (mediana = 4), ir tų, kurios nurodė susidūrusios su visiškai nepagarbia ar labiau nepagarbiu elgesiu (mediana = 1), $U = 1216,5$, $p < 0,001$, 2.1.24. priedas.



pav. 15 Pagarbus personalo elgesys ir gimdymo patirtis

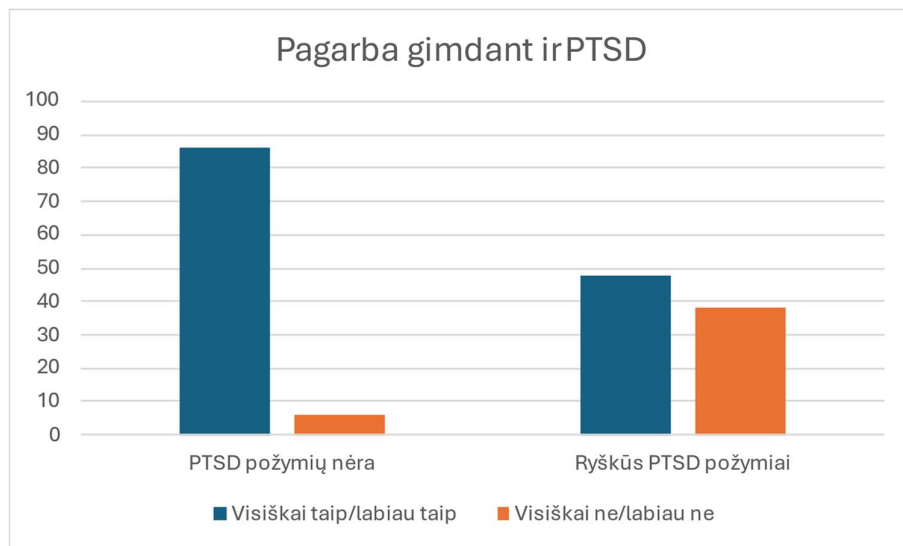
Pagarba, jaučiama iš personalo, daro įtaką ir pogimdyminės depresijos pasireiškimui: iš moterų, turinčių reikšmingų jos požymių, 75 proc. visiškai ar labiau jautė pagarbą gimdydamos, 15 proc. – visiškai ar labiau ne. Tarp tų, kurioms depresijos požymiai nepasireiškia, šis rodiklis dvigubai mažesnis – 7 proc., o 86 proc. šios grupės moterų gimdydamos jautė pagarbą iš personalo. Mann-Whitney U testas parodė, kad šie skirtumai yra statistiškai reikšmingi ($U = 7174$, $p < 0,01$, 2.1.25. priedas).



pav. 16 Pagarbus personalo elgesys ir depresija po gimdymo

Potrauminio streso sindromo pasireiškimas irgi susijęs su pagarba, moters patirta iš personalo gimdant: 38 proc. ryškius PTS simptomus turinčių naujų mamų nurodo, kad pagarbaus bendravimo jos visiškai ar labiau nepatyrė, 48 proc. – visiškai ar labiau patyrė. Moterų, kurioms PTSS po gimdymo nepsireiškia, grupėje visiškai ar labiau pagarbos nepatyrė 6 proc., o 86 proc. – visiškai ar

labiau jautėsi gerbiamos. Mann-Whitney U testas parodė statistinį reikšmingumą ($U = 1415,5$, $p < 0,001$, 2.1.26. priedas).



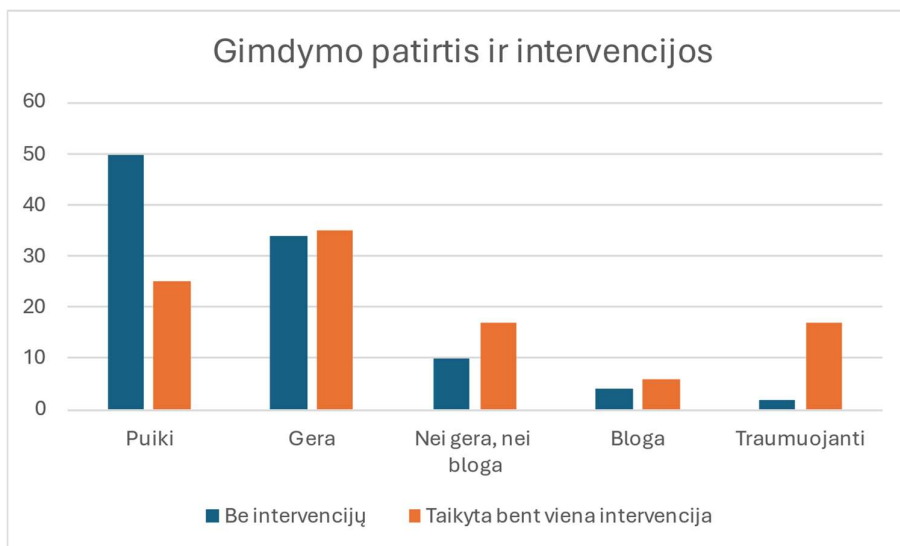
pav. 17 Pagarbų personalo elgesys ir PTSD

3.8. Intervencijos

Kalbant apie šiuolaikinės gimdymo priežiūros medikalizaciją, dažnai remiamasi medicininių procedūrų, operacijų ir intervencijų statistika. Medicininės intervencijos – tai gimdymo sužadinimas (kuomet bandomas iššaukti spontaniškai neprasidėjęs gimdymo procesas), skatinimas (kuomet prasidėjęs gimdymo procesas bandomas pagreitinti), vaisiaus vandenų nuleidimas, intraveninis kateteris ar lašinė, kateteris į šlapimo pūslę, replių ar vakuumo panaudojimas ar pilvo spaudimas gimdant. Pilvo spaudimas (kitai – Kristelerio manevras) – tai stiprus gimdos dugno spaudimas stangų metu, norint pagreitinti vaiko užgimimą; kai kuriose šalyse jis yra uždraustas, Lietuvoje laikomas netaikytina praktika dėl komplikacijų gimdyvei ir kūdikiui rizikų ir moteriai sukeliama skausmo.

Didžioji dalis Lietuvos gimdyvių patyrė bent vieną intervenciją: taip gimdė 84 proc. socialiai pažeidžiamų moterų, be jokių – 16 procentų. 3 proc. socialiai pažeidžiamų moterų nurodė nežinančios, ar joms buvo taikyta kokia nors iš išvardintų intervencijų. Tarp moterų, kurios savo gimdymo patirtį vertina kaip traumuojančią/blogą, intervencijas patyrė 95 procentai.

Patyrusių bent vieną intervenciją socialiai pažeidžiamų moterų grupėje jų gimdymo patirties vertinimas kaip traumuojančios/blogos yra 23 proc., tarp nepatyrusių intervencijų tokių vertinimų – 6 procentai. Mann-Whitney U testas parodė statistiškai reikšmingą skirtumą tarp moterų, kurioms buvo taikyta intervencija, ir tų, kurioms ji nebuvo taikyta, jų patirties vertinime ($U = 4333$, $p = 0,00005$, 2.1.27. priedas).



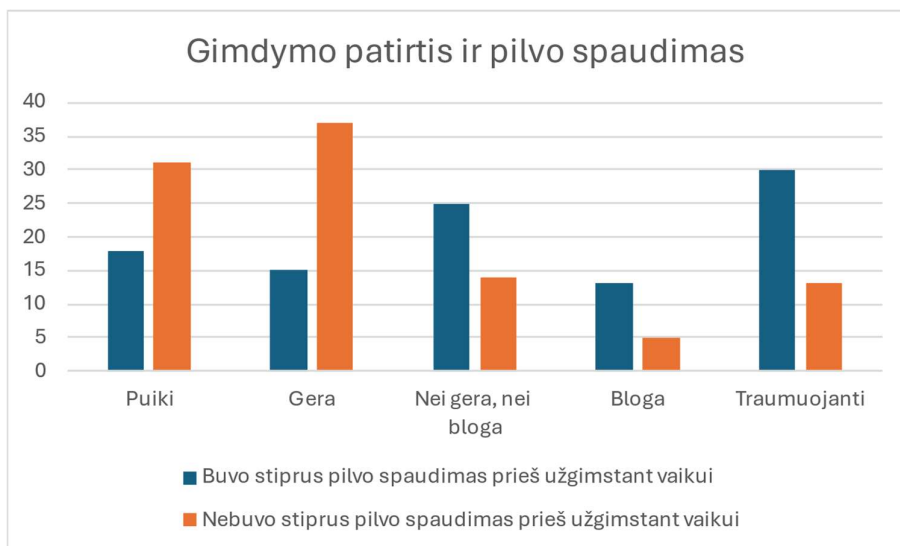
pav. 18 Gimdymo patirtis ir intervencijos

Medicininį intervencijų taikymas gimdant nėra reikšmingai susijęs su pogimdyminės depresijos rizika. Iš tų socialiai pažeidžiamų moterų, kurioms taikyta bent viena intervencija, 31 proc. atvejų pasireiškia depresija po gimdymo, iš tų, kurios netaikyta nei viena intervencija, ši rizika siekia 24 procentus. Chi kvadrato analizė parodė, kad tarp tiriamų kintamųjų nėra statistiškai reikšmingo ryšio ($\chi^2(1) = 0,94$, $p = 0,33$, 2.1.28. priedas).

Potrauminio streso sindromo rizika ir intervencijos gimdymo metu taip pat nėra statistiškai reikšmingai susiję: Chi kvadrato analizė parodė, kad tarp tiriamų kintamųjų nėra statistiškai reikšmingo ryšio ($\chi^2(1) = 0,97$, $p = 0,32$, 2.1.29. priedas).

Atskirai aptartinas pilvo spaudimas gimdymo metu, nes tai – vienintelė oficialiai niekada nerekomenduojama intervencija. Ją patyrė 13 proc. Lietuvos gimdyvių. Šis rodiklis dvigubėja tarp moterų, savo gimdymo patirtį vertinančių kaip traumuojančią/blogą ir siekia 26 procentus.

Stiprus pilvo spaudimas prieš užgimstant vaikui siejasi su 43 proc. gimdymo patirčių, vertinamų kaip traumuojanči/blogą; 33 proc. šią intervenciją patyrusių moterų savo patirtį įvardina kaip puikią/gerą. Tarp nepatyrusių šio nerekomenduojamo Kristelerio manevro 18 proc. savo gimdymą vertina kaip traumuojanči/blogą, o 68 proc. – kaip puikų/gerą. Atliktas Mann-Whitney U testas parodė, kad skirtumas tarp moterų, patyrusių ir nepatyrusių pilvo spaudimą užgimstant kūdikiui ir jų gimdymo patirčių vertinimo yra statistiškai reikšmingas ($U = 3569$, $p < 0,001$, 2.1.30. priedas).



pav. 19 Gimdymo patirtis ir pilvo spaudimas

Motery, kurioms galima įtarti pogimdyminę depresiją, grupėje pilvo spaudimas taikytas 15 proc. atvejų, toms, kurioms depresija nepasireiškia – 12 procentų. Chi kvadrato analizė parodė, kad šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas ($\chi^2(1) = 0,60$, $p = 0,44$, 2.1.31. priedas).

Sąsajos tarp stipraus moters pilvo spaudimo užgimstant vaikui ir po gimdymo pasireiškiančių PTSD simptomų yra ryškios. Kas penktai šią intervenciją patyrusiai moteriai reiškiasi ryškūs PTSD simptomai. Iš tų, kurios šios intervencijos nepatyrė, simptomai reiškiasi 8 procentams. Chi kvadrato analizė parodė, kad tai yra statistiškai reikšmingas ryšys ($\chi^2(1) = 5,37$, $p = 0,02$, 2.1.32. priedas).

2 lentelė. PTSD ir pilvo spaudimas

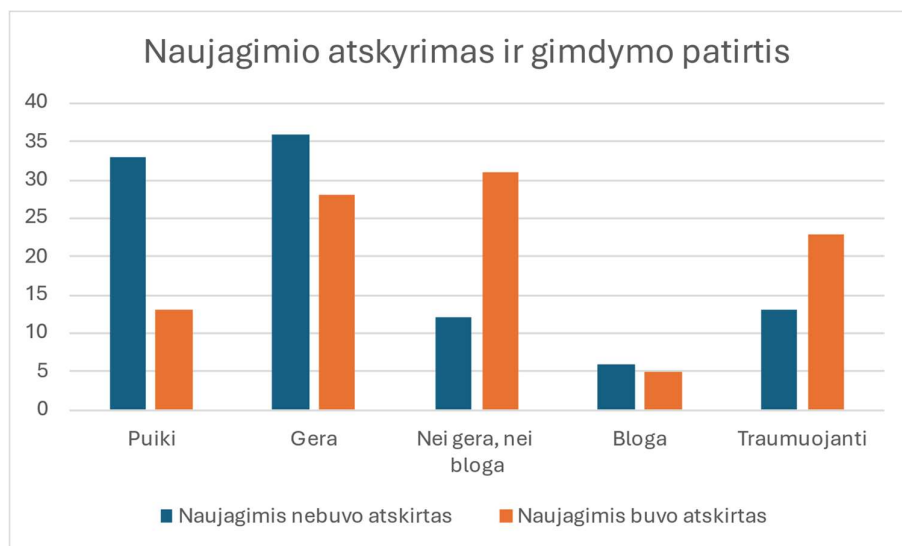
Ar užgimstant vaikui spaudtas pilvas?	Nepasireiškia ryškūs PTSD simptomai	Ryškūs PTSD požymiai
Taip	80	20
Ne	92	8

3.9. Naujagimio atskyrimas

Penktadalis ką tik pagimdžiusių moterų ir naujagimių buvo atskirti – ar iškart po gimdymo, ar vėliau (pavyzdžiui, per naktį). 4 proc. situacijų nebuvo medicininių priežasčių tai daryti, 16 proc. respondenčių nurodė, kad arba jų, arba naujagimių būklė reikalavo medicininės pagalbos.

Traumuojanti/bloga gimdymo patirtis reikšmingai siejasi su naujagimio atskyrimu. Tarp moterų, taip įvardinančių savo gimdymą, 28 proc. nurodė, kad naujagimis buvo atskirtas, 19 proc. – kad liko kartu. (Dažniausiai – 31 proc. atskyrimo atvejų savo patirtį moterys įvardino kaip „nei gera, nei bloga“). Mann-Whitney U testas patvirtino, kad skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($U = 5388$, $p=0,00005$, 2.1.33. priedas).

Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp tų grupių moterų, kurių naujagimiai buvo ir nebuvo atskirti ir depresijos po gimdymo ($U = 10\,299$, $p = 0,79$, 2.1.34. priedas), taip pat PTSD ($U = 3941$, $p = 0,07$, 2.1.35. priedas) nėra.



pav. 20 Naujagimio atskyrimas ir gimdymo patirtis

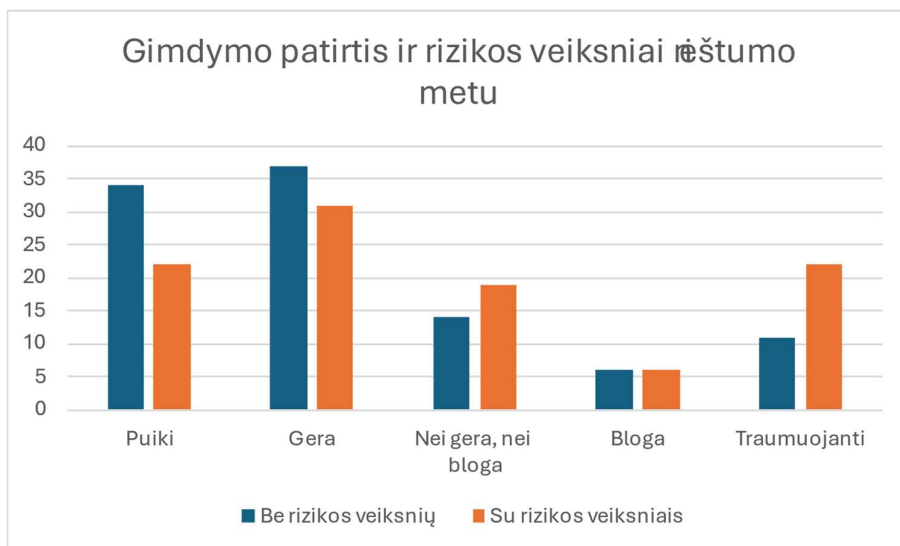
3.10. Nėštumas ir rizikos veiksniai

Rizikos veiksniai nėštumo metu gali veikti moterų fizinę ir emocinę savijautą, formuoti jų nuostatas ir pasirinkimus gimdymui, taip pat veikti medicinos personalo veiksmus.

Į klausimą „Kiek Jums žinoma, ar Jūsų nėštumas turėjo rizikos veiksnių (pvz., cukrinis ar nėščiąjų diabetas, placentos pirmaeiga, kitos gretutinės ligos ir pan.)?“ teigiamai atsakė 38 proc., neigiamai – 62 proc. respondenčių.

Tyrimas rodo, kad nėra sąsajų tarp nėštumo metu patirtų rizikos veiksnių ir gimdymo metu patirtų intervencijų – bent vieną jų patyrė 85 proc. socialiai pažeidžiamų moterų, turėjusių rizikos veiksnių, ir 84 proc. jų neturėjusiųjų. Sąsajos yra tarp nėštumo metu patirtų rizikos veiksnių ir gimdymo būdo: gimdymas baigėsi cezario pjūviu 37 proc. socialiai pažeidžiamų moterų, kurios turėjo rizikos veiksnių.

Nėštumo metu rizikos veiksnių turėjusios moterys savo gimdymo patirtį vertina kaip traumuojančią/blogą vertina 28 proc. atvejų, jų neturėjusios – 17 procentų. Puikiai/gerai savo gimdymą vertina 53 proc. turėjusių ir 71 proc. neturėjusių rizikos veiksnių. Mann-Whitney U testas rodo, kad egzistuojantis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($U = 9284$, $p < 0,001$, 2.1.36. priedas).



pav. 21 Gimdymo patirtis ir rizikos veiksniai nėštumo metu

Sąsajos tarp nėštumo metu patirtų rizikos veiksnių ir pogimdyminės depresijos nėra reikšmingas: iš moterų, turėjusių rizikos veiksnių, pogimdyminė depresija reiškiasi 34 proc., iš jų neturėjusių – 27 procentais atvejų. Chi kvadrato analizė parodė, kad tarp tiriamų kintamųjų nėra statistiškai reikšmingo ryšio ($\chi^2(1) = 1,37$, $p = 0,24$, 2.1.37. priedas).

Iš moterų, turėjusių rizikos veiksnių, PTSD reiškiasi 15 proc., iš neturėjusių – 7 proc. atvejų. Chi kvadrato analizė parodė, kad tai yra statistiškai reikšmingas ryšys ($\chi^2(1) = 6,10$, $p = 0,01$, 2.1.38. priedas).

3 lentelė. PTSD ir rizikos veiksniai nėštumo metu

Ar nėštumas turėjo rizikos veiksnių?	Nepasireiškia ryškūs PTSD simptomai	Ryškūs PTSD požymiai
Ne, mano nėštumas neturėjo rizikos veiksnių	65%	42%
Taip, mano nėštumas turėjo rizikos veiksnių	35%	58%

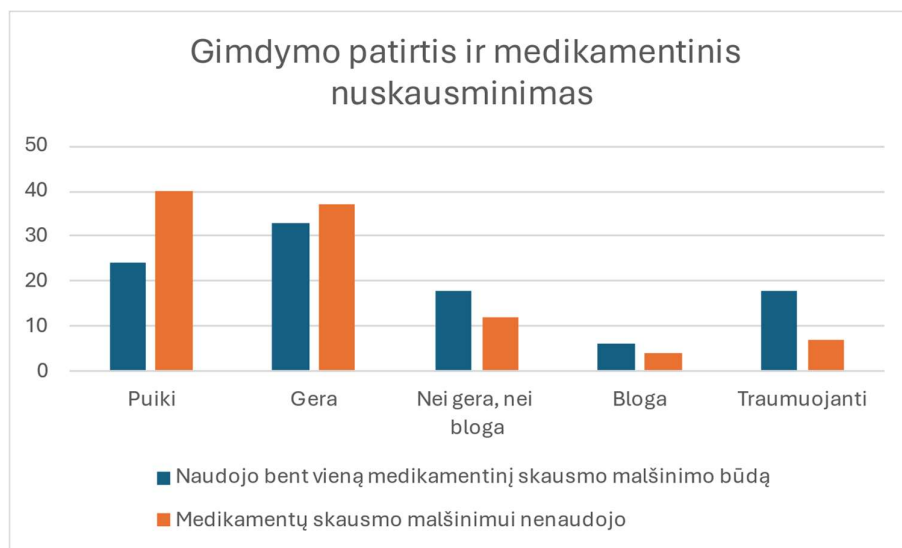
3.11. Tinkamas nuskausminimas

Skausmas gimdymo metu yra subjektyvus reiškinys, priklausantis nuo veiksnių, iš kurių ne visi yra ištirti. Jo malšinimas ir valdymas, įvardinamas kaip tinkamas nuskausminimas, gali varijuoti tarp hidroterapijos, judėjimo, kvėpavimo praktikų ir epidurinės nejautos, visiškai numalšinančius apatinės kūno dalies pojūčius. Tinkamas, pagal konkrečios gimdyvės poreikius parinkta skausmo malšinimo strategija yra viena iš pagrindinių PSO rekomendacijų.

Jokių medikamentų (epidurinės nejautos, analgetikų, dujų) nuskausminimui gimdymamos nenaudojo 30 proc. moterų, 70 proc. naudojo kokį nors medikamentinį nuskausminimo būdą. Su epidurine nejautra gimdė 38 proc. moterų. Iš tų, kurios naudojo medikamentinį nuskausminimą, 18 proc. moterų nurodė, kad joms skausmo malšinimo metodai buvo neefektyvūs. Medikamentinio

skausmo malšinimo negavo, nors prašė, 8 proc. moterų. 4 proc. respondenčių nurodė, kad jų nebuvo klausiama, medikamentinis skausmo malšinimas buvo paskirtas gydytojos.

Tarp tų socialiai pažeidžiamų moterų, kurios naudojo bent vieną medikamentinio nuskausminimo būdą, savo gimdymo patirtį kaip traumuojančią/blogą vertina 24 proc., kurios nenaudojo jokio – 11 proc. respondenčių. Mann-Whitney U testas patvirtina, kad šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($U = 7936,5$, $p < 0,001$, 2.1.39. priedas).



pav. 22 Gimdymo patirtis ir medikamentinis nuskausminimas

Bent vieną nemedikamentinį skausmo ir/ar nepatogumo mažinimo būdą gimdydamos naudojo 82 proc. moterų. Tarp šių būdų galėjo būti vienas ar daugiau iš: vonia, dušas, kūno pozų keitimas ar judėjimas siekiant palengvinti skausmą, gimdymo kamuolys, karštas/šaltas kompresas, masažas, glostymas ar specifinių kūno taškų spaudimas, psichologinės strategijos (pvz., vizualizacija, relaksacija ar pan.), kvėpavimo technikos, aromaterapija. 11 proc. moterų nurodė, kad būtų norėjusios išbandyti kurį nors iš šių būdų, tačiau joms nebuvo leista ar tam nebuvo sudarytos sąlygos. Iš tų, kurios naudojo bent vieną nemedikamentinio nuskausminimo būdą, 19 proc. moterų nurodė, kad joms skausmo malšinimo metodai buvo neefektyvūs.

Tarp tų moterų, kurios nenaudojo nei vieno iš minėtų nemedikamentinių skausmo valdymo būdų, traumuojančių/blogų patirčių buvo 25 proc., tarp naudojusių – 20 proc. moterų. Šie skirtumai nėra statistiškai reikšmingi ($U = 6612,5$, $p = 0,264$, 2.1.40. priedas).

Gimdymo metu naudotos medicininės skausmo valdymo strategijos reikšmingai siejasi su moterų pogimdyvine emocine savijauta. Didesnę riziką patirti pogimdyminę depresiją turi moterys, naudojusios medikamentus nuskausminimui (36 proc.), nei jų nenaudojusios (15 procentai). Chi kvadrato analizė parodė, kad tai yra statistiškai reikšmingas ryšys ($\chi^2(1) = 14,64$, $p = 0,0001$, 2.1.41. priedas).

Ryšys tarp pogimdyminės depresijos tarp tų moterų, kurios nenaudojo jokio nemedikamentinio būdo (38 proc.) ir panaudojo bent vieną iš jų (28 procentai), Chi kvadrato analizės patvirtintas kaip statistiškai nereikšmingas ($\chi^2(1) = 0,19$, $p = 0,66$, 2.1.42. priedas).

4 lentelė. Medikamentinis nuskausminimas ir depresija po gimdymo

Ar naudotas bent vienas medikamentinio skausmo malšinimo būdas?	Nėra depresijos požymių	Galima įtarti depresiją
Taip	64%	36%
Ne	85%	15%

Su potrauminio streso pasireiškimu po gimdymo nuskausminimas siejasi reikšmingai: medikamentinis metodas irgi kelia didesnę PTSD riziką – ryškūs sindromo simptomai pasireiškia 13 proc. naudojusių ir 3 proc. nenaudojusių moterų. Chi kvadrato analizė parodė, kad tai yra statistiškai reikšmingas ryšys ($\chi^2(1) = 6,79$, $p = 0,009$, 2.1.43. priedas).

Kokį nors nemedikamentinį skausmo malšinimo būdą pasirinkusių moterų ryškūs PTS sindromo simptomai pasireiškia 10 proc. naudojusių ir 7 proc. nenaudojusių moterų ir statistiškai tai nėra reikšminga: Chi kvadrato analizė parodė, kad tarp tiriamų kintamųjų nėra statistiškai reikšmingo ryšio ($\chi^2(1) = 0,97$, $p = 0,33$, 2.1.44. priedas).

5 lentelė. Medikamentinis nuskausminimas ir PTSD

Ar naudotas bent vienas medikamentinio skausmo malšinimo būdas?	Nepasireiškia ryškūs PTSD simptomai	Ryškūs PTSD požymiai
Taip	87%	13%
Ne	97%	3%

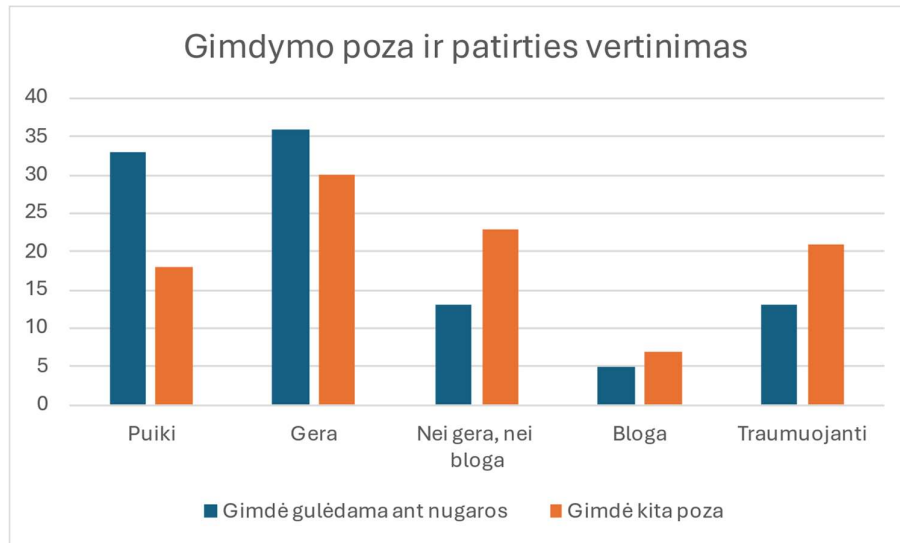
3.12. Gimdymo poza

Gimdymo pozos pasirinkimas Lietuvoje iš esmės skiriasi dokumentuose ir gimdyklose ir yra viena labiausiai neįgyvendinamų šiuolaikinių geros gimdymo priežiūros praktikų.

Teigiamai į tyrimo klausimą „pati pasirinkau man patogią gimdymo pozą“ atsakė vos 5 proc. respondenčių. Šis rodiklis nesiskiria visoje ir socialiai pažeidžiamų moterų imtyje. Tarp šios grupės nėra respondenčių, savo gimdymo patirtį vertinančių kaip traumuojančią/blogą.

Į klausimą, ar gimdymo pozą pasiūlė medikai, teigiamai atsakė 25 proc. moterų. Viena iš penkių moterų nurodė, kad gimdė tokia poza, kuri buvo patogi medikams priimti naujagimį. Didžioji dalis (74 proc.) moterų gimdė gulėdamos ant nugaros. Jų grupėje savo patirtį kaip traumuojančią/blogą vertino 18 proc.; gimdžiusių kita poza (gulėdamos ant šono, sėdėdamos ant gimdymo kėdutės, kitoje vertikalioje padėtyje ar vonioje) grupėje tokių patirčių buvo 28 procentai. Mann–Whitney U testas parodė statistiškai reikšmingą skirtumą tarp gimdymo patirties įvertinimų priklausomai nuo moters

padėties gimdymo metu ($U = 7\,371$, $p = 0,001$, 2.1.45. priedas). Moterys, kurios gimdė gulėdamos ant nugaros, patirtį vertino palankiau (mediana = 4) nei tos, kurios buvo kitose padėtyse (mediana = 3).



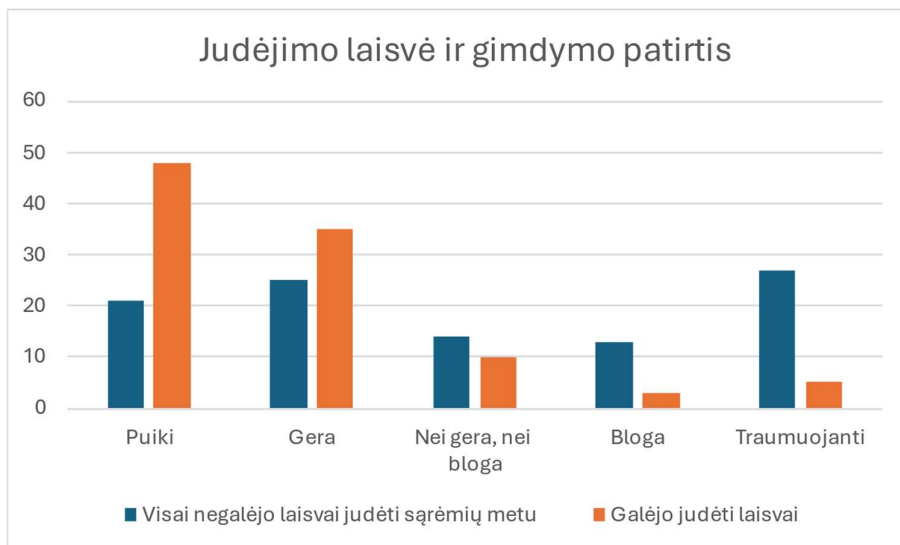
pav. 23 Gimdymo poza ir patirties vertinimas

Gimdymas ant nugaros ir pogimdyminė depresija ryšio neturi, 2.1.46. priedas. Mann–Whitney U testo rezultatai: $U = 6166$, $p = 0,993$. Tos, kurioms reiškiasi ryškūs PTSD požymiai, ant nugaros gimdė rečiau (68 proc.), nei tos, kurioms PTSD simptomai nepasireiškia (75 procentai), bet Chi kvadrato analizė parodė, kad tarp šių rodiklių nėra statistiškai reikšmingo ryšio ($\chi^2(1) = 0,71$, $p = 0,40$, 2.1.47. priedas).

3.13. Judėjimas gimdymo metu

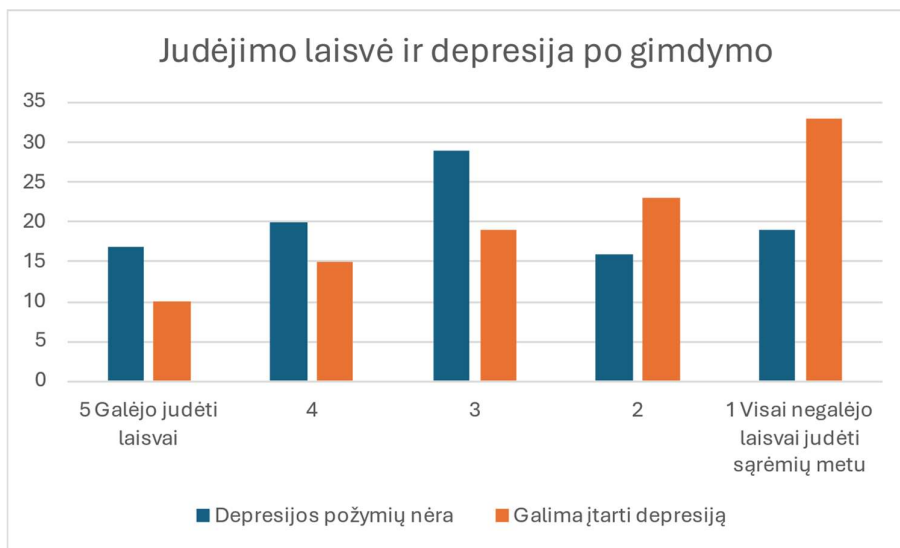
Galimybė judėti sąrėmių metu – vadinamu pirmuoju gimdymo laikotarpiu, kuris gali trukti iki keliolikos ar net keliasdešimties valandų – nurodoma ir prie nemedikamentinių skausmo valdymo strategijų, ir prie pagrindinių PSO rekomendacijų pozityviai gimdymo patirčiai. Galėjimas judėti taip pat susijęs su moters autonomijos jausmu, gimdymo kaip fiziologinio, o ne patologinio proceso suvokimu ir išgyvenimu.

Apklausoje moterys į klausimą, kiek laisvai galėjo judėti sąrėmių metu, galėjo pasirinkti atsakymą skalėje nuo 1 (visai negalėjo laisvai judėti) iki 5 (galėjau visiškai laisvai judėti). Pastarąjį atsakymą nurodė 15 proc. respondenčių, o 23 proc. nurodė, kad laisvai judėti negalėjo visai. Patirtas judėjimo laisvės laipsnis sąrėmių metu reikšmingai siejasi su gimdymo patirties vertinimu: 40 proc. respondenčių, kurios nurodė, kad visai negalėjo judėti, savo patirtį vertina kaip traumuojančią/blogą. Toje grupėje, kuri patyrė daugiausiai judėjimo laisvės, traumuojančių/blogų gimdymo patirčių buvo reikšmingai mažiau, 8 procentai. Mann–Whitney U testas patvirtino statistinį reikšmingumą ($U = 702,5$, $p < 0,001$, 2.1.48. priedas).



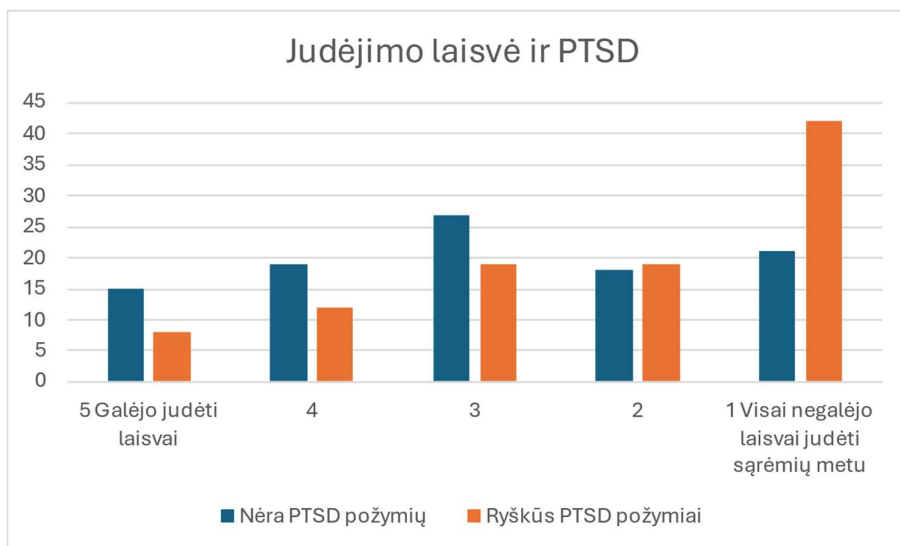
pav. 24 Judėjimo laisvė ir gimdymo patirtis

Depresija po gimdymo taip pat reikšmingai siejasi su turėta galimybe judėti sąrėmiaujant: tarp tų moterų, kurios judėti nurodė visai negalėjusios, reikšmingi depresijos simptomai reiškiasi 33 proc., o depresijos nėra 19 proc. respondenčių. Toje grupėje, kuri turėjo daugiausiai judėjimo laisvės, depresiją galima įtarti kas dešimtai, o be šio sutrikimo yra 17 proc. respondenčių. Mann–Whitney U testo rezultatai ($U = 972$, $p < 0,01$, 2.1.49. priedas) patvirtina statistinį šių skirtumų reikšmingumą.



pav. 25 Judėjimo laisvė ir depresija

Mann–Whitney U testas patvirtina ir judėjimo laisvės sąrėmių metu bei PTSD po gimdymo ryšio reikšmingumą: $U = 1103$, $p < 0,05$, 2.1.50. priedas. Daugiausiai moterų, patiriančių PTSD simptomus – 42 proc. – visai negalėjo judėti gimdydamos; tarp galėjusių tai daryti laisvai šis rodiklis siekia 8 procentus.



pav. 26 Judėjimo laisvė ir PTSD

3.14. Pasitikėjimas profesine medikų kompetencija

Medikų profesinės kompetencijos, jų žinios apie gimdymą, rekomendacijos, gebėjimas veikti kritiniais atvejais daro esminę įtaką moterų pasirinkimui gimdyti ligoninėje. Pasitikėjimas jomis kuria santykį, saugumo ir užtikrintumo jausmus. Tai, kad šis rodiklis vertintas retrospektyviai, jau po gimdymo, gali rodyti vertinimą jau patyrus specialistų profesionalumą, o ne išankstinius moterų lūkesčius.

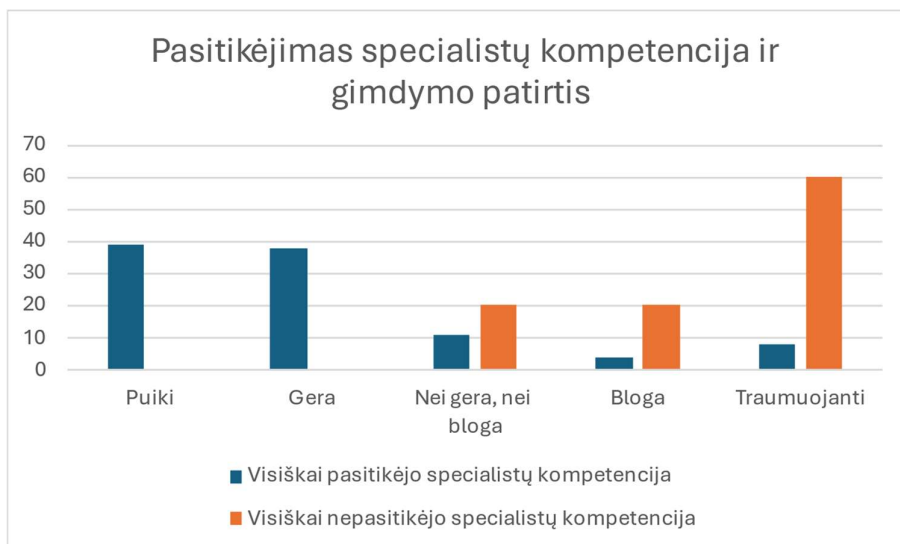
69 proc. socialiai pažeidžiamų apklausos respondenčių į klausimą „ar pasitikėjote darbuotojų profesinėmis kompetencijomis“ atsakė „visiškai taip“, 2 proc. – „visiškai ne“. Daugiau pasitikinčiųjų buvo tarp gimdžiusių natūraliais takais (71 proc.), nei cezario operacijos būdu (61 procentas).

Tarp moterų, savo gimdymą vertinančių kaip traumuojantį/blogą, visiškai pasitikinčių medikais yra mažiau (38 proc.), ir daugiau nurodžiusių, kad specialistais visiškai nepasitiki (6 procentai).



pav. 27 Trauminė/bloga patirtis ir pasitikėjimas medikų kompetencija

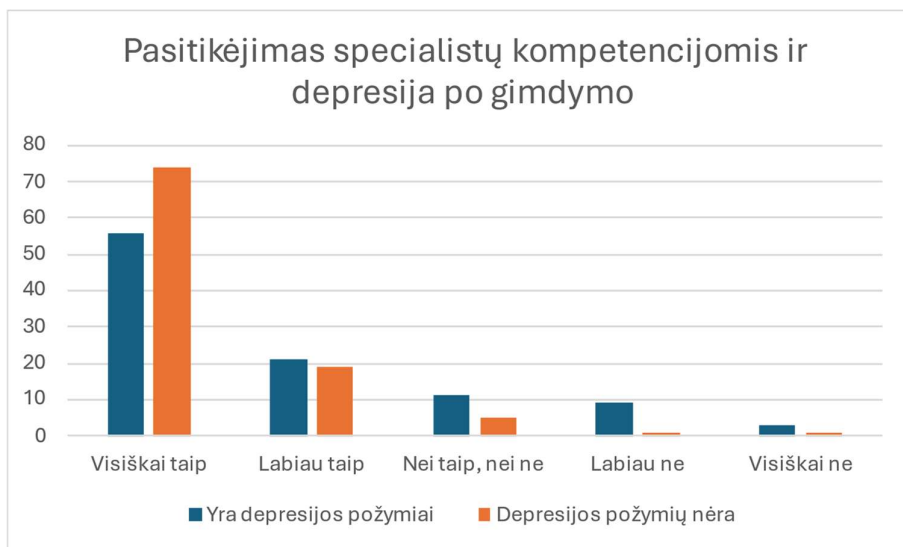
Visiškai specialistų kompetencija pasitikėjimą išreiškusių respondenčių grupėje traumuojančią/blogą gimdymo patirtį turėjo 12 proc., visiškai nepasitikėjusiųjų – 80 procentų. Svarbu ir tai, kad pastarosios grupės moterys visai nepatyrė nei puikių, nei gerų gimdymo patirčių, o tarp pasitikėjusiųjų specialistų kompetencija tokių buvo 77 procentai. Mann–Whitney U testas parodė statistiškai reikšmingą skirtumą tarp gimdymo patirties vertinimų tarp moterų, kurios jautėsi visiškai pasitinkinčios specialistų kompetencijomis, ir tų, kurios visiškai jais gimdymo metu nepasitikėjo ($U = 84$, $p < 0,001$, 2.1.51. priedas). Moterys, kurios visiškai pasitikėjo medikų kompetencija, patirtį vertino gerokai palankiau (mediana = 4) nei nepasitikėjimą išgyvenusios moterys (mediana = 1).



pav. 28 Pasitikėjimas specialistų kompetencija ir gimdymo patirtis

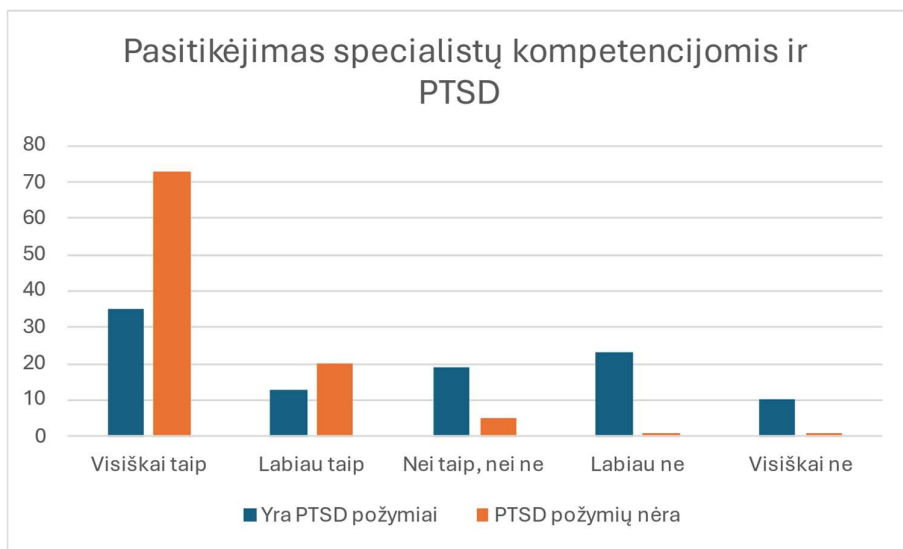
Duomenys rodo ryšį ir tarp pasitikėjimo specialistų kompetencijomis gimdymo metu bei pogimdyminės depresijos. Iš moterų, kurioms reiškiasi reikšmingi depresijos požymiai, 56 proc. nurodė, kad jos visiškai pasitikėjo medikų kompetencija, 3 proc. – kad visiškai nepasitikėjo. Tarp

depresijos neturinčių moterų šie rodikliai yra atitinkamai 74 proc. ir 1 procentas. Mann–Whitney U testas parodė statistiškai reikšmingą skirtumą tarp specialistų kompetencijos vertinimų tarp moterų, kurioms įtariama pogimdyminė depresija, ir tų, kurioms depresija nėra įtariama ($U = 8235,5$, $p < 0,001$, 2.1.52. priedas).



pav. 29 Pasitikėjimas specialistų kompetencijomis ir depresija po gimdymo

Tarp moterų, kurioms galima įtarti PTSD, visiškai gimdymo metu pasitikėjusios specialistų kompetencijomis nurodė 35 proc., visiškai nepasitikėjusios – 10 proc.; tarp ryškių PTSD požymių neturinčiųjų – atitinkamai 73 proc. ir 1 procentas. Mann–Whitney U testas atskleidė, kad moterys su PTSD simptomais specialistų kompetenciją vertino žymiai žemiau nei moterys be PTSD simptomų ($U = 2295$, $p < 0,001$, 2.1.53. priedas).



pav. 30 Pasitikėjimas specialistų kompetencijomis ir PTSD

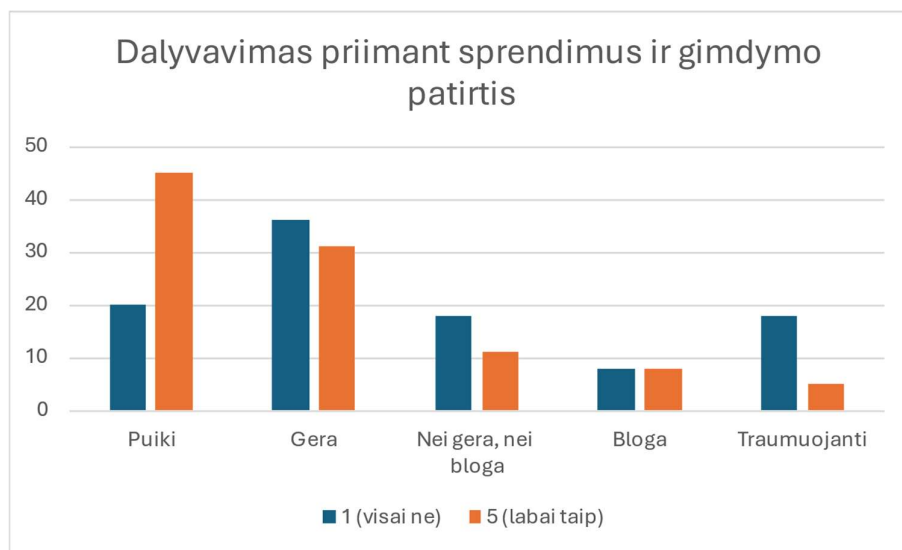
3.15. Dalyvavimas priimant su gimdymu susijusius sprendimus

Moterų įsitraukimas į su gimdymu susijusių sprendimų priėmimą vertinamas keliais aspektais – jų išankstiniu nusistatymu, kiek jos manė, kad norės dalyvauti priimant sprendimus, ir jų realus dalyvavimas sprendimus priimant. Šie du rodikliai atskleidžia skirtingą įtaką moterų gimdymo patirties vertinimui, depresijai ir potrauminiam stresui po gimdymo.

Socialiai pažeidžiamos respondentės buvo kiek labiau linkusios į kraštutinius pasirinkimus, atsakant į klausimą apie norą dalyvauti priimant su gimdymu susijusius sprendimus: penkių laipsnių vertinimo skalėje 22 proc. respondenčių nurodė, kad visai to nenorėjo, 31 proc. – kad labai norėjo. Ši tendencija atsikartoja ir su buvusiu dalyvavimu priimant sprendimus, susijusius su jų gimdymu: 33 proc. socialiai pažeidžiamų respondenčių nurodė, kad sprendimų visai nepriėmė, 20 proc. – kad labai dalyvavo priimdamos.

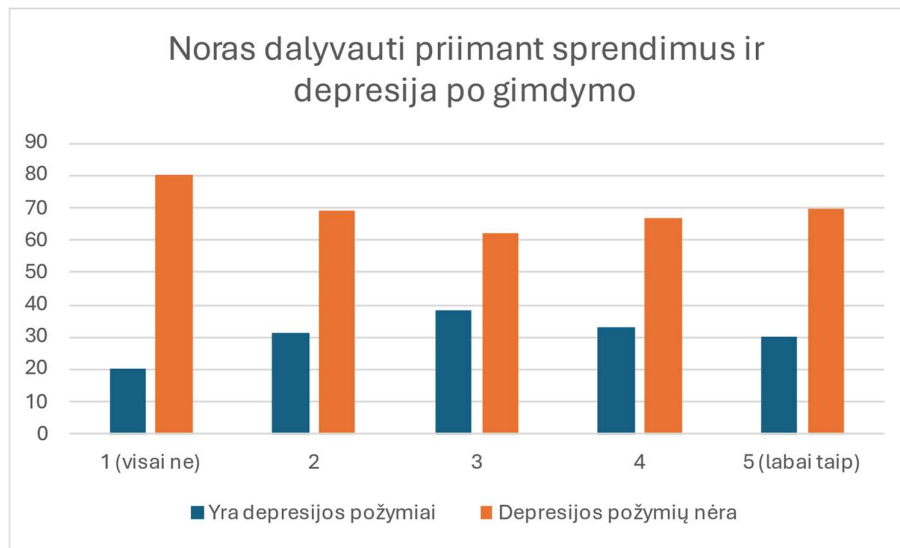
Tai, kaip moterys vertina savo gimdymo patirtį, nesisieja su jų iš anksto turėtu noru dalyvauti priimant sprendimus gimdymo metu, bet reikšmingai siejasi su su realiu to įgyvendinimu. Iš tos grupės socialiai pažeidžiamų respondenčių, kurios labai norėjo būti aktyvios savo gimdymo dalyvės, savo patirtį kaip traumuojančią/blogą įvardina 30 proc., iš tų, kurios visai nenorėjo – 17 procentų. Mann-Whitney U testas neparodė statistiškai reikšmingo skirtumo ($U = 3023,5$, $p = 0,13$, 2.1.54. priedas), nors pastebima silpna, statistiškai nereikšminga tendencija.

Šis sąryšis yra atvirkščias tarp moterų, realiai dalyvavusių priimant su savo gimdymu susijusius sprendimus: kaip traumuojančią/blogą savo patirtį vertina 13 proc. maksimaliai įsitraukusiųjų ir 26 proc. visai nepriėmusių sprendimų socialiai pažeidžiamų moterų. Mann-Whitney U testas parodė, kad šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($U = 2225$, $p < 0,001$, 2.1.55. priedas), tai rodo, kad aktyvesnis dalyvavimas sprendimų priėmime yra susijęs su pozityvesne patirtimi.



pav. 31 Dalyvavimas priimant sprendimus ir gimdymo patirtis

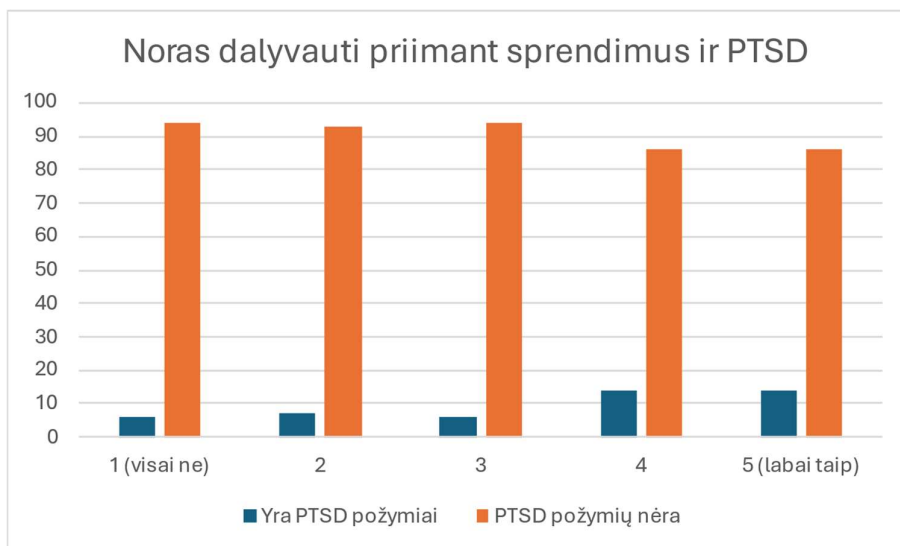
Respondentės, kurios labai norėjo priimti sprendimus, pagal depresijos po gimdymo riziką neišsiskiria iš vidurkio (30 proc.), o mažiausią (20 proc.) depresijos riziką patiria tos moterys, kurios gimdydamos visai neturėjo noro priimti su gimdymu susijusių sprendimų. Aukščiausią depresijos riziką – 38 proc. – patiria preferencijų dėl sprendimų priėmimo gimdymo metu neturėjusios moterys. Mann-Whitney U testas neparodė statistiškai reikšmingo skirtumo tarp šių duomenų ($U = 9683,5$, $p = 0,312$, 2.1.56. priedas).



pav. 32 Noras dalyvauti priimant sprendimus ir depresija po gimdymo

Tarp moterų, labai dalyvavusių priimant sprendimus dėl gimdymo, depresija reiškiasi 20 proc., tarp tų, kurios visai nepriėmė sprendimų – 29 procentai. Aukščiausią, net 50 proc. depresijos riziką patiria moterys, kurios mažai dalyvavo priimdamos sprendimus dėl savo gimdymo. Mann-Whitney U testas neparodė statistiškai reikšmingo skirtumo ($U = 9871,5$, $p = 0,44$, 2.1.57. priedas).

Noras dalyvauti priimant sprendimus su PTDS pasireiškimu siejasi reikšmingai. Tarp moterų, kurios visai nenorėjo priimti sprendimų gimdydamos, PTDS reiškiasi 6 proc., tarp tų, kurios norėjo tą daryti maksimaliai – 14 procentų atvejų. Mann-Whitney U testas parodė statistiškai reikšmingą skirtumą tarp moterų, įtariamų patiriant PTSD požymius, ir tų, kurioms PTSD nesireiškia, jų norui dalyvauti aptariant gimdymo patirtį ($U = 3372$, $p = 0,026$, 2.1.58. priedas).



pav. 33 Noras dalyvauti priimant sprendimus ir PTSD

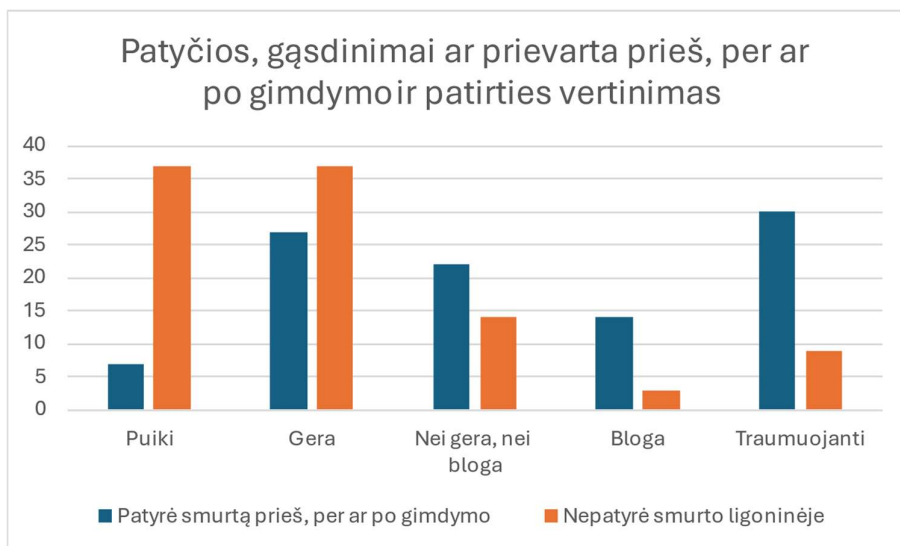
Moterys, kurios dalyvavo gimdymo metu priimdamos sprendimus maksimaliai, patyrė 6 proc. PTDS riziką, kurios visai nedalyvavo – 12 proc., Chi kvadrato analizė parodė, kad statistiškai reikšmingo ryšio nėra: ($\chi^2(4) = 5,21$, $p = 0,27$, 2.1.59. priedas).

3.16. Patyčios, gąsdinimai ir prievarta, patirti gimdymo metu

Akušerinis smurtas vienareikšmiškai veikia moterų gimdymo patirtis, taip pat daro įtaką jų pogimdybinei emocinei būsenai. Kaip ir kitoms smurto prieš moteris rūšims, akušeriniam pastaruoju metu taip pat skiriama kiek daugiau dėmesio – tačiau jis tebėra sunkiai atpažįstama problema, su kurios prevencija ir padariniais tvarkytis tinkamų sprendimų dar reikės sukurti.

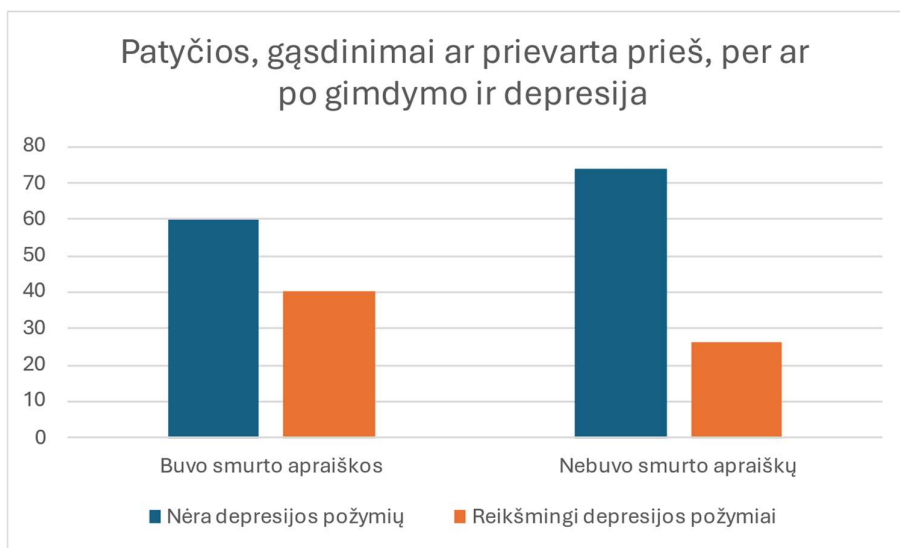
Visuotinai priimtose akušerinio smurto sąvokos Lietuvoje nėra, tačiau patyčios, gąsdinimai ir prievarta gimdymo metu yra akivaizdžiausios smurto apraiškos. Vieną ar kelias iš išvardintų apraiškų prieš, per ar/ir po gimdymo ligoninėje patyrė 26 proc. moterų. Smurtą per gimdymą patyrė 9 proc., prieš – 10 proc., po – 13 proc. socialiai pažeidžiamų moterų.

Moterys, bet kuriuo metu ligoninėje patyrusios išvardintas smurto apraiškas, 44 proc. atvejų savo patirtį įvardina kaip traumuojančią/blogą, tarp jų nepatyrusių tokie atsakymai sudaro 12 procentų. Tarp moterų, savo gimdymo patirtis įvardinančių kaip traumuojančią/blogą, smurto apraiškas nurodo patyrusios 57 procentai. Mann–Whitney U testas parodė, kad moterys, patyrusios smurtą, gimdymo patirtį vertino reikšmingai prasčiau nei moterys be smurto patirties ($U = 4784$, $p < 0,001$, 2.1.60. priedas).



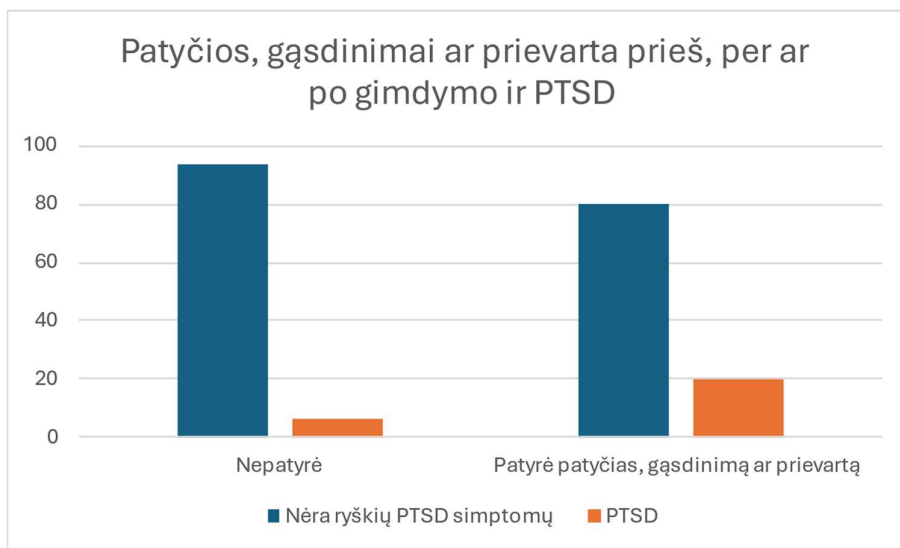
pav. 34 Patyčios, gąsdinimai ar prievarta prieš, per ar po gimdymo ir patirties vertinimas

Moterys, ligoninėje patyrusios smurto apraiškas, susiduria su 40 proc. depresijos po gimdymo rizika. Tų, kurios su smurtu nesusidūrė, depresijos rizika yra reikšmingai mažesnė ir siekia 26 procentus. Chi kvadrato analizė parodė, kad tai yra statistiškai reikšmingas ryšys ($\chi^2(1) = 5,40$, $p = 0,02$, 2.1.61. priedas).



pav. 35 Patyčios, gąsdinimai ar prievarta prieš, per ar po gimdymo ir depresija po gimdymo

Iš socialiai pažeidžiamų moterų, kurios ligoninėje susidūrė su smurtu, stiprūs PTSD simptomai reiškiasi kas penktai, iš tų, kurios jo nepatyrė – 6 procentams. Chi kvadrato analizė parodė, kad tai yra reikšmingas ryšys ($\chi^2(1) = 14,49$, $p = 0,00014$, 2.1.62. priedas).



pav. 36 Patyčios, gąsdinimai ar prievarta prieš, per ar po gimdymo ir PTSD

4. IŠVADOS

2023 metais Lietuvoje gimdžiusių moterų patirčių tyrimo duomenys patvirtina esminį bioekologinio žmogaus vystymosi teorijos teiginį, kad didelė dalimi žmogaus gebėjimai ir jų realizavimas priklauso ne tik nuo jo įgimtų savybių, bet ir nuo platesnio socialinio ir institucinio konteksto. Tai, kaip moteris gimdys ir kaip vertins šią savo transformacinę patirtį, priklauso nuo visų asmuo-procesas-kontekstas-laikas dedamųjų. Gimdymo patirties ir jos poveikio kompleksiskumas reiškiasi per įvairiapusius ryšius mikro-, mezo-, egzo- ir makrosistemų lygmenyse, šio darbo rėmuose analizuojami tik dalis aspektų – ir dėl duomenų, ir dėl analitinių, ir dėl apimties, ir dėl kitų ribotumų.

Darbe buvo nagrinėta tik socialinį pažeidžiamumą patiriančių moterų grupė, kurios patirtys statistiškai reikšmingai skiriasi nuo moterų, apklausos pildymo metu tokio pažeidžiamumo nepatiriančių. Tiriamoji grupė ir dažniau patiria savo gimdymą kaip traumuojantį/blogą (atitinkamai 21 proc. ir 13 proc.), ir didesnę depresijos po gimdymo riziką (30 proc. ir 22 proc.), ir potrauminio streso riziką (10 proc. ir 5 proc.), nei moterys, nepatiriančios socialinio pažeidžiamumo.

Išskyrus šiuos klausimus, daugiau palyginimų tarp tikslinės šio darbo grupės ir kitų respondenčių nebuvo daryta, nors galima manyti, kad skirtumai atsiskleistų – tai galėtų būti kitų tyrimų tema, padedanti geriau suprasti potencialiai žalojančius ar saugančius veiksnius, prisidedančius prie naujų mamų, patiriančių socialinio pažeidžiamumo iššūkius, gerovės. Čia atsiskleidžia ir erdvė socialinio darbo specialistams, susiduriantiems su būsimomis ir esamomis nėščiosiomis bei neseniai pagimdžiusiomis moterimis bei jų artimaisiais – būti dar viena grandimi, atpažįstančia problemas

ankstyvose stadijose, žinoti ir taikyti tikslingas intervencijas, nukreipti pas kitus specialistus, taip kompensuojant ar papildant moterų socialinio palaikymo tinklo galimybes ir gerinant jų psichologinę sveikatą.

Psichinė gimdžiusių moterų sveikata iki pastarojo nėštumo neturi statistiškai reikšmingo ryšio su psichinės sveikatos sutrikimais (depresija ir PTSD) po gimdymo. Šie duomenys leidžia teigti, kad būtent gimdymo patirtys daro reikšmingą įtaką stipriems ir itin plačiai paplitusiems psichinės sveikatos sutrikimams.

Kas daro įtaką moterų gimdymo patirties vertinimui, jų depresijos ir potrauminio streso sindromo pasireiškimo rizikai? Šiame darbe pasitvirtino kai kurios įvade ir teorinėje darbo dalyje minėtų tyrimų išvados. Rakime Elmir ir kolegų tyrimas rodo, kad informacijos ir kontrolės trūkumas, prastas palaikymas ir neadekvačios priežiūros teikėjo interakcijos yra stipriai susiję su trauminiu gimdymo patyrimu (Rakime Elmir, 2010). Ne visus aspektus įmanoma palyginti, nes šis kiekybinis tyrimas nesudaro galimybių išnagrinėti palaikymo kokybės, tačiau kiti rodikliai – kiek informacijos gimdyvė jautėsi gavusi, kiek dalyvavo priimant su savo gimdymu susijusius sprendimus, kiek pagarbaus bendravimo ar smurtinio elgesio apraiškų patyrė – patvirtina prielaidas apie ryšį su gimdymo patirties vertinimu, o dažnu atveju – ir su depresija, ir su potrauminio streso sindromo pasireiškimu po gimdymo.

Pakankamai informacijos iš priežiūros paslaugas teikiančio medicinos personalo gimdymo metu nurodė gavę vos kiek daugiau nei pusė respondenčių. Jų gimdymo patirties vertinimas su informacijos trūkumu ar pakankamumu nėra reikšmingai susijęs, tačiau informacijos trūkumas veikia moterų psichinę sveikatą auginant kūdikį: ir depresijai, ir PTSD jis turi reikšmingą poveikį.

Moterų įsitraukimas į su gimdymu susijusių sprendimų priėmimą turi reikšmingą ryšį su patirtimi: kuo pati gimdyvė daugiau dalyvauja, tuo labiau auga jos geros patirties galimybės ir mažėja traumuojančio gimdymo rizika. Čia ypač ryškus paties asmens įsitraukimas, jos asmeninių savybių pasireiškimas – tačiau siekiant įvardinti, kokių konkrečiai, reikėtų papildomų tyrimų. Nei su depresija, nei su PTSD įsitraukimas reikšmingo ryšio neturi.

Kitaip reiškiasi patirtys moterų, kurios nurodė iš anksto maniusios, kad norės dalyvauti priimant sprendimus – tikėtina, kad tai taip pat atspindi asmenines gimdyvės savybes, tačiau kitas, nei tos grupės, kurios realiai priima sprendimus – jų patirtis neturi reikšmingo ryšio su jų išreikštu noru priimti sprendimus. Nėra ir sąryšio su depresija pagimdžius, o su PTSD išankstinis noras daryti įtaką savo gimdymui siejasi reikšmingai.

Pagarbus personalo elgesys daro tiesioginę įtaką visiems tirtiems rodikliams. Dešimtadalis respondenčių nurodė, kad su jomis buvo elgtasi nepagarbiai. Ir gimdymo patirties vertinimas, ir depresijos, ir PTSD pasireiškimo rizika reikšmingai siejasi su tuo, kiek moteris jautėsi sulaukusi

tiesiog pagarbaus bendravimo. Ketvirtadalis moterų nurodė, kad ligoninėje – prieš, per ar po gimdymo – susidūrė su ryškiomis akušerinio smurto apraiškomis, t.y., patyčiomis, gąsdinimu ir/ar prievarta; per patį gimdymą su tuo susidūrė beveik kas dešimta moteris. Tokia patirtis išaugina traumuojančių/blogų patirčių skaičių net iki 44 proc., depresijos riziką didina iki 40 proc., o PTSD patyrusioms šias smurto apraiškas reiškiasi net kas penktai moteriai. Galima tvirtinti, kad smurto apraiškos yra išskirtinai žalingos ilgalaikiai moterų gerovei; papildomi tyrimai galėtų išsamiau atskleisti pasekmes ne tik pačioms moterims, bet ir jų kūdikiams ir kitiems šeimos nariams.

Abu šie reiškiniai (pagarbus bendravimas ir smurtinio elgesio apraiškos) gali būti visų U. Bronfenbrenerio minėtų sistemų pasireiškimas: mikroygyje tai reiškiasi kaip konkrečių asmenų bendravimo ypatumas, mezolygiu gali būti personalo tarpusavio santykių išraiška, patiriama gimdyvės, egzosistema gali veikti per specialistų nuovargį ir perdegimą, sudėtingas darbo sąlygas ir nepakankamą atlygį, nepasirengimą tvarkytis su emociškai įtemptomis situacijomis, pačių gimdyvių (ne)pasirengimą gimdymui, o makrolygmeniu tai atspindi bendrą gimdymo kultūrą, galios dinamiką, lyčių santykius, sveikatos apsaugos sistemos resursus ir visuomenės požiūrį į smurtą ir tarpusavio pagarbą.

Šio tyrimo rezultatai nerodo statistinio reikšmingumo tarp moterų, gimdžiusių vienų ir su lydinčių asmeniu nei gimdymo patirties vertinimo, nei depresijos, nei PTSD pasireiškimuose – šiuo aspektu būtų naudingas kokybinis tyrimas. Tai nesutampa su daugeliu tarptautinių tyrimų ir oficialiomis rekomendacijomis: galima kelti hipotezę, kad svarbus yra ne pats lydinčio asmens dalyvavimas, o jo teikiamo palaikymo kokybė, lydinčiųjų pasirengimas dalyvauti tokioje nekasdienėje patirtyje, gebėjimas tvarkytis su jos keliamais iššūkiais, tačiau jai patvirtinti reikėtų papildomų tyrimų. Gimdymo metu patiriama antrinė, arba stebėtojo, trauma (kuri gali reikštis ir lydinčiajam asmeniui, ir paslaugas teikiančiam specialistui), taip pat yra reikšminga tema, kurios tyrimai būtų labai vertingi.

Mokslinis gimdymo priežiūros paslaugų pagrįstumas oficialiai yra vienas iš kertinių principų, kurio laikantis turėtų būti teikiamos visos sveikatos priežiūros paslaugos, įskaitant ir gimdymo priežiūrą. Teoriškai taip ir yra – be jau aptartų pagarbos, pasirinkto lydinčio asmens, pakankamos ir suprantamai pateikiamos informacijos, moterims dokumentuose rekomenduojama judėti gimdymo metu, rinktis priimtina pozą, užtikrinti tinkamą nuskausminimą.

Iš tyrimo duomenų išaiškėjo, kad praktikoje mokslu grįstos paslaugos gimdyklose teikiamos ne visada. Vos 15 proc. respondenčių nurodė, kad sąrėmių metu galėjo laisvai judėti, o toks bazinių asmens autonomijos ir fiziologijos principų neužtikrinimas reikšmingai siejasi su gimdymu kaip traumuojančiu/blogu patyrimu, taip pat su dažniau pasireiškiančia depresija ir potrauminio streso sindromu. Net 13 proc. respondenčių buvo taikyta Lietuvoje oficialiai nerekomenduojama kaip žalinga praktika vaiko užgimimo metu stipriai spausti pilvą, ir ją patyrusios moterys reikšmingai

dažniau savo gimdymo patirtį vertina kaip traumuojančią/blogą ir patiria aukštesnę PTSD riziką (nors depresijos rizika reikšmingai neišauga).

Gimdymo pozos klausimas atspindi makrosistemoje vyraujančią į specialistus, ne į paslaugos gavėjas orientuotą pasaulėžiūrą: vos kas dvidešimta moteris nurodė, kad pati pasirinko sau patogią gimdymo pozą, o viena iš penkių moterų nurodė, kad gimdė tokia poza, kuri buvo patogi medikams priimti naujagimį. Galima kelti versiją, kad dėl šios priežasties gulėdamos gimdė ir daugiau moterų, tik jos nežinojo ar negalėjo įvardinti, nes tai nebuvo paminėta gimdykloje. Svarbu – ir verta platesnių tyrimų – yra tai, kad fiziologiškai mažiausiai palankioje pozoje, ant nugaros ar pusiaugula ant gimdymo stalo, gimdžiusios moterys reikšmingai dažniau nurodo, kad jų bendra gimdymo patirtis buvo palankesnė. Galima kelti hipotezę, kad preferencijas gimdyti kita poza išreiškusios gimdyvės susiduria su kultūrinėmis, ne biologinėmis, aplinkybėmis, lemiančiomis jų prastesnę patirtį. Svarbu ir tai, kad savo pozą pasirinkusioms moterims dažniau reiškiasi ir PTSD simptomai, o ryšio su depresija tyrimas nenustatė.

Medikamentinį nuskausminimą rinkosi didžioji dalis – 70 proc. – gimdyvių, ir visi tyrime nagrinėti rodikliai su šiuo pasirinkimu turi reikšmingą ryšį. Tarp šių moterų daugiau yra prastai vertinančių savo gimdymą, jos susiduria su aukštesne depresijos ir PTSD rizika. Galima kelti hipotezes, kad tai susiję su nuskausminimo neefektyvumu (jo pasireiškimas – 18 proc.), su šalutiniais nuskausminimo poveikiais (daugiau intervencijų, susidūrimas su daugiau personalo, judėjimo apribojimai, sudėtingesnis atsigavimas, galimi žindymo iššūkiai ir kt.) ar su medikalizuoto gimdymo psichologiniu poveikiu, su geresniu emociniu medikamentinio nuskausminimo nesirinkusių moterų pasirengimu gimdymui, tačiau joms patvirtinti reikėtų atskirų tyrimų.

Tyrime taip pat buvo apžvelgti ir kiti veiksniai, potencialiai galintys veikti moterų gimdymo patirties vertinimą ir pogimdyminę psichologinę būseną. Pasitvirtino prielaida, kad svarbus yra gimdymo būdas: reikšmingai geriau jautėsi ir vertino savo patirtį moterys, gimdžiusios natūraliais takais, nei tos, kurioms buvo daryta operacija. Šis tyrimas neleidžia įvardinti šių skirtumų priežasčių – galima kelti hipotezes, kad dalis gimdymų baigėsi ne pagal moterų išankstinius lūkesčius, kad gimdant iki operacijos patirta daug nerimo ir intervencijų (jos kelia prastos patirties tikimybę), kad moteris tampa labai priklausoma nuo specialistų (ir tos, kurios patyrė operaciją, dažniau jais nepasitiki), kad po gimdymo mama ir naujagimis atskirti (tai – taip pat reikšmingas prastos patirties prediktorius), kad skiriasi specialistų elgesys, kad moteris veikia tie patys nepalankūs veiksniai, kurie lėmė, kad jų nėštumas turėjo rizikos veiksnių (nes jie siejasi ir su cezario operacijos dažnumu, ir su prasčiau vertinama bendra gimdymo patirtimi); įdomu būtų panagrinėti ir skirtumus tarp moterų, patiriančių planines ir neplanuotai vykstančias operacijas, taip pat tarp tų, kurių natūraliais takais užsibaigę gimdymai prasideda spontaniškai ar yra dirbtinai sužadinami. Socialiai pažeidžiamų

moterų grupėje gimdymo būdas neturėjo reikšmingos įtakos nei depresijos, nei potrauminio streso pasireiškimui.

Lūkesčių ir realios patirties susidūrimas ir kitose situacijose žmonėms gali daryti reikšmingą įtaką, taip yra ir gimdymo atveju. Tai – vienas iš subjektyviųjų kriterijų, kuris nėra tiksliai apibrėžtas, tačiau išankstinio įsivaizdavimo, kaip atrodys gimdymas, ir tikros patirties neatitikimas moterims daro reikšmingą įtaką. Tos respondentės, kurios nurodė, kad jų gimdymas buvo žymiai blogesnis, nei jos tikėjosi, kur kas dažniau patyrė gimdymą kaip trauminį, o augindamos vaiką patyrė reikšmingai didesnę ir depresijos, ir PTSD riziką. Galima kelti klausimą, ar įmanoma iš anksto pasiruošti gimdymui taip, kad jo realybė būtų kuo arčiau lūkesčių? Tačiau kaip: ar verta moteris skatinti tikėtis blogiausios patirties, kad bet kokia realybė atrodytų geresnė, ar skatinti jas tikėtis geriausio? Kaip tai koreliuoja su rašytinių rekomendacijų ir priežiūros praktikos gimdyklose neatitikimu?

Depresijos prevencijos programos šalyje prasidėjusios – svarbu paminėti, kad tai vyksta NVO iniciatyva – tačiau trauminių/blogų gimdymo patirčių ir potrauminio streso sindromo pasireišimo paplitimas dar turėtų sulaukti ir specialistų, ir plačiosios visuomenės dėmesio ir sprendimų. Emocinių traumų tema reikalauja sprendimų visuose bioekologinio modelio sluoksniuose. Vertingas būtų platus į traumą atsižvelgiančio požiūrio (angl. trauma-informed care) švietimas – ir tiesiogiai gimdymus priimantiems specialistams, ir kitiems su nėščiosiomis ir neseniai pagimdžiusiomis moterimis dirbantiems įvairių sričių atstovams. Smurto atpažinimo programos, traumos skalės klausimynas neseniai pagimdžiusioms, pagalbos nukentėjusiosioms algoritmai, žalos be kaltės principų įgyvendinimas ir bendras gebėjimo pripažinti aukų istorijas, jų nekaltinti, naudoti problemines situacijas analizei ir refleksijai, kurti paramos ir pagalbos priemonės ir antrinės traumos aukoms, mokslų grįstų lytiškumo programų skatinimas ir įgyvendinimas, prieinama patikima trumpalaikė kūdikio priežiūros paslauga – dalis idėjų, kurios galėtų prisidėti prie situacijos gerinimo. Taip pat svarbūs yra ir kiti klausimai – visuotinai paplitęs idealizuotos motinystės poveikslas, reprodukcinės moterų teisės, lyčių lygybė, neapmokamas darbas, naujoms mamoms keliami reikalavimai, partnerių įsitraukimas į kūdikio priežiūrą, socioekonominiai motinystės aspektai, psichinės sveikatos stigma, problemų atpažįstamumo, emocinis raštingumas ir bendra atsakomybė už naujų šeimų emocinę gerovę.

Kaip teigia U. Bronfenbrenneris, vystymosi proceso metu individas tampa motyvuotas ir pajėgus įsitraukti į veiklas, kurios atskleidžia šios aplinkos savybes, palaiko ar pakeičia tą aplinką į labiau kompleksiską savo forma ir turiniu. Kaip situacija, kai socialiai pažeidžiamos – tai yra, mažiau resursų turinčios – moterys tapimo mama procese patiria daugiau praktikų, kurios jas žeidžia ir palieka ilgalaikes psichologines pasekmes, veikia jų motinystės kasdienybę? Kokias pasekmes tai

kuria ateinančioms kartoms? Kaip plačiai tai veikia visuomenę? Tai – irgi klausimai galimiems kitiems tarpdiscipliniams – ar multidisciplininiais – tyrimams.

Apibendrinant darbą, galima teigti, kad ekologinė socialiai pažeidžiamų moterų tranzicija į motinystę yra nuo pradžių reikšmingai mažiau palanki nei tokio pažeidžiamumo nepatiriančių moterų, ir yra veikama visų lygių santykių. Be pokyčių makro-, mezo-, egzo- lygiuose pati moteris turi nedaug galimybių užsitikrinti geriausią įmanomą gimdymo patirtį ir emocinę būklę tapus mama, tačiau, remiantis U. Bronfenbrenneriu, ir naujas vaidmuo – tai yra, motinystė – turi stebuklingą galią pakeisti tai, kaip su žmogumi yra elgiamasi, kaip elgiasi jis pats, ką jis veikia, o kartu su tuo – ir ką jis galvoja ir jaučia.

LITERATŪROS IR ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

1. (2019). *Akušerinė metodika. Normalus gimdymas*. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija.
2. Aušra Maslauskaitė, E. (2023). *Lietuvos gyventojų demografinių struktūrų ir procesų kaita*. Vilnius : Lietuvos socialinių mokslų centras, Sociologijos institutas.
3. Beck, C. T. (2004). Birth Trauma: In the Eye of the Beholder. *Nursing Research* 53(1), 28-35.
4. Beck, C. T. (2018). A Secondary Analysis of Mistreatment of Women During Childbirth in Health Care Facilities. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 47(1) <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.08.015>, 94–104.
5. Birutė Davidonytė, D. P. (2021). *Pažemintųjų palata* . Laisvės TV, <https://www.youtube.com/watch?v=bwkboD0ZhEo>.
6. Bohren, M. A. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS medicine*, 12(6).
7. Brewin CR, R. S. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *Psychiatry*, 158-162.
8. Bronfenbrenner, U. &. (2006). The bioecological model of human development. Esantis W. D. Ed.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (p. 793–828). New York: Wiley.
9. Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.
10. Capper, T. (2021). *Workplace bullying: The midwifery student experience*. CQUniversity. Thesis.
11. Carmona S, M.-G. M.-D. (2019). Pregnancy and adolescence entail similar neuroanatomical adaptations: A comparative analysis of cerebral morphometric changes. *Hum Brain Mapp* 40(7), 2143-2152.
12. Christophe Clesse, J. L.-A. (2018). The evolution of birth medicalisation: A systematic review. *Midwifery, Volume 66*, 161-167.
13. Clare McCormack, B. L. (2023). It's Time to Rebrand "Mommy Brain". *JAMA neurology*, 335-336.
14. Dahan., O. (2021). The birthing brain: A lacuna in neuroscience. *Brain and Cognition, Volume 150*.

15. (be datos). *Dėl cezario pjūvio operacijos nėščiosios pageidavimu paslaugos organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo*. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. <https://e-tar.lt/portal/lt/legalAct/3eaae2a0561211edbc04912defe897d1/asr>.
16. (2019). *Dėl Gimdymo namuose priežiūros paslaugos teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo*. Vilnius: LR SAM įsakymas.
17. (2014). *Dėl Lietuvos medicinos normos MN 40:2021 „Akušeris“ patvirtinimo*. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.
18. (2008). *Dėl Lietuvos medicinos normos MN 64:2018 „Gydytojas akušeris ginekologas“ patvirtinimo*. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.
19. (2024). *Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo ir perinatologijos integruotos sveikatos priežiūros stebėsenos komiteto sudarymo*. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas.
20. (2024). *Dėl Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo ir perinatologijos integruotos sveikatos priežiūros stebėsenos komiteto sudarymo*. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas.
21. (2005). *Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo*. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.
22. Elias Mossialos, S. A. (2005). An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: The impact of financial incentives and convenience. *European Journal of Public Health, Volume 15, Issue 3*, 288–295.
23. Foucault, M. (1998). *Disciplinuoti ir bausti: kalėjimo gimimas*. Vilnius : Baltos lankos.
24. Gailienė, D. (2008). *Ką jie mums padarė. Lietuvos gyvenimas traumų psichologijos žvilgsniu*. Vilnius: Tyto Alba.
25. (be datos). *Gimimų medicininiai duomenys 2023*. Higienos institutas. <https://www.hi.lt/naujienos/isleistas-leidinys-gimimu-medicininiai-duomenys-2023/>.
26. (be datos). *Gimstamumas*. Vilnius: Oficialiosios statistikos portalas. Lietuvos Respublikos Vyriausybė. https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=d6c20c44-2e6c-49a1-b372-2daf70dc1ab1#; <https://osp.stat.gov.lt/lietuvas-gyventojai-2022/gimstamumas>.
27. Herman, J. L. (2021). *Trauma ir išgyjimas*. Vilnius : Vaga.
28. Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 186, Issue 5*, S160-S172.

29. Hoekzema E., B.-M. E.-G. (2017). Pregnancy involves long-lasting changes in human brain structure. . *Nature Neuroscience*, 287-296.
30. Holt, W. J. (1995). The detection of postnatal depression in general practice using the Edinburgh postnatal depression scale. *The New Zealand medical journal*, 108(994), 57–59.
31. Jessica L. Navarro, J. R. (2023). Technologizing Bronfenbrenner: Neo-ecological Theory. *Current Psychology* 42, 19338–19354.
32. Jones, L. (2024). *Matrescence: On the Metamorphosis of Pregnancy, Childbirth and Motherhood*. Penguin.
33. Kristy Watson, C. W. (2021). Women’s experiences of birth trauma: A scoping review. *Women and Birth, Volume 34, Issue 5*, 417-424.
34. Lyerly, A. D. (2012). Ethics and “Normal Birth”. *Birth*, 39, 315-317.
35. (1992). *Lietuvos Respublikos Konstitucija* . Vilnius.
36. (1996). *Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas*. Vilnius: Lietuvos Respublikos Seimas.
37. (2002). *Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas*. Vilnius: Lietuvos Respublikos Seimas.
38. LSMU. (be datos). *Akušerija. Akušerijos studijos. Studijų programos dalykai*. Kaunas: Lietuvos Sveikatos mokslų universitetas.
39. M. Greenfield, J. J. (2016). What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *Midwifery*, 24 (4), 254-267 .
40. Macfarlane A, D. N. (2019). Births and their outcomes by time, day and year: a retrospective birth cohort data linkage study. *Health Soc Care Deliv Res* 7(18).
41. Madeleine Simpson, C. C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 29(3), 203–207.
42. Maté, G. (2023). *Kai kūnas sako ne. Slopiname streso kainą*. Vilnius: Vaga.
43. Nemaniūtė-Gagė, K. (2023). *Gimdymo priežiūrą Lietuvoje teikiančių specialistų saugaus gimdymo samprata ir akušerinio smurto (ne)atpažinimas ir (ne)pripažinimas*. Vilniaus Unuversitetas, TSPMI.
44. Neuner, F. (2023). Physical and social trauma: Towards an integrative transdiagnostic perspective on psychological trauma that involves threats to status and belonging. *Clinical Psychology Review, Volume 99 SSN 0272-7358*, <https://doi.org/10.101, 102219>.

45. Olza, I. U.-M.-B.-W. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PloS one*, 15(7).
46. Orchard, E. R. (2023). Matrescence: lifetime impact of motherhood on cognition and the brain. *Trends in Cognitive Sciences, Volume 27, Issue 3*, 302 – 316.
47. Pecile, G. M. (2025). Decoding Political Polarization in Social Media Interactions. *Complex Networks & Their Applications XIII. COMPLEX NETWORKS 2024. Studies in Computational Intelligence, vol 1189*. .
48. Pilla, P. L. (2021). What Is PTSD? Diagnosis, Treatment, and Challenges. . *Frontiers for Young Minds*, 9.
49. Rakime Elmir, V. S. (2010). Women’s perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Adv. Nurs.*, 66 (10), 2142-2153.
50. Raphael, D. (1973). *The Tender Gift: Breastfeeding*. Prentice-Hall.
51. Rosa, E. M. (2013). Urie Bronfenbrenner’s theory of human development: Its evolution from ecology to bioecology. *Journal of Family Theory and Review*, 5(6), 243–258.
52. Sandall, J. S. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4.
53. Schaaf, M. J. (2023). A critical interpretive synthesis of power and mistreatment of women in maternity care. *PLOS global public health*, 3(1).
54. Silva-Fernandez, C. S.-C. (2023). Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Nursing Reports*, 13(4), 1553-1576.
55. Silvia Brunello, M. G.-B. (2024). *Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination*. Brussels: European Parliament.
56. (2025). *Sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos ir jų balo vertė*. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/kompensuojamuju-paslaugu-kainos/sveikatos-prieziuros-paslaugu-bazines-kainos/>.
57. *Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM) – Sisteminis ligų sąrašas*. (2010).
<http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/ivadas.html>.

58. (2023). *Viešosios įstaigos „Vilniaus gimdymo namai“. Vidaus tvarkos taisyklės*. Vilnius.
59. (2019). *VšĮ VUL Santaros klinikų generalinio direktoriaus sakymu Nr. V-347 GP 105 „Normalus gimdymas“ 2 priedas Informacinis lapelis pacientui Artimųjų dalyvavimas gimdymo metu*. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos Akušerijos ir ginekologijos centras.
60. Walker, M. (2020). *Kodėl mes miegame: mokslas apie miegą ir sapnus*. Vilnius: Lietuvos rašytojų sąjungos leidykla.
61. Wertsch, J. V. (2004). Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. Esantis E. Urie Bronfenbrenner, *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development* (p. 336). Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
62. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513809/>.
63. (2014). *World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facilitybased childbirth: WHO statement*. . Geneva: World Health Organization.
64. Žemaitytė, M. (2019). *Moterų, pasirinkusių gimdyti su dula, patirtys: vystymosi psichologijos magistro darbas*. Vilnius: Vytauto Didžiojo universitetas. Švietimo akademija. Ikimokyklinio ir pradinio ugdymo programų grupė.

PRIEDAI

1. priedas. Klausimynas

	x
1	UserID
2	UserNo
3	Name
4	Email
5	IP Address
6	Unique ID
7	Started
8	Ended
9	Q. Patvirtinkite savo sutikimą dalyvauti apklausoje: Pažymėkite VISUS pateiktus variantus, jei juos atitinkateQ.1. Patvirtinu, kad perskaičiau ir supratau visą aukščiau pateiktą informaciją bei sutinku dalyvauti apklausoje
10	Q.2. Patvirtinu, kad man yra 18 m. ar daugiau
11	Q.3. Patvirtinu, kad gimdžiau Lietuvoje 2023 m.
12	Q1. Kaip ruošėtės gimdymui?Pažymėkite visus Jums tinkamus variantus:Q1.1. Lankiau gimdymo stacionaro ar kitos sveikatos priežiūros įstaigos (pvz., poliklinikos) parengtus nėščiųjų kursus/pamokas (gyvai ar nuotoliu)
13	Q1.2. Lankiau privačių asmenų ar organizacijų parengtus nėščiųjų kursus / pamokas (gyvai ar nuotoliu)
14	Q1.3. Lankiau žindymo kursus / pamokas ir / ar skaičiau knygas apie žindymą
15	Q1.4. Lankiau specialias mankštas ar baseino užsiėmimus nėščiosioms
16	Q1.5. Savarankiškai domėjausi informacija apie gimdymą
17	Q1.6. Ruošiausi gimdymui psichologiškai, pvz., lankiausi psichologinėse konsultacijose / psichoterapijoje, praktikavau psichologines atsipalaidavimo strategijas ir pan.
18	Q1.7. Ruošiau tarpvietę gimdymui (audinių plyšimo prevencija)

19	Q1.8. Atlikau specialius fizinius pratimus siekiant padėti vaikeliai optimaliau įsistatyti gimdoje
20	Q1.9. Bendravau su kitomis nėščiomis ar neseniai gimdžiusiomis moterimis (gyvai, socialiniuose tinkluose ir kt.)
21	Q1.10. Iš anksto susiruošiau daiktus gimdymui (gimdymo krepšį)
22	Q1.11. Ieškojau ar tariausi su konkrečiu gydytoju / akušere dėl gimdymo priežiūros
23	Q1.12. Kita (įrašykite):
24	Q2. Kaip jautėtės pasiruošusi gimdymui skalėje nuo 1 iki 5?
25	Q3. Kaip manote, kas konkrečiai iš Jūsų pasiruošimo gimdymui Jums buvo naudingiausia / labiausiai pravertė Jūsų gimdymo metu?
26	Q4. Kaip manote, kas konkrečiai iš Jūsų pasiruošimo gimdymui Jums buvo naudingiausia / labiausiai Jums pravertė pogimdyminiu laikotarpiu?
27	Q5. Kurį 2023 m. mėnesį gimdėte?
28	Q6. Kelintas tai Jūsų gimdymas?
29	Q7. Kiek Jums žinoma, ar Jūsų nėštumas turėjo rizikos veiksnių (pvz., cukrinis ar nėščiųjų diabetas, placentos pirmą eiga, kitos gretutinės ligos ir pan.)? Answer
30	Jei Jūsų nėštumas turėjo rizikos veiksnių, prašome pasidalinti kokių:
31	Q8. Kurią nėštumo savaitę (skaičiuojant pilnomis savaitėmis) gimė Jūsų kūdikis(-iai)? Pavyzdžiui, jei kūdikis(-iai) gimė praėjus 39 nėštumo savaitėms, įrašykite skaičių „39“, praėjus 40 savaitėms – įrašykite „40“ ir t.t.
32	Q9. Kiek kūdikių Jums gimė šio gimdymo metu?
33	Q10. Kur gimdėte?
34	Q11. Kur gimė vaikas?
35	Q12. Kas buvo šalia Jūsų gimdymo metu? Pažymėkite visus Jums tinkamus variantus: Q12.1. Buvau viena
36	Q12.2. Vyras / partneris(-ė)
37	Q12.3. Kitas(-i) šeimos narys(-iai) (pvz., mama)
38	Q12.4. Kitas(-i) artimas(-i) asmuo(-enys) (pvz., draugė)
39	Q12.5. Kitas(-i) pažįstamas(-i) asmuo(-enys) (pvz., kaimynė)

40	Q12.6. Dula
41	Q12.7. Greitosios pagalbos medicinos darbuotojas(-ai)
42	Q12.8. Kita (įrašykite):
43	Q13. Į kurią ligoninę nuvykote iš karto po gimdymo? Answer
44	Kita (įrašykite):
45	Q14. Papasakokite, kodėl pasirinkote gimdyti namuose?
46	Q15. Ar gimdėte Lietuvoje?
47	Q16. Ar nėštumo metu priežiūrą teikiančiai(-iam) gydytojai(-ui) / akušerei sakėte apie savo planus?
48	Q17. Ar atvirai dalinotės savo planais gimdyti namuose?
49	Q18. Pažymėkite, kas dalyvavo Jūsų gimdyje namuose: Q18.1. Akušerė / akušerė-pribuvėja
50	Q18.2. Pribuvėja (neturinti oficialaus medicininio išsilavinimo)
51	Q18.3. Vyras / partneris(-ė)
52	Q18.4. Vyresni(-s) šeimos vaikai(-s)
53	Q18.5. Kitas suaugęs šeimos narys (pvz., mama, sesuo)
54	Q18.6. Kitas artimas asmuo (pvz., draugė)
55	Q18.7. Dula
56	Q18.8. Kita (įrašykite):
57	Q19. Ar Jūsų gimdymo namuose priežiūros paslaugos buvo teiktos oficialiai?
58	Q20. Prašome įvertinti gimdymo metu jausto skausmo ir / ar nepatogumo suvokimą skalėje nuo 1 iki 5:
59	Q21. Ar gimdymo metu naudojote kokius nors nemedikamentinio skausmo ir / ar nepatogumo mažinimo būdus? Pažymėkite visus Jums tinkamus variantus: Q21.1. Vonia / baseinas
60	Q21.2. Dušas
61	Q21.3. Kūno pozų keitimas ar judėjimas, siekiant palengvinti skausmą
62	Q21.4. Gimdymo kamuolys
63	Q21.5. Karštas / šaltas kompresas

64	Q21.6. Masažas, glostymas ar specifinių kūno taškų spaudimas
65	Q21.7. Psichologinės strategijos (relaksacija, vizualizacija ar pan.)
66	Q21.8. Kvėpavimo technikos
67	Q21.9. Aromaterapija
68	Q21.10. Jokių nemedikamentinio skausmo malšinimo būdų nenaudojau
69	Q21.11. Kita (įrašykite):
70	Q22. Ar Jūsų naudoti nemedikamentinio skausmo ir / ar nepatogumo mažinimo būdai gimdymo metu buvo efektyvūs?
71	Q23. Ar teko gimdymo eigoje pervažiuoti į ligoninę?Answer
72	Jei teko gimdymo eigoje pervažiuoti į ligoninę, dėl kokių priežasčių?
73	Q24. Kurioje ligoninėje gimdėte?Answer
74	Kita (įrašykite):
75	Q25. Dėl kokių priežasčių pasirinkote būtent šią ligoninę?Pažymėkite visus Jums tinkamus variantus:Q25.1. Arčiausiai namų (ar kitos vietos, kurioje tuo metu buvote)
76	Q25.2. Pagal šeimos / draugų / pažįstamų rekomendacijas ir / arba surinktą informaciją internete, soc. tinkluose
77	Q25.3. Apžiūrėjau iš anksto ir ši vieta man patiko
78	Q25.4. Dėl to, kad joje gimdžiau anksčiau ir jau buvo pažįstama aplinka
79	Q25.5. Dėl nėštumo komplikacijų ar kitų sveikatos priežasčių
80	Q25.6. Dėl aukščiausios medikų kvalifikacijos ir turimos medicininės įrangos
81	Q25.7. Dėl turimo Naujagimiui palankios ligoninės (NPL) statuso
82	Q25.8. Dėl konkretaus čia dirbančio medicinos personalo (pvz., tariausi gimdyti pas konkrečią(-tų) gydytoją / akušerę)
83	Q25.9. Tiksliai nežinau / negaliu pasakyti
84	Q25.10. Kita (įrašykite):
85	Q26. Kiek laiko praėjo nuo atvykimo į ligoninę iki vaiko gimimo?Jei į ligoninę vykote kelis kartus, atsakykite apie paskutinįjį.

86	Q27. Ar susidūrėte su kokiais problemomis laisvai pasirenkant, kas ir kada Jus lydės gimdymo metu?Q27.1. Nesusidūriau, galėjau laisvai pasirinkti gimdymo palydovą(-us)
87	Q27.2. Ligoninėje neleido pasilikti mane lydėjusiai dulai
88	Q27.3. Ligoninėje leido pasilikti tik mano sutuoktiniui / partneriui(-ei)
89	Q27.4. Ligoninėje bent dalį laiko neleido pasilikti mano palydovui(-ei) (pvz., vyras negalėjo dalyvauti atliekant cezario pjūvio operaciją arba jam buvo nurodyta išeiti iš gimdymo palatos procedūrų, patikrinimų metu ir pan.)
90	Q27.5. Ligoninėje buvo nurodyta pasirinkti tik vieną palydovą
91	Q27.6. Ligoninėje man nebuvo leista turėti gimdymo palydovo
92	Q27.7. Kita (įrašykite):
93	Q28. Jeigu susidūrėte su problemomis laisvai pasirenkant palydovą, gal galite tai pakomentuoti plačiau?
94	Q29. Kas be medicininio personalo dalyvavo Jūsų gimdyje?Pažymėkite visus Jums tinkamus variantus:Q29.1. Niekas, gimdžiau viena
95	Q29.2. Vyras / partneris(-ė)
96	Q29.3. Kitas šeimos narys (pvz., mama, sesuo)
97	Q29.4. Kitas artimas asmuo (pvz., draugė)
98	Q29.5. Dula
99	Q29.6. Kita (įrašykite):
100	Q30. Koku būdu gimė vaikas?
101	Q31. Ar norėjote / būtumėte norėjusi gimdyti pasirinktinai cezario pjūvio operacijos būdu be medicininių priežasčių vietoje gimdymo natūraliais takais?
102	Q32. Kokiais aplinkybėmis Jums buvo atlikta cezario pjūvio operacija?
103	Q33. Papasakokite, kiek Jūs žinote, dėl kokių priežasčių (konkrečių komplikacijų ir pan.) Jums buvo atlikta cezario pjūvio operacija:
104	Q34. Kokia nejautra Jums buvo taikyta operacijos metu?
105	Q35. Ar operacinėje Jums buvo sudaryta galimybė oda-oda (angl. skin-to-skin) kontaktui su Jūsų naujagimiu?

106	Q36. Prašome įvertinti gimdymo metu jausto skausmo ir / ar nepatogumo suvokimą skalėje nuo 1 iki 5:
107	Q37. Ar Jūsų gimdymo metu buvo naudojami žemiau išvardinti medikamentinio skausmo malšinimo būdai?Q37.1. Epidurinė arba spinalinė nejautra (vaistai, leidžiami į stuburą)
108	Q37.2. Narkotiniai analgetikai (leidžiami į veną ar į raumenį)
109	Q37.3. Įkvepiamos dujos (azoto oksidas)
110	Q37.4. Nežinau / nepamenu, kokie medikamentai
111	Q37.5. Ne, mano gimdymo metu nebuvo naudojami jokie medikamentinio skausmo malšinimo būdai
112	Q37.6. Kita (įrašykite):
113	Q38. Kokiomis aplinkybėmis Jums buvo pasiūlytas medikamentinis skausmo malšinimas?Answer
114	Jei prašėte medikamentinio skausmo malšinimo, bet jo negavote arba po išreikšto pageidavimo turėjote labai ilgai laukti, prašome patikslinti, kokios tai buvo aplinkybės ir kuo buvo grindžiamas atsisakymas Jums taikyti nuskausminimą / jį atidėti:
115	Q39. Ar Jūsų naudoti medikamentinio skausmo malšinimo būdai gimdymo metu buvo efektyvūs?
116	Q40. Ar gimdymo metu naudojote kokius nors nemedikamentinio skausmo ir / ar nepatogumo mažinimo būdus?Pažymėkite visus Jums tinkamus variantus.Q40.1. Vonia / baseinas
117	Q40.2. Dušas
118	Q40.3. Kūno pozų keitimas ar judėjimas siekiant palengvinti skausmą
119	Q40.4. Gimdymo kamuolys
120	Q40.5. Karštas / šaltas kompresas
121	Q40.6. Masažas, glostymas ar specifinių kūno taškų spaudimas
122	Q40.7. Psichologinės strategijos (relaksacija, vizualizacija ar pan.)
123	Q40.8. Kvėpavimo technikos
124	Q40.9. Aromaterapija
125	Q40.10. Jokių nemedikamentinio skausmo malšinimo būdų nenaudojau

126	Q40.11. Kita (įrašykite):
127	Q41. Jei gimdymo metu naudojote kokius nors nemedikamentinio skausmo ir / ar nepatogumo mažinimo būdus, pažymėkite visus Jums tinkamus variantus:Q41.1. Bent vieną nemedikamentinio skausmo malšinimo būdą man pasiūlė medicinos personalas
128	Q41.2. Bent vieną nemedikamentinio skausmo malšinimo būdą buvau pasiruošusi / paprašiau pati (ar kartu su vyru / dula ir pan.)
129	Q41.3. Norėjau išbandyti, tačiau bent vieno nemedikamentinio skausmo malšinimo būdo panaudoti man nebuvo leista ar nebuvo sudarytos tam sąlygos
130	Q41.4. Jeigu Jums nebuvo leista ar nebuvo sudaryta sąlygų panaudoti bent vieną iš Jūsų norėtų nemedikamentinio skausmo ir / ar nepatogumo mažinimo būdų, gal galite apie tai papasakoti plačiau?
131	Q42. Ar Jūsų naudoti nemedikamentinio skausmo ir / ar nepatogumo mažinimo būdai gimdymo metu buvo efektyvūs?
132	Q43. Kiek laisvai galėjote judėti sąrėmių metu? Įvertinkite skalėje nuo 1 iki 5:
133	Q44. Ar medicinos personalas Jums rekomendavo negerti skysčių?
134	Q45. Ar medicinos personalas Jums rekomendavo nevalgyti?
135	Q46. Kokioje(-se) pozoje(-se) gimdėte stangų metu (stūmėte)?Pažymėkite visus Jums tinkamus variantus:Q46.1. Ant nugaros ar pusiaugula ant gimdymo stalo
136	Q46.2. Gulint ant šono
137	Q46.3. Sėdint ant gimdymo kėdės
138	Q46.4. Kitoje vertikalioje padėtyje (klūpomis, stačiomis, tupint ar kt.)
139	Q46.5. Vonioje / baseine pusiaugula ar klūpomis
140	Q46.6. Kita (įrašykite):
141	Q47. Kokioje pozoje Jums esant užgimė naujagimis(-iai)?
142	Q48. Kas priėmė sprendimą dėl Jūsų kūno padėties, kurioje užgimė naujagimis(-iai)?Pažymėkite visus Jums tinkamus variantus:Q48.1. Gimdymo pozą man pasiūlė medikai
143	Q48.2. Pati pasirinkau man patogią gimdymo pozą
144	Q48.3. Turėjau galimybę rinktis ar išbandžiau keletą gimdymo pozų
145	Q48.4. Gimdžiau tokia poza, kuri būtų patogi medikams priimti naujagimį

146	Q48.5. Šis klausimas nebuvo svarstomas
147	Q48.6. Kita (įrašykite):
148	Q49. Kiek Jums buvo priimtina Jūsų kūno padėtis, kurioje užgimė naujagimis(-iai)? Įvertinkite skalėje nuo 1 iki 5:
149	Q50. Ar Jums buvo sakoma, kada stumti?
150	Q51. Jeigu Jums buvo sakoma, kada stumti, kiek tai buvo Jums priimtina? Įvertinkite skalėje nuo 1 iki 5: Jeigu Jums nebuvo sakoma, kada stumti, praleiskite šį klausimą.
151	Q52. Ar jūsų tarpvietės audiniai buvo pažeisti (plyšo arba buvo kerpami) gimdymo metu?Q52.1. Ne, tarpvietės audiniai nebuvo pažeisti (nei plyšo, nei buvo kerpami)
152	Q52.2. Tarpvietės audiniai plyšo
153	Q52.3. Tarpvietės audiniai buvo kerpami
154	Q52.4. Tarpvietės audiniai buvo kerpami ir plyšo
155	Q52.5. Nesu tikra / nežinau
156	Q53. Ar atliekant tarpvietės audinių kirpimą gavote efektyvų skausmo malšinimą?
157	Q54. Ar atliekant tarpvietės audinių siuvimą gavote efektyvų skausmo malšinimą?
158	Q55. Įvertinkite ligoninės darbuotojų elgesį gimdymo metu:Prašome atsakyti į klausimus apie medicinos personalo elgesį būtent gimdymo metu. Vėliau apklausoje prašysime Jūsų įvertinti darbuotojų elgesį Jūsų buvimo ligoninėje laikotarpiu po gimdymo.RES-P (Mažulytė-Rašytinė, Gudžinskaitė ir Pukelienė, 2021)Q55.1. Ar darbuotojai elgėsi su Jumis maloniai ir pagarbiai?
159	Q55.2. Ar darbuotojai turėjo laiko Jums, kai Jums jo reikėjo?
160	Q55.3. Ar manote, kad darbuotojai atvirai atsakė į Jūsų klausimus?
161	Q55.4. Ar manote, kad Jūs rūpėjote darbuotojams?
162	Q55.5. Ar pasitikėjote darbuotojų profesinėmis kompetencijomis?
163	Q56. Kiek, Jūsų suvokimu, Jūsų gimdymo priežiūroje dalyvavo akušerė(-s)?Answer
164	Jei norite, pakomentuokite plačiau:
165	Q57. Ar Jūsų gimdymo metu buvo taikytos žemiau išvardintos intervencijos? Pažymėkite visus Jums tinkamus variantus:Q57.1. Gimdymo sužadinimas (dirbtinai sukelti gimdos susitraukimai, dar savaime neprasidėjus gimdymui)

166	Q57.2. Gimdymo skatinimas medikamentais (dirbtinai sustiprinant jau esamus gimdos susitraukimus, siekiant pagreitinti gimdos kaklelio vėrimąsi ir gimdymą)
167	Q57.3. Vaisiaus vandenų nuleidimas
168	Q57.4. Intraveninio kateterio įvedimas / lašinė
169	Q57.5. Šlapimo pūslės kateterizavimas
170	Q57.6. Replės / vakuumas
171	Q57.7. Stiprus pilvo spaudimas prieš užgimstant vaikui
172	Q57.8. Nei viena iš išvardintų
173	Q57.9. Nežinau, ar buvo taikyta
174	Q57.10. Kita (įrašykite):
175	Q58. Vertinant visas Jums taikytas intervencijas – ar jos buvo atliekamos tinkamai paaiškinus ir su Jūsų pritarimu? Pažymėkite visus Jums tinkamus variantus: Answer
176	Jei norite, Jums taikytų intervencijų aplinkybes pakomentuokite plačiau:
177	Q59. Ar gimdymo metu Jums pakako iš personalo gautos informacijos apie siūlomas intervencijas (intervencijų esmę, galimus šalutinius poveikius ir komplikacijas, galimas alternatyvas, padarinius atsisakius intervencijos)? Įvertinkite skalėje nuo 1 iki 5:
178	Q60. Ar jautėte spaudimą sutikti su gydytojų pasiūlymais dėl intervencijų? Įvertinkite skalėje nuo 1 iki 5:
179	Q61. Kiek norėjote dalyvauti priimant sprendimus, susijusius su Jūsų gimdymu? Įvertinkite skalėje nuo 1 iki 5:
180	Q62. Kiek dalyvavote priimant sprendimus, susijusius su Jūsų gimdymu? Įvertinkite skalėje nuo 1 iki 5:
181	Q63. Jūsų komentaras dėl informacijos pateikimo ir sprendimų priėmimo Jūsų gimdymo metu:
182	Q64. Apskritai paėmus, ar esate patenkinta Jums gimdymo metu suteikta priežiūra?
183	Q65. Ar Jums gimė gyvas kūdikis(-iai)?
184	Q66. Kiek laiko praleidote ligoninėje po gimdymo?
185	Q67. Ligoninės darbuotojų elgesys po gimdymo: RES-P (Mažulytė-Rašytinė, Gudžinskaitė ir Pukelienė, 2021) Q67.1. Ar darbuotojai elgėsi su Jumis maloniai ir pagarbiai?

186	Q67.2. Ar darbuotojai turėjo laiko Jums, kai Jums jo reikėjo?
187	Q67.3. Ar manote, kad darbuotojai atvirai atsakė į Jūsų klausimus?
188	Q67.4. Ar manote, kad darbuotojai rūpinosi Jumis ir Jūsų vaiku(-ais)?
189	Q67.5. Ar pasitikėjote darbuotojų profesinėmis kompetencijomis?
190	Q68. Ar ligoninės personalas Jums suteikė informaciją apie Jūsų sveikatos būklę po gimdymo (diagnozes, gydymo būdus, prognozes ir pan.)?
191	Q69. Ar ligoninės personalas Jums suteikė informaciją apie Jūsų naujagimio(-ių) sveikatos būklę (diagnozes, gydymo būdus, prognozes ir pan.)?
192	Q70. Ar Jums buvo sudarytos sąlygos žindyti naujagimį(-ius) iš karto po gimimo? Pažymėkite visus Jums tinkančius teiginius: Q70.1. Naujagimis(-iai) buvo uždėtas man ant krūtinės iš karto (ne vėliau nei per 5 minutes) po gimimo
193	Q70.2. Naujagimis(-iai) buvo uždėtas man ant krūtinės iš karto, kai atgavau sąmonę
194	Q70.3. Naujagimis(-iai) man ant krūtinės buvo uždėtas nuogas
195	Q70.4. Naujagimis(-iai) po gimimo galėjo gulėti man ant krūtinės be pertrūkių bent valandą ar ilgiau
196	Q70.5. Naujagimis(-iai) buvo paimtas(-i) (nuo krūtinės) anksčiau, nes jam(-iems) reikėjo suteikti skubią medicininę pagalbą
197	Q70.6. Naujagimis(-iai) buvo uždėtas(-i) man ant krūtinės iš karto, kai jam(-iems) buvo suteikta medicininė pagalba
198	Q70.7. Pirmą kartą kūdikis(-iai) pažindo gimdykloje / operacinėje
199	Q70.8. Netinka nei vienas iš aukščiau išvardintų teiginių
200	Q71. Ar Jūsų naujagimiui(-iams) teko gulėti kitoje palatoje / skyriuje nei Jums?
201	Q72. Ar ligoninės personalas Jums suteikė pakankamai pagalbos / informacijos žindymo klausimais?
202	Q73. Dėl kokių priežasčių Jūsų naujagimiui(-iams) teko gulėti kitoje palatoje/skyriuje nei Jums?
203	Q74. Kiek laiko Jūsų naujagimiui(-iams) teko gulėti kitoje palatoje / skyriuje nei Jums?

204	Q75. Kokia buvo Jūsų žindymo patirtis, kai buvote atskirta nuo naujagimio(-ių)?Pažymėkite visus Jums tinkančius teiginius:Q75.1. Turėjau galimybę žindyti (kūdikis buvo atnešamas arba aš galėjau nueiti pas kūdikį)
205	Q75.2. Turėjau galimybę nunešti (arba personalas nunešdavo) nutraukto pieno
206	Q75.3. Buvau skatinama žindyti / maitinti nutrauktu pienu pagal naujagimio(-ių) poreikį (tiek dieną, tiek naktį)
207	Q75.4. Žindyti / nunešti nutraukto pieno buvo leidžiama tik tam tikru iš anksto numatytu laiku
208	Q75.5. Personalas man parodė ir / ar paaiškino, kaip nusitraukti pieno per 6 valandas nuo atskyrimo
209	Q75.6. Personalas man parodė ir / ar paaiškino, kaip nusitraukti pieno, tačiau tik praėjus daugiau nei 6 valandoms nuo atskyrimo
210	Q75.7. Netinka nei vienas iš aukščiau parašytų teiginių
211	Q75.8. Kita (įrašykite):
212	Q76. Ar naujagimis(-iai) buvo papildomai maitintas(-i), kai buvote atskirta nuo naujagimio(-ių)?Pažymėkite visus Jums tinkančius teiginius:Q76.1. Naujagimis(-iai) buvo maitinamas(-i) donoriniu pienu
213	Q76.2. Naujagimis(-iai) buvo maitinamas(-i) mišiniu
214	Q76.3. Naujagimis(-iai) buvo maitinamas(-i) iš buteliuko
215	Q76.4. Naujagimiui(-iams) buvo duodamas čiulptukas
216	Q76.5. Nežinau, ar atskyrimo metu naujagimis(-iai) buvo papildomai maitintas(-i)
217	Q76.6. Nežinau, kuo ir kaip atskyrimo metu naujagimis(-iai) buvo maitintas(-i)
218	Q76.7. Netinka nei vienas iš aukščiau parašytų teiginių
219	Q76.8. Kita (įrašykite):
220	Q77. Jei Jūsų naujagimiui(-iams) buvo reikalinga medicininė pagalba, ar turėjote galimybę bent dalį laiko būti šalia savo naujagimio(-ių), laikyti jį(-uos) ant krūtinės (kengūruoti)?
221	Q78. Jei Jūs negalėjote pati pasirūpinti kūdikiu (pvz., po operacijos), ar tuo metu buvo sudarytos galimybės tą padaryti Jūsų partneriui / kitam artimam asmeniui?
222	Q79. Apskritai vertinant, ar esate patenkinta po gimdymo Jums suteikta priežiūra?
223	Q80. Ar ligoninėje buvote gąsdinama?Answer

224	Jeigu buvote gąsdinama, gal galite apie šį patyrimą ir jo aplinkybes papasakoti plačiau?
225	Q81. Ar patyrėte patyčias iš ligoninės personalo?Answer
226	Jeigu patyrėte patyčias, gal galite apie šį patyrimą ir jo aplinkybes papasakoti plačiau?
227	Q82. Ar patyrėte prievartą iš ligoninės personalo?Answer
228	Jeigu patyrėte prievartą, gal galite apie šį patyrimą ir jo aplinkybes papasakoti plačiau?
	Q83. Jei patyrėte gąsdinimus, patyčias ar prievartą ligoninėje, kada tai įvyko?Pažymėkite visus
229	Jums tinkamus pasirinkimus:Q83.1. Iki gimdymo pradžios
230	Q83.2. Gimdymo metu
231	Q83.3. Po gimdymo (pogimdyminės priežiūros metu)
	Q84. Ar papildomai mokėjote už gimdymo priežiūrą ligoninėje?
232	Pažymėkite visus jums tinkančius variantus:
	Q85. Ar ligoninėje po gimdymo buvote informuota apie pogimdyminės depresijos požymius ir
233	pagalbą teikiančias institucijas?
	Q86. Ar rekomenduotumėte šią ligoninę / gydytoją / akušerę draugei?Pažymėkite visus jums
234	tinkančius variantus:Q86.1. Rekomenduočiau gydytoją (-as/us)
235	Q86.2. Rekomenduočiau akušerę (-es)
236	Q86.3. Rekomenduočiau ligoninę
237	Q86.4. Nieko nerekomenduočiau
238	Q86.5. Kita (įrašykite):
239	Q87. Kaip apibūdintumėte savo gimdymo patirtį?
240	Q88. Kiek Jūsų gimdymo patirtis atitiko turėtus lūkesčius? Įvertinkite skalėje nuo 1 iki 5:
	Q89. Ar esate susidūrusi arba šiuo metu patiriate ryškių psichologinių sunkumų, kurie
	reikšmingai paveiktų Jūsų kasdienį gyvenimą bei tarpasmeninius santykius? Jei taip, kada? Ar
	kreipėtės pagalbos?
	Pažymėkite visus jums tinkamus variantus (pvz., jei esate kreipusis pagalbos iki nėštumo ir
	kreipėtės vėliau, jau po gimdymo, pažymėkite abu variantus)Q89.1. Man buvo diagnozuotas
241	psichikos sveikatos sutrikimas (pvz., depresija)Q89.1.1. Niekada
242	Q89.1.2. Iki šio nėštumo
243	Q89.1.3. Šio nėštumo metu

244	Q89.1.4. Po šio gimdymo
245	Q89.2. Dėl psichikos sveikatos sutrikimo vartojau psichiatro paskirtus vaistus (pvz., antidepresantus)Q89.2.1. Niekada
246	Q89.2.2. Iki šio nėštumo
247	Q89.2.3. Šio nėštumo metu
248	Q89.2.4. Po šio gimdymo
249	Q89.3. Susidūriau su ryškiais psichologiniais sunkumais, bet man nebuvo diagnozuotas psichikos sutrikimasQ89.3.1. Niekada
250	Q89.3.2. Iki šio nėštumo
251	Q89.3.3. Šio nėštumo metu
252	Q89.3.4. Po šio gimdymo
253	Q89.4. Dėl patiriamų psichologinių sunkumų kreipiausi pagalbos į šeimos gydytojąQ89.4.1. Niekada
254	Q89.4.2. Iki šio nėštumo
255	Q89.4.3. Šio nėštumo metu
256	Q89.4.4. Po šio gimdymo
257	Q89.5. Dėl patiriamų psichologinių sunkumų kreipiausi pagalbos į psichologą / psichoterapeutąQ89.5.1. Niekada
258	Q89.5.2. Iki šio nėštumo
259	Q89.5.3. Šio nėštumo metu
260	Q89.5.4. Po šio gimdymo
261	Q89.6. Dėl patiriamų psichologinių sunkumų kreipiausi pagalbos į psichiatrąQ89.6.1. Niekada
262	Q89.6.2. Iki šio nėštumo
263	Q89.6.3. Šio nėštumo metu
264	Q89.6.4. Po šio gimdymo
265	Q90. Ar kada nors iki šio nėštumo ir gimdymo esate galvojusi ar mėginusi nusižudyti?
266	Q91. Kaip dažnai per paskutinius metus iki šio nėštumo esate galvojusi apie savižudybę?
267	Q92. Aš galėdavau juoktis ir matyti linksmas gyvenimo puses

268	Q93. Aš žvelgiau į ateitį su džiaugsmu
269	Q94. Aš be reikalo kaltindavau save, jeigu nepasisekdavo
270	Q95. Aš jausdavausi be priežasties nerami ir susirūpinusi
271	Q96. Aš be rimtos priežasties jausdavausi išsigandusi ar apimta panikos
272	Q97. Aš negalėdavau išspręsti kylančių problemų
273	Q98. Aš jausdavausi tokia nelaiminga, kad pradėjau blogai miegoti
274	Q99. Aš jausdavausi liūdna ar apgailėtina
275	Q100. Aš jausdavausi tokia nelaiminga, kad net verkdavau
276	Q101. Man kildavo minčių save žaloti
277	Q102. Prašome pažymėti, siejant su Jūsų šio gimdymo patirtimi, ar Jūs patyrėte šias reakcijas:TSQ (Brewin et al., 2002)Q102.1. Slėgė mintys ar prisiminimai apie gimdymą, kylantys prieš Jūsų valią
278	Q102.2. Vargino sapnai apie gimdymą
279	Q102.3. Elgėtės ar jautėtės taip, lyg vėl būtumėte gimdymo situacijoje
280	Q102.4. Prislėgdavo gimdymo priminimai
281	Q102.5. Pasireiškė kūno reakcijos (tokios kaip greitas širdies plakimas, skrandžio susitraukimas, galvos svaigimas) priminus gimdymą
282	Q102.6. Buvo sunku užmigti ar miegoti neprabundant
283	Q102.7. Vargino irzlumas ar pykčio protrūkiai
284	Q102.8. Buvo sunku susikaupti
285	Q102.9. Perdėtai rūpinotės dėl galimų pavojų sau ir kitiems
286	Q102.10. Buvote nervinga ar krūpčiojote iš netikėtumo
287	Q103. Ar per visą šį laikotarpį po gimdymo (iki dabar) Jums yra buvę taip sunku, kad būtumėte norėjusi būti mirusi, pavyzdžiui, kad galėtumėte užmigti ir nebeprabusti?
288	Q104. Ar per visą šį laikotarpį po gimdymo (iki dabar) Jums yra buvę taip sunku, kad kildavo minčių apie savižudybę?
289	Q105. Ar per visą šį laikotarpį po gimdymo (iki dabar) Jums yra buvę taip sunku, kad mėginote nusižudyti?

290	Q106. Ar per visą šį laikotarpį po gimdymo (iki dabar) Jums yra buvę taip sunku, kad kilo minčių ar fantazijų ką nors padaryti savo kūdikiui (t.y. jį žaloti), netgi jei iš tikrųjų to nedarytumėte?
291	Q107. Ar per pastaruosius 6 mėn. išgyvenote kokių nors stresinių gyvenimo įvykių, kurie būtų reikšmingai paveikę Jūsų psichologinę savijautą?Pažymėkite visus Jums tinkamus variantus:Q107.1. Skyrybos / išsiskyrimas
292	Q107.2. Dideli šeimyniniai konfliktai
293	Q107.3. Artimojo liga
294	Q107.4. Artimojo mirtis
295	Q107.5. Jūsų pačios liga
296	Q107.6. Darbo netekimas (sugrįžus į darbą po motinystės ar vaiko priežiūros atostogų)
297	Q107.7. Per mažai arba per daug darbo
298	Q107.8. Finansiniai rūpesčiai
299	Q107.9. Gyvenamosios vietos pakeitimas
300	Q107.10. Rimtas nelaimingas atsitikimas (pvz., automobilio avarija ar pan.)
301	Q107.11. Užpuolimas
302	Q107.12. Jokių stresinių gyvenimo įvykių per pastaruosius 6 mėn. nepatyrė
303	Q107.13. Kita (įrašykite):
304	Q108. Ar iki šio nėštumo Jums teko patirti:Pažymėkite visus Jums tinkamus variantus:Q108.1. Abortą (nėštumo nutraukimą)
305	Q108.2. Persileidimą
306	Q108.3. Naujagimio mirtį ankstesnio gimdymo metu
307	Q108.4. Šių dalykų patirti neteko
308	Q108.5. Nenoriu atsakyti / nežinau
309	Q109. Kokios emocinės paramos po gimdymo (iki dabar) sulaukėte daugiausiai? Pažymėkite visus Jums tinkamus variantus:Q109.1. Artimųjų (pvz., mamos, sesės) palaikančių skambučių / žinučių
310	Q109.2. Artimųjų (pvz., mamos, sesės) apsilankymų bei gyvo kontakto palaikančių pokalbių

311	Q109.3. Draugių palaikančių skambučių / žinučių
312	Q109.4. Draugių apsilankymų bei gyvo kontakto palaikančių pokalbių
313	Q109.5. Partnerio(-ės) palaikančių pokalbių
314	Q109.6. Turiu(-ėjau) pogimdyminio laikotarpio dulos paramą
315	Q109.7. Kita (įrašykite):
	Q110. Kokios emocinės paramos po gimdymo (iki dabar) ieškojote pati? Pažymėkite visus Jums tinkamus variantus:Q110.1. Kreipiausi (skambinau / rašiau) į emocinės
316	paramos tarnybas (pvz., Tėvų linija, Mamos linija, Jaunimo linija ir kt.)
317	Q110.2. Kreipiausi specializuotos paramos (pvz., Krizinio nėštumo centras)
	Q110.3. Kreipiausi / prisijungiau prie mamos palaikančių bendruomenių / klubų (pvz., Kalba
318	mamos, Motherhood is sexy, Auganti šeima, Va Va Erdvė, Namų mama ir kt.)
	Q110.4. Prisijungiau prie vaikų užimtumo veiklų (pvz., Kuria vaikai, Šokiai su kūdikiais
319	nešioklėse ir kt.)
320	Q110.5. Aktyviai kalbinau ir kviečiau (pasikalbėti / susitikti) artimuosius ir draugus
321	Q110.6. Neturėjau resursų / nenorėjau ieškoti emocinės paramos
322	Q110.7. Kita (įrašykite):
323	Q111. Kaip dažnai pastaruoju metu sulaukiate emocinės paramos iš kitų?
324	Q112. Kaip dažnai pastaruoju metu Jūs pati įsitraukiate į savo emocinės gerovės užtikrinimą?
	Q113. Jūsų amžius gimdymo metu:Įrašykite tik skaičių. Pvz., jei gimdėte būdama 27-erių
325	metų, rašykite „27“.
326	Q114. Jūsų išsilavinimas gimdymo metu:
	Q115. Kokia yra / buvo Jūsų pagrindinė veikla iki nėštumo ir gimdymo? Jei prieš gimdymą buvote vyresnio vaiko priežiūros atostogose, atsakykite, kokia buvo Jūsų
327	veikla iki ankstesnio nėštumo ir gimdymo.
328	Q116. Kokios iki gimdymo buvo Jūsų šeimos pajamos į rankas per mėnesį?
329	Q117. Jūsų šeiminė padėtis gimdymo metu:
330	Q118. Jūsų gyvenamoji vieta:
331	Q119. Apskritis, kurioje gyvenate

332	Q120. Prašome pasidalinti, jei kažko svarbaus apie Jūsų gimdymą šioje anketoje nepaklausėme, tačiau tai, Jūsų manymu, padėtų mums geriau suprasti Jūsų gimdymo patirtį.
333	Q121. Ką kitą kartą gimdydama darytumėte taip pat, o ką norėtumėte pakeisti?
334	Q122. Kas, Jūsų manymu, gimdymo priežiūros sistemoje veikia puikiai, o ką reikėtų patobulinti?

2. priedas. Lentelės

2.1.1. priedas. Gimdymo patirčių vertinimas: socialiai pažeidžiamų ir kitų respondenčių grupė.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Socialiai pažeidžiamos	Kitos respondentės
count	316	1155
median	4	4
rank sum	215630,5	867025,5
U	199435,5	165544,5
	one tail	two tail
U	165544,5	
mean	182490	
std dev	6378,587	ties
z-score	2,656544	yates
effect r	0,069265	
p-norm	0,003947	0,007895
p-exact	N/A	N/A
p-simul	N/A	N/A

2.1.2. priedas. Pogimdyminės depresijos pasireiškimas: socialiai pažeidžiamų ir kitų respondenčių grupė.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Socialiai pažeidžiamos moterys	Kitos respondentės
count	316	1155
median	0	0
rank sum	247519	835137
U	167547	197433
	one tail	two tail

U	167547	
mean	182490	
std dev	4900,58	ties
z-score	3,049129	yates
effect r	0,0795	
p-norm	0,001148	0,002295
p-exact	N/A	N/A
p-simul	N/A	N/A

2.1.3. priedas. Depresijos simptomai ir psichologiniai sunkumai iki gimdymo.

Chi-Square Test

SUMMARY	Alpha	0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>
316	2	2
		<i>df</i>
		1

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	2,268367	0,132039	3,841459	no	0,084725	1,640977
Max likelihood	2,175305	0,140242	3,841459	no	0,082969	1,640977

2.1.4. priedas. PTSD pasireiškimas: socialiai pažeidžiamų ir kitų respondenčių grupė.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Socialiai pažeidžiamos moterys	Kitos respondentės
count	316	1155
median	0	0
rank sum	243052,5	839603,5
U	172013,5	192966,5
	one tail	two tail
U	172013,5	
mean	182490	
std dev	2596,980747	ties
z-score	4,033915158	yates
effect r	0,105176914	
p-norm	0,0000274	0,0000549
p-exact	N/A	N/A
p-simul	N/A	N/A

2.1.5. priedas. PTSD pasireiškimas ir psichologiniai sunkumai iki gimdymo.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	1,779115	0,182258	3,841459	no	0,075034	1,839744
Max likelihood	1,590423	0,207266	3,841459	no	0,070944	1,839744

2.1.6. priedas. Gimdymo patirties vertinimas ir PTSD pasireiškimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Nėra PTSD požymių	Ryškūs PTSD požymiai
count	285	31
median	4	1
rank sum	48308,5	1777,5
U	1281,5	7553,5
	one tail	two tail
U	1281,5	
mean	4417,5	
std dev	465,1017721	ties
z-score	6,741535269	yates
effect r	0,379240988	
p-norm	7,83607E-12	1,56721E-11
p-exact	7,70041E-13	1,54008E-12
p-simul	N/A	N/A

2.1.7. priedas. Pirmas ir paskesni gimdymai ir patirties vertinimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
--	---------------	----------------	---------------	------------	-----------------	-------------------

Pearson's	10,69259	0,001076	3,841459	yes	0,183949	0,12564
Max						
likelihood	13,56486	0,00023	3,841459	yes	0,207188	0,12564

2.1.8. priedas. Naujagimis buvo uždėtas ant krūtinės iš karto (ne vėliau nei per 5 minutes) po gimimo ir PTSD pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	2,385863	0,122437	3,841459	no	0,086892	0,559002
Max						
likelihood	2,304359	0,129012	3,841459	no	0,085395	0,559002

2.1.9. priedas. Naujagimis ant krūtinės buvo uždėtas nuogas ir PTSD pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	1,324105	0,249857	3,841459	no	0,064732	0,6375
Max						
likelihood	1,347282	0,245754	3,841459	no	0,065296	0,6375

2.1.10. priedas. Naujagimis po gimimo galėjo gulėti ant krūtinės be pertrūkių bent valandą ar ilgiau ir PTSD pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's Max likelihood	3,044476	0,081012	3,841459	no	0,098155	2,543478
	3,468504	0,062548	3,841459	no	0,104768	2,543478

2.1.11. priedas. Rizikos veiksniai nėštumo metu ir gimdymo patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Su rizikos veiksniais	Be rizikos veiksmių
count	119	197
median	4	4
rank sum	16424	33662
U	14159	9284
	one tail	two tail
U	9284	
mean	11721,5	
std dev	757,6198	ties
z-score	3,216653	yates
effect r	0,180951	
p-norm	0,000648	0,001297
p-exact	0,000943	0,001887
p-simul	N/A	N/A

2.1.12. priedas. Kiek gimdymo patirtis atitiko turėtus lūkesčius ir gimdymo patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Lūkesčių neatitiko	Lūkesčius atitiko ar viršijo
count	60	89
median	1	1
rank sum	3927	7248
U	3243	2097
	one tail	two tail
U	2097	
mean	2670	
std dev	228,9128896	ties
z-score	2,500951349	yates
effect r	0,204885918	
p-norm	0,00619301	0,012386019
p-exact	0,013192922	0,026385843

p-simul	N/A	N/A
---------	-----	-----

2.1.13. priedas. Kiek gimdymo patirtis atitiko turētus lūkesčus ir depresijas po gimdymo pasireiškimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Lūkesču neatitiko	Lūkesčius atitiko ar viršijo
count	222	94
median	4	3
rank sum	38217,5	11868,5
U	7403,5	13464,5
	one tail	two tail
U	7403,5	
mean	10434	
std dev	721,4708043	ties
z-score	4,199754144	yates
effect r	0,236254629	
p-norm	1,33602E-05	2,67205E-05
p-exact	1,92434E-05	3,84867E-05
p-simul	N/A	N/A

2.1.14. priedas. Kiek gimdymo patirtis atitiko turētus lūkesčus ir PTSD pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha	0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>
316	5	2	4

CHI-SQUARE					
	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>
Pearson's	40,53914	0,00000003348	9,487729	yes	0,358174
Max likelihood	37,17518	0,00000016576	9,487729	yes	0,342991

2.1.15. priedas. Gimdymo būdas ir gimdymo patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Cezario pjūvis	Gimdydas natūraliais takais

count	74	242
median	3	4
rank sum	9271,5	40814,5
U	11411,5	6496,5
	one tail	two tail
U	6496,5	
mean	8954	
std dev	662,1681082	ties
z-score	3,710538109	yates
effect r	0,208734077	
p-norm	0,00010341	0,000206819
p-exact	0,000159604	0,000319208
p-simul	N/A	N/A

2.1.16. priedas. Gimdymo būdas ir pogimdyminė depresija.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Įtariama depresija	Depresijos požymiai nepasireiškia
count	94	221
median	1	1
rank sum	15022,5	34747,5
U	10216,5	10557,5
	one tail	two tail
U	10216,5	
mean	10387	
std dev	543,1122833	ties
z-score	0,313010781	yates
effect r	0,01763616	
p-norm	0,377136236	0,754272471
p-exact	0,409001775	0,81800355
p-simul	N/A	N/A

2.1.17. priedas. Gimdymo būdas ir PTSD.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Natūraliausias takas	Operacijos būdu
count	242	74
median	0	0

rank sum	37924	12162
U	9387	8521
	one tail	two tail
U	8521	
mean	8954	
std dev	354,3574332	ties
z-score	1,220519056	yates
effect r	0,068659561	
p-norm	0,111134085	0,22226817
p-exact	0,265124255	0,53024851
p-simul	N/A	N/A

2.1.18. priedas. Gimdė su/be pasirinkto lydinčio asmens ir gimdymo patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Gimdė viena	Gimdė ne viena
count	80	236
median	4	4
rank sum	12975,5	37110,5
U	9144,5	9735,5
	one tail	two tail
U	9144,5	
mean	9440	
std dev	679,9010506	ties
z-score	0,433886666	yates
effect r	0,024408032	
p-norm	0,332185372	0,664370743
p-exact	0,33811214	0,676224281
p-simul	N/A	N/A

2.1.19. priedas. Gimdė su/be pasirinkto lydinčio asmens ir depresijos po gimdymo pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha	0,05
Count	Rows	Cols	df

316 2 2 1

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	0,830941	0,362001	3,841459	no	0,051279	1,296741
Max likelihood	0,845507	0,357826	3,841459	no	0,051727	1,296741

2.1.20. priedas. Gimdė su/be pasirinkto lydinčio asmens ir PTDS pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha	0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>
316	2	2	1

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	2,02747	0,154478	3,841459	no	0,0801	2,029268
Max likelihood	2,229096	0,135433	3,841459	no	0,083989	2,029268

2.1.21. priedas. Gimdymo metu pakako iš personalo gautos informacijos apie siūlomas intervencijas (intervencijų esmę, galimus šalutinius poveikius ir komplikacijas, galimas alternatyvas, padarinius atsisakius intervencijos) ir gimdymo patirties vertinimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha	0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>
316	5	5	16

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>
Pearson's	20,98517	0,179081	26,29623	no	0,12885
Max likelihood	22,36783	0,131707	26,29623	no	0,133027

2.1.22. priedas. Gimdymo metu pakako iš personalo gautos informacijos apie siūlomas intervencijas (intervencijų esmę, galimus šalutinius poveikius ir komplikacijas, galimas alternatyvas, padarinius atsisakius intervencijos) ir depresijos pasireiškimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Depresija įtariama	Depresijos požymių nėra
count	94	222
median	3	4
rank sum	11495,5	38590,5
U	13837,5	7030,5
	one tail	two tail
U	7030,5	
mean	10434	
std dev	716,7959315	ties
z-score	4,747515786	yates
effect r	0,267068628	
p-norm	0,00000103	0,00000206
p-exact	0,00000178	0,00000355
p-simul	N/A	N/A

2.1.23. priedas. Gimdymo metu pakako iš personalo gautos informacijos apie siūlomas intervencijas (intervencijų esmę, galimus šalutinius poveikius ir komplikacijas, galimas alternatyvas, padarinius atsisakius intervencijos) ir PTSD pasireiškimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Yra PTSD	PTSD Nepasireiškia
count	31	285
median	2	4
rank sum	2620	47466
U	6711	2124
	one tail	two tail
U	2124	
mean	4417,5	
std dev	466,3998419	ties
z-score	4,916382455	yates
effect r	0,276568121	
p-norm	0,000000441	0,000000882

p-exact	0,000000426	0,000000852
p-simul	N/A	N/A

2.1.24. priedas. Pagarbus personalo elgesys gimdymo metu ir gimdymo patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Visiškai taip, labiau taip	Visiškai ne, labiau ne
count	262	29
median	4	1
rank sum	40834,5	1651,5
U	1216,5	6381,5
	one tail	two tail
U	1216,5	
mean	3799	
std dev	411,7461997	ties
z-score	6,270853263	yates
effect r	0,367603929	
p-norm	0,00000000017954	0,00000000035907
p-exact	0,00000000004802	0,00000000009604
p-simul	N/A	N/A

2.1.25. priedas. Pagarbus personalo elgesys gimdymo metu ir depresija po gimdymo.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Depresija neįtariama	Depresija įtariama
count	207	85
median	5	5
rank sum	31949	10829
U	7174	10421
	one tail	two tail
U	7174	
mean	8797,5	
std dev	554,7944	ties
z-score	2,925408	yates
effect r	0,171197	
p-norm	0,00172	0,00344
p-exact	0,006544	0,013088
p-simul	N/A	N/A

2.1.26. priedas. Pagarbus personalo elgesys gimdymo metu ir PTSD.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Nėra PTSD	Ryškūs PTSD požymiai
count	285	31
median	5	3
rank sum	47749,5	2336,5
U	1840,5	6994,5
	one tail	two tail
U	1840,5	
mean	4417,5	
std dev	425,5126383	ties
z-score	6,055049294	yates
effect r	0,340623135	
p-norm	0,000000000702	0,000000001404
p-exact	0,000000010357	0,000000020714
p-simul	N/A	N/A

2.1.27. priedas. Intervencijos gimdymo metu ir gimdymo patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Intervencija netaikyta	Intervencija taikyta
count	50	266
median	4,5	4
rank sum	10242	39844
U	4333	8967
	one tail	two tail
U	4333	
mean	6650	
std dev	570,650941	ties
z-score	4,059399247	yates
effect r	0,228359049	
p-norm	0,000024600	0,00004920
p-exact	0,000037364	0,00007473
p-simul	N/A	N/A

2.1.28. priedas. Intervencijos gimdymo metu ir depresijos po gimdymo pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	0,938699	0,332613	3,841459	no	0,054503	0,708601
Max likelihood	0,971189	0,324384	3,841459	no	0,055438	0,708601

2.1.29. priedas. Intervencijos gimdymo metu ir PTSD pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	0,97459	0,323538	3,841459	no	0,055535	0,542553
Max likelihood	1,090544	0,296351	3,841459	no	0,058746	0,542553

2.1.30. priedas. Stiprus moters pilvo spaudimas užgimstant vaikui ir gimdymo patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Pilvas spaustas	Pilvas nespaustas
count	40	276
median	3	4
rank sum	4389	45697
U	7471	3569
	one tail	two tail
U	3569	
mean	5520	
std dev	519,9112967	ties
z-score	3,751601499	yates
effect r	0,211044073	
p-norm	0,00008785	0,000175709
p-exact	0,00012554	0,000251089
p-simul	N/A	N/A

2.1.31. priedas. Stiprus moters pilvo spaudimas užgimstant vaikui ir pogimdyminės depresijos pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	0,604746	0,436773	3,841459	no	0,043746	1,319231
Max likelihood	0,589101	0,442767	3,841459	no	0,043177	1,319231

2.1.32. priedas. Stiprus moters pilvo spaudimas užgimstant vaikui ir PTSD pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	5,374563	0,020432	3,841459	yes	0,130415	2,75
Max likelihood	4,437383	0,03516	3,841459	yes	0,1185	2,75

2.1.33. priedas. Naujagimio atskyrimas po gimdymo ir gimdymo patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Kūdikis atskirtas	Kūdikis neatskirtas
count	61	255
median	3	4
rank sum	7279	42807
U	10167	5388
	one tail	two tail
U	5388	

mean	7777,5	
std dev	617,1343569	ties
z-score	3,871118134	yates
effect r	0,217767409	
p-norm	0,0000541686	0,0001083373
p-exact	0,0000838309	0,0001676619
p-simul	N/A	N/A

2.1.34. priedas. Naujagimio atskyrimas po gimdymo ir depresijos po gimdymo pasireiškimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Nėra PTSD	Ryškūs PTSD požymiai
count	31	285
median	0	0
rank sum	5390	44696
U	3941	4894
	one tail	two tail
U	3941	
mean	4417,5	
std dev	330,25775	ties
z-score	1,4412985	yates
effect r	0,0810794	
p-norm	0,0747502	0,149500365
p-exact	0,1630492	0,32609843
p-simul	N/A	N/A

2.1.35. priedas. Naujagimio atskyrimas po gimdymo ir PTSD pasireiškimas

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Yra PTSD	Ryškių PTSD požymių nėra
count	31	285
median	0	0
rank sum	5390	44696
U	3941	4894
	one tail	two tail
U	3941	
mean	4417,5	
std dev	330,2577457	ties
z-score	1,44129852	yates
effect r	0,081079376	

p-norm	0,074750183	0,149500365
p-exact	0,163049215	0,32609843
p-simul	N/A	N/A

2.1.36. priedas. Rizikos veiksniai nėštumo metu ir gimdymo patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Buvo rizikos veiksnių	Rizikos veiksnių nebuvo
count	119	197
median	4	4
rank sum	16424	33662
U	14159	9284
	one tail	two tail
U	9284	
mean	11721,5	
std dev	757,619791	ties
z-score	3,216653035	yates
effect r	0,180950871	
p-norm	0,000648477	0,001296953
p-exact	0,000943336	0,001886671
p-simul	N/A	N/A

2.1.37. priedas. Rizikos veiksniai nėštumo metu ir pogimdyminės depresijos pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE						
	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	1,365595	0,24257	3,841459	no	0,065738	1,340835
Max likelihood	1,3542	0,244545	3,841459	no	0,065463	1,340835

2.1.38. priedas. Rizikos veiksniai nėštumo metu ir PTSD pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's Max likelihood	6,096673	0,013544	3,841459	yes	0,1389	2,522468
	5,882149	0,015295	3,841459	yes	0,136435	2,522468

2.1.39. priedas. Medikamentinis skausmo malšinimas ir gimdymo patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Naudotas medikamentinis nuskausminimas	Be medikamentinio nuskausminimo
count	95	221
median	4	4
rank sum	17618,5	32467,5
U	7936,5	13058,5
	one tail	two tail
U	7936,5	
mean	10497,5	
std dev	716,9727616	ties
z-score	3,571265377	yates
effect r	0,200899373	
p-norm	0,00017763	0,000355261
p-exact	0,000272712	0,000545423
p-simul	N/A	N/A

2.1.40. priedas. Nemedikamentinio skausmo malšinimo būdo naudojimas ir gimdymo patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Naudotas nemedikamentinis nuskausminimas	Be nemedikamentinio nuskausminimo
count	56	260
median	4	4
rank sum	8208,5	41877,5
U	7947,5	6612,5

	one tail	two tail
U	6612,5	
mean	7280	
std dev	597,0702122	ties
z-score	1,117121549	yates
effect r	0,062842997	
p-norm	0,131971179	0,263942358
p-exact	0,141311176	0,282622353
p-simul	N/A	N/A

2.1.41. priedas. Medikamentinis skausmo malšinimas ir pogimdyminės depresijos pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
Count	Rows	Cols	df	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	14,64444	0,00013	3,841459	yes	0,215275	3,282675
Max likelihood	15,9453	6,52E-05	3,841459	yes	0,224633	3,282675

2.1.42. priedas. Nemedikamentinio skausmo malšinimo būdo naudojimas ir pogimdyminės depresijos pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
Count	Rows	Cols	df	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	0,188236	0,664389	3,841459	no	0,024407	0,858623
Max likelihood	0,18553	0,666663	3,841459	no	0,024231	0,858623

2.1.43. priedas. Medikamentinis skausmo malšinimas ir PTSD pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	6,793925	0,009147	3,841459	yes	0,146628	4,44905
Max likelihood	8,181153	0,004233	3,841459	yes	0,160903	4,44905

2.1.44. priedas. Nemedikamentinio skausmo malšinimo būdo naudojimas ir PTSD pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	0,965753	0,325742	3,841459	no	0,055283	0,62164
Max likelihood	0,881718	0,347732	3,841459	no	0,052823	0,62164

2.1.45. priedas. Gimdymo poza ir gimdymo patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Gimdė kita poza	Gimdė ant nugaros
count	82	234
median	3	4
rank sum	10774	39312
U	11817	7371
	one tail	two tail
U	7371	
mean	9594	
std dev	685,4244184	ties
z-score	3,24251652	yates

effect r	0,182405805	
p-norm	0,000592395	0,001184791
p-exact	0,000856201	0,001712402
p-simul	N/A	N/A

2.1.46. priedas. Gimdymo poza ir pogimdyminės depresijos pasireiškimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Įtariama depresija	Depresijos požymių nėra
count	73	169
median	1	1
rank sum	8872	20531
U	6166	6171
	one tail	two tail
U	6166	
mean	6168,5	
std dev	233,0625844	ties
z-score	0,008581386	yates
effect r	0,000551632	
p-norm	0,496576564	0,993153129
p-exact	0,49840739	0,996814779
p-simul	N/A	N/A

2.1.47. priedas. Gimdymo poza ir PTSD pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha	0,05
Count	Rows	Cols	df
316	2	2	1

CHI-SQUARE						
	chi-sq	p-value	x-crit	sig	Cramer V	Odds Ratio
Pearson's	0,711914	0,398809	3,841459	no	0,047465	0,709859
Max likelihood	0,682829	0,408614	3,841459	no	0,046485	0,709859

2.1.48. priedas. Judėjimo laisvė ir gimdymo patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Negalėjo judėti	Galėjo laisvai judėti
count	63	40

median	3	4
rank sum	2718,5	2637,5
U	1817,5	702,5
	one tail	two tail
U	702,5	
mean	1260	
std dev	143,0097663	ties
z-score	3,894838894	yates
effect r	0,38376988	
p-norm	0,00004913	0,00009826
p-exact	0,00006031	0,00012061
p-simul	N/A	N/A

2.1.49. priedas. Judējimo laisvė ir depresijos pasireiškimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Galėjo judėti	Negalėjo judėti
count	40	63
median	0	0
rank sum	1792	3564
U	1548	972
	one tail	two tail
U	972	
mean	1260	
std dev	121,2435565	ties
z-score	2,371260034	yates
effect r	0,233647194	
p-norm	0,008863777	0,017728
p-exact	0,025716305	0,051433
p-simul	N/A	N/A

2.1.50. priedas. Judējimo laisvė ir PTSD.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Galėjo judėti	Negalėjo judėti
count	40	63
median	0	0
rank sum	1923	3433
U	1417	1103
	one tail	two tail
U	1103	

mean	1260	
std dev	85,00865008	ties
z-score	1,840989121	yates
effect r	0,181398048	
p-norm	0,032811576	0,065623153
p-exact	0,145519621	0,291039242
p-simul	N/A	N/A

2.1.51. priedas. Pasitikėjimas darbuotojų profesinėmis kompetencijomis ir gimdymo patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Visiškai pasitikėjo medikų kompetencija	Visiškai nepasitikėjo medikų kompetencija
count	218	5
median	4	1
rank sum	24877	99
U	84	1006
	one tail	two tail
U	84	
mean	545	
std dev	134,6110419	ties
z-score	3,420967503	yates
effect r	0,229084928	
p-norm	0,000311994	0,000623988
p-exact	0,00010362	0,00020724
p-simul	N/A	N/A

2.1.52. priedas. Pasitikėjimas darbuotojų profesinėmis kompetencijomis ir depresijos pasireiškimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Depresija įtariama	Depresijos simptomų nėra
count	94	222
median	5	5
rank sum	12700,5	37385,5
U	12632,5	8235,5
	one tail	two tail
U	8235,5	
mean	10434	

std dev	604,9184869	ties
z-score	3,633547408	yates
effect r	0,204403011	
p-norm	0,000139776	0,000279551
p-exact	0,001481714	0,002963428
p-simul	N/A	N/A

2.1.53. priedas. Pasitikėjimas darbuotojų profesinėmis kompetencijomis ir PTSD pasireiškimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	PTSD reiškiasi	Nėra PTSD požymių
count	31	285
median	3	5
rank sum	2791	47295
U	6540	2295
	one tail	two tail
U	2295	
mean	4417,5	
std dev	393,6041965	ties
z-score	5,391202683	yates
effect r	0,303278845	
p-norm	3,49938E-08	6,99877E-08
p-exact	3,01292E-06	6,02584E-06
p-simul	N/A	N/A

2.1.54. priedas. Kiek norėjo dalyvauti priimant sprendimus, susijusius su gimdymu, ir gimdymo patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Labai norėjo dalyvauti priimant sprendimus	Visai nenorėjo dalyvauti priimant sprendimus
count	98	71
median	4	4
rank sum	7874,5	6490,5
U	3934,5	3023,5
	one tail	two tail
U	3023,5	
mean	3479	

std dev	302,1998185	ties
z-score	1,505626318	yates
effect r	0,115817409	
p-norm	0,066081564	0,132163128
p-exact	0,073583651	0,147167302
p-simul	N/A	N/A

2.1.55. priedas. Kiek dalyvavo priimant su gimdymu susijusius sprendimus ir patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Dalyvavo priimant sprendimus gimdymo metu	Nedalyvavo priimant sprendimus
count	64	105
median	4	4
rank sum	6519,5	7845,5
U	2280,5	4439,5
	one tail	two tail
U	2280,5	
mean	3360	
std dev	297,1354362	ties
z-score	3,63134069	yates
effect r	0,279333899	
p-norm	0,000140976	0,000281953
p-exact	0,000206762	0,000413524
p-simul	N/A	N/A

2.1.56. priedas. Kiek norėjo dalyvauti priimant sprendimus, susijusius su gimdymu, ir depresija po gimdymo.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Nėra depresijos požymių	Įtariama depresija
count	222	94
median	3	3
rank sum	34436,5	15649,5
U	11184,5	9683,5
	one tail	two tail
U	9683,5	
mean	10434	
std dev	721,3543454	ties

z-score	1,039710934	yates
effect r	0,05848831	
p-norm	0,14923711	0,298474219
p-exact	0,156340717	0,312681433
p-simul	N/A	N/A

2.1.57. priedas. Kiek dalyvavo priimant sprendimus, susijusius su gimdymu, ir depresijos pasireiškimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Yra depresijos požymiai	Nėra depresijos požymių
count	222	94
median	3	3
rank sum	35749,5	14336,5
U	9871,5	10996,5
	one tail	two tail
U	9871,5	
mean	10434	
std dev	720,3287962	ties
z-score	0,780199269	yates
effect r	0,043889638	
p-norm	0,217636796	0,435273593
p-exact	0,224674332	0,449348664
p-simul	N/A	N/A

2.1.58. priedas. Kiek norėjo dalyvauti priimant sprendimus, susijusius su gimdymu, ir PTDS pasireiškimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Yra PTSD požymiai	PTSD požymių nėra
count	31	285
median	4	3
rank sum	5959	44127
U	3372	5463
	one tail	two tail
U	3372	
mean	4417,5	
std dev	469,3658792	ties
z-score	2,22640811	yates
effect r	0,125245241	
p-norm	0,012993429	0,025986858

p-exact	0,015034284	0,030068569
p-simul	N/A	N/A

2.1.59. priedas. Kiek dalyvavo priimant sprendimus, susijusius su gimdymu, ir PTDS pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY	Alpha	0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>
316	2	5
		<i>df</i>
		4

CHI-SQUARE					
	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>
Pearson's	5,213102	0,266122	9,487729	no	0,128441
Max					
likelihood	5,414322	0,247364	9,487729	no	0,130897

2.1.60. priedas. Smurto apraiškos gimdymo metu ir gimdymo patirties vertinimas.

Mann-Whitney Test for Two Independent Samples		
	Patyrė smurto apraiškas	Nepatyrė smurto apraiškų
count	83	233
median	3	4
rank sum	8270	41816
U	14555	4784
	one tail	two tail
U	4784	
mean	9669,5	
std dev	688,1161075	ties
z-score	7,099092648	yates
effect r	0,399355162	
p-norm	6,27942E-13	1,25588E-12
p-exact	8,43096E-13	1,68619E-12
p-simul	N/A	N/A

2.1.61. priedas. Smurto apraiškos gimdymo metu ir depresijos po gimdymo pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	5,399601	0,020141	3,841459	yes	0,130719	1,860984
Max likelihood	5,225953	0,022252	3,841459	yes	0,128599	1,860984

2.1.62. priedas. Smurto apraiškos gimdymo metu ir PTSD pasireiškimas.

Chi-Square Test

SUMMARY		Alpha		0,05
<i>Count</i>	<i>Rows</i>	<i>Cols</i>	<i>df</i>	
316	2	2	1	

CHI-SQUARE

	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>	<i>Cramer V</i>	<i>Odds Ratio</i>
Pearson's	14,48946	0,000141	3,841459	yes	0,214133	4,029221
Max likelihood	12,76228	0,000354	3,841459	yes	0,200965	4,029221