

Socialiai pažeidžiamų moterų gimdymo patirtys ir jų sąsajos su pogimdyminės depresijos bei potrauminio streso sindromo rizika

Lina Gabrijolavičienė

Motinstę globojančių iniciatyvų sąjunga, Lietuva
El. paštas lina.gabrijolaviciene@gmail.com

Eglė Šumskienė

Vilniaus universitetas, Lietuva
El. paštas egle.sumskiene@fsf.vu.lt
<https://orcid.org/0000-0002-8645-5748>
<https://ror.org/03nadee84>

Santrauka. Straipsnyje analizuojamos 2023 m. Lietuvoje gimdžiusių 1 471 moters gimdymo patirtys ir jų sąsajos su pogimdyminės depresijos bei potrauminio streso sindromo (PTSS) simptomų rizika. Tyrimas grindžiamas Bronfenbrennerio bioekologine prieiga ir psichologinės traumos teorija, leidžiančiomis gimdymo patirtį analizuoti kaip socialiai ir instituciskai formuojamą reiškinį. Rezultatai rodo, kad socialiai pažeidžiamos moterys reikšmingai dažniau patiria neigiamas gimdymo patirtis (21 vs. 13 proc.) ir turi didesnę pogimdyminės depresijos (30 vs. 22 proc.) bei PTSS simptomų riziką (10 vs. 5 proc.). Nustatyta, kad neigiamos patirtys labiau susijusios su psichosocialiniais veiksniais – informacijos stoka, nepakankama komunikacija, pagarbos trūkumu, ribotu dalyvavimu priimančiais sprendimus ir lūkesčių neatitiktimi – nei su mediciniais gimdymo eigos aspektais. Tyrimas atskleidžia kumuliatyvios rizikos efektą: socialinis pažeidžiamumas, neigiama gimdymo patirtis ir priežiūros kokybė veikia kartu, didina psichikos sveikatos sunkumų tikimybę. Gimdymo patirtis šiame kontekste atskleidžia kaip socialiai diferencijuota ir galios santykių veikiamą patirtis, o ne vien medicininis įvykis.

Reikšminiai žodžiai: trauminė gimdymo patirtis; pogimdyminė depresija; potrauminio streso sindromas; socialinis pažeidžiamumas

Childbirth Experiences of Socially Vulnerable Women and Their Associations with the Risk of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder

Summary. *Background:* Socially vulnerable women are at an increased risk of negative childbirth experiences and subsequent postpartum mental health difficulties; however, empirical evidence on these associations remains limited in the Lithuanian context. *Aim:* This study aimed to examine childbirth experiences among socially vulnerable women and their associations with the risk of postpartum depression and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in comparison with women not experiencing social vulnerability. *Methods:* The study analysed data from the nationwide survey carried out in 2023 “My Childbirth” (N = 1,471), conducted among women who gave birth in Lithuanian hospitals. *Results:* Socially vulnerable women were significantly

Received: 2026.01.14. Accepted: 2026.05.26.

Copyright © 2026 Lina Gabrijolavičienė, Eglė Šumskienė. Published by Vilnius University Press. This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution Licence](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

more likely to report negative childbirth experiences (21% vs. 13%) compared to non-vulnerable women. They also demonstrated a higher risk of postpartum depression (30% vs. 22%) and PTSD symptoms (10% vs. 5%). Negative childbirth experiences were strongly associated with an increased risk of both postpartum depression and PTSD symptoms. **Conclusions:** Subjective childbirth experiences play a central role in postpartum emotional wellbeing; whereas, social vulnerability constitutes a significant risk condition for both negative childbirth experiences and adverse mental health outcomes.

Keywords: traumatic birth experience; postpartum depression; post-traumatic stress disorder; social vulnerability.

Ivadas

Gimdymas – universali ir kartu giliai subjektyvi moters patirtis, apimanti fizinius, emocinius, socialinius ir psichologinius aspektus. Per pastarąjį šimtmetį išsivysčiusiose Vakarų valstybėse iš tradicinės namų aplinkos gimdymai persikėlė į ligonines, kur procesą prižiūri medicinos specialistai (Johanson et al., 2002). Nors tai lėmė sumažėjusį gimdyvių ir naujagimių mirtingumą (Thomasson & Treber, 2008), šis procesas taip pat nulėmė gimdymo patirties medikalizaciją ir sumažino individualizuotos, emociniu ryšiu grįstos priežiūros svarbą (Miller et al., 2016). Keitėsi ir gimdyvių socialinis kontekstas: moterys gimdo rečiau, vyresnio amžiaus, neturėjusios tiesioginės patirties stebėti savo aplinkos moterų gimdymą (Maslauskaitė, 2023). Socialiniai, ekonominiai ir kultūriniai pokyčiai sustiprino moterų lūkesčius dėl gimdymo (Junaid, 2024), bet tai ne lemia geresnę patirtį. Priešingai, gimdymo metu moterys gali patirti pažeidžiamumą, kontrolės praradimą ir nesaugumą, kurie siejami su didesne komplikacijų ir neigiamų patirčių rizika (Dahan et al., 2021). Pasaulio sveikatos organizacija pabrėžia, kad kokybiška gimdymo priežiūra neatsiejama nuo pagarbos ir orumo užtikrinimo – moteris turi teisę į informuotą, pagarbą ir jai suteiktą priežiūrą (WHO, 2014; WHO, 2018). Subjektyvus gimdymo patirties vertinimas yra esminis kokybės rodiklis, glaudžiai susijęs su moters emocine savijauta po gimdymo.

Tarptautiniai tyrimai rodo, kad neigiama gimdymo patirtis yra paplitusi ir sistemiškai susijusi su sveikatos priežiūros praktika. Sisteminė 65 tyrimų iš 34 valstybių apžvalga atskleidė įvairias netinkamo elgesio formas – nuo fizinio ir žodinio smurto iki diskriminacijos, komunikacijos stokos ir autonomijos ribojimo (Bohren et al., 2019). Europos regiono tyrimai rodo, kad bent vieną netinkamo elgesio formą patiria reikšminga dalis gimdyvių, dažniausiai susiduriančių su procedūromis be informuoto sutikimo, nepagarbiu bendravimu ir perteklinėmis medicininėmis intervencijomis (Galle et al., 2026).

Ši patirtis nėra pasiskirsčiusi tolygiai – ji dažniau būdinga socialiai pažeidžiamoms moterims. Socialinis pažeidžiamumas yra daugialypis reiškiny, apimantis tokius veiksnius, kaip antai skurdas, žemesnis išsilavinimas, migracijos statusas ar riboti socialiniai tinklai (Sheikh et al., 2024). Tyrimai rodo, kad šios grupės moterys dažniau patiria netinkamą elgesį gimdymo metu bei didesnę pogimdyminės depresijos ir PTSS riziką (Bohren et al., 2019; Galle et al., 2026; Singal et al., 2026; Vedeler et al., 2023).

Lietuvoje gimdymo patirčių tyrimų nėra daug, jie dažniausiai inicijuojami medicinos mokslo lauke. Empiriniai duomenys rodo, kad dalis gimdyvių stokoja emocinės paramos

ir informavimo, patiria netinkamą skausmo valdymą (Butkuvienė, 2025), akcentuojama autonomijos, informacijos ir įgalinimo svarba gimdymo metu (Širvinskienė et al., 2023). Socialinio darbo perspektyva šiame lauke fragmentinė, nors preliminarūs duomenys rodo, kad socialiai pažeidžiamos moterys dažniau patiria traumuojančias gimdymo patirtis ir susiduria su didesne psichikos sveikatos sunkumų rizika (Gabrijolavičienė, 2025).

Nors pastaraisiais dešimtmečiais auga dėmesys perinatalinei psichikos sveikatai, trūksta tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjama socialiai pažeidžiamų moterų gimdymo patirtis ir jo poveikis moterų emocinei būklei po gimdymo. Socialinis pažeidžiamumas gali lemti silpnesnius palaikymo tinklus, išteklių stoką, mažesnes galimybes ginti savo interesus gimdymo metu. Socialiai pažeidžiamos moterys dažniau patiria trauminį gimdymą ir vėlesnes psichologines komplikacijas (depresiją, potrauminį streso sutrikimą), nes joms tenka dviguba našta – ir sunkumai, susiję su jų socialine padėtimi, tiek ir dažniau nei kitų moterų išgyvenamos neigiamos gimdymo patirtys (Singal et al., 2026). Todėl šio **straipsnio tikslas** – ištirti socialiai pažeidžiamų moterų gimdymo patirtis ir jų sąsajas su pogimdyminės depresijos bei potrauminio streso sindromo simptomų rizika, lyginant su socialinio pažeidžiamumo nepatiriančiomis moterimis.

Uždaviniai: nustatyti neigiamai vertinamų gimdymo patirčių, pogimdyminės depresijos ir potrauminio streso sindromo simptomų rizikos paplitimą socialiai pažeidžiamų ir socialinio pažeidžiamumo nepatiriančių moterų grupėse; įvertinti gimdymo priežiūros ir eigos veiksnių (informavimo, komunikacijos, pagarbos, medicininių intervencijų, lūkesčių atitikimo) ir neigiamo gimdymo patirties vertinimo sąsajas; išanalizuoti neigiamos gimdymo patirties sąsają su pogimdyminės depresijos ir potrauminio streso sindromo simptomų rizika.

Lietuvoje ir užsienyje atliktų šios srities tyrimų apžvalga leido apčiuopti skirtingus lygmenis, kuriais formuojasi prielaidos gimdyvių neigiamoms patirtims rasti, taip pat – gimdymo metu patirtos traumos poveikį pogimdyviniam laikotarpiui, motinos ir vaiko gerovei. Siekiant atliepti pažeidžiamumo aplinkybių kompleksiskumą, gimdymo patirtys konceptualizuojamos pasitelkiant bioekologinį žmogaus raidos modelį ir traumos sampratą. Toks teorinis derinys leidžia peržengti individualizuojantį gimdymo supratimą ir atskleisti, kaip socialiai pažeidžiamų gimdyvių psichologiniai išgyvenimai formuojasi kompleksinėje sąveikoje tarp mikrolygmens patirčių, institucinių praktikų ir platesnių sociokultūrinių struktūrų.

Teorinė prieiga

Urie Bronfenbrennerio bioekologinis modelis suteikia teorinį pagrindą analizuoti gimdymo patirtį kaip daugialypę, skirtingų aplinkos lygmenų sąveikos formuojamą patirtį. Nors modelis buvo plėtojamas vaiko raidos kontekste, šiame tyrime jo logika taikoma gimdyvei kaip patirties subjektui, gimdymą traktuojant ne tik kaip medicininį įvykį, bet ir kaip socialiai ir instituciskai struktūruotą procesą. Gimdyvės patirtis formuojasi tarpusavyje susijusiais lygmenimis: mikrosistemoje (artimiausi santykiai, gimdymo aplinka, personalo elgesys), mezosistemoje (sąveika tarp šeimos ir sveikatos priežiūros instituci-

jų), egzosistemoje (institucinės taisyklės, darbo organizavimas) ir makrosistemoje (kultūrinės normos, teisės aktai, socialinė politika).

Toks požiūris leidžia atskleisti, kad neigiama gimdymo patirtis nėra vien individualių ar klinikinių aplinkybių rezultatas, bet susiformuoja dėl skirtingų lygmenų sąveikos. Šiame tyrime socialinis pažeidžiamumas suprantamas kaip struktūriškai susiformavusių nelygybių visuma, veikianti moters galimybes gauti kokybišką priežiūrą, būti išgirstai ir išlaikyti kontrolę gimdymo metu.

Bioekologinė perspektyva šiame tyrime derinama su psichologinės traumos samprata, leidžiančia analizuoti gimdymą ne tik kaip įvykį, bet ir kaip galimą ilgalaikį psichologinį poveikį turinčią patirtį. Trauma suprantama ne tik kaip individualus psichologinis atsakas, bet ir kaip patirtis, kylanti iš asmens ir jo aplinkos sąveikos. XX a. pabaigoje pripažinta, kad stiprus neigiamas gimdymo išgyvenimas gali būti prilyginamas psichologinei traumai (Beck, 2004), o jos atsiradimą gali lemti tiek mikro-, tiek mezo- ir makrolygmens veiksniai bei jų sąveika. Ši autorė konstatavo, kad trauma konstatuojama iš ją patyrusio asmens perspektyvos („in the eye of the beholder“) – t. y. pati moteris geriausiai nustato, ar jos gimdymo patirtis buvo traumuojanči (Beck, 2004, p. 28). Tačiau ši subjektyvi patirtis formuojasi konkrečiuose socialiniuose ir instituciniuose kontekstuose. Trauminis gimdymas apibrėžiamas kaip sukeliantis stiprų psichologinį distresą ar diskomfortą, nesvarbu, ar būta medicininių komplikacijų (Greenfield & Jomeen, 2016). Neuner (2023) socialinę traumą sieja su stipriais socialiniais sukrėtimais, kurie aktualūs gimdymo metu, kai moteris patiria nepagarbų elgesį ar autonomijos ribojimą. Vadinasi, trauma gimdymo kontekste gali būti suprantama ne tik kaip išskirtinis įvykis, bet ir kaip sisteminių priežiūros praktikų kontekste susiformuojanti patirtis. Vienas iš reikšmingiausių tokių patirčių padarinių yra pogimdyminis potrauminio streso sutrikimas (PTSS), pasireiškiantis įkyriais prisiminimais apie gimdymą, vengimu, emociniu atsiribojimu ir padidėjusiu nerimu (Herman, 2021). Tyrimai rodo, kad PTSS gali išsivystyti ne tik po medicinškai komplikuoto gimdymo, bet ir tais atvejais, kai patiriamas kontrolės praradimas, nepagarbus elgesys, stokojama informacijos (Beck, 2004). Socialiai pažeidžiamų moterų ši rizika yra didesnė dėl struktūrinių ir patirtinių veiksnių poveikio (Hakim et al., 2025).

Moterų išgyvenimai gimdymo metu ilgą laiką buvo nuvertinami tiek kultūriškai, vadovaujantis požiūriu, kad svarbu tik kūdikio sveikata, tiek moksliskai, nes trūko šios srities tyrimų (Lamminpää, 2026; Bohren et al., 2015). Tik pastaraisiais dešimtmečiais prievarta gimdymo priežiūroje buvo identifikuota ir pripažinta kaip sisteminė problema: 2014 m. WHO paragino užkirsti kelią moterų žeminimui ir smurtui gimdymo metu, įvesta akušerinio smurto sąvoka (Bohren et al., 2015; Brunello et al., 2024).

Tyrimo metodika

Straipsnyje analizuojami 2023 m. atliktos apklausos „Mano gimdymas“, kurią inicijavo Motinystę globojančių iniciatyvų sąjunga, siekdama įvertinti gimdyvių patirtis ligoninėse, duomenys. Apklausa buvo vykdoma internetu, anketą užpildė 1 471 respondentė,

2023 metais pagimdžiusi bent vieną vaiką kuriame nors iš Lietuvos gimdymo namų. Šis imties dydis sudaro apie 7,5 proc. tų metų gimdymų skaičiaus, tad duomenys nėra reprezentatyvūs visai populiacijai, tačiau pakankami tendencijoms analizuoti.

Socialiai pažeidžiamų moterų grupei (21 proc., $N = 316$) priskirtos respondentės, atitikusios bent vieną iš kriterijų, atrinktų remiantis aukščiau aptartais tarptautiniais tyrimais ir adaptuotais Lietuvos kontekstui: amžius 18–19 m., vidurinis ar žemesnis išsilavinimas, bedarbės ar studentės statusas, pajamos iki 1 200 eurų per mėnesį¹, nesu-situokusios (vienišos) gimdymo metu. Likusi imties dalis (79 proc., $N = 1\,155$) sudarė lyginamąją grupę. Tokia operacionalizacija leidžia socialinį pažeidžiamumą analizuoti kaip daugialypę struktūrinę būseną, o ne pavienį sociodemografinį požymį.

Tyrime analizuoti trys pagrindiniai priklausomi kintamieji: gimdymo patirties vertinimas, pogimdyminės depresijos rizika ir potrauminio streso sutrikimo (PTSS) simptomų rizika. Gimdymo patirtis vertinta penkiabalėje skalėje nuo „puiki“ iki „traumuojanti“. Pogimdyminės depresijos rizika nustatyta naudojant Edinburgo pogimdyminės depresijos skalę (EPDS), laikant ≥ 13 balų ribą didelės rizikos indikatoriumi. PTSS simptomų rizika vertinta taikant traumos patikros klausimyną (TSQ), ≥ 6 teigiami atsakymai interpretuoti kaip padidėjusi PTSS tikimybė. Abu rodikliai šiame tyrime traktuojami kaip dichotominiai.

Nepriklausomi kintamieji apėmė sociodemografinius rodiklius (amžius, išsilavinimas, pajamos, šeiminė padėtis, panaudoti pažeidžiamumo grupei nustatyti), gimdymo aplinkybes ir priežiūros veiksniai. Analizuoti sociodemografiniai, gimdymo aplinkybių ir priežiūros kokybės veiksniai, įskaitant komunikaciją, pagarbą, informavimą, medicininės intervencijas, pasitikėjimą personalu ir dalyvavimą priimančiais sprendimus. Atsakymai apie patirtą smurtą ar žeminantį elgesį prieš, per gimdymą ar po gimdymo leido nustatyti, kokia gimdyvių dalis susidūrė su ryškiausiomis akušerinio smurto apraiškomis.

Duomenų analizei naudota aprašomoji statistika, siekiant nustatyti tiriamųjų grupių charakteristikas ir pagrindinius rodiklių paplitimus. Grupėms lyginti taikyti neparametriniai kriterijai: ranginių ir kiekybinių kintamųjų (pvz., EPDS balų sumų) skirtumams tarp grupių vertinti taikytas Mann–Whitney U kriterijus bei Chi kvadrato testas (dichotominių rodiklių dažniams palyginti). Statistinė reikšmingumo riba – $p < 0,05$. Taip pat atlikta koreliacinė analizė siekiant įvertinti pagrindinių kintamųjų ryšius. Tokia metodologinė prieiga leido empiriškai įvertinti, kaip socialinis pažeidžiamumas ir gimdymo priežiūros praktikos sąveikauja formuodamos neigiamas gimdymo patirtis ir jų psichologinius padarinius.

Apklausa atlikta gavus VU Filosofijos fakulteto Jungtinio AMTE komiteto etikos leidimą 2024-02-21 Nr. (1.13 E) 250000-KT-35. Ši apklausa buvo anoniminė, moterų dalyvavo savanoriškai, duomenys analizuoti apibendrintai.

¹ 2023 m. vidutinės pajamos Lietuvoje sudarė 1 213 eurų per mėnesį (EURES, 2023), tad pažeidžiamų moterų grupei buvo priskirtos mažesnės nei vidutinės pajamos 2023 m. gavusios moterų.

Analizės rezultatai ir diskusija

Dauguma 2023 m. Lietuvoje gimdžiusių moterų savo gimdymo patirtį vertino pozityviai („puiki“ arba „gera“). Tačiau tarp socialiai pažeidžiamų moterų, teigiamai įvertinusių gimdymą, buvo mažiau (63 proc.), palyginti su socialinio pažeidžiamumo nepatiriančiomis moterimis (71 proc.). Tuo tarpu neigiamą gimdymo patirtį („blogą“ arba „traumuojančią“) nurodė reikšmingai didesnė dalis pažeidžiamų moterų – 21 proc., įpalyginti su 13 proc. kitų gimdyvių (žr. 1 lentelę; $p = 0,008$). Šis skirtumas leidžia socialinį pažeidžiamumą traktuoti ne kaip vieną iš gimdyvių požymių, bet kaip reikšmingą rizikos veiksnių, lemiantį moterų patirtis sveikatos priežiūros sistemoje. Tai atliepia bioekologinę perspektyvą ir rodo, kaip individuali moters padėtis (mikrosistema) sąveikauja su institucinėmis praktikomis (mezosistema) ir lemia skirtingus patyrimo rezultatus.

1 lentelė. Socialiai pažeidžiamų ir kitų gimdyvių neigiamų gimdymo patirčių bei pogimdyminių sutrikimų rodiklių palyginimas

Rodiklis	Socialiai pažeidžiamos moterys (proc.)	Kitos moterys (proc.)	p
Neigiamai įvertinta gimdymo patirtis (traumuojanči arba bloga)	21	13	0,008
Pogimdyminės depresijos rizika	30	22	0,002
Potrauminio streso sindromo (PTSS) rizika	10	5	<0,001

Pastaba: lentelėje pateikti procentai moterų, patyrusių atitinkamą reiškinį. Skirtumams tarp socialiai pažeidžiamų ir socialinio pažeidžiamumo nepatiriančių moterų grupių vertinti taikytas Chi kvadrato (χ^2) kriterijus. Statistinis reikšmingumas laikytas esant $p < 0,05$.

Pogimdyminės depresijos paplitimas taip pat buvo reikšmingai didesnis pažeidžiamų moterų grupėje (1 lentelė). Iš socialiai pažeidžiamų gimdyvių net 30 proc. įtariama pogimdyminė depresija (pagal EPDS ≥ 13), o kitų moterų grupėje šis rodiklis – 22 proc. (χ^2 , $p = 0,002$). Potrauminio streso sindromo rizika (pagal TSQ) nustatyta 10 proc. pažeidžiamų moterų ir 5 proc. nepažeidžiamų, skirtumas labai reikšmingas ($p < 0,001$). Šie rezultatai rodo, kad socialinis pažeidžiamumas, neigiama gimdymo patirtis ir ribotos informacijos bei dalyvavimo galimybės veikia kartu, didindamos psichikos sveikatos sunkumų tikimybę. Svarbu pažymėti, kad net 38 proc. socialiai pažeidžiamų moterų nebuvo informuotos apie pogimdyminės depresijos požymius, o tai atskleidžia papildomą – informacinio pažeidžiamumo – dimensiją.

Tolesne analize siekta išsiaiškinti, kokie veiksniai susiję su neigiama gimdymo patirtimi ir pogimdyminiais sutrikimais. 38 proc. socialiai pažeidžiamų moterų teigė, kad jų nėštumas buvo komplikotas ar rizikingas (medikų nustatytos rizikos būklės). Šios moterys dvigubai dažniau gimdymą įvertino kaip traumuojančią ar blogą, palyginti su tomis, kurių nėštumas buvo sklandus (atitinkamai 22 proc. ir 11 proc. neigiamų patirčių;

$p < 0,05$). Tad dėl didesnio medicininių intervencijų poreikio ar išankstinio nerimo rizikingas nėštumas siejamas su didesne trauminio gimdymo patirties tikimybe.

Ypač ryški nustatyta lūkesčių ir realios patirties sąsaja. Iš moterų, kurių gimdymas buvo daug blogesnis nei jos tikėjosi, net 70 proc. įvardijo savo patirtį kaip traumuojančią, dar 17 proc. – kaip blogą. Atvirkščiai, iš tų, kurių gimdymo patirtis buvo geresnė nei tikėjosi, didžioji dalis ją įvertino teigiamai. Lūkesčių ir patirties neatitiktis statistiškai reikšmingai susijusi su trauminių potyrių dažniu ($p < 0,001$). Iš moterų, kurioms galima įtarti pogimdyminę depresiją, 27 proc. nurodė, kad gimdymo realybė visiškai neatitiko lūkesčių, palyginti su 18 proc. iš tų, kurioms depresijos rizikos nėra, tad nepateisinti lūkesčiai siejami ir su didesne depresijos tikimybe. 55 proc. moterų, patiriančių ryškius PTSS simptomus, gimdymas visiškai nepateisino lūkesčių, kai iš moterų be PTSS tik 15 proc. teigė patyrusios visišką neatitiktį (χ^2 , $p < 0,001$). Didelis atotrūkis tarp lauktos ir patirtos realybės gali sukelti šoką, gilinti bejėgiškumo jausmą ir kontrolės praradimą – kertinius trauminės patirties elementus (Beck, 2004).

Tyrimas parodė skirtumus tarp pakankamai informacijos apie siūlomas intervencijas gavusių moterų: pogimdyminės depresijos požymių neturinčios moterys beveik triskart dažniau nurodė, kad informacijos gimdymo metu joms visiškai pakako arba pakako (61 proc.), nei kad jos beveik ar visiškai negavo (19 procentų). Tarp moterų, kurios patyrė reikšmingus pogimdyminės depresijos požymius, tokių skirtumų nėra: 31 proc. jų informacijos visiškai pakako arba pakako, 33 proc. – beveik ar visiškai nepakako (U testas, $p < 0,001$). PTSS irgi susijęs su komunikacijos efektyvumu gimdymo metu. Moterų, patiriančių reikšmingus PTSS simptomus, grupėje informacijos gimdymo metu visiškai pakako arba pakako 13 proc., jos beveik ar visiškai negavo 58 proc. gimdyvių. Tarp neturinčių PTSS simptomų, sąryšis yra atvirkščias: informacijos visiškai pakako arba pakako 56 proc., jos beveik ar visiškai negavo 20 procentų (U testas, $p < 0,001$). Šie duomenys patvirtina, kad sklandus komunikavimas ir gimdyvės informavimas suteikia pozityvią gimdymo patirtį.

Dalis respondenčių minėjo netinkamą personalo elgesį. 26 proc. visų apklausos dalyvių nurodė patyrusios bent vieną akivaizdžios nepagarbos ar smurto formą ligoninėje (patyčias, gąsdinimus arba fizinę prievartą). Šis rodiklis atspindi ne atsitiktinius incidentus, o sisteminę problemą, kurią galima įvardyti kaip akušerinį smurtą (Bohren et al., 2015). Smurtą gimdymo metu (pvz., grubų fizinį veiksma sulaukiant, per prievartą atliktas procedūras) patyrė 9 proc. moterų, dar 10 proc. jį patyrė iki gimdymo, o 13 proc. – iškart po gimdymo (pvz., nemalonų elgesį per apžiūrą po gimdymo). Šios patirtys reikšmingai siejosi su neigiamu gimdymo vertinimu: net 44 proc. moterų, kurios patyrė bent vieną smurto apraišką, savo gimdymą įvertino kaip traumuojantį ar blogą, o tarp smurto nepatyrusių tokių buvo tik 12 procentų. Smurtą patyrusios moterys daugiau nei dvigubai dažniau turėjo pogimdyminės depresijos (atitinkamai 40 proc. ir 26 proc.) ir PTSS (atitinkamai 21 proc. ir 6 proc.) riziką (visi skirtumai reikšmingi, $p < 0,001$). Šie skaičiai rodo, kokią žalą gali padaryti nepagarbi, šiuurkšti priežiūra, kuri ne tik kuria neigiamas gimdymo patirtis, bet ir kelia realų pavojų moters psichikos sveikatai.

Lyginant su psichosocialiniais veiksniais, medicininių intervencijų (pvz., gimdymo skatinimo, cezario pjūvio) ryšys su neigiamos patirties vertinimu buvo silpnesnis, kas atitinka ir kitų tyrimų (Elmir et al., 2010) išvadas. Tačiau buvo nustatyta, kad medicininės intervencijos (skatinamieji vaistai, vakuumo / žnyplių naudojimas, cezario pjūvis) dėl didesnio komplikuočių nėštumų skaičiaus buvo dažnesnės tarp socialiai pažeidžiamų moterų. Nors pats cezario pjūvis tiesiogiai neparodė reikšmingo ryšio su vėlesne depresija ar PTSS, tam tikri su operacija susiję aspektai turėjo padarinių. Pavyzdžiui, moterys po cezario pjūvio dažniau jautėsi nepasitikėjusios medikų kompetencija ir labiau izoliuotos nuo naujagimio, o tai, pasak tyrimų, susiję su prastesne emocine būseną (Hakim et al., 2025). Kalbant apie skausmo malšinimą gimdymo metu, farmakologinio nuskausminimo gavimas koreliavo su didesne PTSS rizika: iš gavusiųjų nuskausminamuosius 13 proc. moterų turėjo ryškius PTSS simptomus, o iš negavusiųjų – 3 proc. Chi kvadrato testas patvirtino šį ryšį (χ^2 , $p = 0,009$). Tikėtina, kad tai atspindi ne priežastinį ryšį (nuskausminimas sukelia PTSS), o tai, kad nuskausminimas dažniau taikomas sudėtingesnių, ilgesnių ir skausmingesnių gimdymų atvejais, kurie savaime yra didesnės traumos rizikos veiksniai. Be to, 8 proc. pažeidžiamų gimdyvių nurodė, kad, nepaisant prašymo, skausmas nebuvo numalšintas, kas taip pat galėjo sukelti trauminę patirtį. Taigi svarbu ne tiek pats nuskausminimas, kiek adekvatus skausmo valdymas ir moters pageidavimų paisymas – tyrimo duomenys rodo, kad efektyviai nesuvaldžius skausmo, PTSS rizika statistiškai reikšmingai padidėja.

Socialiai pažeidžiamos moterys gimdymo metu patiria daugiau neigiamų išgyvenimų ir turi didesnę pogimdyminių psichologinių sunkumų riziką. Remiantis Bronfenbrennerio bioekologine teorija, socialinis pažeidžiamumas reiškia mažiau palankią moterį supančią mikrosistemą ir platesnį kontekstą, pvz., nebuvo artimojo, galinčio užtarti jų interesus gimdykloje (silpnesnis mezosistemos lygmens ryšys tarp šeimos ir sveikatos sistemos). Makrosistemos požiūriu vienišos motinos ar jaunos gimdyvės gali patirti stigmatizuojančias nuostatas, kurios neretai atsispindi ir personalo elgesyje. Egzosistemos lygmeniu personalo stokojančioje sveikatos sistemoje pažeidžiamos pacientės neturi „balso“ reikalauti dėmesio, tuomet darbuotojai linkę teikti prioritetą medicininiams aspektams, ignoruoti psichologinius poreikius. Kaip teigia Bronfenbrenneris (1979), negalima keisti individo raidos trajektorijos fokusuojantis vien į patį individą, būtina keisti platesnį kontekstą, tad, norint gerinti socialiai pažeidžiamų moterų gimdymo patirtis, nepakanka stiprinti jų mikrolygmens atsparumą, reikia keisti ir visų lygmenų aplinką – sveikatos priežiūros praktiką, personalo požiūrį, socialinės paramos sistemą.

Trauminės gimdymo patirtys tyrime siejamos su psichologinėmis pasekmėmis ir pastebėtos tendencijos atitinka tarptautinių tyrimų duomenis. Beck (2004) tyrimai parodė, kad moterys, patyrusios traumą gimdymo metu, vėliau kenčia nuo PTSS simptomų, kurie paveikia jų gyvenimo kokybę. Mūsų duomenys rodo panašius skaičius: iš moterų, turinčių ryškių PTSS požymių, net 64 proc. gimdymo patirtį vertina kaip traumuojančią. Tai patvirtina priežastinę grandinę, kad trauminis įvykis gimdymo metu yra tiesioginis PTSS katalizatorius. Taip pat pastebėta, kad PTSS dažniau pasireiškė pirmą kartą gim-

džiusioms moterims (14 proc. pirmakarčių, palyginti su 3 proc. pakartotinai gimdančių, χ^2 , $p = 0,001$), o tai sutampa su kitų autorių išvadomis: pirmasis gimdymas – visiškai nauja patirtis, neturint ankstesnio žinojimo, sukelia didžiausią šoką (Hakim et al., 2025).

Partnerio dalyvavimo neveiksmingumas mažinant gimdyvių neigiamas patirtis yra kontroversiškas tyrimo rezultatas. Tarptautinėje literatūroje gausu įrodymų apie teigiamą nuolatinės emocinės pagalbos poveikį gimdymo eigai ir moters pasitenkinimui. Daugelyje tyrimų akcentuojama nuolatinio emocinio palaikymo per gimdymą nauda (Hodnett et al., 2002; World Health Organisation (WHO), 2018). Vis dėlto mūsų tyrime ši nauda neatsispindėjo. Galimas paaiškinimas sietinas su dalyvavimo kokybe – ne kiekvieno partnerio dalyvavimas praktiškai reiškia pagalbą gimdyvei. Jei partneris nėra tinkamai pasirengęs psichologiškai, jei tarp jo ir personalo vyksta trintis arba jei jam neleidžiama visavertiškai dalyvauti, jo buvimas gali neturėti reikšmingo efekto (o dauguma socialiai pažeidžiamų moterų gimdė be jokio artimo žmogaus).

Mūsų rezultatai patvirtina ir tarptautinių tyrimų išvadas dėl pagrindinių trauminės gimdymo patirtis lemiančių veiksnių: gimdyvės asmeniniai lūkesčiai, gautos paramos kiekis, santykio su personalu kokybė ir įtraukimas į sprendimų priėmimą, kurie nusveria tokius dalykus kaip medicininiai klausimai, socioekonominis statusas ar etniškumas (Elmir et al. 2010). Mūsų tyrimas tai atspindi: matome, kad subjektyvi patirtis (lūkesčiai, informavimas, pagarba) gali nulemti gimdymo vertinimą labiau nei, tarkime, gimdymo pobūdis (natūralus ar cezario pjūvis). Dalis moterų net po fiziologiškai sėkmingo gimdymo jautėsi traumuotos dėl personalo bendravimo, tuo tarpu kitos, patyrusios komplikacijų, bet jautusios palaikymą, patirtį vertino gerai.

Pastebima dermė ir su naujausiais tyrimais apie akušerinio smurto padarinius. Hakim et al. (2025) tyrimas parodė, kad nepagarbus ir smurtinis elgesys gimdymo metu yra reikšmingas pogimdyminės depresijos ir PTSS išsivystymo rizikos veiksnys. Mūsų duomenys šią sąsają iliustruoja labai aiškiai: patyrusios smurtą moterys beveik keturis kartus dažniau gimdymą įvardijo kaip traumuojantį (44 proc., palyginti su 12 proc.) ir po gimdymo dvigubai dažniau patyrė psichikos sveikatos sunkumų. Šie skaičiai dera su Europos Parlamento užsakytu tyrimu, kuriame pažymima, kad akušerinis smurtas turi ilgalaikį neigiamą poveikį moterų psichikos sveikatai (Brunello et al., 2024).

Pastebėti skirtumai tarp skirtingų gimdymo įstaigų rodiklių, kurie indikuoja egzistencinės lygmens įtaką mikrolygmens patirtims ir atskleidžia, kad tam tikros ligoninės sugeba užtikrinti geresnes gimdymo patirtis taip pat ir socialiai pažeidžiamoms moterims. Kai kur regionuose trauminių patirčių procentas buvo artimas nuliui – vadinasi, personalas ten laikosi geros praktikos, vadovaujasi gimdyvės prioretizavimo filosofija, turi mažesnę darbo krūvį, geresnę infrastruktūrą individualizuotai priežiūrai. Tuo tarpu dideliuose centruose neigiamų patirčių gerokai daugiau – tai gali būti susiję su sisteminiu perdegimu, personalo stoka, vadovavimusi rutininėmis praktikomis, kai neatsižvelgiama į individualius poreikius, taip pat su faktu, kad rizikingų nėštumų ar patologijų atveju moterys siunčiamos į perinatologijos centrus didžiosiose ligoninėse. Ši situacija atspindi makrosisteminį lygmenį – sveikatos apsaugos sistema, jos finansavimas, organizavimas daro netiesioginį, bet reikšmingą poveikį gimdyvių patirčiai.

Tyrimo rezultatai dera su augančiu moksliniu sutarimu, kad gimdymo patirtis – kompleksinis biopsichosocialinis reiškinys (Olza et al., 2020). Integruojant bioekologinę ir traumos teorijas, galima teigti, kad neigiama patirtis kyla iš sąveikos tarp individualių veiksnių (lūkesčiai, psichologinis pažeidžiamumas), tarpasmeninių santykių (komunikacija su personalu, partnerio parama), institucinės aplinkos (ligoninės kultūra, protokolai) ir platesnio socialinio konteksto (požiūris į motinystę, socialinė nelygybė). Tokia daugiasluoksni perspektyva atskleidžia ne tik prastų patirčių priežastis, bet ir intervencijų taikinius kiekvienu lygmeniu. Socialiai pažeidžiamų moterų atveju ši sąsaja dar aktualesnė – neturint pakankamai vidinių ir išorinių išteklių, pagarbos trūkumas ar trauma gimdymo metu gali tapti reikšmingu psichikos sutrikimo atsiradimo veiksnium.

Išvados

Tyrimas papildė supratimą apie socialinių determinantų įtaką gimdymo patirčiai ir atskleidžia, kad medicininių rodiklių neužtenka vertinant gimdymo priežiūros kokybę, būtina sistemingai atsižvelgti į moterų subjektyvius išgyvenimus. Tarptautiniuose tyrimuose sutariama, kad sveikatos netolygumai pasireiškia ir akušerijoje: socialiai ir ekonomiškai pažeidžiamos moterys dažniau konstatuoja neigiamas nėštumo priežiūros ir gimdymo patirtis. Tyrimas tokį netolygumą leidžia empiriškai pagrįsti Lietuvos kontekste: nors medicininiai rodikliai gali būti panašūs, psichologinė gimdymo patirtis reikšmingai skiriasi priklausomai nuo moters socialinės padėties. Tai kelia platesnį klausimą sveikatos politikai – kiek dabartinė gimdymo priežiūros sistema pakankamai pritaikyta skirtingų moterų poreikiams ir socialinėms situacijoms.

Nustatyta, kad neigiama gimdymo patirtis reikšmingai susijusi su pogimdyminės depresijos ir potrauminio streso sindromo (PTSS) simptomų rizika. Socialiai pažeidžiamos moterys ne tik dažniau patiria neigiamai vertinamą gimdymą, bet ir susiduria su reikšmingai didesne šių psichikos sveikatos sunkumų tikimybe. Šie rezultatai rodo, kad socialinis pažeidžiamumas veikia kaip kompleksinis rizikos veiksnys, susijęs tiek su patirtimi gimdymo metu, tiek su jos padariniais pogimdyviniu laikotarpiu.

Analizė leidžia identifikuoti galimus šios sąsajos mechanizmus. Neigiamos gimdymo patirtys dažniau susijusios su psichosocialiniais veiksniais, tokiais kaip informacijos stoka, nepakankama komunikacija, pagarbos trūkumu, ribotu moters dalyvavimu priimanant sprendimus, lūkesčių neatitiktimi ir patirtu žeminančiu ar smurtiniu elgesiu, nei su objektyviais mediciniais gimdymo eigos aspektais. Tai rodo, kad gimdymo patirties kokybę reikšmingai formuoja ne tik klinikiniai sprendimai, bet ir priežiūros organizavimo bei sąveikos praktikos.

Subjektyvus gimdymo išgyvenimas yra esminis pogimdyminės emocinės savijautos veiksnys, o socialinis pažeidžiamumas – reikšminga sąlyga, didinanti neigiamos patirties ir jos psichologinių padarinių tikimybę. Šie rezultatai leidžia gimdymo patirtį traktuoti kaip socialiai struktūruotą ir instituciškai formuojamą reiškinį, atskleidžiantį platesnes sveikatos sistemos nelygybes.

Tyrimo ribotumai ir rekomendacijos

Šį tyrimą derėtų vertinti atsižvelgiant į tam tikrus ribotumus. Imtis nebuvo atsitiktinė – respondentės savanoriškai dalyvavo internetinėje apklausoje, todėl neatmestinas atrankos šališkumas. Tikėtina, kad anketą aktyviau pildė išskirtinių (neigiamų ar teigiamų) patirčių turinčios moterys, tad absoliutūs rodiklių dydžiai negali būti apibendrinti visai populiacijai. Tyrimas grindžiamas asmenine refleksija, ir nors naudoti instrumentai ir anonimiškumas turėjo skatinti atvirumą, negalima atmesti atsakymų subjektyvumo įtakos. Socialinis pažeidžiamumas šiame tyrime operacionalizuotas kaip analitinė kategorija, apimanti skirtingas nepalankias aplinkybes, tačiau ši grupė yra heterogeninė, todėl rezultatai rodo bendras tendencijas ir nėra vienalytės socialinės grupės patirtis. Tyrimas yra skerspjuvio pobūdžio, tad nustatytos sąsajos negali būti interpretuojamos kaip priežastiniai ryšiai. Nors tam tikri veiksniai (pvz., smurtas) objektyviai įvyko gimdymo metu ir galėjo lemti tam tikrus padarinius, kitais atvejais priežastinis ryšys sudėtingesnis – pvz., moterų psichikos būseną iki nėštumo taip pat gali lemti, kaip jos išgyveno gimdymą.

Autorių indėlis

Lina Gabrijolavičienė: konceptualizavimas, duomenų kuravimas, tyrimas, metodologija.

Eglė Šumskienė: konceptualizavimas, formali duomenų analizė, rašymas – originalus tekstas, rašymas – peržiūra ir redagavimas.

Literatūros sąrašas

Bartuseviciene, E., Kacerauskiene, J., Bartusevicius, A., Paulionyte, M., Nadisauskiene, R. J., Kliu-
cinskas, M., Stankeviciute, V., Maleckiene, L., & Railaite, D. R. (2018). Comparison of midwife-led
and obstetrician-led care in Lithuania: A retrospective cohort study. *Midwifery*, 65, 67–71. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.017>

Beck, C. T. (2004). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28–35.
<https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005>

Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Balde, M. D., Maya, E., Thwin, S. S.,
Aderoba, A. K., Vogel, J. P., Irinyenikan, T. A., Adeyanju, A. O., Mon, N. O., Adu-Bonsaffoh, K.,
Landoulsi, S., Guure, C., Adanu, R., Diallo, B. A., Gülmezoglu, A. M., Soumah, A.-M., ... Tunçalp,
Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: A cross-sectional
study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*, 394(10210), 1750–1763.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva
Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gül-
mezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A
Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 12(6), Article e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*.
Harvard University Press.

Brunello, S., Giambattista, M., & Bastianelli, L. (2024). *Obstetric and gynaecological violence in the EU: Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination*. European Parliament.

Butkuvienė, A. (2025). The impact of obstetric violence on women's health and future decisions. *Taikomieji tyrimai studijose ir praktikoje – Applied Research in Studies and Practice*, 21(1), 101–107. <https://ojs.panko.lt/index.php/ARSP/article/view/305>

Dahan, O., Gandotra, N., Bertollo, D., & Spreng, N. (2021). The birthing brain: A lacuna in neuroscience. *Brain and Cognition*, 150, Article 105713. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2021.105722>

Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142–2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>

Galle, A., Berghman, H., Mariani, I., et al. (2026). Experiences of disrespect and abuse during childbirth in the WHO European region: A mixed-method study among 22 countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 172(3), 1576–1590. <https://doi.org/10.1002/ijgo.70516>

Gabrijaoličienė, L. (2025). *Trauminės gimdymo patirtys, pogimdyminės depresijos ir potrauminio streso sindromo pasireiškimas socialiai pažeidžiamų moterų grupėje* [Magistro darbas, Vilniaus universitetas]. eLABa.

Greenfield, M., Jomeen, J. & Glover, L. (2016). What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *British Journal of Midwifery*, 24(4), 254–267. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.4.254>

Herman, J. L. (2021). *Trauma ir išgyjimas*. Vaga.

Johanson, R., Newburn, M., & Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ*, 324(7342), 892–895. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.892>

Junaid, F., Bradbury, A., Alhaidari, T., & Kubba, A. (2024). Changes in attitudes to childbirth in modern times illustrated over three generations in Iraq. *Birth*, 51(3), 629–636. <https://doi.org/10.1111/birt.12821>

Lamminpää, R., Axelin, A., Härkänen, M., Männistö, M., Welling, M., & Lojander, J. (2026). Mothers' experiences of mistreatment during childbirth – A qualitative analysis of patient insurance claims in Finland. *Midwifery*, 155, Article 104722. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2026.104722>

Maslauskaitė, A. (2023). *Lietuvos gyventojų demografinių struktūrų ir procesų kaita*. Vilnius, Lietuvos socialinių mokslų centras.

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176–2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)

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*, 99, Article 102219. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102219>

Olza, I., Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., et al. (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), Article e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>

Sheikh, J., Allotey, J., Kew, T., et al. (2024). Vulnerabilities during pregnancy, childbirth, and the postpartum period: moving from rhetoric to action. *EClinicalMedicine*, 67, Article 102264. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2023.102264>

Hakimi, S., Allahqoli, L., Alizadeh, M., Ozdemir, M., Soori, H., Turfan, E. C., Sogukpinar, N., & Alkatout, I. (2025). Global prevalence and risk factors of obstetric violence: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 169(3), 1012–1024. <https://doi.org/10.1002/ijgo.16145>

Singal, K., Cruickshank, M., Ekong, A., Robertson, C., McDonagh Hull, P., Williams, D., Fairley, T., Locock, L., Kilonzo, M., Ade, M., Braithwaite, L., Bick, D., Devane, D., Rzewuska Diaz, M., Taylor, G., Bhattacharya, S., Black, M., & Brazzelli, M. (2026). Experiences of women from ethnic minorities and underserved, marginalised and disadvantaged groups in communicating with health professionals during antenatal care: An overview of qualitative systematic reviews. *NIHR Open Research*, 6, Article 2. <https://doi.org/10.3310/nihropenres.14096.1>

Širvinskienė, G., Grincevičienė, Š., Pranskevičiūtė-Amoson, R., Kukulskienė, M., & Downe, S. (2023). ‘To be Informed and Involved’: Women’s insights on optimising childbirth care in Lithuania. *Health Expectations*, 26(4), 1514–1523. <https://doi.org/10.1111/hex.13754>

Thomasson, M. A., & Treber, J. (2008). From home to hospital: The evolution of childbirth in the United States, 1928–1940. *Explorations in Economic History*, 45(1), 76–99. <https://doi.org/10.1016/j.eeh.2007.07.001>

Vedeler, C., Eri, T. S., Nilsen, R. M., Blix, E., Downe, S., Van Der Wel, K. A., & Nilsen, A. B. V. (2023). Women’s negative childbirth experiences and socioeconomic factors: Results from the Babies Born Better survey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 36, 100850. <https://doi.org/10.1016/j.srh.2023.100850>

World Health Organization. (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>