

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS**

Sveikatos mokslų fakultetas

Slaugos katedra

Viktorija Kerienė

**PSICHOEMOCINĖ MOTERŲ SAVIJAUTA  
NUTRŪKUS NĖŠTUMUI**

Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2019

# MAGISTRO BAIGIAMOJO DARBO LYDRAŠTIS

Viktorija Kerienė

.....  
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė)

Psichoemocinė moterų savijauta nutrūkus nėštumui

.....  
(magistro baigiamojo darbo pavadinimas lietuvių kalba)

**Patvirtinu, kad magistro baigiamasis darbas parašytas savarankiškai, nepažeidžiant kitiems asmenims priklausančių autorių teisių, visas magistro baigiamasis darbas ar jo dalis nebuvo panaudotas Klaipėdos universitete ir kitose aukštosiose mokyklose.**

Viktorija Kerienė

.....  
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

**Sutinku, kad magistro baigiamasis darbas būtų naudojamas neatlygintinai 5 m. Klaipėdos universiteto studijų procese.**

Viktorija Kerienė

.....  
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

**Magistro baigiamąjį darbą ginti**

.....  
(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

Prof. habil. dr. Nora Šiupšinskienė

.....  
(data )

.....  
(magistro baigiamojo darbo vadovo vardas, pavardė ir parašas)

Baigiamasis darbas įregistruotas katedroje

.....  
(data)

.....  
(katedros sekretorės vardas, pavardė ir parašas)

**Magistro baigiamąjį darbą ginti**

.....  
(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....  
(data )

.....  
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

**Recenzentu(-ais) skiriu**

.....  
(įrašyti recenzento(ų) vardą, pavardę)

.....  
(data )

.....  
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

## SANTRAUKA

Kerienė V. Psichoemocinė moterų savijauta nutrūkus nėštumui. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas prof. habil. dr. Nora Šiupšinskienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2019. – 69 p.

Nėštumo nutrūkimasis vaisiui žuvus gimdoje, gali įvykti bet kuriuo nėštumo laikotarpiu iki gimdymo ar net jo metu. Psichologine prasme tai trauminė patirtis, kuri kelia didesnę depresijos, nerimo, savižudybių, priklausomybių, skyrybų riziką tėvams bei turi didelę reikšmę turimų vaikų psichoemociinei savijautai. Todėl visuotinis nėštumo nutrūkimą patyrusių asmenų jausmų nustatymas, gali padėti sveikatos priežiūros specialistams geriau suprasti išgyvenamą tėvų sielvartą ir padidinti psichosocialinio gyvenimo kokybę bei rūpinimąsi jais.

**Tyrimo tikslas** - išanalizuoti psichoemocinę moterų savijautą nutrūkus nėštumui.

**Tyrimo metodika.** Tyrimo metu psichoemocinė moterų savijauta vertinta pagal išgyvenamą netekties, sielvarto ir traumuojančio įvykio poveikį. Tikslui įgyvendinti taikytas kiekybinis tyrimo metodas. Instrumentas sudaryta iš *PBS-M*, *PGIS*, *IES-R* skalių. Imtį sudarė 153 moterys po nėštumo nutrūkimo. Tyrimas vykdytas 2019 metų kovo - rugsėjo šešiose antrinio lygio akušerines ginekologines paslaugas teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant „SPSS/w 24.0“ ir MS Excel 2016 kompiuterinę programą. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

**Tyrimo rezultatai.** Respondentės netektį išgyveno nerimaudamos dėl nėštumo nutrūkimo pasikartojimo, liūdėdamos dėl netekties ir kaltindamos save dėl nutrūkimo. Netektis stipriai išgyvenus  $\geq 3$  nėštumo nutrūkimų, kurie užbaigiami stebėjimo taktika. Stipriausiai išgyvenamą sielvartą po nėštumo nutrūkimo sukėlė jausmas, kad ir nėštumas, ir kūdikis atrodė realūs ir tikri. Sielvartaujama nėštumui nutrūkus  $>12$  savaitę, jį užbaigiant stebėjimo taktika. Moterų išgyvenamą įvykio poveikį atskleidžia jaučiamas vengimas – neigimas, įsijautimas į susidariusią situaciją ir susijaudinimas dėl to, kas įvyko. Įvykio poveikį stipriai neigė vienišos  $\geq 35$  m. respondentės, patyrusios 9-12 savaičių  $\geq 3$  nutrūkimus, išgyvenant operacinį užbaigimą. Stipriausiai praradimą išgyveno turinčios aukštąjį universitetinį išsilavinimą, vienišos, neturinčios vaikų,  $\geq 30$  m. moterys, patyrusios pasikartojančius nesėkmingus nėštumus, kurie užbaigiami stebėjimo taktika.

**Išvada.** Psichoemocinė savijauta blogėja, jei netektį tenka išgyventi kelis kartus, sielvartą išjausti nėštumui nutrūkus  $>12$  savaitę, įvykio poveikį pajusti vienišoms, taikant natūralią stebėjimo taktiką.

*Raktiniai žodžiai:* persileidimas, prenatalinė mirtis, negyvagimis, ektopinis nėštumas, nesivystantis nėštumas, sielvartas ir kt.

## SUMMARY

Kerienė V. Psychoemotional state of women after pregnancy loss. Master's thesis in nursing. Work supervisor prof. dr. habil. Nora Šiupšinskienė, Klaipėda University: Klaipėda, 2019. - 69 p.

Pregnancy loss – the fetus dies in the womb, it can occur at any given moment of the pregnancy, before or even during delivery. Psychologically, it is a traumatic experience, which puts parents at greater risk of depression, anxiety, suicide, addiction, divorce and it has a major impact on the psychoemotional well-being of their children. Therefore, the universal identification of these feelings in this category of people can help health care specialists understand the grief of parents better and increase psychosocial quality of life and take care of them.

**Purpose of the research** is to analyze the psychoemotional state of women after pregnancy loss.

**Research methods.** During the research the psychoemotional well-being of women was evaluated by the effect of bereavement, grief and traumatic event's impact. To achieve the objective a quantitative research method was used. The instrument consisted of *PBS-M*, *PGIS*, *IES-R* scales. The sample consisted of 153 women after pregnancy loss. The research was conducted in 2019 from March til September in six secondary-level obstetric gynecological health care institutions in Lithuania. The statistical data analysis was done using "SPSS/w 24.0" and MS Excel 2016 computer program. The research was conducted in accordance with ethical principles.

**Research results.** The respondents lived through the loss by worrying about a reoccurring pregnancy loss, mourning and blaming themselves for the loss. The bereavement is severe when suffering though  $\geq 3$  pregnancy losses, which are terminated using the observation tactic. The strongest grief after the pregnancy loss was caused by the feeling that both the pregnancy and the baby seemed real. Grievance occurs at pregnancy loss  $> 12$  week, terminating it using the observation tactic. The impact of the event on women is revealed by the perceived avoidance – denial, perception of the situation and the agitation of the event that occurred. The impact was strongly denied by single  $\geq 35$  years old women, that suffered though 9- 12 week  $\geq 3$  losses, living though an operational termination. Those with a higher university education, single, childless, older than 30 years old women, who live though reoccurring unsuccessful pregnancies, which were terminate using the observation method, suffered the most.

**Conclusion.** The psychoemotional well-being worsens, if the loss occurs several times, the grief is felt  $>12$  week after pregnancy loss, the impact of the event is felt by single women, using natural observation tactic.

*Key words:* pregnancy loss, pregnancy emotions, stillbirths, perinatal death and ect.

## SANTRUMPOS

PSO - Pasaulio sveikatos organizacija

ESHRE - Europos žmogaus reprodukcijos ir embriologijos draugija

HI – Higienos institutas

RCOG - Karališkasis akušerių ir ginekologų koledžas

ŽIV - žmogaus imunodeficito virusas

AIDS – įgytas imunodeficito sindromas, pasireiškiantį įvairiomis infekcijomis, navikais ir kitomis ligomis

CMV – citomegalo virusas

LR – Lietuvos Respublika

KU – Klaipėdos universitetas

PBS-M - perinatalinės netekties skalė motinoms (*angl. Perinatal bereavement scale for mothers*)

PGIS - perinatalinio sielvarto intensyvumo skalė (*angl. Perinatal Grief Intensity Scale*)

IES-R - įvykio poveikio skalė (*angl. The Impact of Event Scale - Revised*)

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

<b>Eil. Nr.</b>	<b>Lentelės pavadinimas</b>	<b>Puslapis</b>
1.	Įvairių autorių sielvarto išgyvenimo veiksmų grupės	25
2.	Tyrimo dalyvių sociodemografinės charakteristikos (n=153)	34
3.	Tyrimo dalyvių nėštumo ir jo baigties charakteristikos (n=153)	35
4.	Klausimyno vidinio nuoseklumo vertinimas	39
5.	Prenatalinio sielvarto intensyvumo skalės įverčiai	45
6.	Įvykio poveikio skalės (IES-R) įverčiai	46
7.	Psichoemocinės savijautos skalių tarpusavio sąsajos	46
8.	Tyrimo dalyvių trauminio įvykio poveikio įverčių palyginimas pagal nesėkmingų nėštumų skaičių ( $m \pm SN$ )	47
9.	Tyrimo dalyvių trauminio įvykio poveikio įverčių palyginimas pagal nutrūkusio nėštumo trukmę ( $m \pm SN$ )	47
10.	Tyrimo dalyvių trauminio įvykio poveikio įverčių palyginimas pagal nėštumo užbaigimo taktiką ( $m \pm SN$ )	50
11.	Tyrimo dalyvių trauminio įvykio poveikio įverčių palyginimas pagal amžių ( $m \pm SN$ )	51
12.	Tyrimo dalyvių trauminio įvykio poveikio įverčių palyginimas pagal šeiminę padėtį ( $m \pm SN$ )	51
13.	Tyrimo dalyvių trauminio įvykio poveikio įverčių palyginimas pagal nėštumų skaičių ( $m \pm SN$ )	56

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

<b>Eil. Nr.</b>	<b>Paveikslo pavadinimas</b>	<b>Puslapis</b>
1.	Tyrimo dalyvių sielvarto stiprumo įverčių palyginimas pagal nutrūkusio nėštumo trukmę ( $m \pm SN$ )	48
2.	Tyrimo dalyvių prenatalinės netekties stiprumo įverčių palyginimas pagal nėštumo nutrūkimo diagnozę ( $m \pm SN$ )	49
3.	Tyrimo dalyvių sielvarto stiprumo įverčių palyginimas pagal nėštumo užbaigimo taktiką ( $m \pm SN$ )	50
4.	Tyrimo dalyvių perinatalinės netekties įverčių palyginimas pagal vaikų skaičių šeimoje ( $m \pm SN$ )	53
5.	Tyrimo dalyvių prenatalinės netekties įverčių palyginimas pagal nėštumų skaičių ( $m \pm SN$ )	53
6.	Tyrimo dalyvių sielvarto stiprumo įverčių palyginimas pagal nėštumų skaičių ( $m \pm SN$ )	55

## PRIEDŲ SĄRAŠAS

<b>Eil. Nr.</b>	<b>Priedo pavadinimas</b>	<b>Puslapis</b>
1.	Anketa	70
2.	M. H. Hutti leidimas naudoti <i>PGIS</i>	75
3.	M. H. Hutti patvirtinimas, leidžiantis naudoti <i>PBS-M</i>	76
4.	<i>IES-R</i> viešo naudojimosi patvirtinimas	81
5.	Vaisiaus mirties priežastys gimdoje	82
6.	Prenatalinės netekties skalės įverčiai	83
7.	Įvykio poveikio skalės ( <i>IES-R</i> ) poskalių teiginių įverčiai (Spearman koreliacija, $r(p)$ )	85
8.	Skaitytas pranešimas konferencijoje	86
9.	Publikacija	87

# TURINYS

<b>ĮVADAS</b> .....	10
<b>I. MOTERŲ PSICHOEMOCINĖS SAVIJAUTOS NUTRŪKUS NĖŠTUMUI</b> .....	13
1.1. Nėštumo nutrūkimas .....	13
1.1.1. Nėštumo nutrūkimo samprata .....	13
1.1.2. Nėštumo nutrūkimo paplitimas Lietuvoje ir pasaulyje .....	14
1.1.3. Nėštumo nutrūkimo priežastys .....	16
1.2. Moterų psichoemocinė savijauta nutrūkus nėštumui .....	18
1.2.1. Netekties išgyvenimas .....	19
1.2.2. Sielvartavimas .....	23
1.2.3. Traumuojančio įvykio poveikis .....	26
<b>II. EMPIRINĖ DALIS</b> .....	31
2.1. Tyrimo metodika .....	31
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos .....	32
2.1.2. Tyrimo metodai.....	35
2.1.3. Tyrimo instrumentas .....	36
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga .....	39
2.1.5. Tyrimo etika.....	41
2.2. Tyrimo rezultatai .....	44
2.2.1. Moterų išgyvenama netektis nutrūkus nėštumui .....	44
2.2.2. Moterų išgyvenamas sielvartas nutrūkus nėštumui .....	44
2.2.3. Moterų išgyvenamas traumuojančio įvykio poveikis nutrūkus nėštumui .....	45
2.2.4. Moterų psichoemocinės savijautos sąsajos su sociodemografiniais rodikliais...46	
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas.....	56
<b>IŠVADOS</b> .....	61
<b>REKOMENDACIJOS</b> .....	62
<b>LITERATŪRA</b> .....	63
<b>PRIEDAI</b> .....	69

## ĮVADAS

Nėštumas daugumai asocijuojasi su dideliu džiaugsmu ir laime (Goddijn ir kt., 2019, p. 18). Deja, akušerijoje susiduriama ir su gedulo fenomenu (Tseng ir kt., 2017, p. 5133). Nėštumo nutrūkimas įvyksta vaisiui žuvus gimdoje, bet kuriuo nėštumo laikotarpiu, iki gimdymo ar net jo metu (Abraitis ir kt., 2014, p. 7). Todėl nėštumo nutrūkimas gali būti skirstomas į du etapus: iki 22 nėštumo savaitės ir nuo 22 nėštumo savaitės (Nadišauskienė, 2008, p. 38, 41).

Įvykusią netektį kiekvienas išgyvena individualiai. Mirtis yra tarsi daugialypis reiškinys, susidedantis iš fizinių, elgesio ir dvasinių komponentų (Ratislavova, Kalvas, Beran, 2015, p. 192). Todėl psichoemocinę savijautą įvairių autorių tegimu galima įvardinti kaip žmogaus išgyvenamą būseną, kuri atspindi psichinį normalumo būklę, emocinį ir dvasinį stiprumą, atskleidžianti patiriamą džiaugsmą ir ištveriamą skausmą, nusivylimą ir liūdesį (Palmer, Murphy-Oikonen, 2018, p. 392; Lietuvių kalbos žodynas, 2017; Dumčienė, lapėnienė, 2011, p. 102; Bobak ir kt. 2000, p. 1344).

Nėštumo nutrūkimas yra opi problema šiuolaikinėje visuomenėje tiek Lietuvoje, tiek visame pasaulyje. Lietuvos statistikos portalo duomenimis (2019) nutrūkusių nėštumų iki 22 nėštumo savaitės 2018 m. Lietuvoje užregistruota 7,7 proc. Iš visų nutrūkimų, negimdinius nėštumus sudaro 16,8 proc., savaiminius persileidimus 51,8 proc., nesivystančius nėštumus 31,4 proc. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras „Mirties priežastys 2018“ (2019, p. 146) ataskaitoje pateikė, jog per 2018 m. Lietuvoje gimė 115 negyvagimių, tai sudaro 0,3 proc. visų įvykusių nesėkmingų nėštumo baigčių nuo 22 nėštumo savaičių.

Skirtingose pasaulio šalyse skaičiuojama, kad nėštumo nutrūkimai įvyksta 10-25 proc. visų registruotų nėštumų, iš jų apie 80 proc. nutrūksta pirmajame trimestre (Ambriz-Lopez ir kt., 2017, p. 8, Engelhard, Hout, Arntz, 2001, p. 62). L. Campbell-Jackson ir A. Horsch (2014, p. 3) teigia, kad negyvagimių skaičius siekia net 2,64 mln. ir tai yra didesnis rodiklis pasaulyje, nei kasmetinis ŽIV ir AIDS mirčių skaičius. Pasaulinio gyventojų registro duomenimis (2017) net 13,5 proc. porų daugiau nei kartą patyrė būsimo kūdikio netektį. Nagrinėjant mokslinę literatūrą pastebima, kad nėštumų nutrūkimai įvyksta 6,3 mln. moterų kasmet (Bamniya ir kt., 2018, p. 1349), maždaug ketvirtadaliui nėščiujų (Ambriz-Lopez ir kt., 2017, p. 8; Murphy, Cacciatore, 2017, p. 232; Peters ir kt., 2015, p. 272; Campbell-Jackson Horsch, 2014, p. 3).

PSO dar 1948 m. pabrėžė, kad žmogaus psichinė gerovė yra būtina sveikatos apibrėžimo kontekste. Šios nuostatos laikomasi iki šiol. Todėl būtina teikti fizinę, psichologinę ir emocinę paramą moterims ir jų šeimoms, kurios patyrė nėštumo praradimą (Kiguli ir kt., 2015, p. 7). Pirminė parama ir pagalba turi būti pradėta teikti jau sveikatos priežiūros įstaigose. Pabrėžiama, kad išmintinga personalo pagalba gali būti vienintelė ir nepakeičiama parama šiuo laikotarpiu (Murphy,

Cacciatore, 2017, p. 232; Peters ir kt., 2015, p. 272). Tačiau pripažįstama, kad sveikatos gerovės samprata nėštumo praradimo atveju ilgai buvo laikoma tik patenkinama fizinė moters būklė, todėl įvairios psichoemocinės savijautos problemos tapdavo asmeniniu moters reikalu (Goddijn ir kt., 2019, p. 34). Nors A. Lang ir kt. (2011, p. 185) teigia, kad sveikatos priežiūros specialistų tikslas yra padėti išgyventi netektį, tačiau vis dar pastebimi ir netinkami ar netgi žalingi medikų veiksmai.

Tais atvejais, kai nėštumas vystosi sklandžiai, moteris jaučiasi puikiai, vaisiaus praradimas įvyksta staiga ir labai netikėtai, todėl nenuostabu, kad moteris išgyvena ne tik begalę jausmų, bet ir reiškia skirtingas emocijas, su kuriomis susidoroti gali tapti sudėtinga (Krosch, Shakespeare-Finch, 2017, p. 425). Daugelis moterų kenčia tylėdamos dėl bendro visuomenės įsitikinimo, kad kūdikio mirtis jam negimus yra nereikšminga. Visuomenė skatina sielvartą minimalizuoti, neleidžiant tėvams tinkamai išlieti jausmų, apsunkinant psichologinę ir emocinę padėtį bei gilinant gedulo išgyvenimą (Lang ir kt., 2011, p. 189). Nėštumo nutrūkimas psichologine prasme yra vertinamas kaip trauminė patirtis, kuri sukelia neigiamų jausmų išgyvenimą (Palmer, Murphy-Oikonen, 2018, p. 401). Netekties išgyvenimą sustiprina greitas ir efektyvus naujausių technologų vystymasis – ankstyvas nėštumo patvirtinimas bei mažėjantis perinatalinis mirtingumas – keliantis didesnius lūkesčius dėl nėštumo ir gimdymo sėkmės (Keefe-Cooperman, 2005, p. 282). Lūkesčiam nepasitvirtinus, nėštumo praradimas sukelia dar stipresnę traumatizmą, psichologinį ir fizinį disbalansą (Murphy, Cacciatore, 2017, p. 232).

Įvykis apie šeimos pagausėjimo nebebuvimą veikia traumatizuojančiai ne tik tėvus, bet ir visos šeimos gyvenimą (Bamniya ir kt., 2018, p. 1347). Nustatyta, kad būsimo šeimos nario praradimas gali turėti rimtų ilgalaikių pasekmių tėvų, turimų vaikų psichinei sveikatai ir yra susiję su potrauminiu stresu, depresija, nerimu ir miego sutrikimais (Bamniya ir kt., 2018, p. 1347; Tseng ir kt., 2017, p. 5136). G. E. Robinson (2014, p. 170) teigimu, ilgalaikis kaltės jausmas kelia didesnę pogimdyvinės depresijos (tolimesnio nėštumo metu), savižudybių, priklausomybių (alkoholizmas ir kt.) riziką. Tačiau įprastai išgyvenama netektis yra normalus gedėjimo procesas (Polukordienė, 2008, p. 39).

Siekiant išvengti nėštumo nutrūkimo sukeltų psichologinių pasėkmių moterims, J. Milgrom ir A.W. Gemmill (2014, p. 21) teigimu, visuotinis šios žmonių kategorijos tikrinimas yra vertinamas kaip geriausia praktika. Sheepstra ir kt. (2017, p. 3) moksliniame tyrime pateikiama, kad perinatalinio praradimo atveju tėvų jausmų nustatymas, galėtų padėti sveikatos priežiūros specialistams geriau suprasti išgyvenamą tėvų sielvartą ir padidinti psichosocialinio gyvenimo kokybę bei rūpinimasi jais. Autoriai savo moksliniuose tyrimuose tarsi pateikia užslėptą mintį, kad sveikatos priežiūros efektyvumą būtų galima vertinti moterų savijauta po nėštumo nutrūkimo (Murphy, Cacciatore, 2017, p. 233; Ratslavova, Kalvas, Beran, 2015, p. 192; Milgrom, Gemmill, 2014, p. 23). Moterys pripažino, jog sveikatos priežiūros sistema turėtų būti labiau orientuota į

pacientų savijautą, nes tai gali daryti didelę įtaką bendrai moterų gerovei po būsimo kūdikio netekties (Palmer, Murphy-Oikonen, 2018, p. 392).

Vis daugiau dėmesio skiriama moters psichinei sveikatai prenataliniu laikotarpiu tiek akušerijos ginekologijos, tiek psichiatrijos ar psichologijos mokslo literatūroje ir praktikoje, tačiau nerasta Lietuvoje atliktų tyrimų, kurie būtų vertinę moterų, patyrusių nėštumo nutrūkimą ir gydomų sveikatos priežiūros įstaigose, psichoemocinę savijautą (Jūrėnas, Paliulytė, 2017, p. 58). Šio tyrimo metu psichoemocinė savijauta suprantama ir vertinta pagal išgyvenamą netekties, sielvarto ir traumuojančio įvykio poveikio skales.

**Tyrimo objektas.** Moterų psichoemocinė savijauta nutrūkus nėštumui.

**Tyrimo subjektas.** Moterys, patyrusios nėštumo nutrūkimą.

**Hipotezė.** Vyresnės nei 30 metų moterys blogiau išgyvena nėštumo nutrūkimą nei moterys iki 30 metų.

**Tyrimo tikslas.** Išanalizuoti psichoemocinę moterų savijautą nutrūkus nėštumui.

**Tyrimo uždaviniai :**

1. Išanalizuoti moterų išgyvenamą netektį nutrūkus nėštumui.
2. Nustatyti moterų išgyvenamą sielvartą nutrūkus nėštumui.
3. Išanalizuoti moterų išgyvenamą trauminio įvykio poveikį nutrūkus nėštumui.
4. Įvertinti moterų psichoemocinės savijautos sąsajas su sociodemografiniais rodikliais.

**Tyrimo metodai:**

Mokslinės literatūros analizė.

Kiekybinis tyrimas, anketinė apklausa.

# I. MOTERŲ PSICHOEMOCINĖ SAVIJAUTA NUTRŪKUS NĖŠTUMUI

Nėštumas daugumai asocijuojasi su dideliu džiaugsmu ir laime (Goddijn ir kt., 2019, p. 18). Deja, akušerijoje susiduriama ir su gedulo fenomenu (Tseng ir kt., 2017, p. 5133). Patiriama intrauterininė vaisiaus žūtis sukelia visai šeimai, o ypač moteriai, didelį psichologinį stresą bei emocinį išgyvenimą (Goddijn ir kt., 2019, p. 18; Abraitis ir kt., 2014, p. 12). Nors netektį kiekvienas išgyvena individualiai, mirtis yra daugialypis reiškinys, susidedantis iš fizinių, elgesio ir dvasinių komponentų (Ratislavova, Kalvas, Beran, 2015, p. 192). Tačiau tais atvejais, kai nėštumas vystosi sklandžiai, moteris jaučiasi puikiai, vaisiaus praradimas įvyksta staiga ir labai netikėtai, todėl nenuostabu, kad moteris išgyvena ne tik begalę jausmų, bet ir reiškia skirtingas emocijas (Krosch, Shakespeare-Finch, 2017, p. 425).

PSO net 1948 m. pabrėžė, jog žmogaus psichinė gerovė yra būtina sveikatos apibrėžimo kontekste. Šios nuostatos laikomasi iki šiol. Todėl būtina teikti fizinę, psichologinę ir emocinę paramą moterims ir jų šeimoms, kurios patyrė nėštumo praradimą (Kiguli ir kt., 2015, p. 7). Pirminė parama ir pagalba turi būti pradėta teikti jau sveikatos priežiūros įstaigose. Tačiau pripažystama, kad sveikatos gerovės samprata nėštumo praradimo atveju, ilgai buvo laikoma tik patenkinama fizinė moters būklė, todėl įvairios psichoemocinės sveikatos problemos tapdavo asmeniniu moters reikalu (Goddijn ir kt., 2019, p. 34).

## 1.1. Nėštumo nutrūkimas

Nėštumas ir gimdymas – fiziologiniai procesai. Jų baigtys priklauso nuo prenataliniu laikotarpiu patiriamų medicininių, psichologinių, socialinių ir ekonominių veiksnių stiprumo. Šie veiksniai didina pažeidimo galimybę nėščiajai, gimdyvei, vaisiui ir naujagimiui (Drąsutienė, 2010, p. 114).

Nėštumui tapus didelės rizikos – kai nepalankus veiksnių poveikis kelia tiesioginę žalą vaisiui, vystosi tolimesnės patologinės eigos, kurios gali išprovokuoti nėštumo nutrūkimus (Drąsutienė, 2010, p. 114). ESHRE (2019, p. 1) sukurtose klinikinėse praktikos gairėse nėštumo nutrūkimas apibrėžiamas, kaip spontaniška vaisiaus mirtis prieš gimstant.

### 1.1.1. Nėštumo nutrūkimo samprata

Intrauterininė vaisiaus žūtis gimdoje gali įvykti, bet kuriuo nėštumo laikotarpiu, iki gimdymo ar net jo metu (Abraitis ir kt., 2014, p. 7). Todėl nėštumo nutrūkimas gali būti skirstomas į du etapus: iki 22 nėštumo savaitės ir nuo 22 nėštumo savaitės (Nadišauskienė, 2008, p. 38, 41).

HI duomenimis (2018, p. 4) nėštumo nutrūkimas iki 22 nėštumo savaitės (21 sav. + 6 d.) yra įvardijamas abortu. Į šią sąvoką įeina savaiminis persileidimas - tai nėštumo nutrūkimas su daliniu ar visišku vaisiaus pašalinimu iš gimdos iki 22 nėštumo savaitės (Gaidelytė, 2018, p. 1;

Nadišauskienė, 2008, p. 40), kuris pagal klinikinę eigą skirstomas į atskirus nazologinius vienetus: gresiantį, progresuojantį, dalinį, visišką. Taip pat persileidimų grupei priklauso ir neaugantis, arba kitaip vadinamas, nesivystantis nėštumas (Jašiskytė, 2016, p. 11; Nadišauskienė, 2008, p. 38). Kadangi šis procesas užsitęsia, nes miręs embrionas ar vaisius užsilaiko gimdoje (Jašiskytė, 2016, p. 11; Drąsutienė, 2010, p. 196), labai dažnai yra išskiriamas ir analizuojamas visiškai atskirai.

Persileidimai laikomi viena dažniausiai pasitaikanti nėštumo komplikacija, kuri pagal nėštumo laiką yra skirstoma į ankstyvuosius (kurie įvyksta iki 14 nėštumo savaitės) ir vėlyvuosius (įvyksta 14-21 nėštumo savaitę) abortus (Weintraub, Sheiner, 2011, p. 30; Nadišauskienė, 2008, p. 38). Apvaisintas kiaušinėlis augdamas gimdoje gali būti įvardijamas kaip embrionas arba vaisius. Embrioninis nesivystantis nėštumas laikomas, kai nestebima širdies veikla ir embriono ilgis 5 centimetrai ir daugiau. Vaisius žūtis traktuojama taip pat sustojus širdžiai nuo 7 nėštumo savaitės iki gimimo (Ashaat, Husseiny, 2012, p. 17). Silver ir kt. (2011, p. 72) pateikė pasiūlymą pakeisti bendrąjį medicininį terminą „ankstyvas nėštumo nutrūkimas“ paremtą vystymosi biologija: asperi-implantacijos praradimas (<5 savaitės), ikimbrioninis praradimas (5 savaitės), embriono netekimas (6–9 savaitės) ir vaisiaus praradimas (10–19 savaitė). Tačiau RCOG 24 nėštumo savaites laiko viršutine persileidimo riba, atsižvelgiant į tai, kad šis nėštuminis amžius laikomas gyvybingumo riba (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2006).

R. Gaidelytės (2018, p. 1) teigimu, prie nėštumo praradimų būtina įtraukti ir negimdinį nėštumą – kai apvaisintas kiaušinėlis vystosi ne gimdos ertmėje (kiaušintakyje, pilvo ertmėje, kiaušidėje, rudimentiniame gimdos rage, gimdos kaklelyje). Tai pavojinga ir grėsminga būklė moteriai, sukianti ne tik ūmų pilvo skausmą, bet ir kraujavimą į pilvo ertmę. Tokiu atveju būtinas operacinis gydymas (Drąsutienė, 2010, p. 719, 721). Šiuo atveju nėštumo nutrūkimas sukelia ne tik psichologinį, bet ir didelį tiesioginį fizinį skausmą, dėl kurio patiriamos emocijos sustiprėja (Engelhard, Hout, Arntz, 2001, p. 62).

Lietuvoje vėlyvuojų nėštumo laikotarpiu (nuo 22 nėšt. sav.) vaisiaus žūtis iki jo visiško išstūmimo ar ištraukimo iš motinos kūno yra įvardijamas kaip negyvagimiai (Lietuvos statistikos departamento įsakymas Nr. DĮ-15, 2017, p. 2) Tuo atveju, jei nežinomas tikslus savaitė skaičius negyvagimiu laikomas naujagimiu, kuris sveria 500 ir daugiau gramų. Negyvagimystė skirtingose pasaulio šalyse nustatoma nuo 16 iki 28 nėštumo savaitės (Goddijn ir kt., 2019, p. 15; Abraitis ir kt., 2014, p. 7), Afrikoje šis įvykis vadinamas empuna arba ekintu (Kiguli ir kt., 2015, p. 3). Lietuvoje vaisiaus mirtis po 22 nėštumo savaitės yra priskiriama naujagimių mirtingumui (Abraitis ir kt., 2014, p. 58).

### **1.1.2. Nėštumo nutrūkimo paplitimas Lietuvoje ir pasaulyje**

Nėštumo nutrūkimas yra dažna problema tiek Lietuvoje, tiek visame pasaulyje. Lietuvos statistikos portalo duomenimis (2019) 2018 m. nėščiujų buvo 34 396, pagimdė 28 149 moterys. Iki

22 nėštumo savaitės įvyko 2 661 nėštumo nutrūkimas, tai sudaro 7,7 proc. visų užregistruotų nėštumų Lietuvoje. Iš visų nutrūkimų, įvykusių 2018 metais negimdinius nėštumus sudaro 16,8 proc., savaiminius persileidimus 51,8 proc., nesivystančių nėštumų 31,4 proc. Skaičiuojama, kad 10-25 proc. visų nėštumų baigiasi persileidimais, iš jų apie 80 proc. įvyksta pirmajame trimestre (Ambriz-Lopez ir kt., 2017, p. 8, Engelhard, Hout, Arntz, 2001, p. 62). A. Jašiskytės teigimu (2016, p. 10) Lietuvoje 20–30 proc. visų nėštumų užsibaigia nesivystančio nėštumo diagnoze. Ispanijoje iš visų patvirtintų nėštumų persileidimai (spontaninis abortas) pasireiškia 10–20 proc. (Borrell, Stergiotou, 2013, p. 491; Wiley, Ltd, 2013). Nagrinėjant mokslinę literatūrą pastebima, kad nėštumų nutrūkimai įvyksta maždaug ketvirtadaliui nėščiųjų (Ambriz-Lopez ir kt., 2017, p. 8).

Lietuvoje vėlyvuojų nėštumo laikotarpiu (nuo 22 nėšt. sav.) vaisiaus mirtys įvyksta daug rečiau (2–3 kartus nuo bendro nutrūkimų skaičiaus), tačiau kelia didesnę traumatizmą (Horesh, Nukrian, Bialik, 2018, p. 96). Pagal HI Sveikatos informacijos centro „Mirties priežastys 2018“ (2019, p. 146) ataskaitą, pateikta, jog per 2018 m. Lietuvoje gimė 115 negyvagimių, tai sudaro 0,3 proc. visų įvykusių nesėkmingų nėštumo baigčių. Tuo tarpu L. Campbell-Jackson ir A. Horsch (2014, p. 3) teigia, kad negyvagimių skaičius siekia net 2,64 mln. ir tai yra didesnis rodiklis pasaulyje, nei kasmetinis ŽIV ir AIDS mirčių skaičius.

V. Abraičio ir kt. (2014, p. 15, 60) akcentuojama, kad pakartotinės negyvagimystės tikimybė yra 3 proc. ir šis statistinis rodiklis yra dėl 25-50 proc. visų atvejų, kai tiksli vaisiaus žūties priežastis neaiški. Pasak M. Goddijn ir kt. (2019, p. 17) Škotijoje pakartotines nėštumo netektis iki 10 gestacinės nėštumo savaitės patyrė 5 proc. porų. J. Wiley ir S. Ltd (2013, p. 494) teigia, kad pasikartojantis persileidimas pasireiškia 1 proc. reprodukcinio amžiaus porų. O Pasaulinio gyventojų registro duomenimis (2013) net 13,5 proc. porų daugiau nei kartą patyrė būsimo kūdikio netektį.

Kiguli ir kt. (2015, p. 1) pastebi, kad tiksliausias negyvagymų skaičiaus nėra. Reali situacija ne visada yra reglamentuojama atitinkamuose dokumentuose net ir aukštą sveikatos priežiūrą taikančioms šalims. Ugandoje kiekviena ligoninė, teikianti 3500 gimdymų per metus, fiksuoja 8 proc. negyvagimystę. Per metus tai sudaro 400 000 tūkst. naujagimių (Froen ir kt., 2011, p.1).

Bendrą nėštumų nutrūkimo skaičių sunku įvertinti, jei vaisiaus mirtis traktuojama ir ankstyvojo implantavimosi laikotarpiu (Wiley, Ltd, 2013, p. 491). Šiuo atveju nėštumas diagnozuojamas, kai žmogaus chorioninio gonadotropino kiekis yra didesnis nei 0,025 ng/ml ir šis kiekis šlapime randamas 3 dienas iš eilės. Lietuvoje iki 21 sav. ir 6 d. intrauterininės žūties yra traktuojamos kaip nesivystančių nėštumų arba neįvykusių persileidimų baigtys, todėl šie įvykiai nėra įtraukiami į mirčių registrą (Abraitis ir kt., 2014, p. 58).

### 1.1.3. Nėštumo nutrūkimo priežastys

Žmonės supanti aplinka daro didelį poveikį jų sveikatai. Todėl motinos sveikatos būklė, ją supanti aplinka, fizinis aktyvumas, mityba, priklausomybės ir kiti faktoriai daro tiesioginį poveikį vaisiaus būklei (Ambriz-López ir kt., 2017, p. 8). Dėl įvairių priežasčių ar net jų kompleksu vaisius gali žūtį nėštumo arba gimdymo metu (Abraitis, 2014, p. 8).

Vaisiui daroma žala priklauso nuo rizikos, kurią patiria skirtingais vystymosi etapo tarpsniais. Nustatyta, kad pirmasis nėštumo trimestras yra svarbiausias embriogenezei, todėl vyrauja fenomenas „viskas arba nieko“ (Goddijn ir kt., 2019, p. 32). Svarbiausi yra motinos gyvensenos veiksniai, kurie turi didelę reikšmę vaisiaus vystymuisi:

- Moterų amžius – tai nevaisingumo, vaisiaus anomalijų ir akušerinių komplikacijų rizikos veiksnys (Goddijn ir kt., 2019, p. 23). Įrodyta, kad moterys, kurioms yra 35 ir daugiau metų, patiria didesnę nėštumo nutrūkimų dažnį, nei jaunesnės oponentės. Taip pat tai vienintelis statistiškai reikšmingas vaisiaus chromosomų anomalijas prognozuojantis veiksnys (Abraitis ir kt., 2014, p. 8; Wiley, Ltd, 2013, p. 494; Grande ir kt., 2012, p. 3011).
- Stresas – stipri emocinė ir fizinė trauma, nervinė įtampa nėštumo metu taip pat gali būti susijęs su padidėjusia nepageidaujamų nėštumo ir gimimo baigčių rezultatais (Goddijn ir kt., 2019, p. 23; Abraitis ir kt., 2014, p. 8).
- Rūkymas - daro labai stiprų ir tiesioginį poveikį ne tik moteriai, bet ir jos vaisiui. Dėl rūkymo padidėja nepageidaujamų gimdos anomalijų, negimdinio nėštumo, negyvagimio, placentos pirmeigos ir atšokos, priešlaikinio gimdymo, mažo naujagimio gimimo svorio ir įgimtų anomalijų tikimybė (Goddijn ir kt., 2019, p. 30; Abraitis ir kt., 2014, p. 9).
- Svoris – pastebėta, kad 58 proc. moterų, kurios turi antsvorį dažniau persileidžia, nei tos, kurių KMI yra normos ribose (Lo ir kt., 2012, p. 169). Svorio reikšmė pastebima, kai  $KMI > 30 \text{ kg/m}^2$  kūno ploto (Abraitis ir kt., 2014, p. 9).
- Kofeino kiekis – kasdienis kofeino didinimas, norint užslopinti rytinį pykinimą, kelia didesnę vėlyvų persileidimų, negyvagymių riziką (Greenwood ir kt., 2010, p. 175).
- Alkoholis - turi aiškų neigiamą poveikį nėštumui bei vaisiaus vystymuisi. Nėštumo nutrūkimų rizika padidėja, jei motina vartoja nuo 2 iki 4 gėrimų per savaitę. Reguliarus svaigiųjų gėrimų vartojimas proporcingai didina netekčių riziką (Avalos ir kt., 2014, p. 1438)

Kiti rizikos veiksniai:

- Lytiniai santykiai – patariama vengti pirmojo trimestro metu, tačiau tai tik gydytojų rekomendacijos, neparemtos moksliniais tyrimais;

- Vaistų vartojimas (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2006, p. 82).
- Didelis kiekis saulės spinduliuotės (Goddijn ir kt., 2019, p. 32).
- Smurtavimas šeimoje (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2006, p. 80).
- Užsitęsęs nėštumas - gimdymas neprasidėjęs 42 nėštumo savaitę, padidina galimų komplikacijų dažnį. Negyvagimystės tikimybė padidėja dėl asfiksijos pavojaus perbrendusiam vaisiui (Abraitis ir kt., 2014, p. 8, 9; Nadišauskienė, 2008, p. 76, 78, 82, 83).
- Žemas poros išsilavinimas (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2006, p. 78).
- Buvęs priešlaikinis gimdymas - įvardijamas kaip nėštumo nutrūkimas nuo 22 sav. ir 0 d. iki 36 nėštumo sav. ir 6 d. bei vaisiui sveriant bent 500 g. Ši indikacija svyruoja nuo 5 iki 8 proc. prasidėjus priešlaikiniam gimdymui vaisio žūtis gimdoje yra laikoma kaip kontraindikacija gimdymo stabdymui (Abraitis ir kt., 2014, p. 8, 9; Nadišauskienė, 2008, p. 41. 43).
- Vaisiaus augimo sulėtėjimas (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2006, p. 80).
- Negyvagimystė – esant praeityje įvykusiai intrauterininiai žūčiai patartina rekomenduoti folio rūgštį vartoti mažiausiai mėnesį iki nėštumo ir iki 12 savaičių po 400–800 mikrogramų per dieną, nestebint raidos sutrikimų, ir 4-5 mg per dieną, jei jie buvo pastebėti (Abraitis ir kt., 2014, p. 8, 9). Moterims, kurių vaisiaus žuvimo priežastis neaiški, rizika vėl susilaukti negyvo naujagimio yra 0,78–3 proc. (Abraitis ir kt., 2014, p. 14, 59).

Motinos savijauta yra labai svarbi vaisiaus vystymuisi. Jei jos būklė pablogėja, galimų komplikacijų dažnis padidėja ir būsimam kūdikiui. Daug reikšmės vaisiaus būklei turi hipertenzija, preeklampsija, eklampsija, lėtinė hipertenzija, antifosfolipidinis sindromas, kraujavimas, žalingi motinos įpročiai (ypač rūkymas, alkoholis ir kt.), nutukimas. Didele svarba pasižymi motinų endokrininių ir autoimuninių ligų progresavimas: cukrinis diabetas, skydliaukės funkcijos sutrikimai, sisteminė raudonoji vilkligė bei kitos panašios ligos. Infekcijos sukeltos pasekmės nėštumo metu gali padaryti neatitaisomos žalos, ypač, jei plintama hematogeniniu ar ascendentiniu keliu. Tai būdinga CMV infekcijai, sifiliui, raudonukei, listeriozei, toksoplazmozei, parvovirusinei infekcijai, Herpes simplex viruso, Coxackie viruso infekcijoms, E. coli, Klebsiela, B grupės streptokoko, enterokoko, mikoplazminei, ureaplazminei, chlamidinei infekcijai bei Laimo ligai ir kitoms. Neabejotinai prie to prisideda Rh izoimunizacija bei cholestazė. O tai kelia didenę riziką išsivystyti vaisiaus raidos patologijai, įgimtoms infekcijoms, kurios dažniausiai ir sukelia

nėštumo nutrūkimą (Goddijn ir kt., 2019, p. 23; Kiguli ir kt., 2015, p. 1; Abraitis ir kt., 2014, p. 8,9; Drąsutienė, 2010, p. 197).

Dėl prieš tai išvardintų rizikos veiksnių vystosi vaisiaus gyvybei pavojingos būklės, kurios dar iščiose gali sukelti mirtį. M. Goddijn ir kt. (2019, p. 23), V. Abraitis ir kt. (2014, p. 8, 9), G. Drąsutienė (2010, p. 197) pateikė vaisiaus mirties priežastis gimdoje (5 priedas).

Gimdymo metu greita vaisiaus mirtis vystosi dėl placentos atšokos, motinos ir vaisiaus infekcijos, virkštelės iškritimo, hipoksijos, gimdos plyšimo. Išvardintos priežastys gali kombinuotis, tokius atveju mirtis neišvengiama. Tačiau lieka galimybė, kad tiksliai priežastis nebus nustatyta, tai sudaro net 25-50 proc. atvejų, kai vaisius žūva gimdoje (Goddijn ir kt., 2019, p. 23; Abraitis ir kt., 2014, p. 8,9; Drąsutienė, 2010, p. 197).

Intrauterininei žūčiai didelę reikšmę turi vaisiaus vystymosi eiga. Patologinis vystymasis, kai stebimi ne tik raidos, bet ir chromosominių pakitimų, išgyvenamumo tikimybė sumažėja (Froen ir kt., 2011, p.1). Vaisiaus augimo sulėtėjimo, daugiavaisio nėštumo komplikacijų ar išsivysčiusio nukraujavimo sąlygoms, kai vystosi placentos atšoka, virkštelės kraujagyslių pirmeiga, chorioangioma, choriokarcinoma, motinos trauma, po amniocentezės – vaisius žūva. Retai išsivysto vaisiui pavojinga imuninė ir neimuninė vandenė bei įgimta trombofilija: Leideno faktorius, galinti būti mirties priežastimi (Ambriz-López ir kt., 2017, p. 8).

Organai, aprūpinantys vaisių reikalingomis medžiagomis nėštumo laikotarpiu, pavojingų sąlygų metu, gali pražūdyti būsimą naujagimį. Virkštelės ir placentos sukeltos mirties priežastys yra priešlaikinė placentos atšoka, placentos funkcijos nepakankamumas, placentos, dangalų, virkštelės uždegimas, virkštelės kraujagyslių pirmeiga, virkštelės komplikacijos apibūdinamos, kaip virkštelės kilpos iškritimas, tikrojo mazgo užsiveržimas, kraujagyslių trombozė, trumpa virkštelė (Ambriz-López ir kt., 2017, p. 8; Abraitis ir kt., 2014, p. 8, 9).

## **1.2. Moterų psichoemocinė savijauta nutrūkus nėštumui**

Lietuvos Visuomenės sveikatos centras pabrėžia, kad gyventojai turi gauti orientuotą, kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą pagal savo poreikius (Lietuvos Respublikos seimo nutarimas Nr. XII-964, 2014, p. 22). Todėl sveikatos priežiūros specialistai atsižvelgdami į LR Sveikatos sistemos įstatyme (1994, p. 14) pateiktą sveikatos apibūdinimą, stengiasi daryti viską, kad įgyvendintų visapusišką apibūdinimą: fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę. Tačiau įvykus nėštumo nutrūkimui šeima negali realizuoti vieno iš pagrindinio poreikio tapti tėvais (Jašinskienė, 2016, p. 18), o tai griauna psichologinės savijautos aspektą.

Nėštumas yra reikšmingas įvykis moters gyvenime, o emocinis prisirišimas prie nėštumo ir besivystančio vaisiaus labai stiprus. Nutrūkus šiam ryšiui moteris patiria didelę emocinę naštą (Lang ir kt., 2011, p. 190; Weintraub, Sheiner, 2011, p. 32), todėl suprasti savo jausmus ir gebėti pagrįstai juos reikšti darosi sudėtinga (Murphy, Cacciatore, 2017, p. 232).

Kadangi nėštumo nutrūkimai dažniausiai įvyksta vaisiaus vystymosi pradžioje, kai vizualių kūno pokyčių galima ir nepastebėti (Ambriz-Lopez ir kt., 2017, p. 8), dažnai moteris gauna labai mažą socialinę paramą iš aplinkinių. J. Kiguli ir kt. (2015, p. 2) pastebėjo, kad rytinėje Ugandoje, kurioje nėra remiamos šeimos po netekties, gimsta didesnis kiekis negyvagymių, nei kitose šalies pusėse. Todėl nėštumo praradimas sukelia dar stipresnę traumatizmą, psichologinį ir fizinį disbalansą, taip bloginant psichoemocinę moterų savijautą (Murphy, Cacciatore, 2017, p. 232).

Po pageidaujamo nėštumo nutrūkimo moteris labai kenčia, jaučia abejones ir nesaugumą. Vaiko netektis siejama su ypač sunkia patirtimi bei psichologinėmis problemomis, kurios išgyvenamos įvairaus sudėtingumo laikotarpiais bei skirtingom psichoemocijom: sielvarto, kaltės, nerimo, skausmo, pasimetimo, pykčio, susirūpinimo ir kt. (Murphy, Cacciatore, 2017, p. 232; Peters ir kt., 2015, p. 272; Robinson, 2014, p. 169).

### 1.2.1. Netekties išgyvenimas

Netekties išgyvenimas yra normalus gedėjimo procesas (Polukordienė, 2008, p. 39). Tačiau poros dviprasmiškai supranta šį reiškinį, nes tai nėra tradiciškai priimtina mirtis (Lang ir kt., 2011, p. 189). Todėl pirminiai psichoemociniai potyriai yra svarbūs sveikatos priežiūros specialistams, norint įvertinti realią moters emocinę situaciją (Goddijn ir kt., 2019, p. 18). Parama, supratimu, pripažinimu turėtų remtis kiekvienas medikas netekties akivaizdoje, pabrėžiant, kad sielvartaujančios motinos reakcijos yra normalios ir suprantamos. Jų gėdytis nereikia (Goddijn ir kt., 2019, p. 18). Tuo tarpu visuomenė yra linkusi sielvartą minimalizuoti, neleidžiant tėvams tinkamai išlieti jausmų, o tai dar labiau sunkina psichologinę savijautą bei gilina gedulo išgyvenimą (Lang ir kt., 2011, p. 189).

Sankirta tarp mirties ir gyvenimo neišvengiama. Visa, kas mum brangu, svarbu ir reikšminga, bet kada gali būti sunaikinta ar sužlugdoma. Todėl pasiruošimas netekčiai yra neįmanomas (Polukordienė, 2008, p.8). Pasak J. V. Zamanajeva (2007) netekčiai būdingi tris bruožai: negrįžtamumas, reikšmingumas ir nepriklausymas nuo žmogaus valios. Tai labai tinkama nėštumo nutrūkimo atveju. Nei visuomenė, nei medikai gamtos ciklą negali nei sustabdyti, nei pakeisti (Ashaat, Husseiny, 2012, p. 17).

Todėl žmogus išgyvendamas staiga nutrūkusius ryšius išgyvena natūraliai pasireiškiančius gedėjimo jausmus – kaltę, nerimą, liūdesį, skausmą, sielvartą (Polukordienė, 2008, p.8).

**Kaltė.** G. E. Robinson (2014, p. 169) teigia, kad pageidaujamo nėštumo nutrūkimo atveju moteris išgyvena kaltę. Savigrauzos ir gilaus sielvarto sąsajos tarp moterų pastebimos ir Čekijos Respublikoje K. Ratislavova, F. Kalvas, J. Beran (2015, p. 194) atlikto tyrimo metu. Tačiau svarbiausia, kad išgyvenamos netekties emocijos neužsitęstų.

Ilgalaikę visuomenėje nusistovėjusią, kaltės suformuotą normą, pastebėjo M. A. Koenig ir kt. (2003, p. 55) savo atlikto kokybinio tyrimo metu išsiaiškinę, kad Vakarų Ugandoje 70 proc. vyrų

ir 90 proc. moterų yra įsitikinę, kad smurtas prieš moterį po nėštumo nutrūkimo tam tikromis aplinkybėmis yra priimtinas elgesys. Apie jausmų tęstinumą pasisakė ir G. E. Robinson (2014, p. 170), teigdamas, kad ilgalaikis kaltės jausmas kelia didesnę pogrūdvinės depresijos (tolimesnio nėštumo metu), savižudybių, priklausomybių (alkoholizmas ir kt.) riziką. J. Kiguli ir kt. (2015, p.3) pastebi, kad partnerių skyrybų tikimybė padvigubėja, jei nėštumo nutrūkimas įvyksta 2 ir daugiau kartų. Svarbu paminėti, jog būsimo kūdikio netektis porų santykius veikia dviprasmiškai. Vienus praradimas suartina, kitiems sukelia santykių krizę, kuri gali išsivystyti į skyrybas. Psichologai teigia, kad pirminė santykių reakcija yra apsauginė ir abipusis supratimas gali būti susijęs su mažesniu sielvartu, nerimu ir depresija (Scheepstra ir kt., 2017). Tuo atveju, jeigu pora neturi artimų ryšių, sielvartas ar lūkesčiai yra priešaringi, tikėtina, jog nepalaikys vienas kito, negalės susitarti įvairiais klausimais, vystysis konfliktai, nepagarba vienas kitam (Hutti ir kt., 2015).

Ne visada žmogaus kūnas elgiasi teisingai įsisamoninimo atžvilgiu. Nesivystančio nėštumo metu, moteris žuvusį vaisių gali nešioti nuo 4 iki 8 savaičių, net nežinodama apie jo mirtį gimdoje (Abraitis ir kt., 2014, p. 10). Tai sukelia dar stipresnę skausmą – nes mintis apie negyvo vaisiaus egzistavimą kūne sustiprina kaltę (Sheiner, Weintraub, 2011, p. 25). Taip pat kaltės jausmą sužadina ir po lytinių santykių atsiradęs kraujas ar įvykusi vaisiaus netektis (Godijn ir kt., 2019, p. 30).

Kaltės jausmą moters pašamonėje formuoja ir visuomenė. M. A. Koenig ir kt. (2003, p. 55) atlikto tyrimo metu Ugandoje pastebėjo, kad moterims draudžiama viešai gedėti savo mirusių vaikų, o aplinkiniai ne tik, kad neteikia užuojautos, o kaip tik skleidžia stigmatizaciją. RA. Haws ir kt. (2010, p. 1764) išsiaiškino, jog Tanzanijoje moterys nerimauja būti pasmerktos, dėl to, apie savo netektį nešneka. Tai formuoja kaltės jausmą, kurį viena moteris stengiasi išgyventi savyje.

**Nerimas.** Tai dažna nėštumo nutrūkimo atveju patiriamama psichoemocija. G. E. Robinson (2014, p. 169) po intrauterinės vaisiaus mirties aprašo ne tik išgyvenamą kaltės jausmą, bet išskiria ir patiriamą nerimą. Autorė pabrėžia, jog kaltės jausmas dėl įvykusios netekties gali peraugti į nuolatinį ir kamuojantį nerimą dėl būsimo nėštumo. M. H. Hutti (2015) pabrėžia, jog išgyventa kūdikio netektis lemia tai, jog kito nėštumo metu motersis jaučia baimę, neužtikrintumą. Nerimas kamuoja moterį, ištisinis stresas kelia vaisiaus širdies ritmo tachikardija, vaiko irzlumą gimus.

Nerimas yra dažnai tiriamas ir dokumentuojamas literatūroje ne tik prenatalinės netekties išgyvenimo laikotarpiu, bet ir komplikuoto nėštumo atveju (Robinson, 2014, p. 169; Lamb, 2002, p. 33). Tai būdinga moterims, kurios fiziologinę nėštumo būseną pakeičia į patologinę.

Nerimo formavimo procese didelę reikšmę vaidina visuomenė. Po pageidaujamo nėštumo nutrūkimo moteris labai kenčia, jaučia abejones ir nesaugumą. Nėštumas yra reikšmingas įvykis moters gyvenime, o emocinis prisirišimas prie nėštumo ir besivystančio vaisiaus labai stiprus. Nutrūkus šiam ryšiui moteris patiria didelę emocinę naštą (Lang ir kt., 2011, p. 190; Weintraub,

Sheiner, 2011, p. 32), kuri siejama su sunkia patirtimi bei psichologinėmis problemomis, kurios išgyvenamos įvairaus sudėtingumo laikotarpiais bei skirtingom psichoemocijom (Murphy, Cacciatore, 2017, p. 232; Peters ir kt., 2015, p. 272; Robinson, 2014, p. 169).

Moterims nerimą kelia vaisiaus užgimimo procesas. Didelę reikšmę turi aplinka, kurioje tai vyksta. Galimybės:

- Sveikatos priežiūros įstaigoje – pirmiausia, didelį nerimą kelia medikų pasimetimas norint pranešti žinią. Laikotarpis nuo diagnozės patvirtinimo iki vaisiaus užgimimo – ilgas, sudėtingas ir varginantis procesas (Sheepstra ir kt., 2017, p. 3).
- Namuose – intrauterininės žūties atveju yra galimybė taikyti ir koncervatyvų gydymo būdą, kai moteriai leidžiama persileisti namuose (Abraitis ir kt., 2014, p. 12). Tokiu atveju, moteris patiria stiprų nerimą dėl nežinomybės, kokia eiga procesas klostysis ir kaip reikėtų tinkamai elgtis su vaisiumi (Lang ir kt., 2011, p. 189).

Nerimo lygis taip pat priklauso nuo nėštumo dydžio. Antropometriniams kūno pokyčiams tapus vizualiai pastebimiems nėštumo nutrūkimas sukelia didesnę traumatizuojantį poveikį moteriai dėl aplinkinių, šeimos, turimų vaikų informuotumo. Tačiau didžiausią nerimą kelią ne paties žinios pateikimas, bet kokį poveikį jis gali sukelti ir kokia nenumaldoma žala gali būti padaryta (Lang ir kt., 2011, p. 189, 190).

Tačiau nerimas moterį kamuoja ne tik iš karto po žinios apie vaisiaus mirtį, bet ir psichoemocinio gijimo metu. Mintis, kad tavo būsimas kūdikis bus užmirštas ir jo gimtis liks tik moters atminty, nešvenčiant gimtadienių, o tik prisimenant mirties diagnozavimo dieną - liūdina. Bet daug didesnę nerimą kelią neviltis, kad tavo porininkas, to niekada neatsimins ir šį skausmą teks išgyventi vienai (Lang ir kt., 2011, p. 189, 190).

**Skausmas.** Po nėštumo nutrūkimo moterį kamuoja gyli širdgėla. Pirmiausia ji formotis pradeda diagnozavus žūtį, tačiau vilimasi, kad gydytojas suklydo (Godijn ir kt., 2019, p. 23). Vėliau šis jausmas išgyvenamas dėl medikų nesugebėjimo įvertinti realios situacijos. Tai pateikė A. Lang ir kt. (2011, p. 189) savo atlikto tyrimo metu, kai motina pamatė savo mirusio kūdikio kūną įdedant į plastikinį maišelį.

Netekties skausmo dydis tendencingai mažėja metų bėgyje (Bamniya ir kt., 2018). Tai ypatingai pastebima Vakarų Europos šalyse, kuriose iš ligoninės tėvai gauna atminimą apie savo mirusį kūdikį (nuotrauka, rankos ar kojos antspaudas, plaukų sruoga). Ši taktika taikoma ir Čekijos Respublikoje. Net 24,1 proc. tėvų, patyrę vėlyvą nėštumo nutrūkimą, turi materialiai įamžintą atsiminimą (Ratislavova, Kalvas, Beran, 2015). Ši tendencija priklauso nuo valstybės kultūrinio požiūrio, dvasinės stigmos bei žmonių nusistatymo (Robinson, 2014, p. 169), tačiau vaisiaus realizavimas žemėje padeda moterims ir jų šeimoms lengviau išgyventi patiriamą prenatalinį skausmą. Bet tai nėra aiškus ir įprastas gedulo ritualas. Tėvai pažymi, kad retu atveju buvo

skatinami planuoti laidotuves ar užsiimti kita atminimo veikla. Dėl šios priežasties moteris jaučiasi neturinti teisės gedėti, o tai tik padidina išgyvenamą skausmą ir kančias. (Lang ir kt., 2011, p. 192).

**Pasimetimas.** Dvejonės – tai dar viena moteris kamuojanti emocija. Tačiau ši galinti neduoti ramybės net miego metu – sapnų forma. Košmarai - taip apibūdina bemiegias naktis moterys, kuriom į daugumą klausimų nebuvo atsakyta. Jaučiama nuolatinė dvejonė dėl priimtų ir busimų sprendimų (Lang ir kt., 2011, p. 189).

Lytis – tai viena daugiausiai neduodanti ramybės mintis moterims. Medikai pirmojo trimestro metu negali pasakyti kokios lyties atstovas buvo vaisius, tačiau vėlyvųjų netekčių atveju ši dvejonė būtų buvusi išsklaidyta, jei moteris būtų sutikusi. Daugelis to atsisako, o vėliau tai išgyvena (Avalos ir kt., 2014, p. 53).

Dažnai tėvai jau būna išrinkę vardus, nusipirkę baldus, drabužėlius ir net suplanavę veiklą, kurios teks imtis gimus vaikui. Įvykus mirčiai tolimesni gyvenimo planai lieka, tačiau pasimetimas dėl tolimesnių veiksmų išlieka. Šią patirtį papildo ir stiprus pasimetimas dėl savo tolimesnė ateities. Tačiau esant stipriam poros santykiams ši emocija yra greitai išgyvenama (Peacocks, 1998, p. 148).

Labai daug dvejonių ir pasimetimo išgyvenama, aptariant persileidimo galimybes. Todėl patartina įvykus nėštumo nutrūkimui laikytis protingos užbaigimo taktikos ir esant palankiai moters sveikatai, suteikti moteriai galimybę grįžti į namus (Abraitis ir kt., 2014, p. 12). Be abejo, su šiuo patarimu turi sutikti ir pati moteris. Tačiau dažnai, bijodamos gimdymo, pacientės prašo, kad būtų atliktas cezario pjūvis. Vien dėl žuvusio vaisiaus cezario pjūvis neturi būti atliekamas. Gimdymas visada planuojamas natūraliu būdu, išskyrus atvejus, kai dėl objektyvių priežasčių arba grėsmės moters gyvybei natūralus būdas neįmanomas (Peters ir kt., 2015, p. 272; Abraitis ir kt., 2014, p.12; Lang et al., 2011, p. 189).

Dviejų savaitių laikotarpyje po vaisiaus žūties diagnozavimo, 80–90 proc. moterų prasideda savaiminis gimdymas. Moterį reikia būtinai informuoti, kad nėštumo tęsimas blogina ištyrimo galimybes, todėl mirties priežastis gali būti ir nenustatyta (Peters ir kt., 2015, p. 272; Lang ir kt., 2011, p. 189). Nešioti žuvusį vaisių pacientei psichologiškai yra labai sunku, todėl labai nedaug moterų pasirenka laukimo taktiką – savaime prasidedantį gimdymą. Dauguma moterų, sužinojusios apie vaisiaus žūtį ir patyrusios didžiulį emocinį stresą, nori nėštumą užbaigti kuo greičiau ir renkasi aktyvią nėštumo užbaigimo taktiką – gimdymo sužadinimą tuoj po diagnozės patvirtinimo (Abraitis ir kt., 2014, p. 12, 13).

Šeimai turi būti suteikiama galimybė pamatyti savo naujagimį, duodama laiko atsisveikinti, nusifotografuoti. Rekomenduojama socialinio darbuotojo, psichologo, paramos grupių pagalba. Ištvirti sudėtingą gedėjimo laikotarpį, kuris yra labai individualus, gali padėti artimųjų parama, socialinio darbuotojo konsultacijos, psichologų ar psichoterapeutų pagalba. Tikintiesiems gali padėti šventiko patarimai. Po gimdymo moteris neguldoma į palatą, kurioje yra sveikus naujagimius

pagimdžiusių moterų. Negyvo naujagimio palaikūs tėvai turi teisę palaidoti ar kremuoti Lietuvos Respublikos įstatymais nustatyta tvarka (Ratislavova, Kalvas, Beran, 2015, p. 197; Lang ir kt., 2011, p. 189).

Sveikatos priežiūros humanizavimo procesas yra lėtas. Tačiau jau yra daug galimybių gerokai sumažinti šių patirčių našta, tačiau ties tuo būtina dirbti (Murphy, Cacciatore, 2017, p. 232). Svarbu atkreipti dėmesį į moters, šeimos ir bendruomenės požiūrį į susiklosčiusią situaciją. Esant palaikymui, būtina skatinti asmenį bendrauti ir susirasti sau komfortabilią aplinką, taip pat būtina pasiūlyti konsultacijas, paramą iš medicinos ir socialinių sistemų, taip būtų gaunama platesnė bendruomenės pagalba, nes šeima ir porininkas ne visada gali suteikti visapusę pagalbą (Peters ir kt., 2015, p. 272; Lang ir kt., 2011, p. 189). Tai rodo sveikatos priežiūros specialisto kompetenciją, gebėti suteikti asmenims sąlygas išgyventi sielvartą kartu su artimaisiais. Taip pat galimybę surinkti veiksmingas strategijas, jas valdyti ir iš naujo apibrėžti įvykį pozityvesnėje šviesoje (Ratislavova, Kalvas, Beran, 2015, p. 197; Lang ir kt., 2011, p. 189).

Nors A. Lang et al. (2011, p. 185) teigia, kad sveikatos priežiūros specialistų tikslas yra padėti išgyventi netektį, tačiau vis dar pastebimi ir netinkami ar netgi žalingi medikų poelgiai. Veiksniai keliantys medikų klaidas dažnai atsiranda iš žinių trūkumo apie esamą situaciją bei šeimą, taip pat fizinio, emocinio ir socialinio moters nusiteikimo po netekties bei moters šeimos (Ratislavova, Kalvas, Beran, 2015, p. 197). Tėvai susiduria su skaudžia dviprasmybe – kaip elgtis su vaisiaus kūno liekanomis, šis sprendimas paliekamas priimti vienai moteriai. Tai per didelė atsakomybė, nes persigalvojus kaltė kamuos ilgus metus (Lang ir kt., 2011, p. 189).

### **1.2.2. Sielvartavimas**

Sielvartas yra natūrali emocinė reakcija į netektį, apimanti jausmų visumą, slepiančia stiprius, skausmingus, dramatiškus žmogaus išgyvenimus (Ratislavova, Kalvas, Beran, 2015, p. 192; Polukordienė, 2008, p. 39). Tai vaistas, kuris padeda išgyvenanti artimojo gedulą bei leidžia grįžti į normalų gyvenimą (Polukordienė, 2008, p. 39). Todėl šios emocijos išgyvenimas būdingas ir nėštumo nutrūkimo atveju (Robinson, 2014, p. 169).

Sielvartą išgyvenanti moteris patiria labai prieštarigus jausmus, tai: liūdesys, širdgėla, pasimetimas, nerimas, pyktis, kaltė, savigrauža, kitų kaltinimas, įtampa, baimė, bejėgiškumas, tuštuma. Šie jausmai kyla tikintis, jog pavyks užsimiršti, negalvoti, nejausti. Tačiau tai neįmanoma ir nerealu (Polukordienė, 2008, p. 39). M. H. Hutti ir kt. (2015) išskiria tris veiksnius, kurie daro didelę įtaką moterų sielvarto stiprumui po prenatalinės netekties: suvokiama tikrovė tarp nėštumo ir kūdikio ar vaisiaus, netekties metu įgautos patirties atitinkimas su tėvų suvokiamu idealu, tėvų galimybė priimti sprendimus ar veikti praradus vaiką.

Sielvartas yra labai individualus ir asmeninis dalykas. Tik moterys, patyrusios intrauterinę vaisiaus žūtį gali suprasti, kas tai yra (Kiguli et al., 2015, p. 2). Tačiau tai nereiškia, kad šios

moters negali jaustis blogai. Visuomenėje vyrauja nusistovėjusi norma, kad viešas sielvartavimas nederamas (Polukordienė, 2008, p. 39, 40). Tai įsisąmoniname nuo vaikystės. J. W. James (2009, p. 114) savo knygoje pateikia, kad per penkioliką savo gyvenimo metų vaikai sulaukia daugiau kaip 23 000 raginimų nesijausti blogai, nes tai netinkama. Sveikatos priežiūros specialistai daro tą pačią klaidą ir vartoja frazes: neliūdėk, nepergyvenk, neverk (Polukordienė, 2008, p. 40). Visa tai kelia didesnę vidinį išgyvenimą ir stresą. Todėl pabrėžia, kad moterims būtina kalbėti apie prarastus ateities norus, viltis ir fantazijas ilgiau nei vyrams (Kiguli ir kt., 2015, p. 5; Robinson, 2014, p. 172). Taip padedama sielvartaujančiam nelikti vienam, turint su kuo nors šį skausmą pasidalinti (Lang ir kt., 2011, p. 189).

Trys veiksniai daro didelę įtaką sielvarto stiprumui po prenatalinės netekties: suvokiama tikrovė nėštumo ir kūdikio ar vaisiaus viduje, faktinė netekties patirtis atitinkanti ir tėvų suvokiamą idealą ir tėvų galimybės priimti sprendimus ar veikti (Hutti ir kt., 2015).

Užsitęsias moterų sielvartavimas palaipsniui visiškai išsekina. Todėl dažnai imamasi neįprastos veiklos emociniai būsenai atstatyti. Nukrypstama į alkoholį, svaigalus, perdėtai intensyvią veiklą, skubotus naujus santykius, vaistus, maistą. Tai gali sukelti hipertenziją, antsvorį ar nutukimą, diabetą, širdies ritmo problemas, piknaudžiavimą narkotinėmis medžiagomis, padidėjusią savižudybių riziką ir galiausiai ankstyvą mirtingumą (Hvidtjorn ir kt., 2016). Tačiau, kad ir kokią veiklą bebūtų imtasi trokštamo palengvėjimo tai neatneša. Tai kas turi būti išgyventa, nepraeina, kol nėra išgyvenama (Robinson, 2014, p. 170).

Siūlomos keturios K. O. Polukordienės (2008, p. 40) kategorijos akcentuojasi ne tik į vidinį žmogaus pasaulį, bet ir į aplinkos daromą įtaką. Išgyvenamumas priklauso nuo santykio su mirusiuoju, asmeninių žmogaus ypatumų, galimų komplikuočių mirties aplinkybių bei visuomenės požiūrio. Autorių nuomonės sutampa dėl paskutinio skirsnio. A. Lang et al. (2011, p. 191-193) taip pat išskiria santykius su aplinka, šiuo atveju su šeima ir bendruomene. Akcentuojama, kad mus supanti aplinka yra labai svarbi, nes ji kuria gerbūvį. Tačiau autoriai išskyrė dar dvi sąlygas, pagal ką priklauso sielvarto intensyvumas, poros santykių ir bendravimo su sveikatos priežiūros specialistais ypatumai. Pastarasis turi reikšmės ir moterų psichoemocinei savijautai ir patirties formavimui. Suteikiama užuojauta, supratimas, puiki akušerinė priežiūra ir informuotumas yra svarbiausi kriterijai, kuriuos akcentuoja netektį patyrusios šeimos (Goddijn ir kt., 2019, p. 18).

Dauguma moterų patiria normalų sielvartą reaguodamos į prenatalinį praradimą ir sugeba laikui bėgant efektyviai su tuo susidoroti (Bamniya ir kt., 2018; McSpedden ir kt., 2017). Sielvartavimas priklauso nuo begalė veiksnių. Pirmiausia, tai visos netektys sukelia fizinį (antropometrinių parametrų pakitimai ir kt.) ir psichologinį (išnyksta mamos samprata, būsimo kūdikio siluetas ir kt.) sukrėtimą. Todėl vaisiaus mirties žinią galima išgyventi skirtingai. Daug reikšmės turi, kiek pasiruošęs žmogus sutinka mirtį, kokio pobūdžio patirtį jis turi šiuo klausimu ir

kiek jis psichologiškai yra pasiruošęs išgyventi šį liūdesį (Polukordienė, 2008, p. 40). Todėl sielvarto išgyvenimas gali priklausyti nuo įvairių veiksnių ir autorių (žr. 1 lentelė).

1 lentelė. Įvairių autorių sielvarto išgyvenimo veiksnių grupės

<b>Įvairių autorių sielvarto išgyvenimo veiksniai</b>		
<b>Autoriai</b>	K. O. Polukordienė (2008, p. 40)	A. Lang ir kt. (2011, p. 191-193)
<b>Siūloma veiksnių klasifikacija</b>	<b>Santykio pobūdis su mirusiuoju</b> – patiriamas gilesnis sielvartas, jeigu santykiuose su mirusiuoju liko neužbaigtų reikalų.	<b>Poros santykių</b> – pastebima, kad kuo daugiau žmonos rodo patiriamą sielvartą, tuo daugiau vyras linkęs susilaikyti nuo savo jausmų, todėl kenčia viduje, siekiant apsaugoti ir paguosti savo žmoną. Tačiau emocijų nereiškimas dar labiau izoliuoja porininkę ir ji jaučiasi nesuprasta, todėl kančios dėl netekties didėja. Šis uždaras modelis taip pat gali atsirasti tarp poros ir sveikatos priežiūros specialistų dėl panašių nesusipratimų ar klaidingų paaiškinimų.
	<b>Neigiamo visuomenės požiūrio į mirtį</b> – aplinkiniai nesugeba priimti liūdesio, skausmo, sielvarto.	
	<b>Bendravimo su sveikatos priežiūros specialistais</b> — medikai dažnai netraktuoja nėštumo nutrūkimo mirties aspektu, o laiko tai medicininio įvykiu.	<b>Asmeninių ypatumų</b> – sielvartas išgyvenamas pagal turimą asmeninę netekties patirtį. Patyrus keletą artimųjų netekčių per trumpą laiką, žmogui gali prasidėti komplikuotas gedėjimo laikotarpis.
	<b>Komplikuotų mirties aplinkybių</b> – tai daro didelę neigiamą įtaką sielvarto eigai. Čia priskiriama netikėta artimojo žūtis, baisūs mirusiojo lavonas ir kt.	<b>Bendravimo su šeima ir bendruomene</b> - porose sutuoktiniai visada turi skirtingus lūkesčius: kaip reaguoti, kaip elgtis ir koku laiku apie įvykį būtų tinkama pranešti. Todėl aplinkiniai dažnai negauna vieno tinkamo pasakojimo apie tai kas įvyko. Susidaro skirtingos nuomonės, kurios formuoja apkalbas, pašaipas, perdėtą dėmesį arba atstumimą. Be abejo, bendruomenė bijo nėštumo nutrūkimų, nes tai kitokia netekties forma, nemoka gedėti ir išreikšti liūdesį, kartais iš viso nežino kaip elgtis, todėl nesąmoningai atstumia tokias šeimas. Tėvams sunku išgyventi vaisiaus netektį. Pabrėžiama, kad mirus vienam iš artimųjų vyksta šermenys, laidotuvės bei atsisveikinimo laikotarpis kartu su mylimaisiais. Tuo tarpu mirus vaisiui tėvai lieka skausmą išgyventi vieni, nes supantys žmonės gali nežinoti esamos situacijos.

Sielvarto dydžiui reikšmės turi ir pakartotiniai nėštumo nutrūkimai. Motinos patyrusios pakartotinę vaisiaus netektį jautė reikšmingai didesnę sielvarto lygį, nei tik vienkartinę atvejį išgyvenusios moterys. Pokalbio metu jaučiama sielvarto gaja: „negyvas gimęs kūdikis pavogia šeimos laimę“ (Kiguli ir kt., 2015, p. 3; Nadišauskienė, 2008, p. 39). Nors dažniausiai sudaroma klaidinga nuomonė, jog didėjant nėštumo savaičių skaičiui turi didėti ir išgyvenamos netekties lygis, tačiau K. Ratslavova, F. Kalvas, J. Beran (2015, p. 192) savo atlikto tyrimo metu pastebėjo,

kad daugelis moterų pirmojo trimestro metu (iki 12 nėšt. sav.) patyrusios vaisiaus netektį išgyvena sielvartą, kuris gali būti toks pat gilus kaip ir perinatalinis ar kitas didelis praradimas.

Emocinis gyjimas laikomas nuo 6 mėnesių iki 1 metų. Per šį laikotarpį psichologiškai pasveikstama (Abraitis ir kt., 2014, p. 15). Pasak J.S. Bamniya (2018) sielvarto simptomai dažniausiai sumažėja per pirmuosius 12 mėnesių, bet gali užsitęsti ir iki 2 metų. Tačiau stipriai patiriamas sielvartas gali sustiprinti, nutraukti arba supainioti netekties gijimo procesą (Lang ir kt., 2011, p. 183). Tokiu atveju, trauma po negyvagimystės gali būti jaučiama net 18 metų (Christiansen, Elklit, Olf, 2013, p. 616). Dėl šios priežasties padidėja depresijos, poros konfliktų ar net santykių nutrūkimo tikimybė (Boss, 2006, p. 142). Tačiau G. E. Robinson (2014, p. 172) ir K. O. Polukordienė (2008, p. 40) pabrėžia, kad būtinas pilnavertiškas netekties išgyvenimas, kitu atveju, neigiamų jausmų paletė gali kartotis ir virsti fizinėmis, psichologinėmis, socialinėmis, dvasinėmis problemomis kitų nėštumų metu.

O tuo atveju, kai nėštumo netektys kartojasi, patiriamas sielvartas ir neviltis dar labiau sustiprėja, nes jau kelis kartus išgyventas praradimas sugriauna žmonių pasitikėjimą likimu ir tolimesniu gyvenimo planu (Goddijn ir kt., 2019, p. 18).

Akušeriai bei gydytojai akušeriai ginekologai gali sustiprinti tėvų, o ypač motinos patiriamą sielvartą. Tai dažniausiai įvyksta dėl komunikacijos problemų (Murphy, Cacciatore, 2017, p. 233). Nepastebimos arba neatpažįstamos visos išgyvenamos moters emocijos, reakcijos, komentarai ir elgesys veikia traumuojančiai pacienčių patirtį (Milgrom, Gemmill, 2014, p. 23).

Visi ištarti medikų žodžiai ir atlikti veiksmai nepamirštami. Kaip paguodžiantys žodžiai, malonūs prisilietimai gali turėti ilgalaikį gydomąjį poveikį, taip šiurkštumas ir abejingumas gali stipriai traumatuoti moters psichologiją. Gaila, tačiau dauguma tyrimų patvirtina faktą, kad tėvai po nėštumo netekties gauna netinkamą priežiūrą, nors ir yra medikams priimtinių ir pripažintų standartų, metodikų priežiūros teorinėje ir mokslinėje literatūroje (Bamniya ir kt., 2018; Nuzum, Meaney, Donoghue, 2018; Lang ir kt., 2011, p. 189). Industrinis amžius sudaro puikias sąlygas spręsti šią opią vaisingo amžiaus moterų problemą. Tai išryškina sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų potencialą tobulėti, remiantis išgyventa tėvų patirtimi ir jausmais gydymo įstaigoje (Murphy, Cacciatore, 2017, p. 233; Ratislavova, Kalvas, Beran, 2015, p. 192; Milgrom, Gemmill, 2014, p. 23).

### **1.2.3. Traumuojančio įvykio poveikis**

Tik nuo 1960 metų didesnis dėmesys pradėtas skirti asmenims, patyrusiems netektį. Per šį trumpą laiką išsiaiškinta, jog žmonių, išgyvenančių netektį, pažeidžiamumui labiausiai įtakos turi: mirties būdas, santykių pobūdis ir asmeninės aplinkybės. R. Vaičaitienė (2008, p. 8) pagrindiniais streso šaltiniais įvardija įvairius traumuojančius gyvenimo įvykius, viena iš jų artimojo mirtis.

Pasak A. D. Palmer ir J. Murphy-Oikonen (2018, p. 400) nėštumo nutrūkimą galima vertinti kaip trauminę patirtį, kuri sukelia neigiamų jausmų išgyvenimą.

Kiekvienas žmogus individualiai išgyvena streso sukeltą traumuojančią patirtį. O ir pats įvykis ar skirtingi dirgikliai gali sukelti skirtingas emocijas ir poveikį žmogui (Christiansen, Elklit, Olf, 2013, p. 616). Netekties sukulto streso stiprumą atskleidžia organizmo fiziologiniai, elgesio, emociniai bei kognityviniai požymiai. Jautriai išgyvenant netektį žmogui gali pasireikšti: nerimas, baimė, panika, gėda, kaltė. Būdingas ir padidėjęs prakaitavimas, dažnas kvėpavimas, širdies plakimas, pabalusi oda, padidėjęs kraujospūdis (Goddijn ir kt., 2019, p. 18).

Staigaus praradimo jausmas gali būti išgyventas tik gedėjimu (Polukordienė, 2008, p. 40). Remiantis E. Kubler-Ross (2008, p. 111) gedėjimo etapų struktūrą gali suskirstyti į 5 etapus: šokas, neigimas, pyktis, derėjimasis, priėmimas.

**Šokas - neigimas.** Neplanuotas atsitikimas visada sukelia pirminę reakciją – šoką. Labiausiai sureaguojama į sunkius ir skausmingus išgyvenimus. Nėštumo nutrūkimas yra vienas tokių įvykių (Robinson, 2014, p. 173). Tokiu atveju kiekvienas elgiasi skirtingai: vieni sustingsta ir negali tuo patikėti, kiti sutrikę, gali blaškytis, verkti, panikuoti. Vienareikšmiškos nuomonės, kuri reakcija yra geresnė – nėra (Kubler-Ross, 2008, p. 111).

Remiantis P. Šedienės ir G. Baniienės (2005, p. 60) atlikto kokybinio tyrimo apie netekčių išgyvenimą, nustatyta, jog mirties sužinojimo akivaizdoje žmogus patiria nerealaus pojūtį. Todėl visuomenėje labai dažnai daroma klaidinga prielaida, jog ištikus nelaimei ir neverkiant – žmogus yra bejausmis, o tas kuris be perstojo aimanuoja ir verkia – labai stipriai išgyvena netektį.

Išskiriant nėštumo nutrūkimo, kaip būsimo vaiko mirtį, pastebėta, kad motina gali pasidaryti visiškai apatiška ir atsiskyrusi nuo aplinkos (Boss, 2006, p. 142). Kodėl moterys taip jaučiasi paaiškina E. Kubler-Ross (2008, p. 88). Šveicarų psichologo manymu, tai netekties skausmas, dėl kurio neįmanoma susitaikyti. Manoma, jog vaiko netektis yra didžiausia tragedija, kuri gali pasitaikyti tėvams (Lang ir kt., 2011, p. 182). P. Šedienės ir G. Baniienės (2005, p. 60) tyrimo dalyvės mėgina neigti patį mirties faktą: „Prie manęs priėjo gydytoja, viduje pajutau kažką negero. Ji paėmė mane už rankos ir ką pasakė nepamenu, bet žinau, kad tai, ką ji pasakė aš nepatikėjau, man buvo nesuvokiama, negalėjau priimti. Negali būti, kad mano kūdikis mirė.“.

Atsigavus po patirto šoko, moteris vengia priimti situacijos realumą ir išgyvena atmetimo stadiją. Šiuo laikotarpiu stengiamasi paneigti nemalonius faktus. Taip žmonės mano laimį laiko atsigauti (Kubler-Ross, 2008, p. 115). Tačiau šio gedėjimo etapo metu prasideda regresijos išgyvenimas. Tai leidžia elgtis remiantis ankstyvąja vystymosi faze. Netekties išgyvenimas neigimo stadijoje skatina prarasti racionalumą, įjungiant apsaugos mechanizmą. Tai padeda įvertinti save, aplinką ir suteikia laiko atsigauti, sudeliojant mintis (Šedienė, Baniienė, 2005, p. 62).

Neigimo stadijos metu sukauptą nepasitenkinimą žmonės dažnai nukreipia į juos supančius žmones, aplinką. Dažnai susiduriama su situacijomis, jog išsiliejama ant objektų, kurie visai nesusijusių su tuo, kas įvyko. Išgyvenamas nerealus pyktis, pykstama ant viso pasaulio. Todėl tokia nevaldoma stipri emocija gali plėšyti žmogų iš vidaus bei skatinti jam nepriimtina elgesį. Realus pyktis yra įvardijamas kaip konkreti netektis (Kiguli ir kt., 2015, p. 5; Robinson, 2014, p. 172).

Siekiant išvengti nėštumo nutrūkimo sukeltamų psichologinių pasėkmių moterims, J. Milgrom ir AW. Gemmill (2014, p. 21) teigimu, visuotinis šios žmonių kategorijos tikrinimas yra vertinamas kaip geriausia praktika. Sheepstra ir kt. (2017, p. 3) moksliniame tyrime pateikiama, kad perinatalinio praradimo nustatymas, galėtų padėti sveikatos priežiūros specialistams geriau suprasti išgyvenamą tėvų sielvartą ir padidinti psichosocialinio gyvenimo kokybę bei rūpinimasi jais. Nors netektis gali būti visuotinė patirtis, jos atstovavimą ir įtaką asmens gyvenimui gali daryti tik jo asmenybė, kultūra ir visuomenė. Autoriai, savo moksliniuose tyrimuose, tarsi pateikia užslėptą mintį, kad sveikatos priežiūros efektyvumą būtų galima vertinti moterų patirtimi po perinatalinio praradimo (Murphy, Cacciatore, 2017, p. 233; Ratislavova, Kalvas, Beran, 2015, p. 192; Milgrom, Gemmill, 2014, p. 23).

**Isijautimas.** Išgyvenus neigimo stadiją bandoma įsijausti, suvokti ir priimti netektį. Šį procesą psichoterapeutai dažnai įvardija kaip „sielvarto darbą“. Jis pasireiškia mirusiojo ilgesiu (Kubler-Ross, 2008, p. 52).

Isijautimo metu dažnai ieškoma paguodos, paaiškinimo. Priešingu atveju – kaltinami visi aplinkiniai. Pasitaiko atvejų, jog pereinama į kraštutinumus ir pyktį netektį patyręs žmogus išlieja ant Dievo, mirusiojo, gydytojų ar kitų žmonių, kurie galėję iš tikrųjų ar tik įsivaizduojamai ką nors pakeisti (Lang ir kt., 2011, p. 182). P. Šedienės ir G. Banienės (2005, p. 60) tyrimo metu respondentė išreiškė savo išgyvenimą: „Aš save kaltinau, nes ji mirė įdomiom aplinkybėm, aš nesikapsčiau, kaip viskas įvyko kad gedintys žmogus pyktį ir kaltinimus gali nukreipti ir į save“. Visi autoriai, kalbantys apie netekties išgyvenimą pritaria minčiai, kad emociniai išgyvenimai patyrus netektį yra pyktis, kaltė (Palmer, Murphy-Oikonen, 2018, p. 399; Šedienė, Banienė, 2005, p. 60; Vaičaitienė, 2008, p. 8).

Kaip jau minėta anksčiau, sielvartą patiriantis žmogus laikosi minties, jog mirusysis vis dar gali pasirodyti jų gyvenime. Taip yra ir nėštumo nutrūkimo atveju. Moterys tikisi, kad medikai suklydo ir situacija pasikeis (Kubler-Ross, 2008, p. 88). Gedint žmogaus psichika stengiasi išlaikyti visus jausmus, mintis, kvapus ir kitus pojūčius apie prarastą asmenį. Gyvenant tokiomis mintis dažnai susiduriama su „gyvenimu sapnuose“. Sielvartaujantys žmonės nori gyventi iliuzijų pasaulyje sapnuose, prisiminimuose – nerealiam pasaulyje. Taip perdėtai fantazuojant apie prarastąjį, nukreipiant dėmesį į tas vietas ar situacijas, su kurias sieja netektis (Vaičaitienė, 2008, p. 8).

Gedėjimo laikotarpiu netektį išgyventi stengiamasi įsijaučiant į prarasto asmens ilgėjimąsi, buvusių santykių buvimą. Siekis išjausti buvusius jausmus dar kartą nėra betikslis, jis nukreiptas į prarasto žmogaus naująjį atradimą. Tai simbolinės pastangos mėginant įveikti netektį (Palmer, Murphy-Oikonen, 2018, p. 399).

Sveikatos priežiūros specialistai turi būti jautrūs, nes jų įdirbis mažina baimės pojūtį. Kiekvienas vaizdas, prisilietimas, komentaras, medikų reakcija yra svarbūs akcentai, keliantys nerimą, baimę ir išgąstį (Murphy, Cacciatore, 2017, p. 232). Nepriklausomai nuo to, kokie santykiai yra palaikomi tarp sveikatos priežiūros specialisto ir moters, viso proceso sėkmė priklauso nuo žmogaus psichologinio, fizinio, dvasinio ir socialinio pasiruošimo susidurti su savo mirusiu kūdikiu (Peters ir kt., 2015, p. 272; Lang ir kt., 2011, p. 189).

**Susijaudinimas.** Išgyvenus įsijautimo stadiją būtina žmogui išjausti ir susijaudinimą netekties aspektu. Susijaudinimo metu būdinga išgyventi įvairius jausmus, dažnai suprantamus kaip depresiją: stiprus kaltės jausmas, abejingumas, liūdnumas, paniūrimas, nebesidomėjimasis kasdienine veikla. Ryškiausia emocijų išgyvenimo stadija įvyksta, jei žmogus pradeda nuvertinti save. Jaučiamas bevertiškumo, niekam nereikalingumo jausmas. Moterys, patyrusios kelis nėštumo nutrūkimus iš eilės stipriai išjaucia netekties fenomeną. Kontrastiškų jausmų išgyvenimą galima pastebėti tik pasikeitus gyvenimo situacijai. Tačiau negalima pamiršti, kad stiprus išgyvenimas gali peraugti į silpną depresijos stadiją, o vėliau ir į savižudiškus ketinimus (Avalos ir kt., 2014, p. 53; Šedienė, Banienė, 2005, p. 55).

Netektį išgyvenantis žmogus stengiasi grįžti prie panašių situacijų su netektimi: grįžta gydytis į tą pačią ligoninę, kurioje persileido. Būdinga griaužti save dėl netinkamų poelgių su mirusiuoju, įtikinant, kad jei būtų galima viską gražinti, elgtųsi visiškai kitaip (Goddijn ir kt., 2019, p. 23).

Išgyvenant perinatalinę netektį depresiją moterys patiria panašiai kaip ir staigių skyrybų atveju. Depresiškas žmonių galvose išivyrauja, kai neigimas, pyktis ir derėjimasis neduoda jokių rezultatų. Pradedama šalintis kitų žmonių, nepasitikima kitais, jaučiamasi nevykusiu, niekam tikusiu (Šedienė, Banienė, 2005, p. 55).

Nepaisant to, kurią netekties kategoriją išgyvena žmogus visada lieka galimybė kilti savižudiškoms idėjoms. Generuojant šios minties įgyvendinimą žmonės išivaizduoja, kad krizinės situacijos vystymosi rezultatas išlaisvins juos nuo skausmo ir sunkumų (Avalos ir kt., 2014, p. 53).

Sėkmingas jautriausios netekties išgyvenimo stadijos ar net silpnos depresijos įveikimas gali tapti prielaida priimti netektį. Susitaikymas, netekties priėmimas nereiškia užmiršimo. Naujoji tikrovė yra pasaulio reiškiasi per žmogaus išgyvenamas prasmes, todėl nėra visiems vienodai priimtinos tikrovės (Kubler-Ross, 2008, p. 88; Šedienė, Banienė, 2005, p. 55).

Netekties pripažinimas yra sunkus įvykis žmogaus gyvenime. Tai lemia didelio skausmo išgyvenimą. Laikui bėgant, tas skausmas mažėja. Vis prisimenant netektį skausmas kartojasi, kol užleidžia vietą liūdesiui ir nusiraminiui. Tai tarsi kančios užbaigimas, išgyjimas (Avalos ir kt., 2014, p. 53).

Svarbu įvertinti skirtingas moterų reakcijas ir kylančius lūkesčius siekiant rasti veiksmingas priemones, padedančias moteriai išgyventi būsimo kūdikio mirtį (Robinson, 2014, p. 173). Europos žmogaus reprodukcijos ir embriologijos draugija (2019, p. 22) savo parašytose metodikose pateikia rekomendacijas, kokių priemonių būtų galima imtis bendraujant su pora po nėštumo nutrūkimo:

- Individualios istorijos išanalizavimas;
- Skiriamas laikas klausimams, informacijai, kartojimui ir diskusijoms apie paciento nelaimę ir nerimą;
- Aktyvus klausymasis: įsigilinant į faktus ir patiriamus jausmus;
- Išlaikoma visapusiška pagarba moteriai, jos partneriui, prarastam kūdikiui ir buvusiam nėštumui. Gerbiami moters pageidavimai, net jei jie ir nėra įmanomi ar patartini. Tuo tarpu Lang ir kt. (2011, p. 189) pabrėžia, kad būtina skatinti moterų norą atminti savo vaiką po netekties;
- Aiški ir jautri medikų kalba: paaiškinama terminologija, vengiama nejautrių išsireiškimų (patologinis nėštumo sutrikimas ir kt.), stengiamasi kalbėti žmonėms suprantama kalba (kūdikis, vaisius, nėštumas ir kt.);
- Laikomasi sąžiningumo: kalbant apie procesus, tikėtinus rezultatus, prognozes. Būtina vengti klaidinančių prognozių;
- Ateities planavimas: aptariami partnerystės metodai, kontracepcija ir kt.;
- Pagalba kito nėštumo priežiūros metu: prieiga prie komandos (faktinė, telefoninė ar internetinė);
- Gerumas: susirūpinimas, empatija, užuojauta, tinkanti šiam pacientui.

Ligoninės vis dažniau rengia politiką, protokolus ir konkrečius kontrolinius sąrašus procedūroms, kurių reikia laikytis, kai sprendžiami perinataliniai nuostoliai. Tačiau griežtas protokolų taikymas, be sveikatos priežiūros specialistų jautrumo ir empatinio požiūrio, gali sukelti klaidingą saugumo jausmą apie suteiktos priežiūros kokybę (Murphy, Cacciatore, 2017, p. 233; Ratislavova, Kalvas, Beran, 2015, p. 192; Milgrom, Gemmill, 2014, p. 23).

Visų pirma sveikatos priežiūros specialistai turi vengti didinti tėvų kančias žodžiais, veiksmais ir reakcijomis, tuo pat metu patiems tampant jautresniais ir dėmesingesniais netektį išgyvenantiems tėvams, jų suvokimui ir galimiems poreikiams (Sheepstra ir kt., 2017, p. 3; Ratislavova, Kalvas, Beran, 2015, p. 192).

## II. EMPIRINĖ DALIS

### 2.1. Tyrimo metodika

Tyrimo „Psichoemocinė moterų savijauta nutrūkus nėštumui“ atlikimui buvo suformuluotas tikslas, kuriuo buvo siekiama atskleisti psichoemocinę moterų savijautą nutrūkus nėštumui. Tyrimo tikslui įgyvendinti buvo taikoma teorinė mokslinė literatūros analizė bei kiekybinis tyrimo metodas, naudojant anketinę apklausą raštu. Kiekybinis tyrimas buvo atliktas išdalinant anketas su uždaro tipo klausimais moterims, kurios patyrė nesėkmingą nėštumo baigtį: negimdinio bei nesivystančio nėštumo, persileidimo ir negyvavimo mirtį. Tyrimo atlikimui pasirinkta netikimybinė tikslinė imtis.

Tyrimas vyko šešiose sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose antrinio lygio akušerines ginekologines paslaugas (LR sveikatos apsaugos ministerija, 2017). Tyrimui atlikti pasirinkti skyriai, kuriuose stacionarizuojamos moterys su nėštumo patologija dėl esamos vaisiaus mirties. Į šių sveikatos priežiūros įstaigų administracijas buvo kreipiamasi raštu gavus KU Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos leidimą tyrimui.

Tyrimo instrumentas – sukurta anketa iš 9 sociodemografinių klausimų, kurie yra sudaryti tyrimo autorės, ir 3-jų standartizuotų klausimų, vertinamų Likerto skalėmis, sukurtų užsienio autorių. Iš prof. M. H. Hutti buvo gautas leidimas (3 priedas) naudotis jos sukurtu klausimynu *Perinatalinio sielvarto intensyvumo skalė* (angl. *Perinatal Grief Intensity Scale*), autorė taip pat patvirtino dr. S. K. Theut sukurtą klausimyno *Perinatalinės netekties skalė motinoms* (angl. *Perinatal bereavement scale for mothers*) viešo naudojimo galimybę (2 priedas). Anketoje taip pat buvo naudojama viešai prieinama, švietimo tikslams skirta (4 priedas) *Įvykio poveikio skalė* (angl. *The Impact of Event Scale - Revised (IES-R)*), autorinės teisės priklauso prof. D. S. Weis ir C. R. Marmar.

Kiekybiniai duomenys susisteminti ir analizuoti taikant „SPSS/w 24.0“ programą bei atvaizduoti grafiškai naudojant MS Excel 2016 kompiuterinę programą.

**Teorinis tyrimo metodikos pagrindimas.** Tyrimo teoriniam pagrindimui pasirinktos dvi teorijos: *Eakes, Burke ir Hainswort lėtinio liūdesio teorija*, bei *Doroty Johnson elgsenos sistemos modelis*.

Remiantis D. Pukinskiene (2011, p. 90-91) *Eakes, Burke ir Hainswort lėtinio liūdesio teorija* yra įvardijama, kaip vidutinė žemo lygio teorija, kuri buvo pradėta tyrinėti 1960 m., tačiau paskelbta tik 1998 m. Teorijos paskirties akcentas yra padėti išanalizuoti individo reagavimą į svarbią netektį. Šis konceptas taikomas individui ir jo šeimai įvairios netekties atvejais.

Lėtinį liūdesį teorijos autoriai apibūdina kaip periodiškai pasikartojantį, ilgalaikį, persismelkiantį nusiminimą ar kitokią širdgėlą dėl reikšmingos netekties, kuri plinta ir progresuoja. Asmuo visada nusimena ar liūdi, kai situacijos pabaiga yra nenuspėjama. Nusiminimas ar liūdesys yra ciklinis arba pasikartojantis ir sukelia mintis apie netektį, nusivylimą ar baimę. Ankstesnė

netekčių patirtis prisideda prie esamos netekties. Individo realybė skiriasi nuo idealizuojamos, tai yra nesuderinamumas (Pukinskienė, 2011, p. 90-91).

Slaugytojai į liūdesį netekties atveju turi žiūrėti kaip į normalią organizmo reakciją. Jie turi paremti liūdinčius asmenis, taikyti pozityvios liūdesio įveikos strategijas, rūpintis asmenų komfortu, būti empatiškais ir paslaugiais. Lėtinio paciento liūdesio atveju slaugytojas turi rasti laiko jį išklaudyti, pasiūlyti savo paramą, suteikti informaciją jam suprantamu būdu, nuraminti, atsižvelgdamas į tai, kad kiekvienas asmuo yra unikalus individas, todėl jo slauga turi būti individualizuota (Pukinskienė, 2011, p. 90-91).

*Doroty Johnson elgsenos sistemos modelis* pradėtas rašyti 1950 m., o baigtas 1990 m. Didžiausias dėmesys kreiptas į žmogus kaip elgesio sistemą ir slaugytojo pagalbą streso atveju. Autorė teigė, kad ją įkvėpė F. Nightingale darbai, kuriuose pabrėžiamas yra pacientas, o ne jo liga. D. Johnson tiksliai neapibrėžė aplinkos, tačiau ji yra suprantama kaip vidinė (temperatūra, kūno skysčių paskirstymas, kiekis, sudėtis) ir išorinė (išoriniai objektai, situacijos, pažeidimai, prie kurių asmuo turi prisitaikyti) tarpe (Pukinskienė, 2011, p. 56-58).

Elgsenos sistemos modelis atspindi holistinį požiūrį į žmogų ir jo elgsenos sistemą kaip visumą. Organizmas išlaiko stabilumą ir pusiausvyrą dėka savireguliacijos ir adaptuodamasis prie neigiamų veiksnių poveikio. Individas, kaip elgsenos sistema, yra sudarytas iš septynių posistemų, tarp kurių yra tarpusavio ryšys: socialinių ryšių; priklausomybės (elgsenos gauti priežiūrą, paramą); virškinimo (maisto ir skysčių gavimas); šalinimo (atliekų pašalinimas); seksualinė (tarnauja biologiniam poreikiui daugintis); energijos (savivoka ir socialinis saugumas); pasiekimų (tobulėjimo, savikontrolės ar aplinkos kontrolės) posistemės tarpe (Pukinskienė, 2011, p. 57).

Slaugos problemos atsiranda tada, kai sutrinka posistemų veikla ir ryšiai, o slaugos tikslas – tuos ryšius atstatyti, palaikyti, siekti optimalios pusiausvyros. Žmogų D. Johnson laiko aktyviu, siekiančiu tobulėti. Kiekviena posistemė siekia tam tikrų tikslų, ir kiekvienas asmuo elgiasi atitinkamai. Žmogus, būdamas aktyvus, stengiasi, kad kiekviena posistemė funkcionuotų kuo geriau, todėl pats nustato ar apriboja ryšius su aplinka. D. Johnson elgsenos sistemos modelis entuziastingai paplito slaugytojų, slaugos mokslininkų ir edukatorių tarpe (Pukinskienė, 2011, p. 58).

### **2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos**

Tyrimas atliktas šešiose antrinio lygio akušerines ginekologines paslaugas teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose. 2019 m. vasario 26 d. NR. 46-SL-3 gavus KU SMF Slaugos katedros Etikos komisijos leidimą raštu buvo kreiptasis į įstaigų administracijas su prašymu atlikti tyrimą. Gavus sveikatos priežiūros įstaigų leidimus, tyrimas vykdytas šešis mėnesius (2019 metų kovo 23 d. - rugsėjo 23 d.).

Tyrimo atlikimui pasirinkta netikimybinė tikslinė imtis. LR sveikatos apsaugos ministerija

(2017) pateikia 25 sveikatos priežiūros įstaigų sąrašą, kurios teikia akušerines ginekologines paslaugas. Tuo tarpu Lietuvos statistikos portalas (2019) teigia, kad per 2018 metus Lietuvoje įvyko 2 776 nėštumo nutrūkimai. Tai atskleidžia didelę tyrimųjų populiaciją, teritoriškai platų respondentų išsidėstymą. Remiantis K. Kardeliu (2002) dideles tyrimųjų grupes, kurios išsidėsčiusios plačiai, geriausia tirti atsitiktinai parinkus tam tikras vietas ir apklausiant visus tinkamus respondentes. Siekiant gauti panašius tyrimo rezultatus bei išlaikyti pagrindinį atrankos principą pasirinktos 6 gydymo įstaigos į kurių akušerijos ginekologijos skyrius yra stacionarizuojamos moterys po persileidimų, nesivystančio, negimdinio nėštumo ar po negyvavimo mirties. Apklaustos visos per tyrimo atlikimo laikotarpį kriterijus atitikusios moterys.

Siekiant imties reprezentatyvumo buvo atliekama matematinė analizė. Tyrime dalyvavusių įstaigų administracijų suteiktos informacijos duomenimis, per šešis mėnesius stacionarizuotos 242 moterys su natūralaus nėštumo nutrūkimu. Respondentų imtis apskaičiuota pagal I. Paniotto formulę (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 31):

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}$$

Apskaičiavus imtį pagal I. Paniotto formulę nustatyta, kad tyrime reikia apklausti ne mažiau kaip 142 pacientės ( $n = 142$ ).

Respondentų atrankai buvo taikomi šie kriterijai:

1. Pacientės pilnametės.
2. Pacientės žodžiu sutinka savo noru dalyvauti tyrime.
3. Pacientės, patyrusios intrauterininę vaisiaus mirtį nuo 5 iki 42 nėštumo savaitės.
4. Pacientės stacionarizuotos į akušerijos – ginekologijos skyrių dėl intrauterininės vaisiaus žūties tyrimo vykdymo laikotarpiu.
5. Pacientės patyrusios nėštumo nutrūkimą prieš 24 - 72 val.
6. Pacientės sveikatos būklė leidžia dalyvauti tyrime.
7. Pacientės suprantančios lietuvių kalbą.

Anketas tyrime dalyvavusioms moterims dalino instruktūros akušerės ar slaugytojos. Prieš tyrimą visos respondentės buvo supažindintos su tyrimo tikslu, eiga, naudojamu instrumentu, atsakoma į visus iškilusius klausimus, užtikrinamas konfidencialumas bei anonimiškumas. Tyrime dalyvavo moterys, išreiškusios žodinį sutikimą dalyvauti. Užpildytos anketos buvo įdedamos į voką ir, jį užklįjavus, pateikiamos vyr. slaugytojai / vyr. akušerei.

Tyrimo metu iš viso išdalinta 201 anketa, sugražintos 172 anketos. Statistinei analizei tinkamos 153 anketos (atsako dažnis 76 proc.). 16 anketų buvo nepilnai užpildytos, 3 sugadintos.

Tiriamąjį kontingentą sudarė 153 moterys, patyrusios nesėkmingą nėštumo nutrūkimą, nuo

18 iki 44 metų, amžiaus vidurkis  $31,4 \pm 5,6$  metų (žr. 2 lentelė).

Pagal šeiminę padėtį 28,3 proc. respondenčių nebuvo ištekėjusios (6,1 proc. buvo vienišos, 22,2 proc. gyveno partnerystėje), 72,6 proc. buvo ištekėjusios (žr. 2 lentelė).

Respondentės pagal išsilavinimą pasiskirstė: 28,8 proc. turėjo vidurinį ar profesinį, 26,8 proc. aukštąjį neuniversitetinį, 44,4 proc. aukštąjį universitetinį išsilavinimą (žr. 2 lentelė).

Dauguma (67,4 proc.) pacienčių turėjo vaikų: augino vieną 39,9 proc., du 20,3 proc., tris ir daugiau 7,2 proc. Vaikų neturėjo 32,7 proc. apklaustųjų (žr. 2 lentelė).

2 lentelė. Tyrimo dalyvių sociodemografinės charakteristikos (N=153)

Požymiai	Abs.skaičius (n)	Proc.
<b><i>Amžius</i></b>		
18-30 metų	60	39,2
31-35 metai	50	32,7
>35 metai	43	28,1
<b><i>Šeiminė padėtis</i></b>		
Vienišos	10	6,5
Ištekėjusios	109	71,2
Gyvenančios partnerystėje	34	22,2
<b><i>Išsilavinimas</i></b>		
Vidurinis / profesinis	44	28,8
Aukštasis neuniversitetinis	41	26,8
Aukštasis universitetinis	68	44,4
<b><i>Vaikų skaičius</i></b>		
Neturi vaikų	50	32,7
Vienas	61	39,9
Du	31	20,3
Trys ir daugiau	11	7,2

Tyrimo dalyvės nėščios pirmą kartą buvo 23,5 proc., antrą kartą (34,0 proc.), trečią kartą 26,8 proc., ketvirtą ir daugiau 15,7 proc. (žr. 3 lentelė).

Dauguma respondenčių tai pirmas nesėkmingai pasibaigęs nėštumas (68,6 proc.). Antrą kartą nėštumas nurūksta 19,0 proc., trečią ir daugiau 12,4 proc. (žr. 3 lentelė).

Daugiausia nėštumų nutrūksta iki 8 vaisiaus vystymosi savaitės, tai sudaro 56,9 proc. apklaustųjų. Nuo 9 iki 12 nėštumo savaitės vaisius miršta 29,4 proc., nuo 12 savaitės 13,7 proc. moterų (žr. 3 lentelė).

Nesivystantis nėštumas buvo dažniausia (69,9 proc.) vaisiaus mirties priežastis tarp apklaustųjų. Persileidimai įvyko 22,2 proc., negimdinis nėštumas 7,8 proc. tyrime dalyvavusių moterų (žr. 3 lentelė).

Diagnozavus intrauterininę vaisiaus mirtį tarp apklaustųjų dažniausiai buvo pasirinkta aktyvi nėštumo užbaigimo taktika – 49,7 proc. Pasyvi taktika taikyta 39,2 proc., stebėjimo 11,1 proc. (3 lentelė).

3 lentelė. Tyrimo dalyvių nėštumo ir jo baigties charakteristikos (N=153)

Požymiai	Abs. skaičius (n)	Proc.
<b><i>Nėštumas</i></b>		
Pirmas	36	23,5
Antras	52	34,0
Trečias	41	26,8
Ketvirtas ir daugiau	24	15,7
<b><i>Nesėkmingas nėštumas</i></b>		
Pirmas	105	68,6
Antras	29	19,0
Trečias ir daugiau	19	12,4
<b><i>Nutrūkusio nėštumo trukmė</i></b>		
≤8 savaitės	87	56,9
9-12 savaičių	45	29,4
>12 savaičių	21	13,7
<b><i>Nėštumo baigtis</i></b>		
Negimdinis nėštumas	12	7,8
Nesivystantis nėštumas	107	69,9
Persileidimas	34	22,2
<b><i>Nėštumo užbaigimo taktika</i></b>		
Aktyvi	76	49,7
Pasyvi	60	39,2
Stebėjimo	17	11,1

### 2.1.2. Tyrimo metodai

**1. Mokslinės literatūros analizė.** Informacija apie kitų mokslininkų atliktus tyrimus analizuojama tema, kurie buvo naudojami kaip pagrindas lyginant šiame tyrime gautus rezultatus, ieškota tokiose tarptautinėse duomenų bazėse, kaip: Medline, PubMed, Health Source, Nursing Academic Edition, EBSCOhost, Google Scholar, Science Direct, taip pat įvairiuose užsienio ir Lietuvos moksliniuose žurnaluose: NEJM, British Medical Journal, SAGE Journals Online, Sveikatos mokslai ir kt., disertacijose bei knygose ir kt. Teorinės dalies analizei buvo naudojama pilnateksčiai straipsniai anglų ir lietuvių kalbomis. Literatūros ieškota atsižvelgiant į darbo temą ir uždavinius. Raktiniai žodžiai bei jų kombinacijos, kurie padėjo atlikti mokslinės literatūros paiešką: *loss pregnancy, grief, miscarriage, abortion, pregnancy emotions, bereavement, forcibly, stillbirths, the traumatic impact of the event, perinatal death, abortas, persileidimas, psichoemocijos, nėščiųjų jausmai, perinatlinė mirtis, netektis, sielvartas, įvykio poveikis ir kt.*

**2. Kiekybinis tyrimas.** Siekiant atskleisti psichoemocinę moterų savijauta nutrūkus nėštumui pasirinktas kiekybinis tyrimo metodas (anoniminė anketinė apklausa). Anketa sudaryta iš 9 sociodemografinių klausimų ir 3-jų klausimynų, kurie vertinami naudojant Likerto skales, sukurtų užsienio autorių (1 priedas).

K. Kardelis (2016, p. 32) teigia, kad tyrimo instrumentas turi būti aiškus, nedviprasmiškas bei patikimas, tuo pačiu jis turi skatinti respondento norą bendradarbiauti su tyrėju, kuo tiksliau

atsakyti į klausimus. Taip pat pabrėžiama, kad kiekybinis tyrimas yra pranašus, nes per trumpą laiko tarpą galima apklausti daug respondentų; anketos anoniminės, todėl lengviau išreiškiama asmeninė nuomonė; užtikrinamas anketų anonimiškumas.

**3. Statistinės analizės metodai.** Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant kompiuterinės programos statistikos paketą „SPSS/w 24.0“ ir MS Excel 2016 kompiuterinę programą. Nagrinėjamų požymių pasiskirstymui pasirinktoje imtyje įvertinti taikyta aprašomoji duomenų statistika – absoliutūs (n) ir procentiniai dažniai (proc.). Aprašant intervalų skalės kintamuosius taikytas vidurkis (m) ir jo standartinis nuokrypis (SN), ranginiams kintamiesiems papildomai skaičiuota mediana bei 25-tas ir 75-tas procentiliai. Kiekybinių kintamųjų skirstinio normalumas tikrintas Kolmogorovo-Smirnovo testu. Daugiau kaip dviejų nepriklausomų imčių parametrinių kintamųjų, kurių skirstinys statistiškai reikšmingai nesiskyrė nuo Normaliojo, vidutinėms reikšmėms palyginti naudotas ANOVA testas, skaičiuotas Fišerio kriterijus, taikytas Bonferroni aposteriorinis kriterijus. Daugiau kaip dviejų imčių skirstiniai, kurie netenkino normalumo prielaidos, lyginti Kruskal-Wallis testu, skaičiuotas  $\chi^2$  kriterijus. Dviejų nepriklausomų imčių skirstiniams palyginti naudotas Mann-Whitney U testas, skaičiuotas Z kriterijus. Ryšio tarp neparametrinių požymių stiprumas analizuotas apskaičiuojant Spearman koreliacijos koeficientą (r). Jei  $0 < |r| \leq 0,3$ , dydžiai silpnai priklausomi, jei  $0,3 < |r| \leq 0,8$ , vidutiniškai priklausomi, jei  $0,8 < |r| \leq 1$ , stipriai priklausomi. Koreliacijos koeficientas bus teigiamas, kai vienam dydžiui didėjant, didės ir kitas, neigiamas – kai vienam dydžiui didėjant, kitas mažės. Kai reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ , požymių skirtumas tiriamųjų grupėse laikytas statistiškai reikšmingu. Rezultatai pateikiami diagramose ir lentelėse. Išanalizavus gautus rezultatus ir juos palyginus su kitų mokslininkų darbais, buvo pateiktos išvados bei rekomendacijos.

### 2.1.3. Tyrimo instrumentas

Siekiant atskleisti psichoemocinę moterų savijautą nutrūkus nėštumui atliktas tyrimas taikant anketinės apklausos būdą. Anketa prasideda nuo preambulės, atitinkančios KU Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros reikalavimus.

Anketoje teiginiai pateikti pagal eiliškumą, kuris sudaromas remiantis išsikeltais tyrimo uždaviniais. Anketos naudojimui gauti autorių sutikimai, todėl autorių teisės šiame magistro baigiamajame darbe apsaugotos. Ši anketa leidžia reprezentuoti tiriamą temą ir spręsti tyrimo problemą.

Anketoje iš viso yra 61 uždaro tipo klausimai ir 2 (1 ir 7 kl.) atviro tipo klausimai. Visiems punktams (išskyrus 1 ir 7) anketoje buvo pateikti uždaro tipo atsakymo variantai, todėl kiekvienas respondentas galėjo pasirinkti jam labiausiai tinkantį atsakymą. Apklausiai atlikti sudaryta anketa (1 priedas):

- *Sociodemografiniai tyrimo klausimai.* Punktai išsidėstę nuo 1-9 skirti išsiaiškinti moterų:

amžių, šeiminių padėčių, išsilavinimą, ar turima vaikų, kelintas tai nėštumas, kelintas tai nesėkmingai užsibaigęs nėštumas, kelintą vystymosi savaitę įvyko nėštumo nutrūkimas, nutrūkusio nėštumo baigtį ir pasirinktą taktiką.

- *Perinatalinės netekties skalė motinoms (angl. Perinatal bereavement scale for mothers)*. Autorinės teisės priklauso dr. S. K. Theut ir F. A. Pedersen (Peacocks, 1998, p. 67). Tačiau viešo naudojimosi galimybė buvo patvirtinta prof. M. H. Hutti gautu laišku (2 priedas), kuriame pabrėžiama S. K. Theut ir kt. straipsnio „Perinatal loss and parental bereavement“ (1989), priedo A, kuriame yra pateikta *PBS-M* skalė, galimybė naudotis. Gavus *PBS-M* skalės naudojimosi galimybės patvirtinimą, ji buvo išverta dvigubu vertimu ir pritaikyta naudotis lietuvių kalba. Šis instrumentas sukurtas 1989 metais. Jį sudaro 26 punktų priemonė, orientuota atspindėti mintis ar jausmus apie sukeltą liūdesį, kaltę, pyktį, sielvartą bei susirūpinimą po nėštumo nutrūkimo motinoms (*PBS-M*) (Keefe-Cooperman, 2005, p. 287; Hutti, dePacheco, 1998, p. 548). Anketoje šie teiginiai pateikti 10–35 punktu. Respondentų buvo prašoma pažymėti savo atsakymą Likerto skalėje nuo 4 tašk. „beveik visada“ iki 1 tašk. „beveik niekada“. Maksimalus galimų balų skaičius yra 104, tai rodo didelį motinų emocijų išgyvenimo lygį, o mažiausia balų suma, rodo žemą išgyvenamumo lygį, yra 26. Originalaus varianto *PBS-M* prenatalinės netekties vidinis statistinis patikimumas (Kronbacho alfa) buvo nustatytas 0,88 (Theut ir kt., 1989, p. 636). Tai rodo tinkamą vidinį nuoseklumą (Peacocks, 1998, p. 71).
- *Perinatalinio sielvarto intensyvumo skalė (angl. Perinatal Grief Intensity Scale)*. *PGIS* yra pirmoji perinatalinį sielvartą tikrinanti priemonė sukurta pasaulyje (Hutti ir kt., 2018, 2). Leidimas naudoti skalę gautas iš autorės prof. M. H. Hutti (3 priedas). Atlikus tyrimą, profesorei buvo nusiųsti tyrimo rezultatai. Ši skalė buvo sukurta 1998 metais. Gavus leidimą skalė buvo išverstas dvigubu vertimu ir pritaikyta naudoti lietuviu kalba. *PGIS* pilną versiją sudaro 16 punktų, tačiau tyrimo metu buvo naudojama tik pirmoji – reali subskalė, kurią sudaro pirmi šeši teiginiai, apie sielvarto intensyvumo nustatymą moterims, kurios yra stacionarizuotos ligoninėje dėl persileidimų, negimdinių nėštumų, negyvagymių ir kitų nesėkmingų nėštumo nutrūkimo baigčių. Teiginiai anketoje pateikti 36–41 punktu. Respondentų buvo prašoma pažymėti savo atsakymą Likerto skalėje nuo 1 tašk. iki 4 tašk. Anketos 1, 2, 3 ir 6 teiginių atsakymai „visiškai nesutinku“ vertinti nuo 4 tašk. iki „visiškai sutinku“ 1 tašk. Anketos 4 ir 5 teiginių atsakymai „visiškai sutinku“ vertinti 4 tašk. iki „visiškai nesutinku“ 1 tašk. Maksimalus galimų balų skaičius yra 24, tai rodytų didelį motinų patiriamą sielvartą, tuo tarpu mažiausia galima suma yra 4, kuri rodytų labai silpną sielvarto pojūtį. Kaip nurodė Hutti ir kt. (2017), didelis sielvarto intensyvumo lygis nustatomas, kai bendras *PGIS* balas 3,53 ar daugiau, o mažo sielvarto

intensyvumo grupė identifikuojama, kai bendras *PGIS* rezultatas mažesnis nei 3,53 balų. Originalaus varianto *PGIS* vidinis statinis patikimumas (Kronbacho alfa) tarp apklaustų 186 moterų, patyrusių perisileidimus ir negyvagimystę, tikrovės subskalėje buvo nustatytas 0,89 (Hutti ir kt., 2015, p. 45; Hutt, dePacheco, 1998, p. 554).

- *Įvykio poveikio skalė (The Impact of Event Scale - Revised (IES-R))*. Autorinės teisės priklauso prof. D. S. Weis ir C. R. Marmar. Skalė yra visuomenei laisvai prieinama, ja leidžiama naudotis nemokamai ne pelno siekiančioms organizacijoms bei švietimo tikslais (4 priedas). Tyrimo instrumentas sukurtas 1997 metais. Hutt ir kt. (2015, p. 44) teigimu, įvykio poveikio skalė padeda nustatyti patiriamą stresą, susijusį su traumišku gyvenimo įvykiu. *IES-R* visi 22 punktai, kurie pateikti anketoje 42-63 teiginiais, kurie yra pritaikyti moterims po trauminio įvykio: persileidimo, negyvagimystės ir kitų nėštumo nutrūkimo baigčių. *IES* skalė atspindi 3 jausmus: 8 punktai apie vengimą (46, 48, 49, 53, 54, 55, 58, 63), 8 apie įsijautimą (42, 43, 44, 47, 50, 55, 57, 61) ir 6 apie didelį susijaudinimą (45, 51, 56, 59, 60, 62) (Malinauskienė, Bernotaitė, 2016, p. 285; Weis, Marmar, 1996, p. 400). Vengimas reiškia prasmės ar pasekmių atsisakymą, praradimą, emocinį sustingimą arba elgesio slopinimą, susijusį su perinataliniu praradimu. Įsijautimas atsiskleidžia neleistinomis, nepageidaujamomis mintimis, neramiais sapnais, stipriomis emocijomis ir pasikartojančiu elgesiu, susijusiu su netektimi bei potraumišku stresu. Likerto skalėje respondantai galėjo rinktis nuo 0 tašk. „niekada“ iki 4 tašk. „visada“. Teiginių įvertinimai skaičiuojami nuo 0 (nėra simptomo) iki 4 balų (simptomas labai stipriai išreikštas). Remiantis M. H. Hutt ir kt. (2015) atliktu tyrimu, didesnis nei 23 balų surinkimas rodo potraumiško streso simptomų pasireiškimą. *IES-R* subskalių įvertinimas yra skalę sudarančių teiginių įverčių vidurkis. *IES-R* bendro įverčio įvertinimas yra visų teiginių įverčių aritmetinis vidurkis. *IES-R* parodo gerą vidinį statinį patikimumą (Kronbacho alfa) visos *IES-R* skalės 0,79 (Hutt ir kt., 2015, p. 44), įsijautimo 0,89, vengimo 0,85, didelio susijaudinimo 0,88 (Malinauskienė, Bernotaitė, 2016, p. 285).

Privalumas, kad visi šie trys skirtingų autorių sukurti klausimynai jau yra buvę naudoti įvairiomis variacijomis kartu: M. H. Hutt ir kt. (2015, p. 44) naudojo *PGIS* ir *IES-R*; M. H. Hutt ir M. dePacheco (1998, p. 548) *PBS*, *PGIS* ir kt.

*Klausimynų vidinis patikimumas*. Sudarytos anketos patikimumui (ang. reliability) nustatyti vertintas klausimyną sudarančių teiginių atskirų subskalių vidinis nuoseklumas (ang. internal consistency). Skaičiuotas vidinis statinis patikimumas (Cronbach's alpha koeficientas). Kronbacho alfa koeficiento reikšmė gerai sudarytam klausimynui turėtų būti didesnė už 0,7, kai kurių autorių teigimu – už 0,6 (Pukėnas, 2009) (žr. 4 lentelė).

4 lentelė. Klausimyno vidinio nuoseklumo vertinimas

Skalė	Teiginių skaičius	Cronbacho alfa koeficientas
Perinatalinės netekties skalė motinoms	24	0,829
Perinatalinio sielvarto intensyvumo skalė	6	0,698
Įvykio poveikio skalė	22	0,827
Bendras	52	0,883

Anketos antros ir ketvirtos dalių patikimumai panašūs - *PBS-M* subskalių vidinis patikimumas (Cronbacho alfa) gautas 0,829, *IES-R* 0,827. Trečiosios dalies: *PGIS* subskalės patikimumas yra didesnis už 0,6 (0,698). Nors tai ganėtinai žemas koeficientas, remiantis Jenkinson ir kt. (1996) šis vidinis patikimumas yra priimtinas, jei skalę sudaro nedaug klausimų. *Perinatalinio sielvarto intensyvumo skalę* sudaro tik šeši klausimai.

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad subskalių bendras vidinis patikimumas yra aukštas – Cronbacho Alfa koeficientas didesnis už 0,8 (0,883). Tai parodo, kad pasirinktų autorių sukurti klausimynai yra tinkami išskirti patikimą respondenčių nuomonę bei patiriamus jausmus moterų, kurios išgyveno nesėkmingą nėštumo baigtį.

Anketos 2-4 dalis buvo verstos iš originalios anglų kalbos, tam buvo naudojama vertimo – atgalinio vertimo metodas. Vertimą iš anglų į lietuvių kalbą atliko profesionalus vertėjas, o atgalinį vertimą iš lietuvių į anglų kalbą atliko kitas profesionalus vertėjas. Vertimo tikslas buvo sukurti priemonę, kuri atitinkta kiekvieno punkto reikšmę lietuvių kalba su atitinkamu anglų kalbos atitikmeniu ir kurią moterys galėtų suprasti Lietuvoje (Ratislavova, Kalvas, Beran, 2015, p. 195).

#### 2.1.4. Tyrimo procesas/eiga

Tyrimas buvo atliekamas aštuoniais etapais pagal tokią tyrimo proceso schemą (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 64):

1. Temos pasirinkimas – 2018 09 / 2018 10. Mokslinio darbo tema “Psichoemocinė moterų savijauta nutrūkus nėštumui,, pasirinkta ir suderinta su mokslinio darbo vadovu. Tema pasirinkta atsižvelgiant į problemos aktualumą. Išanalizavus svarbiausius temos raktažodžius, nuspręsta, jog tema tinkama magistrinio darbo tyrimui vykdyti.
2. Mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas – 2018 10 / 2019 11. Mokslinės literatūros analizės metu buvo nagrinėjami, vertinami ir palyginami kitų autorių tyrimai. Naudojamos tarptautinės duomenų bazės, tokios kaip: *Medline, PubMed, Health Source, Nursing Academic Edition, EBSCOhost, Google Scholar, Science Direct*, taip pat įvairiuose užsienio ir Lietuvos moksliniuose žurnaluose: *NEJM, British Medical Journal, SAGE Journals Online, Sveikatos mokslai* ir kt., disertacijose bei knygose ir kt. Teorinės dalies analizei buvo naudojami pilnateksčiai straipsniai anglų ir lietuvių

kalbomis. Straipsniai buvo atrenkami pagal temos aktualumą bei atsižvelgiant į darbo temą ir uždavinius. Raktiniai žodžiai bei jų kombinacijos, kurie padėjo atlikti mokslinės literatūros paiešką: *loss pregnancy, grief, miscarriage, abortion, pregnancy emotions, bereavement, forcibly, stillbirths, the traumatic impact of the event, perinatal death, abortas, persileidimas, psichoemocijos, nėščiųjų jausmai, perinatlinė mirtis, netektis, sielvartas, įvykio poveikis ir kt.* Ataskaitos rašymas buvo periodiškai derinamas su mokslinio darbo vadovu. Literatūros apžvalga vyko viso darbo rašymo metu.

3. Tyrimo plano rengimas ir instrumento sudarymas – 2018 10 / 2019 02, buvo ieškoma klausimynų, kurie geriausiai atitiktų mokslo darbo temą, atskleistų tyrimo esmę. Taip pat buvo renkami duomenys, kurie leido įsigilinti į tikslą, uždavinius bei pagrindę išsikeltą hipotezę. Pasirinktas kiekybinio tyrimo metodas. Tyrimo instrumentas sudarytas iš 9 sociodemografinių klausimų, kurie yra sudaryti tyrimo autorės, ir 3 standartizuotų Likerto skalių, sukurtų užsienio autorių. Iš prof. M. H. Hutti buvo gautas leidimas (3 priedas) naudotis jos sukurtu klausimynu *Perinatalinio sielvarto intensyvumo skalė (angl. Perinatal Grief Intensity Scale)*, autorė taip pat patvirtino dr. S. K. Theut sukurtą klausimyno *Perinatalinės netekties skalė motinoms (angl. Perinatal bereavement scale for mothers)* viešo naudojimo galimybę (2 priedas). Anketoje taip pat buvo naudojama viešai prieinama, švietimo tikslams skirta (4 priedas) *Įvykio poveikio skalė (angl. The Impact of Event Scale - Revised (IES-R))*, autorinės teisės priklauso prof. D. S. Weis ir C. R. Marmar. Skalės pasirinktos tyrimo atlikimui yra standartizuotos, atitinkančios etines normas, naudojamos užsienyje. Įvykio poveikio skalė naudota ir Lietuvoje.
4. Tyrimo duomenų rinkimas – 2019 03 / 2019 09. Siekiant atlikti tyrimą kreiptasi į KU Sveikatos mokslų fakultetą Slaugos katedros Etikos komisiją dėl tyrimo instrumento patvirtinimo. Patvirtinus tyrimo instrumentą 2019.02.26 Nr. 46-SL-3 Etikos komisijos posėdyje, buvo kreiptasi į devynius gydymo įstaigų vadovus dėl leidimų atlikti tyrimą jų vadovaujamosiose įstaigose. Gavus šešis leidimus, buvo kreiptasi į akušerijos ginekologijos skyrių vyresniąsias akušeres ar slaugytojas, joms bus parodyti patvirtinti įstaigos vadovų leidimai bei pats tyrimo instrumentas ir aptarta tyrimo atlikimo svarba bei procesas. Tyrimas vykdytas šešis mėnesius (2019 metų kovo 23 d. - rugsėjo 23 d.). Anketas tyrime dalyvavusioms moterims dalino apmokytos akušerės ar slaugytojos. Prieš tyrimą visos respondentės buvo supažindintos su tyrimo tikslu, eiga, naudojamu instrumentu, atsakoma į visus iškilusius klausimus, užtikrinamas konfidencialumas bei anonimiškumas. Tyrime dalyvavo moterys, išreiškę žodinį sutikimą dalyvauti. Užpildytos anketos buvo įdedamos į voką ir, jį užklįjavus, pateikiamos vyr. slaugytojai /

vyr. akušerei.

5. Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas bei pateikimas – 2019 09 / 2019 11. Gautų tyrimo duomenų sisteminimas buvo atliktas naudojantis statistiniu programų paketu „SPSS/w 24.0“ ir MS Excel 2016 programa. Gautų rezultatų duomenys – statistika buvo pateikta lentelėse ir pavaizduota grafiškai. Nagrinėjamų požymių pasiskirstymui pasirinktoje imtyje įvertinti taikyta aprašomoji duomenų statistika – absoliutūs (n) ir procentiniai dažniai (proc.). Aprašant intervalų skalės kintamuosius taikytas vidurkis (m) ir jo standartinis nuokrypis (SN), ranginiams kintamiesiems papildomai skaičiuota mediana bei 25-tas ir 75-tas procentiliai. Kiekybinių kintamųjų skirstinio normalumas tikrintas Kolmogorovo-Smirnovo testu. Daugiau kaip dviejų nepriklausomų imčių parametrinių kintamųjų, kurių skirstinys statistiškai reikšmingai nesiskyrė nuo Normaliojo, vidutinėms reikšmėms palyginti naudotas ANOVA testas, skaičiuotas Fišerio kriterijus, taikytas Bonferroni aposteriorinis kriterijus. Daugiau kaip dviejų imčių skirstiniai, kurie netenkino normalumo prielaidos, lyginti Kruskal-Wallis testu, skaičiuotas  $\chi^2$  kriterijus. Dviejų nepriklausomų imčių skirstiniams palyginti naudotas Mann-Whitney U testas, skaičiuotas Z kriterijus. Ryšio tarp neparimetrinių požymių stiprumas analizuotas apskaičiuojant Spearman koreliacijos koeficientą (r). Jei  $0 < |r| \leq 0,3$ , dydžiai silpnai priklausomi, jei  $0,3 < |r| \leq 0,8$ , vidutiniškai priklausomi, jei  $0,8 < |r| \leq 1$ , stipriai priklausomi. Rezultatai pateikiami diagramose ir lentelėse. Išanalizavus gautus rezultatus ir juos palyginus su kitų mokslininkų darbais, buvo pateiktos išvados bei rekomendacijos. Klausimyno vidinis patikimumas vertintas apskaičiavus Cronbach'o Alfa koeficientą.
6. Tyrimo rezultatų palyginimas – 2019 11 / 2019 12. Tyrimo metu gauti duomenys buvo lyginami tarpusavyje bei su mokslinėje literatūroje pateiktais duomenimis ankščiau atliktais Lietuvoje ir užsienyje.
7. Išvadų ir rekomendacijų parengimas – 2019 10 / 2019 12. Išanalizavus gautus duomenis, buvo pateiktos suformuluotos išvados atitinkančios išsikeltus uždavinius. Remiantis gautais tyrimo rezultatais suformuluotos konkrečios rekomendacijos darbuotojams, susijusiems su moterų po nėštumo nutrūkimo slauga bei informacijos teikimu.
8. Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas – 2019 11 / 2019 12. Darbas buvo atliktas konsultuojantis su baigiamojo darbo vadovu bei atliktas remiantis mokslo tiriamųjų darbų metodologijos reikalavimais (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014).

### 2.1.5. Tyrimo etika

Gavus KU Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos patvirtinimą 2019.02.26 Nr.46-SL-3 dėl tyrimo instrumento, kreiptasi į devynias Lietuvos sveikatos priežiūros

įstaigas, teikiančias antrinio lygio stacionarines akušerines ginekologines paslaugas, administracijas dėl leidimų atlikti tyrimą šiose įstaigose. Gavus šešis sveikatos priežiūros įstaigų vadovų raštiškus sutikimus bei akušerijos ginekologijos skyrių vedėjų ir vyr. akušerių ar vyr. slaugytojų pritarimą vykdyti tyrimą buvo pradėtas kiekybinio tyrimo atlikimas „Psichoemocinė moterų savijauta nutrūkus nėštumui“ etiniu aspektu.

Tyrimas buvo atliktas remiantis etiniais principais nurodytais Helsinkio deklaracijoje 1964 m. (World Medical Association, 2013), kuri buvo peržiūrėta 1975 m. ir 2000 m. (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 65). Akcentuojant, kad etiniai aspektai taikomi atliekant biomedicininis tyrimus su žmonėmis. Atliekant šį tyrimą buvo vadovautasi keturiais pagrindiniais etiniais principais: *autonomiškumas*, *anonimiškumas*, *konfidencialumas*, *nežalingumas*.

*Autonomiškumas* yra pagrindinis etikos principas būtinas taikyti slaugos mokslo srityje (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 65). Siekiant išlaikyti šį principą labai svarbus yra Informuoto asmens sutikimas, nes jo metu suteikiama visa reikalinga informacija respondentui apsisprendimui dalyvauti tyrime (Rogers, Bousinger, 2001). Taip pat respondentams suteikiamas laiko apmąstyti ar jie norės dalyvauti tyrime. Pabrėžiamas tyrimo tikslas, svarba slaugos mokslinei praktikai (Ratislavova, Kalvas, Beran, 2015).

*Anonimiškumas* yra svarbiausias užtikrinant dalyvių bei tyrimo duomenų neatskleidimą. Būtinas gautos informacijos iš respondento išsaugojimas neatskleidžiant jo tapatybės, išliekant objektyviam. Anonimiškumo išsaugojimas kiekybinio tyrimo metu sudaromas, naudojant anketą be vardų. Priešingu atveju ir interviu metu tyrėjas gali užtikrinti tik konfidencialumą (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 65). Taip pat siekiant anonimiškumo užtikrinimo tyrimo dalyviai užpildytą anketą dėjo į voką ir jį užklijuodavo. Psichologinio modulio metodinėse rekomendacijose (2016, p. 97) pateikta, kad tyrėjas „susilaiko nuo galios panaudojimo ir nesiekia klientei perduoti savo įsitikinimų (politinių, religinių ar kitokių)“ siekiant geriausių rezultatų.

*Konfidencialumas* būtinas norint gauti tyrime dalyvaujančio asmens pasitikėjimą. Tik tokiu atveju respondentas sutiks atskleisti intymias ir jautrias gyvenimo detales (Petrauskas, 2008). Būtinas asmeninės informacijos apie tyriamąjį, kuri galėtų pakenkti jam neatskleidimas (Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 65).

*Nežalingumas* užtikrinamas respondentą apsaugant nuo fizinės, moralinės ar materialinės žalos. Pabrėžiama, kad tyrimo metu surinkti duomenys naudojami rengiant mokslines išvadas bei praktines rekomendacijas, kurios padeda tobulinti slaugos procesą. Tyrimo metu surinkti duomenys naudojami rengiant mokslines išvadas bei praktines rekomendacijas, kurios padeda tobulinti slaugos procesą (Ratislavova, Kalvas, Beran, 2015; Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 65).

Taip pat tyrimo metu buvo laikomasi *sąžiningumo*. Mokslinių duomenų klastojimas, prasimanymas, plagijavimas ar tyrimo rezultatų pritempimas prie norimų yra rimtas mokslinės

etikos pažeidimas (Petrauskas, 2008, cit. Mockienė, Drungilienė, Martinkėnas, 2014, p. 66; Linkevičiūtė, 2011, p. 5-6).

Laikantis šių etikos principų nebuvo pažeistos klausimynų kūrėjų autorinės teisės.

## 2.2. Tyrimo rezultatai

### 2.2.1 Moterų išgyvenama netektis nutrūkus nėštumui

Išanalizavus *PBS-M* skalės duomenis išryškėjo stipriausi netekties aspektus atspindintys teiginiai. Stipriausiai išgyvenamą psichoemocinę savijautą po nėštumo nutrūkimo atskleidė teiginiai: „Aš jaudinuosi, kad nėštumo nutrūkimas man gali pasikartoti“ (3,01±0,9 balai), „Aš prisimenu savo prarastą kūdikį“ (2,99±0,9 balai), bei vienodą reišmingumą (2,81±0,9 balai) atskleidę teiginiai: „Aš vis dar jaučiuosi liūdna dėl nėštumo nutrūkimo“ ir „Nors ir sunku dėl praradimo, jau pradėdau užsiimti kasdienine veikla“. Silpniausią netekties aspektą atskleidė teiginys: „Manau, kad kitų žmonių veiksmai galėjo turėti įtakos mano nėštumo nutrūkimui“ (1,50±0,8 balai) (6 priedas).

Analizuojant *PBS-M* skalės duomenis netekties išgyvenimą galima vertinti ir nustatant kaltės išgyvenimo stiprumą. Teiginys „Aš kaltinu save, kad nėštumo metu mano gyvenimo būdas nesutapo su sveikos gyvensenos principais“ (1,80±0,9 balai) bendros skalės atžvilgiu užima prieš paskutinę vietą – tai rodo žemą kaltinimo savęs bei netekties sustiprinimo faktą. Priešingai, teiginys „Aš visada jaučiuosi kalta, kai galvoju apie savo prarastą kūdikį“ (2,01±0,9 balai) buvo jaučiamas stipriau. Stipriausiai išgyvenamą kaltės jausmą atskleidė teiginiai „Aš jaudinuosi, kad nėštumo nutrūkimas man gali pasikartoti“ (3,01±0,9 balai) ir „Aš jaučiuosi iš dalies atsakinga už savo kūdikio praradimą“ (2,01±0,9 balai) (6 priedas).

Netekties išgyvenimo stiprumas gali būti nustatomas įvertinant patiriamą nerimą. Kaip jau minėta anksčiau, nerimo jautimas užima stipriausiai netektį išreiškęs teiginys. Šeštoje vietoje iš 26 teiginių yra teiginys: „Nerimauju, nes nežinau, kodėl patyriau nėštumo nutrūkimą“ (2,76±1,0). Silpniausiai išreikštas nerimas teiginiu: „Mane kankina nerimas dėl savo prarasto vaiko“ (2,33±1,0 balai) (6 priedas).

Nustatant netekties išgyvenimą moterims po nėštumo praradimo yra vertinamas jaučiamas liūdesio stiprumas. Stipriausią išgyvenimą atskleidė teiginys: „Aš vis dar jaučiuosi liūdna dėl nėštumo nutrūkimo“ (2,81±0,9 balai), silpnesnę išgyvenimą atskleidė teiginys: „Aš dažnai verkiu, kai pagalvoju apie savo prarastą kūdikį“ (2,50±1,1 balai). Didžiausią reikšmę turėjęs teiginys: „Aš liūdžiu, kai galvoju apie prarastą kūdikį“ (2,46±1,01 balai) tyrimo dalyvių įvertintas vidutiniškai (6 priedas).

Remiantis L. M. Peacock (1998) pateikta subskalės analizavimo metodika buvo apskaičiuota bendra visų balų suma. Maksimalus galimų balų skaičius 104, minimalus 26. Daugiausiai surinkti 86 balai, mažiausiai 32 balai (vidurkis 60,65 balai) (6 priedas).

### 2.2.2. Moterų išgyvenamas sielvartas nutrūkus nėštumui

Išanalizavus subskalės duomenis išryškėjo stipriausiai sielvartą atspindintys teiginiai. Sielvarto stiprumą parodo apklaustųjų teiginių balų vidurkis. Kuo teiginio vidurkis arčiau 4, tuo

pateikto punkto esmė atspindi ryškesnį išgyvenamą sielvarto skausmą. Stipriausiai išgyvenamą sielvartą po nėštumo nutrūkimo atskleidė teiginys: „Ir nėštumas, ir kūdikis man atrodė realūs“ (3,33±0,7 balai). Silpniausiai išgyvenamą sielvartą atskleidė teiginys: „Tai kas įvyko, man atrodo labiau nėštumo negu kūdikio praradimas“ (2,78±1,0 balai) (žr. 5 lentelė).

Analizuojant duomenis bendras subskalės suminis balas galėjo svyruoti nuo 6 iki 24. Mažiausias apklaustųjų surinktas balas buvo 6, didžiausias 24, vidurkis 18,31 balas (žr. 5 lentelė).

5 lentelė. Prenatalinio sielvarto intensyvumo skalės įverčiai

Teiginiai	Vidutinis įvertis (m)	Stand. nuokrypis (SN)	Mediana	Procentiliai	
				25-tas	75-tas
Ir nėštumas, ir kūdikis man atrodė realūs	3.33	0.7	3	3	4
Nesiejau kūdikio su asmenybe	3.18	0.8	3	3	4
Negalvojau apie kūdikį, kaip atskirą asmenį	3.17	0.8	3	3	4
Jaučiausi, praradusi ne tik nėštumą, bet ir dalelę savęs	3.02	0.9	3	3	4
Negalėjau patikėti, kad laukiuosi	2.83	1.1	3	2	4
Tai kas įvyko, man atrodo labiau nėštumo negu kūdikio praradimas	2.78	1.0	3	2	4

### 2.2.3. Moterų išgyvenamas traumuojančio įvykio poveikis nutrūkus nėštumui

Analizuojant moterų išgyvenamą traumuojančio įvykio poveikį moterims po nėštumo nutrūkimo *IES-R* skalėje išskiriami 3 poveikį atskleidžiantys jausmai: vengimas – neigimas, įsijautimas į susidariusią situaciją ir susijaudinimas dėl to kas įvyko (Weis, Marmar, 1997). Daugiausiai surinkti 59 balai, mažiausiai 3 balai, vidurkis 32,90 balų.

Stipriausiai subskalėje vengimo jausmas išreikštas per teiginį: „Stengiuosi apie tai nekalbėti“ (1,97±1,2 balai), silpniausiai įvertintas teiginys: „Jaučiuosi tarsi to nebūtų atsitikę ar tai būtų netikra“ (1,16±1,1 balai). Labiausiai po netekties įsijautimą atskleidė teiginys: „Bet koks priminimas apie tai, gražina buvusius jausmus“ (2,09±1,0 balai). Įvykio įsijautimas silpniausiai pasireiškė per teiginį: „Aš tai sapnavau“ (0,76±0,9 balai) (7 priedas).

Tyrimo metu stipriausią susijaudinimą perteikė teiginys: „Buvau nervinga ir pasimetusi“ (1,89±1,2 balai). Silpniausiai susijaudinimą perteikė teiginys: „Prisiminimai apie įvykį man sukelia širdies plakimą, prakaitavimą, sunkų kvėpavimą, pykinimą“ (1,21±1,0 balai) (7 priedas).

Tyrimo metu stipriausią susijaudinimą perteikė teiginys: „Buvau nervinga ir pasimetusi“ (1,89±1,2 balai). Silpniausiai susijaudinimą perteikė teiginys: „Prisiminimai apie įvykį man sukelia širdies plakimą, prakaitavimą, sunkų kvėpavimą, pykinimą“ (1,21±1,0 balai) (7 priedas).

Apdorojant gautus *IES-R* skalės duomenis buvo vertinamas išreikštų jausmų vyravimas motinoms po nesėkmingo nėštumo nutrūkimo bendros skalės atžvilgiu. Jausmų siprumą atspindėjo vidutino įverčio reikšmės didumas iki 4. Labiausiai motinos stengėsi vengti ir neigti susiklosčiusią

situaciją ( $1,68 \pm 0,6$  balai), bet tuo pačiu vienodai įsijautė ( $1,6 \pm 0,8$  balai) į trauminį savo gyvenimo įvykį: sapnuodamos, galvodamos bei savyje išgyvendamos netektį. Susijaudinimą apklaustosios patyrė silpniau ( $1,63 \pm 0,6$  balai) (žr. 6 lentelė).

6 lentelė. Įvykio poveikio skalės (IES-R) įverčiai

Subskalės	Vidutinis įvertis (m)	Stand. nuoktypis (SN)	Mediana	Procentiliai	
				25-tas	75-tas
IES-R bendras įvertis	1.66	0.6	2	1	2
IES-R vengimas	1.68	0.6	2	1	2
IES-R įsijautimas	1.68	0.8	2	1	2
IES-R susijaudinimas	1.63	0.6	2	1	2

Analizuojant moterų psichoemocinę savijautą po nėštumo nutrūkimo, buvo nustatyta, kad *PBS-M*, *PGIS*, *IES-R* skalės rezultatai turi tarpusavyje koreliuojančius ryšius. Tyrimo rezultatai parodė, kad didėjant netekties išgyvenamumo lygiui, stiprėja patiriamas sielvartas ( $r=0,271$ ,  $p=0,001$ ) ir traumuojančio įvykio poveikis ( $r=0,586$ ,  $p=0,001$ ). Taip pat analizuojant tyrimo duomenis stiprios ir statistiškai reikšmingos ( $p<0,01$ ) koreliacijos tarp įvykio poveikio ir sielvarto intensyvumo nenustatyta ( $r=0,156$ ,  $p=0,054$ ) (žr. 7 lentelė).

7 lentelė. Psichoemocinės savijautos skalių tarpusavio sąsajos (Spearman koreliacija,  $r$  ( $p$ ))

Skalės	Perinatalinės netekties skalė motinoms	Perinatalinio sielvarto intensyvumo skalė	Įvykio poveikio skalė
Perinatalinės netekties skalė motinoms	-	-	-
Perinatalinio sielvarto intensyvumo skalė	0,271 (0,001)	-	-
Įvykio poveikio skalė	0,586 (0,001)	0,156 (0,054)	-

#### 2.2.4. Moterų psichoemocinės savijautos sąsajos su sociodemografiniais rodikliais

Lygintas moterų išgyventas prenatalinis netekties stiprumas priklausomai nuo nutrūkusių nėštumų skaičiaus. Nustatyta, kad stipriausiai netektį išgyveno moterys, patyrusios tris ir daugiau nesėkmingų nėštumų ( $65,16 \pm 8,1$  balai). Silpniau netektis išjausta pirmo ( $60,29 \pm 10,4$  balai) bei antro ( $59,00 \pm 8,7$  balai) nėštumo nutrūkimo atveju. Netekties poveikis su nesėkmingų nėštumų nutrūkimų skaičiumi statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p>0,05$ ) ( $p=0,087$ ).

Siekiant palyginti moterų psichoemocinės savijautos vertinimą su įvykusiū nėštumo nutrūkimų skaičiumi, analizuotas išgyventas sielvarto stiprumas. Nustatyta, kad stipriausiai sielvartą išgyveno moterys patyrusios du nėštumo nutrūkimo atvejus ( $19,28 \pm 3,7$  balai). Mažiau sielvartaujama nėštumui nutrūkus pirmą ( $18,10 \pm 3,1$  balai), trečią ir daugiau ( $18,00 \pm 2,7$  balai) kartų.

Išanalizavus tyrimo duomenis, nustatyta, kad sielvarto stiprumas priklausomai nuo nesėkmingų nėštumų skaičiaus statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,195$ ).

Tyrimo metu lygintas trauminio įvykio poveikis netekus kūdikio dėl pirmo, antro ar daugiau nesėkmingų nėštumų. Gauti IES-R skalės rezultatai parodė, kad nutrūkus trečiam ir daugiau nėštumų, statistiškai reikšmingai stipriau pasireiškia trauminio įvykio vengimo poveikis ( $1,98 \pm 0,6$  balai) ( $p < 0,05$ ) bei bendras trauminio įvykio poveikis ( $1,85 \pm 0,5$  balai) ( $p < 0,05$ ), palyginus su respondentėmis, kurios patyrė pirmą nesėkmingą nėštumą. Kiti trauminio įvykio poveikio aspektai pagal nesėkmingų nėštumų skaičių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) (žr. 8 lentelė).

8 lentelė. Tyrimo dalyvių trauminio įvykio poveikio įverčių palyginimas pagal nesėkmingų nėštumų skaičių ( $m \pm SN$ )

Skalės	Nesėkmingas nėštumas			Statistinis reikšmingumas
	Pirmas	Antras	Trečias ir daugiau	
IES-R bendras įvertis	$1,54 \pm 0,5$	$1,61 \pm 0,5$	<b><math>1,85 \pm 0,5^*</math></b>	$\chi^2 = 6,4, p = 0,040$
IES-R vengimas	$1,53 \pm 0,5$	$1,64 \pm 0,5$	<b><math>1,98 \pm 0,6^*</math></b>	$\chi^2 = 10,4, p = 0,006$
IES-R įsijautimas	$1,54 \pm 0,7$	$1,67 \pm 0,8$	$1,79 \pm 0,6$	$\chi^2 = 1,6, p = 0,444$
IES-R susijaudinimas	$1,53 \pm 0,6$	$1,51 \pm 0,7$	$1,76 \pm 0,6$	$\chi^2 = 3,4, p = 0,183$

\*-  $p < 0,05$ , palyginus su patyrusiomis pirmą nesėkmingą nėštumą (Mann-Whitney U testas)

Lygintas trauminio įvykio poveikis pagal nutrūkusio nėštumo trukmę. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad nėštumui nutrūkus 9 –12 savaitę, statistiškai reikšmingai stipriau pasireiškia trauminio įvykio vengimo poveikis ( $1,45 \pm 0,6$  balai) ( $p < 0,05$ ), palyginus su respondentėmis, kurios patyrė 8 ir mažiau savaičių bei daugiau 12 savaičių trukmės nėštumo nutrūkimą. Kiti trauminio įvykio poveikio aspektai pagal nutrūkusių nėštumų trukmę statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) (žr. 9 lentelė).

9 lentelė. Tyrimo dalyvių trauminio įvykio poveikio įverčių palyginimas pagal nutrūkusio nėštumo trukmę ( $m \pm SN$ )

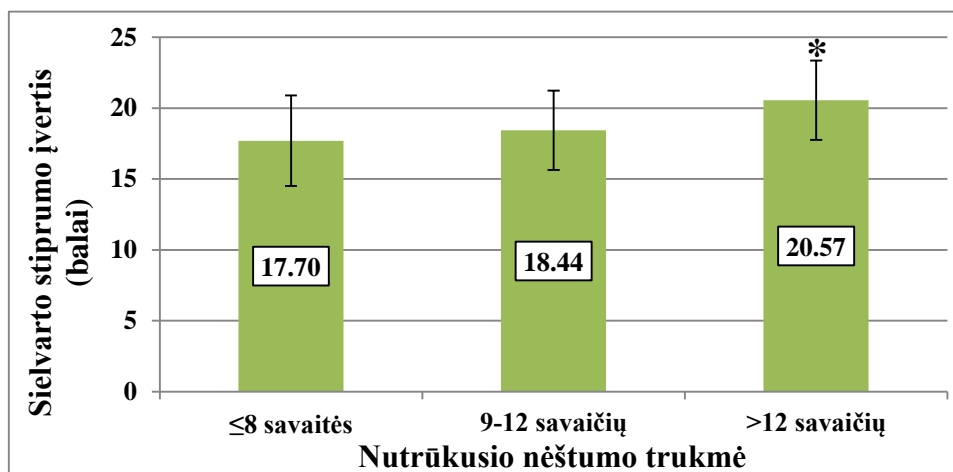
Skalės	Nutrūkusio nėštumo trukmė			Statistinis reikšmingumas
	$\leq 8$ savaitės	9 - 12 savaičių	$> 12$ savaičių	
IES-R bendras įvertis	$1,61 \pm 0,5$	$1,49 \pm 0,5$	$1,70 \pm 0,5$	$\chi^2 = 2,9, p = 0,238$
IES-R vengimas	$1,68 \pm 0,5$	<b><math>1,45 \pm 0,6^*</math></b>	$1,66 \pm 0,6$	<b><math>\chi^2 = 9,4, p = 0,009</math></b>
IES-R įsijautimas	$1,58 \pm 0,7$	$1,51 \pm 0,7$	$1,68 \pm 0,7$	$\chi^2 = 4,7, p = 0,096$
IES-R susijaudinimas	$1,57 \pm 0,6$	$1,54 \pm 0,5$	$1,52 \pm 0,7$	$\chi^2 = 0,2, p = 0,917$

\*-  $p < 0,05$ , palyginus su patyrusiomis  $\leq 8$  savaičių ir  $> 12$  savaičių trukmės nesėkmingą nėštumą (Mann-Whitney U testas)

Siekiant tiksliau įvertinti pacienčių psichoemocinę savijautą po nėštumo nutrūkimo buvo lyginamas prenatalinės netekties stiprumas pagal nutrūkusio nėštumo trukmę. Nustatyta, kad stipriausiai prenatalinę netektį išgyvena moterys, kurių nėštumas nutrūko 8 ir mažiau savaičių ( $61,05 \pm 10,50$  balai). Nežymiai mažesnis netekties išgyvenimas nustatytas moterims, kurių nėštumai nutrūko daugiau 12 savaičių ( $60,67 \pm 9,60$  balai) ir nuo 9 iki 12 savaičių ( $59,87 \pm 9,00$  balai).

Prenatalinės netekties stiprumas pagal nesėkmingų nėštumų trukmę statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,813$ ).

Tyrimo metu lygintas moterų išgyventas sielvartas su nutrūkusio nėštumo trukme. Gauti *PGIS* skalės rezultatai parodė, kad nėštumui nutrūkus didesniai nei 12 nėštumo savaitę, statistiškai reikšmingai stipriau pasireiškia sielvarto poveikis ( $20,57 \pm 2,8$  balai) ( $p = 0,001$ ), palyginus su respondentėmis, kurios patyrė 8 ir mažiau savaičių ir 9-12 savaičių trukmės nėštumo nutrūkimą. Kiti išgyventi sielvartavimo aspektai pagal nesėkmingų nėštumų skaičių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) (žr. 1 pav.).



$F = 7,5$ ,  $p = 0,001$ ; \*-  $p < 0,05$ , palyginus su patyrusiomis  $\leq 8$  savaičių ir 9 - 12 savaičių trukmės nesėkmingą nėštumą (Bonferroni post-hoc)

1 pav. Tyrimo dalyvių sielvarto stiprumo įverčių palyginimas pagal nutrūkusio nėštumo trukmę ( $m \pm SN$ )

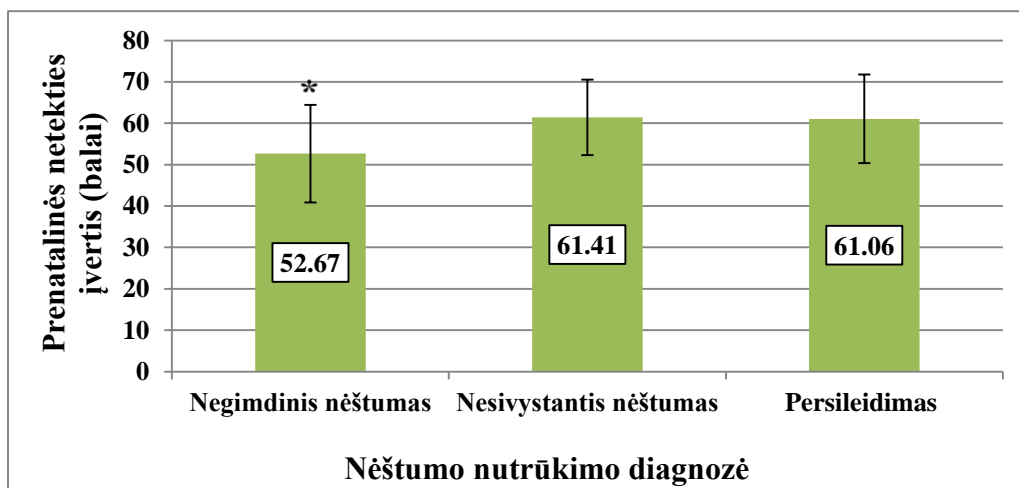
Analizuojant tyrimo duomenis, buvo lyginamas trauminio įvykio poveikis ir nutrūkusio nėštumo diagnoze. Nustatyta, kad negimdinis nėštumas ( $1,39 \pm 0,8$  balai), nesivystantis nėštumas ( $1,59 \pm 0,5$  balai), persileidimas ( $1,67 \pm 0,5$  balai) su išgyventu įvykio poveikiu statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,01$ ) ( $p = 0,374$ ).

Nagrinėjant psichoemocinės savijautos ryšius su nėštumo nutrūkimo diagnoze, nustatyta, kad traumuojančio įvykio poveikio skalė ir ją sudarančios įsijautimo ( $p = 0,371$ ), susijaudinimo ( $p = 0,190$ ), vengimo ( $p = 0,191$ ) dalys statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p = 0,374$ ) tarp moterų patyrusių negimdinį ir nesivystantį nėštumą, persileidimą.

Negimdinio nėštumo atveju stipriausiai išgyvenamas vengimo jausmas ( $1,64 \pm 0,9$  balai), šiek tiek silpniau susijaudinimo jausmas ( $1,29 \pm 0,8$  balai) ir silpniausiai įsijautimo jausmas ( $1,22 \pm 1,0$  balai). Nesivystančio nėštumo atveju situacija vyrauja panaši: stipriausiai jaučiamas įsijautimo jausmas ( $1,61 \pm 0,7$  balai), nežymiai silpniau susijaudinimo ( $1,60 \pm 0,6$  balai) ir vengimo jausmas ( $1,56 \pm 0,5$  balai). Įvykus persileidimui, moteris stipriausiai išgyvena vengimo jausmą ( $1,77 \pm 0,6$  balai), silpniau įsijautimo ( $1,69 \pm 0,7$  balai), dar silpniau susijaudinimo ( $1,50 \pm 0,6$  balai). Trauminis

įvykis visomis nėštumo nutrūkimo diagnozėms moterims sukėlė panašius pojūčius, statistiškai reikšmingų dalių skalėje nenustatyta ( $p > 0,05$ ).

Nagrinėjant tyrimo duomenis lygintas prenatalinės netekties stiprumas su nėštumo nutrūkimo diagnoze. Negimdinio nėštumo atveju, statistiškai reikšmingai silpniau pasireiškia netekties išgyvenimas ( $52,67 \pm 1,8$  balai) ( $p < 0,05$ ), palyginus su respondentėmis, kurios patyrė nesivystantį nėštumą ir persileidimą. (žr. 2 pav.).



$F = 4,4$ ,  $p = 0,014$ ; \*-  $p < 0,05$ , palyginus su patyrusiomis nesivystantį nėštumą ir persileidimą (Bonferroni post-hoc)

2 pav. Tyrimo dalyvių prenatalinės netekties stiprumo įverčių palyginimas pagal nėštumo nutrūkimo diagnozę ( $m \pm SN$ )

Siekiant tiksliau įvertinti pacienčių psichoemocinę savijautą po nėštumo nutrūkimo buvo lyginamas sielvarto stiprumas pagal nėštumo nutrūkimo diagnozę. Nustatyta, kad stipriausiai sielvartą išgyvena persileidusios moterys ( $18,97 \pm 3,5$  balai). Mažiau sielvartaujama nesivystančio nėštumo ( $18,31 \pm 2,7$  balai) ir negimdinio nėštumo metu ( $16,50 \pm 5,0$  balai). Sielvarto stiprumas pagal nėštumo nutrūkimo diagnozę statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,069$ ).

Siekiant tiksliau įvertinti pacienčių psichoemocinę savijautą po nėštumo nutrūkimo buvo lyginamas prenatalinės netekties stiprumas pagal nėštumo užbaigimo taktikas. Nustatyta, kad stipriausiai netektis išgyvenama pasirinkus stebėjimo taktiką ( $61,76 \pm 9,40$  balai), nežymiai mažiau pasyvia ( $61,40 \pm 8,7$  balai) ir šiek tiek mažiau aktyvius nėštumo užbaigimo veiksmus ( $59,80 \pm 10,90$  balai). Perinatalinės netekties stiprumas pagal nėštumų užbaigimų taktikas statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,576$ ).

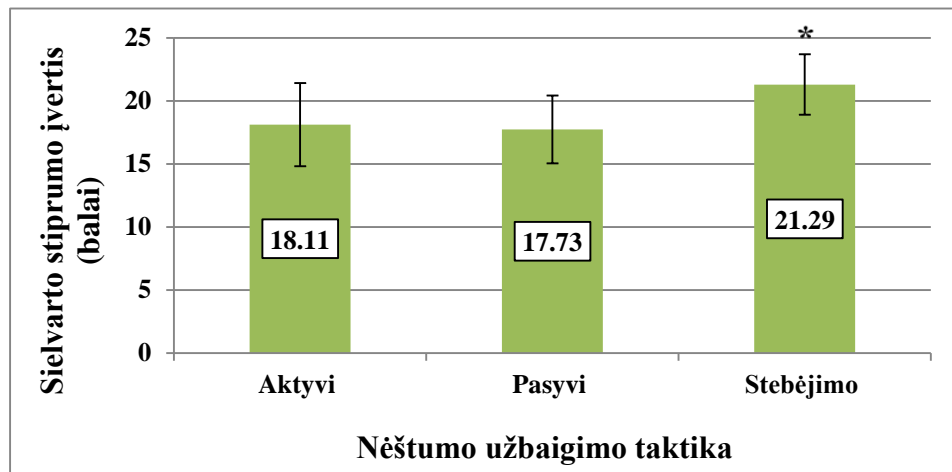
Analizuojant tyrimo duomenis, buvo lyginamas trauminio įvykio poveikis ir nėštumo užbaigimo taktikos. Tyrimo rezultatai parodė, kad nėštumą užbaigiant aktyvia taktika, statistiškai reikšmingai stipriau pasireiškia trauminio įvykio įsijautimo poveikis ( $1,44 \pm 0,7$  balai) ( $p < 0,05$ ) bei susijaudinimo poveikis ( $1,47 \pm 0,6$  balai) ( $p < 0,05$ ), palyginus su respondentėmis, patyrusiomis pasyvų ir stebėjimo nėštumo užbaigimą. Kiti trauminio įvykio poveikio aspektai pagal nėštumo užbaigimo taktikas statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) (žr. 10 lentelė).

10 lentelė. Tyrimo dalyvių trauminio įvykio poveikio įverčių palyginimas pagal nėštumo užbaigimo taktiką (m±SN)

Skalės	Nėštumo užbaigimo taktika			Statistinis reikšmingumas
	Aktyvi	Pasyvi	Stebėjimo	
IES-R bendras įvertis	1,52 ± 0,5	1,69 ± 0,5	1,55 ± 0,5	$\chi^2 = 4,7, p = 0,096$
IES-R vengimas	1,65 ± 0,6	1,62 ± 0,5	1,40 ± 0,6	$\chi^2 = 1,7, p = 0,434$
IES-R įsijautimas	<b>1,44 ± 0,7</b>	1,75 ± 0,7	1,78 ± 0,7	<b><math>\chi^2 = 7,6, p = 0,023</math></b>
IES-R susijaudinimas	<b>1,47 ± 0,6</b>	1,69 ± 0,5	1,44 ± 0,7	<b><math>\chi^2 = 6,0, p = 0,049</math></b>

\* -  $p < 0,05$ , palyginus su patyrusiomis pasyvų nėštumo užbaigimą ir nėštumo užbaigimą stebint (Mann-Whitney U testas)

Tyrimo metu lygintas moterų išgyventas sielvartas su nėštumo užbaigimo taktikomis. Gauti *PGIS* skalės rezultatai parodė, kad nėštumą užbaigiant laukimo taktika, statistiškai reikšmingai stipriau pasireiškia sielvarto poveikis (21,29±2,4 balai) ( $p < 0,05$ ), palyginus su respondentėmis, kurios patyrė aktyvų ir pasyvų nėštumo užbaigimą. Kiti išgyventi sielvartavimo aspektai pagal nėštumo užbaigimo taktikas statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) (žr. 3 pav.).



$F = 9,6, p = 0,001$ ; \* -  $p < 0,05$ , palyginus su patyrusiomis aktyvų ir pasyvų nėštumo užbaigimą (Bonferroni post-hoc)

3 pav. Tyrimo dalyvių sielvarto stiprumo įverčių palyginimas pagal nėštumo užbaigimo taktiką (m±SN)

Siekiant tiksliau įvertinti pacienčių psichoemocinę savijautą po nėštumo nutrūkimo buvo lyginamas prenatalinės netekties stiprumas pagal moterų amžių. Nustatyta, kad stipriausiai netektį išgyveno moterys esančios daugiau 35 metų (60,91±10,70 balai), šiek tiek mažiau moterys nuo 31 iki 35 metų (60,70±9,70 balai) ir nuo 18 iki 30 metų (60,42±9,70 balai). Prenatalinės netekties stiprumas pagal moterų amžių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,969$ ).

Sielvarto stiprumas taip pat lygintas su moterų, patyrusių nėštumo nutrūkimą, amžiumi. Tyrimo rezultatai pasiskirstė nežymiais skirtumais nuo 18 iki 30 metų (18,73±2,70 balai), nuo 31 iki 35 metų (18,10±3,30 balai) ir daugiau 35 metų (17,98±3,7 balai). Sielvarto stiprumas pagal moterų amžių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,420$ ).

Analizuojant tyrimo duomenis, buvo lyginamas trauminio įvykio poveikis ir prenatalinę netektį patyrusių moterų amžius. Tyrimo rezultatai parodė, kad vyresnei nei 35 metų amžiaus moteriai, statistiškai reikšmingai stipriau pasireiškia trauminio įvykio vengimo poveikis (1,81±0,5 balai) ( $p < 0,05$ ), palyginus su 31-35 metų tyrimo dalyvėmis (žr. 11 lentelė).

Taip pat vyresnei nei 35 metų amžiaus moteriai, statistiškai reikšmingai stipriau pasireiškia trauminio įvykio poveikis (1,73±0,5 balai) ( $p < 0,05$ ), palyginus su 18-35 metų tyrimo dalyvėmis patyrusiomis nėštumo nutrūkima. Kiti trauminio įvykio poveikio aspektai pagal moterų, patyrusių nėštumo nutrūkima, amžių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) (žr. 11 lentelė).

11 lentelė. Tyrimo dalyvių trauminio įvykio poveikio įverčių palyginimas pagal amžių ( $m \pm SN$ )

Skalės	Amžius			Statistinis reikšmingumas
	18 – 30 metų	31 – 35 metai	> 35 metai	
IES-R bendras įvertis	1,58 ± 0,6	1,48 ± 0,4	<b>1,73 ± 0,5*</b>	$\chi^2 = 7,4, p = 0,025$
IES-R vengimas	1,52 ± 0,6	1,55 ± 0,5	<b>1,81 ± 0,5**</b>	$\chi^2 = 1,7, p = 0,025$
IES-R įsijautimas	1,64 ± 0,8	1,43 ± 0,6	1,74 ± 0,8	$\chi^2 = 5,5, p = 0,063$
IES-R susijaudinimas	1,59 ± 0,6	1,48 ± 0,5	1,60 ± 0,6	$\chi^2 = 1,4, p = 0,500$

\* -  $p < 0,05$ , palyginus su 31-35 metų tyrimo dalyvėmis; \*\* -  $p < 0,05$ , palyginus su 18-35 metų tyrimo dalyvėmis (Mann-Whitney U testas)

Siekiant tiksliau įvertinti pacienčių psichoemocinę savijautą po nėštumo nutrūkimo buvo lyginamas trauminio įvykio poveikis ir prenatalinę netektį patyrusių moterų šeiminei padėčiai. Tyrimo rezultatai parodė, kad vienišoms moterims, statistiškai reikšmingai stipriau pasireiškia trauminio įvykio įsijautimo poveikis (2,05±0,3 balai) ( $p < 0,05$ ) bei bendras trauminio įvykio poveikis (1,91±0,3 balai), palyginus su ištekejusiomis tyrimo dalyvėmis (žr. 12 lentelė).

Taip pat vienišoms moterims, statistiškai reikšmingai stipriau pasireiškia trauminio įvykio susijaudinimo poveikis (2,12±0,5 balai) ( $p < 0,05$ ), palyginus su ištekejusiomis ir gyvenančiomis partnerystėje tyrimo dalyvėmis. Kiti trauminio įvykio poveikio aspektai pagal moterų, patyrusių nėštumo nutrūkima, šeiminei padėčiai statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) (žr. 12 lentelė).

12 lentelė. Tyrimo dalyvių trauminio įvykio poveikio įverčių palyginimas pagal šeiminei padėtį ( $m \pm SN$ )

Skalės	Šeiminei padėčiai			Statistinis reikšmingumas
	Vienišos	Ištekejusios	Gyvenančios partnerystėje	
IES-R bendras įvertis	<b>1,91 ± 0,3*</b>	1,53 ± 0,5	1,69 ± 0,4	$\chi^2 = 7,2, p = 0,027$
IES-R vengimas	1,61 ± 0,5	1,60 ± 0,6	1,65 ± 0,5	$\chi^2 = 0,1, p = 0,972$
IES-R įsijautimas	<b>2,05 ± 0,3*</b>	1,51 ± 0,7	1,75 ± 0,7	$\chi^2 = 9,0, p = 0,011$
IES-R susijaudinimas	<b>2,12 ± 0,5**</b>	1,47 ± 0,6	1,66 ± 0,6	$\chi^2 = 10,3, p = 0,006$

\* -  $p < 0,05$ , palyginus su ištekejusiomis tyrimo dalyvėmis; \*\* -  $p < 0,05$ , palyginus su ištekejusiomis ir gyvenančiomis partnerystėje tyrimo dalyvėmis (Mann-Whitney U testas)

Siekiant tiksliau įvertinti pacienčių psichoemocinę savijautą po nėštumo nutrūkimo buvo lyginamas prenatalinės netekties stiprumas pagal moterų šeiminei padėtį. Nustatyta, kad stipriausiai netektį išgyveno vienišos moterys (64,70±6,3 balai), mažiau gyvenančios partnerystėje (62,41±9,3

balai) ir ištekėjusios ( $59,72 \pm 10,3$  balai). Prenatalinės netekties stiprumas pagal moterų šeiminę padėtį statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,158$ ).

Bendras visos įvykio poveikio skalės stiprumas nėštumui nutrūkus, kai motina turėjo vidurinį ar profesinį ( $1,61 \pm 0,6$  balai), aukštąjį neuniversitetinį ( $1,58 \pm 0,6$  balai) ir aukštąjį universitetinį ( $1,59 \pm 0,4$  balai) statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,929$ ).

Analizuojant tyrimo duomenis, nustatyta, kad vengimo jausmą patyrusios moterys turinčios vidurinį ar profesinį ( $1,59 \pm 0,7$  balai), aukštąjį neuniversitetinį ( $1,71 \pm 0,6$  balai) ir aukštąjį universitetinį ( $1,56 \pm 0,5$  balai) išsilavinimą statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,680$ ).

Nagrinėjant psichoemocinės savijautos ryšius su moters išsilavinimu, buvo nustatytas išgyvento įsijautimo ir vidurinį ar profesinį ( $1,57 \pm 0,7$  balai), aukštąjį neuniversitetinį ( $1,53 \pm 0,8$  balai) ir aukštąjį universitetinį ( $1,66 \pm 0,7$  balai) turinčių moterų duomenys ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,645$ ).

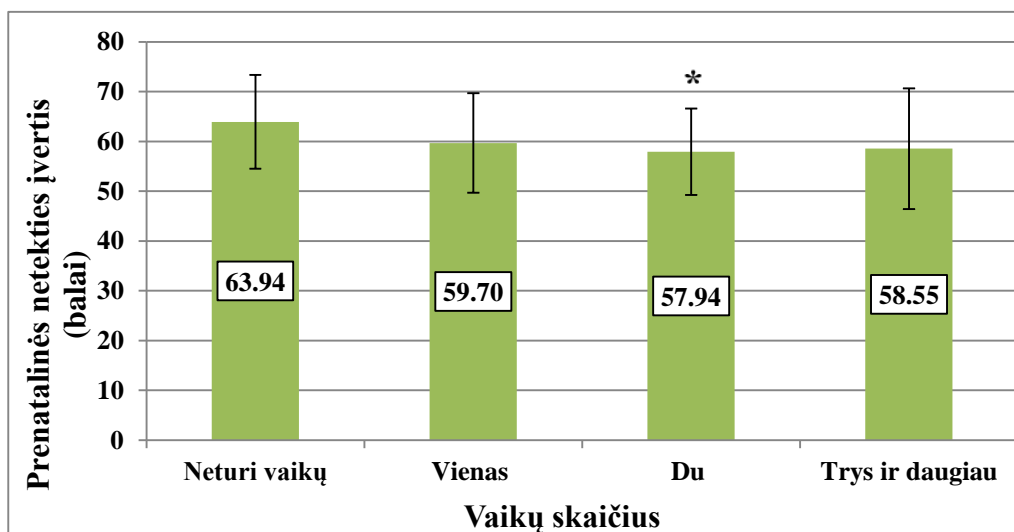
Patirto susijaudinimo atveju, nustatyti duomenys statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,737$ ) tarp vidurinį ar profesinį ( $1,67 \pm 0,7$  balai), aukštąjį neuniversitetinį ( $1,48 \pm 0,6$  balai) ir aukštąjį universitetinį ( $1,53 \pm 0,6$  balai) turinčių moterų ir išgyvento susijaudinimo traumuojančių įvykio atvejų.

Analizuojant tyrimo duomenis, buvo lyginamas sielvarto stiprumas pagal moterų šeiminę padėtį. Nustatyta, kad stipriausiai sielvartą išgyveno vienišos moterys ( $18,50 \pm 2,0$  balai), mažiau gyvenančios partnerystėje ( $18,43 \pm 3,2$  balai) ir ištekėjusios ( $17,88 \pm 3,6$  balai). Sielvarto stiprumas pagal moterų šeiminę padėtį statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,671$ ).

Tyrimo metu lyginta išgyventa prenatalinė netektis su moterų, patyrusių nėštumo nutrūkimą, įgytu išsilavinimu. Nustatyta, kad stipriausiai netektį išgyveno turinčios aukštąjį universitetinį ( $62,07 \pm 9,8$  balai), mažiau vidurinį ar profesinį ( $60,23 \pm 8,8$  balai) ir turinčios aukštąjį neuniversitetinį ( $58,73 \pm 11,0$  balai). Prenatalinės netekties stiprumas pagal moterų išsilavinimą statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,01$ ) ( $p = 0,222$ ).

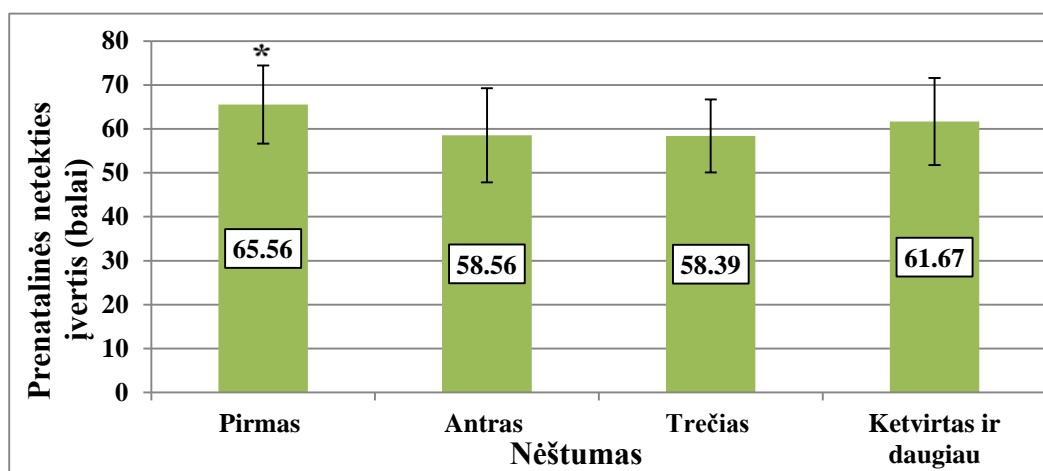
Analizuojant tyrimo duomenis, buvo lyginamas sielvarto stiprumas pagal moterų įgytą išsilavinimą. Nustatyta, kad stipriausiai sielvartą išgyveno aukštąjį universitetinį ( $18,68 \pm 3,2$  balai) išsilavinimą turinčios moterys. Mažiau turinčios vidurinį ar profesinį ( $18,09 \pm 2,7$  balai) ir aukštąjį neuniversitetinį ( $17,95 \pm 3,6$  balai) išsilavinimą. Sielvarto stiprumas pagal moterų išsilavinimą statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,446$ ).

Nagrinėjant tyrimo duomenis lygintas prenatalinės netekties stiprumas su turimų vaikų skaičiumi. Turint du vaikus, statistiškai reikšmingai silpniau pasireiškia netekties išgyvenimas ( $57,94 \pm 8,7$  balai) ( $p < 0,05$ ), palyginus su respondentėmis, kurios neturėjo vaikų. Kiti prenatalinės netekties aspektai pagal turimų vaikų skaičių statistiškai reikšmingai mažėjo ( $p < 0,05$ ) ( $p = 0,029$ ) (žr. 4 pav.).



$F = 3,1$ ,  $p = 0,029$ ; \* -  $p < 0,05$ , palyginus su neturinčiomis vaikų (Bonferroni post-hoc)  
 4 pav. Tyrimo dalyvių perinatalinės netekties įverčių palyginimas pagal vaikų skaičių šeimoje  
 ( $m \pm SN$ )

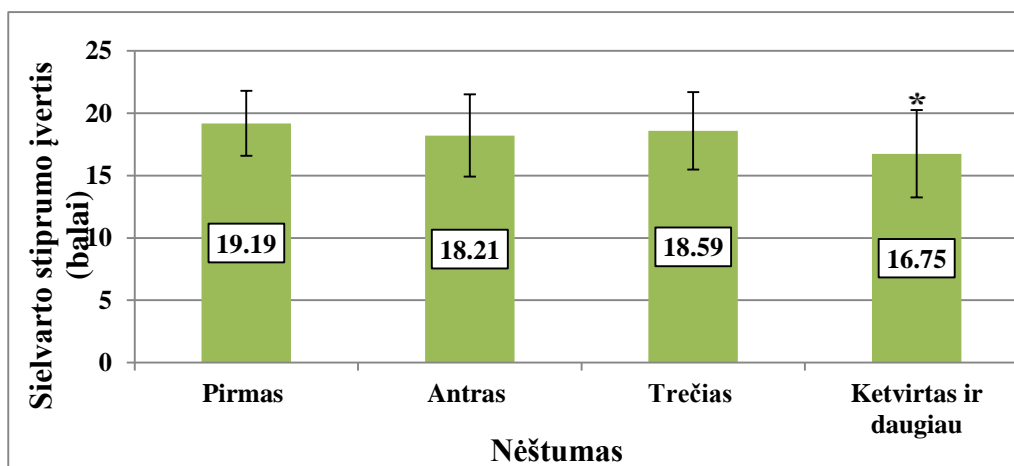
Nagrinėjant tyrimo duomenis lygintas prenatalinės netekties stiprumas su nustatytą nėštumų skaičiumi. Moteris pirmą kartą besilaukdama ir išgyvenanti pirmojo savo nėštumo nutrūkimą, statistiškai reikšmingai stipriau išgyvena netektį ( $65,56 \pm 8,9$  balai) ( $p < 0,05$ ), palyginus su respondentėmis, kurios turėjusios du ir tris nėštumus. Kiti prenatalinės netekties aspektai pagal nėštumų skaičių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) (žr. 5 pav.).



$F = 4,8$ ,  $p = 0,003$ ; \* -  $p < 0,05$ , palyginus su turėjusiomis du ir tris nėštumus (Bonferroni post-hoc)  
 5 pav. Tyrimo dalyvių prenatalinės netekties įverčių palyginimas pagal nėštumų skaičių ( $m \pm SN$ )

Analizuojant tyrimo duomenis, buvo lyginamas sielvarto stiprumas pagal turimų vaikų skaičių. Nustatyta, kad stipriausiai sielvartą išgyveno neturinčios vaikų ( $19,26 \pm 2,9$  balai), mažiau jautė tos, kurios turėjo vieną ( $17,98 \pm 3,6$  balai) ir du ( $17,39 \pm 3,2$  balai) vaikus, o tris ir daugiau vaikų turinčios moterys sielvartavo nežymiai mažiau ( $18,45 \pm 5,2$  balai) nei tos, kurios neturėjo vaikų. Sielvarto stiprumas pagal moterų turimų vaikų skaičių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,051$ ).

Tyrimo metu ieškota sąsajų tarp moterų išgyvento sielvarto ir nustatytų nėštumų skaičiaus. Tyrimo rezultatai parodė, kad buvus keturiem ir daugiau nėštumų, prenatalinė netektis, statistiškai reikšmingai silpniau pasireiškia išgyvenant sielvartą ( $16,75 \pm 3,5$  balai) ( $p < 0,05$ ), palyginus su turėjusiomis vieną nėštumą. Kitų nėštumų skaičius su išgyventu statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) (žr. 6 pav.).



$F = 3,1$ ,  $p = 0,029$ ; \*-  $p < 0,05$ , palyginus su turėjusiomis vieną nėštumą (Bonferroni post-hoc) 6 pav. Tyrimo dalyvių sielvarto stiprumo įverčių palyginimas pagal nėštumų skaičių ( $m \pm SN$ )

Bendras visos įvykio poveikio skalės stiprumas nėštumui nutrūkus, kai motina neturėjo vaikų ( $1,68 \pm 0,5$  balai), turėjo vieną ( $1,53 \pm 0,5$  balai), du ( $1,54 \pm 0,4$  balai) bei tris ir daugiau ( $1,65 \pm 0,5$  balai) statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,474$ ).

Analizuojant tyrimo duomenis, nustatyta, kad vengimo jausmą patyrė moterys, kurios neturėjo vaikų ( $1,58 \pm 0,6$  balai), turėjo vieną ( $1,57 \pm 0,6$  balai), du ( $1,69 \pm 0,4$  balai) bei tris ir daugiau ( $1,76 \pm 0,5$  balai) vaikų statistiškai reikšmingai nesiskyrė tarp patiriamo traumuojančio įvykio pojūčio ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,671$ ).

Nagrinėjant psichoemocinės savijautos ryšius su moterų turimų vaikų skaičiumi, buvo nustatytas išgyvento įsijautimo ir neturinčių vaikų ( $1,78 \pm 0,7$  balai), turinčių vieną ( $1,49 \pm 0,7$  balai), du ( $1,45 \pm 0,7$  balai) bei tris ir daugiau ( $1,75 \pm 0,9$  balai) vaikų statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,121$ ).

Patirto susijaudinimo atveju tarp neturinčių vaikų ( $1,69 \pm 0,7$  balai), turinčių vieną ( $1,53 \pm 0,5$  balai), du ( $1,46 \pm 0,5$  balai) bei tris ir daugiau ( $1,36 \pm 0,7$  balai) vaikų ir išgyvento susijaudinimo traumuojančių įvykio atvejų statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ) ( $p = 0,221$ ).

Siekiant tiksliau įvertinti pacienčių psichoemocinę savijautą po nėštumo nutrūkimo buvo lyginamas trauminio įvykio poveikis ir prenatalinę netektį patyrusių moterų iš viso nustatytų nėštumų skaičius. Tyrimo rezultatai parodė, kad pirmojo nėštumo, pirmasis nutrūkimas moterims, statistiškai reikšmingai stipriau pasireiškia bendras trauminio įvykio poveikis ( $1,79 \pm 0,4$  balai)

( $p < 0,05$ ) bei įsijautimo ( $1,91 \pm 0,5$  balai) ( $p < 0,05$ ) ir susijaudinimo poveikis ( $1,79 \pm 0,6$ ) ( $p < 0,05$ ), palyginus su turėjusiomis du ir tris nęštumus (žr. 13 lentelę).

Taip pat antrojo nęštumo metu moterims, statistiškai reikšmingai stipriau pasireiškia trauminio įvykio vengimo poveikis ( $1,38 \pm 0,6$  balai) ( $p < 0,05$ ), palyginus su turėjusiomis vieną, tris, keturis ir daugiau nęštumų (žr. 13 lentelę).

13 lentelę. Tyrimo dalyvių trauminio įvykio poveikio įverčių palyginimas pagal nęštumų skaičių ( $m \pm SN$ )

Skalės	Nęštumai				Statistinis reikšmingumas
	Pirmas	Antras	Trečias	Ketvirtas ir daugiau	
IES-R bendras įvertis	<b><math>1,79 \pm 0,4^*</math></b>	$1,40 \pm 0,5$	$1,52 \pm 0,4$	$1,83 \pm 0,5$	$\chi^2=17,2$ , <b><math>p=0,001</math></b>
IES-R vengimas	$1,67 \pm 0,5$	<b><math>1,38 \pm 0,6^{**}</math></b>	$1,63 \pm 0,4$	$1,98 \pm 0,6$	$\chi^2=16,0$ , <b><math>p=0,001</math></b>
IES-R įsijautimas	<b><math>1,91 \pm 0,5^*</math></b>	$1,40 \pm 0,8$	$1,50 \pm 0,7$	$1,72 \pm 0,7$	$\chi^2=13,2$ , <b><math>p=0,004</math></b>
IES-R susijaudinimas	<b><math>1,79 \pm 0,6^*</math></b>	$1,43 \pm 0,6$	$1,39 \pm 0,6$	$1,76 \pm 0,6$	$\chi^2=12,6$ , <b><math>p=0,006</math></b>

\*-  $p < 0,05$ , palyginus su turėjusiomis du ir tris nęštumus; \*\*-  $p < 0,05$ , palyginus su turėjusiomis vieną, tris, keturis ir daugiau nęštumų (Mann-Whitney U testas)

### 2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Tyrimo metu buvo iškelta hipotezė, kad vyresnės nei 30 metų moterys blogiau išgyvena nėštumo nutrūkimą nei moterys iki 30 metų, pasitvirtino. Tyrimo rezultatai parodė, kad netektį, sielvartą ir trauminį įvykio poveikį moterys išgyvena stipriau būdamos virš 30 metų.

Atliekant tyrimą „Psichoemocinė moterų savijauta nutrūkus nėštumui“ buvo nustatyti netekties, sielvarto, traumuojančio įvykio poveikio stiprumas nutrūkus nėštumui.

Netekties išgyvenimas geriausiai suprantamas per kaltės, nerimo ir liūdesio išjautimą (Keefe Cooperman, 2005; Hutti, dePacheco, 1998; Peacocks, 1998). Šio tyrimo metu stipriausiai netektį moterys išgyveno nerimaudamos, nes nėštumo nutrūkimas joms gali pasikartoti. Sustiprėjusi baimė ir neužtikrintumas sekančio nėštumo metu yra normalu ir suprantama (Hutti ir kt., 2015). Tačiau nerimo kamuojama moteris patiria ištisinį stresą, kuris formuoja fizines, psichologines, socialines, dvasines problemas kitų nėštumų metu (Bamniya ir kt., 2018; Hutti ir kt., 2018; Robinson, 2014; Lang ir kt., 2011; Polukordienė, 2008).

Išgyvendamos netektį moterys jaučia kaltę. Šio tyrimo metu nustatyta, jog moterys kaltina save dėl būsimo vaiko mirties. P. Šedienės ir G. Banienės (2005, p. 58) kokybinio tyrimo metu respondentė teigė, jog: „Labai sunku būdavo išeiti į gatvę ir matyti, kaip jaunos šeimos vežioja savo naujagimius. Gėda sakyti, bet aš ėmiau nekęsti tokių šeimų ir jų vaikų. Aš jiems pavydėdavau, negalėjau žiūrėti, kokie jie laimingi. O aš vaikštau tokia šalia jų, kuri negali pagimdyti gyvo kūdikio. Aš jų visų nekenčiau“. K. Ratslavova, F. Kalvas, J. Beran (2015), J. M. Hennegan, J. Henderson, M. Redshaw (2015), A. Lang ir kt. (2011) kaltės jausmo šaltinį sieja su sveikatos priežiūros specialistų abejingumu, šeimos įsitikinimais, draugų ir visuomenės nusistatymu, jog ankstyva vaisiaus mirtis yra nereikšminga.

Netektį moterys išgyvena nerimaudamos. Šio tyrimo metu respondentės labiausiai nerimavo nežinodamos netekties priežasties. A. Lang ir kt. (2011) kokybinio tyrimo metu patvirtino mintį, kad moterys jaučia stiprų nerimą tol, kol vaisius užgimsta ir medicinos personalas pasako, kad viskas gerai. Tai ypatingai būdinga vaiko netektį jau išgyvenusioms respondentėms. J. M. Hennegan, J. Henderson, M. Redshaw (2015) pabrėžia, jog nežinomybė netekties metu yra stipriausias veiksnys skatinantis moterų traumatizmą.

Netekties sukulto streso stiprumą atskleidžia organizmo fiziologiniai, elgesio, emociniai bei kognityviniai požymiai. Būdingas ir padidėjęs prakaitavimas, dažnas kvėpavimas, širdies plakimas, pabalusi oda, padidėjęs kraujospūdis (Goddijn ir kt., 2019; Nuzum, Meaney, O'Donoghue, 2018). Tačiau J. M. Hennegan ir kt. (2015) išskiria žymiai mažesnę skrandžio, galvos skausmo ar miego problemų tikimybę motinoms, kurios netektį išgyveno 28-37 gestacinę savaitę. Nemigos ryšį su moterų sveikatos būkle, nėštumų skaičiumi, daugiavaisiu nėštumu ir depresija nustatė A. Jurėnas ir

V. Paliulytė (2017). Mokslininkai taip pat paaiškina, jog įprastinei žmogaus veiklai trukdo gebėjimas susikaupti, atminties trukdžiai, sunkumai priimti sprendimus.

Moterys išgyvendamos netektį bando elgtis įprastai. Tyrimo metu respondentės nurodė, jog sunku tęsti savo gyvenimą po netekties, tačiau stengiasi pradėti užsiimti kasdienine veikla ir jaučiasi pakankamai stiprios gyventi toliau. Nustatyta, jog 85-99 proc. natūraliai pagimdžiusių moterų reiškia pasitenkinimą gyvenimu, lyginant su tomis, kurios to nepadarė. 94 proc. išskiria jaučiusios šilumą, 81 proc. pasididžiavimą, tačiau spėjama, jog tai buvo sumaišyta su nesaugumu (48 proc.), diskomfortu (39 proc.) ir baime (35 proc.) (Hennegan ir kt., 2015). A. Jurėnas ir V. Paliulytė (2017) pateikia, jog didelės įtakos kasdieniam gyvenimui turi išgyventas nerimas.

Tiriamosios širdgėlą išreiškia jausdamos liūdesį dėl nėštumo nutrūkimo ir vaiko mirties. Ši savijautos išraiška apima tuštumo, nusivylimo jausmą (Jurėnas, Paliulytė, 2017).

Gedėjimo proceso metu moteris išgyvena sielvartą. Sielvarto formavimosi pradžia pradeda vystytis nuo žinios apie netektį. Remiantis M. H. Hutti ir kt. (2018) atliktu tyrimu, sielvarto stiprumas priklauso nuo to, kaip greitai motina suvokia nėštumo ir vaiko tikrumą bei išgyventą patirtį. Tuo kaip stipriai susiformuoja prenatalinis prisirišimas prie vaiko (Bamniya ir kt., 2018). Tiriamosios pirmomis paromis po netekties sielvarto stiprumą įvertinto stipriu motinos ir vaiko ryšiu, suvokiant nėštumo ir kūdikio realumą. Tėvų suvokimas apie jų prenatalinės netekties patirtį yra vienas iš svarbiausių ir nuoseklesnių emocinės sveikatos prognozavimo būdų susidoroti su sielvartu (Lang ir kt., 2011).

Šio tyrimo metu dauguma respondenčių išgyvendamos sielvartą negalvojo apie savo kūdikį, kaip atskirą asmenį. Tikėtina, jog taip galėjo įvykti dėl neįvykusio sklandaus atsisveikinimo. Tokia išvada galima daryti, remiantis J. M. Hennegan ir kt. (2015) sisteminės apžvalgos rezultatais apie negyvagimystę. Pastebėta tendencija, jog moterys turėjusios galimybę palaikyti ant rankų, liesti, nusifotografuoti, pasidaryti rankytės ar kojytės antspaudą užmezgė stipresnius prisiminimus ir ryšius apie savo vaiką nei jų oponentės. Tokią galimybę turėjo 0 proc. Nigerijoje gyvenančių moterų ir 40-94 proc. Švedijoje akušerines paslaugas gavusių moterų. Įprasminimo poveikis motinos sielvartui, trauminio įvykio ir nerimo poveikiui nenustatytas.

Nėštumo nutrūkimas yra trauminė patirtis (Palmer, Murphy-Oikonen, 2018; Bamniya ir kt., 2018; Tseng ir kt., 2017), kuri šio tyrimo metu, vertinta įvykio poveikio stiprumu (vengimo, įsijautimo, susijaudinimo). Būtina atkreipti dėmesį į E. Kubler-Ross (2008) pateiktą gedėjimo etapų struktūrą (šokas, neigimas, pyktis, derėjimasis, priėmimas), pagal kurią reiškiasi jausmai.

Atsigavus po patirto šoko, moteris vengia priimti situacijos realumą ir išgyvena atmetimo stadiją. Šiuo laikotarpiu stengiamasi paneigti nemalonius faktus (D. Nuzum, S. Meaney, K. O'Donoghue, 2018; Kubler-Ross, 2008, p. 115). Tyrimo metu nustatyta, kad labiausiai trauminis įvykis pasireiškė vengimu kalbėti apie netektį. Remiantis P. Šedienės ir G. Baniienės (2005)

įžvalgomis, taip elgdamiesi žmonės mano laimį laiko atsigauti. Netekties išgyvenimas neigimo stadijoje skatina prarasti racionalumą, įjungiant apsaugos mechanizmą (K. Fenstermacher, E. Hupcey, 2013; Kubler-Ross, 2008). Tai padeda įvertinti save, aplinką ir suteikia laiko atsigauti, sudeliojant mintis (Šedienė, Baniienė, 2005).

Tie tyrimo dalyviai, kurie stipriau išjautė potrauminio streso simptomus, visus savo prisiminimus apie netektį siejo su neigiamom emociom ir skausmu, kurie kiekvieną kartą grįžta apie tai pagalvojus. A. Lang ir kt. (2011) tarsi bando paaiškinti kodėl taip yra, teigdami, kad sukrečiantys įvykiai verčia žmogų prisiminti reginius, garsus, kvapus, prisilietimus iš to, kas įvyko. Prenatalinė netektis yra tarsi ateities praradimas: norų, vilčių ir fantazijų atsisakymas tai, kas galėjo nutikti, bet niekada nebus (Campbell-Jackson, Horsch, 2014). Kankinančios mintys sudaro 5 kartus didesnę tikimybę vartoti vaistus nuo nerimo, depresijos ar psichologinio nerimo, kančios ir daugiau nei du kartus didesnę tikimybę kreiptis į individualias ar grupines konsultacijas (Palmer, Murphy-Oikonen, 2018; Bamniya ir kt., 2018; Tseng ir kt., 2017).

Respondentės stiprų susijaudinimą įvardino pasimetimu ir nervingumu dėl netekties. Šios reakcijos kyla ne tik dėl asmeninių išgyvenimų ir jausmų, bet ir dėl žinios pranešimo šeimai ir bendruomenei (Lang ir kt., 2011).

Ryšys tarp netekties išgyvenamumo didina patiriama traumuojančio įvykio ir sielvarto poveikį. Šis tendencingas didėjimas reikšmingai nustatytas sąstingio būsenos metu. Kuo neigimas, kaltė ir nevilts žmogų lydi ilgiau, tuo labiau traumuojančias buvo nėštumo praradimas (Goddijn ir kt., 2019; Ratislavova, Kalvas, Beran, 2015).

Tyrimo metu nustatyta, kad įvykio poveikis su sielvarto intensyvumu nesusijęs. Netekties metu priimami veiksmai veikia ne per sielvartą, o per fizinius pojūčius, motiniškus instinktus. Todėl sielvartavimo metu išgyvenami jausmai – nerimas, baimė, pyktis, kaltė, užsisklendimas, neturi tiesioginio ryšio su traumuojančio įvykio patirtimi (Tseng ir kt., 2017; Hutti, dePacheco, 1998, p. 548). M. H. Hutti ir kt. (2015) atlikto tyrimo su 227 moterimis po nėštumo nutrūkimo rezultatai teigia priešingai. Poros, patiriančios stiprų sielvartą, turėjo didesnę potrauminio streso, su nėštumu susijusio nerimo ir depresijos simptomus. Didesnis sielvarto intensyvumas susijęs su daugiau išgyvenamų nenuginčijamų, įkyrių minčių, vaizdų, neramių sapnų, stiprių emocijų. Taip pat reikšmingai stiprus moterų praradimo prasmės ir pasekmių neigimas.

Tyrimo metu lyginti patirti jausmai ir sociodemografiniai duomenys po nėštumo nutrūkimo. Remiantis G. Česnaitės ir kt. (2019), R. Šarvaitės ir J. Voločovič (2018), S. Murphy, J. Cacciatore (2017) tyrimais, tvirtinama, jog jausmų stiprumas nepriklauso nuo moters amžiaus, išsilavinimo, šeiminių padėties, buvusių nėštumų. Tuo tarpu M. H. Hutti ir kt. (2018) sielvarto stiprumą sieja su kitais veiksniais: nėštumo nutrūkimo skaičiumi, mirusių ir gyvų vaikų skaičiumi šeimoje.

Apklaustųjų išsilavinimas tyrimo metu neturėjo įtakos jų išgyventam psichoemocijų pokyčiui po nėštumo nutrūkimo. I. Ridaura, E. Penelo, R. M. Raich (2017, p. 45) atliktu tyrimu taip pat nustatė, kad nėra jokio ryšio tarp moters socialinės, ekonominės padėties ir emocinės savijautos po persileidimo. Neradus esminių skirtumų tarp moterų emocijų ir išsilavinimo, tyrimo metu pastebėta tendencija, vyraujanti ir K. Keefe-Cooperman (2005, p. 295) atliktame tyrime, kuriame nustatyta, kad asmenys, turintys aukštąjį išsilavinimą, labiausiai veikė sielvartas po netekties. Pasak J. S. Bamniya ir kt. (2018) taip galėjo atsitikti, jei didžiąją tiriamųjų dalį sudarė žemą išsilavinimą turėjusių žmonių, galimai nesupratusių užduoties.

Sielvartavimo stiprumą lemia pakartotiniai nėštumo nutrūkimai. Tuo atveju, kai nėštumo netektys kartojasi, patiriamas sielvartas ir neviltis sustiprėja, žmonių pasitikėjimas likimu ir tolimesniu gyvenimo planu sugriūva (Goddijn ir kt., 2019; Kiguli ir kt., 2015; Keefe-Cooperman, 2005). Taip pat labai svarbu kelintas tai moters nėštumas. Moterys pirmą kartą besilaukdamos ir išgyvendamos pirmojo savo nėštumo nutrūkimą, stipriau išgyvena netektį, nei turėjusios nėštumų ir vaikų. Atlikto tyrimo metu nustatyta, kad sielvartą stipriausiai išgyveno vienišos, du kartus persileidusios moterys. Tiriamosios, patyrusios kelis nėštumo nutrūkimus iš eilės stipriai išjaučia netekties fenomeną (Avalos ir kt., 2014 ; Šedienė, Baniienė, 2005). K. Keefe-Cooperman (2005), teigia, jog ištekėjusios moterys sielvartauja stipriau, bandydamos nuo skausmo apsaugoti artimus žmones. Sielvarto stiprumo priklausomybę nuo nėštumo nutrūkimo skaičiaus ir gyvų vaikų buvimo šeimoje nustatė J. S. Bamniya ir kt. (2018). Tyrimo metu nustatyta, kad vienišos moterys, patyrusios tris ir daugiau nesėkmingų nėštumų, stipriau išgyvena netektį, sielvartą ir jaučia traumuojantį įvykio poveikį nei ištekėjusios respondentės. Išgyvenamų emocijų stiprumą vienišoms moterims patvirtino ir J. Wiley ir S. Ltd (2013).

Dažniausiai sudaroma klaidinga nuomonė, jog didėjant nėštumo savaičių skaičiui turi didėti ir išgyvenamos netekties, sielvarto lygis, tačiau K. Ratslavova, F. Kalvas, J. Beran (2015) savo atlikto tyrimo metu pastebėjo, kad daugelis moterų pirmojo trimestro metu (iki 12 nėšt. sav.) patyrusios vaisiaus netektį išgyvena sielvartą, kuris gali būti toks pat gilus kaip ir nėštumui nutrūkus daugiau nei 12 savaitę. Ryšio tarp sielvarto ir nėštumo dydžio nenustatė: M. H. Hutti ir kt. (2013), M. H. Hutti ir kt. (2015), M. H. Hutti ir kt. (1998). Tačiau pastebėta tendencija, jog kuo ilgiau moteris nėščia, tuo daugiau laiko ji gali susieti savo pojūčius su negimusiu vaiku ir tai gali lemti didesnę sielvarto stiprumą (Hutti ir kt., 2018; Bamniya ir kt., 2018). Tyrimo rezultatai rodo, jog stipriau sielvartaujama, jei nėštumas nutrūksta daugiau 12 savaičių. Nerimo lygio priklausomybę nuo nutrūkusio nėštumo dydžio nustatė G. E. Robinson (2014), A. Lang ir kt. (2011), K. O. Polukordienė (2008).

Akušerinės taktikos pasirinkimas yra svarbus ne tik fizinei moters savijautai, bet ir psichologinei (Abraitis ir kt., 2014). Laikas nuo vaisiaus mirties diagnozavimo iki gimimo turi

didelę įtaką motinos emocijoms. Tiriamosios stipriau išgyveno sielvartą laukdamos natūralios vaisiaus užgimimo taktikos, nei taikant operacinį ar medikamentinį nėštumo užbaigimą. Negimdinio nėštumo atveju silpniau pasireiškia netekties išgyvenimas palyginus su respondentėmis, kurios patyrė nesivystantį nėštumą ir persileidimą. J. M. Hennegan ir kt. (2015) mokslinis darbas pritaria teorijai, jog užsitęsęs nėštumo užbaigimas gali sukelti stipresnę trumpalaikią ar ilgalaikią kančią.

Analizuojant skirtingo amžiaus moterų išgyvenamus jausmus po nėštumo nutrūkimo, nustatyta, jog vyresnei nei 35 metų moteriai nėštumo nutrūkimas yra labiau traumatizuojantis įvykis, ypač išgyvenant neigimo – vengimo stadiją, nei jaunesnėm moterim. Amžiniu aspektu reikšmingą skirtumą nustatė G. Čėsnaite ir kt. (2019), K. Keefe-Cooperman (2005), patvirtindama mintį, kad vyresnės moterys labiau kaltina save dėl nėštumo praradimo, išgyvendamos pirminę netekties išgyvenimo stadiją – neigimą. Taip įvyksta, nes ryšys tarp vaiko ir motinos formuojasi greičiau. Vyresnio amžiaus moterų lūkesčiai ir norai yra konkretūs ir žinomi, nėštumas dažniausiai planuotas ir labai lauktas (Čėsnaite ir kt., 2019).

## IŠVADOS

1. Patiriamą moterų netektį po nėštumo nutrūkimo apibrėžia kaltės, nerimo ir liūdesio išgyvenimas. Stipriausiai tyrimo dalyvės netektį išgyveno nerimaudamos dėl galimo nėštumo nutrūkimo pasikartojimo, liūdėdamos dėl įvykusios netekties ir kaltindamos save dėl nėštumo nutrūkimo.
2. Stipriausiai išgyvenamą sielvartą po nėštumo nutrūkimo sukėlė jausmas, kad ir nėštumas, ir kūdikis atrodė realūs ir tikri. Silpniausiai sielvarto pojūtį kėlė mintys, jog tai labiau nėštumo nei kūdikio praradimas.
3. Moterų išgyvenamą traumuojančio įvykio poveikį po nėštumo nutrūkimo atskleidžia jaučiamas vengimas – neigimas, įsijautimas į susidariusią situaciją ir susijaudinimas dėl to kas įvyko. Tyrimo rezultatų metu nustatyta, kad moterys vengia kalbėti apie nėštumo nutrūkimą, tačiau išgyvendavo netektį pasimetimu ir nervingumu. Trauminis gyvenimo įvykio poveikis pacientėms stipriau pasireiškė ryškiau išgyvenant netektį ir sielvartą.
4. Stipriausiai netektį išgyveno moterys, neturinčios vaikų ir išgyvenančios pirmojo nėštumo nutrūkimą. Statistiškai reikšmingai silpniau pasireiškė netekties išgyvenimas turint du vaikus ir nustatant negimdinio nėštumo atvejį. Stipriausiai sielvartą išgyveno patyrusios du nėštumo nutrūkimo atvejus didesnius nei 12 nėštumo savaičių, nėštumą užbaigiant stebėjimo taktika. Rezultatai rodo, jog sielvartaujama mažiau, jei nėštumas nutrūko esant 4 ir daugiau nėštumų anamnezėje. Trauminio įvykio vengimo poveikis stipriai pasireiškė vyresnėms nei 35 metų moterims nutrūkus trečiam ir daugiau nėštumų, 9–12 nėštumo savaitę. Susijaudinimo ir įsijautimo poveikis stipriausias pasireiškė vienišoms moterims, kurių nėštumą užsibaigė aktyvia taktika.

## REKOMENDACIJOS

### Moterims, patyrusioms nėštumo nutrūkimą

- Dalyvauti netektį patyrusių asmenų individualiuose ar grupiniuose susitikimuose, kuriuose analizuojama psichoemocinės savijautos, neįvykusių lūkesčių, bendravimo ypatumų, ilgalaikio reprodukcinės sistemos poveikio psichinei sveikatai poveikį, ieškant geriausių pagalbos priemonių.
- Nebijoti kreiptis pagalbos į sveikatos priežiūros specialistus, socialinį darbuotoją, psichologą, dvasininką ir kt.
- Stengtis įamžinti mirusio vaiko atminimą (plaukų sruoga, pėdos ar delno anspaudu, nuotrauka ir kt.)

### Slaugos administratoriams

- Skleisti informaciją apie pacientų psichoemocinę savijautą bei lūkesčius po nėštumo nutrūkimo ir negyvagimystės, mokyti slaugos personalą bendravimo ypatumų moteriai išgyvenant netekties laikotarpį
- Užtikrinti, kad palatose būtų pakankamai rašytinės informacijos pacientės dominančiais klausimais.

## LITERATŪRA

1. Abraitis V., Arlauskienė A., Bagušytė L., Barčaitė E., Bartkevičienė D., Biržietis T., Bumbulienė Ž., Drejerienė E., Kačkauskienė D., Laužikienė D., Machtejevienė E., Mačiulevičienė R., Maleckienė L., Mečėjus G., Mockutė I., Poškienė I., Ramašauskaitė D., Rovas L., Šilkūnas M., Valkerienė G., Zakarevičienė J. 2014. Metodika: vaisiaus žūtis. Lietuvos ir Šveicarijos bendradarbiavimo programa, p. 1-60.
2. Ambriz-López R., Guerrero-González G., Rodríguez-Valero C. G., Treviño-Montemayor O.R., Guzmán-López A., Saldívar-Rodríguez D. 2017. Evaluation of symptoms of anxiety and depression in patients with a miscarriage. *Medicina Universitaria*, 19 (74), p. 7-12.
3. Ashaat N., Husseiny A. 2012. Correlation between missed abortion and insertional translocation involving chromosomes 1 and 7. *Iran J Reprod Med*, 10(1), p. 15-22.
4. Avalos L. A., Roberts S. C., Kaskutas L. A., Block G., Li D. K. 2014. Volume and type of alcohol during early pregnancy and the risk of miscarriage. *Subst Use Misuse*, 49, p. 1437-1445.
5. Bamniya J. S., Bhatia G. O., H. U. Doshi, Ladola H. M. 2018. Assessment of grief in mothers with pregnancy loss and role of post bereavement counselling: a prospective study. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 7(4), p. 1347-1350.
6. Bobak M., Pikhart H., Rose R., Hertzman C., Marmot M. 2000. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post communist countries. *Soc. Sci. Med.*, 51, p. 1343–1350.
7. Borrell A., Stergiotou, I. 2013. Miscarriage in contemporary maternalfetal medicine: Targeting clinical dilemmas. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 42, p. 491-497.
8. Boss P. 2006. Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss. New York: W. W. Norton.
9. Campbell-Jackson L., Horsch A. 2014. The psychological impact of stillbirth on women: A systematic review. *SAGE journals*, 22(3), p. 1-30.
10. Christiansen D., Elklit A., Olf M. 2013. Parents bereaved by infant death: PTSD symptoms up to 18 years after the loss. *Gen Hosp Psychiatry*, 35, p. 605-611.
11. Čėsnaityė G., Domža G., Ramašauskaitė D., Voločovič J., Bužinskienė D. 2019. Factors affecting the maternal-foetal relationship. *Acta Medica Lituanica*, 26(2), p. 118–124.
12. Dumčienė A., Lapėnienė D. 2011. Mokytojų profesinės veiklos sąsajos su psichoemociine savijauta. *Sveikatos mokslai*, 21(7), p. 102-105.
13. Edelstein B. A., Drozdick L. W., Ciliberti C. M. 2010. Assessment of Depression and Bereavement in Older Adults. *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology*, p. 3-43.

14. Engelhard I. M., Hout M. A. van den, Arntz A. 2001. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23, p. 62–66.
15. Froen JF., Cacciatore J., McClure EM., Kuti O., Jokhio AH., Islam M., Shiffman J. Lancet's Stillbirths Series steering committee. 2011. Stillbirths: why they matter. *Lancet*, 377(9774), p.1353-1366.
16. Gaidelytė R. 2019. 2018 metų ataskaita apie abortus nr. 17 (sveikata). Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. [žiūrėta 2019 m. spalio 1 d.]. Prieiga internetu: <http://sic.hi.lt/html/atsiskaitomybe.htm>
17. Gaidelytė R. 2018. Abortų statistikos kokybės ataskaita. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro Sveikatos statistikos skyrius. [žiūrėta 2019 m. vasario 19 d.]. Prieiga internetu: [http://www.hi.lt/lt/rodikliu\\_aprasai.html](http://www.hi.lt/lt/rodikliu_aprasai.html)
18. Gaidelytė R., Garbuviėnė M., Zavackaitė A. 2018. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2017. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, p. 118-124
19. Gaidelytė R. 2017. 2017 metų ataskaita apie abortus nr. 17 (sveikata). Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. [žiūrėta 2019 m. vasario 19 d.]. Prieiga internetu: <http://sic.hi.lt/html/atsiskaitomybe.htm>
20. Goddijn M., Christiansen O. B., Elson J., Kolte A. M., Lewis S., Middeldorp S., Nelen W., Peramo B., Quenby S., Bender Atik R., Vermeulen N. 2019. Recurrent Pregnancy Loss. ESHRE early pregnancy guideline development group, Clinical practice guideline, version 2, p. 1-154.
21. Grande M., Borrell A., Garcia-Posada R., Borobio V., Munoz M., Creus M., Soler A., Sanchez A., Balasch J. 2012. The effect of maternal age on chromosomal anomaly rate and spectrum in recurrent miscarriage. *Hum Reprod*, 27, p. 3109- 3117.
22. Greenwood D.C., Alwan N., Boylan S., Cade J. E., Charvill J., Chipps K. C., Cooke M. S., Dolby V. A., Hay A. W., Kassam S. 2010. Caffeine intake during pregnancy, late miscarriage and stillbirth. *Eur J Epidemiol*, 25, p. 275-280.
23. Gvaldaitė L., Bordun J. 2013. Abortas kaip socialinė problema: prevencijos poreikio aspektas. *Tiltai*, 1, p. 147 – 167.
24. Haws RA., Mashasi I., Mrisho M., Schellenberg JA., Darmstadt GL., Winch PJ. 2010. These are not good things for other people to know": how rural Tanzanian women's experiences of pregnancy loss and early neonatal death may impact survey data quality. *Soc Sci Med*,71(10), p. 1764-1772.
25. Hennegan J. M., Henderson J., Redshaw M. 2015. Contact with the baby following stillbirth and parental mental health and well-being: a systematic review. *BMJ Open*, 1(27), p. 1-19.

26. Higienos instituto direktoriaus 2015 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-186 „Abortų statistinio tyrimo metodika“. 2015. [žiūrėta 2019 m. vasario 19 d.]. Prieiga internetu:
27. [http://www.hi.lt/lt/rodikliu\\_aprasai.html](http://www.hi.lt/lt/rodikliu_aprasai.html)
28. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Mirties atvejų ir jų priežasčių stebėsenos skyrius. 2019. Mirties priežastys 2018. [žiūrėta 2019 m. spalio 2 d.]. Prieiga internetu: [www.hi.lt](http://www.hi.lt)
29. Horesh D., Nukrian M., Bialik Y. 2018. To lose an unborn child: Post-traumatic stress disorder and major depressive disorder following pregnancy loss among Israeli women. *General Hospital Psychiatry*, 53, p. 95-100.
30. Hutti M. H., Myers J. A., Hall L. A., Polivka B. J., White S., Hill J., Grisanti M., Hayden J., Kloenne E. 2018. Predicting need for follow-up due to severe anxiety and depression symptoms after perinatal loss. *JOGN*, 31, p. 1-12.
31. Hutti M. H., Armstrong D. S., Myers J. A., Hall L. A. 2015. Grief Intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *JOGNN*, 44, p. 42-50.
32. Hutti M. H., dePacheco M. 1998. A Study of Miscarriage: Development and Validation of the Perinatal Grief Intensity Scale. *JOGNN Clinical Studies*, 27(5), p. 547-555.
33. Hvidtjorn D., Wu C., Schendel D., Thorlund Parner E., Brink Henriksen T. 2016. Mortality in mothers after perinatal loss: A population-based follow-up study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(3), p. 393–398.
34. James J. W. 2009. *Kai sielvartauja vaikai*. Vilnius: Tyto alba.
35. Jašiskytė A. 2016. *Tolimosios išeitys po konservatyvaus nesivystančio nėštumo gydymo: magistro baigiamasis darbas*. Kaunas.
36. Jenkinson C., Layte R., Wright L., Coulter A. 1996. *The U.K. SF-36: an analysis and interpretation manual. A guide to health status measurement with particular reference to the Short Form 36 health survey*, University of Oxford, p. 65.
37. Jurėnas A., Paliulytė V. 2017. Prieš laiką pagimdžiusių moterų psichinės būklės vertinimas. *Sveikatos mokslai*, 27(3), p. 57-63.
38. Kardelis K. 2016. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
39. Kasparavičienė L. 2018. *Perinatalinis mirtingumas*. Lietuvos statistikos departamentas. [žiūrėta 2019 m. vasario 19 d.]. Prieiga internetu:
40. [https://osp.stat.gov.lt/.../vaikai\\_3\\_15\\_perinatalinis\\_mirtingumas.xls](https://osp.stat.gov.lt/.../vaikai_3_15_perinatalinis_mirtingumas.xls)

41. Kazlauskas E., Gailienė D., Domanskaitė - Gota V., Trofimova J. 2006. Įvykio poveikio skalės – revizuotos (IES - R) lietuviškos versijos psichometrinės savybės. *Psichologija*, 33, p. 22–30.
42. Keefe-Cooperman K. 2005. A comparison of perinatal bereavement between women who experienced miscarriage and women who terminated a wanted pregnancy for fetal abnormality. *OMEGA: Journal of Death and Dying*, 50(4), p. 281-300.
43. Kiguli J., Namusoko S., Kerber K., Peterson S., Waiswa P. 2015. Weeping in silence: community experiences of stillbirths in rural eastern Uganda. *Global Health Action*, 8(24011), p. 1-8.
44. Koenig M. A., Lutalo T., Zhao F., Nalugoda F., Wabwire-Mangen F., Kiwanuka N., Wagman J., Serwadda D., Wawer M., Gray R. 2003. Domestic violence in rural Uganda: evidence from a community-based study. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (1), p. 53-60.
45. Kubler-Ross E. 2008. Vilnius: Katalikų pasaulio Leidiniai.
46. Lang A., Fleischer A., Duhamel F., Sword W., Gilbert K. R., Corsini-Munt S. 2011. Perinatal loss and parental grief: the challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 63(2), p. 183-196.
47. Lietuvių kalbos institutas. 2017. Lietuvių kalbos žodynas. [žiūrėta 2019 m. lapkričio 1 d.]. Prieiga internetu:
48. <http://www.lkz.lt/Visas.asp?zodis=savijauta&lns=-1&les=-1&id=24033880000>
49. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. 2017. Programoje dalyvaujančios Lietuvos ligoninės. [žiūrėta 2019 m. rugpjūčio 2 d.]. Prieiga internetu: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklossritys/programosirprojektai/sveicarijosparamosprograma/programoj-e-dalyvaujancios-lietuvos-ligonines>
50. Lietuvos statistikos departamentas. 2018. Gimstamumo rodikliai 2017 m. [žiūrėta: 2019 m. vasario 19 d.]. Prieiga internetu:
51. <https://osp.stat.gov.lt/statistiniurodikliuanalize?hash=53e99ff03b91422fa54e09437d28c305#>
52. Lietuvos statistikos departamento generalinio direktoriaus 2017 m. sausio 16 d. įsakymas Nr. DĮ-15 „Gimstamumo statistinio tyrimo metodika“. 2017. [žiūrėta 2019 m. vasario 19 d.]. Prieiga internetu:
53. [https://osp.stat.gov.lt/documents/10180/130368/Metodika\\_2017\\_015.pdf](https://osp.stat.gov.lt/documents/10180/130368/Metodika_2017_015.pdf)
54. Lietuvos Respublikos seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo“. 2014. Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163>.
55. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos 1994 m. liepos 19 d. įstatymas Nr. I-552. 1994. Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E2B2957B9182/DzJApL>.

56. Lo W., Rai R., Hameed A., Brailsford SR., Al-Ghamdi A. A., Regan L. 2012. The effect of body mass index on the outcome of pregnancy in women with recurrent miscarriage. *J Family Community Med*, 19, p. 167-171.
57. Malinauskienė V., Bernotaitė L. 2016. The Impact of Event Scale – Revised: psychometric properties of the Lithuanian version in a sample of employees exposed to workplace bullying. *Acta Medica Lituanica*, 23(3), p. 185–192.
58. McSpedden M., Mullan B., Sharpe L., Breen J., Lobb E. A. 2017. The presence and predictors of complicated grief symptoms in perinatally bereaved mothers from a bereavement support organization. *Death Studies*, 41(2), p. 112–117.
59. Milgrom J., Gemmill A. W. 2014. Screening for perinatal depression. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), p. 13-23.
60. Mockienė V., Drungilienė D., Martinkėnas A. 2014. Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
61. Murphy S., Cacciatore J. 2017. The psychological, social, and economic impact of stillbirth on families. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 22(3), p. 129–134.
62. Nadišauskienė R. 2008. Nėštumo patologija. Kaunas: Vitae Litera leidykla.
63. Oficialios statistikos portalas. 2019. Abortai. [žiūrėta 2019 m. spalio 2 d.] Prieiga internetu: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniurodikliuanalize?hash=53e99ff03b91422fa54e09437d28c305#>
64. Palmer A.D., Murphy – Oikonen J. 2019. Social work intervention for women experiencing early pregnancy loss in the emergency department. *Social Work in Health Care*, 58(4), 392-411.
65. Peacocks L. M. 1998. Parental grief responses to perinatal loss. *Master of science in nursing*, 354, p. 1-87.
66. Peters M. D.J., Lisy K., Riitano D., Jordan Z., Aromataris E. 2015. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. Elsevier Australia: *Women and Birth*, 28, p. 272–278.
67. Pukinskienė D. 2011. Slaugos filosofija ir teorija. Kaunas: Vitae Litera.
68. Pukėnas K. 2009. Kokybinių duomenų analizė SPSS programa. Kaunas: LKKA.
69. Polukordienė K. O. 2008. Netekčių psichologija. Kaunas: UAB Panevėžio spaustuvė.
70. Psichologinio modulio metodinės rekomendacijos. 2016. [žiūrėta 2019 m. lapkričio 2 d.] Prieiga internetu: <https://www.vmotnam.lt/wp-content/uploads/2018/04/Psichologinis-modulis-II-leidimas-grazus.pdf>
71. Ratislavova K., Kalvas F., Beran J. 2015. Validation of the czech version of the perinatal grief scale. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 6(1), p. 191–200.

72. Ridaura I., Penelo E., R. M. Raich. 2017. Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*, 29(1), p. 43-48.
73. Robinson G. E. 2014. Pregnancy loss. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), p. 169-178.
74. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2006. The Management of Early Pregnancy Loss. Green-Top Guideline. RCOG: London, 25.
75. Rogers A. D., de Bousingen D. 2001. *Bioetika Europoje*. Vilnius: Kultūra.
76. Scheepstra K. W. F., Esmee van Steijn M., Dijkman L. M., Pampus M. G. 2017. Post-traumatic stress disorder in women and their partners, following severe post-partum hemorrhage: A study protocol for a prospective cohort study. *Cogent Medicine*, 4, p. 1-12.
77. Sheiner E., Weintraub A. Y. 2011. Early Pregnancy Loss. *Bleeding During Pregnancy*, 1(1), p. 25-44.
78. Silver R. M., Branch D. W., Goldenberg R., Iams J. D., Klebanoff M. A. 2011. Nomenclature for pregnancy outcomes: time for a change. *Obstet Gynecol*, 118, p. 1402 – 1408.
79. Šarvaitė R., Voločovič J. 2018. Psichologinių sutrikimų simptomų intensyvumas tarp pacienčių, kurių komplikotas nėštumas. *Visuomenės sveikata*, 1(80), p. 98-103.
80. Šedienė P., Banienė G. 2005. Pakartotinės netekties išgyvenimo procesų analizė. *Socialinis darbas*, 4(1), p. 55-65.
81. Theut S. K., Pedersen F. A., Zaslav M. J., Cain R. L., Rabinovich B. A., Morihisa J. M. 1989. Perinatal loss and parental bereavement. *American Journal of Orthopsychiatry*, 146(5), p. 635–639.
82. Tseng Y.F., Cheng H.R., Chen Y.P., Yang S.F., Cheng P.T. 2017. Grief reactions of couples to perinatal loss: A one-year prospective follow-up. *J Clin Nurs*, 26 (23-24), p. 5133-5142.
83. Žuravliova T., Žiliukas G., Truš M., Mockienė V. 2015. Slaugos programos studentų rašto darbų metodiniai nurodymai. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
84. Wiley J., Ltd S. 2013. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 42, p. 491 – 497.
85. Weintraub A. Y., Sheiner E. 2011. Early Pregnancy Loss. *Bleeding During Pregnancy*, 1, p. 25-44.
86. Weiss D. S., Marmar C. R. 1996. Impact of Events Scale - Revised (IES-R). Assessing psychological trauma and PTSD, p. 399-411.
87. World Medical Association. 2013. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. [žiūrėta 2018 m. gruodžio 20 d.]  
Prieiga internetu: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

# **PRIEDAI**

**ANKETA****Gerb. apklausos Dalyve,**

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos magistrantūros studijų programos I kurso studentė Viktorija Kerienė atlieka tyrimą, kurio tikslas – išanalizuoti psichoemocines moterų būklės nutūkus nėštumui. Mums labai svarbi Jūsų nuomonė. Apklausa - anoniminė (nereikia rašyti nei vardo, nei pavardės). Surinkti duomenys bus naudojami rengiant mokslines išvadas bei praktines rekomendacijas, kurios padės tobulinti slaugos procesą.

Ši tyrimo priemonė patvirtinta KU SvMF Slaugos katedros Etikos komisijos posėdyje. Iškilus neaiškumams, prašom kreiptis į darbo autorę Viktoriją Kerienę (tel. nr. +3706 2676 068) arba į Etikos komisijos pirmininką (tel. (846) 398 558).

**Instrukcija.** Prašom atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pasirinkti labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą (jį pažymėkite varnele (v) ar kryžiuoku (x)) arba įrašyti savąjį atsakymą. Labai svarbu, kad į visus klausimus atsakytumėte nuoširdžiai.

**1. Jūsų amžius:** Įrašykite \_\_\_\_\_ m.

**2. Jūsų šeimyninė padėtis:**

- 2.1 Vieniša
- 2.2 Ištekėjusi
- 2.3 Partnerytė
- 2.4 Išsituokusi
- 2.5 Našlė

**3. Jūsų išsilavinimas:**

- 3.1 Pagrindinis
- 3.2 Vidurinis
- 3.3 Profesinis
- 3.4 Aukštasis neuniversitetinis
- 3.5 Aukštasis universitetinis

**4. Kelerius vaikus jūs auginate:**

- 4.1 Neturiu
- 4.2 Vieną
- 4.3 Du
- 4.4 Tris
- 4.5 Daugiau negu tris

**5. Kelintas tai jūsų nėštumas:**

- 5.1 Pirmas
- 5.2 Antras
- 5.3 Trečias
- 5.4 Daugiau negu trečias

**6. Kelintas tai jūsų nesėkmingai pasibaigęs nėštumas:**

- 6.1 Pirmas
- 6.2 Antras
- 6.3 Trečias
- 6.4 Daugiau negu trečias

**7. Kelintą vystymosi savaitę jūsų nėštumas nutrūko: Įrašykite \_\_\_\_\_ nėšt. sav.****8. Kokia jūsų nutrūkusio nėštumo baigtis:**

- 8.1 Negimdinis nėštumas
- 8.2 Nesivystantis nėštumas
- 8.3 Persileidimas
- 8.4 Priešlaikinis gimdymas ir negyvagimio gimimas
- 8.5 Vaisiaus mirtis (negyvagymis), suėjus gimdymo laikui

**9. Kokia taktika buvo pasirinkta užbaigti jūsų nėštumą:**

- 9.1 Aktyvi - atliekama operacija (abrazija, laparoskopija, laparotomija)
- 9.2 Pasyvi – medikamentinis persileidimo sužadinimas
- 9.3 Stebėjimo – kraujavimas nekeliantis grėsmės gyvybei
- 9.4 Skatinamas gimdymas

Prašom atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pasirinkti labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą (jį pažymėkite varnele (v) ar kryžiuoku (x)), susijusį su netektimi po nėštumo nutrūkimo.

Labai svarbu, kad į visus klausimus atsakytumėte nuoširdžiai.

Nr.	Teiginiai	Beveik visada	Dažnai	Kartais	Beveik niekada
10.	Aš prisimenu savo prarastą kūdikį				
11.	Aš jaudinuosi, kad nėštumo nutrūkimas man gali pasikartoti				
12.	Praradusi kūdikį jaučiuosi labai vieniša				
13.	Aš dažnai verkiu, kai pagalvoju apie savo prarastą kūdikį				
14.	Man norisi pasikalbėti apie savo netektį				

Nr.	Teiginiai	Beveik visada	Dažnai	Kartais	Beveik niekada
15.	Dabar jaučiuosi pakankamai stipri gyventi toliau				
16.	Aš kaltinu save, kad nėštumo metu mano gyvenimo būdas nesutapo su sveikos gyvensenos principais t. y. svoris, mityba, rūkymas, lytiniai santykiai, gėrimai, fizinė veikla ir t.t.				
17.	Norėčiau pamatyti, koks mano prarastas kūdikis būtų dabar				
18.	Nerimauju, nes nežinau, kodėl patyriau nėštumo nutrūkimą				
19.	Manau, kad kitų žmonių veiksmai galėjo turėti įtakos mano nėštumo nutrūkimui				
20.	Aš randu savyje jėgų, kurios man padeda įveikti praradimo jausmą				
21.	Aš vis dar jaučiuosi liūdna dėl nėštumo nutrūkimo				
22.	Aš vis dar svajoju apie savo prarastą kūdikį				
23.	Aš visada jaučiuosi kalta, kai galvoju apie savo prarastą kūdikį				
24.	Mane kankina nerimas dėl savo prarasto vaiko				
25.	Aš galvoju apie savo prarastą kūdikį, kai matau kitus vaikus				
26.	Po netekties manęs nebedomina kasdieninė veikla, t.y. televizija, laikraščiais, draugiais				
27.	Jaučiuosi bejėgė, nes nežinau nėštumo praradimo priežasties				
28.	Jaučiuosi susitaikiusi dėl nėštumo praradimo				
29.	Aš svajoju apie tai, koks būtų mano gyvenimas, jei turėčiau kūdikį, kurį parardau				
30.	Aš liūdžiu, kai galvoju apie prarastą kūdikį				
31.	Jaučiuosi taip, lyg mano gyvenimas būtų netekęs prasmės, nutrūkus nėštumui				
32.	Savo fantazijose dažnai matau prarastą kūdikį				
33.	Aš jaučiuosi iš dalies atsakinga už savo kūdikio praradimą				
34.	Nors ir sunku dėl praradimo, jau pradėdau užsiimti kasdienes veiklas				
35.	Suprantu, kad bereikalo kaltinu kitus, dėl savo kūdikio praradimo				

Prašom atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pasirinkti labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą (jį pažymėkite varnele (v) ar kryžiuuku (x)), susijusį su sielvartu po nėštumo nutrūkimo. Labai svarbu, kad į visus klausimus atsakytumėte nuoširdžiai.

Nr.	Teiginiai	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
36.	Negalėjau patikėti, kad laukiوسي				
37.	Nesiejau kūdikio su asmenybe				
38.	Negalvojau apie kūdikį, kaip atskirą asmenį				
39.	Jaučiausi, praradusi ne tik nėštumą, bet ir dalelę savęs				
40.	Ir nėštumas, ir kūdikis man atrodė realūs				
41.	Tai kas įvyko, man atrodo labiau nėštumo negu kūdikio praradimas				

©Autorystės teisės saugomos. Autorė: prof. M. H. Hutti (1998)

Prašom atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pasirinkti labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą (jį pažymėkite varnele (v) ar kryžiuuku (x)), susijusį su nėštumo nutrūkimo poveikiu. Labai svarbu, kad į visus klausimus atsakytumėte nuoširdžiai

Nr.	Teiginiai	Niekada	Retai	Dažnai	Labai dažnai	Visada
42.	Bet koks priminimas apie tai, gražina buvusius jausmus					
43.	Mano miego kokybė buvo bloga					
44.	Mane supanti aplinka vertė galvoti apie netektį					
45.	Jaučiausi susierzinusi ir pikta					
46.	Aš neleidau sau nusiminti, kai prisimindavau nėštumo nutrūkimą					
47.	Aš galvojau apie tai, nors nenorėjau					
48.	Jaučiuosi tarsi to nebūtų atsitikę ar tai būtų netikra					
49.	Aš vengiu prisiminimų apie tai					
50.	Su nėštumo nutrūkimu susiję vaizdai yra mano mintyse					
51.	Buvau nervinga ir pasimetusi					
52.	Bandžiau negalvoti apie tai					
53.	Aš negalėjau įveikti mane užplūdusių jausmų, susijusių su netektimi					

Nr.	Teiginiai	Niekada	Retai	Dažnai	Labai dažnai	Visada
54.	Mano motiniški jausmai buvo užgožti					
55.	Aš suprantu, kad elgiuosi ir jaučiu tą patį, kaip ir netekties dieną					
56.	Man sunku užmigti					
57.	Dėl netekties nesuvaldžiau savo emocijų					
58.	Stengiuosi neprisiminti šio įvykio					
59.	Man buvo sunku susikoncentruoti					
60.	Prisiminimai apie įvykį man sukelia širdies plakimą, prakaitavimą, sunkų kvėpavimą, pykinimą					
61.	Aš tai sapnavau					
62.	Jaučiausi nusiraminsi ir saugi.					
63.	Stengiuosi apie tai nekalbėti					

©Autorystės teisės saugomos. Autoriai: prof. D. S Weis. ir C. R. Marmar (1996)  
42-63 klausimas

**AČIŪ UŽ JŪSŲ ATSAKYMUS**