

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETO
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETO
SLAUGOS KATEDRA**

**MOTERŲ PASIRENGIMO GIMDYMUI IR
PASITENKINIMO GIMDYMU SAŠAJOS**

Magistro baigiamasis darbas

Autorius

DMSSL19, stud. Ramunė Žekevičiūtė

Vadovas

doc. dr. Aelita Skarbalienė

Klaipėda, 2021

SANTRAUKA

Žekevičiūtė, R. Moterų pasirengimo gimdymui ir pasitenkinimo gimdymu sąsajos. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovė doc. dr. Skarbalienė, A. Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2021. – 88 p.

Antenatalinis ugdymas didina nėščių moterų sąmoningumą, gebėjimą įveikti baimę ir nerimą, padeda valdyti gimdymo skausmą bei identifikuoti save motinystės vaidmenyje. Pasitenkinimo gimdymu įvertinimas palengvina gimdymo patirties supratimą. Užtikrinant antenatalinio ir postnatalinio periodo priežiūros kokybę, būtina nustatyti antenatalinio ugdymo ir pasitenkinimo gimdymu sąsajas.

Tyrimo tikslas: nustatyti moterų pasirengimo gimdymui ir pasitenkinimo gimdymu sąsajas.

Tyrimo metodika. Atliktas kiekybinis tyrimas. Naudotas instrumentas – klausimynas. Naudojama pasitenkinimo gimdymu skalė (angl. *The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R)*). Tyrimo imtį sudarė 212 respondentų. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų. Duomenų apdorojimui naudota SPSS 26.0 programinės įrangos versija ir redaguota Microsoft Excel programa.

Tyrimo rezultatai. Tyrime dalyvavusios gimdyvės teigė, kad kokybiškiausią informaciją jos gavo skaitydamos knygas, mokslinius straipsnius, pasitardamos su gydytoju akušeriu ginekologu bei naršydamos specializuotuose internetiniuose puslapiuose. Paaiškėjo, kad gimdyvės stokoja informacijos apie gimdymo metu naudojamus instrumentus, galimas komplikacijas pogimdyminiu laikotarpiu. Taip pat joms trūksta informacijos, kaip spręsti tylos ir ramybės poreikio, miego trūkumo bei vaiko verkimo ir rėkimo problemas.

Teikiamos gimdymo pagalbos kokybė buvo geresnė, kai nėščiosios turėjo galimybę apžiūrėti bei pasirinkti ligoninę, kurioje planuojamas gimdymas. Netaikant medikamentinio skausmo malšinimo, gimdymo metu buvo palankiau toleruojamas patiriamas stresas ir bendras pasitenkinimas gimdymo procesu buvo didesnis. Taip pat pasitenkinimas gimdymo procesu buvo didesnis, kai nėščiosios gavo informaciją dalyvaudamos motinystės kursuose arba pasikonsultavusios su gydytoju.

Nustatyta, kad gimdyvių amžiui didėjant, mažėja gimdymo metu patiriamas stresas. Gimdyvių pasitenkinimas gimdymo procesu su jų išsilavinimu nebuvo susijęs, tačiau nėščiosios, įgijusios aukštąjį universitetinį ar neuniversitetinį išsilavinimą, turėjo daugiau informacijos, susijusios su skausmo malšinimu. Išsiskyrusioms gimdyvėms mažiau nei ištekėjusioms ar gyvenančioms partnerystėje patenkintos teikiamų paslaugų kokybe. Pakartotinai gimdžiusios moterys turėjo daugiau informacijos, susijusios su naujagimio priežiūra ir žindymu.

Išvada: turimos informacijos kiekis didina moterų pasitenkinimą teikiamos pagalbos kokybe bei pačiu gimdymo procesu.

Reikšminiai žodžiai: antenatalinė priežiūra, pasiruošimas gimdymui, pasitenkinimas gimdymu.

SUMMARY

Žekevičiūtė, R. Connection Between Women's Preparedness for Childbirth and Satisfaction with Childbirth Process. The final thesis for the Master's degree in Nursing. Academic advisor assoc. prof. dr. Skarbalienė, A. Klaipėda University: Klaipėda, 2021. – 88 p.

Antenatal education increases both the consciousness in pregnant women and the ability to overcome fear and anxiety, helps control pain during childbirth as well as identify oneself within the role of motherhood. The evaluation of women's satisfaction with childbirth process facilitates the understanding of childbirth experience. In order to provide high quality care in antenatal and postnatal period, it is significant to identify the correlation between antenatal education and the satisfaction with childbirth.

The aim of this research is to identify the correlation between the women's preparedness for childbirth and the satisfaction with childbirth process.

Research methodology. Quantitative research has been fulfilled with the questionnaire used as a research instrument. *The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R)* has been applied. 212 respondents have been included into the research sample. The research has been accomplished in compliance with ethical principles. SPSS 26.0 Statistical Software has been applied for data processing with the data edited using Microsoft Excel.

Research results. Women in childbirth who have taken part in the research state that they have received the information of highest quality while reading books and research articles, consulting with an obstetrician-gynaecologist as well as through surfing specialised web pages. It has been revealed that women in childbirth feel the lack of information about the instruments used in childbirth process and possible complications during the postnatal period. Moreover, these women face the lack of information about such issues as the need to get some quietness and peace, lack of sleep as well as the problems related to child's screaming and crying.

The quality of help provided during childbirth process was higher when pregnant women could visit and choose the hospital where childbirth was planned. When there was no medical pain relief applied, the stress experienced during childbirth process was tolerated better with the generally better satisfaction with childbirth process. Also, the satisfaction with childbirth process was higher when pregnant women were provided with the information by taking part in maternity courses or through consulting with a doctor.

It has been determined that with the age of women in childbirth increasing the stress experienced during childbirth decreases. Although no relation between the satisfaction of women in childbirth with the childbirth process and their education has been identified, those with higher university or non-university degree acquired have had more information about pain relief. Divorced women in childbirth compared to married women in childbirth or those living in a partnership have been less

satisfied with the quality of services provided. The women in childbirth with prior childbirth experience have had more information related to new-born care and breastfeeding.

Conclusion. The amount of information received increases the satisfaction of women with both the quality of help provided and the childbirth process itself.

Key words: antenatal care; preparation for childbirth; satisfaction with childbirth process.

PAVEIKSLŲ, LENTELIŲ IR PRIEDŲ SĄRAŠAS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil.Nr.	Paveikslo pavadinimas	Puslapis
1.	Pasiskirstymas pagal šeiminei padėtį	31
2.	Respondentai pagal išsilavinimą	31
3.	Pasiruošimo gimdymui galimybės	32
4.	Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gimdymo būdą	32
5.	Pasiskirstymas pagal nuskausminimo būdą	33
6.	Pasiskirstymas pagal taikytus nemedikamentinis gimdymo skausmo malšinimo metodus	33
7.	Informacijos apie gimdymą šaltiniai	37

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil.Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Turimos informacijos skalių vidinis suderinamumas	35
2.	Informacija apie pasiruošimą tėvystei	38
3.	Kokybiškos informacijos apie gimdymą ir tėvystę šaltiniai	39
4.	Turimos informacijos, susijusios su gimdymu, vertinimas	40
5.	Turimos informacijos, susijusios su gimdymo skausmo malšinimu, vertinimas	41
6.	Turima informacija, susijusi su naujagimiu	41
7.	Informacijos, susijusios su tėvyste / motinyste, vertinimas	42
8.	Turimos informacijos skalių analizė	43
9.	Turimos informacijos sąsajos su amžiumi ir gimdymų skaičiumi	44
10.	Pasitenkinimo gimdymo procesų skalės ir subskalių vertinimas	44
11.	Pasitenkinimo gimdymu ir turimos informacijos sąsajos	46
12.	Turimos informacijos sąsajos su išsilavinimu	47
13.	Turimos informacijos palyginimas pagal išsilavinimą	48
14.	Informacijos, susijusios su gimdymo skausmo malšinimu, palyginimas pagal išsilavinimą	48
15.	Pasitenkinimo gimdymo procesu sąsajos su dalyvių amžiumi bei gimdymų skaičiumi	49
16.	Pasitenkinimo gimdymo procesu bei išsilavinimo sąsajos	50
17.	Pasitenkinimo gimdymo procesu skirtumai pagal šeiminei padėtį	50
18.	Pasitenkinimo gimdymo procesu skirtumai pagal šeiminei padėtį. Bonferroni kriterijus	51
19.	Pasitenkinimo gimdymo procesu sąsajos su partnerio dalyvavimu gimdyje	51

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil.Nr.	Priedai	Puslapis
1.	Anketa	72
2.	Sutikimas naudoti pasitenkinimo gimdymu skalę	76
3.	Neįtraukimo į tyrimą kriterijai	77
4.	Turima informacija apie gimdymą, naujagimio priežiūrą ir tėvystę	78
5.	Pasitenkinimas gimdymo procesu priklausomai nuo galimybių ruoštis gimdymui	81
6.	Pasitenkinimas gimdymo procesu pagal gimdymo būdą	82
7.	Pasitenkinimas gimdymo procesu pagal taikytą medikamentinį skausmo malšinimo būdą	83
8.	Pasitenkinimas gimdymo procesu pagal taikytą nemedikamentinį skausmo malšinimo būdą	84
9.	Pasitenkinimas gimdymo procesu pagal kokybiškos informacijos gavimo šaltinį	86
10.	Publikacija	88

SANTRUMPOS

ACOG (angl. *American College of Obstetricians and Gynecologists*) Amerikos akušerių ir ginekologų draugija

BSS-R (angl. *The Birth Satisfaction Scale-Revised*) – pasitenkinimo gimdymu skalė

CPO – cezario pjūvio operacija

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

SPSS (angl. *Statistical Package for Social Science*) – statistinis paketas socialiniams mokslams

KU SvMF – Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedra

TURINYS

IVADAS

I. MOTERŲ PASIRENGIMO GIMDYMUI IR PASITENKINIMO GIMDYMU SĄSAJOS 11

1.1. Pasirengimas gimdymui	11
1.1.1. Psichoemocinis pasirengimas	12
1.1.2. Fizinis pasirengimas	14
1.1.3. Antenatalinis ugdymas	16
1.2. Pasitenkinimą gimdymo procesu lemiantys veiksniai	18
1.2.1. Informuotumas apie gimdymo procesą	20
1.2.1.1. Gimdymo planas	21
1.2.1.2. Gimdymo skausmo valdymas	22
1.2.1.3. Streso valdymo technikos	23
1.2.2. Gimdymo aplinka	24
1.2.2.1. Fizinė aplinka	26
1.2.2.2. Psichosocialinė aplinka	27

II. EMPIRINĖ DALIS 30

2.1. Tyrimo metodika	30
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos	30
2.1.2. Tyrimo metodai	34
2.1.3. Tyrimo instrumentas	34
2.1.4. Tyrimo procesas / eiga	36
2.1.5. Tyrimo etika	37
2.2. Tyrimo rezultatai	37
2.2.1. Pasirengimas gimdymui	37
2.2.2. Pasitenkinimas gimdymui	44
2.2.3. Pasirengimo gimdymui ir pasitenkinimo gimdymu sąsajos su sociodemografinėmis tiriamųjų charakteristikomis	47
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas	52

IŠVADOS

REKOMENDACIJOS

LITERATŪRA

PRIEDAI

ĮVADAS

Nėštumas ir gimdymas yra ypatingai svarbus etapas šeimos gyvenime, jis turi įtaką tolimesniems fiziologiniams, psichologiniams ir socialiniams išgyvenimams ir potyriams.

Naujausiose Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) rekomendacijose pripažįstama, kad kiekvienas nėštumas ir gimdymas yra unikalūs. Jose įvardijami siekiai, kad moterys gimdytų gerai įrengtose patalpose, saugioje aplinkoje su kvalifikuotais gimdymo palydovais, kad būtų pastebėtos galimos komplikacijos motinai, vaisiui ar naujagimiui ir laiku suteikta kvalifikuota akušerio ginekologo bei kitų specialistų pagalba (WHO, 2018a).

Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūra, nėščiųjų ir gimdyvių mirtingumas, naujagimių sergamumas ir mirtingumas atspindi valstybės socialinę bei ekonominę raidą. Motinos ir naujagimio sveikata yra viena iš prioritetinių sričių kiekvienos pasaulio valstybės vykdomoje politikoje. Ji svarbi kiekvienam asmeniui, šeimai, visuomenei ir šaliai. Vien tik efektyvus klinikinis perinatalinės sveikatos priežiūros valdymas neužtikrina teikiamų paslaugų kokybės, reikalinga holistinė ir kultūrinis aspektu priimtina paslauga. Teikiant sveikatos paslaugas būtina užtikrinti pacientų teises į efektyvų gydymą bei žmogaus poreikių tenkinimą (WHO, 2013).

PSO pateikiamose rekomendacijose, skirtose sumažinti mirtingumą, nėštumo komplikacijų riziką ir didinti teigiamą nėštumo ir gimdymo patirčių kiekį, minimas nėščiosios kontakto su gydytoju ir akušeriu didinimas, antenatalinės priežiūros būdo keitimas. Visa tai rekomenduojama siekiant atsižvelgus į skirtingas galimybes bei specifinius, individualius poreikius pagerinti nėščiųjų priežiūros kokybę (WHO, 2016a). Teigiama, kad priežiūra turi būti užtikrinta visoms moterims taip, kad būtų išlaikytas jų orumas, privatumas, konfidencialumas, suteikta galimybė pasirinkti ir parama gimdymo bei pogimdyminiu laikotarpiu (WHO, 2018a).

Naujas koronavirusas (2019-nCoV) buvo identifikuotas 2019 m. pabaigoje Wuhan mieste Kinijoje. PSO paskelbė COVID-19 infekciją pandemija. Pandemija ir ją lydintys apribojimai gerokai pakoregavo daugybės nėščiųjų ir gimdyvių priežiūros įstaigų veiklą. Karališkasis akušerių koledžas (RCM) ir Karališkasis akušerių ir ginekologų koledžas (RCOG) pateikia antenatalinės priežiūros rekomendacijas. Pandemijos metu turi vykti nuotolinės, virtualios nėščiųjų konsultacijos. Veiksmingesnėmis laikomos ne telefoninės, o vaizdo konsultacijos. Pirmenybė turėtų būti teikiama moterims, kurioms atsirado nėštumo rizikos veiksnių (RCOG, 2020).

Atsižvelgiant į socialinius, kultūrinius ir ekonominius skirtumus įvairiuose pasaulio šalyse, antenatalinio ir postnatalinio periodo priežiūrai bei kokybei užtikrinti būtina stiprinti į motiną ir naujagimį orientuotas sveikatos priežiūros sistemas.

Antenatalinis ugdymas didina nėščių moterų sąmoningumą, gebėjimą įveikti baimę ir nerimą, padeda valdyti gimdymo skausmą bei identifikuoti motinystės vaidmenyje.

Pasitenkinimo gimdymu įvertinimas palengvina gimdymo patirties supratimą. Pasitenkinimui įtaką daro individualios ir asmeninės moters savybės: psichoemocinis pasiruošimas, informuotumas, socialinė ir kultūrinė aplinka, bendravimas su medicinos personalu ir kt.

Norint pagerinti sveikatos priežiūros rodiklius, perinatalinės priežiūros sistemoje įdiegta ir naudojama daugybė įvairių technologijų. Kiekviena valstybė turi savo perinatalinės sveikatos priežiūros standartus ir protokolus. Jie grindžiami moksliniais įrodymais. Tačiau norint iš esmės sumažinti gimdyvių ir naujagimių mirtingumą, reikia gerinti teikiamų paslaugų prieinamumą ir kokybę (PSO, 2014). Lietuvoje ši tema nėra nauja. Buvo atlikti tyrimai, kurie analizavo pasiruošimo pirmajam gimdymui, gimdymo patirčių, lūkesčių ir gimdymo priežiūros kokybės, pasitenkinimo gimdymu sąsajų su moters aplinkos veiksniais aspektus. Publikacijose nebuvo naudojama vieninga pasitenkinimo gimdymu skalė.

Hollins Martin ir Fleming sukūrė pasitenkinimo gimdymu skalę (angl. *The Birth Satisfaction Scale(BSS)*) (Hollins Martin, Fleming, 2011). Hollins Martin ir Martin dar kartą ją peržiūrėjo ir patvirtino peržiūrėtą pasitenkinimo gimdymu skalę (angl. *The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R)*), kurios tikslas – atsižvelgiant į asmenines moters savybes, gimdymo metu patiriamą stresą ir teikiamos pagalbos kokybę įvertinti pasitenkinimą gimdymu (Hollins Martin, Martin, 2014). Adaptuotas BSS–R klausimynas yra naudojamas tarptautiniu mastu: Turkijoje (2018), Italijoje (2018), Australijoje (2018), Ispanijoje (2019), Irane (2019), Izraelyje (2020) ir kt.

Tai pirmasis mokslinis tyrimas Lietuvoje, kuriame naudojama BSS–R skalė. Vienodos skalės naudojimas sudaro galimybes įvertinti pasitenkinimo gimdymu aspektus tarptautiniu mastu.

Tyrimo problema: pasirengimo gimdymui ir pasitenkinimo gimdymu sąsajos.

Tyrimo objektas: sąsajos tarp pasirengimo gimdymui ir pasitenkinimo gimdymu.

Tyrimo subjektas: pagimdžiusios moterys.

Tyrimo tikslas: nustatyti moterų pasirengimo gimdymui ir pasitenkinimo gimdymu sąsajas.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti pasirengimo gimdymui aspektus.
2. Nustatyti pasitenkinimą gimdymu lemiančius veiksnius.
3. Nustatyti pasirengimo gimdymui ir pasitenkinimo gimdymu sąsajas su sociodemografinėmis tiriamųjų charakteristikomis.

Hipotezė: tikėtina, kad geresnį antenatalinį pasirengimą turinčios moterys geriau vertina gimdymo patirtį.

Tyrimo metodai:

1. Mokslinės literatūros analizė.
2. Kiekybinis tyrimas, anketinė apklausa.

I. MOTERŲ PASIRENGIMO GIMDYMUI IR PASITENKINIMO GIMDYMU SĄSAJOS

1.1. Pasirengimas gimdymui

Besilaukiantys tėvai nekantrauja ir nori žinoti, kaip pasirengti gimdymui, naujagimio sutikimui ir būsimai tėvystei. Pasirengimo gimdymui tikslas – būsimųjų tėvų psichoemocinis, fizinis pasirengimas ir antenatalinis ugdymas, kad jie galėtų priimti sprendimus ir aktyviai dalyvautų gimdymo procese. Beveik 60 metų pasirengimo gimdymui tikslas išlieka toks pat, tačiau dabar moksliniais tyrimais pagrindžiama, kaip vykdyti ir palengvinti šį procesą.

Pasirengimo gimdymui programos yra įprastos daugelyje pasaulio šalių. Sveikatos priežiūros institucijos pripažino pasirengimo gimdymui programų svarbą. Nėščios moters sveikatos priežiūros srityje svarbų vaidmenį vaidina struktūrizuotos pasirengimo gimdymui programos. Tokias programas sudaro fiziniai ir relaksacijos pratimai bei edukaciniai užsiėmimai, kurie prasideda nuo 18-tos nėštumo savaitės ir tęsiasi iki gimdymo (Miquelutti, Cecatti, Makuch, 2015).

Barimani ir kt. (2018) atlikę kokybinį tyrimą pateikia, kad 67 proc. antenatalinio ugdymo programos sudaro pasirengimo gimdymui ir gimdymo skausmo malšinimo temas ir tik 33 proc. – pasirengimas tėvystei. Pasirengimas gimdymui padeda tėvams geriau suprasti gimdymo procesą, gimdymo vietos aplinką, partnerio vaidmenį, taip pat tai, kas gali nutikti gimdant, skausmo malšinimo privalumus ir trūkumus. Ruošiantis tėvystei mokomasi planuoti pirmąsias akimirkas su naujagimi, jį prižiūrėti ir žindyti, o taip pat palaikyti tarpusavio santykius su partneriu, spręsti lytinio gyvenimo ypatumus (Barimani, Forslund Frykedal, Berlin, 2018).

PSO rekomenduoja skirti ypatingą dėmesį moterims nėštumo ir gimdymo metu bei prižiūrint naujagimį. Visos moterys, nepriklausomai nuo nėštumo ir gimdymo rizikos veiksnių, nusipelno aukštos sveikatos priežiūros kokybės (WHO, 2018a).

Amerikos akušerių ir ginekologų draugija (ACOG) pateikia rekomendacijas perinatalinės priežiūros komandai, ruošiančiai šeimai gimdymui. Kilpatick ir jo kolegų (2017) atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai privalo suteikti pakankamai informacijos apie gimdymo plano sudarymą, gimdymo priežiūrą ir pogimdyminį laikotarpį. Būtina gerbti pacientų kultūrinius įsitikinimus ir vertybes, o pacientą ir sveikatos priežiūros specialistą aktyviai įtraukti į sprendimų priėmimą (Kilpatick, Papile, Watterberg, 2017).

Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūra Lietuvoje vykdoma trimis sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiais. Paslaugos teikiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti atitinkamai akušerijos, nėštumo patologijos, naujagimių intensyviosios terapijos ir / ar neonatologijos paslaugas (LR SAM įsakymas, 2018). Mažos rizikos nėštumo priežiūros paslaugas gali teikti šeimos gydytojas ar

pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantis akušeris ginekologas arba akušeris. Kai yra arba nėštumo laikotarpiu atsiranda didelės rizikos nėštumo veiksnių, nėščioji turi būti siunčiama gydytojo akušerio ginekologo konsultacijai. Nustačius didelės rizikos nėštumą, t. y. kai yra du ir daugiau didelės rizikos nėštumo veiksnių, nėščiąją turi prižiūrėti gydytojas akušeris ginekologas (Abraitis ir kt., 2019a).

1.1.1. Psichoemocinis pasirengimas gimdymui

PSO (2017) pabrėžia, kad kiekvienoje pasaulio valstybėje ir bendruomenėje nėštumas ir gimdymas yra ypatingas, bet kartu ir labai pažeidžiamas laikotarpis moteriai ir jos šeimai. Svarbu išsaugoti ne tik fizinę, bet ir dvasinę gerovę: autonomiją, orumą, jausmus, pasirinkimo laisvę. Būtina moterims sudaryti galimybes pasikalbėti apie nėštumą ir gimdymą, užtikrinti tinkamą priežiūrą nėštumo, gimdymo ir pogimdyminiu laikotarpiu (WHO, 2017).

Nėštumas, gimdymas ir naujagimio priežiūra yra labai svarbūs moters gyvenimo laikotarpiai, susiję su emociniais pokyčiais. Perinataliniu laikotarpiu vyksta moters psichologiniai pokyčiai. Omidvar ir kt. (2018) ištyrė nėštumo metu vykstančius pokyčius. Autoriai nustatė, kad nėštumo metu pasikeičia fizinis aktyvumas, mityba, atsiranda patologinis svorio prieaugis, išryškėja žalingi įpročiai (Omidvar, Faramarzi, Nasiri Amiri, 2018). Bandant prisitaikyti prie nėštumo metu vykstančių pokyčių, tiek besilaukiančios moterys, tiek jų vyrai susiduria su didesniais emociniais pokyčiais ir psichologiniais sunkumais. Tai ypač ryškiai pastebima pirmojo nėštumo metu. Nėštumo metu kliniškai reikšmingi depresijos simptomai pasireiškia maždaug 10–20 proc. moterų ir 2–13 proc. vyrų (Korja ir kt., 2018).

Nėščios moters ir besivystančio vaisiaus ryšys yra bene giliausias ir mįslingiausias iš visų žmonių tarpusavio santykių. Yra gana daug literatūros, nagrinėjančios besilaukiančios moters, o kartais ir tėvo jausmus, susijusius su dar negimusiu vaiku. Santykiams gali turėti įtakos skirtingi veiksniai, tokie kaip tautybė, kultūriniai skirtumai, psichinė sveikata ir socialinės sąlygos bei praeities įvykiai.

Bowlby (1907–1990) sukūrė prieraišumo teoriją, kuri plačiai taikoma visose žmogaus raidos stadijose, įskaitant ir vaisiaus periodą. Ši teorija gali būti taikoma tiek motinos, tiek tėvo požiūriu.

Moterys, kurios vaikystėje nepatyrė saugaus prieraišumo, kurdamos prisirišimą prie savo kūdikio gali susidurti su problemomis (Atashi, Kohan, Salehi, Z., Salehi, K., 2018). Nors nėštumas yra natūralus reiškinys, jį dažnai lydi baimė, galinti sukelti stresą ir nerimą, kuris neigiamai veikia nėščių moterų prisirišimo procesą (Akbarzadeh, Dokuhaki, Joker, Pishva, Zare, 2016).

Nerimo ir depresinių simptomų atsiradimas siejamas su partnerio ar socialinės paramos stoka, smurtu ir prievarta šeimoje, psichiniais sutrikimais, nepageidaujamu ar neplanuotu nėštumu,

neigiamais gyvenimo įvykiais, nėštumo komplikacijomis ar ankstesnio nėštumo praradimu (Biaggi, Conroy, Pawlby, Pariante, 2016).

Nėštumas – pagrindinis moters gyvenimo įvykis. Vienoms laukimas gali būti malonus, tačiau kitoms tai gali būti streso kupinas laikotarpis. Moterys nerimauja dėl kūno pokyčių, santykių su vyru, atliekamų medicininių intervencijų, gimdymo bei naujagimio priežiūros. Kai kurios moterys lengvai prisitaiko prie pokyčių, tuo tarpu kitos gali nesusidoroti su naujai atsiradusiais įtampą keliančiais dirgikliais ir patirti psichologinių problemų. Svarbu atpažinti ir pripažinti visas kylančias emocijas. Dažnai moterys, ignoruodamos įvairius psichologinius sunkumus, neieško pagalbos, vengia atskleisti kylančias problemas ir taip rizikuoja patirti žalą.

Snyder ir kt. (2019) akcentuoja, kad moters priežiūra nėštumo, gimdymo ir pogimdyminių laikotarpiu gali turėti įtakos ne tik pačios moters, tačiau ir būsimo naujagimio fizinei būklei, moters ir jos partnerio psichinei sveikatai. Ugdytas gali būti svarbi priemonė mažinant moterų baimę dėl natūralaus fiziologinio proceso – gimdymo, nes gimdymo baimė didina cezario pjūvio dažnį. Masoumi ir kt. (2016) pastebi, kad gydytojai ir akušeriai turi mokytis ir konsultuoti nėščiąsias. Savijautą gali gerokai palengvinti žinojimas, kad tavimi rūpinasi ir nori tau padėti. Svarbu gauti kuo daugiau paramos, pagalbos ir informacijos, kaip išsklaidyti nerimą ir baimes.

Žinoma, kad moters psichinė sveikata turi įtakos ne tik pačios moters, bet ir naujagimio fizinei sveikatai bei akušerinių intervencijų dažniui. Pasaulyje sąmoningumas (angl. *mindfulness*) yra viena aktualiausių saviugdų temų. Sąmoningumo ugdymo programa įtraukiama ir į pasirengimo gimdymui programas. Psichologinis pasiruošimas bei nusiteikimas yra labai svarbus komponentas, tačiau jam vis dar skiriama nedaug dėmesio. Nėščiosioms, dalyvavusioms sąmoningumo programoje, sumažėjo patiriamas stresas, depresijos pasireiškimas, padidėjo sąmoningumas gimdant (Pan ir kt., 2019).

Artimo žmogaus (vyro ar partnerio, sesers, draugės ar kitų artimųjų) buvimas mažina stresą, skausmą malšinančių vaistų poreikį, pagerina gimdymo baigtis. Jei nėra artimųjų, gimdyvę emociškai privalo palaikyti medicinos personalas (Abraitis ir kt., 2019b). Populiarėja gimdžiusių moterų, kvalifikuotai pasirengusių teikti „natūralią“ pagalbą nėštumo ir gimdymo metu.

Bendraamžių palaikymas turi teigiamų padarinių motinos emocinei gerovei. Tyrimas parodė, kad bendraamžių palaikymas buvo veiksmingas pogimdyminės depresijos prevencijoje (Kamalifard ir kt., 2013). Anglijoje siūlomi įvairūs savanorių pagalbos modeliai nėščiosioms ir pagimdžiusioms moterims. Bendraamžiai savanoriai teikia paramą labiausiai pažeidžiamoms moterims (McLeish, Redshaw, 2015). Atskleidžiama, jog kolegų parama ypač akivaizdi tautinių mažumų moterims, migrantėms ir moterims, patiriančioms įvairius sunkumus (McLeish, Redshaw, 2017).

1.1.2. Fizinis pasirengimas

Reguliarus fizinis aktyvumas yra neatsiejamas nuo nėščiosios sveiko gyvenimo būdo. Siekiama visame pasaulyje sukurti nėščiųjų fizinio aktyvumo rekomendacijas. Devyniose pasaulio šalyse atliktos sisteminės apžvalgos nustatė, kad fizinis aktyvumas nėštumo metu teigiamai veikia moters organizmą. Dėl fizinių pokyčių, atsirandančių nėštumo metu, reikia imtis specialių atsargumo priemonių, vengti traumų, susidūrimo ar griuvimo pavojų. Nėščių moterų fizinio aktyvumo gairės visame pasaulyje nurodo absoliučias ir santykinės kontraindikacijas, konkrečias dažnio ir laiko rekomendacijas. Kilus pavojui moters ar vaisiaus sveikatai, būtina fizinį aktyvumą apriboti arba sustabdyti (Evenson ir kt., 2015).

Nėščiosios organizme vyksta anatominiai ir fiziologiniai pokyčiai, kurie parengia moters organizmą nėštumui, gimdymui ir žindymui, sudaro sąlygas normaliai formuotis vaisiui. Įrodyta, kad nėštumas ir gimdymas nėra patologinės būklės – tai natūralus ir fiziologinis moters gyvenimo etapas (Soma-Pillay, Nelson-Piercy, Tolppanen, Mebazaa, 2019).

Nėštumo metu daugelis moterų yra motyvuotos keisti savo gyvenimo būdą. Vienos nėščiosios pasirenka pasyvų gyvenimo būdą, bijodamos žalingo poveikio vaisiui ir sau, kitos išlieka aktyvios, nori tęsti treniruotes viso nėštumo metu. Daugėja moterų, pasirenkančių skirtingas fizinio aktyvumo metodikas. Nėščiąją galima lengvai motyvuoti pagerinti savo ir dar negimusio vaiko sveikatą. Tinkama sveikatos priežiūros specialistų informacija ir patarimai didina fizinio aktyvumo motyvaciją. Nėščias moteris prižiūrintis sveikatos specialistas turėtų aptarti galimą fizinio pasirengimo naudą ir neigiamus mankštos aspektus. Hinman ir kt. (2015) pastebi, kad mankšta turėtų būti skiriama atsižvelgiant į moters fizinio aktyvumo lygį (Hinman, Smith, Quillen, Smith, 2015).

Kanadoje (2019) išleistos naujos, tyrimais pagrįstos fizinio aktyvumo rekomendacijos nėščioms moterims. Jeigu nėra akušerinių kontraindikacijų, nėštumo metu fizinis aktyvumas yra saugus ir pageidautinas, todėl nėščios moterys turėtų būti skatinamos tęsti arba pradėti saugią fizinę veiklą (Mottola ir kt., 2018).

Remiantis ACOG rekomendacijomis, sveikoms nėščiosioms siūloma sudaryti individualų fizinio pasirengimo planą. Remiantis juo, siūloma sportuoti kasdien bent po 20–30 minučių. Moterims, kurių fizinis krūvis prieš nėštumą buvo nepakankamas, rekomenduojama pradėti nuo mažesnės trukmės ir intensyvumo pratimų (ACOG, 2020).

Įrodyta, kad sportuojančioms nėščiosioms mažėja patologinio svorio prieaugio, nėščiųjų diabeto, nėščiųjų hipertenzijos ir preeklampsijos, priešlaikinio gimdymo, CPO, stambaus vaisiaus rizika. Berghella ir Saccone (2017) išskiria saugius ir efektyvius pratimus nėščioms moterims. Pasivaikščiojimas, lengvi aerobiniai bei pasipriešinimo pratimai su elastinėmis juostomis, šokiai,

dviračio minimas stacionariu dviračiu, mankšta vandenyje įvardijama kaip saugiausios ir tinkamiausios fizinės veiklos neštumo metu.

Fiziniai pratimai padeda pasiruošti neštumui ir gimdymui. Idealiausia, kai fizinis aktyvumas užtrunka ilgiau nei 150 minučių per savaitę, o pulso dažnis siekia 110–120 k/min. Sportuojant būtina gerti pakankamai skysčių, kad sumažėtų perkaitimo ir dehidratacijos rizika. Cooper ir Yang (2020) kritiškai vertina ir pabrėžia, kad neštumo metu reikėtų vengti slidinėjimo, jodinėjimo, nardymo, krepšinio ar futbolo treniruočių.

Nustatyta, kad moterų, kurios neštumo metu buvo fiziškai aktyvios, gimdymas truko trumpiau ir rečiau reikalavo epidurinio nuskausminimo (Tinius, Cahill, Cade, 2017).

Yra paskelbta daug tyrimų, kurie nagrinėja fizinio aktyvumo poveikį nėščios moters organizmui. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad reguliari fizinė veikla užkerta kelią pogimdyminės depresijos formavimuisi (Nakamura, van der Waerden, Pryor, 2019); moterims, kurios patiria juosmeninės stuburo dalies skausmą, sumažina nugaros ir dubens skausmus (Marín-Jiménez ir kt., 2019); pagerina miego kokybę (Ozkan, Rathfisch, 2018); padidina dubens dugno raumenų jėgą ir apsaugo nuo šių raumenų sutrikimų (Sut, Kaplan, 2015); padeda išvengti patologinio svorio prieaugio ir sumažina nėščiųjų diabeto riziką (Du, Ouyang Nie, Huang Redding, 2019). Leon-Larios ir kt. (2017) pateikia išvadas, kad dubens dugno raumenų pratimai ir tarpvietės masažas padeda išvengti tarpvietės traumų. Šios procedūros rekomenduojamos visoms nėščioms moterims nuo 32-osios neštumo savaitės (Leon-Larios, Corrales-Gutierrez, Casado-Mejía, Suarez-Serrano, 2017). Randomizuoti tyrimai ir sisteminės apžvalgos nustatė, kad tarpvietės masažas gimdant yra susijęs su žymiai mažesne sunkių tarpvietės traumų, trečiojo ar ketvirtojo laipsnio plyšimo, rizika Tarpvietės masažą tikslinga atlikti antrajame gimdymo laikotarpyje (Aquino ir kt., 2020).

Kineziterapija vandenyje mažina skausmus, sutvirtina sąnarius ir silpnus raumenis. Vandenyje pratimus galima atlikti lengviau nei sausumoje. Atliktais tyrimais nustatyta, kad neštumo metu mankštinantis vandenyje sutrumpėja gimdymas ir didėja normalaus gimdymo tikimybė (Rodríguez-Blanco, Sánchez-García, Sánchez-López, Aguilar-Cordero, 2019).

Atsipalaidavimas pasiekiamas atliekant specialius pratimus, padedančius atpalaiduoti tam tikrus raumenis ir taip sumažinti skausmą. Kvėpavimo pratimai padeda susitelkti, taisyklingai kvėpuojant padidėja deguonies koncentracija gimdyvės kraujyje. Irano mokslininkų atlikti tyrimai atskleidžia, kad kvėpavimo pratimai ir raumenų atpalaidavimas mažina kraujospūdį neštumo metu (Aalami, Jafarnejad, ModarresGharavi, 2016).

Atsiranda vis daugiau mokslinių apžvalgų, kurios pateikia, kad joga yra tinkama nėščioms moterims (Curtis, Weinrib, Katz, 2012). Joga ypač naudinga moterims, kurios turi nerimo ir depresijos sutrikimus, kenčia nugaros skausmus ir turi miego sutrikimų (Babbar, Shyken, 2016).

1.1.3. Antenatalinis ugdymas

Antenatalinis ugdymas yra viena iš nėščioms moterims siūlomų paslaugų daugelyje dideles pajamas gaunančių pasaulio šalių. Europos šalyse antenatalinio ugdymo forma ir turinys nuolat kinta. COVID-19 pandemija ir ją lydintys apribojimai gerokai pakoregavo daugybės antenatalinio ugdymo įstaigų veiklą. Organizuojami virtualūs mokymai nėščioms moterims ir jų šeimos nariams. *Youtube* kanale kaupiama video medžiaga. Video seminarų metu suteikiama ne tik teorinių, bet ir praktinių įgūdžių, supažindinama su gimdymo namų aplinka. Būtina besilaukiantiems tėvams suteikti informaciją, kaip elgtis nėštumo, gimdymo ir pogramyminiu laikotarpiu ir kaip adaptuotis tėvystėje (Brixval, Axelsen, Andersen, Due, Koushede, 2014).

Antenatalinio ugdymo programos gali būti individualios, grupinės ir įtraukiančios vyrų bei artimų šeimos narių dalyvavimą. Mokymus gali organizuoti akušeris, kineziterapeutas, dula ar kitas medicininį ar pedagoginį išsilavinimą turintis asmuo (Downer, 2019).

Antenatalinio ugdymo programą sudaro keli užsiėmimai. Suteikiama informacija apie psichologinę pagalbą moteriai ir porai / šeimai nėštumo, gimdymo ir pogramyminiu laikotarpiu. Ugdomas moters pasitikėjimas savimi, noras pagimdyti natūraliai. Supažindinama apie įvairius skausmo malšinimo būdus. Įgyjama teorinių ir praktinių žinių apie žindymo krūtimi ypatumus bei naujagimio priežiūrą.

Daugelyje ekonomiškai išsivysčiusių ir sparčiai besivystančių pasaulio šalių organizuojami antenatalinio ugdymo mokymai arba kursai (Kovala, Cramp, Xia, 2016).

PSO rekomenduoja organizuoti nėščiųjų sveikatos ugdymo kursus, kuriuose būtų pateikiamos teorinės ir praktinės žinios (WHO, 2015).

Nėščiųjų sveikatos ugdymo procesas įvairiose pasaulio šalyse yra skirtingas. Nėščiųjų sveikatos ugdymo kursų tematika bei struktūra gali skirtis priklausomai nuo šalies kultūros, socialinės, ekonominės ir geografinės padėties (Coast, Jones, Portela, Lattof, 2014).

Pastaruoju metu tėvai / partneriai aktyviai dalyvauja antenatalinio ugdymo seminaruose ir simuliaciniuose užsiėmimuose (Smyth, Spence, Murray, 2015).

Priimant sprendimus sveikatos priežiūros sistemose, turinčiose ribotus išteklius, įrodymai apie teikiamų paslaugų veiksmingumą yra labai svarbūs. Sveikatos priežiūros politikos formuotojai nori įgyvendinti tokius pokyčius, kurie yra veiksmingi, saugūs, duoda gerus rezultatus – t. y. remiasi moksliniais įrodymais ir reikalauja mažiau finansinių išteklių. Svarbu tiksliai išsiaiškinti ir nustatyti būsimų tėvų poreikius ir lūkesčius, įskaitant psichologinius ir socialinius poros tarpusavio santykių aspektus (Brixval ir kt., 2014).

Būsiami tėvai pasinaudoja antenataliniu ugdymu, kad gautų informacijos apie gimdymą ir tėvystės įgūdžius. Antenatalinis ugdymas mažose klasėse yra brangesnis nei didelėse auditorijose,

bet moterys mieliau renkasi paskaitas mažose grupėse, kuriose suteikiama galimybė diskutuoti, įtvirtinti praktinius įgūdžius ir pažinti viena kitą (Koushede ir kt., 2017).

Siekiant sumažinti augantį CPO skaičių, pasiūlyta įvairių klinikinių ir neklinikinių intervencijų. Neklinikinėms intervencijoms priskiriamos priemonės, nesusijusios su konkrečiu specialistu, paciente arba klinicine situacija. Jos bendrai orientuotos į gimdyves, sveikatos priežiūros specialistus, institucijas arba sveikatos priežiūros politiką (Kačerauskienė, 2019).

PSO 2018 m. parengė neklinikinių intervencijų rekomendacijas nėštumo ir gimdymo metu. Ypatingas dėmesys jose skiriamas moterų antenataliniam ugdymui. Mokymus sudaro skirtingi užsiėmimai (WHO, 2018b):

- Gimdymo procesas. Gimdymo baimė, skausmas, medikamentiniai ir nemedikamentiniai gimdymo skausmo malšinimo metodai, gimdymo būdai, jų privalumai ir trūkumai.
- Relaksacija. Nerimo ir streso valdymas taikant kvėpavimo pratimus ir atsipalaidavimą.
- Pasiruošimas motinystei / tėvystei. Skiriamas dėmesys savikontrolei, konfliktų valdymui, problemų sprendimui ir vyro vaidmeniui nėštumo ir gimdymo metu.
- Psichoedukacija. Apžvelgiamos psichologinės problemos, baimės ir stresas. Pateikiami atsipalaidavimo pratimai, informacija apie nerimą, skausmą. Supažindinama su ligoninės tvarka.

Pasiruošimas motinystei / tėvystei gali būti vykdomas taikant neformaliąsias ir formaliąsias ugdymo metodikas. Geresnių rezultatų pasiekama, kai derinamos abi mokymosi formos (Grimes, Foster, Newton, 2014). Neformaliojo ugdymo esmė – dalijimasis patirtimi, asmeninių savybių ugdymas, mokymasis spręsti savo problemas bei sugebėjimas prisitaikyti prie naujų šeiminio gyvenimo pasikeitimų. Neformalusis ugdymas yra nestruktūrizuotas, neplanuojamas, dažniausiai informacija gaunama iš labiau patyrusių šeimos narių ar draugų, diskutuojant, skaitant straipsnius, žiūrint televizijos laidas ar filmus, naršant internetiniuose tinklapiuose (Sanders, Crozier, 2018). Formaliojo ugdymo esmė – teoriniai ir praktiniai užsiėmimai būsimiems tėvams, kad jie gautų tikslią ir naujausią informaciją apie nėštumą, gimdymą ir priimtų pagrįstus sprendimus dėl naujagimio priežiūros. Formalusis ugdymas yra išlanksto suplanuotas mokymosi metodas, turintis aiškius tikslus ir uždavinius. Užsiėmimai vyksta individualiai arba mažomis grupelėmis, kad būtų galima kuo daugiau dėmesio skirti dalyvaujantiems, atsakyti į rūpimus klausimus.

Pastaruosiu metu Lietuvoje pradėjo steigtis įvairios antenatalinio ugdymo institucijos, mokyklėlės, asociacijos ir pan. Pavyzdžiui, dulų asociacija organizuoja pažintinius susitikimus bei paskaitas besilaukiančioms moterims ir jų šeimoms. Šiuo metu tėvystės įgūdžių mokymų pasirinkimas platus – nuo nemokamų paskaitų ligoninėse, poliklinikose, kai kuriose savivaldybėse iki mokamų, organizuojamų privačių įstaigų ar organizacijų. Galima pasirinkti mokymus, ugdančius tai, ko labiausiai reikia – tiek pagal laiką, vietą, intensyvumą, temas, tiek pagal kainą ar

rekomendacijas. Seminarų metu suteikiama ne tik teorinių, bet ir praktinių įgūdžių. Internetinių svetainių įvairovė sudaro galimybę savarankiškai mokytis, konsultuotis ir spręsti iškilusias problemas (Sayakhot, Corolan-Olah, 2016). Siūloma naudoti mobiliąsias programėles, kuriose pateikiama naudinga informacija. Mobiliosios programėlės naudojimas gali suteikti galimybę ugdyti įgūdžius, padidintų pasitikėjimą savimi, suteikti žinių, kaip kontroliuoti stresą, formuoti teisingą supratimą apie gimdymą (Dalton ir kt., 2018).

Antenatalinis nėščių moterų mokymas yra efektyvi ugdymo priemonė besilaukiančioms ir pagimdžiusioms moterims. Nėščios moterys ir jų partneriai, kurie lankė antenatalinio ugdymo kursus / mokymus, lengviau suvaldo nerimą gimdymo metu. Tokie mokymai padidina partnerio dalyvavimą gimdyje ir jo įsitraukimą į procesą. Moterys, lankiusios antenatalinio ugdymo užsiėmimus, buvo labiau atsipalaidavusios, laimingos, joms geriau pavyko panaudoti skausmo malšinimo metodus (Ricchi, La Corte, Molinazzi, Neri, 2020). Moterys, gavusios psichoedukacinį akušerio mokymą, rečiau gimdė CPO pagalba bei turėjo mažiau neigiamų gimdymo išpūdžių. Tyrimas patvirtino teigiamą akušerių įtaką teikiant pagalbą moterims, turinčioms didelę gimdymo baimę (Fenwick ir kt., 2015). Moterys, kurios lankė užsiėmimus bei fizines treniruotes, turėjo galimybę pakeisti klaidingus įsitikinimus ir dezinformaciją apie nėštumą bei gimdymą, geriau suprato apie procesą ir jo periodus (Masoumi ir kt., 2016).

1.2. Pasitenkinimą gimdymo procesu lemiantys veiksniai

Vienas Lietuvos sveikatinimo programos tikslų yra užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius (Lietuvos Respublikos seimo nutarimas, 2014).

Moters, nėščiosios ar pagimdžiusios, jos partnerio, šeimos ir jos narių pasitenkinimas teikiamomis perinatalinės pagalbos paslaugomis yra vienas iš svarbiausių sveikatos priežiūros komponentų. Tai – sveikatos sistemos kokybės įvertinimas. Sveikatos priežiūros paslaugos, orientuotos į paslaugos gavėją, pacientą, šiuo atveju moterį – nėščiąją, gimdyvę bei jos partnerį ir šeimą.

Moters ir šeimos pasitenkinimas yra kokybiškų paslaugų indikatorius. Pasitenkinimas gimdymu turi tiesioginį ir ilgalaikį poveikį moters sveikatai, santykiams su vaiku, šeimos nariais ir artimaisiais. Pasak PSO rekomendacijų, norint tai pasiekti, sveikatos priežiūra turi būti saugi, veiksminga, savalaikė, efektyvi, teisinga ir orientuota į žmones (WHO, 2016b). Pasitenkinimas gimdymo paslaugomis gali turėti didelės įtakos moters psichinei sveikatai ir gebėjimui palaikyti ryšį su naujagimiu (Jha, Larsson, Svanberg, 2017).

Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigų kokybės vertinimo sistemomis pradėta domėtis nuo Nepriklausomybės atgavimo. Pirmiausiai buvo akcentuojamas kiekybinis sveikatos priežiūros paslaugų teikimo įvertinimas, o tik vėliau kokybinis. Akušerinių paslaugų vertinimo tyrimus atliko

Bučiušienė (2005), Ivonaitis (2006), Aniulienė (2006), Liepinaitė (2016), Vaškelytė (2018) ir daugelis kitų. Pastebima, kad vertinant sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybę, didelis dėmesys skiriamas paciento nuomonei apie suteiktų paslaugų kokybę.

Motinos pasitenkinimą lemiantys faktoriai apima visus priežiūros aspektus, susijusius su struktūra, procesu ir rezultatais. Konstrukciniai elementai – maloni aplinka, švara ir pakankami žmogiškieji išteklių, medikamentai ir medicinos priemonės. Procesą lemiantys veiksniai – tarpasmeninis elgesys, privatumas, konfidencialumas, operatyvumas, kognityvinė priežiūra, personalo kompetencija ir emocinė parama. Rezultatus atspindi motinos ir naujagimio sveikatos būklė (Srivastava, Avan, 2015).

Motinių pasitenkinimas natūraliu gimdymu bus užtikrintas žinant apie gimdymo procesą, naudojant nemedikamentines skausmo malšinimo technikas, aktyviai dalyvaujant ir palaikant kontrolę gimdymo procese.

Sisteminė pasirengimo gimdymui programa, suteikdama galimybę efektyviau bendrauti su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais ir dalyvauti priimant sprendimus gimdymo metu bei mažindama gimdymo skausmo suvokimą, pagerina pasitenkinimą gimdymo patirtimi (Akca ir kt., 2017).

Sveikatos priežiūros specialistai, dalyvaujantys gimdymo procese, yra pagrindinis veiksnys, lemiantis teigiamą gimdymo patirtį (Menhart, Prosen, 2017).

Moterų gimdymo patirtis gali pagerėti didinant informuotumą, išsklaidant nerimą ir mažinant akušerinių intervencijų skaičių (Lemmens ir kt., 2020).

Neigiamų asmeninių patirčių nėštumo ir gimdymo metu vis dar gausu tiek besivystančiose, tiek išsivysčiusiose šalyse. Moterys ir vaikai yra dvi labiausiai pažeidžiamos grupės, todėl mitų paneigimas ir žalingos praktikos panaikinimas turėtų būti vienas iš sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų prioritetų (Ahmad, Syed Nor, Daud, 2019).

Moterų pasitenkinimas gimdymu yra sudėtinga sąvoka, susijusi moters žiniomis, vertybėmis, lūkesčiais, ankstesne gimdymo patirtimi, emocijomis, asmenybės bruožais, gerbūviu, kultūriniais įsitikinimais.

Pasitenkinimas gimdymu yra sudėtinga koncepcija, turinti keletą dimensijų ir komponentų, todėl vieningo visuotinio sutarimo kas jį sudaro nėra.

Hollins Martin ir Martin nurodo (2014), kad pasitenkinimas gimdymu priklauso nuo gimdymo metu patiriamo streso, asmeninių moters savybių ir teikiamos pagalbos kokybės.

1.2.1. Informuotumas apie gimdymo procesą

PSO rekomendacijose daug dėmesio skiriama paciento ir sveikatos priežiūros specialisto tarpasmeniniams santykiams, kurių metu vyksta abipusis informacijos apsikeitimas. Būtina pagarbi motinystės priežiūra – organizuotas paslaugų teikimas visoms moterims. Pagarbiai elgiantis ir suteikiant pasirinkimo galimybę priimant sprendimus, būtina užtikrinti ir išlaikyti pacientų orumą, privatumą, konfidencialumą, žalos nedarymą (WHO, 2018a).

Pastaraisiais metais Lietuvoje vis daugiau dėmesio skiriama pacientų informuotumo principui. Pacientas įgauna vis didesnes teises iš nėštumą prižiūrinčio gydytojo ar akušerio gauti visą informaciją apie savo ir naujagimio sveikatos būklę, priežiūros eigą ir gydymo metodus.

Nuo pat nėštumo pradžios būtina daug laiko skirti pokalbiams su nėščiąja. Antenatalinės priežiūros tikslas – siekiant optimalios nėštumo baigties rūpintis moters ir vaisiaus sveikata, užtikrinti gerą dvasinę moters savijautą. Antenatalinė priežiūra sumažina nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sergamumą bei mirtingumą (Abraitis ir kt., 2019a).

Gydytojas privalo informuoti pacientą apie galimų sprendimų pasekmes. Pacientas turi teisę sutikti arba nesutikti su bet kokia diagnostikos procedūra ar gydymu. Pacientas turi teisę gauti visą reikalingą informaciją, susijusią su jo sprendimo priėmimo galimybėmis. Pacientas turėtų aiškiai suprasti kiekvienos medicininės apžiūros ar gydymo tikslą, jų rezultatų reikšmę ir atsakymo duoti sutikimą pasekmes (Lietuvos gydytojų sąjunga, 2020).

Informavimo funkcija gydytojo ir / ar akušerio veikloje realizuojama dirbant ne tik su nėščiosiomis, bet ir su jų partneriais ar kitais šeimos nariais.

Nėštumas ir gimdymas yra unikalūs procesai moters gyvenime. Moterų ir jų šeimų lūkesčiai, atsižvelgiant į jų žinias, patirtį, įsitikinimus, kultūrą, socialines ir šeimynines aplinkybes, yra skirtingi. Šie skirtumai turi būti suprantami ir gerbiami, o priežiūra pritaikoma ir organizuojama atsižvelgiant į individualius moterų ir jų šeimų poreikius. Moterų poreikių, vertybių, pageidavimų ir lūkesčių žinojimas natūralaus gimdymo metu padeda akušeriams suteikti aukštos kokybės priežiūros paslaugas (Irvani, Zarean Janghorbani, Bahrami, 2015).

Kokybiška sveikatos priežiūra padeda geriau tenkinti pacientų poreikius bei lūkesčius. Akušeriai turi mokėti padėti pasirėngti gimdymui, motinystei bei tėvystei; konsultuoti ir mokyti nėščiąsias, gimdyves ir jų artimuosius natūralaus maitinimo (žindymo) ir naujagimių priežiūros klausimais; bendrauti su moterimi, jos šeima (LR SAM įsakymas, 2014).

Daugelis nėščiųjų dėl informacijos stokos bijo gimdymo. Nėščiosioms trūksta informacijos apie gimdymo procesą, kyla baimė pakenkti vaisiui. Nesijaučia saugios gydymo įstaigose ir galinčios kontroliuoti situaciją, bijo skausmo gimdymo metu, netinkamo gimdymo namų personalo elgesio ir būsimos motinystės. Tyrimas parodė, kad moterų gimdymo baimė buvo susijusi su nuovargiu, gaunamos pagalbos stoka, stresu ir nerimu (Masoumi ir kt., 2016).

1.2.1.1. Gimdymo planas

Gimdymo planas yra rašytinis dokumentas, kuriame nėščia moteris išdėsto savo norus ir pageidavimus sveikatos priežiūros specialistams. Naudingas pačiai gimdyvei, daro teigiamą įtaką gimdymo procesui ir jo rezultatams (Suárez-Cortés, Armero-Barranco, Martínez-Roche, 2015).

Kiekviena moteris, ruošdamasi gimdymui, sąmoningai ar nesąmoningai, gali pabandyti įsivaizduoti savo gimdymą. Apmąstyti, kaip viskas vyks bei mintimis laukti to momento, taip susikuriant „teigiamą procesą“. Pozityvus nusiteikimas – stiprus elementas sėkmei. Daugelis nėščių moterų visada manė, kad reikia planuoti ir informuoti savo šeimos narius ir sveikatos priežiūros specialistus apie tai, kas joms svarbu, kad galėtų jaustis saugios ir palaikomos gimdymo metu.

Gimdyvei atvykus į gimdymo palatą, akušeris ir / arba akušeris ginekologas, įvertinęs gimdyvės nusiskundimus, anamnezę, nėštumo eigą ir esamą bendrą būklę, po pirminės apžiūros nustato gimdymo planą, gimdymo rizikos laipsnį ir priskiria gimdyvę vienai iš trijų rizikos grupių. Aptariamas ir gimdymo dokumentuose įrašomas individualus gimdymo planas. Gimdymo planas turi būti nuolat vertinamas gimdymo metu ir, pasikeitus situacijai, turi būti pakeistas (PSO, 2014).

Gimdymo plano pradininkės yra P Simkin ir C. Reinke (1980). Jis buvo numatytas siekiant padėti būsimiems tėvams pasiruošti fiziniams ir emociniams gimdymo procesams, iš anksto suplanuoti, kokių veiksmų jie nori ir taip vyks bendravimas su ligoninės personalu. Būsimieji tėvai skatinami paruošti gimdymo planą (Kaufman, 2007).

Akušeris skatina moterį ir jos šeimos narius dalyvauti priimant sprendimus. Vienas iš būdų skatinti paciento įtraukimą gali būti gimdymo planas. Medikai kartu su pacientu turi peržiūrėti gimdymo planą ir visą gimdymo laikotarpį laikyti jį lengvai pasiekiamą. Atsižvelgiant į naujas aplinkybes, planas gali būti koreguojamas. Gimdymo plano pokyčiai dažnai yra neišvengiami gimdymo metu, ypač jei išsivysto komplikacijos. Šis peržiūros ir keitimo procesas užtikrina visišką paciento įsitraukimą į gimdymo procesą (Waller-Wise, 2016).

Aktyvus gimdyvės įtraukimas į gimdymo planavimą ir sprendimų priėmimą yra laikomas teigiamą poveikį turinčia gimdymo priežiūra (Abraitis ir kt., 2019c). Moters pasiruošimas gimdymui turi įtakos gimdymo būdai. Dalyvavimas antenatalinio ugdymo programose ir / arba gimdymo plano sudarymas buvo susijęs su gimdymu natūraliais gimdymo takais. Antenatalinis ugdymas ir gimdymo planas galėtų būti naudojami kaip kokybės gerinimo priemonės, siekiant potencialiai sumažinti cezario pjūvio dažnį (Afshar ir kt., 2017).

Gimdymo planas išlieka aktualus ir svarbi priemonė ruošiantis gimdymui. Gimdymo planai yra mažai vykdomi ir rekomenduojami gimdyvėms. Analizuojant užsienyje atliktų tyrimų rezultatus, nustatyta, jog 66,5 proc. sveikatos priežiūros specialistų neigiamai vertina gimdymo plano sudarymą. 31 proc. apklaustųjų (77 proc. gydytojų ir 33 proc. akušerių) teigia, kad gimdymo planas gali turėti neigiamą įtaką (Afshar, Mei, Gregory, 2019).

1.2.1.2. Gimdymo skausmo valdymas

Vienas iš labiausiai gąsdinančių su gimdymu susijusių reiškinių yra gimdymo skausmas. Skausmo suvokimas yra labai įvairus ir nenuspėjamas. Pirmuoju gimdymo laikotarpiu visceralinį skausmą, kuris yra bukas, maudžiantis ir blogai lokalizuotas, sukelia gimdos susitraukimai ir gimdos kaklelio vėrimasis. Antrojo gimdymo laikotarpio metu stiprėja somatinis skausmas dėl makšties, tarpvietės ir dubens raiščių tempimo. Šis skausmas yra žymiai stipresnis ir gerai lokalizuotas. Tikslus skausmo suvokimo skirtumo mechanizmas nėra visiškai suprantamas, tačiau gali būti nulemtas genetiškai (Sood, A., Sood, N., 2020).

Kiekvienos gimdyvės gimdymo patirtis yra individuali. Dauguma moterų teigia, kad gimdymo skausmas – vienas didžiausių patirtų skausmų, kuriuos jos yra patyrusios per savo gyvenimą. Nepaisant to, kad gimdymo skausmas susijęs su fiziologiniu procesu, ne visoms moterims jis pasireiškia vienodai. Gimdymo skausmas yra sudėtingas ir unikalus patyrimas, todėl jį suvaldyti nėra paprasta (Whitburn, Jones, Small, 2017).

Gimdymo skausmo suvokimui įtakos turi įvairūs žmogiškieji veiksniai. Gimdymo skausmo intensyvumą ir moters reakciją į jį lemia:

- individualios gimdyvės savybės (psichoemocinis pasiruošimas gimdyti, socialinė ir kultūrinė aplinka, gimdyvės informuotumas, bendravimas su medicinos personalu ir kt.);
- gimdymo eigos ypatumai (užsitęsęs gimdymas, medikamentais sužadinta gimdymo veikla, kliniškai siauras dubuo ir kt.);
- gimdymo skausmo malšinimas (Abraitis ir kt., 2019b).

Kultūra, žinios, etninė grupė, amžius, išsilavinimas, socialinė bei ekonominė padėtis gali turėti įtakos požiūriui į gimdymo skausmo malšinimą. Besivystančiose šalyse yra problemų, susijusių su analgezijos supratimu, priimtinumumu ir prieinamumu (Ali, Sultan, Ghouri, 2020). Moterims trūksta žinių apie gimdymo skausmo malšinimą. Dėl nepakankamo gimdymo skausmo malšinimo, daugiau nei pusė Egipte gimdančių moterų ketina pasirinkti cezario pjūvio operaciją (Shaaban, Abbas, Hafiz, 2017).

Moterys jaučiasi nesaugiai, nes nežino, kokį skausmą patirs gimdymo metu ir koks yra skirtingų skausmo malšinimo metodų efektyvumas. Būtina siekti geriau informuoti moteris ir įtraukti jas į diskusijas ir aptarimus (Lally, Thomson, Exley, 2014).

Idealus gimdymo skausmo malšinimas turėtų pasižymėti šiomis savybėmis: saugumu gimdyvei ir vaisiui, pakankamu veiksmingumu atskirais gimdymo laikotarpiais, lengvu valdymu, gimdyvės judėjimo laisvės neribojimu, gimdymo veiklos ir stangų jėgos nesumažinimu bei instrumentinio gimdymo dažnio nedidininimu. Kol kas idealaus gimdymo skausmo malšinimo metodo nėra (Abraitis ir kt., 2019b).

PSO rekomenduoja normalaus gimdymo atveju nevertoti jokių medikamentų. Jei skausmas gimdant yra silpnas ar vidutinis, rekomenduojama taikyti nefarmakologinius skausmo malšinimo būdus. Nefarmakologiniais metodais skausmo plitimas nėra blokuojamas tiesiogiai, bet veikiamas skausmo suvokimas. Visoms gimdyvėms, atsižvelgiant į pageidavimus, turėtų būti pasiūlyti nefarmakologiniai skausmo malšinimo metodai (WHO, 2018a).

Šiuolaikinėms moterims gimdymo metu labai svarbu turėti galimybę savarankiškai apsispręsti ir pasirinkti skausmo malšinimo būdą. Siekiant išvengti neigiamų padarinių pogimdyminiame laikotarpyje, gimdyvė turi gauti objektyvią informaciją, kaip skausmo jautimas ir emocijos veikia skausmo vertinimą ir gimdymo eigą. Antenatalinis ugdymas ir turima informacija sumažina moterų nerimą ligoninėje ir skausmo intensyvumą, epiziotomijos ir skubaus cezario pjūvio operacijos poreikį (Firouzbakht, Nikpour, Didehdar, 2015).

1.2.1.3. Streso valdymo technikos

Gimdymo baimė yra susijusi su daugeliu moters gyvenimo aspektų, tokių kaip jos fizinė ir psichinė sveikata, nėštumo laikotarpiai, gimdymo baigtis ir gyvenimo kokybė, socialinės paramos stoka (Dencker ir kt., 2018).

Tokofobija yra patologinė nėštumo ir gimdymo baimė. Ji gali būti klasifikuojama kaip pirminė ar antrinė. Pirminė būdinga moteriai, kuri neturi ankstesnio nėštumo ar gimdymo patirties. Antrinė atsiranda po ankstesnių trauminių nėštumų ar gimdymų, seksualinės prievartos. Tokofobijai nustatyti naudojami įvairūs klausimynai.

Daugėja įrodymų, kad tokofobija gali turėti trumpalaikį ir ilgalaikį neigiamą poveikį motinai ir kūdikiui. Sisteminės analizės metu nustatyta, kad nėra vieningo tokofobijos apibrėžimo. Vidutinis tokofobijos dažnis 14 proc., palyginti su 8 proc. likusioje Europoje ir 23 proc. Australijoje (O'Connell, Leahy-Warren, Khashan, Kenny, O'Neill, 2017).

Tokofobijos rizikos veiksniai yra nerimas, stresas, seksualinio gyvenimo ypatumai, pasirinkto gimdymo būdo ir mirties baimė (Demšar, Svetina, Globevnik Velikonja, 2018). Lenkijos mokslininkų atliktas tyrimas nustatė, kad tokofobijos atsiradimą lemia pasirengimo gimdymui stoka (Sioma-Markowska, Żur, Skrzypulec-Plinta, Machura, Czajkowska, 2017).

Pastaraisiais dešimtmečiais dramatiškai išaugo intervencijų, atliekamų gimdymo metu. Motinos nerimas gali turėti įtakos gimdymo proceso eigai ir atliekamoms intervencijoms (Koelewijn, Sluijs, Vrijkotte, 2017) bei didinti prieššlaikinio gimdymo riziką (Lilliecreutz, Larén, Josefsson, 2016). Nerimas apsunkina priežiūrą nėštumo metu, gimdymo ir pogimdyminių laikotarpiu. 10 proc. gimdyvių patiria stiprų nerimą, 2,5 proc. – fobiją (Wijma, K., Wijma, B., 2017).

Išsiaiškinus ir nustatčius tokofobijos rizikos veiksnius galima taikyti gydymo metodus. Vieningo gydymo būdo nėra, tačiau pastebėta, kad nefarmakologiniai gydymo būdai turi teigiamos naudos. Psichoedukacija suteikia žinių apie nėštumą ir gimdymą, paruošia gimdymui ir motinystei (O'Connell M. ir kt., 2019).

Daugelyje pasaulio šalių augantis CPO skaičius kelia susirūpinimą didžiausioms motinos ir vaiko sveikata besirūpinančioms organizacijoms: Pasaulio sveikatos organizacijai, Tarptautinei akušerių ginekologų federacijai ir Europos akušerių ginekologų bendrijai.

Vienas iš būdų sumažinti CPO skaičių ir padidinti patenkinimo gimdymu lygį yra įdiegti akušerių priežiūros tęstinumo modelius (Larsson, Karlström, Hildingsson, 2015).

Psichoemocinio streso valdymas mažina CPO skaičių (Feinberg, Roettger, Kan, 2015). Moterims, turėjusioms didelę baimę gimdyti natūraliais takais, mokymus vedė psychologai. Jų pagalba gimdyvėms pavyko suvaldyti baimę ir gimdžiusiųjų natūraliais takais padaugėjo, jos buvo labiau patenkintos gimdymu (Rouhe ir kt., 2012).

Reikėtų sukurti akušerių, akušerių ginekologų ir psichologų bendradarbiavimo komandą, kad būtų užtikrinta tinkama ir efektyvi priežiūra moterims, kurių baimė gimdyti yra didelė arba labai didelė. Kognityvinės terapijos sesijos ir teorija paremtos grupinės psichoedukacinės programos su relaksacija yra efektyvios (Striebich, Mattern, Ayerle, 2018).

1.2.2. Gimdymo aplinka

Moterų poreikiai skirstomi į septynias kategorijas: fiziologinius, psichologinius, informacinius, socialinius, santykių, pagarbos, saugumo ir medicininių intervencijų. Visus vienija esminis poreikis – kontrolės jausmas ir įgalinimas gimdant. Moterų poreikių ir lūkesčių žinojimas natūralaus gimdymo metu padeda sveikatos priežiūros specialistams, ypač akušeriams, suteikti paramą gimdančioms moterims (Iravani, Zarean, Janghorbani, Bahrami, 2015).

Gimdymo metu sveikatos priežiūros specialistui ir pacientui būtina užmegzti glaudžius ryšius, paremtus empatija ir pasitikėjimu vienas kito kompetencija. Akušeris yra mažos rizikos nėštumo ir gimdymo prižiūrėtojas, turintis išreikšti tvirtą emocinę paramą gimdančiai moteriai. Akušeris kompetentingas informuoti, padrašinti, suteikti galimybes priimti sprendimus, pakviesti partnerį dalyvauti komandoje (Karlström, Nystedt, Hildingsson, 2015).

Nūdienos moterys nori jaukesnės, intymesnės, namus primenančios gimdymo aplinkos. Joms yra suteikta apsisprendimo laisvė ir autonomija – jos pačios gali nuspręsti, kur norėtų gimdyti: valstybiniuose, privačiuose gimdymo namuose, o gal pasirinkti gimdymą namuose.

PSO paskelbtose gairėse rekomenduojama saugi aplinka, kompetentingas personalas, dalyvavimas priimant sprendimus ir moters pasirinktas artimas žmogus, kuris suteiktų paramą gimdymo metu (WHO, 2018a). Per pastaruosius du dešimtmečius moterys buvo skatinamos

gimdyti sveikatos priežiūros įstaigose, kad būtų užtikrinta galimybė naudotis kvalifikuotais specialistais, laiku kreiptis į gydytoją, jei iškiltų papildomos priežiūros poreikis.

Lietuvoje normalus gimdymas gali būti prižiūrimas bet kurio lygmens akušerines ir neonatologines paslaugas teikiančiame stacionare (IIA, IIB, III lygio) (Abraitis ir kt., 2019c).

2019 m. sausio 08 d. Lietuvoje įteisintas planuotas gimdymas namuose. Lietuva prisijungė prie Europos šalių, kuriose reglamentuotas gimdymas namuose.

Nėščioji, planuojanti gimdyti namuose, asmens sveikatos priežiūros įstaigai, teikiančiai gimdymo namuose priežiūros paslaugą, pateikia prašymą raštu dėl gimdymo namuose priežiūros paslaugos suteikimo. Gimdymo namuose priežiūros paslauga gali būti teikiama tik nesant didelės rizikos nėštumo veiksnių (LR SAM, 2019).

Pasirinkimo gimdyti namuose pagrindinės priežastys yra ankstesnio gimdymo patirtis, gimdymo kaip natūralaus proceso suvokimas. Taip pat noras išvengti medicininių intervencijų, tokių kaip epidurinis nuskausminimas, tarpvietės kirpimas, oksitocino skyrimas, nuolatinis vaisiaus būklės stebėjimas monitoriumi.

PSO ir Jungtinių Tautų vaikų fondas (UNICEF) 1991 m. Ankaroje įvykusioje konferencijoje paskelbė visuotinę Naujagimiui palankios ligoninės iniciatyvą. Jos tikslas – praktiškai įgyvendinti „10 žingsnių sėkmingo žindymo link“ programą (WHO, UNICEF, 2009). Optimalus rezultatas pasiekiamas taikant visus be išimties 10 žingsnių. Siekiant plėsti naujagimiui palankių ligoninių tinklą Lietuvoje, Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymu (LR SAM, 2013) patvirtinti reikalavimai gimdymo stacionarams. Būtina plėsti Naujagimiams palankių ligoninių, kuriose skatinamas, remiamas ir saugomas kūdikių žindymas, tinklą.

Lygiagretus procesas vyko Jungtinėse Amerikos Valstijose. 1994 m. Čikagoje buvo organizuotas susitikimas ir patvirtinta „Motinai palankios priežiūros iniciatyva“. Jos tikslas – praktiškai įgyvendinti „10 žingsnių motinai palankaus gimdymo link“ programą. Gydytojai užtikrinus šių žingsnių prieinamumą kiekvienai gimdančiai moteriai, ligoninei suteikiamas Motinai palankios ligoninės vardas. Įgyvendinti visus dešimt žingsnių sudėtinga, todėl ligoninių, kuriose ši iniciatyva būtų įdiegta yra nedaug. Nevienodas valstybių ekonominis išsivystymas, skirtingos religijos, tradicijos ir papročiai trukdo šios iniciatyvos plėtojimuisi (Jašinskytė, Tamošiūnaitė, Kačerauskienė, 2016).

Tarptautinė motinos ir kūdikio gimdymo organizacija (IMBCO) ir Tarptautinė ginekologijos ir akušerijos federacija (FIGO) suvienijo jėgas kurdamos bendrą pasaulinę iniciatyvą, kuri teikia gaires ir paramą saugiai ir pagarbiai motinystės priežiūrai. Teikiamų gimdymo priežiūros paslaugų paketas apima naujausius mokslinius įrodymus ir išvalgas, susijusias su motinos, naujagimio ir vaiko sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimu. Tarptautinė gimdymo iniciatyva yra paremta 12-os žingsnių sistema (Lalonde ir kt., 2019).

1.2.2.1. Fizinė aplinka

Fizinė aplinka yra vienas iš veiksnių, turinčių įtakos moterų gimdymo patirčiai. Gimdymo proceso eiga nepasikeitė nuo pat žmogaus egzistavimo pradžios, tačiau labai pasikeitė aplinka, kurioje gimdo šiandieninės moterys. Akušerinę pagalbą teikia valstybinės įstaigos. Valstybinės ligonių kasos sumoka už gimdymą ligoninėje. Tiems, kam itin svarbus komfortas, jauki aplinka ir individuali priežiūra, yra galimybė – gimdyti privačiai. Vienintelė Lietuvoje tokias paslaugas teikia Baltijos Amerikos klinika. Nesvarbu, kur moteris pasirenka gimdyti. Svarbu, kad būtų sudaromos tinkamos sąlygos – privatumas, informacijos teikimas, infekcijos prevencija ir orumas.

Nors dauguma gimdymų vyksta ligoninėse, atsiranda prašymų gimdyti namuose. Gimdymo aplinka gali turėti tiek teigiamą, tiek ir neigiamą įtaką natūraliam gimdymui.

Analizuojant naujausias pasaulio mokslininkų publikacijas ir normalaus gimdymo metodiką (2019) pastebima, kad aplinka, kurioje vyksta gimdymas, turi būti kuo artimesnė namų aplinkai. Gimdymas turi vykti švarioje, bet ne sterilioje aplinkoje. Sterilumas būtinas tik chirurginių intervencijų (tarpvietės kirpimo, siuvimo, vaisiaus vandenų nuleidimo ir pan.) atveju (Abraitis ir kt., 2019c). PSO (2014) akcentuoja, kad turi būti gerbiamas moterų privatumas: skiriamas atskiras gimdymo kambarys, lova, nusukta nuo durų ar langų; užtikrinama, kad bet kokių pašalinių žmonių, pavyzdžiui studentų, buvimas galimas tik su moters sutikimu, o atėję darbuotojai visuomet turi prisistatyti. Turi būti sudaroma motinoms ir naujagimiams patogi aplinka: gimdymo vietoje turėtų būti ne mažiau nei 25°C, patalpa švari, gerai apšviesta ir vėdinama, iš jos pasiekiamas dušas ir tualetas, o motina ir naujagimis galėtų likti kartu.

Akušeris turi gimdyvei atsakyti į klausimus apie gimdymo eigą, įtraukti gimdyvę ir jos artimuosius į sprendimų dėl gimdymo priežiūros priėmimą. Gimdyvė turi būti raginama aktyviai judėti, ieškoti tinkamos kūno padėties, jai turi būti pasiūloma maudytis duše ar vonioje (Abraitis ir kt., 2019c).

Teigiama fizinė ir emocinė aplinka, galimybė būti vertikalioje padėtyje pirmuoju gimdymo laikotarpiu sutrumpina gimdymo laiką, rečiau reikia atlikti CPO, epidurinę analgeziją bei sumažėja sveikatos priežiūros išlaidos (Ayerle ir kt., 2018).

Vizualizacijų kontrolės technika ir aromaterapija gimdymo metu gali turėti teigiamą poveikį. Tai padeda apsaugoti nuo streso, mažina įtampą, nuovargį ir skausmą. Remiantis Aburas ir kt. mokslininkų (2016) atlikto tyrimo rezultatais, vizualizacija – savęs įsivaizdavimas malonioje gamtos vietoje (parke, pievoje ar jūros pakrantėje), arba žiūrėjimas į gamtovaizdį gali sumažinti stresą, nuovargį, skausmą, o gimę naujagimiai turi aukštesnius Apgar skalės įvertinimus (Aburas, Pati, Casanova, Gilinsky Adams, 2016).

Daugelio augalų eteriniai aliejai pasižymi streso ir skausmo mažinimo savybėmis. Naudojant eterinių aliejų garintuvus, kurie skleidžia malonų aromatą, į organizmą eterinių aliejų

komponentai patenka per kvėpavimo takus. Atliekant masažą, eteriniai aliejai įsigeria į kūną per odą. Makvandi ir kt. (2016) nagrinėja aromaterapijos poveikį gimdymo skausmui slopinti. Naudojant levandų aromaterapiją masažui ir inhaliacijomis sumažėja gimdymo skausmas ir nerimas. (Makvandi, Mirteimoori, Najmabadi, Sadeghi, 2016). Tyrimu nustatyta, kad teigiamą poveikį turi levandų, rožių, jazminų, pelargonijų, ramunėlių, pipirmėčių, bosvelijų, gvazdikėlių ir kiti eteriniai aliejai ir jų mišiniai (Tabatabaeichehr, Mortazavi, 2020).

Nauji PSO vadovaujamo tyrimo keturiose šalyse rezultatai rodo, kad daugiau nei trečdalis moterų patyrė netinkamą elgesį gimdydamos gydymo įstaigose. Ganoje, Gvinėjoje, Mianmare ir Nigerijoje atlikti tyrimai parodė, kad moterys rizikuoja patirti fizinę ir žodinę prievartą. Labiausiai rizikuoja jaunesnės, mažiau išsilavinusios moterys (WHO, 2019). Daugelis moterų visame pasaulyje patiria netinkamą elgesį gimdymo metu. Norėdami prisidėti prie pasaulinės įrodymais pagrįstos netinkamo elgesio su moterimis gimdymo metu gydymo įstaigose tipologijos kūrimo, mokslininkai atliko sisteminę apžvalgą. Išvadas suskirstė į septynias sritis: fizinė prievarta, seksualinė prievarta, žodinė prievarta, diskriminacija, profesinių priežiūros standartų nesilaikymas, blogas ryšys tarp moterų ir sveikatos priežiūros specialistų, sveikatos sistemos sąlygos ir apribojimai (Bohren ir kt., 2019).

Jungtinėje Karalystėje ir Airijoje, siekiant išsiaiškinti negalią turinčių moterų orumo ir pagarbos patirtį gimdant, atlikta internetinė apklausa. Moterų orumo ir pagarbos patirtis gimdant atskleidė, kad nemaža dalis moterų mano, kad jų teisės yra nepakankamai gerbiamos, o dėl negalios su jomis buvo elgiamasi mažiau palankiai. Tokiose situacijose būtina sukurti individualią priežiūrą (Hall, Hundley, Collins, Ireland, 2018).

1.2.2.2. Psichosocialinė aplinka

Pagal galiojančius teisės aktus, Lietuvoje mažos rizikos nėštumą ir gimdymą prižiūri akušeris (LR SAM įsakymas, 2014). Iškilus komplikacijoms motinai ar vaisiui, sutrikus gimdymo eigai, gimdymo priežiūrą kartu su akušeriu turi vykdyti budintis gydytojas akušeris ginekologas. Gimdymą prareikęs užbaigti operacija, būtinas budinčio gydytojo anesteziologo reanimatologo dalyvavimas. Naujagimių būklę vertina ir pagalbą teikia akušeris, bendrosios praktikos ir / ar vaikų slaugytojas, gydytojas akušeris ginekologas ar gydytojas neonatologas (LR SAM įsakymas, 2018).

Gimdyvei atvykus į ligoninę, keičiasi psichosocialinė aplinka. Atsiranda nauji ryšiai tarp gimdyvės ↔ gydytojo, gimdyvės ↔ akušerio, gimdyvės ↔ šeimos narių ir šeimos narių ↔ personalo. Gimdyvė turi prisitaikyti prie naujos aplinkos, personalo elgesio, režimo.

Prasidėjus gimdymui nėščioji vadinama gimdyve. Atvykus į ligoninę, gimdyvė išgyvena nerimą, baimę ir susirūpinimą dėl savo ir kūdikio sveikatos.

Palanki psichosocialinė aplinka įtakoja gimdymo procesą, mažina stresą, didina fizines ir psichologines galimybes, prisideda prie pasitenkinimo gimdymu. Norint sukurti palankią psichosocialinę aplinką, svarbu išsiaiškinti, kokie yra vyraujantys stresą sukeliantys veiksniai. Streso veikiami žmonės tampa kategoriški, daug siauriau suvokia aplinką ir viską, kas su jais vyksta konkrečiu metu. Psichologinis stresas pasireiškia neigiamais jausmais – baime, nerimu, nežinia, pykčiu, liūdesiu. Gimdymas yra stresinė situacija moters ir jos šeimos gyvenime. Taip yra vien jau todėl, kad moteris patiria skausmą; patenka į nepažįstamą aplinką; ne visuomet yra pakankamai pasiruošusi psichologiškai ir fiziškai; bijo skausmo; bijo, jog pagimdys nesveiką naujagimį; nežino, kaip elgtis esamoje situacijoje ir negali jos kontroliuoti; turi nepakankamai informacijos ir žinių apie organizme vykstančius gimdymo procesus.

Atlikti moksliniai tyrimai išskiria moterų baimę lemiančius veiksnius. Moterų gimdymo baimę lemia išoriniai veiksniai (nepakankama socialinė parama, nedarbas bei ekonominės ir finansinės problemos) ir vidiniai veiksniai (nerimo sutrikimai, bloga psichinė sveikata, anksčiau patirta seksualinė prievarta ar trauma) (Klabbers, van den Heuvel, van Bakel, Vingerhoets, 2016).

Australijoje atliktas mokslinis tyrimas parodė, kad moterų gimdymo baimę lemia nepasitikėjimas savimi, skausmo baimė, savikontrolės praradimas bei fizinių sužalojimų tikimybė (Fenwick, Toohill, Creedy, Smith, Gamble, 2015).

Nustatyta, kad didesnis patiriamas stresas ir baimė yra tiesiogiai susiję su ankstesne neigiama, traumuojančia gimdymo patirtimi (Sheen, Slade, 2018).

Pasak Wigert ir kt. (2020), moterims, bijančioms gimdymo, reikalinga parama, kuri padėtų spręsti jų problemas, jausmus, išgyvenimus ir lūkesčius dėl nėštumo, gimdymo ir pogimdyminio laikotarpio.

Socialinė aplinka ypač svarbi formuojant moters skausmo patirtį, darant įtaką įspūdžiui apie skausmo aplinkybes. Tokiu būdu ji gali pakeisti skausmo prasmę. Kai moteris skausmą supranta kaip efektyvų ir reikalingą, jį sieja su teigiamais pojūčiais ir emocijomis. Tai padeda joms nusiteikti, kad gali su juo susitvarkyti. Kai moteris skausmą aiškina kaip grėsmingą, jį susieja su neigiamais pojūčiais ir emocijomis. Tokiu atveju jos linkusios manyti, kad reikės pagalbos taikant skausmo kontrolės metodus. Whitburn ir kt. (2017) pastebi, kad socialinė aplinka skatina moteris panaudoti savo vidinius sugebėjimus susitvarkyti su gimdymo skausmu.

Ryšių su gimdyve užmezgimas yra labai svarbus akušerinės priežiūros elementas. Svarbiausia yra abipusis pasitikėjimas vienas kito kompetencija. Akušeris yra aktyvus nėštumo ir gimdymo vadovas, išreiškiantis tvirtą tikėjimą moters galimybėmis pagimdyti. Akušeris privalo informuoti, padrąsinti gimdyves ir pasirūpinti visomis priemonėmis, kurios užtikrina sklandų gimdymą. Karlström ir kt. (2015) pastebi, kad gimdyve labai svarbus komandinis darbas, kai visi kartu dirba siekdami motinos ir vaiko gerovės. Atlikti tyrimai parodė, kad moteris, kurių nėštumai

buvo mažos rizikos, buvo labiau patenkintos gaunamų paslaugų kokybe kai gimdė akušeriniame skyriuje, kuriame dirba ir gimdymus prižiūri tik akušeris, palyginti su gimdymu skyriuje, kuriame dirba gydytojai akušeriai ginekologai (Bernitz, Øian, Sandvik, Blix, 2016; Forster ir kt., 2016).

Galimybė pasirinkti akušerį turi įtakos moterų gimdymo potyriams. Švedijoje atliktas tyrimas parodė, kad moterims, kurios turėjo galimybę pasirinkti jau pažįstamą akušerę, sumažėjo gimdymo baimė, akušerinių intervencijų skaičius ir padidėjo pasitenkinimas gimdymu (Hildingsson, Rubertsson, Karlström, Haines, 2018).

Gimdyvės, kurios sulaukia paramos, jaučiasi saugesnės ir patiria daugiau teigiamų emocijų. Bohren ir kt. (2017) pateikia išvadas, kad nuolatinė parama gerina motinų ir naujagimių adaptaciją. Daugėja normalių gimdymų, trumpėja gimdymo laikas, sumažėja CPO tikimybė, chirurginių intervencijų skaičius, mažėja vaistų nuo skausmo poreikis, naujagimiai gimsta geresnės būklės.

Mokslo įrodymais pagrįsta, kad palanki psichosocialinė aplinka, artimųjų dalyvavimas ir parama gimdyvei turi teigiamą efektą gimdant. Trumpėja gimdymo trukmė, mažėja vaistų nuo skausmo poreikis, chirurginių intervencijų skaičius, naujagimiams rečiau pasireiškia hipoksija, gimdyvė patiria daugiau teigiamų emocijų (Abraitis ir kt., 2019c).

Patariama, kad bent vienas moters pasirinktas artimas žmogus nuolat būtų gimdymo metu, kad jai suteiktų paramą. Hans ir kt. (2018) siūlo, kad jeigu artimieji negali suteikti gimdyvei pagalbos, tą padaryti gali dula. Dula, arba gimdyvės padėjėja, – tai moteris, teikianti nemedicininę pagalbą besilaukiančiai moteriai nėštumo, gimdymo metu ir pogimdyviniu laikotarpiu. Moterims, kuriomis rūpinosi dula, CPO ir prieššlaikinio gimdymo tikimybė buvo mažesnė (Kozhimannil ir kt., 2016). Gimdyti vienai, su dula ar vyru – kiekvienos moters pasirinkimas.

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Šiuo tyrimu buvo siekiama išanalizuoti moterų pasirengimo gimdymui ir pasitenkinimo gimdymu sąsajas. Atsižvelgiant į darbo tikslą bei uždavinius, buvo taikoma mokslinės literatūros analizė bei kiekybinis tyrimo metodas – anketinė apklausa raštu. Tyrimas atliktas 2020 m. liepos–spalio mėnesiais antrinio B lygio įstaigoje, teikiančioje akušerinę pagalbą. Dalyvauti pakviestos pagimdžiusios moterys praėjus 2–4 paroms po gimdymo. Jos turėjo atitikti įtraukimo į tyrimą kriterijus ir buvo įtrauktos tik gavus žodinį sutikimą dalyvauti. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS 26.0 ir Microsoft Excel programinius paketus.

Dėl koronaviruso SARS-CoV-2 sukeltos ligos COVID-19 plitimo kilusi pasaulinė pandemija apsunkino tyrimo eigą (leidimas atlikti tyrimą buvo gautas vėliau, respondentų prieinamumas buvo apsunkintas ir pan.).

2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

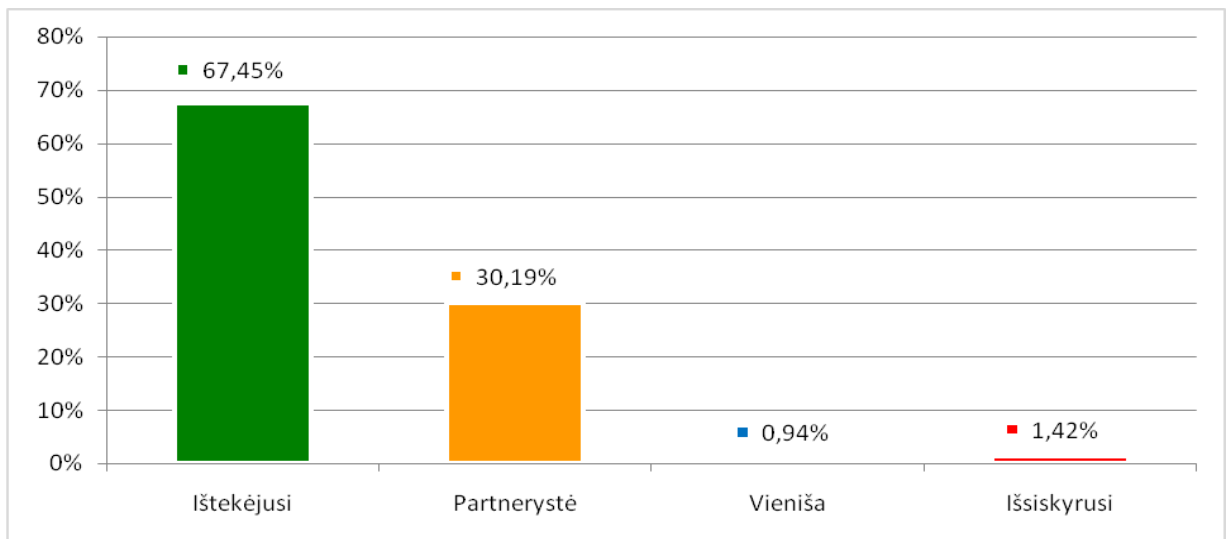
Populiacijai apskaičiuoti buvo imama vienoje Šiaurės Lietuvos antrinio B lygio įstaigoje, teikiančioje akušerinę pagalbą, gimdžiusių moterų statistika. Imties dydis apskaičiuotas remiantis gimdymų skaičiumi per tiriamąjį laikotarpį. Tyrimo laikotarpiu (liepos–spalio mėn.) pasirinktoje Lietuvos ligoninėje gimdė 307 moterys, iš kurių 225 (73,3 proc.) atitiko įtraukimo į tyrimą kriterijus. Atlikus skaičiavimus remiantis Paniotto formule, nustatyta, kad reikia apklausti 173 respondentes. Imties dydis nustatytas atsižvelgiant į populiacijos ir imties paklaidą, esant 95 proc. Per tiriamąjį laikotarpį pateiktos 225 anketos, gražintos 223, iš jų 11 atmesta dėl to, kad buvo nebaigtos pildyti arba duomenys jose pateikti neteisingai. 212 anketų (atsako dažnis 94,2 proc.) buvo pripažintos tinkamai užpildytomis. Tyrimo imtis – 212 respondentų (n=212).

Pagrindiniai neįtraukimo į tyrimą kriterijai, kuriuos pasiūlė Hollins Martin ir Martin (2014), sužinomi iš pokalbio su respondente.

Jeigu nėštumas ir gimdymas atitiko mažos rizikos kriterijus, respondentas užpildė anketą, įdėjo į voką ir paliko išvykdamas į namus.

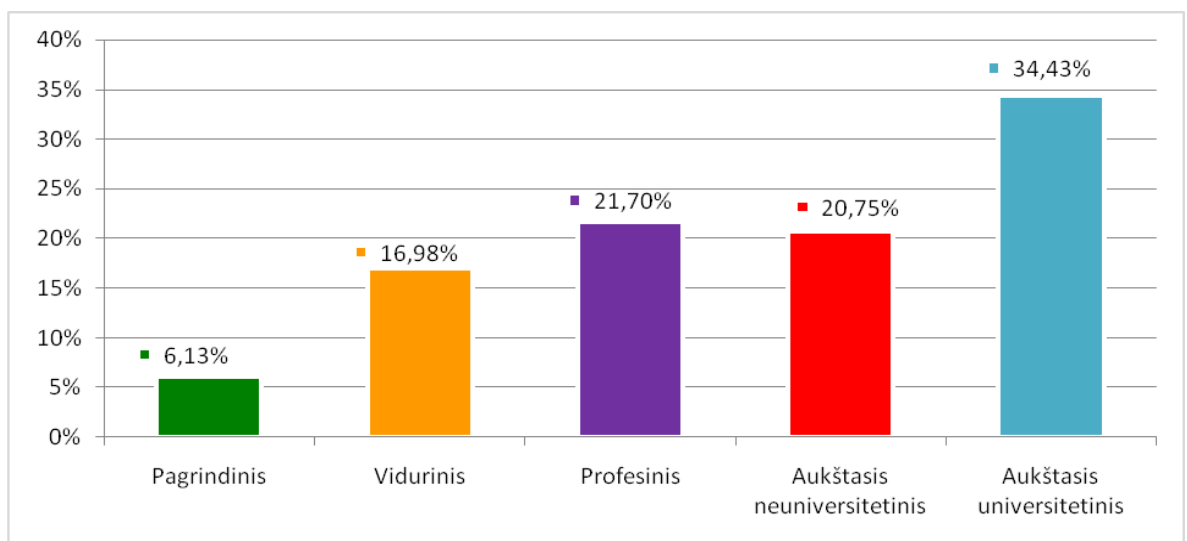
Pirmą savaitę buvo atliktas bandomasis tyrimas, kurio metu stengtasi išsiaiškinti, ar visi anketos klausimai ir pasiūlyti atsakymai respondentams suprantami ir aiškūs. Po savaitės, surinkus anketas, gauti rezultatai buvo analizuojami ir anketa koreguojama – neaiškios sąvokos pakeistos geriau suprantamomis.

Tyrimo dalyvavusių moterų amžiaus vidurkis – 29,75 (standartinis nuokrypis – 4,63), jauniausia gimdyvė buvo 18 metų amžiaus, vyriausia – 43 metų. 67,45 proc. respondenčių buvo ištekėjusios, 30,19 proc. gyveno partnerystėje. Išsiskyrusios moterys sudarė 1,42 proc., vienišos – 0,94 proc. (1 paveikslas).



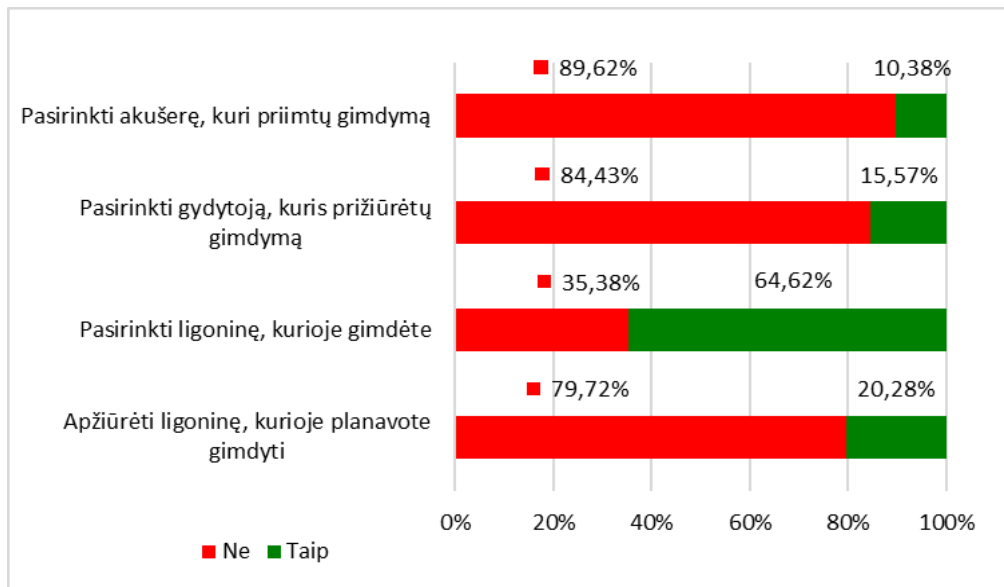
1 paveikslas. Pasiskirstymas pagal šeiminių padėtį

Didžioji dalis, daugiau nei trečdalis (34,34 proc.) respondenčių buvo įgijusios aukštąjį universitetinį išsilavinimą, daugiau nei penktadalis – profesinį (21,70 proc.) ir aukštąjį neuniversitetinį (20,75 proc.). Mažiausiai apklaustųjų pažymėjo įgijusios pagrindinį išsilavinimą (6,13 proc.) (2 paveikslas).



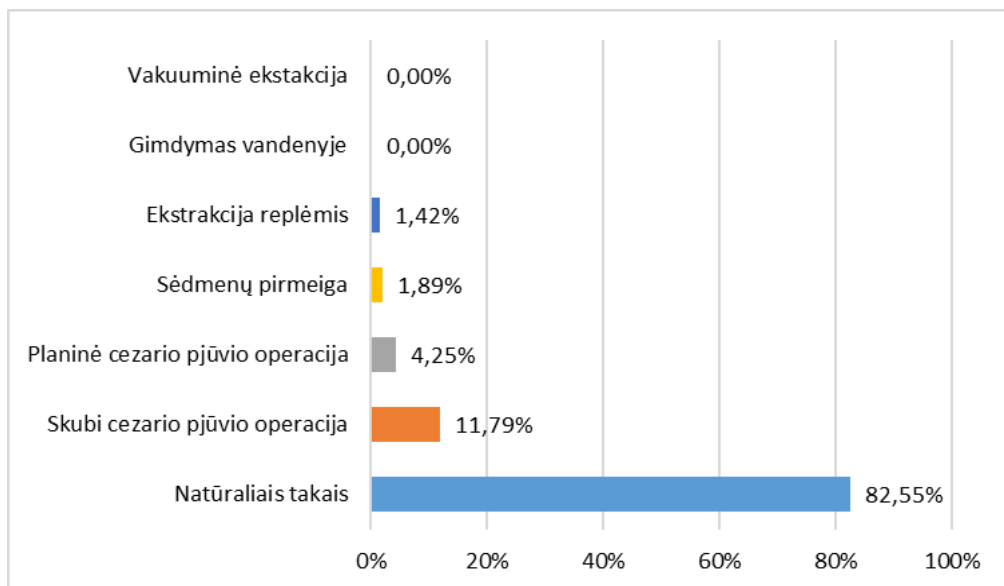
2 paveikslas. Respondentai pagal išsilavinimą

Respondenčių gimdymų vidurkis – 1,87 (standartinis nuokrypis – 0,935). Didžiausias turėtų gimdymų skaičius – 8. Daugiau nei pusės moterų (57,55 proc.) sutuoktinis ar partneris gimdyje nedalyvavo, dalyvavusieji sudarė 42,45 proc. Tik 4,72 proc. gimdyvių pažymėjo, jog gimdyje dalyvavo kitas joms artimas žmogus (mama, sesuo). Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių (64,62 proc.) teigė galėjusios pasirinkti ligoninę, kurioje gimdė. Daugiau nei penktadalis (20,28 proc.) teigė turėjusios galimybę apžiūrėti ligoninę, kurioje planavo gimdyti. Tik 15,57 proc. moterų pažymėjo galėjusios pasirinkti gydytoją, kuris prižiūrėtų gimdymą ir tik 10,38 proc. galėjo pasirinkti akušerę, kuri priimtų gimdymą (3 paveikslas).



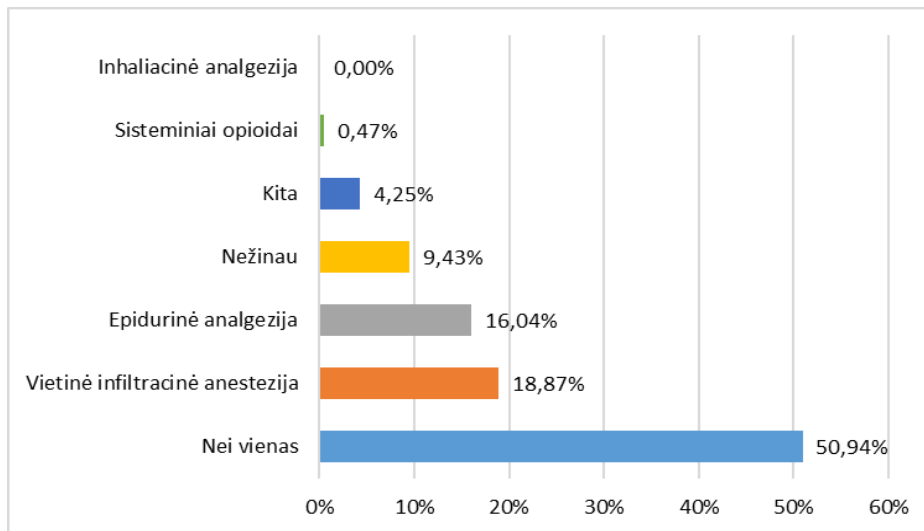
3 paveikslas. Pasiruošimo gimdymui galimybės

Didžioji dalis (82,55 proc.) apklaustųjų gimdė natūraliais takais, 11,79 proc. gimdyvių buvo reikalinga skubi cezario pjūvio operacija, 4,25 proc. moterų buvo atlikta planinė CPO, 1,89 proc. moterų gimdė esant vaisiaus sėdmenų pirmeigai, 1,42 proc. moterų taikytas akušerinių replių naudojimas (4 paveikslas).



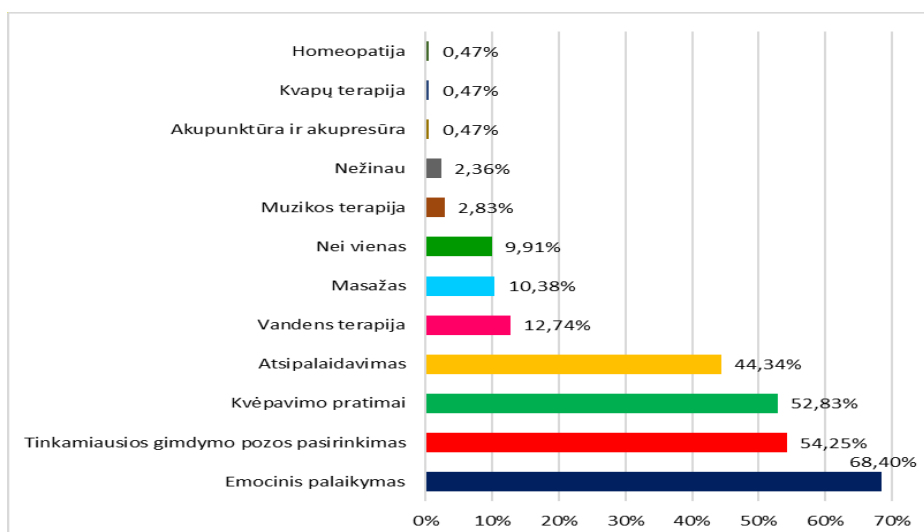
4 paveikslas. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gimdymo būdą

Daugiau nei pusei apklaustųjų (50,94 proc.) nebuvo taikytas medikamentinis gimdymo skausmo malšinimo būdas, beveik penktadaliui (18,87 proc.) respondenčių taikyta vietinė infiltracinė anestezija, 16,04 proc. taikyta epidurinė analgezija (5 paveikslas). 4,25 proc. apklaustųjų pažymėjo atsakymą „kita“ ir nurodė, kad joms buvo naudojamos paprastos nuskausminimo žvakutės, nuskausminamieji, homeopatinės žvakutės, suleista No-spa ar jos vartojo „paprastus vaistus nuo skausmo“.



5 paveikslas. Pasiskirstymas pagal nuskausminimo būdą

Analizuojant, kokie nemedikamentiniai gimdymo skausmo malšinimo metodai buvo naudojami apklausoje dalyvavusioms gimdyvėms, nustatyta, kad dažniausiai tai buvo emocinis artimo žmogaus ar medicinos personalo palaikymas (68,40 proc.), tinkamiausios gimdymo pozos pasirinkimas: judėjimas, vaikščiojimas, dubens siūbavimas, tupėjimas, kelių-alkūnių poza, sėdėjimas ant kamuolio ar specialios kėdutės, (54,25 proc.), kvėpavimo pratimai (52,83 proc.) bei atsipalaidavimas: jauki gimdymo palatos aplinka, paslaugus medicinos personalo elgesys, meditacija (44,34 proc.). Rečiausiai (po 0,47 proc.) taikyta homeopatija, kvapų terapija, akupunktūra bei akupresūra. Išsami gimdyvėms taikytų nemedikamentinių gimdymo skausmo malšinimo metodų analizė pateikiama 6 paveiksle. Respondentės pasidžiaugė: „kadangi operacija vyko paūmėjus COVID-19, artimas žmogus nebuvo įleidžiamas, tad labai jautėsi akušerės palaikymas ir parama“; „Labai šiltas ir malonus akušerės, padėjėjos palaikymas, nuraminimas, bendravimas“.



6 paveikslas. Pasiskirstymas pagal taikytus nemedikamentinius gimdymo skausmo malšinimo metodus

2.1.2. Tyrimo metodai

Mokslinės literatūros analizė. Buvo renkama su darbo tema susijusi informacija, atliekama mokslinių šaltinių analizė ir rašoma ataskaita. Naudojant kompiuterines ir elektronines duomenų bazes, pagal raktinius žodžius: pasiruošimas gimdymui, antenatalinis ugdymas, pasitenkinimas gimdymu, iš mokslinių žurnalų, knygų, teisės aktų, metodikų buvo atrinkti literatūros šaltiniai. Teorinės dalies analizei buvo naudojami straipsniai lietuvių ir anglų kalbomis.

Kiekybinis tyrimas. Tyrimo uždaviniams realizuoti atliktas kiekybinis tyrimas ir taikyta anketinė apklausa (1 priedas).

Duomenų apdorojimui naudoti Microsoft Excel ir SPSS 26.0 programinės įrangos paketai. Pasinaudojant Microsoft Excel, išvestos procentinės reikšmės, jos pavaizduotos grafiškai, nubraižytos lentelės, diagramos. Gautų duomenų įvertinimui ir analizei atlikti naudota aprašomoji statistika, analizuoti aritmetinio vidurkio (M) ir standartinio nuokrypio (SD) duomenys. Naudota kiekybinių kintamųjų tiriančiosios statistikos Explorer procedūra bei Shapiro-Wilk testas duomenų normalumui patikrinti. Skalių vidiniam patikimumui įvertinti naudotas Cronbach's alpha koeficientas. Grupių palyginimui naudota dispersinės analizės ANOVA procedūra bei daugkartinio grupių palyginimo Post Hoc procedūra bei Bonferroni daugialypio palyginimo metodas. Vidurkių palyginimui taikant t kriterijų naudotas Levene's testas. Koreliacinė analizė atlikta taikant Pearson tiesinės ir Spearman ranginės koreliacijos koeficientus.

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Siekiant atskleisti moterų pasirengimo gimdymui ir pasitenkinimo gimdymu sąsajas, tyrimas atliktas taikant anketinės apklausos būdą. Prieš duodama sutikimą, respondentė jai suprantama forma buvo informuota apie tyrimą. Respondentėms apklausos anketas įteikė skyriaus darbuotojai (akušeriai). Klausimyną sudarė penkios dalys. Kiekviena dalis apėmė grupę klausimų, kuriais siekta išsiaiškinti konkrečius faktus.

I dalis. Sociodemografinė padėtis ir galimybės ruošiantis gimdymui. Siekta išsiaiškinti respondentų charakteristikas. Ši dalis, remiantis literatūros duomenimis, buvo sudaryta tyrimo autorės.

II dalis. Gimdymo procesas. Siekta išsiaiškinti gimdymo būdą ir taikytus gimdymo skausmo malšinimo metodus.

III. dalis. Pasiruošimas gimdymui ir motinystei / tėvystei – klausimai, apibūdinantys pasiruošimo gimdymui metodus.

IV dalis. Turima informacija. Siekta išsiaiškinti turimą informaciją apie gimdymą, gimdymo skausmo malšinimą, naujagimį, žindymą ir tėvystę / motinystę.

V dalis. Pasitenkinimas gimdymo procesu. Buvo naudojama pasitenkinimo gimdymu skalė

BSS–R. Buvo gautas raštiškas autorės leidimas naudoti klausimyną šio tyrimo metu (2 priedas). Lietuviška BSS–R klausimyno versija buvo paruošta pagal standartinius, griežtus klausimynų vertimo ir adaptavimo procedūros reikalavimus, verčiant klausimyną iš anglų kalbos į lietuvių ir iš lietuvių kalbos į anglų.

Pasitenkinimas gimdymu skalė. Ją sudaro 10 teiginių, iš kurių 3 skirti pasitenkinimo gimdymo procesu vertinimui. Subskalės pasitenkinimui vertinti: patirtam gimdymo metu stresui (klausimai Nr. 1, 2, 7, 9); asmeninėms moters savybėms (klausimai Nr. 4, 8) ir teikiamos pagalbos kokybei (klausimai Nr. 3, 5, 6, 10). Kiekvienam klausimui priskirti penki atsakymo variantai, atitinkamai vertinami nuo 0 iki 4 balų. Didžiausia Subskalės balų suma – 40 balų. Pasitenkinimas gimdymo procesu vertinamas pagal atitinkamos subskalės rezultatą: 0–16 balų – gimdymo metu patirtas stresas; 0–8 balų – asmeninės moters savybės; 0–16 balų – teikiamos pagalbos kokybė. Respondentėms buvo pateikta penki atsakymo variantai („visiškai sutinku“, „sutinku“, „nei sutinku, nei nesutinku“, „nesutinku“, „visiškai nesutinku“). Žemiausias įvertis buvo 0 („visiškai nesutinku), aukščiausias – 4 („visiškai sutinku“).

Tyrimo analizuotos pasitenkinimo gimdymu skalės vidinis patikimumas vertintas Cronbach`'s alpha koeficientu, kuris yra lygus 0,549.

Klausimyno skalių vidinis patikimumas vertintas Cronbach`'s alpha koeficientu, kurio dydis svyruoja nuo 0,838 iki 0,936. Visos turimos informacijos skalės vidinis patikimumas – 0,947. Kadangi Cronbach`'s alpha koeficientas yra 0,947, galima manyti, kad skalė yra homogeniška ir patikima matavimo priemonė. Kuo Cronbach`'s alpha koeficientas artimesnis vienetui, tuo labiau skalė tinkama tyrimui. Mažiausia tyrimams naudoti tinkama reikšmė turi būti didesnė už 0,5 (Pukėnas, 2005). Taigi, visos skalės tinkamos naudoti tyrime.

1 lentelė. Turimos informacijos skalių vidinis suderinamumas

Skalė	Cronbach`'s α koeficientas	Klausimų skaičius	Galima minimali reikšmė	Galima maksimali reikšmė
Informacija, susijusi su gimdymu	0,873	9	0	36
Informacija, susijusi su gimdymo skausmo malšinimu	0,892	5	0	20
Informacija, susijusi su naujagimiu	0,862	5	0	20
Informacija, susijusi su žindymu	0,838	2	0	8
Informacija, susijusi su tėvyste / motinyste	0,936	8	0	32
Visa turima informacija	0,947	29	0	116

2.1.4. Tyrimo procesas / eiga

Magistro darbas buvo pradėtas vykdyti pagal planą. Visas mokslinio tyrimo procesas vyko keliais etapais:

I etapas. Temos pasirinkimas – 2019 m. rugsėjo–spalio mėn. Tema susijusi su mokslo krypties teorija ir praktika, tarpusavyje jas sieja glaudus ryšys. Konkrečiai apibrėžta mokslinė problema. Suformuluotas darbo tikslas ir jam pasiekti reikalingi uždaviniai. Suformuluota mokslinė hipotezė.

II etapas. Mokslinių šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas – 2019 m. spalio–2020 m. rugsėjo mėn. Šis etapas truko visą tyrimo laiką, pradedant temos pasirinkimu ir hipotezės formulavimu, baigiant tyrimo rezultatų interpretavimu. Daugelį publikacijų, paskelbtų Lietuvos mokslo žurnaluose, teisės aktuose, metodikose, buvo galima rasti internete arba Klaipėdos universiteto bibliotekoje. Naujausių užsienio tyrėjų straipsnių ieškota tarptautinėse duomenų bazėse. Dauguma mokslinių šaltinių yra ne senesni nei penkerių metų.

III etapas. Tyrimo plano rengimas ir instrumento paieška / sudarymas – 2019 m. lapkričio–gruodžio mėn. Šiame etape vyko plano parengimas, formuluojamas tyrimo metodas ir darbų atlikimo eiliškumas. Kiekybinio tyrimo instrumentas (anketa) remiantis teorinėmis koncepcijomis ir lietuviškąja pasitenkinimo gimdymu skalės versija buvo sudarytas darbo autorės.

IV etapas. Tyrimo duomenų rinkimas. Instrumentui patvirtinti gautas KU SvMF Slaugos Etikos komisijos posėdžio pritarimas. Po to kreiptasi į vieną antrinio B lygio įstaigos vadovą ir prašoma leidimo atlikti tyrimą. Gavus leidimą tyrimas atliktas 2020 m. liepos–spalio mėn. antrinio B lygio įstaigoje, teikiančioje akušerinę pagalbą.

V etapas. Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas bei pateikimas – 2020 m. spalio mėn. Atlikta kiekybinė duomenų analizė. Statistinių duomenų apdorojimui ir grafiniam pateikimui buvo naudojami Microsoft Excel ir SPSS 26.0 programiniai paketai. Duomenų analizė paremta procentų, vidurkių, dažnių, korelacijų skaičiavimais, palyginimais bei įvertinimais. Atskiros dalys sujungtos į visumą. Suformuluota nuomonė apie tyrimo rezultatus ir vertingumą.

VI etapas. Tyrimo rezultatų palyginimas – 2020 m. spalio mėn. Gauti rezultatai palyginti su kitų panašių užsienio autorių tyrimų rezultatais.

VII etapas. Išvadų ir rekomendacijų parengimas – 2020 m. spalio–lapkričio mėn. Išanalizavus duomenis suformuluotos išvados ir rekomendacijos.

VIII etapas. Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas – 2020 m. lapkričio–gruodžio mėn. Parengtas pristatymas baigiamojo darbo gynimui.

2.1.5. Tyrimo etika

Išlaikyta pusiausvyra tarp tyrėjo noro gauti objektyvią informaciją ir tiriamojo asmens saugumo. Laikantis etikos principų nebuvo pažeistos klausimyno kūrėjų autorinės teisės, gautas raštiškas jų sutikimas (2 priedas).

Siekiant atlikti literatūros analizę, pasitelkti lietuvių ir užsienio autorių publikuoti moksliniai tyrimai. Publikuoti moksliniai tyrimai yra vieši, todėl atskiro autorių sutikimo pateikiant jų tyrimų rezultatus, apibendrinimus bei išvadas nereikėjo.

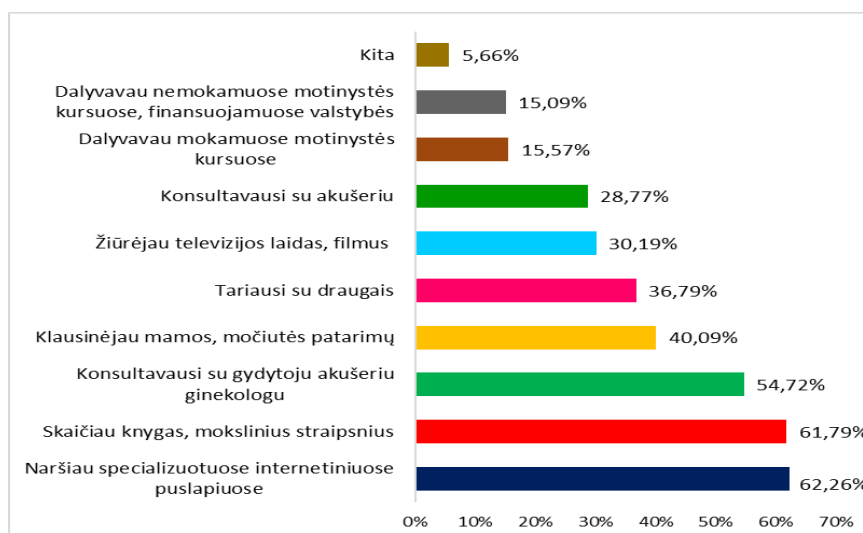
Tyrimo instrumentas patvirtintas KU SvMF Slaugos Etikos komisijos posėdyje ir gautas leidimas pradėti tyrimą. Po to gautas gydymo įstaigos vadovo leidimas atlikti anketinę apklausą. Tyrimas atliktas remiantis etikos principais, nurodytais 1964 m. Helsinkio deklaracijoje, kuri buvo peržiūrėta 1975 m. ir 2000 m. Tyrimo metu buvo vadovaujama pagrindiniais etikos principais: autonomiškumu, privatumu, konfidencialumu ir žalos nedarymu (Mockienė, Drungilienė ir Martinkėnas, 2014).

Respondentai supažindinti su tyrimo tikslu, reikalingumu ir svarbumu, duomenų panaudojimo galimybėmis. Gavus žodinį sutikimą tyrime pakviestos dalyvauti pagimdžiusios moterys. Anonimiškumui užtikrinti anketose nereikėjo nurodyti vardo ir pavardės. Siekiant užtikrinti gautų duomenų konfidencialumą, užpildyta anketa buvo dedama į voką ir metama į anketoms skirtą dėžutę. Tyrimo autorė tiesiogiai apklausoje nedalyvavo, anketas išdalino įstaigos darbuotojai (akušerės).

2.2. Tyrimo rezultatai

2.2.1. Pasirengimas gimdymui

Siekiant išsiaiškinti, kaip tyrime dalyvavusios moterys ruošėsi gimdymui, jų buvo paprašyta pažymėti tinkamus informacijos gavimo būdus iš pasirenkamų variantų ir instrukuota, jog galima rinktis visus tinkamus variantus. Išsami teiginių analizė pavaizduota 7 paveiksle.



7 paveikslas. Informacijos apie gimdymą šaltiniai

Nustatyta, kad didžioji dalis apklaustųjų informacijos apie gimdymą ieškojo naršydamos specializuotuose internetiniuose puslapiuose (62,26 proc.) ir skaitydamos knygas, mokslinius straipsnius (61,79 proc.). Daugiau nei pusė (54,72 proc.) konsultavosi su gydytoju akušeriu ginekologu. Mažiausiai moterų pažymėjo dalyvavimą mokamuose (15,57 proc.) ar valstybės finansuojamuose (15,09 proc.) motinystės kursuose. 2,36 proc. gimdyvių teigė informacijos turėję iš patirties, o 0,94 proc. konsultavosi su neseniai gimdžiusiomis sesėmis.

Tyrimo dalyvės informacijos apie gimdymą dažniausiai ieškojo internete, knygoje, pasitardamos su gydytoju akušeriu ginekologu. Rečiausiai – lankydamos motinystės kursus. Čia kyla klausimai, ar tą lemia nepakankama motinystės kursų pasiūla, ar gimdyvės nelanko jų dėl kitų priežasčių, kurias taip pat būtų vertinga išsiaiškinti.

Siekiant nustatyti, kaip respondentės ruošėsi tėvystei, joms pateikti devyni galimi informacijos apie tėvystę šaltiniai ir paprašyta pažymėti joms tinkamus pasirinkimus. Prieš tai instrukuota, jog galima žymėti visus tinkamus variantus. Gauti rezultatai pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė. Informacija apie pasiruošimą tėvystei

Kaip ruošėtės tėvystei	Procentai
Skaičiau knygas, mokslinius straipsnius	61,79
Naršiau specializuotuose internetiniuose puslapiuose	58,49
Klausinėjau mamos, močiutės patarimų	43,06
Tariausi su draugais	32,55
Žiūrėjau televizijos laidas, filmus	29,25
Konsultavausi su gydytoju akušeriu ginekologu	27,83
Konsultavausi su akušeriu	17,92
Dalyvavau mokamuose motinystės kursuose	14,15
Dalyvavau nemokamuose motinystės kursuose, finansuojamuose valstybės	12,26
Kita	4,25

Kaip matome 2 lentelėje, tiriamosios ruošdamosi tėvystei informacijos dažniausiai gavo skaitydamos knygas, mokslinius straipsnius (61,79 proc.), naršydamos specializuotus internetinius puslapius (58,49 proc.) bei klausinėdamos mamos, močiutės patarimų (43,06 proc.). Rečiausiai informacijos šaltiniais vėlgi buvo mokami (15,15 proc.) ar nemokami (12,26 proc.) motinystės kursai. Atsakymą „Kita“ pažymėjo 4,25 proc. gimdyvių, kurios teigė informaciją gavusios „iš patirties“ (2,36 proc.), kalbėjusios su vyru. Viena apklaustoji parašė „nesiruošiau, tiesiog ilgalaikiai įgūdžiai, tai ką duoda vaiko atėjimas į pasaulį ir jo auginimas nerasi jokioje knygoje, nes kaskart skirtingai“.

Apie tėvystę tyrimo dalyvės sužino skaitydamos knygas, mokslinius straipsnius, naršydamos specializuotus internetinius puslapius bei klausinėdamos mamos, močiutės patarimų, rečiausiai – lankydamos mokamus ar nemokamus, valstybės finansuojamus, motinystės kursus.

Siekiant nustatyti, iš kur gimdyvės gavo kokybiškos informacijos apie gimdymą ir tėvystę, jų paprašyta pažymėti kokybiškos informacijos šaltinius pateiktame sąraše. Pateiktų atsakymų pasiskirstymas pateiktas 3 lentelėje.

3 lentelė. Kokybiškos informacijos apie gimdymą ir tėvystę šaltiniai

Kokybiškos informacijos apie gimdymą ir tėvystę šaltiniai	Procentai
Skaičiau knygas, mokslinius straipsnius	56,87
Konsultavausi su gydytoju akušeriu ginekologu	42,45
Naršiau specializuotuose internetiniuose puslapiuose	41,04
Klausinėjau mamos, močiutės patarimų	31,60
Konsultavausi su akušeriu	23,11
Tariausi su draugais	22,64
Žiūrėjau televizijos laidas, filmus	15,57
Dalyvavau mokamuose motinystės kursuose	13,21
Dalyvavau nemokamuose motinystės kursuose, finansuojamuose valstybės	12,74
Kita	7,10

Analizuojant gautus rezultatus matome, jog daugiau nei pusė (56,87 proc.) apklaustų moterų įvertino kokybišką informaciją gavusios skaitydamos knygas, mokslinius straipsnius. Taip pat moterys dažnai rinkosi teiginius „konsultavausi su gydytoju akušeriu ginekologu“ (42,45 proc.) bei „naršiau specializuotuose internetiniuose puslapiuose“ (41,04 proc.). Ir tik nedidelė dalis apklaustųjų pažymėjo kokybišką informaciją gavusios dalyvaudamos mokamuose (13,21 proc.) ar nemokamuose, valstybės finansuojamuose, motinystės kursuose. 7,10 proc. respondenčių pažymėjo atsakymą „Kita“ ir teigė kokybiškos informacijos gavusios iš ankstesnių gimdymų patirties (4,26 proc.), intuityviai – geriausiai savo vaiką supranta mama, 0,95 proc. tiriamųjų teigė kokybiškos informacijos gavusios iš gimdymo įstaigos darbuotojų (medikų), pateikta informacija buvo tiksli, aiški ir puikiai supranta, 0,95 proc. moterų informaciją gavo iš sesers, kuri neseniai pagimdė ir suteikė daug informacijos, 0,47 proc. teigė studijavusios šią sritį ir tiek pat moterų tarėsi su vyru.

Tyrimo dalyvavusios gimdyvės mano, kad kokybiškiausią informaciją jos gavo skaitydamos knygas, mokslinius straipsnius, pasitardamos su gydytoju akušeriu ginekologu bei naršydamos specializuotuose internetiniuose puslapiuose.

Siekiant nustatyti, kaip gimdyvės vertina savo turimą informaciją, buvo pateikti penki klausimų blokai. Juose pateikta informacija, susijusi su gimdymu, gimdymo skausmo malšinimu, naujagimių, žindymu bei tėvyste / motinystė. Sudaryta bendra turimos informacijos skalė.

Analizuojant, kaip tyrimo dalyvės vertina savo turimą informaciją, susijusią su gimdymu, atlikta atskirų teiginių ir visos skalės aprašomoji analizė, kuri pateikta 4 lentelėje. Teiginių vertinimo vidurkis svyruoja nuo 2,10 iki 3,03.

4 lentelė. Turimos informacijos, susijusios su gimdymu, vertinimas

Informacija	Vidurkis	Standartinis nuokrypis
Koks yra normalus gimdymo procesas	3,03	0,90
Kaip iš anksto pasiruošti gimdymui	2,91	0,86
Ko tikėtis gimdymo metu	2,87	0,88
Savipriežiūra gimdymo metu	2,77	0,90
Vyro / partnerio vaidmuo gimdymo metu	2,82	1,08
Galimos gimdymo komplikacijos	2,51	1,03
Galimos komplikacijos laikotarpiu po gimdymo	2,34	1,06
Gimdymo metu naudojami instrumentai	2,10	1,17
Priežastys cezario pjūvio operacijai	2,40	1,15
Informacija, susijusi su gimdymu	23,76	6,40

Kaip matome 4 lentelėje, tyrimo dalyvės mano, kad daugiausiai informacijos turi apie normalų gimdymo procesą ($M=3,03$, $SD=0,90$), pasiruošimą gimdymo procesui ($M=2,91$, $SD=0,86$) bei ko tikėtis gimdymo metu ($M=2,87$, $SD=0,88$). Gimdyvės vertina, kad mažiausiai informacijos turi apie gimdymo metu naudojamus instrumentus ($M=2,10$, $SD=1,17$) bei galimas komplikacijas laikotarpiu po gimdymo ($M=2,34$, $SD=1,06$).

Tirtos gimdyvės turi informacijos apie normalų gimdymo procesą, pasiruošimą gimdymo procesui bei ko tikėtis gimdymo metu, tačiau stokoja informacijos apie gimdymo metu naudojamus instrumentus bei galimas komplikacijas laikotarpiu po gimdymo.

Visos informacijos, susijusios su gimdymu, vidurkis yra 23,76, standartinis nuokrypis – 6,40. Šios skalės mažiausia galima reikšmė 0, didžiausia – 36. Tad galima teigti, jog apklaustos gimdyvės dažniau turi informacijos, susijusios su gimdymu, nei neturi.

Siekiant nustatyti, kaip apklaustos moterys vertina savo turimą informaciją, susijusią su gimdymo skausmo malšinimu, analizuota jų atskirų teiginių ir visos skalės vertinimas, kuris pateikiamas 5 lentelėje. Teiginių vertinimas svyruoja nuo 2,28 iki 2,83.

5 lentelė. Turimos informacijos, susijusios su gimdymo skausmo malšinimu, vertinimas

Teiginiai	Vidurkis	Standartinis nuokrypis
Skausmo malšinimo metodai	2,68	0,98
Skausmo malšinimo metodų pranašumai	2,40	0,99
Skausmo malšinimo metodų trūkumai	2,32	1,02
Kvėpavimo pratimai	2,83	0,96
Alternatyvūs skausmo malšinimo metodai	2,28	1,12
Informacija, susijusi su gimdymo skausmo malšinimu	12,52	4,25

Apklaustos respondentės mano turinčios daugiausiai informacijos apie kvėpavimo pratimus ($M=2,83$, $SD=0,96$) bei skausmo malšinimo metodus ($M=2,68$, $SD=0,98$), mažiausiai žino apie alternatyvius skausmo malšinimo metodus ($M=2,28$, $SD=1,12$) bei skausmo malšinimo metodų trūkumus ($M=2,32$, $SD=1,02$). Visos informacijos, susijusios su gimdymo skausmo malšinimu, skalės vidutinė reikšmė yra 12,52, standartinis nuokrypis – 4,25. Šios skalės mažiausia galima reikšmė 0, didžiausia – 20, o vidutinė reikšmė, prilyginta vertinimui „nei turiu, nei neturiu“ yra lygi 10. Tad apklaustos gimdyvės informacijos, susijusios su gimdymo skausmo malšinimu, turi kiek daugiau nei skalės vidurkis.

Daugiausiai gimdyvės žino apie skausmo malšinimą kvėpavimo pratimais bei skausmo malšinimo metodus, mažiausiai žino apie alternatyvius skausmo malšinimo metodus bei skausmo malšinimo metodų trūkumus. Tačiau vertinant bendrą turimą informaciją apie gimdymo skausmo malšinimo metodus, galima sakyti, kad gimdyvės jos stokoja.

Siekiant įvertinti apklaustų tyrimo dalyvių turimą informaciją, susijusią su naujagimiu, vertinta atskirų teiginių bei visos skalės statistinė analizė, kuri pateikiama 6 lentelėje. Teiginių vertinimas svyruoja nuo 3,20 iki 2,86.

6 lentelė. Turima informacija, susijusi su naujagimiu

Informacija	Vidurkis	Standartinis nuokrypis
Koks yra normalus pirmasis naujagimio įkvėpimas ir elgesys	2,93	0,91
Ligoninės tvarka (naujagimio apžiūra, lankymo valandos, infekcijos rizika / prevencija)	2,93	0,91
Naujagimio priežiūra	3,17	0,77
Pirmasis psichinis, fizinis ir emocinis kontaktas su naujagimiu	3,20	0,80
Pirmasis apsilankymas vaiko priežiūros klinikoje	2,86	0,97
Informacija, susijusi su naujagimiu	15,13	3,46

Nustatyta, kad apklaustos moterys turi daugiausiai informacijos apie pirmąjį psichinį, fizinį ir emocinį kontaktą su naujagimi (M=3,20, SD=0,80) bei naujagimio priežiūrą (M=3,17, SD=0,77), o mažiausiai informacijos turi apie pirmą apsilankymą vaiko priežiūros klinikoje (M=2,86, SD=0,97). Visos informacijos, susijusios su naujagimi, skalės vertinimo vidurkis – 15,13, standartinis nuokrypis – 3,46. Šios skalės mažiausia galima reikšmė 0, didžiausia – 20, o vidutinė reikšmė lygi 10.

Respondentės turi informacijos apie pirmąjį psichinį, fizinį ir emocinį kontaktą su naujagimi bei naujagimio priežiūrą, bet stokoja informacijos apie pirmą apsilankymą vaiko priežiūros klinikoje. Tačiau vertinant bendrai, informacijos, susijusios su naujagimi, respondentės labiau turi nei neturi.

Siekiant nustatyti, kiek tyrimo dalyvės turi informacijos, susijusios su žindymu, jų paprašyta įvertinti du teiginius. Tyrimo dalyvės teigia žinančios, kokia yra įprasta žindymo procedūra (M=3,12, SD=0,78) ir mažiau informacijos turi apie žindymo problemas ir jų sprendimo būdus (M=2,80, SD=0,93). Bendras informacijos, susijusios su žindymu, skalės vertinimo vidurkis yra 5,92, standartinis nuokrypis – 1,59. Mažiausia skalės reikšmė yra nulis, didžiausia – 8.

Moterys žino apie žindymo procedūrą ir mano turinčios informacijos, susijusios su žindymu.

Siekiant įvertinti gimdyvių turimą informaciją, susijusią su tėvyste / motinyste, jų paprašyta įvertinti teiginius, kurių vertinimo analizė pateikiama 7 lentelėje. Teiginių vertinimo vidurkiai svyruoja nuo 2,67 iki 2,98.

7 lentelė. Informacijos, susijusios su tėvyste / motinyste, vertinimas

Informacija	Vidurkis	Standartinis nuokrypis
Kaip spręsti tylos ir ramybės poreikio problemą	2,67	0,91
Kada, kur ir į ką kreiptis iškilus problemoms	2,86	0,84
Kaip užtikrinti emocinę sveikatą gimus vaikui	2,80	0,88
Kaip dalintis pareigomis tarp tėvų gimus vaikui	2,97	0,83
Kaip palaikyti tarpusavio santykius gimus vaikui	2,98	0,90
Kaip spręsti sekso klausimą po gimdymo	2,83	0,85
Kaip spręsti miego trūkumo problemą	2,73	0,85
Kaip spręsti vaiko verkimo ir rėkimo problemą	2,73	0,92
Informacija, susijusi su tėvyste / motinyste	22,52	5,81

Kaip matome 7 lentelėje, gimdyvės įvertino turinčios daugiausiai informacijos apie tai, kaip dalintis pareigomis tarp tėvų gimus vaikui (M=2,97, SD=0,83) bei kaip palaikyti tarpusavio santykius gimus vaikui (M=2,98, SD=0,90). Mažiausiai jos informuotos apie tylos ir ramybės

poreikio ($M=2,67$, $SD=0,91$), miego trūkumo ($M=2,73$, $SD=0,85$) bei vaiko verkimo ir rėkimo ($M=2,73$, $SD=0,92$) problemų sprendimą. Bendras informacijos, susijusios su tėvyste / motinyste, skalės vertinimo vidurkis yra 22,52, standartinis nuokrypis – 5,82. Mažiausia skalės reikšmė yra nulis, didžiausia – 32, vidurkis – 16.

Tyrime dalyvavusios moterys mano turinčios pakankamai informacijos, susijusios su tėvyste / motinyste. Jos yra informuotos apie tėvų tarpusavio santykių palaikymą bei dalijimąsi pareigomis, tačiau stokoja informacijos, kaip spręsti tylos ir ramybės poreikio, miego trūkumo bei vaiko verkimo ir rėkimo problemas.

Analizuojant atskirų informacijos skalių bei visos turimos informacijos skalės vertinimą, atliktas duomenų palyginimas, kuris pateikiamas 8 lentelėje. Nustatyta, kad vidutinis vertinimas svyruoja nuo 2,50 iki 3,03.

8 lentelė. Turimos informacijos skalių analizė

Informacija	Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė	Skalės vidurkis	Standartinis nuokrypis	Vidutinis vertinimas	Standartinis nuokrypis
Susijusi su gimdymu	0	36	23,76	6,40	2,64	0,71
Susijusi su gimdymo skausmo malšinimu	0	20	12,52	4,25	2,50	0,85
Susijusi su naujagimiu	0	20	15,13	3,46	3,03	0,69
Susijusi su žindymu	0	8	5,92	1,59	2,96	0,80
Susijusi su tėvyste / motinyste	0	32	22,52	5,81	2,82	0,73
Turima informacija	0	116	80,00	17,24	2,76	0,59

Kaip matome 8 lentelėje, apklaustos gimdyvės geriausiai vertina savo turimas žinias, susijusias su naujagimiu ($M=3,03$, $SD=0,69$) bei žindymu ($M=2,96$, $SD=0,80$), o mažiausiai žinių mano turinčios apie skausmo malšinimą ($M=2,50$, $SD=0,85$) ir gimdymą ($M=2,64$, $SD=0,71$). Vertinant visą turimą informaciją matome, kad vertinimo vidurkis nėra aukštas ($M=2,76$, $SD=0,59$).

Tyrimo dalyvės turi informacijos, susijusios su naujagimiu bei žindymu, tačiau stokoja informacijos apie skausmo malšinimą ir gimdymą. Jų turimos informacijos vertinimas tik kiek aukštesnis už vidutinį vertinimą.

Siekiant nustatyti, kaip turimos informacijos kiekis susijęs su apklaustųjų amžiumi ir gimdymų skaičiumi, atlikta koreliacinė analizė taikant Pearson tiesinės koreliacijos koeficientą. Duomenys pateikiami 9 lentelėje.

9 lentelė. Turimos informacijos sąsajos su amžiumi ir gimdymų skaičiumi

Informacija		Amžius	Gimdymų skaičius
Informacija, susijusi su gimdymu	ρ reikšmė	-0,001	-0,017
	p reikšmė	0,983	0,803
Informacija, susijusi su gimdymo skausmo malšinimu	ρ reikšmė	0,064	-0,087
	p reikšmė	0,351	0,209
Informacija, susijusi su naujagimiu	ρ reikšmė	0,032	0,203**
	p reikšmė	0,641	0,003
Informacija, susijusi su žindymu	ρ reikšmė	0,111	0,251**
	p reikšmė	0,107	0,000
Informacija, susijusi su tėvyste / motinyste	ρ reikšmė	0,020	0,128
	p reikšmė	0,771	0,063
Turima informacija	ρ reikšmė	0,045	0,072
	p reikšmė	0,516	0,302

Bendrai visa turima informacija nėra susijusi su apklausoje dalyvavusių moterų amžiumi. Silpnais, tačiau statistiškai reikšmingais ($p < 0,05$) ryšiais su gimdymų skaičiumi yra susijusi turima informacija apie naujagimį ($r = 0,203$, $p = 0,003$) ir žindymą ($r = 0,251$, $p = 0,000$).

Gimdymų skaičius didina informacijos kiekį, susijusį su naujagimiu bei žindymu. Kita turima informacija nei su gimdyvių amžiumi, nei su gimdymų skaičiumi nesusijusi.

2.2.2. Pasitenkinimas gimdymo procesu

Siekiant išsiaiškinti gimdymo metu patirtą stresą, teikiamos pagalbos kokybę ir asmenines moters savybes, tyrime buvo naudota BSS–R skalė, kuri sudaryta iš trijų subskalių: gimdymo metu patirto streso, asmeninių moterų savybių, teikiamos pagalbos kokybės. Duomenims analizuoti naudota aprašomoji statistika, kurios rezultatai pateikiami 10 lentelėje.

10 lentelė. Pasitenkinimo gimdymo procesu skalės ir subskalių vertinimas

	Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė	Vidutinė reikšmė	Standartinis nuokrypis
Gimdymo metu patirtas stresas	1	16	8,30	2,87
Asmeninės moterų savybės	0	8	3,59	2,05
Teikiamos pagalbos kokybė	0	16	13,25	2,45
Pasitenkinimas gimdymo procesu	9	40	25,14	5,00

Analizė atskleidė, kad apklaustų moterų gimdymo metu patirtas stresas buvo kiek aukštesnis ($M = 8,30$) už galima vidutinį įvertį (8). Asmeninių moterų savybių skalė vertinama kiek žemiau (3,59) už galima vidutinį įvertį (4). Teikiamos pagalbos kokybės skalė įvertinta gana aukštu (13,25) vidutiniu įverčiu, kai jos vidutinė reikšmė būtų 8. Bendras pasitenkinimo gimdymu skalės įvertis tyrimo imtyje yra 25,14, kai statistinė vidutinė skalės vertė būtų 20.

Apklaustų gimdyvių pasitenkinimas gimdymu aukštesnis nei vidutinis, moterys patyrė kiek aukštesnį nei vidutinį stresą, teigiamai vertino teikiamos pagalbos kokybę, o jų asmeninės savybės pasitenkinimui gimdymu nebuvo labai reikšmingos.

Siekiant nustatyti, kaip skiriasi gimdyvių pasitenkinimas gimdymo procesu priklausomai nuo jų galimybių pasiruošti gimdymui, buvo atliktas vidurkių palyginimas Levene's testu taikant t kriterijų (5 priedas).

Duomenų analizė atskleidė, jog statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti tarp gimdyvių, kurios turėjo galimybę apžiūrėti ligoninę, kurioje planavo gimdymą ($M=14,09$, $p=0,011$) bei pasirinkti ligoninę, kurioje gimdė ($M=13,58$, $p=0,007$). Jos buvo labiau patenkintos teikiamos pagalbos kokybe. Daugiau statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Tad galima daryti prielaidą, kad tyrimo imtyje galimybės apžiūrėti bei pasirinkti ligoninę, kurioje planuojamas gimdymas, didina pasitenkinimą teikiamos pagalbos kokybe.

Norint nustatyti, kaip skiriasi pasitenkinimas gimdymo procesu pagal gimdymo būdą, atliktas vidurkių palyginimas Levene's testu taikant t kriterijų (6 priedas). Nustatytas vienas statistiškai reikšmingas ($p=0,05$) skirtumas: gimdymas natūraliais takais ir gimdymo metu patirtas stresas. Tad galima teigti, jo natūraliais takais gimdžiusios moterys gimdymo metu palankiau vertino patiriamą stresą.

Siekiant nustatyti, kaip skiriasi moterų pasitenkinimas gimdymo procesu pagal taikytą medikamentinį skausmo malšinimo būdą, atliktas vidurkių palyginimas Levene's testu taikant t kriterijų (7 priedas). Moterys, kurioms nebuvo taikytas medikamentinis skausmo malšinimo būdas, palankiau vertino stresą gimdymo metu ($M=8,71$, $p=0,031$), jų bendras pasitenkinimo gimdymo procesu įvertis statistiškai reikšmingai ($M=25,82$, $p=0,043$) skyrėsi ir buvo didesnis nei tų moterų, kurioms buvo taikytas medikamentinis skausmo malšinimo būdas. Daugiau statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Tad galima daryti prielaidą, jog netaikant medikamentinio skausmo malšinimo palankiau toleruojamas gimdymo metu patiriamas stresas ir bendras pasitenkinimas gimdymo procesu yra didesnis.

Analizuojant, kaip skiriasi respondenčių pasitenkinimas gimdymo procesu pagal taikytą nemedikamentinį skausmo malšinimo būdą, atliktas vidurkių palyginimas Levene's testu taikant t kriterijų. Nustatyta, kad statistiškai reikšmingai skiriasi moterų, kurioms gimdymo metu buvo taikytas atsipalaidavimas, patirtas stresas ($M=8,81$, $p=0,020$), pasitenkinimas teikiamos pagalbos kokybe ($M=13,65$, $p=0,034$), jų bendras pasitenkinimas gimdymo procesu yra didesnis ($M=26,16$, $p=0,008$). Gimdyvių, kurioms nebuvo taikytas nemedikamentinis skausmo malšinimo būdas, gimdymo metu patirto streso vertinimas statistiškai reikšmingai skiriasi ($M=9,52$, $p=0,039$), asmeninių moterų savybių ($M=4,43$, $p=0,050$), jų bendro pasitenkinimas gimdymo procesu įvertis didesnis ($M=27,81$, $p<0,010$). Tyrimo dalyvių, kurios nežino, koks nemedikamentinis skausmo

malšinimo būdas joms buvo taikytas, pasitenkinimo gimdymo procesu įvertis mažesnis ($M=22,80$, $p<0,003$). Daugiau statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta.

Pasitenkinimą gimdymo procesu didina atsipalaidavimas bei informuotumas apie taikomus nemedikamentinius skausmo malšinimo būdus. Atsipalaidavimas taip pat didina ir pasitenkinimą teikiamos pagalbos kokybe.

Siekiant nustatyti, ar skiriasi apklaustųjų pasitenkinimo gimdymo procesu vertinimas pagal kokybiškos informacijos apie gimdymą / motinystę gavimo šaltinį, atliktas vidurkių palyginimas Levene's testu taikant t kriterijų (9 priedas). Analizė atkleidė, kad apklaustų moterų pasitenkinimas gimdymo procesu skirtumas statistiškai reikšmingai ($p<0,05$) skiriasi ir yra didesnis, kai jos kokybišką informaciją apie tėvystę / motinystę gavo dalyvaudamos nemokamuose (valstybės finansuojamuose) motinystės kursuose ($M=26,93$, $p<0,0047$) arba konsultuodamosi su gydytoju akušeriu ginekologu ($M=26,07$), $p<0,020$). Konsultacijos su gydytoju akušeriu ginekologu taip pat didina ir pasitenkinimą teikiamos pagalbos kokybe ($M=13,76$), $p<0,009$). Daugiau statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Tad galima daryti prielaidą, kad apklaustų moterų pasitenkinimas gimdymo procesu didesnis, kai jos gauna informaciją dalyvaudamos motinystės kursuose arba pasikonsultavusios su gydytoju akušeriu ginekologu. Konsultacijos su gydytoju akušeriu ginekologu didina ir jų pasitenkinimą teikiamos pagalbos kokybe.

Siekiant nustatyti, kaip siejasi apklaustų gimdyvių pasitenkinimas gimdymo procesu su turima informacija, atlikta koreliacinė analizė taikant Pearson tiesinės koreliacijos koeficientą. Duomenys pateikiami 11 lentelėje.

11 lentelė. Pasitenkinimo gimdymu ir turimos informacijos sąsajos

Pasitenkinimas gimdymu		Gimdymo metu patirtas stresas	Asmeninės moterų savybės	Teikiamos pagalbos kokybė	Pasitenkinimas gimdymo procesu
Informacija					
Susijusi su gimdymu	ρ reikšmė	0,218**	0,051	0,118	0,204**
	p reikšmė	0,001	0,461	0,087	0,003
Susijusi su gimdymo skausmo malšinimu	ρ reikšmė	0,119	-0,026	0,150*	0,131
	p reikšmė	0,084	0,703	0,029	0,057
Susijusi su naujagimiu	ρ reikšmė	0,263**	-0,018	0,297**	0,288**
	p reikšmė	0,000	0,798	0,000	0,000
Susijusi su žindymu	ρ reikšmė	0,221**	-0,039	0,219**	0,218**
	p reikšmė	0,001	0,573	0,001	0,001
Susijusi su tėvyste / motinyste	ρ reikšmė	0,203**	-0,092	0,213**	0,183**
	p reikšmė	0,003	0,184	0,002	0,008
Turima informacija	ρ reikšmė	0,249**	-0,016	0,244**	0,256**
	p reikšmė	0,000	0,821	0,000	0,000

Nustatyta, kad gimdymo metu patirto streso vertinimas silpnais, teigiamais, statistiškai reikšmingais ryšiais susijęs su turima informacija, susijusia su gimdymu ($\rho=0,218$, $p=0,001$), naujagimiu ($\rho=0,263$, $p=0,000$), žindymu ($\rho=0,221$, $p=0,001$), tėvyste / motinyste ($\rho=0,203$,

$p=0,003$). Silpnos, teigiamos, statistiškai reikšmingos sąsajos tarp bendros turimos informacijos skalės su patirto streso gimdymo metu ($p=0,249$, $p=0,000$). Tad galima teigti, jog gimdyvės, turėjusios daugiau informacijos, susijusios su gimdymu, naujagimiu, žindymu ir tėvyste / motinyste, palankiau vertino gimdymo metu patiriamą stresą.

Analizuojant respondenčių teikiamos pagalbos kokybės vertinimo sąsajas su turima informacija, nustatyti silpni, teigiami, tačiau statistiškai reikšmingi ryšiai su informacija, susijusia su gimdymo skausmo malšinimu ($p=0,150$, $p=0,029$), naujagimiu ($p=0,297$, $p=0,000$), žindymu ($p=0,219$, $p=0,001$), tėvyste / motinyste ($p=0,213$, $p=0,002$) bei bendra turimos informacijos skale ($p=0,244$, $p=0,000$). Galima daryti prielaidą, jog kuo daugiau informacijos gimdyvės turi, tuo labiau jos patenkintos teikiamos pagalbos kokybe.

Taip pat nustatyta, kad bendros pasitenkinimo gimdymu procesu skalės vertinimas silpnais, teigiamais, statistiškai reikšmingais ryšiais susijęs su turima informacija, susijusia su gimdymu ($p=0,204$, $p=0,003$), naujagimiu ($p=0,288$, $p=0,000$), žindymu ($p=0,218$, $p=0,001$), tėvyste / motinyste ($p=0,183$, $p=0,008$) bei su visa turimos informacijos skale ($p=0,256$, $p=0,000$).

Turinčios daugiau informacijos, moterys jaučia didesnę pasitenkinimą gimdymo procesu ir atvirkščiai, turimos informacijos stoka riboja pasitenkinimą gimdymo procesu.

2.2.3. Pasitenkinimo gimdymu sąsajos su sociodemografinėmis tiriamųjų charakteristikomis

Siekiant nustatyti, kaip turima informacija susijusi su gimdyvių išsilavinimu, atlikta koreliacinė analizė taikant Spearman ranginės koreliacijos koeficientą. Analizė pateikiama 12 lentelėje.

12 lentelė. Turimos informacijos sąsajos su išsilavinimu

Skalės		Išsilavinimas
Informacija, susijusi su gimdymu	r reikšmė	0,143*
	p reikšmė	0,038
Informacija, susijusi su gimdymo skausmo malšinimu	r reikšmė	0,192**
	p reikšmė	0,005
Informacija, susijusi su naujagimiu	r reikšmė	-0,013
	p reikšmė	0,847
Informacija, susijusi su žindymu	r reikšmė	-0,016
	p reikšmė	0,812
Informacija, susijusi su tėvyste / motinyste	r reikšmė	-0,004
	p reikšmė	0,958
Turima informacija	r reikšmė	0,114
	p reikšmė	0,099

Nustatytos teigiamos, silpnos, statistiškai reikšmingos ($p < 0,05$) išsilavinimo sąsajos tarp informacijos, susijusios su gimdymu ($\rho = 0,143$, $p = 0,038$) ir su gimdymo skausmo malšinimu ($\rho = 0,192$, $p = 0,005$). Tarp kitų informacijos skalių statistiškai reikšmingų sąsajų nerasta.

Igijusios aukštesnį išsilavinimą, moterys turi daugiau informacijos apie gimdymą ir skausmo malšinimą.

Siekiant nustatyti, kaip turima informacija skiriasi pagal apklaustųjų dalyvių įgyto išsilavinimo grupes, atliktas vidurkių palyginimas ANOVA procedūra (13 lentelė).

13 lentelė. Turimos informacijos palyginimas pagal išsilavinimą

		Kvadratų suma	Kvadratų vidurkis	F	p reikšmė
Informacija, susijusi su gimdymu	Tarp grupių	270,68	67,669	1,671	0,158
	Grupėje	8382,05	40,493		
Informacija susijusi su gimdymo skausmo malšinimu	Tarp grupių	255,21	63,802	3,723	0,006
	Grupėje	3547,72	17,139		
Informacija, susijusi su naujagimiu	Tarp grupių	45,84	11,460	0,959	0,431
	Grupėje	2462,45	11,954		
Informacija, susijusi su žindymu	Tarp grupių	22,93	5,733	2,314	0,059
	Grupėje	512,71	2,477		
Informacija, susijusi su tėvyste / motinyste	Tarp grupių	75,18	18,796	0,553	0,697
	Grupėje	7001,47	33,988		
Turima informacija	Tarp grupių	1865,73	466,433	1,587	0,179
	Grupėje	60245,26	293,879		

Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p = 0,006$) vertinant informaciją, susijusią su gimdymo skausmo malšinimu. Tarp kitų informacijos skalių statistiškai reikšmingų sąsajų nenustatyta. Siekiant nustatyti, tarp kurių grupių informacija, susijusi su gimdymo skausmo malšinimu, skiriasi, atliktas palyginimas taikant Post Hoc testą bei Bonferroni kriterijų. Rezultatai pateikiami 14 lentelėje.

14 lentelė. Informacijos, susijusios su gimdymo skausmo malšinimu, palyginimas pagal išsilavinimą

Išsilavinimas		Vidurkių skirtumas	p reikšmė
Pagrindinis	Vidurinis	0,607	1,000
	Profesinis	-0,485	1,000
	Aukštasis neuniversitetinis	-2,456	0,616
	Aukštasis universitetinis	-1,807	1,000
Vidurinis	Pagrindinis	-0,607	1,000
	Profesinis	-1,092	1,000
	Aukštasis neuniversitetinis	-3,063*	0,012
	Aukštasis universitetinis	-2,414*	0,046

Profesinis	Pagrindinis	0,485	1,000
	Vidurinis	1,092	1,000
	Aukštasis neuniversitetinis	-1,971	0,250
	Aukštasis universitetinis	-1,322	0,913
Aukštasis neuniversitetinis	Pagrindinis	2,456	0,616
	Vidurinis	3,063*	0,012
	Profesinis	1,971	0,250
	Aukštasis universitetinis	0,649	1,000
Aukštasis universitetinis	Pagrindinis	1,807	1,000
	Vidurinis	2,414*	0,046
	Profesinis	1,322	0,913
	Aukštasis neuniversitetinis	-0,649	1,000

Kaip matome 14 lentelėje, statistiškai reikšmingai skiriasi vidurinį išsilavinimą įgijusių moterų ir aukštąjį neuniversitetinį (vidurkių skirtumas=-3,063, $p=0,012$) bei aukštąjį universitetinį (vidurkių skirtumas=-2,414, $p=0,046$) išsilavinimą įgijusių moterų turima informacija, susijusi su gimdymo skausmo malšinimu.

Tad galima teigti, jog apklaustos gimdyvės, įgijusios aukštąjį universitetinį ar neuniversitetinį išsilavinimą, turi daugiau informacijos, susijusios su skausmo malšinimu, nei turinčios vidurinį išsilavinimą.

Siekiant nustatyti, kaip pasitenkinimas gimdymo procesu siejasi su respondenčių amžiumi bei gimdymų skaičiumi, atlikta koreliacinė analizė, taikant tiesinės koreliacijos koeficientą Pearson. Nustatytos silpnos, teigiamos, tačiau statistiškai reikšmingos ($p<0,05$) sąsajos tarp gimdymo metu patirto streso subskalės ($r=0,209$, $p=0,002$) bei visos pasitenkinimo gimdymo procesu skalės ($r=0,186$, $p=0,006$) ir gimdymų skaičiaus (žr. 15 lentelė). Taip pat rastos silpnos, teigiamos, statistiškai reikšmingos sąsajos tarp apklaustų moterų gimdymo metu patirto streso bei gimdyvių amžiaus ($r=0,145$, $p=0,035$).

15 lentelė. Pasitenkinimo gimdymo procesu sąsajos su dalyvių amžiumi bei gimdymų skaičiumi

Subskalės	Reikšmė	Amžius	Gimdymų skaičius
Gimdymo metu patirtas stresas	ρ reikšmė	0,145*	0,209**
	p reikšmė	0,035	0,002
Asmeninės moterų savybės	ρ reikšmė	0,018	0,011
	p reikšmė	0,789	0,868
Teikiamos pagalbos kokybė	ρ reikšmė	0,075	0,126
	p reikšmė	0,279	0,066
Pasitenkinimas gimdymo procesu	ρ reikšmė	0,127	0,186**
	p reikšmė	0,065	0,006

Galima daryti prielaidą, jog apklaustų moterų imtyje dažnesnis gimdymas didina toleranciją gimdymo metu patiriamam stresui, taip pat didėja ir pasitenkinimas gimdymo procesu. Gimdyvių amžiui didėjant, mažėja gimdymo metu patiriamas stresas ir atvirkščiai, amžiui mažėjant, patiriamo streso kiekis didėja.

Siekiant išsiaiškinti, kaip pasitenkinimas gimdymo procesu siejasi su respondenčių išsilavinimu, atlikta koreliacinė analizė, taikant Spearman ranginės koreliacijos koeficientą. Analizė pateikiama 16 lentelėje.

16 lentelė. Pasitenkinimo gimdymo procesu bei išsilavinimo sąsajos

Subskalės	Reikšmė	Išsilavinimas
Gimdymo metu patirtas stresas	r reikšmė	0,006
	p reikšmė	0,936
Asmeninės moterų savybės	r reikšmė	0,064
	p reikšmė	0,354
Teikiamos pagalbos kokybė	r reikšmė	-0,009
	p reikšmė	0,898
Pasitenkinimas gimdymo procesu	r reikšmė	0,058
	p reikšmė	0,397

Statistiškai reikšmingų ($p < 0,05$) sąsajų tarp apklaustųjų išsilavinimo ir pasitenkinimo gimdymo procesu bei atskiromis subskalėmis nerasta. Tad galima teigti, kad gimdyvių pasitenkinimas gimdymo procesu su jų išsilavinimu nesusijęs.

Siekiant išsiaiškinti, kaip pasitenkinimas gimdymo procesu susijęs su gimdyvių šeimine padėtimi, atliktas vidurkių palyginimas ANOVA procedūra, taikant Post Hoc testą bei Bonferroni kriterijų. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių (17 lentelė).

17 lentelė. Pasitenkinimo gimdymo procesu skirtumai pagal šeimines padėtis

Subskalės		Kvadratų suma	Kvadratų vidurkis	F reikšmė	p reikšmė
Gimdymo metu patirtas stresas	tarp grupių	33,82	11,272	1,379	0,250
	grupėje	1700,46	8,175		
Asmeninės moterų savybės	tarp grupių	54,35	18,117	4,514	0,004
	grupėje	834,76	4,013		
Teikiamos pagalbos kokybė	tarp grupių	85,89	28,629	5,064	0,002
	grupėje	1175,86	5,653		
Pasitenkinimas gimdymo procesu	tarp grupių	68,82	22,940	0,916	0,434
	grupėje	5210,93	25,053		

Nustatyta, kad pagal šeimines padėtis statistiškai reikšmingai skiriasi vertinimai asmeninių moterų savybių ($p = 0,004$) ir teikiamos pagalbos kokybės ($p = 0,002$) skalėse. Siekiant nustatyti, tarp kurių grupių šis skirtumas statistiškai reikšmingai skiriasi, atliktas vidurkių palyginimas ANOVA procedūra, taikant Post Hoc testą bei Bonferroni kriterijų (18 lentelė).

18 lentelė. Pasitenkinimo gimdymo procesu skirtumai pagal šeiminę padėtį. Bonferroni kriterijus

Šeiminė padėtis		Asmeninės moterų savybės		Teikiamos pagalbos kokybė	
		Vidurkių skirtumas	p reikšmė	Vidurkių skirtumas	p reikšmė
Ištekėjusi	Partnerystė	0,303	1,000	-0,210	1,000
	Vieniša	-1,885	1,000	-0,241	1,000
	Išsiskyrusi	-3,718*	0,010	5,259*	0,001
Partnerystė	Ištekėjusi	-0,303	1,000	0,210	1,000
	Vieniša	-2,188	0,779	-0,031	1,000
	Išsiskyrusi	-4,021*	0,005	5,469*	0,001
Vieniša	Ištekėjusi	1,885	1,000	0,241	1,000
	Partnerystė	2,188	0,779	0,031	1,000
	Išsiskyrusi	-1,833	1,000	5,500	0,072
Išsiskyrusi	Ištekėjusi	3,718*	0,010	-5,259*	0,001
	Partnerystė	4,021*	0,005	-5,469*	0,001
	Vieniša	1,83333	1,000	-5,500	0,072

Nustatyta, kad išsiskyrusioms gimdyvėms labiau nei ištekėjusioms ar gyvenančioms partnerystėje pasireiškia asmeninės savybės. Jos taip pat mažiau nei ištekėjusios ar gyvenančios partnerystėje patenkintos teikiamų paslaugų kokybe.

Siekiant nustatyti, kaip pasitenkinimas gimdymo procesu susijęs su partnerio dalyvavimu gimdymo procese, atliktas vidurkių palyginimas Levene's testu taikant t kriterijų. Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta, nes p reikšmė visur didesnė nei 0,05 (19 lentelė).

19 lentelė. Pasitenkinimo gimdymo procesu sąsajos su partnerio dalyvavimu gimdyje

Partnerio dalyvavimas		Vidurkis	F reikšmė	p reikšmė	Dispersijų skirtumai*	t kriterijus	p reikšmė
Gimdymo metu patirtas stresas	Ne	8,51	0,729	0,394	DSN	1,249	0,213
	Taip	8,01			DSS	1,223	0,223
Asmeninės moterų savybės	Ne	3,66	0,484	0,487	DSN	0,574	0,567
	Taip	3,50			DSS	0,569	0,570
Teikiamos pagalbos kokybė	Ne	13,35	0,560	0,455	DSN	0,709	0,479
	Taip	13,11			DSS	0,703	0,483
Pasitenkinimas gimdymo procesu	Ne	25,52	3,302	0,071	DSN	1,300	0,195
	Taip	24,62			DSS	1,258	0,210

2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Šiame darbe nagrinėtos pasirengimo gimdymui ir pasitenkinimo gimdymu sąsajos. Atskleista, jog pasirengimą gimdymui sudaro iš daugybės etapų. Barimani ir kt. (2018) atlikę tyrimą pateikia, kad 67 proc. antenatalinio ugdymo programos sudaro pasirengimo gimdymui bei gimdymo skausmo malšinimo temas ir tik 33 proc. – pasirengimas tėvystei. Bostone atliktame tyrime nustatyta, kad beveik pusė (45,3 proc.) nėščiujų nepasitiki savo žinių apie nėštumą ir gimdymą lygiu, o 56,1 proc. norėtų gauti daugiau informacijos (Edmonds, Cwierniewicz, Stoll, 2015).

Šiame tyrime nustatyta, kad ruošiantis gimdymui tyrimo dalyvės dažniausiai informacijos apie gimdymą ieškojo internete, knygoje, konsultavosi su gydytoju akušeriu ginekologu bei akušeriu. Moterys skaitė knygas apie tėvystę, taip pat mokslinius straipsnius, naršė specializuotuose internetiniuose puslapiuose ir mano, kad iš šių šaltinių informacija yra kokybiškiausia. Tyrime, atliktame Jungtinėse Amerikos Valstijose, pastebėta, kad pokalbiai su draugais ir šeima buvo įtakingiausi informacijos apie gimdymą šaltiniai. Mažiausiai informacijos suteikė sveikatos priežiūros specialistai (Edmonds, Cwierniewicz, Stoll, 2015).

Rečiausiu informacijos šaltiniu nėščiosios nurodė motinystės kursas. Tuo tarpu analizuojant užsienyje atliktų tyrimų rezultatus nustatyta, jog nėščios moterys, kurios nėštumo metu lankė profesionalias antenatalinio ugdymo pamokas, padidino sėkmingo normalaus gimdymo tikimybę ir sumažino akušerinių intervencijų skaičių (Gluck ir kt., 2020). Dalyvavusios antenatalinio ugdymo programose ir / arba sudariusios gimdymo planą, besilaukiančios sumažino CPO dažnį ir padidino sveikatos priežiūros kokybės lygį (Afshar, Mei, Fahey, Gregory, 2017). Moterys, lankiusios antenatalinio ugdymo užsiėmimus buvo labiau atsipalaidavusios ir laimingos, joms pavyko panaudoti skausmo malšinimo metodus daug geriau nei moterims, kurios nedalyvavo tokiuose mokymuose (Ricchi, La Corte, Molinazzi, Neri, 2020). Moterys mieliau renkasi paskaitas mažose grupėse, kuriose suteikiama galimybė diskutuoti, įtvirtinti praktinius įgūdžius ir pažinti viena kitą (Koushede ir kt., 2017). Moterys, kurios lankė užsiėmimus bei fizines treniruotes nėštumo metu iki gimdymo, turėjo galimybę pakeisti klaidingus įsitikinimus ir dezinformaciją apie nėštumą bei gimdymą, o taip pat turėjo geresnį supratimą apie gimdymo procesą (Masoumi ir kt., 2016).

Snyder ir kt. (2019) akcentuoja, kad moters priežiūra nėštumo ir gimdymo laikotarpiu turi įtakos naujagimio fizinei būklei, moters ir jos partnerio psichinei sveikatai (Snyder, Dinkel, 2019). Dauguma moterų nori teigiamos gimdymo patirties. Saugumas ir psichosocialinė gerovė yra lygiareikšmiai veiksniai, kurie įtakoja gimdymo patirtį. Motinystės priežiūra turi būti sukurta taip, kad atitiktų arba viršytų moters asmeninius, socialinius ir kultūrinius įsitikinimus bei lūkesčius (Downw, Finlayson, Oladapo, Bonet, GuÈlmezoglu, 2018).

Tyrime nustatyta, kad gimdyvės turi informacijos apie normalų gimdymo procesą, skausmo malšinimą kvėpavimo pratimais, pasiruošimą gimdymo procesui, tačiau stokoja informacijos apie

gimdymo metu naudojamus instrumentus bei skausmo malšinimo metodų trūkumus. Australijoje atliktas mokslinis tyrimas parodė, kad moterų gimdymo baimę lemia nepasitikėjimas savimi, skausmo baimė, savikontrolės praradimas bei fizinių sužalojimų tikimybė (Fenwick, Toohill, Creedy, Smith, Gamble, 2015).

Tyrime dalyvavusios respondentės turi informacijos apie pirmąjį psichinį, fizinį ir emocinį kontaktą su naujagimiui bei naujagimio priežiūrą, žindymą. Vertinant bendrai, informaciją, susijusią su naujagimiui, respondentės turi žinių. Analizuojant tiriamųjų turimos informacijos kiekio vidurkį, jis yra kiek aukštesnis už vidutinį vertinimą. Dažniau gimdžiusios moterys turi daugiau informacijos, kuri susijusi su naujagimiui bei žindymu. Kitais atžvilgiais informacija su gimdyvių amžiumi bei gimdymų skaičiumi nesusijusi. Aukštąjį universitetinį ar neuniversitetinį išsilavinimą įgijusios respondentės turi daugiau informacijos, susijusios su skausmo malšinimu, nei turinčios vidurinį išsilavinimą. Sistemine pasirengimo gimdymui programa pagerina pasitenkinimą gimdymo patirtimi, suteikdama galimybę efektyviau bendrauti su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais bei dalyvauti priimančioms sprendimus gimdymo metu, o taip pat mažindama gimdymo skausmo suvokimą (Akca ir kt., 2017).

Apklaustų gimdyvių pasitenkinimas gimdymu yra aukštesnis nei vidutinis, jos aukštai vertino teikiamos pagalbos kokybę, gimdymo metu patirto streso toleravimą, o jų asmeninės savybės pasitenkinimui gimdymu nebuvo reikšmingos. Nustatyta, kad dažnesni gimdymai bei vyresnis amžius didina toleranciją gimdymo metu patiriamam stresui bei pasitenkinimui gimdymo procesu. Tuo tarpu analizuojant užsienyje atliktų tyrimų rezultatus nustatyta, jog ankstesnių gimdymų patirtis neturi įtakos gimdymo pasitenkinimui. Didesnį pasitenkinimą gimdymu turi užsienietės, atvykusios ne iš Vakarų Europos šalių, ir labiau išsilavinusios moterys (Tocchioni, Seghieri, De Santis, Nuti, 2018).

Išsiskyrusios gimdyvės dažnai jaučia asmeninių savybių įtaką pasitenkinimui gimdymu bei yra mažiau patenkintos teikiamų paslaugų kokybe. Hans ir kt. (2018) siūlo – jeigu artimieji negali suteikti gimdyvei pagalbos, tą padaryti gali dula. Kozhimannil ir kt. (2016) akcentuoja, kad moterims, kuriomis rūpinasi dula, CPO ir priešlaikinio gimdymo tikimybė yra mažesnė (Kozhimannil ir kt., 2016).

Tyrime nustatyta, kad galimybė apžiūrėti ligoninę, kurioje planuojamas gimdymas, ir ją pasirinkti prieš gimdymą, taip pat kaip ir atsipalaidavimas, didina pasitenkinimą teikiamos pagalbos kokybe. Analizuojant užsienyje atliktų tyrimų rezultatus nustatyta, jog teigiama fizinė ir emocinė aplinka, suteikta galimybė judėti sutrumpina gimdymo laiką, rečiau reikia atlikti CPO, epidurinę analgeziją bei sumažėja sveikatos priežiūros išlaidos (Ayerle ir kt., 2018).

Tyrime nustatyta, kad netaikant medikamentinio skausmo malšinimo, palankiau toleruojamas gimdymo metu patiriamas stresas, o bendras pasitenkinimas gimdymo procesu yra

didesnis. Taip pat pasitenkinimą gimdymo procesu didina atsipalaidavimas bei informuotumas apie taikomus nemedikamentinius skausmo malšinimo būdus. Australijoje atliktas mokslinis tyrimas parodė, kad moterų gimdymo baimę lemia nepasitikėjimas savimi, skausmo baimė, savikontrolės praradimas bei fizinių sužalojimų tikimybė (Fenwick, Toohill, Creedy, Smith, Gamble, 2015).

Tyrimė nustatyta, kad moterų pasitenkinimas gimdymo procesu didesnis, kai jos gauna informaciją dalyvaudamos motinystės kursuose arba pasikonsultavusios su gydytoju akušeriu ginekologu. Konsultacijos su gydytoju akušeriu ginekologu didina ir jų pasitenkinimą teikiamos pagalbos kokybe. Gimdyvės, turėjusios daugiau informacijos, susijusios su gimdymu, naujagimiu, žindymu ir tėvyste / motinyste, palankiau vertino gimdymo metu patiriamą stresą. Taigi, turimos informacijos kiekis didina moterų pasitenkinimą teikiamos pagalbos kokybe bei pačiu gimdymo procesu. Whitburn ir kt. (2017) pastebi, kad socialinė aplinka skatina moteris panaudoti savo vidinius sugebėjimus susitvarkyti su gimdymo skausmu (Whitburn, Jones, Davey, Small, 2017).

Tyrimė nustatyta, kad daugiau nei pusės moterų sutuoktinis ar partneris gimdyje nedalyvavo. Tuo tarpu analizuojant užsienyje atliktų tyrimų rezultatus nustatyta, jog gimdyvės, kurios sulaukia paramos, jaučiasi saugesnės ir patiria daugiau teigiamų emocijų. Bohren ir kt. (2017) pateikia, kad nuolatinė parama gerina motinų ir naujagimių adaptaciją. Daugėja normalių gimdymų, trumpėja gimdymo laikas, sumažėja CPO tikimybė, chirurginių intervencijų skaičius, mažėja vaistų nuo skausmo poreikis, naujagimiai gimsta geresnės būklės pagal Apgar skalę.

Pasitenkinimą gimdymo procesu didina atsipalaidavimas bei žinojimas apie taikomus nemedikamentinius skausmo malšinimo būdus. Kokybiškiausią informaciją moterys gavo skaitydamos knygas, mokslinius straipsnius, pasitardamos su gydytoju akušeriu ginekologu bei naršydamos specializuotuose internetiniuose puslapiuose. Turinčios daugiau informacijos nėščiosios jaučia didesnę pasitenkinimą gimdymo procesu. Taigi, tyrimo hipotezė pasitvirtino.

Tyrimo stiprybės. Tai pirmas mokslinis tyrimas Lietuvoje, kuriame naudojama BSS–R skalė. Pasitenkinimas gimdymu yra ne tik moters priežiūros kokybės rodiklis, jis lemia moters ir naujagimio sveikatą. Aktualūs ir svarbūs šio tyrimo rezultatai sudaro prielaidas nėščiųjų ir gimdyvių priežiūros paslaugų teikimui.

Tyrimo silpnybės. Dėl koronaviruso SARS–CoV–2 sukeltos ligos COVID–19 plitimo kilusi pasaulinė pandemija apsunkino tyrimo eigą (vėliau gautas leidimas atlikti tyrimą, apsunkintas respondentų prieinamumas ir pan.). Sumažėjęs metinis gimdymų skaičius ir didelis respondenčių, atitikusių neįtraukimo į tyrimą kriterijus, skaičius sumažino tyrimo imties dydį, tačiau tai įtakos rezultatams neturėjo.

IŠVADOS

1. Dažniausiai ruošiantis gimdymui informacijos ieškoma internete, knygose, konsultuojamasi su gydytoju akušeriu ginekologu. Rečiausiai informacijos šaltiniu tampa motinystės kursai. Moterų nuomone, kokybiškiausia informacija apie tėvystę gaunama skaitant knygas, mokslinius straipsnius, naršant specializuotuose internetiniuose puslapiuose.
2. Turimos informacijos kiekis didina moterų pasitenkinimą teikiamos pagalbos kokybe bei pačiu gimdymo procesu. Moterų pasitenkinimas gimdymo procesu didesnis, kai jos gauna informaciją dalyvaudamos motinystės kursuose, gali pasikonsultuoti su gydytoju akušeriu ginekologu, turi galimybę iš anksto apžiūrėti ir pasirinkti ligoninę. Gimdyvės, turėjusios daugiau informacijos, susijusios su gimdymu, naujagimiu, žindymu ir tėvyste / motinyste, palankiau vertina gimdymo metu patirtą stresą.
3. Gimdymų skaičius bei vyresnis gimdyvės amžius didina toleranciją gimdymo metu patiriamam stresui ir yra susijęs su didesniu pasitenkinimu gimdymo procesu. Pakartotinai gimdžiusios moterys turi daugiau informacijos, susijusios su naujagimio priežiūra bei žindymu. Išsiskyrusios gimdyvės dažnai jaučia asmeninių savybių raišką pasitenkinimui gimdymu bei yra mažiau patenkintos teikiamų paslaugų kokybe. Aukštesnį išsilavinimą turinčios respondentės turi daugiau informacijos apie gimdymą ir skausmo malšinimą.

REKOMENDACIJOS

Moterims

1. Užmegzti ir palaikyti teigiamus ryšius su sveikatos priežiūros specialistu (akušeriu, akušeriu ginekologu, šeimos gydytoju), su juo bendradarbiauti.
2. Rinkti informaciją, kuri padėtų įvairiapusiškai pasirengti nėštumui, gimdymui ir motinystei.
3. Aktyviai dalyvauti antenatalinio ugdymo mokymuose, kuriuose suteikiama teorinių ir praktinių įgūdžių.
4. Pasirinkti individualius arba grupinius užsiėmimus.
5. Skatinti, kad mokymuose dalyvautų vyras / partneris.

LITERATŪRA

1. Aalami, M., Jafarnejad, F. & ModarresGharavi M. (2016). The effects of progressive muscular relaxation and breathing control technique on blood pressure during pregnancy. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(3), 331–336. doi: 10.4103/1735-9066.180382
2. Abraitis, V., Arlauskienė, A., Bagušytė, L., Barčaitė, E., Bartkevičienė, D., Biržietis, T. ... Zakarevičienė, J. (2019a). Antenatalinė priežiūra. *Metodika*. Vilnius: Lietuvos akušerių sąjunga. Prieiga per internetą:
https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Akus%CC%8Cerine%CC%87%20metodika_Antenataline%CC%87%20priez%CC%8Ciu%CC%84ra_SAM_2019%2007%2013.pdf
3. Abraitis, V., Arlauskienė, A., Bagušytė, L., Barčaitė, E., Bartkevičienė, D., Biržietis, T. ... Zakarevičienė, J. (2019b). Gimdymo skausmo malšinimas. *Metodika*. Vilnius: Lietuvos akušerių sąjunga. Prieiga per internetą:
https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Akus%CC%8Cerine%CC%87%20metodika_Gimdymo%20skausmo%20mals%CC%8Cinimas_SAM_2019%2007%2013.pdf
4. Abraitis, V., Arlauskienė, A., Bagušytė, L., Barčaitė, E., Bartkevičienė, D., Biržietis, T. Zakarevičienė, J. (2019c). Normalus gimdymas. *Metodika*. Vilnius: Lietuvos akušerių sąjunga. Prieiga per internetą:
https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Akus%CC%8Cerine%CC%87%20metodika_Normalus%20gimdymas_SAM_2019%2007%2013.pdf
5. Aburas, R., Pati, D., Casanova, R. & Adams, N. G. (2017). The Influence of Nature Stimulus in Enhancing the Birth Experience. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(2), 81–100. doi: 10.1177/1937586716665581
6. Afshar, Y., Mei, J., Fahey, J. & Gregory, K. D. (2019). Birth Plans and Childbirth Education: What Are Provider Attitudes, Beliefs, and Practices? *The Journal of Perinatal Education*, 28(1):10-18. doi: 10.1891/1058-1243.28.1.10
7. Afshar, Y., Wang, E. T., Mei, J., Esakoff TF, Pisarska, M. D. & Gregory, K. D. (2017). Childbirth Education Class and Birth Plans Are Associated With a Vaginal Delivery. *Birth*, 44(1):29-34. doi: 10.1111/birt.12263
8. Ahmad, N., Syed Nor, S. F. & Daud F. (2019). Understanding Myths in Pregnancy and Childbirth and the Potential Adverse Consequences: A Systematic Review. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 26(4), 17–27. doi: 10.21315/mjms2019.26.4.3
9. Ayerle, G. M., Schäfers, R., Elke Mattern, E., Striebich, S., Haastert, B., Vomhof, M., . . . Seliger, G. (2018). Effects of the Birthing Room Environment on Vaginal Births and Client-

- Centred Outcomes for Women at Term Planning a Vaginal Birth: BE-UP, a Multicentre Randomised Controlled Trial. *Trials*, 19(641). doi: 10.1186/s13063-018-2979-7
10. Akbarzadeh, M., Dokuhaki, A., Joker, A., Pishva, N. & Zare, N. (2016). Teaching attachment behaviors to pregnant women: a randomized controlled trial of effects on infant mental health from birth to the age of three months. *Annals of Saudi Medicine*, 36(3), 175–183. doi: 10.5144/0256-4947.2016.175
 11. Akca, A., Corbacioglu Esmer, A., Ozyurek, E. S., Aydin, A., Korkmaz, N., Gorgen, H. & Akbayir, O. (2017). The Influence of the Systematic Birth Preparation Program on Childbirth Satisfaction. *Archives of gynecology and obstetrics*, 295(5), 1127-1133. doi: 10.1007/s00404-017-4345-5
 12. Ali, M., Sultan, S. F., Kumar, A. & Ghouri, N. (2020). Knowledge, Attitude and Practices of Labor Analgesia amongst healthcare workers and patients: A single center cross sectional study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(1), 4–8. doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.36.ICON-Suppl.1715>
 13. Aniulienė, R., Nadišauskienė, R. J. ir Blaževičienė, A. (2006). Paslaugų kokybė pacienčių ir medikų požiūriu universitetinės ligoninės Moterų konsultacijoje. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*, 9(3), 170–177.
 14. Aquino, C. I., Guida, M., Saccone, G., Cruz, Y., Vitagliano, A. & Zullo, F. (2020). Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Maternal–Fetal and Neonatal Medicine*, 33(6), 1051-1063. doi: 10.1080/14767058.2018.1512574
 15. Atashi, V., Kohan, S., Salehi, Z. & Salehi, K. (2018). Maternal-fetal emotional relationship during pregnancy, its related factors and outcomes in Iranian pregnant women: a panel study protocol. *Reproductive Health*, 15(176). doi: 10.1186/s12978-018-0620-6
 16. Babbar, S. & Shyken, J. (2016). Yoga in Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 59(3), 600–612. doi: 10.1097 / GRF.0000000000000210
 17. Barimani, M., Forslund Frykedal, K., Rosander, M. & Berlin, A. (2018). Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery*, 57, 1–7. doi: 10.1016/j.midw.2017.10.021
 18. Berghella, V. & Saccone, G. (2017). Exercise in pregnancy! *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 216(4), 335–337. doi.org/10.1016/j.ajog.2017.01.023
 19. Bernitz, S., Øian, P., Sandvik, L. & Blix, E. (2016). Evaluation of satisfaction with care in a midwifery unit and an obstetric unit: a randomized controlled trial of low-risk women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(143). doi: 10.1186 / s12884-016-0932-x

20. Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S. & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.014
21. Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017). Continuous Support for Women During Childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7). doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
22. Bohren, M. A., Mehtash, H., Fawole, B., Maung Maung, T., Dioulde Balde, M. & Thwin, S. S. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet*, 394, 1750–1763. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31992-0
23. Brixval, C. S., Axelsen, S. F., Andersen, S. K., Due, P. & Koushede, V. (2014). The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*, 3(12). doi:10.1186/2046-4053-3-12
24. Bučiūnienė, I. Ir Lenčiauskienė, I. (2005). Akušerijos skyriaus paslaugų kokybės vertinimas, pacienčių požiūriu. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*, 8(1), 57–63.
25. Coast, E., Jones, E., Portela, A. & Lattof, S. R. (2014). Maternity Care Services and Culture: A Systematic Global Mapping of Interventions. *PLoS One*, 9(9). doi.org/10.1371/journal.pone.0108130
26. Cooper, D. B. & Yang, L. (2020). Pregnancy And Exercise. *StatPearls*, Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430821/>
27. Curtis, K., Weinrib, A. & Katz, J. (2012). Systematic Review of Yoga for Pregnant Women: Current Status and Future Directions. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM*, 715942. doi: 10.1155 / 2012/715942
28. Dalton, J. A., Rodger, D., Wilmore, M., Humphreys, S., Skuse, A., Roberts, C. T. & Clifton, V. L. (2018). The Health-e Babies App for antenatal education: Feasibility for socially disadvantaged women. *PLoS One*, 13(5). doi:10.1371/journal.pone.0194337
29. Demšar, K., Svetina, M., Verdenik, I., Tul, N., Blickstein, I. & Globevnik Velikonja, V. (2018). Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *Journal of Perinatal Medicine* 46(2), 151–154. doi: 10.1515/jpm-2016-0282
30. Dencker, A., Nilsson, C., Begely, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H. & Sparud-Lundin, C. (2018). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. *Women Birth*, 32(2), 99–111. doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.004
31. Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M. & GuÈlmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS ONE*, 13(4). doi: 10.1371 / journal.pone.0194906

32. Downer, T. (2019). *Exploring Antenatal Education: An Interpretive Description* (dissertation). Queensland: University of the Sunshine Coast. Prieiga per internetą: https://research.usc.edu.au/discovery/fulldisplay/alma99450647802621/61USC_INST:ResearchRepository
33. Du, M. C., Ouyang, Y. Q., Nie, X. F., Huang, Y. & Redding, S. R. (2019). Effects of physical exercise during pregnancy on maternal and infant outcomes in overweight and obese pregnant women: A meta-analysis. *Birth*, 46(2):211-221. doi: 10.1111/birt.12396
34. Edmonds, J. K., Cwierniewicz, T. & Stoll, K. (2015). Childbirth Education Prior to Pregnancy? Survey Findings of Childbirth Preferences and Attitudes Among Young Women. *Journal of Perinatal Education*, 24(2), 93–101. doi: 10.1891/1058-1243.24.2.93
35. Evenson, K. R., Barakat, R., Brown, W.J., Dargent-Molina, P., Haruna, M., Mikkelsen, E. & Yeo S. A. (2015). Guidelines for Physical Activity during Pregnancy: Comparisons From Around the World. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 8(2), 102–121. doi: 10.1177 / 1559827613498204
36. Feinberg, M. E., Roettger, M. E., Jones, D. E. & Kan, M. L. (2014). Effects of a psychosocial couple-based prevention program on adverse birth outcomes. *Maternal and Child Health Journal*, 19(1), 102–111. doi: 10.1007/s10995-014-1500-5
37. Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J. & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*, 31(1), 239–246. doi: 10.1016 / j.midw.2014.09.003
38. Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra E., . . . Ryding E. A. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(284). doi: 10.1186/s12884-015-0721-y
39. Firouzbakht, M., Nikpour, M., Khefiri, S., Jamali, S., Kazeminavaee, F. & Didehdar, M. (2015). The Effectiveness of Prenatal Intervention on Pain and Anxiety During the Process of Childbirth-Northern Iran: Clinical Trial Study. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 5(5), 348–352. doi: 10.4103/2141-9248.165260
40. Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M. A., Biro, M. A., Farrell, T. & Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(28). doi: 10.1186/s12884-016-0798-y

41. Gluck, O., Pinchas-Cohen, T., Hiaev, Z., Rubinstein, H., Bar, J. & Kovo, M. (2020). The impact of childbirth education classes on delivery outcome. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 148(3), 300-304. doi: 10.1002/ijgo.13016
42. Göncü Serhatlıoğlu, S., Karahan, N., Hollins Martin, C. J. & Martin, C. R. (2018). Construct and content validity of the Turkish Birth Satisfaction Scale – Revised (T-BSS-R). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(3), 235–245. doi: 10.1080/02646838.2018.1443322
43. Grimes, H. A., Forster, D. A. & Newton, M. S. (2014). Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*, 30(1), 26–33. doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.007
44. Hall, J., Hundley, V., Collins, B. & Ireland, J.(2018). Dignity and respect during pregnancy and childbirth: a survey of the experience of disabled women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(328). doi: 10.1186/s12884-018-1950-7
45. Hans, S. L., Edwards, R. C. & Zhang, Y. (2018). Randomized Controlled Trial of Doula-Home-Visiting Services: Impact on Maternal and Infant Health. *Maternal and Child Health Journal*, 22(1), 105–113. doi: 10.1007/s10995-018-2537-7
46. Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A. & Haines, H. (2018). A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 21, 33–38. doi: 10.1016/j.srhc.2019.06.004
47. Hinman, S. K., Smith, K. B., Quillen, D. M. & Smith, M. S. (2015). Exercise in Pregnancy: A Clinical Review. *Sports Health*, 7(6), 527–531. doi: 10.1177/1941738115599358
48. Hollins Martin, C. J. & Fleming, V. (2011). The Birth Satisfaction Scale (BSS). *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(2), 124–135. doi: 10.1108/09526861111105086
49. Hollins Martin, C. J. & Martin, C. R. (2014). Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery*, 30(6), 610–619. doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.006
50. Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M. & Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of Education and Health Promotion*, 4(6). doi: 10.4103/2277-9531.151885
51. Ivonaitis A. ir Klumbienė J. (2006). Pacienčių pasitenkinimas paslaugų kokybe akušerijos stacionaruose. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*, 9(1), 12–15.
52. Jafari, E., Mohebbi, P. & Mazloomzadeh, S. (2017). Factors Related to Women's Childbirth Satisfaction in Physiologic and Routine Childbirth Groups. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(3), 219–224. doi: 10.4103/1735-9066.208161

53. Jašinskytė, A., Tamošiūnaitė, S., Česnavičienė, D. & Kačerauskienė, J. (2016). Ar lengva pasiekti „Motinai palankios ligininės“ vardą? *Lietuvos akušerija ir ginekologija*, 19(1), 38–43.
54. Jefford, E., Hollins Martin C. J. & Martin C. R. (2018). Development and validation of the Australian version of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 42–58. doi: 10.1080/02646838.2017.1396302
55. Jha, P., Larsson, M., Christensson, K. & Skoog Svanberg A. (2017). Satisfaction With Childbirth Services Provided in Public Health Facilities: Results From a Cross- Sectional Survey Among Postnatal Women in Chhattisgarh, India. *Global Health Action*, 10(1). doi: 10.1080/16549716.2017.1386932
56. Kačerauskienė, J. (2019). *Cezario pjūvio operacijų skaičiaus pokytis po daugiakomponentės intervencijos tarp pirmą kartą gimdančių moterų Lietuvoje* (daktaro disertacija). Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Prieiga per internetą: <https://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:39483953/datastreams/MAIN/content>
57. Kamalifard, M., Yavarikia, P., Babapour Kheiroddin, J., Salehi Pourmehr, H. & Iraj Iranagh, R. (2013). The Effect of Peers Support on Postpartum Depression: A Single-Blind Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 2(3), 237-244. doi: 10.5681 / jcs.2013.029
58. Karlström, A., Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(251). doi: 10.1186/s12884-015-0683-0
59. Kaufman, T. (2007). Evolution of the Birth Plan. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 47–52. doi: 10.1624 / 105812407X217985
60. Kilpatrick, S. J., Papile, L., Macones, G. A. & Watterberg, K. L. (2017). *Guidelines for Perinatal Care, Eighth Edition*. Chicago: American Academy of Pediatrics
61. Klabbers, G. A., van den Heuvel, M. M. A., van Bakel, H. J. A. & Vingerhoets, A. J. J. M. (2016). Severe fear of childbirth: Its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Topics*, 25(1), 107–127.
62. Koelewijn, J. M., Sluijs, A. M. & Vrijkotte, T. G. M. (2017). Possible relationship between general and pregnancy-related anxiety during the first half of pregnancy and the birth process: a prospective cohort study. *BMJ Open*, 7(5). doi: 10.1136/bmjopen-2016-013413
63. Korja, R., Nolvi, S., Kataja, E-L., Scheinin, N., Junttila, N., Lahtinen, H. & Karlsson, H. (2018). The courses of maternal and paternal depressive and anxiety symptoms during the prenatal period in the FinnBrain Birth Cohort study. *PLoS ONE*, 13(12). doi.org/10.1371/journal.pone.0207856

64. Koushede, V., Brixval, C. S., Thygesen, L. C., Axelsen, S. F., Winkel, P. & Due, P. (2017). Antenatal small-class education versus auditorium-based lectures to promote positive transitioning to parenthood – A randomised trial. *PLOS One*, 12(5). doi.org/10.1371/journal.pone.0176819
65. Kovala, S., Cramp, A. G. & Xia, L. (2016). Prenatal Education: Program Content and Preferred Delivery Method From the Perspective of the Expectant Parents. *Journal of Perinatal Education*, 25(4), 232–241. doi: 10.1891/1058-1243.25.4.232
66. Kozhimannil, K. B., Hardeman, R. R., Alarid-Escudero, F., Vogelsang, C. A., Blauer-Peterson, C. & Howell, E. A. (2016). Modeling the Cost-Effectiveness of Doula Care Associated with Reductions in Preterm Birth and Cesarean Delivery. *Birth*, 43(1), 20-27. doi: 10.1111/birt.12218
67. Lally, J., Thomson, R., MacPhail, S. & Exley, C. (2014). Pain relief in labour: a qualitative study to determine how to support women to make decisions about pain relief in labour. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(6). doi:10.1186/1471-2393-14-6
68. Lalonde, A., Herschderfer, K., Pascali-Bonaro, D., Hanson, C., Fuchtnner, C. & Visser, G. H. A. (2019). The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful MotherBaby–Family maternity care. *International Federation of Gynecology & Obstetrics*, 146(1), 65-73. doi: 10.1002/ijgo.12844
69. Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C. & Hildingsson, I. (2015). The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94, 629–636. doi: 10.1111/aogs.12634
70. Lawrence, A, Lewis, L, Hofmeyr, G. J. & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
71. Lemmens, S. M. P., van Montfort, P., Meertens, L. J. E., Spaanderman, M. E. A., Smits, L. J. M., de Vries, R. & Scheepers, H. C. J. (2020) Perinatal factors related to pregnancy and childbirth satisfaction: a prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 8, 1–9. doi: 10.1080/0167482X.2019.1708894
72. Leon-Larios, F., Corrales-Gutierrez, I., Casado-Mejía, R. & Suarez-Serrano, C. (2017). Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery*, 50, 72–77. doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.015
73. Liepinaitienė, A. ir Poškienė, I. (2016). Moterų gimdymo ir pogimdyvinės priežiūros lūkesčių vertinimas moterų nuomone. *Sveikatos mokslai*, 26(6), 201–206. doi: http://doi.org/10.5200/sm-hs.2016.117

74. Lietuvos gydytojų sąjunga. (2020). *Medicinos etikos vadovas*. Prieiga per internetą: <https://www.lgs.lt/medicinos-etikos-vadovas>
75. Lietuvos Respublikos seimo nutarimas Nr. XII-964. (2014). *Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa*. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08?jfwid=12pc19we99>
76. Lilliecreutz, C., Larén, J., Sydsjö, G. & Josefsson, A. (2016). Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(5). doi: 10.1186/s12884-015-0775-x
77. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-10. (2019). „Dėl Gimdymo namuose priežiūros paslaugos teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/a3e200d1102611e9b79ed4f43836384a?jfwid=axl7za07e>
78. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1251. (2013). „Dėl stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vertinimo pagal naujagimiams palankios ligoninės reikalavimus tvarkos aprašo patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.463653?jfwid=-je7i1sz8s>
79. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-865. (2018). „Nėščiujų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašas“. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/e0b07f5193e411e8aa33fe8f0fea665f>
80. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas. (2014). Dėl Lietuvos medicinos normos MN 40:2014 „Akušeris. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3e632e10774a11e496d1f482b62f41cd?jfwid=-fxdp7hfe>
81. Makvandi, S., Mirteimoori, M., Najmabadi, K. M. & Sadeghi, R. (2016). A review of randomized clinical trials on the effect of aromatherapy with lavender on labor pain relief. *Nursing & Care Open Access Journal*, 1(3):42–47. doi: 10.15406/ncoaj.2016.01.00014
82. Marín-Jiménez, N., Acosta-Manzano, P., M., Baena-García, L., Coll-Risco, I., Romero-Gallardo, L. & Aparicio V. A. (2019). Association of self-reported physical fitness with pain during pregnancy: The GESTAFIT Project. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sport*, 29(7), 1022–1030. doi: 10.1111/sms.13426
83. Masoumi, S. Z., Kazemi, F., Oshvandi, K., Jalali, M., Esmaeili-Vardanjani, A. & Rafiei, H. (2016). Effect of Training Preparation for Childbirth on Fear of Normal Vaginal Delivery and Choosing the Type of Delivery Among Pregnant Women in Hamadan, Iran: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Family and Reproductive Health*, 10(3), 115–121. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5241355/>

84. McLeish, J. & Redshaw, M. (2015). Peer support during pregnancy and early parenthood: a qualitative study of models and perceptions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(257). doi: 10.1186/s12884-015-0685-y
85. McLeish, J. & Redshaw, M. (2017). Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organised peer support in pregnancy and early parenthood: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(28). doi: 10.1186/s12884-017-1220-0
86. Menhart, L. & Prosen, M. (2017). Women's satisfaction with the childbirth experience: a descriptive research. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), 298–311. doi: 10.14528/snr.2017.51.4.189
87. Miquelutti, M. A., J. G. & Makuch, M. Y. (2015). Developing strategies to be added to the protocol for antenatal care: an exercise and birth preparation program. *CLINICS*, 70(4), 231–236. doi: 10.6061/clinics/2015(04)02
88. Mockienė V., Drungilienė D. ir Martinkėnas A. (2014). *Mokslo tiriamųjų darbų metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Mokomoji knyga*. Klaipėda: KU leidykla.
89. Mottola, M. F., Davenport, M. H., Ruchat, S. M., Davies, G. A., Poitras, V. J., Gray, C. E.... Zehr, L. (2018). 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *British Journal of Sports Medicine*, 52, 1339–1346. doi: 10.1136 / bjsports-2018-100056
90. Nakamura, A., van der Waerden, J., Melchior, M., Bolze, C., El-Khoury, F. & Pryor, L. (2019). Physical activity during pregnancy and postpartum depression: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 246, 29–41. doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.009
91. Nasiri, s., Kariman, N., & Ozgoli, G. (2020). Psychometric properties of the Iranian version of Birth Satisfaction Scale-Revised. *Journal of Research in Medical Sciences*, 25(90). doi: 10.4103/jrms.JRMS_248_19
92. Nespoli, A., Colciago, E., Petroni, S., Perego, S. & Fumagalli, S. (2018). The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R): process of translation and adaptation in an Italian context. *Ann Ist Super Sanità*. 54(4), 340–347. doi: 10.4415/ANN_18_04_11
93. O'Connell, M., O'Neill, S. M., Dempsey, E., Khashan, A. S., Leahy-Warren, P., Smyth, R. M. D. & Kenny, L. C. (2019). Interventions for fear of childbirth (tocophobia). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. doi: 10.1002/14651858.CD013321
94. O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C. & O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907–920. doi: 10.1111/aogs.13138

95. Omani-Samani, R., Hollins Martin, C. J., Martin, C. R., Maroufizadeh, S., Ghaheri, A. & Navid, B. (2019). The Birth Satisfaction Scale-Revised Indicator (BSS-RI): a validation study in Iranian mothers. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. doi: 10.1080/14767058.2019.1651265
96. Omidvar, S., Faramarzi, M., Hajian-Tilak, K. & Nasiri Amiri, F. (2018). Associations of psychosocial factors with pregnancy healthy life styles. *PLoS ONE*, 13(1). doi: 10.1371/journal.pone.0191723
97. Ozkan, S. A. & Rathfisch G. (2018). The effect of relaxation exercises on sleep quality in pregnant women in the third trimester: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 32, 79–84. doi: 10.1016/j.ctcp.2018.05.008
98. Pan, W. L., Gau, M. L., Lee, T. Y., Jou, H. J., Liu, C. Y. & Wen, T. K. (2019). Mindfulness-based programme on the psychological health of pregnant women. *Women and Birth*, 32(1), 102–109. doi: 10.1016/j.wombi.2018.04.018
99. Pasaulio sveikatos organizacija (2014). *Motinių ir naujagimių priežiūra ligoninėje: kokybės vertinimo ir tobulinimo įrankis*. Prieiga per internetą: http://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Programos_ir_projektai/Sveicarijos_parama/Methodikos%20%20new/6%20priedas.pdf
100. Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period: ACOG Committee Opinion Summary, Number 804. (2020). *Obstetrics & Gynecology*, 135(4), 178–188. doi: 10.1097/AOG.0000000000003772
101. Pukėnas, K. (2005). *Sportinių tyrimų duomenų analizė SPSS programa*. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija.
102. Ricchi, A., La Corte, S., Molinazzi, M. T. & Neri, I. (2020). Study of Childbirth Education Classes and Evaluation of Their Effectiveness. *La Clinica Terapeutica*, 170(1), 78–86. doi: 10.7417/CT.2020.2193
103. Rodríguez-Blanke, R., Sánchez-García, J. C., Sánchez-López, A. M. & Aguilar-Cordero, M. J. (2019). Physical activity during pregnancy and its influence on delivery time: a randomized clinical trial. *PeerJ*, 7(1). doi: 10.7717/peerj.6370
104. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2020). *Antenatal care should be standardised to the minimum targets set out in new guidance, say professional bodies*. Prieiga per internetą: <https://www.rcog.org.uk/en/news/antenatal-care-should-be-standardised-to-the-minimum-targets-set-out-in-new-guidance-say-professional-bodies/>
105. Romero-Gonzalez, B., Peralta-Ramirez, M. I., Caparros-Gonzalez, R. A., Cambil-Ledesma, A., Hollins Martin C. J. & Martin C. R. (2019). Spanish validation and factor structure of the

- Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery*, 70, 31–37. doi:10.1016/j.midw.2018.12.009
106. Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E. & Saisto, T. (2012). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(1), 75–84. doi: 10.1111/1471-0528.12011
 107. Sayakhot, P. & Carolan-Olah, M. (2016). Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(65). doi: 10.1186/s12884-016-0856-5
 108. Sanders, R. A. & Crozier, K. (2018). How do informal information sources influence women’s decision-making for birth? A meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(21), 1–26. doi: 10.1186/s12884-017-1648-2
 109. Shaaban, O. M., Abbas, A. M., Mohamed, R. A. & Hafiz, H. A. A. (2017). Lack of pain relief during labor is blamable for the increase in the women demands towards cesarean delivery: a cross-sectional study. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, 9(4), 175–180. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6143085/>
 110. Sheen, K. & Slade, P. (2018). Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*, 27(13–14), 2523–2535. doi: 10.1111/jocn.14219
 111. Sioma-Markowska, U., Żur, A., Skrzypulec-Plinta, V., Mariola Machura, M. & Czajkowska, M. (2017). Causes and frequency of tocophobia — own experiences. *Ginekologia Polska*, 88(5), 239–243. doi: 10.5603/GP.a2017.0045
 112. Skvirsky, V., Taubman-Ben-Ari, O., Hollins Martin C. J. & Martin C. R. (2020). Validation of the Hebrew Birth Satisfaction Scale - Revised (BSS-R) and its relationship to perceived traumatic labour. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(2), 214–220. doi: 10.1080/02646838.2019.1600666
 113. Smyth, S., Spence, D. & Murray, K. (2015). Does antenatal education prepare fathers for their role as birth partners and for parenthood? *British Journal of Midwifery*, 23(5), 336–342. doi.org/10.12968/bjom.2015.23.5.336
 114. Snyder, K. & Dinkel, D. (2019). Mental and physical support (MAPS) for moms: preliminary findings from a prenatal health support program. *Integrative Medicine Research*, 8(1), 8–14. doi: 10.1016/j.imr.2018.10.002
 115. Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H. & Mebazaa, A. (2019). Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular journal of Africa*, 27(2), 89–94. doi: 10.5830/CVJA-2016-021

116. Sood, A. & Sood, N. (2020). Pain Relief in Labor. In A. Sharma, A. *Labour Room Emergencies*, 245–256. Singapore: Springer. doi: 10.1007/978-981-10-4953-8_26
117. Srivastava, A. & Avan, B. I. (2015). Determinants of Women's Satisfaction With Maternal Health Care: A Review of Literature From Developing Countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(97). doi: 10.1186/s12884-015-0525-0
118. Striebich, S., Mattern, E. & Ayerle, G. M. (2018). Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, 61, 97–115. doi: 10.1016/j.midw.2018.02.013
119. Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M. & Martínez-Roche, M. E. (2015). Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *The Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 520–526. doi: 10.1590 / 0104-1169.0067.2583
120. Sut, K. H. & Kaplan, B., P. (2015). Effect of pelvic floor muscle exercise on pelvic floor muscle activity and voiding functions during pregnancy and the postpartum period. *Neurourology and Urodynamics*, 35 (3), 417–422. doi:10.1002/nau.22728
121. Tabatabaeichehr, M., & Mortazavi, H. (2020). The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Ethiopian journal of health sciences*, 30(3), 449–458. doi: 10.4314/ejhs.v30i3.16
122. Tinius, R. A., Cahill, A. G. & Cade, W. T. (2017). Impact of physical activity during pregnancy on obstetric outcomes in obese women. *Journal Sports Med Phys Fitness*, 57(5), 652–659. doi:10.23736/S0022-4707.17.06222-3
123. Tocchioni, V., Seghieri, C., De Santis, G., Nuti, S. (2018). Socio-demographic determinants of women's satisfaction with prenatal and delivery care services in Italy. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(8), 594–601. doi:10.1093/intqhc/mzy078
124. Vaškelytė, A. ir Bakūnė, S. (2018). Gimdymo priežiūros kokybė: lūkesčiai ir jų patenkinimas. *Sveikatos mokslai*, 28(6), 91–97. doi: <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2018.078>
125. Waller-Wise, R. (2016). Birth Plans: Encouraging Patient Engagement. *The Journal of Perinatal Education*, 25(4), 215–222. doi: 10.1891/1058-1243.25.4.215
126. Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M. A. & Small, R. (2017). The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women's experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(157). doi: 10.1186/s12884-017-1343-3
127. Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C. & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1). doi:10.1080/17482631.2019.1704484

128. Wijma, K. & Wijma, B. (2017). A Woman Afraid to Deliver: How to Manage Childbirth Anxiety. In K. M. Paarlberg & H. B. M. van de Wiel, H. *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology* (3–31). Cham: Springer. http://doi-org-443.webvpn.fjmu.edu.cn/10.1007/978-3-319-40404-2_1
129. World Health Organization & UNICEF. (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. Geneva: World Health Organization. Prieiga per internetą: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43593/9789241594967_eng.pdf?sequence=
130. World Health Organization. (2013). *Assessment Tool for the Quality of Outpatient Antepartum and postpartum care for Women and Newborns*. Geneva: World Health Organization. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/191697/ANC_tool__English19062013_revised.pdf?ua=1
131. World Health Organization. (2014). *Hospital care for mothers and newborn babies: quality assessment and improvement tool*. Geneva: World Health Organization. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/244831/Hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies-quality-assessment-and-improvement-tool.pdf?ua=1
132. World Health Organization. (2015). *Effective Perinatal Care Training Package, 2nd edition 2015*. Geneva: World Health Organization. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/299167/EPC-manual-2nd-edition-2015-en.pdf?ua=1
133. World Health Organization. (2016a). *New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: World Health Organization. Prieiga per internetą: <https://www.who.int/news/item/07-11-2016-new-guidelines-on-antenatal-care-for-a-positive-pregnancy-experience>
134. World Health Organization. (2016b). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Geneva: World Health Organization. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249155/9789241511216-eng.pdf?sequence=1>
135. World Health Organization. (2017). *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed*. Geneva: World Health Organization. Prieiga per internetą: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/managing-complications-pregnancy-childbirth/en/

136. World Health Organization. (2018a). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215>
137. World Health Organization. (2018b). *WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*. Geneva: World Health Organization. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf>
138. World Health Organization. (2019). *New WHO evidence on mistreatment of women during childbirth*. Geneva: World Health Organization. Prieiga per internetą: <https://www.who.int/reproductivehealth/mistreatment-of-women-during-childbirth/en/>

PRIEDAI