

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
Pedagoģijas, psiholoģijas un mākslas fakultāte

Diāna Zande

Depresijas simptomi vecākiem grūtniecības laikā un pēc dzemdībām, sociālais atbalsts un zīdaiņa temperaments

Promocijas darbs psiholoģijas doktora grāda iegūšanai psiholoģijas zinātņu nozarē
klīniskās psiholoģijas apakšnozarē

Darba zinātniskā vadītāja:
prof. Dr. psych. Sandra Sebre

Rīga 2015

Pateicība

Sirsnīgs paldies visiem, kuri ir bijuši ar mani kopā studiju gados, atbalstījuši un palīdzējuši, lai promocijas darbs taptu – kolēģiem, draugiem, radiem, Psiholoģijas nodaļas pasniedzējiem.

Vispirms liels un sirsnīgs paldies manai darba vadītājai Sandrai Sebrei par atbalstu, uzmundrinājumu, iedvesmojumu, sirsnību, ticību manām spējām un profesionālo kompetenci!

Paldies profesorei Malgožatai Raščevskai par atsaucību un vērtīgajiem komentāriem, lai pilnveidotu šo darbu!

Paldies recenzentiem Semjuelam Putnamam, Jeļenai Koļesņikovai, Anikai Miltuzei un Ievai Bitei par iedziļināšanos, ieteikumiem, labojumiem, lai pilnveidotu un uzlabotu šo darbu.

Paldies Lindai Pētersonei un Kristapam Bricim par palīdzību darba rediģēšanā un tulkošanā! Paldies ģimenēm, kuras piedalījās pētījumā – bez jūsu līdzdalības to nebūtu iespējams veikt. Paldies Andai Upmanei par atbalstu kopš studijām bakalaura programmā.

Paldies maniem kolēģiem doktorantūrā! Īpašs paldies Marinai Bricei par siltumu un iedrošinājumu! Paldies Jeļenai Harlamovai par plecu! Paldies Marutai Ludānei, Ilonai Kronei un Ervīnam Čukuram par kopā piedzīvoto - sarunām, zinātniskajiem ceļojumiem, emocionālo atbalstu, paraugu un uzmundrinājumu!

Paldies Ilzei Plaučai, Jānim Grēviņam, Marijai Ābeltiņai, Tatjanai Kanonirei un Sanitai Šaiterei par konsultācijām, sarunām, uzklaušīšanu un mierinājumu!

Vislielākais paldies manai ģimenei – manam vīram, draugam, partnerim, stiprajai aizmugurei un vienkārši mīļumam Jurim Sērmukšam par neizsīkstošo mīlestību, atbalstu, izturību, uzklaušīšanu, esot kopā ar mani vissmagāko šaubu brīžos! Paldies maniem bērniem Alisei, Eduardam, Justīnei, Kārlim un Katrīnai par to, ka mani tik pacietīgi gaidāt visus šos gadus!

Paldies maniem vecākiem par dāvanām, ko esmu saņēmusi šūpulī – neatlaidību, mērķtiecību un spēju mainīt savu dzīvi!

Un paldies maniem kaķiem par nemitīgu dzīvīguma ieviešanu zinātnisko rakstu kaudzēs – jūsu “pētnieciskais gars” palīdzēja saglabāt dzīvesprieku!

Paldies Jums!

Promocijas no 2010. gada 1. oktobra līdz 2014. gada 31. oktobrim ar Eiropas Sociālā Fonda projekta “Atbalsts doktora studijām Latvijas universitātē”

Nr.2009/0138/1DP/1.1.2.1.2./09/IPIA/VIAA/004 atbalstu.



IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

Saturs

Pateicība	2
Ievads.....	5
1. Teorētiskā daļa.....	13
1.1. Depresija	13
1.1.2. Vēsturisks ieskats depresijas diagnozes attīstībā	13
1.1.3. Depresijas diagnoze pēc DSM-V un ICD-10 klasifikācijas.....	14
1.1.4. Depresijas etioloģija un teorētiskie modeļi	15
1.1.5. Depresijas saistība ar citiem traucējumiem un dzimumatšķirības sastopamībā.....	18
1.1.6. Depresijas simptomi vīriešiem	19
1.2. Depresija perinatālajā periodā; definīcijas un simptomi.....	20
1.2.1. Depresijas kategorijas un sastopamība perinatālajā periodā	22
1.2.2. Riska faktori depresijas attīstībai sievietēm perinatālajā periodā	25
1.2.3. Riska faktori depresijas attīstībai vīriešiem perinatālajā periodā.....	28
1.3. Vecāku depresijas simptomi un to saistība ar bērna agrīno attīstību	29
1.4. Temperaments.....	32
1.4.1. Temperamenta izpratnes vēsture.....	33
1.4.2. Temperamenta teorijas	34
1.4.3. Temperamenta neurobioloģiskais pamats	42
1.4.4. Temperaments bērna attīstības dinamikā	43
1.5. Vecāku depresija perinatālajā periodā un zīdaiņa temperaments	46
1.6. Sociālais atbalsts	51
1.6.1. Vēsturisks pārskats.....	51
1.6.2. Sociālais atbalsts; jēdziens un definīcijas	51
1.6.3. Sociālais atbalsts; teorētiskās pieejas	54
1.6.4. Sociālais atbalsts un depresija	60
1.6.5. Sociālais atbalsts un depresija vecākiem perinatālajā periodā.....	61
1.7. Sociālais atbalsts, depresija vecākiem un zīdaiņa temperaments	65
1.8. Kopsavilkums	67
2. Metode	70
2.1. Pētījuma dalībnieki	70
2.2. Mērījumi	71
2.3. Procedūra	74
2.4. Datu analīzes metodes.....	75
3. Rezultāti.....	75

3. 1. Zīdaiņa temperamenta izvērtējuma, depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta dzimumatšķirību pārbaude	77
3. 2. Zīdaiņa temperamenta iezīmju, depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta rādītāju atšķirību pārbaude starp mērījumu posmiem	79
3. 3. Saistības starp depresijas simptomiem, izjusto sociālo atbalstu un zīdaiņa temperamenta iezīmēm māšu un tēvu grupās pārbaude.....	81
3.4. Regresijas modeļi, prognozējot vecāku depresijas simptomus	86
3. 5. Regresijas modeļi, prognozējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā ...	91
3. 6. Regresijas modeļi, prognozējot bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā ...	92
4. Iztirzājums	96
4.1. Pētījumam adaptēto metožu ticamība	97
4.2. Atšķirību starp grupām pārbaude	98
4.3. Atšķirību starp mērījumiem pārbaude.....	101
4.4. Saistības starp depresijas simptomiem, izjusto sociālo atbalstu un zīdaiņa temperamenta iezīmēm mātēm un tēviem pārbaude.....	104
4.5. Regresijas modeļi, prognozējot māšu un tēvu depresijas simptomus	106
4.6. Regresijas modeļi, prognozējot bērna negatīvo emocionalitāti trīs un sešu mēnešu vecumā	108
4.7. Secinājumi.....	110
4.8. Pētījuma novitāte, ierobežojumi un rezultātu praktiskais izmantojums.....	112
Nobeigums.....	115
Izmantotās literatūras saraksts	117
Summary.....	142
Pielikumi.....	143

Ievads

Sabiedrības un pētnieku uzmanība arvien vairāk pievēršas vecāku emocionālajām izjūtām perinatālajā periodā (grūtniecības laikā un pirmajā gadā pēc bērna piedzimšanas), un šobrīd ir zināms, ka depresijas simptomus vai pat klīnisku depresiju šajā laikā izjūt daudzas mātes (Gaynes, Gavin, Meltzer-Brody, 2005; O'Hara & Swain, 1996) un tēvi (Paulson & Bazemore, 2010) visā pasaulē. Tomēr lielākā daļa vecāku, kuri cieš no depresijas simptomiem perinatālajā posmā, nemeklē un nesaņem palīdzību (Marcus, 2009). Dažādi emocionāli un fiziski simptomi perinatālajā periodā tiek uzskatīti par normālu parādību, tomēr depresija ir viens no nopietnākajiem emocionālajiem sarežģījumiem sievietēm (O'Hara, Wisner, Asher, & Asher, 2014), kas skar ne tikai māti, bet nozīmīgi ietekmē arī bērnu un partnerattiecības, kā arī var ilgstoši pazemināt visas ģimenes dzīves kvalitāti.

Arī vīriešu depresijai perinatālajā posmā pēdējās dekādēs pievērsts arvien vairāk uzmanības, tomēr šajā pētījumu jomā joprojām ir daudz neskaidra (Wee et al., 2011), un joprojām lielākajā daļā pētījumu par perinatālo depresiju vīrieši netiek iekļauti vai ir maz pārstāvēti (Ramchandani et al., 2011).

Mazulis pirmos dzīves mēnešus ikdienas ir kopā ar saviem vecākiem. Bērna veselīgu attīstību nosaka viņa bioloģiskie rādītāji, temperamenta iezīmes, vides parametri un, īpaši zīdaiņa tiešie aprūpētāji (Field, 2011). Ir secināts, ka mātes depresija var iespaidot bērna attīstību dažādās jomās, bet tas, kā zīdaiņa temperaments prognozē vecāku depresijas simptomus, līdz šim ir maz pētīts un zināšanas par to pagaidām ir ierobežotas. Lai gan tiek uzsvērtā vecāku audzināšanas nozīme bērna attīstībā, jau no dzimšanas arī zīdaiņim ir liela ietekme uz vecāku dzīvi, un jaunākajos pētījumos un teorētiskajās pieejās tiek uzsvērts, ka bērnu un vecāku mijiedarbība ir divvirziena (Tronick, 2007; 1989). Bērniem ir aktīva loma bērnu un vecāku savstarpējās attiecībās (Cole, LeDonne & Tan, 2013). Mazulis, kurš daudz raud un ir grūti nomierināms, var vājināt vecāku pozitīvās izjūtas un pat sekmēt pazeminātu noskaņojumu. Savukārt vecāki, kuri izjūt depresiju, var savus mazulus uztvert kā emocionāli negatīvākus, kas var sekmēt neadekvātu audzināšanas metožu izmantošanu vēlāk.

Jau no pirmajām dzīves dienām bērni ir atšķirīgi savā uzvedībā, un to nosaka temperamenta agrīnās iezīmes. Zīdaiņa temperamenta izpausmes mazuļiem var novērot no dzimšanas, un tās tiek uzskatītas par „personības attīstības pamata ķieģeļiem” (Rothbart, 2011). Pēdējās dekādēs temperamenta izpētei pievērsušies daudzi pētnieki un ir izveidoti vairāki temperamenta teorētiskie modeļi. Vienu no mūsdienīgākajiem skatījumiem uz mazuļu temperamentu pagājušā gadsimta astoņdesmitajos gados ASV attīstījusi Mērija Rotbarta (Mary Rothbart). Šobrīd viņas aptaujas tiek plaši izmantotas pētījumos daudzās pasaules valstīs.

Ģimene nav atrauta no plašākas sociālās vides. Laikā, kad piedzimst mazulis, ģimenei ir ļoti svarīgi saņemt atbalstu no tuviniekiem, draugiem un profesionāļiem. Daudzi pētījumu rezultāti ļauj secināt, ka sociālais atbalsts ir svarīgs aizsargfaktors pret depresijas attīstību, bet nepietiekams vai nepieejams sociālais atbalsts perinatālajā posmā ir riska faktors depresijas attīstībai grūtniecēm un sievietēm pēc dzemdībām (Ford & Ayers, 2009; O Hara, 1986). Ja vecāki neizjūt atbalstu un turklāt viņu bērniņš ir prasīgs, daudz raud, ir grūti nomierināms, vecāku emocionālais noskaņojums var pasliktināties, kas savukārt var sekmēt to, ka mazulis kļūst vēl nemierīgāks.

Analizējot zinātnisko literatūru, var secināt, ka līdz šim ir bijis daudz pētījumu par perinatālās depresijas izplatību, riska faktoriem un sekām, ko šis traucējums rada visai ģimenei. Kopš jaunā DSM-V (American Psychiatric Association (APA), 2013) izdošanas, tajā iekļauta diagnoze „depresija ar sākumu perinatālajā periodā”. Tomēr joprojām trūkst longitudinālu pētījumu, kuros aplūkotu vecāku depresijas simptomu, izjustā sociālā atbalsta un zīdaiņa temperamenta mijiedarbību perinatālajā periodā.

Tādēļ svarīgi šos traucējumus pētīt kopumā, ietverot visu ģimenes sistēmu, un longitudinālā pētījuma dizainā. Depresijas simptomi perinatālajā posmā ir starpdisciplināra pētījumu problēma. Pētījumi tiek veikti medicīnas, psiholoģijas un ģenētikas nozarēs, un šī traucējuma etioloģija, riska un aizsargfaktori, kā arī attīstība un sekas jāpēta biopsihosociālā modeļa ietvaros.

Zinātniskā novitāte. Pēdējās dekādēs sieviešu depresijas simptomi perinatālajā posmā pētīti visai plaši, bet vīriešu izjūtām laikā, kad ģimenē ienāk mazulis, pētnieku uzmanība tiek pievērsta samērā nesen. Latvijā šis ir pirmais zināmais pētījums par depresijas simptomiem vecākiem, kurā piedalās vīrieši. Kā atzīmēts pēdējās pētījumu metaanalīzēs, šobrīd ir nepietiekams skaits longitudinālu pētījumu dažādās kultūrās par topošo un jauno vecāku depresijas simptomiem, iekļaujot abus partnerus. Šis pētījums ir longitudināls un notiek trijos posmos – grūtniecības trešajā trimestrī, trīs un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas, un visos minētajos posmos tajā piedalās abi vecāki. Vēl ierobežotāks ir to pētījumu skaits, kur, pētot vecāku depresijas simptomus, ņemts vērā arī zīdaiņa temperaments. Nav atrasts longitudināls pētījums, kur būtu mēģināts noskaidrot, kā abu vecāku depresijas simptomi perinatālajā posmā mijiedarbojas ar zīdaiņa temperamenta rādītājiem un izjusto sociālo atbalstu. Pēdējā laikā tiek diskutēts par to, vai vīrieši var izjust atšķirīgus depresijas simptomus, nekā tos, kuri norādīti slimību klasifikatoros (Cohran & Rabinovitz, 2000; Martin, 2013). Šī pētījuma ietvaros tika izmantotas divas aptaujas depresijas simptomu mērīšanai, no kurām viena izveidota, lai līdztekus tradicionāli atzīto depresijas simptomu noteikšanai mērītu simptomus, kuri var būt vairāk raksturīgi vīriešiem. Šī aptauja pētījuma ietvaros adaptēta latviešu valodā. Līdzšinējos pētījumos atzīmēts, ka svarīgi veidot pietiekami lielu izlasi – šī pētījuma respondentu skaits ir 258 pāri, kas Latvijā, kur ir

samērā zema dzimstība, ir liela izlase. Zīdaiņa temperamenta mērīšanai ir izmantota mūsdienīgākā temperamenta aptauja, un uz tās jautājumiem divos posmos atbildēja abi vecāki. Tā kā tiek diskutēts, ka mātes depresijas simptomi, iespējams, ietekmē to, kā viņa novērtē sava bērna temperamentu, tad šajā pētījumā depresijas un zīdaiņa temperamenta mijiedarbība tiek pārbaudīta, veidojot abu vecāku kopējo bērna temperamenta izvērtējuma rādītāju, kas varētu mazināt mērījuma subjektivitāti.

Praktiskā lietderība. Šim pētījumam ir ne tikai zinātniska, bet arī sociāla un praktiska lietderība. Pētījuma rezultāti ir pamats, lai nākotnē izstrādātu un ieviestu praktiskus ieteikumus grūtnieču aprūpes uzlabošanā, lai vairāk pievērstu uzmanību ne tikai grūtniecības fizioloģiskajām, bet arī emocionālajām norisēm.

Būtiski ir aktualizēt arī topošo un jauno tēvu emocionālās izjūtas perinatālajā periodā. Šī pētījuma rezultāti var būt par pamatu izglītojoša materiāla sagatavošanai par depresijas simptomiem topošajiem un jaunajiem vecākiem, kā arī speciālistiem, kas strādā grūtniecības aprūpē, dzemdību iestādēs un ģimenes ārstu praksēs.

Arī zīdaiņa temperaments ir jēdziens, par kuru Latvijas sabiedrība joprojām nav pietiekami plaši informēta, jo mūsu valstī šajā jomā pētniecība tikai sākas. Pētījuma rezultāti ļaus vecākiem labāk izprast to, kā attīstās mazuļa temperamenta izpausmes. Zināšanas par agrīnām zīdaiņa temperamenta izpausmēm var būt nozīmīgas, lai vecāki izvēlētos sava mazuļa temperamenta iezīmēm atbilstošas audzināšanas stratēģijas.

Tāpat šī pētījuma rezultāti var būt par pamatu, lai vecākiem izskaidrotu to, kā zīdaiņa temperaments mijiedarbojas ar vecāku emocionālo stāvokli, un, ka ne tikai mazuļa labsajūta ir atkarīga no vecākiem, bet, ka prasīgs un nemierīgs mazulis var sekmēt to, ka mātes jūtas nomāktas.

Pētījumā iegūtā informācija par zīdaiņa agrīnajām temperamenta izpausmēm un attīstību var būt svarīga arī speciālistiem, kuri iesaistīti bērna veselīgas attīstības veicināšanā (ārstiem, vecmātēm, fizioterapeitiem). Pētījuma rezultāti varētu palīdzēt attīstīt psihoterapeitisku palīdzību vecākiem, kuriem ir depresija perinatālajā periodā. Turklāt pētījuma vajadzībām tulkotās un adaptētās aptaujas var būt lietderīgas turpmāku pētījumu veikšanā.

Pētījuma mērķis ir longitudināli izpētīt depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta dinamiku vecākiem grūtniecības pēdējā trimestrī, trīs un sešus mēnešus pēc dzemdībām; zīdaiņu temperamenta atšķirības trīs un sešu mēnešu vecumā, dzimumatšķirības depresijas simptomu izteiktībā, kā arī mātes un tēva depresijas simptomu mijiedarbību ar zīdaiņa temperamenta rādītājiem un izjusto sociālo atbalstu.

Pētījuma jautājumi.

Atšķirības starp grupām.

1. Vai pastāv atšķirības starp māšu un tēvu grupām zīdaiņa temperamenta iezīmju, depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta novērtējumā?

Atšķirības starp mērījumu posmiem.

2. Vai pastāv atšķirības zīdaiņa temperamenta iezīmju, depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta novērtējumā starp mērījumu posmiem māšu un tēvu grupās?

Saistība.

3. Kāda ir saistība starp depresijas simptomiem un izjusto sociālo atbalstu, un bērna temperamenta iezīmēm māšu un tēvu grupās?

Vecāku depresijas simptomu prognozes.

4. Vai bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (*mātes novērtējumā*) prognozē depresijas simptomus mātēm sešus mēnešus pēc dzemdībām, kontrolējot mātes depresijas simptomus iepriekšējos mērījumos un izjustā sociālā atbalsta līmeni?
5. Vai bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (*tēva novērtējumā*) prognozē tēvu depresijas simptomus sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas, kontrolējot tēva depresijas simptomus iepriekšējos mērījumos un izjustā sociālā atbalsta līmeni?
6. Vai bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (*abu vecāku kopējā novērtējumā*) prognozē depresijas simptomus mātēm un tēviem sešus mēnešus pēc dzemdībām, kontrolējot depresijas simptomus iepriekšējos mērījumos un izjustā sociālā atbalsta līmeni?

Zīdaiņa negatīvās emocionalitātes prognozes.

7. Vai mātes depresijas simptomi grūtniecības trešajā trimestrī prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*mātes novērtējumā*) triju mēnešu vecumā?
8. Vai mātes depresijas simptomi grūtniecības trešajā trimestrī prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*abu vecāku kopējā novērtējumā*) triju mēnešu vecumā?
9. Vai mātes depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*mātes novērtējumā*) sešu mēnešu vecumā, kontrolējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā?
10. Vai mātes depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*abu vecāku kopējā novērtējumā*) sešu mēnešu vecumā, kontrolējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā?

11. Vai tēvu depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*tēva novērtējumā*) sešu mēnešu vecumā, kontrolējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā?

12. Vai tēvu depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*abu vecāku kopējā novērtējumā*) sešu mēnešu vecumā, kontrolējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā?

Papildu jautājums. Vai pētījumam adaptēto un izmantoto aptauju (Edinburgas pēcdzemdību aptauja, Gotlandes vīriešu depresijas aptauja, Izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju un Aptaujas par mazuļa uzvedību uzlabotais, ļoti īsais variants) latviešu versiju psihometriskie rādītāji atbilst oriģinālo aptauju psihometriskajiem rādītājiem?

Pētījuma priekšmets: depresijas simptomi, zīdaiņa temperaments, izjustais sociālais atbalsts.

Metode. Pētījums ir longitudināls kvantitatīvs korelatīvs pētījums trijos posmos.

Pētījuma dalībnieki. Pētījumā piedalījās 258 sievietes, kuras pētījuma pirmajā posmā bija vecumā no 21 līdz 41 gadam ($M = 28,26$, $SD = 3,99$), un viņu partneri vecumā no 21 līdz 46 gadiem ($M = 30,31$, $SD = 4,86$). Visas sievietes bija grūtniecības 3. trimestrī – no 30. līdz 40. nedēļai ($M = 33,16$, $SD = 1,38$). Pētījumā piedalījās sievietes, kurām bija zema riska grūtniecība un dzemdības bez nopietniem medicīniskiem sarežģījumiem. Bērnam un sievietei pēcdzemdību periodā nebija konstatēti nopietni veselības sarežģījumi; laikposmā, kad notika pētījums, ģimenē nebija vairāk par vienu krīzes situāciju – darba zaudējums, smaga slimība u. c. Visi pētījuma dalībnieki bija pilngadīgi, vismaz ar vidējo izglītību, bija precēti vai dzīvoja neregistrētās partneru attiecībās. Dalībnieku iesaistīšanās pētījumā bija brīvprātīga. Kopumā pētījuma dalībniekus var raksturot kā zema riska grupu. Plašāku pārskatu par dalībnieku demogrāfiskajiem datiem skatīt 1. pielikumā.

Mērījumi. Lai noskaidrotu pētījuma dalībnieku vecumu, izglītības līmeni, ienākumu līmeni, bērnu skaitu un dzimumu, sievietes un bērna veselības stāvokli pēcdzemdību periodā, kā arī citus datus, respondentiem tika uzdoti jautājumi par sociodemogrāfisko situāciju grūtniecības laikā un pēc bērna piedzimšanas.

Depresija grūtniecības laikā un pēc dzemdībām. Lai mērītu depresijas simptomus grūtniecības laikā un pēc dzemdībām, tika izmantotas divas aptaujas. Pirmā ir Edinburgas pēcdzemdību depresijas aptauja (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS; Cox, Holden & Sagovsky, 1987) (turpmāk – EPDA). Latvijā aptauja adaptēta Maijas Kulinskas bakalaura darbā (Kulinska, npublicēts materiāls). Šī promocijas darba ietvaros veikta aptaujas tulkojuma uzlabošana un adaptācija (Zande & Sebre, 2012). EPDA izveidota, lai noteiktu pēcdzemdību depresijas simptomu esamību, un tā validizēta izmantošanai arī grūtniecības laikā (Cox & Holden, 2003), kā arī to var izmantot gan mātēm, gan tēviem (Edmonson et al., 2010; Matthey,

Barnett & Kavanagh, 2001). Otrā ir Gotlandes vīriešu depresijas aptauja (Gotland Male Depression Scale – GMDS; Zierau, Bille, Rutz & Bech, 2002) (turpmāk – GVDA). Šī aptauja tika izveidota, lai paralēli klasifikatoros noteiktajiem depresijas simptomiem mēritu arī vīriešiem raksturīgus depresijas simptomus – aizkaitināmību, dusmas, pastiprinātu vielu lietošanu. Tā izmantota arī pētījumos pēcdzemdību depresijas mērīšanai jaunajiem tēviem (Madsen & Juhl, 2007). Aptauja izmantota arī pētījumos, kuros piedalās sievietes (Möller-Leimkühler, Bottlender, Strauss & Rutz, 2004). Latvijā aptauja adaptēta šī promocijas darba ietvaros (Zande & Sebre, 2012). Depresijas noteikšanai iesaka izmantot tā saucamo “dubulto skrīningu” jeb divas pašnovērtējuma aptaujas, kas varētu paaugstināt mērījumu objektivitāti (Lee, Alexander, Chiu, & Chung, 2000). Tādēļ gan vīrieši, gan sievietes šajā pētījumā atbildēja uz abu depresijas aptauju jautājumiem visos trijos mērījumu punktos.

Zīdaiņa temperaments. Zīdaiņa temperamenta mērīšanai izmantota Aptauja par mazuļa uzvedību – uzlabotais, ļoti īsais variants (Infant Behavioral Questionnaire – revised, very short form IBQ–R, VSF; Gartstein & Rothbart, 2003, Putnam, Helbig, Gartstein, & Rothbart, 2012, Putnam, Helbig, Gartstein, Rothbart, & Leerkes, 2014; adaptācija latviešu valodā Zande & Sebre, 2011) (turpmāk – AMU). Aptaujā iekļautas trīs apakšskalas – reaktivitāte, negatīvā emocionalitāte un apzināta reakciju kontrole jeb pašregulācijas spēja¹.

Sociālais atbalsts. Sociālā atbalsta mērīšanai tika izmantota Izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju aptauja (Multidimensional Scale of Perceived Support MSPSS; Kazarian & McCabe, 1991; Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988; Latvijā adaptējusi Voitkāne, Miezīte un Raščevska, 2003) (turpmāk – ISADA). Aptaujā ir trīs apakšskalas – atbalsts no ģimenes, atbalsts no draugiem un atbalsts no īpaša cilvēka, un ir iespējams noteikt kopējo izjustā sociālā atbalsta līmeni. Šajā pētījumā tiks izmantota tikai kopējā izjustā atbalsta summa.

Procedūra. Pirmajā pētījuma posmā piedalījās grūtnieces pēdējā grūtniecības trimestrī bez grūtniecības sarežģījumiem un viņu partneri. Vecāki tika meklēti topošo vecāku skolu nodarbībās un vecmāšu un ginekologu privātpraksēs Rīgā un Latvijas lielākās pilsētās. Vecāki, kuri piekrita piedalīties aptaujās, uz jautājumiem atbildēja elektroniski. Trīs un sešus mēnešus pēc dzemdībām vecāki atkārtoti atbildēja uz aptauju jautājumiem. Izlasē iekļauti 258 vecāku pāri, kuri piedalījās visos trijos pētījuma posmos. Vecāku aptaujāšana notika interneta vidē individuāli, bez laika ierobežojuma.

¹ Aptaujā par zīdaiņa uzvedību temperamenta regulējošais faktors tiek definēts kā pašregulācijas spēja. Aprakstot savu temperamenta teorētisko modeli, Rotbarta (Rothbart, 2012) lieto jēdzienu „apzinātā reakciju kontrole” (angļu val. – *effortful control*). Tā kā pirmajā dzīves gadā šis temperamenta aspekts ir attīstības sākuma stadijā, tad zīdaiņa vecumā bieži tiek izmantots jēdziens „pašregulācijas spēja”. To izmanto arī Aptaujā par mazuļa uzvedību, kas izmantota šajā pētījumā. Promocijas darbā tiks lietoti abi jēdzieni. Jēdzienu *effortful control* ir īpaši grūti tulkot latviešu valodā. Šajā darbā tiks lietots tulkojums „apzināta reakciju kontrole”. Šāds tulkojums ir apspriests ar latviešu valodas speciālistiem.

Datu apstrāde un analīze. Datu apstrādei un analīzei tika izmantota SPSS programmas 20.0 versija. Galvenās statistiskās metodes – regresiju analīze, korelāciju analīze, Vilkoksona rangu tests, Frīdmana z kritērijs, Kolmogorova-Smirnova tests.

Pētījuma uzdevumi.

1. Apzināt un izanalizēt zinātnisko literatūru par pētījuma tēmu.
2. Izstrādāt pētījuma mērķim atbilstošu pētījuma projektu.
3. Izvēlēties atbilstošus instrumentus depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta, kā arī zīdaiņu temperamenta iezīmju mērīšanai, veikt to tulkojumu un adaptāciju latviešu valodā.
4. Veikt pētījuma metožu aprobāciju pilotpētījumā.
5. Ievākt datus, tos apstrādāt un izanalizēt, izmantojot atbilstošas statistiskās metodes.
6. Interpretēt rezultātus un izstrādāt secinājumus.
7. Atspoguļot pētījuma rezultātus promocijas darbā, un to noformēt.

Aizstāvēšanai izvirzītās tēzes.

Atšķirības starp māšu un tēvu grupām

1. Mātes augstāk nekā tēvi novērtē bērnu pašregulācijas spējas triju un sešu mēnešu vecumā.
2. Mātes norāda izteiktākus depresijas simptomus (EPDA un GVDA) visos trijos mērījumu posmos un augstāku izjusto sociālo atbalstu grūtniecības trešajā trimestrī nekā tēvi.

Atšķirības starp mērījumu posmiem

3. Mātes un tēvi savu bērnu negatīvo emocionalitāti un reaktivitāti sešu mēnešu vecumā novērtē kā augstāku nekā triju mēnešu vecumā.
4. Mātes un tēvi norāda stabilu izjustā sociālā atbalsta līmeni visos trijos mērījumu posmos, bet mātēm depresijas simptomu līmenis (EPDA un GVDA) grūtniecības trešajā trimestrī ir augstāks nekā trīs un sešus mēnešus pēc dzemdībām.

Saistības

5. Jo augstāks depresijas simptomu līmenis (EPDA un GVDA) vienā mērījumu posmā, jo augstāks depresijas simptomu līmenis citos mērījumu posmos gan mātēm, gan tēviem.
6. Jo zemāks norādītā izjustā sociālā atbalsta līmenis, jo augstāks depresijas simptomu līmenis (EPDA un GVDA) gan mātēm, gan tēviem.
7. Jo izteiktāki ir māšu un tēvu depresijas simptomi (EPDA un GVDA), jo viņi bērna negatīvo emocionalitāti novērtē kā augstāku.
8. Jo izteiktāki ir tēvu depresijas simptomi (EPDA) trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas, jo viņi bērna pašregulācijas spēju novērtē kā zemāku.

Vecāku depresijas simptomus prognozē

9. Bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (gan mātes, gan tēva, gan abu vecāku kopējā novērtējumā) prognozē depresijas simptomus gan mātēm, gan tēviem sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas.

Zīdaiņa negatīvo emocionalitāti prognozē

10. Mātes depresijas simptomi grūtniecības trešajā trimestrī prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (gan mātes novērtējumā, gan abu vecāku kopējā novērtējumā) triju mēnešu vecumā.
11. Mātes depresijas simptomi grūtniecības trešajā trimestrī un trīs mēnešus pēc dzemdībām prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (mātes novērtējumā) sešu mēnešu vecumā.
12. Mātes depresijas simptomi trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas un zemāks izjustā sociālā atbalsta līmenis prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (abu vecāku kopējā novērtējumā) sešu mēnešu vecumā.
13. Tēvu depresijas simptomi trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas prognozē bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā (abu vecāku kopējā vērtējumā).
14. Pētījumā izmantotajām aptaujām, t. i., Edinburgas pēcdzemdību depresijas aptaujai, Gotlandes vīriešu depresijas simptomu aptaujai, Izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju aptaujai un Aptaujai par mazuļa uzvedību (uzlabotais, ļoti īsais variants), ir pietiekami augsti iekšējās saskaņotības rādītāji, un tās var izmantot turpmākos pētījumos.

Šajā longitudinālajā pētījumā iegūtie rezultāti apstiprina mūsdienu psiholoģijas zinātnes atziņas par to, ka gan mātes, gan bērna psiholoģiskā labklājība ir atkarīga no abpusējas savstarpējās mijiedarbības starp māti un bērnu. Pētījuma rezultāti paplašina izpratni par to, ka agrīnajā zīdaiņa vecumā pastāv arī abpusēja mijiedarbība starp tēva un mazuļa emocionālo labklājību. Var secināt, ka bērna temperaments trijos mēnešos prognozē gan mātes, gan tēva depresijas simptomu sešus mēnešus pēc dzemdībām, un arī gan mātes, gan tēva depresijas simptomi prognozē bērna temperamentu sešu mēnešu vecumā.

Disertācijas struktūra. Promocijas darbā ir piecas nodaļas. Pirmā ir veltīta depresijas, temperamenta un sociālā atbalsta teoriju un pētījumu analīzei, un tajā ir izvirzīti pētījuma jautājumi. Pirmajā nodaļā ir astoņas apakšnodaļas. Otrajā nodaļā aprakstīta pētījuma metode, dalībnieki un pētījuma procedūra, un tajā ir četras apakšnodaļas. Trešajā nodaļā analizēti pētījuma rezultāti, un tā iekļauj sešas apakšnodaļas. Darba ceturtajā nodaļā veltīta iegūto rezultātu analīzei. Šajā nodaļā ir astoņas apakšnodaļas. Promocijas darbā ir iekļauti 7 attēli, 20 tabulas, 8 pielikumi, izmantoti 328 literatūras avoti. Darbā ir 142 lapaspuses bez pielikumiem, 149 lapaspuses ar pielikumiem.

1. Teorētiskā daļa

1.1. Depresija

Garīgie traucējumi un vielu atkarības 2010. gadā bija 5. vietā pasaulē starp traucējumiem, kuri izraisa nāvi, un depresija bija visizplatītākais no minētajiem traucējumiem (Whiteford et al., 2013). Vēl joprojām ir aktuāli pētījumi dažādās klīniskajās un vecuma grupās, kas palīdzētu izprast šī traucējuma cēloņus, uzturošos faktoros un atklāt iespējas mazināt tā radītās sekas. Šajā nodaļā sniegts īss ieskats depresijas diagnozes vēsturē, teorētiskajos modeļos, depresijas simptomu iespējamās dzimumatšķirībās, kā arī aplūkoti perinatālās depresijas riska faktori un sastopamība mātēm un tēviem. Pēc tam tiek analizēti pētījumi par depresiju vecākiem perinatālajā periodā un tās saistību ar bēna attīstību.

1.1.2. Vēsturisks ieskats depresijas diagnozes attīstībā

Depresijas diagnozes vēsture ir sena. Jau no senās Grieķijas perioda līdz apgaismības laikam aprakstīja emocionālo stāvokli, ko dēvēja par melanholiju. Hipokrāts skaidroja melanholiju kā stāvokli, ko šodien raksturotu kā depresiju. Hipokrāta izpratnē par garastāvokļa traucējumiem būtisks bija uzsvars uz bioloģisko jeb somatisko skaidrojumu. Hipokrāts skaidroja, ka ir cilvēki, kuri ir jutīgāki pret melanholijas izpausmēm nekā citi – šiem cilvēkiem organismā vairāk ir melnā žults un viņiem ir melanholisks temperaments. Savukārt romiešu filosofs Cicerons uzskatīja, ka melanholija rodas no spēcīgām dusmām, bailēm un sērām, uzsverot depresijas garīgos, nevis bioloģiskos cēloņus (Diamond, 1974). Viduslaikos melanholija tika pielīdzināta nāves grēkam un, ja to piedzīvoja sievietē, tad nereti viņa tika sadedzināta sārtā (Davidson, 2006). Septiņpadsmitajā gadsimtā melanholiju sāka skaidrot ar to, ka smadzenes ir saindētas ar ķīmiskām vielām, bet 19. gadsimta sākumā arvien vairāk pieauga neapmierinātība ar jēdzienu “melanholija”, jo ar to bez atšķirības mēdza izskaidrot gan normālus, gan patoloģiskus garīgos stāvokļus (Davidson, 2006).

Jēdzienu “depresija” lieto tikai no 19. gadsimta beigām, kad vācu psihiatrs Emīls Krepelīns (Emil Kraepelin) 1895. gadā pirmais nodalīja „pārāgru demenci” (*dementia praecox*) no maniakāli depresīvās psihozes, ko šodien raksturo kā bipolāros traucējumus. Viņš ieteica terminoloģiju, kas nodala māniju no depresijas. Depresijā indivīds uzrāda skumju vai trauksmainu garastāvokli, kavētu vai lēnu domāšanu un uzvedību, bet mānijā ideju lidojumu, eksaltētu noskaņojumu, pārmērīgu aktivitāti. Šie Krepelīna novērojumi izturējuši laika pārbaudi. Deviņpadsmitā un divdesmitā gadsimta mijā veidojās arī psihodinamiskā teorija un psihoanalīze. Pēdējā kļuva par ārkārtīgi populāru depresijas ārstēšanas metodi. Freids (Freud, 1917) savā

klasiskajā darbā „Sēras un melanholija” (*“Mourning and melancholia”*) identificēja un aprakstīja normālus (sēru) un patoloģiskus (melanholija) garstāvokļus un norādīja gan līdzības, gan būtisku atšķirību starp tiem. Gandrīz pirms 100 gadiem ir bijuši arī centieni analizēt emocionālos traucējumus pēc dzemdībām, piemēram, Zilborgs (Zilboorg, 1929, kā minēts Najman et al., 2000) garstāvokļa traucējumus pēcdzemdību periodā uzlūkoja no psihoanalītiskā redzes punkta un izvirzīja pieņēmumu, ka pēcdzemdību garīgās veselības traucējumu cēlonis ir sievietes „nepilnīgā” attīstība jeb frigiditāte. Daļa ārstu šajā laikā raudzījās uz depresiju kā fizisku saslimšanu, kuras pamatā ir patoloģija smadzenēs. Speciālisti ir tiekušies nodalīt garstāvokļa traucējumus, kuri rodas bioloģisku iemeslu dēļ, no tiem, kurus ierosina psiholoģiski faktori vai notikumi cilvēka dzīvē, un tas ir ietekmējis gan teoriju attīstību, gan pētījumus, gan arī pieejas, kā ārstēt depresiju.

1.1.3. Depresijas diagnoze pēc DSM-V un ICD-10 klasifikācijas

Depresijas (latīniski “deprimere” – nospiest) definīcijas un kritērijus diagnosticēšanai nodrošina divi diagnostiskie klasifikatori – Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas piektā versija (DSM-V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.; American Psychiatric Association, APA, 2013; turpmāk – DSM-V) un Starptautiskās slimību un saistīto veselības problēmu klasifikācijas desmitā versija – SSK-10 (ICD-10, The International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, World Health Organization, WHO, 2007; turpmāk – SSK-10). Latvijā psihisko traucējumu diagnozes noteikšanai izmanto SSK-10.

Saskaņā ar DSM-V depresija ir garstāvokļa traucējums – psihiska slimība (APA, 2013). SSK-10 nosaka, ka depresija ir izplatīts psihisks traucējums, kam raksturīgs nomākts garstāvoklis, intereses un prieka zudums, vainas un nevērtīguma izjūta, miega un ēstgribas traucējumi, pazemināta enerģija un vājas koncentrēšanās spējas (WHO, 2007).

Saskaņā ar DSM-V (APA, 2013), lai noteiktu diagnozi – depresijas epizode, indivīdam jānorāda vismaz viens no diviem pamatsimptomiem – nomākts garstāvoklis; prieka un intereses zudums – un vismaz četri citi simptomi no šādiem: pazemināta enerģija, koncentrēšanās grūtības, vainas / mazvērtības izjūta, domas par sevis ievainošanu vai sevis ievainošana, miega traucējumi, svara zudums / pieaugums, nemiers. Lai simptomi atbilstu depresijas diagnostiskajiem kritērijiem, cilvēkam tie jājūt vismaz divas nedēļas un tiem būtiski jāietekmē viņa funkcionēšanas spējas. Daži no simptomiem (apetīte, miegs, svars, aktivitāte) var būt vai nu paaugstināti, vai pazemināti. Simptomu esamība, izteiktība, ilgums un smagums starp indivīdiem var ļoti plaši variēt.

DSM-V ietver šādas depresijas diagnozes: depresijas epizode, distīmija, adaptācijas traucējumi ar nomāktu garastāvokli un neprecizēti depresijas traucējumi. Pie pēdējiem pieskaitāma arī depresijas epizode perinatālajā periodā (APA, 2013).

Atbilstoši SSK-10 depresijai ir trīs tipiskie simptomi: nomākts garastāvoklis, prieka zudums un pazemināta enerģija, kā arī papildu simptomi: pazemināta spēja koncentrēties, pazemināta pašcieņa, vainas / mazvērtības izjūta, pesimisms, domas par sevis ievainošanu / sevis ievainošana, miega traucējumi un apetītes traucējumi.

Turpmāk aplūkoti dažādi depresijas teorētiskie modeļi.

1.1.4. Depresijas etioloģija un teorētiskie modeļi

Divdesmitā gadsimta laikā attīstīti dažādi depresijas teorētiskie modeļi un pieejas, kas šī traucējuma rašanos skaidro no atšķirīgām perspektīvām. Vēsturiski depresiju skaidroja kā vismaz daļēji bioloģiski pamatotu un līdz pat DSM-III (APA, 1980) tā tika iedalīta reaktīvajā (izraisītājs ir kāds ārējs notikums, uz ko indivīds reaģē ar skumjām, izvairīšanos u. c.) un endogēnā (balstās ģenētiskajos un bioloģiskajos faktoros). Kopš DSM-IV šāda iedalījuma vairs nav.

Mūsdienās depresijas izpēte notiek dažādu teorētisko modeļu ietvaros, kas aptver gan bioloģisku, gan kognitīvu un sociālu skatījumu uz šī traucējuma attīstību. Neraugoties uz atšķirībām starp modeļiem, tos vieno viedoklis, ka depresijas pamatā vienmēr ir bioloģiski, psiholoģiski un sociāli faktori. Turpmāk tiks aplūkotas dažas no depresijas teorijām un modeļiem.

Iedzimtība. Depresijas iedzimtības pētījumi notiek trijos laukos – ģimenes pētījumi, dvīņu pētījumi un adoptēto bērnu pētījumi. Jaunākos dvīņu pētījumos secināts, ka starp vienolšūnas dvīņiem saskaņotība depresijas diagnozes gadījumā ir 70–90%, bet divolšūnu dvīņiem tā ir 16–35% (Sadock & Sadock, 2008, kā minēts Corwin, Kohen, Jarrett, & Stafford, 2010). Tiek uzskatīts, ka depresijas ģenētiskais komponents ir būtisks, ja tas mijiedarbojas ar negatīviem vides faktoriem, tā sekmējot traucējuma attīstību. Iedzimtībai ir cieša saistība ar atkārotām depresijas epizodēm (Sullivan, Neale, & Kendler, 2000), un, ka iedzimtībai klīniskās depresijas attīstībā lielāka nozīme ir sievietēm nekā vīriešiem (Kendler, Gatz, Gardner, et al., 2006).

Monoamīnu hipotēze. Agrīnie depresijas bioloģiskie modeļi balstījās uz pieņēmumu, ka monoamīnu (veidojas, aminoskābēm savstarpēji mijiedarbojoties ar vairogdziedzera hormoniem) neiromediatoru norepinefrīna un serotonīna deficīts rada depresiju. Šobrīd šī teorija tiek uzlūkota kā nedaudz vienkāršota, jo tajā netiek ņemts vērā, ka depresija attīstās daudzu savstarpēji saistītu sistēmu darbības rezultātā, tajā iesaistīti daudzi papildu neiromediatoru (Rehm, 2010).

Psihodinamiskais modelis – Freids uzskatīja, ka depresijas cēlonis ir objektīvs vai subjektīvs mīlēta objekta zaudējums (Freud, 1917). Viņš saskatīja līdzību starp sērām un depresiju (tajā laikā dēvētu par melanholiju). Ja sēras neizdodas pārdzīvot, var attīstīties depresija. Depresijai raksturīga paškritika un pašnosodījums, kas rodas no dusmām, kuras vērstas uz sevi. Vēlāk šis modelis tika apšaubīts, jo depresijai piemītošās dusmas var tikt izpaustas arī uz citiem cilvēkiem.

Kognitīvais modelis. Beks (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) izveidoja depresijas kognitīvo teoriju, kurā izvirzīja pieņēmumu, ka atsevišķiem indivīdiem piemīt “kognitīvā ievainojamība” pret depresiju. Šiem cilvēkiem ir izveidojušās negatīvas pamatpārliecības jeb shēmas, kuras aktivizējas kritiskā situācijā, kas indivīdam rada spriedzi, un tādējādi attīstās depresija. Beks izveidoja depresijas kognitīvo triādi, kura ietver negatīvas pārliecības par sevi, par pasauli un nākotni. Viņš uzskatīja, ka depresijā indivīda pamatpārliecības akcentē negatīvu pieredzi pagātnē un īpaši attiecas uz tādu pieredzi kā zaudējums, trūkums, pašnoniecināšana un bezpalīdzība (Beck, 1967).

Sociāli kognitīvā iemācītās bezpalīdzības teorija. Šo teoriju Overmeijers un Seligmans (Overmier & Seligman, 1967) atvasināja no Beka depresijas modeļa. Veicot dzīvnieku uzvedības pētījumus, Seligmans izveidoja jēdzienu “iemācītā bezpalīdzība” kā modeli, kas novērots dzīvnieku uzvedībā. Vēlāk Seligmans izvērta savus pētījumus arī ar cilvēkiem un konstatēja, ka cilvēku uzvedība situācijās, kurās viņi nespēj atrisināt uzdevumu, kļūst līdzīga bezpalīdzīgu dzīvnieku uzvedībai un tādu cilvēku uzvedībai, kuri cieš no depresijas. Kad cilvēki piedzīvo nepatīkamas situācijas, kuras ir grūti kontrolēt, viņi jūtas bezpalīdzīgi un nereti pietiekami necenšas, lai uzlabotu situāciju, un tas savukārt sekmē depresijas attīstību.

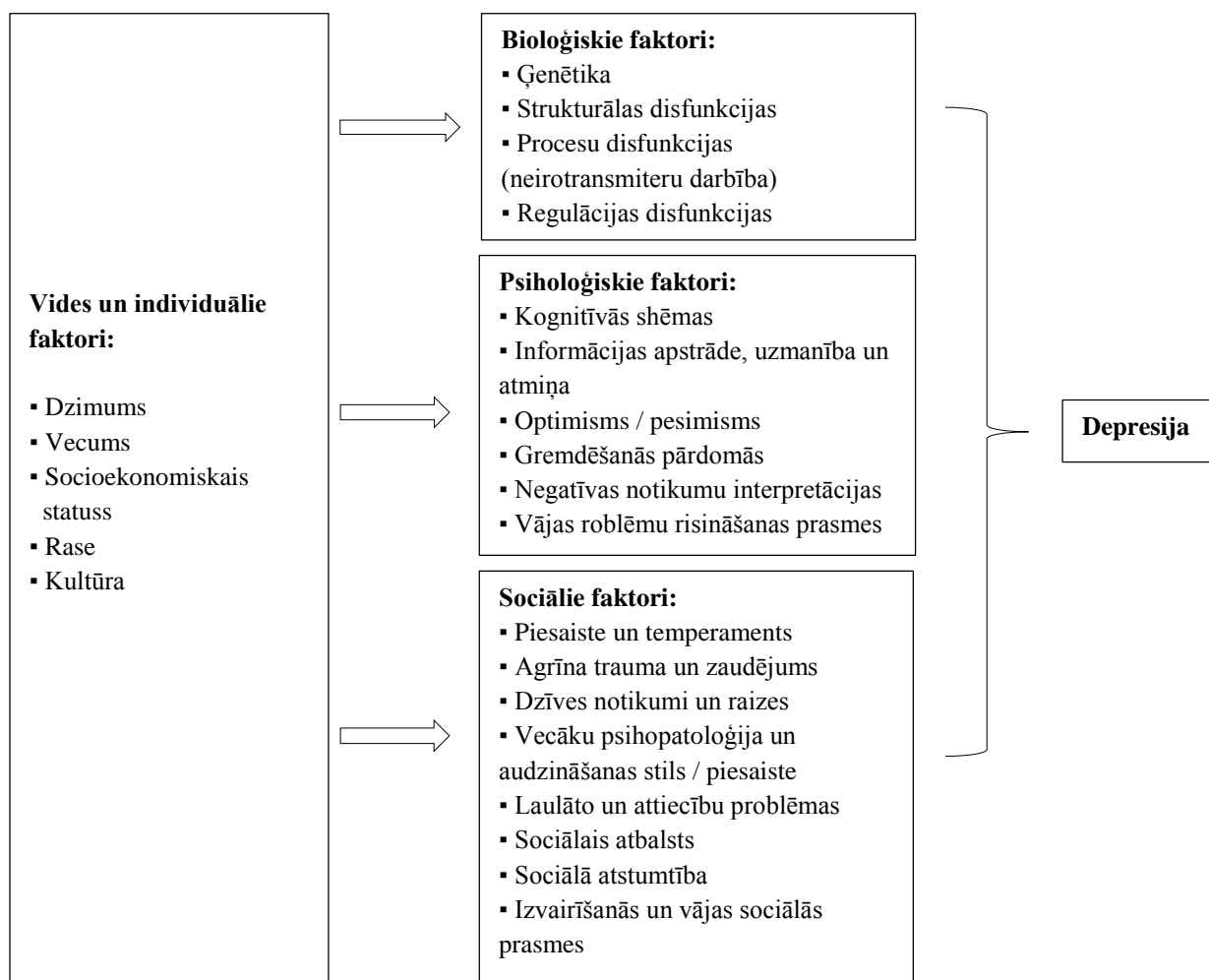
Biopsihosociālais modelis, ko izveidoja Endžels (Engel, 1977), ir sistēmisks modelis. Tajā tiek uzsvērts, ka saslimšanas (tostarp depresijas) bāze ir kompleksa, un slimības attīstīšanos vai veselību sekmē bioloģisko, psiholoģisko un sociālo faktoru mijiedarbība. Biopsihosociālā modeļa ietvaros būtiski ir analizēt, kā dažādi depresiju sekmējoši vai uzturoši faktori savstarpēji nemitīgi mijiedarbojas un iespaido viens otru, veicinot traucējuma attīstību.

Depresijas stresa diatēzes modeļa pamatā ir pieņēmums, ka starp ārējiem – vides faktoriem un indivīda iekšējiem psiholoģiskajiem un bioloģiskajiem faktoriem (ģenētisko predispozīciju) notiek nemitīga mijiedarbība. Šajā pieejā ģenētiskie un vides faktori tiek aplūkoti kā “riskā faktori” vai “aizsargājoši faktori”. Piemēram, dažiem indivīdiem depresija var attīstīties gēnu predispozīcijas un agrīnas traumatiskas bērnības pieredzes savstarpējas mijiedarbības rezultātā. Tomēr ne visi cilvēki, kuriem ir depresija, ir ģenētiski predisponēti vai ir piedzīvojuši smagus notikumus bērnībā.

Atšķirīga bioloģiskā jūtīguma jeb ģenētiskā plastiskuma modelis. Šis ir viens no neseniem modeļiem, kā raudzīties uz depresijas attīstību, un tas pilnveido stresa diatēzes pieejas skatījumu

(Belsky & Pluess, 2009). Šī modeļa ietvaros tiek pieņemts, ka daži genotipi ir ārkārtīgi jutīgi pret vides ietekmi, kamēr citi ir daudz izturīgāki. Piemēram, indivīdi ar 5-HTTLPR īso alēli nevis pārmērīgi un negatīvi iespaidojas tikai no ikdienas neveiksmēm, bet gan vairāk nekā citi reaģē arī uz pozitīviem vides apstākļiem. Ja indivīds ar augstu ģenētisko predispozīciju pret depresiju nonāk nelabvēlīgā vidē, rezultāts var būt nelabvēlīgāks, nekā tad, ja šādā vidē nonāk indivīds ar zemu ģenētisko predispozīciju. Savukārt, nonākot labvēlīgākā vidē, rezultāts var būt pozitīvs pat indivīdam ar augstu ģenētisko predispozīciju.

Izpētot dažādus depresijas teorētiskos modeļus, var secināt, ka depresijas izcelsmē un attīstībā variē gan cēloņi, gan uzturošie faktori, un tā ir jāskata multidimensionālas pieejas ietvaros, kurā riska faktori ir dinamiski un var mainīties visas dzīves laikā (Dobson & Dozois, 2008). Šie pētnieki apkopojusi sociālos, bioloģiskos un psiholoģiskos faktorus, kas var sekmēt depresijas attīstību (skat. 1. attēlu). Daļa šo faktoru ir atzīti par depresijas attīstības veicinātājiem, bet citi ir atklāti relatīvi nesen. Autori uzsver, ka, lai izprastu depresijas attīstību, ir būtiski pilnībā atklāt un izvērtēt gan vides un individuālos faktorus, gan specifiskus procesus, kas var izskaidrot depresijas attīstību.



1. attēls. Depresijas riska faktoru konceptuāls modelis (Dobson & Dozois, 2008)

Dažādos depresijas attīstības modeļos šī traucējuma cēloņi aplūkoti no atšķirīgiem skatpunktiem. Kopumā var secināt, ka agrīnie modeļi vairāk uzsver kādu vienu depresijas attīstības faktoru, bet jaunākajiem teorētiskajiem modeļiem ir tendence uz traucējuma attīstību raudzīties kompleksi, uzsverot mijiedarbības attiecības starp indivīda bioloģiskajiem, psiholoģiskajiem un vides faktoriem.

Nākamajā apakšnodaļā analizēta zinātniskā literatūra par depresijas sastopamību un līdzāspastāvošiem traucējumiem.

1.1.5. Depresijas saistība ar citiem traucējumiem un dzimumatšķirības sastopamībā

Pētījumu rezultāti liecina par augstu risku, ka cilvēkam ar depresiju būs arī kāds no citiem psihiskajiem traucējumiem. Līdz ar depresiju cilvēkam bieži vien ir vispārēja trauksme (Matthey, Barnett, Howie, & Kavanagh, 2003), obsesīvi kompulsīvie traucējumi, panikas traucējumi, sociālā trauksme vai distīmija (Kessler et al., 2003; Ruscio et al., 2008), ēšanas traucējumi – pārēšanās (Peterson, Latendresse et al., 2012), personības traucējumi (Enfoux et al., 2013) un miega traucējumi (Goyal, Gay, & Lee, 2009). Vīriešiem depresija bieži saistās ar atkarībām (Angst et al., 2002).

Depresiju var skatīt kā primāro vai sekundāro traucējumu līdzāspastāvēšanā, atkarībā no tā, kurš traucējums ir attīstījies pirmais. Ir virkne somatisko saslimšanu, kuras mēdz būt līdzās depresijai kā sekas vai kā cēlonis.

Pētījumu rezultāti rāda, ka līdz pusaudžu vecumam depresija ir vienādi sastopama gan zēniem, gan meitenēm (Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002), bet no pubertātes līdz menopauzei sievietes aptuveni divas reizes biežāk cieš no šī traucējuma (Kessler, 2003; Nolen-Hoeksema, 2001). Dzīves laikā ASV depresijas epizodi piedzīvo 13,2% vīriešu un 22,5% sieviešu, un maksimums saslimšanu notiek reproduktīvajā vecumā no 25 līdz 44 gadiem (Kessler, 2003; Paulson, Dauber, & Leiferman, 2006). Latvijā nesēn veiktā pētījumā 6,7% cilvēku norādīja depresijas simptomus, un sievietēm tie bija divas reizes biežāk nekā vīriešiem (Rancans, Vrublevska, Snikere, Koroleva, & Trapencieris, 2014). Tiek uzskatīts, ka dzimumatšķirībām depresijas sastopamībā var būt virkne bioloģisku un psihosociālu cēloņu – iedzimtība, hormonālā un neiromediatoru darbība, bērnībā piedzīvotās traumējošās pieredzes, kā arī dzimumu lomu faktori (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Savukārt citā pārskatā secināts, ka iedzimtība, bioloģiskie faktori un sociālais atbalsts nav depresijas dzimumatšķirību pamatā (Picinelli & Wilkinson, 2000). Keslers un kolēģi (Kessler et al., 2003) uzsver, ka, lai labāk izprastu dzimumu proporcionālo sadalījumu depresijas izplatībā, jāpēta, kā bioloģiskais jūtīgums saistās ar dzimumam raksturīgu vides pieredzi. Autors izvirza ideju, ka šībrīža kritēriji pieaugušo

depresijas diagnosticēšanā neiekļauj aizkaitināmību, kamēr bērniem un pusaudžiem tāds diagnostiskais kritērijs eksistē. Nesenā pētījumā secināts, ka, aptaujājot apvienojot tradicionālos un alternatīvos depresijas simptomus, dzimumatšķirības simptomu izplatībā samazinās (Martin, Neighbors, & Griffith, 2013). Var secināt, ka joprojām nav pilnīgi skaidri depresijas dzimumatšķirību cēloņi.

Nākamajā apakšnodaļā detalizēti analizēta zinātniskā literatūra par iespējamiem depresijas simptomiem vīriešiem.

1.1.6. Depresijas simptomi vīriešiem

Pēdējās dekādēs arvien biežāk izskan pieņēmums, ka vīrieši nevis retāk piedzīvo depresiju, bet izjūt simptomus, kādi nav norādīti diagnostiskajos klasifikatoros. Vieni no pirmajiem autoriem, kuri pievērsās vīriešu depresijas pētījumu apkopošanai un analīzei, ir Kohrans un Rabinovičs (Cohran & Rabinovitz, 2000). Analizējot iepriekš veikto pētījumu rezultātus, viņi atzina, ka vīriešiem daudz retāk nekā sievietēm ir garastāvokļa un trauksmes traucējumi, toties daudz biežāk nekā sievietes viņi cieš no atkarībām un dažiem personības traucējumiem (piemēram, antisociālas personības traucējumiem). Viņi arī retāk meklē palīdzību pie garīgās aprūpes speciālistiem, bet pašnāvību skaits ir daudz augstāks vīriešiem nekā sievietēm. Autori izteica hipotēzi, ka liels skaits, atkarību un antisociālu darbību izplatība vīriešiem, iespējams, norāda, ka zem šīm problēmām slēpjas neatklāta depresija (Cohran & Rabinowitz, 2000).

Tiek izvirzīta ideja, ka depresijas rādītāji abiem dzimumiem atšķiras tādēļ, ka tradicionālie depresijas diagnostiskie kritēriji attiecas uz sievietēm raksturīgām problēmu risināšanas stratēģijām, kas nav tipiskas vīriešiem (Cohran & Rabinowitz, 2000; Kilmartin, 2005; Martin et al., 2013). Sievietēm psiholoģisku grūtību brīžos "stereotipiski" raksturīga raudāšana, raizēšanās un stāstīšana par skumjām. Vīrieša lomas tradicionālie uzvedības ierobežojumi neiedrošina vīrieti apzināties un izpaust emocionālas ciešanas. Vīrieši tā vietā tiek mudināti noliegt psihiskas sāpes, emocionāli norobežoties, problēmas uztvert stoiciski, nedomāt par tām un disociēties no savām emocijām un "nejust, bet rīkoties". Vīriešu depresijas diagnosticēšanā būtu jāpievērš uzmanība arī tādiem simptomiem kā agresija, nesavaldība, vielu lietošana, fiziski un seksuāli riskanta uzvedība, emocionāls nejutīgums, pārmērīga strādāšana vai sportošana un vājas draudzības saites (Kilmartin, 2005; Olife & Phillips, 2008), bet jaunākie pētījumi atzīst, ka būtu jāturpina precizēt simptomi, kas var būt raksturīgi vīriešu depresijai (Martin et al., 2013).

Pēdējo gadu literatūras pārskatā par vīriešu depresiju un maskulinitāti (Olliffe & Phillips, 2008) uzsvērts, ka vīriešu depresijas pieredzi, izpausmes un izraisošos faktoros nosaka

dominējošie maskulinitātes ideāli. Šie ideāli variē dažādās vecuma, tautību, reliģiju grupās un var izpausties visai atšķirīgi. Rietumu kultūrā vīrišķības ideāls asociējas ar spējām problēmas risināt racionāli. Tāpat dominējošos uzskatos par vīrišķības ideālu vīrieša veselība tiek asociēta ar fizisko un seksuālo spēju, bet jūtīgums tiek uzskatīts par vājuma pazīmi. Autori uzsver, ka ir svarīgi pētīt depresiju dažādām vīriešu grupām un atzīt, ka topošie un jaunie tēvi iekļaujas vienā no depresijas attīstības riska grupām. Ir svarīgi agrīni atklāt šos vīriešus un sniegt viņiem palīdzību, negaidot, ka viņi paši meklēs atbalstu.

Literatūrā tiek minēti tādi jēdzieni kā “vīriešu depresijas sindroms” (Walinder & Rutz, 2001) un “maskētā depresija” (Levant & Pollak, 1995). Jautājums par dzimumiem atšķirīgiem depresijas simptomiem joprojām ir diskutabls, un klasifikatoros nav izdalīti vīriešiem raksturīgi simptomi, tomēr ir izveidotas vairākas aptaujas depresijas maskulīno simptomu noteikšanai (Magovcevic & Addis, 2008; Zierau, Bille, Rutz, & Bech, 2002). Jau deviņdesmito gadu vidū Rucs (Rutz et al., 1995) pievērsa uzmanību tam, ka, iespējams, starp dzimumiem nebūtu tik lielu atšķirību depresijas izplatībā, ja diagnostikas procesā tiktu iekļauts agresijas komponents, kas varētu būt raksturīgāks vīriešu depresijai. Lai uzlabotu depresijas mērījumus vīriešiem, viņš izveidoja aptauju, kurā iekļāva jautājumus par aizkaitināmību, agresiju un alkohola pastiprinātu lietošanu.

Pētot vīriešus, kuri pirmo reizi kļūst par tēviem, atzīts, ka ir būtiski izmantot no tradicionālajām aptaujām atšķirīgas metodes, jo vīriešiem var būt arī citi simptomi, ne tikai tie, kam pievēršas pētījumos biežāk izmantotās aptaujas – Edinburgas pēcdzemdību depresijas aptauja (EPDA) un Beka depresijas aptauja (BDI) (Condon, Boyce, & Corkindale, 2004). Depresijas simptomu noteikšanai perinatālajā periodā tiek ieteikts izmantot vairāk nekā tikai vienu aptauju, tāpēc promocijas darbā visos trijos pētījuma posmos izmantotas divas aptaujas. Viena bija EPDA, bet otra – Zīrava un kolēģu izveidotā Gotlandes vīriešu depresijas aptauja, GVDA (Zierau, et al., 2002).

Turpmākajās apakšnodaļās aplūkoti jautājumi, kas skar tieši perinatālo depresiju – definīcija, simptomi, riska faktori un sastopamība, kā arī analizēti pētījumi par perinatālās depresijas saistību ar bērna agrīno attīstību.

1.2. Depresija perinatālajā periodā; definīcijas un simptomi

Depresija grūtniecības laikā un pirmā gada laikā pēc dzemdībām tiek dēvēta par perinatālo depresiju, un tā var attīstīties grūtniecības laikā (prenatālā jeb antenatālā depresija) vai pēc dzemdībām (pēcdzemdību jeb postnatālā depresija). Pēcdzemdību depresija ir depresīva saslimšana bez psihotiskiem traucējumiem ar izplatību un simptomiem, kuri neatšķiras no depresijas citā dzīves laikā, bet tā sākas pirmajos mēnešos pēc dzemdībām (Cox, Murray, &

Chapman, 1993).

DSM-V atzīst perinatālo depresiju par “nozīmīgu depresijas epizodi ar sākumu perinatālajā periodā” un nosaka, ka simptomiem jā sākas grūtniecības laikā vai četru nedēļu laikā pēc bērna piedzimšanas (APA, 2013). Savukārt pēc SSK-10 (WHO, 2007) pēcdzemdību depresija ir garīgs traucējums, kas sākas sešu nedēļu laikā kopš bērna dzimšanas. SSK-10 iesaka uz depresiju pēcdzemdībām attiecināt tās pašas kategorijas, kā citos depresijas gadījumos – viegla, mērena un smaga.

Tiek diskutēts par to, ka līdztekus DSM-V iekļautajiem depresijas simptomiem, klīniskajā praksē daži papildu simptomi var norādīt uz pēcdzemdību depresiju. Tie ir: pārmērīga vai nepamatota vilšanās par dzemdībām, zīdīšanu vai citiem ar mātes lomu saistītiem aspektiem; bailes par bērna veselību un labklājību; bailes būt vienatnē ar bērnu; bailes būt nepievilcīgai partnera acīs; bailes par partnera nāvi vai iespējamu ievainojumu (Barnett, Fowler, & Glossup, 2004). Arī citi autori atzīst, ka pēcdzemdību depresijas izpausmes var fokusēties uz dzemdībām vai zīdaini, un tās ir šādas: nespēja tikt galā ar mazuļa aprūpi, pārmērīgas raizes par mazuļa veselību vai ēšanas paradumiem, kā arī izjūta par sevi kā par sliktu vai “nemīlošu” māti (Robinson & Stewart 2001).

Abos diagnostiskajos klasifikatoros depresija, kas saistīta ar bērna piedzimšanu, nav izdalīta kā atsevišķs traucējums, un šobrīd pastāv četru vai sešu nedēļu pēc dzemdībām ierobežojums, lai to uzskatītu par emocionālu traucējumu, kas saistīts ar dzemdībām. Tomēr daudzos pētījumos un klīniskajā praksē tiek uzskatīts, ka pēcdzemdību depresija var attīstīties jau divas nedēļas pēc dzemdībām (Cox, 1999) vai vēlāk nekā trīs mēnešus pēc dzemdībām (Chaudron et al., 2006). Jaunākajās metaanalīzēs norādīts, ka apmēram 20–50% māšu, kuras piedzīvo pēcdzemdību depresiju, epizode var turpināties sešus mēnešus vai ilgāk (Beck, 2002; Goodman, S., 2004). Pētījumos secināts, ka garīgās saslimšanas mātēm perinatālajā periodā rada nopietnus ilgtermiņa riskus gan garīgajai, gan fiziskajai veselībai (Meltzer-Brody & Stuebe, 2014; O’Hara et al., 2014).

Citi pētnieki uzskata, ka pēcdzemdību depresija ir pārejošs, īslaicīgs un mērens stāvoklis, kas ir vājāk izteikts nekā klīniska depresija, un nozīmīgas somatiskas, emocionālas un kognitīvas izmaiņas ir daļa no pēcdzemdību pielāgošanās procesa (Najman et al., 2000). Bieži tā arī ir, tomēr tas nemazina šī traucējuma nozīmi ģimenei, mātei un īpaši, viņas bērnam. Tādēļ ir svarīgi atšķirt normālas adaptācijas izpausmes no būtisku traucējumu sākuma perinatālajā periodā un pētījumos par depresiju perinatālā posmā neaprobežoties ar diagnostiskajos klasifikatoros minēto laika periodu. Ņemot vērā minēto, var secināt, ka joprojām ir atšķirības starp to, kā perinatālo depresiju klasificē diagnostiskajos klasifikatoros un pētniecībā un klīniskajā praksē.

1.2.1. Depresijas kategorijas un sastopamība perinatālajā periodā

Ir grūti novilkst skaidru robežu starp normālām garastāvokļa svārstībām, kas ir daļa no pēcdzemdību perioda adaptācijas procesa, un depresiju. Tāpēc pēcdzemdību emocionālie traucējumi tradicionāli tiek iedalīti trijās kategorijās – pēcdzemdību nomāktība, pēcdzemdību depresija un pēcdzemdību psihoze.

Pēcdzemdību nomāktība ir vāji izteiktu traucējumu forma, un pirmajā metaanalīzē par pēcdzemdību nomāktību atzīts, ka to dažas dienas pēc dzemdībām var piedzīvot no 26% līdz pat 85% sieviešu (O'Hara, Schlechte, Lewis, & Wright, 1991). Arī jaunākajā literatūrā apstiprināta šāda pēcdzemdību nomāktības izplatība populācijā (Bennett & Indman, 2003). Simptomi īpaši izteikti mēdz būt 4–5 dienā pēc dzemdībām, tie var ilgt dažas dienas un aptuveni divu nedēļu laikā spontāni izzūd bez ārstēšanas (Beck, 2006).

Pēcdzemdību psihoze ir vissmagākais emocionālais traucējums pēcdzemdību posmā, kam raksturīgs straujš uzliesmojums pirmajās nedēļās pēc dzemdībām (Heron et al., 2008), un tā skar apmēram 0,1–0,2 % sieviešu (Bloch, Daly, & Rubinov, 2003). Šis traucējums parasti attīstās sievietēm ar jau iepriekšējiem emocionāliem traucējumiem, visbiežāk, bipolāriem traucējumiem anamnēzē (Chaudron & Pies, 2003). Šis ir ļoti rets un nopietns psihisks traucējums, un joprojām nav īsti skaidrs, vai bērna dzimšana izraisa tā sākumu vai sekmē iepriekšēju garastāvokļa traucējumu smagu uzliesmojumu drīz pēc dzemdībām.

Pēcdzemdību depresija ir visizplatītākais no garastāvokļa traucējumiem pēc bērna piedzimšanas (Pope, Wats, Evans, McDonald, & Henderson, 2000). Metaanalīžu rezultāti rāda, ka 13% sieviešu izjūt pēcdzemdību depresiju, un, ka visaugstākie rādītāji ir pirmajos trijos mēnešos pēc dzemdībām (Gaynes et al., 2005; O'Hara & Swain, 1996). Tomēr pētījumu rezultāti dažādās kultūrās un valstīs rāda, ka pazeminātu noskaņojumu pēc dzemdībām izjūt no 6 līdz 38% sieviešu (Bennet, Einarson, Taddio, Koren, & Einarson, 2004; Field, 2011). Piemēram, ir būtiskas atšķirības starp dažādos Eiropas reģionos dzīvojošām sievietēm – 2,1% – 31,6 % (Gorman et al., 2004). Savukārt 143 pētījumu no 40 valstīm par pēcdzemdību depresiju apskatā (Halbreich & Karkun, 2006) rezultāti variēja no 11% (zemākie rādītāji bija Austrijā, Dānijā, Singapūrā, Maltā un Malaizijā) līdz pat 60% (augstākie rādītāji bija Brazīlijā, Kostarikā, Itālijā, Dienvidāfrikā, Taivānā un Korejā). Autori uzsver, ka plaši citētā pēcdzemdību depresijas izplatība (10–15%) neatbilst problēmas patieso apmēru, un izsaka hipotēzi, ka atšķirības pēcdzemdību izplatības rādītājos saistās ar atšķirībām garīgo traucējumu uztverē dažādās kultūrās, atšķirībās socioekonomiskajā vidē, kā arī bioloģiskajā predispozīcijā. Situāciju Latvijā ir grūti raksturot, jo informācijā, kas saņemta no Slimību profilakses un kontroles centra "Psihiskā veselība Latvijā 2012" (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2013), dati par

pēcdzemdību depresiju nav atsevišķi izdalīti, bet Valsts statistikas pārskatā par Psihiatriskām saslimšanām un psihiski slimo kontingentiem (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2014) 2013. gadā Latvijā ir reģistrēta tikai viena paciente, kurai uzstādīta diagnoze pēcdzemdību depresija. Var gandrīz droši teikt, ka šie dati neatspoguļo reālo situāciju pēcdzemdību depresijas sastopamībā Latvijā.

Depresijas simptomu sastopamība grūtniecības laikā pētīta mazāk nekā pēcdzemdību periodā. Tikai pirms dažām dekādēm grūtniecību aprakstīja kā emocionālās labsajūtas laiku, kas rada aizsardzību pret psihiatriskām saslimšanām (Kendell et al., 1976; Zajicek, 1981). Vēlāk secināts, ka grūtniecēm depresijas rādītāji ir tikpat augsti kā sievietēm, kuras negaida bērnu, un ir aptuveni 10% (O'Hara, Zekoski, Philipps, & Wright, 1990). Jaunāku pētījumu rezultāti rāda, ka depresiju grūtniecības laikā piedzīvo aptuveni 12–20% sieviešu (Bennet et al., 2006; Bowen & Muhajarine, 2006; Lancaster et al., 2010; Leigh & Milgrom, 2008). Vairāku nesenu longitudinālu pētījumu rezultāti ļauj secināt, ka grūtniecības laikā depresijas simptomi var būt pat augstāki nekā pēc dzemdībām (Banti, Mauri, Oppo et al., 2011; Milgrom et al., 2008). Savukārt cita nesenu veikta longitudināla pētījuma rezultāti rāda, ka depresijas simptomi grūtniecības laikā un vienu mēnesi pēc bērna piedzimšanas ir nemainīgi (Liou, Wang, & Cheng, 2014).

Zinātniskajā literatūrā joprojām tiek uzsvērts, ka lielai daļai sieviešu depresijas simptomi pēc dzemdībām netiek atklāti (Alfonso, Lovet, Paul, & Sheptak, 1990; Highet, Gemill, & Milgrom, 2011; Marcus, 2009), un šīs sievietes nesaņem profesionālu palīdzību (Marcus, 2009). Tādēļ varētu domāt, ka daudz vairāk sieviešu izjūt depresijas simptomus perinatālajā periodā, nekā secināts pētījumu rezultātos (Paykel, Abbott, Morriss, Hayhurst, & Scott, 2006). Metaanalīzēs joprojām tiek uzsvērts, ka būtiski veikt pētījumus dažādās kultūrās, izlasēs, kā arī svarīgi ņemt vērā ne tikai sieviešu, bet arī vīriešu depresijas simptomu rādītājus perinatālajā periodā.

Lai gan vīriešu depresijai perinatālajā posmā pēdējās dekādēs pievērsts arvien vairāk uzmanības, šajā pētījumu jomā joprojām ir daudz neskaidra (Wee et al., 2011), un joprojām lielākajā daļā pētījumu par perinatālo depresiju vīrieši netiek iekļauti vai ir maz pārstāvēti (Ramchandani et al., 2011). Līdz šim secināts, ka gan pirms, gan pēc bērna dzimšanas sievietes norāda augstākus depresijas rādītājus nekā vīrieši (Goodman, J., 2004; Matthey, Barnett, Ungerer, & Waters, 2000; Paulson & Bazemore, 2010; Teixeira et al., 2009), tomēr daudzi tēvi šajā laikā arī norāda depresijas simptomus (Goodman, J., 2004; Paulson & Bazemore, 2010). Ir arī vismaz viens pētījums, kura rezultātos neparādās atšķirības depresijas simptomu izteiktībā starp dzimumiem grūtniecības laikā (Field et al., 2006).

Nesen veikta metaanalīze par depresijas simptomiem vīriešiem perinatālajā periodā, kurā tika analizēti pētījumi laikposmā no 1980. līdz 2009. gadam (Paulson & Bazemore, 2010). Autori

analizēja tēvu depresijas rādītājus vīriešiem no partneres grūtniecības pirmā trimestra līdz bērna pirmā dzīves gada beigām. Rezultāti rāda, ka 10,4% tēvu perinatālajā periodā uzrāda depresijas simptomus. Cita plaši citēta pētījuma rezultāti rāda, ka vīriešiem depresijas simptomu izplatība pēc bērna dzimšanas var būt pat 25% gadījumu (Goodman, J., 2004). Šie skaitļi pārsniedz depresijas izplatību vīriešiem vispārējā populācijā 12 mēnešu laikā, kas ir 4,8% (Kessler, 2003). Turklāt vīrieši retāk meklē palīdzību emocionālo grūtību risināšanā (Letourneau, 2012). Paulsona un Beizemora (Paulson & Bazemore, 2010) metaanalīzes rezultāti rāda, ka depresijai ir tendence kļūt relatīvi izteiktākai trīs un sešus mēnešus pēc dzemdībām, bet viszemākā tā ir pirmajos trijos mēnešos pēc bērna piedzimšanas.

Ir pētījumi, kuru rezultāti rāda, ka vīrieši visaugstāko nomāktību izjūt nevis pēc bērna piedzimšanas, bet gan partneres grūtniecības pirmā trimestra sākumā (Condon et al., 2004). Šie pētnieki izvirza pieņēmumu, ka tēvi, izjutot dzīves izmaiņas, kas sākas pēc grūtniecības iestāšanās partneri, pārvērtē savu dzīves stilu un prognozē vēl lielākas pārmaiņas pēc bērna dzimšanas, kas var pastiprināt izjustos simptomus. Šiem rezultātiem pretrunīgi ir secinājumi par to, ka partneres 18.grūtniecības nedēļā tikai 2,3% vīriešu norāda depresijas simptomus (Ramchandani, Stein, O'Connor, Heron, Murray, & Evans, 2008). Šie rezultāti rāda, ka vīriešiem, tāpat kā sievietēm, depresijas simptomu izteiktība perinatālajā periodā visai plaši variē. Tas būtu jāprecizē turpmākos pētījumos, lai atklātu posmus, kuri tēviem ir emocionāli īpaši grūti.

Pamatojoties uz pieņēmumu, ka vīrieši var izjust tradicionālās depresijas aptaujās neiekļautus simptomus, Dānijā tika veikts pētījums (Madsen & Juhl, 2007), kurā, lai noteiktu tēvu depresiju, tika izmantotas divas aptaujas – EPDA un Gotlandes vīriešu depresijas aptauja (turpmāk – GVDA). Daļa tēvu norādīja depresijas simptomus tikai GVDA, un pētnieki uzsver, ka, nosakot vīriešu depresijas simptomus ar tradicionālām aptaujām, būtiski ir iekļaut arī vīriešiem raksturīgu depresijas simptomu izvērtējumu. Pētnieki secināja, ka, mērot tēvu pēcdzemdību depresijas simptomus, var izmantot gan EPDA, gan GVDA. Citi pētnieki iesaka abiem dzimumiem depresijas mērīšanai iekļaut tradicionālos un alternatīvos depresijas simptomus (Martin et al., 2013). Promocijas darbā, lai mērītu vecāku depresijas simptomus, tika izmantota gan EPDA, gan GVDA visos pētījuma posmos gan vīriešu, gan sieviešu grupā.

Tādējādi var secināt, ka plašā variācija depresijas izplatības rādītājos vecākiem perinatālajā periodā var būt saistīta ar to, ka mērījumi veikti dažādos laika posmos, dažādās klīniskajās grupās, kā arī izmantotas dažādas aptaujas ar dažādu kritisko robežu izmantošanu aprēķinos, retāk strukturēta intervija. Turklāt nav skaidrības jēdzienu “depresija” un “depresijas simptomi” lietošanā, kas var veicināt pārspīlētu rezultātu interpretāciju vai gluži pretēji, mazināt rezultātu nozīmi. Tiek ieteikts nākamajos pētījumos skaidri atšifrēt un definēt pētāmo fenomenu –

pēcdzemdību depresija vai depresijas simptomi. Šis ieteikums tika ņemts vērā promocijas darbā. Šajā pētījumā tika analizēti depresijas simptomi vecākiem perinatālajā periodā. Šobrīd tiek uzsvērts, ka depresijas pētījumos jāiekļauj abi vecāki, veidojot pietiekami lielas izlases, un jāveic longitudināla izpēte, lai labāk izprastu šī nozīmīgā sarežģītuma attīstību laikā, kad ģimenē piedzimst bērns. Šajā pētījumā īstenoti vairāki no iepriekšējās analizēs ieteiktiem tālāko pētījumu virzieniem.

1.2.2. Riska faktori depresijas attīstībai sievietēm perinatālajā periodā

Depresijas simptomu izteiktība starp indivīdiem atšķiras, tādēļ uz šo traucējumu jāraugās kā uz garastāvokļa traucējumu sindromu, kura izcelsmē variē cēloņi un patofizioloģija (Nestler et al., 2002).

Ir izveidoti arī teorētiskie modeļi perinatālās depresijas pamatošanai.

Bioloģiskā pieeja perinatālās depresijas attīstībai uzsver tieši fizioloģiskās izmaiņas grūtniecības laikā (Groer & Morgan, 2007), un tās ir:

- 1) vielmaiņas disbalanss;
- 2) dzelzs deficīts;
- 3) hormonālās izmaiņas;
- 4) biopterīna un neopterīna līmeņa anomālijas;
- 5) izmaiņas hipotalāma-hipofīzes endokortikālajos mehānismos;
- 6) novirzes serotonīna līmenī;
- 7) imūnās reakcijas anomāla funkcionēšana;
- 8) vairogdziedzera disfunkcijas.

Tomēr pētījumu rezultāti ir pretrunīgi un rada šaubas, vai tikai bioloģiskās izmaiņas vien var radīt pēcdzemdību depresiju (O'Hara et al., 1991). Vīriešiem pēc bērna piedzimšanas var būt emocionāli traucējumi, un sievietes sešas nedēļas pēc zīdaiņa adopcijas var izjust depresijas simptomus (Senecky et al., 2009). Tādēļ, lai izprastu šī traucējuma rašanos un norisi, svarīgi izprast ne tikai bioloģiskos faktorus, bet vides kontekstu kopumā (Kessler, 2003).

Lai teorētiski izskaidrotu pēcdzemdību depresijas attīstību, Milgroma un kolēģi (Milgrom, Martin, & Negri, 1999), balstoties uz Endžela (Engel, 1977) izveidoto biopsihosociālo modeli, izveidoja līdzīgu modeli (skatīt 2. attēlu).

Autori uzsver, ka šis modelis nav pilnīgs, tomēr var palīdzēt gan izprast pēcdzemdību depresiju, gan veidot pētījumu uzstādījumus. Pēcdzemdību depresijas biopsihosociālais modelis iekļauj bioloģiskus faktorus – iedzimtības ietekmi uz personības attīstību, hormonālās izmaiņas pēc dzemdībām; psiholoģiskos faktorus – bērnības pieredzi ģimenē un problēmu risināšanas

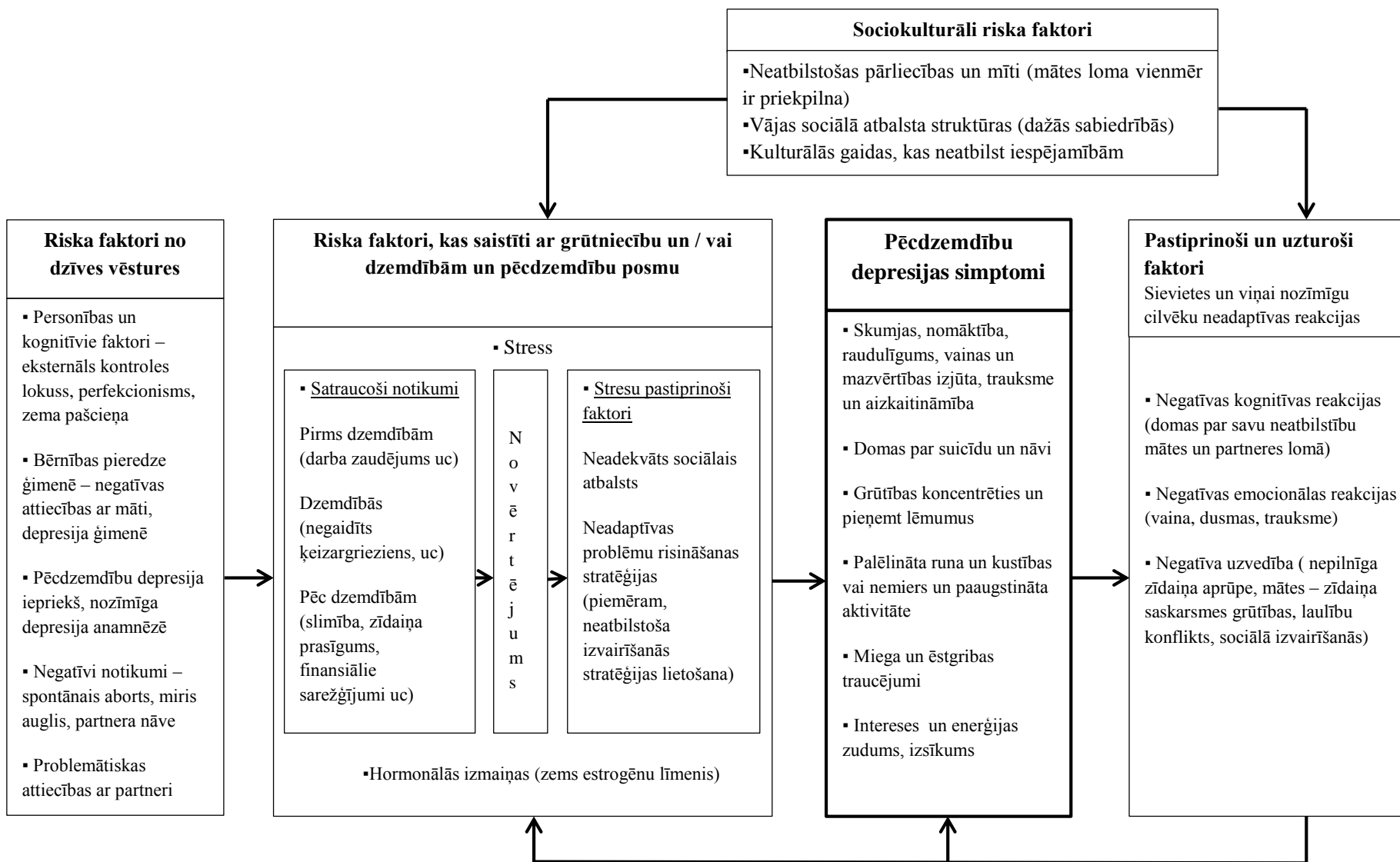
stratēģijas, kā arī sociālus faktoros – sociālo atbalstu, sabiedrības gaidas un jaunās lomas radītās pārmaiņas partneru attiecībās. Autori uzsver, ka katras sievietes individuālais risks un aizsargājošo faktoru kopums ievieto sievieti atšķirīgā riska pakāpē, un min, ka nav stereotipisku riska faktoru kopuma, lai attīstītos pēcdzemdību depresija.

Trīs metaanalīzēs izdalīti seši pēcdzemdību depresijas attīstības galvenie riska faktori: prenatalā depresija, prenatalā trauksme, smagi dzīves notikumi, nepietiekams sociālais atbalsts, depresija anamnēzē un zema pašcieņa (Beck, C., 1996 a; Beck, C., 2001; O'Hara & Swain, 1996). Jaunākā pētījumu pārskatā, kurā iekļauti pētījumi no 1980. gada līdz 2008. gadam, (Lancaster et al., 2010) par nozīmīgiem atzīti vēl šādi depresijas riska faktori grūtniecības laikā: vardarbība ģimenē, neplānota grūtniecība, sliktas partneru attiecības un medicīniskās apdrošināšanas neesamība. Kopumā šie atzinumi saskan ar iepriekšējo metaanalīžu pamata rezultātiem (Beck, C., 1996 a; O'Hara & Swain, 1996; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004).

Ir arī vairāki demogrāfiskie riska faktori: nevēlama vai negribēta grūtniecība, nav partnera, zems socioekonomiskais statuss (Beck, C., 2001), māte ir pusaudzes vecumā (Troutman & Cutrona, 1990) vai mātes vecums ir virs 40 gadiem (Milgrom et al., 2008; Pope et al., 2000). Arī sievietes zems izglītības līmenis un zemi ienākumi ir cieši saistīti ar depresijas simptomu rašanos pēc dzemdībām (Milgrom et al., 2008), bet citos pētījumos šāda saistība netika atrasta (Deng et al., 2014). Pētījumos secināts, ka arī mazuļa temperamenta aspekti var sekmēt pēcdzemdību depresijas attīstību (Fisher, Rowe, Feekery, 2004; Murray et al., 1996; Porter & Hsu, 2003).

Analizējot zinātnisko literatūru, var secināt, ka laika gaitā depresijas riska faktoriem ir tendence papildināties. Piemēram, jaunākajos pētījumos atzīts, ka panikas traucējumi sievietei un viņas ģimenes vēsturē (neatkarīgi no citiem riskiem) ir būtisks riska faktors pēcdzemdību depresijas attīstībai (Rambelli et al., 2010), kā arī nepietiekams miega daudzums pēc dzemdībām var sekmēt pēcdzemdību depresijas simptomu attīstību (Goyal et al., 2009). Nesen veiktā pētījumā secināts, ka arī migrantes statuss mātēm ir viens no riska faktoriem (Gaillard, Strat, Mandelbrot, Keita, & Dubertret, 2014).

Iespējams, ka pēcdzemdību depresijas attīstības riska faktori laika gaitā var vēl papildināties vai mainīties, jo sabiedrības attieksme un gaidas no jaunās mātes mainās, radot arvien jaunus stresa avotus (piemēram, atgriešanās darbā vai studiju turpināšana bērna kopšanas atvaļinājuma laikā).



2. attēls. Pēcdzemdību depresijas biopsihosociālais modelis (Milgrom, Martin & Negri, 1999)

Būtiski pieminēt, ka aizsargfaktors pret pēcdzemdību depresijas attīstību ir sociālais atbalsts un laikus atklāta un ārstēta depresija grūtniecības laikā (Banti et al., 2011). Tāpēc ir nozīmīgi agrīni atklāt šo traucējumu gan sievietēm, gan viņu partneriem.

Tādējādi var secināt, ka pēcdzemdību depresijas attīstības riska faktori ir dažādi, tie variē starp sievietēm un nav viena galvenā faktora, kurš nosaka šo traucējumu. Lai attīstītos pēcdzemdību depresija, ir jābūt vairāku sociālu, bioloģisku un psiholoģisku faktoru mijiedarbībai.

Nākamajā nodaļā aplūkoti perinatālās depresijas attīstības riska faktori vīriešiem.

1.2.3. Riska faktori depresijas attīstībai vīriešiem perinatālajā periodā

Līdz pat pagājušā gadsimta pēdējām dekādēm ir pastāvējis uzskats, ka tikai sievietēm mēdz būt depresija perinatālajā periodā, un ilgu laiku vairums pētījumu šajā jomā ar nelieliem izņēmumiem pievērsās tikai mātēm. Pēdējos gados arvien vairāk pētniekus interesē vīriešu izjūtas, kļūstot par tēvu, tomēr joprojām šis ir jauns pētījumu lauks. Tēva loma pēdējās dekādēs ir strauji mainījusies, un no vīrieša tiek sagaidīta ne tikai ģimenes materiālo vajadzību nodrošināšana, bet arī aktīva iesaistīšanās bērna aprūpē un audzināšanā, kā arī emocionālā atbalsta sniegšana sievietei.

Lai aprakstītu tēvu depresiju perinatālajā posmā, vēl nav izveidoti vienoti jēdzieni. Pētījumos tiek izmantoti tādi jēdzieni kā tēvu pēcdzemdību depresija, pēcdzemdību psihiatriskie traucējumi, nomākts garastāvoklis, distress (Schumacher, Zubaran, & White, 2008). Promocijas darbā izmantots termins “depresijas simptomi”. Pēdējo gadu pētījumu rezultāti ļauj secināt, ka partneres grūtniecību, mazuļa piedzimšanu un ar to saistītās izmaiņas un prasības vīrietis var uztvert kā spriedzi radošus un uzturošus faktoros, kas var sekmēt depresijas simptomu vai pat klīniskas depresijas attīstību (Condon, 2006; Matthey et al., 2003; Paulson & Bazemore, 2010; Wee et al., 2011). Vīrieši atzīst, ka viņiem trūkst tēva lomas modeļa, no kā mācīties atbilstošas prasmes, jo viņi ir auguši laikā, kad tēvi daudz mazāk vai nemaz neiesaistījās zīdaiņu aprūpē un audzināšanā (Condon et al., 2004), un šis apstāklis topošajiem un jaunajiem tēviem var pastiprināt spriedzi. Arī lomu maiņa un augstās gaidas pret tēviem, iepriekšējo problēmu risināšanas stratēģiju neatbilstība jaunajai situācijai, kā arī nepietiekams sociālais atbalsts, ko saņem tieši tēvi, rada spriedzi un izsīkumu (Davey, Dziurawiec, O'Brien-Malone, 2006).

Pavisam nesen ir veikts pirmais sistemātiskais pārskats par topošo un jauno tēvu depresijas attīstības riska faktoriem (Wee et al., 2011). Šajā pārskatā tika analizēti 26 pētījumi, kas publicēti laikposmā no 1996.–2009. gadam. Rezultāti rāda, ka vīriešiem, kuru partnerēm ir depresija, kuriem ar partneri ir attiecību problēmas, kā arī nepietiekams sociālais atbalsts, ir biežāk

sastopama depresija gan pirms, gan pēc bērna dzimšanas. Vīrieši uzrāda arī saistību starp paaugstinātu agresivitāti, augstu negatīvo emocionalitāti partneres grūtniecības laikā un depresijas simptomiem pēc bērna piedzimšanas.

Citi bieži minētie ar tēvu depresijas simptomiem saistītie riska faktori ir augsts neirotisma līmenis (Boyce, Condon, Barton, & Corkindale, 2007; Condon et al., 2004; Mathey et al., 2000), kritiski dzīves notikumi (Boyce et al., 2007; Condon et al., 2004). Kā vājāk izteikti riska faktori atzīmētas nepietiekamas zināšanas par grūtniecību un dzemdībām un straujās izmaiņas seksuālajās attiecībās grūtniecības laikā un pēc tam (Boyce et al., 2007; Condon et al., 2004), tēva attiecības ar viņa paša vecākiem (Matthey, et al., 2000), tēva depresija partneres grūtniecības laikā (Matthey et al., 2000; Ramchandani, O'Connor, Evans, Heron, Murray, & Stein (2008). Retāk ir atklāta saistība starp depresijas simptomiem vīriešiem pēc bērna dzimšanas un "grūtu temperamentu" zīdaiņim (bieža raudāšana, nespēja nomierināties un prasīgums) (Davé, Nazareth, Sherr, & Senior, 2005).

Ir vismaz viens pētījums, kura rezultāti neuzrāda saistību starp vīrieša garīgo traucējumu vēsturi un depresijas attīstību pēc dzemdībām (Mathey et al., 2003), kas ir viens no atzītiem riskiem pēcdzemdību depresijas attīstībai sievietēm. Var izvirzīt pieņēmumu, ka vīriešiem, kļūstot par tēviem, var būt arī dzimumam specifiski riska faktori depresijas simptomu attīstībai.

Topošo vecāku depresīvs noskaņojums grūtniecības laikā prognozē garastāvokļa traucējumus pēcdzemdību periodā gan mātei, gan tēvam (Mathey et al., 2000). Tas var radīt negatīvu ietekmi uz vecāku un zīdaiņa savstarpējo mijiedarbību, attiecību kvalitāti un zīdaiņa attīstību. Tādēļ ir būtiski agrīni atklāt vecāku depresijas pazīmes, lai laikus sniegtu palīdzību un mazinātu perinatālās depresijas risku un tās radītās iespējamās negatīvās sekas. Turpmāk analizēti pētījumi par vecāku perinatālās depresijas simptomiem un bērna attīstību.

1.3. Vecāku depresijas simptomi un to saistība ar bērna agrīno attīstību

Sievietes grūtniecības laika depresijas ietekme uz zīdaiņa attīstību sāka pētīt jau pirms vairākām dekādēm, un viena no aktīvām pētniecēm šajā jomā ir Tifānija Fīlda (Tiffany Field). Fīlda (Field et al., 2006) atzīmē, ka jaundzimušie, kuru mātēm grūtniecības laikā ir bijusi depresija, var piedzīvot dažādas komplikācijas, piemēram, vājākas reakcijas uz vidi, neprognozējamu miega ritmu, pazeminātu vai paaugstinātu motoro aktivitāti, kā arī paaugstinātu negatīvo emocionalitāti. Zīdaiņi, kuru mātes grūtniecības laikā piedzīvoja depresiju, pēc dzimšanas it kā kopē mātes bioķīmisko un fizioloģisko rādītāju profilu, jo viņiem ir paaugstināts kortizola un norefīnefrīna līmenis un pazemināts dopamīna līmenis, kas ir raksturīgs arī mātēm ar depresiju. Šis atklājums apstiprina mātes depresijas bioķīmisko ietekmi uz jaundzimušo.

Jaunākajā pārskatā (Field, 2011) secināts, ka mātes depresija grūtniecības laikā negatīvi ietekmē augļa attīstību un var būt riska faktors priekšlaicīgām dzemdībām, kā arī pazeminātam jaundzimušā svaram. Joprojām nav precīzi zināms, tieši kādi nomāktas grūtnieces fizioloģiskie mehānismi iespaido augļa attīstību un veselību neonatālajā posmā. Tiek izteikts pieņēmums, ka paaugstināts kortizola un kateholamīnu līmenis, kas ir tipisks depresijas pacientiem, var vājināt asinsapgādi caur placentu un sekmēt dzemdes jutīgumu (Field, 2006). Zīdaiņiem, kuru mātēm ir depresija, ir “grūts temperaments”, uzmanības, emocionālas un uzvedības problēmas, kas var sākties tūdaļ pēc piedzimšanas vai zīdaiņa vecumā (Field, 2011), viņiem biežāk veidojas nedroša piesaiste (Martins & Gaffan, 2000). Nesenā pētījumā parādījās arī saistība starp mātes pēcdzemdību depresiju un pusaudžu internalizētās uzvedības problēmām (Verbeek et al., 2012). Kopumā mātes depresija un stress grūtniecības laikā paaugstina iespēju, ka mazulis var ciest no ļoti plaša spektra emocionāliem traucējumiem (Glover, 2014).

Ir zināms, ka aptuveni 30% sieviešu, kurām bija depresija grūtniecības laikā, arī pirmā gada laikā pēc dzemdībām izjūt depresijas simptomus (Goodman, 2004). Citā pētījumā šis skaitlis ir vēl augstāks – 60% (Rahman, Iqbal, & Harrington, 2003). No minētā izriet, ka lielu skaitu zīdaiņu audzina un aprūpē mātes, kuras pēc dzemdībām izjūt emocionālas grūtības. Tas var sekmēt sarežģītumus mātes un bērna savstarpējā mijiedarbībā (un neadekvātu sava mazuļa uztveri un vēlāku emocionālu traucējumu attīstību gan bērnam, gan mātei (Tronick & Reck, 2009; Tronick, 2007).

Šo sarežģītumu attīstību var izskaidrot ar mātes un bērna savstarpējās regulēšanas modeli (*mutual regulation model*, Tronick, 1989; 1998). Šajā modelī tiek uzsvērta bērnu un vecāku savstarpējās ietekmes divvirziena daba. Tas pieņem, ka bērnu un vecāku mijiedarbības regulēšanā aktīvi iesaistās gan bērns, gan vecāki. Bērns – aktīvi izpaužot savas emocijas, bet vecāki – spējot tās precīzi interpretēt un jūtīgi reaģēt ar atbilstošu uzvedību. Saskaņā ar šo modeli, vecāki un mazuļi spēj izveidot zīdaiņa un vecāku diādes sistēmu, kurā abi diādes dalībnieki abpusēji sekmē zīdaiņa pozitīvus emocionālos stāvokļus un vājina negatīvos stāvokļus. Ja bērns raida mātei saprotamus emocionālos signālus, kurus viņa var precīzi interpretēt, tad māte spēj regulēt sava bērna negatīvās emocijas, vienlaikus tiek regulēta arī pašas mātes nervu sistēma. Saskaņā ar šo teorētisko modeli mātes depresija var vājināt viņas spēju iesaistīties emocionālā mijiedarbībā ar zīdaiņi, uztvert viņa signālus un adekvāti reaģēt uz tiem, kas savukārt samazina arī mazuļa iesaistīšanos mijiedarbībā ar māti (Weinberg & Tronick, 1998), kā arī sekmē bērna negatīvo emocionalitāti vai, tieši otrādi, emocionalitātes pazemināšanos, blāvas emocionālās izpausmes (Tronick, 1989; Tronick & Reck, 2009).

Arī pēcdzemdību depresijas negatīvā ietekme uz mazuļa un bērna attīstību ir samērā plaši pētīta, un ir atzīts, ka tā iespaido gandrīz jebkuru mazuļa aprūpes un audzināšanas sfēru ne tikai

īslaicīgi, bet arī ilgākā laikposmā (Goodman, 2007). Mātes, kurām ir pēcdzemdību depresija, uzrāda negatīvu saskarsmi ar mazuli – mazāku iejūtību un atsaucību pret bērna signāliem, zemāku saskaņotību ar mazuli (Field, 2010; Tronick & Reck, 2009; Tronick, 2007) un zemāku spēju izrādīt bērnam pozitīvas emocijas (Tronick & Reck, 2009). Mātes pēcdzemdību depresija var sekmēt vēlāku emocionālo (Gartstein et al., 2010) un uzvedības problēmu attīstīšanos bērnam (Beck, 2002), kā arī nedrošas piesaistes attīstību (Campbell et al., 2004). Mātes depresija var ietekmēt zīdaiņa kognitīvo, emocionālo un sociālo attīstību (Milgrom, Westley, & Gemmill, 2004; Tronick & Reck, 2009). Ir arī saistība starp mātes depresijas simptomiem un zīdaiņa grūtībām iemīgt un īsāku gulēšanas laiku (Heringhausen et al., 2008). Šīs grūtības novēro jau divu nedēļu veciem zīdaiņiem, un tās saglabājas arī 30 nedēļu vecumā.

Zīdaiņi pret mātes emocionālo stāvokli ir īpaši jūtīgi, jo viņi ir pilnībā atkarīgi no aprūpētājas, kura ikdienā gādā par bērnu, veicina drošās vai nedrošās piesaistes attīstību un sekmē kognitīvo un emocionālo attīstību (Coyl, Roggman, & Newland, 2002). Tā kā mātēm, kuras piedzīvo depresiju, ir traucēta emocionālās sfēras funkcionēšana, tas var ietekmēt veidu, kā viņas uztver savu mazuli, aprūpē un veido ar viņu attiecības. Var secināt, ka gandrīz nav tādas jomas, kurā mātes depresija neskartu bērnu un viņa attīstību – gan bioloģiskā, gan psiholoģiskā vai sociālā līmenī.

Zīdaiņi intensīvi mijiedarbojas ne tikai ar māti, bet arī ar tēvu. Lai gan pētījumu skaits par tēvu depresijas simptomu saistību ar bērna agrīno attīstību ir ierobežots, līdz šim ir secināts, ka tēvu depresija pēc mazuļa piedzimšanas sekmē zīdaiņa nemierīgumu un “grūtu temperamentu”, īpaši, ja bērns ir puika (Dave et al., 2005; Hanington, Ramchandani, & Stein, 2010; Schoppe-Sullivan & Mangelsdorf, 2013). Tāpat konstatēta saistība starp tēva depresiju un mazuļa emocionālo un uzvedības attīstību (Letourneau, et al., 2012; Ramchandani et al., 2011), kā arī vēlākām emocionālām un uzvedības problēmām bērniem (Ramchandani, Stein, Evans, & O'Connor, 2005; Schumacher et al., 2008).

Tēvi, kuri piedzīvo depresiju pēc bērna piedzimšanas, var tieši (neproduktīvā saskarsmē ar bērnu) vai netieši (vāji atbalstot savu partneri vai esot fiziski un emocionāli nepieejami) iespaidot mazuļa attīstību (Bradley & Slade, 2011). Ir pētījumi, kuros atzīts, ka ģimenēs, kur mātes norāda depresijas simptomus, tēvi, kuri nenorāda depresijas simptomus, vairāk iesaistās priekpilnās aktivitātēs ar zīdaiņi, tā kompensējot mātes pazemināto spēju iesaistīties (Edhborg, Lundh, Seimur, & Windstrom, 2003). Cita pētījuma rezultāti ir pretēji iepriekš minētajam (Mezulis, Hide, & Clark, 2004) un rāda, ka tēvi, kuri neizjūt depresiju, bet daudz laika pavada kopā ar savu mazuli, tomēr neatsver mātes depresijas iespaidu uz bērna attīstību. Šos rezultātus pētnieki skaidro ar to, ka pat, ja tēvam nav depresijas, un viņš intensīvi iesaistās bērna aprūpē, tomēr tēvs nespēj pavadīt ar savu mazuli tik daudz laika, lai tas kompensētu to, ka mātei ir depresija. Citu

pētījumu rezultāti ļauj secināt, ka tēvi, kuri uzrāda depresijas simptomus, mazāk iesaistās kopīgās nodarbēs ar mazuli (Bronte-Tinkew, Moore, Matthews, & Carrano, 2007; Paulson et al., 2006) un biežāk iedunkā vai iepļiķē bērnu (Davis, Davis, Freed, & Clark, 2011).

Apkopojot var secināt, ka depresija ir nopietns emocionālais traucējums, kas gandrīz divreiz biežāk konstatēts sievietēm nekā vīriešiem. Dzimumatšķirībām depresijas izplatībā var būt virkne bioloģisku un psihosociālu cēloņu. Tiek arī diskutēts par iespējamām “vīriešu depresijas simptomiem”, un ir izveidotas aptaujas, lai tos mērītu.

Pētījumos ir secināts, ka depresija ir visai izplatīts traucējums arī perinatālajā periodā ne tikai mātēm, bet arī tēviem, un pēdējo gadu pētījumu rezultāti rāda, ka grūtniecības laikā sievietēm depresijas simptomi var būt augstāki nekā pēc dzemdībām. Gandrīz visu līdz šim veikto pētījumu rezultāti ļauj secināt, ka perinatālajā periodā sievietes norāda augstāku depresijas simptomu līmeni nekā vīrieši.

Ir atzīts, ka mātes depresija perinatālajā periodā būtiski ietekmē bērna attīstību visdažādākajās jomās – fiziskajā, emocionālajā, kognitīvajā un sociālajā. Tā kā mātēm, kuras piedzīvo depresiju, ir traucēta emocionālās sfēras funkcionēšana, tas var ietekmēt veidu, kā viņas uztver savu mazuli, aprūpē un veido ar viņu attiecības, kas savukārt var veicināt nelabvēlīgu mijiedarbību ar bērnu ilgtermiņā. Var secināt, ka gandrīz nav tādas jomas, kurā mātes depresija neskartu bērnu un viņa attīstību. Tas notiek gan bioloģiskā, gan psiholoģiskā vai sociālā līmenī.

Arī tēvu depresijas simptomi saistās ar mazuļa emocionālo un uzvedības attīstību un vēlākām emocionālām un uzvedības problēmām bērniem. Tādēļ ir svarīgi jau grūtniecības laikā un pēc dzemdībām pievērst uzmanību visas ģimenes labsajūtai kopumā, nevis tikai atsevišķi mātes un bērna labsajūtai. Lai gan pēdējos gados tēvu depresijas izpētei tiek pievērsta arvien lielāka uzmanība, tiek atzīmēts, ka joprojām ir nepietiekams skaits pētījumu, kuros tiktu iekļauti abi vecāki ilgākā laika periodā.

1.4. Temperaments

Jau kopš dzimšanas mazuļa temperaments būtiski ietekmē to, kā bērns reaģē un pielāgojas videi. Daži mazuli tikai īsu brīdi spēj noturēt uzmanību, ātri satraucas, jūtot pat nelielu stimulāciju, skaļi un ilgi raud. Šos zīdainīšus var būt grūti nomierināt un iemidzināt. Citi mazuli mierīgi uztver arī intensīvu stimulāciju, reti raud un ātri nomierinās pēc satraukuma. Bērnam pieaugot, viņa iedzimtās temperamenta tendences veido pamatu pieaugušā personības iezīmēm (Rothbart, 2011).

Pēdējos gados visbiežāk lietotā temperamenta definīcija ir šāda: temperaments ir individuālas atšķirības emocionālā un motoriskā reaktivitātē, kuras tiek mērītas pēc reakciju ātruma, intensitātes, kā arī pēc spējas nomierināties (Rothbart & Derriberry, 1981). Šīs individuālās atšķirības ir bioloģiski pamatotas un saistītas ar indivīda iedzimtību (Posner, Rothbart, & Sheese, 2007).

Turpmākajās apakšnodaļās sniegts īss ieskats temperamenta jēdziena attīstības vēsturē, detalizētāk aplūkotas dažādas mūsdienu temperamenta teorijas, temperamenta attīstība zīdaiņa vecumā.

1.4.1. Temperamenta izpratnes vēsture

Temperamenta jēdzienam ir ļoti sena vēsture. Tā saknes meklējamas gan Hinduisma vēdās, gan senajā Ķīnā, gan grieķu – romiešu laikā. Jau Hipokrāts aprakstīja šo cilvēka uzvedības aspektu un uzskatīja, ka to nosaka četru šķidrumu – asinis, dzeltenā žults, melnā žults un limfa attiecības organismā. Jau šajā antīkajā modelī tika uzskatīts, ka cilvēka uzvedība rodas bioloģisku procesu dēļ, un šis skatījums uz temperamentu ir līdzīgs arī mūsdienu skatījumam (Clark & Watson 2008). Vēlāk šo ideju turpināja attīstīt romiešu ārsts Galēns, kurš izveidoja pirmo temperamenta tipoloģiju, aprakstot holērisko, sangvinisko, melanolisko un flegmatisko temperamentu. Galēna tipoloģija temperamentu skaidroja, balstoties uz fizioloģiju, un temperamentu saistīja ar psihopatoloģiju (Diamond, 1974). Viduslaikos šī tipoloģija tika plaši izmantota.

Apgaismības laikmetā Kants savā darbā “Antropoloģija pragmatiskā skatījumā” (“Anthropologie in pragmatischer Hinsicht”, 1797, kā minēts Rothbart, 2012) analizēja antīko temperamenta tipoloģiju, lai nošķirtu temperamentu no rakstura un morālās rīcības. Viņš uz temperamentu raudzījās kā uz cilvēka dabas doto daļu, bet uz raksturu – kā cilvēka paša veidoto daļu. Vēlāk, psiholoģijas zinātnes sākumposmā temperamentam pievērsās arī tādi ievērojami psihologi kā Vundts (Wundt), Ebinhauzs (Ebbinghaus) un Aizenks (Eysenck), turpinot attīstīt tipoloģisku pieeju temperamentam. Mūsdienu temperamenta pieejas vairāk koncentrējas uz temperamenta dimensijām nevis tipiem (Rothbart, 2012).

Bērnu un zīdaiņu sistemātisks temperamenta izvērtējums sācies visai nesen, kad pagājušā gadsimta divdesmitajos un trīsdesmitajos gados plaši tika veikti bērnu motoriskās un intelektuālās attīstības normatīvie pētījumi. Šo pētījumu ietvaros vairāki pētnieki pievērsās arī bērnu temperamenta aprakstiem. Širlija (Shirley, 1933, kā minēts Rothbart, 2011), pētot bērnu motorisko attīstību pirmajos divos dzīves gados, veselu sējumu veltīja “zīdaiņa personības kodola” jeb temperamenta aprakstam. Viņa uzsvēra, ka atšķirības zīdaiņu uzvedībā ir

novērojamas kopš dzimšanas. Bērnā augot, dažas iezīmes saglabājas samērā stabilas dažādās situācijās, un tās ir grūti mainīt audzināšanas rezultātā.

Tajā pašā laikā arī Gesels (Gesell, 1928, kā minēts Rothbart, 2011), uzsvēra temperamenta nozīmi bērna attīstībā un savu ideju pamatoja, aprakstot meitenīti, ko bija novērojis. Viņš rakstīja, ka meitenītes draudzīgums, atbildības izjūta un “labā daba” bija novērojama jau deviņu mēnešu vecumā un šīs iezīmes laika gaitā neizzuda, kaut arī viņa bija dzīvojusi dažādās aprūpes institūcijās. Gesels uzsvēra bērna temperamenta iezīmju stabilitāti agrīnā vecumā, tomēr atzīmēja, ka izšķirošā nozīme bērna attīstībā ir vēlākai apmācībai, pastiprinājumiem un uzraudzībai. Širlīja un Gesels atzīmēja to, ka bērna temperaments ir viņa personības kodols un ietekmē attīstību, bet attīstību būtiski ietekmē arī bērna pieredze sociālās vides kontekstā. Viņi uzsvēra arī to, ka vienas un tās pašas temperamenta iezīmes var dažādi attīstīties atšķirīgiem bērniem.

Pagājušā gadsimta vidū Bergmans un Eskalona (Bergman & Escalona, 1949, kā minēts Rothbart, 2012) atklāja, ka ir bērni, kuri reaģē pat uz vājiem sensoriem stimuliem. Vēlāk Eskalona (Escalona, 1968, kā minēts Rothbart, 2011), izvirzīja jēdzienu par bērna subjektīvo pieredzi attīstības procesā. Viņa uzskatīja, ka notikumi bērna dzīvē kļūst par personisko pieredzi tikai pēc tam, kad tie ir “izfiltrēti” bērna individuālajā nervu sistēmā, t. i., temperamenta režģī. Temperaments nosaka, kā dažādi mazuļi uztvers vienu un to pašu notikumu. Piemēram, enerģiska rotaļa ar vecākiem vienam mazulim šķitīs aizraujoša, bet citu mazuli satrauks vai pat nobiedēs.

1.4.2. Temperamenta teorijas

Turpmāk tiks aplūkotas pēdējo dekāžu būtiskākās teorētiskās pieejas bērna temperamenta izpratnē. Tomasa un Česas uzvedības stila pieejā (Thomass & Chess, 1977) temperaments tiek uzskatīts par uzvedības izpausmju stilu – kā bērns uzvedas (piemēram, cik intensīvi un skaļi mazulis raud), nevis par uzvedības saturu (ko bērns dara, kamēr raud) vai par uzvedības motivāciju (kāpēc bērns raud). Savu temperamenta modeli Tomass un Česa ar kolēģiem izveidoja, pamatojoties uz pašu veiktā Ņujorkas longitudinālā pētījuma rezultātiem – New York Longitudinal Study, NYLS (Thomass, Chess, Birch, Hertzog, & Korn, 1963). Šis ir viens no nozīmīgākajiem un līdz šim visvairāk citētais bērnu temperamenta pētījums. Šis pētījums būtiski mainīja tajā laikā sabiedrībā valdošo psihodinamisko un biheiviorālo teoriju pieņēmumu par to, ka agrīno uzvedību un reakcijas nosaka ārēji faktori – audzināšanā prasmīgi izmantoti pastiprinājumi un agrīnās attiecības ar aprūpētājiem un, ka visās bērnu uzvedības problēmās ir “vainīgi” vecāki. Tomass un Česa uzskatīja, ka bērni aktīvi iesaistās savā attīstībā,

mijiedarbojoties ar vidi un saviem aprūpētājiem, nevis ir tikai ārējās vides radīti produkti. Viņi sāka savu pētījumu, lai noskaidrotu, kā mazuli reaģē uz vecāku aprūpi un citiem vides aspektiem. Vēlāk viņi šīs primāro reakciju shēmas nosauca par temperamentu.

Savā pētījumā viņi sākotnēji iekļāva 133 divus līdz trīs mēnešus vecus bērnus, novērojot viņu reakcijas uz dažādiem ikdienas notikumiem un detalizēti intervējot vecākus. Turpmāk viņi intervēja vecākus ik pa trim, vēlāk ik pa sešiem mēnešiem, kamēr bērns sasniedza piecu gadu vecumu, tad reizi gadā līdz bērna 8–9 gadu vecumam. Analizējot intervijas un novērojumus, pētnieki izveidoja deviņas temperamenta dimensijas, kuras uzskatīja par nozīmīgām bērna attīstībai: aktivitātes līmenis, pirmā reakcija uz jauno, reakcijas intensitāte, sensorais / fiziskais jūtīgums, pielāgošanās, regularitāte, noskaņojums, neatlaidība un uzmanības nenoturība (Thomas & Chess, 1977).

Šīs dimensijas vēlāk tika apkopotas trijos tipos: “grūtais temperaments” (*difficult temperament*), “vieglais temperaments” (*easy temperament*) un “lēni iesilstošais temperaments” (*slow-to-warm-up temperament*). “Grūtā temperamenta” tipā tika iekļautas šādas temperamenta izpausmes: regularitātes trūkums, intensīvas negatīvas reakcijas, noraidoša reakcija uz jauno, apgrūtināta pielāgošanās un biežs negatīvais noskaņojums. Zīdaiņus, kuru uzvedība un reakcijas tika novērtētas šo temperamenta dimensiju pretējā polā, raksturoja kā bērnus ar “vieglu temperamentu”, bet bērniem ar “lēni iesilstošo temperamentu” raksturīgs zems aktivitātes līmenis un ir tendence lēni pielāgoties jaunām situācijām, kā arī izvairīties no nepazīstamiem cilvēkiem.

Jau Tomass un Česa uzskatīja, ka bērna attīstību ietekmē savstarpēja mijiedarbība starp bērnu un viņa apkārtējo vidi. Viņi izveidoja “labas savstarpējās saderības jeb saskaņotības” jēdzienu (*goodnes-of-fit*). Šī jēdziena būtība ir tāda, ka bērna veselīga psiholoģiskā attīstība un sekmīga adaptācija var notikt tad, ja vides prasības, vecāku audzināšanas veids, gaidas un iespējas ir atbilstošas bērna unikālajam temperamentam. Ja starp bērnu un vides prasībām veidojas disonanse, bērnam var rasties adaptācijas grūtības. Savstarpējas saderības modelis joprojām tiek izmantots dažādās vecāku un pedagogu apmācību programmās.

Lai gan “grūtā temperamenta” jēdziens plaši izmantots pētījumos, kritiķi to uzskata par pretrunīgu vairāku iemeslu dēļ (Rothbart, 2011). Temperamenta iezīme, kura vienā kontekstā var tikt vērtēta kā “grūta”, citā kontekstā var būt noderīga vai sekmējama. Piemēram, izvairīga uzvedība nepazīstamā vidē zīdaiņim ir viena no “grūtā” temperamenta iezīmēm, bet, zīdaiņim pieaugot, piesardzība svešās situācijās var būt vērtējama kā adaptācijas iezīme (Rothbart & Ahadi, 1994). Apzīmējums “grūts temperaments” var būt pārāk kritisks un negatīvi vērtējošs. Iespējams, ka vienam aprūpētājam bērna temperaments var šķist “grūts”, bet cits to neuztver kā problemātisku.

Pēc NYLS pētījuma bērnu temperamenta izpēte sāka strauji attīstīties, un pagājušā gadsimta astoņdesmitajos gados paralēli tika attīstītas vairākas temperamenta teorijas, kuras īsumā tiks aplūkotas turpmāk.

Bass un Plomin (Buss & Plomin, 1984) attīstīja kritēriju pieeju temperamentam (*Criterial approach*) jeb EAS struktūru (emocionalitāte, aktivitāte, sabiedriskums). Viņi uzskatīja, ka kādu iezīmi var attiecināt uz temperamentu, ja tā atbilst šādiem četriem kritērijiem:

- 1) iezīmei jābūt “iedzimtai”, respektīvi, tā jānovēro arī indivīda filoģenētiskajos radniekos;
- 2) bērnībā tai jābūt relatīvi stabilai;
- 3) tai jā saglabājas pieaugušo vecumā;
- 4) tai jābūt evolucionāri adaptīvai.

Šīs pieejas autori kritizēja Tomasa un Česas temperamenta modeli par to, ka tas ir pārāk sarežģīts, un izveidoja vienkāršāku modeli, kurā iekļāva tikai trīs temperamenta dimensijas – Emocionalitāti, Aktivitāti un Sabiedriskumu. Kā iespējamās papildu dimensijas viņi nosauca arī Impulsivitāti un Kautrīgumu. Emocionalitāte ir EAS modeļa pamatdimensija un attiecas uz to, cik emocionāls un viegli uzbudināms ir mazulis. Daži bērni uz stimuliem vidē reaģē mierīgi, bet daži patniecīga distresa gadījumā skaļi raud un dusmojas. Emocionalitātes dimensijā ir trīs komponenti – satraukums, bailes un dusmas. Aktivitātes dimensija iekļauj ātrumu un spēku, ar kādu bērns kustas un runā. Daži bērni lielākoties ir aktīvi un kustīgi, citi – nē. Sabiedriskums attiecas uz to, vai mazulis tiecas pēc saskarsmes un iniciē to, vai cenšas izvairīties no sadarbības ar citiem. Vairums mūsdienu temperamenta pētnieku piekrīt Basa un Plumina pieņēmumam, ka temperamenta iezīmes parādās jau agrīnā vecumā, ka tām ir raksturīga mērena stabilitāte un tas ir bioloģiski noteikts (Buss & Plomin 1984).

Goldsmits un Kampuss (Goldsmith & Campos, 1982) izvirzīja modeli, kurā emocijas ir kā regulējošais aspekts (*Emotion regulation model*). Šī modeļa ietvaros temperaments tiek definēts kā individuālas atšķirības primāro emociju izjušanā, izpausmēs un centienos regulēt emocijas. Šajā pieejā temperaments attiecas uz individuālām atšķirībām uzvedības tendencēs, un to var novērot pamatemociju izpausmēs. Šajā pieejā uztveres un kognitīvie faktori, kā arī īslaicīgi bērna stāvokļi uz temperamentu nav attiecināmi. Saskaņā ar šo modeli pamatemocijām ir funkcionāla nozīme bērna attīstībā, jo tās regulē bērna iekšējos psiholoģiskos stāvokļus un sociālo mijiedarbību. Pamatemocijām ir šādas funkcijas: tās regulē iekšējos psiholoģiskos procesus; tām ir izšķiroša nozīme sociālās uzvedības regulēšanā. Pamatemocijas var noteikt pēc unikālām sejas, pozas vai runas izteiksmēm. Šajā pieejā tiek uzsvērts, ka emocijas starp indivīdiem variē, jo ir atšķirīgs emocionālās reakcijas ātrums un reakcijas intensitāte. Piemēram, zīdainim var būt zems sliksnis, lai izjustu dusmas, viņš ātri sadusmojas, un ir spēcīga dusmu intensitāte. Cits mazulis sadusmojas lēnāk, un dusmu intensitāte ir zema.

Džeroms Kēgans (Kagan, 1988) izveidoja teorētisku pieeju temperamentam, kurā izvirzīja tikai vienu iezīmi – uzvedības apvaldīšanu (*behavioral inhibition*). Šī ir vairāk bioloģiski tipoloģiska pieeja, nekā Tomasa un Česas vai Plumina un Basa pieejas, kurās temperamentu aplūkoja kā variāciju no aktivitātes līdz pasivitātei. Kēgana skatījumā temperaments ir stabils uzvedības un emocionālās reakcijas, kuras ir ģenētiski noteiktas. Saskaņā ar Kēganu (Kagan, 2003) tieši bioloģisko faktoru atšķirības nosaka atšķirības bērnu temperamenta izpausmēs. Katram temperamentam ir iedzimta noteikta neiroķīmija, kas nosaka mandeļveida ķermeņa jutīgumu. Individīda neiroķīmiskie procesi variē, arī sekmējot bērna temperamenta fenotipiskās atšķirības. Piemēram, gamma aminosviestskābes funkcija ir neirālās aktivitātes kavēšana. Kēgans izsaka ideju, ka jaundzimušajiem, kuri nespēj regulēt savu satraukumu, var būt traucēta gamma aminosviestskābes funkcija. Kēgans uzsvēra emocionālās izpausmes un ilgtermiņa atmiņu regulējošo smadzeņu ceļu nozīmi bērna uzvedības stila veidošanā. Kēgana pētījumu rezultāti rādīja, ka bērni ar atšķirīgu uzvedības kavēšanu uzrāda atšķirības arī dažos fizioloģiskos rādītājos, kas saistīti ar bērna emocionālām reakcijām – sirdsdarbība, kortizola sekrēcija, acu zīlīšu paplašināšanās u. c. Kēgana temperamenta pieeja arī mūsdienās ir viena no būtiskākajām temperamenta teorijām (Zentner & Bates, 2008).

Danns un Kendriks (Dunn & Kendrick, 1982) izveidoja vēl vienu temperamenta teorētisko modeli. Saskaņā ar šo modeli temperaments attīstās sociālo attiecību kontekstā, un iedzimtība nav vienīgais faktors, kas nosaka stabils uzvedības atšķirības starp indivīdiem. Savu ideju viņi pamatoja ar to, ka vairums bērnu pēc brāļa vai māsas piedzimšanas reaģē ar izmaiņām uzvedībā. Daži bērni kļūst raudulīgāki, sliktāk guļ, pastiprināti pieprasa vecāku uzmanību vai arī kļūst klusāki. Dažas no šīm uzvedības iezīmēm saistās ar bērnam raksturīgām temperamenta iezīmēm, kuras ir mērītas jau pirms brāļa vai māsas piedzimšanas. Danns un Kendriks uzsver, ka bērna uzvedību nosaka citi cilvēki, kuri ir kopā ar bērnu, sociālās vides konteksts un konkrētā situācija. Ja šīs attiecības un sociālā vide ir stabila, stabils būs arī bērnu temperamenta iezīmes. Jau Tomasa un Česas (Thomas & Chess, 1977) un Danna un Kendrika (Dunn & Kendrick, 1982) temperamenta modeļos tika atzīmēta vides nozīme temperamenta attīstībā, un pēdējās dekādēs bērna temperamenta attīstība sociālās vides kontekstā un mijiedarbībā ar vecākiem tiek uzsvērtā arvien vairāk (Rothbart, 2011).

Vienu no jaunākajām temperamenta teorijām izveidojusi Mērija Rotbarta (Mary Rothbart) un kolēģi (Rothbart, 1981; Rothbart & Ahadi, 1994). Pēdējo dekāžu laikā viņas teorētiskās atziņas un pētījumu rezultāti būtiski papildinājuši temperamenta izpratni, un viņas veidotās vecāku aptaujas par bērnu uzvedību ir visplašāk lietotās aptaujas temperamenta pētījumos pēdējos gados (Putnam & Stifter, 2008). Rotbarta savas idejas atspoguļo temperamenta struktūrā, kas ietver trīs plašus faktorus – reaktivitāti, negatīvo emocionalitāti un apzinātu reakciju kontroli (no mazbērna

vecuma) jeb pašregulācijas spēju (zīdaina vecumā) (Rothbart, Chew, & Gartstein, 2001; Rothbart, 2007; 2011). Rotbarta definē temperamentu kā individuālas atšķirības reaktivitātē un pašregulācijā, ko laika gaitā ietekmē gēni, nobriešana un pieredze (Rothbart & Derriberry, 1981). Rotbarta teorijas pamatā ir pieņēmums par to, ka gan bērna uzvedības reakcijas, gan šīs reakcijas regulējošie aspekti ir saistīti ar neirobioloģiskajiem procesiem (Rothbart, 2011). Šī pieeja paplašina izpratni par temperamentu kā “uzvedības stilu”, kā to pieņēma Tomass un Česa, un balstās uz neirozinātnes pētījumiem.

Rotbarta modelī īpaša uzmanība tiek pievērsta reaktivitātei un pašregulācijas spējai, uzsverot mijiedarbību starp bērna reaktīvajiem impulsiem un viņa centieniem tos regulēt. Rotbarta uzskata, ka reaktivitāte un pašregulācijas spēja (zīdaina vecumā) jeb apzināta reakciju kontrole² (sākot no otrā dzīves gada) ir vispārēji un elastīgi temperamenta faktori. Tos iespējams aplūkot veģetatīvās nervu sistēmas, endokrīnā, uzvedības un emocionālā līmenī (Rothbart, 2011). Papildus šiem temperamenta faktoriem tiek izdalīta arī negatīvā emocionalitāte.

Saskaņā ar Rotbartu (Rotbart, 2012) reaktivitāte ietver indivīda tendenci uz emocionālām, motorām un uzmanības reakcijām. Lai to aprakstītu, viņa lieto “trīs A” shēmu – emocijas, aktivitāte un uzmanība (*Affect, Activity, Attention*). Reaktivitāti var mērīt ar ātrumu, kādā notiek sākotnējā reakcija, ar reakcijas spēku jeb intensitāti un ar ātrumu, kādā pēc reakcijas indivīds atgriežas miera stāvoklī. Piemēram, cik strauji mazulis nobīstas vai kļūst priecīgs, nokļūstot jaunā vidē, cik intensīvi viņš pauž savas emocijas, raudot vai smeļoties, un – cik ilgs laiks nepieciešams, lai mazulis atgūtos pēc reakcijas, it īpaši, ja sākotnējā reakcija bijusi negatīva?

Negatīvās emocionalitātes konstrukts ir daļa no bērna temperamenta raksturojuma, un kā atsevišķs faktors tiek izdalīts vairākās temperamenta teorijās (Buss & Plomin, 1984; Rothbart & Derriberry, 1981; Thomas & Chess, 1977). Negatīvā emocionalitāte ir bērna tendence uz stresoriem reaģēt ar paaugstinātām dusmām, aizkaitinājumu, bailēm vai skumjām, kā arī nespēja nomierināties (Rothbart, Ahadi, & Hershey, 1994). Pat zīdaina vecumā negatīvo emocionalitāti var sadalīt divos komponentos – vairāk internalizētas negatīvās emocijas (piemēram, bailes un skumjas) un vairāk eksternalizētas negatīvās emocijas (dusmas un aizkaitināmība) (Caspi & Shiner, 2006; Rothbart & Bates, 2006). Negatīvā emocionalitāte tiek uzskatīta par pamatdimensiju “grūtā temperamenta” jēdzienā (Bates, 1989). Negatīvā emocionalitāte ir temperamenta faktors, kuru novēro mazuļiem jau tūdaļ pēc piedzimšanas.

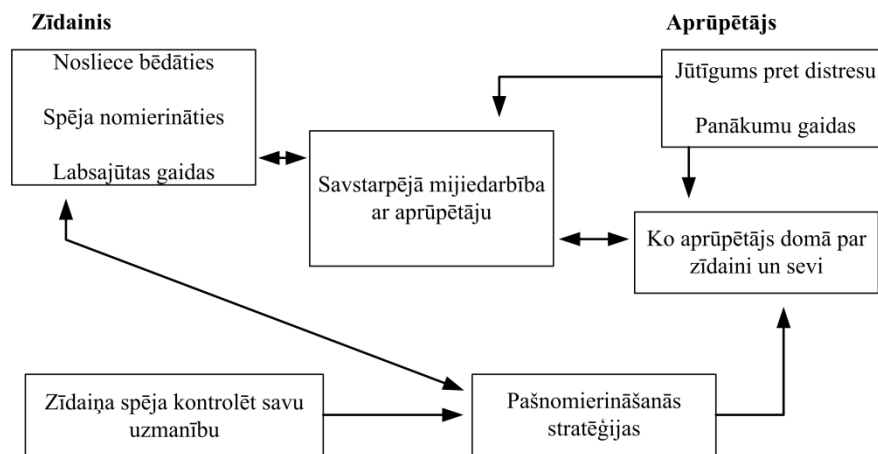
Kā uzskata Rotbarta (Rothbart, 2011), temperamenta pašregulējošais aspekts ir apzināta reakciju kontrole. Apzināta reakciju kontrole ir spēja kavēt dominējošās automātiskās uzvedības,

² Promocijas darbā, aprakstot Rotbarta temperamenta teorētisko modeli, tiks izmantoti abi jēdzieni – pašregulācijas spēja (ja tiks aprakstīti pētījumi par zīdaiņiem) un apzināta reakciju kontrole (aprakstot Rotbarta temperamenta modeli kopumā vai vecāku bērnu temperamentu).

uzmanības un emocionālās atbildes reakcijas, pastiprināt vai vadīt tās. Tajā iekļaujas indivīda tendence virzīt uzmanību uz stimulu vai prom no tā, regulēt savas domas vai emocijas (Rothbart, 2011). Mazbērna gados apzināta reakciju kontrole tiek vadīta ar uzmanības palīdzību (Posner, Rothbart, Sheese, & Voelker, 2011). Apzināta reakciju kontrole strauji sāk attīstīties pirmā dzīves gada beigās, un tās pamatā ir zīdaiņa spēja noturēt un pārslēgt uzmanību un spēja pašam nomierināties (Gartstein, Bridgett, Young, Panksepp, & Power, 2013). Piemēram, dzīves pirmajā un otrajā mēnesī bērns spēj fokusēt skatienu uz stimulu, bet viņam ir grūti to novērst galvas smadzeņu agrīnās attīstības dēļ (Johnson, Posner, & Rothbart, 1991). Šo fenomenu sauc par “piespiedu uzmanību” (*obligatory attention*) (Ruff & Rothbart, 1996). Vēlāk zīdaiņi mēdz novērst skatienu no objekta, kas viņus satrauc, un šīs agrīnās pašregulācijas spējas pastiprinās no 3 līdz 12 mēnešu vecumam (Rothbart, Ziaie, & O’Boyle, 1992, kā minēts Rothbart, 2011). Tajā pašā laikposmā mazuļi samazina tādas pasīvās pašnomierināšanās stratēģijas kā pirksta zīšana vai sevis aiztikšana. Tas gan ir attiecināms tikai uz tiem zīdaiņiem, kuri triju mēnešu vecumā neuzrāda būtisku distresu izpētes laikā laboratorijā (Rothbart, 2011).

Kā jau minēts iepriekš, savstarpējās regulēšanas modelis paredz (Tronick, 1998; 2007), ka mazuļa nomierināšanās ir saistīta arī ar aprūpētāja spēju pieskaņoties mazuļa vajadzībām un atbildēt uz tām un ir daļa no savstarpējas mijiedarbības procesa. Arī Rothbartas teorētiskajā modelī ir akcentēts, ka bērna temperaments attīstās bērna un vecāku abpusējā mijiedarbībā. Piemēram, vecāki pielāgojas bērna pašregulācijas centieniem divos veidos: viņi uztver to, ka bērniņš novērš acu skatienu, un tas ir signāls, ka viņš ir noguris; viņi tiecas pastiprināt stimulāciju, ja mazulis uz to nereaģē. Abos šajos gadījumos bērna reakcija nosaka vecāku uzvedību, un ir būtiski, lai vecāki spētu uztvert un atbilstoši atbildēt uz zīdaiņa signāliem (Rothbart, 2011). Varētu pieņemt, ka vecāki, kuriem ir depresijas simptomi, ir ar negatīvākām domām par sevi un arī mazuļa signālus var uztvert vai interpretēt negatīvāk, kas savukārt, iespējams, var vājināt mazuļa spēju nomierināties pašam un līdz ar to izrādīt vairāk negatīvo emociju.

Jau pirmajos dzīves mēnešos zīdaiņa temperamenta pašregulācijas mehānismi ļauj zīdaiņim arvien vairāk vadīt savas reakcijas, nomierināties. Tomēr šīs spējas attīstās ar laiku, un to pilnīga nobriešana turpinās līdz pat pieaugušā vecumam (Thompson, 2011). Reaktivitātes un pašregulācijas tendences veido modeļus, kā bērns jau agrīni novērtē un pielāgojas vides radītiem izaicinājumiem. Rothbartas izveidotais zīdaiņa nomierināšanās modelis grafiski attēlo, kā mazuļa nosliece bēdāties jeb negatīvā emocionalitāte mijiedarbojas ar vecāku jutīgumu pret distresu, gaidām un zīdaiņa un sevis uztveri (skat. 3. attēlu).



3. attēls. Zīdaiņa nomierināšanās modelis (Rothbart, 2011)

Attēlā redzams, ka mazuļa nosliece bēdāties un spēja nomierināties gan ietekmē vecākus, gan to ietekmē vecāki. Tāpat arī bērna agrīnās pašnomierināšanās stratēģijas pastarpināti iespaido vecākus un arī veidu, kā viņi mijiedarbojas ar bērnu. Lai gan šajā modelī netiek iekļauta vecāku depresija, tomēr var izteikt pieņēmumu, ka vecāki, kuri ir jutīgāki pret distresu un kuru bērniņam ir nosliece bēdāties un ir grūti nomierināties, var kļūt nomākti vai pat izjust depresijas simptomus. Un otrādi, ja vecāki ir nomākti, viņu mijiedarbība ar bērnu var pastiprināt bērna negatīvo emocionalitāti jeb noslieci bēdāties.

Rotbarta sākotnēji aprakstīja temperamentu vienīgi zīdaiņa vecumā, bet vēlāk savu modeli paplašināja uz citām vecuma grupām, ieskaitot pat pieaugušos, un šobrīd veikti arī pētījumi, kas apstiprina reaktivitātes, negatīvās emocionalitātes un apzinātas reakciju kontroles bērna vecumā saistību ar Lielā piecnieka personības faktoriem (*Big Five*) pieaugušā vecumā (Caspi & Shiner, 2012).

Rotbartas teorijā aprakstītie plašie temperamenta faktori iekļauti arī Aptaujā par mazuļa uzvedību – ļoti īsais variants (Infant Behavioral Questionnaire – IBQ revised, very short form, Gartstein & Rothbart, 2003; Putnam, Helbig, Gartstein, & Rothbart, 2012; Putnam, Helbig, Gartstein, Rothbart, & Leerkes, 2014), kas domāta 3–12 mēnešus vecu zīdaiņu temperamenta faktoru mērīšanai un izmantota šajā promocijas darbā. Katrs plašais faktors ietver arī atsevišķas dimensijas, kuras nav iespējams izmērīt ar šo aptauju, bet ieskats tajās sniedz papildu priekšstatu par zīdaiņu temperamenta iezīmēm, kuras raksturo katru no trim temperamenta faktoriem.

Reaktivitāte (*the positive affectivity / surgency*) ietver motoriskās darbības aktivitātes līmeni, tempu un kustību diapazonu (*activity level*), labsajūtu no augstas intensitātes stimuliem (*high intensity pleasure*), pozitīvas emocijas un uzbudinājumu, gaidot kādu patīkamu aktivitāti (*approach*), vokālās reakcijas jeb lalināšanu un citu skaņu veidošanu ikdienas aktivitāšu laikā (*vocal reactivity*), uztveres jutīgumu jeb zemas intensitātes stimulācijas pamanīšanu vai

atpazīšanu (*perceptual sensitivity*) un smaidīšanu un smiešanos jeb pozitīvas emocijas saistībā ar izmaiņām stimulu intensitātē, sarežģītībā vai nesaskaņotībā (*smiling and laughter*).

Negatīvā emocionalitāte (*negative affect*) ietver: zīdaiņa nespēju nomierināties pēc satraukuma, uzbudinājuma vai vispārīgas somatiskās sistēmas aktivizēšanās (*falling reactivity*), bailes jeb negatīvas emocijas, gaidot satraucošu, sāpīgu un / vai apdraudošu situāciju un izbīļa reakciju uz jauniem sociāliem stimuliem (*fear*), frustrāciju jeb negatīvas emocijas, sastopoties ar šķēršļiem savai darbībai vai mērķiem (*frustration / distress to limitations*), skumjas jeb negatīvas emocijas / garastāvokli, raudulīgumu un pazeminātu aktivitātes līmeni saistībā ar ciešanām, vilšanos vai zaudējumu (*sadness*).

Pašregulācijas spēja (*Regulatory Capacity*) ietver spēju noturēt uzmanību uz objektu vai uzdevumu (*attention / duration of orienting*), labsajūtu no zemas intensitātes stimuliem jeb labsajūtu, kas gūta no aktivitātēm vai stimulācijas, kam piemīt zems intensitātes, sarežģītības, nesaskaņotības vai novitātes līmenis (*low intensity pleasure*), tuvošanos jeb vēlmi pēc emocionāla siltuma un tuvības ar citiem, neatkarīgi no kautrīguma vai ekstraversijas tendencēm (*affiliation / cuddliness*) un spēju nomierināties jeb nemiera, raudu, distresa samazināšanos brīžos, kad aprūpētājs mēģina nomierināt zīdaiņi (*soothability*).

Apkopojot var secināt, ka dažādi teorētiskie modeļi akcentē atšķirīgus temperamenta aspektus, tomēr gandrīz visas teorētiskās pieejas iekļauj bērna uzvedības reaktīvos faktorus, emocijas, kā arī dažādos veidos runā par reakciju kontrolēšanu kā temperamenta daļu, vairāk pievēršoties kādam specifiskam temperamenta aspektam. Dažādās temperamenta teorijas joprojām turpina attīstīties un pilnveidoties, un joprojām nav pilnīgas vienotības par dažādiem temperamenta aspektiem, tomēr pētnieki mūsdienās ir vienojušies, ka temperamentam ir bioloģisks pamats, ka tas attīstās, bērnam augot, un ka agrīnās temperamenta iezīmes novēro jau zīdaiņa vecumā. Senākās temperamenta teorijas to aplūko kā uzvedības “stilu”, bet jaunākās pievēršas temperamenta neirobioloģiskajiem aspektiem. Gandrīz visos temperamenta teorētiskajos modeļos tiek uzsvērts, ka bērna temperamenta attīstība notiek arī vides ietekmē, tātad, – jau no pirmajām dzīves dienām bērna attīstību nosaka viņa iedzimtās tendences un tās nostiprinās vai vājinās nemitīgā mijiedarbībā ar sociālo vidi.

Joprojām nav pilnīgas vienprātības par to, kā definēt jēdzienu temperaments un kādus aspektus tajā iekļaut. Pētnieki ir vienojušies par to, ka temperamenta iezīmes var novērot jau agrīnā zīdaiņa attīstības periodā, tās ir relatīvi stabilas un balstītas neirobioloģijā (Rothbart & Bates, 2006; Zentner & Bates, 2008). Apkopojot dažādas teorētiskās pieejas, Centnere un Beits (Zentner & Bates, 2008) piedāvā vairākus kritērijus, kuri ir attiecināmi uz bērna temperamentu (skat. 1. tabulu).

1. tabula. Temperamenta kritēriji bērniem (Zentner & Bates, 2008)

Nr. p. k.	Temperamenta kritēriji bērniem
1.	Temperaments ir individuālas atšķirības bērnu normālā uzvedībā, kuras var novērot dažādās jomās: emocionalitātē, aktivitātē, uzmanībā, sensorajā jutīgumā.
2.	Temperaments tipiski izpaužas vairākos veidos: stimula jutīguma sliekšnī, laikā līdz reakcijas sākumam, reakcijas intensitātē, reakcijas ilgumā un laikā, kas nepieciešams, lai atgūtos pēc reakcijas.
3.	Temperamenta izpausmes parādās pirmajos dzīves gados; tās daļēji novēro jau zīdaiņa vecumā, bet pilnībā izpaužas pirmsskolas vecumā.
4.	Temperamenta pamatiezīmes (piemēram, aktivitāte un emocionalitāte) eksistē arī primātiem un dažiem sociālajiem zīdītājiem (piemēram, suns parastais, latīņu val. <i>Canis familiaris</i>).
5.	Temperaments ir cieši, ja ne pilnīgi saistīts ar bioloģiskajiem mehānismiem (piemēram, neuroķīmija, neuroanatomija, ģenētika).
6.	Temperaments ir relatīvi stabils laikā, un tam ir loģiska attīstība (piemēram, agrīna uzvedības apvaldīšana prognozē vēlākas internalizētas uzvedības problēmas, bet agrīns “grūtais” temperaments – eksternalizētas uzvedības problēmas).

Turpmākajā apakšnodaļā aplūkoti zīdaiņa temperamenta attīstību noteicošie neurobioloģiskie procesi.

1.4.3. Temperamenta neurobioloģiskais pamats

Kā minēts iepriekš, temperaments tiek definēts kā bioloģiski pamatotas individuālas atšķirības – evolūcijas gaitā smadzenēs aktivizētas struktūras un mehānismi, kas nodrošina tūlītēju reakciju uz vides stimuliem, tā garantējot izdzīvošanu (Rueda & Rothbart, 2009). Analizējot temperamenta neurobioloģisko pamatu, Rueda un Rotbarta (Rueda & Rothbart, 2009) norāda, ka tie procesi, kuri veicina emociju vadīšanu, rodas uz fizioloģisku, neuroķīmisku un molekulāru parametru bāzes, kas atšķiras starp indivīdiem. Šo neirālo modeļu pamatā ir tuvošanās (apbalvojošu stimulu uztvere un virzīšanās uz potenciāli apbalvojošiem stimuliem) un izvairīšanās (draudu atklāšana un izvairīšanās no tiem). Izvairīšanās jeb aizsardzības sistēma smadzenēs ietver limbiskās struktūras (hipotalāms un mandeļveida ķermenis), smadzeņu stumbra reģionus un orbitofrontālo garozu (Gray, 1982; Panksepp, 1998), un to regulē vispārējās neuroķīmiskās sistēmas un hormonālā darbība, kas rodas vidussmadzenēs. Mandeļveida ķermeņa

funkcijas saistītas ar stimula ātru uztveri (īpaši, negatīvu stimulu un potenciālu draudu ātru uztveri). Rotbarta (Rothbart, 2007) min, ka augsta reaktivitāte ir saistīta ar paātrinātām mandeļveida ķermeņa funkcijām. Baiļu attīstība zīdaiņa vecumā saistīta ar baiļu tīklojuma attīstību centrālajā nervu sistēmā. Kā uzskata Rueda un Rotbarta (Rueda & Rothbart, 2009), shēmas, kuras saistās ar tuvošanās reakcijām, ietver citas smadzeņu zemgarozas struktūras – svītrotu ķermeni, kas automātiski aktivē tādas domas un uzvedību, kas noved pie pozitīva rezultāta. Vēl viens informācijas pārstrādes ceļš, kas saistīts ar pozitīvo afektu, varētu būt no limbiskajiem reģioniem uz ventromediālo hipotalāmu un saistās ar oksitocīna līmeni (Panksepp, 1993, kā minēts Rueda & Rothbart, 2009).

Pirmajos dzīves mēnešos bērna nervu sistēma vēl nav nobriedusi, un šajā periodā apzināti vadītas pašregulēšanas formas mazulim nav iespējamās. Neurobioloģiskās attīstības rezultātā pirmā gada otrajā pusē rodas atšķirības bērna spējā kontrolēt un bremsēt savu darbību, piemēram, vēlmi tuvojties kādam stimulam vai izvairīties no tā (Rothbart, 2007). Šajā vecumā temperamenta regulējošais aspekts saistās ar zīdaiņa spēju vadīt savu uzmanību (*attentional orientation*). Pirmajos dzīves mēnešos smadzeņu garozas agrīnās attīstības procesu dēļ zīdaiņiem novēro uzmanības vadīšanas grūtības (Rothbart et al., 2001). Agrīnās apzināti vadītas reakciju kontroles formas attīstība ir saistīta ar vadības funkciju neirāliem modeļiem un emocionālās reaktivitātes regulēšanu (Rothbart, 2007).

Apzinātas reakciju kontroles pamatā ir specifiska smadzeņu sistēma – uzmanības vadīšanas tīklojums, kura būtiska daļa atrodas smadzeņu priekšējā cingulārajā un sānu prefrontālajā garozā. Šīs smadzeņu struktūras nodrošina domu, emociju un uzvedības reakciju regulēšanu (Posner et al., 2007). Apzināta reakciju kontrole strauji sāk attīstīties pirmā dzīves gada beigās un īpaši strauji attīstās pirmsskolas vecumā (Rothbart, 2007). Turpmāk tiks aplūkota bērna temperamenta attīstība zīdaiņa vecumā.

1.4.4. Temperaments bērna attīstības dinamikā

Kaut gan pēdējo gadu teorētiskās pieejās tiek uzsvērts, ka vairākas temperamenta iezīmes novērojamas jau jaundzimušā periodā, tomēr daudzi temperamenta aspekti šajā laikā vēl vāji izpaužas smadzeņu nepilnīgās attīstības dēļ (Rothbart, Ahadi, & Hershey, 1994; Rothbart & Bates, 2006; Rothbart, 2007), kā bija aplūkots iepriekš. Jaunākie pētījumi apstiprina to, ka vēlākās temperamenta izpausmes ir ietekmētas pat jau prenatālajā periodā intrauterīnās pieredzes dēļ (Huiznik, 2012). Bērna smadzenēm pirmā dzīves gada laikā strauji attīstoties, arī temperamenta specifiskās izpausmes visai strauji mainās (Gartstein & Rothbart, 2003). Pirmajos dzīves mēnešos mazuļu smadzeņu struktūras vēl nav attīstītas tik tāl, lai smadzeņu darbība

notiktu augsti saskaņotā veidā, un bērna pašregulācijas spējas vēl ir vāji attīstītas (Posner & Rothbart, 2009). Šajā vecumā zīdaiņa emocionālo un uzvedības reakciju regulējošo funkciju lielākoties nodrošina aprūpētājs – mierinot, šūpojot vai pārslēdzot mazuļa uzmanību, tā palīdzot bērnam tikt galā ar stresu. Var secināt, ka bērna temperamenta attīstība notiek gan smadzeņu straujās attīstības ietekmē, gan mijiedarbībā ar aprūpētāju.

Īsu pārskatu par temperamenta agrīnās attīstības dinamikas pārskats ir apkopots 2. tabulā.

2. tabula. Temperamenta attīstība agrā bērnībā (Rothbart, 1989)

Bērna attīstības poms	Temperamenta komponenti
Jaundzimušais	Negatīvā emocionalitāte un spēja nomierināties, uzmanība, tuvošanās / izvairīšanās no jauniem stimuliem / cilvēkiem
Zīdains pirmajā dzīves pusgadā	Viss iepriekšējā attīstības posmā minētais; pievienojas smaidīšana, smiešanās, stimulu meklēšana un novēršanās no tiem
Zīdains otrajā dzīves pusgadā	Viss iepriekšējos attīstības posmos minētais; pievienojas uzvedības kavēšana, apzināta reakciju kontrole (sākumā tā ir kā spēja noturēt un pārslēgt uzmanību)
Pirmsskolas vecums un vēlāk	Viss iepriekšējos attīstības posmos minētais un apzinātas reakciju kontroles turpmāka attīstība

Aplūkojot tabulu, redzams, ka katrā nākamajā posmā esošajiem temperamenta komponentiem pievienojas jauni komponenti, bet esošie nobriest un pilnveidojas. Temperamenta attīstība bērna pirmajā dzīves gadā detalizētāk tiks aplūkota turpmāk.

Viena no pirmajām temperamenta iezīmēm, ko novēro jau pirmajā dzīves mēnesī, ir negatīvā emocionalitāte un noraidoša reakcija uz jauno. Mazuļa tendence raudāt, satraukties un uzbudināties ir negatīvās emocionalitātes aspekti, kas savu virsotni mēdz sasniegt apmēram divu mēnešu vecumā (Barr, 1990, kā minēts Porter & Hsu, 2003; Rothbart, 2007). Bērna ilgstošu nespēju nomierināties, kad vecāki viņu cenšas nomierināt, var uzskatīt par pirmo “grūtā temperamenta” indikatoru jau agrīnā vecumā (Barr & Gunnar, 2000, kā minēts Fisher, Rowe, & Feekery, 2004). Vēl viena negatīvās emocionalitātes izpausme ir bailes. Bailes izpaužas izteikti noraidošā pieejā pret jauniem vai intensīviem stimuliem (Rothbart et al., 1994). Baiļu līmenis paaugstinās starp 6 un 12 mēnešu vecumu (Rueda & Rothbart, 2009). Noraidoša pieeja pret jauno arī nodrošina aizsargfunkciju pret potenciāli bīstamiem objektiem un situācijām (Rueda & Rothbart, 2009).

Arī dusmas ir viens no negatīvās emocionalitātes aspektiem, un tās var novērot jau pirmajos dzīves mēnešos. Zīdaiņa periodā pieaug aktivitātes līmenis un novēro dusmu līmeņa “U” veida attīstību – laika posmā starp otro un sesto dzīves mēnesi dusmām ir tendence vājināties, jo pieaug zīdaiņa spēja pārslēgt uzmanību no viena objekta uz otru, bet vēlāk dusmas kā atbildes reakcija aktīvi tiek paustas situācijā, kurā nav sasniedzams kārotais objekts (Johnson, Posner, & Rothbart, 1991). Mazuļi, kuriem novēro vājākas pašregulācijas spējas, demonstrē straujāku dusmu reakciju nekā mazuļi, kuru pašregulācija ir sekmīgāka (Braungart-Rieker, Hill-Soderlund, & Karrass, 2010). Šie rezultāti apstiprinās gan māšu aizpildītajās aptaujās, gan novērojot bērnu uzvedību laboratorijā.

Tuvošanās sistēma smadzenēs veicina zīdaiņa tieksmi pēc apbalvojuma, tāpēc šīs sistēmas aspektus – pozitīvais afekts, tuvošanās jauniem stimuliem un vajadzība veidot kontaktu – novēro jau pirmajos trijos dzīves mēnešos (Rothbart, Derryberry, & Hershey, 2000). Vecumā starp četriem un sešiem mēnešiem zīdaiņiem tipiski raksturīga vieglāka kontakta dibināšana saskarsmē, kā arī augsta ieinteresētība par dažādiem stimuliem un vieglāka nomierināšanās (Rothbart et al., 2001; Rothbart & Bates, 1998).

Pirmā dzīves gada laikā sāk attīstīties pašregulācijas spēja (vēlāk – apzināta reakciju kontrole, kas ir viskomplicētākais temperamenta faktors, un sākumā tā izpaužas spējā pievērst, noturēt un vadīt uzmanību). Pirmajā dzīves gadā zīdaiņu uzmanības noturības ilgums mēdz būt nevienmērīgs. Apmēram četrus mēnešus vecumā zīdaiņi spēj visai labi kontrolēt savu acu skatienu, pievērsot to vizuālam stimulam un novēršot to, un augstāka spēja vadīt savu uzmanību saistās ar zemāku negatīvo emocionalitāti (mērītu laboratorijā) un vieglāku nomierināšanos (pēc vecāku novērtējuma) (Johnson et al., 1991). Starp sešu un deviņu mēnešu vecumu uzmanības noturība var nedaudz samazināties (Carranza et al., 2000), bet laikā starp deviņiem un divpadsmit mēnešiem tai ir tendence pieaugt (Posner & Rothbart, 1991, kā minēts Gartstein & Rothbart, 2003). Pirmajā dzīves gadā neirobioloģiskās attīstības dēļ rodas atšķirības bērna spējā kontrolēt un bremsēt savu darbību, piemēram, vēlmi tuvoties vai attālināties no stimula, bet mazbērna un pirmsskolas vecumposmā bērnam pakāpeniski attīstās spēja apzināti kontrolēt savas reakcijas un darbību kopumā (Rueda & Rothbart, 2009).

Rotbarta uzskata, ka jau pirmajā dzīves gadā temperaments nosaka, vai zīdains ir tendēts labprātīgi pievērsties kaut kam jaunam un neparastam, vai arī viņš novēršas no tā. Kā uzskata Rotbarta un Beits (Rothbart & Bates, 1998), bērna temperamenta attīstība intensīvi turpinās vecumposmā no dzimšanas līdz pirmsskolas vecumam. Daudzi temperamenta aspekti zīdaiņa vecumā vēl ir tikai attīstības sākumā. Temperamenta izpausmes zīdaiņa un pirmsskolas vecuma bērnu uzvedībā izpaužas dažādos veidos; bērnam augot, arī viņa pašregulācijas mehānismi nobriest un stabilizējas. Temperamenta attīstība notiek, nobriestot bērna smadzenēm, un tā

izpausmju attīstību ietekmē arī bērna pieredze un sociālā vide, kā arī mijiedarbība ar vecākiem (Rothbart & Bates, 1998).

1.5. Vecāku depresija perinatālajā periodā un zīdaiņa temperaments

Jau agrīnos temperamenta pētījumos tika izvirzīta ideja par vides un bērna temperamenta prasību savstarpējās saskaņotības nozīmi bērna attīstībā (Thomass, Chess, & Birch, 1968). Arī Rotbarta (Rothbart, 2011) atzīst, ka bērna attīstības gaitā notiek nemitīga temperamenta un vides ietekmes savstarpējā mijiedarbība, kas var sekmēt pozitīvāku vai negatīvāku bērna temperamenta izpausmju attīstību, kā arī bērna temperamenta izpausmes var sekmēt depresijas simptomu attīstību vecākiem vai arī ietekmēt viņu audzināšanas pieejas. Šīs atziņas saskan arī ar savstarpējās regulēšanas teoriju, kas tika aplūkota iepriekš.

Jau vienā no pirmajiem nozīmīgajiem pētījumiem par zīdaiņa temperamenta saistību ar mātes depresiju pētnieki secināja, ka mātes, kuru zīdaiņi ir viegli aizkaitināmi, bieži un intensīvi raud un grūti nomierinās, izjūt augstāku trauksmi un nomāktību nekā sievietes, kuru mazuļi ir mierīgi un raud mazāk (Cutrona & Troutman, 1986). Jaunākos pētījumos šie rezultāti apstiprinās (Fisher et al., 2004; Porter & Hsu, 2003).

Pētnieki uzsver mātes emocionālā stāvokļa nozīmi bērna attīstībā agrīnā dzīves posmā. Vienā no pirmajām metaanalīzēm par pēcdzemdību depresijas saistību ar zīdaiņa temperamentu (Beck, C., 1996b) tika secināts, ka starp šiem rādītājiem ir mērena saistība. Šo rezultātu interpretācija vairāku metodoloģisku iemeslu dēļ sagādāja grūtības. Pirmkārt, pārsvarā zīdaiņa temperamentu izvērtēja gandrīz tikai mātes un bija grūti noteikt, vai mātes novērtējums atbilstoši atspoguļo mazuļa temperamentu, vai to ietekmē mātes depresija. Otrkārt, šajā metaanalīzē tika iekļauti tikai nedaudzi longitudināli pētījumi ar vienu zīdaiņa temperamenta mērījumu.

Pētījumos parādās saistība starp mātes vai tēva depresijas simptomiem un zīdaiņa negatīvu emocionalitāti. Piemēram, nesen veikta pētījuma rezultāti rāda, ka zīdaiņi, kuru mātēm ir distīmija, retāk smaida, bet negatīvas emocijas pauž biežāk un raud vairāk nekā mazuļi, kuru mātes nav nomāktas (Field, Diego, Fernandez-Reich, & Ascencio, 2009). Arī citu pētījumu rezultāti ļauj secināt, ka mātes, kurām ir depresijas simptomi, norāda augstāku zīdaiņu negatīvu emocionalitāti un zemākas mazuļa pašregulācijas spējas (Austin, Hadzi-Pavlovic, Leader, Saint, & Parker, 2005; Edhborg, Seymour, Lundh, & Winström, 2000; McGrath, Records, & Rice, 2008; Muzik, 2010).

Savukārt cita pētījuma rezultāti rāda pretējo. Troniks un Reka (Tronick & Reck, 2009) novēroja, ka trīs mēnešus veci zīdaiņi, kuru mātēm ir depresijas simptomi, izrāda ne tikai mazāk pozitīvu emociju, bet arī var mazāk raudāt nekā mazuļi, kuru mātēm nav depresijas. Pētnieki šos rezultātus izskaidroja ar to, ka nomāktu māšu bērni pieredz mazāk pozitīvu sociālo vidi un

rezultātā viņu emocijas ir neizteiktas. Ņemot vērā to, ka negatīvā emocionalitāte jau zīdaiņa vecumā var vairāk izpausties internalizētās negatīvās emocijās – bailēs un skumjās, vai vairāk eksternalizētās emocijās – dusmās un aizkaitināmībā (Caspi & Shiner, 2006; Rothbart & Bates, 2006), varētu izteikt pieņēmumu, ka nomāktu māšu zīdaiņiem jau agrīnā vecumā var būt gan tendence vairāk raudāt, gan arī būt bailīgiem un nomāktiem.

Viens no negatīvās emocionalitātes aspektiem ir bailes. Pētot baiļu attīstību zīdaiņa vecumā, Gartšteina un kolēģi (Gartstein et al., 2010) secināja, ka zīdaiņa bailīguma līmenis pirmajā dzīves gadā ir tieši saistīts ar mātes depresijas simptomu līmeni četrus mēnešus pēc dzemdībām. Zīdaiņa bailes novērtēja mātes, atbildot uz aptaujas jautājumiem, un pētnieki, novērojot bērnus laboratorijas apstākļos. Mātes depresijai bija saistība ar strauju baiļu reakciju zīdaiņiem un paaugstinātu trauksmi gada vecumā. Arī cita pētījuma rezultāti (Pauli-Pott, Mertesacker, & Beckman, 2000) apstiprina, ka nomāktas mātes negatīvās reakcijas uz mazuli sekmē viņa baiļu attīstību (mazuļa bailes mērīja neatkarīgs novērotājs). Tomēr citā pētījumā šāda saistība neatklājās (Tikotzky, Chambers, Gaylor, & Manber, 2010).

Nesen tika veikts pētījums par mātes depresijas smaguma un miega saistību ar zīdaiņa negatīvo emocionalitāti sešus mēnešus pēc dzemdībām (Tikotzky et al., 2010). Šajā pētījumā mātes depresijas mērīšanai tika izmantota strukturētā intervija un zīdaiņa temperamentu mērīja ar AMU aptauju. Jo smagāka bija mātes depresija, jo viņa savu mazuli novērtēja kā vairāk emocionāli negatīvu, un, jo sliktāk māte gulēja, jo viņa savu mazuli novērtēja kā bēdīgāku. Šajā pētījumā mātes depresijai nebija saistību ar zīdaiņa temperamenta pašregulācijas spēju rādītājiem.

Mātes depresija pēcdzemdību periodā saistībā ar zīdaiņa vāju pašregulācijas spēju, kā arī augstu zīdaiņa negatīvo emocionalitāti, var sekmēt depresijas simptomu attīstību bērniem 18 mēnešu vecumā (Gartstein & Bateman, 2008). Ja mazulis bieži ir negatīvā noskaņojumā, vecākiem ir tendence attiecībās ar bērnu uzrādīt augstāku naidīgumu, kas var sekmēt bērna negatīvās emocionalitātes nostiprināšanos (Rutter & Quinton, 1984) un vecākiem veicināt emocionālu attālināšanos no mazuļa (Boukydis & Burgess, 1982). Savukārt pozitīvi noskaņoti vecāki un pārējā sociālā vide var mazināt mazuļa negatīvo emocionalitāti (Cutrona & Troutman, 1986).

Daudzos pētījumos ir atrasta saistība starp mātes depresiju un mazuļa “grūto temperamentu” (Edhborg et al., 2000; Hanington, Ramchandani, & Stein, 2010; Kerstis, Engstrom, Edlund, & Aarts, 2013; McGrath et al., 2008). Porteris un Hsu (Porter & Hsu, 2003) pētījumā bērna temperamenta novērtējums kā “grūts” nozīmīgi samazinājās laikā no viena līdz trim mēnešiem pēc dzemdībām. Pētnieces šos rezultātus skaidroja tā, ka zīdaiņiem pēc triju mēnešu vecuma pieaug pozitīvā emocionalitāte, un tā var veicināt mātes spēju pozitīvi uztvert savu bērnu. Ņemot

vērā šo bērna neirobioloģiskās attīstības iezīmi, kā arī to, ka trīs mēnešu vecumā mazuļi vairs necieš no kolikām, promocijas darba pētījumā zīdaiņu temperaments tika mērīts trīs un sešus mēnešus pēc dzemdībām.

Analizējot līdz šim veiktos pētījumus par zīdaiņu temperamentu, jāņem vērā, ka “grūtā temperamenta” jēdziens ir visai neskaidrs, dažādos pētījumos tas var nozīmēt kādu citu zīdaiņa temperamenta aspektu vai to kopumu. Nereti “grūtais” temperaments ticis mērīts, uzdodot tikai pāris jautājumu par bērna uzvedību.

Tēvu depresijas simptomu saistība ar zīdaiņa temperamenta iezīmēm perinatālajā periodā līdz šim pētīta nepietiekami. Dažu pētījumu rezultāti ļauj secināt, ka tēviem, kuriem ir depresijas simptomi, ir tendence savus mazuļus novērtēt kā “grūtus” vai viegli aizkaitināmus (Atella, DiPietro, Smith, & St. James-Roberts, 2003; Dave et al., 2005). Cita pētījuma rezultāti ļauj secināt, ka vīrieši, kuriem ir depresija, savus zīdaiņus uztver kā vairāk nomāktus nekā tēvi, kuriem nav depresijas (Ramchandani et al., 2011).

Pavisam nesen veikts pētījums (Potapova, Gartstein, & Bridgett, 2014), kurā tēvi četrus un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas izvērtēja mazuļa temperamentu, izmantojot Aptauju par mazuļa uzvedību (Gartstein & Rothbart, 2003). Kad bērnam bija četri mēneši, tēvi atbildēja arī uz Beka trauksmes aptaujas - Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck & Steer, 1993) un Beka depresijas aptaujas jautājumiem Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer, & Brown, 1996). Tā kā starp šo abu aptauju rādītājiem pastāvēja augsta saistība, tad tika izveidots jauns rādītājs – tēvu internalizētās problēmas. Rezultāti parādīja saistību starp tēvu internalizētajām problēmām, kad bērnam bija četri mēneši, un bērna negatīvās emocionalitātes izvērtējumu sešu mēnešu vecumā, kā arī tēvu internalizētās problēmas četrus mēnešus pēc bērna piedzimšanas prognozēja bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā.

Ramchandani un kolēģi veica arī longitudinālus pētījumus par tēvu depresiju perinatālajā periodā un bērnu uzvedību un emocionālo attīstību (Ramchandani, O'Connor et al., 2008; Ramchandani, Stein et al., 2008). Šo pētījumu rezultāti ļāva secināt, ka tēvu depresija perinatālajā periodā saistās ar bērnu uzvedības un emocionālās attīstības problēmām trīsarpus gadu vecumā un arī septiņu gadu vecumā, kā arī ar saskarsmes grūtībām minēto vecumu zēniem. Lielāks risks bija tiem bērniem, kuru tēvi piedzīvoja smagāku depresiju. Turklāt risks attīstīties uzvedības problēmām saglabājās pat pēc tēva depresijas ārstēšanas.

Atellas un kolēģu (Atella et al., 2003) pētījumā tika iesaistīti abi vecāki, kad bērnam bija sešas nedēļas. Vecāki gan atbildēja uz aptauju par depresijas simptomiem, gan trīs dienas novēroja sava mazuļa uzvedību un atzīmēja to dienasgrāmatā, kā arī bērna aizkaitināmība tika mērīta laboratorijas apstākļos. Parādījās saistība starp abu vecāku bērna uzvedības izvērtējumiem, kā arī starp vecāku izvērtēto bērna aizkaitināmību un aizkaitināmības mērījumiem laboratorijā. Tēvi

savu bērnu temperamentu novērtēja kā negatīvāku nekā mātes. Mātes, bet ne tēva, distress vāji prognozēja bērna aizkaitināmības izvērtējumu. Pētnieki secināja, ka bērna temperamenta izvērtējums, ko veikuši vecāki, ir ticams.

Ir arī veikti pētījumi ar mērķi izpētīt, vai ir atšķirība starp bērna temperamenta izvērtējumu, ko veikuši abi vecāki. Longitudinālā pētījumā, kur zīdaiņu temperamentu 4, 6, 8, 10 un 12 mēnešu vecumā izvērtēja 56 vecāku pāri, tika iegūti rezultāti, kuri apstiprināja saistību starp abu vecāku zīdaiņa temperamenta izvērtējumiem. Atšķīrās vecāku viedoklis par to, cik viegli mazuli nomierināt 6, 8 un 12 mēnešu vecumā. Autores izteica pieņēmumu, ka mātes stress un depresija var sekmēt atšķirības starp bērna temperamenta izvērtējumiem (Bayly & Gartstein, 2013).

Cita pētījuma (Casalin, Luyten, Vliegen, & Meurs, 2012) rezultāti rāda, ka 121 8–13 mēnešus vecu zīdaiņu māte savu bērnu reaktivitāti novērtēja kā augstāku nekā tēvi, bet nebija atšķirību starp vecāku izvērtējumiem bērnu negatīvajai emocionalitātei un pašregulācijas spējām. Šajā pētījumā tika secināts arī tas, ka zīdaiņa augsta negatīvā emocionalitāte astoņu mēnešu vecumā neprognozēja vecāku depresijas simptomus, kad bērnam bija 13 mēneši.

Var secināt, ka vecāku veiktie zīdaiņa temperamenta izvērtējumi dažādos laikposmos var atšķirties, bet ne vienmēr un ne visās temperamenta dimensijās. Jāpiezīmē, ka šajos pētījumos bija visai neliels respondentu skaits un būtu svarīgi tos pārbaudīt lielākās izlasēs.

Svarīgi atzīmēt, ka saistība starp vecāku depresijas rādītājiem un zīdaiņa temperamentu ir divvirziena. Vecāku depresijas simptomi var traucēt sekmīgas saites veidošanos ar mazuli, var veicināt negatīvu sava mazuļa uztveri, bet arī mazuļa augsta negatīvā emocionalitāte var sekmēt nomāktības attīstību vecākiem – var būt iespējams, ka mazuli ar negatīvākiem temperamenta aspektiem var būt grūti nomierināt un veidot attiecības, kas var sekmēt depresijas simptomu attīstību (Austin et al., 2005).

Jau vienā no pirmajiem un līdz šim plaši citētiem pētījumiem par zīdaiņa temperamentu un mātes depresiju (Cutrona & Troutman, 1986) atzīts, ka trīs mēnešus pēc dzemdībām sievietes, kuru mazuļiem ir “grūts temperaments”, uzrāda paaugstinātus depresijas rādītājus, un šajā pētījumā zīdaiņa temperaments izskaidroja 30% māšu depresijas kopējo variāciju. Cita pētījuma, kurā piedalījās 188 sievietes, kurām bija piedzimis pirmais bērns, rezultāti parādīja, ka ir saistība starp jaundzimušā mazuļa aizkaitināmību un vāju motoro aktivitāti un depresiju sievietēm (Murray et al., 1996).

Nesenā pētījumā par vecāku depresijas un bērna temperamenta divvirziena saistību (Hanington et al., 2010) pētnieki ievāca datus divos laika punktos – sešus līdz astoņus mēnešus un divus gadus pēc bērna piedzimšanas, izmantojot EPDA un Kerija temperamenta aptauju - Carey temperament scales (CTSS, Carey & McDevitt, 1978). Rezultāti rāda, ka mātes un tēva paaugstināti depresijas rādītāji sešos mēnešos sekmēja bērna “grūtāku temperamentu” divu gadu

vecumā. Tēvu depresija saistījās ar “grūtu temperamentu” tikai zēniem. Šajā pētījumā bērna temperamenta ietekme uz vecāku depresiju bija vāja. Šajā pētījumā netika noskaidrota vecāku depresijas simptomu un bērna temperamenta mijiedarbība zīdaiņa vecumā.

Longitudinālā pētījumā, kurā tika iesaistītas sievietes no grūtniecības 3. trimestra līdz bērna divu gadu vecumam, tika secināts, ka augsta zīdaiņa aizkaitināmība pirmajās dzīves nedēļās prognozēja depresiju mātēm, kuras bija depresijas attīstības riska grupā, bet nebija riska faktors depresijas attīstībai mātēm no zema riska grupas (Murray et al., 1996). Ņemot vērā minēto, var secināt, ka zīdaiņa augsta negatīvā emocionalitāte palielina iespēju, ka sieviete piedzīvos pēcdzemdību depresiju, ja viņai ir šī emocionālā traucējuma risks.

Analizējot pētījumus par vecāku depresijas simptomiem un bērna temperamenta saistību, jāatzīmē arī daži metodoloģiski jautājumi. Daudzu līdz šim veiktu pētījumu rezultātu interpretācija vairāku metodoloģisku iemeslu dēļ var sagādāt grūtības. Vairumā pētījumu zīdaiņu uzvedību izvērtēja tikai viens no vecākiem un vairumā gadījumu tā bija māte. Ir grūti noteikt, vai šis novērtējums atbilstoši atspoguļoja mazuļa temperamentu, vai to ietekmēja mātes depresija. Lai gan vecāku temperamenta izvērtējumi ir atzīti par ticamiem, tomēr jāņem vērā, ka mātes depresija var iespaidot to, kā viņa uztver savu mazuli (Leerkes & Crockenberg, 2003; Parade & Leerkes, 2008), jo viņai ir grūti saprast savu mazuļa raudas (Donovan, Leavitt, & Walsh, 1998). Tāpat jāatzīmē, ka vairumā gadījumu kā bērna temperamenta rādītājs tika mērīts tā saucamais “grūtais temperaments”, un tā mērīšanai nereti tika izmantoti tikai daži jautājumi par mazuļa uzvedību. Ir svarīgi, lai mazuļa temperamenta mērīšanai būtu izmantotas vai nu vairākas metodes, kuras precīzi atspoguļotu mērīto temperamenta aspektu, vai arī vairāki izvērtētāji un, vēlams, vairākos laikposmos. Šajā promocijas darbā tika mērīti trīs zīdaiņa temperamenta faktori – reaktivitāte, negatīvā emocionalitāte un pašregulācijas spējas. To darīja divi novērtētāji (mātes un tēvi) divos mērījuma posmos – trīs un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas.

Apkopojot līdz šim veikto pētījumu rezultātus, var secināt, ka vecākiem ar depresijas simptomiem ir tendence savu bērnu temperamentu novērtēt kā “grūtu” un norādīt uz bērna negatīvo emocionalitāti. Un ir pētījumi, kuru rezultāti ļauj secināt, ka “grūts” zīdaiņa temperaments prognozē mātes depresiju. Retāk atrasta saistība starp mātes depresijas simptomiem un bērna reaktivitāti un pašregulācijas spējām. Ir arī secināts, ka tēvu depresijas simptomi bērna pirmajā dzīves gadā var sekmēt bērna augstāku aizkaitināmību, “grūtu temperamentu” un vēlākas uzvedības problēmas, savukārt citos pētījumos šādas saistības nav. Joprojām trūkst longitudinālu pētījumu, kuros tiktu noskaidrota mijiedarbība starp abu vecāku depresijas simptomiem un zīdaiņa temperamenta rādītājiem perinatālajā periodā vairākos mērījumu posmos, izmantojot mūsdienīgas zīdaiņa temperamenta aptaujas.

1.6. Sociālais atbalsts

1.6.1. Vēsturisks pārskats

Vecāku depresija perinatālajā periodā var radīt ilgstošas nelabvēlīgas sekas visai ģimenei, un šajā dzīves posmā mātēm un tēviem ir svarīgi būt iekļautiem sociālās attiecībās, kurās viņi jūtas atbalstīti un saņem atbalstu, ja tas nepieciešams. Bērnu dzemdēšana un audzināšana, kā arī savstarpēja pozitīva mijiedarbība un atbalsts no citiem cilvēkiem ir bijusi ikdienišķa un būtiska cilvēku sabiedrības pieredze jau kopš cilvēces pirmsākumiem. Kopš seniem laikiem cilvēki ir dzīvojuši kopienās, lai spētu izdzīvot fiziski, un tas nav bijis iespējams bez savstarpējas palīdzības un atbalsta visdažādākajās jomās un formās. Jau Darvins (Darwin, 1871/1952) rakstīja par priekšrocībām, kādas ir cilvēkam kā “sociālam dzīvniekam”, un uzsvēra grupas nozīmi izdzīvošanā un sugas turpināšanā. Tomēr psiholoģijas zinātne šai cilvēkiem ikdienā būtiskajai jomai pievērsusies relatīvi nesen.

Sociālā atbalsta izpētei uzmanību pirmie pievērsa sociologi. Tikai nedaudz vairāk nekā pirms 100 gadiem franču sociologs Emīls Dāvids Dirkeims (Émile David Durkheim, 1897/1951, kā minēts Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000) savā darbā “Pašnāvība – socioloģisks pētījums” (“Le suicide: Étude de sociologie”), izteica ideju par to, ka ģimenes un citu nozīmīgu sociālo saišu vājināšanās vai pat pārtrūkšana tādēļ, ka cilvēki masveidā dodas uz industriālajiem rajoniem nopelnīt iztiku, var būt kritiska cilvēka psiholoģiskajai labklājībai un pat sekmēt pašnāvības.

Pagājušā gadsimta sešdesmitajos gados tika veikti pētījumi psiholoģijā, kuros iekļāva jēdzienus “sociālais tīkls”, “sociālās saites”, “sociālā integrācija” (Nurullah, 2012). Jau vienā no pirmajiem pētījumu pārskatiem tika atzīmēts, ka tiem cilvēkiem, kuri vairāk un sekmīgāk iesaistās kopienās un plašākā sabiedrībā, kuriem ir plašāks sociālais tīkls un vairāk sociālo saišu, ir labāka garīgā veselība, nekā tiem, kuri ir vairāk izolēti (Cohen & Wills, 1985). Iesaistīšanās jeb integrēšanās sabiedrībā galvenokārt tika mērīta, noskaidrojot, cik daudz un dažādas sociālās saites indivīds veido (Cohen et al., 2000). Šobrīd ir skaidrs, ka sociālo saišu daudzums vien nav pietiekams, lai sekmētu indivīda psihisko un garīgo veselību. Kā atsevišķs jēdziens “sociālais atbalsts” psiholoģijas pētījumos tika iekļauts tikai kopš pagājušā gadsimta septiņdesmitajiem gadiem (Nurullah, 2012).

1.6.2. Sociālais atbalsts; jēdziens un definīcijas

Sociālo atbalstu dažādos pētījumos definē atšķirīgi, tādēļ tā lietošanā mēdz rasties neskaidrības (Cohen et al., 2000; Vangelisti, 2009). Vienu no pirmajām sociālā atbalsta

definīcijām izveidoja psihiatrs Sidnijs Kobs (Sydney Cobb, 1976). Kobs izvirzīja definīciju, kurā sociālais atbalsts ir informācija, kura ļauj indivīdam ticēt, ka par viņu rūpējas un mīl, ka viņu novērtē un ka viņš ir piederīgs savstarpējas komunikācijas un mijiedarbības tīklam. Šajā definīcijā tiek uzsvērts izjustais (*perceived*) sociālais atbalsts, ignorējot reāli saņemto (*received*) sociālo atbalstu (izjustais un saņemtais sociālais atbalsts tiks detalizēti aplūkots turpmāk), par ko definīcija tika kritizēta (Hupcey, 1998).

Pēdējos gados sociālo atbalstu definē kā psiholoģisko un materiālo resursu nodrošinājumu, ko indivīdam sniedz sociālais tīkls, lai palīdzētu paaugstināt indivīda spēju tikt galā ar stresu (Cohen, 2004), vai kā emocionālu, praktisku vai informatīvu palīdzību, ko indivīdam sniedz nozīmīgi cilvēki (ģimene, draugi, kolēģi), un šis atbalsts tiek saņemts reāli, vai indivīds izjūt, ka nepieciešamības gadījumā viņš to saņems (Thoits, 2010).

Sociālā atbalsta jēdzienā var iekļaut vismaz trīs atšķirīgus atbalsta veidus. Tie ir izjustais sociālais atbalsts, saņemtais sociālais atbalsts un sociālā integrācija (Barrera, 1986; McCourt & Percival, 2000; Uchino, 2009).

Izjustais sociālais atbalsts (dažreiz tiek definēts arī kā funkcionālais atbalsts (Wills & Filer, 2001) ir indivīda subjektīva izjūta par to, ka vajadzības gadījumā ģimene vai draugi būs pieejami un sniegs atbalstu. Cilvēki, kuri uzrāda augstu izjustā sociālā atbalsta līmeni, ir pārliecināti, ka viņi var paļauties uz citiem, un saņems nepieciešamo palīdzību, ja tā būs vajadzīga grūtos brīžos. Šī palīdzība nozīmē uz klausīšanu, siltuma un empātijas izrādīšanu, atbalstu problēmas risināšanā, kopīgu laika pavadīšanu vai konkrētu praktisku palīdzību. Psiholoģijas pētījumi pēdējos gados lielākoties pievēršas tieši šim sociālā atbalsta veidam (Nurullah, 2012), un pētījumu rezultāti rāda, ka tam ir cieša saistība ar garīgo veselību (Hobfoll, 2009; Uchino, 2004; Wills & Filer, 2001).

Saņemtais sociālais atbalsts nozīmē, ka cilvēks no sev tuviem cilvēkiem vai sabiedrības saņem reālu emocionālu atbalstu (rūpes un mīlestību), informatīvu atbalstu (ieteikumu vai padomu), kā arī instrumentālu atbalstu (finansiālu vai praktisku palīdzību), un tas ir vairāk saistīts ar situācijas kontekstu, nekā saņemtais sociālais atbalsts, un parasti tas tiek realizēts noteikā laika ietvarā (Uchino, 2009).

Apkopojot minēto, var teikt, ka izjustais atbalsts attiecas uz to, vai cilvēks domā, ka nepieciešamības gadījumā atbalsts ir pieejams, un tas ir abstrakts un subjektīvs, bet saņemtais atbalsts attiecas uz sociālo resursu reālu saņemšanu, tas ir konkrēts un objektīvāk izmērāms (Uchino, 2009; Schwarzer & Knoll, 2007). Izjustais sociālais atbalsts ir stabilāks laikā nekā saņemtais sociālais atbalsts, tomēr ir atsevišķas situācijas, kurās arī saņemtais sociālais atbalsts var būt ilgstošs laikā (Lakey & Cohen, 2000).

Ir pieejas, kas aplūko sociālo atbalstu kā tīri interpersonālu fenomenu starp indivīdu un apkārtējo vidi (Cobb, 1976), bet ir autori, kas uzskata, ka sociālais atbalsts ir individuāls faktors, kas ir stabils laikā un sakņojas agrīnā bērnībā (Sarason, Sarason, & Shearin, 1986). Tādējādi sociālais atbalsts pieaugušo vecumā tiek skaidrots kā intrapersonālais fenomens, kas saistās ar cilvēka iekšējām kognitīvām shēmām par attiecībām (Uchino, 2009).

Sociālā integrācija attiecas uz to, cik daudz un dažādos sociālo attiecību veidos (laulības, brāļi un māsas, paplašinātā ģimene, draugi, reliģiskas organizācijas, vaļasprieku grupas u. c.) indivīds iesaistās (Brisette, Cohen, & Seeman, 2000). Būtiska ir šo attiecību kvalitāte un nozīme cilvēkam. Sociālā integrācija var būt īpaši nozīmīga ar depresiju sirgstošu cilvēku emocionālajai labsajūtai (Ibarra-Rovillard & Kuiper, 2011). Starp izjusto atbalstu, saņemto atbalstu un sociālo integrāciju ir tikai mērena saistība (Barrera, 1986).

Atbalsts, kas tiek nodrošināts, bet netiek izjusts kā saņemts, var būt neefektīvs vai pat var tikt uztverts kā negatīvs, ja atbalsta saņēmējs to uzskata par neatbilstošu, neefektīvu vai uzspiestu (Vangelisti, 2009). To, cik svarīgi, lai starp sniegto un saņemto sociālo atbalstu būtu saskaņa, respektīvi, lai cilvēks, kuram nepieciešams noteikts atbalsta veids, to arī saņemtu, savā stresora un resursu atbilstības hipotēzē (*stressor-resource matching*) aprakstīja Koens un Vilss (Cohen & Wills, 1985). Viņi uzsvēra, ka ir svarīgi, lai sniegtais atbalsts būtu adekvāts saņēmēja vajadzībām (piemēram, brīdī, kad cilvēks ir satraukts, jo ir piedzīvojis emocionālu spriedzi, visticamāk viņam nepieciešams emocionālais atbalsts, bet brīdī, kurā cilvēkam nepieciešams atrast ceļu, viņam nepieciešams informatīvs, nevis emocionāls atbalsts). No šāda redzes punkta sociālo atbalstu var uzskatīt par resursu, ko viena persona sniedz otrai personai, kurš atbilst situācijai un atbalsta saņēmēja pašreizējām vajadzībām un kuru saņēmējs uzskata par efektīvu.

Sociālo atbalstu cilvēki viens otram var sniegt un saņemt pamatā četros veidos (Dunkel-Schetter & Brooks, 2009; House, 1981; Wills & Shinar, 2000;):

- 1) instrumentālais atbalsts ir reāla, taustāma palīdzība uzdevuma veikšanā vai materiāla palīdzība;
- 2) informatīvs atbalsts ir padoms vai vadība, kas sekmē indivīda problēmu risināšanas spējas, kā arī atgriezeniskā saite par to;
- 3) emocionāls atbalsts ir dalīšanās ar dzīves pieredzi, rūpes, empātija, iedrošinājums, palāušānās vienam uz otru un tuvība;
- 4) novērtējuma atbalsts ir informācijas sniegšana, kas indivīdam ir noderīga, lai viņš varētu sevi novērtēt, un tā iekļauj konstruktīvu atgriezenisko saiti, apstiprinājumu un sociālo salīdzinājumu.

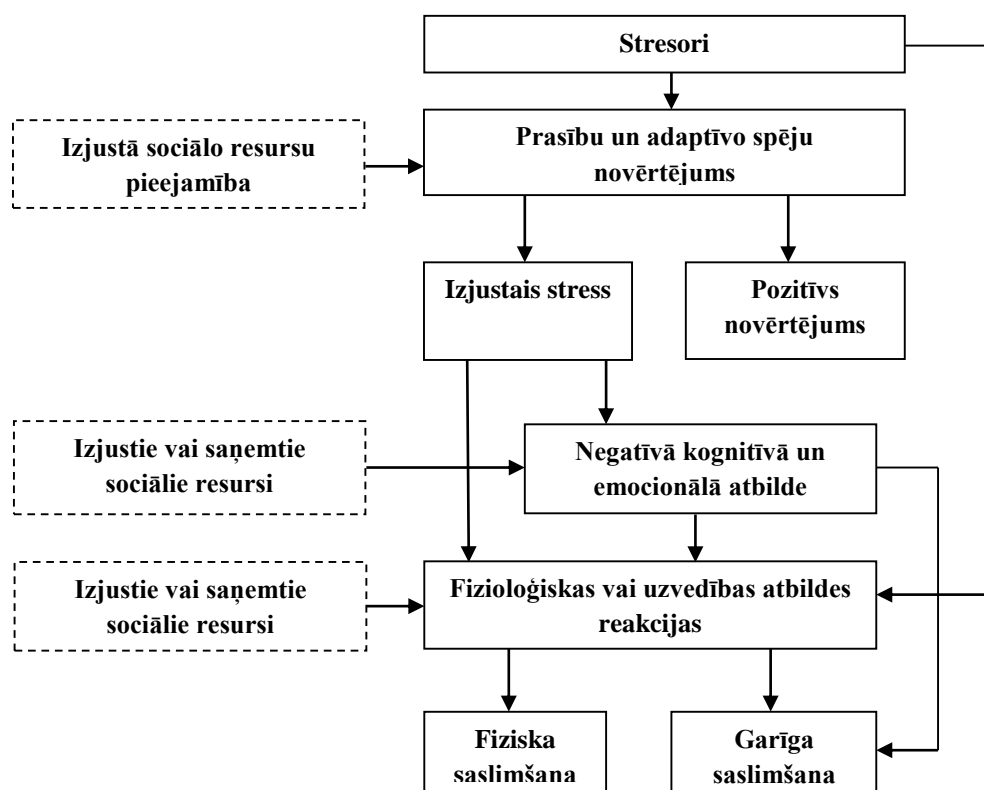
Ir autori, kas kā ceturto atbalsta veidu nosauc piederības atbalstu, kas sniedz cilvēkam piederības izjūtu (Uchino, 2004; Uchino, 2009; Cutrona & Russell, 1990).

1.6.3. Sociālais atbalsts; teorētiskās pieejas

Džons Kasels (John Cassel, 1976) atklāja saistību starp sociālo atbalstu un veselību un izteica pieņēmumu, ka jūtīgiem indivīdiem sociālais atbalsts ir aizsargājošs faktors pret stresa ietekmi uz veselību, un šobrīd ir skaidrs, ka atbilstoša sociālā atbalsta saņemšanai ir būtiska nozīme indivīda labsajūtai un veselībai.

Lai aprakstītu saistību starp sociālo atbalstu un veselību, ir izveidoti divi teorētiskie modeļi. Stresa aizsardzības jeb stresa amortizācijas modelis (*the buffering hypothesis*) (Cohen & Wills, 1985) un vispārējās iedarbības modelis (*main effect hypothesis*), kas detalizētāk tiks aprakstīts turpmāk.

Stresa aizsardzības modelis paredz, ka sociālais atbalsts darbojas kritiskās dzīves situācijās vai reāla stresa brīdī kā aizsardzība. Sociālā atbalsta amortizējošā funkcija vairāk attiecas uz izjusto atbalstu (Cohen & Wills, 1985). Kā sociālais atbalsts ietekmē indivīda atbildes reakcijas potenciāli stresu izraisošos apstākļos, redzams 4. attēlā.



4. attēls. Sociālā atbalsta stresa aizsardzības modelis (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000)

Saskaņā ar šo modeli sociālais atbalsts pasargā cilvēku no tādām atbildes reakcijām, kas varētu novest pie veselības traucējumiem. Izjustā sociālo resursu pieejamība ietekmē to, kādā

veidā tiks novērtēts stresors, savukārt šis process ietekmē reālās iespējas tikt galā ar situāciju (Lazarus & Folkman, 1984). Pārlicība, ka sociālais atbalsts būs pieejams, pirmkārt, palīdz novērtēt pašu notikumu kā mazāk potenciāli draudīgu un stiprina cilvēka ticību, ka ir viņš spēs tikt galā ar situāciju. Otrkārt, pārlicība par atbalstu var samazināt afektīvās un fizioloģiskās reakcijas uz stresu, kā arī mazina iespējas izmantot neadaptīvu uzvedību gadījumā, ja cilvēks tomēr izjūt situāciju kā strespilnu (Cohen et al., 2000). Reāli saņemtais atbalsts arī ietekmē cilvēka stresa uztveri un atbildes reakcijas uz to. Tas dod iespēju novērtēt situāciju labvēlīgāk, kā arī sekmīgāk risināt problēmu (Cohen et al., 2000).

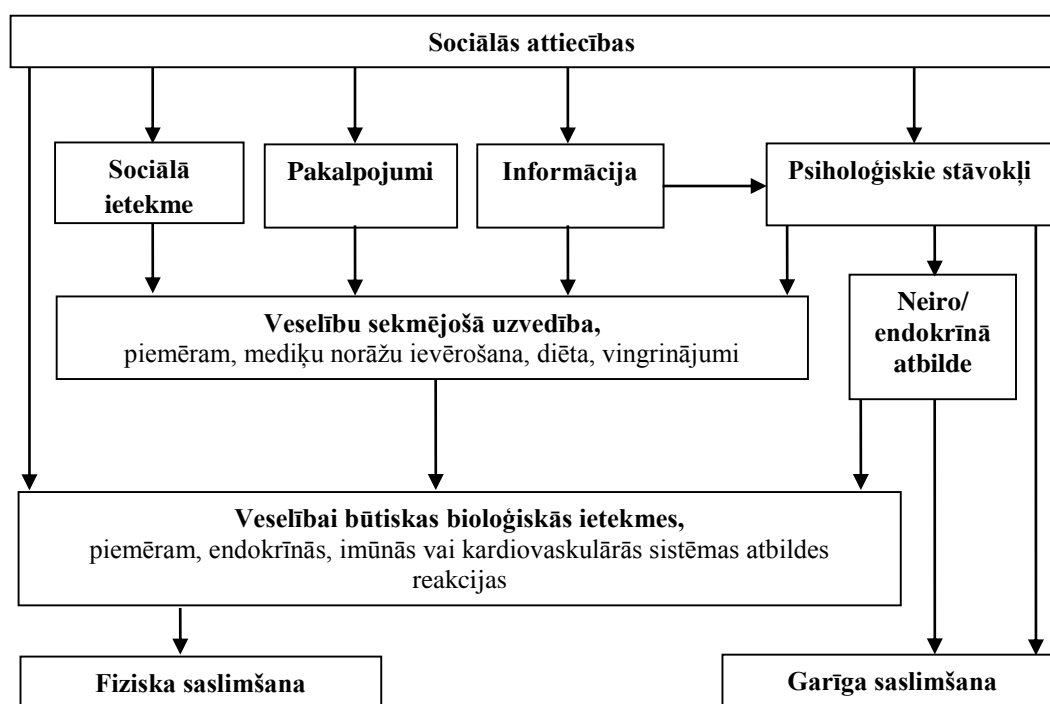
Vairākos pētījumos ir noskaidrots, ka stresa aizsardzības modelis ir efektīvs tad, kad ir atbilstība starp vajadzībām, kas parādījās stresora rezultātā, un pieejamo atbalstu, kā arī ir spēkā jau minētā stresora un resursu atbilstības hipotēze (*stressor-resource matching*) (Cohen & Wills, 1985; Cutrona & Russell, 1990).

Ir vairāki apstākļi, kad saņemtais atbalsts var tikt uztverts negatīvi (Bolger, Zuckerman, & Kessler, 2000; Newsom, 1999). Pirmais iemesls saistīts ar to, ka jo lielāks stress, jo vairāk cilvēki meklē atbalstu, un tieši stresa augstais līmenis neļauj to samazināt ātri, tādēļ saņemtā atbalsta efektivitāti ir ieteicams mērīt ilgākā laikā periodā (Uchino, 2009). Otrs iemesls, kad sociālais atbalsts tiek uztverts kā traucējošs vai nepalīdzošs, ir saistīts ar atbalsta sniedzēja emocionālo stāvokli – satraukums par savām spējām sniegt atbalstu var traucēt darīt to efektīvā un konkrētā cilvēkam nepieciešamā veidā (Gottlieb, 2000). Trešais traucējošais iemesls ir konfliktējošo attiecību fons. Ja atbalsts tiek saņemts no cilvēka, ar ko ir konflikts, atbalsta pozitīvais efekts samazinās (Gao, Chan, & Sun, 2012; Holt-Lunstad, Uchino, Smith, & Hicks, 2007). Ceturtais skaidrojums ir saistīts ar iespējamo pašcieņas kritumu un neatkarības izjūtas zaudēšanu, saņemot atbalstu. Ir autori, kas pieņem, ka vislabākais sociālais atbalsts ir tāds, par kuru saņēmējs pat nenojauš, t. s. neredzamais atbalsts (*invisible support*) (Bolger et al., 2000; Martire, Stephens, Druley, & Wojno, 2002). Šāds neredzamais atbalsts, no vienas puses, saistās ar zemākiem depresijas rādītājiem (Bolger & Amarel, 2007; Gable, Reis, & Downey, 2003), bet no otras, ir mazāk efektīvs pozitīvās situācijās, kur cilvēki arī vēlas saņemt sociālo atbalstu, piemēram, tad, kad nepieciešams iedrošinājums, iedvesmojums, apstiprinājums darbībām vai mīlestības apliecinājums (Vangelisti, 2009).

Vispārējās iedarbības modelis (*main effect hypothesis*) paredz, ka sociālo resursu pieejamība un saņemšana ir nozīmīga neatkarīgi no tā, vai cilvēks šobrīd piedzīvo stresu, vai nē. Šis modelis paredz, ka indivīdiem, kuri izjūt un saņem augstu sociālo atbalstu, ir labāka garīgā veselība, nekā tiem, kuri to nesaņem (Uchino, 2009).

5. attēlā ir parādīts kā sociālās attiecības – sociālais atbalsts vai tā trūkums ietekmē fizisko un garīgo veselību. Ietekme parādīta ar vienvirziena bultiņām, taču, pēc šī modeļa

atbalstītāju domām, ir iespējama arī abpusējā ietekme (Cohen et al., 2000). Cilvēki, kas piedalās sociālās attiecībās, ir pakļauti sociālai ietekmei un spiedienam, kas ietekmē normatīvo veselības uzvedību. Turklāt atrašanās sociālajā tīklā rada vispārēju pozitīvu efektu, nodrošinot stabilitātes, paredzamības, drošības, piederības un pašcieņas sajūtu brīdī, kad cilvēks piepilda grupas gaidas (Thoits, 1983; Cohen & Wills, 1985). Rezultātā psiholoģiskā ziņā palielinās vēlme rūpēties par sevi (Cohen & Syme, 1985), savukārt fizioloģijas līmenī tiek kavēta endokrīnās sistēmas atbilde un nostiprināta imūnā sistēma (Uchino et.al., 1996). Sociālās attiecības nodrošina arī pieejamību informācijai, kas palielina cilvēka iespējas iegūt tieši tādu informāciju, kas sekmēs viņa garīgo un fizisko veselību. Sociālās attiecības var izpausties arī tāda sociālā atbalsta formā kā tiešā palīdzība, ko var saukt par pakalpojuma nodrošināšanu. Šāda praktiskā palīdzība var gan palīdzēt atveseļoties, gan samazināt garīgas vai fiziskas saslimšanas attīstības risku (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000). Turpretī sociālā izolācija palielina saslimšanu riskus, jo rada negatīvos afektus, palielina endokrīnās sistēmas atbildes reakciju, vājina imūnsistēmu un traucē veselību sekmējošu uzvedību (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000).



5. attēls. Sociālā atbalsta vispārējās iedarbības modelis (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000)

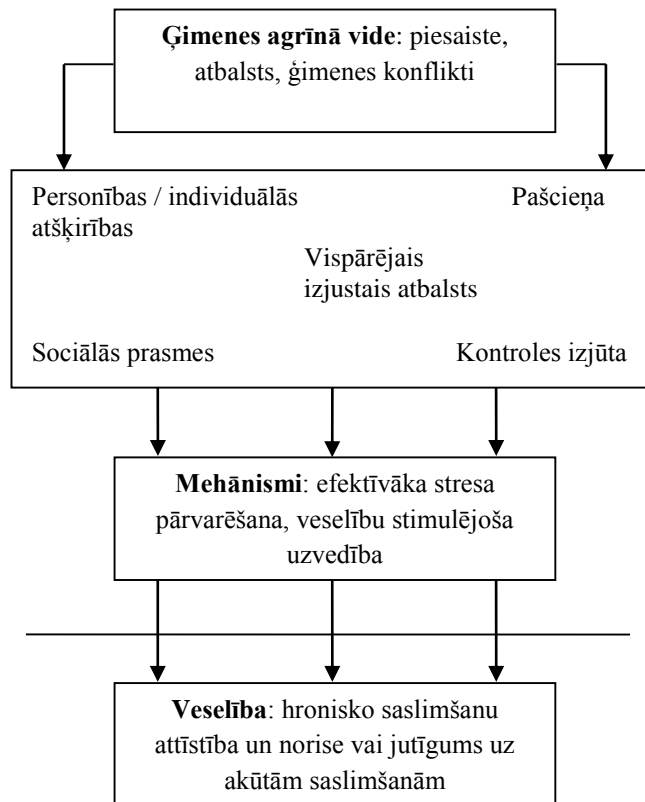
Empīriski pierādījumi ir abiem šiem modeļiem atkarībā no tā, kā tiek mērīts sociālais atbalsts (Cohen & Wills, 1985). Stresa aizsardzības modeli apstiprina pētījumi, kas novērtē funkcionālo sociālo atbalstu jeb interpersonālos resursus, kas darbojas kā atbilde uz stresa izraisītām

vajadzībām, savukārt vispārējās iedarbības modeli pierāda tie pētījumi, kas vērtē strukturālo sociālo atbalstu jeb cilvēka integrācijas līmeni sociālā tīklojumā. Ir arī diskusijas par šo modeļu atšķirībām. un joprojām nav atbilžu uz visiem jautājumiem (Forjaz, 2000). Galvenā atšķirība, kas tiek uzsvērtā, aplūkojot šos modeļus, ir sociālā atbalsta ierobežojums laikā: vispārējās iedarbības modeļa piekritēji akcentē sociālā atbalsta ilglaicīgu iedarbību, savukārt stresa aizsardzības modeļa atbalstītāji uzsver, ka sociālais atbalsts parādās kā atbildes reakcija stresa laikā (Williams, 2005).

Attīstības psiholoģijas paradigmas ietvaros tiek paplašināta vispārējās iedarbības modeļa darbības izpratne ar tā saukto dzīves garuma perspektīvu (*life-span perspective*) (Uchino, 2009). Šī pieeja akcentē attīstības kontekstu kā noteicošo faktoru, kad tiek aplūkota sociālā atbalsta un veselības mijiedarbība, kā arī skaidro atšķirības starp izjusto un saņemto atbalstu. Tiek pieņemts, ka izjustais un saņemtais sociālais atbalsts visbiežāk ir atšķirīgi konstruktīvi, kur pirmais balstās cilvēka attīstības gaitā, bet otrs lielā mērā ir situatīvs faktors (Barrera, 2000; Wills & Shinar, 2000). Taču dažkārt saņemtais un izjustais atbalsts var ietekmēt viens otru (Uchino, 2009). Piemēram, no sociāli kognitīvās perspektīvas viedokļa, sociālā atbalsta uztvere var darboties kā shēma, kas ietekmē atbalstošās uzvedības interpretāciju (Holmes, 2000; Lakey & Cassady, 1990). Saņemtais atbalsts var arī ietekmēt atbalsta uztveri kopumā (Uchino, 2009). Kopumā izjustais atbalsts vairāk pozitīvi ietekmē veselību, nekā saņemtais atbalsts, bet saņemtajam atbalstam ir lielāka seku variācija, tajā skaitā negatīva ietekme uz veselību (Uchino, 2004; Uchino, 2009).

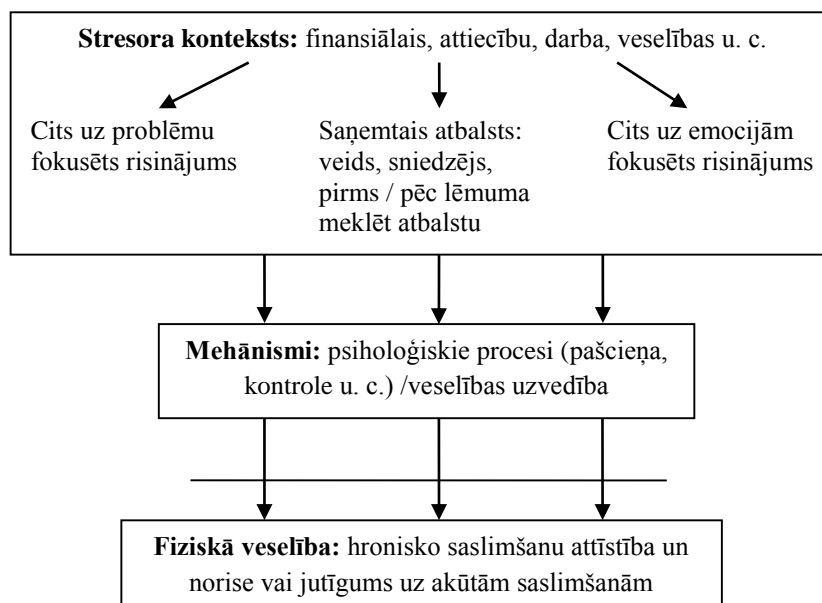
6. un 7. attēlā ir vizuāli redzama sociālā atbalsta un veselības faktoru mijiedarbība dzīves garuma perspektīvā: 6. attēlā – attīstības faktori, kas ietekmē izjusto sociālo atbalstu, potenciālos tikšanas galā mehānismus un to saistību ar veselību; 7. attēlā – attīstības faktori, kas ietekmē saņemto sociālo atbalstu, potenciālos tikšanas galā mehānismus un to saistību ar veselību.

Tiek pieņemts, ka cilvēkiem, kas auguši pozitīvā ģimenes vidē, kurā ir maz konfliktu un pieejams vecāku atbalsts, attīstās “pozitīvs psihosociālais profils” (Uchino, 2009). Šāds psihosociālais profils ietver sevī izjusto atbalstu, noteiktas personības iezīmes un / vai individuālās atšķirības (tādas kā lielāks optimisms un ekstraversija, kā arī mazāks naidīgums, vientulība un neirotizms) (Pinquart & Sorensen, 2001; Suls & Bunde, 2005; Uchino, Vaughn, & Matwin, 2008), sociālās prasmes, pašcieņa un personīgās kontroles izjūta (Shaw, Krause, Chatters, Connell, & Ingersoll-Dayton, 2004; Uchino, 2009). Šie pozitīvie profili sekmē proaktīvu stresa pārvarēšanas stratēģiju izmantošanu (Aspinwall & Taylor, 1997), kā arī noteiktu uzvedību, kas sekmē veselību un mediķu norāžu ievērošanu (DiMatteo, 2004) (skat. 6. attēlu).



6. attēls. Attīstības faktori, kas ietekmē izjusto sociālo atbalstu, potenciālos tikšanas galā mehānismus un to saistību ar veselību

Kā jau tika minēts, saņemtais atbalsts tiek izprasts vairāk kā situatīvs faktors, kas parādās kā viena no atbildes reakcijām uz stresoru (Uchino, 2009). 7. attēlā redzams, ka stresoram un citiem kontekstuāliem faktoriem ir izšķiroša nozīme, vai stresa pārvarēšanas stratēģijas būs efektīvas. Saņemtais atbalsts šajā gadījumā ir tikai viena no iespējām. Šajā no konteksta atkarīgajā procesā parādās dažādas psiholoģiskas parādības (pašcieņa, kontroles izjūta u. c.), kas ietekmē pozitīvā vai negatīvā veidā to, kā cilvēks reāli tiek galā ar stresu (Bolger & Amarel, 2007). Šeit atrodama arī saistība ar jau minēto stresora un resursu atbilstības hipotēzi – ja cilvēks meklē konkrēto atbalstu, bet viņam tiek piedāvāti ar stresoru nesaistīti resursi, šāds atbalsts nepalīdzēs tikt galā ar situāciju. Tādējādi saņemtais atbalsts atkarībā no kontekstuāliem faktoriem būs saistīts vai nu pozitīvā, vai nu negatīvā veidā arī ar jutīgumu pret akūtām saslimšanām vai noslieci uz hroniskām saslimšanām (Uchino, 2009).



7. attēls. Attīstības faktori, kas ietekmē saņemto sociālo atbalstu, potenciālos tikšanas galā mehānismus un to saistību ar veselību

Sociāli kognitīvā pieeja sociālā atbalsta un veselības saistību izpratnei (Barone, Maddux, & Snyder, 1997; Lakey & Drew, 1997; Sarason, Pierce, & Sarason, 1990), kas attīstījies no sociālā konstruktīvisma (Mead, 1934) un A. Beka un viņa kolēģu kognitīvās pieejas (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Markus, 1977), koncentrējas tieši uz sociālā atbalsta uztveri. Pamatpieņēmums ir šāds: līdzko cilvēks ir attīstījis stabilu pārliecību par to, cik citi cilvēki ir atbalstoši, turpmāk viņa uztveri par sociālo atbalstu ietekmēs šī pārliecība (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000). Šajā gadījumā tie cilvēki, kuri uzrāda augstu izjusto sociālo atbalstu un stabilu pārliecību par cilvēku atsaucību salīdzinājumā ar tiem, kas netic cilvēku palīdzībai, interpretēs vienus un tos pašus notikumus kā vairāk atbalstu sniedzošus, viņiem būs vairāk atmiņu par atbalstošo uzvedību, viņi pievērsīs vairāk uzmanības atbalstošai uzvedībai, un domāšanas procesi par atbalstu viņiem notiks ātrāk un vieglāk (Cohen et al., 2000). Šī pieeja arī izmanto sociālā atbalsta vispārējās ietekmes uz veselību modeli: negatīvās domas par sociālām attiecībām stimulē negatīvās domas par sevi, kas savukārt stimulē emocionālo distresu (Sarason, Pierce, & Sarason, 1990) un samazina veselības kvalitāti (Cohen et al., 2000).

Kopumā teorētiskās pieejas sociālā atbalsta izpētei var iedalīt trijās grupās (Cohen et al., 2000):

1) stresa un tā pārvarēšanas perspektīva (*stress and coping perspective*), kura attīstījies uz vispārīgākas stresa un problēmu risināšanas teorijas pamata (*Stress and coping theory*) (Lazarus & Folkman, 1984) – šajā gadījumā sociālais atbalsts tiek aplūkots caur stresa aizsardzības modeli;

2) sociālā konstruktīvisma perspektīva (*social constructionist perspective*), kas sakņojas V. Džeimsa (James), Dž. Djūija (Dewey) un G. H. Mīda (Mead) sociālajā psiholoģijā (Mead, 1934) un modernajā sociāli kognitīvajā pieejā (Barone et al., 1997; Beck et al., 1979; Sarason, Pierce, & Sarason, 1990) – sociālais atbalsts tiek saprasts ar stresa vispārējās iedarbības modeļa palīdzību;

3) attiecību perspektīva (*the relationship perspective*), kas apvieno hipotēzes, kuras aplūko sociālo atbalstu kā daļu no attiecību kvalitātes un ar tiem saistītiem procesiem, visbiežāk izmantojot stresa vispārējās iedarbības modeli, kā arī papildinot to ar dzīves garuma perspektīvas hipotēzi (Barnes & Sternberg, 1997; Uchino, 2009).

1.6.4. Sociālais atbalsts un depresija

Vairākums pētījumu apstiprina, ka cilvēki, kam ir depresija, izjūt mazāku sociālo atbalstu, nekā cilvēki, kam nav konstatēta depresija (Dobson & Dozois, 2008). Tas novērots dažādās izlasēs: dažādās kopienās un nācijās (Cairney, Boyle, Offord, & Racine, 2003), sirdsslimniekiem (Bosworth et al., 2000), grūtniecēm (O'Hara, 1986), pusaudžiem (Sheeber et al., 2007).

Garīgajai veselībai ir ciešāka saistība tieši ar izjusto, nevis reāli saņemto sociālo atbalstu (Hobfoll, 2009; Uchino, 2004; Wills & Shinar, 2000) vai sociālo integrāciju. Tādēļ ir pētnieki, kas izjusto sociālo atbalstu uzskata par vienu no noteicošākajiem riska faktoriem depresijas attīstībā (Dobson & Dozois, 2008; Stice, Ragan & Randall, 2004; Travis, Lyness, Shields, King, & Cox, 2004). Gan šķērsriezuma, gan longitudinālu pētījumu rezultāti ļauj secināt, ka nevis tikai zems sociālais atbalsts, bet arī sociālā izolācija prognozē depresijas attīstību (Cacioppo, Hawkley, & Thisted, 2010; Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted, 2006; Russel, Peplau, & Cutrona, 1980). Cilvēks, kas izjūt sevi kā vientuļu, mazāk meklēs sociālo atbalstu; un izjustās sociālās izolētības pieredze pati par sevi būs saistīta ar virkni kognitīvo seku un pārlietu jutīgumu, kas traucēs gūt labumu no sociālā atbalsta pat, ja tas konkrētā gadījumā tiks reāli sniegts (Marroquin, 2011).

Sociāli kognitīvā iemācītās bezpalīdzības teorija (Overmier & Seligman, 1967) arī skaidro sociālā atbalsta saistību ar depresiju. Šajā pieejā sociālais atbalsts tiek interpretēts kā atgriezeniskā saite un darbojas kā aizsargfaktors pret depresiju, ietekmējot depresiju veicinošo domāšanas stilu (Panzarella et al., 2006) – tendenci uzskatīt negatīvos dzīves notikumus kā stabilus un visaptverošus, līdztekus pareģojot, ka negatīvās sekas obligāti iestāsies, un vērtējot sevi kā nekam nederīgu cilvēku. Ja cilvēkam tiek sniegts sociālais atbalsts adaptīvas, iedrošinošas atgriezeniskā saites veidā, tad samazinās iespēja, ka cilvēks par notiekošo veiks

depresiju veicinošus secinājumus un jutīsies bezpalīdzīgs (Panzarella, Alloy, & Whitehouse, 2006).

Kā jau tika minēts, daudzi pētījumi par sociālo atbalstu balstās stresa un tā pārvarēšanas teorijā (Lakey & Cohen, 2000). Šī teorija, attiecinot uz depresiju, stresa pārvarēšanas un sociālā atbalsta teorētisko modeli raksturo šādi: kritiski dzīves notikumi pastiprina depresijas attīstības risku; indivīdi savā starpā atšķiras pēc jutīguma pret depresiju sekmējošiem kritiskiem dzīves notikumiem; notikumi ir tik satraucoši, cik indivīds tos uztver kā apdraudošus (primārais novērtējums), un kā indivīds vērtē savu spēju uz tiem atbildēt (sekundārais novērtējums); depresijas attīstības risku ietekmē indivīda problēmu risināšanas spējas; sociālais atbalsts ir īsā laika periodā stabils aizsargājošs resurss, kas samazina pakāpi, kādā dzīves notikumi palielina depresijas attīstības risku.

Turpmāk aplūkoti līdzšinējie pētījumi par sociālo atbalstu un depresiju mātēm un tēviem perinatālajā periodā.

1.6.5. Sociālais atbalsts un depresija vecākiem perinatālajā periodā

Sievietes sekmīga pāreja uz mātes lomu ir atkarīga no biopsihosociāliem faktoriem, ģimenes un plašākas vides, kurā viņa dzīvo (Kiehl & White, 2003). Arī tēva lomas apgūšanu ietekmē plašāka vide, un ir svarīgi, lai tā būtu atbalstoša un iedrošinoša. Jau pirmajās stundās pēc dzemdībām vecāki sastopas ar jaunām rūpēm, nebijušu prasmju apgūšanu, un ir svarīgi, lai šajā posmā abiem vecākiem būtu pieejams un tiktu siegts gan informatīvs, gan praktisks, gan emocionāls atbalsts. Vēsturiski sociālais atbalsts dažādos laikos un kultūrās ir bijis nozīmīgs grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību perioda aspekts.

Jau senākos pētījumos par sociālo atbalstu pēc dzemdībām un depresijas simptomiem mātēm konstatēts, ka sievietes, kuras norāda zemāku izjusto sociālo atbalstu, norāda augstāku depresijas līmeni (Murray et al., 1996; O'Hara, 1986; O'Hara & Swain, 1996).

Kā atzīts 26 pētījumu metaanalīzē, starp sociālo atbalstu un pēcdzemdību depresiju pastāv vidēji cieša saistība (Beck, C., 1996a). Arī jaunākos pētījumos šī saistība apstiprinās (Deng et al., 2014; Eastwood et al., 2012; Edge et al., 2008; Gao, Chan, & Mao, 2009; Iles, Slade & Spiby, 2011; Leahy-Warren et al., 2011; Rahman et al., 2003). Pētījumu rezultāti ļauj secināt, ka nepietiekams sociālais atbalsts grūtniecības laikā ir riska faktors depresijas attīstībai grūtniecēm (Ford & Aiyers, 2009; Leigh & Milgrom, 2008) un sievietēm pēc dzemdībām (Ford & Ayers, 2009). Savukārt izjustais atbalsts no partnera ir pozitīvi saistīts ar sievietes emocionālo labklājību pēc dzemdībām (Malik et al., 2007; Milgrom et al., 2008). Ir pētījumi, kuru rezultāti norāda uz

sociālā atbalsta nozīmīgumu tieši dzemdību laikā un agrīnajā pēcdzemdību periodā (Leahy-Warren, McCarthy, & Corcoran, 2011).

Daudzi pēdējo gadu pētījumi par sociālo atbalstu grūtniecības laikā un pēc dzemdībām veikti Āzijā. Šajā pasaules reģionā joprojām pēc dzemdībām ievēro tradīcijas un rituālus (Klainin & Arthur, 2009). Viens no tādiem rituāliem ir “pirmā mēneša rituāls” (“*doing the month*”). Sieviete pēc bērna piedzimšanas vienu mēnesi atpūšas, ēd īpašu pārtiku un rūpējas tikai par mazuli, nestrādājot nekādu citu darbu. Šajā laikā viņa ir kopā ar savu māti vai vīramāti, kuras sniedz padomus un palīdz jaunajai mātei, un tiek uzskatīts, ka šis atbalsta veids palīdz pielāgoties mātes lomai (Hung, 2004). Tomēr, kā secināts 16 pētījumu pārskatā, ķīniešu sievietes šo “pirmā mēneša rituālu” ne vienmēr uzskata par atbalstu (Wong & Fisher, 2009), kas saistās ar teorētiskajiem pieņēmumiem par to, ka sociālais atbalsts var tikt uztverts par nevēlamu, uzspiestu vai lieku (Vangelisti, 2009). Atšķirības paaudžu vērtībās un uzskatos par bērna kopšanu arī var mazināt izjustā sociālā atbalsta līmeni (Gao et al., 2012). Ir arī secināts, ka depresijas simptomi mātēm prenatālajā periodā parādās kā atbildes reakcija uz tādiem stresoriem kā partneru savstarpējie konflikti vai arī konflikti ar partnera vecākiem (Lau, 2011).

Pētot sociālā atbalsta saistību ar depresiju sievietēm grūtniecības 3. trimestrī un divas nedēļas pēc dzemdībām, pētnieki secināja, ka nepietiekams sociālais atbalsts grūtniecēm saistās ar mātes depresiju 2 nedēļas pēc dzemdībām (Xie, Guoping, Koszyscki, & Walker, 2009). Sociālā atbalsta trūkums pēc dzemdībām spēcīgāk prognozē depresijas rādītāju līmeni, nekā atbalsta trūkums pirms dzemdībām. Cita pētījuma rezultāti rāda, ka grūtniecības laikā izjustais emocionālais atbalsts no partnera un no mātes, kā arī agrāk izjustais sociālais atbalsts no mātes (ar mīnus zīmi) nozīmīgi prognozēja depresiju grūtniecēm (Jeong, Lim, Lee, Kim, Jung, & Joe, 2013).

Pētot, kā tēva atbalsts un mātes depresijas simptomi mainās pirmo divu gadu laikā pēc bērna dzimšanas, tika konstatēts, ka ir saistība starp augstāku partnera atbalstu un zemākiem depresijas rādītājiem sievietēm un ka gan depresijas rādītāji, gan partnera atbalsta līmenis samazinās laikā starp 6 un 24 mēnešiem pēc bērna dzimšanas (Smith & Howard, 2008). Pavisam nesena pētījuma rezultāti rāda, ka sievietēm izjustā sociālā atbalsta līmenis krītas laikā no grūtniecības uz sešām nedēļām pēc dzemdībām un uz 3 mēnešiem pēc dzemdībām (Gao, Sun, & Chan, 2014).

Sievietēm grūtniecības laikā un pēc dzemdībām tradicionāli tiek sniegts sociālais atbalsts, un draugi, radi un kolēģi labprāt iesaistās, lai atbalstītu sievieti šajā būtiskajā viņas dzīves posmā. Sievietes saņem atbalstu arī, piedaloties neformālos interneta forumos, kur dalās ar saviem pārdzīvojumiem pēc bērna piedzimšanas un kur var saņemt gan emocionālo, gan informatīvo, gan instrumentālo sociālo atbalstu gadījumā, ja viņām parādās pēcdzemdību depresijas simptomi (Evans, Donelle, & Hume-Loveland, 2012). Savukārt nesena pētījumā (Field, Diego, Delgado, & Medina, 2013) tika parādīts gan sociālā atbalsta grupu, gan jogas nodarbību grupu pozitīvā

ietekmē uz depresijas, trauksmes un dusmu simptomu samazināšanos 92 grūtniecēm 12 nedēļu laikā (līdz 22. grūtniecības nedēļai), turklāt tika novērota kortizola līmeņa krišanās pēc jogas vai atbalsta grupas nodarbības katru nedēļu, savukārt progesterona un estriola līmenis abām grupām samazinājās pēc pēdējās nodarbības.

Dažādās valstīs pētnieku uzmanība var tikt pievērsta dažādām sociālā atbalsta intervencēm (Dennis, 2014): partnera atbalstam (Kanāda), citu māmiņu atbalstam (Kanāda, Ķīna, Austrālija), nedirektīvai konsultēšanai (Apvienotā Karaliste, Zviedrija), garīgas veselības aprūpes medmāsu mājas vizītēm (Japāna) un uz sadarbību orientētai veselības aprūpei (ASV).

Savukārt tēviem tik plašs sociālā atbalsta tīkls var būt mazāk pieejams (Premberg et al., 2008). Viens no galvenajiem iemesliem ir tas, ka gan mātes, gan veselības aprūpes speciālisti ir tendēti tēvus uztvert kā galveno atbalsta resursu sievietei, un tādēļ tēvu pašu vajadzības pēc atbalsta var palikt neievērotas un neapmierinātas (Deave, Johnson, & Ingram, 2008; Perren, von Wyl, Burgin, Simoni, & Klitzing, 2005). Ja sievietes meklē sociālo atbalstu gan no saviem partneriem, gan radiem un draugiem, tad vīrieši emocionālo atbalstu visdrīzāk sagaida tieši no savām partnerēm (Cronenwett & Kunst-Wilson, 1981).

Pētījumu rezultāti par to, kā tēvu izjūta par saņemto atbalstu no partneres laikā pēc bērna dzimšanas saistās ar tēvu depresijas simptomiem, ir pretrunīgi. Longitudināla pētījuma par pēcdzemdību depresiju tēviem (Deater-Deckard, Pickering, Dunn, & Golding, 1998) rezultāti rādīja, ka tēvi, kuri atzina nepietiekama atbalsta esamību un vājas sociālās saites ārpus ģimenes, uzrādīja depresijas simptomus. Arī pavisam nesenā pētījumā apstiprinājās šī saistība (Iles et al., 2011). Citā pētījumā vīriešiem nebija saistības starp sajūsto sociālo atbalstu un depresiju perinatālajā periodā (Matthey et al., 2000). Kā jau tika minēts iepriekš, ir pētījumi, kas atklāj, ka mātes pēcdzemdību depresija ir saistīta ar tēva pēcdzemdību depresijas attīstību (Goodman, 2004; Paulson & Bazemore, 2010). Daži autori pieturas pie idejas, ka tas notiek tiešā veidā (Joiner & Katz, 1999), taču ir tādi, kas pretstatī netiešās ietekmes hipotēzi (Don & Mickelson, 2012). Ietekmējošie mehānismi varētu būt saistīti ar partnera atbalstu un apmierinātību ar attiecībām, kļūstot par vecākiem. Tiek pieņemts, ka bērna ienākšana ģimenē veicina izmaiņas jau nostabilizējušās partnerattiecībās, un tad, kad atbalsts nepieciešams abiem, partneris, kas ir pakļauts depresijai (šajā gadījumā – māte), sniedz mazāku atbalstu otram, tādējādi sekmējot depresijas simptomu attīstību arī tēvam. Tāpat apmierinātība ar attiecībām var būt kā stresa aizsardzības faktors, kas ļauj tēviem būt pašpaļāvīgākiem, kad ģimenē ienāk bērns, savukārt neapmierinātība ar attiecībām var sekmēt tēvu pēcdzemdību depresiju (Don & Mickelson, 2012).

Dažu pētījumu rezultāti rāda, ka tēviem sociālā atbalsta trūkums var sekmēt depresijas attīstību partneres grūtniecības laikā (Wee et al., 2011). Salīdzinot grūtniecības laiku un laiku pēc bērna dzimšanas, tēvi atzīst, ka pēc bērna piedzimšanas izjutuši sociālā atbalsta

samazināšanos (Castle, Slade, Barranco-Wadlow, & Rogers, 2008). Saistībā ar cita pētījuma rezultātiem minēts, ka vīrieši norāda stabilu izjustā sociālā atbalsta līmeni pirms bērna piedzimšanas un gadu pēc tam (Condon et al., 2004). Šie atšķirīgie pētījumu rezultāti var būt saistīti ar to, ka pētījumi veikti dažādās sociālajās grupās, kur arī saņemtā sociālā atbalsta līmenis ir atšķirīgs. Turklāt pētījumos tiek izmantotas dažādas sociālā atbalsta aptaujas, tādēļ pētījumu rezultātus var būt sarežģīti savstarpēji salīdzināt.

Sociālais atbalsts ir atzīts par nozīmīgu aizsargājošu faktoru pret depresijas attīstību (Cutrona & Troutman, 1986; Dennis & Creedy, 2004; Rahman et al., 2003) un var sekmēt pielāgošanos jaunajai situācijai, īpaši tām sievietēm, kurām pāreja uz mātes lomu ir psiholoģiski grūta (Leahy-Warren & McCarthy, 2007), kā arī veicināt pozitīvu mātes lomas attīstību (Emmanuel, Creedy, St. John, Gamble, & Brown, 2008). Vecāki, kuri grūtniecības laikā norāda pietiekamu sociālo atbalstu, sešas nedēļas pēc dzemdībām norāda mazāku nomāktību, taču atzīst, ka pēcdzemdību periodā izjustais sociālais atbalsts ir zemāks, nekā grūtniecības laikā (Castle, et al., 2008). Cita pētījuma rezultāti rāda, ka sievietēm grūtniecības 3. trimestrī un 2 nedēļas pēc bērna piedzimšanas sociālā atbalsta līmenis ir nemainīgs (Xie, et al., 2009). Nesenā literatūras apskatā (Lakey & Cronin, 2008) atzīts, ka indivīdi, kuriem ir depresija, norāda zemāku izjustā sociālā atbalsta līmeni, nekā indivīdi, kuriem nav depresijas, un, ka augstāks izjustā sociālā atbalsta līmenis var prognozēt depresijas remisiju nākotnē.

Socioloģiskā pārskatā par iedzīvotāju reproduktīvo veselību Latvijā no 2003. līdz 2011. gadam (Putniņa, 2011) atzīmēts, ka 41,2% sieviešu norādīja, ka pēc dzemdībām noteikti saņēmušas partnera emocionālo atbalstu un izpratni; 57,5% vīriešu norādījuši, ka laikā pēc dzemdībām noteikti snieguši savai partnerei emocionālo atbalstu. Vīrieši, kuriem ir augstākā izglītība, palīdzību un atbalstu savām partnerēm sniedza biežāk, nekā vīrieši ar zemāku izglītības līmeni. Sievietes, kuras dzīvo neregistrētā kopdzīvē, norādīja zemāku saņemto atbalstu nekā precētās. Šīs aptaujas rezultāti rāda arī to, ka Latvijā sievietes pēc dzemdībām izjūt augstāku partnera sniegto atbalstu, nekā pirms 20 gadiem, bet vīriešu sniegtās atbildes par savu sniegto atbalstu un iesaistīšanos šādu kāpumu neuzrāda. Kā norāda vīriešu atbildes, 59,8% sieviešu pēcdzemdību periodā lūgušas partnera atbalstu. Tikai 25,1% vīriešu atzinuši, ka laikā pēc bērna piedzimšanas viņiem bijis nepieciešams emocionālais atbalsts. Iespējams, šos rezultātus var skaidrot ar vīrieša maskulīno lomu, kurā atzīt nepieciešamību pēc emocionāla atbalsta un to lūgt nav pieņemts.

Var secināt, ka dažādās valstīs un kultūrās sievietes saņem dažāda veida sociālo atbalstu, tomēr tam ir tendence samazināties pēc bērna piedzimšanas, un novēro ciešu saistību starp izjusto sociālo atbalstu un depresijas simptomiem sievietēm perinatālajā periodā. Ne vienmēr sievietes saņem tādu atbalstu, kāds viņām nepieciešams, un dažreiz atbalsts var pat tikt uztverts

kā nevēlams, kas saskan ar sociālā atbalsta teorētiskajiem modeļiem. Pētījumu rezultāti par to, kā tēvu izjūta par saņemto atbalstu no partneres laikā pēc bērna dzimšanas saistās ar tēvu depresijas simptomiem, ir pretrunīgi.

Kaut arī sociālais atbalsts ir daudz pētīts saistībā ar depresiju perinatālajā periodā, ir nepietiekams skaits longitudinālu pētījumu šajā jomā, kā arī lielākoties sociālais atbalsts mērīts tikai vienā pētījuma posmā. Reti ir pētījumi, kuros iekļauti abi vecāki. Šajā pētījumā tika noskaidrots, kā vecāki izjūt sociālā atbalsta pieejamību pirms un pēc dzemdībām un kāda ir izjustā sociālā atbalsta saistība ar depresijas simptomiem.

Nākamajā apakšnodaļā analizēti pētījumi par vecāku depresijas simptomu, izjustā sociālā atbalsta un zīdaiņa temperamenta iezīmju saistību.

1.7. Sociālais atbalsts, depresija vecākiem un zīdaiņa temperaments

Indivīda attīstība nav atdalāma no plašākas sociālās vides, un mūsdienās plaši pieņemta Jurija Bronfenbrennera (1979) izveidotā ekoloģisko sistēmu teorija (*ekological systems theory*), kurā uzsvērts, ka bērna attīstība notiek nemitīgā mijiedarbībā starp bērnu un viņa vidi jeb dažādām sistēmām (vecākiem, ģimenei un plašākai sociālajai videi), kuras tiešā vai netiešā veidā ietekmē bērnu un kuras savukārt, ietekmē bērns. No šī izriet, ka sociālais atbalsts, kuru vecāki saņem, gaidot mazuli vai viņu audzinot, var būt nozīmīgs ne tikai vecāku, bet arī mazuļa emocionālajai labklājībai.

Kaut gan sociālā atbalsta nozīme grūtniecības laikā un pēc tās sievietēm ir visai plaši pētīta, tomēr ļoti maz ir pētījumu, kuros mēģināts noskaidrot, kāda nozīme sociālajam atbalstam ir saistībā ar pēcdzemdību depresiju un zīdaiņa temperamentu. Nav atrasts pētījums, kurā šādu saistību būtu mēģināts noskaidrot abiem partneriem. Vairums līdz šim veikto pētījumu iekļauj nelielas izlases, vienu vai divus mērījumus, un tajos netiek iekļauti abi partneri.

Viens no agrākajiem un plaši citētiem pētījumiem par saņemtā sociālā atbalsta saistību ar zīdaiņa temperamentu un mātes depresijas simptomiem tika veikts pagājušā gadsimta astoņdesmitajos gados (Cutrona & Troutman, 1986). Šajā pētījumā tika iesaistītas 55 precētas sievietes grūtniecības laikā un trīs mēnešus pēc dzemdībām. Depresijas simptomus noskaidroja ar Beka depresijas aptauju. Šajā pētījumā zīdaiņa temperamenta rādītāji tika mērīti ar Uzlaboto zīdaiņa temperamenta aptauju - Revised infant temperament questionnaire (R-ITQ; Carey & McDevitt, 1978), ar mazuļa raudāšanas dienasgrāmatas palīdzību un zīdaiņa novērojumu mājās. Sociālā atbalsta mērīšanai izmantoja Sociālā atbalsta aptauju - Social provision scale (SPS; Russel & Cutrona, 1984). Pētījuma rezultāti rādīja, ka zīdaiņa "grūtais temperaments" bija cieši saistīts ar mātes pēcdzemdību depresijas līmeni, bet sociālais atbalsts darbojās kā aizsargfaktors,

sevišķi ar pašefektivitātes starpniecību. Šajā pētījumā galvenā hipotēze bija par to, ka “grūts” zīdaiņa temperaments ir nozīmīgs riska faktors depresijas simptomiem pirmajos mēnešos pēc dzemdībām, kas arī apstiprinājās pētījuma rezultātos. Jāatzīmē, ka šajā pētījumā bērna temperaments tika izvērtēts vairākos veidos.

Citā pētījumā par stresu izraisošiem faktoriem zīdaiņu mātēm ar un bez depresijas (Gelfand, Teti & Fox, 1992) tika secināts, ka sievietes, kurām ir depresija, savu mazuļu temperamentu kā “grūtu” novērtēja tikai nedaudz augstāk, nekā sievietes bez depresijas. Depresēto sieviešu grupā bērna temperamenta novērtējums kā “grūts” bija saskaņots ar medicīnas māsas novērojumu par zīdaiņa temperamentu. Visā grupā kopumā parādījās saistība starp depresijas smagumu un zīdaiņa temperamenta novērtējumu kā “grūtu”, kā arī sajusto sociālo atbalstu. Mātes, kuras sava mazuļa temperamentu uztvēra kā “grūtu”, norādīja zemāku saņemto sociālo atbalstu. Tomēr šo pētījumu rezultāti neļāva spriest par mijiedarbību starp mātes depresijas simptomiem un zīdaiņa “grūtu” temperamentu. Ir pētījums, kura rezultāti parādīja, ka mātes, kurām bija depresija, savus mazuļus uztvēra kā vairāk “grūtus” divus un arī sešus mēnešus pēc dzemdībām, neatkarīgi no sociālā atbalsta. Jāpiezīmē, ka šajā pētījumā zīdaiņa temperaments tika mērīts tikai ar trim jautājumiem (McGrath et al., 2008).

Pētījumā par to, kā zīdaiņa pozitīvā un negatīvā emocionalitāte, mātes depresija un saņemtais sociālais atbalsts četrus mēnešus pēc dzemdībām prognozē mātes iejūtīgumu pret savu mazuli astoņus mēnešus pēc bērna piedzimšanas, tika iesaistīti 37 māšu–zīdaiņu pāri (Mertesacker, Bade, Haverkock, & Pauli-Pott, 2004). Šajā pētījumā zīdaiņa emocionalitāti noskaidroja gan ar mazuļa uzvedības novērojumu, gan mātes atbildēm uz aptaujas par mazuļa uzvedību jautājumiem (IBQ; Rothbart, 1981). Rezultāti rādīja, ka mātes, kuras četros mēnešos pēc dzemdībām uzrādīja depresijas simptomus un sava mazuļa negatīvo emocionalitāti uztvēra kā augstu, bet izjusto sociālo atbalstu norādīja kā zemu, astoņus mēnešus pēc bērna dzimšanas minēja mazāk iejūtīgu uzvedību pret savu mazuli. Autori uzsvēra sociālā atbalsta nozīmi mātēm, kuru mazuļi ir ar augstu negatīvo emocionalitāti, lai viņas spētu būt iejūtīgas un atsaucīgas pret saviem mazuļiem. Šajā pētījumā tika mērīts nevis “grūtais” temperaments, bet gan konkrēts zīdaiņa temperamenta aspekts – negatīvā emocionalitāte, kas ļauj precīzāk interpretēt un izprast pētījuma rezultātus.

Kopš 2000. gada Austrālijā mātes pēc dzemdībām tiek aptaujātas par pēcdzemdību depresiju. Šim nolūkam tiek izmantota EPDA. Pētījumā, kur tika analizētas 15 389 2–3 nedēļu vecu zīdaiņu māšu aptaujas, parādījās cieša saistība starp mātes depresijas simptomiem un zīdaiņa temperamentu (bērna grūtībām iemigt un augstu bērna prasīgumu), kā arī starp mātes depresijas simptomiem un nepietiekamu izjusto sociālo atbalstu, kā arī sociālo izolāciju (Eastwood et al., 2012). Tomēr jāatzīst, ka šajā pētījumā zīdaiņa temperamenta un sociālā atbalsta mērīšanai tika

izmantota plaša aptauja, kurā bija iekļauti jautājumi par dažādiem aspektiem jauno māmiņu dzīvē. Sociālais atbalsts un mazuļa temperaments tika izvērtēti ar atsevišķiem jautājumiem, nevis ar aptaujām vai novērojumiem.

Lai noskaidrotu, kā mātes emocionālo labklājību un mazuļa temperamenta iezīmes – distress pret jauno – novērtējumu kā augstu pēc dzemdībām prognozē grūtniecības laikā no partnera saņemtais sociālais atbalsts, tika veikts pētījums, kurā piedalījās 272 sievietes grūtniecības laikā un 6–8 nedēļas pēc dzemdībām (Stapleton, Schetter, Rini, Hobel, Westling et al., 2012). Tika secināts, ka mātes, kuras grūtniecības vidusposmā sava partnera sniegto sociālo atbalstu bija novērtējušas kā augstu, norādīja zemākus depresijas rādītājus pēc dzemdībām. Šīs mātes arī norādīja zemāku mazuļa distresu pret jauno. Pētnieki izsaka ideju, ka atbalstošas attiecības ar partneri grūtniecības laikā var ne tikai uzlabot sievietes emocionālo labsajūtu pēc dzemdībām, bet arī būt nozīmīgs mazuļa temperamenta iezīmju prognozētājs. Tomēr arī šajā pētījumā netika noskaidrota saistība starp tēvu emocionālo labklājību, saņemto sociālo atbalstu un mazuļa temperamentu.

Ir pavisam maz pētījumu, kur, pētot depresijas simptomu saistību ar sociālo atbalstu un zīdaiņa temperamentu, būtu iekļauti tēvi, un netika atrasts pētījums, kur šādā longitudinālā pētījumā būtu iekļauti abi vecāki. Pētījumā (Zelkowitz & Milet, 1997) piedalījās 50 vīrieši, kuru partnerēm bija diagnosticēta pēcdzemdību depresija, un 50 vīrieši, kuru partnerēm nebija noteikta šāda diagnoze. Rezultāti rāda, ka tēvi, kuru partnerēm bija depresija, norādīja zemāku saņemto sociālo atbalstu un augstāku stresa līmeni. Savukārt, vīrieši, kuri norādīja zemāku saņemto sociālo atbalstu, izjuta augstāku trauksmes, depresijas un adaptācijas traucējumu līmeni, tomēr saņemtā sociālā atbalsta līmenis nebija saistīts ar sava mazuļa uztveri kā “grūtu”. Šajā pētījumā netika izmantota aptauja zīdaiņa temperamenta mērīšanai, bet aptauja par mazuļa miegu, ēdināšanu un nomierināšanos. Jau šajā pētījumā tika uzsvērts, ka pēcdzemdību depresijas pētījumos būtu svarīgi iesaistīt abus partnerus.

Viena no bieži atzīmētām problēmām zīdaiņa temperamenta pētījumos ir tā, ka tā sauktā “grūtā” temperamenta mērīšanai tiek izmantoti tikai daži jautājumi vai ne vienmēr šis jēdziens tiek pietiekami saprotami skaidrots, kas apgrūtina pētījuma rezultātu interpretāciju.

1.8. Kopsavilkums

Depresija ir viens no izplatītākajiem emocionālajiem traucējumiem, no kā cieš miljoniem cilvēku visā pasaulē. Ir dažādas teorijas, kuras izskaidro depresijas rašanos un uzturošos mehānismus. Mūsdienās atzīts, ka uz depresiju jāraugās biopsihosociālā modeļa ietvaros. Kopš DSM-V iznākšanas 2013. gadā, tajā izdalīta depresijas epizode ar sākumu perinatālajā periodā.

Depresijas simptomu sastopamība gan mātēm, gan tēviem perinatālajā periodā ir samērā augsta, un metaanalīzes rāda, ka šajā laikā depresijas simptomus norāda 10–13% vecāku, bet pētījumos dažādās kultūrās šie skaitļi plaši variē. Joprojām nav pietiekamu zināšanu par depresijas simptomu sastopamību dažādās kultūrās, un gan pētījumu, gan metaanalīžu rezultāti ļauj secināt, ka pētījumos par perinatālo depresiju joprojām nepietiekami tiek iesaistīti vīrieši. Turklāt joprojām ir nepietiekams skaits longitudinālu pētījumu, kuros būtu vairāk nekā divi mērījumu punkti, un daudzos pētījumos respondentu skaits ir neliels.

Pētījumu rezultāti ļauj secināt, ka vecāku depresija grūtniecības laikā ir riska faktors pēcdzemdību depresijas attīstībai. Savukārt vecāku depresija var radīt negatīvu ietekmi uz vecāku un zīdaiņa savstarpējo attiecību kvalitāti un zīdaiņa attīstību ilgākā laika periodā. Viens no pētījumu laukiem ir vecāku depresijas un zīdaiņa temperamenta saistības izpēte.

Zīdaiņa temperamenta izpēte ir sākusies samērā nesen, un kopš pagājušā gadsimta 60. gadiem šajā jomā ir notikusi strauja attīstība un izveidotas vairākas nozīmīgas bērna temperamenta teorijas. Mūsdienīgākā no tām ir Rotbartas un kolēģu attīstītā neirobioloģiskā pieeja. Balstoties uz šo teoriju, izveidotas arī vairākas aptaujas bērna temperamenta iezīmju mērīšanai. Jautājums par to, cik lielā mērā bērna temperamenta attīstību nosaka iedzimtība, cik vide un viņa aprūpētāji, joprojām ir aktuāls, un pētījumi šajā jomā ir būtiski.

Iepriekšējās dekādēs veikto pētījumu rezultāti par vecāku depresijas saistību ar zīdaiņa temperamentu rāda, ka sievietes, kurām ir depresija, savu mazuļu temperamentu mēdz novērtēt kā “grūtu”. Šis jēdziens tiek plaši lietots, tomēr tas ne vienmēr tiek precīzi izskaidrots, kas var apgrūtināt pētījumu rezultātu interpretēšanu. Lai gan pēdējos gados pētījumu skaits par zīdaiņa temperamenta dažādiem aspektiem ir pieaudzis un ir aptaujas, ar kuru palīdzību var mērīt zīdaiņa negatīvo emocionalitāti, tomēr joprojām ir maz longitudinālu pētījumu, kuros ir pētīts, kā vecāku depresijas simptomi savstarpēji mijiedarbojas ar zīdaiņa temperamenta rādītājiem. Vairums pētījumu analizē vecāku depresijas simptomu un bērna temperamenta faktoru mijiedarbību viena mērījuma ietvaros, vai arī longitudināls pētījums ticis veikts izlasēs, kur bērni ir jaunāki par trijiem mēnešiem vai vecāki par sešiem mēnešiem. Bērna temperaments ir novērtēts tikai vienā mērījuma punktā, un parasti novērtētāja ir bijusi māte. Minētais ļauj secināt, ka ir būtiski veikt pētījumus, kuros zīdaiņa temperaments un vecāku depresijas simptomi tiek pētīti longitudināli, iesaistot abus vecākus vairākos mērījumu punktos.

Sociālā atbalsta trūkums ir riska faktors pēcdzemdību depresijas attīstībai un var būt arī aizsargājošs faktors pret to. Ir vairākas sociālā atbalsta teorijas, kuras dažādi skaidro sociālā atbalsta saistību ar fizisko un garīgo veselību, un ir secināts, ka garīgajai veselībai ir lielāka saistība ar izjusto sociālo atbalstu. Pētījumu rezultāti ļauj secināt, ka arī perinatālajā periodā augstāks sociālais atbalsts ir saistīts ar zemākiem depresijas simptomiem. Netika atrasts

longitudināls pētījums, kur būtu mēģināts noskaidrot, kā vecāku depresijas simptomi mijiedarbojas ar bērna negatīvo emocionalitāti un izjusto sociālo atbalstu.

Pēcdzemdību depresijas simptomus biežāk novēro pirmajos mēnešos pēc dzemdībām, bet tie var parādīties arī vēlāk – pirmajā gadā pēc dzemdībām, tādēļ ir būtiski veikt longitudinālus pētījumus, lai labāk izprastu šī nozīmīgā sarežģītuma attīstību laikā, kad ģimenē piedzimst bērns.

Balstoties uz iepriekš veikto literatūras analīzi, manis veiktajā longitudinālajā pētījumā tika izvirzīti šādi pētījuma jautājumi:

Atšķirības starp grupām.

1. Vai pastāv atšķirības starp māšu un tēvu grupām zīdaiņa temperamenta iezīmju, depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta novērtējumā?

Atšķirības starp mērījumu posmiem.

2. Vai pastāv atšķirības zīdaiņa temperamenta iezīmju, depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta novērtējumā starp mērījumu posmiem māšu un tēvu grupās?

Saistība.

3. Kāda ir saistība starp depresijas simptomiem un izjusto sociālo atbalstu, un bērna temperamenta iezīmēm māšu un tēvu grupās?

Vecāku depresijas simptomu prognozes.

4. Vai bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (*mātes novērtējumā*) prognozē depresijas simptomus mātēm sešus mēnešus pēc dzemdībām, kontrolējot mātes depresijas simptomus iepriekšējos mērījumos un izjustā sociālā atbalsta līmeni?
5. Vai bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (*tēva novērtējumā*) prognozē tēvu depresijas simptomus sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas, kontrolējot tēva depresijas simptomus iepriekšējos mērījumos un izjustā sociālā atbalsta līmeni?
6. Vai bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (*abu vecāku kopējā novērtējumā*) prognozē depresijas simptomus mātēm un tēviem sešus mēnešus pēc dzemdībām, kontrolējot depresijas simptomus iepriekšējos mērījumos un izjustā sociālā atbalsta līmeni?

Zīdaiņa negatīvās emocionalitātes prognozes.

7. Vai mātes depresijas simptomi grūtniecības trešajā trimestrī prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*mātes novērtējumā*) triju mēnešu vecumā?
8. Vai mātes depresijas simptomi grūtniecības trešajā trimestrī prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*abu vecāku kopējā novērtējumā*) triju mēnešu vecumā?
9. Vai mātes depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*mātes novērtējumā*) sešu mēnešu vecumā, kontrolējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā?

10 Vai mātes depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*abu vecāku kopējā novērtējumā*) sešu mēnešu vecumā, kontrolējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā?

11. Vai tēvu depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*tēva novērtējumā*) sešu mēnešu vecumā, kontrolējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā?

12. Vai tēvu depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*abu vecāku kopējā novērtējumā*) sešu mēnešu vecumā, kontrolējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā?

Papildu jautājums. Vai pētījumam adaptēto un izmantoto aptauju (Edinburgas pēcdzemdību aptauja, Gotlandes vīriešu depresijas aptauja, Izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju un Aptaujas par mazuļa uzvedību uzlabotais, ļoti īsais variants) latviešu versiju psihometriskie rādītāji atbilst oriģinālo aptauju psihometriskajiem rādītājiem?

2. Metode

2.1. Pētījuma dalībnieki

Pētījuma dalībnieki. Pirmajā pētījuma posmā piedalījās grūtnieces ($n = 258$) pēdējā grūtniecības trimestrī (30.–40. grūtniecības nedēļā $M = 33,16$; $SD = 1,38$) bez grūtniecības sarežģījumiem un viņu partneri ($n=258$). Respondentu vecums aptaujas pirmajā posmā sievietēm bija no 20 līdz 41 gadam ($M = 28,26$; $SD = 3,99$), bet vīriešiem no 21 līdz 46 gadiem ($M = 30,31$; $SD = 4,86$). Par precētām sevi atzina 180 (69,77%) sievietes un 182 (70,82%) vīrieši, bet pārējie pāri dzīvoja neregistrētā kopdzīvē. Pilsētā dzīvoja 243 (94,19%) pāri. Norādītais ienākumu līmenis uz vienu ģimenes locekli vismaz 79,3% respondentiem pārsniedza Latvijas iedzīvotāju uz vienu mājsaimniecības locekli rīcībā esošo vidējo ienākumu līmeni, kas 2011. gadā bija 304, 51. EUR, bet 2012. gadā 319, 90 EUR (Centrālā statistikas pārvalde, 2014)³.

Augstākā izglītība bija 216 (83,72%) sievietēm un 160 (62,02%) vīriešiem. Grūtniecību par plānotu atzina 211 (82,10%) sievietes un 213 (82,88%) vīrieši. Nekādu sarežģījumu ar grūtniecības attīstību nebija 237 (92,58%) sievietēm, bet 19 (7,42%) sievietēm bija nenozīmīgi sarežģījumi. Pirmo bērnu gaidīja 208 (80,93%) ģimenes. Pētījuma dalībnieku ģimenēs piedzima 127 (49,61%) meitenes un 129 (50,39%) zēni. Detalizēts respondentu sociodemogrāfiskais

³ Laikā, kad tika ievākti dati pētījumam, Latvijā valsts valūta bija lati, bet kopš 2014. gada Latvijā valsts valūta ir eiro. Metodes daļā ienākumi uz vienu ģimenes locekli norādīti eiro, bet pielikumā redzami arī respondentu norādītie ienākumi latos. Tā kā 11,72% sieviešu un tikpat daudz vīriešu norādīja ienākumus no 284,57 EUR līdz 426,86 EUR, tad ir grūti precīzi pateikt, cik tieši procentiem ģimeņu ienākumi uz vienu ģimenes locekli mēnesī pārsniedza vidējos ienākumus, kā norādīts Centrālās statistikas pārvaldes datos.

raksturojums redzams pielikumā. Kopumā pētījuma dalībniekus varētu nosaukt par zema riska grupu, kas tika ņemts vērā, veicot rezultātu interpretāciju.

2.2. Mērījumi

Lai noskaidrotu pētījuma dalībnieku vecumu, izglītības līmeni, ienākumu līmeni, plānoto dzemdību laiku, sievietes un bērna veselības stāvokli pēcdzemdību periodā, kā arī citus datus, izveidota sociodemogrāfiskā aptauja.

Depresija grūtniecības laikā un pēc dzemdībām. Lai mērītu depresijas simptomu izteiktību grūtniecības laikā un pēc dzemdībām, tika izmantota Edinburgas pēcdzemdību depresijas aptaujas latviešu variants – EPDA (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS; Cox et al., 1987). Šī ir pētījumos un klīniskajā praksē plaši izmantota pašnovērtējuma aptauja, kurā ir 10 apgalvojumi par iespējamām depresijas simptomiem iepriekšējo septiņu dienu laikā. Katram apgalvojumam tiek dots novērtējums no 0 līdz 3 punktiem, un maksimālais punktu skaits ir 30. EPDA tika izveidota, lai noteiktu pēcdzemdību depresijas simptomu esamību, un sākotnēji validizēta sievietēm sešas nedēļas pēc dzemdībām (Cox et al., 1987), bet ir tikusi atzīta par piemērotu iespējama pēcdzemdību depresijas riska noteikšanai jau pirmajās pēcdzemdību dienās (Jardri et al., 2006). Tā ir validizēta izmantošanai arī grūtniecības laikā (Cox & Holden, 2003), un to var izmantot gan mātēm, gan tēviem (Edmonson et al., 2010; Matthey et al., 2001). Aptauja ir īsa un vienkārša. Lai izvairītos no pēcdzemdību periodam raksturīgu somatisko simptomu sajaukšanas ar iespējamām depresijas rādītājiem, šī aptauja nosaka depresijas emocionālos aspektus un tajā nav iekļauti jautājumi par somatiskiem simptomiem. Šai aptaujai ir arī ierobežojumi – EPDA kā pašnovērtējuma aptaujas izmantošana jau ir ierobežojums (Cox & Holden, 2003) – ar tās palīdzību nevar precīzi noteikt klīnisko diagnozi, turklāt daudzi publicēti prognostiski vērtējumi varētu būt pārspīlēti, jo ir tikuši mērīti izlasēs ar augstāku simptomu izplatību (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Opjordsmoen, & Samuelsen, 2001). Tādēļ šajā pētījumā EPDA rādītāji tika izmantoti, lai noteiktu pēcdzemdību depresijas simptomus, nevis noteiktu depresijas līmeni. Aptaujas oriģinālās versijas Kronbaha alfa ir 0,87. Latviešu valodā adaptētās versijas Kronbaha alfa dažādos mērījumu posmos sieviešu grupā variē no 0,78 līdz 0,88, bet vīriešu grupā no 0,70 līdz 0,78.

Tā kā vīriešu depresijas simptomi, iespējams, var daļēji atšķirties no sieviešu depresijas simptomiem, un tiek ieteikts pētījumos par jauno tēvu depresiju papildus plaši lietotajai EPDA iekļaut arī aptaujas, kurās ir jautājumi par aizkaitināmību, agresiju un dusmām, tad abi vecāki atbildēja arī uz jautājumiem šo simptomu noteikšanai. Šim mērķim tika izmantota Gotlandes vīriešu depresijas aptauja – GVDA (Gotland Male Depression Scale, GMDS; Zierau et al., 2002). Šī aptauja izveidota, lai uzlabotu depresijas epizodes atklāšanu vīriešiem, bet tā ir tikusi

izmantota pētījumos, kuros iesaistīti gan vīrieši, gan sievietes (Möller-Leimkühler et al., 2004), tāpēc šajā pētījumā uz GVDA jautājumiem atbildēja gan mātes, gan tēvi. GVDA papildus tradicionālajiem jautājumiem par depresijas simptomiem, piemēram, enerģijas trūkumu un nomāktību, iekļauti jautājumi un apgalvojumi par aizkaitināmību, dusmām un agresīvu uzvedību, piemēram – “Vieglāk aizkaitināms, nemierīgs, neapmierināts”, “Lielāka agresivitāte, izreaģēšana, grūti saglabāt paškontroli”.

Aptaujā iekļauti 13 apgalvojumi par izjūtām pēdējā laikā. Atbildes tiek sniegtas Likerta skalā no 0 līdz 4, kur 0 nozīmē “nemaz neatbilst”, bet 4 nozīmē “atbilst izteikti”. Šīs aptaujas sākotnējā Kronbaha alfa bija 0,86. Aptauja izmantota arī vismaz vienā pētījumā pēdzcemdību depresijas simptomu noteikšanai jaunajiem tēviem (Madsen & Juhl, 2007). Tika saņemta atļauja no aptaujas autora to tulkot latviešu valodā un izmantot pētījumā. Tulkojot aptauju, tika secināts, ka Aptaujas oriģinālajā versijā 9. jautājums attiecas gan uz pārmērīgu medikamentu vai alkohola lietošanu, gan pārmērīgu fizisko aktivitāti, gan pārmērīgu ēšanu. Tādēļ šis jautājums tika sadalīts trijos atsevišķos jautājumos un izveidota aptaujas 15 jautājumu versija. Latvijā GVDA adaptēta šī promocijas darba ietvaros (Zande & Sebre, 2012). Latviešu valodā adaptētās versijas Kronbaha alfa dažādos mērījumu posmos vīriešu grupā variē no 0,81 līdz 0,84, bet sieviešu grupā no 0,79 līdz 0,87, kas ir labs iekšējās saskaņotības līmenis un kopumā atbilst oriģinālajai Kronbaha alfai. Ārējā validitāte tika aprēķināta, veicot aprēķinus ar Spīrmena korelācijas koeficientu starp EPDA un GVDA rādītājiem. Rezultāti norāda augstu ārējo validitāti visos trijos mērījumu posmos gan mātēm ($r_s = 0,65-0,67, p < 0,01$), gan tēviem ($r_s = 0,48-0,61, p < 0,01$).

Lai noskaidrotu atbildes uz pētījuma jautājumiem par atšķirībām un sakarībām, tika veikti aprēķini atsevišķi izmantojot EPDA un GVDA. Gan māšu, gan tēvu grupās pastāvēja statistiski nozīmīga korelācija starp abu depresijas aptauju rādītājiem visos trijos mērījumu posmos ($r_s = 0,47-0,67, p < 0,01$), tāpēc tika pieņemts lēmums aprēķinos regresiju analīzē izmantot nevis divu dažādu depresijas aptauju rādītājus, bet izveidot kopēju depresijas simptomu līmeņa rādītāju. Tas tika aprēķināts, pārveidojot abu aptauju rezultātu z vērtības un summējot šīs vērtības. Abu depresijas aptauju summārais rādītājs regresiju modeļos tika apzīmēts kā “depresijas simptomi mātēm” un “depresijas simptomi tēviem”.

Zīdaiņa temperaments. Lai mērītu zīdaiņa temperamentu, tika izmantota Aptaujas par mazuļa uzvedību ļoti īsais variants, (turpmāk – AMU) (Infant Behavioral Questionnaire (IBQ) revised, very short form; Gartstein, & Rothbart, 2003, Putnam, Helbig, Gartstein, & Rothbart, 2012, Putnam, Helbig, Gartstein, Rothbart, & Leerkes, 2014; adaptācija latviešu valodā Zande & Sebre 2011). Šī ir vismūsdienīgākā zīdaiņa temperamenta aptauja, kas izveidota, balstoties uz bērnu temperamenta vadošās pētnieces Mērijas Rotbartas un viņas kolēģes Mērijas Gartšteinas izveidoto Aptauju par mazuļa uzvedību. Aptaujā ir 37 jautājumi par zīdaiņa uzvedību dažādās

ikdienas situācijās pagājušās nedēļas laikā. Atbildes tiek sniegtas skalā no 1 līdz 7, kur 1 nozīmē “nekad”, 7 nozīmē “vienmēr” un ir iespējams sniegt atbildi NA – “nav attiecināms”, ko dara, ja bērns pagājušās nedēļas laikā nav bijis jautājumā aprakstītajā situācijā, vai atbildētājs nav redzējis bērnu šajā situācijā. Aptaujā ir trīs apakšskalās – reaktivitāte (12 jautājumi), negatīvā emocionalitāte (12 jautājumi) un pašregulācijas spējas (13 jautājumi). Reaktivitātes dimensija ļauj noskaidrot, cik intensīvi bērns reaģē uz izmaiņām vidē, cik viņš ir pozitīvi noskaņots. Negatīvā emocionalitāte mēra, cik daudz bērns uzrāda negatīvu garastāvokli un grūtības nomierināties. Pašregulācijas dimensija mēra zīdaiņa agrīnās pašregulācijas spējas. Oriģinālās aptaujas Kronbaha alfa ir 0,68 Reaktivitātes skalā, 0,74 Negatīvās emocionalitātes skalā, un 0,74 pašregulācijas spēju skalā, bet latviešu valodas versijas māšu grupā Kronbaha alfa ir 0,68 un 0,63 Reaktivitātes skalā, 0,72 un 0,78 Negatīvās emocionalitātes skalā un 0,75 un 0,72 Pašregulācijas spēju skalā. Tēvu grupā Kronbaha alfa ir 0,81 un 0,68 Reaktivitātes skalā, 0,81 un 0,84 Negatīvās emocionalitātes skalā un 0,78 un 0,75 Pašregulācijas spēju skalā.

Tiek diskutēts, ka mātes depresijas simptomi var veicināt to, ka viņa sava bērna temperamentu novērtēs kā vairāk “grūtu” (Atella et al., 2003; Bayly & Gartstein, 2013). Lai mazinātu iespējamās “novērtētāju subjektivitātes”, ir ieteicams bērna temperamenta mērīšanā izmantot vairākus novērtētājus vai novērtējuma veidus, tos kombinējot. Šajā pētījumā bērna temperaments tika vērtēts, balstoties uz vecāku novēroto un novērtēto bērna uzvedību.

Regresiju modeļi tika aprēķināti un analizēti vairākos veidos – vispirms tika analizēti modeļi, kuros bērna temperamentu bija novērtējuši mātes un tēvi atsevišķi, bet pēc tam modeļi, kuros tika iekļauts abu vecāku kopējais bērna temperamenta novērtējums. Šāda pieeja tika apspriesta individuālā sarakstē ar vienu no zīdaiņa temperamenta pētniekiem un AMU autoriem Semjuelu Putnamu. Šis rādītājs tika aprēķināts, veidojot vidējo rādītāju no abu vecāku bērna negatīvās emocionalitātes novērtējumiem.

Vispirms tika veikta korelāciju analīze ar Pīrsona korelācijas koeficientu zīdaiņa reaktivitātes, negatīvās emocionalitātes un pašregulācijas spēju skalām starp māšu un tēvu grupām bērna trīs un sešu mēnešu vecumā. Pastāvēja saistība starp māšu un tēvu bērna temperamenta novērtējumiem bērna trīs mēnešu vecumā: reaktivitātei ($r = 0,41, p < 0,01$), negatīvajai emocionalitātei ($r = 0,39, p < 0,01$), pašregulācijas spējām ($r = 0,34, p < 0,01$), un sešu mēnešu vecumā: reaktivitātei ($r = 0,44, p < 0,01$), negatīvajai emocionalitātei ($r = 0,39, p < 0,01$), pašregulācijas spējām ($r = 0,28, p < 0,01$). Tālāk tika veidota jaunas bērna reaktivitātes, negatīvās emocionalitātes un pašregulācijas skalas abu vecāku kopējā vērtējumā un tika aprēķinātas Kronbaha alfas. Kronbaha alfa reaktivitātes skalā (abu vecāku kopējā vērtējumā) bērna triju mēnešu vecumā bija 0,72, bērna sešu mēnešu vecumā bija 0,70, negatīvās emocionalitātes skalai abos mērījumos (bērna triju un sešu mēnešu vecumā) bija 0,78, bet bērna

pašregulācijas spēju skalā triju un sešu mēnešu vecumā bija 0,75. Var secināt, ka reaktivitātes, negatīvās emocionalitātes un pašregulācijas spēju skalas (abu vecāku kopējais vērtējums) atbilst psihometrijas prasībām, un tās var izmantot turpmākos aprēķinos.

Sociālais atbalsts. Sociālā atbalsta mērīšanai izmantota Izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju aptauja (turpmāk – ISADA) (Multidimensional Scale of Perceived Support, MSPSS; Kazarian & McCabe, 1991; Zimet et al., 1988; Latvijā metodi adaptējušas Voitkāne, Miezīte un Rašcevska, 2003). Šajā pašnovērtējuma aptaujā ir 12 jautājumi par saņemto atbalstu no ģimenes, draugiem un citiem nozīmīgiem cilvēkiem., un atbilžu iespējas ir no “pilnīgi nepiekrītu” līdz “pilnīgi piekrītu”. Aptaujā ir trīs apakšskalas – Atbalsts no ģimenes, Atbalsts no draugiem un Atbalsts no īpaša cilvēka, un ir iespējams aprēķināt kopējā saņemtā atbalsta summu. Šajā pētījumā aprēķiniem tika izmantota tikai izjustā sociālā atbalsta summa, un Kronbaha alfa dažādos mērījumu posmos vīriešu un sieviešu grupās bija no 0,84 līdz 0,93.

2.3. Procedūra

Longitudinālā pētījuma dati tika ievākti no 2011. gada jūnija līdz 2014. gada janvārim. Pētījuma veikšanai tika saņemta ētikas komitejas atļauja. Pirmajā pētījuma posmā topošo vecāku skolās, vecmāšu un ginekologu privātpraksēs un ar interneta starpniecību vecāki, kuri gaidīja bērnu, ritēja grūtniecības trešais trimestris (no 30. līdz 40. grūtniecības nedēļai) un grūtniecība bija bez sarežģījumiem, tika uzaicināti piedalīties pētījumā par vecāku izjūtām, gaidot mazuli un pēc dzemdībām, kā arī mazuļa uzvedību.

Tika izskaidrota pētījuma gaita, laiks, ko tas prasīs no pāra un konfidencialitātes jautājumi. No vecākiem tika saņemta mutvārdu piekrišana piedalīties pētījumā. Aptauju izsūtīšana un saņemšana notika internetā, tāpēc pilnīgu anonimitāti nodrošināt nebija iespējams, bet katram dalībniekam bija iespēja saņemt un sūtīt savas aptaujas nesaistīti ar partneri no dažādām e-pasta adresēm, aptaujā norādot kopīgu sava pāra kodu. Dalībnieki tika informēti par atlīdzību par piedalīšanos visos trijos aptauju posmos. Visiem pāriem, kuri atbildējuši uz trīs posmu jautājumiem, bija iespēja sešu mēnešu laikā pēc trešā posma atbilžu sniegšanas saņemt vienu klātienē bezmaksas psihologa konsultāciju par mazuļa attīstību, temperamentu, par vecāku izjūtām pēc dzemdībām. Vairāk nekā 600 vecāku pāri, kuri piekrita piedalīties, savās norādītajās e-pasta adresēs saņēma aptaujas un vēstuli par turpmāko pētījuma gaitu. Pirmā posma aptauju komplektā bija iekļauta īsa aptauja par sociodemogrāfiskajiem datiem, EPDA, GVDA, ISADA. Vīriešu aptauju komplektā bija 44 jautājumi, bet sievietēm domātajā aptaujā – 49 jautājumi. Uz jautājumiem varēja atbildēt apmēram 15–20 minūšu laikā. Pirmajā posmā tika saņemtas atbildes no 378 pāriem. No tām 50 aptaujas bija nederīgas (neprecīzi aizpildītas, daudz izlaistu jautājumu). Aptaujas otrajā un trešajā posmā

piekrita piedalīties 293 pāri. Šiem pāriem tika lūgts paziņot bērna dzimšanas datumu, lai uz trīs mēnešu vecumu varētu izsūtīt otrā pētījuma posma aptaujas. Par bērna piedzimšanas datumu informāciju sniedza 280 pāri.

Otrā posma aptaujā vecāki atkārtoti atbildēja uz EPDA, GVDA un ISADA aptauju jautājumiem, bet jautājumu secība tika sajaukta. Tika iekļauti jautājumi par kritisku notikumu esamību un AMU jautājumi. Vīriešiem bija jāsniedz atbildes uz 83 jautājumiem, bet sievietēm uz 91 jautājumu. Uz jautājumiem varēja atbildēt apmēram 30 minūšu laikā. Tā kā aptauja par mazuļa uzvedību iekļauj jautājumus par bērna uzvedību dažādās situācijās iepriekšējās nedēļas laikā, tad vecākiem tika piedāvāta iespēja dažas dienas pievērst vairāk uzmanības mazuļa uzvedībai, lai sniegtu precīzākas atbildes. Ja nedēļas laikā atbildes netika saņemtas, tika izsūtīta atgādinājuma vēstule. Uz otrā posma jautājumiem tika nosūtītas aptaujas 280 pāriem, bet atpakaļ saņemtas aizpildītas un derīgas aptaujas no 271 vecāku pāra.

Kad bērniņam bija pilni seši mēneši, 271 vecāku pārim tika izsūtīts trešais aptauju komplekts, kurā bija daži jautājumi par to, vai ģimenē kopš iepriekšējā pētījuma posma ir bijuši kritiski notikumi, kā arī EPDA, GVDA, ISADA un AMU aptaujas. EPDA un GVDA pantu kārtība tika sajaukta, lai mazinātu iespējamu iemācītu atbilžu sniegšanu. Atpakaļ tika saņemtas derīgas aptaujas no 258 pāriem. Šo pāru atbildes tika iekļautas turpmākajā datu analīzē.

2.4. Datu analīzes metodes

Lai atbildētu uz pētījuma jautājumiem, tika izmantotas šādas statistiskās metodes: Vilksona rangu tests, Frīdmana z kritērijs, t tests, korelāciju analīze, regresiju analīze. Datu apstrādei un statistiskajai analīzei tika izmantota datorprogrammas SPSS 20. versija. (*Statistical Package for the Social Sciences*).

3. Rezultāti

Lai atbildētu uz pētījumā izvirzīto papildu jautājumu par pētījumā izmantoto aptauju latviešu versijas psihometrisko rādītāju atbilstību oriģinālo aptauju psihometriskajiem rādītājiem, tika aprēķinātas Kronbaha alfas. Kopumā pētījumā adaptēto un izmantoto aptauju Kronbaha alfas atbilst oriģināliem (skat. 3. tabulu).

Kokss ar kolēģiem (Cox et al., 1987) EPDA iekšējo saskaņotību pārbaudīja 86 sieviešu izlasē, un Kronbaha alfa bija 0,87. Latviešu valodā adaptētās versijas Kronbaha alfa dažādos mērījumu posmos sieviešu grupā variēja no 0,78 līdz 0,88, bet vīriešu grupā no 0,70 līdz 0,78.

Zīrava un kolēģu pētījumā (Zierau et al., 2002) GVDA aptauja tika validizēta, izmantojot 87 dalībniekus vīriešus ar alkohola atkarību, un Kronbaha alfa bija 0,86. EPDA un GVDA latviešu versiju Kronbaha alfas dažādos mērījumu laikos variēja sieviešu grupā no 0,70 līdz 0,87,

bet vīriešu grupā no 0,81 līdz 0,84. Tātad šīs aptaujas var izmantot datu aprēķinos un turpmākos pētījumos.

3. tabula. Pētījumā izmantoto aptauju latviešu versiju ticamības rādītāji salīdzinājumā ar oriģinālo versiju ticamības rādītājiem

Izmantotās aptaujas	Dalībnieki	Grūtniecības 3. trimestrī	3 mēnešus pēc dzemdībām	6 mēnešus pēc dzemdībām	Oriģinālās versijas Kronbaha α
EPDA	Sievietes (n = 258)	0,78	0,81	0,88	0,87
	Vīrieši (n = 258)	0,70	0,74	0,78	
GVDA	Sievietes (n = 258)	0,79	0,85	0,87	0,86
	Vīrieši (n = 258)	0,82	0,84	0,81	
ISADA (summa)	Sievietes (n=258)	0,84	0,91	0,93	0,88
	Vīrieši (n = 258)	0,89	0,90	0,91	
AMU reaktivitāte	Sievietes (n = 254)	--	0,68	0,63	0,68
	Vīrieši (n = 254)	--	0,81	0,68	
	Vecāku kopējais vērtējums (n = 254)	--	0,72	0,70	
AMU Negatīvā emocionālitate	Sievietes (n = 254)	--	0,72	0,78	0,74
	Vīrieši (n = 254)	--	0,81	0,84	
	Vecāku kopējais vērtējums (n = 254)	--	0,78	0,78	
AMU Pašregulācijas spējas	Sievietes (n = 254)	--	0,75	0,72	0,74
	Vīrieši (n = 254)	--	0,78	0,75	
	Vecāku kopējais vērtējums (n = 254)	--	0,75	0,75	

Piezīme. EPDA – Edinburgas pēcdzemdību depresijas aptauja; GVDA – Gotlandes vīriešu depresijas aptauja; ISADA – Izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju aptauja; AMU – Aptauja par mazuļa uzvedību.

AMU aptaujas alfa oriģinālā versijā bija 0,68 (Reaktivitātes apakšskala) un 0,74 (Negatīvās emocionālitates un Pašregulācijas apakšskala) (Putnam, Helbig, Gartstein, & Rothbart, 2012). Aptaujas latviešu valodas versijas Kronbaha alfas māšu grupā bija 0,68 un 0,63 Reaktivitātes skalā, 0,72 un 0,78 Negatīvās emocionālitates skalā un 0,75 un 0,72 Pašregulācijas spēju skalā. Tēvu grupā Kronbaha alfas bija 0,81 un 0,68 Reaktivitātes skalā, 0,81 un 0,84 Negatīvās emocionālitates skalā un 0,78 un 0,75 Pašregulācijas spēju skalā.

Sākotnēji, aprēķinot iekšējās saskaņotības rādītājus, Pašregulācijas spēju apakšskalā sieviešu grupā Kronbaha alfa mērījumā bērna triju mēnešu vecumā bija 0,64, bet vīriešu grupā – 0,67; savukārt mērījumā bērna sešu mēnešu vecumā māšu grupā Kronbaha alfa bija 0,66, bet tēvu grupā – 0,67. Veicot papildu analīzi, tika konstatēts, ka Pašregulācijas spēju apakšskalā uz 11. jautājumu “Cik bieži pagājušās nedēļas laikā jūsu mazulis centās izrauties, tikt prom no klēpja, tiklīdz bija paēdināts?” daudzas mātes un tēvi snieguši atbildi “nav attiecināms” gan bērna triju, gan sešu mēnešu vecumā. Iespējams, ka šī jautājuma formulējums ir neprecīzs un pārprotams, un tulkojums turpmāk būtu jāuzlabo. Tādēļ tika aprēķināta jauna apakšskala, neiekļaujot šo jautājumu, un Kronbaha alfa mērījumā bērna triju mēnešu vecumā pieauga līdz 0,75 māšu grupā, bet tēvu grupā – līdz 0,78, savukārt mērījumā bērna sešu mēnešu vecumā māšu grupā Kronbaha alfa bija 0,72, bet tēvu grupā – 0,75.

Kaut arī Reaktivitātes apakšskalā Kronbaha alfas rādītājs vienā no mērījumiem ir samērā zems (0,63), tas ir pietiekams, lai ar piesardzību interpretētu iegūtos rezultātus. Kronbaha alfa vecāku kopējam temperamenta izvērtējumam reaktivitātei bija 0,72 un 0,70; negatīvajai emocionalitātei 0,78 un 0,78, bet Pašregulācijas spējām 0,75 un 0,75.

Kopumā pētījuma vajadzībām izmantoto aptauju latviešu versiju Kronbaha alfas atbilst psihometrijas prasībām un normām un ir līdzīgas oriģinālajām Kronbaha alfām. Var secināt, ka longitudinālajā pētījumā lietotajām aptaujām ir pietiekami labs ticamības līmenis un to rezultātus var izmantot datu statistiskajai apstrādei.

Tālāk tika veikti aprēķini, lai noskaidrotu atbildes uz jautājumiem par atšķirībām starp māšu un tēvu grupām temperamenta, sociālā atbalsta un depresijas simptomu mērījumos.

3. 1. Zīdaiņa temperamenta izvērtējuma, depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta dzimumatšķirību pārbaude

Lai noskaidrotu atbildi uz 1. pētījuma jautājumu, - vai pastāv atšķirības zīdaiņa temperamenta iezīmju novērtējumā starp māšu un tēvu grupām trīs un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas, tika veikti aprēķini ar t Stjudenta kritēriju. Rezultāti apkopoti 4. tabulā.

4. tabula. Aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji mātēm (N = 254) un tēviem (N = 254) zīdaiņa temperamenta novērtējumam triju un sešu mēnešu vecumā

Zīdaiņa temperamenta dimensijas	Sievietes		Vīrieši		t
	M	SD	M	SD	
Reaktivitāte 3 mēnešu vecumā	3,37	0,89	3,35	0,99	0,37
Negatīvā emocionalitāte 3 mēnešu vecumā	3,30	0,99	3,35	0,99	-0,66
Pašregulācijas spējas 3 mēnešu vecumā	5,28	0,76	5,02	0,90	4,24***
Reaktivitāte 6 mēnešu vecumā	4,54	0,72	4,46	0,83	1,58
Negatīvā emocionalitāte 6 mēnešu vecumā	3,64	0,98	3,68	0,95	-0,51
Pašregulācijas spējas 6 mēnešu vecumā	5,26	0,71	5,06	0,80	3,59***

*** $p < 0,001$

Māšu novērtējumā bērna pašregulācijas spēju līmenis triju mēnešu vecumā augstāks nekā tēvu novērtējumā ($t = 4,24$, $p < 0,001$). Arī bērna sešu mēnešu vecumā pēc māšu novērtējuma bērna pašregulācijas spēju līmenis ir augstāks nekā pēc tēvu novērtējuma ($t = 3,59$, $p < 0,001$). Nav atšķirības starp tēvu un māšu grupām bērna reaktivitātes un negatīvās emocionalitātes novērtējumā abos mērījumu posmos.

Depresijas aptauju un izjustā sociālā atbalsta aptaujas sadalījums neatbilst normālam, tāpēc aprēķini tika veikti ar neparametriskajām metodēm. Lai noskaidrotu atbildi uz pētījuma 2. jautājumu, – vai pastāv dzimumatšķirības depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta līmenī grūtniecības trešajā trimestrī, trīs un sešus mēnešus pēc dzemdībām, tika veikti aprēķini, izmantojot Vilksona z kritēriju. Rezultāti apkopoti 5. tabulā.

Kā redzams 5. tabulā, tēvi uzrāda zemāku depresijas simptomu līmeni (mērītu ar EPDA), nekā mātes partneres grūtniecības trešajā trimestrī ($z = -7,17$, $p < 0,001$), trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($z = -7,24$, $p < 0,001$), kā arī sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($z = -5,32$, $p < 0,001$).

Tēvi uzrāda zemāku depresijas simptomu līmeni (mērītu ar GVDA), nekā mātes partneres grūtniecības trešajā trimestrī ($z = -8,88$, $p < 0,001$), trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($z = -6,58$, $p < 0,001$) un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($z = -6,38$, $p < 0,001$).

5. tabula. Aprakstošā un secinošā statistika depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta rādītājiem grūtniecības trešajā trimestrī, trīs un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas mātēm (N = 258) un tēviem (N = 258)

	Tēvi			Mātes			Vilkoksona z
	Mde	M	SD	Mde	M	SD	
EPDA gr.	5,00	5,36	3,01	7,00	7,50	3,61	- 7,17***
EPDA 3 m.	5,00	5,12	3,20	7,00	7,25	3,84	- 7,24***
EPDA 6 m.	5,00	5,16	3,13	6,00	7,03	4,56	- 5,32***
GVDA gr.	5,00	5,98	5,07	9,00	9,75	5,48	- 8,88***
GVDA 3 m.	4,50	5,92	5,23	7,00	8,75	6,34	- 6,58***
GVDA 6 m.	5,00	5,85	4,84	7,00	8,73	6,71	- 6,38***
ISADA gr.	62,00	59,75	10,07	64,00	61,92	7,92	- 2,36**
ISADA 3 m.	61,00	59,69	10,41	64,00	60,58	10,94	- 1,58
ISADA 6 m.	62,00	60,71	9,76	63,00	60,03	11,38	- 0,44

*** $p < 0,001$. ** $p < 0,05$.

Piezīme. EPDA – Edinburgas pēcdzemdību depresijas aptauja: EPDA gr. – grūtniecības 3. trimestrī; EPDA 3 m. – 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas; EPDA 6 m. – 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas.

GVDA – Gotlandes vīriešu depresijas simptomu aptauja: GVDA gr. – grūtniecības 3. trimestrī; GVDA 3 m. – 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas; GVDA 6 m. – 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas.

ISADA – Izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju aptauja: ISADA gr. – grūtniecības 3. trimestrī; ISADA 3 m. – 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas; ISADA 6 m. – 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas.

Ņemot vērā 5. tabulā minēto, arī izjustā sociālā atbalsta rādītājos pirmajā mērījumā ir vērojamas atšķirības starp tēvu un māšu grupām. Partneres grūtniecības trešajā trimestrī tēvi norāda zemāku izjustā sociālā atbalsta līmeni nekā mātes ($z = - 2,36$, $p < 0,01$). Starp tēvu un māšu grupām nav atšķirības izjustā sociālā atbalsta līmenī trīs un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas.

3. 2. Zīdaiņa temperamenta iezīmju, depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta rādītāju atšķirību pārbaude starp mērījumu posmiem

Lai atbildētu uz 3. pētījuma jautājumu, – vai pastāv atšķirības zīdaiņa temperamenta iezīmju novērtējumā starp mērījumiem triju un sešu mēnešu vecumā, tika aprēķināts t kritērijs. Rezultāti apkopoti 6. un 7. tabulā.

6. tabula. Aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji mātēm (N = 257) zīdaiņa temperamenta novērtējumam triju un sešu mēnešu vecumā

Zīdaiņa temperamenta dimensijas	3 mēnešu vecumā		6 mēnešu vecumā		t
	M	SD	M	SD	
Reaktivitāte	3,37	0,89	4,54	0,72	-23,19***
Negatīvā emocionalitāte	3,30	0,99	3,65	0,98	-5,89***
Pašregulācijas spējas	5,28	0,76	5,26	0,71	0,40

*** $p < 0,001$

Kā redzams 6. tabulā, zīdaiņu reaktivitāte sešu mēnešu vecumā pēc māšu novērtējuma ir augstāka ($t(256) = -23,19, p < 0,001$), nekā trīs mēnešu vecumā. Arī negatīvā emocionalitāte sešu mēnešu vecumā ir statistiski nozīmīgi augstāka ($t(256) = -5,89, p < 0,001$), nekā triju mēnešu vecumā.

7. tabula. Aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji tēviem (N = 254) zīdaiņa temperamenta novērtējumam trīs un sešu mēnešu vecumā

Zīdaiņa temperamenta dimensijas	3 mēnešu vecumā		6 mēnešu vecumā		t
	M	SD	M	SD	
Reaktivitāte	3,35	0,99	4,45	0,83	-17,79***
Negatīvā emocionalitāte	3,35	0,99	3,68	0,95	-5,24***
Pašregulācijas spējas 3	5,01	0,90	5,05	0,80	0,49

*** $p < 0,001$

Kā redzams 7. tabulā, tēvu grupā zīdaiņu reaktivitātes novērtējums sešu mēnešu vecumā ir augstāks ($t(253) = -17,79, p < 0,001$), nekā triju mēnešu vecumā. Negatīvās emocionalitātes novērtējums bērna sešu mēnešu vecumā ir augstāks ($t(253) = -5,24, p < 0,001$), nekā triju mēnešu vecumā. Tēvu grupā nav atšķirību zīdaiņa pašregulācijas spēju līmeņa novērtējumā triju un sešu mēnešu vecumā.

Tā kā depresijas simptomu un sociālā atbalsta rādītāju sadalījums neatbilst normālam, tad, lai pārbaudītu, vai ir atšķirības depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta līmenī starp mērījumiem grūtniecības trešajā trimestrī, trīs un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas māšu un tēvu grupās, tika veikti neparametriskie Frīdmana testi. Rezultāti apkopoti 8. tabulā.

8. tabula. Depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta līmeņa atšķirības starp mērījumiem grūtniecības trešajā trimestrī, trīs un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas mātēm (N = 258) un tēviem (N= 258)

	1. mērījums			2. mērījums			3. mērījums			Frīdmana χ^2
	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
EPDA m.	7,00 _a	7,50	3,61	7,00	7,25	3,84	6,00 _a	7,03	4,56	12,21**
GVDA m.	9,00 _{bc}	9,75	5,48	7,00 _b	8,75	6,34	7,00 _c	8,73	6,71	17,22***
ISADAm.	64,00	61,92	7,92	64,00	60,58	10,94	63,00	60,03	11,38	4,48
EPDA t.	5,00	5,36	3,01	5,00	5,12	3,20	5,00	5,16	3,13	2,39
GVDA t.	5,00	5,98	5,07	4,50	5,92	5,23	5,00	5,85	4,84	0,07
ISADA t.	62,00	59,75	10,07	61,00	59,69	10,41	62,00	60,71	9,76	4,42

*** $p < 0,001$. ** $p < 0,01$. a, b un c norāda, ka starp šīm mediānām ir statistiski nozīmīgas atšķirības.

a Vilksona tests $z = -3,31$, $p < 0,01$

b Vilksona tests $z = -2,85$, $p < 0,05$

c Vilksona tests $z = -3,54$, $p < 0,001$

Piezīme. EPDA – Edinburgas pēcdzemdību depresijas aptauja: EPDA m. – mātēm, EPDA t. – tēviem. GVDA – Gotlandes vīriešu depresijas simptomu aptauja: GVDA m. – mātēm, GVDA t. – tēviem.

ISADA – Izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju aptauja: ISADA m. – mātēm, ISADA t. – tēviem.

Frīdmana testa rezultāti rāda, ka māšu grupā pastāv atšķirības starp EPDA mērījumiem grūtniecības 3. trimestrī, trīs un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($\chi^2(2) = 12,21$, $p < 0,05$), kā arī GVDA mērījumiem grūtniecības trešajā trimestrī, trīs un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($\chi^2(2) = 17,22$, $p < 0,01$). Statistiski nozīmīgās atšķirības starp mērījumiem grūtniecības trešajā trimestrī, trīs un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas tika izvērtētas, veicot Post-hoc testus, izmantojot Vilksona testu. Mātēm depresijas simptomu līmenis (mērīts ar EPDA) 1. mērījumā grūtniecības trešajā trimestrī ir augstāks nekā 3. mērījumā sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($z = -3,32$, $p < 0,01$). Depresijas simptomu līmenis (mērīts ar GVDA) pazeminās no 1. mērījuma grūtniecības trešajā trimestrī uz 2. mērījumu trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($z = -2,85$, $p < 0,05$) un no 1. mērījuma grūtniecības trešajā trimestrī uz 3. mērījumu sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($z = -3,54$, $p < 0,001$).

3. 3. Saistības starp depresijas simptomiem, izjusto sociālo atbalstu un zīdaiņa temperamenta iezīmēm māšu un tēvu grupās pārbaude

Lai atbildētu uz 5. pētījuma jautājumu, – kāda ir saistība starp depresijas simptomiem un izjusto sociālo atbalstu, un zīdaiņa temperamenta iezīmēm māšu un tēvu grupās, tika veiktas korelāciju analīzes atsevišķi māšu (skat. 9. tabulu) un tēvu grupām (skat. 10. tabulu).

9. tabula. Spīrmena korelācijas koeficienti starp depresijas simptomu skalām, izjusto sociālo atbalstu un zīdaiņa temperamenta rādītājiem mātēm (N= 257).

Aptaujas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. EPDA grūtniecības 3. trimestrī	--								
2. EPDA 3 mēnešus pēc dzemdībām	0,55**	--							
3. EPDA 6 mēnešus pēc dzemdībām	0,58**	0,64**	--						
4. GVDA grūtniecības 3. trimestrī	0,65**	0,39**	0,39**	--					
5. GVDA 3 mēnešus pēc dzemdībām	0,44**	0,66**	0,51**	0,46**	--				
6. GVDA 6 mēnešus pēc dzemdībām	0,45**	0,51**	0,67**	0,47**	0,67**	--			
7. ISADA grūtniecības 3. trimestrī	-0,39**	-0,23**	-0,29**	-0,25**	-0,18**	-0,24**	--		
8. ISADA 3 mēnešus pēc dzemdībām	-0,27**	-0,34**	-0,30**	-0,22**	-0,30**	-0,31**	0,62**	--	
9. ISADA 6 mēnešus pēc dzemdībām	-0,29**	-0,34**	-0,46**	-0,24**	-0,32**	-0,40**	0,59**	0,76**	--
10. Re 3 mēnešu vecumā	0,04	-0,00	-0,04	0,12	0,02	-0,02	-0,06	0,03	0,00
11. NE 3 mēnešu vecumā	0,16**	0,20**	0,08	0,16*	0,26**	0,12	-0,03	-0,08	-0,11
12. Pr 3 mēnešu vecumā	-0,00	0,02	0,05	0,10	0,03	0,04	0,13*	0,11	0,04
13. Re 6 mēnešu vecumā	-0,00	-0,04	-0,07	0,09	-0,01	-0,06	0,10	0,08	0,04
14. NE 6 mēnešu vecumā	0,22**	0,19**	0,22**	0,24**	0,25**	0,25**	-0,07	-0,07	-0,12
15. Pr 6 mēnešu vecumā	0,03	0,00	0,02	0,10	0,01	0,00	0,13*	0,17**	0,11

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Piezīme. EPDA – Edinburgas pēcdzemdību depresijas aptauja

GVDA - Gotlandes vīriešu depresijas simptomu aptauja

ISADA - Izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju aptauja

Re – bērna reaktivitāte

NE – bērna negatīvā emocionalitāte

Pr – bērna pašregulācijas spēja

Saistība māšu grupā. Vispirms tiks aprakstīti rezultāti saistībai starp depresijas simptomiem, kuri mērīti ar EPDA un pārējiem mainīgajiem.

Kā redzams 9. tabulā, māšu grupā ir novērojama saistība starp depresijas simptomiem, kuri mērīti ar EPDA grūtniecības 3. trimestrī un trīs mēnešus pēc dzemdībām ($r_s = 0,55$, $p < 0,01$), grūtniecības 3. trimestrī un sešus mēnešus pēc dzemdībām ($r_s = 0,58$, $p < 0,01$), kā arī starp simptomiem trīs mēnešus pēc dzemdībām un sešus mēnešus pēc dzemdībām māšu grupā ($r_s = 0,64$), $p < 0,01$).

Pastāv saistība starp abu depresijas aptauju rādītājiem (EPDA un GVDA) sievietēm grūtniecības trešajā trimestrī ($r_s = 0,65$, $p < 0,01$), trīs mēnešus pēc dzemdībām ($r_s = 0,66$, $p < 0,01$) un sešus mēnešus pēc dzemdībām ($r_s = 0,67$, $p < 0,01$). Jo augstāki ir rādītāji vienā aptaujā, jo augstāki tie ir arī otrajā aptaujā visos trijos mērījumu posmos.

Ir negatīva saistība māšu grupā starp depresijas simptomu līmeni, kas mērīts ar EPDA, un izjustā sociālā atbalsta līmeni visos trijos mērījumu punktos ($r_s = -0,23$ līdz $-0,46$, $p < 0,01$). Jo zemāks ir izjustā sociālā atbalsta līmenis sievietēm, jo augstākus depresijas simptomus sievietes norāda grūtniecības 3. trimestrī, trīs un sešus mēnešus pēc dzemdībām.

Pastāv vairākas saistības starp ar EPDA mērīto depresijas simptomu līmeni mātēm un zīdaiņa temperamenta iezīmēm (mātes novērtējumā). Rezultāti parāda, ka ir saistība starp depresijas simptomiem grūtniecības 3. trimestrī un bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā ($r_s = 0,16$, $p < 0,01$), depresijas simptomiem trīs mēnešus pēc dzemdībām un bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā ($r_s = 0,22$, $p < 0,01$). Pastāv arī saistība starp mātes depresijas simptomiem trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas un bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā ($r_s = 0,20$, $p < 0,01$), kā arī mātes depresijas simptomiem trīs mēnešus pēc dzemdībām un bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā ($r_s = 0,19$, $p < 0,01$). Ir saistība arī starp mātes depresijas simptomiem sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas un bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā ($r_s = 0,22$, $p < 0,01$). Kā redzams 9. tabulā, nav saistības starp depresijas līmeni sievietēm un bērna temperamenta iezīmēm – reaktivitāte un pašregulācijas spēja visos trijos mērījumu posmos.

Māšu grupā ir vairākas statistiski nozīmīgas saistības starp depresijas simptomiem, kas mērīti ar GVDA, un pārējiem mainīgajiem (skat. 9. tabulu). Pastāv saistība starp depresijas simptomiem, kuri mērīti ar GVDA, grūtniecības 3. trimestrī un trīs mēnešus pēc dzemdībām ($r_s = 0,39$, $p < 0,01$), grūtniecības 3. trimestrī un sešus mēnešus pēc dzemdībām ($r_s = 0,44$, $p < 0,01$), kā arī starp simptomiem trīs mēnešus pēc dzemdībām un sešus mēnešus pēc dzemdībām ($r_s = 0,66$, $p < 0,01$).

Pastāv arī statistiski nozīmīga negatīva saistība māšu grupā starp depresijas simptomiem, kas mērīti ar GVDA un izjusto sociālo atbalstu visos trijos mērījumu punktos ($r_s = -0,18$ līdz $-0,40$, $p < 0,01$). Jo zemāks ir izjustā sociālā atbalsta līmenis sievietēm, jo augstākus depresijas simptomus sievietes norāda.

Ir vairākas statistiski nozīmīgas saistības starp ar GVDA mērīto depresijas simptomu līmeni mātēm un bērna temperamenta iezīmēm (mātes novērtējumā). Pastāv saistība starp depresijas simptomiem grūtniecības 3. trimestrī un bērna negatīvo emocionalitāti trīs mēnešu vecumā ($r_s = 0,16$, $p < 0,05$), depresijas simptomiem grūtniecības 3. trimestrī un bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā ($r_s = 0,24$, $p < 0,01$). Pastāv arī saistība starp mātes depresijas simptomiem trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas un bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā ($r_s = 0,26$, $p < 0,01$), kā arī mātes depresijas simptomiem trīs mēnešus pēc dzemdībām un bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā ($r_s = 0,25$, $p < 0,01$). Ir saistība arī starp mātes depresijas simptomiem sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas un bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā ($r_s = 0,25$, $p < 0,01$).

Arī tēvu grupā tika veikti tādi paši saistības aprēķini, kā māšu grupā (skat. 10. tabulu). Vispirms aprakstīti rezultāti saistībai starp depresijas simptomiem, kas mērīti ar EPDA, un pārējiem mainīgajiem, bet pēc tam rezultāti saistībai starp depresijas simptomiem, kas mērīti ar GVDA, un pārējiem mainīgajiem.

Rezultāti rāda, ka tēvu grupā ir saistība starp depresijas simptomiem, kuri mērīti ar EPDA, partneres grūtniecības trešajā trimestrī un trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($r_s = 0,51$, $p < 0,01$), partneres grūtniecības trešajā trimestrī un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($r_s = 0,50$, $p < 0,01$), kā arī starp simptomiem trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($r_s = 0,56$, $p < 0,01$).

Kā redzams 10. tabulā, arī tēvu grupā ir korelācija starp abu depresijas aptauju rādītājiem partneres grūtniecības trešajā trimestrī ($r_s = 0,48$, $p < 0,01$), trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($r_s = 0,61$, $p < 0,01$) un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($r_s = 0,58$, $p < 0,01$). Jo augstāki ir rādītāji vienā aptaujā, jo augstāki tie ir arī otrā aptaujā visos trijos mērījumu posmos.

Pastāv negatīva saistība tēviem starp depresijas simptomu līmeni, kas mērīts ar EPDA, un izjustā sociālā atbalsta līmeni visos trijos mērījumu punktos ($r_s = -0,20$ līdz $-0,30$, $p < 0,01$); izņēmums ir, ka nepastāv saistība starp depresijas simptomiem partneres grūtniecības laikā un sociālā atbalsta līmeni trīs un sešus mēnešus pēc dzemdībām. Ir vairākas saistības starp ar EPDA mērīto depresijas simptomu līmeni tēviem un bērna temperamenta iezīmēm (tēva novērtējumā). Pastāv saistība starp tēva depresijas simptomiem trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas un bērna negatīvo emocionalitāti trīs mēnešu vecumā ($r_s = 0,19$, $p < 0,01$).

10. tabula. Spīrmena korelācijas koeficienti starp depresijas simptomu skalām, izjustā sociālā atbalsta un zīdaiņa temperamenta rādītājiem tēviem (N= 256).

Aptaujas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. EPDA partneres grūtniecības 3. trimestrī	--								
2. EPDA 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas	0,51**	--							
3. EPDA 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas	0,50**	0,56**	--						
4. GVDA partneres grūtniecības 3. trimestrī	0,48**	0,30**	0,33**	--					
5. GVDA 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas	0,35**	0,61**	0,47**	0,47**	--				
6. GVDA 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas	0,31**	0,44**	0,58**	0,49**	0,63**	--			
7. ISADA partneres grūtniecības 3. trimestrī	-0,22**	-0,20**	-0,30**	-0,31**	-0,21**	-0,27**	--		
8. ISADA 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas.	-0,09	-0,24**	-0,21**	-0,21**	-0,27**	-0,26**	0,66**	--	
9. ISADA 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas	-0,09	-0,21**	-0,25**	-0,15*	-0,24**	-0,27**	0,59**	0,71**	--
10. RE 3 mēnešu vecumā	0,01	0,04	-0,06	0,08	0,03	0,00	0,11	0,22**	0,17**
11. NE 3 mēnešu vecumā	0,05	0,19**	0,14*	0,12	0,20**	0,13*	-0,01	-0,05	-0,05
12. PR 3 mēnešu vecumā	-0,05	-0,01	-0,14*	0,11	-0,01	-0,02	0,19**	0,16*	0,08
13. Re 6 mēnešu vecumā	0,04	0,06	-0,03	0,12	0,02	0,01	0,15*	0,15*	0,13*
14. Ne 6 mēnešu vecumā	0,01	0,10	0,08	0,14*	0,16*	0,23**	-0,04	-0,01	-0,03
15. Pr 6 mēnešu vecumā	-0,00	-0,01	-0,14*	0,08	-0,03	-0,11	0,12	0,12	0,06

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

Piezīme. EPDA – Edinburgas pēcdzemdību depresijas aptauja.

GVDA - Gotlandes vīriešu depresijas simptomu aptauja.

ISADA - Izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju aptauja.

Re – bērna reaktivitāte.

NE – bērna negatīvā emocionalitāte.

Pr – bērna pašregulācijas spējas.

Ir saistība starp tēva depresijas simptomiem sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas un bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā ($r_s = 0,14$, $p < 0,05$); starp tēva depresijas simptomiem sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas un bērna pašregulācijas spēju (ar mīnus zīmi) triju mēnešu vecumā ($r_s = -0,14$, $p < 0,05$) un sešu mēnešu vecumā ($r_s = -0,16$, $p < 0,01$). Jo augstāka (tēvu novērtējumā) ir bērna negatīvā emocionalitāte trīs mēnešu vecumā, jo augstāki ir tēvu depresijas simptomi sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas. Tāpat, jo zemāka ir bērna pašregulācijas spēja (tēvu novērtējumā) triju un arī sešu mēnešu vecumā, jo augstāki ir tēvu depresijas simptomi, kad bērnam ir seši mēneši.

Kā redzams 10. tabulā, tēvu grupā ir vairākas saistības starp depresijas simptomiem, kas mērīti ar GVDA, un pārējiem mainīgajiem. Rezultāti rāda, ka tēviem ir saistība starp depresijas simptomiem partneres grūtniecības trešajā trimestrī un trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($r_s = 0,47$, $p < 0,01$), sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($r_s = 0,49$, $p < 0,01$), kā arī starp simptomiem trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas ($r_s = 0,63$, $p < 0,01$).

Tēvu grupā ir negatīva saistība starp depresijas simptomu līmeni, kas mērīts ar GVDA un izjustā sociālā atbalsta līmeni (ar mīnus zīmi) visos trijos mērījumu punktos ($r_s = -0,15$ līdz $-0,31$, $p < 0,01$). Jo zemāks ir izjustā sociālā atbalsta līmenis tēviem, jo augstākus depresijas simptomus viņi norāda.

Ir vairākas saistības starp ar GVDA mērīto depresijas simptomu līmeni tēviem un bērna temperamenta iezīmēm (tēva novērtējumā). Pastāv saistība starp depresijas simptomiem partneres grūtniecības 3. trimestrī un bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā ($r_s = 0,14$, $p < 0,05$). Ir arī saistība starp depresijas simptomiem tēviem trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas un bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā ($r_s = 0,20$, $p < 0,01$), kā arī sešu mēnešu vecumā ($r_s = 0,14$, $p < 0,05$). Pastāv saistība starp depresijas simptomiem (mērīti ar GVDA) tēviem sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas un bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā ($r_s = 0,13$, $p < 0,05$) un sešu mēnešu vecumā ($r_s = 0,23$, $p < 0,01$).

3.4. Regresijas modeļi, prognozējot vecāku depresijas simptomus

Pirms tika veidoti regresiju modeļi, vispirms tika aprēķināta kopējo depresijas simptomu, izjustā sociālā atbalsta un zīdaina temperamenta rādītāju savstarpējā saistība atsevišķi māšu un tēvu grupās (skat. pielikumu). Tā kā vecāku depresijas simptomiem gan māšu, gan tēvu grupās bija saistība tikai ar zīdaina negatīvo emocionalitāti, tad regresiju modeļi tika veidoti, iekļaujot tikai šo bērna temperamenta iezīmi, bet reaktivitātes un pašregulācijas spēju mērījumi turpmākā analīzē netika iekļauti.

Lai noskaidrotu atbildi uz pētījuma 6. jautājumu, – vai bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (mātes novērtējumā) prognozē depresijas simptomus mātēm sešus mēnešus pēc dzemdībām, kontrolējot mātes depresijas simptomu iepriekšējos mērījumos un izjustā sociālā atbalsta līmeni, tika veikta hierarhiskā regresijas analīze (skat. 11. tabulu).

Tā kā iepriekšējo pētījumu rezultāti ļauj secināt, ka zemi sociodemogrāfiskie rādītāji ir riska faktors pēcdzemdību depresijas attīstībai, tad vispirms tika aprēķināta saistība starp depresijas simptomiem mātēm sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas un sociodemogrāfiskajiem rādītājiem. Tā kā starp šiem mainīgajiem netika novērota saistība (skat. pielikumu), tad turpmākā analizē sociodemogrāfiskie rādītāji netika iekļauti. Ir teorētisks un empīrisks pamatojums tam, ka depresijas simptomi grūtniecības laikā un nepietiekams sociālais atbalsts ir pēcdzemdību depresijas attīstības riska faktori. Tādēļ tika izveidots hierarhiskās regresijas modelis, kur 1. solī tika kontrolēti depresijas simptomi mātēm grūtniecības 3. trimestrī, trīs mēnešus pēc dzemdībām un izjustais sociālais atbalsts trīs mēnešus pēc dzemdībām (skat. 11. tabulu).

11. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze, prognozējot māšu depresijas simptomus sešus mēnešus pēc dzemdībām (N = 256)

Modelis	Neatkarīgie mainīgie	B	SE	β	R ²
1.	Depresijas simptomi mātēm grūtniecības 3. trimestrī	0,23	0,05	0,21***	0,56
	Depresijas simptomi mātēm 3 mēnešus pēc dzemdībām	0,53	0,05	0,57***	
	Izjustais sociālais atbalsts mātēm 3 mēnešus pēc dzemdībām	- 0,02	0,01	-0,09*	
2.	Depresijas simptomi mātēm grūtniecības 3. trimestrī	0,20	0,05	0,19***	0,59
	Depresijas simptomi mātēm 3 mēnešus pēc dzemdībām	0,52	0,05	0,57***	
	Izjustais sociālais atbalsts mātēm 3 mēnešus pēc dzemdībām	- 0,02	0,01	- 0,09*	
	Bērna negatīvā emocionalitāte 3 mēnešu vecumā (mātes novērtējumā)	0,33	0,08	0,17***	

* $p < 0,05$. *** $p < 0,001$.

Kā redzams 11. tabulā, depresijas simptomi grūtniecības 3. trimestrī, trīs mēnešus pēc dzemdībām un sociālais atbalsts (ar mīnus zīmi) trīs mēnešus pēc dzemdībām izskaidro 56% no depresijas variācijas mātēm sešus mēnešus pēc dzemdībām ($R^2 = 0,56$, $F(3,253) = 109,07$, $p < 0,001$). Hierarhiskās regresijas analīzes otrajā modelī tika iekļauta zīdainā negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (mātes novērtējumā). Tas ļauj izskaidrot vēl papildus 3% no

depresijas simptomu variācijas ($R^2 = 0,59$, $F(4,252) = 91,36$, $p < 0,001$), un šajā modelī visi neatkarīgie mainīgie statistiski nozīmīgi ietekmē atkarīgo mainīgo (skat. 12. tabulu). Šajā modelī depresijas simptomu prognozē visnozīmīgākie ir depresijas simptomi mātēm trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas un grūtniecības 3. trimestrī, tiem seko zīdaiņa negatīvā emocionalitāte trīs mēnešu vecumā pēc mātes novērtējuma un visbeidzot izjustais sociālais atbalsts (ar mīnus zīmi) trīs mēnešus pēc dzemdībām.

Arī tēvu grupā tika izveidoti hierarhiskās regresijas analīzes modeļi, lai noskaidrotu atbildi uz pētījuma 7. jautājumu, vai bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (tēva novērtējumā) prognozē tēvu depresijas simptomus sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas, kontrolējot tēva depresijas simptomus iepriekšējos mērījumos un izjustā sociālā atbalsta līmeni. Tāpat kā māšu grupā, arī tēvu grupā nebija saistības starp depresijas simptomiem sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas un sociodemogrāfiskajiem rādītājiem (skat. pielikumu), tāpēc regresijas analīzē sociodemogrāfiskie rādītāji netika iekļauti. Hierarhiskās regresijas analīzes pirmajā modelī tika kontrolēti tēvu depresijas simptomi partneres grūtniecības laikā un trīs mēnešus pēc dzemdībām un izjustais sociālais atbalsts trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas (skat. 12. tabulu).

Kā redzams 12. tabulā, tēvu depresijas simptomi partneres grūtniecības 3. trimestrī un trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas un zemāks izjustā sociālā atbalsta līmenis trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas statistiski nozīmīgā līmenī prognozē depresijas simptomus sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas un izskaidro 52% no depresijas simptomu variācijas ($R^2 = 0,52$, $F(2,253) = 89,39$, $p < 0,001$). Nākamajā regresijas analīzes solī kā neatkarīgo mainīgo iekļaujot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā (pēc tēva izvērtējuma), prognoze pieaug par 2% ($R^2 = 0,54$, $F(3, 252) = 71,91$, $p < 0,001$). Šajā modelī visi neatkarīgie mainīgie statistiski nozīmīgi prognozē depresijas simptomus, un atkarīgo mainīgo visvairāk ietekmē depresijas simptomi trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas (skat. 12. tabulu).

12. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze, prognozējot tēvu depresijas simptomus sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas (N = 255)

		<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>R</i> ²
1	Depresijas simptomi tēviem partneres grūtniecības 3. trimestrī	0,33	0,05	0,32***	0,52
	Depresijas simptomi tēviem 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas	0,50	0,06	0,44***	
	Izjustais sociālais atbalsts tēviem 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas	-0,02	0,01	-0,14**	
2	Depresijas simptomi tēviem partneres grūtniecības 3. trimestrī	0,33	0,05	0,32***	0,54
	Depresijas simptomi tēviem 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas	0,47	0,06	0,41***	
	Izjustais sociālais atbalsts tēviem 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas	-0,02	0,01	-0,13**	
	Bērna negatīvā emocionalitāte 3 mēnešu vecumā (tēva novērtējumā)	0,22	0,07	0,14**	

* $p < 0,05$; *** $p < 0,00$

Lai atbildētu uz pētījuma 8. jautājumu, – vai bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (abu vecāku kopējā vērtējumā) prognozē depresijas simptomus mātēm un tēviem sešus mēnešus pēc dzemdībām, kontrolējot depresijas simptomus iepriekšējos mērījumos un izjustā sociālā atbalsta līmeni, vecāku depresijas prognozes modeļi tika veidoti atkārtoti, bet kā neatkarīgais mainīgais tajos tika iekļauta bērna negatīvā emocionalitāte abu vecāku kopējā novērtējumā. Rezultāti apkopoti 13. tabulā māšu grupai un 14. tabulā tēvu grupai.

Pirmajā solī tika kontrolēti depresijas simptomi mātēm grūtniecības trešajā trimestrī, depresijas simptomi trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas un izjustais sociālais atbalsts. Šie neatkarīgie mainīgie izskaidro 56% no māšu depresijas simptomu sešus mēnešus pēc dzemdībām variācijas ($R^2 = 0,56$, $F(3,254) = 108,40$, $p < 0,001$). Modelī iekļaujot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā (abu vecāku kopējā novērtējumā), prognoze paaugstinās par 3% ($R^2 = 0,59$, $F(4,253) = 89,01$, $p < 0,001$), bet izjustais sociālais atbalsts šajā modelī vairs nav statistiski nozīmīgs prognozētājs.

13. tabula. Hierarhiskās regresijas analīze, prognozējot mātes depresijas simptomus sešus mēnešus pēc dzemdībām ar neatkarīgo mainīgo bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (abu vecāku kopējā novērtējumā) (N = 257)

Modelis	Neatkarīgie mainīgie	B	SE	β	R ²
1.	Depresijas simptomi mātēm grūtniecības 3. trimestrī	0,23	0,05	0,22***	0,56
	Depresijas simptomi mātēm 3 mēnešus pēc dzemdībām	0,53	0,05	0,57***	
	Izjustais sociālais atbalsts mātēm 3 mēnešus pēc dzemdībām	-0,02	0,01	-0,09*	
2.	Depresijas simptomi mātēm grūtniecības 3. trimestrī	0,22	0,05	0,21***	0,59
	Depresijas simptomi mātēm 3 mēnešus pēc dzemdībām	0,51	0,05	0,53***	
	Izjustais sociālais atbalsts mātēm 3 mēnešus pēc dzemdībām	-0,01	0,01	-0,08	
	Bērna negatīvā emocionalitāte 3 mēnešu vecumā (abu vecāku kopējais novērtējums)	0,37	0,10	0,16***	

* $p < 0,05$. *** $p < 0,001$.

14. tabula. Hierarhiskās regresijas analīze, prognozējot tēva depresijas simptomus sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas ar neatkarīgo mainīgo bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (abu vecāku kopējā novērtējumā) (N = 257)

Modelis	Neatkarīgie mainīgie	B	SE	β	R ²
1.	Depresijas simptomi tēviem partneres grūtniecības 3. trimestrī	0,33	0,05	0,32***	0,51
	Depresijas simptomi tēviem 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas	0,51	0,06	0,44***	
	Izjustais sociālais atbalsts tēviem 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas	-0,02	0,01	-0,14**	
2.	Depresijas simptomi tēviem partneres grūtniecības 3. trimestrī	0,33	0,05	0,32***	0,53
	Depresijas simptomi tēviem 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas	0,49	0,06	0,43***	
	Izjustais sociālais atbalsts tēviem 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas	-0,02	0,01	-0,14**	
	Bērna negatīvā emocionalitāte 3 mēnešu vecumā (abu vecāku kopējā novērtējumā)	0,23	0,08	0,12**	

** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Kā redzams 14. tabulā, tēvu depresijas simptomi partneres grūtniecības trešajā trimestrī un trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas un zemāks izjustā sociālā atbalsta līmenis trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas prognozē depresijas simptomus sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas un izskaidro 51% no tēvu depresijas simptomu variācijas ($R^2 = 0,51$, $F(3,254) = 89,73$, $p < 0,001$). Nākamajā regresijas analīzes solī kā neatkarīgo mainīgo iekļaujot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā (abu vecāku kopējā novērtējumā), prognoze pieaug par 2% ($R^2 = 0,53$, $F(4,253) = 70,88$, $p < 0,001$). Šajā modelī visi neatkarīgie mainīgie prognozē depresijas simptomus, un to visvairāk ietekmē depresijas simptomi trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas (skat. 14. tabulu).

3. 5. Regresijas modeļi, prognozējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā

Tālāk tika noskaidrots, vai māšu un tēvu depresijas simptomi prognozē zīdaiņa negatīvo emocionalitāti, respektīvi, vai pastāv divvirziena mijiedarbība starp bērna negatīvo emocionalitāti un vecāku depresijas simptomiem. Tāpat kā, veidojot regresijas modeļus vecāku depresijas simptomu prognozēšanai, tika veidoti atsevišķi modeļi, kuros tika iekļauti gan māšu un tēvu, gan abu vecāku kopējie bērna negatīvās emocionalitātes novērtējumi.

Lai noskaidrotu atbildi uz 9. pētījuma jautājumu, – vai mātes depresijas simptomi grūtniecības trešajā trimestrī prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (mātes novērtējumā) triju mēnešu vecumā, tika veikta hierarhiskās regresijas analīze (skat. 15. tabulu). Tā kā tēvu grupā netika konstatēta saistība starp tēvu depresijas simptomiem partneres grūtniecības 3. trimestrī un zīdaiņa negatīvo emocionalitāti, tad analīze tika veikta tikai māšu grupā.

15. tabula. Hierarhiskās regresijas analīze, prognozējot zīdaiņa negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā (mātes novērtējumā) māšu grupā (N = 256)

Modelis	Neatkarīgie mainīgie	B	SE	β	R^2
1.	Izjustais sociālais atbalsts mātēm grūtniecības 3. trimestrī	- 0,01	0,01	- 0,07	0,04
	Depresijas simptomi mātēm grūtniecības 3. trimestrī	0,12	0,04	0,21**	

** $p < 0,01$.

Modelis, kurā kā neatkarīgie mainīgie iekļauti mātes depresijas simptomi grūtniecības 3. trimestrī un izjustais sociālais atbalsts grūtniecības trešajā trimestrī, ir statistiski nozīmīgs un izskaidro 4% no zīdaiņa negatīvās emocionalitātes rādītāju variācijas triju mēnešu vecumā ($R^2 = 0,04$, $F(2,254) = 5,24$, $p < 0,01$). Tomēr šajā modelī tikai depresijas simptomi mātēm

grūtniecības laikā statistiski nozīmīgi prognozē zīdaiņa negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā.

Lai noskaidrotu atbildi uz pētījuma 10. jautājumu, – vai mātes depresijas simptomi grūtniecības trešajā trimestrī prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (abu vecāku kopējā novērtējumā) triju mēnešu vecumā, tika izveidots vēl viens hierarhiskās regresijas modelis (skat. 16. tabulu).

16. tabula. Hierarhiskās regresijas analīze, prognozējot zīdaiņa negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā (abu vecāku kopējā novērtējumā) māšu grupā (N = 257)

Modelis	Neatkarīgie mainīgie	B	SE	β	R ²
1.	Izjustais sociālais atbalsts mātēm grūtniecības 3. trimestrī	- 0,05	0,01	- 0,05	0,03
	Depresijas simptomi mātēm grūtniecības 3. trimestrī	0,08	0,03	0,18**	

** $p < 0,01$.

Modelis ir statistiski nozīmīgs un izskaidro 3% no zīdaiņa negatīvās emocionalitātes rādītāju variācijas triju mēnešu vecumā ($R^2 = 0,03$, $F(2,255) = 3,80$, $p < 0,01$). Šajā modelī tikai depresijas simptomi mātēm grūtniecības laikā statistiski nozīmīgi prognozē zīdaiņa negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā.

3. 6. Regresijas modeļi, prognozējot bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā

Tālāk tika veikti aprēķini, lai noskaidrotu, vai mātes un tēva depresijas simptomi prognozē zīdaiņa negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā. Vispirms tika veikti aprēķini māšu grupā. Lai noskaidrotu atbildi uz pētījuma 11. jautājumu, – vai mātes depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (mātes novērtējumā) sešu mēnešu vecumā, kontrolējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā, tika izveidots vēl viens hierarhiskās regresijas modelis (skat. 17. tabulu).

Kā redzams rezultātu tabulā, zīdaiņa negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā prognozē bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā ($R^2 = 0,30$ ($F(1,255) = 107,08$, $p < 0,001$)). Regresijas modelī kā neatkarīgos mainīgos iekļaujot mātes depresijas simptomus grūtniecības trešajā trimestrī un trīs mēnešus pēc dzemdībām un izjusto sociālo atbalstu trīs mēnešus pēc dzemdībām, prognoze paaugstinās par 5% un izskaidro 35% no bērna negatīvās emocionalitātes sešu mēnešu vecumā pēc mātes novērtējuma ($R^2 = 0,33$, $F(4,252) = 33,44$, $p < 0,001$). Šajā

modelī bērna negatīvo emocionalitāti (mātes novērtējumā) prognozē gan mātes depresija grūtniecības trešajā trimestrī, gan trīs mēnešus pēc dzemdībām, bet sociālais atbalsts nav prognozējošs lielums.

17. tabula. Hierarhiskās regresijas analīze, prognozējot zīdaiņa negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā (mātes novērtējumā) māšu grupā (N = 256)

Modelis	Neatkarīgie mainīgie	B	SE	β	R ²
1.	Bērna negatīvā emocionalitāte 3 mēnešu vecumā (mātes novērtējumā)	0,54	0,05	0,54***	0,30
2.	Bērna negatīvā emocionalitāte 3 mēnešu vecumā (mātes novērtējumā)	0,50	0,05	0,50***	0,35
	Izjustais sociālais atbalsts mātēm 3 mēnešus pēc dzemdībām	- 0,01	0,00	- 0,06	
	Depresijas simptomi mātēm grūtniecības 3. trimestrī	0,06	0,03	0,12*	
	Depresijas simptomi mātēm 3 mēnešus pēc dzemdībām	0,08	0,03	0,16*	

* $p < 0,05$. *** $p < 0,001$.

Līdzīga hierarhiskās regresijas analīze tika veikta, lai noskaidrotu atbildi uz pētījuma 12. jautājumu, – vai mātes depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (vecāku kopējā novērtējumā) sešu mēnešu vecumā, kontrolējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā? Rezultāti apkopoti 18. tabulā.

18. tabula. Hierarhiskās regresijas analīze, prognozējot zīdaiņa negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā (abu vecāku kopējā novērtējumā) māšu grupā (N = 257)

Modelis	Neatkarīgais mainīgais	B	SE	β	R ²
1.	Bērna negatīvā emocionalitāte 3 mēnešu vecumā (abu vecāku kopējā novērtējumā)	0,56	0,05	0,57***	0,32
2.	Bērna negatīvā emocionalitāte 3 mēnešu vecumā (abu vecāku kopējā novērtējumā)	0,54	0,05	0,54***	0,36
	Izjustais sociālais atbalsts mātēm 3 mēnešus pēc dzemdībām	- 0,01	0,00	- 0,13*	
	Depresijas simptomi mātēm grūtniecības 3. trimestrī	0,04	0,03	0,09	
	Depresijas simptomi mātēm 3 mēnešus pēc dzemdībām	0,06	0,02	0,14*	

* $p < 0,05$. *** $p < 0,001$.

Hierarhiskās regresijas modeļa 1. solī tika kontrolēta zīdaiņa negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā mātes novērtējumā. Kā redzams 18. tabulā, zīdaiņa negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā prognozē bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā ($R^2 = 0,32$ ($F(1,256) = 123,16$, $p < 0,001$). Nākamajā solī regresijas modelī kā neatkarīgie mainīgie tika iekļauti mātes depresijas simptomi grūtniecības trešajā trimestrī un trīs mēnešus pēc dzemdībām un izjustais sociālais atbalsts trīs mēnešus pēc dzemdībām. Arī šis modelis ir statistiski nozīmīgs un izskaidro 35% no bērna negatīvās emocionalitātes sešu mēnešu vecumā pēc mātes novērtējuma variāciju ($R^2 = 0,36$ ($F(4,253) = 36,07$, $p < 0,001$). Šajā modelī bērna negatīvo emocionalitāti (abu vecāku kopējā novērtējumā) vislabāk prognozē bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā, un šo prognozi pastiprina mātes depresijas simptomi trīs mēnešus pēc dzemdībām un zemāks sociālais atbalsts.

Lai noskaidrotu atbildi uz 13. jautājumu, – vai tēvu depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (tēva novērtējumā) sešu mēnešu vecumā, kontrolējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā, tika veidoti hierarhiskās regresijas analīzes modeļi, kur pirmajā solī tika kontrolēta zīdaiņa negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (tēvu novērtējumā), bet nākamajā solī tika veidots modelis, kurā iekļauti tēvu depresijas simptomi trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas un izjustais sociālais atbalsts trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas kā neatkarīgie mainīgie (skat. 19. tabulu).

19. tabula. Hierarhiskās regresijas analīze, prognozējot zīdaiņa negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā (tēvu novērtējumā) tēvu grupā ($N = 253$)

Modelis	Neatkarīgie mainīgie	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>R</i> ²
1.	Bērna negatīvā emocionalitāte 3 mēnešu vecumā (tēvu novērtējumā)	0,45	0,05	0,46***	0,22
2.	Bērna negatīvā emocionalitāte 3 mēnešu vecumā (tēvu novērtējumā)	0,44	0,05	0,45***	0,23
	Izjustais sociālais atbalsts tēviem 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas	- 0,01	0,01	- 0,06	
	Depresijas simptomi tēviem 3 mēnešus pēc dzemdībām	0,07	0,04	0,10	

*** $p < 0,001$.

Tāpat kā sievietes grupā, arī vīriešu grupā hierarhiskās regresijas analīzes pirmajā solī tika kontrolēta zīdaiņa negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā, un tā izskaidro zīdaiņa negatīvās emocionalitātes sešos mēnešos variāciju par 22% ($R^2 = 0,22$, $F(1,252) = 69,42$, $p < 0,001$).

Modelī iekļaujot izjusto sociālo atbalstu un tēva depresijas simptomus trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas, prognoze nemainās ($R^2 = 0,22$, $F(3,250) = 24,45$, $p < 0,001$).

Tālāk tika veikta hierarhiskā regresiju analīze, lai noskaidrotu atbildi uz pētījuma 14. jautājumu, – vai tēvu depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti sešus mēnešus pēc piedzimšanas (abu vecāku kopējā novērtējumā), kontrolējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā? Rezultāti apkopoti 20. tabulā.

20. tabula. Hierarhiskās regresijas analīze, prognozējot zīdaiņa negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā (abu vecāku kopējā novērtējumā) tēvu grupā (N = 253)

Modelis	Neatkarīgie mainīgie	B	SE	β	R^2
1.	Bērna negatīvā emocionalitāte 3 mēnešu vecumā (abu vecāku kopējā novērtējumā)	0,56	0,05	0,57***	0,33
2.	Bērna negatīvā emocionalitāte 3 mēnešu vecumā (abu vecāku kopējā novērtējumā)	0,55	0,05	0,56***	0,35
	Izjustais sociālais atbalsts tēviem 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas	- 0,01	0,00	- 0,12*	
	Depresijas simptomi tēviem 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas	0,07	0,03	0,12*	

* $p < 0,05$. *** $p < 0,001$.

Kā redzams 20. tabulā, bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (abu vecāku kopējā novērtējumā) izskaidro 33% no bērna negatīvās emocionalitātes variācijas sešu mēnešu vecumā ($R^2 = 0,33$, $F(1,256) = 123,16$, $p < 0,001$).

Modelī iekļaujot tēva depresijas simptomus un izjusto sociālo atbalstu trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas, prognoze pieaug par 2% ($R^2 = 0,35$, $F(3,254) = 45,28$, $p < 0,001$).

4. Iztirzājums

Promocijas darba pētījuma mērķis bija longitudināli izpētīt depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta dinamiku vecākiem grūtniecības pēdējā trimestrī, trīs un sešus mēnešus pēc dzemdībām, zīdaiņa temperamenta iezīmju atšķirības triju un sešu mēnešu vecumā, un kā mātes un tēva depresijas simptomi ir saistīti un mijiedarbojas ar zīdaiņa temperamenta iezīmēm un izjusto sociālo atbalstu. Pēdējās dekādēs arvien vairāk tiek pētītas vecāku emocionālās izjūtas, gaidot bērnu un pēc viņa piedzimšanas, un arvien biežāk šādos pētījumos tiek iesaistīti tēvi, tomēr joprojām ir nepietiekams skaits longitudinālu pētījumu, kuru rezultāti ļautu veikt secinājumus par māšu un tēvu depresijas simptomu mijiedarbību ar zīdaiņa temperamenta negatīvajiem aspektiem. Bieži tiek veikts tikai viens zīdaiņa temperamenta izvērtējums vai ir tikai viens bērna temperamenta novērtētājs, kas parasti ir māte. Nav atrasts neviens pētījums, kur longitudināli tiktu sekots līdz vecāku depresijas simptomiem, sākot no grūtniecības trešā trimestra, trīs un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas, un kurā tiktu veikta analīze par savstarpēju vecāku depresijas simptomu un zīdaiņa temperamenta mijiedarbību šajā laikposmā. Ir pētījumi, kuros respondenti atbild uz divām depresijas aptaujām, bet šis ir līdz šim pirmais zināmais pētījums, kur vīrieši un viņu partneres atbild uz tradicionālas pēcdzemdību depresijas aptaujas (EPDA) jautājumiem, kā arī uz aptaujas, kas veidota, lai papildus mērītu iespējamus vīriešu depresijas simptomus (GVDA), jautājumiem. Tāpat, šis ir līdz šim pirmais zināmais pētījums, kur bērna negatīvās emocionalitātes un vecāku depresijas simptomu prognozēšanai tika izmantots abu vecāku kopējais bērna temperamenta novērtējums. Balstoties uz zinātniskās literatūras analīzi, tika izvirzīti 12 pētījuma jautājumi un viens papildu jautājums.

Atšķirības starp grupām.

1. Vai pastāv atšķirības starp māšu un tēvu grupām zīdaiņa temperamenta iezīmju, depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta novērtējumā?

Atšķirības starp mērījumu posmiem.

2. Vai pastāv atšķirības zīdaiņa temperamenta iezīmju, depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta novērtējumā starp mērījumu posmiem māšu un tēvu grupās?

Saistība.

3. Kāda ir saistība starp depresijas simptomiem un izjusto sociālo atbalstu, un bērna temperamenta iezīmēm māšu un tēvu grupās?

Vecāku depresijas simptomu prognozes.

4. Vai bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (*mātes novērtējumā*) prognozē depresijas simptomus mātēm sešus mēnešus pēc dzemdībām, kontrolējot mātes depresijas simptomus iepriekšējos mērījumos un izjustā sociālā atbalsta līmeni?

5. Vai bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (*tēva novērtējumā*) prognozē tēvu depresijas simptomus sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas, kontrolējot tēva depresijas simptomus iepriekšējos mērījumos un izjustā sociālā atbalsta līmeni?

6. Vai bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (*abu vecāku kopējā novērtējumā*) prognozē depresijas simptomus mātēm un tēviem sešus mēnešus pēc dzemdībām, kontrolējot depresijas simptomus iepriekšējos mērījumos un izjustā sociālā atbalsta līmeni?

Zīdaiņa negatīvās emocionalitātes prognozes.

7. Vai mātes depresijas simptomi grūtniecības trešajā trimestrī prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*mātes novērtējumā*) triju mēnešu vecumā?

8. Vai mātes depresijas simptomi grūtniecības trešajā trimestrī prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*abu vecāku kopējā novērtējumā*) triju mēnešu vecumā?

9. Vai mātes depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*mātes novērtējumā*) sešu mēnešu vecumā, kontrolējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā?

10. Vai mātes depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*abu vecāku kopējā novērtējumā*) sešu mēnešu vecumā, kontrolējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā?

11. Vai tēvu depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*tēva novērtējumā*) sešu mēnešu vecumā, kontrolējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā?

12. Vai tēvu depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (*abu vecāku kopējā novērtējumā*) sešu mēnešu vecumā, kontrolējot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā?

Papildu jautājums. Vai pētījumam adaptēto un izmantoto aptauju (Edinburgas pēcdzemdību aptauja, Gotlandes vīriešu depresijas aptauja, Izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju un Aptaujas par mazuļa uzvedību uzlabotais, ļoti īsais variants) latviešu versiju psihometriskie rādītāji atbilst oriģinālo aptauju psihometriskajiem rādītājiem?

4.1. Pētījumam adaptēto metožu ticamība

Šajā pētījumā tika izmantotas četras aptaujas. Depresijas simptomu mērīšanai tika izmantota Edinburgas pēcdzemdību depresijas aptauja (EPDA) un Gotlandes vīriešu depresijas aptauja (GVDA). Pēdējā šī pētījuma ietvaros tika tulkota no angļu valodas latviski. Izjustā sociālā atbalsta mērīšanai tika izmantota Izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju aptauja (ISADA), bet

bērna temperamenta iezīmju mērīšanai tika izmantota Aptaujas par mazuļa uzvedību uzlabotais, sevišķi īsais variants (AMU). Atbildot uz pētījumā izvirzīto papildjautājumu, – vai pētījumam adaptēto aptauju latviešu versiju psihometriskie rādītāji atbilst oriģinālo aptauju psihometriskajiem rādītājiem, tika konstatēts, ka visām pētījuma vajadzībām tulkotajām un adaptētajām aptaujām psihometriskie rādītāji ir tuvi aptauju oriģinālo versiju psihometriskajiem rādītājiem un atbilst psihometrikas prasībām. Var secināt, ka gan EPDA, gan GVDA, gan ISADA un AMU aptauja ir piemērota izmantošanai pētījumā. Tā kā aptauju iekšējās saskaņotības rādītāji ir pietiekami augsti, tas norāda, ka šīs aptaujas var izmantot arī citos pētījumos un arī klīnisko psihologu ikdienas darbā, izvērtējot topošo un jauno vecāku iespējamās depresijas simptomus. Īpaši nozīmīgs ir Aptaujas par mazuļa uzvedību tulkojums latviešu valodā, jo līdz šim latviski nav bijusi pieejama neviena aptauja, ar ko mērīt 3–12 mēnešus vecu zīdaiņu temperamenta iezīmes. Šo aptauju var sekmīgi izmantot darbā ar vecākiem, lai labāk izprastu viņu bērna uzvedību, skaidrotu to vecākiem, un, lai palīdzētu veidot sekmīgākus vecāku un bērna savstarpējās mijiedarbības modeļus jau pavisam agrīnā vecumā.

4.2. Atšķirību starp grupām pārbaude

Vispirms tika pārbaudīts, vai pastāv atšķirības bērna temperamenta iezīmju novērtējumā starp māšu un tēvu novērtējumiem. Līdz šim veikto pētījumu rezultāti rāda, ka vecāki bērna pirmajā dzīves gadā visai līdzīgi novērtē dažādas sava bērna temperamenta iezīmes, tomēr mātes atzīmē augstāku zīdaiņa (6, 8 un 12 mēnešu vecumā) spēju nomierināties, ja kāds viņu mierina, kas ir viens no pašregulācijas spēju aspektiem (Bayly & Gartstein, 2013). Cita pētījuma rezultāti rāda, ka 8–13 mēnešus vecu zīdaiņu mātes savu bērnu reaktivitāti novērtēja kā augstāku nekā tēvi, bet nebija atšķirību, kā mātes un tēvi novērtē bērnu negatīvo emocionalitāti un pašregulācijas spējas. (Casalin et al., 2012).

Šajā pētījumā iegūtie rezultāti rāda, ka mātes savu bērnu pašregulācijas spējas triju un sešu mēnešu vecumā novērtē kā augstākas nekā tēvi. Iegūtos rezultātus varētu skaidrot ar to, ka pirmajos bērna dzīves mēnešos mātes ar savu mazuli parasti kopā pavada daudz vairāk laika nekā tēvi, un var pieņemt, ka mātes ir labāk iepazīnušas savu mazuli, apguvušas prasmi uztvert, saprast zīdaiņa signālus un atbildēt uz tiem, kā arī nomierināt bērnu sekmīgāk nekā tēvi.

Otrs skaidrojums varētu būt tāds, ka tēvi mazāk izprot zīdaiņu spējas un līdz ar to lielākā mērā sagaida, ka mazulis varēs pats sevi nomierināt. Var arī būt, ka tēvi ikdienā vairāk ievēro bērna raudāšanu un nemierīgumu, nevis to, ka mazulis kādu brīdi darbojas savā nodabā, vai kā viņš nomierinās. Parasti tēvi ar mazuli kopā ir vakaros, kad vairums mazuļu ir noguruši, ir grūtāk nomierināmi un grūtāk saglabā uzmanību. Turklāt tēvi var justies nedroši par savām spējām

nomierināt mazuli, retāk censties to darīt, tādējādi tēvi mazuļa pašregulācijas spējas var novērtēt kā zemākas, nekā mātes.

Vairāki jautājumi AMU aptaujas pašregulācijas skalā ir par to, vai mazulis nomierinājās, kad viņu šūpoja, glāstīja vai sniedza citu ķermenisku mierinājumu. Visticamāk, ka mazu bērnu mātes daudz biežāk savu bērniņu ņem rokās nekā tēvi, un ikdienā piedzīvo to, ka mazulis tā nomierinās. Var gadīties, ka mātes šī vecuma bērniņus nomierina ar krūti vai pudelīti, kas var sekmēt to, ka mātes mazuļa pašregulācijas spējas novērtē kā augstākas nekā tēvi.

Jāpiezīmē, ka Latvijā vecākiem joprojām ir maz zināšanu par bērniņa emocionālo attīstību un sekmīgas mijiedarbības veidošanu starp vecākiem un mazuli pirmajos dzīves mēnešos. Vecāki nesaņem pietiekamu informāciju par zīdaiņa temperamenta agrīnajiem aspektiem, kas var sekmēt nepamatotu gaidu veidošanos par to, ka mazuļa pašregulācijas spējām jābūt labi attīstītām jau agrā vecumā.

Tālāk tika pārbaudīts, vai pastāv dzimumatšķirības depresijas simptomu līmenī starp mātēm un tēviem sievietes grūtniecības trešajā trimestrī, trīs un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas. Visos trijos mērījumu posmos sievietēm bija augstāki EPDA depresijas simptomu rādītāji nekā vīriešiem. Šī aptauja veidota sieviešu pēcdzemdību depresijas simptomu mērīšanai, bet to izmanto arī vīriešu depresijas simptomu mērīšanai perinatālajā periodā (Edmonson, et al., 2010; Matthey et al., 2001). Rezultāti apstiprina līdz šim secināto, ka sievietēm depresijas simptomi gan pirms, gan pēc bērna piedzimšanas ir augstāki nekā vīriešiem (Goodman, J., 2004; Matthey et al., 2000; Paulson & Bazemore, 2010; Teixeira et al., 2009).

Kā minēts iepriekš, tiek ieteikts perinatālajā periodā tēvu depresijas simptomu mērīšanai izmantot arī aptaujas, kuras iekļauj jautājumus par tā sauktajiem “vīriešu depresijas simptomiem”, piemēram, aizkaitināmību un dūsmām (Madsen & Juhl, 2007). Šajā pētījumā tas tika veikts, un uz šīs aptaujas jautājumiem atbildēja gan vīrieši, gan sievietes. Rezultāti rāda, ka depresijas simptomu rādītāji, kurus mērīja ar GVDA, sievietēm arī bija augstāki nekā vīriešiem visos trijos mērījumos. Tā kā šis ir pirmais zināmais pētījums, kurā GVDA tiek izmantota depresijas simptomu mērīšanai perinatālajā periodā sievietēm, tad šie rezultāti ne apstiprina, ne noliedz iepriekš secināto. Rezultāti apstiprina līdzšinējos pētījumos secināto, ka perinatālajā periodā, kā arī citos dzīves periodos sievietēm ir augstāki depresijas simptomu rādītāji nekā vīriešiem. (Kessler, 2003; Paulson et al., 2006). Tiek arī diskutēts, vai atbildes uz pašnovērtējuma aptauju jautājumiem, ir objektīvas. Var būt iespējams, ka sievietes pārspīlē savus simptomus, un tas var pastiprināt atšķirības starp dzimumiem depresijas simptomu izteiktībā. Vienā no EPDA validizācijas pētījumiem secināts, ka 26 no 27 sievietēm, kuras novērtēja EPDA atbildes ar punktu skaitu ≥ 11 , simptomi pēc diagnostiskās intervijas kritērijiem atbilda klīniskās depresijas diagnozei (Berle, Aarre, Mykletyn, Dahl, & Holsten, 2003), un var

secināt, ka augsti punkti EPDA tiešām var norādīt ne tikai subjektīvos, bet arī objektīvos depresijas simptomus⁴.

Pētījumos visbiežāk sievietēm perinatālajā periodā tiek piedāvātas tradicionālās perinatālās depresijas aptaujas, piemēram, EPDA vai Beka depresijas aptauja, kurās nav iekļauti jautājumi par agresiju, dusmām, pārmērīgu aktivitāti, un šiem iespējamiem simptomiem netiek pievērsta pietiekama uzmanība. Ir izteikta ideja, ka, ja depresijas simptomus abiem dzimumiem mēra ar aptaujām, kurās iekļauti gan jautājumi par nomāktību un enerģijas un prieka zudumu, gan jautājumi par aizkaitināmību un dusmām, tad depresijas simptomu līmeņa atšķirības starp dzimumiem samazināsies (Martin et al., 2013). Šajā pētījumā tas neapstiprinājās, un var secināt, ka sievietēm perinatālajā periodā var būt ne tikai depresijas simptomi, kuri saistīti ar nomāktību un enerģijas trūkumu, bet arī augstāks tā saucamo “vīriešu depresijas simptomu” līmenis. Var secināt, ka perinatālajā periodā sievietei būtu jāuzdod jautājumi gan par tipisku depresijas simptomu esamību, gan par iespējamu agresivitāti un aizkaitināmību.

Šajā pētījumā iegūtie rezultāti rāda, ka grūtniecības trešajā trimestrī sievietes izjūt izteiktāku sociālo atbalstu nekā vīrieši. Šādi rezultāti skaidrojami ar to, ka grūtniecības laikā gan mediķi, gan masu mediji uzsver, ka topošai mātei jāsniedz atbalsts, un sievietei to sniedz gan partneri, gan draugi, gan mediķi. Sieviete grūtniecības laikā parasti saņem īpaši daudz uzmanības, kas var pastiprināt izjūtu par sociālā atbalsta pieejamību. Savukārt vīrietis šajā laikposmā tiek uztverts kā galvenais atbalsta sniedzējs partneri, un par viņa vajadzībām vai izjūtām apkārtējie interesējas mazāk, nekā par topošās mātes izjūtām. Arī informācija, ko par grūtniecību, dzemdībām, bērna aprūpi sniedz speciālisti un kas atrodama plašsaziņas līdzekļos, vairāk orientēta uz māti, bet tēva loma galvenokārt tiek izprasta kā atbalsta sniedzēja loma. Būtu svarīgi šajā laikā arī topošajam tēvam sniegt gan informatīvu, gan emocionālu atbalstu, kas atbilstu tieši viņa specifiskajām vajadzībām laikā, kad pārim gaidāms vai piedzimis bērns.

Trīs un sešus mēnešus pēc dzemdībām mātes un tēvi norādīja vienādu izjustā sociālā atbalsta līmeni. Šajā pētījumā iesaistītās ģimenes var raksturot kā zema riska grupu, jo gandrīz visās ģimenēs grūtniecība bija plānota, partneriem bija neregistrēta kopdzīve vai viņi bija precējušies, respondentiem bija augsts izglītības līmenis, viņi apmeklēja topošo vecāku skolu nodarbības un zināja par savstarpēja atbalsta nozīmi laikā pēc bērna piedzimšanas. Varētu izteikt pieņēmumu,

⁴ Latvijā EPDA nav standartizēta, bet šīs aptaujas veidotāji iesaka kritisko robežu, kas paredz, ka mātēm, kuras sniedz atbildes, kuras ir ≥ 13 , ļoti iespējams, ir depresija, tomēr augsti punkti EPDA nav pietiekams kritērijs, lai uzstādītu depresijas diagnozi (Cox, Holden & Sagovski). Promocijas pētījumā atbildes, kuras bija ≥ 13 , norādīja 25 (9,7%) respondentes grūtniecības trešajā trimestrī; 23 (8,9%) trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas un 21 (8,1%) sieviešu un attiecīgi 7 (2,8%) vīrieši visos trijos mērījumu posmos.

ka šie vecāki kopumā izjuta augstu sociālā atbalsta pieejamību, kā arī viens otram sniedza atbalstu un arī to lūdza no apkārtējiem, ja tas nepieciešams.

4.3. Atšķirību starp mērījumiem pārbaude

Longitudinālā pētījuma ietvaros tika noskaidrota atbilde uz jautājumu, – vai pastāv atšķirības zīdaiņa temperamenta iezīmju novērtējumā starp mērījumiem trīs un sešu mēnešu vecumā, un rezultāti parādīja, ka gan mātes, gan tēvi savu bērnu negatīvo emocionalitāti un reaktivitāti sešu mēnešu vecumā novērtē kā augstāku nekā trīs mēnešu vecumā, bet neparādījās atšķirības bērna pašregulācijas spēju novērtējumā starp mērījumiem abās grupās.

Saskaņā ar līdzšinējo pētījumu rezultātiem un neirobioloģiskās temperamenta teorijas pieņēmumiem viena no pirmajām temperamenta iezīmēm, ko novēro jau jaundzimušā vecumā, ir negatīvā emocionalitāte (Rohtbart, 2007). Bērna tendence raudāt, satraukties un uzbudināties ir negatīvās emocionalitātes aspekti, kas var kļūt īpaši izteikti apmēram divu mēnešu vecumā (Barr, 1990, kā minēts Porter & Hsu, 2003; Rohtbart, 2007). Ja bērniņš piedzīvo kolikas, tad viņš mēdz visai daudz raudāt līdz pat trīs mēnešu vecumam. Cita negatīvās emocionalitātes izpausme ir baiļas, un baiļu līmenis paaugstinās starp 6 un 12 mēnešu vecumu (Rueda & Rothbart, 2009). Var secināt, ka dažādos vecumos negatīvā emocionalitāte var izpausties atšķirīgu iemeslu dēļ, šie iemesli mainās un pārklājas bērna dzīves pirmajā pusgadā.

To, ka gan mātes, gan tēvi savu bērnu negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā novērtē kā augstāku nekā triju mēnešu vecumā, varētu skaidrot arī ar to, ka sešu mēnešu vecumā bērni vairāk laika ir nomodā nekā triju mēnešu vecumā, biežāk nokļūst jaunā vidē, kur nogurst un var reaģēt emocionāli negatīvi. Lai gan pētījumā netika jautāts, cik sociāli aktīvi ir vecāki, var būt iespējams, ka viņi ar sešus mēnešus vecu mazuli daudz vairāk nekā ar trīs mēnešus vecu bērnu dodas ārpus mājām. Ticamāk, ka sešus mēnešus veci bērniņi arī ikdienā mājās saņem daudz vairāk stimulu, nekā trīs mēnešus veci bērni. Viņi no tā nogurst un vairāk vai intensīvāk raud, bēdājas vai dusmojas. Pētījumā iegūtos rezultātus var skaidrot arī ar to, ka vairums mazuļu un māšu un tēvu bērna sešu mēnešu vecumā jau izveidojuši savu saskarsmes veidu, piemēram, mazuļi zina, ka ar aktīvu kliegšanu var vislabāk pievērst sev vecāku uzmanību, un raud intensīvi, lai panāktu sev vēlamu.

Arī bērna reaktivitāti gan mātes, gan tēvi sešu mēnešu vecumā novērtēja kā augstāku nekā trīs mēnešu vecumā. Analizējot šos rezultātus, vispirms jāņem vērā tas, ka bērna attīstība nosaka to, ka sešu mēnešu vecumā viņš spēj labāk uztvert stimulus un reaģēt uz tiem nekā triju mēnešu vecumā. Šie rezultāti atbilst arī secinājumiem par trīs un sešus mēnešus vecu bērnu temperamenta attīstību. Vecumā starp četriem un sešiem mēnešiem zīdaiņiem tipiski raksturīga

vieglāka kontakta dibināšana saskarsmē, kā arī augsta ieinteresētība par dažādiem stimuliem (Rothbart et al., 2001; Rothbart & Bates, 1998), un vecāki parasti tos bērniem arī piedāvā. AMU aptaujas reaktivitātes skalā ir jautājumi par to, cik bieži mazulis smējās, kad, rotaļājoties viņu meta gaisā; smējās, kad viņu vannoja; kļuva sajūsmināts, nonākot jaunā vidē; izvairījās un mēģināja aizvērties, kad viņu ģērba? Vairums mazuļu trīs mēnešu vecumā tikai sāk vēlēties un smieties, un viņu reakcijas ir vājāk izteiktas un var būt grūtāk novērojamas, nekā sešus mēnešus veciem bērniņiem. Tāpat kā negatīvā emocionalitāte, arī reaktivitāte sešu mēnešu vecumā var būt augstāka nekā trīs mēnešu vecumā tādēļ, ka bērns vairāk laika ir nomodā, piedzīvo vairāk stimulu un dažādas vides izmaiņas. Turklāt vecāki ir tendēti pastiprināt bērna pozitīvās reakcijas, piemēram, biežāk pamest bērniņu gaisā, ja viņam tas patīk, vai arī biežāk pakutināt viņu, tā sekmējot, ka mazulis arī turpmāk pozitīvi reaģēs uz šo mijiedarbību.

Bērna agrīnās pašregulācijas spējas trīs un sešu mēnešu vecumā bija bez nozīmīgām izmaiņām gan māšu, gan tēvu novērtējumā. Šos rezultātus var pamatot ar teorētiskajiem pieņēmumiem par to, ka pirmajos dzīves mēnešos bērna nervu sistēma vēl nav nobriedusi, un šajā periodā apzināti vadītas pašregulēšanas formas mazulim nav iespējamās, tās ir vāji izteiktas un intensīvi sāk attīstīties tikai pirmā gada otrajā pusē (Rothbart, 2007). Šos rezultātus var skaidrot arī ar to, ka pirmā pusgada laikā apgūtie bērna nomierināšanas veidi vecākiem jau ir zināmi, ar to palīdzību bērniņu izdodas gan nomierināt, gan pārslēgt viņa uzmanību. Nav izslēgts, ka vecāki vairāk pievērš uzmanību bērna uzvedības reaģējošajiem aspektiem – negatīvajai emocionalitātei vai reakcijām uz vidi – un mazāk ievēro to, kā attīstās mazuļa spējas pārslēgt uzmanību un nomierināties jeb pašregulācija.

Tālāk tika noskaidrota atbilde uz pētījuma 4. jautājumu, – vai pastāv atšķirības depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta līmenī starp mērījumiem grūtniecības 3. trimestrī, trīs un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas māšu un tēvu grupās?

Iegūtie rezultāti rāda, ka mātēm depresijas simptomu līmenis grūtniecības laikā ir augstāks nekā pēc bērna piedzimšanas. Depresijas simptomi, kas mērīti ar EPDA, grūtniecības laikā ir augstāki nekā sešus mēnešus pēc dzemdībām, bet simptomi, kas mērīti ar GVDA, grūtniecības laikā ir augstāki nekā trīs un sešus mēnešus pēc dzemdībām. Analizējot iegūtos rezultātus, jāņem vērā tas, ka sievietēm iedzimtībai ir lielāk nozīme gan depresijas attīstībā, gan noturībā (Kendler et al., 2006; Sullivan et al., 2000).

Kopumā šie rezultāti vismaz daļēji apstiprina arī citu pēdējo gadu longitudinālo pētījumu rezultātus, kas norāda, ka sievietēm grūtniecības laikā depresijas simptomi var būt pat augstāki nekā pēc dzemdībām (Banti et al., 2011; Milgrom et al., 2008). Kaut gan atkal citu longitudinālu pētījumu rezultāti rāda, ka depresijas simptomi grūtniecības laikā un vienu mēnesi pēc bērna piedzimšanas ir stabili (Liou et al., 2014). Atšķirības šajos rezultātos var skaidrot ar to, ka

pētījumi tiek veikti dažādās klīniskajās grupās. Šī pētījuma rezultāti apstiprina to, ka jau grūtniecības laikā sievietes var izjust nomāktību vai pat depresijas simptomus, un būtu svarīgi grūtnieču aprūpē pievērst vairāk uzmanības sieviešu emocionālajam stāvoklim un laikus sniegt palīdzību.

To, ka grūtniecības laikā sievietes norādīja augstākus depresijas simptomus, nekā pēc bērna piedzimšanas, var skaidrot ar to, ka grūtniecības trešajā trimestrī, kad tuvojas dzemdību laiks, sievietes var izjust visai daudz raīžu par gaidāmajām dzemdībām, par savām spējām aprūpēt mazuli. Tuvojoties dzemdībām, arī fiziski kļūst grūtāk, sievietes miegs ir traucēts, kas var sekmēt depresijas simptomu attīstību.

Pētījuma otrais posms notika tad, kad bērnam bija trīs mēneši, bet trešais posms, kad mazulis bija jau sešus mēnešus vecs. Visticamāk, ka šajā laikā sievietes jau bija apguvušas ar mātes lomu saistītās prasmes, iepazinušās ar bērna vajadzībām un iemācījušās tās apmierināt, kas varētu sekmēt depresijas simptomu mazināšanos. To, ka depresijas simptomi no pirmā uz trešo mērījumu samazinājās, var skaidrot arī ar to, ka pētījuma dalībnieces kopumā var raksturot kā zema riska grupu. Lielākajai daļai respondentu bija augstākā izglītība, plānots bērns, zema riska grūtniecība, netika konstatēti veselības sarežģījumi mātei un bērnam, kā arī ģimenē nebija bijuši vairāk par diviem kritiskiem notikumiem, kas ir riska faktori pēcdzemdību depresijas attīstībai.

Pētījuma rezultāti rāda, ka tēvu grupā nav atšķirības depresijas simptomu līmenī starp trim mērījumiem. Šie rezultāti ir pretrunā ar vienas no pēdējo gadu metaanalīzes rezultātiem, kuri ļauj secināt, ka laikā no partneres grūtniecības 1. trimestra līdz bērna gada vecumam tēvu depresijas līmenis viszemākais ir pirmajos trīs mēnešos pēc bērna piedzimšanas, bet laikā no trīs līdz sešiem mēnešiem pēc bērna piedzimšanas tam ir tendence kļūt izteiktākam (Paulson & Bazemore, 2010).

Šos rezultātus var skaidrot ar to, ka respondenti bija zema riska grupa, un tāpēc tēvu depresijas simptomu līmenis starp mērījumiem nemainījās. Visticamāk, tēvi, kuri piekrita iesaistīties pētījumā, jau sākotnēji bija ar zemiem depresijas simptomiem, un, ja bērniņš piedzima vesels, partnerei un mazulim nebija veselības sarežģījumu pēc dzemdībām, ģimenē nebija vairāk par diviem kritiskiem notikumiem, tad nav pamata sagaidīt, ka depresijas simptomu līmenim būtu jāmainās.

Cits skaidrojums šiem rezultātiem varētu būt tāds, ka visos trijos pētījuma posmos aptaujas tika nosūtītas un saņemtas individuālā e-pasta sarakstē ar katru respondentu, un respondentu e-pasta adreses bija konfidencialas, bet ne anonīmas pētījuma veicējai. Lai gan ar vecākiem tika pārrunāti jautājumi par atbilžu konfidencialitāti, aptauju nosūtīšana ar e-pasta starpniecību varētu sekmēt sociāli vēlamu atbilžu sniegšanu vai izvairīšanos atklāt savas emocionālās izjūtas. Nav arī izslēgts, ka ne visi tēvi paši vēlējās iesaistīties pētījumā un to darīja, lai atbalstītu savas

partneres, kas var sekmēt paviršāku atbilžu sniegšanu. Tēvi gan partneres grūtniecības laikā un arī pēc mazuļa piedzimšanas ir noslogoti ar jaunajiem pienākumiem un var gadīties, ka viņi atbildēšanu uz pētījuma jautājumiem uztvēra kā formālu darbību, atbildot bez iedziļināšanās. Turpmākos pētījumos, iesaistot topošos un jaunus vecākus, būtu vēlams veikt frontālu datu ievākšanu, iztaujājot respondentus individuālā sarunā.

Arī izjustā sociālā atbalsta līmenī nebija atšķirību starp trim mērījumiem gan māšu, gan tēvu grupās. Iespējams, ka arī šos rezultātus vispirms var skaidrot ar to, ka pētījuma respondenti bija zema sociālā riska grupa. Pētījumā iesaistītajām ģimenēm lielākoties bija plānota grūtniecība, pietiekami ienākumi, laulība vai neregistrēta kopdzīve. Vecāki piedalījās topošo vecāku skolu nodarbībās, un vairums no viņiem tās apmeklēja abi divi kopā, kas norāda, ka viņi paši meklē informatīvo atbalstu, gatavojoties bērna piedzimšanai, un ka viņi viens otru atbalsta, gaidot mazuli. Varētu pieņemt, ka šajā izlasē vecāki gan paši meklēja, gan saņēma sociālo atbalstu un izjuta, ka nepieciešamības gadījumā tas viņiem būs pieejams.

Šī pētījuma rezultāti apstiprina iepriekšējo pētījumu rezultātus, kas rāda, ka vīrieši partneres grūtniecības laikā un gadu pēc bērna piedzimšanas norāda stabilu izjustā sociālā atbalsta līmeni (Condon et al., 2004), un arī sievietēm grūtniecības 3. trimestrī un divas nedēļas pēc bērna piedzimšanas sociālā atbalsta līmenis ir nemainīgs (Xie et al., 2009). Šī pētījuma rezultāti tomēr ir pretrunā ar citiem, kuros secināts, ka sievietēm izjustā sociālā atbalsta līmenis krītas laikā no grūtniecības uz sešām nedēļām pēc dzemdībām un uz trim mēnešiem pēc dzemdībām (Gao et al., 2014), un, ka tēvi pēc bērna piedzimšanas izjutuši sociālā atbalsta samazināšanos (Castle et al., 2008). Šie atšķirīgie pētījumu rezultāti var būt saistīti ar to, ka pētījumi veikti dažādās sociālās grupās un kultūrvidēs, kur gan reāli saņemtais, gan uztvertais sociālais atbalsts var atšķirties.

4.4. Saistības starp depresijas simptomiem, izjusto sociālo atbalstu un zīdaiņa temperamenta iezīmēm mātēm un tēviem pārbaude

Pārbaudot depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta, un zīdaiņa temperamenta iezīmju saistību, tika secināts, ka šāda saistība pastāv. Jo augstāks bija norādīto depresijas simptomu līmenis sievietēm un vīriešiem grūtniecības 3. Trimestrī, jo augstāks bija norādīto depresijas simptomu līmenis arī trīs un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas neatkarīgi no tā, ar kādu aptauju simptomi mērīti. Analizējot šos rezultātus, vispirms jāņem vērā tas, ka mūsdienās plaši atzīts, ka depresijas attīstībā svarīga loma ir ģenētiskajai predispozīcijai (Kendler et al., 2006; Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009 Sullivan et al., 2000).

Pirmie mēneši pēc bērna piedzimšanas prasa ne tikai jauno prasmju apgūšanu, bet arī daudz emocionālo resursu, kas var sekmēt simptomu saglabāšanos ilgākā laika periodā. Šie rezultāti

sasaucas ar iepriekšējo pētījumu un metaanalīzu secinājumiem par saistību starp depresijas simptomiem grūtniecības laikā un pēc dzemdībām gan sievietēm (Leigh & Milgrom, 2008), gan vīriešiem (Matthey et al., 2000).

Rezultāti norāda uz saistību starp zemāku izjustā sociālā atbalsta līmeni un augstāku depresijas simptomu līmeni, kas mērīti ar EPDA un GVDA sievietēm un vīriešiem. Arī šī pētījuma rezultāti apstiprina iepriekš pētījumos secināto par sociālā atbalsta saistību ar depresijas simptomiem perinatālajā periodā sievietēm (Castle et al., 2008; Lancaster et al., 2010; O'Hara, 1995; Robertson et al., 2004) un vīriešiem (Wee et al., 2011). Ir zināms, ka nepietiekams sociālais atbalsts ir viens no depresijas attīstības pēc dzemdībām riska faktoriem (Beck, C., 1996a; Beck, C., 2001; O'Hara & Swain, 1996), bet pietiekams sociālais atbalsts, ko saņem topošie vecāki, gaidot mazuli, ir kā aizsargfaktors pret depresiju, kad bērniņš jau piedzimis (Castle et al., 2008).

Gan mātes, gan tēvi, kuri izjuta augstāku sociālo atbalstu grūtniecības laikā, norādīja augstāku sociālā atbalsta līmeni arī trīs un sešus mēnešus pēc dzemdībām. Šie rezultāti apstiprina teorētiskos pieņēmumus par to, ka izjustais sociālais atbalsts visbiežāk ir stabils laikā (Lakey & Cohen, 2000) un ka tas, kā sociālais atbalsts tiek uztverts, var darboties kā kognitīvā shēma, kas ietekmē atbalstošās uzvedības interpretāciju (Holmes, 2000; Lakey & Cassady, 1990). Šāda kognitīvā shēma var arī ietekmēt to, cik lielā mērā indivīds meklē atbalstu.

Ir saistība starp depresijas simptomu līmeni sievietēm un bērna temperamenta novērtējumu trīs un sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas. Jo augstāki bija mātes depresijas simptomi grūtniecības laikā, un jo augstāki tie bija trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas, jo mātes savu mazuļu negatīvo emocionalitāti novērtēja kā augstāku gan trīs mēnešu, gan sešu mēnešu vecumā neatkarīgi no tā, ar kādu instrumentu mērīti depresijas simptomi. Tāpat, jo augstāks bija mātes depresijas simptomu līmenis sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas, jo viņa savu bērniņu novērtēja kā vairāk negatīvi emocionālu sešu mēnešu vecumā. Šie rezultāti saskan ar iepriekšējo pētījumu rezultātiem, kur novērota saistība starp mātes depresijas simptomiem un zīdaiņa augstāku negatīvo emocionalitāti (Austin et al., 2005; Muzik, 2010; Tikotzky et al., 2010) un starp mātes depresijas simptomiem un bērna "grūtu" temperamentu (Cutrona & Troutman, 1986; Edhborg et al., 2000; Kerstis, et al., 2013; McGrath et al., 2008).

Pētījuma rezultātos neparādījās saistība starp depresijas līmeni sievietēm un bērna temperamenta iezīmēm – reaktivitāti un pašregulācijas spējām, kas ir pretrunā ar vairāku līdz šim veiktu pētījumu rezultātiem, kuros šāda saistība bija. Analizējot rezultātus, jāņem vērā, ka pētījumā iesaistītajām mātēm bija zema riska grūtniecība, viņu mazuļiem netika konstatētas veselības problēmas. Minētais arī varētu izskaidrot šādas saistības neesamību.

Arī vīriešu grupā novēro saistību starp depresijas simptomiem un bērna negatīvo emocionalitāti, kas saskan ar līdzšinējo pētījumu rezultātiem, kuros secināts, ka tēvi, kuriem ir depresija, savus mazulus uztver kā vairāk nomāktus, nekā tēvi, kuriem nav depresijas (Ramchandani et al., 2011). Tomēr novērotā saistība bija mazāk izteikta, nekā māšu grupā, un tā bija atšķirīga. Tēvu grupā saistība vairāk bija starp depresijas simptomiem, kuri mērīti ar GVDA, un bērna negatīvo emocionalitāti, nekā depresijas simptomiem, kuri mērīti ar EPDA, un bērna negatīvās emocionalitātes novērtējumu. Interesanti, ka tēvu grupā tika konstatēta saistība starp depresijas simptomu pašnovērtējumu un bērna reaktivitātes un pašregulācijas spēju novērtējumu. Jo augstākus depresijas simptomus tēvi norādīja (mērītus ar EPDA) sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas, jo viņi savu bērnu pašregulācijas spējas novērtēja kā zemākas gan trīs, gan sešu mēnešu vecumā. Tas varētu būt loģiski, ka tēvi, kuri izjūt nomāktību, var būt īpaši jūtīgi pret to, vai mazulis spēj nomierināties un vadīt savu uzmanību. Iespējams, šādu saistību pastiprina tas, ka nomākti tēvi var justies nespējīgi nomierināt bērniņu vai vadīt viņa uzmanību.

Analizējot korelācijas starp vecāku depresijas simptomiem un bērna negatīvo emocionalitāti, nav iespējams secināt, vai vecāku depresijas simptomus vairāk ietekmē tas, ka mazulis ir negatīvi emocionāls, vai otrādi, vecāku depresijas simptomi vairāk iespaido to, ka viņi savu mazuli novērtē kā emocionāli negatīvu. Tādēļ, lai noskaidrotu, kā vecāku depresijas simptomi mijiedarbojas ar zīdaiņa temperamenta iezīmēm, tika veidoti vairāki prognožu modeļi. Tā kā starp EPDA un GVDA rādītājiem gan māšu, gan tēvu grupā visos trijos mērījuma punktos bija saistība, tad no šo divu aptauju rādītājiem tika izveidots kopējais depresijas simptomu rādītājs, kas tika iekļauts prognožu modeļos.

4.5. Regresijas modeļi, prognozējot māšu un tēvu depresijas simptomus

Lai noskaidrotu, vai ir mijiedarbība starp bērna temperamentu un vecāku depresijas simptomiem longitudināla pētījuma ietvaros, tika veidoti vairāki hierarhiskās regresijas analīzes modeļi, prognozējot depresijas simptomus mātēm un tēviem, un pēc tam prognozējot bērna negatīvo emocionalitāti.

Vispirms tika veidoti modeļi, lai noskaidrotu, vai bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (mātes novērtējumā) prognozē depresijas simptomus mātēm sešus mēnešus pēc dzemdībām, un vai bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (tēva novērtējumā) prognozē depresijas simptomus tēviem sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas.

Pēc tam tika izveidoti vēl divi prognožu modeļi, lai pārbaudītu, vai bērna negatīvā emocionalitāte (abu vecāku kopējā novērtējumā) prognozē māšu un tēvu depresijas simptomus sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas.

Tika iegūti līdzīgi rezultāti māšu un tēvu grupās, kas ļauj secināt, ka bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā prognozē depresijas simptomus gan mātēm, gan tēviem sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas neatkarīgi no tā, vai bērna negatīvās emocionalitātes novērtējumu veicis viens no vecākiem, vai tas ir abu vecāku kopējs bērna negatīvās emocionalitātes novērtējums.

Šajos modeļos parādījās dažas atšķirības. Prognožu modelī iekļaujot vecāku depresijas simptomus iepriekšējos mērījumos un izjusto sociālo atbalstu trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas, visiem neatkarīgajiem mainīgajiem bija nozīme depresijas simptomu prognozē. Modelī iekļaujot bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā (abu vecāku novērtējumā), māšu grupā sociālā atbalsta nozīme prognozē vairs nebija svarīga, bet tēviem saglabājās.

Rezultāti māšu grupā saskan ar iepriekšējos pētījumos secināto, ka mātes, kuru zīdaiņi ir viegli aizkaitināmi, bieži un intensīvi raud un grūti nomierinās, izjūt augstāku trauksmi un nomāktību, nekā sievietes, kuru mazuļi ir mierīgi un raud mazāk (Porter & Hsu, 2003; Fisher et al., 2004), un, ka mātēm, kuru bērniem ir “grūts” temperaments, ir lielāks depresijas risks (Murray et al., 1996). Piemēram, Kutronas un Trūtmanes (Cutrona & Troutman, 1986) pētījumā bērna temperaments triju mēnešu vecumā prognozēja depresijas simptomus mātēm, kaut gan šajā pētījumā bērna temperamenta ietekmes prognoze uz mātes depresijas simptomiem tika noteikta šķērsgriezumā, tikai viena mērījuma laika ietvaros.

Cita pētījuma rezultāti ir norādījuši, ka bērna temperamenta ietekme uz mātes depresijas simptomiem ir vāja, un, ka tēviem bērna temperamenta iezīmes – negatīvs garastāvoklis un intensīvas reakcijas – depresijas simptomus neprognozē (Hanington et al., 2010) vai arī, ka zīdaiņa augsta negatīvā emocionalitāte astoņu mēnešu vecumā neprognozē vecāku depresijas simptomus, kad bērnam ir 13 mēneši (Casalin et al., 2012). Šos pretrunīgos rezultātus var skaidrot ar to, ka pētījumos iekļautie dati ir par bērniem visai atšķirīgos vecumos un varbūt ar atšķirīgām socioekonomiskajām grupām.

Līdz šim ir maz pētījumu, kuros mēģināts izprast, kā bērna temperaments ietekmē abu vecāku depresijas simptomus. Analizējot literatūru, netika atrasts longitudināls pētījums, kurā būtu pārbaudīta mijiedarbība starp bērna temperamentu un vecāku depresijas simptomiem bērna pirmā dzīves pusgada laikā, un kuros bērna temperamentu izvērtētu gan mātes, gan tēvi divos mērījumu punktos.

Ir vispāratzīts, ka bērna veselīga attīstība ir atkarīga no viņa aprūpētājiem, savukārt promocijas darbā iegūtie rezultāti paplašina izpratni par to, ka vecāku emocionālā labsajūta var būt atkarīga arī no bērna jau pirmajos mēnešos pēc viņa piedzimšanas, un pastāv bērna efekts vecāku depresijas simptomu attīstībā. Ja mazulis daudz raud, ir nemierīgs un prasīgs, tad vecāki var izsīkt, just mazāk prieka no saskarsmes ar bērnu un pat izjust depresijas izpausmes. Turklāt

tas attiecas ne tikai uz māti kā bērna galveno aprūpētāju, bet arī uz tēvu. Mūsdienās arvien vairāk tēvu iesaistās mazuļa aprūpē un audzināšanā, kļūst mazulim emocionāli pieejamāki, un varētu domāt, ka arī emocionāli jūtīgāki pret mazuļa uzvedību. Tādēļ ir svarīgi skaidrot vecākiem, ka mazuļa raudāšana, prasīgums var sekmēt to, ka vecāki jūtas nomākti vai pat izjūt depresijas simptomus.

Vislielāko depresijas simptomu daļu sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas gan mātēm, gan tēviem izskaidroja depresijas simptomi trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas un zemāks izjustais sociālais atbalsts. Šie rezultāti atbilst teorētiskajiem modeļiem par depresijas iedzimtības aspektiem (Kendler et al., 2006; Sullivan et al., 2000), gan iepriekšējo pētījumu rezultātiem, kuros secināts, ka depresijas simptomi anamnēzē prognozē depresijas simptomus vecākiem perinatālajā periodā (Beck, C., 1996a; Beck, C., 2001; Goodman, 2004; O'Hara & Swain, 1996; Rahman et al., 2003). Šie rezultāti saskan ar pētījumu atziņām par sociālo atbalstu kā riska faktoru depresijas attīstībā perinatālajā periodā (Milgrom, 2008). Tā kā depresijas simptomi ir samērā stabili laikā un tik drīz nemainās, ir īpaši svarīgi tos pēc iespējas agrīni atklāt un vecākiem sniegt savlaicīgu palīdzību jau tad, kad mazulis tiek gaidīts.

4.6. Regresijas modeļi, prognozējot bērna negatīvo emocionalitāti trīs un sešu mēnešu vecumā

Līdzīgi kā veidojot vecāku depresijas simptomu prognozes modeļus, tika veidoti vairāki modeļi, lai prognozētu bērna negatīvo emocionalitāti. Vispirms tika veidoti modeļi, lai noskaidrotu, vai depresijas simptomi mātēm prognozē bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā (mātes novērtējumā un pēc tam abu vecāku kopējā novērtējumā). Pēc tam tika veidoti līdzīgi prognožu modeļi, lai noskaidrotu bērna negatīvās emocionalitātes prognozes sešu mēnešu vecumā (gan māšu, gan tēvu grupās). Šajos modeļos tika kontrolēta bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā.

Iegūtie rezultāti ļauj secināt, ka depresijas simptomi mātēm grūtniecības laikā prognozē bērna negatīvo emocionalitāti triju mēnešu vecumā (gan mātes, gan abu vecāku kopējā novērtējumā). Šie rezultāti apstiprina iepriekš secināto par to, ka mazuļi, kuru mātēm grūtniecības laikā ir bijuši depresijas simptomi, var piedzīvot dažādas komplikācijas, tajā skaitā paaugstinātu negatīvo emocionalitāti (Field, 2006). Šī pētījuma rezultāti ļauj secināt, ka mātes emocionālajam stāvoklim grūtniecības laikā ir visai tālejošs iespaids uz bērna negatīvo emocionalitāti un mātēm, kuras izjūt nomāktību vai depresiju, gaidot bērnu, jāsniedz pēc iespējas daudz palīdzības, lai uzlabotu viņu emocionālo pašsajūtu un tā mazinātu potenciāli nelabvēlīgo ietekmi uz bērna temperamenta attīstību.

Analizējot bērna negatīvās emocionalitātes sešu mēnešu vecumā prognožu modeļus, parādās atšķirības starp māšu un tēvu grupām. Ja bērna negatīvo emocionalitāti novērtēja mātes, tad bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā prognozēja mātes depresijas simptomi gan grūtniecības laikā, gan trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas. Savukārt, ja bērna negatīvo emocionalitāti novērtēja abi vecāki, tad mātes depresijas simptomi grūtniecības laikā modeli zaudēja statistisko nozīmi, toties to prognozēja zemāks izjustā sociālā atbalsta līmenis. Analizējot šos rezultātus, jāņem vērā tas, ka augstāks depresijas simptomu līmenis mātēm var sekmēt to, ka viņas savu mazuli uztver kā vairāk negatīvi emocionālu vai “grūtāku”, nekā tas, iespējams, ir, jo viņām ir grūtāk tikt galā ar bērniņu. Tātad varētu izteikt pieņēmumu, ka bērna negatīvās emocionalitātes izvērtējums, kas veidots no abu vecāku atbildēm, nedaudz samazina šādu iespējamo atbildētāja “subjektivitāti”. Abos modeļos mātes depresijas simptomi pirmajā mērījumā prognozēja bērna negatīvo emocionalitāti otrajā mērījumā, kas apstiprina iepriekšējos pētījumos secināto (Beck, C., 1996; Atella et al., 2003). Minēto var skaidrot ar teorētiskajiem modeļiem, kuros uzsvērts, ka bērna temperamenta attīstība notiek mijiedarbībā ar vidi un tiešo aprūpētāju (Rothbart, 2011; Thomass & Chess, 1977).

Šie rezultāti daļēji sasauca ar iepriekšējo pētījumu rezultātiem, kuros secināts, ka nepietiekams sociālais atbalsts var sekmēt to, ka mātes, kurām ir depresija, sava bērna temperamentu uztver kā “grūtu” (Cutrona & Troutman, 1986; Gelfand et al., 1992). Savukārt cita pētījuma rezultāti ir norādījuši, ka mātes, kurām bija depresija, savus mazuļus uztvēra kā vairāk “grūtus” divus un arī sešus mēnešus pēc dzemdībām neatkarīgi no sociālā atbalsta līmeņa (McGrath et al., 2008). Iegūtos rezultātus var skaidrot tādējādi, ka mātēm, kuras izjūt nomāktību vai depresijas simptomus, nepietiekams sociālais atbalsts var sekmēt to, ka viņas sava bērniņa negatīvo emocionalitāti uztver saasināti, jo jūtas, ka ar mazuļa audzināšanu jātiek galā pašai, bez atbalsta. Ja bērniņš ir prasīgs, daudz raud, ir gluži dabiski, ka mātei nepieciešams gan fiziskais, gan emocionālais atbalsts un palīdzība viņa aprūpē un audzināšanā. Ja māte to saņem nepietiekoši vai jūtas, ka nesaņem pietiekoši, viņai var būt grūtāk parūpēties par mazuli, kas var sekmēt to, ka bērniņš kļūst vēl nemierīgāks.

Tēvu grupā tika veidoti līdzīgi prognožu modeļi, kuros pirmajā solī tika kontrolēta bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā. Vispirms tika veidoti modeļi ar bērna negatīvo emocionalitāti tēva novērtējumā, bet pēc tam ar bērna negatīvo emocionalitāti abu vecāku kopējā novērtējumā.

Pētījuma rezultāti rāda, ka ne tēvu depresijas simptomi, ne izjustais sociālais atbalsts neprognozēja bērna negatīvo emocionalitāti (tēvu novērtējumā) sešu mēnešu vecumā. Savukārt, ja bērna negatīvo emocionalitāti novērtēja abi vecāki, tad tēvu depresijas simptomi triju mēnešu vecumā prognozēja bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā. Arī zemāks izjustā

sociālā atbalsta līmenis prognozēja augstāku bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā. Analizējot iegūtos rezultātus, jāatzīmē, ka netika atrasts pētījums, kurā no abu vecāku zīdaiņa temperamenta novērtējumiem būtu veidots viens kopējais rādītājs, tādēļ iegūtos rezultātus ir grūti salīdzināt ar jau esošo pētījumu rezultātiem.

Līdzšinējos pētījumos atzīts, ka tēvu internalizētās problēmas (augstāki depresijas un trauksmes rādītāji) četrus mēnešus pēc bērna piedzimšanas prognozēja bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā (Potapova et al., 2014), tēvu depresijas simptomi bērna sešu mēnešu vecumā prognozēja augstāku bērna negatīvo emocionalitāti un intensīvākas reakcijas divu gadu vecumā (Hanington et al., 2010), kā arī tēvu depresija perinatālajā periodā saistās ar bērnu uzvedības un emocionālās attīstības problēmām trīsarpus gadu vecumā un arī septiņu gadu vecumā (Ramchandani, O'Connor et al., 2008; Ramchandani, Stein et al., 2008). Lielāks risks ir tiem bērniem, kuru tēvi piedzīvoja smagāku depresiju. Turklāt uzvedības problēmu attīstības risks saglabājas pat pēc tēva depresijas ārstēšanas. Citos pētījumos secināts, ka mātes, bet ne tēva depresijas simptomi sešas nedēļas pēc bērna piedzimšanas vāji prognozēja bērna aizkaitināmību (Atella et al., 2003).

Iegūtie rezultāti paplašina izpratni par depresijas simptomu vecākiem un bērna temperamenta mijiedarbību laikā no grūtniecības trešā trimestra līdz bērna sešu mēnešu vecumam. Var secināt, ka starp šiem mainīgajiem pastāv divvirziena mijiedarbība. Bērna temperaments (ar tā iedzimtības aspektiem) ietekmē sociālo vidi jeb vecāku depresijas līmeni un, otrādi, sociālā vide jeb vecāku depresijas līmenis ietekmē bērna temperamentu. Šis sasaucās arī ar Bronfenbrennera teoriju (Bronfenbrenner, 1979) par to, ka attīstību ieteikmē dažādi konteksti un, ka starp šiem kontekstiem ir savstarpēja mijiedarbība.

4.7. Secinājumi

Apkopojot pētījumā iegūtos rezultātus var secināt:

Atšķirības starp māšu un tēvu grupām

1. Mātes augstāk nekā tēvi novērtē bērnu pašregulācijas spējas triju un sešu mēnešu vecumā.
2. Mātes norāda izteiktākus depresijas simptomus (EPDA un GVDA) visos trijos mērījumu posmos un augstāku izjusto sociālo atbalstu grūtniecības trešajā trimestrī nekā tēvi.

Atšķirības starp mērījumu posmiem

3. Mātes un tēvi savu bērnu negatīvo emocionalitāti un reaktivitāti sešu mēnešu vecumā novērtē kā augstāku nekā triju mēnešu vecumā.

4. Mātes un tēvi norāda stabilu izjustā sociālā atbalsta līmeni visos trijos mērījumu posmos, bet mātēm depresijas simptomu līmenis (EPDA un GVDA) grūtniecības trešajā trimestrī ir augstāks nekā trīs un sešus mēnešus pēc dzemdībām.

Saistības

5. Jo augstāks depresijas simptomu līmenis (EPDA un GVDA) vienā mērījumu posmā, jo augstāks depresijas simptomu līmenis citos mērījumu posmos gan mātēm, gan tēviem.
6. Jo zemāks norādītā izjustā sociālā atbalsta līmenis, jo augstāks depresijas simptomu līmenis (EPDA un GVDA) gan mātēm, gan tēviem.
7. Jo izteiktāki ir māšu un tēvu depresijas simptomi (EPDA un GVDA), jo viņi bērna negatīvo emocionalitāti novērtē kā augstāku.
8. Jo izteiktāki ir tēvu depresijas simptomi (EPDA) trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas, jo viņi bērna pašregulācijas spēju novērtē kā zemāku.

Vecāku depresijas simptomus prognozē

9. Bērna negatīvā emocionalitāte triju mēnešu vecumā (gan mātes, gan tēva, gan abu vecāku kopējā novērtējumā) prognozē depresijas simptomus gan mātēm, gan tēviem sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas.

Zīdaiņa negatīvo emocionalitāti prognozē

10. Mātes depresijas simptomi grūtniecības trešajā trimestrī prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (gan mātes novērtējumā, gan abu vecāku kopējā novērtējumā) triju mēnešu vecumā.
11. Mātes depresijas simptomi grūtniecības trešajā trimestrī un trīs mēnešus pēc dzemdībām prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (mātes novērtējumā) sešu mēnešu vecumā.
12. Mātes depresijas simptomi trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas un zemāks izjustā sociālā atbalsta līmenis prognozē bērna negatīvo emocionalitāti (abu vecāku kopējā novērtējumā) sešu mēnešu vecumā.
13. Tēvu depresijas simptomi trīs mēnešus pēc bērna piedzimšanas prognozē bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā (abu vecāku kopējā vērtējumā).
14. Pētījumā izmantotajām aptaujām, t. i., Edinburgas pēcdzemdību depresijas aptaujai, Gotlandes vīriešu depresijas simptomu aptaujai, Izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju aptaujai un Aptaujai par mazuļa uzvedību (uzlabotais, ļoti īsais variants), ir pietiekami augsti iekšējās saskaņotības rādītāji, un tās var izmantot turpmākos pētījumos.

Šajā longitudinālajā pētījumā iegūtie rezultāti apstiprina mūsdienu psiholoģijas zinātnes atziņas par to, ka gan mātes, gan bērna psiholoģiskā labklājība ir atkarīga no abpusējas savstarpējās mijiedarbības starp māti un bērnu. Pētījuma rezultāti paplašina izpratni par to, ka agrīnajā zīdaiņa vecumā pastāv arī abpusēja mijiedarbība starp tēva un mazuļa emocionālo

labklājību. Var secināt, ka bērna temperaments trijos mēnešos prognozē gan mātes, gan tēva depresijas simptomu sešus mēnešus pēc dzemdībām, un arī gan mātes, gan tēva depresijas simptomi prognozē bērna temperamentu sešu mēnešu vecumā.

4.8. Pētījuma novitāte, ierobežojumi un rezultātu praktiskais izmantojums

Pētījuma novitāte ir pētījuma dizains. Kā atzīmēts pētījumos un metaanalīzēs, joprojām ir aktuāli veikt longitudinālus pētījumus atšķirīgās kultūrās par dažādiem perinatālās depresijas aspektiem, kuros būtu iesaistītas ne tikai sievietes, bet arī vīrieši. Šis ir longitudināls pētījums trijos posmos, kurā tika iesaistītas grūtnieces un viņu partneri un kurā tika pētīta mijiedarbība starp depresijas simptomiem vecākiem un zīdaiņa temperamentu, sākot no grūtniecības trešā trimestra līdz bērna sešu mēnešu vecumam.

Šis ir pirmais zināmais longitudinālais pētījums Latvijā, kurā perinatālās depresijas simptomu izpētē tiek iesaistīti arī vīrieši. Kā vienu no pētījuma stiprajām pusēm var minēt samērā lielo izlasi, īpaši Latvijas demogrāfiskās situācijas kontekstā, kur dzimstība joprojām ir zema. Daudzos pētījumos par perinatālo depresiju līdz šim iesaistīts neliels respondentu skaits un tiek uzsvērts, ka jāveido lielākas izlases, kas tika ņemts vērā, veidojot izlasi šim pētījumam.

Pētījumā depresijas simptomu mērīšanai tika izmantotas divas aptaujas, kas tiek ieteiktas pētījumos, lai samazinātu iespējamo atbildētāja neobjektivitāti. Pētījuma ietvaros latviešu valodā tika iztulkota GVDA, kas ir izveidota, lai noteiktu depresijas simptomus vīriešiem, un iekļauj arī jautājumus par aizkaitināmību un agresivitāti. Šī pētījuma ietvaros uz minētās aptaujas jautājumiem atbildēja arī sievietes.

Lai gan EPDA jau ir tulkota latviešu valodā, šī pētījuma ietvaros tika uzlabots tulkojums un veikta papildu adaptācija.

Pētījumos par zīdaiņa temperamentu tiek ieteikts izmantot vairāk nekā tikai viena novērtētāja atbildes. Tas ir ņemts vērā šajā pētījumā. Bērna temperamentu izvērtē abi vecāki. Tāpat ir ļoti neliels skaits pētījumu, kur mazuļu temperaments pirmajā gadā tiktu izvērtēts atkārtoti un pirmais mērījums veikts tik agrā vecumā. Šajā pētījumā tika izmantota mūsdienīgākā zīdaiņa temperamenta aptauja, ar kuru bērna temperamentu abi vecāki izvērtēja triju un sešu mēnešu vecumā. Aptaujas adaptācija latviešu valodā ir ieguldījums šīs aptaujas aprobācijā dažādās kultūrās. Kā novitāti var minēt arī to, ka prognožu modeļi tika veidoti, izmantojot gan atsevišķi māšu un tēvu novērtētos zīdaiņa negatīvās emocionalitātes rādītājus, gan tika veidoti prognožu modeļi, kuros tika iekļauts abu vecāku kopīgs negatīvās emocionalitātes rādītājs.

Pētījumam ievākto datu apjoms ir ļoti liels, un promocijas darba ietvaros tie analizēti tikai daļēji. Šos datus var turpināt analizēt un izmantot turpmākos pētījumos.

Pētījuma ierobežojumi. Kā galveno pētījuma ierobežojumu var uzskatīt to, ka depresijas simptomu mērīšanai visos mērījumu punktos tika izmantotas pašnovērtējuma aptaujas, nevis klīniskā intervija. Arī zīdaiņa temperamenta mērīšanai tika izmantotas aptaujas, kurās vecāki izvērtē sava bērna uzvedību; nav izmantoti novērojumi vai laboratorijas mērījumi.

Būtisks pētījuma ierobežojums ir tas, ka atbildes tika sniegtas interneta vidē, tāpēc nebija iespējams kontrolēt, vai pāri, sniedzot atbildes, savā starpā neapspriežas. Tāpat var būt iespējams, ka longitudinālā pētījumā, vairākas reizes atbildot uz vieniem un tiem pašiem jautājumiem, respondenti iemācās atbildes vai arī pietiekami neiedziļinās, atbildot uz jautājumiem, uz kuriem atbildējuši pirms dažiem mēnešiem. Pēc bērna piedzimšanas vecākiem var būt ļoti maz laika, un motivācija atbildēt uz jautājumiem var pazemināties, kas var sekmēt nepārdomātu atbilžu sniegšanu.

Vēl viens ierobežojums, kas ir saistīts ar atbilžu sniegšanu interneta vidē, ir tas, ka nebija iespējams nodrošināt respondentu anonimitāti. Respondentiem tika izskaidrots konfidencialitātes princips, kā arī tas, ka netiks analizētas respondentu individuālās atbildes, tomēr var būt iespējams, ka respondenti sniedza sociāli vēlamas atbildes. Nākotnē, veicot līdzīgus pētījumus, būtu svarīgi informāciju ievākt frontāli.

Kā vēl vienu pētījuma ierobežojumu var minēt viendabīgo izlasi, ko var uzskatīt par zema riska grupu. Respondenti kopumā bija ar augstu izglītības līmeni, nebija maznodrošināti, bija pilngadīgi, lielākajai daļai grūtniecība bija plānota, pētījuma laikā ģimenēs nebija bijuši vairāk par diviem kritiskiem notikumiem. Nākotnē būtu svarīgi veidot lielas izlases, kurās tiktu iekļauti respondenti no dažādām riska grupām, lai šīs izlases būtu reprezentatīvas.

Turpmāk būtu svarīgi veikt līdzīgus pētījumus, iekļaujot mērījumu punktus no grūtniecības sākuma līdz bērna pirmā dzīves gada beigām vai ilgāk, lai varētu izpētīt vecāku depresijas simptomu dinamiku un to mijiedarbību ar bērna temperamentu ilgākā laikposmā. Tāpat būtu ieteicams, veidojot līdzīgus pētījumus, aptaujāšanu veikt individuāli, iekļaujot klīniskās intervijas, un zīdaiņa temperamenta izvērtēšanai izmantot arī novērojumus.

Pētījuma rezultātu praktiskais pielietojums. Pirmkārt, šī pētījuma rezultāti var būt būtiski, lai sabiedrībā aktualizētu jautājumus par grūtniecības un pēcdzemdību laika emocionālajiem sarežģījumiem mātēm un arī tēviem un mazinātu stereotipus par šo laiku kā tikai laimīgu, kā arī mazinātu stigmatizāciju, kas raksturīgi tādiem emocionālajiem traucējumiem kā depresija. Pētījuma rezultātus var izmantot publikāciju veidošanai dažādos plašsaziņas līdzekļos, lai izglītotu vecākus.

Pētījumā iegūtie rezultāti var tikt plaši izmantoti darbā ar grūtniecēm, viņu partneriem un vecākiem pēc bērna piedzimšanas, kā arī var būt pamats, lai nākotnē izstrādātu un ieviestu

praktiskus ieteikumus grūtnieču aprūpes uzlabošanā, lai vairāk pievērstu uzmanību ne tikai grūtniecības fizioloģiskajām, bet arī emocionālajām norisēm, kā arī vairāk uzmanības pievērstu topošo un jauno tēvu izjūtām.

Šī pētījuma rezultāti var būt pamats izglītojoša materiāla sagatavošanai profesionāļiem un vecākiem par depresijas simptomiem topošajiem un jaunajiem vecākiem, kā arī par to, kā mātes emocionālais stāvoklis grūtniecības laikā var atsaukties uz mazuļa temperamenta attīstību pirmajos mēnešos pēc piedzimšanas. Arī zīdaiņa temperaments ir jēdziens, par kuru Latvijas sabiedrība joprojām nav pietiekami plaši informēta, jo mūsu valstī šajā jomā pētniecība tikai sākas. Pētījuma rezultāti ļauj paplašināt zināšanas par agrīnām zīdaiņa temperamenta izpausmēm, par to, kā tās mijiedarbojas ar vecāku emocionālo stāvokli pirmajos mēnešos pēc bērna piedzimšanas. Būtu vēlams arī vairāk stāstīt vecākiem par to, kā bērna negatīvā emocionalitāte var iespaidot vecāku sajūtas, mācīt vecākus, kā pazīt dažādas mazuļa temperamenta izpausmes. Zināšanas par to, ka mazuļi uzvedas dažādi, ka viņu temperaments atšķiras jau tūlīt pēc piedzimšanas, var vecākiem palīdzēt labāk pieņemt sava mazuļa temperamenta iezīmes un veidot sekmīgāku mijiedarbību ar viņu.

Pētījuma vajadzībām tulkotās un adaptētās aptaujas var izmantot turpmākos pētījumos, kā arī kā instrumentu psihologu darbā ar klientiem. Pētījuma rezultāti var tikt izmantoti gan psihologu, gan vecmāšu, pediatru un ģimenes ārstu ikdienas darbā, strādājot ar topošajiem un jaunajiem vecākiem.

Nobeigums

Promocijas darba mērķis bija longitudināli izpētīt depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta dinamiku vecākiem grūtniecības pēdējā trimestrī, trīs un sešus mēnešus pēc dzemdībām; zīdaiņu temperamenta atšķirības triju un sešu mēnešu vecumā, dzimumatšķirības depresijas simptomu izteiktībā, kā arī mātes un tēva depresijas simptomu saistību ar zīdaiņa temperamenta rādītājiem un izjusto sociālo atbalstu.

Darbā tika veikta plaša literatūras analīze, gan atsevišķi aplūkojot teorētiskos modeļus par depresiju kā vienu no izplatītākajiem emocionālajiem traucējumiem, gan tieši perinatālajā periodā, par bērna temperamenta mūsdienu teorijām un sociālā atbalsta teorētiskajiem modeļiem. Tika analizēti pētījumi par māšu un tēvu depresijas simptomu saistību ar zīdaiņa temperamentu un sociālā atbalsta pieejamību. Šobrīd joprojām ir maz pētījumu, kuros noskaidrotu bērnu temperamenta un vecāku depresijas mijiedarbību bērna pirmajos dzīves mēnešos, un netika atrasts pētījums, kurā būtu mēģināts noskaidrot, kā bērna temperamenta iezīme – negatīvā emocionalitāte – prognozē gan māšu, gan tēvu depresijas simptomus un otrādi, kā māšu un tēvu depresijas simptomi prognozē bērna temperamentu.

Pētījumā tika izvirzīti vairāki jautājumi gan par to, kā laika gaitā mainās vecāku depresijas simptomu un izjustā sociālā atbalsta izteiktība, gan par to, kā vecāki novērtē sava bērna agrīnās temperamenta iezīmes. Tika izvirzīts jautājums par saistību starp depresijas simptomiem un bērna temperamenta iezīmēm un sociālā atbalsta līmeni mātēm un tēviem. Vēl tika noskaidrotas atbildes uz jautājumiem par to, vai bērna negatīvā emocionalitāte (gan mātes un tēva novērtējumā, gan abu vecāku kopējā novērtējumā) prognozē depresijas simptomus mātēm un tēviem, kā arī par to, vai mātes un tēva depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti longitudināla pētījuma ietvaros.

Šī pētījuma secinājumi ir vairāki. Mātes savu bērnu pašregulācijas spējas novērtē kā augstākas nekā tēvi triju un sešu mēnešu vecumā, un savu bērnu negatīvo emocionalitāti un reaktivitāti sešu mēnešu vecumā mātes un arī tēvi novērtē kā augstāku nekā triju mēnešu vecumā.

Pētījumā iegūtie rezultāti ļauj secināt, ka mātēm visos trijos mērījuma posmos ir augstāki depresijas simptomi nekā tēviem neatkarīgi no tā, ar kādu aptauju simptomi mērīti, bet grūtniecības trešajā trimestrī izjustā sociālā atbalsta līmenis ir augstāks nekā tēviem.

Pētījuma rezultāti parāda, ka mātēm depresijas simptomi grūtniecības trešajā trimestrī ir izteiktāki, nekā pēc bērna piedzimšanas, bet tēviem depresijas simptomi ir nemainīgi laikā no partneres grūtniecības trešā trimestra līdz bērna sešu mēnešu vecumam. Tāpat izjustā sociālā atbalsta līmenis gan mātēm, gan tēviem šajā laikposmā ir stabils.

Pētījuma rezultāti parāda saistību starp depresijas simptomiem un izjusto sociālo atbalstu un depresijas simptomiem un bērna temperamentu gan mātēm, gan tēviem.

Galvenie pētījuma secinājumi ir, ka mātes depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti gan triju, gan sešu mēnešu vecumā, un tēva depresijas simptomi prognozē bērna negatīvo emocionalitāti sešu mēnešu vecumā. Un otrādi, bērna negatīvā emocionalitāte prognozē depresijas simptomus mātēm un tēviem sešus mēnešus pēc bērna piedzimšanas. Var secināt, ka gan bērna negatīvā emocionalitāte sekmē vecāku depresijas simptomu attīstību, gan vecāku depresijas simptomi sekmē bērna negatīvās emocionalitātes attīstību. Parādās nelielas atšķirības prognozēs atkarībā no tā, vai kā prognozējošais vai prognozējamais lielums tiek lietots bērna negatīvās emocionalitātes novērtējums, ko veikusi atsevišķi māte un tēvs, vai tas ir abu vecāku kopējs bērna temperamenta novērtējums. Šādas atšķirības būtu jāturpina pētīt un analizēt turpmākos pētījumos.

Pētījuma rezultāti paplašina izpratni par vecāku depresijas simptomu un bērna temperamenta mijiedarbību. Ir vispāratzīts, ka bērna veselīga fiziskā un arī emocionālā attīstība ir atkarīga no viņa aprūpētājiem. Vecāku depresija var ietekmēt attiecības ar bērnu, vājināt vecāku spējas regulēt zīdaiņa emocionālo stāvokli un sekmēt turpmāku negatīvās emocionalitātes attīstību.

Savukārt arī vecāku emocionālā labsajūta var būt atkarīga no bērna jau pirmajos mēnešos pēc viņa piedzimšanas. Ja mazulis daudz raud, ir nemierīgs un prasīgs, vecāki var izsīkt, gūt mazāk prieka no saskarsmes ar bērnu un pat sajūst depresijas simptomus. Turklāt tas attiecas ne tikai uz māti kā bērna galveno aprūpētāju, bet arī uz tēvu. Mūsdienās arvien vairāk tēvu iesaistās mazuļa aprūpē un audzināšanā, kļūst mazulim emocionāli pieejamāki, un varētu domāt, ka arī emocionāli jūtīgāki pret mazuļa uzvedību. Depresijas simptomi perinatālajā periodā ir samērā stabili, un ir būtiski tos agrīni pamanīt un sniegt palīdzību vecākiem, kuri izjūt šos traucējumus.

Šī pētījuma rezultāti ir ieguldījums līdzšinējo pētījumu kontekstā, lai labāk izprastu bērna agrīno temperamenta attīstību un kā tas saistās ar mātes un tēva depresijas simptomiem. Var uzskatīt, ka darbā izvirzītais mērķis ir sasniegts.

Izmantotās literatūras saraksts

- Alfonso, D., Lovett, S., Paul, S., Sheptak, S. (1990). A standardized interview that differentiates pregnancy and postpartum symptoms from perinatal clinical depression. *Birth, 17* (3), 121–130.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lepine, J., P., Mendelwitz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression: Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 252* (5), 201–209.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin, 121*, 417–436.
- Atella, L. D., DiPietro, J. A., Smith, B. A., St. James-Roberts, I. (2003). More than meets the eye: Parental and infant contributions to maternal and paternal reports of early infant difficultness. *Parenting: Science & Practice, 3* (4), 265–284.
- Austin, M. P., Hadzi-Pavlovic, D., Leader, L., Saint, K., & Parker, G. (2005). Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: Relationships with infant temperament. *Early Human Development, 81* (2), 183–190.
- Banti, S., Mauri, M., Oppo, A., Borri, C., Rambelli, C., Ramacciotti, D., et al. (2011). From the third month of pregnancy to 1 year postpartum, Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression – Research & Screening unit study. *Comprehensive Psychiatry, 52* (4), 343–351.
- Barnes, M. L., & Sternberg, R. J. (1989). Social intelligence and decoding of nonverbal cues. *Intelligence, 13*, 263–287.
- Barnett, B., Fowler, C., & Glossup, P. (2004). *Caring for the family's future: A practical guide to identification and management of perinatal anxiety and depression*. (3rd ed.). Sydney, Australia: Bryanne Barnett.
- Barone, D., Maddux, J. E., & Snyder, C. R. (1997). Social cognitive psychology: *History and current domains*. New York: Plenum.
- Barr, R. G., (1990). The normal crying curve: What do we really know? *Developmental Medicine and Child Neurology, 32* (4), 356–362.
- Barr, R. G. & Gunnar, M. (2000). Colic: The transient responsivity hypothesis. In R. H. Barr, B. Hopkins & Green, J. H. (Eds.), *Crying as a sign, a symptom and a signal*, (pp. 41–66). London: Mac Keith Press.

- Barrera, M., Jr. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology, 14*, 413–445.
- Bates, J. E. (1989). Concepts and measures of temperament. In G. A. Kohnstamm & J. E. Bates (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 3–26). New York: Wiley.
- Bayly, B., & Gartstein, M. (2013). Mother's and father's reports on their child's temperament: Does Gender matter? *Infant Behavior & Development, 36* (1), 171–175.
- Beck, A. T. (1967). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Beck anxiety inventory manual*. San Antonio: Harcourt Brace and Company.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II Beck Depression Inventory -2nd edition. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, C. T. (1996a). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res, 45* (5), 297–303.
- Beck, C. T. (1996b). A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament. *Nursing Research, 45* (4), 225–230.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res, 50* (5), 275–85.
- Beck, C. T. (2002). Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implications. *The American Journal of Maternal and Child Nursing, 27* (5), 282–287.
- Beck, C.T. (2006). Postpartum depression: It isn't just the blues. *Am J Nurs, 106*, 40–50.
- Belsky, J., Pluess, M. (2009). Beyond Diathesis stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychol Bull, 135* (6), 885–908.
- Bennet, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy; Systematic Review. *Obstet Gynecol, 103* (4), 698–709.
- Bennett, S. S. & Indman, P. (2003). *Beyond the Blues: A Guide to understanding and Treating Prenatal and Postpartum Depression*. San Jose, CA: Moodswings Press.
- Bergman, D., & Eskalona, S. K. (1949). Unusual sensitivities in very young children. *Study of the Child, 3 / 4*, 333–352.
- Berle, J. Ø., Aarre, T. F., Mykletun, A., Dahl, A. A., & Holsten, F. (2003). Screening for postnatal depression validation of the norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders, 76*, 151-156.
- Bloch, M., Daly, R. C., & Rubinov, D. R. (2003). Endocrine factors in the etiology of

- postpartum depression. *Compr Psychiatry*, 44, 234–46.
- Bolger, N., Zuckerman, A., & Kessler, R. C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (6), 953–961.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92 (3), 458–475.
- Bosworth, H. B., Steffens, D. C., Kuchibhatla, M. N., Jiang, W. J., Arias, R. M., O'Connor, C. M., & Krishnan, K. R. R. (2000). The relationship of social support, social networks and negative events with depression in patients with coronary artery disease. *Aging and Mental Health*, 4 (3), 253–258.
- Bowen, A., & Muhajarine, N., (2006). Antenatal depression. *Can Nurse*, 102 (9), 26–30.
- Boukydis, C., & Burgess, R. (1982). Adult physiological responses to infant cries: Effects of temperament of infant, parental status, and gender. *Child Development*, 53 (5), 1291–1298.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Boyce, P., Condon, J., Barton, J., & Corkindale, C. (2007). First-Time Fathers' Study: Psychological Distress in Expectant Fathers During Pregnancy. *Aust N Z J Psychiatry*, 41 (9), 718–725.
- Bradley, R., & Slade, P. (2011). A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29 (1), 19–42.
- Braungart-Rieker, J. M., Hill-Soderlund, A. L., & Karras, J. (2010). Fear and anger reactivity trajectories from 4 to 16 months: The roles of temperament, regulation, and maternal sensitivity. *Developmental Psychology*, 46 (4), 791–804.
- Brisette, I., Cohen, S., & Seeman, T. E. (2000). Measuring social integration and social networks. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gotlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention* (pp. 53–85). New York: Oxford University Press.
- Bronte-Tinkew, J., Moore, K. A., Matthews, G., Carrano, J., (2007). Symptoms of major depression in a sample of fathers of infants: sociodemographic correlates and links to father involvement. *Journal of Family Issues*, 28 (1), 61–99.
- Buss, A. H., & Plomin, R. (1984). *Early developing personality traits*. Hisdale, NY; Erlbaum.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: Five year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25, 453–463.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., Thisted, R. A. (2006). Loneliness

- as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21 (1), 140–151.
- Cairney, J., Boyle, M., Offord, D. R., Racine, Y. (2003). Stress, social support and depression in single and married mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38 (8), 442–449.
- Campbell, S. B., Brownell. C. A., Hungerford, A., Spieker, S. J., Mohan, R., & Blessing, J. S. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology*, 16 (2), 231-252.
- Carey, W. B., McDevitt, S. C. (1978). Revision of the infant Temperament Questionnaire. *Pediatrics*, 61 (5), 735–739.
- Carranza, J. A., Perez-Lopez, J., Gonzalez, C., & Martinez-Fuentes, M. T. (2000). A longitudinal study of temperament in infancy: Stability and convergence of measures. *European Journal of Personality*, 14, 21–37.
- Casalin, S., Luyten, P., Vliegen, N., & Meurs, P. (2012). The structure and stability of temperament from infancy to toddlerhood: A one-year prospective study. *Infant Behavior & Development*, 35, 94–108.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107–123.
- Castle, H., Slade, P., Barranco-Wadlow, M., Rogers, M. (2008). Attitudes to emotional expression, social support and postnatal adjustment in new parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26, 180–194.
- Caspi, A., & Shiner, R., L. (2006). Personality development. In W. Damon & R. Lerner (Series Eds.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (Vol. 3, 6th ed., pp. 300–365). New York: Wiley.
- Caspi, A., & Shiner, R. L. (2012). Temperament and the development of personality traits, adaptations and narratives. In M. Zentner & R., L. Shiner (Eds.), *Handbook of temperament* (pp. 497–516). New York, London: The Guilford Press.
- Chaudron, L., H., Kitzman, H., Szilagyi, P., G., Sidora-Arcoleo, K., Anson, E. (2006). Changes in maternal depressive symptoms across the postpartum year at well child care visits. *Ambulatory Pediatrics*, 6 (4), 221–224.
- Chaudron, L., H. & Pies, R., W. (2003). The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry*, 64 (11), 1284–1292.
- Clark, L. A., & Watson, D. (2008). Temperament: An organizing paradigm for trait psychology. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and*

- Research (pp. 265–286).
- Cobb, C. (1976). Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300–314.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676–684.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention*. Oxford University Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310–357.
- Cohran, S. V., & Rabinowitz, F. E. (2000). *Men and depression: Clinical and empirical perspectives*. San Diego, CA: Academic Press.
- Cole, P. M., LeDonne, E. N., & Tan, P. Z. (2013). A longitudinal examination of maternal emotions in relation to young children's developing self-regulation. *Parenting: Science and Practice*, 13, 113–132.
- Condon, J. T., Boyce, P., & Corkindale, C. J. (2004). The first-time fathers study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Aust N Z J Psychiatry*, 38 (1–2), 56–64.
- Condon, J. T. (2006). What about dad? Psychosocial and mental health issues for new fathers. *Australian Family Physician*, 35, (9), 690–692.
- Corwin, E. J., Kohen, R., Jarrett, M., & Stafford, B. (2010). The heritability of postpartum depression. *Biological Research for Nursing*, 12 (1), 73–83.
- Cox, J. L. (1999). Perinatal mood disorders in a changing culture. A Transcultural European and African perspective. *International Review of Psychiatry*, 11 (2–3), 103–110.
- Cox, J. L., & Holden, J. (2003). *Perinatal mental health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. London: Gaskell.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, Suppl, 150, 782–786.
- Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration, and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry*, 163, 27–31.
- Coyle, D., Roggman, L., & Newland, L. (2002). Stress, maternal depression and negative mother–infant interactions in relation to infant attachment. *Infant Mental Health Journal*, 23 (1–2), 145–163.
- Cronenwett, L. R., Kunst-Wilson, W. (1981). Stress, social support, and the transition to fatherhood. *Nurs Res*, 30 (4), 196–201.

Centrālais statistikas birojs.

http://data.csb.gov.lv/pxweb/lv/Sociala/Sociala_ikgad_ienemumi/II0040_euro.px/table/tableViewLayout1/?rxid=ce8aac91-f2b0-4f13-a25d-29f57b1468fb, izgūts 06.10.2014.

- Cutrona, C. E. (1990). Stress and Social Support – in Search of Optimal Matching. *Journal of Social and Clinical Psychology, 9* (1), 3–14.
- Cutrona, C. E., & Russel, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Towards theory of optimal matching. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 319–366). New York: Wiley.
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Development, 57* (6), 1507–1518.
- Darwin, C. (1871 / 1952). *The origin of the species. The descend of man*. Chicago: Encyclopaedia Britannica.
- Davé, S., Nazareth, I., Sherr, L., & Senior, R. (2005). The association of paternal mood and infant temperament: a pilot study. *British Journal of Developmental Psychology, 23* (4), 609–621.
- Davey, S. J., Dziurawiec, S., O'Brien-Malone, A. (2006). Men's voices: postnatal depression from the perspective of male partners. *Qualitative Health Research, 16* (2), 206–220.
- Davidson, K. (2006). Historical aspects of mood disorders. *Psychiatry, 5* (4), 115–118.
- Davis, R. N., Davis, M. M., Freed, G. L., & Clark, S. J. (2011). Fathers' depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. *Pediatrics, 127*, 612–618.
- Deater-Deckard, K., Pickering, K., Dunn, J. F., Golding, J., & The Avon Longitudinal Study of Parents Children. (1998). Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child. *American Journal of Psychiatry, 155* (6), 818–823.
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: The needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth, 8*, 30.
- Deng, A. W., Xiong, R. B., Jiang, T. T., Luo, Y. P., & Chen, W. Z. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum depression in a population – based sample of women in Tangxia Community, Guangzhou. *Asian Pacific Journal of Tropic Medicine, 244–249*.
- Dennis, C. L. (2014). Psychosocial interventions for the treatment of perinatal depression. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 28*, 97–111.
- Diamond, S. (1974). *The roots of psychology: A sourcebook in the history of ideas*. New York: Basic Books.

- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200-209.
- Dobson, K. S. & Dozois, D. J. A. (2008). Assessing Risk and Resilience Factors in Models of Depression. In K. Dobson & D. Dozois (Eds.). *Risk Factors in Depression* (pp. 1-16). Amsterdam: Elsevier.
- Don, B. P. & Mickelson, K. D. (2012). Paternal postpartum depression: The role of maternal postpartum depression, spousal support, and relationship satisfaction. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1 (4), 323-334.
- Donovan, W., Leavitt, L. & Walsh, R. (1998). Conflict and depression predict maternal sensitivity to infant cries. *Infant Behavior and Development*, 21, 505-517.
- Dunn, J., & Kendrick, C. (1982). Temperamental differences, family relationships, and young children's response to change within the family. *Ciba Found Symp*, 89, 87-105.
- Dunkel Schetter, C. & Brooks, K. (2009). The nature of social support. In Harry T. Reis and Susan Sprecher (Eds.), *Encyclopedia of Human Relationships*. Thousand Oaks, Ca: Sage
- Durkheim, E. (1897 / 1951). *Suicide: A study in sociology*. J. Spaulding & G. Simpson (Trans.). New York: Free Press.
- Eastwood, J. G., Jalaludin, B. B., Kemp, L. A., Phung, H. N., & Barnett, B. E. V. (2012). Relationship of postnatal depressive symptoms, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross – sectional study. *Pregnancy and Childbirth*, 12, 148.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Opjordsmoen, S., & Samuelsen, S. O. (2001). Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 104 (4), 243-249.
- Edhborg, M., Seimyr, L., Lundh, W., & Windström, A. M. (2000). Fussy child – difficult parentood? Comparisons between families with a “depressed” mother and non-depressed mother 2 months postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18 (3), 225-238.
- Edge, E., Timur, S., Zincir, H., Geckil, E., & Sunar-Reeder, B. (2008). Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *Journal of Obstetric & Gynaecologic Research*, 34 (4), 585-593.
- Edhborg M., Lundh, W., Seimyr, L., & Widström A. M. (2003). The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. *Arch Womens Ment Health*, 6 (3), 211-216.
- Edmonson, O. J. H., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E. & Ramchandani, P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *J Affect Disord*, 125 (1-3), 365-368.

- Emmanuel, E., Creedy, D., St. John, W., Gamble, J., & Brown, C. (2008). Maternal role Development following childbirth among Australian women. *Journal of Advanced nursing*, 64 (1), 18–26.
- Enfoux, A., Courtois, R., Duijsens, I., Reveillere, C., Senon, J. L., Magnin, G., et al. (2013). Comorbidity between personality disorders and depressive symptomatology in women: A cross – sectional study in three different transitional life stages.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129–136.
- Escalona, S. K. (1968). *The roots of individuality: Normal patterns of development in infancy*. Chicago: Aldine.
- Evans, M., Donelle, L., & Hume-Loveland, L. (2012). Social support and online postpartum depression discussion groups: a content analysis. *Patient Educ Couns*, 87 (3), 405 – 410.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior Development*, 33 (1), 1–6.
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior and Development*, 34 (1), 1–14.
- Field, T., Diego, M., Delgado, M., & Medina, L. (2013). Yoga and social support reduce prenatal depression, anxiety and cortisol. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 17 (4), 397-403.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., & Ascencio, A. (2009). Prenatal dysthymia versus major depression effects on early mother–infant interactions: A brief report. *Infant Behavior and Development*, 32 (1), 129–131.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Contogeorgos, J., & Ascencio, A. (2006). Prenatal paternal depression. *Infant Behavior and Development*, 29 (4), 579–583.
- Fisher, J., Rowe, H., & Feekery, C. (2004). Temperament and behavior of infants aged 4–12 months on admission to a private mother–baby unit and at 1 and 6–month follow-up. *Clinical Psychologist*, 8 (1), 15–21.
- Ford, E., & Ayers, S. (2009). Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (2), 260–268.
- Forjaz, M. J. B. P. (2000). Comparative models of the impact of social support on psychological distress in cancer patients.
- Freud, S. (1917 / 1957). Mourning and Melancholia. In: J. Strachey (ed.). *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (pp. 243–248). London: Hogarth Press and institute of Psycho-analysis.

- Gable, S., Reis, H., & Downey, G. (2003). He said, she said: A quasi-signal detection analysis of daily interactions between close relationship partners. *Psychological Science, 14*, 100–105.
- Gaillard, A., Strat, Y. L., Mandelbrot, L., Keïta, H., Dubertret, C. (2014). Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Research, 215*, 341–346.
- Gao, L. L., Chan, S., & Mao, Q. (2009). Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Research in Nursing and Health, doi: 10.1002/nur20306*.
- Gao, L. L., Chan, S. W. C., Sun, K. (2012). Effects of an interpersonal–psychotherapy–oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women at 3-months follow up: randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 49*, 274–281.
- Gao, L. L., Sun, K., Chan, S. W. C. (2014). Social support and parenting self-efficacy among Chinese women in the perinatal period. *Midwifery, 30 (5)*, 532–538.
- Gartstein, M. A., & Bateman, E. (2008). Early manifestations of childhood depression: influences on infant temperament and parental depressive symptoms. *Infant and Child Development, 17 (3)*, 223–248.
- Gartstein, M. A., Bridgett, D., Rothbart, M. K., Robertson, C., Iddins, E., Ramsay, K., & Schlect, S. (2010). A latent growth examination of fear development in infancy: Contributions of Maternal depression and the risk for toddler anxiety. *Developmental Psychology, 46 (3)*, 652–668.
- Gartstein, M. A., Bridget, D. J., Young, B. N., Panksepp, J., & Power, T. (2013). Origins of Effortful control: infant and parent contributions. *Infancy, 18 (2)*, 149–183.
- Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the revised infant behavior questionnaire. *Infant Behavior & Development, 26 (1)*, 64–86.
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., et al. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ), 119*, 1–8.
- Gelfand, D. M., Teti, D. M., & Fox, C. R. (1992). Sources of parenting stress for depressed and nondepressed mothers of infants. *Journal of Clinical Child Psychology, 21 (3)*, 262–272.
- Gessell, A. (1928). *Infancy and human growth*. New York: Macmillan.
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety, and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 28*, 25–35.

- Goldsmith, H. H., & Campos, J. J. (1982). Toward a theory of infant temperament. In R. Emde & R. Harmon (Eds.), *Attachment and affiliative systems* (pp. 161–193). New York: Plenum Press.
- Goodman J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*, 45 (1), 26–35.
- Goodman, S. H. (2004). Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Journal of Obstetric Gynecological Neonatal Nursing*, 33 (4), 410–420.
- Goodman, S. H. (2007). Depression in Mothers. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 107–135.
- Gorman, L., O’Hara, M., Figueredo, B., Hayes, S., Jacquemain, M., Kammerer, M., Klier, C., Rosi, S., Seneviratne, G., Sutter-Dallay, A. & TCS–PND group. (2004). Adaptation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *British Journal of Psychiatry*, 184, 17–23.
- Gottlieb, B. H. (2000). Selecting and planning support interventions. In S. Cohen, L. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and interventions: A guide for health and social scientists* (pp. 195–220). New York: Oxford University Press.
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. New York: Oxford University Press.
- Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. (2009). Fragmented maternal sleep is more strongly correlated with depressive symptoms than infant temperament at three months postpartum. *Arch Womens Mental Health*, 12 (4), 229–237.
- Groer, M. W., & Morgan, K. (2007). Immune, Health, and endocrine characteristics of depressed postpartum mothers. *Psychoneuroendocrinology*, 32 (2), 133–139.
- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross – cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91 (2–3), 97–111.
- Hanington, L., Ramchandani, P., & Stein, A. (2010). Parental depression and child temperament: Assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behavior & Development*, 33 (1), 88–95.
- Heringhausen, J., Marcus, S., M., Muzik, M., McDonough, S. C., Flynn, H. A., Hoffman, R., et al. (2008). Neonatal sleep patterns and relationship to maternal depression. Poster presentation, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Chicago, IL.
- Heron, J., McGuinness, M., Blackmore E. R., Craddock, N., Jones, I. (2008). Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*,

115 (3), 348–353.

- Hight, N. J., Gemill, A. W., & Milgrom, J. (2011). Depression in the perinatal period: Awareness, attitudes and knowledge in the Australian population. *Aust N Z Psychiatry*, 45 (3), 223–231.
- Hobfoll, S. E. (2009). Social support. The movie. *Journal of Social and Personal Relationships. Special Issue: Social Support*, 26, 93–101.
- Holmes, J. G. (2000). Social relationships: The nature and function of relational schemas. *European Journal of Social Psychology*, 30, 447–495.
- Holt-Lunstad J., Uchino B. N., Smith T. W., Hicks A. (2007). On the importance of relationship quality: the impact of ambivalence in friendships on cardiovascular functioning. *Ann. Behav. Med.*, 33, 278–290.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Huiznik, A. C. (2012). Prenatal factors in temperament: The role of prenatal stress and substance use exposure. In M. Zentner & R. L. Shiner (Eds.), *Handbook of temperament* (pp. 297–315). New York: Guilford Press.
- Hung, C. H. (2004). Predictors of postpartum women's health status. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (4), 345–351.
- Hupcey, J. E. (1998). Social support: Assessing conceptual coherence. *Qualitative Health Research*, 8 (3), 304–318.
- Ibara-Rovillard, M. S., Kuiper, N. A. (2011). Social support and social negativity findings in depression: Perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clinical Psychology Review*, 31, 342–352.
- Iles, J., Slade, P., & Spiby, H. (2011). Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: the role of partner support and attachment. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (4), 520–530.
- Jeong, H. G., Lim, J. S., Lee, H. S., Kim, S. H., Jung, I. K., & Joe, S. H. (2013). The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. *Gen Hosp Psychiatry*, 35 (4), 354 – 358.
- Joiner, T. E., & Katz, J. (1999). Contagion of depressive symptoms and mood: Meta-analytic review and explanations from cognitive, behavioral, and interpersonal viewpoints. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6 (2), 149–164.
- Johnson, M. H., Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (1991). Components of visual orienting in early infancy: Contingency learning anticipatory looking and disengaging. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 3 (4), 335–344.
- Kagan, J. (1988). Temperamental contributions to social behaviour. *American Psychologist*,

44 (4), 668–674.

- Kagan, J. (2003). Biology, context, and developmental inquiry. *Annual Review of Psychology*, 54, 1–23.
- Kazarian, S. S. & McCabe, S. B. (1991). Dimensions of social support in the MSPSS: Factorial structure, reliability, and theoretical implications. *Journal of Community Psychology*, 19 (2), 150–160.
- Kendell, R. E., Wainwright, S., Hailey, A., Shannon, B. (1976). The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychol Med*, 6 (2), 297–302.
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O. et al. (2006). A swedish national twin study of lifetime major depression. *American Journal of Psychiatry*, 163, 109-114.
- Kerstis, B., Engström, G., Edlund, B., & Aarts, C. (2013). Association between mothers' and fathers' depressive symptoms, sense of coherence and perception of their child's temperament in early parenthood in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41 (3), 233–239.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., Wang, P. S., & National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). (2003). The Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS- R). *Journal of the American Medical Association*, 289 (23), 3095–3105.
- Kiehl, E. M., & White, M. A. (2003). Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and the United States. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (2), 96–103.
- Kilmartin, C. (2005). Depression in men: Communication, diagnosis and therapy. *Journal of Men's Health & Gender*, 2 (1), 95–99.
- Klainin, P., & Arthur, D. G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: a literature Review. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (10), 1355–1373.
- Kulinska, M. (2006). Pēcdzemdību depresijas saistība ar priekšstatu par māti bērņībā un pieaugušo vecumā (nepublicēts materiāls).
- Lakey, B., & Cassady, P. B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 337–343.
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support theory and selecting measures of social support. In S. Cohen, L. U. Gordon & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social Support Measurement and Interventions: A Guide for Health and Social Scientists* (pp. 29–52). NY: Oxford.
- Lakey, B., & Cronin, A. (2008). Low social support and major depression: Research, theory and methodological issues. In K. S. Dobson, & D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 385–408). Amsterdam: Academic Press.

- Lahey, B., & Drew, J. B. (1997). A social-cognitive perspective on social support. In G. R. Pierce, B. Lahey, I. G. Sarason, & B. R. Sarason, (Eds.), *Sourcebook of social support and personality* (pp. 107–140). New York: Plenum.
- Lancaster, C. A., Gold, J., Flynn, A. H., Yoo, H., Marcus, S. M., Davis, M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *202* (1), 5–14.
- Lau, Y. (2011). A longitudinal study of family conflicts, social support, and antenatal depressive symptoms among Chinese women. *Archives of Psychiatry Nursing*, *25* (3), 206–219.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G. (2007). Postnatal depression: Prevalence, mothers perspectives, and treatments. *Archives of Psychiatric Nursing*, *21* (2), 91–100.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2011). Postnatal depression in first time mothers: Prevalence and relationships between functional and structural social support at 6 and 12 weeks postpartum. *Archives of Psychiatric Nursing*, *25* (3), 174–184.
- Lee, D., Alexander, S. K., Chiu, H. & Chung, T. (2000). Screening for postnatal depression using the double-test strategy. *Psychosomatic medicine*, *62* (2), 258–263.
- Leerkes, E., & Crockenberg, S. (2003). The impact of maternal characteristics and sensitivity on the concordance between maternal reports and laboratory observations of infant negative emotionality. *Infancy*, *4* (4), 517–539.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMS Psychiatry*, *8*, 24.
- Letourneau, N., Dennis, C.-L., Benzie, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P. D., & Watson, W. (2012). Postpartum depression is a family affair: Addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues in Mental Health Nursing*, *33*, 445–457.
- Levant, R. F., & Pollak, W. S. (Eds.) (1995). *A new psychology of men*. New York: Basic Books.
- Liou, S., Wang, P., & Cheng, C. (2014). Longitudinal study of perinatal maternal stress, depressive symptoms and anxiety. *Midwifery*, *30* (6), 795–801.
- Madsen, S. A., & Juhl, T. (2007). Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *The Journal of Men's Health & Gender*, *4* (1), 26–31.
- Magovcevic, M., & Addis, M. M. (2008). The Masculine Depression Scale: Development and Psychometric Evaluation. *Psychology of Men & Masculinity*, *9* (3), 117–132.
- Malik, N. M., Boris, N. W., Heller, S. S., Harden, B. J., Squires, J., & Chazan-Cohen, R. (2007). Risk for maternal depression and child aggression in Early Head Start families: A test of

- ecological models. *Infant Mental Health Journal*, 28, 171–191.
- Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 16 (1), 15–22.
- Markus, H. (1977). Self-schemas and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63–78.
- Marroquín B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review*, 31 (8), 1276–1290.
- Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women. Analysis of the National comorbidity survey replication. *JAMA Psychiatry*, 70 (10), 1100–1106.
- Martins, C., & Gaffan, E. A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant–mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 737–746.
- Martire, L. M., Stephens, M. A. P., Druley, J. A., & Wojno, W. C. (2002). Negative reactions to received spousal care: Predictors and consequences of miscarried support. *Health Psychology*, 21 (2), 167–176.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74 (2), 139–147.
- Matthey, S., Barnett, B., & Kavanagh, D. J. (2001). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Disorders*, 64 (2–3), 175–184.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60 (2), 75–85.
- McCourt C., Percival P. (2000). Social support in childbirth. In: L. A. Page (Ed.), *The new midwifery science and sensitivity in practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- McGrath, J. M., Records, K., & Rice, M. (2008). Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant Behavior & Development*, 31 (1), 71–80.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self & society from the standpoint of a social behaviorist*. In C. W. Morris (Ed.). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Metzer-Brody, S., & Stuebe, A. (2014). The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Practice & Research Clinical Obstetric and Gynaecology*, 28, 49–60.
- Mertesacker, B., Bade, U., Haverkock, A., & Pauli-Pott, U. (2004). Predicting maternal reactivity / sensitivity: The role of infant emotionality, maternal depressiveness / anxiety,

- and social support. *Infant Mental Health Journal*, 25 (1), 47–61.
- Mezulis, A. M., Hyde, J. S., & Clark, R. (2004). Father involvement moderates the effect of maternal depression during child's infancy on child behavior problems in kindergarten. *Journal of Family Psychology*, 18 (4), 575–588.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Biltszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postpartum depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108 (1–2), 147–157.
- Milgrom, J., Martin, P. R., Negri, L. M. (1999). *Treating Postnatal Depression: A Psychological Approach for Health Care Practitioners*. John Willey & Sons Ltd.
- Milgrom, J., Westley, D. T., & Gemmill, A. (2004). The mediating role of maternal responsiveness in some longer term effects of postnatal depression on infant development. *Infant Behaviour & Development*, 27, 443–454.
- Möller-Leimkühler, A. M., Bottlender, R., Strauss, A., & Rutz, W. (2004). Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression? *Journal of Affective Disorders*, 80 (1), 87–93.
- Murray, L., Stanley, C., Hooper, R., King, F., & Fiori-Cowley, A. (1996). The role of infant factors in postnatal depression and mother–infant interactions. *Dev Med Child Neurol*, 38 (2), 109–119.
- Muzik, M. (2010). S07 – 02 - Maternal perinatal depression: impact on infant emotion regulation and later toddler behavior problems. *European Psychiatry, Suppl. 1* (25), 58.
- Najman, J. M., Andersen, M. J., Bor, V., O'Callaghan, M. J., & Williams, G. M. (2000). Postnatal Depression – Myth and Reality: Maternal Depression Before and After the Birth of a Child. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (1), 19–27.
- Nestler, E. J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., Gold, S. J., & Monteggia, L. M. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34 (1), 13–25.
- Newsom, J. T. (1999). Another side to caregiving: Negative reactions to being helped. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 183–187.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10 (5), 173–176.
- Nolen-Hoeksema, S., Hilt, L. M. (2009). Gender differences in depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (2nd ed., pp. 386–404). New York, NY, USA: Guilford Press.
- Nurullah, A. S. (2012). Received and provided social support: A review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, 27 (2), 173–188.
- O'Hara, M. W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and

- puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 43, 569–573.
- O’Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., Wright, E. J. (1991). Prospective Study of Postpartum Blues. *Arch Gen Psychiatry*, 48 (9), 801–806.
- O’Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8 (1), 37–54.
- O’Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H., & Wright, E. J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (1), 3–15.
- O’Hara, M. W., Wisner, K. L., Asher, N., & Asher, H. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical obstetrics and Gynaecology* 28, 3 – 12.
- Oliffe, J. L., & Phillips, M. J. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *Journal of Men’s Health*, 5 (3), 194–202.
- Overmier, J. B., & Seligman, M. E. P. (1967). Effects of inescapable shock on subsequent escape and avoidance learning. *J Comp Physiol Psychol*, 63, 28–33.
- Panksepp, J. (1993). Neurochemical control of moods and emotions. Amino acids to neuropeptides. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 87–107). New York: Guilford Press.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Panzarella, C., & Alloy, L. B., Whitehouse, W. G. (2006). Expanded hopelessness theory of depression: On the mechanisms by which social support protects against depression. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 307–333.
- Parade, S.H. & Leerkes, E.M. (2008). The reliability and validity of the Infant Behavior Questionnaire-Revised. *Infant Behavior & Development*, 31, 637-646.
- Pauli-Pott, U., Mertesacker, B., Beckmann, D. (2000). Predicting the development of infant emotionality from maternal characteristics. *Development and Psychopathology*, 16 (1), 19–42.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. A meta-analysis. *JAMA*, 303 (19), 1961–1969.
- Paulson, J. F., Dauber, S., & Leiferman, A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, 118 (2), 659–668.
- Paulson, J. F., & Leiferman, J. A. (2011). Parental depression, relationship quality, and nonresidential father involvement with their infants. *Journal of Family Issues*, 32 (4),

528–549.

- Paykel, E. S., Abbott, R., Morriss, R., Hayhurst, H., & Scott, J. (2006). Sub – syndromal and syndromal symptoms in the longitudinal course of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry, 189*, 118–123.
- Perren, S., von Wyl, A., Bürgin, D., Simoni, H., & Klitzing, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 26* (3), 173–183.
- Peterson, R. E., Latendresse, S. J., Bartholome, L. T., Warren, C. S., & Raymond, N. C. (2012). Binge-eating disorder mediates links between symptoms of depression, anxiety, and caloric intake in overweight and obese women. *Journal of Obesity*, 1–8.
- Picinelli, M., Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *British Journal of Psychiatry, 177*, 486–492.
- Pinquart, M., Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 15* (2), 187–224.
- Premberg, Ä., Hellström, A., & Berg, M. (2008). Experiences of the first year as father. *Scand J Caring Sci, 22* (1), 56–63.
- Pope, S., Wats, J., Evans, S., McDonald, S., & Henderson, J., (2000). Postnatal Depression: A systematic review of published scientific literature to 1999. National Health and Medical Research Council. © Commonwealth of Australia.
- Porter, C., & Hsu, H. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: links to infant temperament. *Journal of Family Psychology, 17* (1), 54–64.
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (1991). Attention mechanisms and conscious experience. In M. Rugg & A. D. Milner (Eds.), *The neuropsychology of consciousness* (pp. 91–112), London, Academic Press.
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2009). Toward a physical basis of attention and self-regulation. *Physics in Life Reviews, 6* (2), 103–120.
- Posner, M. I., Rothbart, M. K., & Sheese, B. (2007). The anterior cingulate gyrus and the mechanism of self-regulation. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience, 7* (4), 391–395.
- Posner, M. I., Rothbart, M. K., Sheese, B. E., & Voelker, P. (2011). Control networks and neuromodulators of early development. *Developmental Psychology*.

Advance online publication. Doi:10.1037/a0025530.

- Potapova, N. V., Gartstein, M. A., & Bridgett, D. J. (2014). Paternal influences on infant temperament: effects of father internalizing problems, parenting – related stress, and temperament. *Infant Behavior and Development*, *37*, 105–110.
- Pulmanis, T., Pelne, A., Taube, M. (2013). *Psihiskā veselība Latvijā 2012. gadā*. Tematisks ziņojums. Slimību kontroles un profilakses centrs.
- Putnam, S. P., Helbig, A. L., Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2012). Development and assessment of short and very short forms of the Infant Behavior Questionnaire – Revised. Unpublished manuscript: Preliminary findings presented at the 73 Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development in Denver, Colorado.
- Putnam, S. P., Helbig, A. L., Gartstein, M. A., Rothbart, M. K., & Leerkes, E. (2014). Development and assessment of Short and Very short forms of the Infant Behavioral Questionnaire – Revised. *Journal of Personality Assessment*, *96* (4), 445–458.
- Putnam, S., P. & Stifter, C., A. (2008). Reactivity and regulation: the impact of Mary Rothbart on the study of temperament. *Infant and Child Development*, *17*, 311 – 320.
- Putniņa, A. (2011). Iedzīvotāju reprodūktīvā veselība. Pārskats par situāciju Latvijā (2003–2011).
- Rahman, A., Iqbal, Z., & Harrington, R. (2003). Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychol Med*, *33* (7), 1161–1167.
- Rambelli, C., Montagnani, M., S., Oppo, A., Banti, S., Borri, C., Cortopassi, C., Ramacciotti, D., Camilleri, V., Mula, M., Cassano, G., B., & Mauri, M. (2010). Panic disorder as a risk factor for post-partum depression. Results from the Perinatal Depression – Research & Screening Unit (PND – ReScU) study. *Journal of Affective Disorders*, *122* (1–2), 139–143.
- Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L., Stein, A. (2008b). The effects of pre-and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49* (10), 1069–1078.
- Ramchandani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Setlva, V., Netsi, E., & Lodder, A. (2011). Paternal depression: An examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression And Anxiety*, *28* (6), 471–477.
- Ramchandani, P. G., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*,

365 (9478), 2201–2205.

- Ramchandani, P. G., Stein, A., O'Connor, T. G., Heron, J., Murray, L., Evans, J. (2008a). Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47 (4), 390–398.
- Rancans, E., Vrublevska, J., Snikere, S., Koroleva, I., Trapencieris, M. (2014). The point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population of Latvia. *Journal of Affective Disorders*, 156, 104–110.
- Rehm, L. P. (2010). *Depression*. Advances in Psychotherapy. Evidence-Based Practice. Hogrefe.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., Stewart, D. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26 (4), 289–295.
- Robinson, G., E. & Stewart, D., E., (2001). Postpartum disorders. In: N. L. Stotland, D. E. Stewart, (Eds.), *Psychological aspects of womens' health care* (pp. 117–139). Washington (DC): American Psychiatric Press, Inc.
- Rothbart, M. K. (1981). Measurement of temperament of infancy. *Child Development*, 52, 569–578.
- Rothbart, M. K. (1989). Temperament and development. In G. Kohnstamm, J. Bates, & M. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood*. New York: Wiley.
- Rothbart, M. K. (2007). Temperament, development, and personality. *Association for Psychological Science*, 16 (4), 207–212.
- Rothbart, M. K. (2011). *Becoming who we are. Temperament and personality in development*. New York, London: Guilford Press.
- Rothbart, M. K. (2012). Advances in Temperament: History, Concepts and Measures. In M. Zentner & R. L. Shiner (Eds.), *Handbook of temperament* (pp. 3–21). New York: Guilford Press.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A. (1994). Temperament and the development of personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 55–66.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Hershey, K. L. (1994). Temperament and social behavior in childhood. *Merrill–Palmer Quarterly*, 40 (1), 21–39.
- Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (Vol 3, 5th ed., pp. 105–176). New York: Wiley.
- Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (2006). Temperament. In W. Damon & R. Lerner (Series Eds.),

- & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (Vol. 3, 6th ed., pp. 99–166). New York: Wiley.
- Rothbart, M. K., Chew, K. H. & Gartstein, M. A. (2001). Assessment of Temperament in Early Development. In L. T. Singer & P. S. Zeskind (Eds.), *Biobehavioral assessment of the Infant* (pp. 190–208). New York: Guilford Press.
- Rothbart, M. K., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In M. E. Lamb, & A. L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology* (Vol. 1, pp. 37–86). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Rothbart, M. K., Derryberry, D., & Hershey, K. (2000). Stability of temperament in childhood: Laboratory infant assesment to parent report at seven years. *Temperament and Personality Development Over the Life Span*. In V. J. Molfese, & D. L. Molfese (Eds.), *Temperament and personality development over the life span* (pp. 85–119). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rothbart, M. K., Ziaie, H., and O’Boyle, C. (1992) Self-regulation and emotion in infancy. In N. Eisenberg & R. A. Fabes (Eds.), *Emotion and its regulation in early development: New directions for child development, No. 55: The Jossey-Bass education series* (pp. 7–23). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Rueda, M. R., Rothbart, M. K. (2009). The Influence of Temperament on the Development of Coping: The Role of Maturation and Expierence. In E. A. Skinner & M. J. Zimmer – Gembeck, (Eds.), *Coping and the development of regulation. New directions for child and adolescent development* (Vol. 124, pp. 19–31). San Francisco: Jossey–Bass.
- Ruff, H. A., & Rothbart, M. K. (1996). *Attention in early development: Themes and variations*. New York: Oxford University Press.
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38 (1), 15–28.
- Russel, D., & Cutrona, C. E. (1984). The provisions of social relationships and adaptation to stress. Paper presented at the annual meeting of American Psychological Association, Anaheim, CA.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminate validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472–480.
- Rutter, M., Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychol Med*, 14 (4), 853–880.
- Rutz, W., von Knorring, L., Pihlgren, H., Rihmer, Z., & Wålinder, J. (1995). Prevention of male

- suicides: lessons from Gotlans study. *The Lancet*, 345 (8948), 524.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (Eds). (2008). *Kaplan and Sadock's concise textbook of clinical psychiatry* (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincot Williams & Wilkinss.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1990). Social support: The senceof acceptance and the role of ralationship. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 9–25). New York: Wiley.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Shearin, E. N. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and ralational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 845–855.
- Schoppe-Sullivan, S. J., & Mangelsdorf, S. C. (2013). Parent characteristics and early coparenting behavior at the transition to parenthood. *Social Development*, 22, 363–383.
- Schumacher, M., Zubaran, C., & White, G. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth*, 21 (2), 65–70.
- Schwarzer, R. & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42 (4), 243–252.
- Senecky, Y. H., Agassi, D., Inbar, N., Horesh, G., Diamond, Y., Bergman, S., & Apter, A. (2009). Post-adoption depression among adoptive mothers. *Journal of Affective Disorders*, 115, 62–68.
- Shaw, B. A., Krause, N., Chatters, L. M., Connell, C. M., & Ingersoll-Dayton, B. (2004). Emotional support from parents early in life, aging, an health. *Psychology and Aging*, 19, 4–12.
- Sheeber, L. B., Davis, B., Leve, C., Hops, H., & Tildesley, E. (2007). Adolescents' relationships with their mothers and fathers: Associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 116 (1), 144–154.
- Shirley, M. M. (1933). *The first two years: a study of 2.5 babies*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Slimību profilakses un kontroles centrs (2014). *Valsts statistikas pārskats „Pārskats par psihiatriskām saslimšanām un psihiski slimo kontingentiem”*. Izgūts no <http://www.spkc.gov.lv/veselibas-aprupes-statistika/> 2014. gada 12. oktobrī.
- Smith, L. E., & Howard, K. S. (2008). Continuity of parental social support and depressive symptoms among new mothers. *Journal of Family Psychology*, 22 (5), 763–773.
- Stapleton, L. R. T., Schetter, C. D., Rini, C., Hobel, C. J., Westling, E., Glynn, L. M., &

- Sandman, C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology, 26* (3), 453–463.
- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support? *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 155–159.
- Sullivan, P. F., Neale, M.C., & Kendler, K.S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1552-1562.
- Suls, J., & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin, 131*, 260–300.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders, 119* (1–3), 142–148.
- Thoits, P. A. (1983). Multiple Identities and Psychological Well-Being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review 48*, 2, 174–187.
- Thoits, P. A. (2010). Stress and health: Major findings and policy implications, *Journal of Health and Social Behavior, 51* (Special Issue), S31–S53.
- Thomass, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and Development*. New York: Bruner / Mazel.
- Thomass, A., Chess, S., & Birch, H. G. (1968). *Temperament and behavioral disorders in children*. New York: New York University Press.
- Thomass, A., Chess, S., Birch, H., G., Hertzig, M., E., & Korn, S. (1963). *Behavioral individuality in early childhood*. New York: New York University Press.
- Thompson, R. A. (2011). Emotion and emotion regulation: Two sides of the developing coin. *Emotion Review, 3* (1), 53–61.
- Tikotzky, L., Chambers, A. S., Gaylor, E., & Manber, R. (2010). Maternal sleep and depressive symptoms: Links with infant Negative Affectivity. *Infant Behavior & Development, 33* (4), 605–612.
- Travis, L. A., Lyness, J. M., Shields, C. G., King, D. A., & Cox, C. (2004). Social support, depression, and functional disability in older adult primary-care patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 12* (3), 265–271.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist, 44* (2), 112–119.
- Tronick, E. Z. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal, 19*, 290–299.
- Tronick, E. Z. (2007). *The neurobehavioral and socio-emotional development of infants and*

- children*. New York, London: W. W. Norton & Company.
- Tronick, E. Z., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harv Rev Psychiatry*, 17 (2), 147–156.
- Troutman, B. R., Cutrona, C. E. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *J Abnormal Psychol*, 99 (1), 69–78.
- Twenge, J. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (4), 578–588.
- Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of our relationship*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and psychological health. A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Social Support and Physical Health*, 4(3), 236–255.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488–531.
- Uchino, B. N., Vaughn, A. A., & Matwin, S. (2008). Social psychological processes linking personality to physical health: a multilevel analysis with emphasis on trait hostility and optimism. In F. Rhodewalt (Ed.), *Personality and Social Behavior* (pp. 251–284). New York: Psychology Press.
- Vangelisti, A. (2009). Challenges in conceptualizing social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26 (1), 39–51.
- Verbeek, T., Bockting, C. L. H., van Pampus, M. G., Ormel, J., Meijer, J.L., Hartman, C. A., Burger, H. (2012). Postpartum depression predicts offspring mental health problems in adolescence independently of parental lifetime psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, 136, 948–954.
- Voitkāne, S., Miezīte, S., Raščevska, M. (2003). Pirmā kursa studentu psiholoģiskās adaptācijas rādītāju saistība ar piesaistes veidiem un sociālo atbalstu. (nepublicēts materiāls).
- Xie, R., Guoping, H., Koszycki, D., Walker, M., Wen, S. W. (2009). Prenatal social supports, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of Epidemiology*, 19 (9), 637-643.
- Zajicek, E. (1981). Psychiatric problems during pregnancy. In S.Wolkind, E. Zajicek (Eds.), *Pregnancy: A psychological and social study* (pp. 57–73). London: Academic Press.
- Zande, D., Sebre, S. (2011). Zīdaiņa temperaments un mātes kompetences izjūta sievietēm ar

- dažādu dzemdību vides pieredzi. *Latvijas Universitātes Raksti*, 774, 81–96.
- Zande, D. & Sebre, S. (2012). Adaptation of Edinburgh postnatal depression scale and Gotland male depression scales in Latvia. *International Journal of Psychology*, Vol. 47, ICP 2012 Supplement, 30.
- Zelkowitz, P., & Milet, T. H. (1997). Stress and support as related to postpartum paternal mental health and perceptions of the infant. *Infant Mental Health Journal*, 18 (4), 424–435.
- Zentner, M., & Bates, J. (2008). Child Temperament: An Integrative Review of Concepts, Research Programs, and Measures. *European Journal of Developmental Science*, 2 (1/2), 7–37.
- Zierau, F., Bille, A., Rutz, W., & Bech, P. (2002). The Gotland Male Depression Scale: A validity study in patients with alcohol use disorder. *Nord J Psychiatry*, 56 (4), 265–271.
- Zilboorg, G. (1929). The dynamics of schizophrenic reactions related to pregnancy and childbirth. *Am J Psychiatry*, 85, 733–767.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52 (1), 30–41.
- Walinder, J., Rutz, W. (2001). Male depression and suicide. *Int Clin Psychopharmacol*, 1 (suppl.), 521–524.
- Wee, K., Y., Skouteris, H., Pier, C., Richardson, B., & Milgrom, J. (2011). Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 130 (3), 358–377.
- Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1998). Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics*, 102 (Suppl. 5), 1298–1304.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A., Erskine, H. E., Charlson, F. J., et al. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Iegūts 2014. gada 5. maijā no www.thelancet.com Published online August 29, 2013
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Williams, P. (2005). What is social support? A grounded theory of social interaction in the context of the new family. Iegūts 2014. gada 10. augustā no
<http://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/49476/2/01front.pdf>
- Wills, T. A., & Filer, M. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 209–234). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gotlieb (Eds.), *Social Support measurement and intervention*

(pp. 86–135). New York: Oxford University Press.

Wong, J., Fisher, J. (2009). The role of traditional confinement practices in determining postpartum depression in women in Chinese cultures: a systematic review of the English language evidence. *Journal of Affective Disorders*, 116, 161–169.

World Health Organization (2007). International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems 10th Revision (ICD-10). Iegūts 2014. gada 10. augustā no <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

Summary

The aim of the research was to longitudinally explore the associations between parental depression symptoms and perceived social support in the perinatal period in relation to infant temperament, and to examine longitudinal changes in mothers' and fathers' perinatal depression symptoms and perceptions of social support as well as changes in infant temperament characteristics.

Participants included women (n=258), who were recruited during the third trimester of pregnancy, and their partners (n=258). They completed the Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), The Gotland Male Depression Scale (Zierau, Bille, Rutz, & Bech, 2002) and Multidimensional scale of Perceived Social Support, (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) at three points in time: during the third trimester of pregnancy, 3 months and 6 months after the childbirth. Parents also completed the Infant Behavior Questionnaire - revised, very short form (Putnam, Helbig, Gartstein, Rothbart, & Leerkes, 2014) at 3 and 6 months after childbirth.

Mothers deem their children's regulatory capacity to be higher at their ages of three and six months than do fathers. Both mothers and fathers deem their infant children's negative affect and surgency at six months of age to be higher than at the age of three months.

Mothers indicate more pronounced depression symptoms (EPDS and GMDS) at all three stages of measurement and a higher level of perceived social support during the third trimester of pregnancy than do fathers. Both mothers and fathers indicate a steady level of perceived social support at all three stages of measurement, but the level of mothers' depression symptoms (EPDS and GMDS) at the third trimester of pregnancy is higher than three and six months postpartum.

Bidirectional links were found between parents' depression symptoms and infant negative affect. Infant negative affect at the age of 3 months predicted depression symptoms in both mothers and fathers 6 months after childbirth; mothers' depression symptoms during the pregnancy predicted infants' negative affect at the age of 3 months. Both mothers' and fathers' depression symptoms and a low level of perceived social support 3 months after childbirth predicted infant negative affect at the age of 6 months.

Practical implications include the necessity of psychoeducational information and psychotherapeutic treatment in situations of maternal or paternal perinatal depression.

Key words: *depression symptoms, infant temperament, perceived social support*

Pielikumi

1. pielikums. Sociodemogrāfiskie rādītāji sievietēm un vīriešiem partneres grūtniecības 3. trimestrī

	Sievietes (n=258)		Vīrieši (n=258)	
Vecums M, (SD)	28,26	(3,99)	30,31	4,86
Grūtniecības nedēļa (M, SD)	33,16	1,38		
Dzīves vieta (n, %)				
Pilsēta	243	94,19	243	94,19
Lauki	15	5,81	15	5,81
Izglītība (n, %)				
Nav augstākā	42	16,28	98	37,98
Ir augstākā	216	83,72	160	62,02
Ģimenes stāvoklis (n, %)				
Precējies / neprecējusies	180	69,77	182	70,82
Neprecējies / neprecējusies	78	30,23	75	29,18
Ienākumu līmenis uz cilvēku (n, %)				
zem 100 Ls (EUR 142,29)	2	0,78	3	1,17
no 100-200 Ls (EUR 142,29-284,57)	21	8,20	17	6,64
no 200-300 Ls (EUR 284,57-426,86)	30	11,72	30	11,72
no 300-400 Ls (EUR 426,86-569,15)	63	24,61	56	21,88
no 400-600 Ls (EUR 569,15-838,72)	80	31,25	87	33,98
no 600-800 Ls (EUR 838,72-1138,30)	32	12,50	33	12,89
virs 800 Ls (EUR 1138,30)	28	10,94	30	11,72
Grūtniecības plānošana (n, %)				
Plānota grūtniecība	211	82,10	213	82,88
Neplānota grūtniecība	46	17,90	44	17,12
Veselība grūtniecības laikā (n, %)				
Nebija sarežģījumi	237	92,58	237	92,58
Bija nelieli sarežģījumi	19	7,42	18	7,03
Dzemdību skaits (n, %)				
Pirmās dzemdības	208	80,93	209	81,32
Otrās dzemdības	43	16,73	42	16,34
Trešās dzemdības	6	2,33	6	2,33

2. pielikums. Sociodemogrāfiskie rādītāji sievietēm un vīriešiem 3 un 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas

	Sievietes (n=258)		Vīrieši (n=258)	
Dzemdību vieta (n, %)				
Mājas	10	3,88	10	3,88
Stacionārs	248	96,12	248	96,12
Bērna dzimums (n, %)				
Meitene	127	49,61	127	48,83
Zēns	129	50,39	129	51,17
Bērna vecums 3 mēnešus pēc dzemdībām (M, SD)				
	3,25	0,30	3,33	0,35
Kritiskie notikumi kopš 1. mērījuma (n, %)				
Nav neviena kritiska notikuma	170	65,89	182	70,54
Ir viens kritisks notikums	54	20,93	55	21,32
Ir divi kritiski notikumi	34	13,18	21	8,14
Bērna vecums 6 mēnešus pēc dzemdībām (M, SD)				
	6,33	0,33	6,35	0,34
Kritiskie notikumi kopš 2. mērījuma (n, %)				
Nav neviena kritiska notikuma	195	75,88	212	82,49
Ir viens kritisks notikums	41	15,95	35	13,62
Ir divi kritiski notikumi	21	8,17	10	3,89

3. pielikums. Spīrmena korelācijas koeficienti starp depresijas simptomu, izjustā sociālā atbalsta un zīdaiņa temperamenta rādītājiem māšu izlasē (N = 258)

	1	2	3	4	5	6
1. Depr. simpt. gr.	--					
2. Depr. simpt. 3 m.	0,57**	--				
3. Depr. simpt. 6 m.	0,56**	0,68**	--			
4. ISADA gr.	-0,35**	-0,30**	-0,23**	--		
5. ISADA 3 m.	-0,27**	-0,34**	-0,35**	0,62**	--	
6. ISADA 6 m.	-0,28**	-0,47**	-0,36**	0,59**	0,78**	--
7. Re 3 m.	0,10	-0,03	0,01	-0,06	0,03	0,00
8. NE 3 m.	0,18**	0,14*	0,25**	-0,03	-0,08	-0,11
9. Pr 3 m.	0,06	0,05	0,03	0,13*	0,11	0,04
10. Re 6 m.	0,04	-0,07	-0,03	0,10	0,08	0,04
11. NE. 6 m.	0,25**	0,25**	0,24**	-0,07	-0,07	-0,12
12. Pr 6 m.	0,07	0,01	0,02	0,13*	0,17**	0,11

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Piezīme. Depr. simpt. – Depresijas simptomi: gr. – grūtniecības 3. trimestrī; 3 m. – 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas; 6 m. – 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas.

ISADA – izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju aptauja: gr. - grūtniecības 3. trimestrī; 3 m. – 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas; 6 m. – 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas.

Re – bērna reaktivitāte: Re 3m. - 3 mēnešu vecumā; Re 6 m. – 6 mēnešu vecumā.

NE – bērna negatīvā emocionalitāte: Ne 3 m. - 3 mēnešu vecumā. Ne 6 m. – bērna negatīvā emocionalitāte 6 mēnešu vecumā.

Pr – bērna pašregulācijas spējas: Pr 3 m. - 3 mēnešu vecumā, Pr 6 m. – 6 mēnešu vecumā.

4. pielikums. Spīrmēna korelācijas koeficienti starp depresijas simptomu, izjustā sociālā atbalsta un zīdaiņa temperamenta rādītājiem tēviem (N = 256)

	1	2	3	4	5	6
1. Depresijas simpt. gr.	--					
2. Depresijas simpt. 3 m.	0,54**	--				
3. Depresijas simpt. 6 m.	0,55**	0,66**	--			
4. ISADA gr. 3. tr.	-0,30**	-0,31**	-0,23**	--		
5. ISADA 3 m.	-0,17**	-0,26**	-0,27**	0,66**	--	
6. ISADA 6 m.	-0,15*	-0,29**	-0,25**	0,59**	0,72**	--
7. Reaktivitāte 3 m.	0,04	-0,03	0,05	0,11	0,22**	0,17**
8. Negat. emoc. 3 m.	0,09	0,15*	0,22**	-0,01	-0,05	-0,06
9. Pašregulācija 3 m.	0,04	-0,09	-0,01	0,19**	0,16*	0,08
10. Reaktivitāte 6 m.	0,07	-0,02	0,06	0,15*	0,15*	0,12*
11. Negat. emoc. 6 m.	0,09	0,17**	0,14*	-0,04	-0,05	-0,03
12. Pašregulācija 6 m.	0,04	-0,13	-0,01	0,12	0,12	0,06

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Piezīme. Depr.simpt. – Depresijas simptomi: gr. – partneres grūtniecības 3. trimestrī; 3 m. – 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas; 6 m. – 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas.

ISADA – izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju aptauja: gr. – partneres grūtniecības 3. trimestrī; 3 m. – 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas; 6 m. – 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas.

Re – bērna reaktivitāte: Re 3m. - 3 mēnešu vecumā; Re 6 m. – 6 mēnešu vecumā.

NE – bērna negatīvā emocionalitāte: Ne 3 m. - 3 mēnešu vecumā; Ne 6 m. – bērna negatīvā emocionalitāte 6 mēnešu vecumā.

Pr – bērna pašregulācijas spējas: Pr 3 m. - 3 mēnešu vecumā; Pr 6 m. – 6 mēnešu vecumā.

5. pielikums. Spīrmena un biseriālie korelācijas koeficienti depresijas simptomiem un sociodemogrāfiskajiem rādītājiem mātēm (N= 258)

	Vec.	Izgl.	Grūtn.			Ienāk.	Vesel.	Dzemd.
			plān.	Ģim. st.	plān.		grūtn.	sk.
Depresijas simpt. gr.	-0,03	-0,15*	0,15*	0,15*	-0,14*	0,05	0,17**	
Depresijas simpt. 3 m.	-0,04	-0,13*	0,07	0,08	-0,12	0,07	0,16*	
Depresijas simpt. 6 m.	-0,07	-0,12	0,09	0,07	-0,12	0,09	0,06	

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Piezīme. Depresijas simpt. gr. – depresijas simptomi grūtniecības 3. trimestrī, Depresijas simpt. 3 m. – depresijas simptomi 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas, Depresijas simpt. 6 m. – depresijas simptomi 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas, Vec. – vecums, Izgl. – izglītība, Grūtn. plān. – grūtniecības plānošana. Ienāk. – ienākumi; Vesel. grūtn. – veselība grūtniecības laikā, Dzemd. sk. – dzemdību skaits.

6. pielikums. Spīrmena un biseriālie korelācijas koeficienti depresijas simptomiem un sociodemogrāfiskajiem rādītājiem tēviem (n= 256)

	Vec.	Izgl.	Grūtn.			Ienāk.	Partn.	Dzemd.
			plān.	Ģim. st.	plān.		vesel. grūtn.	sk.
Depresijas simpt. gr.	-0,06	-0,13*	0,13*	0,06	-0,07	-0,03	0,04	
Depresijas simpt. 3 m.	-0,03	-0,06	0,06	-0,04	-0,12	-0,09	0,06	
Depresijas simpt. 6 m.	-0,03	-0,08	0,12	0,03	-0,06	0,05	0,01	

* $p < 0,05$.

Piezīme. Depresijas simpt. gr. – depresijas simptomi grūtniecības 3. trimestrī, Depresijas simpt. 3 m. – depresijas simptomi 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas, Depresijas simpt. 6 m. – depresijas simptomi 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas, Vec. – vecums, Izgl. – izglītība, Grūtn. plān. – grūtniecības plānošana. Ienāk. – ienākumi; Vesel. grūtn. – veselība grūtniecības laikā, Dzemd. sk. – dzemdību skaits.

7. Pielikums. Spīrmena korelācijas koeficienti starp depresijas simptomu, izjustā sociālā atbalsta un zīdaina temperamenta rādītājiem (abu vecāku kopējā novērtējumā) māšu izlasē (N = 258)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. Depr. simpt. gr. 3. trim.	--										
2. Depr. simpt. 3 mēn.	0,57**	--									
3. Depr. simpt. 6 mēn.	0,56**	0,68**	--								
4. ISADA gr. 3. trim.	-0,35**	-0,30**	-0,23**	--							
5. ISADA 3 mēn.	-0,27**	-0,34**	-0,35**	0,62**	--						
6. ISADA 6 mēn.	-0,28**	-0,47**	-0,36**	0,59**	0,76**	--					
7. Re. 3 mēn. kop.	0,11	0,02	0,04	-0,03	0,02	-0,02	--				
8. NE 3 mēn. kop.	0,17**	0,15*	0,27**	-0,05	-0,16*	-0,16*	0,16*	--			
9. Pašr. 3 mēn. kop.	0,11	0,01	-0,01	0,04	0,07	0,03	0,45**	-0,01	--		
10. Re. 6 mēn. kop.	0,05	-0,09	-0,03	0,05	0,08	0,04	0,53**	0,04	0,39**	--	
11. NE 6 mēn. kop.	0,21**	0,21**	0,21**	-0,06	-0,04	-0,12	0,18**	0,55**	0,03	0,13*	--
12. Pašr. 6 mēn. kop.	0,04	-0,01	-0,03	0,08	0,12	0,09	0,30**	-0,08	0,55**	0,42**	-0,03

* p < 0,01. ** p < 0,05.

Piezīme. Depresijas simpt. – depresijas simptomi: gr. – grūtniecības trešajā trimestrī; 3 m. – 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas; 6 m. – 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas. ISADA – izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju aptauja: gr. – grūtniecības 3. trimestrī; 3 m. – 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas; 6 m. – 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas.

Re – bērna reaktivitāte abu vecāku kopējā novērtējumā: 3 mēn. kop. – 3 mēnešu vecumā; 6 mēn. kop. – 6 mēnešu vecumā.

NE – bērna negatīvā emocionālitate abu vecāku kopējā novērtējumā: 3 mēn. kop. – 3 mēnešu vecumā; 6 mēn. kop. – 6 mēnešu vecumā.

Pašr – bērna pašregulācijas spējas abu vecāku kopējā novērtējumā: 3 mēn. kop. – 3 mēnešu vecumā; 6 mēn. kop. – 6 mēnešu vecumā.

8. Pielikums. Spīrmena korelācijas koeficienti starp depresijas simptomu, izjustā sociālā atbalsta un zīdainā temperamenta rādītājiem (abu vecāku kopējā novērtējumā) tēvu izlasē (N = 258)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. Depresijas simpt. gr.	--										
2. Depresijas simpt. 3 m.	0,54**	--									
3. Depresijas simpt. 6 m.	0,55**	0,66**	--								
4. ISADA gr.	-0,30**	-0,32**	-0,23**	--							
5. ISADA 3 mēn.	-0,17**	-0,26**	-0,27**	0,66**	--						
6. ISADA 6 mēn.	-0,15*	-0,29**	-0,25**	0,59**	0,72**	--					
7. Re. 3 mēn. kop.	0,05	-0,06	-0,02	0,06	0,10	0,12	--				
8. NE 3 mēn.kop.	0,06	0,09	0,20**	0,02	-0,02	-0,03	0,16*	--			
9. Pašr. 3 mēn. kop.	0,02	-0,11	-0,04	0,12	0,09	0,08	0,45**	-0,01	--		
10. Re. 6 mēn. kop.	0,03	-0,07	-0,03	-0,12	0,11	0,12	0,53**	0,04	0,39**	--	
11. NE 6 mēn. kop.	0,11	0,15*	0,14*	-0,01	0,07	0,03	0,18**	0,55**	0,03	0,13*	--
12. Pašr. 6 mēn. kop.	0,01	-0,12	-0,04	0,10	0,12	0,09	0,30**	-0,08	0,55**	0,42**	-0,03

* p < 0,01. ** p < 0,05.

Piezīme. Depresijas simpt. – depresijas simptomi: gr. – partneres grūtniecības trešajā trimestrī; 3 m. – 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas; 6 m. – 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas.

ISADA – izjustā sociālā atbalsta daudzdimensiju aptauja: gr. – partneres grūtniecības 3. trimestrī; 3 m. – 3 mēnešus pēc bērna piedzimšanas; 6 m. – 6 mēnešus pēc bērna piedzimšanas.

Re – bērna reaktivitāte abu vecāku kopējā novērtējumā: 3 mēn. kop. – 3 mēnešu vecumā; 6 mēn. kop. – 6 mēnešu vecumā.

NE – bērna negatīvā emocionalitāte abu vecāku kopējā novērtējumā: 3 mēn. kop. – 3 mēnešu vecumā; 6 mēn.kop. – 6 mēnešu vecumā.

Pašr – bērna pašregulācijas spējas abu vecāku kopējā novērtējumā: 3 mēn. kop. – 3 mēnešu vecumā; 6 mēn. kop. – 6 mēnešu