

LATVIJAS UNIVERSITĀTE



Guna Geikina

promocijas darbs

**BĒRNU INVALĪDU MĀŠU KOMPETENCES IZJŪTAS UN STRESA IZMAIŅAS PĒC
PIEDALĪŠANĀS PROGRAMMĀ “APRŪPĒTĀJU PAŠPALĪDZĪBA UN
KOMPETENCE”**

psiholoģijas doktora grāda iegūšanai

Promocijas darbs ir izstrādāts psiholoģijas zinātņu nozarē

Klīniskās psiholoģijas apakšnozarē

Promocijas darba zinātniskā vadītāja:

Asoc. prof. Baiba Martinsone

Rīga 2016

Pateicība

Es vēlos pateikties visiem, kuru sniegtais iedrošinājums un atbalsts šo pēdējo četru gadu laikā ir palīdzējis noticēt sev un šo darbu paveikt.

Sīrsnīgi vēlos pateikties savai darba vadītājai asociētajai profesorei Baibai Martinsonei par emocionālo atbalstu un palīdzību visā darba tapšanas gaitā un par vērtīgajiem ieteikumiem un idejām, kas palīdzēja īstenot darbā iecerēto.

Vēlos pateikties profesorei Malgožatai Raševskai un Viktorijai Perepjolkinai par palīdzību datu analizē. Liels paldies mana darba recenzentēm profesorei Sandrai Sebrei un docentei Andai Upmanei par vērtīgajiem norādījumiem priekšizstāvēšanas laikā, kas lika man atkal un atkal pārskatīt padarīto, to papildinot un pārstrādājot.

Promocijas darba veikšanā finansiālu atbalstu sniedza Akciju Sabiedrība "Ventbunkers", promocijas darbs tika veikts biedrības "Dzīvesspēks" bērnu invalīdu vecāku atbalsta projekta ietvaros. Personīgs paldies Rūdolfam Meroni.

Īpaša pateicība visiem maniem kolēģiem, īpaši Ilonai Kronei un Ievai Kimontei, par sadarbību un sarunām visu gadu garumā. Jūsu atšķirīgās tēmas un intereses palīdzēja man paplašināt redzesloku un raudzīties uz promocijas darba tēmu no dažādiem aspektiem. Esmu pateicīga Marikai Bērtulei par angļu valodas tulkojumu.

Vislielākais paldies manam vīram un manai mammai, kuri atbalstīja mani, iedrošināja un ļāva veltīt laiku zinātniskiem atklājumiem, paldies maniem bērniem par pacietību. Paldies, ka bijāt blakus gan grūtībās, gan veiksmes brīžos!

Paldies Dievam par svētību, spēku un gudrību, ko Viņš man devis!

Saturs

Pateicība.....	2
Ievads	4
1. Bērnu invalīdu ģimenes Latvijā un bērnu invalīdu ģimeņu izstrādātās atbalsta programmas.....	12
2. Vecāku kompetences izjūta.....	14
2.1. Vecāku kompetences izjūtas jēdziens.....	14
3. Stress.....	18
3.1. Stresa jēdziens un definīcijas.....	18
3.2. Stresa bioloģiskie pamati.....	19
3.3. Stresa teorijas.....	20
3.4. Bērnu invalīdu vecāku stress (<i>parenting stress</i>).....	21
3.5. Stresa pārvaldīšanas modeļi.....	23
3.6. Bērnu invalīdu vecāku stresa pārvaldīšanas modeļi.....	25
4. Vecāku kompetences izjūta un stresa sakarības.....	28
5. Intervences programma bērnu invalīdu vecākiem “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”.....	30
5.1. Vecāku atbalsta grupas un to veidi.....	30
5.2. Vecāku atbalsta grupu efektivitāte un to ietekmējošie faktori.....	31
5.3. APK intervences programmas izveides principi.....	35
5.4. APK intervences programmas sesiju struktūra.....	38
6. Kopsavilkums.....	40
7. Metode.....	42
7.1. Pētījuma dalībnieki.....	43
7.2. Instrumenti.....	46
7.3. Procedūra.....	46
7.4. Datu apstrādes un analīzes metodes.....	49
8. Rezultāti.....	49
9. Iztirzājums.....	62
9.1. Secinājumi.....	66
9.2. Praktiskā izmantojamība.....	67
9.3. Pētījuma ierobežojumi.....	68
Nobeigums.....	69
Izmantotās literatūras saraksts.....	71
Summary.....	90
Pielikumi.....	91
1. pielikums. Instrumentārija apkopojums.....	91
2. pielikums. Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa rādītāju izmaiņas.....	102

Ievads

Lielākā daļa vecāku sagaida un vēlas, lai viņu bērni būtu veseli un pievilcīgi, gudri, graciozi, sportiski un mīloši, bet dažiem vecākiem ir dots bērns invalīds. Bērnu invalīdu un viņu ģimeņu integrācijas problēmas mūsu sabiedrībā vienmēr ir bijušas un paliek būtiskas. Latvijā ir daudz bērnu ar smagām iedzimtām un iegūtām slimībām. Atbilstoši Latvijas Republikas Centrālās statistikas pārvaldes datiem, 2015. gadā Latvijā ir reģistrēti 7916 bērni invalīdi, no kuriem 444 uzturas sociālās aprūpes iestādēs, bet 7472 dzīvo mājās vecāku aprūpē (LR Centrālās statistikas pārvalde, 2016).

Latvijā ar vārdu “invaliditāte” saprot ilgstošus vai nepārejošus ļoti smagas, smagas vai mērenas pakāpes funkcionēšanas ierobežojumus, kas ietekmē personas garīgās vai fiziskās spējas, darbības, pašaprūpi un iekļaušanos sabiedrībā (Invaliditātes likums, 2011, 5. pants). Biežāk sabiedrībā izvairās lietot jēdzienu “invalīds”, tā vietā lietojot jēdzienu “cilvēks ar īpašām vajadzībām” vai “cilvēks ar invaliditāti”. Piemēram, Bērnu tiesību aizsardzības likums nosaka, ka bērns ar īpašām vajadzībām ir bērns, kuram slimības, traumas vai iedzimta defekta izraisītu orgānu sistēmas funkciju traucējumu dēļ ir nepieciešama papildu medicīniskā, pedagoģiskā un sociālā palīdzība neatkarīgi no tā, vai likumā paredzētajā kārtībā ir noteikta invaliditāte (Bērnu tiesību aizsardzības likums 1998, 53. pants). Savukārt Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām tiek lietots termins “cilvēks ar invaliditāti” – pie personām ar invaliditāti pieder personas, kurām ir ilgstoši fiziski, garīgi, intelektuāli vai maņu traucējumi, kas mijiedarbībā ar dažādiem šķēršļiem var apgrūtināt to pilnvērtīgu un efektīvu līdzdalību sabiedrības dzīvē vienlīdzīgi ar citiem (Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām, 2006, 1. pants). Konvencijā ietvertā definīcija liecina par to, ka minētais termins “invalīds” ir starptautiskā līmenī akceptēts un no ētikas viedokļa ir pieļaujams to lietot, un turpmāk šajā pētījumā tiks izmantots termins “bērns invalīds” – tas tiek definēts kā persona vecumā līdz 18 gadiem, kurai VDEĀK (Veselības un darbības ekspertīzes ārstu komisija) ir noteikusi invaliditāti.

Būt bērna invalīda vecākiem nav viegls uzdevums. Šie vecāki ne tikai sēro par nepiepildītām cerībām, bet arī saskaras ar milzīgu spriedzi, kas saistīta ar psiholoģisko un ekonomisko resursu jautājumiem. Šīs ģimenes saskaras ar virkni grūtībām, kuras saistītas ar bērnu invalīdu īpašo vajadzību apmierināšanu – piemērotas fiziskās vides nodrošināšanu, infrastruktūrām, bērna audzināšanas prasmēm un ģimenes locekļu garīgo izturību (Freedman, Kalb, Zablotzky, & Stuart, 2012; Karst & Van Hecke, 2012; Manor-Binyamini & Abu-Ajaj, 2012; Reichman, Corman, & Noonan, 2008), finansiālo slogu (Parish, Rose, Swaine, Dababnah, & Mayra, 2012).

Analizējot bērnu invalīdu vecāku problēmas, ir tikuši izdalīti šādi ar invaliditāti saistīti aspekti, kas ietekmē bērnu invalīdu ģimeņu dzīvi:

- praktiskās problēmas, kas saistās ar aprūpes izmaksām;
- emocionālais ieguldījums;
- finansiālā nodrošinājuma nozīmīgums;
- nodarbinātība;
- invaliditātes ietekme uz laulāto attiecībām;
- stress, adaptācija un resursi, kas nepieciešami, lai tiktu galā ar esošo situāciju (Baldwin & Carlisle, 1994).

Daži vecāki spēj pārvarēt ar bērna invalīda kopšanu saistītās problēmas, bet citi piedzīvo ilgstošu psiholoģisko stresu. Vecāku stress jeb ģimenes stress izriet no faktiskām vai redzamām neatbilstībām starp pieprasījumu (piemēram, izaicinājumu, draudiem) un spējām (piemēram, resursiem) ar to tikt galā (McCubbin & Patterson, 1983b). Uzkrātais vecāku stress apdraud šo vecāku emociju pārvaldīšanu (Farmer & Lee, 2011) un laika gaitā izsmeļ vecāku fiziskos un psiholoģiskos resursus, kas tik ļoti nepieciešami, lai būtu veiksmīgi un kompetenti vecāki saviem bērniem invalīdiem. Ir veikti vairāki pētījumi (Baxter, Cummins, & Yiolitis, 2000; Evans, Sibley, & Serpell, 2009; Norizan & Shamsuddin, 2010; Parkes, Caravale, Marcelli, Franco, & Tervo, 2010; Wallander, Pitt, & Mellins, 1990; Wulffaert, Scholte, & Van Berckelaer-Onnes, 2010; Yoong & Koritsas, 2012), kuros pētītas stresa atšķirības bērnu invalīdu vecākiem un vecākiem, kuriem ir veseli bērni. Šajos pētījumos bērnu invalīdu vecākiem tiek konstatēts augstāks stresa līmenis (Lindo, Kliemann, Combes, & Frank, 2016). Paugstinātais stress mēdz būt hronisks un saglabājas ilgu laika periodu (Dyson, 1993; Glidden & Schoolcraft, 2003; Lindo et al., 2016).

Arī Latvijā, maģistra darba “Vecāku kompetences izjūta, vecāku stress un saņemtais sociālais atbalsts bērnu ar īpašām vajadzībām mātēm” ietvaros veiktajā pētījumā, tika atklāts, ka mātes, kuras audzina bērnus invalīdus, uzrāda augstāku vecāku stresa līmeni, nekā mātes, kurām nav bērnu invalīdu (Geikina & Miltuze, 2012).

Pētījumos par stresu, kas saistīts ar bērna invalīda audzināšanu, norādīts, ka vecāku stress ir viens no faktoriem, kas saistīts ar vecāku izturēšanos pret bērniem – vecāki, kuri izjūt mazāku stresu, biežāk piedāvā bērnam savu palīdzību, šādiem vecākiem ir pozitīvāka mijiedarbība ar saviem bērniem (McCoy, Frick, Loney, & Ellis, 1999), un ģimenēs, kurās vecāki uzrāda zemākus vecāka stresa rādītājus, bērni uzrāda mazāk uzvedības problēmas (Harrop, McBee, & Boyd, 2016; Neece, Green, & Baker, 2012; Peters-Scheffer, Didden, & Korzilis, 2012; Rezendes & Scarpa, 2011). Kaut arī Latvijā nav pētīta stresa saistība ar bērnu audzināšanas pieeju ģimenēs, kuras audzina bērnu invalīdu, ir pētītas šādas saistības ģimenēs, kuras audzina veselus bērnus – maģistra darbā “Vecāku stresa, viņa izmantoto stresa pārvarēšanas stratēģiju un bērnu audzināšanas pieeju saistību” ietvaros veiktajā pētījumā tika atklāta sakarība starp vecāku stresu un audzināšanas pieejām. Jo mazāks ir stress, jo pozitīvākas audzināšanas pieejas vecāki

izmanto savu bērnu audzināšanā. Tāpat, ja vecāki spēj pozitīvā veidā tikt galā ar stresu, kā piemēram, aktīvi pārvarot stresu, plānojot, jo pozitīvākas audzināšanas pieejas lieto bērnu audzināšanā, kā piemēram, iesaistīšanos, pozitīvu audzināšanu (Birzgale & Skreitule-Pikše, 2013).

Arvien vairāk tiek atzīta vecāku loma bērnu invalīdu rehabilitācijā. Bērnu fiziskā veselība, sociālā dzīve un nākotne ir atkarīga no tā, kā vecāki risinās šīs problēmas un kāda ir vecāku kompetences izjūta (Gilmore & Cuskelly, 2012). Vecāku kompetences izjūta definēta kā konkrētu uzdevumu veikšana saistībā ar bērna audzināšanu (*task-specific*) un pārliecība šo uzdevumu veikšanā (Chen, Gully, Khiteman, & Kileuller, 2000; Chen, Gully, & Eden, 2001).

Pētījumi apliecina, ka vecāki, kuri ir garīgi un fiziski veseli un kuriem ir augsta vecāku kompetences izjūta, veiksmīgāk risina grūtības saistībā ar bērnu audzināšanu un spēj būt atbalstoši aizstāvji saviem bērniem (Dekovic, Asscher, Hermanns, Reitz, Prinzie, & Akker, 2010; Feetham & Humerick, 1982; Finzi-Dotton, Triwitz, & Golubchik, 2011; Gilmore & Cuskelly, 2012; Trivette, Dunst, & Hamby, 1996). Arī Latvijā promocijas darba ietvaros ir veikts pētījums par veselu bērnu vecākiem – “Mātes kompetences izjūtas, mātes–bērna emocionālās pieejamības un bērna uzvedības izmaiņas pēc mātes piedalīšanās vecāku mācību programmā “Bērnu emocionālā audzināšana””. Pētījumā tika atklāts, ka pēc piedalīšanās vecāku mācību programmā paaugstinās mātes kompetences izjūta, un mātes mazāk uzrāda bērnu internalizētās un eksternalizētās uzvedības problēmas nekā pirms piedalīšanās programmā (Skreitule-Pikše & Sebre, 2010). Tāpat pētījumi rāda, ka vecāku kompetences izjūta ir negatīvi saistīta ar vecāku stresu (Cutrona & Troutman, 1986; Dunn, Burbine, Bowers, & Tanteleff-Dunn, 2001; Hassal, Rose, & McDonald, 2005; McHugh & Reed, 2008; Teti & Gelfand, 1991), un vecākiem, kuriem ir augsta vecāku kompetences izjūta, ir mazākas iespējas piedzīvot depresiju (Gondoli & Silverberg, 1997; MacPhee, Fritz, & Miller-Heyl, 1996; Teti & Gelfand, 1991). Vecāku kompetences izjūta ir pozitīvi saistīta ar saņemto sociālo atbalstu (Hastings & Johnson, 2001; Sanders & Woolley, 2005; Singer, Ethridge, & Aldana, 2007).

Pētījumi norāda, ka vecāku kompetences izjūtas veicināšanā svarīgas ir vecāku atbalsta programmas (Goodman, 1992; Graaf, Speetjens, Smit, Wolff, & Tavecchio, 2010; Hudson, Campbell-Grossman, & Fleck, 2003; Kleefman, Jansen, Stewart, & Reijneveld, 2011; MacPhee, Fritz, & Miller-Heyl, 1996; McGillivray & McCabe, 2007; Nowak & Heinrichs, 2008; Peterson, Tremblay, Ewigman, & Saldana, 2003; Pisterman, Firestone, McGrath, Goodman, Webster, Mallory, & Goffin, 1992; Plant & Sanders, 2007; Roberts, Mazzucchelli, Studman, & Sanders, 2006; Tellegen & Sanders, 2013). Dažādās atbalsta programmas uzlabo vecāku audzināšanas prasmes, apmierinātību ar dzīvi un ģimenes savstarpējās attiecības (Barlow, Coren, & Stewart-Brown, 2002; Nowak & Heinrichs, 2008), mazina stresu (McLennan, Doig, Rasmussen, Hutcheon, & Urichuk, 2012; Minjarez, Mercier, Williams, & Hardan, 2013; Mullins, Aniol,

Boyd, Page, & Chaney, 2002; Woodman, 2014), paaugstina vecāku pašvērtējumu, rīcības stratēģiju, individuālo apmierinātību ar dzīvi un psiholoģisko labklājību (Feldman, McDonald, Serbin, Stack, Secco, & Yu, 2007; King, King, Rosenbaum, & Goffin, 1999; Trute, 1995). Stiprinot vecākus psiholoģiski, vecāki kļūst kompetentāki savu bērnu invalīdu audzināšanā (Blacher & Baker, 2007; Trute, Benzies, Worthington, Reddon, & Moore, 2010; Ylvén, Bjorck-Akesson, & Granlund, 2006).

Vecākiem, kuri audzina bērnus invalīdus, ir nepieciešama palīdzība un iedrošinājums no sociālajiem darbiniekiem, juristiem, skolotājiem, psihologiem. Pamatojoties uz iepriekšminēto un balstoties uz citās valstīs izveidoto atbalsta programmu piemēriem, tika izstrādāta īpaša psiholoģiskās intervences programma “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence” (turpmāk tekstā APK), kas vērsta uz bērnu invalīdu vecāku sociālās funkcionēšanas spēju atjaunošanu, stresa mazināšanu un vecāku kompetences izjūtas veicināšanu.

Pētījuma *aktualitāte* ir saistīta ar nepieciešamību pēc efektīvas bērnu invalīdu vecāku intervences programmas izveidošanas Latvijā un nepieciešamības izpētīt bērnu invalīdu vecāku kompetences izjūtas un vecāku stresa līmeņa izmaiņas pēc piedalīšanās intervences programmā APK. Ir svarīgi noteikt programmas rezultātu noturīgumu laikā pēc programmas beigšanas. Atbildes uz pētījumā izvirzīto jautājumu – vecāku stresa un vecāku kompetences izjūtas saistība ar bērna invalīda nepieciešamo kopšanas un uzraudzības līmeni, vecāku materiālā stāvokļa izvērtējumu un izglītību – palīdzētu pamatot jaunizveidotās intervences programmas APK lietojamību un efektivitāti un pārbaudīt, vai šī programma ir efektīva neatkarīgi no bērnu invalīdu māšu demogrāfisko rādītāju atšķirībām – bērnam invalīdam nepieciešamā kopšanas un uzraudzības līmeņa, māšu materiālā stāvokļa izvērtējuma un māšu izglītības.

Atbildes uz jautājumiem par vecāku stresa un vecāku kompetences izjūtas saistībām izskaidrotu un pamatotu jaunizveidotās intervences programmas APK satura veidošanas principus, ka, mazinot vecāku stresu bērnu invalīdu mātēm, paaugstinātos māšu kompetences izjūta.

Šī pētījuma rezultātu *praktiskā lietderība* ir iespēja zinātniski pamatoti pierādīt, kādas vecāku kompetences izjūtas un vecāku stresa izmaiņas rodas pēc bērnu invalīdu māšu piedalīšanās intervences programmā APK un cik noturīgas tās ir ilgākā laikā pēc programmas beigšanas. Plānotais pētījums ļauj izveidot APK intervences programmu Latvijā un izdarīt empīriski pamatotus secinājumus par APK intervences programmas efektivitāti un šīs programmas piemērotību, līdz ar to sniedzot ieguldījumu Latvijas rehabilitācijas pakalpojumu attīstībā.

Pētījuma *novitāti* nosaka fakts, ka pētījuma ietvaros ir tikusi izstrādāta oriģināla, uz līdzšinējiem labās prakses piemēriem balstīta bērnu invalīdu vecākiem paredzēta intervences programma “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”.

Kopumā Latvijā nav daudz atbalsta pakalpojumu, kas paredzēti tieši bērnu invalīdu vecākiem. Līdz šim nav izstrādāta neviena atbalsta programma, kura paredzēta bērnu invalīdu vecākiem. Programmas izveidošana ir ļoti būtisks solis, kas ievieš pilnīgi jaunu pieeju Latvijas bērnu invalīdu vecāku atbalsta un palīdzības sniegšanas sistēmā, sasniegtie rezultāti dos ieguldījumu ne tikai ģimenēm, kas piedalīsies intervences programmā, bet arī ieguldījumu Latvijas sociālās rehabilitācijas pakalpojumu attīstībā kopumā. Programmas vadlīnijas (izstrādātā grupas vadītāja rokasgrāmata un darba materiāli grupas dalībniekiem) un programmas rezultātu noturīguma izvērtējums palīdzēs citām sociālajām struktūrām apzināt un ieviest programmas un pakalpojuma idejas, atbalstot bērnu invalīdu ģimenes.

Pētījuma mērķi bija izstrādāt intervences programmu bērnu invalīdu vecākiem – APK, izpētīt bērnu invalīdu māšu kompetences izjūtas un vecāku stresa līmeņa savstarpējo saistību un noteikt, vai pēc piedalīšanās intervences programmā APK ir izmaiņas vecāku kompetences izjūtā un vecāku stresa līmenī, kā arī novērtēt konstatēto izmaiņu noturīgumu pēc 6 mēnešiem.

Lai sasniegtu izvirzītos pētījuma mērķus, tika veikti šādi **uzdevumi**:

1. Zinātniskās literatūras par pētījuma tēmu apkopošana un analīze.
2. Pētījuma projekta izstrāde.
3. Pētījumā izmantotās intervences programmas APK izstrāde.
4. Intervences programmas APK vadīšana bērnu invalīdu vecāku grupās.
5. Pētījuma datu vākšana, apstrāde un analīze.
6. Pētījumā iegūto rezultātu interpretēšana un secinājumu izdarīšana.
7. Pētījuma rezultātu publicēšana (Geikina & Martinsone, 2015) un pētījuma pārskata atspoguļošana disertācijas formā.

Tika izvirzīti šādi pētījuma **jautājumi**:

1. Vai bērna invalīda nepieciešamajam kopšanas un uzraudzības līmenim, vecāku materiālā stāvokļa izvērtējumam un izglītībai ir saistība ar vecāku kompetences izjūtu un vecāku stresa līmeni?
2. Vai mātēm, kuras audzina bērnus invalīdus, vecāku stresa līmenis ir saistīts ar vecāku kompetences izjūtu?
3. Vai mātēm, kuras audzina bērnus invalīdus, vecāku stresa līmenis prognozē vecāku kompetences izjūtu?

Tika izvirzītas šādas pētījuma **hipotēzes**:

Pēc māšu piedalīšanās APK intervences programmā paaugstinās bērnu invalīdu māšu kompetences izjūta un samazinās stresa līmenis, šādas izmaiņas nav vērojamas kontrolgrupā.

6 mēnešus pēc piedalīšanās intervences programmā APK bērnu invalīdu mātēm ir augstāki vecāku kompetences izjūtas rādītāji un zemāki vecāku stresa rādītāji nekā pirms piedalīšanās intervences programmā, un šādas atšķirības nav vērojamas kontrolgrupā.

6 mēnešus pēc piedalīšanās intervences programmā APK bērnu invalīdu mātēm ir augstāki vecāku kompetences izjūtas rādītāji un zemāki vecāku stresa rādītāji nekā pirms piedalīšanās intervences programmā, un šādas atšķirības nav vērojamas SA un kontrolgrupā.

Pētījumā piedalījās 111 bērnu invalīdu mātes, kuru vidējais vecums ir ($M = 38,20$; $SD = 7,62$), bērna invalīda vidējais vecums ($M = 7,99$; $SD = 3,61$). 34 mātes piedalījās APK grupā, 28 mātes Sociālā atbalsta grupā (turpmāk tekstā SA grupa) un 34 mātes kontrolgrupā. Pētījuma dizains balstījās uz šīm trīs grupām, lai varētu salīdzināt eksperimentālo grupu (APK) ar kontrolgrupu (bez intervences) un ar SA grupu (sociālais atbalsts). SA grupa tika veidota, lai, pārbaudot izmaiņas pēc intervences programmas APK, varētu apgalvot, ka izmaiņas vecāku stresa un vecāku kompetences izjūtas līmenī nav saistītas ar vecāku kopā būšanu un atelpas iespēju, kas tika piedāvāta SA grupas dalībniekiem.

Datu ievākšanai tika izmantoti šādi **mērījuma instrumenti**:

1. *Vecāku kompetences izjūtas skala* (Parenting Sense of Competence Scale, (PSOC), Johnston & Mash, 1989). Latvijā šo metodi adaptējušas I. Skreitule-Pikše un S. Sebre (2008).
2. *Vecāku stresa indekss* (Parenting Stress Index (PSI), Abidin, 1995). Latvijā šo metodi adaptējusi L.Ļebedeva (2001).
3. *Demogrāfisko datu aptauja*.

Veicot pētījumu, tika izmantota šāda pētījuma **procedūra**:

Uzsākot pētījumu, tika apzinātas un uzrunātas biedrības Latvijā, kuras strādā ar bērniem invalīdiem un viņu vecākiem, un organizētas 7 APK intervences grupas. Apmeklējot pirmo APK grupas nodarbību, bērnu invalīdu mātēm tika lūgts brīvprātīgi piedalīties pētījumā un aizpildīt Vecāku kompetences izjūtas skalu (turpmāk tekstā VKI), Vecāku stresa indeksa aptauju (turpmāk tekstā VSI) un demogrāfisko datu aptauju. Vecāki tika informēti, ka šīs pašas aptaujas būs jāizpilda pēc grupas pēdējās nodarbības un pēc 6 mēnešiem.

Sociālo atbalsta grupu organizēja biedrība “Dzīvesspēks”, šajā grupā piedalījās 48 bērnu invalīdu mātes. Mātēm, kuras pieteicās SA grupā, pirms grupas tika lūgts brīvprātīgi piedalīties pētījumā un elektroniski vai klātienē aizpildīt VKI skalu, VSI aptauju un demogrāfisko datu aptauju. Mātes tika informētas, ka šīs pašas aptaujas būs jāizpilda pēc grupas un pēc 6 mēnešiem.

Kontrolgrupas dalībniekus palīdzēja piesaistīt biedrība “Apeirons”, izsūtot saviem biedriem elektroniski lūgumu piedalīties pētījumā ar pievienotu www.visidati.lv sagatavotu aptauju, kurā bija apvienotas VKI, VSI un demogrāfiskās aptaujas. Visi pētījuma dalībnieki brīvprātīgi piekrita piedalīties pētījumā, zinot, ka tiks ievērota viņu konfidencialitāte.

Pētījuma dati tika vākti laika posmā no 2014. gada līdz 2016. gadam.

Datu analīzē tika izmantotas šādas statistikas **metodes**:

Lai pārbaudītu, vai pastāv demogrāfisko datu statistiski nozīmīgas atšķirības attiecībā uz atkarīgajiem mainīgajiem, tika izmantota vienfaktoru dispersijas analīze ANOVA un Hī kvadrāta tests. Lai noskaidrotu, vai bērna invalīda nepieciešamajam kopšanas un uzraudzības līmenim, vecāku materiālā stāvokļa izvērtējumam un izglītībai ir saistība ar vecāku kompetences izjūtu un vecāku stresa līmeni, tika izmantota korelācijas analīze (Spīrmena korelācijas koeficients).

Lai noskaidrotu, vai vecāku stresa rādītāji ir statistiski nozīmīgi saistīti ar vecāku kompetences izjūtu, izmantota korelāciju analīze (Pīrsona un Spīrmena korelācijas koeficients) un, lai noskaidrotu, vai mātēm, kuras audzina bērnu invalīdu, vecāku stresa līmenis prognozē vecāku kompetences izjūtu, tika izmantota regresijas analīze (lineārā regresija).

Lai noskaidrotu, vai pēc piedalīšanās intervences programmā APK, SA un Kontrolgrupā bērnu invalīdu mātēm tiek novērotas izmaiņas vecāku kompetences izjūtā un vecāku stresa līmenī un vai šīs izmaiņas ir noturīgas pēc 6 mēnešiem, tika izmantota faktoriālā jauktā dispersiju analīze, t-tests pāra izlasēm un Vilksona tests. *Datu apstrāde* tika veikta, izmantojot programmas SPSS 23. versiju.

Pētījuma priekšmets: vecāku kompetences izjūta; vecāku stress; bērna invalīda nepieciešamā kopšanas līmeņa un vecāku materiālā stāvokļa saistība ar vecāku kompetences izjūtu un vecāku stresa līmeni; bērnu invalīdu māšu kompetences izjūtas saistība ar vecāku stresu; mātes kompetences izjūtas un vecāku stresa izmaiņas pēc piedalīšanās intervences programmā APK, SA un kontrolgrupā.

Balstoties uz darbā veikto teorētisko analīzi un iegūto rezultātu interpretāciju, aizstāvēšanai tiek izvirzītas šādas **tēzes**:

1. Vecāku kompetences izjūta kopumā ir statistiski nozīmīgi negatīvi saistīta ar Vecāku stresa indeksa kopējiem rādītājiem un šīs skalas apakšskalas *Vecāku distress*, *Attiecību grūtības* un *Grūtais bērns* rādītājiem. Jo zemāku apmierinātību ar vecāku lomu mātes norāda, jo augstākus vecāku stresa līmeņa rādītājus – augtāku vecāku distresu, attiecību grūtības un grūtības ar bērnu – viņas uzrāda. Jo zemāk mātes vērtē savu efektivitāti vecāku lomā, jo augstākus vecāku distresa un attiecību grūtību vērtējumus viņas norāda.
2. Vecāku stresa indeksa kopējais rādītājs prognozē Vecāku kompetences izjūtas rādītājus statistiski nozīmīgā līmenī. Vecāku stresa indeksa apakšskalas *Vecāku distress* un *Attiecību grūtības* rādītāji statistiski nozīmīgā līmenī prognozē un izskaidro Vecāku kompetences izjūtas rādītājus. Vecāku stresa indeksa apakšskalas *Grūtais bērns* rādītāji nav statistiski nozīmīgi Vecāku kompetences izjūtas prognozētāji.
3. Pēc bērnu invalīdu māšu piedalīšanās intervences programmā APK paaugstinās kopējā mātes kompetences izjūta, un pēc šīs programmas mātes jūtas apmierinātākas ar savu lomu, un šīs izmaiņas ir noturīgas sešus mēnešus pēc programmas beigšanas.

4. Pēc bērnu invalīdu māšu piedalīšanās intervences programmā APK samazinās kopējie vecāku stresa rādītāji, mazinās vecāku distress, attiecību grūtības un grūtības ar bērnu, un šīs izmaiņas ir noturīgas sešus mēnešus pēc programmas beigšanas.
5. Pēc bērnu invalīdu māšu piedalīšanās SA grupā samazinās kopējie vecāku stresa rādītāji, mazinās vecāku distress, attiecību grūtības un grūtības ar bērnu, bet šīs izmaiņas nav noturīgas sešus mēnešus pēc programmas beigšanas.
6. Demogrāfiskiem rādītājiem – bērnam invalīdam nepieciešamajai kopšanai un uzraudzības līmenim un māšu izglītībai nav statistiski nozīmīgas saistības ar Vecāku Stresa indeksa un Vecāku kompetences izjūtas aptauju rādītājiem. Taču negatīva saistība pastāv starp māšu materiālā stāvokļa izvērtējumu un vecāku distressa rādītājiem. Mātes, kuras norādījušas, ka viņām trūkst pat nepieciešamais, izjūt lielāku vecāku distressu.

Promocijas darba teorētiskā daļa ir veidota no 5 nodaļām: pirmajā nodaļā tiek aplūkota bērnu invalīdu ģimeņu situācija Latvijā un bērnu invalīdu ģimenēm izstrādātās atbalsta programmas, otrajā nodaļā tiek aplūkots vecāku kompetences izjūtas jēdziens, trešajā nodaļā tiek aplūkots stress – tā bioloģiskie pamati, stresa teorijas, bērnu invalīdu vecāku stress, stresa pārvaldīšanas modeļi. Ceturtajā nodaļā tiek aplūkota vecāku stresa saistība ar vecāku kompetences izjūtu, piektajā nodaļā tiek aprakstītas vecāku atbalsta programmas un šo atbalsta programmu efektivitāte un ietekmējošie faktori, raksturota APK intervences programmas izveides principi un struktūra. Tālāk promocijas darbā seko metodes, rezultātu un iztirzājuma daļas. Promocijas darbā ir iekļauti 12 attēli, 13 tabulas un 2 pielikumi. Izmantotās literatūras sarakstā ietverti 262 literatūras avoti. Kopējais darba apjoms ir 91 lpp. bez pielikumiem un 103 lpp. ar pielikumiem.

1. Bērnu invalīdu ģimenes Latvijā un bērnu invalīdu ģimeņu izstrādātās atbalsta programmas

Atbilstoši Latvijas Republikas Centrālās statistikas pārvaldes datiem, 2015. gadā Latvijā ir reģistrēti 7 916 bērni invalīdi, lielākā daļa no bērniem invalīdiem (7472) dzīvo mājās vecāku aprūpē (LR Centrālās statistikas pārvalde, 2016). Atbalsta pakalpojumus bērnu invalīdu ģimenēm Latvijā sniedz gan pašvaldības institūcijas, gan nevalstiskās organizācijas.

Izpētot Latvijā pieejamo atbalstu bērnu invalīdu vecākiem, ir svarīgi atzīmēt, ka valsts sniegtie sociālie pakalpojumi ģimenēm, kuras audzina bērnus invalīdus, orientēti galvenokārt uz bērnu invalīdu rehabilitāciju un tie nav paredzēti bērnu invalīdu vecāku atbalstam. Tie ietver:

- ģimenes nodrošināšanu ar tehniskajiem palīglīdzekļiem;
- rehabilitāciju Nacionālajā rehabilitācijas centrā “Vaivari”, vienu reizi pusotra gada laikā.

Savukārt pašvaldību nodrošinātie sociālie pakalpojumi ietver:

- psihologa konsultācijas;
- sociālā darbinieka konsultācijas;
- aprūpi mājās;
- bērnu invalīdu aprūpi dienas centros;
- bērnu ar garīga rakstura traucējumiem rehabilitāciju (Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums, 2002).

Pamatā tās ir izglītības un ārstēšanas programmas, kuras paredzētas bērniem invalīdiem, ar mērķi uzlabot bērna izziņas līmeni un pašpalīdzības iemaņas. Ir maz atbalsta pakalpojumu un programmu, kas paredzētas bērnu invalīdu vecākiem, jo nav pietiekami izvērtēta un atzīta vecāku lielā nozīmība slimo bērnu rehabilitācijā. To apstiprina Latvijā veiktie pētījumi – “Vientuļo vecāku, kuri audzina bērnus invalīdus, iespējas iekļauties darba tirgū un nepieciešamais atbalsts viņu sociālajai iekļaušanai” (Pomere, Rāta, Bariss, Grigule, & Sviklis, 2007), “Par sociālajiem pakalpojumiem ģimenēm ar bērniem un jauniešiem ar garīgiem un fiziskiem traucējumiem Zemgales reģiona un Ziemeļlietuvas pašvaldībās” (Prikule, Rudzīte, Limanāne, Supe, Lūse, Šimkute, & Tulabiene, 2013) un promocijas darbs “Bērnu ar invaliditāti ģimeņu dzīves kvalitāte Latvijā” (Millere, 2009). Šajos pētījumos tika konstatēts, ka sniegtais atbalsts bērnu invalīdu ģimeņu dzīves kvalitātes jomās ir vai nu neatbilstošs ģimeņu vajadzībām, vai arī ģimenes sastopas ar dažādiem šķēršļiem paredzētā atbalsta saņemšanai (Millere, 2009; Pomere et al., 2007). Atbalsta grupas bērnu invalīdu vecākiem vai invalīdu tuviniekiem lielākoties pieejamas īslaicīgi, projektu ietvaros un pašvaldībās nepietiek speciālistu darbam ar bērnu invalīdu ģimenēm un ar bērnu invalīdu aprūpē iesaistītām personām. Pašvaldības ir identificējušas invalīdu un viņu ģimeņu vajadzības, bet šīs vajadzības nav definētas kā prioritāte, kā rezultātā pašvaldības budžetā šīm vajadzībām nav atvēlēts finansējums, tāpēc pakalpojumu

attīstība šai mērķa grupai notiek tikai par projektu līdzekļiem (Prikule et al., 2013).

Vispieejamākās ir tieši nevalstisko organizāciju izveidotās sociālās rehabilitācijas programmas. Kā viena no aktīvākajām nevalstiskajām organizācijām jāmin “Velku fonds”, kurš vairākos Latvijas novados organizē bērnu invalīdu vecāku atbalsta grupas ar mērķi sniegt un saņemt emocionālo atbalstu, palīdzēt sadzīvot ar zaudējumu un sāpēm, veicināt cilvēkos savu spēku apzināšanos, izaugsmi un pašcieņu, bet šajās atbalsta grupās nav ietverti atbalsta pakalpojumi bērnu invalīdu vecāku stresa mazināšanai un vecāku kompetences izjūtas veicināšanai. Citu nevalstisko organizāciju galvenais uzsvars ir uz bērna invalīda rehabilitāciju. Piemēram, psiholoģiskā un funkcionālā atbalsta centrs ģimenēm ar bērniem, kuriem ir kustību un attīstības traucējumi “Mēs esam līdzās”, realizē projektu, kura vispārējais mērķis ir invaliditātes seku mazināšana, bērni tiek sagatavoti dalībai skolā un tika izstrādāta inovatīva, interaktīvu spēļu-testu sistēma attīstības līmeņa, izaugsmes progresa novērtēšanai un attīstības stimulēšanai.

Latvijā līdz šim nav izstrādātas īpaši bērnu invalīdu vecākiem domātas apmācību un atbalsta programmas, bet tādas ir izstrādātas citur pasaulē, piemēram, “Pakāpienu 3 P programma” (*Stepping Stones Triple P*, Sanders, Mazzucelli, & Studman, 2004), Kognitīvi biheiviorālā pārvarēšanas (*coping*) prasmju treniņa programma (*CSTP*, Gammon & Rose, 1991), kurā ietilpst kognitīvās pārstrukturēšanas, saskarsmes prasmju apgūšanas, problēmu risināšanas, individuālo mērķu sasniegšanas un grupu terapijas metodes, Kognitīvi biheiviorālā stresa pārvaldīšanas¹ programma vecākiem, kurā apvienota psihoizglītošana par stresa pārvaldīšanas prasmēm un “vecāku – vecāku” (*parents to parents*) savstarpējā pašpalīdzība, sociālais atbalsts un relaksācijas prasmes (Singer, Glang, & Nixon, 1994). PRIFAM programma (“*d’Intervention Familiale*”, Pelchat, Bisson, & Ricard, 1999), kura palīdz identificēt un mainīt negatīvo uztveri un uzskatus, palīdz laulātajiem izprast vienam otra pieredzi un atbalstīt vienam otru sērošanas procesā, veidot uzticīgas attiecības starp vecākiem un bērnu, māca sociālās prasmes un māca izmantot efektīvas stresa pārvaldīšanas tehnikas, apzināt un izmantot personīgos resursus. “Rūpes par aprūpētājiem” programma (*Caring for Parent Caregivers*, Schultz, Schultz, & Bruce, 1993), kura attīsta individuālās problēmu pārvaldīšanas iemaņas. Programmā ietvertas tēmas par ģimenes dinamiku, zaudējumiem un skumjām, komunikāciju un konfliktu risināšanas prasmēm, sociālā atbalsta tīklu un resursu izmantošanu, stresa pārvaldību un relaksācijas iemaņām.

Kopumā tās ir vairākas labi izstrādātas un empīriski pārbaudītas atbalsta programmas, un citās valstīs bērnu invalīdu vecāku apmācības un atbalsta programmas ir iekļautas ģimenes atbalsta stratēģijās (Lindsay, Davis, Band, Cullen, Cullen, & Strand, 2008). Ņemot vērā mērķgrupas specifiskās vajadzības, arī Latvijā būtu nepieciešams plānveidīgs, konkrēts un īpašs

¹ Pārvarēšana (angļu valodā: *coping*). Turpmāk darbā tiks lietots jēdziens “pārvaldīšana”, kas izceļ indivīda pašregulācijas nozīmi stresa vadīšanā, nevis tikai skata to kā tikšanu pāri grūtībām.

atbalsts bērnu invalīdu ģimenēm, piesaistot papildu finansējumu sociālo pakalpojumu attīstībai, veidojot atbalsta sistēmu ģimenēm ar bērniem invalīdiem, tai skaitā, jaunu instrumentu (intervences programmu) izveidošanu.

2. Vecāku kompetences izjūta

2.1. Vecāku kompetences izjūtas jēdziens

Literatūrā sastopamas vairāki vecāku kompetences izjūtas jēdziena formulējumi, piemēram, vecāku kompetence ir pārliecība, par spēju efektīvi veikt vai realizēt uzdevumus, kas saistīti ar bērnu audzināšanu (Teti & Gelfands, 1991), vai vecāku kompetence ir vecāku pārliecība par savām spējām ietekmēt savu bērnu un vidi tādā veidā, kas varētu sekmēt bērna attīstību un panākumus (Ardelt & Eccles, 2001), vai vecāku kompetence ir vecāku uzvedība, prasmes un stratēģijas, kas veicinātu pozitīvus un adaptīvus bērna attīstības rezultātus (Jones & Prinz, 2005). Vēl citi autori vecāku kompetences jēdzienu definē kā konkrētu uzdevumu veikšanu saistībā ar bērna audzināšanu (*task-specific*) un pārliecību šo uzdevumu veikšanā (Chen et al., 2000; Chen, Gully, & Eden, 2001).

Skaidras, vispārpieņemtas definīcijas vecāku kompetences jēdzienam literatūrā ir grūti atrast, bieži tās koncepts pārklājas ar citiem psiholoģiskiem konceptiem, piemēram, vecāku pašefektivitāti (*parental self-efficacy*), mātes pašefektivitāti vai vecāku pārliecību par savām spējām. Lielākā daļa pētnieku vecāku kompetences izjūtas jēdzienam kā analogu izmanto “vecāku pašefektivitātes” jēdzienu (Črnčec, Barnett, & Matthey, 2008), un vecāku kompetences izjūta tiek uzskatīta par pamata jeb noteicošo konceptu, uz kura bāzes veidojas vecāku pašefektivitāte (Montigny & Lacharité, 2005). Šie termini – “vecāku kompetences izjūta” un “vecāku pašefektivitāte” – literatūrā tiek lietoti pārmaiņus, padarot tos grūti atšķiramus kā jēdzienus.

Šajā pētījumā tiks izmantots termins “vecāku kompetences izjūta”, jo tiek lietota Vecāku kompetences izjūtas skala (*Parenting Sense of Competence Scale*)(Johnston & Mash, 1989). Autori uzskata, ka vecāku kompetences izjūta sastāv no diviem svarīgiem komponentiem – vecāku pašefektivitātes pakāpes, kādā vecāki jūtas kompetenti un pārliecināti sava bērna audzināšanā, un apmierinātības ar savu vecāku lomu. Skalas saskan ar divdimensionālo pašapziņas konceptu, kurā apvienotas divas skalas – paškompetences jeb pašefektivitātes (*self-competence*) un apmierinātības ar sevi (*self-liking*) skalas.

Pirmā Vecāku kompetences izjūtas dimensija *Apmierinātība* tiek saistīta ar vecāku emocionālo aspektu, kā vecāki jūtas, un saistīta ar vecāku pašapziņu (Gecas & Schwalbe, 1983; Harter, 1985). Ņemot vērā to, cik svarīga mūsu ikdienas dzīvē ir vispārējā pašapziņa, interese par vecāku pašapziņas ietekmi uz ģimenes funkcionēšanu nav pārsteidzoša. Piemēram, ir atklāta

būtiska korelācija starp vecāku pašapziņu un bērnu uzvedības problēmām izlasēs, kurās ir bērni ar fiziskiem traucējumiem (Rodrigue, Geffken, Clark, Hunt, & Fishel, 1994; Sanders, Turner, Wall, Waugh, & Tully, 1997).

Otra Vecāku Kompetences izjūtas dimensija ir saistīta ar vecāku kognitīvo aspektu – ko vecāki domā, un vecāku izjusto efektivitāti jeb, kā paši autori min – vecāku pašefektivitāte. Pašefektivitātes (*self-efficacy*) koncepcija ir attīstījusies sociāli-kognitīvās teorijas ietvaros. Šo jēdzienu 1977. gadā attīstīja Bandura (Bandura, 1997), aplūkojot to kā psiholoģisko konstrukt, kas ir nozīmīgs personības resurss, jo veido pamatu motivācijai, psiholoģiskai labklājībai un sasniegumiem visdažādākās dzīves jomās. Bandura raksta, ka pašefektivitāte ir cilvēka pārliecība par savām spējām kontrolēt notikumus savā dzīvē vai organizēt un veikt darbību secību, lai gūtu noteiktus sasniegumus (Bandura, 1997, 2001). Pašefektivitāte ir uzskatu sistēma, kas ietekmē, kā cilvēks jūtas, domā, motivē sevi un uzvedas (Bandura, 1992).

Citi autori atzīmē, ka pašefektivitāte ir indivīda uztvere par savu spēju un prasmju lietošanu dažādās dzīves situācijās (Judge, Erez, & Bono, 1998).

Apkopojot vadošo sociāli-kognitīvās teorijas pārstāvju piedāvātās pašefektivitātes definīcijas, var secināt, ka pašefektivitāte ir indivīda kognitīvs priekšstats vai pārliecība par savām spējām veikt noteiktas darbības, lai sasniegtu noteiktu rezultātu.

Bandura uzskata, ka cilvēkiem pašefektivitāte attīstās visas dzīves garumā, atkarībā no aktuālās situācijas un iepriekšējās pieredzes. Tā veidojas, mainās, pastiprinās vai pavājinās vairāku aspektu ietekmes vai to savstarpējās iedarbības rezultātā. Autors ievieša četrus pamata informācijas resursus, kuri ietekmē indivīda pašefektivitātes konstrukt:

- Veiksmīgā pieredze (*Enactive Attainment*), tā atspoguļo personas spējas un ierobežojumus – ja darbības rezultāts tiek interpretēts kā pozitīvs, indivīdam paaugstinās pašefektivitātes pārliecība, savukārt, ja darbības rezultāts tiek novērtēts kā neveiksmīgs, pašefektivitātes pārliecība pazeminās;
- Aizstājošā pieredze (*Vicarious Experience*) – citu cilvēku uzvedības piemērs jeb pieredze, ko indivīds iegūst no sociālajiem modeļiem un sociālās salīdzināšanas. Vērojot citu panākumus, pašefektivitātes pārliecība paaugstinās, bet, vērojot citu neveiksmes, pašefektivitātes pārliecība pazeminās. Redzot, ka viņam līdzīgi indivīdi gūst sekmes, stiprinās pārliecība par savām spējām risināt līdzīgus uzdevumus un paaugstinās motivācija sasniegt vēlamus rezultātus. Jo lielāka ir līdzība, jo vairāk šī pieredze pozitīvi ietekmē pašefektivitāti;
- Verbālā pārliecināšana (*Verbal Persuasion*), apkārtējo cilvēku iedrošinājums un atbalsts, kas stiprina indivīda ticību savām spējām risināt situācijas un gūt panākumus. Šis atbalsts var pamudināt indivīdu uz rīcību. Ja šī rīcība ir produktīva un mērķis sasniegts, tad gan pieredze, gan atzinība stiprina viņa pašefektivitātes izjūtu;

- Fizioloģiskais un emocionālais stāvoklis (*Physiological and Affective State*) – bailes, trauksme, stress mazina pašefektivitātes pārliecību, savukārt pozitīvs noskaņojums to paaugstina (Pajares, 2003). Nozīmīga ir arī uzdevuma sarežģītība, kas var stiprināt vai vājināt indivīda pašefektivitātes izjūtu. Turklāt patstāvīgi izpildītie uzdevumi ir nozīmīgāki pašefektivitātes pārliecībai nekā ar citu palīdzību paveiktie uzdevumi (Bandura, 1997).

Analizējot un apkopojot vecāku pašefektivitātes jēdzienu dažādos literatūras avotos, var secināt, ka tā tiek definēta diezgan atšķirīgi un ar dažādām niansēm:

Pirmā ir specifiska pieeja uzdevumam, proti, kā vecāki uztver savu kompetenci noteikta uzdevuma veikšanā. Piemēram, bērnam saslimstot, piedāvāt viņam atbilstošu aprūpi (Ballenski & Cook, 1982; Teti & Gelfand, 1991).

Otrā pieejā vecāku pašefektivitāte tiek uzskatīta par konceptuāli atšķirīgu no viņu pašefektivitātes citās jomās. Novērtējumi balstīti uz konkrētiem vecāku pienākumiem (“es esmu labs tēvs/māte savam bērnam”) (Abidin, 1995; Dumka, Stoerzinger, Jackson & Roosa, 1996; Wells-Parker, Miller, & Topping, 1990).

Trešajā pieejā pētnieki ir būtiski atkāpušies no Banduras sākotnējās pašefektivitātes definīcijas, formulējot vecāku pašefektivitāti kā vispārēju stabilu uzskatu sistēmu, kas ir piemērojama visdažādākajās jomās, piemēram – “es vienmēr esmu pārliecināts, ka mani plāni izdosies” (Shelton, 1990).

Ceturta pieeja balstās uz Banduras izstrādāto pašefektivitātes jēdzienu, kurā vecāku pašefektivitāte tiek definēta kā cilvēka pārliecība par savām iespējām kontrolēt notikumus savā dzīvē, veikt noteiktas darbības, lai sasniegtu savu mērķi (Bandura, 1982).

Pētījumi par vecāku kompetences izjūtu norāda, ka tai kā priekšnosacījumi kalpo pašu vecāku vecums un izglītība. Ir pētījumi, kas apliecina, ka vecāki ar zemu izglītības līmeni bērna aprūpē un audzināšanā izjūt sevi kā neprasmīgākus, viņiem ir pārmērīgi augstas gaidas par audzināšanas rezultātiem, salīdzinot ar izglītotākiem vecākiem, kuri uzrāda pamatotāku un adekvātāku skatījumu uz savas audzināšanas iznākumu nākotnē (Coleman & Karraker, 2003). Arī vecāku pašvērtējums, ģimenes stāvoklis, attieksme pret vecāka lomu, bērna vecums, veselība, temperaments, ģimenes materiālais stāvoklis, atbalsts no tuviniekiem, partnerattiecību kvalitāte kalpo kā priekšnosacījumi vecāku kompetences izjūtai (Bluth, Roberson, Billen, & Sams, 2013; Salonen, Kaunonen, Kurki, Jarvenpaa, Isoaho, & Tarkka, 2009).

Pētījumi liecina, ka mātes ar pozitīvu pašnovērtējumu un augstu vecāku kompetences izjūtu var veicināt sava bērna attīstību gan kognitīvajā, gan emocionālajā jomā (Donovan & Leavitt, 1989; Swick & Hassell, 1990). Mātes, kurām ir vairāk zināšanu par sava bērna attīstību, spēj izvēlēties piemērotākas audzināšanas metodes.

Pētījumi uzrāda saistību starp mātes kompetences izjūtu un mātes/bērna mijiedarbību; vecākiem, kuri izjūt sevi kā veiksmīgus aprūpētājus, ir vairāk raksturīgs drošais piesaistes stils (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Lee & Koo, 2015; Meunier & Roskam, 2008). Vecāki ļauj bērnam būt patstāvīgam, aktīvi pētīt apkārtējo vidi un radīt jaunus apkārtējās vides apstākļus, tādējādi stiprinot bērna ticību savai kompetencei tikt galā ar dažādām apkārtējās vides prasībām un sarežģītus uzdevumus uztvert kā izaicinājumus, ko pārvarēt, nevis kā draudus, no kā vajadzētu izvairīties (Lynch, 2002). Šādi vecāki uzstāda sev augstus mērķus un piepūlas, lai tos sasniegtu. Saskaroties ar neveiksmi vai grūtībām, tie mēģina vēl vairāk censties un ir neatlaidīgi, ātrāk atjauno ticību savām spējām un kompetencēm pēc neveiksmes (Luszczynska, Gutierrez-Dona, & Schwarzer, 2005).

Pētījumi apliecina, ka augsta māšu kompetences izjūta ir saistīta ar pozitīvu pieredzi vecāku lomā (Unger & Waudersman, 1985) un vecāku centieniem izglītoties kā vecākiem (Spoth & Conroy, 1993), ar augstāku apmierinātību ar vecāku lomu un labāku pielāgošanos, zemāku vecāku stresa līmeni un depresiju, adekvātu sociāli emocionālo funkcionēšanu (Ardelt & Eccles 2001; Bohlin & Hagekull, 1987; Coleman & Karraker, 2000; Gross, Conrad, Fogg, & Wothke, 1994; Izzo, Weiss, Shanahan, & Rodriguez-Brown, 2000).

Augsta vecāku kompetences izjūta paaugstina imūnās sistēmas funkcionēšanas spēju un palīdz indivīdiem izjust kontroli pār psiholoģiskiem stresa izraisītājiem, novērtēt tos kā mazāk draudošus (Wiedenfeld, O'Leary, Bandura, Brown, Levine, & Raska, 1990), tā veicina efektīvo problēmrisināšanas stratēģiju pielietošanu, kas savukārt vairo pozitīvas emocijas.

Vecākiem ar zemiem vecāku kompetences rādītājiem ir raksturīga mazāka neatlaidība, izteiktāka depresija un sevis vainošana (Bandura, 1982), trauksme (Rezendes & Scarpa, 2011; Teti & Gelfand, 1991; Schwarzer, 1992; Cutrona & Troutman, 1986), negatīvas emocijas un bezpalīdzības izjūta (Luszczynska, Gutierrez-Dona, & Schwarzer, 2005; Leganger, Kraft, & Roysamb, 2000). Zemi vecāku kompetences izjūtas rādītāji ir sasaistīti ar bērnu uzvedības problēmām (Johnston & Mash, 1989), pasīvu vecāku lomas veikšanu un augstu stresa līmeni (Wells-Parker, Miller, & Topping, 1990).

Analizējot pētījumus var secināt, ka vecāku apmierinātība ar savu lomu un efektivitāti ir cieši saistīta ar vecāku kompetenci un bērnu attīstības rezultātiem (Coleman & Karraker 1997; Jones & Prinz, 2005; Shumow & Lomax 2002). Tai ir liela ietekme gan uz mātes psiholoģisko pašsajūtu un pašvērtējumu, gan uz mātes spēju mijiedarboties ar bērnu, rūpēties par to, kā arī risināt ar bērnu audzināšanu saistītās problēmas. Tā ietekmē mātes motivāciju, trauksmes un frustrācijas līmeni, kas ir ļoti nozīmīgs gan mātes labsajūtas veidošanā, gan bērna audzināšanā, tādēļ var secināt, ka vecāku kompetences izjūtai ir svarīga loma bērnu audzināšanā. Tāpat var secināt, ka Vecāku kompetences izjūtai ir saistība ar vecāku stresu.

3. Stress

3.1. Stresa jēdziens un definīcijas

Katrs cilvēks saskaras ar stresu, no tā nav iespējams izvairīties. Stresa teorijas pamatlicējs Hanss Seljē (Selye) minējis, ka pilnīga brīvība no stresa ir nāve (Selye, 1976). Apkopojot literatūrā sastopamās definīcijas, stress tiek aplūkots kā psihofizioloģisks stāvoklis vai process, kas rodas, sastopoties ar notikumiem, kurus uztveram kā draudus fiziskajai vai psiholoģiskajai labsajūtai. Šīs definīcijas uzsver nepieciešamību saglabāt līdzsvaru starp indivīda vajadzībām un realitātē pastāvošo piedāvājumu šo vajadzību apmierināšanai, jo situācijā, kad līdzsvars netiek apmierināts, indivīdam var rasties stress (Pisterman et al., 1992).

Saskaņā ar teoriju pastāv trīs stresa veidi: stress, kurš attīstās saistībā ar apzinātu izvēli, zinot, ka šī izvēle radīs stresa situācijas – izvēles situācijas stress –, situatīvais stress un hroniskais stress (Rose, 1987). Visnekaitīgākais ir stress, kurš attīstās izvēles situācijā, piemēram, izvēle kļūt par vecākiem. Situatīvs stress ir stress, kur cilvēka pašsajūta ir kā reakcija uz notikušo viņa dzīvē. Šādi notikumi var būt situācijas, kas pārsniedz cilvēka ierastās spējas, prasmes tikt galā. Tā var būt gan tuvinieka nāve, gan nozīmīgu attiecību zaudējums, gan smaga vai nāvējoša saslimšana, gan bērna invalīda ienākšana ģimenē. Šādā brīdī cilvēks saskaras ar kardinālām izmaiņām jeb svārstībām savā dzīvē. Var teikt, ka nekas pirms šīs situācijas nav tā, kā ir bijis. Tādējādi indivīdam ir nepieciešams gan laiks, gan atbilstoša aprūpe, lai adaptētos šiem jaunajiem apstākļiem viņa dzīvē. Situatīvais stress ir vairāk kaitīgs nekā stress, kurš attīstās izvēles situācijā, jo tas ir negaidīts, taču tas visbiežāk ir īstermiņa un samazinās, kad krīze ir beigusies (Rose, 1987).

Nākamā klasifikācija ir pēc stresa ietekmes spēka, kur stresa ietekme saistīta ar ilgumu – akūtais un hroniskais stress. Akūtais stress ir ķermeņa tūlītēja atbilde uz ievērojamu un intensīvu apdraudējumu. Jāpiebilst, ka akūtais stress nevar ilgt mūžīgi, tam ir savs laiks (apmēram 2 mēneši). Indivīds attīstās, iegūst jaunu pieredzi, kā pārvarēt stresa situācijas un palīdzēt sev dzīves grūtā brīdī, pieaug arī indivīda emocionālā izturība un ticība saviem spēkiem. Ja cilvēks nesaņem savlaicīgu adekvātu palīdzību, situatīvais stress var pāriet hroniskajā stresā, kas ir viskaitīgākais stresa veids. Tas ir stabila uzbudinājuma stāvoklis, kas laika gaitā nenovājinās, kad prasības organismam palielinās, pārsniedzot ārējos un iekšējos apmierinājuma resursus. Hroniskais stress ir tikai ievads virknei secīgu reakciju, kas saistās ar pielāgošanos stresoram. Ilgstoši pārdzīvojot stresu, cilvēks var kļūt ātri uzbudināms, sociāli vienaldzīgs, emocionāli nestabils, var attīstīties trauksme, fobijas, panikas lēkmes, depresija un citas emocionāla rakstura problēmas (Baum, 1990), kā arī cilvēkam var rasties koncentrēšanās un problēmu risināšanas grūtības (Phetrasuvan & Miles, 2009).

3.2. Stresa bioloģiskie pamati

Divdesmitajā gadsimtā stresa pētījumus visvairāk ietekmējuši Seljē (Selye, 1956, 1976) darbi. Seljē kā reakciju uz stresu ierosināja “vispārējo adaptācijas sindromu”, kas ietvēra trīs posmus: trauksmi un mobilizāciju, pretošanās spējas un nogurumu. Veģetatīvā nervu sistēma un endokrīnā sistēma visplašāk iesaistās tieši pirmajā posmā, jo cilvēkam, kurš ir pakļauts akūtam stresam, rodas “bēgt vai cīnīties” (*fight or flight response*) reakcija. Šo apzīmējumu 1929. gadā ieviesa Hārvardas Universitātes profesors un ārsts Volters Kennons (Walter Cannon). Zinātnieks pierādījis, ka uz bailēm, dusmām un citām emocijām ķermenis reaģē automātiski. Hipofīzē izdalās kortikotropīni, kas aktivizē virsnieru dziedzeri, kas izdala asinīs tā saucamos stresa hormonus – kortikosteroīdus un adrenalīnu. Tie savukārt aktivizē nervu šūnas — sāk straujāk sisties sirds, paaugstinās asinsspiediens, elpošana kļūst straujāka, muskuļi saspringst, aktivizējas asins sarecēšanas mehānismi, aknas sāk izdalīt glikozi, vairāk izdalās siekalas, paplašinās acu zīlītes, visas maņas saasinās. Ķermenis ir gatavs stāties pretī briesmām, un šāds stāvoklis ilgst apmēram pusstundu (Randall, 2012). Saskaroties ar akūtu stresoru, tam pakļautā persona piedzīvo spēcīgu veģetatīvās nervu sistēmas reakciju, kas ir paredzēta kā īstermiņa aizsargājoša reakcija (Resick, 2001).

Stresa laikā reaģējot uz draudiem, smadzenēs notiek plašas neiroķīmiskas reakcijas. Liela nozīme ir epinefrīnam (adrenalīnam) un norepinefrīnam (noradrenalīnam). Šie hormoni, kateholamīni, paātrina sirdsdarbību, elpošanu, paaugstina asinsspiedienu, skābekļa patēriņu un cukura līmeni asinīs. Epinefrīnu un norepinefrīnu izdala virsnieru dziedzeri, apgabals smadzeņu stumbrā *locus coeruleus* un simpātiskās nervu šķiedras, un tos uztver adrenoreceptori. Koordinēta reakcija starp šiem hormoniem un nervu šūnām rada ārkārtas reakciju, lai maksimizētu cīņas vai bēgšanas reakciju (Davis, Suris, Lambert, Heimberg, & Petty, 1997, Resick, 2001). Gan dzīvniekiem, gan cilvēkiem zems seratonīna līmenis ir saistīts ar dusmu, impulsivitātes, agresijas, depresijas un nemiera simptomiem (Davis et al., 1997). Seratonīns ir arī saistīts ar miegu, zems seratonīna līmenis negatīvi ietekmē gan lēno viļņu miegu (SWS), gan ātro acu kustību miegu (REM). Norepinefrīnam ir arī inhibitora loma uz miegu, it īpaši REM miegu (Resick, 2001).

Akūta stresa situācijā virsnieru dziedzeri izdala arī glikokortikoīdus. Tiek uzskatīts, ka kortizols, glikokortikoīds palīdz regulēt stresa reakciju. Jehuda ar kolēģiem (Yehuda, 1990) atklāja, ka kortizols ir pret stresa hormons (Yehuda, Southwick, Mason, & Giller, 1990). Kortizols, kas ir steroīds, palīdz organismam pielāgoties ilgstošam stresam, atbrīvojot asinsritē vairāk uzturvielu (paaugstināts cukura līmenis asinīs), tonizējot sirds muskuļus un asinsvadus, samazinot iekaisumu un uzlabojot vielmaiņu (Resick, 2001).

Paaugstināts kortizola līmenis ir novērots gan trauksmainiem, gan depresīviem cilvēkiem.

Lai gan tā neliela izdalīšanās akūta stresa gadījumā nav kaitīga, ilgstoša stresa gadījumā paaugstinās cukura līmenis asinīs un paātrinās vielmaiņa, ko veicina kortizols, kas ietekmē imūnsistēmu, jo samazinās olbaltumvielu sintēze. Faktiski kortizolam var būt tieša kavējoša ietekme uz imūnsistēmu.

H.Seljē (Selye, 1956, 1976) secināja, ka ilgstoša glikokortikoīdu sekrēcija rada lielāko daļu no stresa kaitīgās ietekmes. Tādēļ, lai gan kortizola īstermiņa ietekme ir būtiska, ilgstoša hiperaktivācija var kaitēt veselībai.

Savukārt endogēnie opiāti ir domāti, lai pazeminātu stresa reakciju kā dabiskā atsāpinašana, it īpaši traumu un sāpju gadījumos. Ir daudz piemēru par cilvēkiem, kuri nav sapratuši, ka ir ievainoti, vai arī nav sajutuši sāpes līdz pat ārkārtas situācijas beigām. Pastāv pierādījumi, ka, izdaloties endorfīniem (endogēniem morfiņiem), tie nomāc imūnsistēmas darbību. Lai gan tas vēl nav pierādīts attiecībā uz cilvēkiem, ir iespējams, ka hroniska disociācija, kas ir konstatēta cilvēkiem ar disociatīviem traucējumiem, var radīt lielāku fizisko traucējumu un slimību risku, to skaitā imūnsistēmas traucējumus (Resick, 2001).

3.3. Stresa teorijas

Literatūrā par stresa teorijām ir izdalītas trīs dažādas pieejas, kurās stress izskaidrots kā atbildes reakcija (*response based*), kā stimuluss (*stimulus based*) vai transakcija (*transactional based*) (Lyon, 2000). Pieeju, kurā stress balstās uz atbildes reakciju, attīstījis Hanss Seljē. Šajā teorijā stress tiek uztverts kā fizioloģiska un psiholoģiska reakcija, ar kuru cilvēks saskaras un pielāgojas saspringtām situācijām. H.Seljē bija viens no pirmajiem zinātniekiem, kurš pētīja stresu un tā fizioloģisko ietekmi uz ķermeni. Viņš konstatēja, ka jebkuras ārējās vides iedarbības rezultātā notiek trīs veidu pārmaiņas, un nosauca tās par vispārējo adaptācijas sindromu (Selye, 1976).

Vispārējo adaptācijas sindromu iedala trīs stadijās – trauksme, pretestība, izsīkums. Pirmās divas stadijas atspoguļo organisma aizsardzības spēju mobilizēties, un šīs stadijas palīdz indivīdam veiksmīgi pārvarēt stresa situāciju. Trauksmes stadijā organisms tiek mobilizēts tūlītējai rīcībai, simpātiskās nervu sistēmas pēkšņā aktivācija stimulē stresa hormonus, sagatavojot organismu sastapties ar draudiem vai briesmām. Ja situāciju neatrisina un stress turpinās, tad sākas pretestības stadija un mēģinājumi tikt galā ar stresoru turpinās, organisms joprojām izmanto savus resursus. Ja tā paša stresora iedarbība arvien vēl turpinās vai tam pievienojas citi papildu stresori, tad organisma resursi izsīkst. Trešā stadija ir saistīta ar organisma spēku rezerves izsīkumu, ko sauc arī par hronisko stresu.

Ievērojams trūkums Seljē teorijā ir apstākļi, ka tajā nav ietverts kognitīvais faktors, kas ir būtisks, nosakot, vai notikums ir stresu izraisošs vai nav (Rice, 1992). Tāpēc vēlāk Šeifers

(Schafer, 2000) papildina Seljē teoriju, pievienojot un par būtiskām uzskatot arī prasības, kas izvirzītas prātam, stresu aprakstot kā ķermeņa un prāta uzbudinājumu, kas radies “kā atbildes reakcija prasībām, kas izvirzītas ķermenim un prātam” (Schafer, Keith, & Schafer, 2000).

Otrā uz stimulu orientētā (*stimulus based*) pieeja, balstās uz Holmsa un Rāhes (Holmes & Rahe, 1967) teoriju, kurā stress aplūkots kā reakcija uz dzīves notikumiem. Saskaņā ar šo teoriju indivīda pārvaldīšanas spējas ir cieši saistītas ar iepriekš piedzīvotā stresa pieredzi. Piemēram, bērna piedzimšana varētu būt pavisam aizraujoša pieredze/notikums, ja viss cits topošo vecāku dzīvē ir stabils un pozitīvs. Bet, ja bērna piedzimšana saistīta ar komplikācijām vai ja tā sakrīt ar finansiālām grūtībām ģimenē, indivīdam būtu sarežģītāk pārvarēt šīs grūtības un lielāka iespēja piedzīvot stresu (Parish et al., 2012).

Trešā, uz transakciju balstītā pieeja stresu aplūko saistībā ar “resursu nelīdzsvarotību” starp situāciju (stresoriem) un personai pieejamiem līdzekļiem un pārvaldīšanas spējām (Lazarus & Folkman, 1984). Šajā pieejā tiek runāts par personības resursiem un apkārtējās vides resursiem. Personības resursi ir adekvāta “Es koncepcija” – pozitīvs pašnovērtējums, zems neirotizisms, internālais kontroles lokuss, optimistisks pasaules uzskats, empātijas potenciāls, spēja veidot labas starppersonu attiecības u.c. Par apkārtējās vides resursiem uzskata ģimeni, draugus, labus kolēģus, radniekus, dažādas sociālās institūcijas, un par galveno vides resursu tiek uzskatīts sociālais atbalsts.

3.4. Bērnu invalīdu vecāku stress (*parenting stress*)²

Vecāku stress jeb ģimenes stress izriet no faktiskām vai redzamām neatbilstībām starp pieprasījumu (piemēram, izaicinājumu, draudiem) un pārvaldīšanas iespējām (McCubbin & Patterson, 1983b). Bērna invalīda piedzimšana rada izmaiņas visā ģimenes sistēmā: robežās, lomās, vērtībās, struktūrās un mērķos (Freedman et al., 2012; Burr, 1989). Vecāku stress rodas no pašu vecāku prasībām pret sevi kā pret vecākiem (Abidin, 1995).

Pētījumi norāda, ka bērnu invalīdu vecāki piedzīvo augstāku stresa līmeni nekā vecāki, kuri audzina veselus bērnus. Šīm ģimenēm visbiežāk stresori neizzūd, jo bērna invaliditāte visbiežāk ir nepārejoša, tāpēc šis stress ir hronisks, kas var izraisīt gan vecāku fizisku saslimšanu, gan iespēju, ka šie vecāki piedzīvo psiholoģiskus traucējumus (Lindo et al., 2016).

Stresa iemesli ģimenēm, kuras audzina bērnus invalīdus, ir šādi: informācijas trūkums, laika trūkums, sliktas priekšnojautas, pārāk liela atbildības izjūta, uzmanības un atzinības trūkums, dusmas, savstarpējo attiecību problēmas, veselības traucējumi (Deater-Deckard, 2005). Stresu izraisa arī bērnu invalīdu emocionālā reaktivitāte un agresīvā uzvedība (Tervo, 2010), bērna pielāgošanās, garastāvoklis un koncentrēšanās grūtības (Embregts, Bogaard, Hendriks,

² *Parenting stress* – vecāku stress, kas saistīts ar bērna aprūpi un audzināšanu, turpmāk saukts arī “vecāku stress”.

Heestermans, Schuitemaker, & Wouwe, 2010). Arī sociāli ekonomiskās īpatnības var būt saistītas ar mātes stresu, jo ģimenes saskaras ar finansiālām grūtībām (Emerson, Graham, McCulloch, Blacher, Hatton, & Llewellyn, 2009; Emerson, Madden, Graham, Llewellyn, Hatton, & Robertson, 2011; Murphy, Christian, Caplin, & Young, 2007).

Izpētot un apkopojot pasaulē veikto pētījumu teorijas par bērnu invalīdu vecāku stresu, izdalītas četras dažādas pieejas:

Pirmā balstās uz Seljē teoriju, kurā stress tiek saprasts kā fizioloģiska un psiholoģiska reakcija, ar ko cilvēks saskaras, un to, kā viņš pielāgojas saspringtām situācijām (Selye, 1956). Ģimenēm, kurām ir bērni invalīdi, tas izpaužas kā “sērošanas modelis”, kurā vecāki izdzīvo dažādus posmus – šoka, nolieguma, dusmu, pieņemšanas posms. Tās ir raizes par situāciju, ko vecāki nespēj kontrolēt un kas viņus nomāc, tā ir nedrošības un briesmu izjūta, bailes par to, kas varētu notikt nākotnē, un ciešanas par savu bezspēcību (Perry, 2004).

Otrā pieejā stress aplūkots kā reakcija uz dzīves notikumiem – bērna invalīda ienākšanai ģimenē ir negatīva ietekme uz vecāku garīgo un fizisko veselību. Ja šie vecāki nespēj un neprot pārvaldīt stresu, viņi tiek pakļauti stresa hroniskai iedarbībai, kas var izraisīt gan fiziskas saslimšanas, gan psihiskas dabas traucējumus (Turnbull & Turnbull, 1986; Wilgosh, Scorgie, & Fleming, 2000).

Trešā pieeja stresu aplūko saistībā ar “dienišķām rūpēm” – stresoriem (Bebko, Konstantareas, & Springer, 1987; Freeman, Perry, & Factor, 1991). Šī pieeja balstās uz atzinumu, ka tas nav viens atsevišķs dzīves notikums – bērns invalīds, kas izraisa stresu, bet gan virkne stresoru – visas darāmās lietas, kas saistās ar bērna invalīda ienākšanu ģimenē (piemēram, mainot lielam bērnam autiņbiksītes, liekot bērnu vannā, pārvietošanās iespējas utt.). Šādas ikdienas situācijas veido stresu pamazām. Parasti tie ir pietiekami nelabvēlīgi, intensitātes un ilguma ziņā nozīmīgi iekšējie un ārējie kairinātāji, kas noved pie stresa stāvokļa veidošanās (Perry, 2004).

Ceturta pieeja stresu aplūko saistībā ar “resursu nelīdzsvarotību” starp situāciju (stresoriem) un personai pieejamiem līdzekļiem un pārvaldīšanas spējām (Lazarus & Folkman, 1984). Ģimenēm, kurās ir bērns invalīds, ir vairāk nekā viens saspringts dzīves notikums, tāpēc stresa līmenis lielā mērā ir atkarīgs no ģimenes resursiem un no ģimenes saņemtā sociālā atbalsta. Šī pieeja pievērš uzmanību saņemtajam sociālajam atbalstam kā aizsargājošam faktoram, kas mazina ģimenēm stresu (Dunn et al., 2001; Hastings & Johnson, 2001).

Lielākā daļa pētījumu par stresu, ko izjūt bērnu invalīdu vecāki, ir balstīti uz mātes sniegto informāciju. Salīdzinot māšu un tēvu ziņojumus, vecāku stresa rezultāti ir dažādi – mātes uzrāda lielāku vecāku stresu, kas saistīts ar bērna ēšanu, miegu un emocionālās regulācijas traucējumiem (Hastings, 2003; Hastings, Kovshoff, Ward, Espinosa, Brown, & Remington,

2005), bet tēvi ziņo par lielāku spriedzi attiecībā uz bērnu eksternalizēto uzvedību (piemēram, sišanu) (Davis & Carter, 2008).

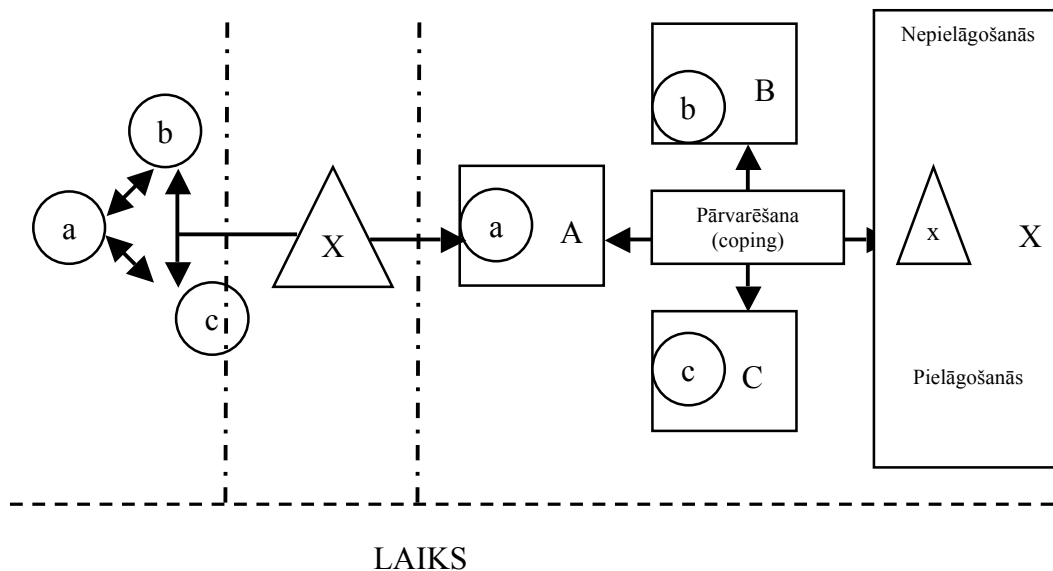
Pētījumos par stresu, kas saistīts ar bērna invalīda audzināšanu, norādīts, ka vecāku stress ir viens no faktoriem, kas saistīts ar vecāku izturēšanos pret bērniem – vecāki, kuri izjūt mazāku stresu, biežāk piedāvā bērnam savu palīdzību, šādiem vecākiem ir pozitīvāka mijiedarbība ar saviem bērniem (Mccoy, Frick, Loney, & Ellis, 1999), un ģimenēs, kurās vecāki norāda zemākus vecāka stresa rādītājus, bērni uzrāda mazāk uzvedības problēmu (Harrop, McBee, & Boyd, 2016; Neece, Green, & Baker, 2012; Peters-Scheffer, Didden, & Korzilis, 2012; Rezendes & Scarpa, 2011). Turpretim vecāki, kuriem ir augsti stresa rādītāji, izrāda mazāk atsaucīgu audzināšanu (Belsky, Putnam, & Crnic, 1996; Cappa, Begle, Conger, Conger, & Dumas, 2010; Brobst, Clopton, & Hendrick, 2009), šie vecāki biežāk ir vardarbīgi pret bērniem (Deater-Deckard, 2005), un augstāki vecāku stresa rādītāji var negatīvi ietekmēt bērna sociālo un kognitīvo attīstību (Neece & Baker, 2008). Turklāt bērnu invalīdu vecāku stress var negatīvi ietekmēt pāra attiecības (Meadan, Hedda, Halle, & Ebata, 2010). Pētījumi norāda, ka bērnu invalīdu ģimenēs ir lielāks šķirto laulību daudzums (23,5%) nekā tas ir vecākiem, kuru bērni ir bez invaliditātes (13,8%) (Hartley, Barker, Seltzer, Floyd, Greenberg, Orsmond, & Bolt, 2010).

3.5. Stresa pārvaldīšanas modeļi

Vēsturiski ir izdalīti vairāki ģimenes stresa pārvaldīšanas modeļi. Šajos modeļos tiek izmantotas iekšējās, ārējās, adaptīvās (informācijas meklēšana un problēmu risināšana), paliatīvās (centieni noliegt, mazināt vai izvairīties no stresa situācijā) un pielāgošanas stratēģijas (Judge, Erez, & Bono, 1998; McCubbin & Patterson, 1983a; McCubbin & Patterson, 1983b). Dažas šo modeļu stratēģijas ir efektīvākas nekā citas, un dažas pieejas varētu būt noderīgākas īstermiņā, bet problemātiskas ilgtermiņā (Pargament, 1997).

Pēdējo desmit gadu laikā vairāki pētījumi par ģimenes stresu un tā pārvaldīšanu balstās uz Reubina Hilla (Reubin Hill's) ABCX ģimenes stresa modeli (*ABCX Model of Family Stress Theory*), kurā attiecībā uz "krīzi" jeb "X" – notikumu, kurš ir traucējošs un dezorganizējošs, izvirzīti 3 savstarpēji saistīti faktori. "A" faktors – stresors, "B" faktors – resursi, "C" faktors – novērtējums jeb – kā ģimene ir definējusi un novērtējusi šos stresorus (Hill's, 1958). Modelis fokusējas uz ģimenes pirmskrīzes mainīgajiem, kurus vēlāk nosauc par aizsardzības faktoriem. Vēlāk šo modeli attīsta Makkubins (McCubbins) un izveido Dubulto ABCX ģimenes stresa modeli (McCubbin & McCubbin, 1993, 1996) (sk. 1. attēlu).

Šajā modelī papildus jau esošajiem Hilla izvirzītajiem faktoriem tiek iekļauta adaptēšanās, un šim modelim pievienoti vēl citi dzīves stresori vai izmaiņas, kuras varētu ietekmēt ģimenes stresa pārvaldīšanas spējas (McCubbin & Patterson, 1983b).



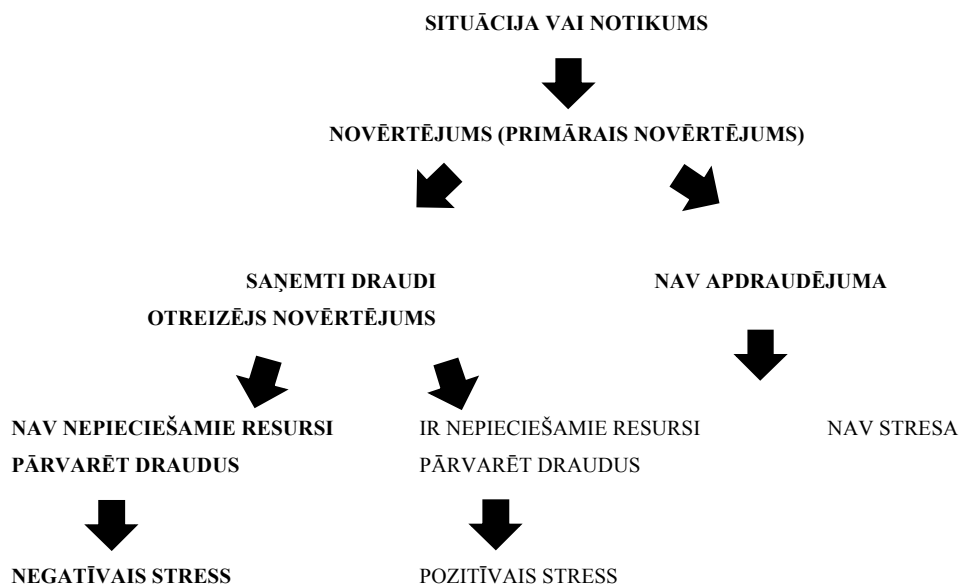
pirms krīzes

pēc krīzes

Piezīme. a – stresors, b – esošie resursi, c – “a”(stresora) novērtējums, x – “krīze”, a A – uzkrātie stresori (*Pile Up*), b B – esošie un jaunie resursi, c C – x (krīzes) + a A (uzkrātie stresori) + b B (Esošie un jaunie resursi) novērtējums, x X – adaptēšanās krīzes situācijā.

1. attēls. Dubultais ABCX stresa pārvaldīšanas modelis (McCubbin & McCubbin, 1993, 1996)

Nozīmīgs ir Lezarusa un Folkmana (Lazarus & Folkman, 1984) stresa pārvaldīšanas modelis, kurā tiek uzsvērtas indivīda un vides attiecības un stress tiek atspoguļots kā dinamisks process (sk. 2. attēlu).



2. attēls. Stresa pārvaldīšanas modelis (Lazarus & Folkman, 1984).

Lezaruss un Folkmans savā stresa pārvaldīšanas modelī stresu aplūko saistībā ar situācijas novērtējumu un sev pieejamiem resursiem. Lezaruss ar kolēģiem bija pirmais, kurš pievērsās

kognitīvā novērtējuma lielajai nozīmei un runāja par primāro un sekundāro novērtējumu, kas raksturo indivīda krīzes divpakāpju subjektīvo uztveri.

Ar primāro novērtēšanu tiek izvērtēts, cik lielus draudus šie notikumi cilvēkam rada, vai situācija uztverama kā bīstama vai ne. Ar sekundāro novērtēšanu tiek secināts, cik un kādi resursi (zināšanas, prasmes apkārtējo atbalsts utt.) ir indivīda rīcībā, lai spētu pārvarēt situāciju (Hobfoll, Dunahoo, & Monnier, 1995). Tādējādi var secināt, ka, no vienas puses, situācijas kognitīvais novērtējums ietekmē to, vai situācija vispār tiek uztverta kā krīze, no otras puses, kognitīvais novērtējums apskatāms arī kā pirmais solis ceļā uz krīzes pārvarēšanu (Lazarus & Folkman, 1984).

3.6. Bērnu invalīdu vecāku stresa pārvaldīšanas modeļi

Bērnu invalīdu vecākiem ir jātiek galā ar daudzām neskaidrībām par sava slimā bērna veselību un prognozēm, medicīniskiem norīkojumiem un procedūrām. Situācijās, kad vecākiem nepietiek stresa pārvaldīšanas stratēģiju, var iestāties krīze, kas var negatīvi ietekmēt ģimenes attiecības, darbu un karjeru, šādi radot vecākiem papildu spriedzi (Barakat & Linney, 1992). Tas, cik labi ģimene tiek galā ar krīzi, būs atkarīgs no vairākiem faktoriem, tai skaitā, sociālā atbalsta, situācijas novērtējuma un spējas pārvaldīt stresu (McCubbin & Patterson, 1983a).

Pārvaldīšanas process sevī ietver kognitīvos, afektīvos, uzvedības un fizioloģiskos funkcionēšanas aspektus (Pargament, 1997). Stresa pārvaldīšanas stratēģijas var būt efektīvas un neefektīvas. Efektīvās stratēģijas ļauj risināt problēmas ar citu palīdzību vai bez tās, bet neefektīvās stratēģijas jeb bēgšanas/izvairīšanās stratēģijas nespēj rast risinājumus problēmām un uztur stresu.

Literatūrā aplūkota virkne stresa pārvaldīšanas stratēģiju, to sistematizācija un apraksti, un šajos aprakstos trūkst vienotas klasifikācijas. Vongs (Wong, 2011) ar kolēģiem izstrādāja stresa pārvaldīšanas proaktīvo koncepciju, kas ietver preventīvās, pašpārveidojošās, eksistenciālās un garīgās stratēģijas – cilvēka adaptīvās reakcijas, kas ir atkarīgas no viņa simbolizēšanas, prognozēšanas, pašrefleksijas spējām, garīgās pašizpaušmes, pašattīstības un pašpilnveides (Wong, Chan, Wong, Chu, Kitty Lam, Mercer, & Ma, 2011).

Vēbers (Weber) uzskata, ka galvenās stresa pārvaldīšanas stratēģijas ir šādas:

- reāla (gan kognitīvā, gan uzvedības līmenī) problēmas risināšana;
- sociālā atbalsta meklējumi;
- situācijas interpretēšana savā labā;
- aizsardzība un problēmas noliegšana;
- līdzjūtība pašam pret sevi;

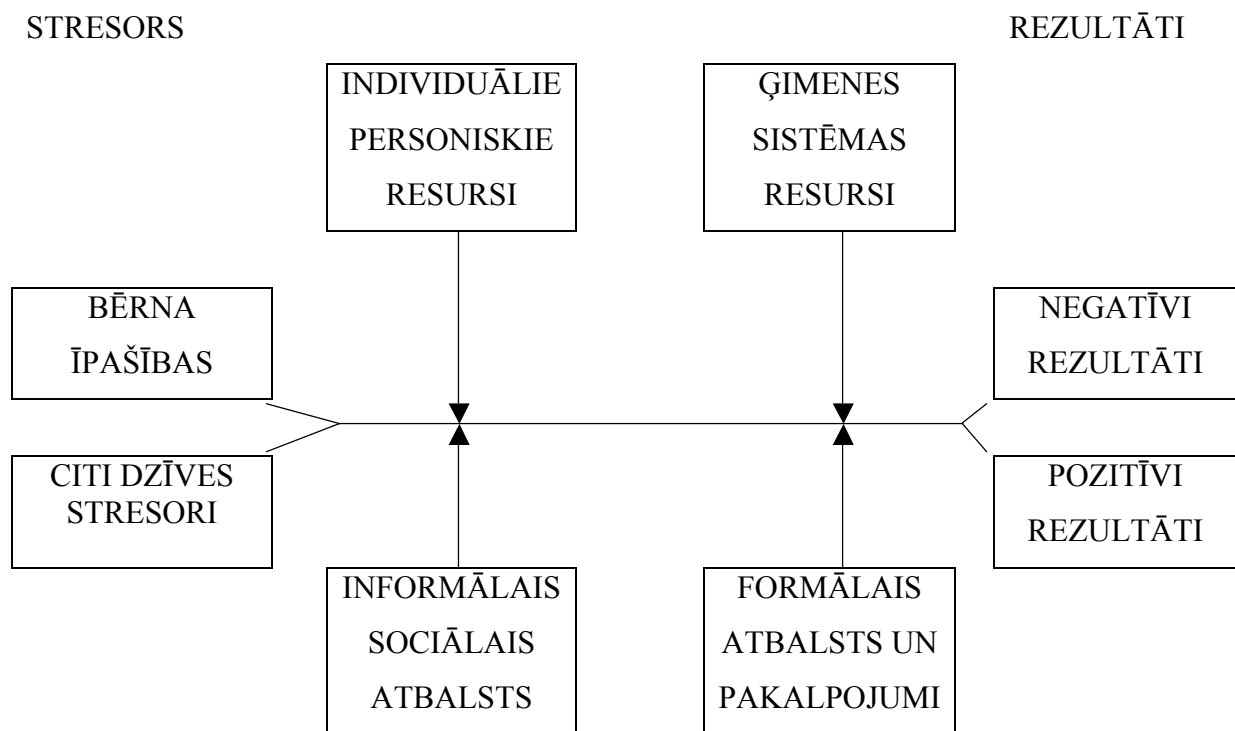
- pašnovērtējuma izmaiņas;
- emocionālā ekspresija (Bodrov, 2006).

Neadaptīvs stresa pārvaldīšanas veids ir, piemēram, tad, ja ģimenes savu stāvokli vērtē kā netaisnīgu un uzskata sevi par upuri (Patterson & McCubbin, 1983). Šādas ģimenes mēdz vainot citus cilvēkus, koncentrējas uz ģimenes problēmām, nevis uz pozitīvo, neizmanto sociālo atbalstu un nespēj risināt savas problēmas (Curran, 1985). Bīvers (Beavers, 1986) un kolēģi norāda, ka tās ģimenes, kuras izmanto neveselīgā stresa pārvaldīšanas stratēģijas, koncentrējas uz negatīvām izjūtām. Tās noliedz sava bērna invaliditāti vai pat piederību ģimenei (Beavers, Hampson, Hulgus, & Beavers, 1986). Par dezadaptīvāko stratēģiju uzskata modeli, kurā bērnu invalīdu vecāki uzvedas tā, it kā nekas nebūtu noticis (Burr, 1989).

Adaptīvu stresa pārvaldīšanas stratēģiju mērķis ir nostiprināt vai saglabāt vecāku resursus, samazināt stresa avotus vai negatīvās emocijas (McCubbin, 1979) un panākt līdzsvaru ģimenes funkcionēšanā (McCubbin et al, 1980). Šajā procesā nozīmīgi ir finanšu resursi, proti, cik finansiāli nodrošinātas ir šīs ģimenes, jo šādām ģimenēm var būt finansiālas problēmas slimnīcas rēķinu un adaptīvo iekārtu iegādes dēļ, kā arī nepieciešami līdzekļi dienas aprūpes un atelpas nodrošināšanai (McCubbin, 1982; Parish et al., 2012). Nozīmīgi ir izglītības resursi (McCubbin, 1982), veselības un psiholoģiskie resursi – personības īpašības un pašcieņa (Yau & Li-Tsang, 1999). Tāpat arī iepriekšējā pieredze var palīdzēt mazināt spriedzi bērnu invalīdu vecākiem un veicināt ģimenes stabilitāti (McCubbin, 1979). Nozīmīgs resurss ir arī vecāku kopsadarbība bērna invalīda aprūpē (Abbott & Meredith, 1986; Beckman, 1991). Jo resursu būs vairāk, jo mazāk ticams, ka ar bērna invalīda audzināšanu saistītās stresa situācijas tiks uztvertas kā saspringtas (McCubbin, 1980).

Perijs (Perry, 2004) izveidojis stresa pārvaldīšanas modeli tieši ģimenēm, kuras audzina bērnus invalīdus (sk. 3. attēlu).

Šis modelis ietver četrus komponentus: stresorus (bērna īpašības, citi dzīves stresori), atbalstu (informālo sociālo un formālo atbalstu un pakalpojumus), resursus (individuālos personiskos un ģimenes sistēmas resursus) un rezultātus (negatīvos un pozitīvos rezultātus). Atbalsta un resursu komponenti darbojas kā moderatori attiecībās starp nelabvēlīgajiem stresoriem un rezultātiem. Stresori ir definēti kā objektīvi un subjektīvi bērnu raksturlielumi (piemēram, kognitīvais vai attīstības līmenis, uzvedības problēmas) un citi dzīves stresori (apdraudējumi), ko ģimene izjūt (piemēram, nodarbinātība, finanšu situācija). Resursi ir gan individuālie resursi (piemēram, stresa pārvaldīšanas stratēģijas), gan ģimenes resursi (piemēram, ģimenes funkcionēšana, veiksmīgas laulāto attiecības). Atbalsts ir gan neformālais sociālais atbalsts (piemēram, ģimene, draugi, sabiedriskās organizācijas), gan formālais atbalsts un pakalpojumi (piemēram, atbalsta grupas). Rezultāti šajā modelī tiek definēti kā pozitīvi (piemēram, personīgā izaugsme) vai negatīvi (piemēram, depresija).



3. attēls. Stresa modelis ģimenēm, kuras audzina bērnus invalīdus (Perry, 2004)

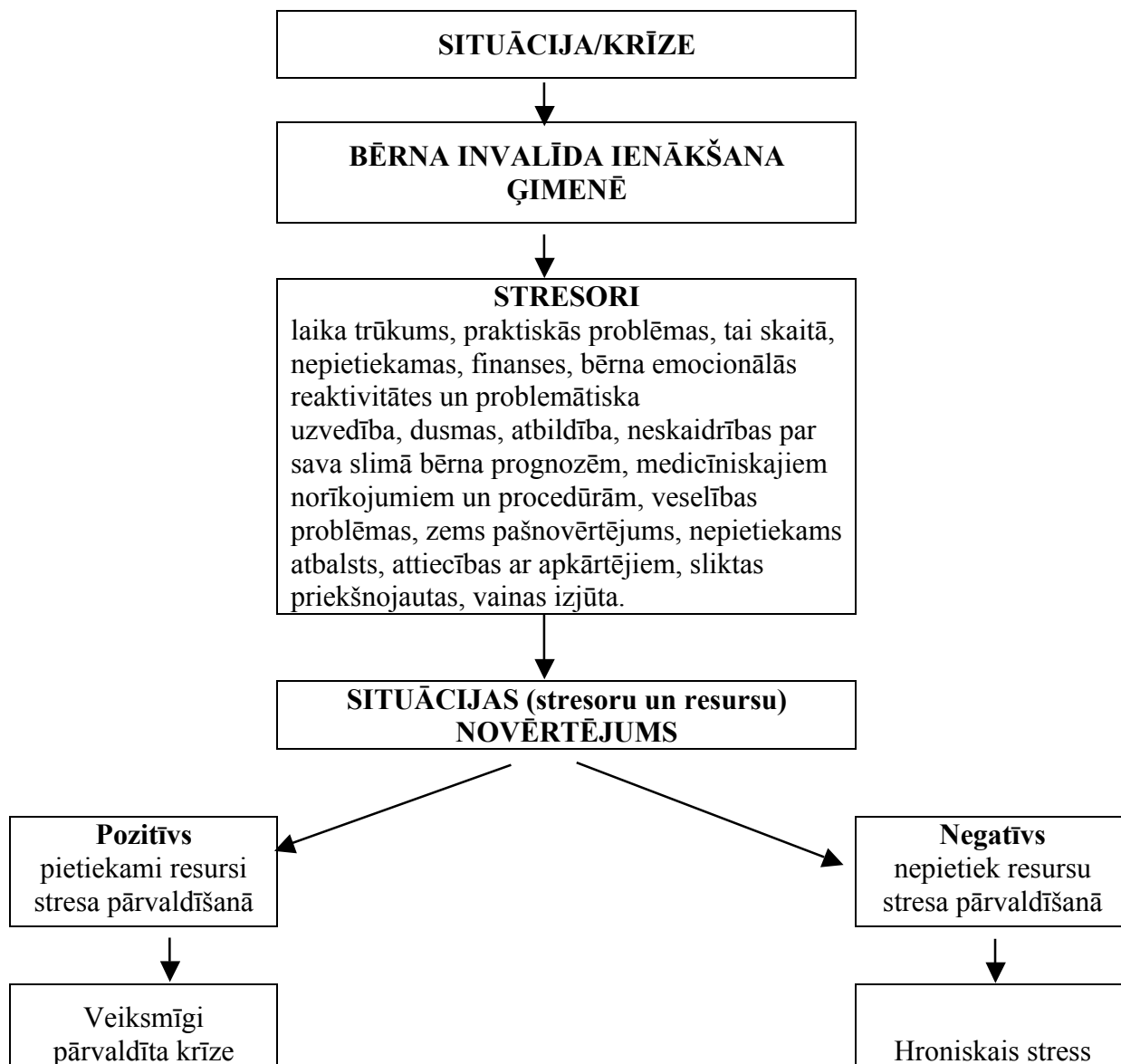
Veidojot intervences programmu APK, tika izveidots bērnu invalīdu vecāku stresa modelis, kam par pamatu tika izmantoti jau labi izpētītie stresa pārvaldīšanas modeļi – ABCX (Hill, 1958), Dubultais ABCX (Lavee, McCubbin, & Patterson, 1985) un Lezarusa un Folkmena (Lazarus & Folkma, 1984) izstrādātais stresa pārvaldīšanas modelis (sk. 4. attēlu).

Līdzīgi kā Perija (Perry, 2004) izstrādātajā stresa pārvaldīšanas modelī, šajā jaunizveidotajā stresa pārvaldīšanas modelī tika apkopotas visas iepriekšminētās stresa pārvaldīšanas teorijas un modeļi.

Tika izveidots stresa pārvaldīšanas modelis, kurā situācija jeb krīze ir bērna invalīda ienākšana ģimenē, kura rada virkni stresoru – laika trūkums, praktiskās problēmas, tai skaitā, nepietiekamas finanses, bērna emocionālā reaktivitāte un problemātiska uzvedība, dusmas, atbildība, neskaidrības par sava slimā bērna prognozēm, medicīniskajiem norīkojumiem un procedūrām, paša vecāka veselības problēmas, zems pašnovērtējums, nepietiekams atbalsts, attiecības ar apkārtējiem, sliktas priekšnojautas un vainas izjūta. Seko situācijas novērtējums, un krīze tiek pārvarēta, ja šis situācijas novērtējums ir pozitīvs, vecākiem ir pietiekami resursi stresoru pārvarēšanā (piemēram, finanšu, izglītības, veselības un psiholoģiskie resursi, iepriekšējā pieredze, vecāku kopsadarbība bērna invalīda aprūpē). Situācijā, kad vecākiem nepietiek resursu, iestājas vecāku hroniskais stress.

Apkopojot šajā nodaļā būtiskāko, var teikt, ka bērnu invalīdu vecākiem ir augstāks stresa līmenis nekā vecākiem, kuri audzina veselus bērnus, un uzkrātais vecāku stress apdraud šo

vecāku emociju pārvaldīšanu un laika gaitā izsmel vecāku fiziskos un psiholoģiskos resursus, kas tik ļoti nepieciešami, lai būtu par kompetentiem vecākiem saviem bērniem invalīdiem. Stresa pārvaldīšanā nozīmīgi resursi – finanšu, izglītības, veselības un psiholoģiskie resursi. Jo resursu būs vairāk, jo mazāk ticams, ka ar bērna invalīda audzināšanu saistītās stresa situācijas tiks uztvertas kā saspringtas; ticamākais, ka krīze tiks veiksmīgi pārvarēta un būs mazāka iespēja piedzīvot vecāku hronisko stresu.



4. attēls. Bērnu invalīdu vecāku stresa modelis (Geikina & Martinsone, 2015)

4. Vecāku kompetences izjūta un stresa sakarības

Atšķirībā no pētījumiem par vecāku stresu ģimenēs, kuras audzina bērnus invalīdus, pētījumi par vecāku kompetences saistību ar vecāku stresu ir ļoti maz. Šie nedaudzie pētījumi norāda, ka mātes stress negatīvi korelē ar vecāku efektivitāti (Belchic, 1996; Wells-Parker,

Miller, & Topping, 1990) un to, ka augstāka vecāku kompetences izjūta uzlabo bērnu funkcionēšanu (Allen & Petr, 1998; Dunst & Trivette, 1988).

Ņemot vērā eksperimentālajos pētījumos norādīto vecāku stresa ietekmi uz vecāku un bērnu pozitīvo mijiedarbību, ir pārsteidzoši maz pētījumu, kuri meklētu sakarības starp atbalsta saņemšanu, vecāku stresu un vecāku kompetences izjūtu. Divi pētījumi atklāj nelielu saistību starp saņemto atbalstu un mātes stresu (O'Neil, Palisano, & Westcott, 2001; Schie, Siebes, Ketelaar, & Vermeer, 2004), un Latvijā veiktā pētījuma rezultāti uzrāda, ka sociālajam atbalstam ir nozīme stresa līmeņa mazināšanā, bet stresa līmenis prognozē vecāku kompetenci, kas dod iemeslu izvirzīt hipotēzi, ka stress ir kā mediators starp sociālo atbalstu un vecāku kompetenci (Geikina & Miltuze, 2012).

Bandura norāda arī šādu saistību – cilvēki ar augstāku pašefektivitātes pārlicību emocionālo uzbudinājumu un ķermenisku spriedzi vairāk uztver kā enerģijas avotu, kas veicina labāku izpildījumu. Tie, kas apšaubā savas kompetences, nekompetenci biežāk mēdz interpretēt kā vājuma un bezspēcības pazīmi (Bandura, 1977). Tātad, mazinot cilvēka negatīvās stresa reakcijas un mācot viņu pozitīvi interpretēt arī negatīvus emocionālos stāvokļus un ķermeniskas izjūtas, var paaugstināt viņa pašefektivitāti, veicot konkrētu uzdevumu. Piemēram, daži autori, norādot uz pašefektivitātes un stresa koncepcijas saistību, atsaucas uz Lezarusa (Lazarus, 1984) kognitīvo stresa modeli, kurā tiek uzsvērts, ka indivīda pārlicības, to skaitā arī pārlicības par savām spējām un kompetencēm, lielā mērā nosaka to, kā tiek izvērtētas apkārtējās vides prasības (Zajacova, Junch, & Espenshade, 2005). Katra apkārtējās vides prasība, apstākļi un nosacījumi tiek personiski interpretēti kā “draudi” vai “izaicinājums”. Analizējot indivīda kognitīvo spriedumu nozīmi stresa situācijās vai apkārtējās vides prasību novērtējumā, pētnieki atzīmē un empīriski pamato, ka cilvēki ar augstāku pašefektivitāti un ticību savām spējām biežāk apkārtējās vides prasības, apstākļus un nosacījumus uztver kā izaicinājumu, nevis kā draudus (Chemers, Hu, & Garcia, 2001; Lazarus & Folkman, 1984; Pintrich & De Groot, 1990). Var secināt, ka pārlicība par savu efektivitāti ietekmē saistību starp apkārtējās vides mainīgajiem un psiholoģisko stresu, ko indivīds piedzīvo.

Ir pētīta bērnu uzvedības problēmu ietekme uz vecāku trauksmi, depresiju un to saistība ar vecāku kompetences izjūtu. Pētījuma rezultāti liecina, ka bērna uzvedības problēmas palielina vecāku stresu, kas savukārt samazina vecāku pašefektivitāti jeb vecāku kompetences izjūtu (Harrop, McBee, & Boyd, 2016). Pētījumā arī atklājās, ka pazemināti vecāku efektivitātes rādītāji palielina risku vecākiem saskarties ar trauksmi un depresiju. Šie rezultāti ļauj secināt, ka, jo zemāka ir vecāku kompetences izjūta, jo lielāka iespēja, ka bērnu uzvedības problēmu radītais vecāku stress var radīt trauksmi vai depresiju (Rezendes & Scarpa, 2011).

Apkopojot pētījumu secinājumus, var apgalvot, ka vecāku kompetences izjūta, vecāku efektivitāte un apmierinātība ar vecāka lomu ir savstarpēji saistīta ar stresu (Belchic, 1996;

Wells-Parker, Miller, & Topping, 1990) abos virzienos – kompetence, ieskaitot arī pārliecības par savām spējām, lielā mērā nosaka to, kā tiek izvērtētas apkārtējās vides prasības, vai šīs prasības tiek uztvertas kā “draudi” vai kā izaicinājumus un vai tās ir resurss stresa pārvarēšanai. Savukārt stress apdraud vecāku kompetences izjūtu, vecākiem piedzīvojot stresu, mazinās efektivitāte vecāku lomā un zūd apmierinātība ar vecāku lomu (Chemers, Hu, & Garcia, 2001; Geikina & Miltuze, 2012; Lazarus & Folkman, 1984; Pintrich & De Groot, 1990).

5. Intervences programma bērnu invalīdu vecākiem “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”

5.1. Vecāku atbalsta grupas un to veidi

Atbalsts ģimenēm, kurās ir bērns invalīds, ir ļoti būtisks. To apstiprina daudzās veiksmīgi izstrādātās atbalsta programmas, kuras mazinājušas vecāku stresu, cēlušas vecāku pašnovērtējumu un kompetences izjūtu (Benson, 2016; Davison, Pennebaker, & Dickerson, 2000; Harbin, McWilliam, & Gallagher, 2000; Santelli, Turnbull, Lerner, & Marquis, 1993; Slentz, Walker, & Bricker, 1989).

Vecāku atbalsta grupas savstarpēji atšķiras pēc mērķiem un sagaidāmajiem rezultātiem, formas, tēmas un darba metodēm, mērķa auditorijas, vadītāja funkcijām, laika un vietas. Alans Brauns (Brown, 1994) programmu mērķus iedala četrās apakšgrupās:

- indivīda vajadzības, uzvedība un spējas;
- atbalstīšana;
- pārmaiņu veikšana;
- kompensēšana, kurā tiek piedāvāta patīkama laika pavadīšana (Preston-Shoot, 2007).

Vecāku atbalsta grupas iedalās šādi:

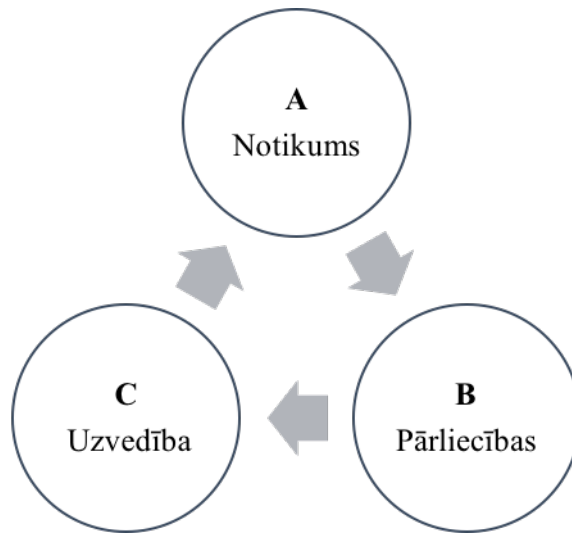
- Pašpalīdzības grupās, vecākiem, kurus vieno kopējas problēmas, situācija vai pieredze. Vecāki sanāk kopā ar mērķi palīdzēt cits citam, lai veicinātu dzīves kvalitātes paaugstināšanu.
- Atbalsta grupās, kuras var funkcionēt gan kā motivators, gan kā izvērtētājs, gan kā zināšanu, prasmju un iemaņu apgūšanas pasākumu kopums. Mērķis ir emocionālā atbalsta un informācijas sniegšana.
- Terapeitiskās grupās, kurās vecāki ir ar smagām emocionālām, personības un sociālām problēmām. Grupas mērķis ir palīdzēt vecākiem izprast, pieņemt un rast risinājumus aktuālajām problēmām, izmantojot kolektīvo pieredzi un grupā pieejamos resursus.
- Informatīvas vai izglītojošas grupas, kuras tiek pielīdzinātas semināriem vai lekcijām, pieņemot, ka vecākiem ir pietiekami daudz iekšējo resursu, lai spētu pašizglītoties – vecāki spēs iegūto informāciju “multiplicēt un sinērgēt”.

- Mācību programmas, kuras orientētas un virzītas palīdzēt vecākiem tikt galā ar grūtībām bērnu audzināšanā, mazināt bērnu uzvedības problēmas, veicināt pozitīvas vecāku-bērnu mijiedarbības veidošanos.

5.2. Vecāku atbalsta grupu efektivitāte un to ietekmējošie faktori

Apkopojot pasaulē veikto pētījumu rezultātus par bērnu invalīdu vecāku kompetences izjūtu, vecāku stresu un atbalsta programmu nozīmi, vairākkārtējos pētījumos konstatēta ārkārtīgi lielā izziņas jeb kognitīvo mehānismu (uztveres, interpretācijas un novērtējuma) nozīme stresa rašanās procesā. Ar šo kognitīvo mehānismu palīdzību persona novērtē gan vidi, gan sevi pašu, gan savas spējas, vēlmes un vajadzības, un pastāv uzskats, ka šie aspekti ir cieši saistīti ar stresa rašanos. Tāpat iepriekš veikto pētījumu rezultāti uzrāda, ka vecāku kompetences izjūta ir nozīmīgs aizsardzības faktors, kas mazina riska faktoru ietekmi, piemēram, mātēm, kurām ir augsta vecāku kompetences izjūta, ir mazākas iespējas piedzīvot stresu un depresiju (Gondoli & Silverberg, 1997; MacPhee, Fritz, & Miller-Heyl, 1996; Teti & Gelfand, 1991). Tādējādi vecāku kompetences izjūtas veicināšanai un stresa mazināšanai svarīgas ir vecāku atbalsta programmas (Benson, 2006; Cramm & Neiboer, 2011; Gouin, Estrela, Desmarais, & Barker, 2016; Hudson, Campbell-Grossman, & Fleck, 2003; Miller-Heyl, MacPhee, Fritz, & Ute, 1998; Minjarez et al., 2013; Noh, Dumas, Wolf, & Fisman, 1989; Peterson et al., 2003; Pisterman et al., 1992; Sofronoff & Farbotko, 2002; Vonneilich, Lüdecke, & Kofahl, 2016).

Pēdējos gados veiktie vecāku atbalsta programmu efektivitātes pētījumi liecina, ka programmas, kuras vērstas tikai uz vienu jomu, piemēram, emociju izpaušanu, nav tikpat efektīvas kā tās, kuras vienoti izmanto sociālos, emocionālos un kognitīvos procesus (Humphrey & Zimpfer, 1996; Summers, Behr, & Turnbull, 1989). Pasaulē par efektīvām tiek uzskatītas programmas, kuras veidotas, balstoties uz kognitīvi biheiviorālo teoriju, kurā uzskata, ka stresu izraisa nevis notikumi, bet gan veids, kā šie notikumi tiek uztverti. Personas argumentāciju, mācīšanos un uztveri nosaka kognīcijas, tās liek saprast notikumu vai gadījumu konkrētā veidā, un tāpēc ir tieši atbildīgas par uzvedību. ABC shēma (Ellis, 1957), kur A (*activating events*) ir izraisošā situācija (iekšēja vai ārēja), piemēram, reāla vai pēc personas domām sagaidāma neveiksme, B (*beliefs*) domas par A jeb iekšējais dialogs konkrētajā situācijā, piemēram, situācijas novērtējums vai gaidas un C (*consequences*) – emocionālās reakcijas un uzvedība, kas seko situācijas (A) domu (B) rezultātā (sk. 5. attēlu).



5. attēls. ABC shēma (Ellis, 1957)

KBT pievērš uzmanību un strādā ar pieņēmumiem un pārliecībām, un to ietekmi uz individuālām reakcijām saistībā ar stresa notikumiem. Piemēram, A: Notikums – jums neizdodas veikt kādu uzdevumu, kā rezultātā veidojas B – pārliecība “Skumjas” ar iekšējo runu – “Man neveicas. Ak, es nabadziņš! Es neko nevaru darīt!”, kam seko C – “Uzvedība” – sagatavojos un motivēju sevi sērot un pievērsties kaut kam citam.

KBT terapeiti strādā, lai indivīds varētu atpazīt un mainīt deformētas, sagrozītas pārliecības (domāšanas kļūdas) un disfunkcionālas izturēšanās modeļus. Piemēram – uz ielas redzat savu paziņu, kurš uz jums pat nepaskatās. Jūs pie sevis sakāt: “Viņš ir dusmīgs uz mani.” Šī ir “domu lasīšanas” domāšanas kļūda, jo jūs nespējat lasīt cita cilvēka domas.

Kādā pētījumā tika novērtēta 15 dažādu KBT atbalsta grupu efektivitāte un secināts, ka šādas grupas ir efektīvas konkrētu specifisku problēmu risināšanai. Turklāt nozīmīgs grupas sesiju laiks tiks veltīts problēmas definēšanai, iepriekšējo risinājumu identificēšanai, specifisko mērķu un intervences uzdevumu noteikšanai (Gingerich & Eisengard, 2000). Prakse rāda, ka sava stāvokļa novērtēšana, apzināšanās un pieņemšana mazina psihisko spriedzi un ļauj ieinteresēti domāt par iespējamajām pozitīvajām izmaiņām (Butler & Wampler, 1999; Gilliland & James, 1992).

Tāpat pēdējos gados pasaulē lielu atzinību un virkni jaunu zinātnisku atklājumu guvusi Apzinātības prakse (*Mindfulness*), kas bieži tiek uztverta kā daļa no KBT, dažkārt to pat dēvē par trešo KBT vilni. Bet tā atšķiras no tradicionālās KBT, jo apzinātības prakse nemudina indivīdu vērtēt savas domas, tā nav vērsta uz mērķi, tā maina attieksmi pret domām – mācot pieņemt tās tādas, kādas tās ir. Saskaņā ar Džona Kabata Zinna (Jon Kabat-Zinn) definīciju, apzinātība ir apziņas stāvoklis, kurš brīdi no brīža apzināti fokusēts uz mūsu tagadnes pieredzes novērojumu bez vērtējuma, kritikas un iesaistīšanās. Apzinātības jēdziens sevī ietver pieredzes pieņemšanu/akceptēšanu, līdzcietīgu attieksmi pret savām un citu ciešanām, izpratni par to, kā

prāts spēj novērot sevi un saprast savu dabu. Apzinātība ir spēja vērst un noturēt uzmanību uz saviem emocionālajiem stāvokļiem, domām, kā arī ķermeņa un prāta mijiedarbību, tā ir spēja novērot sevi bez tiesāšanas un kritikas (Kabat-Zinn, Massion, Kristeller, Peterson, Fletcher, & Pbert, 1992).

Pētījumi neirozinātņu ietvaros apzinātības prakses lietošanu pēta kā meditācijas efektu uz smadzenēm, un pētījumi liecina, ka apzinātības prakse veicina pastāvīgas neironu izmaiņas (Boyce, 2011). Tā, piemēram, kādā no pētījumiem atklātas saistības starp smadzeņu struktūrām un apzinātības prasmēm: atklāta pozitīva saistība starp “vērošanu” un pelēkās vielas apjomu labajā priekšējā smadzeņu saliņā un labajā mandeļveida ķermenī (*amygdala*) (Murakami, Nakao, Matsunaga, Kasuya, Shinoda, Yamada, & Ohira, 2012). Citi pētījumi norāda, ka, lietojot apzinātības praksi, cilvēkiem kļūst aktīvāka kreisā prefrontālā garoza – šī smadzeņu zona ir saistīta ar pozitīvām emocijām, kas parasti ir mazāk aktīva cilvēkiem, kuriem ir depresija (Davidson & Kaban-Zinn, 2003). Karols un Lange (Caroll & Lange) uzsver, ka meditācija maina veidu, kā mēs reaģējam uz ārējiem stimuliem – meditācija ļauj cilvēkiem ieraudzīt pasauli kā mazāk biedējošu, kas rada fizioloģiskus efektus – organisms meditējot ražo mazāk stresa hormona – kortizola, notiek izmaiņas mandeļveida ķermenī – smadzeņu daļā, kura iesaistīta baiļu sajūtās un reakcijās uz briesmām (Caroll, Lange, Liehr, Raines, & Marcus, 2008).

Ir izstrādātas vairākas programmas/intervences, kuras izmanto apzinātības praksi, integrējot apzinātības fenomenu psihoterapijas kontekstā, un šajā programmā/intervencē tiek izšķirti divi modeļi – “uz apzinātību balstīts” un “uz apzinātību orientēts” modelis (Bluth, Roberson, Billen, & Sams, 2013; Cohen & Semple, 2010). Uz apzinātību balstītais modelis tiek izmantots, lai ārstētu dažāda veida psihisku traucējumu simptomus. Piemēram, uz apzinātību balstītā stresa samazināšanas terapija (*Mindfulness based stress reduction (MBSR)*) tika izstrādāta 1970. gadu beigās Masačūsetsas Medicīnas universitātē. To izstrādājis Kabats-Zinns (Kabat Zinn, 1992) ar mērķi ārstēt/atvieglot hroniskas sāpes un palīdzēt slimniekiem pārvarēt stresa un trauksmes simptomus (Kabat-Zinn et al., 1992). Šajā uz “apzinātību balstītā” modeļu grupā pieminama arī uz apzinātību balstītā kognitīvā terapija (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy, (MBCT)*), kura izstrādāta, lai mazinātu depresijas atkārtšanās iespēju (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Programmā papildus KBT tehnikām iekļautas mācības par tradicionālajām meditācijas metodēm, izmantojot jogas un stiepšanās vingrinājumus.

Ir ļoti maz pētījumu, kuros ir novērtēta Apzinātības programmas efektivitāte ģimenēs, kuras audzina bērnu invalīdu. Vienā no pētījumiem par bērnu invalīdu vecākiem, kuriem tika iemācīti apzinātības paņēmieni, atklāja, ka vecākiem pēc uz apzinātību balstītās stresa samazināšanas terapijas (*Mindfulness based stress reduction (MBSR)*) programmas bija lielāka spēja apzināti tikt galā ar problemātisku bērnu uzvedību, lielāka apmierinātība ar savām audzināšanas

prasmēm, lielāka apmierinātība mijiedarbībai ar bērniem un zemāks vecāku stress (Singh, Lancioni, Winton, Singh, Curtis, & Wahler, 2007).

Uz apzinātību orientētā metodē, apzinātā uzmanība (*mindful attention*) tiek mācīta, vairāk izmantojot biheiviorālās un mazāk – ar meditāciju saistītas tehnikas. Šo metodi izmanto dialektiskā biheiviorālā terapija (*Dialectical Behavior Therapy, (DBT)*, Linehan, 1993), kurā klientiem tiek attīstītas saskarsmes prasmes un emocionālā pašregulācija. Savukārt pieņemšanas un uzticēšanās terapijā (*Acceptance and Commitment Therapy, (ACT)*, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) klienti tiek aicināti pieņemt savus pašreizējos apstākļus un sekmēt jaunu uzvedību (saistību aspekts) (Cohen & Semple, 2010).

Pētījumi norāda, ka indivīdi, kuri regulāri lieto apzinātības praksi, retāk piedzīvo psiholoģisku stresu, ieskaitot depresiju un trauksmi, un tie ir mazāk neirotiziski (Brown, Ryan, & Cresswell, 2007), tiem ir vieglāk atgūties no slihta noskaņojuma (Siegel, 2006), tiem retāk ir negatīvās domas (Frewen & Evans, 2008). Šie cilvēki vairāk kontrolē savu uzvedību – samazina atkarīgu uzvedību (narkotiku, medikamentu, alkohola un kofeīna pārmērīga lietošana) (Brown, Ryan, & Cresswell, 2007; Nataraja, 2008), viņiem ir augstāka un stabilāka pašcieņa (Heppner & Kernis, 2007), apmierinošākas attiecības (Brown, Ryan, & Cresswell, 2007), labāka komunikācija (Williams, 2010) un uzlabota fokusēšanās uz sniegumu, ieskaitot spēju izdalīt prioritātes un īstenot uzdevumus un mērķus (Chaskalson, 2011). Tāpat pētījumu rezultāti apstiprina to, ka apzinātības prakses lietojums dod ievērojamu labumu veselībai, labklājībai un dzīves kvalitātei kopumā (Keng, Smoski, & Robins, 2011).

Pētījumi par slimu cilvēku aprūpētājiem (tai skaitā, bērnu invalīdu vecākiem) apstiprināja apzinātības pozitīvo saistību ar stresa līmeņa pazemināšanos, bērnu agresīvās uzvedības mazināšanos un atsaucīgāku bērnu audzināšanu (Neece, 2014; Singh et al., 2004, 2006, 2010). Līdzīgi citos pētījumos, kuros tika izvērtēta apzinātības ietekme uz bērnu invalīdu vecākiem, rezultāti uzrādīja, ka apzinātības prakses lietošana vecākiem uzlaboja emocionālo labsajūtu, šiem vecākiem uzlabojās mijiedarbība ar bērniem, cēlās šo vecāku pašcieņa, mazinājās vecāku stress, nemiers un depresija (Benn, Akiva, Arel, & Roeser, 2012; Neece, 2014). Pētījumi norāda, ka apzinātības prakse pozitīvi ietekmē indivīdu labklājību, izmantojot gan tiešo (piemēram, samazinot savu individuālo stresu) gan netiešo (piemēram, samazinot bērnu problemātisku uzvedību) iedarbības veidu. Apzinātības prakse ir efektīva, lai mazinātu trauksmi (Bluth, Roberson, Billen, & Sams, 2013; Kabat-Zinn et al., 1992; Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995), depresijas simptomus (Fincune & Mercer, 2006; Kutz, Leserman, Dorrington, Morrison, Borysenko, & Benson, 1985; Teasdale, 2004), stresa līmeni (Neece, 2014; Minor, Carlson, Mackenzie, Zirnicke, & Jones, 2006).

Kāds cits korelatīvs pētījums, kurā tika pētīta tēvu iesaiste savu bērnu invalīdu aprūpē un audzināšanā, uzrādīja ka tēvi, kuri lietoja apzinātības praksi, mazāk izvairās no saviem bērniem un vairāk iesaistās bērnu aprūpē (MacDonald & Hastings, 2010).

Pirms APK intervences programmas izveides tika analizēts pasaulē izstrādātās bērnu invalīdu vecāku atbalsta programmas – Kognitīvi biheiviorālā pārvaldīšanas prasmju treniņa programma (*CSTP*, Gammon & Rose, 1991), Kognitīvi biheiviorālā programma (Nixon & Singer, 1993), Stresa pārvaldīšanas programma (Singer, Glang, & Nixon, 1994), Kognitīvi-biheiviorālās stresa vadības (*CBSM*) intervence un uz Apzinātību balstītā stresa samazināšanas terapija (Kabat-Zinn et al., 1992). Visās programmās tika uzsvērti kognitīvā pārstrukturēšana, iepazīšanās ar emociju kognitīvajiem modeļiem, stratēģija, kā pamanīt un mainīt domāšanas kļūdas un automātisko domu, apguve, saskarsmes prasmes pilnveidošana, problēmu risināšana, individuālo mērķu sasniegšana, sociālā atbalsta tīkla stiprināšana, personisko resursu izmantošana, stresa pārvaldība un apzinātības prakses un relaksācijas iemaņu apgūšana. Saturiski šīs sadaļas tika ietvertas arī APK.

5.3. APK intervences programmas izveides principi

Programma uzmanību pievērš bērnu invalīdu vecāku emocionālajiem, kognitīvajiem un uzvedības procesiem, programmā izmantotas kognitīvi biheiviorālās, apzinātības prakses un relaksācijas tehnikas. APK intervences programma paredzēta 8 sesijām (astoņas nedēļas), jo pētījumi norāda, ka šāds programmas garums ir efektīvs (Moxley- Haegert & Serbin, 1983; Nixon & Singer, 1993; Pelchat, Ricard, Bouchard, Perreault, Saucier, Berthiaume, & Bisson, 1999; Sandler, Coren, & Thurman, 1983; Singer, Irwin, Irvine, Hawkins, Hegreness, & Jackson, 1993; Singer, Irwin, & Howkins, 1988). 8 nedēļas jeb 8 sesijas nav pietiekams laiks, lai veiktu lielas izmaiņas ģimenes funkcionēšanā, tomēr var izrādīties pietiekami daudz, lai palīdzētu bērnu invalīdu vecākiem mazināt vecāku stresu un veicinātu vecāku kompetenci – efektivitāti un apmierinātību ar vecāku lomu (Vonneilich, Lüdecke, & Kofahl, 2016).

APK intervences programma paredzēta grupām – 8 – 12 vecākiem. Kontakts ar citiem vecākiem, kuri piedzīvojuši līdzīgu pieredzi, ir ļoti palīdzošs (Lehman, Ellard, & Wortman, 1986). Strādājot grupās, vecāki var dalīties gan savās jūtās un pārdzīvojumos, gan priekos un veiksmēs, kas saistītas ar slimo bērnu. Vecāki var cits citam palīdzēt pārvarēt smago zaudējumu, atbalstot viens otru emocionāli, daloties pieredzē un sev pieejamajā informācijā (Rando, 1985; Schut, Stroebe, van den Bout, & Terheggen, 2001).

Ņemot vērā ieteikumus no iepriekš veiktajiem pētījumiem, kuri saistīti ar bērnu invalīdu vecāku atbalsta grupu izveidošanu, APK intervences programma paredzēta vecākiem, kuriem

bērnu diagnoze zināma vismaz 6 mēnešus. Šādi vecākiem ir bijis laiks pārdzīvot vai, kā Millers (Miller) to nosauc, “izdzīvot” sākotnējo šoku (Miller, 1994).

APK intervences programmas mērķis ir stresoru, ar kuriem bērnu invalīdu vecāki visbiežāk saskaras, apzināšanās un to mazināšana, un vecāku kompetences izjūtas veicināšana (sk. 1. tabulu).

APK intervences programmas mērķis:

Psihoizglītošana – vecākiem tiek piedāvāta informācija par stresa avotiem, stresa reakcijas dabu un dažādām stresa pārvaldīšanas stratēģijām, kas tiek izmantotas, lai pārvarētu stresorus (stresa reakcijas, riska uzvedība un pieredzes). Attīstītas vecāku sociālās prasmes – sapratne, empātija, pašizliedzība, cieņa pret otra viedokli, spēja panākt kompromisus, runāšana par emocijām, spēja dažos gadījumos piekāpties, bet citos novilkt robežu, spēja izrādīt dusmas un atrisināt konfliktus konstruktīvā veidā. Šo prasmju apgūšanā tiek izmantoti biheiviorālie elementi, modelēšana, koriģējošu atgriezenisko saišu sniegšana un sociālais pastiprinājums (Minjarez et al., 2013; Linehan, 1993; Prasko, Jípek, & Minaříková, 1995; Prasko, 1996).

Kognitīvo novērtējumu modificēšana – programma veidota, balstoties uz KBT teoriju, kurā uzskata, ka stresu izraisa veids, kādā notikumi tiek uztverti un interpretēti. Labojot vai koriģējot nepareizos uzskatus, modificējot uzvedību, bērnu invalīdu vecākiem tiek palīdzēts attīstīt iemaņas, paņēmienus, ko viņi var izmantot un kas palīdz tikt galā ar problēmām, un rezultātā vecāku emocionālais stāvoklis tiek netieši ietekmēts un uzlabots.

Pašefektivitātes un pašcieņas stiprināšana – vecāku kompetences izjūtas veicināšanai izmantotas metodes, kuras balstās uz Banduras uzskatiem, ka cilvēka pašefektivitāti ietekmē veiksmīga pieredze, aizstājošā pieredze jeb citu cilvēku pieredze, verbālā uzmundrināšana jeb iedrošinājums un fizioloģiskais un emocionālais stāvoklis. Programmā iekļautas metodes, ar kuru palīdzību atspoguļo bērnu invalīdu vecāku spējas, tiek runāts par šo vecāku panākumiem – pievērsta uzmanība citu vecāku pozitīvajam piemēram, veicināts apkārtējo iedrošinājums un atbalsts, un nodrošināts pozitīvs noskaņojums.

Sociālās izolācijas samazināšana – programma veicina grupas dalībnieku savstarpēju atbalstu un informācijas apmaiņu, sniedz informāciju par pieejamo sociālo atbalstu un iespējām to saņemt. Ģimenēm ir ļoti būtiska informācija par invaliditāti, juridiskiem un finanšu jautājumiem (piemēram, apdrošināšanu, sociālās palīdzības iespējām, finansējuma avotiem), kā arī par vietējām un valsts organizētajām bērnu invalīdu vecāku organizācijām (Connolly & Sheridan, 1996). Visnoderīgākais emocionālais atbalsts ir no cilvēkiem, kuri piedzīvojuši līdzīgus zaudējumus (Lehman, Ellard, & Wortman, 1986).

1. tabula. APK intervences programmas mērķi, stratēģijas un tehnikas

A. Mērķi	B. Stratēģijas	C. Tehnikas
1. Psihoizglītošana	Informācija par stresa avotiem, stresa reakcijas dabu un dažādām stresa pārvaldīšanas stratēģijām, kas tiek izmantotas, lai pārvarētu stresorus (stresa reakcijas, riska uzvedība un pieredzes). Sociālo prasmju apguve.	Īsa lekcija un darba lapas, sevis novērošanas uzdevumi
2. Kognitīvā novērtējuma mainīšana	KBT stresa vadības tehnikas	Neadaptīvu kognitīvo modeļu pārveidošana, izmantojot kognitīvo pārstrukturēšanu (Beck & Emory, 1979)
3. Pašefektivitātes un pašcieņas stiprināšana	KBT tehnikas	Pašpārliecinātības (<i>assertiveness</i>) apmācības, savas veiksmīgās pieredzes apzināšanās
4. Resursu apzināšana un stiprināšana	KBT tehnikas, bērnu invalīdu vecākiem nozīmīgas sfēras/jomas speciālista pieaicināšana	Tiek apzināti personības resursi, kas saistīti ar dzīves grūtību pārvarēšanas stratēģijām
5. Sociālās izolācijas samazināšana	Veidot sociālā atbalsta tīklu	Grupās atbalsta sniegšana; sociālā atbalsta tīkla pieejamība un izmantošana
6. Trauksmes mazināšana	Trenētas stresa mazināšanas prasmes izmantojot apzinātības praksi un relaksāciju (Bernstein & Borkovec, 1973; Davis, Eshelman, & McKay, 1988; Mason, 1985)	Progresīvā muskuļu relaksācija, apzinātības prakse, meditācija, diafragmas elpošana

Un visbeidzot, būtiska loma jaunizveidotajā programmā ir relaksācijas apguvei, lai mazinātu trauksmes līmeni. Programmā apzinātības jēdziens un apzinātības prakses izmantošana tiek aplūkota kā uzmanības regulēšanas process, kas var palīdzēt bērnu invalīdu vecākiem attīstīt informācijas apstrādes procesa regulēšanas spējas un veicināt tādas ar apzinātību saistītus aspektus kā atvērtību pieredzei un pieņemšanu. Spējas apzināti pievērst uzmanību un regulēt savas domas, emocijas un uzvedību stresa situācijā varētu veicināt grupas dalībniekus paskatīties uz savu pieredzi no cita skatpunkta, kā arī pieņemt sevi, savas nepilnības un ierobežojumus.

5.4. APK intervences programmas sesiju struktūra

APK intervences programma ietver 8 strukturētas sesijas, programmas ilgums ir 2 mēneši. Sesijas paredzētas vienu reizi nedēļā, katra 2,5 stundas (150 minūtes) gara. Sesiju saturs ir savstarpēji papildinošs, katrā sesijā grupas dalībniekiem tiek uzdoti mājas darbi, tādēļ nedēļas pārtraukums starp sesijām sekmēs zināšanu, prasmju un attieksmju veiksmīgāku apgūšanu un integrēšanu. Katrai sesijai ir sava tēma. Tēmas sakārtotas noteiktā secībā, tāpēc ieteicams sesiju secību nejaukt (sk. 2. tabulu).

Katra sesija sākas ar ierosināšanu. Tie ir īsi iesildīšanās uzdevumi, kuru primārais mērķis ir uzlabot atmosfēru grupā, veicināt dalībnieku atbrīvotības izjūtu, sagatavot dalībniekus atklātākai komunikācijai. Tad seko aktivitātes, lai sniegtu dalībniekiem priekšstatu par sesijas turpmāko aktivitāšu saturu/tēmu. Tālāk seko izpratnes daļa, kurā tiek sniegta teorētiska informācija un notiek diskusijas. Katru sesiju pabeidz ar mājas darba uzdošanu un refleksiju, kurā katrai grupas dalībniecei ir iespēja sniegt atgriezenisko saiti par to, ko viņa nodarbībā ir uzzinājusi vai apgūvusi. Grupas vadītāja uzdevums ir sniegt grupas dalībniecēm dziļāku izpratni par katras sesijas aktualitāti un mērķiem, veikt ieguvumu un secinājumu analīzi, izvērtēšanu un apkopošanu.

Izveidota intervences programma APK, programmas izstrādē tika izveidoti arī metodiskie materiāli grupas vadītājam un izdales materiāli dalībniekiem. Šīs programmas daudzlīmeņu sistēma paredz sniegt vecākiem informāciju, konsultācijas un profesionālo atbalstu, ņemot vērā individuālās ģimeņu vajadzības – mazinot vecāku stresu, veicinot vecāku kompetences izjūtu, uzlabojot vecāku zināšanas un prasmes, lai mazinātu emocionālās, uzvedības un attīstības problēmas bērniem. Šādi tiks veicināta bērnu invalīdu vecāku izpratne, pašapziņa, komunikācijas spējas, ticība saviem spēkiem, motivācija aktīvi piedalīties sabiedrības dzīvē, kā rezultātā varētu tikt mazināta bērnu invalīdu sociālā atstumtība. Tiks dots ieguldījums sociālās rehabilitācijas pakalpojumu attīstībā.

2. tabula. APK intervences programmas sesiju apraksts

Sesiju tēmas	Sesiju saturs
1.sesija – Iepazīšanās, darba uzsākšana.	Iepazīšanās, drošas grupas vides veidošana – veidota ērta, draudzīga un uzticēšanās vērtā atmosfēra, kurā dalībnieki var klausīties un dalīties; Grupas dalībnieku iepazīšanās ar intervences programmas noteikumiem, konfidencialitāti, mērķiem un struktūru; Grupas dalībniekiem tiek sniegts teorētiskais ieskats par bērnu invalīdu vecāku stresu, vecāku kompetences izjūtu un apzinātības prakses izmantošanu; Noskaidrotas grupas dalībnieku gaidas un mērķi; Apzinātības prakse – relaksācija.
2.sesija – Pašefektivitāte. Pašcieņa.	Stipro un vājo pušu pašnovērtējums, izveidoti mērķi pārmaiņām; Sevis pieņemšana, aizvietojo negatīvos priekšstatus ar pozitīvajiem; Pašcieņas paaugstināšana; Pašefektivitātes izpratne un veicināšana; Dziļās elpošanas relaksācijas apgūšana.
3. sesija – Stress.	Izglītošana par stresa izraisītajām problēmām, padziļināta izpratne par stresa ietekmi, tā palīdzot pārvaldīt un atpazīt stresu; Saprast un identificēt stresa avotus; Apzināt stresa fizisko, emocionālo, uzvedības un psiholoģisko ietekmi; Apzinātības prakse – progresīvā (pakāpeniskā) muskuļu relaksācija (PMR).
4.sesija – Domu, emociju un uzvedības saistība.	Izpētīt domu un jūtu saistību; Izprast domāšanas, emociju un uzvedības ciklu; Apzināt fiziskos stresa simptomus un to saistību ar domām un jūtām; Apzinātības prakse – apzinātība par apkārtējo pasauli.
5.sesija - Negatīvā domāšana un domāšanas kļūdas. Iracionālo domu nomaiņa.	Negatīvo domu atpazīšana; Praktizēt negatīvo domu identificēšanu; Negatīvās domāšanas ietekme uz uzvedību; Apzinātības prakse – domu aizplūšana.
6.sesija – Stresa menedžments.	Stresa pārvaldīšanas definīcija; Stresa pārvaldīšanas veidi un stili; Efektīvi stresa pārvaldīšanas soļi; Integrēt stresa menedžmentu ikdienas dzīvē; Apzinātības prakse – apzinātība par skaņu.
7.sesija – Stress un sociālais atbalsts	Sociālā atbalsta ieguvums; Sava sociālā atbalsta tīkla novērtēšana; Apzinātības prakse – kalna meditācija.
8.sesija – Resursu stiprināšana.	Eksperta (bērna invalīda vecākam nozīmīgas jomas speciālists, piemēram – seksopatalogs, stilists, deju un kustību terapeits, jurists, sociālais darbinieks, šefpavārs u.c.) pieaicināšana, atkarībā no grupas interesēm un aktuālajām tēmām/problēmām; Paplašinātas zināšanas interesējošā tēmā; Veidoti jauni resursi un stiprināti esošie.

6. Kopsavilkums

Bērnu invalīdu vecāki saskaras ar virkni grūtību, kuras saistītas ar bērnu īpašo vajadzību apmierināšanu – piemērotas fiziskās vides nodrošināšanu, infrastruktūrām, bērna audzināšanas prasmēm un ģimenes locekļu garīgo izturību (Freedman et al., 2012; Karst & Van Hecke, 2012; Manor-Binyamini & Abu-Ajaj, 2012; Reichman, Corman, & Noonan, 2008) un finansiālo slogu (Parish et al., 2012). Daži vecāki spēj šīs grūtības pārvarēt, bet daži vecāki piedzīvo ilgstošu psiholoģisko stresu. Uzkrātais vecāku stress apdraud vecāku emociju regulāciju (Farmer & Lee, 2011) un laika gaitā izsmel vecāku fiziskos un psiholoģiskos resursus, kas tik ļoti nepieciešami, lai būtu veiksmīgi un kompetenti vecāki saviem bērniem invalīdiem. Pētījumi apliecina, ka bērnu invalīdu vecākiem ir augstāks stresa līmenis (Baxter, Cummins, & Yiolitis, 2000; Evans, Sibley, & Serpell, 2009; Lindo et al., 2016; Norizan & Shamsuddin, 2010; Parkes et al., 2010; Wallander, Pitt, & Mellins, 1990; Wulffaert, Scholte, & Van Berckelaer-Onnes, 2010; Yoong & Koritsas, 2012), paugstinātais stress mēdz būt hronisks (Lindo et al., 2016).

Bērna invalīda veselība, sociālā dzīve un nākotne ir daļēji atkarīga no tā, kā vecāki risinās šīs grūtības un kāda ir vecāku kompetences izjūta (Gilmore & Cuskelly, 2012). Pētījumi apliecina, ka vecāki, kuriem ir augsta vecāku kompetences izjūta, veiksmīgāk risina problēmas saistībā ar bērnu audzināšanu (Dekovic et al., 2010; Feetham & Humerick, 1982; Finzi-Dotson, Triwitz, & Golubchik, 2011; Gilmore & Cuskelly, 2012; Trivette, Dunst, & Hamby, 1996). Tāpat pētījumi uzrāda, ka vecāku kompetences izjūta ir negatīvi saistīta ar vecāku stresu (Cutrona & Troutman, 1986; Dunn et al., 2001; Hassal, Rose, & McDonald, 2005; McHugh & Reed, 2008; Teti & Gelfand, 1991) un vecākiem, kuriem ir augsta vecāku kompetences izjūta, ir mazākas iespējas piedzīvot stresu un depresiju (Gondoli & Silverberg, 1997; MacPhee, Fritz, & Miller-Heyl, 1996; Teti & Gelfand, 1991). Vecāku kompetences izjūta ir pozitīvi saistīta ar saņemto sociālo atbalstu (Hastings & Johnson, 2001; Sanders & Woolley, 2005; Singer, Ethridge, & Aldana, 2007).

Vecāku kompetences izjūta, vecāku efektivitāte un apmierinātība ar vecāka lomu ir savstarpēji saistīta ar stresu abos virzienos – vecāku kompetence, tai skaitā, arī pārliecība par savām spējām, lielā mērā nosaka to, kā tiek izvērtētas apkārtējās vides prasības, vai šīs prasības tiek uztvertas kā “draudi” vai kā “izaicinājums”, un vai vecākiem ir pietiekami resursi stresa pārvaldīšanai. Savukārt stress apdraud vecāku kompetences izjūtu, vecākiem piedzīvojot stresu, mazinās efektivitāte vecāku lomā un samazinās apmierinājums ar vecāku lomu (Pajares, 2003).

Pētījumi norāda, ka vecāku kompetences izjūtas veicināšanā un vecāku stresa mazināšanā svarīgas ir vecāku atbalsta programmas (Goodman, 1992; Graaf et al., 2010; Hudson, Campbell-Grossman, & Fleck, 2003; Kleefman et al., 2011; MacPhee, Fritz, & Miller-Heyl, 1996; McGillivray & McCabe, 2007; Nowak & Heinrichs, 2008; Peterson et al., 2003; Pisterman et al.,

1992; Plant & Sanders, 2007; Roberts et al., 2006; Tellegen & Sanders, 2013). Dažādās atbalsta programmas uzlabo vecāku audzināšanas prasmes, apmierinātību ar dzīvi un ģimenes savstarpējās attiecības (Barlow, Coren, & Stewart-Brown, 2002; Nowak & Heinrichs, 2008), mazina stresu (McLennan et al., 2012; Minjarez et al., 2013; Mullins et al., 2002; Woodman, 2014), paaugstina vecāku pašvērtējumu, rīcības stratēģiju, individuālo apmierinātību ar dzīvi un psiholoģisko labklājību (Feldman et al., 2007; King, King, Rosenbaum, & Goffin, 1999; Trute, 1995). Stiprinot vecākus psiholoģiski, vecāki kļūst kompetentāki savu bērnu invalīdu audzināšanā (Blacher & Baker, 2007; Trute et al., 2010; Ylvén, Bjorck-Akesson, & Granlund, 2006).

Pētījuma ietvaros tika izstrādāts bērnu invalīdu vecāku stresa modelis, kam par pamatu tika ņemti ABCX modelis (Hill, 1958), Dubultais ABCX modelis (Lavee, McCubbin, & Patterson, 1985) un Lezarusa un Folkmena (Lazarus & Folkma, 1984) izstrādātais stresa pārvaldīšanas modelis. Jaunizveidotajā bērnu invalīdu vecāku stresa modelī situācija jeb krīze ir bērna invalīda ienākšana ģimenē, kura rada virkni stresoru, tam seko situācijas novērtējums, un krīze tiek pārvarēta, ja šīs situācijas novērtējums ir pozitīvs un vecākiem ir pietiekami resursi stresoru pārvaldīšanā. Situācijā, kad vecākiem nepietiek resursu stresoru pārvaldīšanā, iestājas vecāku hroniskais stress.

Balstoties uz izstrādāto stresa modeli un pasaulē jau īstenotām bērnu invalīdu vecāku atbalsta programmām, tika izveidota intervences programma “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence” un izveidoti tās metodiskie materiāli.

Šīs programmas daudzlīmeņu struktūra paredz sniegt vecākiem informāciju, konsultācijas un profesionālo atbalstu, ņemot vērā individuālās ģimeņu vajadzības – mazinot vecāku stresu, veicinot vecāku kompetences izjūtu, uzlabojot vecāku zināšanas un prasmes.

Promocijas darba *pētījuma mērķi* bija izstrādāt intervences programmu bērnu invalīdu vecākiem – APK, izpētīt bērnu invalīdu vecāku kompetences izjūtas un vecāku stresa līmeņa savstarpējo saistību un noteikt izmaiņas vecāku kompetences izjūtā un vecāku stresa līmenī pēc piedalīšanās intervences programmā APK, kā arī novērtēt konstatēto izmaiņu noturīgumu ilgākā laika periodā.

Lai sasniegtu izvirzītos pētījuma mērķus, tika veikti šādi *uzdevumi*: Zinātniskās literatūras par pētījuma tēmu apkopošana un analizēšana, pētījuma projekta izstrāde, pētījumā izmantotās intervences programmas APK izstrāde un intervences grupu vadīšana, pētījuma datu vākšana, apstrāde un analīze, pētījumā iegūto rezultātu interpretēšana un secinājumu izdarīšana, pētījuma rezultātu publicēšana (Geikina & Martinsone, 2016, pieņemts publicēšanai) un pētījuma pārskata atspoguļošana disertācijas formā.

Pētījuma jautājumi:

1. Vai bērna invalīda nepieciešamajam kopšanas un uzraudzības līmenim, vecāku materiālā stāvokļa izvērtējumam un izglītībai ir saistība ar vecāku kompetences izjūtu un vecāku stresa līmeni?
2. Vai mātēm, kuras audzina bērnus invalīdus, vecāku stresa līmenis ir saistīts ar vecāku kompetences izjūtu?
3. Vai mātēm, kuras audzina bērnus invalīdus, vecāku stresa līmenis prognozē vecāku kompetences izjūtu?

Tika izvirzītas šādas pētījuma **hipotēzes**:

Pēc māšu piedalīšanās APK intervences programmā paaugstinās bērnu invalīdu māšu kompetences izjūta un samazinās stresa līmenis; šādas izmaiņas nav vērojamas kontrolgrupā.

6 mēnešus pēc piedalīšanās intervences programmā APK bērnu invalīdu mātēm ir augstāki vecāku kompetences izjūtas rādītāji un zemāki vecāku stresa rādītāji nekā pirms piedalīšanās intervences programmā, un šādas atšķirības nav vērojamas kontrolgrupā.

6 mēnešus pēc piedalīšanās intervences programmā APK bērnu invalīdu mātēm ir augstāki vecāku kompetences izjūtas rādītāji un zemāki vecāku stresa rādītāji nekā pirms piedalīšanās intervences programmā, un šādas atšķirības nav vērojamas SA un kontrolgrupā.

7. Metode

Datu analīze sastāv no divām daļām. Pirmajā daļā pētītas savstarpējas sakarības starp vairākiem demogrāfiskiem rādītājiem (bērna invalīda kopšanas pakāpe, māšu izglītība un materiālā stāvokļa novērtējums), Vecāku stresa indeksu un Vecāku kompetences izjūtas sākotnējiem rādītājiem pirms eksperimentālajiem mērījumiem (pirms intervences) ($N = 111$).

Otrajā daļā pētītas bērnu invalīdu māšu Vecāku stresa indeksu un Vecāku kompetences izjūtas rādītāju izmaiņas pēc māšu piedalīšanās intervences programmā “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence” (turpmāk – APK grupa) ($n = 34$), pēc piedalīšanās sociālā atbalsta grupā (turpmāk – SA grupa) ($n = 28$), vai kontrolgrupā (turpmāk - KG) ($n = 34$).

Jaunizveidotā intervences programma APK tika īstenota 8 sesijās (katra 2 stundas gara) un bija vērsta uz bērnu invalīdu vecāku emocionālajiem un kognitīvajiem procesiem un uzvedību. Programmā apvienotas kognitīvi-biheiviorālā, Apzinātības prakses un relaksācijas tehnikas.

SA ir sociālā atbalsta grupa bērnu invalīdu mātēm ar mērķi sniegt viņām emocionālo atbalstu, iespēju satikties, atpūsties, veltīt sev laiku, iegūt jaunas zināšanas un dalīties pieredzē. Grupas sesiju laikā nenotiek dalībnieku psihoizglītošana. Šī grupa ilgst 3 dienas.

7.1. Pētījuma dalībnieki

Pētījumā kopā piedalījās 111 bērnu invalīdu mātes (sk. 3. tabulu), kuru vidējais vecums bija $M = 38,20$; $SD = 7,62$, viņu bērnu invalīdu vidējais vecums bija $M = 7,99$; $SD = 3,61$ (47% zēni un 53% meitenes). No šiem bērniem 28% bija nepieciešama patstāvīga kopšana vai uzraudzība par 60–100%, 41% bērnu bija ierobežotas par 25–60% viņu fiziskās un garīgās spējas un 31% bērnu tās bija ierobežotas par 1–25%. Māšu izglītība: 39% bija augstākā izglītība, 56% vidējā izglītība un 5% pamatizglītība. Māšu ģimenes stāvoklis: 71% bija precējušās vai dzīvoja kopā, 29% bija šķīrušās. Māšu nodarbinātība: 57% strādāja algotu darbu un 43% nestrādāja algotu darbu. Ģimeņu materiālais stāvoklis: 59% uzrādīja, ka iztiek vidēji, 13% norādīja, ka ir diezgan pārtikušas un 29% norādīja, ka tām trūkst pat nepieciešamā.

3. tabula. Bērnu invalīdu māšu demogrāfiskie rādītāji kopējai grupai ($N = 111$)

Mainīgie lielumi	Kopējai izlasei ($N = 111$)		
	$M, (SD)$	Skaitis	%
Mātes vecums gados	38,20 (7,62)		
Mātes izglītība			
Augstākā izglītība		43	39
Vidējā izglītība		62	56
Pamatizglītība		6	5
Ģimenes stāvoklis			
Precējies/dzīvo kopā		79	71
Šķīries/atraitnis		32	29
Mātes nodarbinātība			
Strādā algotu darbu		63	57
Nestrādā algotu darbu		48	43
Ģimenes materiālais stāvoklis			
Esam diezgan pārtikuši		14	13
Iztiekam vidēji		65	59
Trūkst pat nepieciešamais		32	28
Bērnu skaits ģimenē	1,88 (1,01)		
Bērnu vecums	9,03 (4,54)		
Bērnu invalīda vecums	7,99 (3,61)		
Bērnu invalīda dzimums			
Vīriešu		52	47
Sieviešu		59	53
Bērnam invalīdam nepieciešama patstāvīga kopšana/uzraudzība par			
60–100%,		31	28
25–60%		46	41
1–25%		34	31

No 111 bērnu invalīdu mātēm 40 mātes piedalījās intervences programmā APK, 31 māte piedalījās SA grupā un 40 mātes KG grupā. Tā kā pētījuma gaitā tika veikti trīs atkārtoti

mērījumi un neliela daļa no pētījumā iekļautajām mātēm neapmeklēja vismaz pusi no grupu sesijām, vai korekti neizpildīja visas 3 aptaujas (pirms intervences, pēc intervences un pēc 6 mēnešiem), tad gala rezultātā longitudinālajā pētījuma daļā 3 grupu sastāvs nedaudz samazinājās – intervences grupā APK palika 34 mātes, SA grupā 28 mātes un KG grupā 34 mātes.

4. tabula. Aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji bērnu invalīdu māšu demogrāfiskajiem rādītājiem intervences grupai APK ($n = 34$), SA grupai ($n = 28$) un kontrolgrupai ($n = 34$)

Mainīgie lielumi <i>M, (SD)/ skaits (%)</i>	APK ($n = 34$)	SA ($n = 28$)	KG ($n = 34$)	F / χ^2
Mātes vecums gados	36,06 (5,62)	38,07 (4,40)	37,35 (7,81)	0,85 ₁
Mātes izglītība:				0,84 ₂
<i>Pamata/vidējā izglītība</i>	21 (61,8) _a	17 (60,7) _b	24 (70,6) _c	
<i>Augstākā izglītība</i>	13 (38,2)	11 (39,3)	10 (29,4)	
Mātes ģimenes stāvoklis				1,78 ₂
<i>Precējies/dzīvo kopā</i>	28 (82,4)	19 (67,9)	26 (76,5)	
<i>Šķīries/atrainis</i>	6 (17,6)	9 (32,1)	8 (23,5)	
Mātes nodarbinātība				2,16 ₂
<i>Strādā algotu darbu</i>	15 (41,1)	17 (60,7)	20 (58,8)	
<i>Nestrādā algotu darbu</i>	19 (55,9)	11 (39,3)	14 (41,2)	
Ģimenes materiālais stāvoklis				0,40 ₂
<i>Esam pārtikuši/ vidēji</i>	24 (70,6) _d	21 (75) _e	23 (67,6) _f	
<i>Trūkst pat nepieciešamais</i>	10 (29,4)	7 (25)	11 (32,4)	
Bērnu skaits ģimenē	1,59 (0,70)	2,04 (0,84)	1,91 (0,71)	3,04 ₁
Bērnu vecums (gados)	8,32(4,53)	9,37 (3,40)	8,87 (5,05)	0,43 ₁
Bērna invalīda vecums	6,71(4,05)	7,89 (3,27)	7,68 (3,14)	1,04 ₁
Bērna invalīda dzimums				2,79 ₂
<i>Vīriešu</i>	16 (47,1)	9 (32,1)	18 (52,9)	
<i>Sieviešu</i>	18 (52,9)	19 (67,9)	16 (47,1)	
Bērnam invalīdam nepieciešama patstāvīga kopšana/uzraudzība par				2,88 ₂
<i>60–100%</i>	5 (14,7)	7 (25)	10 (29,4)	
<i>25–60%</i>	17 (50)	14 (50)	13 (38,2)	
<i>1–25%</i>	12 (35,3)	7 (25)	11 (32,4)	

Piezīme: apakšraksta burts norāda _a – grupā ir 3 mātes ar pamata izglītību; _b – grupā ir 1 māte ar pamata izglītību; _c – grupā ir 1 māte ar pamata izglītību; _d – grupā ir 6 mātes, kuras atzīmējušas, ka ir pārtikušas; _e – grupā ir 3 mātes, kuras atzīmējušas, ka ir pārtikušas; _f – grupā ir 2 mātes, kuras atzīmējušas, ka ir pārtikušas; ₁ – ANOVAS rezultāts F ; ₂ – Hī kvadrāta testa rezultāts χ^2
 APK – grupa, kura apmeklēja intervences programmu “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, SA – sociālā atbalsta grupa, KG – kontrolgrupa
 * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tā kā māšu vecuma, izglītības, ģimenes stāvokļa, nodarbinātības, materiālā stāvokļa, bērna hronoloģiskā vecuma un dzimuma, bērna invalīda vecuma un bērnam invalīdam nepieciešamās kopšanas un uzraudzības līmeņa rādītāji intervences grupā APK ($n = 34$), SA grupā ($n = 28$) un KG grupā ($n = 34$) nebija vienlīdzīgi, tika pārbaudīts, vai nepastāv šo rādītāju statistiski nozīmīgas atšķirības starp eksperimentālajām grupām, lietojot nominālās skalas mainīgajiem Hī kvadrāta testu, bet kvantitatīvo skalu mainīgajiem – ANOVA metodi (sk. 4. tabulu).

Nemot vērā, ka demogrāfisko mainīgo “mātes izglītība” un “ģimenes materiālā stāvokļa” kategoriju sastāvā bija atsevišķas reti sastopamas kategorijas (mazāk respondentu par 5), tika veikta dažu kategoriju apvienošana – “pamata izglītība” apvienota ar “vidējā izglītība” un “esam diezgan pārtikuši” ar “iztiekam vidēji” (sk. 4. tabulu).

Rezultātā šajās mazāka apjoma grupās demogrāfisko rādītāji ir šādi: APK intervences grupā 34 māšu vidējais vecums bija $M = 36,06$, $SD = 5,62$, viņu bērnu invalīdu vidējais vecums bija $M = 6,71$, $SD = 4,05$ (47% zēni, 53% meitenes), 15% no šiem bērniem invalīdiem nepieciešama patstāvīga kopšana vai uzraudzība par 60–100%, 50% bērniem bija ierobežotas fiziskās un garīgās spējas par 25–60% un 35% bērniem tās bija ierobežotas par 1–25%. Šīm mātēm 38% bija augstākā izglītība, 62% pamata un vidējā izglītība, 82% bija precējušās vai dzīvo kopā, 18% bija šķīrušās. 42% strādā algotu darbu un 56% nestrādā algotu darbu. Lielākā daļa māšu – 71% uzrādīja, ka ir pārtikušas vai iztiekam vidēji, 29% no mātēm norādīja, ka tām trūkst pat nepieciešamais.

SA grupā piedalījās 28 mātes, vidējais vecums $M = 38,07$; $SD = 4,40$, bērna invalīda vidējais vecums $M = 7,89$; $SD = 3,27$ (32% zēni, 68% meitenes), 25% no šiem bērniem invalīdiem nepieciešama patstāvīga kopšana vai uzraudzība par 60–100%, 50% bērnu fiziskās un garīgās spējas ierobežotas par 25–60% un 25% bērnu fiziskās un garīgās spējas ierobežotas par 1–25%, 39% no šīm mātēm bija augstākā izglītība un 61% pamata vai vidējā izglītība, 68% mātes bija precējušās vai dzīvoja kopā, 32% mātes bija šķīrušās, 61% no mātēm strādāja algotu darbu un 39% nestrādāja algotu darbu, 75% uzrādīja, ka ir pārtikušas vai iztiekam vidēji, 25% norādīja, ka tām trūkst pat nepieciešamais.

Kontrolgrupā piedalījās 34 mātes, viņu vidējais vecums $M = 37,35$; $SD = 7,81$, bērna invalīda vidējais vecums $M = 7,68$; $SD = 3,14$ (53% zēni, 47% meitenes), 29% no šiem bērniem invalīdiem nepieciešama patstāvīga kopšana vai uzraudzība par 60–100%, 38% bērnu fiziskās un garīgās spējas ierobežotas par 25–60% un 32,4% bērnu fiziskās un garīgās spējas ierobežotas par 1–25%, 29% no mātēm bija augstākā izglītība, 71% pamata vai vidējā izglītība, 76% mātes bija precējušās vai dzīvoja kopā, 24% mātes bija šķīrušās, 59% mātes strādāja algotu darbu un 41% nestrādāja algotu darbu, 68% mātes uzrādīja, ka ir pārtikušas vai iztiekam vidēji, un 32% norādīja, ka tām trūkst pat nepieciešamais.

Hī kvadrāta testa vai ANOVA rezultāti parādīja, ka demogrāfiskajos rādītājos – māšu vecums, bērna invalīda vecums (pēc ANOVA), mātes izglītība, ģimenes stāvoklis, nodarbinātība, materiālais stāvoklis, bērna dzimums un bērna invalīda kopšanas un uzraudzības nepieciešamības pakāpe (Hī kvadrāta tests) – starp 3 grupām nav statistiski nozīmīgas atšķirības (sk. 4. tabulu).

7.2. Instrumenti

Vecāku kompetences izjūtas skala (Parenting Sense of Competence Scale, (PSOC), Johnston & Mash, 1989). Latvijā šo metodi adaptējušas I. Skreitule-Pikše un S. Sebre (2008). Šajā skalā mātēm jānovērtē, cik lielā mērā viņas piekrīt 16 izteiktajiem apgalvojumiem. Katrs apgalvojums jānovērtē pēc 6 punktu Likerta skalas, kur vērtējums “1” atbilst atbildei “pilnībā piekrītu” un vērtējums “6” atbilst atbildei “pilnībā nepiekrītu”. Skalai ir divas apakšskalas: *Apmierinātības* apakšskala, kura ļauj novērtēt apmierinātību ar vecāku lomu, un *Efektivitātes* apakšskala, kura atspoguļo vecāku priekšstatus par savu efektivitāti vecāku lomā. *Apmierinātības* apakšskalā ietilpst 9 apgalvojumi (piemēram, “Mātes loma mani uztrauc un rada trauksmi”), *Efektivitātes* apakšskalā ietilpst 7 apgalvojumi (piemēram, “Dažreiz man ir izjūta, ka es neko neesmu paveikusi”), un punkti šajā skalā jāskaita apgrieztā secībā. Summējot *Apmierinātības* un *Efektivitātes* apakšskalās iegūtos punktus, iegūst kopējo Vecāku kompetences izjūtas rādītāju. Augstāki rādītāji norāda uz augstāku vecāku kompetences izjūtu.

Vecāku stresa indekss (Parenting Stress Index (PSI), Abidin, 1995). Latvijā šo metodi adaptējusi L. Ļebedeva (2001). Aptauja sastāv no 36 jautājumiem, kuri veido 3 apakšskalas – *Vecāku distress*, *Attiecību grūtības* un *Grūtais bērns*. Katrs apgalvojums jānovērtē pēc 5 punktu Likerta skalas, kur vērtējums “1” atbilst atbildei “pilnībā piekrītu” un vērtējums “5” atbilst atbildei “pilnībā nepiekrītu”. *Vecāku distressa* apakšskalā ietilpst 12 apgalvojumi (piemēram, “Es jūtos vientuļš un bez draugiem”), *Attiecību grūtību* apakšskalā ietilpst 12 apgalvojumi (piemēram, “Mans bērns reti dara kaut ko man, kas man liktu labi justies”) un *Grūtais bērns* apakšskalā ietilpst 12 apgalvojumi (piemēram, “Bērns dara dažas lietas, kuras lielā mērā mani traucē”). Summējot visās apakšskalās iegūtos punktus, iegūst kopējo Vecāku stresa indeksu. Augstāki rezultāti norāda uz augstākiem Vecāku stresa rādītājiem. Vecāku stresa indeksa izmantošanas tiesības apmaksātas un saskaņotas ar organizāciju “Psychological Assessment Resources”.

7.3. Procedūra

Uzsākot pētījumu, tika apzinātas un uzrunātas biedrības Latvijā, kuras strādā ar bērniem invalīdiem un viņu vecākiem. Uz aicinājumu sadarboties atsaucās biedrības “Apeiron”, “Biedrība bērniem ar kustību traucējumiem”, “Dzīvesspēks” un “Cerību spārni”. Biedrības izziņoja saviem biedriem informāciju par iespēju piedalīties pētījumā, intervences grupā APK un SA. Tika organizētas APK intervences grupas, kuras vadīja divi klīniskie psihologi, viens no tiem ir programmas un pētījuma autors, otrs – klīniskais psihologs ar pieredzi grupu vadīšanā,

kurš tika apmācīts vadīt APK intervences programmu. Pēc katras sesijas tika organizēta supervīzija, kurā grupu vadītāji pārrunāja darba procesu, lai nodrošinātu konsekventu programmas realizāciju visās vecāku grupās. Izveidota grupas vadītāja rokasgrāmata. Apmeklējot pirmo APK intervences grupas nodarbību, bērnu invalīdu mātēm tika lūgts brīvprātīgi piedalīties pētījumā un aizpildīt VKI, VSI un Demogrāfisko datu aptauju. Vecāki tika informēti, ka šīs pašas aptaujas būs jāizpilda pēc grupas pēdējās nodarbības un pēc 6 mēnešiem.

SA organizēja biedrība “Dzīvesspēks”, šajā grupā piedalījās 48 bērnu invalīdu mātes. Mātēm, kuras pieteicās SA, pirms grupas tika lūgts brīvprātīgi piedalīties pētījumā un elektroniski vai klātienē aizpildīt VKI, VSI un Demogrāfisko datu aptauju. Mātes tika informētas, ka šīs pašas aptaujas būs jāizpilda pēc grupas un pēc 6 mēnešiem.

Kontrolgrupas dalībniekus palīdzēja piesaistīt biedrība “Apeirons”, izsūtot saviem biedriem elektroniski lūgumu piedalīties pētījumā ar pievienotu www.visidati.lv sagatavotu aptauju, kurā bija apvienotas VKI, VSI un Demogrāfisko datu aptauja. Visi pētījuma dalībnieki brīvprātīgi piekrita piedalīties pētījumā, ievērojot konfidencialitāti.

Pētījuma dati tika vākti laika posmā no 2014. gada līdz 2016. gadam.

Sākotnēji aptaujas (Demogrāfisko datu, VSI un VKI) aizpildīja un pētījumā piekrita piedalīties 173 bērnu invalīdu mātes. Tika organizētas 7 APK intervences grupas, kurās piedalījās 80 bērnu invalīdu mātes, 1 SA grupa, kurā piedalījās 48 bērnu invalīdu mātes un 45 bērnu invalīdu mātes piekrita aizpildīt aptaujas internetā – KG grupa. Pētījuma laikā APK intervences grupai tika veikti trīs mērījumi, sākot dalību programmā, beidzot šo programmu un 6 mēnešus pēc programmas beigšanas. Tāpat trīs mērījumi tika veikti SA grupā – grupas sākumā, beigās un pēc 6 mēnešiem. Ar līdzīgu laika intervālu dati tika ievākti arī no KG grupas. Pēc intervences (APK intervences programmas un SA grupām) tika veikta dalībnieku atlase pēc ieslēgšanas un izslēgšanas kritērijiem – pētījuma dalībnieks ir bērna invalīda māte, bērns invalīds ir vecumā līdz 12 gadiem un ieskaitot, SA grupas dalībnieki, kuru dati tiek izmantoti pētījumā, nedrīkstēja būt piedalījušies APK intervences grupā, visi dalībnieki korekti aizpildījuši visas 3 aptaujas (sniegtas visas atbildes). APK intervences grupas dalībnieki apmeklējuši vismaz 4 no 8 sesijām.

Lai noskaidrotu, vai bērna invalīda nepieciešamajam kopšanas un uzraudzības līmenim, vecāku materiālā stāvokļa izvērtējumam un izglītībai ir saistība ar VKI un VSI rādītājiem, vai mātēm, kuras audzina bērnus invalīdus, VSI ir saistīts ar VKI, un vai mātēm, kuras audzina bērnus invalīdus, VSI rādītāji prognozē VKI rādītājus, tika analizēti visas kopējās izlases dati ($N = 111$), mātes, kuras tika atlasītas pēc sākotnējiem atbilstības kritērijiem – pētījuma dalībnieks ir bērna invalīda māte, bērns invalīds ir vecumā līdz 12 gadiem (un ieskaitot).

Lai pārbaudītu pētījuma hipotēzes, kurās tika noskaidrots, vai pēc māšu piedalīšanās APK intervences programmā paaugstinās bērnu invalīdu māšu kompetences izjūta un samazinās stresa līmenis, šādas izmaiņas nav vērojamas kontrolgrupā, vai 6 mēnešus pēc piedalīšanās intervences programmā APK bērnu invalīdu mātēm ir augstāki vecāku kompetences izjūtas rādītāji un zemāki vecāku stresa rādītāji nekā pirms piedalīšanās intervences programmā, un šādas atšķirības nav vērojamas kontrolgrupā, un vai 6 mēnešus pēc piedalīšanās intervences programmā APK bērnu invalīdu mātēm ir augstāki vecāku kompetences izjūtas rādītāji un zemāki vecāku stresa rādītāji nekā pirms piedalīšanās intervences programmā, un šādas atšķirības nav vērojamas SA un kontrolgrupā, tika veidotas 3 grupas, atlase tika veikta pēc kritērijiem – pētījuma dalībnieks ir bērnu invalīdu māte, bērns invalīds vecumā līdz 12 gadu vecumam (un ieskaitot), māte aizpildījusi visas 3 aptaujas (pirms, pēc, pēc 6 mēnešiem), apmeklējusi vismaz 4 no 8 APK intervences sesijām, un mātes, kuras piedalījās SA grupā nebija apmeklējušas APK intervences programmu. Rezultātā tika izveidota izlase ar 96 bērnu invalīdu mātēm, no kurām 34 piedalījās vecāku intervences programmā APK, 28 bērnu invalīdu mātes, kuras apmeklēja SA grupu un 34 bērnu invalīdu mātes, kuras neapmeklēja ne APK intervences programmu, ne SA grupu – KG.

Eksperimentālā grupa (APK intervences programmas dalībnieki)

Pētījumā bērnu invalīdu mātes piedalījās 8 nedēļu ilgā vecāku programmā “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”. Katru nedēļu notika divu stundu gara grupas nodarbība, kurā piedalījās vidēji 10 bērnu invalīdu vecāki. Programmā izmantotas dažādas kognitīvi biheiviorālās metodes – psihoizglītošana par stresa apzināšanu un mazināšanu, grupu diskusijas, praktiski vingrinājumi, meditācijas un relaksācijas vingrinājumi, apzinātības prakse, mājas darbi, kas vērsti uz šo bērnu invalīdu vecāku sociālās funkcionēšanas spēju atjaunošanu, stresa mazināšanu un vecāku kompetences izjūtas veicināšanu. APK intervences programma plašākā izvērsumā pieejama pie izstrādātās programmas autora.

Sociālā atbalsta grupa (SA)

Pētījuma dalībnieki piedalījās 3 dienu garā nometnē – sociālā atbalsta grupā bērnu invalīdu mātēm. Šajās 3 dienās mātēm tika piedāvātas sporta nodarbības (joga), dalībnieku talantu radošās izpausmes, skaistuma terapijas, pastaiga dabā, sarunas un tikšanās ar interesantām personībām. SA grupas mērķis ir sniegt bērnu invalīdu mātēm emocionālo atbalstu – palīdzēt sadzīvot ar zaudējumu un emocionālajām sāpēm, veicināt sava spēku apzināšanos, atbalstīt māšu izaugsmi un celt viņu pašcieņu.

7.4. Datu apstrādes un analīzes metodes

Lai noskaidrotu savstarpējas sakarības starp bērnam invalīdam nepieciešamo kopšanas un uzraudzības līmeni, vecāku materiālo stāvokli un izglītību, vecāku kompetences izjūtu un vecāku stresa indeksa rādītājiem, tika izmantota SPSS Pīrsona vai Spīrmena korelācijas analīze atkarībā no korelējamo mainīgo skalas īpatnībām un atbilstībai normālajam sadalījumam (sk. 5. tabulu). Lai noskaidrotu, vai Vecāku stresa līmenis prognozē Vecāku kompetences izjūtu, tika izmantota lineārās regresijas analīze.

Lai noskaidrotu, vai pēc māšu piedalīšanās APK intervences programmā paaugstinās bērnu invalīdu māšu kompetences izjūta un samazinās stresa līmenis, šādas izmaiņas nav vērojamas kontrolgrupā, vai 6 mēnešus pēc piedalīšanās intervences programmā APK bērnu invalīdu mātēm ir augstāki vecāku kompetences izjūtas rādītāji un zemāki vecāku stresa rādītāji nekā pirms piedalīšanās intervences programmā, un šādas atšķirības nav vērojamas kontrolgrupā, un vai 6 mēnešus pēc piedalīšanās intervences programmā APK bērnu invalīdu mātēm ir augstāki vecāku kompetences izjūtas rādītāji un zemāki vecāku stresa rādītāji nekā pirms piedalīšanās intervences programmā, un šādas atšķirības nav vērojamas SA un kontrolgrupā, tika izmantota jauktā dispersijas analīze (ANOVA) atkārtotiem mērījumiem mainīgo normālā sadalījuma gadījumā un Vilkoksona tests (*Wilcoxon Signed Ranks Test*), ja nebija normālā sadalījuma.

Pētījuma datu apstrāde tika veikta, izmantojot programmas SPSS 23. versiju.

8. Rezultāti

Sākumā tika noteikti Vecāku stresa indeksa un Vecāku kompetences izjūtas aptauju katras skalas un katras apakšskalas iekšējās saskaņotības rādītāji, izmantojot Kronbaha alfas koeficientu, un tad pārbaudīta šo skalu empīrisko sadalījumu atbilstība normālam sadalījumam pēc Komogorova-Smirnova testa ar Lilifora korekciju (sk. 5. tabulu).

Rezultāti norāda, ka Vecāku kompetences izjūtas aptaujas apakšskalas *Efektivitāte* un Vecāku stresa indeksa apakšskalas *Vecāku distress* sākotnējiem pirms eksperimentālajiem mērījumiem (pirms intervences) nav normālā sadalījuma kopējā izlasē ($N = 111$), kas tiks ņemts vērā, izvēloties secinošās statistikas metodes (t.i., neparametriskās metodes).

Vecāku stresa indeksa kopējā skala un visas apakšskalas – *Vecāku distress*, *Attiecību grūtības* un *Grūtais Bērns* sākotnējos pirms eksperimentālajos (pirms intervences) mērījumos kopējā izlasē ($N = 111$) uzrāda augstu iekšējo saskaņotību jeb ticamību ($\alpha \geq 0,82$).

Vecāku kompetences izjūtas kopējai skalai ($\alpha = 0,76$) un apakšskalai *Apmierinātība* ($\alpha = 0,77$) ir pietiekami augsta ticamība, bet *Efektivitātes* apakšskalai tā ir pazemināta ($\alpha = 0,51$), un tas jāņem vērā, interpretējot pētījuma rezultātus (sk. 5. tabulu).

5. tabula. Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa skalu atbilstība normālam sadalījumam pēc Komogorova-Smirnova testa ar Lilifora korekciju un Kronbaha α kopējai izlasei ($N = 111$)

	<i>M (SD)</i>	<i>Z</i>	Kronbaha α
Kopējā VKI	3,88 (0,53)	0,08	0,76
<i>Apmierinātība</i>	3,77 (0,73)	0,08	0,77
<i>Efektivitāte</i>	4,03 (0,50)	0,10**	0,51
Kopējais VSI	2,89 (0,53)	0,06	0,92
<i>Vecāku distress</i>	3,00 (0,61)	0,09*	0,84
<i>Attiecību grūtības</i>	2,59 (0,61)	0,08	0,82
<i>Grūtais bērns</i>	3,08 (0,71)	0,08	0,87

Piezīme. Dati par sākotnējiem pirms eksperimentālajiem mērījumiem (pirms intervences); VKI – Vecāku kompetences izjūtas skala, VSI – Vecāku stresa indekss; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Lai pārbaudītu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp visām trim grupām pirms eksperimenta mērījumos Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa rādītājos, tika veikts Kruskala Vallisa tests vai vienfaktoru ANOVA atkarībā no salīdzināmo mainīgo atbilstības normālajam sadalījumam (sk. 6. tabulu).

6. tabula. Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa rādītāju aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji bērnu invalīdu mātēm APK grupai ($n = 40$), SA grupai ($n = 31$) un KG grupai ($n = 40$)

Mainīgie lielumi <i>M, (SD)</i>	APK ($n = 40$)	SA ($n = 31$)	KG ($n = 40$)	<i>F vai H</i>
Vecāku kompetences izjūtas aptauja				
<i>Apmierinātība</i>	3,81 (0,74)	3,67 (0,77)	3,80 (0,70)	0,36 ¹
<i>Efektivitāte</i>	4,03 (0,49)	3,99 (0,55)	4,06 (0,48)	0,36 ²
Vecāku stresa indeksa aptauja				
<i>Vecāku distress</i>	2,93 (0,55)	3,18 (0,70)	2,94 (0,58)	3,96 ²
<i>Attiecību grūtības</i>	2,50 (0,58)	2,73 (0,66)	2,57 (0,58)	1,36 ¹
<i>Grūtais bērns</i>	3,02 (0,73)	3,18 (0,71)	3,07 (0,71)	0,49 ¹

Piezīme. Dati par sākotnējiem pirms eksperimentālajiem mērījumiem (pirms intervences); apakšraksta burts norāda: 1 – vienfaktoru ANOVA F rādītāji; 2 – Kruskala Vallisa tests; APK – grupa, kura apmeklēja intervences programmu “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, SA – sociālā atbalsta grupa, KG – kontrolgrupa; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Atšķirības Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa aptaujas sākotnējos pirms eksperimentālajos mērījumos starp grupām nav statistiski nozīmīgas (sk. 6. tabulu), ko apliecināja arī *Post Hoc* pārū salīdzinājumi.

Līdz ar to ir iespējams analizēt kopējās izlases datus apkopotā veidā, lai atbildētu uz pētījuma jautājumiem 1) vai kopējā izlasē ($N = 111$) pastāv saistība starp demogrāfiskiem rādītājiem – invalīda nepieciešamo kopšanas un uzraudzības līmeni, vecāku materiālā stāvokļa izvērtējumu un izglītību un Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa aptaujas

rādītājiem sākotnējiem pirms eksperimentālajiem mērījumiem (pirms intervences), 2) vai mātēm, kuras audzina bērnus invalīdus, vecāku stresa līmenis ir saistīts ar vecāku kompetences izjūtu sākotnējiem pirms eksperimentālajiem mērījumiem (pirms intervences), 3) vai mātēm, kuras audzina bērnus invalīdus, Vecāku stresa rādītāji prognozē Vecāku kompetences izjūtas rādītājus sākotnējiem pirms eksperimentālajiem mērījumiem (pirms intervences).

Atbildot uz pirmo pētījuma jautājumu, tika aprēķināts biseriālais vai Spīrmena korelācijas koeficients (sk. 7. tabulu).

7. tabula. Korelācijas koeficienti starp bērnam invalīdam nepieciešamo kopšanas un uzraudzības līmeni, ģimenes materiālo stāvokli, mātes izglītību un Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa rādītājiem ($N = 111$)

Aptaujas skala	Nepieciešamās kopšanas un uzraudzības līmenis ^b	Ģimenes materiālais stāvoklis ^a	Mātes izglītība ^a
Kopējā VKI	0,07	0,05	-0,01
Apmierinātība	0,14	0,04	-0,05
Efektivitāte	-0,10	0,03	0,05
Kopējais VSI	-0,08	-0,11	-0,07
Vecāku distress	-0,09	-0,19*	-0,12
Attiecību grūtības	-0,16	-0,01	0,03
Grūtais bērns	0,02	-0,07	-0,02

Piezīme. Dati par sākotnējiem pirms eksperimentālajiem mērījumiem (pirms intervences) apakšraksta burts norāda: a - Biseriālā korelācija (aprēķināta ar SPSS Pīrsona korelācijas koeficientu, b – Spīrmena korelācija); VKI – Vecāku kompetences izjūtas skala, VSI – Vecāku stresa indekss;

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Korelāciju analīze liecina, ka Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa aptaujas rādītāji neuzrāda statistiski nozīmīgu korelāciju ($p > 0,05$) ar bērnam invalīdam nepieciešamo kopšanas un uzraudzības līmeni un māšu izglītības līmeni. Tomēr māšu ģimenes materiālais stāvoklis un Vecāku stresa indeksa apakšskala *Vecāku distress* uzrāda statistiski nozīmīgu negatīvu korelāciju ($r = -0,19$, $p < 0,05$), kas liecina, ka bērnu invalīdu mātes, kuras savu ienākumu līmeni vērtē kā zemāku, uzrāda augstākus *Vecāku distressa* apakšskalas rādītājus.

Atbildot uz otro pētījuma jautājumu par saistībām starp VKI un VSI tika izmantots Pīrsona r_p korelācijas koeficients un tiem mainīgajiem, kuriem pēc Kolmogorova-Smirnova testa ar Lilifora korekciju nebija normālā sadalījuma Spīrmena r_s korelācijas koeficients (sk. 5. un 8. tabulu).

Iegūtie rezultāti norāda, ka Vecāku kompetences izjūtas rādītāji statistiski nozīmīgi negatīvi korelē ar Vecāku stresa indeksa rādītājiem. Mātes, kuras uzrādīja augstākus stresa rādītājus, uzrādīja mazāku apmierinātību ar vecāku lomā un jutās mazāk efektīvas vecāku lomā ($p < 0,05$ vai $p < 0,01$).

8. tabula. Bērnu invalīdu māšu VKI un VSI rādītāju Spīrmena vai Pīrsona korelācijas koeficienti kopējā izlasē ($N = 111$)

VKI skala/VSI aptauja	VSI kopējie _p	Vecāku distress _s	Attiecību grūtības _p	Grūtais bērns _p
VKI kopējie _p	- 0,58**	- 0,65**	- 0,49**	- 0,35**
Apmierinātība _p	- 0,62**	- 0,68**	- 0,53**	- 0,36**
Efektivitāte _s	- 0,27**	- 0,30**	- 0,19*	- 0,17

Piezīme. Dati par sākotnējiem pirms eksperimentālajiem mērījumiem (pirms intervences); apakšraksta burts norāda: S – Spīrmena korelācijas koeficients, P – Pīrsona korelācijas koeficients; VKI – Vecāku kompetences izjūtas skala, VSI – Vecāku stresa indekss; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Pārbaudot Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa rādītāju prognostiskās sakarības regresijas modelī – VKI kopējiem rādītājiem kā atkarīgam mainīgam un VSI rādītājiem kā neatkarīgiem (sk. 9. tabulu), tika konstatēts, ka Vecāku stresa indeksa trīs skalas kopā statistiski nozīmīgi prognozē Vecāku kompetences izjūtas kopējo rādītāju, izskaidrojot 45% no bērnu invalīdu māšu kompetences izjūtas: $R = 0,67$, $R^2 = 0,45$, pielāgotais $R^2 = 0,44$ ($F = 3,107$) = 29,73; $p < 0,001$.

9. tabula. Lineārā regresiju analīze atkarīgajam mainīgajam Vecāku kompetences izjūtas kopējais rādītājs un neatkarīgajiem mainīgiem – Vecāku stresa indeksa skalas ($N = 111$)

Neatkarīgais mainīgais	B	$SE B$	β
Vecāku stresa indeksa apakšskalas			
<i>Vecāku distress</i>	-0,46	0,07	-0,53***
<i>Attiecību grūtības</i>	-0,25	0,10	-0,29*
<i>Grūtais bērns</i>	0,05	0,08	0,07

Piezīme. Dati par sākotnējiem pirms eksperimentālajiem mērījumiem (pirms intervences); VKI – Vecāku kompetences izjūtas skala, VSI – Vecāku stresa indekss; $R^2 = 0,45$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Statistiski nozīmīgi Vecāku kompetences izjūtas kopējo rādītāju prognozē gan Vecāku stresa indeksa apakšskala *Vecāku distress* $\beta = - 0,53$, $t(111) = - 6,54$, $p < 0,001$, gan apakšskala *Attiecību grūtības* $\beta = - 0,29$, $t(111) = - 2,60$, $p < 0,05$, bet statistiski nozīmīgi neprognozē apakšskala *Grūtais bērns* ($p > 0,05$).

Lai pārbaudītu hipotēzi, ka pēc māšu piedalīšanās APK intervences programmā paaugstinās bērnu invalīdu māšu kompetences izjūta un samazinās stresa līmenis, šādas izmaiņas nav vērojamas kontrolgrupā, tika noteikta datu atbilstība normālam sadalījumam pēc Komogorova-Smirnova testa ar Liliifora kritēriju un tika novērtēta Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa aptauju un to apakšskalu ticamība katrā grupā – APK un KG atsevišķi (sk. 10. tabulu).

10. tabula. Vecāku stresa indeksa un Vecāku kompetences izjūtas aptaujas skalu Kronbaha α un aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji trīs grupās – APK ($n = 34$), SA ($n = 28$) un KG ($n = 34$) un 3 mērījuma reizēs (pirms intervences, uzreiz pēc intervences un 6 mēnešus pēc intervences)

	Pirms intervences			Pēc intervences			6 mēnešus pēc intervences		
	<i>M(SD)</i>	<i>Z</i>	α	<i>M(SD)</i>	<i>Z</i>	α	<i>M(SD)</i>	<i>Z</i>	α
APK									
Kopējā VKI	3,88 (0,52)	0,09	0,71	4,10 (0,52)	0,10	0,76	4,08 (0,50)	0,11	0,72
<i>Apmierinātība</i>	3,78 (0,73)	0,09	0,78	4,08 (0,78)	0,11	0,79	4,04 (0,76)	0,13	0,78
<i>Efektivitāte</i>	4,00 (0,51)	0,12	0,60	4,11 (0,46)	0,13	0,72	4,12 (0,44)	0,11	0,73
Kopējais VSI	2,84 (0,54)	0,09	0,93	2,58 (0,62)	0,08	0,95	2,56 (0,64)	0,10	0,95
<i>Vecāku distress</i>	2,96 (0,58)	0,14	0,85	2,57 (0,53)	0,12	0,83	2,54 (0,54)	0,11	0,82
<i>Attiecību grūtības</i>	2,52 (0,60)	0,14	0,83	2,34 (0,74)	0,10	0,91	2,35 (0,75)	0,14	0,90
<i>Grūtais bērns</i>	3,03 (0,75)	0,17*	0,90	2,82 (0,80)	0,14	0,91	2,80 (0,84)	0,10	0,92
SA grupa									
Kopējā VKI	3,81 (0,59)	0,13	0,86	3,89 (0,54)	0,13	0,80	3,89 (0,48)	0,10	0,74
<i>Apmierinātība</i>	3,69 (0,78)	0,16	0,83	3,86 (0,73)	0,16	0,75	3,83 (0,64)	0,12	0,63
<i>Efektivitāte</i>	3,97 (0,53)	0,13	0,79	3,94 (0,49)	0,16	0,75	3,95 (0,46)	0,12	0,73
Kopējais VSI	3,05 (0,61)	0,12	0,94	2,75 (0,64)	0,13	0,94	2,85 (0,66)	0,12	0,95
<i>Vecāku distress</i>	3,16 (0,71)	0,18*	0,90	2,82 (0,67)	0,10	0,88	3,00 (0,81)	0,09	0,93
<i>Attiecību grūtības</i>	2,78 (0,67)	0,11	0,85	2,50 (0,74)	0,11	0,88	2,55 (0,70)	0,11	0,87
<i>Grūtais bērns</i>	3,21 (0,73)	0,10	0,90	2,92 (0,76)	0,12	0,88	3,00 (0,78)	0,10	0,89
KG									
Kopējā VKI	3,95 (0,53)	0,07	0,74	3,95 (0,53)	0,07	0,76	3,94 (0,54)	0,07	0,76
<i>Apmierinātība</i>	3,85 (0,72)	0,08	0,73	3,84 (0,70)	0,08	0,71	3,80 (0,74)	0,10	0,73
<i>Efektivitāte</i>	4,08 (0,50)	0,10	0,54	4,09 (0,53)	0,10	0,61	4,13 (0,51)	0,08	0,63
Kopējais VSI	2,84 (0,49)	0,12	0,89	2,83 (0,49)	0,12	0,89	2,89 (0,54)	0,09	0,91
<i>Vecāku distress</i>	2,87 (0,56)	0,08	0,76	2,82 (0,56)	0,10	0,76	2,89 (0,58)	0,10	0,77
<i>Attiecību grūtības</i>	2,54 (0,56)	0,10	0,78	2,55 (0,57)	0,10	0,79	2,60 (0,65)	0,13	0,84
<i>Grūtais bērns</i>	3,11 (0,72)	0,13	0,86	3,13 (0,73)	0,12	0,87	3,18 (0,78)	0,13	0,88

Piezīme. APK – grupa, kura apmeklēja intervences programmu “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, SA – sociālā atbalsta grupa, KG – kontrolgrupa; VKI – Vecāku kompetences izjūtas skala, VSI – Vecāku stresa indekss;

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Pārsvārā VKI un VSI skalu ticamība trīs apakšizlasēs un trīs atkārtotos mērījumos ir virs 0,70, izņemot *Efektivitātes* skalai, tā ir pazemināta $0,54 < \alpha < 0,79$, un tas jāņem vērā, interpretējot pētījuma rezultātus.

Lai pārbaudītu hipotēzi, ka pēc māšu piedalīšanās APK intervences programmā paaugstinās bērnu invalīdu māšu kompetences izjūta un samazinās stresa līmenis, un šādas izmaiņas nav vērojamas kontrolgrupā, tika veikta jauktā dispersiju analīze (ANOVA). Lai salīdzinātu pirms un pēc māšu piedalīšanās APK intervences programmā iegūtās mātes kompetences izjūtas un mātes stresa rādītāju izmaiņas, katrai VKI un VSI skalai tika veiktas 2 x 2 (grupa x laiks) jauktās dispersiju analīzes, kā laika faktoru izmantojot pirms un pēc APK intervences programmas iegūtos mātes kompetences izjūtas un mātes stresa rādītāju novērtējuma rādītājus APK un KG grupā (sk. 11. tabulu).

11. tabula. Bērnu invalīdu māšu VKI un VSI rādītāju pirms un tūlīt pēc piedalīšanās APK ($n = 34$) un KG ($n = 34$) grupās aprakstošās statistikas un jauktā dizaina ANOVA rādītāji

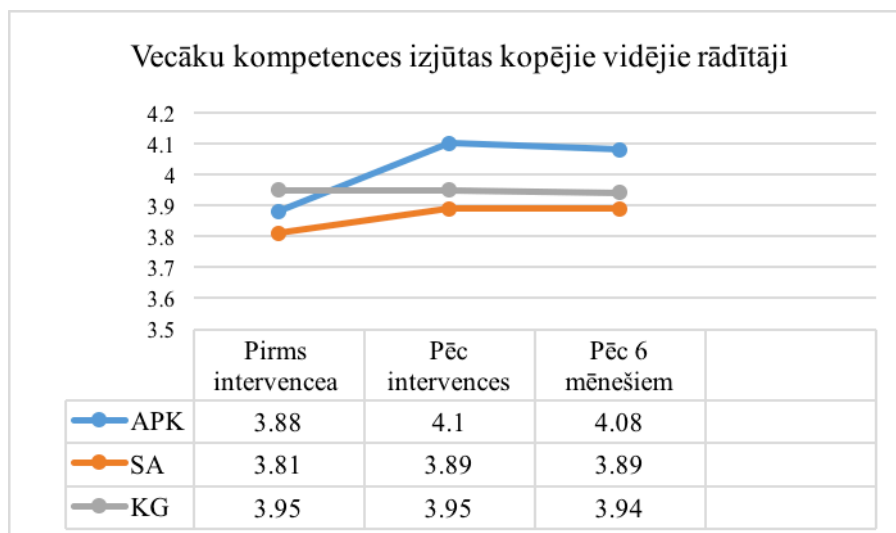
Mainīgie lielumi	APK		KG		Dispersiju avots		
	pirms <i>M</i> (<i>SD</i>)	pēc <i>M</i> (<i>SD</i>)	pirms <i>M</i> (<i>SD</i>)	pēc <i>M</i> (<i>SD</i>)	Grupa (A)	Laiks (B)	A x B
VKI kopā	3,88 (0,52)	4,10 ⁺ (0,52)	3,95 (0,53)	3,95 (0,53)	0,08	12,41**	12,00**
<i>Apmierinātība</i>	3,78 (0,73)	4,08 ⁺ (0,78)	3,85 (0,72)	3,84 (0,70)	0,27	9,11**	9,51**
<i>Efektivitāte</i>	4,00 (0,51)	4,11 (0,46)	4,08 (0,50)	4,09 (0,53)	0,07	2,78	2,02
VSI kopā	2,84 (0,54)	2,58 ⁺ (0,62)	2,84 (0,49)	2,83 (0,49)	1,04	20,45***	17,58***
<i>Vecāku distress</i>	2,96 (0,58)	2,57 ⁺ (0,53)	2,87 (0,56)	2,82 (0,56)	0,37	38,19***	22,88***
<i>Attiecību grūtības</i>	2,52 (0,60)	2,34 ⁺ (0,74)	2,54 (0,56)	2,55 (0,57)	0,59	6,86*	7,25**

Piezīme. Apakšraksta burts nozīmē: + - statistiski nozīmīgas atšķirības saskaņā ar *Bonferroni Post-hoc* testa rezultātiem, $p < 0,05$; APK – grupa, kura apmeklēja intervences programmu “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, KG – kontrolgrupa; VKI – Vecāku kompetences izjūtas skala, VSI – Vecāku stresa indekss; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Salīdzinot pirms intervences un pēc intervences APK un KG grupās iegūtos mātes Vecāku kompetences izjūtas vidējos rādītājus, jauktās dispersiju analīzes rezultāti parādīja, statistiski nozīmīgu grupas un laika mijiedarbības efektu Vecāku kompetences izjūtas kopējā rādītājā, $F(1,66) = 12,00$, $p < 0,001$, parciālā $\eta^2 = 0,15$ un Vecāku kompetences izjūtas apakšskalā *Apmierinātība*, $F(1,66) = 9,51$, $p < 0,01$, parciālā $\eta^2 = 0,13$. Priekšstatam par savu efektivitāti

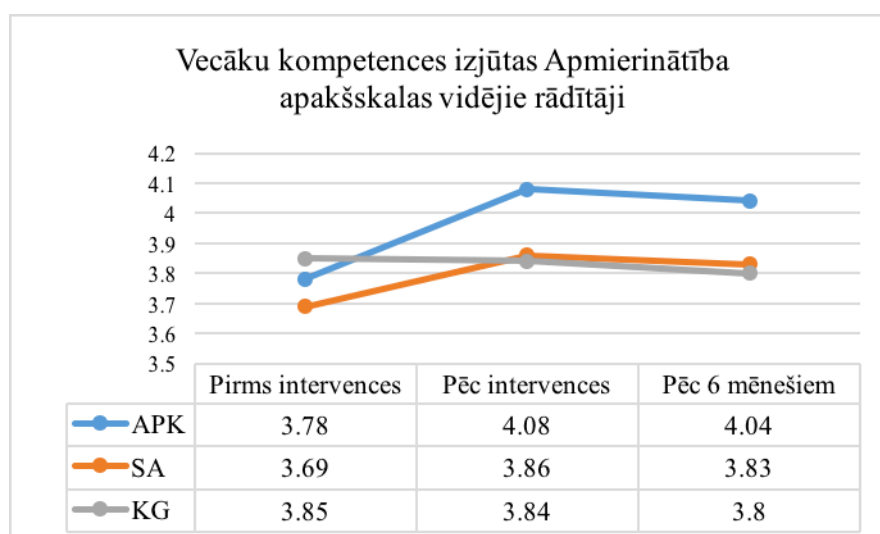
mātes lomā netika konstatēts nozīmīgs grupas un laika mijiedarbības efekts $p > 0,05$ (sk. 11. tabulu).

Visu trīs grupu (APK, SA un KG) bērnu invalīdu māšu sniegto Vecāku kompetences izjūtas kopējo vidējo rādītāju novērtējumu pirms un pēc piedalīšanās intervences programmā APK un 6 mēnešus pēc programmas beigšanas izmaiņas ir aplūkojamas 6. attēlā.



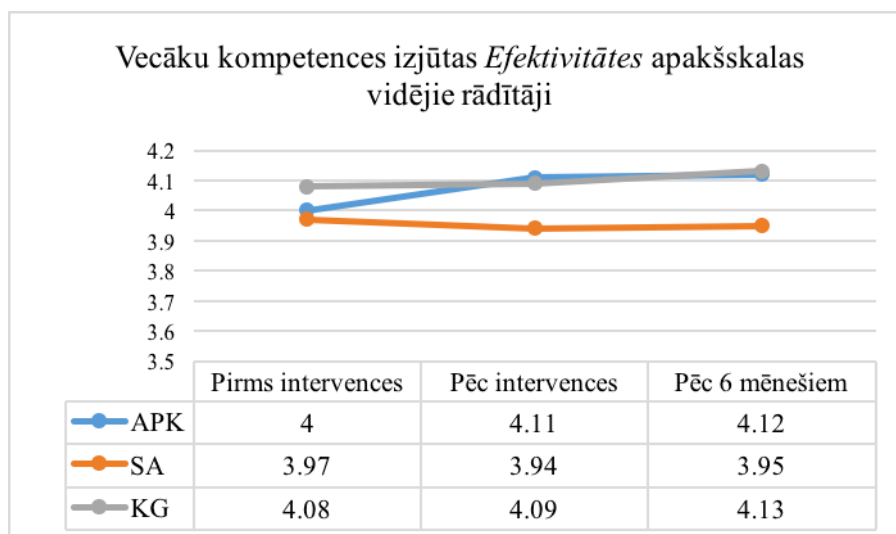
6. attēls. Vecāku kompetences izjūtas kopējie vidējie rādītāji APK, SA grupai un KG grupai trīs mērījuma reizēs (pirms intervences, tūlīt pēc intervences un vēl pēc 6 mēnešiem);
Piezīme. APK – grupa, kura apmeklēja intervences programmu “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, SA grupa – sociālā atbalsta grupa, KG – kontrolgrupa.

Visu trīs grupu (APK, SA un KG) bērnu invalīdu māšu sniegto Vecāku kompetences izjūtas *Apmierinātības* apakšskalas vidējo rādītāju novērtējumu pirms un pēc piedalīšanās intervences programmā APK un 6 mēnešus pēc programmas beigšanas izmaiņas ir aplūkojamas 7. attēlā.



7. attēls. Vecāku kompetences izjūtas *Apmierinātības* apakšskalas vidējie rādītāji APK, SA un KG grupai trīs mērījuma reizēs (pirms intervences, tūlīt pēc intervences un vēl pēc 6 mēnešiem)
Piezīme. APK – grupa, kura apmeklēja intervences programmu “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, SA grupa – sociālā atbalsta grupa, KG – kontrolgrupa.

Visu trīs grupu (APK, SA un KG) bērnu invalīdu māšu sniegto Vecāku kompetences izjūtas *Efektivitātes* apakšskalas vidējo rādītāju novērtējumu pirms un pēc piedalīšanās intervences programmā APK un 6 mēnešus pēc programmas beigšanas izmaiņas ir aplūkojamas 8. attēlā.

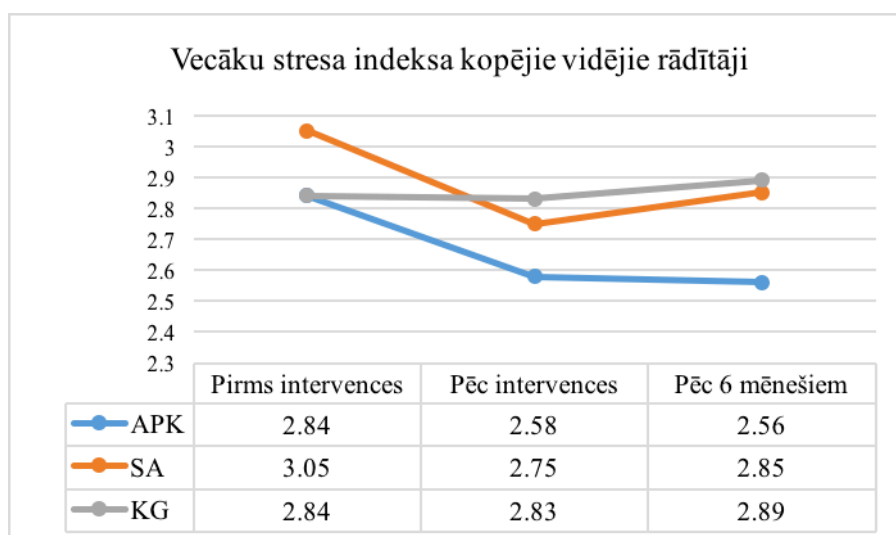


8. attēls. Vecāku kompetences izjūtas *Efektivitātes* apakšskalas vidējie rādītāji APK, SA un KG grupai trīs mērījuma reizēs (pirms intervences, tūlīt pēc intervences un vēl pēc 6 mēnešiem). *Piezīme.* APK – grupa, kura apmeklēja intervences programmu “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, SA grupa – sociālā atbalsta grupa, KG – kontrolgrupa.

Salīdzinot Vecāku kompetences izjūtas rādītājus APK grupai pirms un tūlīt pēc intervences, veiktais *post-hoc Bonferroni* tests norāda, ka APK grupā iekļautās mātes tūlīt pēc intervences uzrāda augstākus vidējos rezultātus kopējā Vecāku kompetences izjūtā ($MD = 0,22, SE = 0,06, p < 0,01$) un Vecāku Kompetences izjūtas apakšskalas *Apmierinātība* rādītājā ($MD = 0,30, SE = 0,10, p < 0,01$), bet netika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības Vecāku kompetences izjūtas apakšskalas *Efektivitāte* rādītājā, $p > 0,05$. Savukārt KG grupā nav novērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības Vecāku kompetences izjūtas rādītājos ($p > 0,05$) (sk. 11. tabulu).

Salīdzinot pirms intervences un pēc intervences APK un KG grupās iegūtos mātes Vecāku stresa indeksa vidējos rādītājus, jauktās dispersiju analīzes rezultāti parādīja, statistiski nozīmīgu grupas un laika mijiedarbības efektu Vecāku stresa indeksa kopējā rādītājā, $F(1,66) = 17,58, p < 0,000$, parciālā $\eta^2 = 0,21$, Vecāku stresa indeksa apakšskalas *Vecāku distress* rādītājā, $F(1,66) = 22,88, p < 0,000$, parciālā $\eta^2 = 0,26$ un Vecāku stresa indeksa apakšskalas *Attiecību grūtības* rādītājā, $F(1,66) = 7,25, p < 0,01$, parciālā $\eta^2 = 0,10$, (ar $p < 0,01$). Vecāku stresa indeksa apakšskalai *Grūtais bērns* pirmajā mērījumā nav normālā sadalījuma, tāpēc atšķirības starp mērījumiem noteiktas, izmantojot Vilksona testu (skat. 2. pielikuma 2.1. tabulā.).

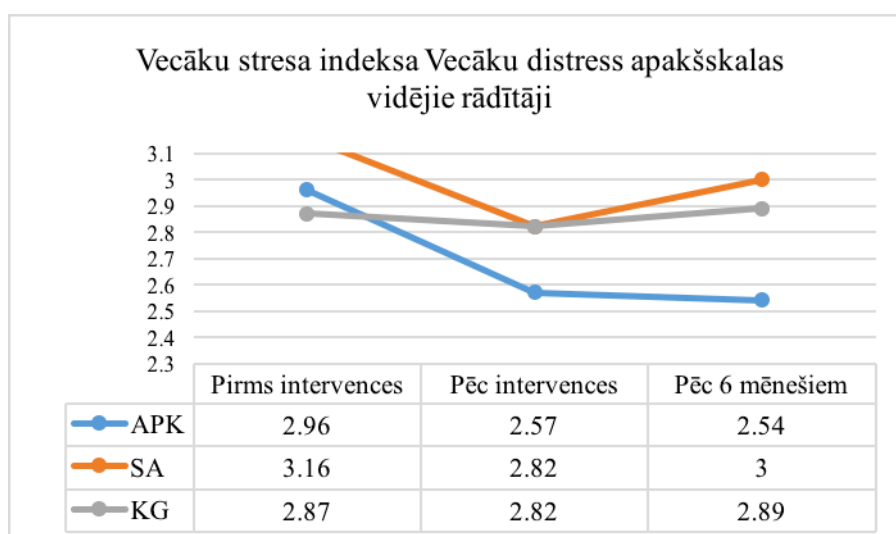
Visu trīs grupu (APK, SA un KG) bērnu invalīdu māšu sniegto Vecāku stresa indeksa vidējo rādītāju novērtējumu pirms un pēc piedalīšanās intervences programmā APK un 6 mēnešus pēc programmas beigšanas izmaiņas ir aplūkojamas 9. attēlā.



9. attēls. Vecāku stresa indeksa kopējie vidējie rādītāji APK, SA un KG grupai trīs mērījuma reizēs (pirms intervences, tūlīt pēc intervences un vēl pēc 6 mēnešiem)

Piezīme. APK – grupa, kura apmeklēja intervences programmu “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, SA grupa – sociālā atbalsta grupa, KG – kontrolgrupa.

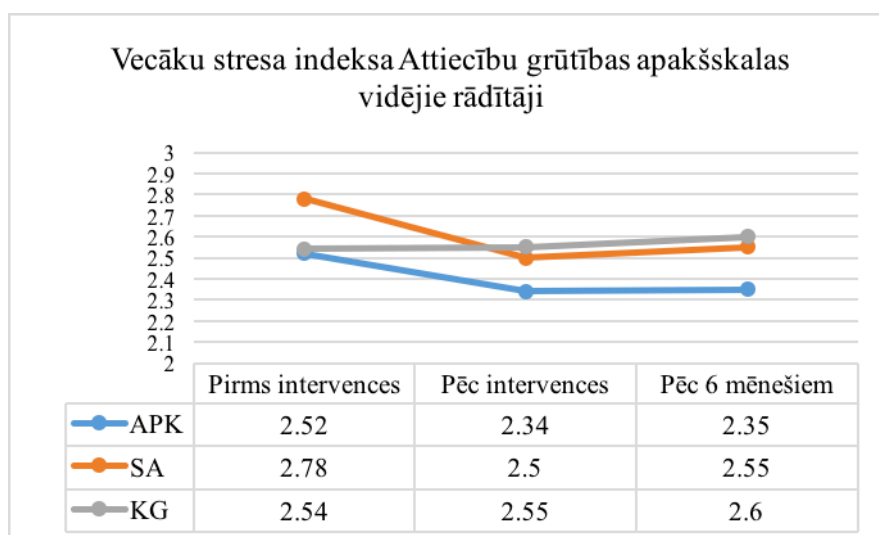
Visu trīs grupu (APK, SA un KG) bērnu invalīdu māšu sniegto Vecāku stresa indeksa *Vecāku distress* apakšskalas vidējo rādītāju novērtējumu pirms un pēc piedalīšanās intervences programmā APK un 6 mēnešus pēc programmas beigšanas izmaiņas ir aplūkojamas 10. attēlā.



10. attēls. Vecāku stresa indeksa apakšskalas *Vecāku distress* vidējie rādītāji APK, SA un KG grupai trīs mērījuma reizēs (pirms intervences, tūlīt pēc intervences un vēl pēc 6 mēnešiem)

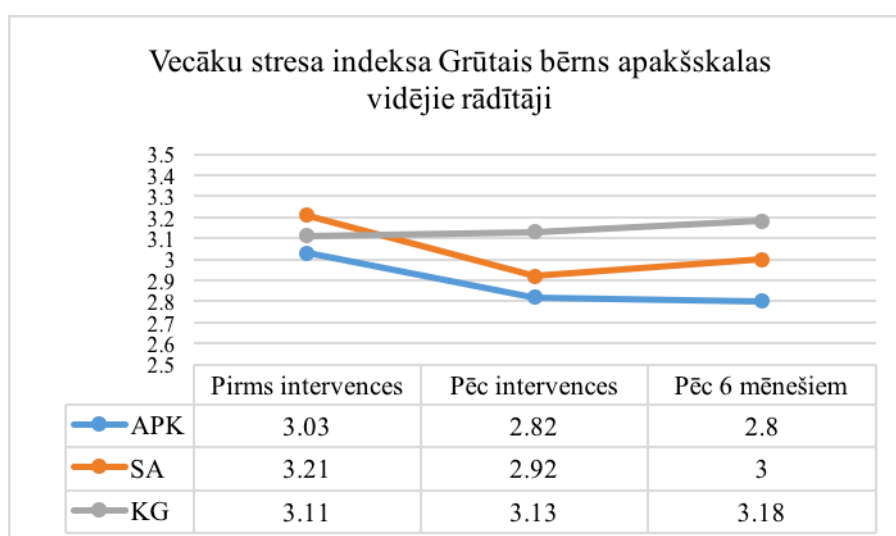
Piezīme. APK – grupa, kura apmeklēja intervences programmu “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, SA grupa – sociālā atbalsta grupa, KG – kontrolgrupa.

Visu trīs grupu (APK, SA un KG) bērnu invalīdu māšu sniegto Vecāku stresa indeksa *Attiecību grūtības* apakšskalas vidējo rādītāju novērtējumu pirms un pēc piedalīšanās intervences programmā APK un 6 mēnešus pēc programmas beigšanas izmaiņas ir aplūkojamas 11. attēlā.



11. attēls. Vecāku stresa indeksa apakšskalas *Attiecību grūtības* vidējie rādītāji APK, SA un KG grupai trīs mērījuma reizēs (pirms intervences, tūlīt pēc intervences un vēl pēc 6 mēnešiem)
Piezīme. APK – grupa, kura apmeklēja intervences programmu “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, SA grupa – sociālā atbalsta grupa, KG – kontrolgrupa.

Visu trīs grupu (APK, SA un KG) bērnu invalīdu māšu sniegto Vecāku stresa indeksa *Grūtais bērns* apakšskalas vidējo rādītāju novērtējumu pirms un pēc piedalīšanās intervences programmā APK un 6 mēnešus pēc programmas beigšanas izmaiņas ir aplūkojamas 12. attēlā.



12. attēls. Vecāku stresa indeksa apakšskalas *Grūtais bērns* vidējie rādītāji APK, SA un KG grupai trīs mērījuma reizēs (pirms intervences, tūlīt pēc intervences un vēl pēc 6 mēnešiem)
Piezīme. APK – grupa, kura apmeklēja intervences programmu “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, SA grupa – sociālā atbalsta grupa, KG – kontrolgrupa.

Salīdzinot Vecāku stresa indeksa rādītājus APK grupai pirms un tūlīt pēc intervences, veiktais *post-hoc Bonferroni* tests norāda, ka APK grupā iekļautās mātes tūlīt pēc intervences uzrāda zemākus vidējos rezultātus kopējā Vecāku stresa indeksa rādītājā ($MD = -0,26$, $SE = 0,06$, $p < 0,00$), Vecāku stresa indeksa apakšskalas *Vecāku distress* rādītājā ($MD = -0,38$, $SE = 0,06$, $p < 0,00$) un *Attiecību grūtības* rādītājā ($MD = -0,18$, $SE = 0,07$, $p < 0,01$). Salīdzinot Vecāku

stresa indeksa aptaujas apakšskalas *Grūtais bērns* rādītājus pirms un tūlīt pēc intervences, mātes uzrādīja zemākus rādītājus $Z(34) = 2,86; p < 0,01$. (sk. 2. pielikuma 2.1. tabulu). Savukārt KG grupā nav novērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības Vecāku stresa indeksa rādītājos ($p > 0,05$) (sk. 11. tabulu un 9. – 12. attēlu).

Lai pārbaudītu hipotēzi, ka 6 mēnešus pēc piedalīšanās intervences programmā APK bērnu invalīdu mātēm ir augstāki vecāku kompetences izjūtas rādītāji un zemāki vecāku stresa rādītāji nekā pirms piedalīšanās intervences programmā, un šādas atšķirības nav vērojamas kontrolgrupā, tika veiktas 2 x 2 (grupa x laiks) jauktās dispersiju analīzes, kā laika faktoru izmantojot pirms piedalīšanās APK programmā un 6 mēnešus pēc programmas beigšanas iegūtos mātes kompetences izjūtas un mātes stresa novērtējuma rādītājus (sk. 12. tabulu).

12. tabula. Bērnu invalīdu māšu VKI un VSI rādītāju pirms un 6 mēnešus pēc piedalīšanās APK ($n = 34$) un KG ($n = 34$) grupās aprakstošās statistikas un jauktā dizaina ANOVA rādītāji

Mainīgie lielumi	APK		KG		Dispersiju avots		
	pirms	pēc 6 mēn.	pirms	pēc 6 mēn.	Grupa (A)	Laiks (B)	A x B
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
VKI kopā	3,88 (0,52)	4,08 ⁺ (0,50)	3,95 (0,53)	3,94 (0,54)	0,06	6,89*	8,01**
<i>Apmierinātība</i>	3,78 (0,73)	4,04 ⁺ (0,76)	3,85 (0,72)	3,80 (0,74)	0,27	4,06*	8,31**
<i>Efektivitāte</i>	4,00 (0,51)	4,12 (0,44)	4,08 (0,50)	4,13 (0,51)	0,14	4,35*	0,98
VSI kopā	2,84 (0,54)	2,56 ⁺ (0,64)	2,84 (0,49)	2,89 (0,54)	1,63	10,46**	21,22***
<i>Vecāku distress</i>	2,96 (0,58)	2,54 ⁺ (0,54)	2,87 (0,56)	2,89 (0,58)	0,37	22,93***	28,28***
<i>Attiecību grūtības</i>	2,52 (0,60)	2,35 ⁺ (0,75)	2,54 (0,56)	2,60 (0,65)	0,59	2,22	8,31**

Piezīme. Apakšraksta burts nozīmē: + - statistiski nozīmīgas atšķirības saskaņā ar *Bonferroni Post-hoc* testa rezultātiem, $p < 0,05$; APK – intervences programma “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, KG – kontrolgrupa; VKI – Vecāku kompetences izjūtas skala, VSI – Vecāku stresa indekss;

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Salīdzinot pirms intervences un 6 mēnešus pēc intervences APK un KG grupās iegūtos mātes Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa vidējos rādītājus, jauktās dispersiju analīzes rezultāti parādīja statistiski nozīmīgu grupas un laika mijiedarbības efektu Vecāku kompetences izjūtas kopējā rādītājā, $F(1,66) = 8,01, p < 0,01$, parciālā $\eta^2 = 0,11$, Vecāku kompetences izjūtas apakšskalā *Apmierinātība*, $F(1,66) = 8,31, p < 0,01$, parciālā $\eta^2 = 0,11$ un Vecāku stresa indeksa kopējā rādītājā, $F(1,66) = 21,22, p < 0,000$, parciālā $\eta^2 = 0,24$, Vecāku stresa indeksa apakšskalas *Vecāku distress rādītājos*, $F(1,66) = 28,28, p < 0,000$, parciālā $\eta^2 =$

0,30 un Vecāku stresa indeksa apakšskalas *Attiecību grūtības rādītājos*, $F(1,66) = 8,31$, $p < 0,01$, parciālā $\eta^2 = 0,11$, (ar $p < 0,01$). Priekšstatam par savu efektivitāti mātes lomā netika konstatēts nozīmīgs grupas un laika mijiedarbības efekts $p > 0,05$ (sk. 12. tabulu un 6. - 12. attēlu). Vecāku stresa indeksa apakšskalai *Grūtais bērns* pirmajā mērījumā nav normālā sadalījuma, tāpēc atšķirības starp mērījumiem noteiktas, izmantojot Vilksoksona testu (skat. 2. pielikuma 2.1. tabulā.).

Salīdzinot Vecāku stresa indeksa rādītājus APK grupai pirms un 6 mēnešus pēc intervences, veiktais *post-hoc Bonferroni* tests parāda statistiski nozīmīgas atšķirības kopējā Vecāku kompetences izjūtas rādītājā ($MD = 0,20$, $SE = 0,07$, $p < 0,01$), Vecāku Kompetences izjūtas apakšskalas *Apmierinātība* rādītājā ($MD = 0,26$, $SE = 0,10$, $p < 0,02$), kopējā Vecāku stresa indeksa rādītājā ($MD = -0,27$, $SE = 0,06$, $p < 0,00$), Vecāku stresa indeksa apakšskalu *Vecāku distress* ($MD = -0,42$, $SE = 0,08$, $p < 0,00$) un *Attiecību grūtības* ($MD = -0,17$, $SE = 0,07$, $p < 0,02$) rādītājos. Salīdzinot Vecāku stresa indeksa aptaujas apakšskalas *Grūtais bērns* rādītājus pirms un 6 mēnešus pēc intervences, mātes uzrādīja zemākus rādītājus $Z(34) = 2,88$; $p < 0,01$. (sk. 2. pielikuma 2.1. tabulu). Savukārt KG grupā nav novērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības Vecāku stresa indeksa rādītājos pirms un pēc 6 mēnešiem ($p > 0,05$) (sk. 12. tabulu).

Rezultāti parāda, ka konstatētās izmaiņas APK grupā kopējā Vecāku kompetences izjūtā un tās apakšskalā *Apmierinātība* saglabājas un ir noturīgas arī 6 mēnešus pēc intervences. Tāpat rezultāti norāda, ka konstatētās izmaiņas kopējā Vecāku stresa indeksa rādītājos un to apakšskalās *Vecāku distress*, *Attiecību grūtības* un *Grūtais bērns* saglabājas un ir noturīgas arī 6 mēnešus pēc intervences.

Lai pārbaudītu hipotēzi, ka 6 mēnešus pēc piedalīšanās intervences programmā APK bērnu invalīdu mātēm ir augstāki vecāku kompetences izjūtas rādītāji un zemāki vecāku stresa rādītāji nekā pirms piedalīšanās intervences programmā, un šādas atšķirības nav vērojamas SA un kontrolgrupā, sākotnēji tika noteikta datu atbilstība normālam sadalījumam pēc Komogorova-Smirnova testa ar Lilifora kritēriju un tika novērtēta Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa aptauju un to apakšskalu ticamība SA grupā (sk. 10. tabulu), tālāk tika veiktas 3 x 2 (grupa x laiks) jauktās dispersiju analīzes, kā laika faktoru izmantojot pirms piedalīšanās APK intervences programmā, SA un KG grupā un 6 mēnešus pēc intervences beigšanas iegūtos mātes kompetences izjūtas un mātes stresa novērtējuma rādītājus (sk. 13. tabulu).

Salīdzinot pirms intervences un 6 mēnešus pēc intervences APK, SA un KG grupās iegūtos mātes Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa vidējos rādītājus, jauktās dispersiju analīzes rezultāti parādīja statistiski nozīmīgu grupas un laika mijiedarbības efektu kopējos Vecāku stresa indeksa rādītājos $F(1,93) = 5,84$, $p < 0,004$, parciālā $\eta^2 = 0,11$, apakšskalas *Vecāku distress* rādītājos, $F(1,93) = 7,15$, $p < 0,001$, parciālā $\eta^2 = 0,13$ apakšskalas *Attiecību*

grūtības rādītājos, $F(1,93) = 3,50, p < 0,03$, parciālā $\eta^2 = 0,07$ un *Grūtais bērns* rādītājos, $F(1,93) = 4,41, p < 0,01$, parciālā $\eta^2 = 0,09$. Vecāku kompetences izjūtas kopējos un to apakšskalu *Apmierinātība* un *Efektivitāte* rādītājos netika konstatēts nozīmīgs grupas un laika mijiedarbības efekts $p > 0,05$ (sk. 13. tabulu).

13. tabula. Intervences programmas (APK), Sociālā atbalsta grupas (SA grupa) un kontrolgrupas (KG) Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa aprakstošās statistikas un jauktā dizaina ANOVA rādītāji 2 mērījuma reizēs (pirms intervences un 6 mēnešus pēc intervences)

Mainīgie lielumi	APK (n = 34)		SA (n = 28)		KG (n = 34)		Dispersiju avots		
	pirms	pēc 6 mēn.	pirms	pēc 6 mēn.	pirms	pēc 6 mēn.	Grupa (A)	Laiks (B)	A x B
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
VKI kopā	3,88 (0,52)	4,08 ⁺ (0,50)	3,81 (0,59)	3,89 (0,48)	3,95 (0,53)	3,94 (0,54)	0,54	5,74*	2,81
<i>Apmierinātība</i>	3,78 (0,73)	4,04 ⁺ (0,76)	3,69 (0,78)	3,83 (0,64)	3,85 (0,72)	3,80 (0,74)	0,37	4,97*	2,97
<i>Efektivitāte</i>	4,00 (0,51)	4,12 (0,44)	3,97 (0,53)	3,95 (0,46)	4,08 (0,50)	4,13 (0,51)	0,79	1,52	0,96
VSI kopā	2,84 (0,54)	2,56 ⁺ (0,64)	3,05 (0,61)	2,85 (0,66)	2,84 (0,49)	2,89 (0,54)	1,72	11,80**	5,84**
<i>Vecāku distress</i>	2,96 (0,58)	2,54 ⁺ (0,54)	3,16 (0,71)	3,00 (0,81)	2,87 (0,56)	2,89 (0,58)	2,54	14,40***	7,15**
<i>Attiecību grūtības</i>	2,52 (0,60)	2,35 ⁺ (0,75)	2,78 (0,67)	2,55 (0,70)	2,54 (0,56)	2,60 (0,65)	1,05	6,15*	3,50*
<i>Grūtais bērns</i>	3,03 (0,75)	2,80 ⁺ (0,84)	3,21 (0,73)	3,00 (0,78)	3,11 (0,72)	3,18 (0,78)	0,94	7,09**	4,41*

Piezīme. Apakšraksta burts nozīmē: + - statistiski nozīmīgas atšķirības saskaņā ar *Bonferroni Post-hoc* testa rezultātiem, $p < 0,05$; APK – grupa, kura apmeklēja intervences programmu “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, SA – sociālā atbalsta grupa, KG – kontrolgrupa; VKI – Vecāku kompetences izjūtas skala, VSI – Vecāku stresa indekss; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Veiktais *post-hoc Bonferroni* tests parāda statistiski nozīmīgas atšķirības kopējā Vecāku kompetences izjūtas rādītājā ($MD = 0,18, SE = 0,07, p < 0,01$), Vecāku Kompetences izjūtas apakšskalas *Apmierinātība* rādītājā ($MD = 0,26, SE = 0,10, p < 0,02$), kopējā Vecāku stresa indeksa rādītājā ($MD = -0,27, SE = 0,06, p < 0,00$) un Vecāku stresa indeksa apakšskalu *Vecāku distress* ($MD = -0,42, SE = 0,08, p < 0,00$), *Attiecību grūtības* ($MD = -0,17, SE = 0,07, p < 0,02$) un *Grūtais bērns* ($MD = -0,23, SE = 0,08, p < 0,01$) rādītājos, APK intervences grupā starp pirmo (pirms intervences) un trešo (pēc 6 mēnešiem) mērījumu. Savukārt SA un KG grupās nav novērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa rādītājos ($p > 0,05$) (sk. 13. tabulu un 6.–12. attēlus). Tas norāda, ka pēc piedalīšanās APK grupā konstatētās vecāku kompetences un vecāku stresa kopējās izmaiņas un izmaiņas

apmierinātībā ar vecāku lomu, vecāku distresā, attiecību grūtībās un grūtībās ar bērnu pēc 6 mēnešiem bijušas noturīgas, savukārt pēc piedalīšanās Sociālā atbalsta grupā konstatētās Vecāku stresa kopējās izmaiņas un izmaiņas vecāku distresā, attiecību grūtībās un grūtībās ar bērnu pēc 6 mēnešiem nav bijušas noturīgas.

9. Iztirzājums

Izvērtējot demogrāfisko datu saistību ar pētāmajiem mainīgajiem (VSI un VKI), rezultāti norādīja, ka bērna invalīda nepieciešamajai kopšanas pakāpei un mātes izglītības līmenim nav statistiski nozīmīgas saistības ar VSI un VKI kopējiem rādītājiem, bet ir statistiski nozīmīga negatīva saistība VSI apakšskalai *Vecāku distress* ar mātes materiālā stāvokļa izvērtējumu. Mātes, kuras norādījušas, ka viņām trūkst pat nepieciešamā, izjūt lielāku vecāku distresu. Arī virkne citās valstīs veikto pētījumu rezultātu apliecina, ka ģimenes, kuras audzina bērnus invalīdus, saskaras ar lielākām finansiālām vajadzībām, kas rada ekonomiskas grūtības un var būt saistītas ar mātes stresu (Emerson et al., 2009, 2011; Farran, 1986; McCubbin, Cauble, & Patterson, 1982; Murphy et al., 2007; Parish et al., 2012). Pētījumos par problēmu sfērām ģimenēs, kurās aug bērni invalīdi, minēts finansiālā nodrošinājuma nozīmīgums (Baldwin & Carlisle, 1994). Šie rezultāti sasaistāmi ar uz stimulu (*stimulus based*) orientēto stresa teoriju (Holmes & Rahe, 1967), kurā stress aplūkots kā reakcija uz dzīves notikumiem, un, ja bērna piedzimšana saistīta ar komplikācijām vai ja tā sakrīt ar finansiālajām problēmām ģimenē, vecākiem ir grūtāk pārvarēt šos sarežģījumus un ir lielāka iespēja piedzīvot stresu (Parish et al., 2012). Jaunizveidotā intervences programma APK neparedz ekonomisko jautājumu risināšanu, bet tā stiprina vecāku resursus (problēmrisināšanas prasmes, pašefektivitāti u.c.), kas palīdzētu stresa pārvaldīšanā.

Rezultāti uzrādīja, ka vecāku kompetences izjūtai kopumā ir statistiski nozīmīga negatīva saistība ar Vecāku stresa indeksa kopējiem rādītājiem un šīs skalas apakšskalas *Vecāku distress*, *Attiecību grūtības* un *Grūtais bērns* rādītājiem. Jo zemāku apmierinātību ar vecāku lomu mātes norāda, jo augstākus vecāku stresa līmeņa rādītājus viņas uzrāda – augstāku vecāku distresu, attiecību grūtības un grūtības ar bērnu. Līdzīgus rezultātus uzrāda citi jau iepriekš veiktie pētījumi, kuros atklāta vecāku kompetences izjūtas negatīvā saistība ar vecāku stresu (Belchic, 1996; Cutrona & Troutman, 1986; Dunn et al., 2001; Hassal, Rose & McDonald, 2005; McHugh & Reed, 2008; Wells-Parker, Miller, & Topping, 1990) abos virzienos – kompetence, tostarp arī pārliecība par savām spējām, lielā mērā nosaka to, kā tiek izvērtētas apkārtējās vides prasības, vai šīs prasības tiek uztvertas kā “draudi” vai kā izaicinājumus un ir resurss stresa pārvarēšanai. Savukārt stress apdraud vecāku kompetences izjūtu, vecākiem piedzīvojot stresu, mazinās

efektivitāte vecāku lomā un zūd apmierinājums ar vecāku lomu (Chemers, Hu, & Garcia, 2001; Geikina & Miltuze, 2012; Lazarus & Folkman, 1984; Pintrich & De Groot, 1990).

Pētījuma rezultāti norādīja, ka Vecāku stresa indeksa kopējais rādītājs prognozē Vecāku kompetences izjūtas rādītājus statistiski nozīmīgā līmenī. Vecāku stresa indeksa apakšskalas *Vecāku distress* un *Attiecību grūtības* rādītāji statistiski nozīmīgā līmenī prognozē un izskaidro Vecāku kompetences izjūtas rādītājus – jo augstāku stresu un problēmas attiecībās ar bērnu mātes norādījušas, jo mazāku apmierinātību ar vecāka lomu viņas izjūt un nejūtas efektīvas sava bērna audzināšanā. Piemēram, mātes, kuras aptaujas *Vecāku distress* apakšskalā norādījušas, ka “kopš man ir šis bērns, es neesmu spējīga darīt lietas, kuras man gribētos” un “manā dzīvē ir dažas lietas, kas man traucē” vai *Attiecību grūtības* apakšskalas apgalvojumos norādījušas, ka “mans bērns nav spējīgs tik daudz izdarīt, cik daudz es biju gaidījusi” un “es jūtu, ka es neesmu ļoti labs vecāks”, jūtas mazāk efektīvas bērna audzināšanā un jūtas mazāk apmierinātas ar savu vecāka lomu.

Vecāku stresa indeksa apakšskalas *Grūtais bērns* rādītāji nav statistiski nozīmīgi VKI prognozētāji. To varētu skaidrot ar apstākli, ka bieži bērniem invalīdiem ir uzvedības problēmas, tādas kā agresija, destruktīva uzvedība, hiperaktivitāte, uzmanības deficīts, miega problēmas u.c. (Baker, Blacher, Crnic, & Edelbrock, 2002; Dekker, Koot, van der Ende, & Vehulst, 2002; Tonge & Einfeld, 2000). Pētījumos norādīts, ka šīs uzvedības problēmas ir divas pat trīs reizes lielākas nekā veseliem bērniem (Einfeld & Tonge, 1996) un šādu bērnu audzināšana prasa no vecākiem lielus resursus. Bieži šo bērnu uzvedību nav iespējams mainīt, jo tas saistīts ar invaliditāti un uzvedības īpatnības nepakļaujas korekcijām. Vecāki izprot, ka nav iespējas mainīt bērna uzvedību un nesaista to ar savu vecāka kompetences izjūtu.

Rezultāti norāda, ka bērnu invalīdu māšu vecāku stress prognozē vecāku kompetences izjūtu.

No šiem iegūtajiem rezultātiem nav iespējams izdarīt viennozīmīgus cēloņsakarību secinājumus, vai bērnu invalīdu māšu paaugstinātais stresa līmenis prognozē vecāku kompetences līmeni. Lai to noskaidrotu, būtu jāveic SEM (strukturālā vienādojuma) analīze. Šis jautājums būtu ieteicams turpmākajiem pētījumiem.

Vecāku kompetences izjūtai kopumā ir statistiski nozīmīgi negatīva saistība ar Vecāku stresa indeksa kopējiem rādītājiem un šīs skalas apakšskalas *Vecāku distress*, *Attiecību grūtības* un *Grūtais bērns* rādītājiem. Jo zemāku apmierinātību ar vecāku lomu mātes norāda, jo augstākus vecāku stresa līmeņa rādītājus viņas uzrāda – augstāku vecāku distresu, attiecību grūtības un grūtības ar bērnu, un Vecāku stresa līmenis kopumā statistiski nozīmīgi prognozē Vecāku kompetences izjūtas kopējos rādītājus, turklāt Vecāku kompetences izjūtu prognozē vecāku distress un attiecību grūtību vērtējums. Grūtā bērna izvērtējums neprognozē kopējo vecāku kompetences izjūtu. Jo zemāks stresa līmenis būs vecākiem, jo augstāka būs vecāku

apmierinātība un pašefektivitāte – vecāku kompetence. Rezultātā šie vecāki spēs izmantot efektīvākas audzināšanas metodes un veiksmīgāk pielāgoties savu bērnu individuālajām audzināšanas metodēm, kas veicinātu bērnu pozitīvo attīstību (Gondoli & Silverberg, 1997; MacPhee, Fritz, & Miller-Heyl, 1996; Teti & Gelfand, 1991).

Pārbaudot pētījumā izvirzītās hipotēzes, ka pēc māšu piedalīšanās APK intervences programmā paaugstinās bērnu invalīdu māšu kompetences izjūta un samazinās stresa līmenis, šādas izmaiņas nav vērojamas kontrolgrupā, apstiprinās daļēji. Pēc māšu piedalīšanās APK intervences programmā mātēm ir augstāki kopējie Vecāku kompetences izjūtas rādītāji un mātes jūtas apmierinātākas ar savu lomu, bet nav notikušas izmaiņas māšu efektivitātes pašnovērtējumā. Iegūtie pētījuma rezultāti sakrīt ar citu pētījumu rezultātiem, kuros konstatēts, ka bērnu invalīdu vecāku piedalīšanās atbalsta programmās paaugstina mātes apmierinātību ar savu lomu (Gondoli & Silverberg, 1997; Goodman, 1992; Graaf et al., 2010; Hastings & Johnson, 2001; Hudson, Campbell-Grossman, & Fleck, 2003; Kleefman et al., 2011; MacPhee, Fritz, & Miller-Heyl, 1996; McGillivray & McCabe, 2007; Nowak & Heinrichs, 2008; Peterson et al., 2003; Pisterman et al., 2002; Roberts et al., 2006; Sanders et al., 2005; Singer, Ethridge, & Aldana, 2007; Tellegen & Sanders, 2013; Teti & Gelfand, 1991). Jo pārliecinātāki vecāki būs par savām spējām būt par labiem vecākiem, jo veiksmīgāk varēs pārvarēt grūtības un risināt problēmas, kuras rodas, kad ģimenē ienāk bērns invalīds. Tūlīt pēc APK intervences programmas netiek konstatētas izmaiņas māšu efektivitātes rādītājos. Pirmkārt, to varētu izskaidrot ar to, ka programma vairāk orientēta uz pašu vecāku stiprināšanu, resursu apzināšanu un attīstīšanu un nav orientēta uz bērnu invalīdu audzināšanas prasmju apgūšanu, kas būtu saistāma ar efektivitātes izvērtējumu. Otrkārt, bērniem invalīdiem bieži ir grūti vai pat neiespējami sasniegt rezultātus jeb izmaiņas problemātiskajā uzvedībā, apgūt jauno un pilnveidot pozitīvo saskarsmi, kā rezultātā vecākiem nav iespējas gūt efektivitātes pārliecību. Treškārt, Vecāku kompetences izjūtas *Efektivitātes* apakšskala uzrādīja zemu ticamību, un rezultāti šajā apakšskalā būtu jāinterpretē uzmanīgi. Zemo apakšskalass ticamību iespējams skaidrot ar to, ka šī pētījuma dalībnieki ir bērnu invalīdu mātes, kurām ir atšķirīgas iespējas izvērtēt sevi kā vecākus, izvērtēt savu efektivitāti. Bērnu invalīdu audzināšana un uzraudzība ir cieši saistīta ar bērnu specifiskajām vajadzībām, atbilstošu medicīnisko uzraudzību/palīdzību. Atsevišķie *Efektivitātes* apakšskalas panti nespēj korekti, atbilstoši grupas specifikai, izvērtēt vecāku efektivitāti, piemēram “Ja kāds vispār var izprast, kas kaiš manam bērnam, tad tā esmu es” vai “Es patiešām ticu, ka man ir visas nepieciešamās prasmes, lai būtu laba māte savam bērnam”. Mātēm bieži nepieciešama kāda medicīnas personāla klātbūtne un palīdzība, un tas nebūt nav saistīts ar vecāku efektivitātes vērtējumu. Vai arī bieži ir situācija, kurā pat ir nepieciešama kāda cita speciālista uzraudzība un līdzdalība veiksmīgā bērna attīstībā, un līdz ar

to šo jautājumu interpretācija nebūtu vērtējama viennozīmīgi, un tas izskaidrotu šīs apakšskalas zemos Kronbaha alphas rādītājus.

Rezultāti norāda, ka pēc bērnu invalīdu māšu piedalīšanās intervences programmā APK samazinās kopējie vecāku stresa rādītāji, mazinās vecāku distress, attiecību grūtības un grūtības ar bērnu salīdzinājumā ar stāvokli pirms piedalīšanās APK programmā. Šie rezultāti saskan ar pasaulē veikto pētījumu rezultātiem, ka intervenču un atbalsta programmas, kas balstītas kognitīvi biheiviorālās un atbalsta terapijas principos, mazina bērnu invalīdu ģimenēm stresu (McLennan et al., 2012; Minjarez et al., 2013; Mullins et al., 2002; Woodman, 2014). Rezultāti vēlreiz apstiprina jau citos pētījumos apstiprinātās atziņas, ka kognitīvi biheiviorālā pieeja stresa mazināšanā ir efektīva. Šāda pieeja veicina bērnu invalīdu māšu aktivitāti un atbildības sajūtu par savu dzīvi. Kontrolgrupā netika konstatētas nozīmīgas izmaiņas vecāku stresa un vecāku kompetences rādītājos.

Pārbaudot hipotēzes, ka 6 mēnešus pēc piedalīšanās intervences programmā APK bērnu invalīdu mātēm ir augstāki vecāku kompetences izjūtas rādītāji un zemāki vecāku stresa rādītāji nekā pirms piedalīšanās intervences programmā, un šādas atšķirības nav vērojamas kontrolgrupā, izvirzītā hipotēze apstiprinās. Rezultāti norāda, ka pēc māšu piedalīšanās APK intervences programmā konstatētās izmaiņas ir noturīgas, jo arī sešus mēnešus pēc programmas beigšanas, mātēm saglabājas augstāki vecāku kompetences izjūtas kopējie rādītāji un mātes jūtas apmierinātākas ar mātes lomu. Rezultāti apstiprina, ka, izmantojot kognitīvi biheiviorālās tehnikas, tiek panākts noturīgs rezultāts – mātes spēj pašas sev palīdzēt, izmantot jaunapgūtās prasmes stresa pārvaldīšanā un savas kompetences izjūtas stiprināšanā.

Pārbaudot hipotēzes, ka 6 mēnešus pēc piedalīšanās intervences programmā APK bērnu invalīdu mātēm ir augstāki vecāku kompetences izjūtas rādītāji un zemāki vecāku stresa rādītāji nekā pirms piedalīšanās intervences programmā, un šādas atšķirības nav vērojamas SA un kontrolgrupā, izvirzītā hipotēze apstiprinās. Pēc piedalīšanās SA grupā mātēm nav vērojamas izmaiņas Vecāku kompetences kopējos rādītājos un nav vērojamas izmaiņas arī Vecāku kompetences izjūtas apakšskalu – *Apmierinātība* un *Efektivitāte* rādītājos. Šie rezultāti sasaistāmi ar teorētisko pieņēmumu un sakrīt ar citu pētījumu secinājumiem, ka, lai sasniegtu rezultātu, īstermiņa psiholoģiskajai intervencei jābūt fokusētai uz noteiktu traumatisko simptomu mazināšanu (Nolan, Carr, Fitzpatrick, O'Flaherty, Keary, Turner, O'Shea, Smyth, Tobin, & Dublin, 2002; Novaco, 1975), savukārt SA grupa vairāk raksturojama kā vispārēja, īslaicīga emocionālā atbalsta un kopā būšanas intervence, un tā nespēj mainīt māšu kompetences izjūtu. Tāpat rezultāti apliecina, ka tūlīt pēc piedalīšanās SA grupā mātēm ir samazinājušies kopējie Vecāku stresa rādītāji, mazinājies vecāku distress, attiecību grūtības un grūtības ar bērnu, bet šīs izmaiņas nav bijušas noturīgas pēc sešiem mēnešiem. SA grupā piedzīvotais emocionālais atbalsts un atelpas brīdis tikai īslaicīgi mazinājis šīm bērnu invalīdu mātēm stresu, bet, lai

rezultāts būtu noturīgs, iespējams, tomēr nepieciešamas prasmes un tehnikas stresa pārvaldīšanā, kuras savukārt tika dotas APK intervences programmas ietvaros. Pētījumi apstiprina, ka šādas īsas intervences, kurās sniegts pamatā tikai emocionālais atbalsts un nav apgūtas KBT stresa pārvarēšanas un pašefektivitātes veicināšanas/apzināšanas tehnikas, nav tik efektīvas kā tās, kuras fokusējas uz noteiktu simptomu mazināšanu un sniedz klientam konkrētus paņēmienus, kuras palīdz mazināt šos simptomus (Nolan et al., 2002; Novaco, 1975), kā tas ir APK programmā, kurā katra sesija paredz noteiktu tehniku (domu rekonstrukcija u.c.) apgūšanu un dažādu personības attīstības resursu palielināšanu. Programmas piedāvā instrumentus, kuri palīdzēs veikt izmaiņas dzīvē, un mātes šos instrumentus varēs izmantot patstāvīgi.

Arī Kontrolgrupā netika konstatētas nozīmīgas izmaiņas nevienā no pētītajiem rādītājiem pirms un pēc 6 mēnešiem.

Pētījuma rezultāti apliecina teorētiskajā literatūrā un iepriekš publicētajos pētījumos paustās atziņas, ka 8 intervences grupas sesijas var izrādīties pietiekami daudz, lai palīdzētu bērnu invalīdu mātēm mazināt vecāku stresu un veicinātu vecāku kompetenci jeb apmierinātību un vecāku pašefektivitāti. APK programma ir iespējama un potenciāli efektīva intervence stresa samazināšanai un vecāku kompetences izjūtas veicināšanai bērnu invalīdu mātēm.

9.1. Secinājumi

Apkopojot pētījumā iegūtos rezultātus, var secināt, ka:

1. Vecāku kompetences izjūta kopumā ir statistiski nozīmīgi negatīvi saistīta ar Vecāku stresa indeksa kopējiem rādītājiem un šīs skalas apakšskalās *Vecāku distress*, *Attiecību grūtības* un *Grūtais bērns* rādītājiem. Jo zemāku apmierinātību ar vecāku lomā mātes norāda, jo augstākus vecāku stresa līmeņa rādītājus – augtāku vecāku distresu, attiecību grūtības un grūtības ar bērnu – viņas uzrāda. Savukārt jo zemāk mātes vērtē savu efektivitāti vecāku lomā, jo augstākus vecāku distresa un attiecību grūtību vērtējumus viņas norāda, bet neparādās Vecāku kompetences apakšskalās *Efektivitāte* saistība ar Vecāku stresa indeksa apakšskalu *Grūtais bērns*.
2. Vecāku stresa indeksa kopējais rādītājs prognozē Vecāku kompetences izjūtas rādītājus statistiski nozīmīgā līmenī. Vecāku stresa indeksa apakšskalās *Vecāku distress* un *Attiecību grūtības* rādītāji statistiski nozīmīgā līmenī prognozē un izskaidro Vecāku kompetences izjūtas rādītājus. Vecāku stresa indeksa apakšskalās *Grūtais bērns* rādītāji nav statistiski nozīmīgi Vecāku Kompetences izjūtas prognozētāji.
3. Pēc bērnu invalīdu māšu piedalīšanās programmā APK paaugstinās kopējā mātes kompetences izjūta, un pēc šīs programmas mātes jūtas apmierinātākas ar savu lomā, un šīs izmaiņas saglabājas sešus mēnešus pēc programmas beigšanas.

4. Pēc bērnu invalīdu māšu piedalīšanās programmā APK samazinās kopējie vecāku stresa rādītāji, mazinās vecāku distress, attiecību grūtības un grūtības ar bērnu un šīs izmaiņas saglabājas sešus mēnešus pēc programmas beigšanas.
5. Pēc bērnu invalīdu māšu piedalīšanās SA grupā samazinās kopējie vecāku stresa rādītāji, mazinās vecāku distress, attiecību grūtības un grūtības ar bērnu, bet šīs izmaiņas nesaglabājas sešus mēnešus pēc programmas beigšanas.
6. Demogrāfiskiem rādītājiem – bērnam invalīdam nepieciešamajai kopšanai un uzraudzības līmenim un māšu izglītībai – nav statistiski nozīmīgas saistības ar Vecāku Stresa indeksa un Vecāku kompetences izjūtas aptauju rādītājiem. Taču negatīva saistība pastāv starp māšu materiālā stāvokļa izvērtējumu un vecāku distressa rādītājiem. Mātes, kuras norādījušas, ka viņām trūkst pat nepieciešamā, izjūt lielāku vecāku distressu.

9.2. Praktiskā izmantojamība

Latvijā atbalsta pasākumi, ģimenēm, kuras audzina bērnus invalīdus, nav plaši pieejami, jo pamatā daudzi formālie atbalsta pakalpojumi ir orientēti galvenokārt tieši uz bērniem invalīdiem, nevis uz viņu vecākiem. Rīgā tās ir izglītības un ārstēšanas programmas, ar mērķi uzlabot bērna izziņas līmeni vai pašpalīdzības iemaņas, kā arī “atelpas brīža” sniegšana vecākiem un bērnu uzraudzības un pieskatīšanas pakalpojumi. Kopumā nav daudz atbalsta pakalpojumu, kas paredzēti tieši bērnu invalīdu vecākiem. Demogrāfiskie dati par bērnu invalīdu ģimenēm Latvijā apliecina, ka Latvijā ir 7924 ģimeņu, kuras audzina bērnus invalīdus, lielākā daļa no šiem bērniem invalīdiem aug mājās kopā ar vecākiem. Latvijā līdz šim nav izstrādāta neviena atbalsta programma, kura paredzēta bērnu invalīdu vecākiem. Ņemot vērā šos datus, izstrādātā intervences programma “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence” būtu tiešs akcents uz slimo bērnu vecāku atbalstu, jo vecākiem ir būtiska loma bērna invalīda sekmīgā rehabilitācijā. Jo mazāks vecāku stress būs bērnu invalīdu vecākiem, jo augstāka vecāku kompetences izjūta, jo lielāku atbalstu tie varēs sniegt savu slimo bērnu aprūpē un audzināšanā.

Sasniegtie rezultāti dos ieguldījumu ne tikai ģimenēm, kas piedalīsies intervences programmā, bet arī tiks dots ieguldījums Latvijas sociālās rehabilitācijas pakalpojumu attīstībā kopumā. Programmas vadlīnijas (izstrādātā grupas vadītāja rokasgrāmata un darba materiāli grupas dalībniekiem) palīdzēs citām sociālajām struktūrām apzināt un ieviest programmas un pakalpojuma idejas, atbalstot bērnu invalīdu ģimenes.

9.3. Pētījuma ierobežojumi

Pētījumam pastāv vairāki ierobežojumi. Pirmkārt, nebija iespējams veikt nejaušu sadalījumu pa intervences un kontrolgrupām. Intervence bērnu invalīdu vecākiem tika piedāvāta sadarbībā ar dažādām bērnu invalīdu vecāku biedrībām, un vecāki apmeklēja intervences programmu un sociālā atbalsta grupu laikos, kad tā tika nodrošināta viņu biedrības organizētajā laikā un vietā, randomizācijas gadījumā šiem vecākiem būtu jāgaida, ko nebija iespējams tehniski noorganizēt, gan resursu nepietiekamības dēļ, gan tāpēc, ka pētījuma autors nevēlējās likt šiem vecākiem gaidīt.

Lai gan Rietumos pētījuma dizainos ir pieņemta randomizācija, aizvien vairāk tiek atzīts, ka tas ne vienmēr ir iespējams, bet svarīgi atzīmēt, ka randomizācijas trūkums nozīmē to, ka, interpretējot pētījuma rezultātus, jāievēro piesardzība.

Otrkārt, daudzās monogrāfijās un pētījumos (Beutler & Bergan, 1991; Cairns, 1979) atzīts, ka psiholoģisko intervenci ietekmē tādi faktori kā individuālas psiholoģiskās atšķirības, iedzimtās īpatnības, iepriekšējā pieredze un ģimenes ietekme. Līdz ar to jebkuras intervences laikā notiekošie procesi ir individuāli un neviennozīmīgi. Šajā pētījumā ne grupās, kuras saņēma intervenci, ne kontrolgrupā netika pētīti šie un citi faktori, kas varētu noteikt intervences efektivitāti. Treškārt, Vecāku kompetences izjūtas *Efektivitātes* apakšskala uzrādīja zemu ticamības rādītāju, kas varētu būt vairāk saistāms ar skalas saturu un nebija specifisks pētāmajai bērnu invalīdu māšu grupai. Kā, piemēram, *Efektivitātes* apakšskalas atsevišķie panti “Ja kāds vispār var izprast, kas kaiš manam bērnam, tad tā esmu es” vai “Es patiešām ticu, ka man ir visas nepieciešamās prasmes, lai būtu laba māte savam bērnam” nav piemēroti bērnu invalīdu vecāku efektivitātes izvērtējumam, jo slimajiem bērniem ir nepieciešama ārstu un citu speciālistu klātbūtne veiksmīgai rehabilitācijai un mātēm ir nepieciešama kāda medicīnas personāla klātbūtne un palīdzība, un tas nebūt nav saistīts ar vecāku efektivitātes vērtējumu.

Un visbeidzot, kaut arī pētījuma rezultāti liecina par to, ka intervences rezultātā mazinājās vecāku stress un uzlabojās vecāku kompetences izjūta, diemžēl intervenci saņēmušo respondentu grupa un kontrolgrupa nav liela, tādēļ iegūtais rezultāts būtu jāinterpretē uzmanīgi un ne tik viennozīmīgi vai vispārināti.

No pētījuma sākotnējiem dalībniekiem (25%) ($n = 20$) no bērnu invalīdu mātēm neizgāja pilnu programmas apjomu. Izkrišanu (*drop-out*) varētu izskaidrot vairākos veidos. Pirmkārt, šo ģimeņu specifiskie ikdienas apstākļi, kuros ir grūti ieplānot regulāru nodarbību apmeklējumu, jo ikdiena ar slimajiem bērniem nav paredzama, šie bērni biežāk slimo, ir grūti atrast kādu, kurš palīdzētu viņus pieskatīt, kā arī situācijas, kurās ģimenēm neplānoti tiek piedāvāti ārstnieciskie pasākumi (sanatorijas, ārsta speciālista vizītes). Bērnu invalīdu nereti neprognozējamā veselība var būt saistīta arī ar negulētām naktīm, pēc kurām vecākiem nepietiek spēka grupas

apmeklējumam. Otrkārt, daļai bērnu invalīdu māšu ir vērojama zema motivācija mainīt kaut ko savā situācijā. Šīs mātes izmanto neadaptīvos stresa pārvaldīšanas veidus, kurus aprakstījuši jau tādi zinātnieki kā Kurans (Curran, 1985) un Patersons un Makubins (Patterson & McCubbin, 1983). Piemēram, mātes savu stāvokli vērtē kā negodīgu un uzskata sevi par upuri, viņas vaino citus cilvēkus, koncentrējas uz ģimenes problēmām, nevis pozitīvo, neizmanto sociālo atbalstu, nespēj risināt savas problēmas un stresu uztver kā vājuma pazīmi. Iespējams, ka kādai no šīm mātēm ir raksturīga upura uzvedība, kas izpaužas kā sevis žēlošana, jaunu risinājumu nemeklēšana.

Nobeigums

Ģimenes, kuras audzina bērnus invalīdus, saskaras ar virkni grūtību, kuras saistītas ar bērnu invalīdu īpašo vajadzību apmierināšanu – piemērotas fiziskās vides nodrošināšanu, infrastruktūrām, bērna audzināšanas prasmēm un ģimenes locekļu garīgo izturību. Šīm ģimenēm ir nepieciešama palīdzība un iedrošinājums.

Šī pētījuma galvenais mērķis bija izstrādāt intervences programmu bērnu invalīdu vecākiem – “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence” un izpētīt bērnu invalīdu vecāku kompetences izjūtas un vecāku stresa līmeņa savstarpējo saistību un noteikt, vai ir novērojamas izmaiņas pēc piedalīšanās intervences programmā APK, kā arī novērtēt pēc māšu piedalīšanās programmā konstatēto izmaiņu noturīgumu ilgākā laika periodā.

Darba teorētiskajā daļā tika apkopota un analizēta literatūra par vecāku kompetences izjūtu, vecāku stresu un stresa pārvaldīšanas modeļiem. Izveidots jauns bērnu invalīdu vecāku stresa pārvaldīšanas modelis, apkopotu un analizēti pētījumi par bērnu invalīdu vecāku atbalsta programmu efektivitāti, raksturota APK intervences programma un tās izveides principi. Literatūras analīzes gaitā tika secināts, ka bērnu invalīdu vecākiem tiek konstatēts augstāks stresa līmenis un tas mēdz būt hronisks un saglabājas ilgu laika periodu. Vecāku kompetences izjūtas veicināšanā un vecāku stresa mazināšanā svarīgs ir sociālais atbalsts un vecāku atbalsta programmas; stiprinot vecākus psiholoģiski, tie kļūs kompetentāki savu bērnu invalīdu audzināšanā.

Promocijas darba ietvaros izvirzītie pētījuma mērķi tika sasniegti. Sākumā tika pētītas bērna invalīda kopšanas pakāpes, mātes izglītības līmeņa un materiālā stāvokļa novērtējuma saistība ar Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa rādītājiem un tika secināts, ka bērnam invalīdam nepieciešamajai kopšanai un uzraudzības līmenim un māšu izglītībai nepastāv statistiski nozīmīgas saistības ar Vecāku Stresa indeksa un Vecāku kompetences izjūtas aptauju rādītājiem. Taču negatīva saistība pastāv starp māšu materiālā stāvokļa izvērtējumu un vecāku distresa rādītājiem. Tāpat tika secināts, ka Vecāku kompetences izjūtas kopējiem rādītājiem ir

statistiski nozīmīgi negatīva saistība ar Vecāku stresa kopējiem rādītājiem un šīs skalas apakšskalas *Vecāku distress*, *Attiecību grūtības* un *Grūtais bērns* rādītājiem. Jo zemāku apmierinātību ar vecāku lomu mātes norāda, jo augstāku vecāku stresu viņas uzrāda – augtāku vecāku distressu, attiecību grūtības un grūtības ar bērnu. Savukārt, jo zemāk mātes vērtē savu efektivitāti vecāku lomā, jo augstākus vecāku distressa un attiecību grūtību vērtējumus viņas norāda, bet saistība ar apakšskalas *Grūtais bērns* rādītājiem. Vecāku stresa līmenis kopumā statistiski nozīmīgi prognozē Vecāku kompetences izjūtas kopējos rādītājus.

Pētījums ietvēra izvērtējumu par divām atbalsta/intervences formām, trīs reizes veicot mērījumus (pirms, pēc un pēc 6 mēnešiem). Viena no tām – sociālā atbalsta grupa (SA grupa), kura Latvijā līdz šim izmantota bērnu invalīdu vecāku atbalstam, un otra intervences programma – “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, kura izveidota šī pētījuma ietvaros. Izveidotās programmas izvērtēšanai tika veikts salīdzinājums ar SA grupu un kontrolgrupu.

Pārbaudot pētījumā izvirzīto hipotēzi, ka pēc māšu piedalīšanās APK intervences programmā paaugstinās bērnu invalīdu māšu kompetences izjūta un samazinās stresa līmenis, šādas izmaiņas nav vērojamas kontrolgrupā, un 6 mēnešus pēc piedalīšanās intervences programmā APK bērnu invalīdu mātēm ir augstāki vecāku kompetences izjūtas rādītāji un zemāki vecāku stresa rādītāji nekā pirms piedalīšanās intervences programmā, un šādas atšķirības nav vērojamas kontrolgrupā, rezultāti norādīja, ka pēc bērnu invalīdu māšu piedalīšanās programmā APK paaugstinās kopējā mātes kompetences izjūta un pēc šīs programmas mātes jūtas apmierinātākas ar savu lomu, kā arī samazinās kopējie vecāku stresa rādītāji, mazinās vecāku distress, attiecību grūtības un grūtības ar bērnu, nekā tas bija pirms piedalīšanās programmās. APK grupā šīs izmaiņas ir noturīgas arī sešus mēnešus pēc programmas beigšanas.

Pēc piedalīšanās SA grupā nebija novērojamas izmaiņas apmierinātībā ar vecāku lomu un to, cik efektīvas šīs mātes jūtas vecāku lomā. Taču mātēm samazinājās kopējie vecāku stresa rādītāji, mazinājās vecāku distress, attiecību grūtības un grūtības ar bērnu, bet šīs izmaiņas nebija noturīgas pēc sešiem mēnešiem.

Šī pētījuma rezultātā izstrādāta oriģināla, uz līdzšinējiem labās prakses piemēriem balstīta bērnu invalīdu vecākiem paredzēta intervences programma un tās metodiskie materiāli – “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”. Pētījuma rezultāti apstiprina to, ka šīs programmas daudzlīmeņu sistēma palīdz bērnu invalīdu vecākiem celt savu kā vecāku kompetenci un mazina vecāku stresa līmeni un sasniegtie pozitīvie rezultāti (mazinātais vecāku stress un veicināta vecāku kompetences izjūta) saglabājas arī pēc 6 mēnešiem. Programmas izveidošana ir ļoti būtisks solis, kas ievieš pilnīgi jaunu pieeju Latvijas bērnu invalīdu vecāku atbalsta un palīdzības sniegšanas sistēmā, tika dots ieguldījums Latvijas sociālās rehabilitācijas pakalpojumu attīstībā.

Izmantotās literatūras saraksts

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index manual* (4th ed.). Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abbott, D. A., & Meredith, W. H. (1986). Strengths of parents with retarded children. *Family Relations*, 35, 371–375.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Journal of the American Academy of Religion* (Vol. 52, p. xviii + 391). Lawrence Erlbaum Associates.
- Allen, R. I., & Petr, C. G. (1998). Rethinking family-centered practice. *The American journal of orthopsychiatry*, 68(1), 4-15.
- Ardelt, M., & Eccles, J. S. (2001). Effects of Mothers' Parental Efficacy Beliefs and Promotive Parenting Strategies on Inner-City Youth. *Journal of Family Issues*, 22(8), 944-972.
- Baker, B.L., Blacher, J., Crnic, K.A., & Edelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. *American Journal of Mental Retardation*. 107(6), 433–444.
- Baldwin, S., & Carlisle, J. (1994). Living with Disability: The Experience of Parents and Children. *The Sociology of the Family*. Oxford, Blackwell Publishing Ltd.
- Ballenski, C.B., & Cook, A.S. (1982). Mothers' perceptions of their competence in managing selected parenting tasks. *Family Relations*, 31, 489–494.
- Bandura, A., (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A., (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Ed.). *Self-efficacy: Thought control of action*, 3-38. Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology* 52, 1–26.
- Barakat, L. P., & Linney, J. A. (1992). Children with physical handicaps and their mothers: the interrelation of social support, maternal adjustment, and child adjustment. *Journal of pediatric psychology*, 17(6), 725-739.
- Barlow, J., Coren, E., & Stewart-Brown, S. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of

- parenting programs in improving maternal psychosocial health. *British Journal of General Practice*, 52, 223–233.
- Baum, A. (1990). Stress, intrusive imagery and chronic stress. *Journal Health Psychology*, 9, 653-675.
- Baxter, C., Cummins, R. A., & Yiolitis, L. (2000). Parental stress attributed to disabled family members: A longitudinal study. *International Journal of Disability Research*, 25, 105-118.
- Beavers, J., Hampson, R. B., Hulgus, Y. F., & Beavers, W. R. (1986). Coping in families with a retarded child. *Family Process*, 25, 365–378.
- Bebko, J. M., Konstantareas, M. M., & Springer, J. (1987). Parent and professional evaluations of family stress associated with characteristics of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 565–576.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Anxiety and Phobic Disorders*. Philadelphia, PA: Center for Cognitive Therapy.
- Beckman, P. J. (1991). Comparison of mothers' and fathers' with and without disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 95, 585–595.
- Belchic, J.K. (1996). Stress, social support and sense of parenting competence: A comparison of mothers and fathers of children with autism, Down syndrome, and normal development across the family lifespan. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 57.
- Belsky, J., Putnam, S., & Crnic, K. (1996). Co-parenting, parenting, and early emotional development. *New directions for child development*, 74, 45-55.
- Benn R., Akiva T., Arel S. & Roeser R. W. (2012) Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. *Developmental Psychology* 48, 1476.
- Benson, P. R. (2006). The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: The mediating role of stress proliferation. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 36, 685–695.
- Benson, P. (2016). The Longitudinal Effects of Network Characteristics on the Mental Health of Mothers of Children with ASD: The Mediating Role of Parent Cognitions. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 46(5), 1699-1715.
- Bernstein, B., & Borkovec, T. (1973). *Progressive Relaxation Training: A Manual for the Helping Professions*. Champaign, IL: Research Press.
- Beutler, L. E. & Bergan, J. (1991). Value change in counseling and psychotherapy: A search for scientific credibility. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 16–25.
- Bērnu tiesību aizsardzības likums: spēkā ar 22.07.1998. („LV”, 199/200 (1260/1261),

- 08.07.1998., *Ziņotājs*, 15, 04.08.1998.) Pieejams: <http://www.likumi.lv/doc.php?id=49096>
- Birzgaile, A., & Skreitule-Pikše, I. (2013). Vecāku stresa, viņa izmantoto stresa pārvarēšanas stratēģiju un bērnu audzināšanas pieeju saistību, *Nepublicēts maģistra darbs*, PPMF.
- Blacher, J., & Baker, B. L. (2007). Positive impact of intellectual disability on families. *American Journal on Mental Retardation*, 112, 330–348.
- Bluth, K., Roberson, P. N. E., Billen, R. M., & Sams, J. M. (2013). A Stress model for couples parenting children with Autism Spectrum Disorders and the introduction of a mindfulness intervention. *The Journal of Family Theory*, 5(3), 194–213.
- Boyce, Barry, ed., *The Mindfulness Revolution: Leading Psychologists, Scientists, Artists, and Meditation Teachers on the Power of Mindfulness in Daily Life (A Shambhala Sun Book)*. Boston & London: Shambhala, 2011.
- Бодров, В.А. (2006). Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: ПЕР СЭ.
- Bohlin, G., & Hagekull, B. (1987). Godmothering “Maternal attitudes and mother-infant interaction. *Infant Mental Health Journal*, 8, 352–363.
- Brobst, J. B., Clopton, J. R., & Hendrick, S. S. (2009). The Couple’s Relationship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(1), 38-50.
- Brown, A. (1994). *Groupwork* (3th.ed.). England: Ashgate.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211–237.
- Burr, R. G. (1989). *Reframing Family Stress Theory: From the ABC-X Model to a Family Ecosystemic Model*. Unpublished master’s thesis, Brigham Young University, Provo, UT.
- Butler, M. H., & Wampler, K. S. (1999). Couple-responsible therapy process: Positive proximal outcomes. *Family Process*, 38, 27–54.
- Cairns, R.B. (1979) *Social Development: The Origins and Plasticity of Interactions*. San Francisco: Freeman
- Carroll, D., Lange, B., Liehr, P., Raines, S., Marcus, M.T. (2008). Evaluating Mindfulness-Based Stress Reduction: Analyzing Stories of Stress to Formulate Focus Group Questions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(2), 107-109.
- Cappa, K.A., Begle, A., M., Conger, J.C., Conger, A., J., & Dumas, J.E. (2010). Bidirectional Relationships Between Parenting Stress and Child Coping Competence: Findings from the Pace Study. *Springer Science, Business Media*, LLC 2010.
- Chaskalson, M. (2011). *The Mindful Workplace: Developing Resilient Individuals and Resonant Organizations with MBSR*, Wiley-Blackwell: Chichester.
- Chemers, M. M., Hu, L., & Garcia, B. F. (2001). Academic self-efficacy and first year college student performance and adjustment. *Journal of Educational Psychology*, 93, 55-64.

- Chen, G., Gully, S. M., Whiteman, J. A., & Kilcullen, R. N. (2000). Examination of relationships among trait-like individual differences, state-like individual differences, and learning performance. *Journal of Applied Psychology, 85*, 835–847.
- Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational Research Methods 4*, 62–83.
- Cohen, J.A., & Semple, R.J. (2010). Mindful parenting: A Call for Research. *The Journal of Child and Family Studies, 19*, 145–151.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: findings and future applications. *Developmental Review, 18*, 47–85.
- Coleman, P. K., & Karraker, K.H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations, 49*, 13–24.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal, 24*, 126–148.
- Connolly, J. C., & Sheridan, S. M. (1996). Pediatric traumatic brain injury: Challenges and interventions for families. *Journal of Learning Disabilities, 29*, 662– 669.
- Cramm, J., & Nieboer, A. (2011). Psychological well-being of caregivers of children with intellectual disabilities: Using parental stress as a mediating factor. *Journal of Intellectual Disabilities, 15*, 101–113.
- Curran, D. (1985). *Stress and the healthy family*. San Francisco: Harper & Row, Publishers.
- Cutrona, C., & Troutman, B. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development, 57*, 1507–1518.
- Črnčec, R., Barnett, B., & Matthey, S. (2008). Development of an instrument to assess perceived self-efficacy in the parents of infants. *Research in Nursing and Health, 31*, 442-53.
- Davidson, R. J. J., Kabat-Zinn, (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine, 65*(4), 564-570.
- Davison, K. P., Pennebaker, J. W., & Dickerson, S. S. (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist, 55*, 205– 217.
- Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*(7), 1278–1291.
- Davis, M., Eshelman, E., & McKay, M. (1988). *The Relaxation and Stress Reduction Workbook* (3rd Ed.) Oakland, CA: New Harbinger.
- Davis, L.L., Suris, A. Lambert, M. T., Heimberg, C., & Petty, F. (1997). Posttraumatic stress

- disorder and serotonin: New direction for research and treatment. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 22, 318 – 326.
- Deater-Deckard, K. (2005), Parenting stress and children's development: introduction to the special issue. *Infant and Child Development*, 14: 111–115.
- Dekker, M. C., Koot, H. M., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 1087-1098.
- Dekovic, M., Asscher, J. J., Hermans, J., Reitz, E., Prinzie, P., & van den Akker, A. L. (2010). Tracing changes in families who participated in the home start parenting program: Parental sense of competence as mechanism of change. *Prevention Science*, 11, 263–274.
- Donovan, W. L., & Leavitt, L. A. (1989). Maternal self-efficacy and infant attachment: Integrating physiology, perceptions, and behavior. *Child Development*, 60, 460-472.
- Dumka, L. E., Stoerzinger, H. D., & Jackson, K. M. (1996). Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the Parenting Self-Agency Measure. *Family Relations*, 45, 216-222.
- Dunn, M. E., Burbine, T., Bowers, C. A., & Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal*, 37, 39-52.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1988). What is effective helping? *Supporting and Strengthening of Families*, 162-170.
- Dyson, L. (1993). Response to the presence of a child with disabilities: Parental stress and family functioning over time. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 207–218.
- Einfeld, S. L., & Tonge, J. (1996b). Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: II. Epidemiological findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 99-109.
- Ellis, A. (1957). Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 12, 334-350
- Embregts, P., Bogaard, K. van den, Hendriks, L., Heestermans, M., Schuitemaker, M., & Wouwe, H. van. (2010). Sexual risk assessment for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 31(3), 760-767.
- Emerson, E., Graham, H., McCulloch, A., Blacher, J., Hatton, C., & Llewellyn, G. (2009). The social context of parenting 3-year-old children with developmental delay in the UK. *Child: Care, Health, and Development*, 35(1), 63–70.
- Emerson, E., Madden, R., Graham, H., Llewellyn, G., Hatton, C., & Robertson, J. (2011). The health of disabled people and the social determinants of health. *Public Health*, 125(3), 145–147.

- Evans, S., Sibley, M., & Serpell, Z. (2009). Changes in caregiver strain over time in young adolescents with ADHD: The role of oppositional and delinquent behavior. *Journal of Attention Disorders, 12*(6), 516-524.
- Farmer, A. Y., & Lee, S. K. (2011). The effects of parenting stress, perceived mastery, and maternal depression on parent-child interaction. *Journal of Social Service Research, 37*, 516-525.
- Farran, D.C., Metzger, J., & Sparling, J. (1986). Immediate and continuing adaptations in parents of handicapped children. In J.J. Gallagher & P.M. Vietze (Eds.), *Families of handicapped persons*, 146-163. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Feetham, S.L., & Humerick, S.S. (1982). The Feetham family functioning survey. In S.S. Humerick (Ed.). *Analysis of current assessment strategies in the health care of young children and childbearing families*, 249-268. East Norwalk, CT: Appleton Century-Croft.
- Feldman, M., McDonald, L., Serbin, L., Stack, D., Secco, M. L., & Yu, C. T. (2007). Predictors of depressive symptoms in primary caregivers of young children with or at risk for developmental delay. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*, 606-619.
- Fincune, A., & Mercer, S. W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry, 6*, 76–91.
- Finzi-Dottan, R., Triwitz, Y. S., & Golubchik, P. (2011). Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities, 32*, 510–519.
- Freedman, B. H., Kalb, L. G., Zablotsky, B., & Stuart, E. A. (2012). Relationship status among parents of children with autism spectrum disorders: A population-based study. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*, 539–548.
- Freeman, N. L., Perry, A., & Focor, D. C. (1991). Child behaviors as stressors: Replicating and extending the use of the cars as a measure of stress: A Research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 32*, 1025-1030.
- Frewen, P. A., Evans, E. M., Maraj, N., Dozois, D. J. A., & Partridge, K. (2008). Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 758-774.
- Gammon, E., & Rose, S.D. (1991). The coping skills training program for parents of children with developmental disabilities: an experimental evaluation. *Research on Social Work Practice, 1*, 244–256.
- Geikina, G., & Miltuze, A. (2012). Vecāku kompetences izjūta, vecāku stress un saņemtais sociālais atbalsts bērnu ar īpašām vajadzībām mātēm. *Latvijas Universitātes Raksti. Psihologija, 801*, 111-127.

- Geikina, G., & Martinsone, B. (2015). Mothers of Children with Disability: Sense of Parenting Competence and Parenting Stress Changes After Participation in The Intervention Program “Caregivers’ Self-help and Competence. *Baltic Journal of Psychology*, 16 (1,2), 55-71.
- Gecas, V., & Schwalbe, M.L. (1986). Parental behavior and adolescent self-esteem. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 37-46.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 4.th.ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gibaud-Wallston, J., & Wandersman, L.P. (1978). *Development and Validity of the Parenting Sense of Competence Scale*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto, Ontario.
- Gilliand, B. E., & James, R. K. (1992). *Crisis Intervention Strategies*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- Gilmore, L., & Cuskelly, M. (2012). Parenting satisfaction and self-efficacy: A longitudinal study of mothers of children with Down syndrome. *Journal of Family Studies*, 18(1), 28-35.
- Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000). Solution-Focused Brief Therapy: A Review of the Outcome Research. *Family Process*, 39(4), 477-498.
- Glidden, L. M., & Schoolcraft, S. A. (2003). Depression: Its trajectory and correlates in mothers rearing children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 250-263.
- Gondoli, D. M., & Silverberg, S. B. (1997). Maternal emotional distress and diminished responsiveness: the mediating role of parenting efficacy and parental perspective taking. *Developmental psychology*, 33(5), 861-868.
- Goodman, S. H. (1992). Understanding the effects of depressed mothers on their children. In R. H. Dworkin, E. F. Walker, & B. A. Cornblatt (Eds.). *Progress in experimental personality and psychopathology research*, 15, 47–109). New York: Springer.
- Gouin, J. P., da Estrela, C., Desmarais, K., & Barker, E. T. (2016). The impact of formal and informal support on health in the context of caregiving stress. *Family Relations*, 65, 191–206.
- Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., Wolff, M. & Tavecchio, L. (2010). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on Parenting: A Meta-Analysis. *Academic journal article from Family Relations*, 57, 5.
- Gross, D., Conrad, B., Fogg, L., & Wothke, W. (1994). A longitudinal model of maternal self – efficacy, depression and difficult temperament during toddlerhood. *Research in Nursing and Health*, 17, 207 – 215.
- Gimenes valsts politikas pamatnostādnes 2011 - 2017.gadam. Rīga. Pieejams:

http://www.lm.gov.lv/upload/berns_gimene/lmpamn_200111_gvp.pdf

- Harter, S. (1985). Competence as a dimension of self- evaluation: Toward a comprehensive model of self-worth. In R. Leagy (Ed.), *The development of the self*, 55-118, New York: Academic Press.
- Hassal, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 405–418.
- Hastings, R. P., & Johnson, E. (2001). Stress in UK families conducting intensive home-based behavioral intervention for their young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 327-336.
- Hastings, R. P. (2003). Child behavior problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 4/5, 231-237.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Espinosa, F., Brown, T., Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(5), 635-644.
- Harbin, G. L., McWilliam, R. A., & Gallagher, J. J. (2000). Services for young children with disabilities and their families. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Hand- book of early childhood intervention*. New York: Cambridge.
- Harrop, C., McBee, M., & Boyd, B. (2016). How Are Child Restricted and Repetitive Behaviors Associated with Caregiver Stress Over Time? A Parallel Process Multilevel Growth Model. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 46(5), 1773-1783.
- Hartley, S. L., Barker, E. T., Seltzer, M. M., Floyd, F., Greenberg, J., Orsmond, G., & Bolt, D. (2010). The relative risk and timing of divorce in families of children with autism spectrum disorder. *Journal of Family Psychology*, 24, 449–457.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heppner, W. L., & Kernis, M. H. (2007). ‘Quiet ego’ functioning: The complementary roles of mindfulness, authenticity, and secure high self-esteem. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 18, 248-251.
- Hill, R. (1958). Generic features of families under stress. *Social Casework*, 49, 139–150.
- Hobfoll, S. E., Dunahoo, C. A., & Monnier, J. (1995). Conservation of Resources and Traumatic Stress. *Traumatic Stress: From Theory to Practice*, 29 - 47.
- Holmes H.H., R. R. H. (1967). The Social Reajustment Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Hudson, D. B., Campbell-Grossman, C., & Fleck, M. O. (2003). Effects of the new fathers

- network on first-time fathers' parenting self-efficacy and parenting satisfaction during the transition to parenthood. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 26, 217-229.
- Humphrey, G. M., & Zimpfer, D. G. (1996). *Counseling for grief and bereavement*. London: Sage.
- Invaliditātes likums: spēkā 01.01.2011. *Latvijas Vēstnesis*, 91 (4283), 09.06.2010.20.05.2010. (nākotnes redakcijā) [tiešsaiste] Pieejams: <http://www.likumi.lv/doc.php?id=211494>
- Izzo, C., Weiss, L., Shanahan, T., & Rodriguez-Brown, L. (2000). Parental self-efficacy and social support as predictors of parenting practices and children 's socioemotional adjustment in Mexican immigrant families. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 20, 197–213.
- Johnston, C., & Mash E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction on effical. *Journal of Clinical child Psychology*, 18, 165-175.
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A Review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363.
- Judge, T. A., Erez, A., & Bono, J. E. (1998). The power of being positive: The relation between positive self-concept and job performance. *Human Performance* 11, 167–187.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., & Pbert, L. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child Family Psychological Review*, 15, 247–277.
- Keng, S.L., Smoski, M.J., & Robins, C.J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1041–1056.
- King, G., King, S., Rosenbaum, P., & Goffin, R. (1999). Family-centered caregiving and well-being of parents of children with disabilities: linking process with outcome. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 41-53.
- Kleefman, M., Jansen, D. E., Stewart, R. E., & Reijneveld, S.A. (2014). The effectiveness of Stepping Stones Triple P: the design of a randomized controlled trial on a parenting programme regarding children with mild intellectual disability and psychosocial problems versus care as usual. *BMC Medicine*, 12, 1.
- Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām. 1.pants 13.12.2006. Pieejams: <http://www.likumi.lv/doc.php?id=205328>
- Kutz, I., Leserman, J., Dorrington, C., Morrison, C., Borysenko, J., & Benson, H. (1985). Meditation as an adjunct to psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 209–218.

- Labklājības ministrija. (2012). *Labklājības ministrijas ziņojums*, saturs iegūts no <http://www.lm.gov.lv/news/id/2637>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S., (1984). In coping with stress during childhood and Adolescence. *Psychological Bulletin*, *101*(3), 393-403.
- Lavee, Y., McCubbin, H., & Patterson, J. M. (1985). The double ABCX model of family stress and adaptation: An empirical test by analysis of structural equations with latent variables. *Journal of Marriage and the Family*, *47*, 811–825.
- Lee, J. S., & Koo, H. J. (2015). The relationship between adult attachment and depression in Korean mothers during the first 2 years postpartum: A moderated mediation model of self-esteem and maternal efficacy. *Personality and Individual Differences*, *79*, 50–56
- Leganger, A., Kraft, P., & Roysamb, E. (2000). Perceived self-efficacy in health behavior research: Conceptualization, measurement and correlates. *Psychology and Health*, *15*, 51–69.
- Lehman, D. R., Ellard, J. H., & Wortman, C. B. (1986). Social support for the bereaved: Recipients' and providers' perspectives on what is helpful. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 438–446.
- LR Centrālā statistikas pārvalde, <http://www.csb.gov.lv>
- Lindo, E. J., Kliemann, K. R., Combes, B. H., & Frank, J. (2016). Managing Stress Levels of Parents of Children with Developmental Disabilities: A Meta-Analytic Review of Interventions. *Family Relations*, *65*(1), 207-224.
- Linehan M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Lindsay, G., Davis, H., Band, S., Cullen, M. A., Cullen, S., Strand, S. (2008). *Parenting early intervention pathfinder evaluation*. London: Department for Education (DCSF-RW054).
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, *139*(5), 439-457.
- Lynch, J. (2002). Parents 'self-efficacy beliefs, parents 'gender, children 's reader self perceptions, reading achievement and gender. *Journal of Research in Reading*, *25*(1), 54-67.
- Lyon, B.L. (2000). Stress, coping, and health. A conceptual overview. In V.H. Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping, and health. Implications for nursing research, theory, and practice*. London: Sage Publication Inc.
- Ļebedeva, L. (2001). Vecāku stresa indeksa aptaujas adaptācija. Latvijas Universitāte.
- Mason, J. (1986). *A Guide to Stress Reduction*. Berkeley, CA: Celestial Arts.
- Mccoy, M. G., Frick, P. J., Loney, B. R., & Ellis, M. L. (2001). The Potential Mediating Role of

- Parenting Practices in the Development of Conduct Problems in a Clinic-Referred Sample. *Journal of Child and Family Studies*, 8(4), 477- 494.
- McCubbin, H. I., Cauble, A. E., & Patterson, J. M. (1982). Family Stress, Coping, and Social Support. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983a). Family stress and adaptation to crises: A Double ABCX Model of family behavior. In D. H. Olson & R. C. Miller (Eds.), *Family studies review yearbook*, 1, 87–106.
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983b). The family stress process: The Double ABCX Model of family adjustment and adaptation, *Social stress and the family: Advances and developments in family stress theory and research*, 7–37.
- MacDonald, E. E., & Hastings, R. P. (2010). Mindful parenting and care involvement of fathers of children with intellectual disabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 236–240.
- MacPhee, D., Fritz, J., & Miller-Heyl, J. (1996). Ethnic variations in personal social networks and parenting. *Child Development*, 67, 3278-3295.
- Manor-Binyamini, I., & Abu-Ajaj, O. (2012). Coping of siblings of children with developmental disabilities in the Bedouin community. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 825 – 831.
- McGillivray, J.A., & McCabe, M.P. (2007). Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 28(1), 59-70.
- McHugh, L., & Reed, P. (2008). Using Relational Frame Theory to build grammar in children with Autistic Spectrum Conditions. *The Journal of Speech-Language Pathology and Applied Behavior Analysis*, 2.4-3.1, 60-77.
- McLennan, J. D., Doig, J., Rasmussen, C., Hutcheon, E., & Urichuk, L. (2012). Stress and Relief: Parents Attending a Respite Program. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 261-269.
- Meadan, Hedda, Halle, James & Ebata, A. (2010). Families with Children Who Have Autism Spectrum Disorders: Stress and Support. *Council for Exceptional Children*, 77(1), 7-36.
- Meunier, J. C., & Roskam, E. I. (2008). Self-Efficacy Beliefs Amongst Parents of young Children: Validation of a Self-Report Measure. *Journal of Child and Family*, 18 (5), 495-511.
- Miller, N. B. (1994). *Nobody's perfect: Living & growing with children who have special needs*. Baltimore, MD: Brookes.
- Millere, J. (2012). Bērnu ar invaliditāti ģimeņu dzīves kvalitāte Latvijā. *Promocijas darbs Sociālo zinātņu doktora grāda iegūšanai. Rīgas Stradiņu Universitāte*.
- Miller, J. J., Fletcher, K. E., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical

- implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17, 192–200.
- Miller-heyl, J., Macphee, D., Fritz, J. J., & Ute, M. (1998). DARE to be You: A Family-Support, Early Prevention Program. *The Journal of Primary Prevention*, 18(3), 257-285.
- Minjarez, M. B., Mercier, E. M., Williams, S. E., Hardan, A.Y. (2013). Impact of pivotal response training group therapy on stress and empowerment in parents of children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 15, 71–78.
- Minor, H., Carlson, L. E., Mackenzie, M. J., Zirnicke, K., & Jones, L. (2006). Evaluation of a mindfulness-based stress reduction (MBSR) program for caregivers of children with chronic conditions. *Social Work in Health Care*, 43, 91–109.
- Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 387–396.
- Moxley-Haegert, L., & Serbin, L. A. (1983). Developmental education for parents of delayed infants: effects on parental motivation and children’s development. *Child development*, 54, 132–133.
- Mullins, L., Aniol, K., Boyd, M., Page, M., & Chaney, J. (2002). The influence of respite care on psychological distress in parents of children with developmental disabilities: A longitudinal study. *Children’s Services: Social Policy, Research, and Practice*, 5, 123–128.
- Murakami, H., Nakao, T., Matsunaga, M., Kasuya, Y., Shinoda, J., Yamada, J., & Ohira, H. (2012). The Structure of Mindful Brain. *Plos one*, 7(9), 1–4.
- Murphy, N. A., Christian, B., Caplin, D. A., & Young, P. C. (2007). The health of caregivers for children with disabilities: Caregivers perspectives. *Child: Care, Health, and Development*, 33, 180–187.
- Nataraja, S., 2008. *The Blissful Brain Neuroscience and Proof of the Power of Meditation*. Octopus Publishing Group Ltd., New York, NY, USA.
- O’Neil, M. E., Palisano, R. J. & Westcott, S. L. (2001) Relationship of therapists’ attitudes, children’s motor ability, and parenting stress to mothers’ perceptions of therapists’ behaviors during early intervention. *Physical Therapy*, 81, 8, 1412–1424.
- Neece, C., & Baker, B. (2008). Predicting maternal parenting stress in middle childhood: The roles of child intellectual status, behavior problems and social skills. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1114–1128.
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 48–66.
- Neece, C. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for parents of young children with

- developmental delays: Implications for parental mental health and child behavior problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27, 174–186.
- Nixon, C.D., & Singer, G.H.S. (1993). A group cognitive behavioral treatment for excessive parental self-blame and guilt. *American journal of mental retardation*, 97, 665–672.
- Noh, S., Dumas, J. E., Wolf, L. C., & Fisman, S. N. (1989). Delineating sources of stress in parents of exceptional children. *Family Relations*, 38, 456–461.
- Nolan, M., Carr, A., Fitzpatrick, C., O’Flaherty, A., Keary, K., Turner, R., O’Shea, D., Smyth, P., Tobin, G., & Dublin, B. (2002). A Comparison of Two Programmes for Victims of Child Sexual Abuse: A Treatment Outcome Study. *Child Abuse Review*, 11, 103–123
- Norizan, A., & Shamsuddin, K. (2010). Predictors of parenting stress among Malaysian mothers of children with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(11), 992–1003.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, Mass: Lexington Books.
- Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: Effectiveness and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11, 114–144.
- Pajares, F. (2003). Self- efficacy beliefs, motivations and achievement in writing: A review of the literature. *Reading & Writing Quarterly*, 19, 139–158.
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping*. NY: Guildford Press.
- Parish, S. S., Rose, R. A., Swaine, J. G., Dababnah, S., & Mayra, E. T. (2012). Financial well-being of single, working-age mothers of children with developmental disabilities. *American Journal on Intellectual & Developmental Disabilities*, 117, 400–412.
- Parkes, J., Caravale, B., Marcelli, M., Franco, F., & Colver, A. (2011). Parenting stress and children with cerebral palsy: A European cross-sectional survey. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53, 815–821.
- Pelchat, D., Ricard, N., Bouchard, J. M., Perreault, M., Saucier, J. F., Berthiaume, M., & Bisson, J. (1999). Adaptation of parents in relation to their 6-month-old infant’s type of disability. *Child: Care, Health and Development*, 25(5), 377-397.
- Pelchat, D., Bisson, J., & Ricard, N. (1999). Longitudinal effects of an early family intervention programme on the adaptation of parents of children with a disability. *The International Journal of Nursing Studies*, 36, 465–477.
- Perry, A. (2004). Families of developmentally disabled children: Theoretical conceptualizations of stress and a proposed new integrative model. *Saturs iegūts no* <http://uais.lzu.edu.cn/uploads/soft/20110811/18-110Q1095336.pdf>.
- Peters-Scheffer, N., Didden, R., & Korzilis, H. (2012). Maternal stress predicted by

- characteristics of children with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 696–706.
- Peterson, L., Tremblay, G., Ewigman, B., & Saldana, L. (2003). Multilevel selected primary prevention of child maltreatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 601–612.
- Phetrasuvan, S., & Miles, M. S. (2009). Parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(3), 157–165.
- Pintrich, P. R., & Groot, E. V. de. (1990). Motivational and self-regulated learning components of classroom academic performance. *Journal of Educational Psychology*, 82, 33–40.
- Pisterman, S., Firestone, P., McGrath, P., Goodman, J. T., Webster, I., Mallory, R., & Goffin, B. (1992). The effects of parent training on parenting stress and sense of competence. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 24, 41–58.
- Plant, K. M., & Sanders, M. R. (2007). Reducing problem behavior during care-giving in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 362–385.
- Pomere, I., Rāta, A., Bariss, V., Grigule, L., & Sviklis, A. (2007). Vientuļo vecāku, kuri audzina bērņus invalīdus, iespējas iekļauties darba tirgū un nepieciešamais atbalsts viņu sociālajai iekļaušanai. Rīga, SIA ‘LABA’ [Tiešsaiste] Sk. 08.09.2010. Pieejams: http://www.politika.lv/temas/sabiedribas_integracija/14744/
- Prasko, J., Šípek, J., & Minaříková, V. (1995). Assertiveness against depression.
- Prasko, J. (1996). Assertiveness against stress.
- Preston-Shoot, M. (2007). *Effective Groupwork* (2nd izd.). New York: Palgrave Macmillan.
- Prikule, S., Rudzíte, I., Limanāne, B., Supe, D., Lūse, Z., Šimkute, I., & Tulabiene, J. (2013). Par sociālajiem pakalpojumiem ģimenēm ar bērņiem un jauniešiem ar garīgiem un fiziskiem traucējumiem Zemgales reģiona un Ziemeļlietuvas pašvaldībās. [Tiešsaiste] Sk. Pieejams: http://www.zemgale.lv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=722&Itemid=100080
- Randall, C. (2012). Measuring National Well-being - Our Relationships – 2012. *Office for National Statistics*, 1-21.
- Rando, T. A. (1985). Creating therapeutic rituals in the psychotherapy of the bereaved. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(2), 236–240.
- Reichman, N. E., Corman, H., & Noonan, K. (2008). Impact of child disability on the family. *Maternal and Child Health Journal*, 12, 679–683.
- Resick, P.A. (2001). *Stress and Trauma*. New York: Psychology Press.
- Rezendes, D. L., & Scarpa, A. (2011). Associations between Parental Anxiety/Depression and

- Child Behavior Problems Related to Autism Spectrum Disorders: The Roles of Parenting Stress and Parenting Self-Efficacy. *Autism Research and Treatment*, 1–10.
- Rice, P. L. (1992). *Stress and Health* (2 th.ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Co.
- Roberts, C., Mazzucchelli, T., Studman, L., & Sanders, M. R. (2006). Behavioral family intervention for children with developmental disabilities and behavioral problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *35*, 180–193.
- Rodrigue, J. R., Geffken, G. R., Clark, J. E., Hunt, F., & Fishel, P. (1994). Parenting satisfaction and efficacy among caregivers of children with diabetes. *Children's Health Care*, *23*, 181–191.
- Rose, R. M. (1987). Neuroendocrine effects of work stress. Work stress: health care systems in the workplace. In: Quick JC, Bhagat RS, Dalton JE, Quick JD (eds). *Work stress: Health Care systems in the workplace*. New York, Praeger., 130–148.
- Salonen, A. H., Kaunonen, M., Kurki A. P., Jarvenpaa, A. L., Isoaho, H., & Tarkka, M. T. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of advanced nursing*, *65*(11), 2324–2336.
- Sanders, M. R., Turner, K. M. T., Wall, C. R., Waugh, L. M., & Tully, L. A. (1997). Mealtime behavior and parent-child interaction: A comparison of children with cystic fibrosis, children with feeding problems, and nonclinic controls. *Journal of Pediatric Psychology*, *22*(6), 881–900.
- Sanders, J. L., & Morgan, S. B., (1997). Family stress and Adjustment as perceived by parents of children with autism or down syndrome; implications for intervention. *Child & Family Behavior Therapy*, *19*(4), 15–32.
- Sanders, M. R., Mazzucchelli, T., & Studman, L. (2004). Stepping Stones Triple P: The theoretical basis and development of an evidence-based positive parenting program for families with a child who has a disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, *29*(3), 265–283.
- Sanders, M.R., & Woolley, M.L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health & Development*, *31*, 65–73.
- Sandler, A., Coren, A., & Thurman, S. K. (1983). A training program for parents of handicapped preschool children: Effects upon mother, father, and child. *Exceptional Children*, *49*, 355–358.
- Santelli, B., Turnbull, A. P., Lerner, E., & Marquis, J. (1993). Parent to parent programs: A unique form of mutual support for families of person's disabilities. In G. H. S. Singer & L. E. Powers (Eds.), *Families, disability, and empowerment: Active coping skills and strategies for family interventions*, 27–57,

- Schafer, R. B., Keith, P. M., & Schafer, E. (2000). Marital Stress, Psychological Distress, and Healthful Dietary Behavior: A Longitudinal Analysis. *Journal of Applied Social Psychology, 30*, 1639–1656.
- Schie, P. E. M. van, Siebes, R. C., Ketelaar, M., & Vermeer, A. (2004). The measure of processes of care (MPOC): Validation of the Dutch translation. *Child: Care, Health and Development, 30*(5), 529–539.
- Schultz, C.L, Schultz, N.C, & Bruce, E.J. (1993). Psych educational support for parents of children with intellectual disability: an outcome study. *International Journal of Disability, Development and Education, 40*, 205–216.
- Schut, H., Stroebe, M. S., van den Bout, J., & Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement intervention: Determining who benefits? In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-Efficacy: Thought Control of Action*, 217–243.
- Segal Z., Williams M., & Teasdale J. (2002). *Mindfulness- Based Cognitive Behavior Therapy for Depression. A New Approach to Preventing Relapse*. Guildford Press, New York.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Selye, H. (1976). Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Canadian Medical Association Journal, 115*(1), 53–56.
- Shelton, S. H. (1990). Developing the construct of general self-efficacy. *Psychological Reports, 66*, 987-994.
- Shumow, L., & Lomax, R. (2002). Parental Efficacy: Predictor of Parenting Behavior and Adolescent Outcomes. *Parenting, 2*, 127-150.
- Siegel, D.J. (2006). An interpersonal neurobiology approach to psychotherapy. *Psychiatric Annals, 36*(4), 248–256.
- Singer, G.H.S., Glang, A., & Nixon, C. (1994). A comparison of two psychosocial interventions for parents of children with acquired brain injury: an explanatory study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 9*, 38–49.
- Singer, G. H. S., Irvin, L. K., & Hawkins, N. (1988). Stress management training for parents of children with severe handicaps. *American Association on Mental Retardation, 26*, 269–277.
- Singer, G. H. S., Irvin, L. K., Irvine, B., Hawkins, N. E., Hegreness, J., & Jackson, R. (1993). Helping families adapt positively to disability: Overcoming demoralization through community supports. In G. H. S. Singer & L. E. Powers (Eds.), *Families, disability, and empowerment: Active coping skills and strategies for family interventions*, 67–84.

- Singer, G.H. S., Ethridge, B. L., & Aldana, S. I. (2007). Parenting and stress management interventions for parents of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities, 13*, 357–369.
- Singh, N., Lancioni, G., Winton, A., Wahler, R., Singh, J., & Sage, M. (2004). Mindful caregiving increases happiness among individuals with profound multiple disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 25*, 207–218.
- Singh, N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Fisher, B., Wahler, R., McAleavey, K. (2006). Mindful parenting decreases aggression, noncompliance, and self-injury in children with autism. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 14*, 169–177.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S., Singh, J., Curtis, W. J., Wahler, R. G. (2007). Mindful parenting decreases aggression and increases social behavior in children with developmental disabilities, *Behavior Modification, 31*(6), 749–771.
- Singh, N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, J., Singh, A. N., Adkins, A. D., & Wahler, R. G. (2010). Training in mindful caregiving transfers to parent–child interactions. *Journal of Child and Family Studies, 19*, 167–174.
- Skreitule-Pikše, I. (2011). Mātes kompetences izjūtas, mātes – bērna emocionālās pieejamības un bērna uzvedības izmaiņas pēc mātes piedalīšanās vecāku mācību programmā “Bērnu emocionālā audzināšana”. Promocijas darbs, Latvijas Universitāte.
- Slentz, K. L., Walker, B., & Bricker, D. (1989). Supporting parent involvement in early intervention: A role-taking model. In G. H. S. Singer & L. K. Irvin (Eds.), *Support for caregiving families: Enabling Adaptation to disability*, 221–238.
- Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums: spēkā ar 01.01.2003. *Latvijas Vēstnesis, 168* (2743), 19.11.2002., (04.02.2010. redakcijā) [tiešsaiste] Pieejams: <http://www.likumi.lv/doc.php?id=6848>
- Sofronoff, K., & Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. *Autism, 6*, 271–286.
- Spoth, R., & Conroy, S. (1993). Survey of prevention-relevant beliefs and efforts to enhance parenting skills among rural parents. *The Journal of Rural Health, 9*, 227–239.
- Summers, J. A., Behr, S. K., & Turnbull, A. P. (1989). Positive adaptation and coping strengths of families who have children with disabilities. *Support for Caregiving Families*, 27–40.
- Swick, K. J., & Hassell, T. (1990). Parental efficacy and the development of social competence in young children. *Journal of Instructional Psychology, 17*, 24–32.
- Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy. In J. Yiend (Ed.), *Cognition, emotion and psychopathology*, 270–289. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Tellegen, C. L., & Sanders, M. R. (2013). Stepping Stones Triple P-Positive Parenting Program

- for children with disability: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 1556–1571.
- Tervo, R. (2010). Attention problems and parent-rated behavior and stress in young children at risk for developmental delay. *Journal of Child Neurology*, 25(11), 1325–1330.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918–929.
- Tonge, B. J., & Einfeld, S. L. (2000). The trajectory of psychiatric disorders in young people with intellectual disabilities. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 80–84.
- Trivette, C., Dunst, C., & Hamby, D. (1996). Factors associated with perceived control appraisals in a family-centered early intervention program. *Journal of Early Intervention*, 20, 165–178.
- Trute, B. (1995). Gender differences in the psychological adjustment of parents of young, developmentally disabled children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36, 1225–1242.
- Trute, B., Benzies, K. M., Worthington, C., Reddon, J. R., & Moore, M. (2010). Accentuate the positive to mitigate the negative: Mother psychological coping resources and family adjustment in childhood disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 35, 36–43.
- Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R. (1986). Families, professionals and exceptionalities: *A special partnership*. Columbus, OH: Charles E. Merrill.
- Unger, D.G., & Wandersman, L.P. (1985). Social support and adolescent mothers: Action research contributions to theory and application. *Journal of Social Issues*, 41, 29–45.
- Vonneilich, N., Lüdecke, D., & Kofahl, C. (2016). The impact of care on family and health-related quality of life of parents with chronically ill and disabled children. *Disability & Rehabilitation*, 38(8), 761–767.
- Wallander, J. L., Pitt, L. C., & Mellins, C. A. (1990). Child functional independence and maternal psychosocial stress as risk factors threatening adaptation in mothers of physically or sensorially handicapped children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 818–824.
- Wells-Parker, E., Miller, D. I., & Topping, S. (1990). Development of control of outcome scales and self-efficacy scales for women in four life roles. *Journal of Personality Assessment*, 54, 564–575.
- Wiedenfeld, S. A., O'Leary, A., Bandura, A., Brown, S., Levine, S., & Raska, K. (1990). Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1082–1094.
- Wilgosh, L., Scorgie, K., & Fleming, D. (2000). Effective life management in parents of children

- with disabilities: A survey replication and extension. *Developmental Disabilities Bulletin*, 28(2), 1–14.
- Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, 10, 1–7.
- Wong, S.Y., Chan, F.W., Wong, R.L., Chu, M.C., Kitty Lam, Y.Y., Mercer, S.W., Ma, S.H. (2011). Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress reduction and multidisciplinary intervention programs for chronic pain: a randomized comparative trial. *The Clinical Journal of Pain*, 27(8), 724–734.
- Woodman, A. C. (2014). Trajectories of stress among parents of children with disabilities: A dyadic analysis. *Family Relations*, 63, 39–54.
- Wulffaert, J., Scholte, E., Van Berckelaer-Onnes, I. (2010). Maternal parenting stress in families with a child with Angelman syndrome or Prader-Willi syndrome. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 35(3), 165–174.
- Yau, M. K.-sang, & Li-Tsang, C. W. P. (1999). Adjustment and Adaptation in Parents of Children with Developmental Disability in Two-Parent Families: A Review of the Characteristics and Attributes. *The British Journal of Development Disabilities*, 45, 38–51.
- Yehuda, R., Southwick, S.M., Mason, J.W., & Giller, E.L. (1990). Interactions of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the catecholaminergic system of the stress disorder. In E.L. Giller (Ed.), *Biological assessment and treatment of PTSD*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ylvén, R., Björck-Akesson, E., & Granlund, M. (2006). Literature review of positive functioning in families with children with a disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3, 253–270.
- Yoong, A., & Koritsas, S. (2012). The impact of caring for adults with intellectual disability on the quality of life of parents. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(6), 609–619.
- Zajacova, A., Lynch, S. M., & Espenshade, T. J. (2005). Self-efficacy, stress, and academic success in college. *Research in Higher Education*, 46, 677–706.

Summary

Mothers of children with disability experience higher levels of stress, and this increased level of stress tends to be chronic and long-lasting. Mothers of children with disability play an essential role in the successful rehabilitation of their children, and when they are mentally and physically healthy and have a greater sense of parenting competence, they can provide greater support and protection for their children. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of a group-delivered intervention program Caregivers' Self-Help and Competence (CSC) which aims to help mothers facilitate their ability to engage in social functions, to reduce stress, and to facilitate parenting competence. The research group consisted of 111 mothers, 34 mothers who attended the CSC intervention group, 28 mothers who attended a social support group, and 34 mothers who did not attend either. Mothers completed the Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) and the Parenting Stress Index Short Form (PSI) before and after participation in the groups. The results showed that mothers' participation in the intervention program CSC increased the parenting sense of competence and decreased parenting stress.

Key words: children with disability, parenting stress, parenting sense of competence, intervention program, social support group.

Pielikumi

1. pielikums. Instrumentārija apkopojums

Instrumentārija apkopojums ietver sekojošu materiālu:

1. – 2. lapa – kopējā instrukcija un demogrāfiskās ziņas.
3. – 8. lapa – Vecāku Stresa Indeksa aptauja un Vecāku Kompetences izjūtas aptauja.

Pielikumā materiāls ievietots, nemainot teksta sadalījumu pa lappusēm.

Būt par bērnu ar invaliditāti vecākiem nav viegls uzdevums. Šiem vecākiem nepieciešams dot psiholoģisku atbalstu. Tāpēc, es – Guna Geikina, Latvijas Universitātes klīniskās psiholoģijas doktorante, promocijas darba ietvaros izstrādāju īpašu psiholoģisko atbalsta programmu, bērnu ar invaliditāti vecākiem, kas vērsta uz šo vecāku sociālās funkcionēšanas spēju atjaunošanu, stresa mazināšanu un vecāku kompetences izjūtas uzlabošanu. Jūsu atsaucība, aizpildot anketu, būtiski palīdzētu šīs atbalsta programmas tapšanā. Atbildes tiks lietotas apkopotā veidā, nodrošinot anonimitāti. Paldies par atsaucību jau iepriekš! Sīkāku informāciju par pētījumu Jūs varat uzzināt, rakstot uz e-pastu: gunag@latnet.lv.

Aptauju var aizpildīt arī vietnē:

<http://www.visidati.lv/aptauja/1056633614/>

Jūsu vārds _____

Jūsu vecums _____

Jūsu e-pasta adrese: _____

Aptaujas aizpildīšanas datums: _____

Piedalos/piedalījos jaunizveidotajā atbalsta programmā, bērnu ar invaliditāti vecākiem, kas vērsta uz vecāku sociālās funkcionēšanas spēju atjaunošanu, stresa mazināšanu un vecāku kompetences izjūtas uzlabošanu:

- Jā;
- Nē;
- Vēlētos apmeklēt.

Jūs esat bērns:

- Māte;
- Tēvs;
- Cits aprūpētājs.

1. Jūsu izglītība:
 - Pamata;
 - Vidējā;
 - Nepabeigta augstākā;
 - Augstākā.
2. Cik ģimenē bērnu, bērnu vecums: _____
3. Nodarbošanās:
 - Strādā algotu darbu;
 - Nestrādā algotu darbu.
4. Jūsu ģimenes stāvoklis:
 - Precējies;
 - Dzīvojam kopā;
 - Šķīries;
 - Cits variants.
5. Savas ģimenes materiālās labklājības novērtējums:
 - Varam atļauties visu, ko vēlamies;
 - Esam diezgan pārtikuši;
 - Izteikam vidēji;
 - Ir tikai pats nepieciešamākais;
 - Trūkst pat nepieciešamais.
6. Bērna ar invaliditāti dzimums:
 - Sieviete;
 - Vīrietis.
7. Bērna ar invaliditāti vecums: _____ .
8. Bērna slimības diagnoze:

9. Jūsu bērnam:
 - ir nepieciešama pastāvīga kopšana vai uzraudzība, bērna spēja darboties un rūpēties par sevi ir stipri ierobežota, fiziskās un garīgās spējas ir ierobežotas par 60 – 100 %.
 - ir ierobežotas darba un sevis apkopšanas spējas, fiziskās un garīgās spējas ir ierobežotas par 25 – 60 %.
 - ir mēreni izteikts fizisko vai psihisko spēju ierobežojums, fiziskās un garīgās spējas ir ierobežotas par 1 - 25%.
10. Es bieži jūtu, ka nespēju labi kontrolēt situāciju:
 - Pilnīgi piekrītu;
 - Piekrītu;
 - Neesmu pārliecināta;
 - Nepiekrītu;
 - Pilnīgi nepiekrītu.

11. Es konstatēju, ka lielāko savas dzīves daļu, apmierinu sava bērna vajadzības, daudz lielākā mērā nekā biju domājusi:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

12. Es jūtos ievilināta atbildības slāzdos:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

13. Kopš man ir šis bērns, es ne esmu spējīga darīt citas lietas:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

14. Kopš man ir bērns, es jūtu, ka gandrīz neesmu spējīga darīt lietas, kuras man gribētos darīt:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

15. Es neesmu apmierināta ar apģērbu, ko esmu nopirkusi pēdējā laikā:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

16. Manā dzīvē ir dažas lietas, kas man traucē:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

17. Bērns izraisa attiecībās ar draugiem daudz lielākas problēmas nekā es gaidīju:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

18. Es jūtos vientuļa un bez draugiem:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

19. Kad dodos uz ballīti (svinībām), es parasti sagaidu, ka man tur nepatiks:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

20. Es neesmu tik ieinteresēta cilvēkos, kā parasti:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

21. Mani vairs neiepriecina tās lietas, kuras parasti iepriecināja:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

22. Mans bērns reti dara kaut ko man, kas man liktu labi justies:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

23. Lielāko laiku daļu es jūtu, ka bērns man nepatīk, un ka viņš nevēlas būt man tuvāks:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

24. Bērns uzsmaida man daudz retāk, nekā es biju gaidījusi:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

25. Kad es kaut ko daru bērnam, tad man ir izjūta, ka mani pūliņi netiek pietiekami novērtēti:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

26. Spēlējoties bērns samērā reti ķiķina un smejas:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

27. Man šķiet, ka bērns tik ātri neiemācās kā vairums citu bērnu:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

28. Man šķiet, ka bērns tik daudz nesmaida kā vairums citu bērnu:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

29. Bērns nav spējīgs tik daudz izdarīt, cik daudz es biju gaidījusi:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

30. Bērnam pierašana pie jaunām lietām aizņem daudz laika, un tas viņam ir ļoti grūti:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

31. Dotajā apgalvojumā izvēlieties vienu no pieciem piedāvātajiem variantiem, un atzīmējiet attiecīgo atbildi.

Es jūtu, ka es:

- Neesmu ļoti labs vecāks;
- Man ir dažas nopietnas grūtības kā vecākam;
- Esmu vidusmēra vecāks;
- Es esmu labāks nekā vidusmēra vecāks;

Es esmu ļoti labs vecāks.

32. Es sagaidījusi pret bērnu tuvākas un siltākas jūtas, nekā man ir, un tas mani satrauc:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

33. Dažkārt bērns dara lietas, kuras noved mani līdz „ārprātam”:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

34. Šķiet, ka bērns daudz biežāk raud un ķildojas nekā vairums bērnu:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

35. Parasti bērns mostas sliktā garastāvoklī:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

36. Es jūtu, ka bērns ļoti viegli padodas garastāvokļa svārstībām un ir viegli sarūgtināms:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

37. Bērns dara dažas lietas, kuras lielā mērā mani traucē:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

38. Bērns ļoti spēcīgi reaģē, kad notiek kaut kas, kas viņam nepatīk:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

39. Bērns pārāk viegli sarūgtinās par sīkumiem:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

40. Izveidot bērnam ēšanas un gulēšanas režīmu bija daudz grūtāk, nekā es biju gaidījusi:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

41. Dotajā apgalvojumā izvēlieties vienu no pieciem piedāvātajiem variantiem, un atzīmējiet attiecīgo atbildi. Es konstatēju, ka likt manam bērnam kaut ko darīt vai apstādināt, kad viņš kaut ko dara ir:

- Daudz grūtāk nekā es gaidīju;
- Nedaudz grūtāk nekā es gaidīju;
- Apmēram tik pat grūti kā es gaidīju;
- Nedaudz vieglāk nekā es gaidīju;
- Daudz vieglāk nekā es gaidīju.

42. Nākošajā apgalvojumā izvēlieties atbildes no "10+" līdz "1-3". Padomājiet un saskaitiet, cik ir tādas lietas, kuras dara Jūsu bērns un kas Jūs traucē, piemēram, slaisīšanās, atteikšanās klausīties, pārlieku liela aktivitāte, raudāšana, jaukšanās pa vidu, kaušanās, čīkstēšana u.c.:

- 10+
- 8 – 9
- 6 – 7
- 4 – 5
- 1 – 3

43. Dažas lietas, kuras dara bērns mani patiešām traucē:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

44. Bērns rada daudz vairāk problēmas nekā es biju gaidījusi:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

45. Bērnam ir daudz vairāk prasību, nekā vairumam bērnu:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Neesmu pārliecināta;
- Nepiekrītu;
- Pilnīgi nepiekrītu.

46. Es esmu sapratusi, ka ar bērna audzināšanu saistītās problēmas ir vieglāk risināmas, ja es izprotu, kā mana rīcība ietekmē bērnu:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Daļēji piekrītu;
- Daļēji nepiekrītu;
- Nepiekrītu;
- Pilnībā nepiekrītu.

47. Lai gan mātes loma varētu sniegt gandarījumu, šobrīd, kamēr mans bērns ir pašreizējā vecumā, es jūtos neapmierināta:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Daļēji piekrītu;
- Daļēji nepiekrītu;
- Nepiekrītu;
- Pilnībā nepiekrītu.

48. Es gan vakarā aizmiegu, gan no rīta mostos ar izjūtu, ka daudz ko ne esmu paveikusi:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Daļēji piekrītu;
- Daļēji nepiekrītu;
- Nepiekrītu;
- Pilnībā nepiekrītu.

49. Dažreiz, kad man vajadzētu būt tai, kura kontrolē situāciju, es jūtos tā it kā mani kontrolē un manipulē:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Daļēji piekrītu;
- Daļēji nepiekrītu;
- Nepiekrītu;
- Pilnībā nepiekrītu.

50. Mana māte bija labāk sagatavota būt par labu māti nekā es:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Daļēji piekrītu;
- Daļēji nepiekrītu;

- Nepiekrītu;
- Pilnībā nepiekrītu.

51. Es jaunajām māmiņām varētu būt labs paraugs, kam sekot, lai iemācītos to, kas nepieciešams, lai būtu laba māte.

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Daļēji piekrītu;
- Daļēji nepiekrītu;
- Nepiekrītu;
- Pilnībā nepiekrītu.

52. Būt par māti nemaz nav tik grūti un jebkuru problēmu ir viegli risināt:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Daļēji piekrītu;
- Daļēji nepiekrītu;
- Nepiekrītu;
- Pilnībā nepiekrītu.

53. Esot mātei, grūtības rada tas, ka es nezinu, vai tas, ko es daru, bērnam nāks par labu vai par sliktu:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Daļēji piekrītu;
- Daļēji nepiekrītu;
- Nepiekrītu;
- Pilnībā nepiekrītu.

54. Dažreiz man ir sajūta, ka es neko neesmu paveikusi:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Daļēji piekrītu;
- Daļēji nepiekrītu;
- Nepiekrītu;
- Pilnībā nepiekrītu.

55. Es atbilstu saviem uzskatiem par to, kādai vajadzētu būt labai mātei:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Daļēji piekrītu;
- Daļēji nepiekrītu;
- Nepiekrītu;
- Pilnībā nepiekrītu.

56. Ja kāds vispār var izprast, kas kaiš manam bērnam, tad tā esmu es:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Daļēji piekrītu;
- Daļēji nepiekrītu;

- Nepiekrītu;
- Pilnībā nepiekrītu.

57. Mani talanti un intereses ir citā jomā, nevis mātes lomā:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Daļēji piekrītu;
- Daļēji nepiekrītu;
- Nepiekrītu;
- Pilnībā nepiekrītu.

58. Ņemot vērā to, cik ilgi es esmu māte, es jūtos ērti un labi šajā lomā:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Daļēji piekrītu;
- Daļēji nepiekrītu;
- Nepiekrītu;
- Pilnībā nepiekrītu.

59. Ja būt par māti būtu daudz interesantāk, tas rosinātu mani labāk pildīt savu mātes lomu:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Daļēji piekrītu;
- Daļēji nepiekrītu;
- Nepiekrītu;
- Pilnībā nepiekrītu.

60. Es patiešām ticu, ka man ir visas nepieciešamās prasmes, lai būtu laba māte savam bērnam:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Daļēji piekrītu;
- Daļēji nepiekrītu;
- Nepiekrītu;
- Pilnībā nepiekrītu.

61. Mātes loma mani uztrauc un rada trauksmi:

- Pilnīgi piekrītu;
- Piekrītu;
- Daļēji piekrītu;
- Daļēji nepiekrītu;
- Nepiekrītu;
- Pilnībā nepiekrītu.

Pateicos par Jūsu atbalstu un palīdzību pētījumā!

2. pielikums. Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa rādītāju izmaiņas

2.1. tabula. APK un kontrolgrupas Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji trīs mērījuma reizēs (pirms, tūlīt pēc un 6 mēnešus pēc intervences) katras grupas ietvaros

Mainīgie lielumi	pirms <i>M(SD)</i>	pēc <i>M(SD)</i>	pēc 6 mēnešiem <i>M(SD)</i>	t^a/Z_1	t^a/Z_2
APK (<i>n</i> = 34)					
VKI kopā	3,88 (0,52)	4,10 (0,52)	4,08 (0,50)	-2,81**	-2,81**
Apmierinātība	3,78 (0,73)	4,08 (0,78)	4,04 (0,76)	-2,51*	-2,51*
Efektivitāte	4,00 (0,51)	4,11 (0,46)	4,12 (0,43)	-1,66	-1,66
VSI kopā	2,84 (0,54)	2,58 (0,62)	2,56 (0,64)	4,38***	4,38***
Vecāku distress _Z	2,96 (0,58)	2,57 (0,53)	2,54 (0,53)	5,25***	-3,95***
Attiecību grūtības	2,52 (0,60)	2,34 (0,74)	2,35 (0,75)	0,31*	2,44*
Grūtais bērns _Z	3,03 (0,75)	2,82 (0,80)	2,80 (0,84)	2,88**	-2,50**
KG (<i>n</i> = 34)					
VKI kopā	3,95 (0,53)	3,95 (0,53)	3,94 (0,54)	0,43	0,43
Apmierinātība	3,85 (0,72)	3,84 (0,70)	3,80 (0,74)	2,03	2,01
Efektivitāte	4,08 (0,50)	4,09 (0,53)	4,13 (0,51)	-1,47	-1,47
VSI kopā	2,84 (0,49)	2,83 (0,49)	2,89 (0,54)	-1,53	-1,53
Vecāku distress	2,87 (0,56)	2,82 (0,56)	2,89 (0,58)	-0,97	-0,96
Attiecību grūtības	2,54 (0,56)	2,55 (0,57)	2,60 (0,65)	-1,56	-1,56
Grūtais bērns _Z	3,11 (0,72)	3,13 (0,73)	3,18 (0,78)	-1,59	0,11

Piezīme. Apakšraksta burts nozīmē: ^a – t-tests pāra izlasēm. Z – Vilksoksona tests. t/Z_1 – pirms piedalīšanās programmā un 6 mēnešus pēc programmas beigšanas iegūto rādītāju salīdzinājums, t/Z_2 – tūlīt pēc māšu piedalīšanās programmā un 6 mēnešus pēc programmas beigšanas iegūto rādītāju salīdzinājums; APK – intervences programma “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, KG – kontrolgrupa; VKI – Vecāku kompetences izjūtas skala, VSI – Vecāku stresa indekss;

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

2.2. Sociālā atbalsta grupas (SA) un kontrolgrupas (KG) Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji pirms un tūlīt pēc intervences

Mainīgie lielumi	SA (<i>n</i> = 28)			KG (<i>n</i> = 34)		
	pirms <i>M(SD)</i>	pēc <i>M(SD)</i>	t^a/Z	pirms <i>M(SD)</i>	pēc <i>M(SD)</i>	t^a/Z
VKI kopā	3,81 (0,59)	3,89 (0,48)	-1,01	3,95 (0,53)	3,94 (0,54)	-0,11
Apmierinātība	3,69 (0,78)	3,83 (0,64)	-1,30	3,85 (0,72)	3,80 (0,74)	0,17
Efektivitāte	3,97 (0,53)	3,95 (0,46)	0,43	4,08 (0,50)	4,13 (0,51)	-0,42
VSI kopā	3,05 (0,61)	2,85 (0,66)	2,89**	2,84 (0,49)	2,89 (0,54)	0,60
Vecāku distress _Z	3,16 (0,71)	3,00 (0,81)	-3,24**	2,87 (0,56)	2,89 (0,58)	-1,61
Attiecību grūtības	2,78 (0,67)	2,55 (0,70)	2,21*	2,54 (0,56)	2,60 (0,65)	-0,20
Grūtais bērns	3,21 (0,73)	3,00 (0,78)	2,61*	3,11 (0,72)	3,18 (0,78)	-0,98

Piezīme. Apakšraksta burts nozīmē: ^a – t-tests pāra izlasēm, Z – Vilksoksona tests; APK – intervences programma “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, SA – sociālā atbalsta grupa, KG – kontrolgrupa; VKI – Vecāku kompetences izjūtas skala, VSI – Vecāku stresa indekss;

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

2.3. Sociālā atbalsta grupas (SA) un kontrolgrupas (KG) māšu Vecāku kompetences izjūtas un Vecāku stresa indeksa aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji pēc intervences un vēl pēc 6 mēnešiem

Mainīgie lielumi	SA (<i>n</i> = 28)			KG (<i>n</i> = 34)		
	pirms intervences <i>M</i> (<i>SD</i>)	pēc 6 mēn. <i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i> ^a / <i>Z</i>	pirms intervences <i>M</i> (<i>SD</i>)	pēc 6 mēn. <i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i> ^a / <i>Z</i>
VKI kopā	3,81 (0,59)	3,89 (0,48)	-0,83	3,95 (0,53)	3,94 (0,54)	0,43
Apmierinātība	3,69 (0,78)	3,83 (0,64)	-1,11	3,85 (0,72)	3,80 (0,74)	2,03
Efektivitāte	3,97 (0,53)	3,95 (0,46)	0,16	4,08 (0,50)	4,13 (0,51)	-1,47
VSI kopā	3,05 (0,61)	2,85 (0,66)	1,78	2,84 (0,49)	2,89 (0,54)	-1,53
Vecāku distress _Z	3,16 (0,71)	3,00 (0,81)	1,22	2,87 (0,56)	2,89 (0,58)	-0,97
Attiecību grūtības	2,78 (0,67)	2,55 (0,70)	-1,14	2,54 (0,56)	2,60 (0,65)	-3,38
Grūtais bērns	3,21 (0,73)	3,00 (0,78)	1,81	3,11 (0,72)	3,18 (0,78)	-1,59

Piezīme. Apakšraksta burts nozīmē: a – t-tests pāra izlasēm. Z – Vilkoksona tests; APK – intervences programma “Aprūpētāju pašpalīdzība un kompetence”, SA – sociālā atbalsta grupa, KG – kontrolgrupa; VKI – Vecāku kompetences izjūtas skala, VSI – Vecāku stresa indekss; **p* < 0,05; ** *p* < 0,01; *** *p* < 0,001.