

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
PEDAGOĢIJAS, PSIHOĻOĢIJAS UN MĀKSLAS FAKULTĀTE
PSIHOĻOĢIJAS NODAĻA

**UZTVERTĀ STRESA, GRŪTNIEČU TRAUKSMES, UZTVERTĀ
SOCIĀLĀ ATBALSTA, PAŠEFEKTIVITĀTES UN SAGATAVOTĪBAS
DZEMDĪBĀM SAISTĪBA AR NODOMU VEIKT PLĀNOTU
ĶEIZARGRIEZIENU VAI DZEMDĒT FIZIOĻOĢISKĀS DZEMDĪBĀS**

BAKALAURA DARBS

Autors: **Kristīne Krūze- Hermane**
Studenta apliecības Nr.: 18154
Darba vadītājs: Docente Dr. psych. Evija Strika

RĪGA 2020

SATURA RĀDĪTĀJS

ANOTĀCIJA	3
ABSTRACT	4
IEVADS.....	5
PAŠEFEKTIVITĀTES IZJŪTA UN SAGATAVOTĪBA DZEMDĪBĀM GRŪTNIECĪBAS LAIKĀ UN DZEMDĪBĀS	8
GRŪTNIECĪBAS STRESS UN UZTVERTAIS STRESS GRŪTNIECĪBAS LAIKĀ UN DZEMDĪBĀS.....	13
UZTVERTAIS SOCIĀLAIS ATBALST GRŪTNIECĪBAS LAIKĀ UN DZEMDĪBĀS	16
METODE.....	22
Pētījuma dalībnieki.....	22
Instrumentārijs.....	22
Procedūra.....	23
Rezultāti.....	24
DISKUSIJA	36
SECINĀJUMI	39
IZMANTOTĀ LITERATŪRA:	42
1. PIELIKUMS	49

ANOTĀCIJA

Pētījuma mērķis bija izpētīt mainīgo lielumu: Uztvertais stress, Grūtnieču stress, Uztvertais sociālais atbalsts, Pašefektivitātes izjūta un Sagatavotība dzemdībām saistību ar sievietes nodomu dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās vai izvēlēties plānotu ķeizargrieziena operāciju. Tāpat mērķis bija noskaidrot, kāda ir saistība starp šiem mainīgajiem lielumiem sievietēm, kuras dzemdē pirmo reizi un tām, kuras piedzīvo atkārtotas dzemdības, kā arī atkarībā no grūtniecības perioda. Un pārbaudīt vai kāds no mainīgajiem lielumiem prognozē sievietes izvēli attiecībā uz dzemdību veidu.

Pētījumā tikai iesaistītas grūtnieces pirmajā, otrajā un trešajā grūtniecības trimestrī, kopā (n=328): pirmreizējas grūtnieces (n=143), atkārtotas grūtnieces (n=185), kā arī tika izdalīts vai sieviete vēlas dzemdēt fizioloģiski (n=303) vai plāno ķeizargrieziena operāciju (n=25).

Pētījumā pielietotais instrumentārijs: Uztvertā stresa skala (Perceived Stress Scale (PPS))(Cohen & Mermelstein, 1983); Pirmsdzemdību distresa aptauja (Prenatal Distress Questionnaire (PDQ-12)) (Yali & Lobel, 1999); Uztvertā sociālā atbalsta aptauja (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Zimet & Farley, 1988); Dzemdību pašefektivitātes aptauja (Childbirth Self-Efficacy Inventory (CSEI), Lowe, 1993); Sagatavotība dzemdībām aptauja.

Galvenie secinājumi: Uztvertais stress, grūtnieču trauksme, uztvertais sociālais atbalsts, pašefektivitātes izjūta, sagatavotība dzemdībām un dzemdību skaits neprognozē sievietes izvēli attiecībā uz dzemdību veidu. Tomēr sievietes, kuras dzemdē pirmo reizi biežāk izvēlas fizioloģiskās dzemdības nekā sievietes, kuras dzemdē atkārtoti, kā arī Sagatavotība dzemdībām saistīta ar varbūtību izvēlēties dzemdēt fizioloģiskās dzemdības. Jo augstāki sievietes pašefektivitātes un uztvertā sociālā atbalsta rādītāji, jo zemāks uztvertais un grūtnieču stress. Uztvertais stress ir pozitīvi saistīts ar grūtnieču stresu.

Atslēgas vārdi: Uztvertais stress, Grūtnieču stress, Uztvertais sociālais atbalsts, Pašefektivitāte, sagatavotība dzemdībām, grūtniecība, dzemdības

ABSTRACT

The aim of this study was to explore relationship between Perceived stress, Prenatal Distress, Perceived Social Support, Childbirth Self-Efficacy and preparedness for childbirth and a woman's intention to give birth in a physiological birth or by caesarean section. The aim was also to find out the relationship between these variables for women giving birth for the first time and those experiencing repeated births, as well as depending on the period of pregnancy. And find out if any of the variables predict a woman's choice regarding of type of birth.

Pregnant women in the first, second and third trimesters of pregnancy were included in the study, in total (n = 328): first-time pregnant women (n = 143), repeated pregnant women (n = 185), and whether a woman wants to give birth physiologically (n = 303) or planning a caesarean section (n = 25).

The tools used in the study: Perceived Stress Scale (PPS))(Cohen & Mermelstein, 1983); Prenatal Distress Questionnaire (PDQ-12)) (Yali & Lobel, 1999); Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), (Zimet & Farley, 1988); Childbirth Self-Efficacy Inventory (CSEI), (Lowe, 1993); Preparedness for childbirth.

Results: Perceived stress, Prenatal distress, Perceived social support, Self-efficacy, Preparedness for childbirth and number of births do not predict a woman's choice of type of childbirth. Women who give birth for the first time are more likely to choose physiological births than women who have already given birth. Preparedness for childbirth is related to the probability of choosing to give birth in physiological childbirth. The higher the rates of women's self-efficacy and perceived social support, the lower the perceived stress and prenatal distress. Perceived stress is positively related to prenatal distress.

Key words: Perceived stress, Prenatal distress, Perceived social support, Self-efficacy, Preparedness for childbirth, pregnancy, childbirth

IEVADS

Grūtniecība un dzemdības ir īpašs notikums sievietes dzīvē, kas saistīts kā ar fizioloģiskām, tā ar psiholoģiskām izmaiņām (Gebuza & Banasziewicz, 2016). Dzemdību pieredze ir tik nozīmīga, ka Pasaules Veselības organizācija (PVO), uzsverot mātes un viņas bērna veselību, ir iekļāvusi mātes garīgās veselības pakalpojumu nodrošināšanu tūkstošgades attīstības mērķu sarakstā (World Health Organization, 2010). Pētnieciskajā literatūrā dzemdības tiek raksturotas kā individuāls, sarežģīts, komplekss process un dzīves notikums (Larkin, 2009). Pozitīva dzemdību pieredze saistīta ar sievietes kontroles izjūtu, gandarījumu un pārliecību par saviem spēkiem, kā arī mātes un mazuļa veselību, tai skaitā emocionālo piesaisti, un sievietes vēlmi dzemdēt atkārtoti (Lundgren, 2005; kā minēts, Zamani & Leili, 2019). Savukārt negatīva vai traumatiska dzemdību pieredze saistīta ar sievietes psiholoģiskās labklājības, pašapziņas, pašefektivitātes izjūtas un mentālas veselības kritumu, kā arī var negatīvi ietekmēt vecāku-bērna piesaisti, attiecības starp māti un bērnu, pāra attiecības, krūts barošanu un turpmāko ģimenes plānošanu (Nilsson & Hildingsson, 2012; Bryanton & Hatem, 2008). Uztvertā dzemdību pieredze pētnieciskajā literatūrā tiek raksturota kā izteikti individuāla un tas, ko sievietes uzlūko kā pozitīvu un apmierinošu pieredzi var būt ļoti atšķirīgi. Sieviete var būt apmierināta ar dažiem aspektiem no piedzīvotās dzemdību pieredzes un tai pat laikā var izjust neapmierinātību saistībā ar citiem piedzīvotajiem aspektiem, izjutot gan negatīvas, gan pozitīvas sajūtas vienlaikus (Waldensrom, 1999). Dzemdības tiek uzlūktas kā daudzdimensionāla pieredze, kas ietver tādus aspektus kā drošības sajūta, uztvertā kontroles izjūta, piedzīvotais sāpju līmenis dzemdību laikā, uztvertais atbalsts, vecmātes aprūpe, priekšlaicīgas dzemdības, anestēzijas pielietošana, iepriekšējo dzemdību pieredze, iesaiste lēmumu pieņemšanā dzemdību procesa gaitā, neplānota medicīniska iejaukšanās, akūta ķeizargrieziena operācija, neplānotas dzemdību komplikācijas, kā arī instrumentāla iejaukšanās dzemdību procesā, visi šie faktori ir saistīti ar dzemdību pieredzes uztveri (Dancker & Berg, 2010). Pētījumos minēts, ka sievietes, kuras dzemdē pirmo reizi, uztver savu dzemdību pieredzi negatīvāk, nekā sievietes, kuras dzemdē atkārtoti (Waldenstrom & Radestad, 2004). 1-6% sievietēm, kuras piedzīvo traumatisku dzemdību pieredzi, attīstās posttraumatiskais stresa sindroms (Gamble & Creedy, 2005; Alcorn & Devilly, 2010). Meta analīzes pētījums liecina, ka posttraumatiskais stresa sindroms pēc dzemdībām tiek diagnosticēts 3.17% sieviešu, un aptuveni 15% sieviešu atrodas augsta riska grupā (Grekin & O'Hara, 2014). Sievietēm, kuras piedzīvojušas negatīvu dzemdību pieredzi, pieaug risks saskarties ar bailēm no atkārtotām dzemdībām, kā arī paaugstinās plānotu

ķeizargrieziena operāciju, kā dzemdību veida, izvēle (Sigurdardottir & Gottfredsdottir, 2017). Lai izvairītos no negatīvas dzemdību pieredzes, ir svarīgi saprast, kas sievietēm šādu pieredzi rada. Kā arī, tik pat svarīgi ir identificēt, kas ir tie faktori, kas veido pozitīvu dzemdību pieredzi. Negatīva dzemdību pieredze pētījumos tiek saistīta ar ķirurģisku iejaukšanos un medicīnisko instrumentu, piemēram, stangu un vakuuma izmantošanu dzemdību procesā. Liela nozīmē ir arī subjektīvajai dzemdību uztverei, kas ietver sievietes domas un emocijas dzemdību laikā, kognitīvos procesus pēc dzemdībām, kā arī atmiņas par piedzīvoto dzemdību procesu (Ayers, 2007). Kā svarīga loma sievietes uztvertajā dzemdību pieredzē tiek minēta sadarbība un atbalsts no vecmātes grūtniecības un dzemdību laikā (Sigurdardottir & Gottfredsdottir, 2017).

1985. gadā Pasaules Veselības Organizācijas rekomendējamais ķeizargrieziena operāciju skaits bija ne vairāk kā 10-15%. Neskatoties uz to, ķeizargriezienu skaits turpina pieaugt, īpaši attīstītajās valstīs, un nav redzamu pierādījumu tam, ka šī ķirurģiskā iejaukšanās būtu saistīta ar mātes un zīdaiņa labklājības aizsargāšanu. Gluži pretēji, ir pētījumi, kas apliecina, ka ķeizargrieziena operāciju skaits, kas pārsniedz 15% vairāk saistās ar kaitējumu nevis ieguvumiem (Althabe & Belizin, 2006). Neiropsiholoģiski pētījumi liecina, ka sievietēm, kuras dzemdējušas ar ķeizargrieziena operāciju, salīdzinājumā ar tām, kuras dzemdējušas fizioloģiskās dzemdībās, ir traucēta smadzeņu atbildes reakcija uz jaundzimušā raudāšanu (Swain & Leckman, 2012). Dzemdības ir emocionāli trausls un ievainojams notikums un mātes labsajūta ir nozīmīgi saistīta ar jaundzimušā turpmāko attīstību, tāpēc ir svarīgi saprast, kā sievieti šajā procesā vislabāk atbalstīt un palīdzēt sagatavoties.

Bakalaura darba tēmas ietvaros, tiks aplūkoti vairāki mainīgie lielumi: uztvertais stress, specifisks, ar grūtniecību saistīts stress, uztvertais sociālais atbalsts, pašefektivitātes izjūta, sagatavotība dzemdībām, un šo faktoru iespējamā saistība ar sievietes nodomu dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās, vai izvēlēties plānotu ķeizargriezienu. Lai mērītu šos mainīgos lielumus, tiks lietotas: Uztvertā stresa aptauja (Perceived Stress Scale (PPS))(Cohen & Mermelstein, 1983), kuru latviešu valodā adaptējusi (Stokenberga, 2008); Pirmsdzemdību distresa aptauja (Prenatal Distress Questionnaire (PDQ-12)) (Yali & Lobel, 1999), aptauja tika iztulkota latviešu valodā šī pētījuma ietvaros; Uztvertā sociālā atbalsta aptauja (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Zimet & Farley, 1988), adaptāciju latviešu valodā veikušas (Voitkāne, Mieziņa, Raščevska, 2004); Dzemdību pašefektivitātes aptauja (Childbirth Self-Efficacy Inventory (CSEI), Lowe, 1993), šī aptauja tika lietota saīsinātā formā un iztulkota latviešu valodā šī darba ietvaros. Par sievietes sagatavotību dzemdībām, šī darba ietvaros, tika izveidota speciāla aptauja.

Pētījuma mērķis ir izpētīt sieviešu dažādu dzemdību veidu izvēles un pieredzes saistību ar dzemdību pašefektivitātes izjūtu, uztvertā stresa izjūtu, sociālā atbalsta izjūtu, specifisku, ar grūtniecību saistīta stresa izjūtu un sagatavotību dzemdībām, kā arī saistības starp mainīgajiem lielumiem.

Pētījumā izvirzītie jautājumi:

1. Vai pastāv saistība starp uztverto stresu, grūtnieču trauksmi, uztverto sociālo atbalstu, pašefektivitātes izjūtu un sagatavotību dzemdībām sievietes grupā, kurām ir nodoms dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās?
2. Vai pastāv saistība starp uztverto stresu grūtnieču trauksmi, uztverto sociālo atbalstu, pašefektivitātes izjūtu un sagatavotību dzemdībām sievietes grupā, kurām ir nodoms dzemdēt ar ķeizargrieziena operāciju?
3. Kuri no mainīgajiem lielumiem: uztvertais stress, grūtnieču trauksme, uztvertais sociālais atbalsts, pašefektivitātes izjūta, sagatavotība dzemdībām un dzemdību skaits prognozē sievietes izvēli attiecībā uz dzemdību veidu?
4. Vai pastāv atšķirības starp mainīgajiem lielumiem: Uztverto stresu, Grūtnieču trauksmi, Uztverto sociālo atbalstu, Dzemdību pašefektivitātes izjūtu un sievietes sagatavotību dzemdībām sievietes grupā, kuras vēlas dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās un sievietēm, kuras kā dzemdību veidu izvēlējušās plānotu ķeizargrieziena operāciju?
5. Vai pastāv saistība starp uztverto stresu, grūtnieču trauksmi, uztverto sociālo atbalstu, pašefektivitātes izjūtu un sagatavotību dzemdībām sievietes grupā, kuras dzemdē pirmo reizi?
6. Vai pastāv saistība starp uztverto stresu, grūtnieču trauksmi, uztverto sociālo atbalstu, pašefektivitātes izjūtu un sagatavotību dzemdībām sievietes grupā, kuras dzemde atkārtoti?

PAŠEFEKTIVITĀTES IZJŪTA UN SAGATAVOTĪBA DZEMDĪBĀM GRŪTNIECĪBAS LAIKĀ UN DZEMDĪBĀS

Pašefektivitātes teorija ir daļa no Sociālās iemācīšanās teorijas, kuru izstrādāja Bandura. Pašefektivitāte ir primārais koncepts sociālajā iemācīšanās teorijā un tā tiek skaidrota, kā indivīda pārliecība veiksmīgi tikt galā ar uzdevumu un tam, ka uzdevuma izpilde novedīs pie konkrētiem rezultātiem (Bandura, 1977). Saskaņā ar Banduras teoriju, cilvēki rīkojas balstoties uz savu pārliecību par to, ko spēj paveikt (Bandura, 2001). Pašefektivitāte sastāv no diviem konstruktiem: Iznākuma gaidām un Uztvertās pašefektivitātes. Paredzamais iznākums ir pārliecība, ka noteikta uzvedība radīs konkrētus rezultātus, savukārt uztvertā pašefektivitāte, ir indivīda pārliecība, ka viņš spēj sasniegt sev vēlamu rezultātu. Ir svarīgi nošķirt šos divus konstruktus, jo indivīds var domāt, ka zināma uzvedība var būt efektīva, bet viņam var nebūt pārliecības par savu spēju šo uzvedību realizēt (Bandura, 1997). Bandura apgalvo, ka uztvertā pašefektivitātes izjūta ietekmē visus uzvedības aspektus, tai skaitā jaunas uzvedības formēšanos. Tā iespaido arī to, kādu uzvedības modeli indivīds izvēlas, kā arī to, cik lielu piepūli cilvēks būs gatavs ieguldīt, lai sasniegtu iecerēto. Pašefektivitāte tiek saistīta arī ar tādām afektīvām izpausmēm kā trauksme un distress. Cilvēki, kuri uzskata, ka nespēj tikt galā ar potenciāli nelabvēlīgām situācijām, piedzīvo augstu stresa un trauksmes līmeni. Uztvertai pašefektivitātes izjūtai ir noteicoša loma ar trauksmi saistīto stresoru kontrolē (Bandura, 1986; Bandura, 1989).

Par grūtniecību un dzemdībām mēdz teikt, ka to norisi un iznākumu nevar pilnībā paredzēt. Dzemdības ir viens no nozīmīgākajiem un bieži arī stresa pilnākajiem notikumiem sievietes dzīvē (Ford & Ayers, 2009). Pētījumi liecina, ka pašefektivitātes izjūtas celšanai ir pozitīva saistība ar labāku stresa pārvarēšanu grūtniecības un dzemdību laikā (Lowe, 1991, 2000; Sinclair & O'Boyle, 1999; Stockman & Altmair, 2001). Pašefektivitātes izjūta un pārliecība par saviem spēkiem tikt galā ar dzemdībām, sievietei var būt nozīmīgs motivātors izvēlēties fizioloģiskas dzemdības (Lowe, 2000). Pētījumi liecina, ka sievietes, kurām ir zemas

iznākuma gaidas (zema ticība tam, ka konkrēta rīcība varētu būt palīdzīga) un zema pašefektivitātes izjūta (neticība, ka viņas spēš šādu uzvedību realizēt) biežāk kā dzemdību veidu izvēlas ķeizargrieziena operāciju (Dilks & Beal, 1997; Schwartz & Fenwick, 2015). Pastāv saistība starp bailēm no dzemdībām, dzemdību pašefektivitātes izjūtu un depresijas simptomiem grūtniecēm. Pašefektivitātes izjūtas uzlabošana var mazināt depresijas attīstību (Schwartz & Fenwick, 2015). Zema dzemdību pašefektivitātes izjūta sievietēm, kuras izjūt pastiprinātas bailes no dzemdībām tiek minēta kā riska faktors posttraumatiskā stresa sindroma attīstībai (PTSS) pēc dzemdībām (Soet & Dilorio, 2003; Ford & Bradley, 2010; kā minēts, Schwartz & Fenwick, 2015). Posttraumatiskā stresa traucējumi var rasties, ja indivīds piedzīvo notikumu, kuru uztver kā savas, vai sev nozīmīga cilvēka dzīvības apdraudējumu, vai draudus fiziskajai integritātei, un uz ko indivīds reaģē ar spēcīgām bailēm, bezpalīdzību un šausmām (Ayers, 2007). Pētījumi liecina, ka dzemdības var būt nozīmīgs faktors posttraumatiskā stresa sindroma attīstībai. Un rietumu kultūrā aptuveni 15- 20% sieviešu norāda, ka uztver savu dzemdību pieredzi, kā traumatisku (Grekin & O'Hara, 2014). Pētījumos tiek izcelti vairāki riska faktori, kas pēcdzemdību periodā paaugstina PTSS attīstības iespēju. Tādi kā iepriekšēja traumatiska pieredze un psiholoģiskas problēmas, zems sociālais atbalsts, kā arī traumatiska dzemdību pieredze (Grekin & O'Hara, 2014). Bieži PTSS attīstība saistīta ar neplānotu ķeizargrieziena operāciju vai instrumentālu iejaukšanos dzemdību procesā, tādu kā vakuuma vai stangu izmantošanu. Traumatiska pieredze saistīta arī ar kontroles zaudēšanas sajūtu vai nepietiekamu informētību par notiekošo dzemdību procesā. Jāmin arī, ka pētot PTSS, pētnieki saskaras ar grūtībām, jo nav pilnīgi precīzi iespējams noteikt, kas ir bijuši galvenie stresori, kuri izraisījuši PTSS attīstību. Kā, piemēram, gadījumos, kad sieviete piedzīvojusi traumatisku pieredzi pagātnē, tādu kā, seksuāla vai fiziska vardarbība, un pēc dzemdībām novērojami PTSS simptomi, var domāt, ka tie bijuši jau pirms piedzīvotajām dzemdībām un turpinās pēc bērna piedzimšanas. Tāpat jāmin, ka PTSS pētniecībā trūkst kvantitatīvu pētījumu, jo pārsvarā pētījumi par šo tēmu ir kvalitatīva rakstura (Grekin & O'Hara, 2014). Meta analīzes pētījumā par PTSS grūtniecības un pēcdzemdību periodā tika konstatēts, ka grūtniecības laikā PTSS vairāk sastopams sievietēm, kuras nomoka slikta dūša, vemšana, augļa anomālijas un, kuras bērnībā piedzīvojušas vardarbīgu izturēšanos. Savukārt pēcdzemdību periodā, PTSS visvairāk bija saistīts ar negatīvu dzemdību pieredzi. Sievietēm, kurām pēcdzemdību periodā attīstās PTSS, raksturīgas sāpīgas un uzmācīgas atmiņas, kā arī ruminēšana (Ayers, 2007). Vidējā PTSS izplatība grūtniecības laikā uzrādījās 4,6% sieviešu, bet pēcdzemdību periodā 5,44% sieviešu (Yildiz & Phillips, 2017). Ir svarīgi pētīt, kādi faktori ir saistīti ar PTSS attīstību pēcdzemdību periodā, jo tas sievietei rada

milzīgu distresu un saistīts ar panikas lēkmēm, trauksmi, sērām, dusmām, bailēm un reizēm pat suicidālām domām. Kā arī tas var negatīvi ietekmēt piesaistes veidošanos un bērna attīstību. Mātes loma jaundzimušā attīstībā un pašregulācijas spējās ir kritiski nozīmīga, tāpēc ir svarīgi laicīgi atpazīt PTSS simptomu attīstību (Grekin & O'Hara, 2014).

Pētījumi, liecina, ka neplānotas ķeizargrieziena operācijas saistītas ar bailēm no dzemdībām un sievietēm, kuras izjūt bailes no dzemdībām, šāds dzemdību veids sastopams biežāk (Sydsjo & Josefsson, 2012). Bailes no dzemdībām saistītas ar lielākām sāpēm un distresu dzemdību laikā (Wuitchik & Bakal, 1990; kā minēts, Melender, 2002). Pētījumos minēts, ka rietumu valstīs, katra piektā grūtniece piedzīvo ievērojamas bailes no dzemdībām (Salomonsson & Alehagen, 2013). Pirmdzemdētājas, kurām bija zema pašefektivitātes izjūta grūniecības laikā, uzrādīja augstākas bailes no dzemdībām (Lowe, 2000). Bailes no dzemdībām var būt kā riska faktors negatīvai dzemdību pieredzei (Waldenstrom & Radestad, 2004). Bieži bailes no dzemdībām saistītas ar iepriekš iegūtu negatīvu dzemdību pieredzi (Nilsson & Lundgren, 2009).

1993. gadā Louve (Lowe), balstoties uz Banduras pašefektivitātes teoriju (Bandura, 1977), izstrādāja Dzemdību pašefektivitātes aptauju (Childbirth Self-Efficacy Inventory). Tā tika izstrādāta, lai mērītu grūtnieču pārliecību par spēju tikt galā ar dzemdībām, ņemot vērā iznākuma efektivitāti un pašefektivitāti. Šo konstruktus mērīšanai, dzemdības tika iedalītas divos posmos: pirmā posma aktīvajā dzemdību fāzē un otrajā posmā, kas saistīts ar dzemdību izstumšanas fāzi. Aptauja ietver 62 pantus, kas ir sadalīti 4 apakšskalās, kurās tiek mērīts gan gaidāmais iznākums- kāda uzvedību viņuprāt būtu noderīga dzemdību laikā, gan arī pašefektivitātes izjūta- kā viņas vērtē savas spējas realizēt šādu uzvedību dzemdību laikā (Lowe, 1993). Šī aptauja ir tulkota un adaptēta vairākās valodās (Khorsandi & Aguilar-Vafaie, 2008; Carlsson & Nissen, 2014; Schwartz & Fenwick, 2015; Gourounti & Lykeridou, 2015). Saskaņā ar Banduras teoriju, uztvrtā pašefektivitātes izjūta par dzemdībām ir saistīta ar četriem nozīmīgiem faktoriem: (1) Līdzšinējā dzemdību pieredze- iepriekšējās dzemdības; (2) Iegūtā pieredze, piemēram, no pirmsdzemdību nodarbībām, grāmatām, filmām u.c.; (3) Verbālie ieteikumi un uzmuntrinājums no iesaistītajām personām- draugiem, ģimenes, dzemdību speciālistiem; (4) Fizioloģiskas reakcijas, emocionālais uzbudinājums, trauksme un stress (Bandura, 1982; Lowe, 1993; Schwartz & Fenwick, 2015).

Pētījumi liecina, ka pašefektivitātes izjūta cieši saistīta ar sievietes sagatavotību dzemdībām, un speciālu, grūtniecēm paredzētu programmu apmeklēšana, ceļ pašefektivitātes izjūtu (Rahimparvar & Rahimi, 2012). Pirmsdzemdību sagatavošanas kursi paredzēti gan grūtniecēm, gan topošajiem tēviem, un to mērķis ir sagatavot jaunus vecākus bērna ienākšanai

ģimenē. Šajosursos tiek aplūkotas tēmas, kas saistītas ar grūtniecību- veselības uzvedība grūtniecības laikā, dzemdībām, sāpju pārvarēšanas stratēģijām un elpošanas tehnikām, krūts barošanu, jaundzimušā aprūpi un vecāku lomu, runājot gan par fizioloģiskiem, gan psiholoģiskiem aspektiem, ar kuriem šīs jomas saistītas. Kursi var noritēt gan lekciju formā, gan praktisko nodarbību veidā, kuru laikā sievietes mācās atslābināt savu ķermeni, veic vingrojumus, kas piemēroti grūtniecēm un apgūst elpošanas tehnikas. Latvijā sastopamajos standartizētajos dzemdību sagatavošanasursos lielāks uzsvars tiek likts uz informācijas sniegšanu par pašu dzemdību procesu, kas būtu nepieciešams dodoties uz stacionāru, pirmās dienas ar jaundzimušo, kā arī fiziski vingrojumi, kuri īpaši piemēroti grūtniecēm un elpošanas tehnikas, kuras sievietē varēs izmantot dzemdību laikā. 2018. gadā veiktajā metaanalīzes pētījumā, kurā apkopota zinātniskā literatūra par dzemdību pieredzi, atklāts, ka sagatavotība dzemdībām ir uzskatāma par veiksmīgu stratēģiju, kas var būtiski uzlabot dzemdību pieredzi (Taheri & Sarafraz, 2018). Tomēr šī pieredze vairāk saistīta ar ilgtermiņa atmiņām par dzemdībām, kad mērījums tika veikts piecus gadus pēc dzemdībām, sešas nedēļas pēc dzemdībām būtiskas atšķirības dzemdību pieredzē starp sievietēm, kuras saņēma pirmsdzemdību apmācības un tām, kuras nesaņēma, neuzrādījās. Būtiskas atšķirības starp eksperimentālo grupu un kontrolgrupu dzemdību pieredzē bija saistītas ar individuāla dzemdību plāna izstrādi, kuru sievietē izstrādāja kopā ar savu vecmāti un dzemdību process tika organizēts un vadīts saskaņā ar šo plānu. Tas paaugstināja pozitīvu dzemdību pieredzes uztveri un kontroles izjūtu dzemdību laikā (Taheri & Sarafraz, 2018). Šeit būtu jāmin, ka pozitīva dzemdību pieredze varētu būt saistīta arī ar veiksmīgu un pēctecīgu vecmātes aprūpi, kas pētnieciskajā literatūrā tiek minēta, kā nozīmīgs faktors pozitīvai dzemdību pieredzei (Hodnett & Sakala, 2013). Vēl jau pieminētajā metaanalīzē, kā nozīmīgs faktors pozitīvas dzemdību pieredzes veidošanā, tika minēta fiziska pavadošās personas klātbūtne dzemdību procesā, kā arī šīs personas emocionālais atbalsts sievietei. Savukārt 2017. gadā veiktajā metaanalīzes pētījumā par bailēm no dzemdībām, tika atklāts, ka sagatavotība dzemdībām nozīmīgi mazina šīs bailes. Galvenie faktori, kuri pētnieciskajā literatūrā tiek saistīti ar bailēm no dzemdībām ir sagatavotības un zināšanu trūkums par grūtniecību un dzemdībām, zems pašvērtējums un zema pašefektivitātes izjūta, kontroles zaudēšana pār savu ķermeni un sociālā atbalsta trūkums, galvenokārt no partnera vai laulātā (MoghaddamHosseini & Jahanfar, 2017). Pētījumi rāda, ka sievietēm, kuras izjuta izteiktas bailes no dzemdībām, apmeklējot speciālus psiholoģiski izglītojošus kursus, bija zemāks ķeizargriezienu skaits, augstāks fizioloģisko dzemdību skaits, veiksmīgāka krūtsbarošanas uzsākšana, kā arī zemāki pēcdzemdību depresijas rādītāji salīdzinājumā ar sievietēm, kuras šādus kursus nebija

apmeklējušas (Prentice & Halfon, 2003; Saisto & Halmesmaki, 2006; Rouhe & Saisto, 2009). Sievietēm, kuras izjūt bailes no dzemdībām, vajadzība pēc psiholoģiskā atbalsta un izglītojošas programmas dzemdniecībā, ir lielāka, nekā grūtniecēm kopumā. Lai šādas sievietes būtu iespējams identificēt un sniegt tām nepieciešamo atbalstu, pētnieciskajā literatūrā iesaka grūtniecēm paredzētajās klīnikās lietot tādas aptaujas, kā piemēram, Grūtniecības trauksmes skala un bailes no dzemdībām aptauja. Tāpat tiek ieteikts pirmsdzemdību sagatavošanasursos koncentrēties ne tikai uz tehniskiem dzemdību aspektiem, bet sniegt pārim arī spēcīgu psiholoģisku atbalstu, saskaroties ar stresu, kas saistīts ar kļūšanu par vecākiem. Partnera piedalīšanās šādos sagatavošanasursos, var būtiski paaugstināt pozitīvo rezultātu (Saisto & Halmesmaki, 2001). Par pētījumu balstītu zinātniskajā literatūrā tiek atzīta Apzinātībā balstīta dzemdību sagatavošanas programma (Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBSR)). Šajā programmā uzsvars tiek likts uz apzinātību, komunikāciju un lēmumu pieņemšanas prasmēm, un pētījumi liecina, ka tai ir pozitīvs efekts uz trauksmes un baiļu mazināšanu grūtniecēm (MoghaddamHosseini & Jahanfar, 2017). Pilna programma ilgst astoņas nedēļas, kuru laikā sieviete apgūst meditācijas un pieņemšanas prakses, kā arī saņem izglītojošu informāciju par dzemdību gaitu, īpaši akcentējot nepieciešamību dzemdību procesā ļauties notiekošajam un būt atvērtai dažādiem scenārijiem, attīstot iekšējo elastību. Apzinātība ir balstīta no mirkļa- uz mirkli procesā, saglabājot koncentrētu klātesamību, tādā veidā atbalstot normālu un dabīgu dzemdību procesu gan fizioloģiski, gan psiholoģiski (Bardacke, 2012).

Tomēr dzemdību pieredze ir komplicēta un ietver dažādas izjūtas, kuras sieviete piedzīvo, tādās kā kontroles izjūta dzemdību laikā, pašapziņa, piepildījuma izjūta, lēmumu pieņemšana un sasniegumu, gandarījuma izjūta, tāpēc dzemdību pieredzes mērīšana ir sarežģīts process (Taheri & Sarafraz, 2018).

GRŪTNIECĪBAS STRESS UN UZTVERTAIS STRESS GRŪTNIECĪBAS LAIKĀ UN DZEMDĪBĀS

Stress, tā kā tas ir saistīts ar dažādiem veselības sarežģījumiem un slimībām, zinātniskajā literatūrā ir plaši aplūkots un pētīts konstrukts (Cohen & Miller, 2007). Uztvertā stresa skala tika radīta, lai mērītu pakāpi, kādā indivīds savas dzīves situācijas novērtē, kā stresa pilnas (Cohen & Marmelstein, 1983). Dzemdības ir ļoti intensīvs un fizioloģiski sarežģīts process sievietes dzīvē, kas var būt saistīts gan ar augstu fizioloģisku stresa līmeni, gan emocionāli, kognitīvi, sociāli un kulturāli nozīmīgiem faktoriem. Kā arī grūtniecība un dzemdības ietver daudzus un tos pašus procesus, kas saistīti ar stresa reakciju (Horsch & Ayers, 2016). Pētījumi liecina, ka augsts stresa līmenis grūtniecības laikā ir saistīts ar priekšlaicīgām dzemdībām un zemāku jaundzimušā svaru (Copper & Norman, 1996; Davis & Sandman, 2005; Dole & Buekens, 2003; Hedegaard & Sabroe, 1996; Lobel & Scrimshaw, 1992; Lobel, 1994; Wadhwa & Garite, 1993; kā minēts Lobel & Meyer, 2008; Arck, 2010). Paaugstināts stress var negatīvi ietekmēt mātes un bērna hormonus un hormonālās izmaiņas, kas ir vitāli svarīgas veselīgai grūtniecībai, dzemdībām un augļa attīstībai (Horsch & Ayers, 2016). Kā arī, neskatoties uz to, ka mūsdienu medicīna nemitīgi attīstās, priekšlaicīgu dzemdību skaits pēdējās desmitgadēs ir pieaudzis līdz 30% (Martin & MacDorman, 2005). Pastāv tieša saistība starp grūtniecības stresu un dažādām grūtniecības komplikācijām (Mulder & Visser, 2002). Stress grūtniecības laikā ne tikai saistīts ar priekšlaicīgām dzemdībām un augļa attīstības traucējumiem, tam ir arī tālejošākas sekas. Pētījumi liecina, ka bērni, kuru mātes izjutušas paaugstinātu stresu un trauksmi grūtniecības laikā, pēcdzemdību periodā izrāda baiļpināku un trauksmaināku uzvedību, kā arī šiem bērniem ir zemākas attīstības risks un vēlākā vecumā lielāks risks attīstīties uzmanības deficīta sindromam. Pirmsdzemdību stresa mērīšana ir vērsta uz grūtniecības laikā izjusto specifisko stresu, kas saistīts ar dažādiem fizioloģiskiem simptomiem, ķermeņa izmaiņām, trauksmi par dzemdībām, trauksmi par darbu, vecāku rūpēm un rūpēm par gaidāmā bērna veselību, nereti arī attiecību sasprindzinājumu. Pētījumi rāda, ka bailes no dzemdībām tiek saistītas ar neplānotu ķeizargriezieni (Sydsjo & Josefsson, 2012). Ir pētījumi, kur īpaši tiek izdalīta specifiska grūtniecības trauksme (Roeh & Hobel, 2004). Trauksme grūtniecības laikā ir izplatīta garīgās veselības problēma (Lee & Fonf, 2007; Teixeira & Costa, 2009; kā minēts, Bayrampour & Tough, 2016). Pētījumi liecina, ka ar grūtniecību saistītā trauksme ir atšķirīga no vispārējās trauksmes un depresijas, un tā vairāk tiek saistīta ar grūtniecības iznākumu gan mātei, gan

bērnām (Bayrampour & Tough, 2016). Roešs un kolēģi uzsver, ka grūtnieču stresu vajadzētu aplūkot kā daudzdimensionālu konstrukt, kurā tiek izdalītas stresa konstrukta kopīgās iezīmes. Arī Mulders un kolēģi savā pētījumā par grūtniecības laikā izjusto stresu atzīmē, ka stresu grūtniecības laikā jāaplūko kā daudzdimensionālu konstrukt, kas iekļauj psiholoģiskus, sociālus un fizioloģiskus aspektus (Mulder & Visser, 2002). Stress lielā mērā saistīts ar spēju adaptēties, kā arī to, kādas stresa pārvarēšanas stratēģijas tiks izmantotas. Ja adaptācijas spējas ir traucētas vai pazeminātas, stresa līmenis indivīda dzīvē būs paaugstināts. Grūtniecības laikā sievietē saskaras gan ar fizioloģiskām, gan sociālām, gan emocionālām pārmaiņām, kuras prasa spēju pielāgoties un adaptēties pārmaiņām. Stresora iedarbības laikā, tiek aktivizēta visa stresa regulēšanas sistēma: hipotalāma-hipofīzes-virsnieru garozas sistēma un simpātiskās nervu sistēmas-virsnieru dziedzeru sistēma. Asinīs izdalās liels daudzums ar stresu saistīto hormonu, kā piemēram, kortizols un noradrenalīns. Tomēr dažādi indivīdi dažādi reaģē uz vieniem un tiem pašiem stresoriem. Stresa reakcijas pakāpe ir saistīta ar ģenētiskiem faktoriem, indivīda personības iezīmēm, iepriekšējās dzīves pieredzes, sociālā atbalsta un tā, kādas stresa pārvarēšanas stratēģijas persona izmanto (Mulder & Visser, 2002). Stresa hormoni ir arī daļa no dabiska dzemdību procesa. Tādi stresa hormoni kā epinefrīns, prolaktīns un kortizols dzemdību laikā izdalās sievietes asinīs un fizioloģiski sagatavo gan māti, gan bērnu dzemdībām. Šo hormonu pieaugums var veicināt kontrakcijas, atvieglojot oksitocīna izdalīšanos, un nodrošinot fizioloģiskas izmaiņas bērnām, kas maksimāli palielina bērna izdzīvošanu virzoties pa dzemdību ceļiem un atbalstot bērna respiratoro sistēmu. Savukārt pārlietu liels stress dzemdību laikā var nozīmīgi kaitēt dabiskam dzemdību procesam (Horsch & Ayers, 2016). Neskatoties uz to, ka dzemdības ir dabisks, fizioloģisks process, Rietumu kultūrā šis process ir ļoti medicinizēts (Horsch & Ayers, 2016). Pētījumi liecina, ka pārlieta iejaukšanās dzemdību procesā var nojaukt dzemdību dabisko hormonu fizioloģiju. Bieži viena iejaukšanās noved pie nākamās, radot kaskādi, kas var radīt hormonālus traucējumus un paaugstināt riskus mātei un bērnām (Buckley, 2015).

Sieviete grūtniecības laikā piedzīvo nozīmīgas fizioloģiskas izmaiņas, visbiežāk arī viņas sociālā dzīve piedzīvo pārmaiņas, kurām jāspēj pielāgoties un, kuras prasa psiholoģisko elastību. Psiholoģiskā elastība ietver vairākus dinamiskus procesus, kurus laika gaitā var attīstīt. Šie procesi saistīti ar to: 1) kā persona pielāgojas mainīgajām situācijām, 2) spēj atjaunot garīgos resursus, 3) spēj mainīt perspektīvu un, 4) līdzsvarot savas vēlmes un vajadzības dažādās dzīves jomās. Psiholoģiskās elastības trūkums saistīts ar kognitīvu rigiditāti un tādām izpausmēm, kā ruminēšana un pārlieta raizēšanās. Svarīga kognitīva funkcija, kas saistīta ar psiholoģisko elastību, ir spēja tolerēt distresu un attīstīt atvērtu

attieksmi pret dažādām emocijām, domām un sajūtām. Negatīvas emocijas un neparedzēti, sarežģīti apstākļi ir neatņemama cilvēka dzīves sastāvdaļa (Kashdan & Rottenberg, 2010). Grūtniecība un īpaši dzemdības ir process, kas saistīts gan ar pozitīvām, gan negatīvām emocijām. Tas ir neparedzams, dinamisks un prasa no sievietes kā spēju pielāgoties, tā spēju tikt galā ar spēcīgām emocijām. Zema psiholoģiskā elastība un grūtības pielāgoties pārmaiņām var radīt pastiprinātu trauksmi. Trauksme grūtniecības laikā ir mazāk pētīta nekā depresija (Andersson & Bixo, 2006). Taču ir pētījumi, kas apliecina, ka sievietēm ar augstiem trauksmes traucējumu rādītājiem, pastāv augstāks risks depresijas attīstībai (Breslau & Schultz, 1998). Trauksme ir saistīta ar sievietes pašefektivitātes izjūtu dzemdībās. Jo augstāki trauksmes rādītāji, jo zemāka ir sievietes pārlicība par saviem spēkiem dzemdībās izmantot relaksācijas un citas tehnikas (Beebe & Humphreys, 2007). Paaugstināta trauksme grūtniecības laikā saistīta ar kopējo dzīves kvalitātes izjūtas pazemināšanos (Mingli Yu & Hui Wu, 2020). Kā arī, sievietes, kurām ir lielāka pirmsdzemdību trauksme, izjūt augstākas dzemdību sāpes (Lowe, 1991; Beebe & Humphreys, 2007).

Ir pētījumi, kas liecina, ka stresa uztvere grūtniecības laikā mainās un, tā saistīta ar konkrēto grūtniecības periodu- grūtniecībai progresējot, sievietes gan fizioloģiski, gan psiholoģiski ir mazāk reaktīvas uz stresu (Glynn & Sandman, 2001, 2004; Matthews & Rodin, 1992; Schulte & Allolio, 1990; kā minēts Glynn & Sandman, 2008). Dažādi dzīves notikumi, kā piemēram, darba zaudēšana, nesaskaņas partnerattiecībās, juridiska rakstura nepatikšanas un fizisks apdraudējums, grūtniecības sākumposmā izraisīja lielāku stresu, nekā grūtniecības beigu posmā. Sievietes, kuru stresa reakcija grūtniecības pēdējā trimestrī nemazinājās vai, gluži pretēji- pieauga, uzrādīja lielāku priekšlaicīgu dzemdību risku, kā arī, tika noteikts ka stresa izmaiņas grūtniecības laikā ir svarīgs priekšlaicīgu dzemdību prognozētājs (Glynn & Sandman, 2008).

UZTVERTAIS SOCIĀLAIS ATBALST GRŪTNIECĪBAS LAIKĀ UN DZEMDĪBĀS

Sociālais atbalsts gan grūtniecības laikā, gan dzemdībās ir svarīgs sievietes labsajūtas noteicējs. Grūtniecība un dzemdības var radīt papildus stresu sievietes dzīvē un sociālais atbalsts var kalpot kā svarīgs aizsargmehānisms. Var izšķirt sociālo atbalstu, ko sieviete saņem no sava partnera, ģimenes un draugiem, un profesionālo atbalstu, ko nodrošina vecmāte, ārstējošais ginekologs un pārējais personāls, kurš piedalīsies dzemdībās un pēcdzemdību periodā. Atbalsts var būt emocionāls, radot piederības un drošības sajūtu, iedrošinošs, veicinot sievietes pārliecību par saviem spēkiem, informatīvs, nodrošinot sievieti ar nepieciešamo ar grūtniecību un dzemdībām saistīto informāciju, kā arī praktisks, sniedzot praktisku atbalstu konkrētajās situācijās (Thorstensson & Ekstrom, 2015).

Dzemdības mēdz uzskatīt par laimīgāko notikumu jebkura vecāka dzīvē. Kļūstot par vecākiem, vienlaikus tiek iegūts sociālais statuss, un lielākā daļa vecāku to raksturo kā pozitīvu pieredzi. Tomēr grūtniecība pati par sevi var būt arī traumatisks notikums, un radīt stresu sievietei, kura to piedzīvo (Nazare & Mehran, 2014). Jo īpaši pirmā bērna piedzimšana psihosociālā stresa pētījumos tiek klasificēta kā ārkārtīgs stresa pilns notikums (Pournamdarian, & Asgharnejad, Farid, 2012). Bažas par grūtniecības kā fiziski, tā psiholoģiski nelabvēlīgo ietekmi un bailes no dzemdībām var atzīmēt kā divus no šī perioda stresa faktoriem. Tiek lēsts, ka 1 no 5 grūtniecēm baidās no dzemdībām. Turklāt aptuveni 6–13% grūtnieču izjūt smagas un novājinošas bailes, kas papildus fiziskiem faktoriem var izraisīt arī tādas psiholoģiskas komplikācijas kā depresija un trauksme, negatīvs garastāvoklis pēc dzemdībām un ēšanas traucējumi (Khorsande, Masole, 2014).

Mātes kompetences un apmierinātības iegūšana no mātes lomas ir galvenie komponenti, kas nepieciešami mātes lomas pieņemšanai. Šādai pieņemšanai savukārt ir būtiska ietekme uz sievietes dzīves kvalitāti un zīdaiņa attīstību (Bloomfield & Kendall, 2012). Mātes kompetence, līdzīgi kā mātes pārliecība un mātes pašefektivitātes jēdziens, atspoguļo sieviešu priekšstatus par viņu spējām efektīvi pildīt mātes lomu (de Montigny & Lacharité, 2004). Kļūšana par māti pirmo reizi ir viena no galvenajām pārējām pieauguša cilvēka attīstībā, un pārmaiņas, kas šo pāreju pavada, ir neizbēgams šī procesa elements. Zīdaiņa piedzimšana ir ne tikai svarīgs notikums pāriem, bet arī rada satraukumu visai ģimenei (Yehia & Hamdan-Mansour, 2013). Iepriekšējie pētījumi liecina, ka sociālais atbalsts atvieglo sievietes pielāgošanos mātes lomai. Sociālais atbalsts, tostarp ģimenes un draugu pozitīvs atbalsts, palielina vecāku kompetenci,

sniedzot iedrošinājumu un resursus jauno lomu pieņemšanai (Leahy, Warren, 2005). Sociālais atbalsts ir kā aizsargfaktors, kas pasargā cilvēkus no stresa iespējamās ietekmes dažādās dzīves situācijās un ļauj cilvēkiem tikt galā ar dzīves grūtībām (Trivette, Dunst, Hamby, 2010).

Bailes no dzemdībām ir nozīmīgs faktors grūtniecības laikā, kā arī dzemdību laikā un pēc tām. Šo baiļu attīstībā noteicoša loma ir psiholoģiskajiem un sociālajiem faktoriem (Taheri & Hasanzade, 2015). Fišera et al. (Fisher & Fenwickb, 2005) pētījuma rezultāti ilustrēja, ka bailēm no dzemdībām ir divas dimensijas: individuālā un sociālā dimensija.

Pētījumi (Leahy, Warren, 2005) liecina, ka sociālais atbalsts atvieglo dzemdības un pēcdzemdību periodu, sociālais atbalsts, tostarp pozitīvs ģimenes un draugu atbalsts, palielina vecāku kompetences, sniedzot iedrošinājumu. Sociālajai dimensijai lielākajā daļā pētījumu ir pievērsta mazāka uzmanība (Taheri & Hasanzade, 2015), lai gan ir konstatēts, ka sociālā dimensija ietekmē ne tikai sievietes identitāti, bet arī viņas uztveri par dzemdībām. Sociālās attiecības, grūtnieču neoficiālie atbalsta tīkli un vecmātes atbalsts var stiprināt sieviešu uztveri par dzemdībām kā fizioloģisku un kontrolējamu procesu (Fisher & Fenwickb, 2005). Jāatzīmē, ka sociālajam atbalstam ir divas galvenās dimensijas: saņemtais un uztvertais sociālais atbalsts. Saņemtais sociālais atbalsts ir indivīda saņemtā atbalsta likme. Uztvertais sociālais atbalsts ir indivīda novērtējums par atbalsta pieejamību, kad tas ir nepieciešams, un tas ir kvalitatīvi izmērāms jēdziens (Gulacti, 2010). To ietekmē kultūra, evolūcija, personība un atbalsta sistēmas (Fisher & Fenwickb, 2005). Teorētiski uzskata, ka attiecības nav sociālā atbalsta avots, ja vien indivīds tās neuztver kā piemērotu un pieejamu avotu savu vajadzību apmierināšanai (Chadwick & Collins, 2015).

Sociālais atbalsts ir starppersonu attiecības, kas indivīdiem vajadzības gadījumā sniedz psiholoģisku palīdzību. Grūtniecības gadījumā, tie, kas sniedz šo palīdzību, ir ģimenes locekļi, kaimiņi, kolēģi, radnieki un medicīnas personāls, kas mātēm sniedz psiholoģisku atbalstu un informāciju (Nazare & Mehram, 2014). Iepriekšējie pētījumi ir parādījuši, ka sociālajam atbalstam ir būtiska saistība ar stresa samazināšanos grūtniecības laikā (Pasha & Faramarze, 2015), un atbalsta trūkumam ir saistība ar nevēlēšanos zīdīt (Hildingsson & Rubertsson, 2008), pēcdzemdību depresiju (PPD) (Spoozak & Yonkers, 2009), depresiju grūtniecības laikā (Nore & Mohamade, 2013). Daži pētnieki ir ziņojuši par pretrunīgiem rezultātiem šajā jautājumā. Daži pētījumi ir parādījuši, ka dažreiz sniegtais sociālais atbalsts ir nepiemērots vai nav savlaicīgs un ir pretrunā ar mātes vēlmēm (Garcia & Jariego, 2002).

Sociālais atbalsts ir kā aizsargmehānisms, kas pasargā cilvēkus no stresa izraisītu dzīves notikumu iespējamās ietekmes un dod cilvēkiem iespēju tikt galā ar dzīves grūtībām (Trivette & Hamby, 2010). Saskaņā ar Bandura teoriju mātes, kurām ir lielāka mātes kompetences izjūta,

vairāk akcentē sevī mātes lomu, nepārmet sev un izjūt lielāku apmierinātību (Bandura, 1997). Jāatzīmē, ka mātes lomas attīstība ir dinamisks process, kas sākas jau grūtniecības laikā un attīstās 4 līdz 6 mēnešus pēc dzemdībām.

Sakarā ar uztvertā sociālā atbalsta nozīmīgumu indivīdu psiholoģiskajā labklājībā, iepriekšējo pētījumu pretrunīgajiem rezultātiem, kultūras atšķirību lomu sociālā atbalsta modeļos (Logsdon, 2003) un svarīgo nozīmi bailēm no dzemdībām ķeizargrieziena izvēlē, tika veikts pētījums (Zahede & Mahmodyan, 2015). Šis pētījums tika veikts, lai noteiktu iespējamās problēmas saistībā ar mātes sociālo atbalstu un prognozējošo mainīgo nozīmi bailēs no dzemdībām. Sociālā atbalsta nozīme šajā pētījumā bija 77,90%, kas saskanēja ar Sadeghe (Sadeghe & Jahde, 2003) Jamshidimanesh (Jamshidimanesh & Haghane, 2012) un Gao (Gao & Chan, 2014) pētījumu rezultātiem. Sadeghe pētījumā vidējais uztvertā sociālā atbalsta rādītājs bija 62,71% un ģimenes, draugu un laulātā atbalsta rādītāji bija attiecīgi 22,53%, 16,56% un 23,61% (Sadeghe & Jahde, 2013). Gao (Gao & Chan, 2014) pētījumā vidējais uztvertā sociālā atbalsta rādītājs bija 68%.

Sociālais atbalsts saistīts ar brīvprātīgas palīdzības saņemšanu no citiem cilvēkiem (Abdollahpour & Khosravi, 2015). Šāda veida atbalstu var saņemt no dažādiem avotiem, piemēram, ģimenes, draugiem vai kopienas, un tas var rasties dažādos fiziskās, emocionālās (līdzjūtības, mīlestības un aprūpes), verbālās un finansiālās palīdzības veidos (Logsdon & Koniak-Griffin, 2005). Sociālais atbalsts un tā saistība ar veselību grūtniecības laikā ir pētīta dažos pētījumu projektos (Bohnke & Croudace, 2016). Šajā sakarā dažos pētījumos ir pētīta saistība starp sociālo atbalstu, pirmsdzemdību veselības uzvedību (Harley & Eskenazi) un dzīves kvalitāti (Elsenbruch & Pincus-Knackstedt, 2007).

Sievietes grūtniecības laikā saņemtās aprūpes un atbalsta kvalitāte nosaka dzemdību kvalitāti un mātes / jaundzimušo veselību (Silove & da Costa, 2016). Uztvertais mātes sociālais atbalsts norāda uz viņas kognitīvo vides novērtējumu un pārliecību par palīdzības pieejamību, ja nepieciešams.

Pētījumi liecina, ka atbalstošā personāla sniegto pakalpojumu kvalitāte un attieksme ir nozīmīgs faktors grūtniecībā, dzemdībās un pēcdzemdību periodā (Hunter & Kirkham, 2008). Uzsverot nepieciešamību pēc uzticības pilnām attiecībām ar vecmāti, un šī emocionālā aspekta saistību ar dzemdību pieredzi (Leap & Huber, 2010; Lyberg & Severinsson, 2010). Ir pētījumi, kuros vecmātes pakalpojumu kvalitāte minēta kā noteicošais faktors sievietes dzemdību pieredzē, izdalot piecus galvenos principus vecmātes profesijā: profesionāla aprūpe, vecmātes kompetence, vecmātes saskarsmes prasmes un vecmātes personīgā un profesionālā izaugsme (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011; kā minēts, Dahlberg & Aune, 2013). Vecmātes palīdzība

un atbalsts tiek minēts kā centrālais aspekts sievietes spējā tikt galā ar dzemdībām (Lundgren, 2005; Sigurdardottir & Gottfredsdottir, 2017). Ir pētījumi, kas liecina, ka sievietes, kuras dzemdību laikā nebija apmierinātas ar vecmātes sniegto atbalstu, novērtēja savu dzemdību pieredzi, kā negatīvu (Sigurdardottir & Gottfredsdottir, 2017). Kā svarīgs aspekts veiksmīgākai dzemdību pieredzei tiek minēta nepārtrauktība un pastāvība profesionālajā grūtniecības un dzemdību aprūpē, kas nozīmē ka viena un tā pati vecmāte, vai vecmātes aprūpē sievieti gan grūtniecības, gan dzemdību laikā. Aprūpes nepārtrauktība saistīta ar sievietes lielāku pārliecību par sevi, sajūtu par labāku sagatavotību dzemdībām un pozitīvāku dzemdību pieredzi, kā arī sniedz iespēju izveidoties uzticības pilnām attiecībām starp grūtnieci un vecmāti jau gaidību laikā, sniedzot sievietei lielāku pašāvērtības un drošības izjūtu dzemdībās (Sandall & Gates, 2010; Dahlberg & Aune, 2013). Sievietes, kuras dzemdību procesā saņēmušas aprūpes nepārtrauktību no vecmātes, medmāses vai dūlas, biežāk dzemdē fizioloģiskās dzemdībās, nepiedzīvojot instrumentālu iejaukšanos dzemdību procesā, tādu, kā vakuuma vai stangu izmantošanu. Kā arī kopumā viņu dzemdības ir īsākas un retāk beidzas ar ķeizargrieziena operāciju. Šādai aprūpes nepārtrauktībai vajadzētu būt normai, nevis izņēmumam, tomēr daudzās valstīs slimnīcu vide šādu nepārtrauktību nespēj nodrošināt un tā drīzāk ir kā izņēmums (Hodnett & Sakala, 2013). Latvijā šāda aprūpes nepārtrauktība iespējama, ja grūtniece ar konkrēto vecmāti noslēdz sadarbības līgumu vai arī izmanto dūlas pakalpojumus. Mūsdienu slimnīcu vide un aprīkojums sniedz iespēju nemitīgi novērot un uzraudzīt grūtnieci un dzemdību procesu. Un, kaut arī šāda pastāvīga uzraudzība būtiski atvieglo aprūpējošā personāla darbu, šāda uzraudzība var mazināt sievietes spēju dzemdību procesā efektīvi strādāt un dzemdēt bez ārējas iejaukšanās. Pārlika pārraudzība palielina sievietes uztverto stresu un iedarbina neuro-hormonālo notikumu kaskādi, kam var būt negatīvas veselības sekas gan mātei, gan jaundzimušajam (Foureur, 2008). Pētījumi liecina, dzemdību telpai un videi ir nozīmīga loma dabiska dzemdību procesa atbalstīšanā, kā arī drošības un pasargātības sajūtas radīšanā sievietei (Foureur & Fenwick, 2010). Lai noskaidrotu, kāda ir telpa, kuru sievietes uztvertu, kā drošu vidi dzemdību procesam, pētnieki ir izstrādājuši Dzemdību dizaina telpiskā novērtējuma rīku, kas ir teorētiska sistēma, kurā ir izdalītas četras būtiskākās jomas drošai un optimālai dzemdību videi: baiļu kaskāde; aprīkojums; atbalsts; un estētika. Kā būtiskākā no visām četrām jomām, tiek izdalīta baiļu kaskāde (Foureur & Fenwick, 2010; Foureur & Homer, 2011). Kaskāde iedarbina simpātisko nervu sistēmu, automātiskai atbildes reakcijai stresa situācijā. Pētnieciskajā literatūrā šis process tiek apzīmēts kā “bēgt vai cīnīties”, kura laikā asinīs izdalās pastiprināts adrenalīna daudzums, kas dzemdību procesā var kavēt oksitocīna izdalīšanos. Oksitocīna samazināšanās noved pie lēnākas dzemdību darbības vai pilnīga dzemdību procesa apstāšanās. Adrenalīna

iedarbībā, asinis tiek novirzītas prom no iegurņa, kas samazina asins daudzumu placentā, traucējot skābekļa piegādi bērnam, kas savukārt var izraisīt augļa distressu. Lēna dzemdību darbība un augļa distress visbiežāk ir galvenie iemesli dzemdību stimulēšanai (Stenglin & Foureur, 2013).

Svarīgs aspekts, runājot par sociālo atbalstu grūtniecības laikā un dzemdībās, ir drošības izjūta. Vajadzību pēc drošības varētu raksturot, kā vienu no cilvēka pamatvajadzībām, tā ir nozīmīga dzīves kvalitātes sastāvdaļa. Drošības izjūtu raksturo gan kognitīvi, gan afektīvi komponenti. Individīda drošības vai nedrošības izjūta ir atkarīga no dažādiem iekšējiem un ārējiem faktoriem. Drošības izjūtu definē indivīda neaizsargātības un riska izjūta, kā arī izjūta par spēju pārvarēt un tikt galā ar šiem faktoriem. Kļūšana par vecākiem, abiem partneriem saistīta ar personīgām, ģimenes un sociālām pārmaiņām. Gatavošanās šīm pārmaiņām un jaunajām sociālajām lomām var būt saistīta ar subjektīvu nedrošības izjūtu un trauksmi. Uztvertā nedrošības izjūta, kas saistīta ar grūtniecību un dzemdībām var atstāt nopietnas sekas uz dzemdību pieredzi gan mātei, gan tēvam, kā arī uz viņu spēju adaptēties vecāku lomai un piesaistes veidošanos ar bērnu zīdaiņa vecumā (Werner-Bierwisch & Hellmers, 2018).

Kā otrs nozīmīgs atbalsts grūtniecības un dzemdību laikā pētnieciskajā literatūrā tiek minēts uztvertais atbalsts no partnera. Tas cieši saistīts ar attiecību kvalitāti, partneru savstarpējo intimitāti un tuvību (Nesani Samani & Karamelahi, 2016). Pētījumi rāda, ka sievietes, kuras uzrāda lielāku apmierinātību un uztverto atbalstu partnerattiecībās, mazāk baidās dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās un izjūt mazāku trauksmi grūtniecības laikā (Saisto & Halmesmaki, 2001). Sociālais atbalsts no partnera un draugu puses grūtniecības laikā saistīts ar stresa un trauksmes pazemināšanos sievietei (Racine & Madigan, 2019). Meta- analīzes pētījumā, kurā tika analizēti pozitīvu dzemdību pieredzi veidojošie faktori, kā viens no galvenajiem minēts tieši sievietei tuvas pavadošās personas fiziska klātbūtne un emocionālais atbalsts dzemdību procesā (Taheri & Sarafraz, 2018).

No sociālā atbalsta grūtniecības laikā un dzemdībās ir atkarīgs arī pēcdzemdību periods. Saikne starp sociālo atbalstu un pēcdzemdību depresiju ir pētīta daudzos pētījumos. Piemēram, depresijas rādītāji starp pēcdzemdību sieviešu grupām ar augstu vai zemu sociālo atbalstu ir salīdzināti vairākos pētījumos; rezultāti parādīja, ka pēcdzemdību periodā sievietēm ar zemu sociālo atbalstu bija ievērojami augstāki depresijas rādītāji, nekā sievietēm ar augstu sociālo atbalstu (Webster & Fawcett, 2011). Citos pētījumos ir pētīta sociālā atbalsta ietekme uz depresijas rādītājiem mātēm, izmantojot vairākas lineāras regresijas analīzes. Šie pētījumi parādīja, ka depresīvs noskaņojums sievietēm bija saistīts ar uztveri par sliktu atbalsta saņemšanu no viņu partneriem (Dennis & Ross, 2006).

Kopumā var secināt, ka sociālais atbalsts grūtniecības un dzemdību laikā ir daudzpusīgs sarežģīts jēdziens, kas ir plaši pētīts, lai to definētu. Balstoties uz izpētītajiem literatūras aspektiem un zinātnieku un praktiķu veiktajiem pētījumiem, var secināt, ka sociālais atbalsts ir indivīda brīvprātīga rīcība, kas tiek virzīta, lai nodrošinātu citai personai labsajūtu (saņēmējam), šie procesi un darbības saņēmējā izraisa pozitīvas asociācijas. Šis sociālais atbalsts ir brīvprātīga rīcība, ko var veikt ģimenes loceklis, draugs, vīrs, partneris utt., to var sniegt dažādos veidos: informatīvi, fiziski, emocionāli (piemēram, gādība, mīlestība).

Balstoties uz izpētītajiem literatūras aspektiem, var secināt, ka grūtniecības laiks un dzemdības katrai sievietei ir kritisks periods, kas izraisa labklājības, garastāvokļa u.c. ķermeņa izmaiņas svārstības. Uztvertajam sociālajam atbalstam šajā periodā ir būtiska nozīme.

METODE

Pētījuma dalībnieki

Pētījumā kopā piedalījās 328 grūtnieces (N=328), no kurām 143 sievietēm tās būs pirmās dzemdības, bet 185 sievietes dzemdēs atkārtoti. Vidējais sieviešu vecums ir 29,4 gadi. Lielākoties pētījumā piedalījās respondentes ar augstāko izglītību (66,4%), ar nepabeigtu augstāko izglītību (8,2%), vidējo izglītību (8,5%) un pamatskolas izglītību (1,2%). Pētījumā tika iekļautas sievietes, kuras atradās pirmajā grūtniecības trimestrī, 33 sievietes (10,1%), otrajā grūtniecības trimestrī, 94 sievietes (28,7%) un trešajā grūtniecības trimestrī, 201 sieviete (61,3%). No visām sievietēm, kuras piedalījās pētījumā 303 (92,4%) sievietes plānoja dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās, bet 25 (7,6%) sievietes plānoja dzemdēt ar ķeizargriezieni. Kā arī 316 sievietes (96,3%) plānoja dzemdēt stacionārā, bet 12 sievietes (3,7%) plānoja dzemdēt mājdzemdībās.

Instrumentārijs

Uztvertā stresa skala (Perceived Stress Scale (PPS))(Cohen & Mermelstein, 1983), kuru latviešu valodā adaptējusi (Stokenberga, 2008). Šī skala ir pašnovērtējuma aptauja un tiek izmantota, lai mērītu indivīda uztverto stresu. Uztvertā stresa skala sastāv no 10 apgalvojumiem un tiek vērtēta Likerta skalā no 0 līdz 4, kur 0=nekad, 4=ļoti bieži. Jo lielāks punktu skaits, jo augstāks indivīda uztvertā stresa līmenis. Šajā pētījumā Kronbha alfa rādītāji Uztvertā stresa skalai bija 0,83 ($\alpha=0,83$)

Daudzdimensionālā sociālā atbalsta skala (Multidimensional Scales of Perceived Social Support (MSPSS), (Zimet, Dahlem & Farley, 1988). Latvijā šo metodi adaptējušas Sarmīte Voitkāne, Solveiga Miezīte, Malgožata Raščevska (2004). Skala sastāv no 12 apgalvojumiem, katrs apgalvojums ir mērīts 7 punktu Likerta skalā no -3 līdz +3, kur -3 apzīmē „pilnīgi nepiekrītu” un +3 apzīmē „pilnīgi piekrītu”. Sala sastāv no trīs apakšskalām, kurās izdalīts *Sociālais atbalsts no ģimenes*, *Atbalsts no draugiem un Atbalsts no citiem cilvēkiem*. Katra apakškala sastāv no četriem apgalvojumiem. Šajā pētījumā Kronbaha alfa rādītāji Sociālajam atbalstam no ģimenes ir 0,90 ($\alpha=0,90$); Uztvertajam atbalstam no draugiem 0,92 ($\alpha=0,92$); Uztvertajam atbalstam no citiem 0,91 ($\alpha=0,91$); Daudzdimensionālās uztvertā sociālā atbalsta skalas (MSPSS) iekšējās saskaņotības rādītāji ir 0,92 ($\alpha=0,91$)

Lai izmērītu sieviešu sagatavotību dzemdībām, tika izveidota speciāla aptauja, kas sastāvēja no 17 jautājumiem, no kuriem daļa bija saistīta ar demogrāfiskajiem rādītājiem, ietvēra informāciju par to, kāda veida dzemdības sieviete plāno- fizioloģiskas vai

ķeizargriezienu operāciju, kā arī tāda tipa jautājumiem kā: “Vai Jūs zināt, kurā brīdī sākas dzemdības?”; “Vai esat domājusi, kā nokļūsi līdz dzemdību vietai?”; “Vai Jūs zināt, kas jāņem līdzi dodoties uz dzemdībām?” un līdzīga veida jautājumiem.

Lai izmērītu sieviešu specifisku, ar grūtniecību saistītu stresa līmeni, tika izmantota Pirmsdzemdību distresa aptauja (Prenatal Distress Questionnaire (PDQ-12)) (Yali & Lobel, 1999), aptauja latviešu valodā tika pielāgota šī pētījuma ietvaros. Aptauja sastāv no 12 apgalvojumiem. Respondentēm jānovērtē, cik noraizējušās viņas ir par dažādiem ar grūtniecību un dzemdībām saistītiem aspektiem skalā no 0 (pilnībā nepiekrītu) līdz 5 (pilnībā piekrītu). Jo lielāks iegūto punktu skaits, jo augstāks specifiskais ar grūtniecību saistītais stresa līmenis. Aptaujas oriģinālajā pētījumā (Yali & Lobel, 1999) Kronbaha alfa rādītāji bija 0,81 ($\alpha=0,81$). Šī pētījuma ietvaros izmantotās Pirmsdzemdību distresa aptaujas iekšējās saskaņotības rādītāji bija 0,75 ($\alpha=0,75$).

Lai izmērītu sieviešu pašefektivitātes izjūtu tika lietota Dzemdību pašefektivitātes aptauja (Childbirth Self-Efficacy Inventory (CSEI), Lowe, 1993). Šī aptauja tika lietota saīsinātā formā un pielāgota latviešu valodā šī darba ietvaros. Oriģinālā aptauja ietver 62 pantus, kas ir sadalīti 4 apakšskalās, kurās tiek mērīts gan gaidāmais iznākums- kāda uzvedība pēc sieviešu domām būtu noderīga dzemdību laikā, gan arī pašefektivitātes izjūta- kā viņas vērtē savas spējas realizēt šādu uzvedību dzemdību laikā. Atbildes iespējams izvēlēties Likerta skalā no 1 līdz 10, jo augstāki rādītāji, jo augstāka dzemdību pašefektivitātes izjūta. Aptaujā tiek izdalīti divi posmi- aktīvā dzemdību fāze un izstumšanas periods. Šī darba ietvaros, aptauja tika saīsināta, atstājot vienu posmu- aktīvo dzemdību fāzi un 2 apakšskalās- Iznākuma gaidas un Uztverto pašefektivitātes izjūtu. Atbildes tika vērtētas Likerta skalā, kur 0= nemaz nepalīdzētu un 6= noteikti palīdzētu Iznākumu gaidu skalā un Uztvertās pašefektivitātes skalā, kur 0= pilnīgi nepārliecināta un 6= pilnīgi pārliecināta. Jo lielāks iegūtais punktu skaits, jo augstāka sievietes pašefektivitātes izjūta. Šajā pētījumā lietotās aptaujas Kronbaha alfa rādītājs bija 0,92 ($\alpha=0,92$) skalai Iznākuma gaidas un 0,93 ($\alpha=0,93$) skalai Uztvertā Pašefektivitāte.

Procedūra

Šī darba ietvaros vietnē “visidati” tika sagatavota elektroniska aptauja, kura tika ievietota dažādos sociālajos tīklos, uzrunājot grūtnieces piedalīties pētījumā un aizpildīt elektronisko aptauju. Aptauja tika publicēta brīvi pieejamā veidā, elektroniskā formātā no 2020. gada 11. decembra līdz 2021. gada 16. martam.

Datu apstrāde un analīze

Datu apstrādei tika izmantota SPSS programmas 26. versija (*Statistical Package for the Social Sciences*). Dati tika analizēti, izmantojot aprakstošo statistiku, Spirmena (neparametriskās) korelāciju analīzi, loģistisko regresijas analīzi, Manna- Vitnija U testu.

Rezultāti

Visām izmantotajām testa skalām tika pārbaudīti testu iekšējās saskaņotības rādītāji Kronbaha alfas koeficienti, kā arī tika analizēta rādītāju atbilstība normālajam sadalījumam. Rezultāti parāda, ka visu skalu Kronbaha alfas rādītāji pārsniedz robežu 0,70 (sk. 1.tabulu). Kas norāda uz to, ka aptaujas ir piemērotas izmatošanai pētījumā. Kolmogorova-Smirnova testa rezultāti liecina, ka *Sagatavotība dzemdībām*, *Uztvertais stress*, *Grūtnieču stress*, *„Uztvertais sociālais atbalsts no ģimenes”*, *„Uztvertais sociālais atbalsts no draugiem”*, *„Uztvertais sociālais atbalsts no citiem cilvēkiem”*, *Daudzdimensionālā uztvertā sociālā atbalsta skala (MSPSS)*, *Iznākuma gaidas* un *Uztvertā pašefektivitāte* skalu rādītāji sieviešu grupā, kurām ir nodoms dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās, kā arī *Uztvertais stress*, *„Uztvertais sociālais atbalsts no ģimenes”*, *„Uztvertais sociālais atbalsts no draugiem”*, *„Uztvertais sociālais atbalsts no citiem cilvēkiem”*, *Daudzdimensionālā uztvertā sociālā atbalsta skala (MSPSS)*, un *Iznākuma gaidas* skalu rādītāji sieviešu grupā, kurām ir nodoms dzemdēt ar ķeizargrieziena operāciju neatbilst normālam sadalījumam (sk. 1. tabulā).

1. tabula

Sagatavotības dzemdībām, uztvertā stresa, grūtnieču stresa, uztvertās sociālās atbalsta skalas un pašefektivitātes aprakstošās statistikas, Kolmogorova-Smirnova testa rādītāji un Manna-Vitnija kritērija rādītāji sievietņu izlasē atkarībā no dzemdību veida izvēles

Mainīgie lielumi	α	Fizioloģiskas N = 303			Ķeizargrieziens N = 25			U
		M	SD	Z	M	SD	Z	
Sagatavotība dzemdībām	--	16,17	2,19	0,13**	17,28	1,74	0,16	2582,50*
Uztvertais stress	0,83	17,91	4,84	0,10**	18,88	5,51	0,18*	3212,50
Grūtnieču stress	0,75	22,35	7,04	0,05	22,12	6,76	0,17	3584,00
Uztvertais sociālais atbalsts no ģimenes	0,90	7,62	5,07	0,14**	8,32	4,11	0,22**	3681,00
Uztvertais sociālais atbalsts no draugiem	0,92	5,50	5,56	0,12**	4,04	6,35	0,21*	3291,00
Uztvertais sociālais atbalsts no citiem cilvēkiem	0,91	8,70	4,43	0,21**	7,44	5,51	0,21*	3239,00
Daudzdimensionālā uztvertā sociālā atbalsta skala (MSPSS)	0,92	21,82	12,23	0,12**	19,80	13,78	0,19*	3482,50
Iznākuma gaidas	0,92	60,84	18,20	0,10**	57,64	21,56	0,22**	3621,00
Uztvertā pašefektivitāte	0,93	55,54	16,15	0,04	51,60	16,81	0,09	3225,50

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

Lai atbildētu uz 1. pētījuma jautājumu “Vai pastāv saistība starp Uztverto stresu, Grūtnieču trauksmi, Uztverto sociālo atbalstu, Pašefektivitātes izjūtu un sagatavotību dzemdībām sievietņu grupā, kurām ir nodoms dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās?” tika aprēķināti Spirmena korelācijas koeficienti (sk. 2. tabulā).

Korelāciju analīze parāda, ka starp *Sagatavotības dzemdībām* un *Uztverto stresu* pastāv statistiski nozīmīga vāja pozitīva korelācija ($r = 0,14$, $p < 0,05$).

Starp *Sagatavotību dzemdībām* un *Grūtnieču stresu* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,19$, $p < 0,01$).

Starp *Sagatavotību dzemdībām* un *Uztverto sociālo atbalstu no draugiem* pastāv statistiski nozīmīga vāja negatīva korelācija ($r = -0,11$, $p < 0,05$).

Starp *Sagatavotību dzemdībām* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,26$, $p < 0,01$).

Starp *Sagatavotību dzemdībām* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,31$, $p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Grūtnieču stresu* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,46, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no ģimenes* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,36, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no draugiem* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,34, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no citiem cilvēkiem* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,38, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Daudzdimensionālo uztvertā sociālā atbalsta skalu (MSPSS)* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,38, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,15, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,32, p < 0,01$).

Starp *Grūtnieču stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no ģimenes* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,21, p < 0,01$).

Starp *Grūtnieču stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no draugiem* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,18, p < 0,01$).

Starp *Grūtnieču stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no citiem cilvēkiem* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,18, p < 0,01$).

Starp *Grūtnieču stresu* un *Daudzdimensionālo uztvertā sociālā atbalsta skalu (MSPSS)* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,20, p < 0,01$).

Starp *Grūtnieču stresu* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,17, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no ģimenes* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,30, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no ģimenes* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,34, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no draugiem* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,32, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no draugiem* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,30, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no citiem cilvēkiem* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,25, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no citiem cilvēkiem* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,33, p < 0,01$).

Starp *Daudzdimensionālo uztvertā sociālā atbalsta skalu (MSPSS)* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,33, p < 0,01$).

Starp *Daudzdimensionālo uztvertā sociālā atbalsta skalu (MSPSS)* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,35, p < 0,01$).

2. tabula

Saistība starp uztverto stresu, grūtnieču trauksmi, uztverto sociālo atbalstu, pašefektivitātes izjūtu un sagatavotību dzemdībām sievietēm grupā, kurām ir nodoms dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās

<i>Mainīgie lielumi</i>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Sagatavotība dzemdībām	--							
2. Uztvertais stress	0,14*	--						
3. Grūtnieču stress	0,19**	0,46**	--					
4. Uztvertais sociālais atbalsts no ģimenes	-0,10	-0,36**	-0,21**	--				
5. Uztvertais sociālais atbalsts no draugiem	-0,11*	-0,34**	-0,18**	0,79**	--			
6. Uztvertais sociālais atbalsts no citiem cilvēkiem	-0,08	-0,38**	-0,18**	0,82**	0,65**	--		
7. Daudzdimensionālā uztvertā sociālā atbalsta skala (MSPSS)	-0,11	-0,38**	-0,20**	0,95**	0,91**	0,86**	--	
8. Iznākuma gaidas	-0,26**	-0,15**	-0,11	0,30**	0,32**	0,25**	0,33**	--
9. Uztvertā pašefektivitāte	-0,31*	-0,32*	-0,17*	0,34*	0,30*	0,33*	0,35*	0,55*
	*	*	*	*	*	*	*	*

Piezīme. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Lai atbildētu uz 2. pētījuma jautājumu “Vai pastāv saistība starp Uztverto stresu, Grūtnieču trauksmi, Uztverto sociālo atbalstu, Pašefektivitātes izjūtu un Sagatavotību

dzemdībām sievietēm grupā, kuras kā dzemdību veidu izvēlējušās plānotu ķeizargrieziena operāciju?” tika aprēķināti Spirmena korelācijas koeficienti (sk. 3. tabulā).

Korelāciju analīze parāda, ka starp *Uztverto stresu un Grūtnieču stresu* pastāv statistiski nozīmīga vāja pozitīva korelācija ($r = 0,50, p < 0,05$).

Starp *Uztverto stresu un Uztverto sociālo atbalstu no ģimenes* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,59, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu un Uztverto sociālo atbalstu no draugiem* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,49, p < 0,05$).

Starp *Uztverto stresu un Daudzdimensionālo uztvertā sociālā atbalsta skalu (MSPSS)* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,56, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu un Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vāja negatīva korelācija ($r = -0,44, p < 0,05$).

Starp *Grūtnieču stresu un Uztverto sociālo atbalstu no ģimenes* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,52, p < 0,01$).

Starp *Grūtnieču stresu un Uztverto sociālo atbalstu no draugiem* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,49, p < 0,01$).

Starp *Grūtnieču stresu un Daudzdimensionālo uztvertā sociālā atbalsta skalu (MSPSS)* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,54, p < 0,01$).

Starp *Grūtnieču stresu un Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vāja negatīva korelācija ($r = -0,45, p < 0,05$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no ģimenes un Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vāja pozitīva korelācija ($r = 0,43, p < 0,05$).

3. tabula

Saistība starp uztverto stresu, grūtnieču trauksmi, uztverto sociālo atbalstu, pašefektivitātes izjūtu un sagatavotību dzemdībām sievietes grupā, kuras kā dzemdību veidu izvēlējušās plānotu ķeizargrieziena operāciju

<i>Mainīgie lielumi</i>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Sagatavotība dzemdībām	--							
2. Uztvertais stress	0,31	--						
3. Grūtnieču stress	-0,05	0,50*	--					
4. Uztvertais sociālais atbalsts no ģimenes	-0,04	-0,59**	-0,52**	--				
5. Uztvertais sociālais atbalsts no draugiem	-0,06	-0,49*	-0,49*	0,79*	--			
6. Uztvertais sociālais atbalsts no citiem cilvēkiem	0,15	-0,39	-0,37	0,75	0,43*	--		
7. Daudzdimensionālā uztvertā sociālā atbalsta skala (MSPSS)	0,01	-0,56**	-0,54**	0,95*	0,88*	0,76*	--	
8. Iznākuma gaidas	0,00	-0,21	-0,36	0,43*	0,18	0,35	0,35	--
9. Uztvertā pašefektivitāte	0,10	-0,44*	-0,45*	0,33	0,12	0,24	0,22	0,57*

Piezīme. $N = 25$. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Atbildot uz 3. pētījumā izvirzīto jautājumu “Kuri no mainīgajiem lielumiem: uztvertais stress, grūtnieču trauksme, uztvertais sociālais atbalsts, pašefektivitātes izjūta, sagatavotība dzemdībām un dzemdību skaits prognozē sievietes izvēli attiecībā uz dzemdību veidu?”, tika izmantota loģistiskā regresijas analīzes metode (4. tabula).

Aprēķinot regresijas analīzi, kā neatkarīgie mainīgie tika ievadīti *Sagatavotība dzemdībām*, *Uztvertais stress*, *Grūtnieču stress*, “*Daudzdimensionālā uztvertā sociālā atbalsta skalas*”, *Pašefektivitātes skalas*, *Dzemdību skaits* un “*Sieviešu izvēle attiecībā uz dzemdību veidu*” kā atkarīgais mainīgais. Iegūtie rezultāti liecina, ka loģistiskās regresijas modelis nav statistiski nozīmīgs, $\chi^2(8) = 3,10$, $p = 0,93$. Modelis izskaidroja 22% (*Nagelkerke R²*) *Sieviešu izvēles attiecībā uz dzemdību veidu* dispersiju un pareizi klasificēja 92% gadījumu. *Wald* testa rezultāti liecina, ka sievietes, kuras dzemdē pirmo reizi 13,26 reizes biežāk vēlas dzemdēt

fizioloģiskās dzemdībās nekā sievietes kuras dzemdē atkārtoti, kā arī Sagatavotība dzemdībām saistīta ar varbūtību izvēlēties dzemdēt fizioloģiskās dzemdības.

4. tabula

<i>Loģistiskās regresijas analīze prognozējot sievietes izvēli attiecībā uz dzemdību veidu</i>			
<i>Neatkarīgais mainīgais</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>Exp(B)</i>
Sagatavotība dzemdībām	0,34*	0,12	1,40
Uztvertais stress	0,01	0,06	1,01
Grūtnieču stress	0,00	0,04	1,00
Uztvertais sociālais atbalsts no ģimenes	0,16	0,09	1,17
Uztvertais sociālais atbalsts no draugiem	-0,02	0,04	0,98
Uztvertais sociālais atbalsts no citiem cilvēkiem	-0,09	0,07	0,92
Iznākuma gaidas	0,00	0,01	1,00
Uztvertā pašefektivitāte	-0,01	0,02	0,99
Dzemdību skaits (Pirmreiz)	2,59*	0,78	13,26

Piezīme. $N = 328$. * $p < 0,05$

Lai atbildētu uz 4. pētījuma jautājumu “Vai pastāv atšķirības starp mainīgajiem lielumiem: Uztverto stresu, Grūtnieču trauksmi, Uztverto sociālo atbalstu, Dzemdību pašefektivitātes izjūtu un sievietes sagatavotību dzemdībām sievietu grupā, kuras vēlas dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās un sievietēm, kuras kā dzemdību veidu izvēlējušās plānotu ķeizargrieziena operāciju?”, tika salīdzināti Uztvertais stress, Grūtnieču trauksme, Uztvertais sociālais atbalsts, Dzemdību pašefektivitātes izjūta un sievietes Sagatavotība dzemdībām vidējie rangi sievietu grupās, kuras vēlas dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās un sievietēm, kuras kā dzemdību veidu izvēlējušās plānotu ķeizargrieziena operāciju. Manna-Vitnija *U*-testa rādītāji liecina, ka sievietes, kuras vēlas dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās uzrādīja augstākus rezultātus *Sagatavotībā dzemdībām* ($M = 16,17$, $SD = 2,19$) nekā sievietes, kuras kā dzemdību veidu izvēlējušās plānotu ķeizargrieziena operāciju ($M = 17,28$, $SD = 1,74$), un minētās atšķirības šo divu grupu vidējo rangu rādītāji ir statistiski nozīmīgi, $U(328) = 2582,50$, $p < 0,05$ (sk. 1. tabulā).

Lai atbildētu uz 5. pētījuma jautājumu “Vai pastāv saistība starp uztverto stresu, grūtnieču trauksmi, uztverto sociālo atbalstu, pašefektivitātes izjūtu un sagatavotību dzemdībām sievietu grupā, kuras dzemdē pirmo reizi?” tika aprēķināti Spirmena korelācijas koeficienti (sk. 5. tabulā).

Korelāciju analīze parāda, ka starp *Sagatavotību dzemdībām* un *Grūtnieču stresu* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,22$, $p < 0,01$).

Starp *Sagatavotību dzemdībām* un *Uztverto sociālo atbalstu no draugiem* pastāv statistiski nozīmīga vāja negatīva korelācija ($r = -0,18$, $p < 0,05$).

Starp *Sagatavotību dzemdībām* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,30, p < 0,01$).

Starp *Sagatavotību dzemdībām* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,37, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Grūtnieču stresu* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,50, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no ģimenes* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,24, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no draugiem* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,27, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no citiem cilvēkiem* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,41, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Daudzdimensionālo uztvertā sociālā atbalsta skalu (MSPSS)* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,32, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,29, p < 0,01$).

Starp *Grūtnieču stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no draugiem* pastāv statistiski nozīmīga vāja negatīva korelācija ($r = -0,20, p < 0,05$).

Starp *Grūtnieču stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no citiem cilvēkiem* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,24, p < 0,01$).

Starp *Grūtnieču stresu* un *Daudzdimensionālo uztvertā sociālā atbalsta skalu (MSPSS)* pastāv statistiski nozīmīga vāja negatīva korelācija ($r = -0,18, p < 0,05$).

Starp *Grūtnieču stresu* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,22, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no ģimenes* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,22, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no ģimenes* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vāja pozitīva korelācija ($r = 0,20, p < 0,05$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no draugiem* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,43, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no draugiem* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,38, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no citiem cilvēkiem* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,29, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no citiem cilvēkiem* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,38, p < 0,01$).

Starp *Daudzdimensionālo uztvertā sociālā atbalsta skalu (MSPSS)* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,38, p < 0,01$).

Starp *Daudzdimensionālā uztvertā sociālā atbalsta skalu (MSPSS)* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,35, p < 0,01$).

5. tabula

<i>Saistība starp uztverto stresu, grūtnieču trauksmi, uztverto sociālo atbalstu, pašefektivitātes izjūtu un sagatavotību dzemdībām sievietēm pirmo reizi</i>				<i>Spirmena r</i>							
<i>Mainīgie lielumi</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Sagatavotība dzemdībām	16,50	16,50	0,11**								
2. Uztvertais stress	17,88	17,88	0,10**	0,16							
3. Grūtnieču stress	23,11	23,11	0,07	0,22**	0,50**						
4. Uztvertais sociālais atbalsts no ģimenes	7,99	7,99	0,21**	-0,10	-0,24**	-0,13					
5. Uztvertais sociālais atbalsts no draugiem	6,16	6,16	0,13**	-0,18*	-0,27**	-0,20*	0,48**				
6. Uztvertais sociālais atbalsts no citiem cilvēkiem	9,40	9,40	0,24**	-0,14	-0,41**	-0,24**	0,60**	0,57**			
7. Daudzdimensionālā uztvertā sociālā atbalsta skala (MSPSS)	23,55	23,55	0,13**	-0,13	-0,32**	-0,18*	0,81**	0,85**	0,78**		
8. Iznākuma gaidas	61,33	61,33	0,10**	0,30**	-0,08	-0,14	0,22**	0,43**	0,29**	0,38**	
9. Uztvertā pašefektivitāte	54,41	54,41	0,07	0,37**	0,29**	0,22**	0,20*	0,38**	0,38**	0,35**	0,55**

*Piezīme. N = 143. * p < 0,05, ** p < 0,01.*

Lai atbildētu uz 6. pētījuma jautājumu “Vai pastāv saistība starp uztverto stresu, grūtnieču trauksmi, uztverto sociālo atbalstu, pašefektivitātes izjūtu un sagatavotību dzemdībām sievietu grupā, kuras dzemde atkārtoti?” tika aprēķināti Spirmena korelācijas koeficienti (sk. 6. tabulā).

Korelāciju analīze parāda, ka starp *Sagatavotību dzemdībām* un *Uztverto stresu* pastāv statistiski nozīmīga vāja pozitīva korelācija ($r = 0,16, p < 0,05$).

Starp *Sagatavotību dzemdībām* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,23, p < 0,01$).

Starp *Sagatavotību dzemdībām* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,32, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Grūtnieču stresu* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,45, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no ģimenes* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,35, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no draugiem* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,41, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no citiem cilvēkiem* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,45, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Daudzdimensionālo uztvertā sociālā atbalsta skalu (MSPSS)* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,45, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,22, p < 0,01$).

Starp *Uztverto stresu* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,37, p < 0,01$).

Starp *Grūtnieču stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no ģimenes* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,27, p < 0,01$).

Starp *Grūtnieču stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no draugiem* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,22, p < 0,01$).

Starp *Grūtnieču stresu* un *Uztverto sociālo atbalstu no citiem cilvēkiem* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,24, p < 0,01$).

Starp *Grūtnieču stresu* un *Daudzdimensionālo uztvertā sociālā atbalsta skalu (MSPSS)* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,28, p < 0,01$).

Starp *Grūtnieču stresu* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša negatīva korelācija ($r = -0,20, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no ģimenes* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,26, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no ģimenes* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,35, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no draugiem* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,20, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no draugiem* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,22, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no citiem cilvēkiem* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,28, p < 0,01$).

Starp *Uztverto sociālo atbalstu no citiem cilvēkiem* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,35, p < 0,01$).

Starp *Daudzdimensionālo uztverto sociālā atbalsta skalu (MSPSS)* un *Iznākuma gaidām* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,29, p < 0,01$).

Starp *Daudzdimensionālo uztvertā sociālā atbalsta skalu (MSPSS)* un *Uztverto pašefektivitāti* pastāv statistiski nozīmīga vidēji cieša pozitīva korelācija ($r = 0,34, p < 0,01$).

6. tabula

Saistība starp uztverto stresu, grūtnieču trauksmi, uztverto sociālo atbalstu, pašefektivitātes izjūtu un sagatavotību dzemdībām sievietēm, kuras dzemdē atkārtoti

Mainīgie lielumi	M	SD	Z	Spirmena r									
				1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.		
1. Sagatavotība dzemdībām	16,06	1,93	0,10**	--									
2. Uztvertais stress	18,06	4,69	0,11**	0,16*									
3. Grūtnieču stress	21,73	6,66	0,05	0,07	0,45**								
4. Uztvertais sociālais atbalsts no ģimenes	7,42	5,05	0,18**	-0,10	-0,35**	-0,27**							
5. Uztvertais sociālais atbalsts no draugiem	4,79	5,86	0,13**	-0,11	-0,41**	-0,22**	0,43**						
6. Uztvertais sociālais atbalsts no citiem cilvēkiem	7,99	5,00	0,21**	-0,11	-0,45**	-0,24**	0,71**	0,52**					
7. Daudzdimens ionālā uztvertā sociālā atbalsta skala (MSPSS)	20,21	12,98	0,11**	-0,12	-0,45**	-0,28**	0,83**	0,81**	0,83**				
8. Iznākuma gaidas	60,03	18,37	0,12**	-0,23**	-0,22**	-0,13	0,26**	0,20**	0,28**	0,29**			
9. Uztvertā pašefektivitāte	55,88	16,26	0,07*	0,32**	0,37**	0,20**	0,35**	0,22**	0,35**	0,34**	0,54**		

*Piezīme. N = 185. * p < 0,05, ** p < 0,01.*

DISKUSIJA

Grūtniecību un dzemdības var uzlūkot, kā vienu no svarīgākajiem notikumiem sievietes un pāra dzīvē. Dzemdības ir daudzdimensionāls process, kas ietver sevī fizisko, psiholoģisko, emocionālo, sociālo un kultūras dimensiju. Dzemdību process var būt saistīts gan ar spēcīgām pozitīvām emocijām, gan atstāt traumatisku un negatīvu iespaidu sievietes dzīvē. Sieviete var izjust dzemdības kā baļpilnu notikumu. Pētījumi liecina, ka viena no piecām sievietēm izjūt spēcīgas bailes no dzemdībām (MoghaddamHosseini & Jahanfar, 2017), kā arī 1-6% sievietēm, kuras piedzīvo traumatisku dzemdību pieredzi, attīstās posttraumatiskais stresa sindroms (Gamble & Creedy, 2005; Alcorn & Devilly, 2010). Bailes no dzemdībām saistītas ar paaugstinātu trauksmi un stresu grūtniecības laikā, kas var novest pie dažādiem sarežģījumiem dzemdībās, tādiem kā akūts ķeizargrieziens, instrumentāla iejaukšanās dzemdību procesā, priekšlaicīgām dzemdībām, samazināta augļa svaru, kā arī posttraumatisko stresa sindromu (MoghaddamHosseini & Jahanfar, 2017). Viss augstāk minētais var veidot sievietes dzemdību uztveri kā traumatisku. Ir svarīgi pētīt un saprast, kādi faktori saistīti ar pozitīvas dzemdību pieredzes veidošanos, jo dzemdību process ietekmē ne tikai māti, bet atstāj iespaidu arī uz jaundzimušo, tā attīstību un visu ģimeni kopumā (Grekin & O'Hara, 2014). Tā kā dzemdības ir daudzdimensionāls process, pastāv daudzi mainīgie, kas ar to saistīti. Šajā darbā tika aplūkoti tādi ar grūtniecību un dzemdībām saistītie mainīgie lielumi kā: Uztvertais stress, Specifiska ar grūtniecību saistīta trauksme, Uztvertais sociālais atbalsts, Pašefektivitātes izjūta un Sagatavotība dzemdībām. Aplūkojot šo mainīgo savstarpējās saistības atkarībā no sievietes izvēlētajā dzemdību veida, grūtniecības trimestra, kā arī vai sieviete piedzīvo atkārtotas vai pirmreizējas dzemdības. Tika uzdots jautājums, vai kāds no mainīgajiem lielumiem prognozē sievietes dzemdību veida izvēli, kā arī tika salīdzināti mainīgie lielumi, atkarībā no sievietes izvēlētajā dzemdību veida.

Analizējot empīriskajā daļā iegūtos rezultātus var konstatēt, ka sievietēm, kuras izvēlas dzemdēt fizioloģiski, pirmreizējām un atkārtotām grūtniecēm, sagatavotība dzemdībām ir pozitīvi saistīta ar uztverto un grūtnieču stresu, kā arī negatīvi saistīta ar pašefektivitātes izjūtu un uztverto sociālo atbalstu. Jo augstāki sagatavotības dzemdībām rādītāji, jo augstāks uztvertais un grūtnieču stress. Kā arī, jo augstāki pašefektivitātes rādītāji un uztvertais sociālais atbalsts, jo zemāka sagatavotība dzemdībām. Šiem rezultātiem varētu būt vairāki skaidrojumi. Iespējams, anketā iekļautie jautājumi vairāk saistīti ar aspektiem, par kuriem domājot, sievietes stresa līmenis pieaug, jo jautājumi aktualizē sievietes zināšanas arī par dažādām ar dzemdību procesu saistītām iespējamām negatīvām izpausmēm, kas var

pastiprināt bailes no dzemdībām un paaugstināt stresu. Bailes no dzemdībām pētnieciskajā literatūrā tiek minētas kā nozīmīgs faktors, kas saistīts ar paaugstinātu trauksmi grūtniecības laikā un iespējamiem sarežģījumiem dzemdību procesā (Melender, 2002; Sydsjo & Josefsson, 2012; Salomonsson & Alehagen, 2013). Vēl var spekulēt, ka jo vairāk sieviete ir informēta un zinoša par dzemdību procesu, jo lielāku stresu tas rada. Tomēr visticamāk, ka šeit jāņem vērā arī katras sievietes individuālās rakstura iezīmes, jo, piemēram, paaugstināts neirostisms ir saistīts ar augstāku trauksmes līmeni un tas var izpausties arī grūtniecības laikā. Vēl, kā svarīgs faktors pozitīvai dzemdību pieredzei pētnieciskajā literatūrā tiek minēta iekšējā elastība un spēja pielāgoties pārmaiņām, kuras trūkums arī ir saistīts ar augstāku stresa un trauksmes līmeni sievietes dzīvē (Kashdan & Rottenberg, 2010). No pētījuma ierobežojumu viedokļa jāmin, ka sagatavotība dzemdībām anketa, kura tika izmantota šajā darbā, nav standartizēta. Tā tika izveidota speciāli šim darbam, balstoties uz Latvijā pieejamo grūtnieču sagatavošanas kursu pieejamo informāciju. Apkopojot informāciju iepriekš veiktajos pētījumos, kā arī analizējot iegūtos datus šajā pētījumā, var secināt, ka lai pēc iespējas precīzāk varētu izmērīt, kas sievietei palīdz sagatavoties dzemdībām un, kas ir tie mainīgie lielumi, kuri padara šo procesu par pozitīvu pieredzi, dzemdību sagatavošanas programmai vajadzētu būt pētījumos balstītai un stingri kontrolētai. Tādā gadījumā būtu iespējams veikt eksperimentālu pētījumu. Pētnieciskajā literatūrā, kā pētījumos balstīta tiek minēta Apzinātībā balstīta dzemdību programma (Mindfulness Based Childbirth and Parenting (MBSR) (Bardacke, 2012). Tāpat būtu vērtīgi veikt longitudinālu pētījumu, atkārtoti aptaujājot sievietes jau pēc dzemdībām, izmantojot šim nolūkam standartizētu dzemdību pieredzes aptauju. Iepriekš veiktajos pētījumos lietotās anketas bieži aplūko kādu vienu, ar dzemdību pieredzi saistītu dimensiju, piemēram personīgās kontroles izjūtu dzemdību laikā (Hodnett & Simmons-Tropea, 1987). Kā daudzdimensionālu, standartizētu aptauju var minēt Dzemdību pieredzes aptauju, kura paredzēta pirmreizēji dzemdējošām sievietēm (Childbirth experience questionnaire (CEQ)) (Dencker & Berg, 2010), kurā izdalītas četras apakšskalas: Individuālā kapacitāte, Profesionālais atbalsts, Uztvertā drošība, Līdzdalība. Pašefektivitātes izjūtas un sociālā atbalsta negatīvo saistību ar sagatavotību dzemdībām varētu skaidrot, ka šie abi konstrukti darbojas kā aizsargmehānismi grūtniecības un dzemdību laikā. Jo sievietei augstāka pašefektivitātes izjūta un uztvertais sociālais atbalsts, jo pārliecinātāka un mierīgāka viņa jūtas par saviem spēkiem dzemdību procesā (Lowe, 1991, 2000; Sinclair & O'Boyle, 1999; Stockman & Altmair, 2001). Lai precīzāk pētītu šīs saistības, būtu vērtīgi veikt pašefektivitātes mērījumu pirms dzemdību sagatavošanas programmas uzsākšanas un atkārtotu mērījumu pēc programmas beigšanas.

Šajā darbā iegūtie rezultāti rāda, ka sievietēm, kuras izvēlas dzemdēt fizioloģiski, ir augstāki sagatavotības dzemdībām rādītāji. Tas saskan ar iepriekšējiem pētījumiem, kuros sagatavotība dzemdībām minēta, kā veiksmīgs faktors sievietes baiļu mazināšanai no dzemdību procesa (Prentice & Halfon, 2003; Saisto & Halmesmaki, 2006; Rouhe & Saisto, 2009), kas savukārt veicina fizioloģisku dzemdību izvēli. Šajā pētījumā sievietes, kuras dzemdē pirmo reizi uzrādīja biežāku vēlmi dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās, nekā sievietes, kuras piedzīvo atkārtotas dzemdības. Kā viens no skaidrojumiem pētnieciskajā literatūrā tiek minēta iepriekšēja traumatiska dzemdību pieredze, kas pastiprina bailes no atkārtotām dzemdībām un ir saistīta ar sievietes vēlmi izvēlēties plānotu ķeizargrieziena operāciju (Nilsson & Lundgren, 2009). Tāpat kā iepriekšējos pētījumos, arī šajā parādījās pozitīva saistība starp uztverto stresu un grūtnieču stresu- jo augstāks ir uztvertais stress, jo augstāks arī grūtnieču stress. Grūtnieču stress pētnieciskajā literatūrā tiek aplūkots kā daudzdimensionāls konstrukts, kas ietver psiholoģiskus, sociālus un fizioloģiskus aspektus (Mulder & Visses, 2002). Nozīmīga loma grūtniecībā un dzemdībās ir sociālajam atbalstam (Taheri & Sarafraz, 2018; Saisto & Halmesmaki, 2001). Šajā pētījumā iegūti rezultāti saistībā ar uztverto sociālo atbalstu saskan ar iepriekš veiktajiem pētījumiem (Leahy, Warren, 2005; Fisher & Fenwickb, 2005; Pasha & Faramarze, 2015; Sadeghe & Jahde, 2003; Leap & Huber, 2010). Jo augstāks ir sievietes uztvertais sociālais atbalsts, jo zemāks uztvertais un grūtnieču stress. Uztverto sociālo atbalstu var uzlūkot kā aizsargmehānismu grūtniecības laikā un dzemdībās. Saistībā ar dzemdībām, pētnieciskajā literatūrā liels uzsvars tiek likts tieši kvalitatīvai grūtnieces sadarbībai ar vecmāti, kur uzsvars tiek likts uz aprūpes nepārtrauktību (Hodnett & Sakala, 2013).

Vēl pie šī darba ierobežojumiem jāmin nevienmērīgais izlases sadalījums, jo tikai 25 respondentes no 328 atzīmēja, ka plāno ķeizargrieziena operāciju. Turpmākajos pētījumos būtu vērtīgi veidot līdzvērtīgāku grupu sadalījumu.

Grūtniecība un dzemdības ir sarežģīts un dinamisks process, kuru var ietekmēt daudzi mainīgie lielumi, tādi kā sievietes individuālās personības iezīmes, bailes no dzemdībām, iepriekšējā dzemdību pieredze, uztvertais stress, grūtnieču stress, uztvertais sociālais atbalsts, pašefektivitātes izjūta, sadarbība ar vecmāti un u.c., kas padara pētniecības procesu sarežģītu. Tomēr dzemdību process un pieredze saistīti gan ar sievietes turpmākās dzīves labklājības izjūtu, gan jaundzimušā attīstību, gan partnerattiecībām kopumā, tāpēc var apgalvot, ka šī ir svarīga tēma, kuru vajadzētu turpināt pētīt, apzinot faktorus, kas var veicināt pēc iespējas veiksmīgu un pozitīvu dzemdību pieredzes veidošanos.

SECINĀJUMI

Darbā izvirzītais mērķis bija izpētīt saistību starp Uztvertā stresa, Grūtnieču trauksmes, Uztvertā sociālā atbalsta, Pašefektivitātes un Sagatavotības dzemdībām sievietu grupās, kurām ir nodoms veikt plānotu ķeizargriezienu vai dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās. Un tika izvirzīti deviņi pētījuma jautājumi. Apkopojot pētījuma rezultātus, var secināt, ka pētījuma mērķis ir sasniegts un pētījuma uzdevumi ir izpildīti.

Sagatavotības dzemdībām rādītāji ir pozitīvi saistīti ar Uztverto stresu un Grūtnieču stresu. Jo sievietes, kurām ir nodoms dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās, labāk sagatavotas dzemdībām, jo vairāk viņām izteikts stress. Uztvertā sociālā atbalsta no draugiem un Pašefektivitātes rādītāji ir negatīvi saistīti ar Sagatavotības dzemdībām rādītājiem. Jo vairāk sievietes ir apmierinātas ar sociālo atbalstu no draugiem un viņām ir izteikta Pašefektivitāte, jo zemāka sagatavotība dzemdībām.

Uztvertā stresa rādītāji ir pozitīvi saistīti ar Grūtnieču stresu. Jo sievietēm izteiktāks Uztvertais stress, jo augstāks Grūtnieču stress. Uztvertā sociālā atbalsta un Pašefektivitātes rādītāji ir negatīvi saistīti ar Uztverto stresu. Jo vairāk sievietes ir apmierinātas ar sociālo atbalstu un viņām ir augstāka Pašefektivitāte, jo zemāks Uztvertais stress.

Grūtnieču stresa rādītāji ir negatīvi saistīti ar Uztverto sociālo atbalstu, Uztverto pašefektivitāti un Pašefektivitāti. Jo vairāk sievietes ir apmierinātas ar sociālo atbalstu un viņām ir izteikta Uztvertā Pašefektivitāte, jo zemāks ir Grūtnieču stress.

Uztvertā sociālā atbalsta rādītāji ir pozitīvi saistīti ar Pašefektivitāti. Jo vairāk sievietes ir apmierinātas ar Sociālo atbalstu, jo augstāka ir viņu Pašefektivitātes izjūta.

Uztvertā stresa rādītāji ir pozitīvi saistīti ar Grūtnieču stresu. Jo sievietēm, kurām ir nodoms veikt plānotu ķeizargriezienu, ir izteiktāks Uztvertais stress, jo augstāks Grūtnieču stress.

Uztvertā sociālā atbalsta no ģimenes, Uztvertā sociālā atbalsta no draugiem, Daudzdimensionālās uztvertā sociālā atbalsta skalas un Uztvertās Pašefektivitātes rādītāji ir negatīvi saistīti ar Uztverto stresu. Jo vairāk sievietes ir apmierinātas ar Sociālo atbalstu no ģimenes, no draugiem, kā arī Sociālo atbalstu kopumā un viņām ir izteiktāka Uztvertā Pašefektivitāte, jo mazāk izteikts Uztvertais stress.

Uztvertā sociālā atbalsta no ģimenes, Uztvertā sociālā atbalsta no draugiem, Daudzdimensionālās uztvertā sociālā atbalsta skalas un Uztvertās Pašefektivitātes rādītāji ir negatīvi saistīti ar Grūtnieču stresu. Jo vairāk sievietes ir apmierinātas ar Sociālo atbalstu no

ģimenes, no draugiem, Sociālo atbalstu kopumā un viņām ir izteiktāka Uztvertā Pašefektivitāte, jo mazāk viņām izteikts Grūtnieču stress.

Uztvertā sociālā atbalsta no ģimenes rādītāji ir pozitīvi saistīti ar Iznākuma gaidām. Jo vairāk sievietes ir apmierinātas ar Sociālo atbalstu no ģimenes, jo izteiktākas Iznākuma gaidas.

Uztvertais stress, grūtnieču trauksme, uztvertais sociālais atbalsts, pašefektivitātes izjūta, sagatavotība dzemdībām un dzemdību skaits neprognozē sievietes izvēli attiecībā uz dzemdību veidu. Tomēr sievietes, kuras dzemdē pirmo reizi biežāk izvēlas fizioloģiskās dzemdības nekā sievietes, kuras dzemdē atkārtoti, kā arī Sagatavotība dzemdībām saistīta ar varbūtību izvēlēties dzemdēt fizioloģiskās dzemdības.

Salīdzinot Uztverto stresu, Grūtnieču trauksmi, Uztverto sociālo atbalstu, Pašefektivitātes izjūtu un sagatavotību dzemdībām sieviešu grupās atkarībā no dzemdību veida izvēles, tika konstatēts, kā sievietēm kuras vēlas dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās ir augstāka sagatavotība dzemdībām nekā sievietēm, kuras kā dzemdību veidu izvēlējušās plānotu ķeizargrieziena operāciju.

Sagatavotības dzemdībām rādītāji sieviešu grupā, kuras dzemde pirmo reizi ir pozitīvi saistīti ar Grūtnieču stresu. Jo sievietes labāk sagatavotas dzemdībām, jo vairāk izteikts grūtnieču stress. Uztvertā sociālā atbalsta no draugiem un Pašefektivitātes rādītāji ir negatīvi saistīti ar sagatavotību dzemdībām rādītājiem. Jo vairāk sievietes ir apmierinātas ar sociālo atbalstu no draugiem un jo augstāka ir viņu Pašefektivitāte, jo zemāka sagatavotība dzemdībām.

Uztvertā stresa rādītāji ir pozitīvi saistīti ar Grūtnieču stresu. Jo sievietēm ir izteiktāks Uztvertais stress, jo augstāks Grūtnieču stress. Uztvertā sociālā atbalsta un Uztvertās pašefektivitātes rādītāji ir negatīvi saistīti ar Uztverto stresu. Jo vairāk sievietes ir apmierinātas ar sociālo atbalstu un viņām ir augstāka pašefektivitāte, jo zemāks uztvertais stress.

Grūtnieču stresa rādītāji ir negatīvi saistīti ar Uztverto sociālo atbalstu no draugiem, citiem cilvēkiem un Uztverto sociālo atbalstu kopumā, ka arī Uztverto pašefektivitāti. Jo vairāk sievietes ir apmierinātas ar sociālo atbalstu un viņām ir izteiktāka Uztvertā pašefektivitāte, jo zemāks ir grūtnieču stress.

Uztvertā sociālā atbalsta rādītāji ir pozitīvi saistīti ar pašefektivitāti. Jo vairāk sievietes ir apmierinātas ar sociālo atbalstu, jo augstāka ir viņu pašefektivitātes izjūta.

Sagatavotības dzemdībām rādītāji sieviešu grupā, kuras dzemdē atkārtoti ir pozitīvi saistīti ar Grūtnieču stresu. Jo sievietes, kurām ir nodoms dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās, labāk sagatavotas dzemdībām, jo izteiktāks grūtnieču stress. Pašefektivitātes rādītāji ir negatīvi saistīti ar sagatavotības dzemdībām rādītājiem. Jo vairāk sievietēm izteikta Pašefektivitāte, jo zemāka sagatavotība dzemdībām.

Uztvertā stresa rādītāji ir pozitīvi saistīti ar Grūtnieču stresu. Jo sievietem ir izteiktāks Uztvertais stress, jo augstāks Grūtnieču stress. Uztvertā sociālā atbalsta un pašefektivitātes rādītāji ir negatīvi saistīti ar Uztverto stresu. Jo vairāk sievietes ir apmierinātas par sociālo atbalstu un viņām ir augstāka pašefektivitāte, jo ir zemāks uztvertais stress.

Grūtnieču stresa rādītāji ir negatīvi saistīti ar Uztverto sociālo atbalstu, kā arī Uztverto pašefektivitāti. Jo vairāk sievietes ir apmierinātas ar sociālo atbalstu un viņām ir izteiktāka Uztvertā pašefektivitāte, jo zemāks ir grūtnieču stress.

Uztvertā sociālā atbalsta rādītāji ir pozitīvi saistīti ar pašefektivitāti. Jo vairāk sievietes ir apmierinātas ar sociālo atbalstu, jo augstāka ir viņu pašefektivitāte.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA:

- Abdollahpour, S., Ramezani, S. & Khosravi, A. (2015). Perceived social support among family in pregnant women. *International Journal of Pediatrics*, Vol. 3(5-1), 879-888.
- Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). *A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. Psychological Medicine*, 40(11), 1849–1859. doi:10.1017/s0033291709992224
- Althabe, F., & Belizán, J. M. (2006). *Caesarean section: the paradox. The Lancet*, 368(9546), 1472–1473. doi:10.1016/s0140-6736(06)69616-5
- Arck, P. (2010). Stress during pregnancy: Maternal endocrine-immune imbalances and fetal health. *Journal of Reproductive Immunology*, 86(11), 67–73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jri.2010.06.005>
- Ayers, S. (2007). *Thoughts and Emotions During Traumatic Birth: A Qualitative Study. Birth*, 34(3), 253–263. doi:10.1111/j.1523-536x.2007.00178.x
- Bandura A (1977) *Social Learning Theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175–1184. doi:10.1037/0003-066x.44.9.1175
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Worth, p. 604.
- Bandura, A., 1986. *Social Foundations of Thought and Action*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bandura, A., 2001. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu. Rev Psychol.* 52, 1–26.
- Bardacke N. *Mindful birthing: Training the mind, body, and heart for childbirth and beyond*. HarperOne; New York: 2012.
- Bloomfield, L. & Kendall, S. (2012). Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme. *Primary Health Care Research & Development*, Vol. 13, 364–72.
- Bohnke, J.R. & Croudace, T.J. (2016). Calibrating well-being, quality of life and common mental disorder items: psychometric epidemiology in public mental health research. *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 209(2), 162-168.
- Buckley SJ. Executive Summary. *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care*. Washington, DC: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families; 2015. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 50, 479-88.
- Carlsson, I.-M., Ziegert, K., & Nissen, E. (2014). Psychometric properties of the Swedish childbirth self-efficacy inventory (Swe-CBSEI). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). doi:10.1186/1471-2393-14-1
- Chadwick, K.A. & Collins, P.A. (2015). Examining the relationship between social support availability urban center size, and self-perceived mental health of recent immigrants to Canada: A mixed-methods analysis. *Social Science & Medicine*, Vol. 128., 220-30.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Journal of the American Medical Association*, 298, 1684e1687.

- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385. doi:10.2307/2136404
- Copper, R. L., Goldenberg, R. L., Das, A., Elder, N., Swain, M., Norman, G., et al., & the National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. (1996). The preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175, 1286–1292.
- Davis, E.P., Sandman, C.A., 2012. Prenatal psychobiological predictors of anxiety risk in preadolescent children. *Psychoneuroendocrinology*.
- de Montigny, F. & Lacharité C. (2004). Fathers' perceptions of the immediate postpartal period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, Vol. 33, 328–39.
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H., & Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(1).doi:10.1186/1471-2393-10-81
- Dennis, C. L. & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *J. Adv. Nurs.*, Vol. 56, 588–599.
- Dilks, F. M., & Beal, J. A. (1997). *Role of Self-Efficacy in Birth Choice*. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 11(1), 1–9. doi:10.1097/00005237-199706000-00003
- Dole, N., Savitz, I., Hertz-Picciotto, I., Siega-Riz, A. M., McMahon, M. J., & Buekens, P. (2003). Maternal stress and preterm birth. *American Journal of Epidemiology*, 157, 14–24.
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rütcke, M., Rose, M., Dudenhausen, J. & Pincus-Knackstedt, M.K. (2007). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, Vol. 22(3), 869-877.
- Fisher, C., Hauckb, Y. & Fenwickb, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth. *Social Science & Medicine*, Vol. 63, 64-75.
- Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health*, 26, 1553–1570. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2010.533770>
- Ford, E., Ayers, S., & Bradley, R. (2010). Exploration of a cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 353–359. doi:10.1016/j.janxdis.2010.01.008
- Foureur, M., 2008. Creating birth space to enable undisturbed birth. In: Fahy, K., Foureur, M., Hastie, C. (Eds.), *Birth Territory and Midwifery Guardianship: Theory for Practice, Education and Research*. Elsevier, Milton Keynes, UK: Butterworth, Heinemann, pp. 11–19.
- Gamble, J., & Creedy, D. (2005). Psychological trauma symptoms of operative birth. *British Journal of Midwifery*, 13(4), 218–224. doi:10.12968/bjom.2005.13.4.17981
- Gao, L., Sun, K. & Chan, S.W. (2014). Social support and parenting self-efficacy among Chinese women in the perinatal period. *Midwifery*, Vol. 30, 532-8.
- Garcia, M.F., Ramirez, M. & Jariego, M.I. (2002). Social support and locus of control as predictors of psychological well-being in Moroccan and Peruvian immigrant women in Spain. *International Journal of Intercultural Relations*, Vol. 26, 287-310.
- Gebuz, G., Kaz ´mierczak, M., Mieczkowska, E., Gierszewska, M., Banaszkiwicz, M., 2016. Adequacy of social support and satisfaction with life during childbirth. *Polish Ann. Med.* 23, 135–140. <https://doi.org/10.1016/j.poamed.2016.01.004>.

- Gourounti, K., Kouklaki, E., & Lykeridou, K. (2015). Childbirth efficacy: Validating the childbirth self-efficacy inventory in a Greek sample of pregnant women. *Midwifery*, *31*(7), 742–749. doi:10.1016/j.midw.2015.03.013
- Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(5), 389–401. doi:10.1016/j.cpr.2014.05.003
- Gulacti, F. (2010). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, Vol. 2., 3844-9.
- Hanna-Leena Melender, R. (2002). Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth*, *29*(2), 101–111. doi:10.1046/j.1523-536x.2002.00170.x
- Harley, K. & Eskenazi, B. (2006). Time in the United States, social support and health behaviors during pregnancy among women of Mexican descent. *Social Science & Medicine*, Vol. 62(12), 3048-3061.
- Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Sabroe, S., & Secher, N. J. (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *British Medical Journal*, *307*, 234–239.
- Hildingsson, I., Tingvall, M. & Rubertsson, C. (2008). Partner support in the childbearing period — A follow up study. *Women Birth*, Vol. 21, 141-8.
- Hodnett ED, Simmons-Tropea DA: The Labour Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Research in nursing & health*. 1987, 10 (5): 301-310.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd003766.pub5
- Horsch, A., & Ayers, S. (2016). Childbirth and Stress. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, 325–330. doi:10.1016/b978-0-12-800951-2.00040-6
- J
- amshidimanesh, M., Astaraki, L., Moghadam, Z.M., Taghizade, Z. & Haghane, H. (2012). *Maternal-fetal attachment and its associated factor*. *Hayat*, Vol. 18, 33-45.
- Khorsande, M., Vakilian, K. & Masole, M. (2014). The reasons natural childbirth. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*, Vol. 4, 161-6.
- Khorsandi, M., Ghofranipour, F., Faghihzadeh, S., Hidarnia, A., Akbarzadeh Bagheban, A., & Aguilar-Vafaie, M. E. (2008). Iranian version of childbirth self-efficacy inventory. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(21), 2846–2855. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02385.x
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, *25*(2), e49–e59. doi:10.1016/j.midw.2007.07.010
- Leahy, Warren, P. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant
- Leahy, Warren, P. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 50, 479–88.
- Lobel, M. (1994). Conceptualizations, measurement, and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, *17*, 225–272.
- Lobel, M., Cannella, D.L., Graham, J.E., DeVincent, C., Schneider, J., Meyer, B.A., 2008. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychol.* *27* (5), 604–615.
- Lobel, M., Dunkel-Schetter, C., & Scrimshaw, S. C. M. (1992). Prenatal maternal stress and prematurity: A prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Health Psychology*, *11*, 32–40.
- Logsdon, M. (2003). Social and professional support for pregnancy and parenting women. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, Vol. 28, 371-6.

- Logsdon, M.C. & Koniak-Griffin, D. (2005). Social support in postpartum adolescents: guidelines for nursing assessments and interventions. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, Vol. 34(6), 761-768.
- Lowe, N. K. (1991). Maternal Confidence in Coping with Labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 20(6), 457-463. doi:10.1111/j.1552-6909.1991.tb01711.x
- Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in Nursing & Health*, 16(2), 141-149. doi:10.1002/nur.4770160209
- Lowe, N. K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(4), 219-224. doi:10.3109/01674820009085591
- Lu MC, Prentice J, Yu SM, Inkelas M, Lange LO, Halfon N. Childbirth education classes: Sociodemographic disparities in attendance and the association of attendance with breastfeeding initiation. *Matern Child Health J*. 2003;7:87-93.
- Lu, M.C., Prentice, J., Yu, S.M., Inkelas, M., O, Lange, L., Halfon, N. (2003). Childbirth Education Classes: Sociodemographic Disparities in Attendance and the Association of Attendance with Breastfeeding Initiation. *Matern Child Health J* 7, 87-93 <https://doi.org/10.1023/A:1023812826136>
- Lundgren, I. (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 21(4), 346-354. doi:10.1016/j.midw.2005.01.001
- Martin, J. A., Kochanek, K. D., Strobino, D. M., Guyer, B., & MacDorman, M. F. (2005). Annual summary of vital statistics – 2003. *Pediatrics*, 115, 619-634.
- Melender, H. L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth*, 29, 101-111.
- Moghaddam Hosseini, V., Nazarzadeh, M., & Jahanfar, S. (2018). Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women and Birth*, 31(4), 254-262. doi:10.1016/j.wombi.2017.10.007
- Mulder, E.J.H., Robles de Medina, P.G., Huizink, A.C., Van den Bergh, B.R.H., Buitelaar, J.K., & Visser, G.H.A. (2002). Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development*, 70, (1/2), 3
- Nazare, S., Salare, P., Mazlom, R. & Mehram, F. (2014). The comparative study of social support postpartum mothers multiparity in the first and second month after delivery. *Public Health Research Khorasa*, Vol.8, 1-9.
- Neisani Samani, L., Chehreh, H., Seyed Fatemi, N., Hosseini, F., Karamelahi, Z., 2016. Relationship between perceived social support and anxiety in pregnant women conceived through Assisted Reproductive Technologies (ARTs). *Iran J. Nurs*. 29, 51-59.
- Nilsson, C., & Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), e1-e9. doi:10.1016/j.midw.2007.01.017
- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 25(3), 114-121. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.06.001>
- Nore, R., Kareme, N. & Mohamade, M. (2013). The relationship Between Prenatal depression with Social Support and satisfaction. *The Journal of Tehran University Heart Center*, Vol. 1, 10-15.
- Pasha, H. & Faramarze, M. (2015). The role of social support in predication of stress in pregnancy. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, Vol. 17, 52-60.
- Pournamdarian, S., Birashk, B. & Asgharnejad, Farid, A. (2012). The clarification of contribution of meta-cognitive beliefs in explaining the symptoms of depression, anxiety and stress in nurses. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, Vol. 13, 86-94.

- Racine, N., Plamondon, A., Hentges, R., Tough, S., & Madigan, S. (2019). Dynamic and Bidirectional Associations Between Maternal Stress, Anxiety, and Social Support: The Critical Role of Partner and Family Support. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2019.03.083
- Rahimparvar, S., Hamzehkhani, M., Geranmayeh, M., & Rahimi, R. (2012). Effect of educational software on self-efficacy of pregnant women to cope with labor: A randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(1), 63–70. [http:// dx.doi.org/10.1007/s00404-012-2243-4](http://dx.doi.org/10.1007/s00404-012-2243-4)
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Saisto T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - Randomised trial. *BJOG*;120:75–84.
- Sadeghe, H., Mosave, S. & Jahde, F. (2013). The relationship between perceived social support with the consent of the pregnant women referred to health center martyr Akbarabadi Tehran. *Journal of Preventive Care in Nursing and Midwifery*, Vol. 4, 54-64.
- Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.*;85:1315–1319.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E., & Halmesmaki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(5), 492–498. doi:10.1111/j.1471-0528.2001.00122.x
- Salomonsson, B., Berterö, C., & Alehagen, S. (2013). Self-Efficacy in Pregnant Women with Severe Fear of Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(2), 191–202. doi:10.1111/1552-6909.12024
- Schwartz, L., Toohill, J., Creedy, D. K., Baird, K., Gamble, J., & Fenwick, J. (2015). Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 29. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0465-8>
- Sigurdardottir, V. L., Gamble, J., Gudmundsdottir, B., Kristjansdottir, H., Sveinsdottir, H., & Gottfredsdottir, H. (2017). The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women and Birth*, 30(6), 450–459. doi:10.1016/j.wombi.2017.04.003
- Silove, D.M., Tay, A.K., Tol, W.A., Tam, N., Dos Reis, N. & da Costa, Z. (2016). Patterns of separation anxiety symptoms amongst pregnant women in conflict-affected Timor-Leste: associations with traumatic loss, family conflict, and intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 205, 292-300.
- Sinclair, M., & O'Boyle, C. (1999). *The Childbirth Self-Efficacy Inventory: a replication study*. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6), 1416–1423. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01230.x
- Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). *Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth*. *Birth*, 30(1), 36–46. doi:10.1046/j.1523-536x.2003.00215.x
- Spoozak, L., Gotman, N., Smith, M.V., Belanger, K. & Yonkers, K.A. (2009). Evaluation of a social support measure that may indicate risk of depression during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 114, 216-23.
- Stenglin, M., & Foureur, M. (2013). *Designing out the Fear Cascade to increase the likelihood of normal birth*. *Midwifery*, 29(8), 819–825. doi:10.1016/j.midw.2013.04.005
- Stockman, A. F., & Altmaier, E. M. (2001). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8(3), 161–166. doi:10.1023/a:1011313502507
- Swain, J. E., Tasgin, E., Mayes, L. C., Feldman, R., Todd Constable, R., & Leckman, J. F. (2008). *Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1042–1052. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01963.x
- Sydsjo, G., Sydsjo, A., Gunnervik, C., Bladh, M., & Josefsson, A. (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(1), 44–49. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01242.x

- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health, 15*(1).doi:10.1186/s12978-018-0511-x
- Taheri, Z., Khorsande, M., Amire, M. & Hasanzade, A. (2015). Investigate the causes of childbirth in pregnant woman in Shahrekord. *Rafsanjan University of Medical Sciences*, Vol. 14, 345-50.
- Talge NM, Neal C, Glover V. Antenatal maternal stress and long- term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psy- chol Psychiatry*. 2007;48(3-4):245–261.
- Trivette, C.M., Dunst, C.J. & Hamby, D.W. (2010). Influences of family-systems intervention practices on parent-child interactions and child development. *Topics in Early Childhood Special Education*, Vol. 30, 3-19.
- Trivette, C.M., Dunst, C.J. & Hamby, D.W. (2010). Influences of family-systems intervention practices on parent-child interactions and child development. *Topics in Early Childhood Special Education*, Vol. 30, pp. 3–19.
- Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., & Garite, T. J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: A prospective inves- tigation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 169*, 858– 865.
- Waldenstrom, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research, 47*, 471-482.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radestad, I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth, 31*(1), 17–27. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x
- Webster, J., Nicholas, C., Velacott, C., Cridland, N. & Fawcett, L. (2011). Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery*, Vol. 27, 745–749.
- Werner-Bierwisch, T., Pinkert, C., Niessen, K., Metzger, S., & Hellmers, C. (2018). Mothers' and fathers' sense of security in the context of pregnancy, childbirth and the postnatal period: an integrative literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth, 18*(1). doi:10.1186/s12884-018-2096-3
- Wuitchik M, Hesson K, Bakal DA. (1990). Perinatal predictors of pain and distress during labor. *Birth, 17*:186-191.
- Yali, A. M., & Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 20*(1), 39–52.doi:10.3109/01674829909075575
- Yehia, D.B., Callister, L.C. & Hamdan-Mansour, A. (2013). Prevalence and predictors of postpartum depression among Arabic Muslim Jordanian women serving in the military. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, Vol 27, 25–33.
- Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 208*, 634–645. doi:10.1016/j.jad.2016.10.009
- Yu, M., Qiu, T., Liu, C. *et al.* The mediating role of perceived social support between anxiety symptoms and life satisfaction in pregnant women: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* **18**, 223 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01479-w>
- Zahede, M., Asemame, O. & Mahmodyan, H. (2015). Given the role of medical in assistants in reducing caesarean sections; designed and evaluated the psychometric questionnaire to measure attitudes of residents towards elective caesarean sections and vaginal births. *Iranian Journal of Medical Ethics and History*, Vol. 8, 59-71.
- Zamani, P., Ziaie, T., Lakeh, N. M., & Leili, E. K. (2019). *The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. Midwifery*.doi:10.1016/j.midw.2019.05.002

Zelkowitz, P. (2004). Factors associated with depression in pregnant immigrant women. *Transcult. Psychiatry*, Vol. 41, 445–464.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., Farley, G.K., 1988. The multidimensional scale of perceived social support. *J. Pers. Assess.* 52, 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2.

1. PIELIKUMS: TITULLAPAS PARAUGS

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
PEDAGOĢIJAS, PSIHOLOĢIJAS UN MĀKSLAS FAKULTĀTE
PSIHOLOĢIJAS NODAĻA

**UZTVERTĀ STRESA, GRŪTNIEČU TRAUKSMES, UZTVERTĀ
SOCIĀLĀ ATBALSTA, PAŠEFEKTIVITĀTES UN SAGATAVOTĪBAS
DZEMDĪBĀM SAISTĪBA AR NODOMU VEIKT PLĀNOTU
ĶEIZARGRIEZIENU VAI DZEMDĒT FIZIOLOĢISKĀS DZEMDĪBĀS**

BAKALaura DARBS

Autors: **Kristīne Krūze- Hermane**

Studenta apliecības Nr.: kk18154

Darba vadītājs: Docente Dr. psych. Evija Strika

RĪGA 2020
2. PIELIKUMS: SATURA RĀDĪTĀJA PARAUGS

SATURS

Anotācija.....	3
Anotācija angļu valodā (Abstract).....	4
Ievads.....	5
Pašefektivitātes izjūta un sagatavotība dzemdībām grūtniecības laikā un dzemdībās..	8
Grūtniecības stress un uztvertais stress grūtniecības laikā un dzemdībās.....	13
Uztvertais sociālais atbalst grūtniecības laikā un dzemdībās.....	16
Metode.....	22
Rezultāti.....	24
Diskusija.....	43
Secinājumi.....	45
Izmantotā literatūra.....	49
Pielikumi.....	56

3. PIELIKUMS: DOKUMENTĀRĀS LAPAS PARAUGS

Bakalaura darbs “Uztvertā stresa, Grūtnieču trauksmes, Uztvertā sociālā atbalsta, pašefektivitātes un sagatavotības dzemdībām saistība ar nodomu veikt plānotu ķeizargriezienu vai dzemdēt fizioloģiskās dzemdībās” izstrādāts LU Pedagoģijas, psiholoģijas un mākslas fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Autors: Kristīne Krūze- Hermane

Vadītāja: Docente Dr. psych. Evija Strika