

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
Pedagoģijas un psiholoģijas fakultāte
Psiholoģijas nodaļa

Psiholoģijas profesionālā maģistra
studiju programmas
2. kursa studentes
Aļonas Subbotinas
Stud. apl. Nr. PSIH030051

Maģistra darbs

**Apmierinātības ar partnerattiecībām un gatavības vecāku lomai sakarības sievietēm ar un
bez grūtniecības patoloģijām**

Zinātniskā vadītāja: Doc. **B.Martinsone**

Rīga 2009

Satura rādītājs

Rezumējums	3
Abstract	4
Teorētiska daļa	5
Partnerattiecības un apmierinātība ar tām	7
Grūtniecība	8
Grūtniecības patoloģijas	11
Grūtniecības saistība ar apmierinātību ar partnerattiecībām un tas izmaiņām.....	13
Gatavība vecāku lomai un tās saistība ar grūtniecību un partnerattiecībām	15
Metode.....	17
Pētījuma dalībnieki	17
Pētījuma instrumentārijs	17
Pētījuma procedūra	18
Rezultāti	18
Iztirzājums	21
Izmantotas literatūras saraksts	24
Bibliogrāfija	28

Rezumējums

Maģistra darba mērķis bija noskaidrot:

1. Kāda saistība pastāv starp apmierinātību ar partnerattiecībām un gatavību vecāku lomai visā grūtnieču grupā?
2. Vai pastāv atšķirības apmierinātībā ar partnerattiecībām un gatavībā vecāku lomai sievietēm ar normālo grūtniecību un ar patoloģisku grūtniecības norisi?
3. Vai grūtniecības norise un grūtnieces vecums izskaidro statistiski nozīmīgas izmaiņas apmierinātībā ar partnerattiecībām un gatavībā vecāku lomai?

Pētījumā piedalījās sievietes, kurām ir pirmā grūtniecība un 5-9 grūtniecības mēnesis; vecumā no 20 līdz 30 gadiem; kuras dzīvo ar savu partneri vismaz 2 gadus; ar vismaz vidējo izglītību un kuras pirms grūtniecības strādāja vismaz gadu. Vienā pētāmā grupā ir 20 sievietes ar grūtniecības patoloģijām. Otrā pētāma grupa – 25 sievietes bez grūtniecības patoloģijām.

Pētījuma metodes:

1. "Motivācijas kļūt par vecākiem noteikšanas skala (A scale of motivation for parenthood: the index of parenthood motivation.)" (Gerson, 1983, adaptējusi Grinfelde, 2004).
2. „Apmierinātība ar partnerattiecībām (The New Marital Satisfaction Scale)” (Blum & Mehrabian, 1999, adaptējusi Mizāne, 2006).
3. Pašizveidota aptaujas anketa, kas ietver jautājumus par respondenta demogrāfiskajiem datiem.

Pētījuma secinājumi:

- # visā grūtnieču grupā kopumā saistības starp apmierinātību ar partnerattiecībām un gatavību vecāku lomai nav statistiski nozīmīga;
- # starp sievietēm ar un bez grūtniecības patoloģijām nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības gatavībā vecāku lomai un apmierinātībā ar partnerattiecībām.
- # grūtnieces vecums un grūtniecības norise neizskaidro statistiski nozīmīgas izmaiņas grūtnieču apmierinātībā ar partnerattiecībām, kā arī neizskaidro statistiski nozīmīgas izmaiņas gatavībā vecāku lomai.

Atslēgas vārdi: apmierinātība ar partnerattiecībām; gatavība vecāku lomai; grūtniecība; grūtniecības patoloģijas; grūtnieču vecums.

Abstract

The main questions of this psychological title were:

1. What type of correlation there is between marital satisfaction and readiness of parenthood in all pregnant women group?
2. Is there some differences in marital satisfaction and readiness of parenthood between women with pregnancy abnormalities and without it?
3. Do pregnancy status (abnormal or normal pregnancy) and pregnant woman age explain some changes in marital satisfaction and readiness of parenthood?

This research was completed with pregnant women in 5th-9th month of their first pregnancy, which is 20 – 30 years old, with marital relationships not less than 2 years before pregnancy, not less than secondary school education and job experience before pregnancy not less than one year. In first group of research were 20 women with pregnancy abnormalities. In second research group – 25 women without pregnancy abnormalities.

Measurements:

1. „A scale of motivation for parenthood: the index of parenthood motivation”. (Gerson, 1983, adapted Grinfelde, 2004).
2. „The New Marital Satisfaction Scale” (Blum & Mehrabian, 1999, adapted Mizāne, 2006).
3. Self-made questionnaire with demographic dates information.

Results:

1. There are not statistical difference between marital satisfaction and readiness of parenthood in all pregnant women group.
2. There is no statistically important distinctions in differences in marital satisfaction and readiness of parenthood between women with pregnancy abnormalities and without it.
3. Pregnancy status (abnormal or normal pregnancy) and pregnant woman age can not explane some statistical changes in marital satisfaction and readiness of parenthood.

Key words: marital satisfaction; readiness of parenthood; pregnancy; abnormal pregnancy (abnormalities); pregnant woman age.

Teorētiska daļa

Sabiedrībā vienmēr viena no visnozīmīgākajiem vērtībām ir bijusi ģimene. Ir pieņemts, ka divi cilvēki (vīrietis un sieviete) veido sava starpā partnerattiecības. Pēc kāda kopdzīves perioda paris pieņem lēmumu, ka viņi vēlas bērnu. Pieņemot lēmumu kļūt par vecākiem, pāris saskaras ar sievietes grūtniecību, kas var noritēt bez sarežģījumiem, bet var būt arī patoloģiska. Ir svarīgi izpētīt saistību starp apmierinātību ar partnerattiecībām un gatavību vecāku lomai, jo pašlaik Latvijā nevienā statistiskā avotā nav nekādu datu, cik labi sievietes jūtas grūtniecības laikā, kas ir tie faktori, kas Latvijā ietekmē grūtnieču psiholoģisko un emocionālo labsajūtu, cik lielā mērā sievietes ir apmierinātas ar partnerattiecībām un cik lielā mērā grūtnieces ir gatavas vecāku lomai. Latvijā nav arī statistisko datu, kas parādītu, kāds ir patoloģisko grūtniecību procents, kādas grūtniecības patoloģijas ir sastopamas visbiežāk. Nav arī iespējas paskatīties uz statistiskiem datiem, kas radītu, kādas ir apmierinātības ar partnerattiecībām atšķirības starp sievietēm ar un bez grūtniecības patoloģijas, ka arī – kādas ir atšķirības gatavībā vecāku lomai.

Partnerattiecības un apmierinātība ar tām

Psiholoģijas pētniecības nozare, kas pēta attiecības un saikni starp māti, tēvu un topošo bērnu, savus pētījumus ir sākusi tikai 20.gadsimta 70-tajos gados (Brutmans, Filipova, & Hamitova, 2002). Partnerattiecību problēmas ir viens no visizplatītākajiem iemesliem, kāpēc cilvēki meklē psihologa palīdzību, un tām ir tendence negatīvi ietekmēt indivīda fizisko un psiholoģisko labklājību (Sacco & Phares, 2001).

Apmierinātība ar partnerattiecībām ir viena no partnerattiecību kvalitātes dimensijām. Spaniers (Spanier) laulību (vai partnerattiecību) kvalitāti apraksta kā konceptu, kas vistiešāk saistās ar to, kā laulība funkcionē un kā tajā jūtas partneri, un kā laulība viņus ietekmē (Spanier, 1979, kā minēts Prouty et al., 2000). Ir atzīts, ka partnerattiecību kvalitātei ir lielāka nozīme, nekā attiecību statusam (vai partneri ir precēti vai nē). Piemērām, ir dati, kas liecina par to, ka neprecēti partneri jūtas vairāk apmierināti ar attiecībām, nekā precētie partneri, kuri dzīvo stresainā laulībā (Glenn & Weaver, 1981, kā minēts Spotts et. al., 2005).

Lielākā daļa grūtību savstarpējās attiecībās rodas nevis tādēļ, ka cilvēki nespēj tās veidot, bet gan tādēļ, ka viņi nav radījuši tam nepieciešamos priekšnoteikumus, nav mācījušies kopdzīvei ar savu partneri, un nav spējīgi uzreiz pieņemt otra cilvēka īpatnības un vajadzības. Tādēļ ir daudz pāru, kuru attiecības izjūk, sākot kopdzīvi. Pāra attiecības vienmēr attīstās, pārejot no vienas stadijas otrā un pārvarot ar tām saistītas krīzes. Ir nepieciešama abpusēja piepūle,

enerģija un spēks, lai pārvarētu grūtos brīžus un stiprinātu ģimeni, nevis novestu pie attiecību sabrukuma (Kovaļovs, 1990).

Sociologi izdala vienpadsmit ģimenes laimes un labklājības veidotājkomponentus: partneru savstarpēja saprašanās, atsevišķs dzīvoklis, materiāla labklājība, bērni, pārlicība par laulības stabilitāti, brīva laika interesanta pavadīšana ģimenē, interesants darbs, atbilstoša izglītība, labs amats darbā, labi draugi, partnera patstāvība. Vīrieši pirmajā un otrajā vietā izvirza atsevišķu dzīvokli un materiālo labklājību, tad saprašanos starp laulātajiem, bērnus un interesantu darbu. Savukārt sievietes par primāro uzskata saprašanos, bērnus, un tikai pēc tām dzīvokli, materiālo labklājību un interesantu darbu (Kovaļovs, 1990).

Savukārt Harlijs (Harli) piedāvā citu savstarpējo attiecību apmierinātības modeli. Harlijs katram no dzimumiem izdala piecas pamatvajadzības, kuru neapmierinājuma gadījumā partneru starpā var rasties nopietni konflikti, kā arī attiecību pārtraukšanas risks. Piecas vīrieša pamatvajadzības partnerattiecības ir: seksuālais apmierinājums; līdzgaitnieks atpūtā; pievilcīga partnere; mājas saimniecības darbu veikšana; sajūsma. Piecas sievietes pamatvajadzības pāra attiecībās ir: pievilcīgums (maigums attiecības); iespēja aprunāties; godīgums un atklātība; finansiālais atbalsts; sevis veltīšana attiecībām. Jāatzīmē, ka vīrieši arī izjūt nepieciešamību apmierināt piecas vajadzības, kuras ir pamatvajadzības sievietei, un otrādi, sievietēm arī rodas piecas vajadzības, kuras ir galvenās vīriešiem (Harli, 1992).

Trojs (Troj, 2000), uzskata, ka ir trīs mainīgie, kas ir galvenie attiecību apmierinātības jautājumā: savstarpēja komunikācija, seksuāla komunikācija un komunikācijas ietekme.

Savukārt pēc Teilora (Taylor) domām, cilvēks ir apmierināts ar attiecībām, kad viņš jūtas saprasts, novērtēts un kad viņš jūt, ka partneris par viņu rūpējas (Taylor et. al., 2000).

No sociālās apmaiņas teorijas viedokļa, cilvēks cenšas izveidot attiecības tā, lai maksimizētu savus "ienākumus" un minimizētu "izdevumus". Ja attiecības cilvēkam ir nozīmīgas, tas nozīmē, ka tās sniedz viņam īpašus "ienākumus", ko viņš nevar iegūt citur (Baron & Byrne, 2000). Kā 6 galvenie "ienākumi" tiek izdalīti: mīlestība, nauda, statuss, informācija, lietas un pakalpojumi (Foa & Foa, 1974, kā minēts Taylor et.al., 2000). Apmierinātība ar attiecībām ir augstāka, ja cilvēks tic, ka viņš ļoti daudz gūst no attiecībām, pat ja cilvēks uzskata, ka saņem mazāk nekā būtu pelnījis (Taylor et. al., 2000). Kopumā var teikt, ka apmierinātību ar attiecībām nosaka to atbilstība mūsu cerībām un gaidām.

Kā var redzēt, katrā modelī ir kopīgas lietas, kas, pēc autoru domām, ietekmē apmierinātību ar partnerattiecībām. Tas ir: savstarpēja partneru saprašanās un komunikācija, seksuāla komunikācija, materiālā labklājība, brīva laika interesantā pavadīšana, partnera pievilcība.

Apmierinātība ar partnerattiecībām samazinās, ja partneri ir zaudējuši mīlestību viens pret otru un ir vīlušies partnerī (Kalmikova, 1983, kā minēts Rajgorodskij, 2002).

Vispār ir uzskatīts, ka divi cilvēki, kuriem ir vienādi uzskati par sievas un vīra lomu un kuriem ir vienādas gaidas no partnerattiecībām, labprātāk pavadīs vairāk laika kopā un ar lielāku varbūtību var iemīlēties viens otrā. Partnerattiecību stabilitāte ir arī saistīta ar retāku fizisko atšķirtību no partnera un biežāku tuvību un kopīgām nodarbēm (Holloway et al., 2003).

Apmierinātība ar partnerattiecībām ir atkarīga no daudziem faktoriem. Individu ievainojamība un personības īpašības, saspringtie dzīves notikumi jeb stress (bezdarbs, bērna piedzimšana) un pāra adaptīvie procesi, savstarpēji mijiedarbojas un nosaka pāra attiecību kvalitātes līmeni (Karnej & Bradbury, 1995, kā minēts Gonzaga et al., 2007). Pēc Bredburi un Karnija attiecību attīstības modeļa, apmierinātību ar partnerattiecībām un šķiršanos nosaka trīs ietekmes: partneru ievainojamība vai stabili partnera personības raksturojumi (personības īpašības, etniskums, ģimenes pieredze); stresa notikumi un apstākļi, ar ko pāri saskaras (vecāku loma, darba zaudējums) un adaptīvie procesi, ko partneri izrāda (mijiedarbības laikā piedzīvotas emocijas, uzvedības prasmes, ar to saistīta izziņa). Šīs atziņas apstiprinās arī Bredburi un Pača (Pasch & Bradbury, 1998) pētījumā, kurā tika konstatēts, ka pāros, kuru attiecībās ir augsts stresa radītājs, ka arī ir nepietiekams sociālais atbalsts, apmierinātība ar attiecībām samazinās. Tomēr jāņem vērā, ka līdzīgi dzīves notikumi atšķirīgos pāros var saistīties ar augstāku vai zemāku apmierinātību ar partnerattiecībām, kas ir atkarīgs no pāra spējām kopīgi pieredzēt un tikt galā ar šiem notikumiem. Tas ir atkarīgs arī no kultūras konteksta, kas nosaka, kādām ir jābūt pāra attiecībām. Daudzi no faktoriem, kas nosaka apmierinātību ar attiecībām savstarpēji mijiedarbojas (Halford et al., 2003).

Kopumā pāri uzrāda augstāku apmierinātību ar partnerattiecībām, ja viņi jūt, ka partneris viņu novērtē un izrāda lielu uzmanību, kas izpaužas, gan vārdos, gan uzvedībā. Piemēram, sievietēm svarīgs attiecību aspekts ir vīrieša spēja iesaistīties komunikācijā gan ikdienas saskarsmē, gan arī konflikta risināšanas laikā. Vīriešiem nav tik svarīgi, lai sievas būtu labas klausītājas, viņiem ir svarīgas tādas attiecību vērtības, kā sirsnība un pozitīvie uzskati (Matlin, 2000). Var arī teikt, ka pāru apmierinātība ar attiecībām saistās ar savstarpējo saskarsmi, kādā veidā pāris sazinās (Heymann, 2001, kā minēts Halford et al., 2007).

Jo ilgāk un labāk partneri ir iepazīnuši viens otru pirms kopsdzīves, jo vairāk tas saistīsies ar augstāku apmierinātību ar partnerattiecībām pēc kopsdzīves uzsākšanas (Halford et al., 2003).

Apmierinātība ar partnerattiecībām ir viena no partnerattiecību kvalitātes dimensijām. Apmierinātība ar partnerattiecībām ir liela mērā saistīta ar sekojošiem faktoriem: savstarpēja partneru saprašanas un komunikācija, seksuāla komunikācija, materiālā labklājība, brīva laika interesantā pavadīšana, partnera pievilcība. Individu ievainojamība un personības īpašības,

saspringtie dzīves notikumi jeb stress un pāra adaptīvie procesi, savstarpēji mijiedarbojas un nosaka pāra attiecību kvalitātes līmeni. Jo stresainākas ir attiecības, jo zemāka ir apmierinātība ar tām.

Grūtniecība

Grūtniecība ir bioloģiski normāls, bet ļoti īpašs periods sievietes dzīvē. Tā ir “bioloģiskā simbioze”, kuras laikā sieviete atrodas starp laimes sajūtu par to, ka viņa var izpildīt savu bioloģisko jēgu un starp bailēm par iespējamo draudošo neveiksmi (Benedek, 1972). Grūtniecība bioloģiskā un psiholoģiskā nozīmē vienlaicīgi ir auglīgs un ievainojamību veicinošs periods, un, atkarībā no biomedicīniskiem, sociāliem un psiholoģiskiem faktoriem, sieviete grūtniecību var uztvert gan pozitīvi, gan negatīvi (Gurung et. al., 2005). Grūtniecība izraisa noteiktas izmaiņas sievietes organismā. Pirmkārt, tās ir normālas fizioloģiskās izmaiņas, kas ir saistītas ar organisma adaptāciju – hormonālas izmaiņas, kas apmierina visas augļa vajadzības (McDonald, 1972). Savukārt medicīnā grūtniecība ir definēta kā fizioloģiskas, psiholoģiskas, bioķīmiskas, anatomiskas pārmaiņas sievietes organismā, kas nodrošina pilnvērtīgu augļa attīstību un nekaitē mātes veselībai (Apinis, 2003).

Ilgu laiku grūtniecības psiholoģiskā nozīme netika ņemta vērā. Grūtniecība bija izpētīta zinātniskajā un bioloģiskā ziņā, tomēr nepietiekami tika pievērsta uzmanība grūtnieču emocionālajām vajadzībām (Benedek, 1972).

Pat tad, kad sieviete patiešām vēlas bērnu, grūtniecība var izsaukt sievietei psiholoģiskas un fiziskās komplikācijas. Pētījumi apstiprina, ka sievietes izjūtas šajā dzīves periodā var ietekmēt gan grūtniecības norisi, gan augļa attīstību. Daudzas sievietes grūtniecības laikā apzinās savas eksistences jēgu, viņas saprot, ka ķermeņa primāra funkcija ir reprodukcija. Grūtniecības laikā sievietēm jāsaskaras ar zināmu mobilitātes un autonomijas zaudēšanu, ar nespēju paveikt ikdienas lietas (kas iepriekš bija viegli padarāmas), ar sava ķermeņa un imidža izmaiņām (Land, 1997; Benedek, 1972; McDonald, 1972; Gurung et. al., 2005). Piemēram, Zviedrijā veiktajā pētījumā tika noskaidrots, ka, pat ja grūtniecība norit bez sarežģījumiem, vairums sieviešu nav darbaspējīgas 6-8 nedēļas pirms dzemdībām, kas ir saistīts ar to, ka kopumā grūtnieces jūtas sliktāk trešajā grūtniecības trimestrī (34.-36. nedēļā) nekā grūtniecības sākumā (10.-12. nedēļā) (Sjostrom et.al., 2004). Savukārt Latvijā sievietes tiek atbrīvotas no darba sakara ar grūtniecību vismaz 8 nedēļas pirms dzemdībām. Tomēr tas nenozīmē, ka sieviete nevar turpināt strādāt. Ir arī grūtnieces, kuras, ja ir iespēja, turpina strādāt pat saņemot dekrēta atvaļinājumu. Darba spējas liela mēra ir atkarīgas nevis no grūtniecības nedēļas, bet no pašas sievietes pašsajūtas – vai sieviete ir aktīva un spējīga turpināt dzīvi savā ierastā tempā.

Grūtniecības laikā sievietēm paaugstinās hormonālā un metaboliskā aktivitāte, kas ir nepieciešams, lai auglis varētu normāli attīstīties un augt, līdz ar to sievietes kļūst jutīgākās gan fizioloģiski, gan psiholoģiski un emocionāli, kas savukārt var ietekmēt sievietes domāšanu, uzvedību un labklājību. Grūtniecības laikā sieviete arī izjūt emocionālas izmaiņas, viņas var izjust lielāku spēju mīlēt. Tomēr, ja sieviete ir neapmierināta ar savu grūtniecību un nevar atrast šajā stāvoklī neko pozitīvu, viņa var justies nikna un frustrēta. Tādā gadījumā sieviete jūt, ka viņa nav spējīga mīlēt savu topošo bērnu un apmierināt viņa vajadzības, līdz ar to sievietei paaugstinās trauksmes līmenis. Tādā situācijā sievietei var parādīties naidīgums pret sevi un pret savu grūtniecību (Benedek, 1972; McDonald, 1972).

Vēl viens grūtniecības aspekts, kas varētu ietekmēt grūtnieču psiholoģisko labklājību ir tas, ka bieži vien grūtniecības laikā sieviete tiek uztverta kā topoša māmiņa, līdz ar to, sievietei tiek piedēvētas stereotipiskas īpašības un bieži vien cilvēki vairs neskatās uz viņu, kā uz personību un aizmirst par sievietes individualitāti (Land, 1997).

Daudzas grūtnieces neapzināti identificē sevi ar savu māti. Līdz ar to, grūtniecības laikā attiecības starp sievietēm var uzlaboties. Tomēr, ja attiecības iepriekš bija konfliktējošas un šis konflikts ir iekšēji neatrisināts, sievietes attieksme pret savu grūtniecību un sevi pašu var būt negatīvāka (Land, 1997).

Grūtniecību var uzskatīt par krīzes situāciju, jo notiek izmaiņas faktiski visās sievietes dzīves sfērās – personiskajā, ģimenes, sociālajā un profesionālajā, kas liek darboties fizioloģiskajai un psiholoģiskajai adaptācijai (Abramchenko & Kovaljenko, 2004; Filipova, 2002). Vispār ir atzīts, ka pirmā grūtniecība sievietēm ir stresa pilns periods, kura laikā sievietei ir jāadaptējas jauniem un nozīmīgiem dzīves aspektiem, kas saistīti ar jauno mātes lomu (Dimidrovsky, Levy-Shiff, & Schattner-Zanany, 2002). Pirmā grūtniecība nozīmē arī sievietes neatkarīgas eksistences beigas un “neatgriezeniskās” mātes un bērna attiecību sakumu (Zaharov, 1998; Benedek, 1972). Otra un trešā grūtniecība sievietei parasti nav tik saspringta un sarežģīta gan psihobioloģiskajā gan emocionālā ziņā (Benedek, 1972).

Tajā pat laikā pētījumi rāda, ka sievietes, kuras atrodas lielā stresa stāvoklī, bet saņem atbalstu un ir psiholoģiski sagatavotas, sarežģījumus grūtniecības laikā uzrāda tikai 33% gadījumu, bet sievietes bez šīm vērtībām – 91% gadījumu (Nuckolls, Cassel & Kaplan, 1972, kā minēts Danielson, Hamel-Bissell, Winstead – Fry, 1993). Ir arī pētījumi, kas rāda, ka mainoties fiziskajam stāvoklim, rodoties sarežģījumiem vai iepriekš nepazītām fiziskām izjūtām, grūtnieces nereti jūt trauksmi, nomāktību, bailes. Veiktajā pētījumā 78% grūtnieču uzradīja bailes attiecībā pret grūtniecību, dzemdībām vai gan vienu, gan otru (Melender, 2002).

Pētījumi parāda ciešu saistību starp atbalsta trūkumu no partnera puses un grūtnieces emocionālo diskomfortu un nestabilitāti. Šāda atbalsta nepietiekamība ir galvenais

pirmsdzemdību depresijas izraisošais faktors (Rubertsson & Waldenstrom, 2003; Gurung et. al., 2005). Sievietes, kuras jūtas stabili savās partnerattiecībās, saņem no sava partnera uzmanību un atbalstu, kuras gaida bērnu ar prieku un saņem atbalstu no saviem vecākiem, emocionāla ziņā jūtas labāk un stabilāk (Benedek, 1972; Gurung et. al., 2005).

Tomēr ir arī pētījumi, kas parāda, ka ne visas sievietes izjūt emocionālu smaguma sajūtu, ir sievietes kurām grūtniecības laikā pieaudzis pašvērtējums (Perren, Von Wyl, Burgin, Simoni, & Von Klitzing, 2005). Piemēram daudzas neirotiskas sievietes, kuras bija ļoti nervozas, grūtniecības laikā vispār neizjuta nekādu simptomu un viņu stāvoklis bija stabils. Citas sievietes, neskatoties un sliktu pašsajūtu no rīta, dusmu un trauksmes uzplūdumiem, jutās labi un stabili, un atzina, ka grūtniecība ir labākais laiks viņu dzīvē. Ir sievietes, kuras grūtniecības laikā jūtas tāpat kā viņas jutās mainoties hormonu līmenim organismā, un atzīst savu stāvokli par normālu (Benedek, 1972). Tas arī sakrīt ar pētījumiem, kur sievietes apgalvo, ka grūtniecība viņu iepriekšējo dzīves veidu un psiholoģisko labsajūtu neietekmē vai ietekmē pavisam nedaudz (Sjostrom et. al., 2004). Tas arī sakrīt ar Freida (Freud) uzskatiem par to, ka grūtniecēm nav vajadzīga psihoterapija, ka grūtnieces ir lielā mērā apmierinātas ar savu stāvokli un jūtas laimīgas (Benedek, 1972). Savukārt ir arī pētījumi, kas apgalvo, ka, pat ja sieviete grūtniecības laikā jūtas labi un viņai nav nekādu emocionālu vai fizioloģisku grūtību, grūtnieces psiholoģiskas labklājības līmenis tuvojoties dzemdībām ir ar tendenci pazemināties (Forsberg & Bjorwell, 1993, kā minēts Sjostrom et.al, 2004).

Grūtniecības pirmajā trimestrī sievietes izjūtas nosaka, galvenokārt, neiroendokrīnas un bioloģiskās izmaiņas (Roffe et. al., 1993). Grūtniecības otrajā trimestrī sievietes organisms ir pielāgojies jaunajai situācijai, un arī psiholoģiskajā ziņā šis ir relatīva līdzsvara periods. Grūtniecības trešajā trimestrī sievietei pieaug stresa līmenis, kas ir saistīti ar to, ka sieviete arvien vairāk koncentrējas uz bērnu, sievietei rodas it kā pārņemtība ar visu, kas attiecas uz bērnu un pieaug arī bažas par dzemdībām - par to veiksmīgu norisi. Stress var būt saistīts arī ar to, ka sieviete īsti līdz galvām neapzinās, kā jāaprūp bērnu, kā mainīsies viņas dzīve ar bērna piedzimšanu – sievietei pietrūkst nākotnes stabilitātes sajūtas (Roffe et. al., 1993; Abramchenko & Kovaljenko, 2004). Arī visaugstākie trauksmes rādītāji ir raksturīgi sievietēm grūtniecības beigu periodā, jo trešais grūtniecības trimestris tiek uzskatīts par laiku, kad notiek pēdējas adaptēšanās grūtniecībai un pilnīga stāvokļa apzināšanas un pieņemšana (Shereshefsky, 1973).

Pētījumos, kuros tika savstarpēji salīdzinātas sievietes ar un bez grūtniecību patoloģijām, tika atklāts, ka sievietēm, kuras atrodas grupā bez grūtniecības patoloģijas, ir augstāki ekstraversijas rādītāji, šīs sievietes ir vairāk impulsīvas un atklāti runā par savu seksualitāti un agresiju. Savukārt, sievietes, kurām ir grūtniecības patoloģijas, runājot par šiem aspektiem vairāk izmanto noliedzšanu, racionalizēšanu un sublimāciju, lai noslēptu savas īstās sajūtas. Trauksmes

radītāji grupai ar grūtniecības patoloģijām arī ir augstāki. Savukārt, pētījumi rāda, ka nav nozīmīgu atšķirību vecumā un inteliģencē starp sievietēm ar un bez grūtniecību patoloģijām. Pētījumi arī rāda, ka, ja sievietei ir neatrisināti iekšējie konflikti, kas ir saistīti ar grūtniecību (it sevišķi zināma atkarība no sava stāvokļa un negatīvība vecāku lomai), viņa ir vairāk noraižējusies par savu grūtniecību (McDonald, 1972).

Sievietes, kuras vēlējas bērnu un pozitīvi uztvēra savu grūtniecību, izjuta zemāku trauksmi visā grūtniecības laikā, kā arī vecākas, izglītotākas, ekonomiski labāk situētas sievietes izjuta nozīmīgi pozitīvāku attieksmi pret grūtniecību, tāpat, kā sievietes, kuras grūtniecības laikā saņēma lielāku atbalstu no bērna tēva un piedzīvoja mazāk satraucošus dzīves notikumus (Gurung et. al., 2005; Sjostrom, Langius-Eklof & Hjertberg, 2004; Glazier, et.al., 2004).

Grūtniecības patoloģijas

Lai arī vairumam sieviešu grūtniecība noris bez jebkādām nopietnām problēmām, dažām no viņām jāsaskaras ar sarežģījumiem. Pirmsdzemdību aprūpes uzdevums ir laikus, pirms vel radušās problēmas, atklāt sievietes, kurām draud sarežģījumi. Pat tad, ja sieviete ir viena no nedaudzajām riskam pakļautajām sievietēm, pastāv liela iespēja, ka grūtniecība beigsies labi.

Grūtniecības patoloģijas (vai komplikācijas) var rasties sakara ar dzimumorgānu attīstības anomālijām un tas patoloģiskajam stāvokļiem, ka arī sakarā ar ekstragenitālām slimībām, komplikācijām, ko izsauc auglis, placenta, ka arī saistībā starp mātes un augļa organismiem (Boljšhaja medicinskaja enciklopedija, 1976; Hekinsa, 2002).

Grūtniecības patoloģijas var sadalīt sekojoši (Boljšhaja medicinskaja enciklopedija, 1976; Kratkaja medicinskaja enciklopeija, 1989; Hekinsa, 2002):

1. Sieviešu dzimumorgānu attīstības komplikācijas:
 - Nepietiekami attīstītie dzimumorgāni (infantilisms, hopoplazija);
 - Dzimumorgānu izvietšanas anomālijas;
2. Sieviešu dzimumorgānu iekaisumi;
3. Sieviešu dzimumorgānu jaunveidojumi:
 - Maksts fibromioma;
 - Maksts vēzis;
 - Olnīcu audzējs;
 - Erozijs;
 - Polipi;
4. Infekcijas;
5. Sirds-asinsvadu sistēmas saslimšanas:

- Sirdskaite – visbiežākais mātes nāves cēlonis;
 - Hipertoniskā slimība ;
 - Hipotonija;
6. Asinsvadu saslimšanas – Anēmijas – var izraisīt nepietiekams dzelzs daudzums uzturā vai palielinātais dzelzs patēriņš grūtniecības laikā, kas ir nepieciešams veselīgai attīstībai (Māte un bērns, 2005; Hekinsa, 2002);
 7. Urīnvadu saslimšanas:
 - Cistīts;
 - Pielīts;
 8. Iekšējas sekrēcijas dziedzeru saslimšanas – Cukura diabēts – grūtnieces, kas slimo ar diabētu, jau no paša grūtniecības sākuma ieskaitītas augsta riska grupā. Tomēr 1-2 % (pēc dažiem novērojumiem pat 10 %) sieviešu diabēts rodas grūtniecības laikā; to sauc par gestācijas diabētu jeb grūtnieču diabētu. Diabēta gadījumā organismā veidojas pārāk maz insulīna, kas nepieciešams cukura līmeņa regulēšanai. Sievietēm ar diabētu cukura līmenis asinīs ir paaugstināts. Gestācijas diabēts pēc dzemdībām visbiežāk izzūd (Māte un bērns, 2005);
 9. Toksikozes – patoloģiskie stāvokļi, kas rodas saistība ar grūtniecību un pēc dzemdībām pakāpeniski izzūd:
 - Vemšana – vemšana grūtniecības laikā var būt saistīta ar dažādiem iemesliem: hormonālas izmaiņas organismā – pārāk liels estrogēna daudzums; asinsvadu izmaiņas – asinsspiediena izmaiņas, asinsvadu pavājināšanas; izmaiņas gremošanas sistēmā; psiholoģiskās izmaiņas – nelabums un vemšana var būt izsauktas ar sievietes nemieru un raizēm, ar attieksmi pret grūtniecību (biežāk vemšana ir raksturīga sievietēm ar neplānoto grūtniecību) (Sanders, 2004). Visbiežāk vemšana parādās pirmajā grūtniecības trimestrī starp ceturto un desmito grūtniecības nedēļām, un pazūd jau divpadsmitā nedēļā. Tomēr ir atsevišķi gadījumi, kad vemšana turpinās ilgāk. Sastopas arī smagie gadījumi, kad grūtniecēm ir vajadzīga arī hospitalizācija, jo dažreiz vemšanas lēkmes ir tik stipras un biežas, ka sievietei mainās šķidrums daudzums organismā, parādās elektrolītu disbalanss un, bieži vien, grūtnieces var zaudēt līdz 5 % no sava svara. Tie ir kritiskie gadījumi, kas var izsaukt neiroloģiskas traucējumus un pat grūtnieces nāvi (Munch, 2002);
 - Preeklampsija / toksēmija – visbiežāk rodas pirmās grūtniecības laikā. Lielāks preeklampsijas risks ir arī tām sievietēm, kurām tā ir bijusi iepriekšējās grūtniecības laikā. Preeklampsija, ko sauc arī par toksēmiju vai grūtniecības izraisītu hipertensiju, ir reta komplikācija. Daļai sieviešu, kam rodas preeklampsija, augsts asinsspiediens ir bijis jau līdz grūtniecībai. Preeklampsijas iemesli vēl nav pilnīgi noskaidroti, taču šī stāvokļa būtība ir tāda, ka grūtnieces organisms nespēj tikt galā ar grūtniecības radīto slodzi.

Parasti preeklampsija rodas pēc grūtniecības 20.nedēļas un var sākties pēkšņi vai pakāpeniski. Tai raksturīga asinsspiediena paaugstināšanās, olbaltumvielu parādīšanās urīnā un tūska, kas izpaužas kā potīšu, pēdu un plaukstu pietūkums. Kritiskos gadījumos preeklampsija var pāriet eklampsijā, kad mātei rodas krampji (Māte un bērns, 2005; Hekinsa, 2002);

- Eklampsija;

10. Rēzus faktora nesavienojamība;

11. Alerģijas.

Ir redzams, ka ir ļoti daudz faktoru, kas var ietekmēt sievietes grūtniecības norisi. Tomēr, visbiežāk sastopas sievietes, kurām grūtniecības sarežģījumi ir izsaukti ar toksikozi, paaugstinātu dzemdes tonusu, asiņošanu, rezus nesaderību, paaugstinātu asinsspiedienu, diabētu, infekciju saslimšanām, sirds un asinsvadu saslimšanām.

Sava maģistra darba ietvaros es pētījumam atlasīšu sievietes, kuru grūtniecība norit patoloģiski, bet bērnam nav konstatētas patoloģijas. Jo šeit ir būtiska atšķirība, kad iet runa par patoloģisko grūtniecību, kas ir saistīta ar augļa patoloģijām un par grūtniecību, kas ir patoloģiskā (ar sarežģījumiem), bet auglis attīstās veselīgi.

Grūtniecības saistība ar apmierinātību ar partnerattiecībām un tas izmaiņām

Partnerattiecību problēmas ir viens no visizplatītākajiem iemesliem, kāpēc cilvēki meklē psihologa palīdzību, un tām ir tendence negatīvi ietekmēt indivīda fizisko un psiholoģisko labklājību (Sacco & Phares, 2001). Tieši šī faktora dēļ, partnerattiecībām ir liela nozīme grūtniecības laikā. Ir ļoti svarīgi grūtniecības laikā rūpēties par partnerattiecībām, lai psiholoģiskā un fizioloģiskā pašsajūta sievietei būtu apmierinoša. Svarīgi apzināties, ka sievietes labsajūta grūtniecības periodā var ietekmēt bērnu, jo jau no 4 grūtniecības mēneša auglis spēj dzirdēt, tāpēc ir nozīmīgas partneru savstarpējas attiecības un attieksme pret gaidāmo bērnu (Turners & Donald, 1995).

Daži autori piebilst, ka saistība starp attiecībām un psiholoģisko labklājību var būt arī ģenētiski noteikta, dažiem cilvēkiem ir ģenētiskā predispozīcija noteiktā veidā reaģēt uz problēmām partnerattiecībās. Cilvēks labāk jūtas attiecībās, ar kuriem viņš ir apmierināts, un šajā gadījumā attiecību kvalitātei ir lielāka loma nekā tam, vai partneri ir apprecējušies vai nē (Spotts et. al., 2005). Ir pierādīts, ka sievietēm saistība starp psiholoģisko labklājību un attiecību kvalitāti ir ciešāka, nekā vīriešiem (Gove et. al., 1983, kā minēts Spotts et. al., 2005). Ir arī pētījumi, kas rāda, ka pastāv saistība starp zemu partnerattiecību kvalitāti, neadekvātu sociālo atbalstu un

depresīvam izpausmēm (Spotts et. al., 2004, kā minēts Spotts et.al., 2005). Tieši tāpēc grūtniecības laikā sievietēm ir nepieciešama stabilitāte un atbalsts attiecībās.

Bieži vien partnerattiecībās gadās tā, ka vīrietis nav spējīgs uzreiz saprast savas sievas vajadzības. Vīrs nevar būt tik pat empātisks pret savu sievu kā tas bija iepriekš, jo viņš nevar saprast visas izmaiņas un reakcijas (gan emocionālas, gan fiziskas), kas sievietei ir saistītas ar grūtniecību. Līdz ar to apmierinātība ar partnerattiecībām var samazināties. Tomēr, ja vīrietis mēģina saprast savu sievu un būt empātisks, ar laiku apmierinātība paaugstinās, ka arī vīrietis jūtas vairāk vīrišķīgs (Benedek, 1972).

Izmaiņas partnerattiecībās grūtniecības laikā var būt īpaši striktas, jo gan sievietei, gan vīrietim ir jāadaptējas jaunajai sociālajai lomai, līdz ar to jāpārvar sasprindzinājums attiecībās (Mekosh-Rosenbaum & Lasker, 1995). Laika posmā, kad pāris gatavojas kļūt par vecākiem, izmainās komunikācija (komunikācija starp partneriem var gan uzlaboties – attiecības kļūst tuvākās un maigākas, jo pārim parādās vēl viens kopīgs aspekts attiecībās, gan pasliktināties – kas varētu būt saistīts ar jauniem sievietes vajadzībām, veselības stāvokli un pieradumiem, kurus partneris var tik ātri nepieņemt), intimitāte, pieķeršanas un pielāgošanas, visi šie faktori var izsaukt nozīmīgas izmaiņas partnerattiecībās (Curran, Hazen, Jacobvitz, & Feldman, 2005). Grūtniecība partneriem ir saistīta ar pārmaiņām un stresu, jo tiek ietekmētas daudzas individuālās īpašības, ka arī attiecības kopumā (Dulude, Wright, & Belanger, 2000). Apmierinātība pasliktinās, ja samazinās komunikācija un iejūtība starp partneriem. Apmierinātību ar partnerattiecībām grūtniecības periodā ietekmē, vai grūtniecība ir bijusi plānota, kā arī vecāku veselības stāvoklis. Tomēr ir svarīgi apzināties, ka grūtniecība ne vienmēr ir saistīta ar apmierinātības ar partnerattiecībām samazināšanos, ir arī pāri, kuri grūtniecības periodā piedzīvo apmierinātības ar partnerattiecību pieaugumu (Perren, Von Wyl, Burgin, Simoni, & Von Klitzing, 2005).

Daži autori (Holloway et al., 2003) uzskata, ka mūsdienu sabiedrībā partnerattiecību kvalitātē svarīgākais ir nevis spēja rādīt pēcnācējus, bet gan psiholoģiski justies kā pārim un tikt sociāli pieņemtiem kā pāris. Piemēram, daži cilvēki neuzskata pāri par ģimeni, kamēr viņiem nepiedzimst bērni. Savukārt citi cilvēki uzskata, ka bērna piedzimšana apliecina tikai to, ka partneri ir patiešām psiholoģiski nobrieduši (Holloway et al., 2003). Sabiedrībā ir arī dažāda attieksme pret grūtniecēm, kad viņas ir vai nav laulībā. Ja sieviete ir laulājusies ar savu partneri, sabiedrības attieksme pret viņas grūtniecību mēdz būt labvēlīgāka (Land, 1997).

Kopumā var teikt, ka pirmā sievietes grūtniecība vienmēr ir saistīta ar zināmu stresu, kas var būt izsaukts ar dažādiem faktoriem, un ar zināmām izmaiņām partnerattiecību kvalitātē. Savukārt stress un citas izmaiņas, kas ir saistītas ar grūtniecību, ievērojami var ietekmēt apmierinātību ar partnerattiecībām, bet ja sieviete nav apmierināta ar partnerattiecībām, viņai var

samazināties gatavība un vēlme kļūt par māti. Tas var būt īpaši aktuāls attiecībā uz sievietēm ar grūtniecības patoloģijām, jo šīm sievietēm nepieciešams vairāk atbalsta un uzmanības, bet kā rāda pētījumi, ne katra sieviete var to saņemt.

Gatavība vecāku lomai un tās saistība ar grūtniecību un partnerattiecībām

Laiks, kad pāris gatavojas kļūt par vecākiem ir viens no visnozīmīgākajiem dzīves periodiem (Holloway et al., 2003). Kad pāris gatavojas vecāku lomai, visa ģimenes sistēma automātiski pārvietojas citā paaudzē, jo parādīsies jaunie pēcnācēji (Carter & McGoldrick, 1989, kā minēts Holloway et al., 2003). Pārim jābūt gatavam pāriet no diades attiecībām “sieviete-vīrietis” uz triādes attiecībām “sieviete-bērns-vīrietis” (McDonald, 1972).

Pirms pieņemt lēmumu kļūt par vecākiem, pārim jāizvērtē daudzi dažādi faktori. Tas ir: sabiedrība, kur viņi dzīvo un sabiedrības normas; reliģiskie uzskati un reliģiskā piederība; ekonomiskie apstākļi un ģimenes finansiāla situācija; vēlme kļūt par vecākiem; psiholoģiskā gatavība; ģenētiskās slimības, kuras bērns var pārmantot (piemēram, daži pāri atsakās dzemdēt bērnus, jo baidās, ka bērni var pārmantot kādas slimības (Sasse, 2000, kā minēts Holloway et al., 2003; Dulude, Wright, & Belanger, 2000); attieksme no vienaudžu, vecāku un citu radnieku puses (Campbell, 2000, kā minēts Holloway et al., 2003). Ir svarīgi atzīmēt, ka tieši šie faktori (iespējamās problēmas ar grūtniecību un veselības problēmas – gan vecākiem, gan bērnam) ir īpaši uzsvērti aptaujā par gatavību vecāku lomai, kas nozīme, ka šiem faktoriem patiešām ir liela nozīme. Tomēr, tas nenozīmē, ka visi pāri, kas vēlas bērnu, pieņem lēmumu dzemdēt bērnu rūpīgi izanalizējot iepriekšminētos faktoros. Ir arī pāri, kas pieņem lēmumu kļūt par vecākiem tikai tāpēc, ka ir iestājušies grūtniecība, neatkarīgi no tā, vai tā bija gaidīta, vai nē.

Pētījumi rāda, ka bieži pāris izjūt nepieciešamību pēc bērniem tad, kad viņu draugiem piedzimst bērni. Vecāki un citi radnieki arī izrāda interesi, kad pārim parādīsies bērni (Campbell, 2000, kā minēts Holloway et al., 2003). Siblings arī uzspiež pārim, ka viņi grib kļūt par tanti un tēvoci (Balakrishnan et al., 1993, kā minēts Holloway et al., 2003). Ir pētījumi, kas rāda, ka vairāk bērnu ir tajos pāros, kur partneri vairāk tic dievam (Campbell, 2000, kā minēts Holloway et al., 2003).

Daudzi pāri pieņem lēmumu, ka viņi grib bērnu tad, kad viņiem ir stabili ienākumi un viņi ir droši, ka ienākumi būs arī nākotnē, svarīgi, lai būtu arī sava māja vai dzīvoklis, ka arī veselības apdrošināšana. Citi pāri uzskata, ka pirms dzemdēt bērnus, jābūt karjerai (Balakrishnan et al., 1993, kā minēts Holloway et al., 2003).

Ja pāris pieņēma lēmumu kļūt par vecākiem, viņiem jāizvēlas, kad dzemdēt bērnu. Pēc statistiskiem datiem, 1960.-1970.gados sievietes dzemdēja pirmo bērnu apmēram divdesmit gadu

vecumā. Periodā no 1986. līdz 1997.gadam sievietes dzemdēja vecumā no 20 līdz 34 gadiem, savukārt 2000.gadā vidējais vecums, kad sievietes dzemdē pirmo bērnu ir 23-27 gadi (Vanier Institute of the Family, 2000, kā minēts Holloway et al, 2003).

Pētījumi rāda, ka topošo vecāku piedalīšanās pirmsdzemdību vecāku apmācībasursos bērna kopšanā, krūts ēdināšanā u.c., ietekmē vecāku pašefektivitātes paaugstināšanos (Tucker et.al., 1998, kā minēts DeMontigny & Lacharite, 2005).

Gatavojoties vecāku lomai, pāri bieži vien saskārās ar paštēla izmaiņām, parasti viņiem nācās mainīt pieradumus, dažreiz mainās arī ikdienas dzīves un darba režīms. Partneri bieži apspriež, kā viņi audzinās savu bērnu, kurš vairāk rūpēsies par bērnu, kādi viņi būs kā primārie aprūpētāji un kuri cilvēki piedalīsies bērna aprūpē un audzināšanā (Holloway et al., 2003). Arī partneri pārdomā to, kā mainīsies viņu attiecības un attieksme pret sevi pašu (Land, 1997).

Svarīgi arī atzīmēt, ka sieviete, piemērojoties vecāku lomai, piedzīvo vairāk stresa, nekā vīrieši (Grossman, 1988). Savukārt, jo augstāks ir vecāku stress, jo zemāka ir apmierinātība ar partnerattiecībām (Lavee & Sharlin, 1996). Tas ir saistīts ar to, ka grūtniecībai progresējot sievietēm mēdz veidoties dažādas gaidas, kas ir kompleksas un dinamiskas un var būt gan pozitīvas, gan negatīvas attiecībā pret dažādiem bērna dzimšanas aspektiem – kā sievietei un viņas partnerim izdosies pieņemt vecāku lomu, kāda būs finansiālā situācija pēc dzemdībām, kādas būs attiecības ar partneri, vai būs pietiekošs emocionālais atbalsts, kā veidosies attiecības ar bērnu, kāds būs dzemdību process (Ayers & Pickering, 2005).

Pētījumi rāda, ka, gatavojoties vecāku lomai, noteicošākais apmierinātības ar partnerattiecībām faktors ir tas, cik lielā mērā paris bija apmierināts ar attiecībām pirms grūtniecības. Jo labāk pāris funkcionēja savās attiecībās pirms grūtniecības, jo labāk viņi spēs tikt galā ar vecāku lomu prasībām (Demo & Cox, 2000, kā minēts Holloway et al., 2003). Ir arī atziņas, kas liecina par to, ka pāriem bez bērniem ar laiku parādās mazāka apmierinātība ar partnerattiecībām nekā pāriem ar bērniem (Dinkel & Balck, 2005).

Kopumā var secināt, ka ir daudzi un dažādi faktori, kas ietekmē cilvēku vēlmi kļūt par vecākiem. Ir arī daudz faktoru, kas varētu traucēt pielāgošanai vecāku lomai. Piemēram, sievietes slikta labsajūta, veselības problēmas grūtniecības laikā vai arī ekonomiskie apstākļi var izsaukt stresu un raizes par laiku, kad piedzims bērns. Vispār, sieviete, piemērojoties vecāku lomai, piedzīvo vairāk stresa, kā vīrieši. Savukārt, jo augstāks ir vecāku stress, jo zemāka ir apmierinātība ar partnerattiecībām. No teorijas var izvirzīt pētījuma jautājumus.

Pētījuma jautājumi:

1. Kāda saistība pastāv starp apmierinātību ar partnerattiecībām un gatavību vecāku lomai visā grūtnieču grupā?

2. Vai pastāv atšķirības apmierinātībā ar partnerattiecībām un gatavību vecāku lomai sievietu grupās ar normālu grūtniecību un ar patoloģisku grūtniecības norisi?
3. Vai grūtniecības norise un grūtnieces vecums izskaidro apmierinātību ar partnerattiecībām un gatavību mātes lomai?

Metode

Pētījuma dalībnieki

Pētījumā piedalījās sievietes, kurām ir 5-9 grūtniecības mēnesis; vecumā no 20 līdz 30 gadiem; kas dzīvo ar savu partneri vismaz 2 gadus; kam ir vismaz vidēja izglītība un kas pirms grūtniecības strādāja vismaz gadu. Grūtniecībai jābūt pirmai. Vienā pētāmā grupā ir 20 sievietes ar grūtniecības patoloģijām (nevis ar augļa patoloģijām) - sievietes, kuras atrodas slimnīcā grūtniecības patoloģijas nodaļā. Vidējais respondentu vecums ir 24 gadi, vidējais kopdzīves stāžs – 4,2 gadi, vidējais grūtniecības mēnesis – 7. Otra pētāma grupa – 25 sievietes bez grūtniecības patoloģijām. Vidējais respondentu vecums ir 26,4 gadi, vidējais kopdzīves stāžs – 3,6 gadi, vidējais grūtniecības mēnesis – 7,25. Abu grupu dalībnieces bija savstarpēji pielīdzinātas pēc vairākiem demogrāfiskiem rādītājiem, kas ir precizēti demogrāfiskajā aptaujā (grūtniecības mēnesis, kopdzīves stāžs ar partneri, darba stāžs, vecums, izglītība un citi).

Instrumentārijs

1. "Motivācijas kļūt par vecākiem noteikšanas skala (A scale of motivation for parenthood: the index of parenthood motivation.)" (Gerson, 1983, adaptējusi Grinfelde, 2004). Aptauja sastāv no 4 jautājumiem, kas, savukārt, sastāv no dažādiem apgalvojumiem. 1.jautājums norāda uz to, cik stipri sieviete vēlas bērnu kopumā - jānovērtē no 1 (bērnu negrib nemaz) līdz 9 (bērnu vēlas vairāk kā jebko). 2.jautājums norāda uz to, kādas aktivitātes sieviete ir vispievilcīgākās – jānovērtē no 1 (gatava nodarboties ar aktivitāti tūlīt) līdz 10 (nevēlas uzsākt to darīt). 3. jautājums ir par to, cik pievilcīgi sieviete liekas dažādi aspekti, kas ir saistīti ar bērnu – jānovērtē 1 (pavisam nepievilcīgs) līdz 4 (ļoti pievilcīgs). 4.jautājums norāda uz to, cik stipri sieviete vēlas bērnu, neskatoties uz grūtibām – jānovērtē no 1 (bērnu vēlētos neskatoties ne uz ko) līdz 4 (šķērslis bērna radīšanai). Grinfeldes adaptētas metodes iekšējās saskaņotības rādītājs – Kronbaha alfa ir $\alpha = 0.67$ (Grinfelde, 2004).
2. „Apmierinātība ar partnerattiecībām (The New Marital Satisfaction Scale)” (Blum & Mehrabian, 1999, adaptējusi Mizāne, 2006). Aptauja sastāv no 35 izteikumiem. Šī metode tapa, apvienojot 500 izteikumus no esošajām apmierinātības ar attiecībām metodēm. Izteikumi sastāv no 18 pozitīvi ievirzītiem un 17 negatīviem ievirzītiem teikumiem ar mērķi samazināt sociāli vēlamu atbilžu skaitu. Respondentam jānovērtē katrs izteikums izmantojot 9 punktu metodi vai

viņš piekrīt vai nepiekrīt dotajam izteikumam („-4” – ļoti spēcīgi nepiekrītu līdz „+4” – ļoti spēcīgi pierītu).

Respondenti tiek lūgti novērtēt piedāvātos izteikumus, izmantojot 9 punktu skalu. Apmierinātība ar attiecībām ir raksturojama ar tādiem izteikumiem, kā „Mans dzīvesbiedrs ir ļoti mīlošs un sirsnīgs”, „Esmu ļoti laimīga savās partnerattiecībās”. I.Mizānes adaptētās metodes iekšējās saskaņotības rādītājs – Kronbaha alfa ir $\alpha = 0.67$ (Mizāne, 2006).

3.Pašizveidota aptaujas anketa, kas ietver jautājumus par respondenta demogrāfiskajiem datiem (Pielikums No. 1)

Procedūra

Pētījumā piedalījās sievietes ar un bez grūtniecības patoloģijām. Sievietes bez grūtniecības patoloģijām bija aptaujātas frontāli bez laika ierobežojuma. Tās bija sievietes, kuras apmeklēja grūtnieču vingrošanas nodarbības un kuras nekad grūtniecības laikā negulēja slimnīcā sakarā ar grūtniecības sarežģījumiem. Sievietes ar grūtniecības patoloģijām tika aptaujātas individuāli bez laika ierobežojuma. Tas ir sievietes, kas atrodas slimnīcā, grūtniecības saglabāšanas un patoloģijas nodaļā.

Visām sievietēm tika piedāvāts aizpildīt aptauju par grūtnieču izjūtām grūtniecības laikā. Sievietēm vienlaicīgi tika piedāvātas 3 aptaujas: demogrāfiskā aptauja, “Gatavības kļūt par vecākiem noteikšanas skala” un “Apmierinātības ar attiecībām skala”. Datu ievākšana tika veikta pēc grūtnieču brīvas izvēles piedalīties vai nē. Visiem grūtniecēm bija paziņots, ka aptauja ir anonīma un iegūtie rezultāti būs izmantoti maģistra darbā.

Pēc aptauju aizpildīšanas no aizpildītājām aptaujām tika atlasītas grūtnieces ar patoloģijām, kuras atbilst pētījuma prasībām un šai grupai tika pielīdzināta grupa ar sievietēm bez grūtniecības patoloģijām. Tālāk dati bija ievadīti SPSS programmā un aprēķināti rezultāti.

Rezultāti

Pētījuma gaitā tika aprēķināti aprakstošas un secinošas statistikas rādītāji, kas palīdzēja atbildēt uz pētījuma jautājumiem. Lai atbildētu uz pirmo pētījuma jautājumu - kāda saistība pastāv starp apmierinātību ar partnerattiecībām un gatavību vecāku lomai visā grūtnieču grupā – tika veikta statistiska analīze (korelācija) starp grūtnieču apmierinātību ar partnerattiecībām un grūtnieču gatavību vecāku lomai. 1.tabulā ir atspoguļoti korelācijas rezultāti. Analizējot rezultātus, ir redzams, ka visā grūtnieču grupā kopumā (gan sievietēm ar grūtniecības patoloģijām, gan sievietēm bez grūtniecības patoloģijām) nepastāv saistība starp apmierinātību ar partnerattiecībām un gatavību vecāku lomai ($r=0,23$; $p>0,05$).

1.tabula. Dažādu grūtnieču grupu gatavības vecāku lomai un apmierinātības ar partnerattiecībām

Pirsona korelācijas koeficienti

	Apmierinātība ar partnerattiecībām visā grūtnieču grupā	Apmierinātība ar partnerattiecībām sievietēm ar grūtniecības patoloģijām	Apmierinātība ar partnerattiecībām sievietēm bez grūtniecības patoloģijām
Gatavība vecāku lomai visā grūtnieču grupā	0,23		
Gatavība vecāku lomai sievietēm ar grūtniecības patoloģijām		0,34	
Gatavība vecāku lomai sievietēm bez grūtniecības patoloģijām			0,03

Analizējot grupas atsevišķi (1.tabula), ir redzams, ka sievietēm ar grūtniecības patoloģijām starp gatavību vecāku lomai un apmierinātību ar partnerattiecībām saistība nav statistiski nozīmīga ($r=0,34$; $p>0,05$); ka arī sievietēm bez grūtniecības patoloģijām starp šiem diviem faktoriem saistība nav statistiski nozīmīga ($r=0,03$; $p>0,05$). Tomēr, tendenču līmenī sievietēm ar grūtniecības patoloģijām saistība starp apmierinātību ar partnerattiecībām un gatavību vecāku lomai mēdz būt ciešāka, un, neskatoties uz to, ka pētāmā grupā nav konstatēta statistiski nozīmīga sakarība, ir redzams, ka sievietēm ar grūtniecības patoloģijām radītāji ir augstāki un, ja pētāma grupā būtu lielāka, varētu parādīties statistiski nozīmīga sakarība.

Lai atbildētu uz otro pētījuma jautājumu - vai pastāv atšķirības apmierinātībā ar partnerattiecībām un gatavību vecāku lomai sieviešu grupās ar normālu grūtniecību un ar patoloģisku grūtniecības norisi – tika uztaisīta statistiskā analīze ar mērķi pārbaudīt rezultātu atbilstību normālajām sadalījumam (Pielikums No. 2). Tā kā abu izlašu rezultāti atbilst normālajām sadalījumam, tika uztaisīta t-kritērija analīze starp grūtniecēm ar un bez grūtniecības patoloģijām.

2.tabula. Pētāmas grupas apmierinātības ar partnerattiecībām un gatavības vecāku lomai aprakstošas un secinošas statistikas radītāji

Pazīme	Grūtnieces ar patoloģijām (n = 20)		Grūtnieces bez patoloģijām (n = 25)		t-kriterijs	Nozīmības līmenis
	M	SD	M	SD		
Gatavība vecāku lomai	92,29	20,14	94,25	12,42	-0,36	0,72
Apmierinātība ar attiecībām	160,76	16,74	165,00	14,04	-0,84	0,41

Pēc iegūtiem rezultātiem, kas ir atspoguļoti 2.tabulā ir redzams, ka starp sievietēm ar un bez grūtniecības patoloģijām nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības gatavībā vecāku lomai ($t=-0,36$; $p>0,05$) un apmierinātībā ar partnerattiecībām ($t=-0,84$; $p>0,05$), neskatoties uz to, ka aptauju vidējie rezultāti ir nedaudz augstāki sievietēm bez grūtniecības patoloģijām. Tas nozīmē, ka, neskatoties uz to, ka sievietēm ar grūtniecības patoloģijām kopējie rezultāti apmierinātībā ar partnerattiecībām un gatavībā vecāku lomai ir zemāki, starp pētāmām grupām statistiski nozīmīgas atšķirības nepastāv.

3.tabula. Grūtniecības norises un grūtnieču vecuma mijiedarbības ar grūtnieču gatavību vecāku lomai lineāras regresijas analīze

	Nestandardizētie radītāji		Standartizētie radītāji		t	Nozīmības līmenis
	B	SE	Beta			
(Constanta)	83,41	23,14			3,6	0,00
Grūtnieču vecums	0,26	0,96	0,05		0,27	0,79
Grūtniecības norise	2,10	5,87	0,06		0,36	0,72

* $R^2 = 0,009$

Lai atbildētu uz trešo pētījuma jautājumu - vai grūtniecības norise un grūtnieces vecums izskaidro apmierinātību ar partnerattiecībām un gatavību vecāku lomai – bija veikta lineārā regresijas analīze. Regresijas analīzes rezultāti ir redzami 3. un 4. tabulā.

Analizējot faktoros, kas varētu izskaidrot grūtnieču gatavību vecāku lomai (3. tabula) var secināt, ka grūtniecības norise (vai grūtniecība ir patoloģiska vai nav) neizskaidro gatavību vecāku lomai ($R^2=0,009$; $p>0,05$); ka arī grūtnieces vecums neizskaidro gatavību vecāku lomai ($R^2=0,009$; $p>0,05$).

4.tabula. Grūtniecības norises un grūtnieču vecuma mijiedarbības ar grūtnieču apmierinātību ar partnerattiecībām lineāras regresijas analīze

	Nestandardizētie radītāji		Standartizētie radītāji		t	Nozīmības līmenis
	B	SE	Beta			
(Constanta)	155,67	21,75			7,16	0,00
Grūtnieču vecums	0,89	0,89	0,09		0,54	0,59
Grūtniecības norise	-3,11	5,51	-0,10		-0,56	0,58

* $R^2 = 0,013$

Analizējot faktoros, kas varētu izskaidrot grūtnieču apmierinātību ar partnerattiecībām (4. tabula) ir redzams, ka grūtniecības norise neizskaidro apmierinātību ar partnerattiecībām ($R^2=0,01; p>0,05$); ka arī grūtnieces vecums neizskaidro apmierinātību ar partnerattiecībām ($R^2=0,01; p>0,05$).

Iztirzājums

Pateicoties pētījumam, kas tika veikts maģistra darba ietvaros, tika izdarīti vairāki secinājumi, kas ļauj atbildēt uz pētījuma jautājumiem.

Pēc pētījuma rezultātiem bija secināts, ka visā grūtnieču grupā kopumā nepastāv statistiski nozīmīgas saistības starp apmierinātību ar partnerattiecībām un gatavību vecāku lomai. Secinājums daļēji sakrīt ar teoriju, kurā ir teikts, ka, neskatoties uz to, ka grūtniecības laikā apmierinātība ar partnerattiecībām mēdz samazināties (Karnej & Bradbury, 1995, kā minēts Gonzaga et. al., 2007; Benedek, 1972) (taču ir arī autori, kas apgalvo, ka grūtniecības laikā dažiem pāriem apmierinātība ar attiecībām paaugstinās (Perren et. al., 2005)) , tas nav tieši saistīts ar gatavību vecāku lomai. Gatavība vecāku lomai drīzāk ir saistīta ar piedzīvoto grūtniecības laikā stresu – jo augstāks ir vecāku stress, jo zemāka ir gatavība vecāku lomai (Dulude, Wright, & Belanger, 2000; Grossman, 1988). Tas pats notiek arī ar apmierinātību ar partnerattiecībām – jo augstāks ir stress attiecībās, jo zemāka ir apmierinātība (Pasch & Bradbury, 1998; Lavee & Sharlin, 1996). No tā, varētu spriest, ka stress ir kā starpnieks starp apmierinātību ar partnerattiecībām un gatavību vecāku lomai, kas arī paskaidro, ka nepastāv statistiski nozīmīgas saistības starp šiem faktoriem. Būtu interesanti pārbaudīt, cik cieša saistība pastāv starp apmierinātību ar partnerattiecībām un stresu, ka arī starp gatavību vecāku lomai un stresu – vai šī saistība ir statistiski nozīmīga Latvijas izlasei vai nav.

Iegūtie rezultāti apliecina arī, ka atsevišķi pa grupām – sievietēm ar un bez grūtniecības patoloģijām – nepastāv statistiski nozīmīga saistība starp gatavību vecāku lomai un apmierinātību ar partnerattiecībām, kas arī ir prognozējami, ņemot vērā, ka visā grūtnieču grupā statistiski nozīmīga sakarība starp šiem faktoriem nepastāv. Vajadzētu piebilst, ka pēc iegūtiem rezultātiem (1.tabula) ir redzams, ka sakarība starp apmierinātību ar partnerattiecībām un gatavību vecāku lomai ir ciešāka sievietēm ar grūtniecības patoloģijām ($r=0,34; p>0,05$) nekā sievietēm bez grūtniecības patoloģijām ($r=0,03; p>0,05$). Līdz ar to, var pieņemt, ka, ja pētāmās grupas būtu lielākas, sievietēm ar grūtniecības patoloģijām varētu parādīties statistiski nozīmīga saistība starp apmierinātību ar partnerattiecībām un gatavību vecāku lomai. Tas, ka sievietēm ar grūtniecības patoloģijām saistība ar apmierinātību ar partnerattiecībām un gatavību vecāku lomai ir augstāka nekā sievietēm bez grūtniecības patoloģijām, var būt saistīts ar to, ka sievietes ar

grūtniecības patoloģijām savas veselības dēļ, iespējams, saņem vairāk uzmanības un līdzjūtības no saviem radniekiem (un īpaši no vīra) un jūtas vairāk mīlētas, no kā varētu paaugstināties apmierinātība ar attiecībām. Ka arī, bieži vien sievietei, sakarā ar slikto pašsajūtu, mēdz samazināties veicamo darbu un pienākumu apjoms – it sevišķi, ja sieviete atrodas slimnīca, līdz ar to, sievietei ir mazāk faktoru, kas varētu negatīvi ietekmēt attiecības ar partneri.

Runājot par atšķirībām apmierinātībā ar partnerattiecībām un gatavībā vecāku lomai starp sievietēm ar un bez grūtniecības patoloģijām, pētījuma rezultātā bija secināts, ka statistiski nozīmīgas atšķirības starp grupām nepastāv. Šie rezultāti daļēji sakrīt ar teoriju, jo ir autori (Dulude, Wrigh, & Belanger, 2000), kuri apgalvo, ka pielāgošanos vecāku lomai var ietekmēt problēmas ar grūtniecību un veselības problēmas, kas nozīme, ka teorētiski grūtniecēm ar grūtniecības patoloģijām gatavība vecāku lomai mēdz būt zemāka nekā sievietēm bez grūtniecības patoloģijām. Savukārt ir arī uzskats, ka, gatavojoties vecāku lomai, noteicošākais apmierinātības ar partnerattiecībām faktors ir tas, cik lielā mērā pāris bija apmierināts ar attiecībām pirms grūtniecības - jo labāk pāris funkcionēja savās attiecībās pirms grūtniecības, jo labāk viņi spēs tikt galā ar grūtniecības prasībām (Demo & Cox, 2000, kā minēts Holloway et al., 2003). Tas nozīmē, ka neskatoties uz to, vai sievietei ir grūtniecības patoloģijas vai nav, apmierinātība ar attiecībām nesamazināsies, ja pāris bija pietiekami augstā līmenī apmierināts ar attiecībām pirms grūtniecības. Savukārt, ja pirms grūtniecības starp partneriem bija grūtības, apmierinātība ar attiecībām samazināsies grūtniecības laikā, neskatoties uz grūtniecības norisi, kas arī skaidro, kāpēc pētījumā neparādījās statistiski nozīmīgas atšķirības apmierinātībā ar partnerattiecībām pētāmo grupu starpā. Tomēr, ir arī autori (Benedek, 1972; Gurung et. al., 2005), kuri apgalvo, ka, ja sieviete grūtniecības laikā saņem no sava partnera uzmanību un atbalstu, gaida bērnu ar prieku un saņem atbalstu no saviem vecākiem, tad viņa emocionāla ziņā grūtniecības laikā jūtas stabili. Tas nozīme, ka pat ja sievietei ir grūtniecības patoloģijas, bet viņa var saņemt no saviem radniekiem tik daudz uzmanības un atbalsta, cik viņai ir nepieciešams, viņas gatavība vecāku lomai nesamazināsies, kā arī nesamazināsies vēlme kļūt par māti. Šis apgalvojums izskaidro, kāpēc pēc pētījuma rezultātiem nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības gatavībā vecāku lomai starp sievietēm ar un bez grūtniecības patoloģijām.

Pēc pētījuma rezultātiem ir arī secināts, ka grūtnieces vecums un grūtniecības norise (vai grūtniecība ir patoloģiskā vai nav) nevar izskaidrot statistiski nozīmīgas izmaiņas grūtnieču apmierinātībā ar partnerattiecībām un gatavībā vecāku lomai. Šo atziņu var pamatot ar teoriju, kur ir teikts, ka nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības vecumā starp sievietēm ar un bez grūtniecības patoloģijām (McDonald, 1972), no kā var secināt, ka vecums pats par sevi neizskaidro izmaiņas apmierinātībā ar partnerattiecībām un gatavībā vecāku lomai. Savukārt grūtniecības norise vairāk ir saistīta ar stresu (kā jau bija teikts augstāk), kas nozīme, ka pati par

sevi grūtniecības norise neizskaidro statistiski nozīmīgas izmaiņas apmierinātībā ar attiecībām un gatavībā vecāku lomai, bet šīs izmaiņas var būt izsauktas un saistītas ar stresu, ko grūtnieces pārdzīvo grūtniecības laikā. Līdz ar to, būtu interesanti pārbaudīt, vai grūtnieču stress izskaidro statistiski nozīmīgas izmaiņas pētāmās aspektos, vai ne.

Pētījumam ir arī vājas puses. Piemēram, aptauju iekšējās saskaņotības radītāji – Kronbaha alfa - ir tikai $\alpha = 0.67$, kas nozīmē, ka rezultāti būtu precīzāki, ja aptauju saskaņotības radītājs būtu augstāks. Tas nozīmē, ka atkārtotot pētījumu, vai izmantojot šīs aptaujas citos pētījumos, būtu vēlams piestrādāt pie aptauju saskaņotības.

Vēl viens pētījuma trūkums ir pētāmo grupu apjoms. Iespējams, ka, ja grupas būtu lielākas, varētu parādīties statistiski nozīmīgas atšķirības un saistības starp pētāmiem faktoriem.

Būtu interesanti arī atkārtot pētījumu ar grūtniecēm vecumā no 20 līdz 40 gadiem (šajā pētījumā piedalījās sievietes no 20 līdz 30 gadiem), jo tādā gadījumā varētu parādīties statistiski nozīmīgi dati, kā grūtnieču vecums izskaidro apmierinātību ar partnerattiecībām un gatavību vecāku lomai.

Svarīgi būtu atlasīt arī kontrolgrupu – sievietes, kurām nav grūtniecības, lai paskatītos, kā ir savstarpēji saistīti pētāmie faktori un, vai pastāv atšķirības pētāmajos faktoros starp sievietēm, kurām nav grūtniecība un kurām ir.

Būtu interesanti sadalīt sievietes ar grūtniecības patoloģijām pa apakšgrupām (pēc patoloģijas veida) un aprēķināt rezultātus katrai grupai atsevišķi.

Pateicoties veiktajam pētījumam, parādījās vairāki jautājumi, uz kuriem būtu nozīmīgi atbildēt, un vairāki aspekti, ko būtu interesanti izpētīt.

Pētījuma gaitā tika izdarīti sekojošie secinājumi, kas atbild uz pētījuma jautājumu:

Saistība starp gatavību vecāku lomai un apmierinātību ar partnerattiecībām nav statistiski nozīmīga gan visā grūtnieču grupā kopumā, gan arī sieviešu izlasēs ar un bez grūtniecības patoloģijām;

Starp grūtniecēm ar un bez grūtniecības patoloģijām nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības gatavībā vecāku lomai un apmierinātībā ar partnerattiecībām;

Grūtnieces vecums un grūtniecības norise (vai grūtniecība ir patoloģiska vai nav) neizskaidro statistiski nozīmīgas izmaiņas grūtnieču apmierinātībā ar partnerattiecībām, ka arī neizskaidro statistiski nozīmīgas izmaiņas gatavībā vecāku lomai.

Izmantotās literatūras saraksts

- Abramchenko, V., & Kovaljenko, N. (2004). *Perinataljnaja psihologija. (Perinatālā psiholoģija)*. Petrozavodsk.: Intel-tek.
- Apinis, P. (2003). *Cilvēks. Anatomija, fizioloģija, patoloģijas pamati*. Rīga.: Nacionālais Veselības Apgāds
- Ayers, S., & Pickering, A. D. (2005). Womens expectations and experience of birth. *Psychology and Health, 20(1)*, 79-92
- Baron, R. A., & Byrne, P. (2000). *Social psychology. 9th ed.* Boston.: Allyn and Bacon
- Benedek, T. (1972). The psychobiology of pregnancy. (p.246-251). In Bardwick, J. M. (Ed.) *Reading on the psychology of women*. New York, London.: Harper & Row, Publishers
- Brutmans, V. I., Fiļipova, G. G., & Hamitova, I.J. (2002). Psiholoģiskā stāvokļa dinamika sievietēm grūtniecības laikā un pēc dzemdībām. *Psiholoģijas Jautājumi, 7*, 59-68.
- Curran, M., Hazel, N., Jacobvitz, D., & Feldman, A. (2005). Representations of early family relationships predict marital maintenance during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology, Vol. 19., No. 2.*, 189-197.
- Danielson, Carol, B., Hamel-Bissell, Brenda, Winstead-Fry, Patricia (Eds.) *Families, Health, & Illness. Perspectives on Coping and Intervention*. St.Louis, Missouri, Mosby.: Year Book, Inc.
- DeMontigny, F., & Lacharite, C. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 49(4)*, 387-396.
- Dimidrovsky, L., Levy-Shiff, R., & Schattner-Zanany, I. (2002). Dimensions of depression and perfectionism in pregnant and nonpregnant women: their levels and interrelationships and their relationship to marital satisfaction, *Vol.136*, 631-647.
- Dinkel, A., & Balck, F. (2005). En evaluation of the german relationship assessment scale. *Swiss Journal of Psychology, 64*, 259-263.
- Dulude, D., Wright, J., & Belanger, C. (2000). The effect of pregnancy complications on the parental adaptation process. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, Vol. 18., No. 1.*, 5-19.
- Filipova, G. G. (2002). *Psihologija materinstva. [Maternitātes psiholoģija]*. Moskva.: Izd. instituta psihoterapii.
- Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V., & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic, Obstetrics & Gynecology, 25*, 247-255.
- Gonzaga, G. C., Campos, B., & Bradbury, T. (2007). Similarity, convergence and relationship

- satisfaction in dating and married couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(1), 34-48.
- Grinfelde, A. (2004). 20-30 gadīgu grūtnieču un viņu partneru motivācijas kļūt par vecākiem un trauksmes radītāju atšķirības. Npublicēts maģistra darbs. LU Psiholoģijas nodaļa.: Rīga
- Grossman, F. (1988). Strain in the transition to parenthood. In Palkovitz & Sussman (Eds.), *Transitions to parenthood*. The Haworth press.
- Gurung, R. A. R., Dunkel-Schetter, C., Collins, N., Rini, C., & Hobel, C. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 24(4), 497-519.
- Harli, U., F. (1992). *Zakoni semejnoj zhizhni [Ģimenes dzīves līkumi]*. Moskva.: Protestant
- Halford, W. K., Markman, H. J., Kline, G. H., & Stanley, S. M. (2003). Best practice in couple relationship education. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(3), 385-406.
- Halford, W. K., Lizzio, A., Wilson, K. L., & Occhipinti, S. (2007). Does working at your marriage help? Couple relationship self-regulation and satisfaction in the first 4 years of marriage. *Journal of Family Psychology*, 21, 185-194.
- Holloway, G., Witte, J., & Zuker, J. (2003). *Individuals and families in a diverse society*. Toronto, Monreal, Boston: McGraw-Hill Ryerson.
- Kovaļovs, S. (1990). *Ģimenes attiecību psiholoģija*. Rīga.: Zvaigzne
- Land, P. (1997). Women's relationship with their bodies. (p.55-73). In Lawrence, M., & Maguire, M. (Eds). *Psychotherapy with women*. Hong Kong.: Macmillian
- Laugdridge, D., Connolly, K., & Sheeran, P. (2000). Reasons for wanting a child: a network analytic study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol.18., Nr.4., 321-338., EBSCOhost.
- Lavee, Y. & Sharlin, S. (1996). The effect of parenting stress on marital quality. *Journal of Family Issues*. Vol. 17., 114-136.
- Matlin, M. W. (2000). *The psychology of women. Fourth edition*. New York.: Harcourt College Publishers
- McDonald, R. L. (1972). The role of emotional factors in obstetric complications: a review. (p.269-277). In Bardwick, J. M. (Ed.)*Reading on the psychology of women*. New York, London.: Harper & Row, Publishers
- Mekosh-Rosenbaum, V. & Lasker, J. N. (1995). Effects of pregnancy outcomes on marital satisfaction: A longitudinal study of birth and loss. *Infant Mental Health Journal*, Vol.16., No.2., 127-143.
- Melender, H. L. (2002). Experiences of fear associated with pregnancy and child birth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101-110.
- Mizāne, I. (2006). *Subjektīvas labklājības saistība ar apmierinātību ar partnerattiecībām*

grūtniecēm un viņu partneriem. Npublicēts maģistra darbs. LU Psiholoģijas nodaļa.:
Rīga

- Munch, S. (2002). Women's experiences with a pregnancy complications: Causal explanations of hypermesys gravidarum. *Social Work in Health Care, Vol.36(1)*, 59-76.
- Pasch, L. A., & Bradbury, T. N. (1998). Social support conflict, and the development of marital dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 219-230.
- Perren, S., Von Wyl., Agnes, Burgin, Dieter, Simoni, H., & Von Klitzing, K. (2005). Intergenerational transmission of marital quality across the transition to parenthood. *Family Process, Vol. 44., No. 5.*, 441-459.
- Prouty, A. M., Markowski, E. M., & Barnes, H. L. (2000). Using the Dyadic Adjustment Scale: In marital therapy: An exploratory study. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, Vol.8, No.3*, 250-257.
- Rajgorodskij, D., Y. (2002). *Psihologija semji [Ģimenes psiholoģija]*. Samara.: Bahpah-M.
- Roffe, Y., Blittner, M., & Lewin, I. (1993). Emotional experiences during the three trimestrs of pregnancy. *Journal of Clinical Psychology, 49(1)*, 3-12.
- Rubertsson, C. & Waldenstrom. (2003). Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive & Infant Psychology. Vol.21, No. 2.*, 113-123.
- Sacco, W. P. & Phares, V. (2001). Partner appraisal and marital satisfaction: The role of self-esteem and depression. *Journal of Marriage and Family, 63*, 504-513.
- Sanders, P. (2004). *Vsjo o beremennosti. (Denj za dnjom)*. Moskva.: EKSMO
- Shereshefsky, Pauline, M., & Yarrow, Leon J. (Eds.). (1973). *Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaption*. New York.:Raven Press Publishers.
- Sjostrom, H., Langius-Eklof, A., & Hjertberg, R. (2004). Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol.Scand. 83*, 1112-1118
- Spotts, E L., Pedersen, N. L., Neiderhiser, J. M., Reiss, D., Lichtenstein, P., Hansson, K., & Cederblad, M. (2005). Genetic effects on women's positive mental health: Do marital relationships and social support matter? *Journal of Family Psychology, 19(3)*, 339-349.
- Taylor, S. E., Peplau, L. A., & Sears, D. O. (2000). *Social psychology. 9th ed.* New Jersey.: Prentill-Hall
- Troy, A. B. (2000). *Determing the factors of intimate relationship satisfaction:interpersonal communication, sexual communication, and communication, and communication affect*. Colgate University [online]. Extracted from: groups.colgate.edu/cis/student_papers/2000/troy.pdf [2006, January 25]
- Turners, S. J. & Donald, B. H. (1995). *Lifespan development. Fifth edition*. Harcourt Brace

College Publisher.

Zaharov, A. I. (1998). *Rebjonok do rozhdenija i psihoterapija posledstvij psihicheskikh travm*.
[Bērnis līdz dzemdībām un psihisko traumu rezultātu psihoterapija]. Sojuz.

Bibliogrāfija

- Abramchenko, V., & Kovaljenko, N. (2004). *Perinataljnaja psihologija. (Perinatālā psiholoģija)*. Petrozavodsk.: Intel-tek.
- Apinis, P. (2003). *Cilvēks. Anatomija, fizioloģija, patoloģijas pamati*. Rīga.: Nacionālais Veselības Apgāds
- Ayers, S., & Pickering, A. D. (2005). Womens expectations and experience of birth. *Psychology and Health, 20(1)*, 79-92
- Balakrishnan, T. R., Lapierre-Adamczyk, E., & Krotki, K. (1993). *Family and childbearing in Canada: A demographic analysis*. Toronto: University of Toronto Press
- Baron, R. A., & Byrne, P. (2000). *Social psychology. 9th ed.* Boston.: Allyn and Bacon
- Blum, J. & Mehrabian, A. (1999). Personality and temperament correlates of marital satisfaction. *Journal of Personality. No.67.* 93-125.
- Brutmans, V. I., Fiļipova, G. G., & Hamitova, I.J. (2002). Psiholoģiskā stāvokļa dinamika sievietēm grūtniecības laikā un pēc dzemdībām. *Psiholoģijas Jautājumi, 7*, 59-68.
- Campbell, C. (2000). Study probes needs of imigrant fathers: Underemployment language barriers create stress. *Families and Health 14, 1, 3.*
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1989). Forming a remarried family (pp.399-432). In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The changing family life cycle: A framework for family therapy*. Toronto.: Allyn and Bacon.
- Curran, M., Hazel, N., Jacobvitz, D., & Feldman, A. (2005). Representations of early family relationships predict marital maintenance during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology, Vol. 19., No. 2.,* 189-197.
- Danielson, Carol, B., Hamel-Bissell, Brenda, Winstead-Fry, Patricia (Eds.) *Families, health, & illness. Perspectives on coping and intervention*. St.Louis, Missouri, Mosby.: Year Book, Inc.
- DeMontigny, F., & Lacharite, C. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 49(4)*, 387-396.
- Demo, D., & Cox, M. (2000). Families with young children: A review of research in the 1990s. *Journal of Marriage and the Family 62*, 876-895.
- Dimidrovsky, L., Levy-Shiff, R., & Schattner-Zanany, I. (2002). Dimensions of depression and perfectionism in pregnant and nonpregnant women: their levels and interrelationships and their relationship to marital satisfaction, *Vol.136*, 631-647.
- Dinkel, A., & Balck, F. (2005). An evaluation of the German relationship assessment scale. *Swiss Journal of Psychology, 64*, 259-263.

- Dulude, D., Wright, J., & Belanger, C. (2000). The effect of pregnancy complications on the parental adaptation process. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, Vol. 18., No. 1.,* 5-19.
- Filipova, G. G. (2002). *Psihologija materinstva*. [Maternitātes psiholoģija]. Moskva.: Izd. instituta psihoterapii.
- Foa, U.G., & Foa, E. B. (1974). *Societal structures of the mind*. Springfield, IL.: Charles C Thomas
- Forsberg, C., & Bjorvell, H. (1993). Swedish population norms for the GHRI, HI, and STAI – state. *Q life res, 2,* 349-356.
- Gerson, M. J. (1983). A scale of motivation for parenthood: the index of parenthood motivation. *The Journal of Psychology, 113,* 211-220. EBSCOhost.
- Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V., & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic, Obstetrics & Gynecology, 25,* 247-255.
- Gleen, N. D., & Weaver, C. N. (1981). The contribution of marital happiness to global happiness. *Journal of Marriage and the Family, 43,* 161-168.
- Gove, W. R., Hughes, M., & Style, C. B. (1983). Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? *Journal of Health and Social Behavior, 24,* 122-131.
- Grinfelde, A. (2004). 20-30 gadīgu grūtnieču un viņu partneru motivācijas kļūt par vecākiem un trauksmes radītāju atšķirības. Npublicēts maģistra darbs. LU Psiholoģijas nodaļa.: Rīga
- Grossman, F. (1988). Strain in the transition to parenthood. In Palkovitz & Sussman (Eds.), *Transitions to parenthood*. The Haworth press.
- Gurung, R. A. R., Dunkel-Schetter, C., Collins, N., Rini, C., & Hobel, C. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social & Clinical Psychology, 24(4),* 497-519.
- Harli, U., F. (1992). *Zakoni semejnoj zhizni [Ģimenes dzīves likumi]*. Moskva.: Protestant
- Halford, W. K., Lizzio, A., Wilson, K. L., & Occhipinti, S. (2007). Does working at your marriage help? Couple relationship self-regulation and satisfaction in the first 4 years of marriage. *Journal of Family Psychology, 21,* 185-194.
- Heymann, R. E. (2001). Observation of couple conflict: Clinical assessment applications, stubborn truths, and shany foundation. *Psychological Assessment, 13,* 5-35.
- Holloway, G., Witte, J., & Zuker, J. (2003). *Individuals and families in a diverse society*. Toronto, Monreal, Boston: McGraw-Hill Ryerson.
- Karnež, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research. *Psychological Bulletin, 118,* 3-34.
- Kalmikova, E., S. (1983). Psihologicheskie problemi pervih let supruzheskoj zhizni. [Pirmo

- laulību gadu problēmas]. *Voprosi psihologii [Psiholoģijas jautājumi]*, 3, 83-89.
- Kovaļovs, S. (1990). *Ģimenes attiecību psiholoģija*. Rīga.: Zvaigzne
- Laugdrīde, D., Connolly, K., & Sheeran, P. (2000). Reasons for wanting a child: a network analytic study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol.18., Nr.4., 321-338., EBSCOhost.
- Lavee, Y. & Sharlin, S. (1996). The effect of parenting stress on marital quality. *Journal of Family Issues*. Vol. 17., 114-136.
- Matlin, M. W. (2000). *The psychology of women. Fourth edition*. New York.: Harcourt College Publishers
- McDonald, R. L. (1972). The role of emotional factors in obstetric complications: a review. (p.269-277). In Bardwick, J. M. (Ed.) *Reading on the Psychology of Women*. New York, London.: Harper & Row, Publishers
- Mekosh-Rosenbaum, V. & Lasker, J. N. (1995). Effects of pregnancy outcomes on marital satisfaction: A longitudinal study of birth and loss. *Infant Mental Health Journal*, Vol.16., No.2., 127-143.
- Melender, H. L. (2002). Experiences of fear associated with pregnancy and child birth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101-110.
- Mizāne, I. (2006). *Subjektīvas labklājības saistība ar apmierinātību ar partnerattiecībām grūtniecēm un viņu partneriem*. Npublicēts maģistra darbs. LU Psiholoģijas nodaļa.: Rīga
- Munch, S. (2002). Women's experiences with a pregnancy complications: Causal explanations of hypermesys gravidarum. *Social Work in Health Care*, Vol.36(1), 59-76.
- Nuckolls, Cassel, & Kaplan. (1993). *Social support*.
- Pasch, L. A., & Bradbury, T. N. (1998). Social support conflict, and the development of marital dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 219-230.
- Perren, S., Von Wyl., Agnes, Burgin, Dieter, Simoni, H., & Von Klitzing, K. (2005). Intergenerational transmission of marital quality across the transition to parenthood. *Family Process*, Vol. 44., No. 5., 441-459.
- Prouty, A. M., Markowski, E. M., & Barnes, H. L. (2000). Using the Dyadic Adjustment Scale: In marital therapy: An exploratory study. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, Vol.8, No.3, 250-257.
- Rajgorodskij, D., Y. (2002). *Psihologija semji [Ģimenes psiholoģija]*. Samara.: Bahpah-M.
- Roffe, Y., Blittner, M., & Lewin, I. (1993). Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *Journal of Clinical Psychology*, 49(1), 3-12.
- Rubertsson, C. & Waldenstrom. (2003). Depressive mood in early pregnancy: prevalence and

- women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*. Vol.21, No. 2., 113-123.
- Sacco, W. P. & Phares, V. (2001). Partner appraisal and marital satisfaction: The role of self-esteem and depression. *Journal of Marriage and Family*, 63, 504-513.
- Sanders, P. (2004). *Vsjo o beremennosti. (Denj za dnjom)*. Moskva.: EKSMO
- Sasse, C. (2000). *Families today*. New York: Glencoe/McGraw-Hill.
- Shereshefsky, Pauline, M., & Yarrow, Leon J. (Eds.). (1973). *Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaption*. New York.:Raven Press Publishers.
- Sjostrom, H., Langius-Eklöf, A., & Hjertberg, R. (2004). Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol.Scand.* 83, 1112-1118
- Spotts, E. L., Neiderhiser, J. M., Ganiban, I., Reiss, D., Lichtenstein, P., Hansson, K. (2004). Accounting for depressive symptoms in women: Atwin study of associations with interpersonal relationship. *Journal of Affective Disorders*, 82, 101-111.
- Spotts, E L., Pedersen, N. L., Neiderhiser, J. M., Reiss, D., Lichtenstein, P., Hansson, K., & Cederblad, M. (2005). Genetic effects on women's positive mental health: Do marital relationships and social support matter? *Journal of Family Psychology*, 19(3), 339-349.
- Taylor, S. E., Peplau, L. A., & Sears, D. O. (2000). *Social psychology*. 9th ed. New Jersey.: Prentill-Hall
- Troy, A. B. (2000). *Determing the factors of intimate relationship satisfaction:interpersonal communication, sexual communication, and communication, and communication affect*. Colgate University [online]. Extracted from: groups.colgate.edu/cis/student_papers/2000/troy.pdf [2006, January 25]
- Tucker, S., Gross, D., Fogg, L., Delanej, K., & Lapporte, R. (1998). The long-term effocacy of a behavioral parente training intervention for families with 2 year old. *Research in Nursing and Health*, 21, 199-210.
- Turners, S. J. & Donald, B. H. (1995). *Lifespan development. Fifth edition*. Harcourt Brace College Publisher.
- Vanier Institute of the Family. (2000). *Profiling Canadas families II*. Ottawa: Vanier Institute of the Family
- Zaharov, A. I. (1998). *Rebjonok do rozhdenija i psihoterapija posledstvij psihicheskikh travm*. [Bērnš līdz dzemdībām un psihisko traumū rezultātu psihoterapija]. Sojuz.