

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas institutas

Aušra Brikaitė-Salietė

Teisės psichologijos studijų programa
Magistro darbas

**Moterų vaikystėje patirto smurto bei pirmais metais po gimdymo suvoktos socialinės
paramos ir streso sąsajos**

Darbo vadovė dr. K. Čunichina

Vilnius
2023

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS	6
PRATARMĖ	7
1. ĮVADAS.....	9
1.1. Pogimdyvinis periodas ir stresas	10
1.2. Nepalankios vaikystės patirtys	11
1.3. Vaikystėje patirto smurto poveikis suaugus.....	12
1.4. NVP ir streso ryšys pogimdyviniu periodu	14
1.5. Socialinė parama	15
1.6. Socialinė parama ir streso įveika.....	16
1.7. Streso poveikį švelninantis modelis	17
1.8. Gauta ir suvokta socialinė parama streso kontekste	18
1.9. Suvoktos socialinės paramos šaltiniai	19
1.10. Suvokto streso ir sociodemografinių veiksnių ryšys	21
1.11. Tyrimo tikslas, uždaviniai ir hipotezės	22
2. METODAI	24
2. 1. Tyrimo dalyviai	24
2.2. Skalės ir klausimynai	25
2.2.1. Demografinių duomenų klausimai	25
2.2.2. Subjektyviai suvokto streso skalė	25
2.2.3. Daugiamatė suvoktos socialinės paramos skalė.....	25
2.2.4. Vaikystės patirčių klausimynas	26
2.3. Tyrimo eiga	27
2.4. Duomenų tvarkymas ir statistinės analizės metodai	28

3. REZULTATAI.....	29
3.1. Suvokto streso, suvoktos socialinės paramos ir vaikystėje patirto smurto įverčių aprašomoji statistika.....	29
3.2. Suvokto streso, socialinės paramos ir VPS mediacinė analizė	30
3.3. Socialinės paramos suvokimas ir vaikystėje patirtas smurtas.....	32
3.4. Suvoktos socialinės paramos šaltinis ir vaikystėje patirtas smurtas.....	34
3.5. Suvoktas stresas, suvokta socialinė parama ir vaikystėje patirtas smurtas	35
3.6. Sociodemografinių veiksnių poveikis	37
4. DISKUSIJA.....	38
IŠVADOS.....	43
LITERATŪRA.....	44
PRIEDAI	53
1 priedas. Skalių vidinio suderinamumo bei normalumo įverčiai.....	53
2 priedas. Informuoto sutikimo forma.....	54
3 priedas. Nepalankių vaikystės patirčių faktorinės analizės su Varimax sukiniu teiginių faktorių svoriai	55
4 priedas. Suvoktos socialinės paramos faktorinės analizės su Varimax sukiniu teiginių faktorių svoriai	56
5 priedas. Aprašomoji skalių įverčių statistika tirtoje imtyje.....	57
6 priedas. Suvoktos paramos ir atskirų jos šaltinių mediacinė analizė	58
7 priedas. Kintamųjų mediacinė analizė, kai kontroliuojami kiti du kintamieji	59
8 priedas. Suvokto streso, suvoktos socialinės paramos šaltinių ir smurto tipų koreliacijos koeficientai.....	60

Moterų vaikystėje patirto smurto bei pirmais metais po gimdymo suvoktos socialinės paramos ir streso sąsajos, Aušra Brikaitė-Salietė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2023, 60 psl.

SANTRAUKA

Moterys, vaikystėje patyrusios smurtą, pogimdyvinį periodą gali suvokti kaip ypač stresą keliantį. Jos taip pat sunkiai priima socialinę paramą, todėl didėja sveikatos problemų (pvz., depresijos, nerimo, savižalos ir pan.) atsiradimo rizikos laipsnis. Šiame tyrime tirtas ryšys tarp vaikystėje patirto smurto, suvoktos socialinės paramos ir jos šaltinių (šėimos, partnerio, draugų) bei suvokto streso lygio pirmais metais po gimdymo. Iki vienerių metų amžiaus vaiką auginančios tyrimo dalyvės (N=154) pildė suvokto streso (Cohen et al., 1983), suvoktos socialinės paramos (Zimet, 1998) bei nepalankių vaikystės patirčių klausimynus (Felitti et al., 1998). Suvokto streso lygio prognozei, jo ryšiui su vaikystėje patirtu smurtu bei suvoktos socialinės paramos vaidmeniui vertinti buvo naudota statistinės koreliacinė, regresinė bet mediacinė analizės. Remiantis šio tyrimo rezultatais, tirtoje imtyje vaikystėje patirtas smurtas siejamas su didesniu suvokto streso lygiu bei mažesne suvokta socialine parama pirmais metais po gimdymo. Tyrime taip pat rasta, kad suvoktos socialinės paramos teigiamam efektui reikalinga kumuliacinė suvokta socialinė parama iš įvairių paramos šaltinių (partnerio, draugų, šėimos). Tyrimo rezultatai leidžia pabrėžti vaikystėje patirto smurto žalą bei didesnę socialinės paramos poreikį mamoms, ypač vaikystės smurto aukoms, pirmais metais po gimdymo.

The relation of childhood maltreatment, perceived social support, and stress for women in the first year of postpartum, Aušra Brikaitė-Salietė, Vilnius, Vilnius University, 2023, p. 60.

SUMMARY

Women who have experienced violence during childhood may perceive the postpartum period as particularly stressful. They also have difficulty accepting social support, which increases the risk of health problems (e.g., depression, anxiety, self-harm, etc.). This study examined the relationship between childhood violence, perceived social support and its sources (family, partner, friends), and perceived stress levels in the first year after childbirth. Participants in this study were mothers (N=154) raising children up to one-year-old, who completed questionnaires on perceived stress (Cohen et al., 1983), perceived social support (Zimet, 1998), and adverse childhood experiences (Felitti et al., 1998). Statistical correlational, regression, and mediation analyses were used to predict the level of perceived stress, its relationship with childhood violence, and the role of perceived social support. According to the results of this study, childhood violence was associated with higher levels of perceived stress and lower levels of perceived social support in the first year after childbirth. The study also found that the positive effect of perceived social support required cumulative support from various sources (partners, friends, and family). The results of this study highlight the harm caused by childhood violence and the importance of increased social support for mothers, particularly those who have experienced childhood violence, in the first year after childbirth.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

1. Suvoktas stresas – subjektyvus streso lygio pajautimas arba laipsnis, kuriuo asmuo savo gyvenimą vertina kaip keliantį stresą (Cohen et al., 1983).
2. Smurtas vaikystėje – fizinė, emocinė, seksualinė prievarta arba emocinė, fizinė nepriežiūra vaikystėje (Arata, 2002).
3. Suvokta socialinė parama – ištekliai (emociniai, informaciniai, materialūs), kuriuos asmuo subjektyviai jaučia galįs gauti arba gaunantis (Zimet et al., 1988).
4. Pogimdyvinis periodas – laiko tarpas nuo gimdymo iki vaikui sukanka vieneri metai, per kurį moters kūnas gali grįžti į priešgimdyvinę būseną (Tovino, 2010).

PRATARMĖ

Nėštumas bei gimdymas – reikšmingi įvykiai moters gyvenime, kurie lydimi kito periodo – pogimdyvinio laikotarpio. Pogimdyviniu periodu vyksta didžiuliai fiziologiniai bei psichologiniai pokyčiai tiek mamai, tiek jos vaikui. Tačiau didžiausias dėmesys dažnai skiriamas vaikui ir jo sveiko vystymosi sąlygų užtikrinimui. Tad nenuostabu, kad šie metai gali būti tiek kupini džiaugsmo bei apdovanojančių patirčių, tiek kelti daug streso, įtampos dėl iškilusių naujų fizinių, emocinių bei socialinių pokyčių.

Vienas iš mamoms dažniausiai kylančių iššūkių pirmais metais po gimdymo yra patiriamas stresas. Net apie 80% pagimdžiusių moterų teigia jaučiančios kažkokį streso lygį pirmaisiais mėnesiais po gimdymo (Field et al., 2006). Tačiau retai kada mamos randa laiko ir resursų savo savijautos analizei ir kokybiškam poilsiui. Stresas pogimdyviniu periodu gali veikti tiek motinų, tiek jų kūdikių fizinę bei psichinę sveikatą. Pavyzdžiui, pogimdyvinis stresas siejamas su padažnėjusiu depresijos, nerimo požymių pasireiškimu (Gavin et al., 2005). Pogimdyvinis stresas taip pat turi įtakos mamos ir kūdikio prieraišumo ryšiui. Molmen Lichter su kolegomis (2021) nustatė, kad pogimdyvinis stresas siejamas su nesaugiu arba ambivalentišku mamos ir vaiko ryšiu, kuris turi ilgalaikių pasekmių vaiko emociniam ir socialiniam vystymuisi. Dar daugiau, kūdikiai, kurių mamos patiria pogimdyvinį stresą, gali pasižymėti sulėtėjusiu raidos vystymusi (Kingston, Tough, 2014). Šie tyrimų rezultatai leidžia suprasti streso pogimdyviniu laikotarpiu daromos žalos reikšmingumą, kurio pasekmės gali būti lemtingos.

2016 m. atlikta sisteminė meta analizė apie motinų mirtingumą dėl psichinės sveikatos ir nustatyta, kad 8 % motinų mirčių pasaulyje siejamos su jų psichinės sveikatos sutrikimu (Jago et al., 2021). Motinų savižudybės neretai siejamos su pogimdyvinės depresijos požymiais (Guille et al., 2013). Europoje pogimdyvinės depresijos paplitimas panašus kaip ir Lietuvoje, kai pogimdyvinės depresijos paplitimo skaičiai varijuoja tarp 12 – 18 % (O'Hara & McCabe, 2013). Tyrimuose gaunamų rezultatų įžvalgos pabrėžia svarų psichinės sveikatos vaidmens ir mamų savižudybių ryšį pirmais metais po gimdymo. Tačiau Lietuvoje mažai tiriama ir šviečiama apie pogimdyvinį stresą bei jo rizikos faktorius. Vienas iš rizikos veiksnių yra vaikystėje patirtas smurtas, kurį, anot Pasaulio sveikatos organizacijos (2021), patiria vienas vaikas iš keturių.

Plačiai žinoma, kad vaikystėje patirtas smurtas gali turėti ilgai trunkančias pasekmes asmenų sveikatai ir gerovei (Felitti et al., 1998). Tačiau mažiau nagrinėta, kaip smurtas vaikystėje siejasi su pogimdyviniu stresu. Svarbu suprasti šį ryšį, jei norime identifikuoti rizikoje esančias moteris bei diegti efektyvias intervencijas, padedančias sumažinti patirto

smurto pasekmes pogimdyviniu periodu. Tinkamai įvertinus aukšto streso keliamus pavojus, svarbu suprasti, kas padeda jį efektyviai mažinti.

Vienas tokių apsauginių veiksnių yra socialinė parama. Tyrimai atskleidžia, kad suvokta partnerių, šeimos bei draugų parama gali padėti mažinti pogimdyvinį stresą bei depresijos požymius (Dennis & Hodnett, 2007). Tačiau šių veiksnių ryšys bei sąveika dar nėra iki galo aiški. Atlikti tyrimai leidžia kelti prielaidą, kad vaikystėje patirtas smurtas siejasi su didesniu suvoktu streso lygiu bei žemesne suvokta socialine parama iš įvairių šaltinių (Noll et al., 2009). Taigi, svarbu atidžiau ištirti ir įvertinti šias sąveikas.

Lietuvoje tyrimų, nagrinėjančių vaikystėje patirto smurto, suvokto streso ir suvoktos socialinės paramos ryšius pirmais metais po gimdymo nepavyko rasti. Tačiau atliktų tyrimų rezultatai kitose šalyse pabrėžia suvokto streso bei vaikystėje patirto smurto ryšį bei keliamą žalą mamų psichinei sveikatai. Pavyzdžiui, JAV atliktas tyrimas nustatė, kad moterys, vaikystėje patyrusios smurtą, labiau linkusios patirti stiprų stresą bei jautė silpnesnį savo partnerių palaikymą, paramą lyginant su tomis moterimis, kurios smurto vaikystėje nebuvo patyrusios (Seng et al., 2013). Suprantant socialinės paramos svarbą bei jos galimą teigiamą poveikį motinoms, vaikystėje patyrusioms smurtą, svarbu suprasti šių veiksnių ryšį su suvokto streso lygiu pirmais metais po gimdymo Lietuvos motinų populiacijoje. Taigi, tyrime siekiama įvertinti, koks yra tirtos imties mamų subjektyvus streso lygis pirmais metais po gimdymo, kaip jos suvokia socialinę paramą, koks paramos šaltinis yra svarbiausias bei kaip šie veiksniai siejasi su vaikystėje patirtu smurtu.

1. ĮVADAS

Pogimdyvinis periodas pasižymi pokyčių - fizinių, emocinių bei socialinių - gausa. Šiam laikotarpiui būdingi tokie stresoriai kaip miego trūkumas, pervargimas, žindymas, nuolatinis vaiko poreikių tenkinimas, grįžimas į darbą (Jevitt et al., 2012), o tai savo ruožtu taip pat gali pažeisti psichinę sveikatą. Atliktų tyrimų rezultatai išskiria psichinei sveikatai grėsmę keliančius rizikos veiksnius, tokius kaip ankstesnio psichikos sutrikimo anamnezė, smurtinė patirtis, santykių ir finansinės problemos, socialinės paramos trūkumas (Beck, 2001; O'Hara & Swain, 1996). Daugėja įrodymų, kad aukštas suvokto streso lygis gali būti reikšmingas rizikos veiksnys, vystantis pogimdyvinei depresijai ir nerimui (Beck, 2001), potrauminio streso sindromui (PTSS) ar obsesiniam sutrikimui (Lord et al., 2011) pirmais metais po gimdymo. Aptartų tyrimų rezultatai leidžia kelti pagrįstą prielaidą, kad suvoktas stresas daro įtaką moterų psichinei sveikatai pirmais metais po gimdymo, todėl šiame darbe plačiau aptarsime suvokto streso fenomeną, jo pasireiškimo priežastis bei pasekmes mamos bei kūdikio sveikatai.

Šiame tyrime taip pat nagrinėsime vaikystėje patirto smurto sąsajas su suvoktu streso lygiu, kurių ryšį tiria eilė mokslininkų (Gress-Smith et al., 2012; Nemeroff, 2016). Savo tyrimuose jie randa reikšmingas sąsajas tarp vaikystėje patirto smurto ir prastos psichinės sveikatos pogimdyviniu periodu. Vaikystėje patirtas smurtas taip pat siejamas su rizika stipriau jausti stresą, jautriau reaguoti į kylančius iššūkius, polinkį juos traktuoti kaip neįveikiamus (Seng et al., 2013). Šie rezultatai skatina gilesnę suvokto streso ir patirto smurto vaikystėje ryšio analizę. Tad kita šio tyrimo dalis bus sutelkta į smurtą, jo tipus bei žalą vaikui ir galimą tęstinį poveikį moteriai pirmais metais po gimdymo.

Kita vertus, tyrimai atskleidžia, kad egzistuoja ir apsauginiai veiksniai, kurie padeda stiprinti psichinę sveikatą pogimdyviniu periodu. Pavyzdžiui, rūpinimasis savimi sportuojant, mankštinantis, praktikuojant atsipalaidavimo technikas, sveikai ir visavertiškai maitinantis gerėja tiek fizinė, tiek psichologinė savijauta (Gjerdingen, Yawn, 2007). Vis dėlto, vienas pagrindinių geros psichinės sveikatos apsauginių veiksnių pogimdyviniu periodu yra subjektyviai jaučiama socialinė partnerių, šeimos ir draugų parama (Leigh, Milgrom, 2008). Šiame darbe nagrinėsime suvoktos socialinės paramos fenomeną, jos galimus šaltinius bei poveikio būdus. Supratęs jų veikimo dinamiką, galima diegti efektyvias prevencines bei intervencines programas, kurios padėtų spręsti psichinės sveikatos problemas šiuo periodu, stiprintų mamos bei jos kūdikio sveikatą bei reikšmingai prisidėtų prie geros jų abiejų savijautos stabilumo išlaikymo.

Apibendrinant, moterų gera savijauta kelia svarias prielaidas darniam vaiko augimui bei sklandžiam mamos stiprėjimui pirmais metais po gimdymo. Šiame darbe pirmiausia aptariamas suvokto streso poveikis pogimdyviniu periodu. Taip pat įvertinamos smurtinės patirties

vaikystėje galimos pasekmės bei nagrinėjama socialinė parama, kaip apsauginis veiksnys pogimdyvinio periodo metu. Darbe analizuojami socialinės paramos galimi šaltiniai bei vertinamas jų poveikis.

1.1. Pogimdyvinis periodas ir stresas

Stresas dažnas tyrimų nagrinėjimo objektas ir gali būti apibrėžiamas įvairiai. Viena dažniausiai naudojamų apibrėžimų stresas įvardijamas kaip fiziologinis bei/arba psichologinis atsakas į kylančią grėsmę ar iššūkį (Rice, 2012). Stresas gali būti matuojamas kaip fiziologinis kūno atsakas arba savistaba, kai vertinamas suvokto streso lygis. Lazarus ir Folkman (1984) apibūdino suvoktą stresą kaip laipsnį, kuriuo situacija yra vertinama kaip kelianti grėsmę. Vadinasi, tai asmens subjektyvus situacijos vertinimas, kai sprendimas priimamas įvertinant situacijos keliamus iššūkius ir turimų resursų jai įveikti balansą.

Suvoktas stresas siejamas su eile neigiamų fizinių ir psichologinių pasekmių, tokių kaip širdies ir kraujagyslių ligos, depresija, nerimas, imuniteto silpnėjimas (Cohen et al., 2007). Pogimdyviniu periodu suvokto streso lygio stebėjimas bei gebėjimas jį valdyti tampa ypač svarbiais, nes suvoktas stresas siejamas su pogimdyvine depresija ir nerimu (Ross & McLean, 2006). Vidutiniškai 10 – 20 % gimdžusių moterų pirmus metus po gimdymo patiria depresijos simptomus, nuotaikos sutrikimus, suprastėja jų atsparumas stresui, sutrinka gebėjimas kontroliuoti emocijas, mintis, elgesį (Tovino, 2010). Tai gali tapti iššūkiu tiek moteriai, tiek naujagimiui bei kitiems šeimos nariams. Svarbu pabrėžti, kad vienokio ar kitokio stiprumo pogimdyvinis stresas būdingas 80% gimdžusių moterų (Dennis & Creedy, 2004). Vadinasi, suvoktas stresas gali veikti mamos rūpinimosi vaiku būdą, turėti neigiamos įtakos jos psichinei sveikatai ir funkcionavimui, didinti riziką priimti neoptimalius sprendimus, mažinti rūpinimosi savimi ir vaiku kokybę.

Pirmais metais po gimdymo kyla daug naujų stresorių. Stresoriai, kitaip stimulai, keliantys stresinę reakciją, gali būti staigūs arba ilgalaikiai. Staigūs stresoriai, pavyzdžiui, netikėtai prasidėjusi liga ar sužeidimas, neretai turi trumpalaikį poveikį asmens streso lygiui. Tuo tarpu ilgalaikiai stresoriai, kaip pavyzdžiui, finansiniai sunkumai ar tarpasmeninių santykių problemos, gali pasižymėti ilgalaikiu poveikiu (Cohen et al., 2007). Pogimdyviniu periodu stresoriai taip pat būna įvairūs – tiek trumpalaikiai, tiek ilgalaikiai. Šiuo laikotarpiu moterims reikia prisitaikyti prie savo naujo mamos vaidmens, kūno pokyčių, miego stygiaus, staigių hormonų pokyčių šuolių, didelės atsakomybės, darbo krūvio, sunkumų, kylančių poroje. Taip pat gali kamuoti nėštumo ir gimdymo padariniai, sunkumai siejami su žindymu.

Kai stresoriai akumuliuojasi, gebėjimas juos įveikti sudėtingėja, taip mažėja fiziniai ir emociniai asmens resursai bei didėja ligų, traumų, psichologinio distreso tikimybė (Thoits P.

A., 1995). Visa tai gali didinti jautrumą stresinėse situacijose ir/arba sukelti net psichopatologiją (Choi K. M., Sikkema K. J., 2016). Emocinis ir fizinis stresas pogimdyviniu periodu didina riziką susirgti tokiomis ligomis kaip pogimdyvinė depresija, nerimas, šizofrenija ir pan. (Meltzer-Brody et al., 2018). Atlikta 84 tyrimų meta analizė atskleidė, kad pogimdyviniu laikotarpiu psichopatologijai vystytis yra reikšmingi keli faktoriai, tokie kaip mažas socialinis palaikymas, stresiniai gyvenimo įvykiai, stresas rūpinantis vaiku, žema savivertė, žemos pajamos, nepasitenkinimas santykiais su partneriu (Beck, 2001). Vadinasi, stresorių akumuliacinis efektas gali apsunkinti moters gebėjimą dorotis su kylančiais sunkumais, o tai gali reikštis pablogėjusia fizine sveikata, trauma ar psichologiniu distresu.

Analizuojant moterų jautrumą stresorių akumuliaciniam efektui (Gunnar, Quevedo, 2007), nustatyta, kad moterys, vaikystėje patyrusios smurtą arba nepriežiūrą, gali būti linkusios jautriau vertinti kylančius stresorius. Manoma, kad jų aukštesnį suvokto streso lygį gali lemti fiziologiniai bei psichologiniai pokyčiai, susiformavę dėl neigiamų vaikystės patirčių. Vadinasi, galima kelti prielaidą, kad nepalankios vaikystės patirtys, tokios kaip smurtas ar nepriežiūra, gali daryti įtaką suvokto streso lygio vertinimui. Jų suvoktas stresas gali būti vertinamas stipriau lyginant su moterimis, kurios tokių patirčių vaikystėje neturėjo. Todėl detaliau aptarsime neigiamų vaikystės patirčių galimą spektrą bei poveikį.

1.2. Nepalankios vaikystės patirtys

Nepalankios vaikystės patirtys (NVP) siejamos su vaikystėje (iki 18 metų amžiaus) potencialiai traumuojančiomis patirtimis, tokiomis kaip fizinis, emocinis, seksualinis smurtas, nepriežiūra (Felitti et al., 1998). Nepalankios vaikystės patirtys potencialiai gali veikti fizinę bei psichinę sveikatą, o jų pasekmės reikštis visą gyvenimą įvairiomis neadaptiviomis formomis, tokiomis kaip, chroniškos ligos, psichoaktyvių medžiagų vartojimas, psichinės sveikatos sutrikimai (Widom, 2000, Felitti et al., 1998), trumpesnė gyvenimo trukmė (Lippard & Nemeroff, 2020), nerimu, depresija, PTSS (Anda et al., 2006). Tyrimė Anda et al. (2006) teigia, kad NVP plačiai paplitęs reiškinys visuomenėje, kai 64% tiriamųjų teigė bent kartą patyrę tam tikrą NVP. NVP apima įvairius disfunkcinius įvykius šeimoje ir vaiko aplinkoje (patyčios, psichoaktyvių medžiagų vartojimas, skyrybos, tėvų mirtys, gyvenimas vaikų namuose ir pan.). Šiame darbe aptarsime įvairaus smurto prieš vaiką (fizinį, emocinį, seksualinį smurtą, smurtą tarp tėvų bei fizinę bei emocinę nepriežiūrą) poveikį suaugusio žmogaus gyvenimui.

Emocinis smurtas – tyčinė sisteminga vaiko skriauda, žeminanti vaiko garbę, orumą, savivertę, elgesys dėl kurio buvo sutrikdyta vaiko sveikata ar normali raida, sukeltas pavojus jo gyvybei, sveikatai, raidai (Klanienė et al., 2022). Psichologinis smurtas vaikystėje siejamas su

mokymosi, socializacijos, prierašumo problemomis, kognityvinių funkcijų blogėjimu, asocialiu elgesiu paaugus.

Kita smurto forma yra fizinis smurtas, kuris yra apibrėžiamas kaip tyčinis fizinis veiksmas(-ai), sukeliantis skausmą, pavojų sveikatai ir gyvybei. Jis gali sutrikdyti vaiko raidą ar sukelti pavojų sutrikdyti normalią vystymosi raidą (Klanienė et al., 2022). Vaikas gali pradėti nerimauti, demonstruoti depresijos, PTSS, agresijos požymius (Holt et al., 2008). Jam gali būti sunku valdyti savo emocijas. Fizinį smurtą patyrę vaikai gali būti nepaklusnūs, maištauti, vengti socialinių kontaktų, gali sutrikti jų kognityvinės funkcijos.

Seksualinis smurtas prieš vaiką yra visos seksualinio išnaudojimo formos, tiek kontaktinės, tiek nekontaktinės (Finkelhor et al., 2005). Seksualinio smurto atvejai dažnai lieka nežinomi, vaikai vengia apie jį pasakoti, nes dažnai jų išnaudotojai yra iš jų išplėstinės šeimos rato. Šio smurto aukas gali kamuoti baimės, kaltės, gėdos jausmai (Smith et al., 2000). Tarp dažniausių padarinių yra PTSS, elgsenos problemos, emocijų įsisąmoninimo sunkumai.

Tuo tarpu nepriežiūra yra dažniausiai aptinkama smurto forma, kuri 2022 m. duomenimis JAV stipriausiai siejama su vaikų mirtingumu (Ogle et al., 2022). Nepriežiūrą patiriantys vaikai linkę patirti daugiau fiziologinių sunkumų (pvz., valgymo sutrikimai, augimo lėtėjimas), sirgti somatinėmis, chroninėmis ligomis, tokiais kaip astma, bronchitas, alergijos ir pan. (Dubowitz et al., 2011). Patirta emocinė ir fizinė nepriežiūra gali veikti ir vaiko psichologinį vystymąsi. Toks vaikas gali patirti elgesio ir emocijų valdymo sunkumų, prasčiau mokytis, jam didėja rizika susirgti psichikos sutrikimais (Sidebotham et al., 2016). Vadinas, emocinė ir fizinė nepriežiūra kelia grėsmę tinkamam vaiko fiziniam ir psichologiniam vystymuisi.

Apibendrinant, smurto prieš vaiką formų yra įvairių ir neretai smurtas pasireiškia keliomis formomis vienu metu. Svarbu suprasti, kad smurtas prieš vaiką neretai sutrikdo jo raidą ir lemia apsunkintą adaptaciją vėlesniame amžiuje.

1.3. Vaikystėje patirto smurto poveikis suaugus

Skirtingas smurto formas sunku susieti su specifinėmis pasekmėmis ar žala, nes daugelis aukų patiria ne vieną smurto formą. Tyrimų rezultatai leidžia teigti, kad esant keliems smurto atvejams, jų stiprumui ir/arba ilgesnei jų trukmei, pasireiškia kumuliacinis smurto patirčių efektas, kuris stipriau siejasi su neigiamomis pasekmėmis, nei vienkartinė bet kokio tipo smurto patirtis (Felitti et al., 1998). Tokiems asmenims gali pasireikšti PTSS, nerimas, depresija, suicidiškos mintys, piktnaudžiavimas psichoaktyviomis medžiagomis, disasociaciniai sutrikimai, asocialaus elgesio ar asmenybės sutrikimai (Felitti et al., 1998, Afifi et al., 2011). Afifi su kolegomis (2011) atlikto tyrimo rezultatai atskleidžia, kad net 90 proc. psichikos

sveikatos problemomis besiskundžiančių asmenų yra patyrę smurtą vaikystėje. Nustatyta, kad tikimybė susirgti depresija padidėja beveik tris kartus, jei nepalankių vaikystės patirčių klausimyne surenkama virš šešių balų (Merrick et al., 2017). Teigiama, kad traumuojančios, stresą keliantys įvykiai ankstyvame raidos etape stipriai paveikia psichologinius ir fiziologinius pokyčius, kurie gali vyrauti viso gyvenimo metu. Jie gali padinti asmens tikimybę neadaptyviai dorotis su kylančiu stresu ir/ar trauma vėliau gyvenime (Vranceanu et al., 2007). Tyrimų rezultatai atskleidžia, kad asmenys, vaikystėje patyrę smurtą, stresą suvokia stipriau, o vėliau susidūrus su stipriu ar traumuojančiu stresoriumi, jie dažniau patiria psichologinius sunkumus nei asmenys, vaikystėje nepatyrę smurto (McLaughlin et al. 2010). Apibendrinant, vaikystėje patirtas smurtas didina riziką gyvenimo eigoje susidurti su įvairiomis psichinės sveikatos problemomis, somatinėmis ligomis, psichosocialiniu stresu, psichosocialiniais sunkumais, tokiais kaip smurtas artimoje aplinkoje, finansiniai sunkumai ir kita.

Smurtą vaikystėje patyrusių asmenų iššūkiai tarpasmeniniuose santykiuose linkę tęstis ir suaugus. Nepalankios vaikystės patirtys manoma lemia prastesnę psichologinį prisitaikymą vėlesniuose gyvenimo etapuose. Jos taip pat siejamos su žemesne gyvenimo kokybe, prastesne fizine sveikata. Smurtą vaikystėje patyrusiems asmenims gali būti sunkiau reguliuoti neigiamų emocijų išraiškas, o jų tarpasmeniniuose santykiuose gali vyrauti konfliktai, sutrikti socialinis funkcionavimas, socialinės paramos siekimas ir gavimas (Cloitre et al., 2008). Šie tarpasmeniniai sunkumai gali apimti reaktyvią agresiją ar atsitraukimą iš konfliktinės situacijos, taip pat elgesį, susijusį su paramos pasiklovimu iš kitų. Jie menkai tikisi pagalbos stresinėse situacijose ir yra linkę dviprasmiškas arba net palaikančias kitų pastangas interpretuoti kaip priešiškas (Cloitre, 2008). Daugėja tyrimų, įrodančių, kad vaikystėje smurtą patyrusiems asmenims didėja pakartotinės viktimizacijos ir trauminės patirties pasireiškimo tikimybė (Arata, 2002). Pasak autoriaus, asmenys, vaikystėje patyrę smurtą, yra linkę patys būti smurtaujančiuose santykiuose arba įsitraukti į sveikatai riziką keliančias veiklas, taip didindami reviktimizacijos galimybes. Taigi, smurtas vaikystėje siejamas su didesne psichikos sveikatos problemų tikimybe, socialine izoliacija, sutrikdyta vystymosi raida, padidėjusia agresyvaus elgesio tikimybe.

Tyrimuose atkreipiamas dėmesys ne tik į smurto tipo pasireiškimą, bet ir į jo stiprumą, dažnumą, smurto akto ilgumą. Šie smurto dėmenys gali lemti stipresnius sunkumus gyvenime, pavyzdžiui, išsivysčiusius trauminius simptomus. Evans su kolegomis (2013) tyrime nustatyta, kad fizinis smurtas, pasibaigęs stipriu sužalojimu, buvo siejamas su psichotiniais sutrikimais suaugus, tokiais kaip haliucinacijos, delyrai, kurie gali stipriai sutrikdyti asmens adaptyvų elgesį visuomenėje. Tuo tarpu stiprus emocinis smurtas buvo siejamas su stipresniais depresijos simptomais, tokiais kaip nuolatinis liūdesys, apatija, motyvacijos stygius, jausmu, kad asmuo

yra bevertis. Vadinasi, vertinant smurto poveikį asmeniui, svarbu ne tik jo pasireiškimo faktas, bet ir jo stiprumas, trukmė bei dažnis.

Apibendrinant, smurtas prieš vaiką dažnai lemia sutrikdytą gebėjimą prisitaikyti ir tinkamą funkcionavimą viso gyvenimo eigoje. Vienos dažniausiai pastebimų smurto vaikystėje pasekmių yra padidėjusi rizika tarpasmeniniuose santykiuose, juose vykstanti pasikartojanti viktimizacija arba smurtaujantis elgesys. Taip pat stebimos eilė emocinių ir elgesio pasekmių, tokių kaip depresija, nerimas, suicidiškumas, pyktis, atšiaurumas, disociacija, somatiniai skundai, valgymo sutrikimai, psichoaktyvių medžiagų vartojimas, gėdos jausmas, savikritika, žema savivertė. Įvertinus patirto smurto vaikystėje įtaką asmens gyvenimui, jo galimam neadaptyviam reagavimui į stresines situacijas, svarbu suprasti patirto smurto poveikį rizikos asmenų grupėms, kurios gyvenimo eigoje potencialiai gali susidurti su ypač dideliais stresoriais. Viena tokių grupių yra moterys pogrindiniame periode, nes gimdymas bei pirmieji metai po gimdymo gali pasižymėti dideliu iššūkių kiekiu bei stipriu suvoktu stresu.

1.4. NVP ir streso ryšys pogrindiniame periode

Kaip jau aptarta anksčiau, neigiamų patirčių vaikystėje žala asmeniui gali turėti ilgalaikių ir įvairias gyvenimo sritis neigiamai veikiančių pasekmių. Neigiamų vaikystės patirčių poveikis moterims pogrindiniame periode įrodytas daugeliu tyrimų (e.g., Seng et al., 2013, Hitzler et al., 2022). NVP gali apsunkinti gebėjimą valdyti stresą, sukelti didesnę reaktyvumą bei mažesnę atsparumą stresui ir sukelti pokyčius smegenų srityse, atsakingose už psichinę sveikatą (pvz., migdoliniame kūne, frontalinėje smegenų žievėje), sutrikdyti kognityvines funkcijas, apsunkinti gebėjimą kurti ir palaikyti sveikus santykius. Šie pokyčiai ypač tikėtini, kai nepalankios vaikystės patirtys patiriamos labai ankstyvame amžiuje (Enlow et al., 2011). Taigi, moterims, vaikystėje patyrusioms smurtą, susidūrimo su stresoriais pogrindiniame laikotarpiu bei jų nepalankios vaikystės patirties vaikystėje suma gali lemti jų ypač didelį jautrumą stresui.

Svarbu pažymėti, jog moterų, patyrusių smurtą vaikystėje, didesnis jautrumas stresui ne tik blogina jų savijautą bei gyvenimo kokybę, bet taip pat didina riziką jos naujagimio nepalankių gyvenimo patirčių atsiradimui (Hitzler et al., 2022). Stresas gali paveikti mamos bendravimo su vaiku stilių, požiūrį į vaiką ir jo priežiūrą (Greene et al., 2020). Tyrimų rezultatai taip pat rodo, kad vaikai, kurių motinos patyrė smurtą vaikystėje, patiria daugiau psichologinių sunkumų bei neigiamų gyvenimo patirčių, ir kad šios patirtys dalinai medijuoja motinos patirto smurto vaikystėje ir vaiko problematiško elgesio apraiškų ryšį (Miranda et al., 2013). Tyrimų rezultatai taip pat pabrėžia, kad vaikystėje smurtą patyrusios motinos labiau linkusios į atšiaurų bendravimą su kūdikiu, griežtą discipliną, nepastovų ir ribų nepaisantį auklėjimo stilių, mažėjantį įsitraukimą bei atstūmimą (Enlow et al., 2018). Kai kurioms smurtą patyrusioms

moterims jų vaikų negebėjimas nusiraminti ar jų bejėgiškumas gali priminti jų vaikystės traumas, taip didėjant tikimybei motinos neįsitraukti ar smurtavimui kūdikio atžvilgiu (Enlow et al., 2018). Moterys, patyrusios smurtą vaikystėje, gali rinktis smurtaujančios mamos elgsenos modelį. Enlow su kolegomis (2018) atlikto tyrimo metu paaiškėjo, kad motinos, sugebėjusios nutraukti smurto ciklą ir nenaudojusios smurto prieš savo vaikus, vis tiek priskiriamos aukštesnei smurto pasireiškimo rizikai, ypač iškilus stresiniam įvykiui ar keliems stresoriams.

Vis dėlto, ne visos moterys patiria kumuliacinį streso ir neigiamų patirčių efektą. Streso teorija nagrinėja veiksnius, kurie sušvelnina streso daromą žalą gerai savijautai ir gyvenimo kokybei. Vieni dažniausiai nagrinėjamų veiksnių yra streso įveikos strategijos bei kiti resursai (Carver, 1998). Pastarųjų metų tyrimų rezultatai (Yoo, et al., 2019) leidžia kelti prielaidą, kad vienas iš svarbiausių veiksnių, neleidžiančių susidaryti kumuliaciniam stresorių efektui ir švelninantis ilgalaikes smurto pasekmes, yra socialinė parama.

1.5. Socialinė parama

Tapimas tėvais - vienas stipriausiai poros socialinę aplinką veikiančių veiksnių, kuris atskleidžia tiek adaptyvius, tiek neadaptyvius streso įveikos būdus, porai stengiantis prisitaikyti prie pakitusių gyvenimo sąlygų bei kylančių iššūkių (Werner, 2012). Tai reikšmingas pokytis, kuris paveikia įvairias poros gyvenimo sritis, tokias kaip atliekami vaidmenys, pareigos, lūkesčiai. Šis laikotarpis gali būti ypatingai sunkus poroms, kurios patiria kitus stresorius, tokius kaip finansinės ar tarpasmeninių santykių problemos. Remiantis atliktų tyrimų rezultatais (Cutrona, Russell, 1990), socialinė parama tapo svarbiu aspektu, padedančiu adaptyviau įveikti kylančius stresorius.

Socialinė parama gali būti apibrėžiama įvairiai. Funkcinis socialinės paramos modelis (Ang. *The Functional Model of Social Support*, Cohen, Wills, 1985) siūlo, kad skirtingi socialinės paramos būdai atlieka skirtingas funkcijas bei teikia skirtingas naudas. Pagal šį modelį socialinė parama pagal funkcijas gali būti suskirstyta į šias kategorijas - emocinė parama (pvz., empatija, meilė), instrumentinė parama (pvz., praktinė, materialinė pagalba), informacinė parama (pvz., patarimas, tinkamų nuorodų suteikimas) bei vertinimo parama (pvz., grįžtamojo ryšio, patiprinimo suteikimas). Šis modelis teigia, kad svarbu, jog siūlomas paramos būdas tenkintų asmens specifinį poreikį bei iškilusį stresorių.

Socialinio tinklo perspektyvos modelyje (Ang. *The Social Network Perspective Model*, Berkman & Glass, 2000) socialinė parama yra tarpasmeninių santykių rato platesnio socialinio konteksto dalis. Šio modelio autoriai siūlo atsižvelgti ne tik į kiekybinius ir kokybinius socialinių santykių aspektus, bet ir plačiau – į socialines normas, struktūras, kurios apibrėžia, kuria tuos santykius. Autoriai socialinę paramą apibrėžia asmens socialinių santykių rato

struktūros ir sudėtinių dalių rėmuose. Socialinių santykių ratas gali būti matuojamas pagal šeimos, draugų ar kitų kontaktinių asmenų skaičių, kontakto dažnį ar jo kokybę. Pagal šį modelį, tinkamai socialinei paramai gauti svarbus individualus asmens socialinių santykių rato dydis bei jo įvairovė.

Tuo tarpu pagal suvoktos paramos modelį (Ang. *Perceived Support Model*, Cutrona, Russell, 1987) svarbus paties asmens vertinimas, kiek paramos jis gauna. Suvokta parama yra subjektyvus gaunamos paramos tinkamumo, efektyvumo bei jos kiekio pakankamumo vertinimas. Šis modelis teigia, kad faktinis socialinės paramos pasiekiamumas yra mažiau svarbus už subjektyvų asmens jausmą ir jos vertinimą.

Apibendrinant, socialinė parama gali būti apibrėžiama kaip sudėtingas konstruktas. Jis susideda iš tarpasmeninių santykių struktūros ir sudėties, turintis skirtingas funkcijas bei teikiantis individualias naudas. Šis socialinės paramos konstruktas taip pat pasižymi subjektyviu vertinimu, kai socialinės paramos kiekio suvokimas priklauso nuo kiekvieno asmens individualiai.

1.6. Socialinė parama ir streso įveika

Socialinė parama yra vienas iš galimų įveikos būdų, kuriuo galima naudotis, susidūrus su stresu. Ji taip pat siejama su geresne psichologine ir fizine sveikata (Cohen, Wills, 1985). Tuo tarpu mažesnė socialinė parama siejama su nerimu ir depresija, stipresniu stresorių kumuliaciniu efektu, mažesnėmis galimybėmis sėkmingai spręsti stresą keliančias situacijas, o tai savo ruožtu gali bloginti fizinę sveikatą, net didinti mirtingumą (Forger, Wright M, 2013, Bost et al., 2002, Cohen, 2004, Asselmann et al., 2016). Tad socialinė parama yra svarbus geros fizinės ir psichologinės savijautos veiksnys pirmais metais po gimdymo, kai šeima patiria reikšmingą, bet tuo pačiu ir stresą keliantį pokytį.

Moterims, neseniai susilaukusioms kūdikio, socialinės paramos negavimas siejamas su depresijos simptomais po gimdymo (Asselmann et al., 2016), o socialinės paramos nebuvimas yra vienas reikšmingiausių rizikos faktorių pogimdyvinei depresijai rasti (Beck, 2002). Šios sąsajos aiškinamos įvairiais būdais.

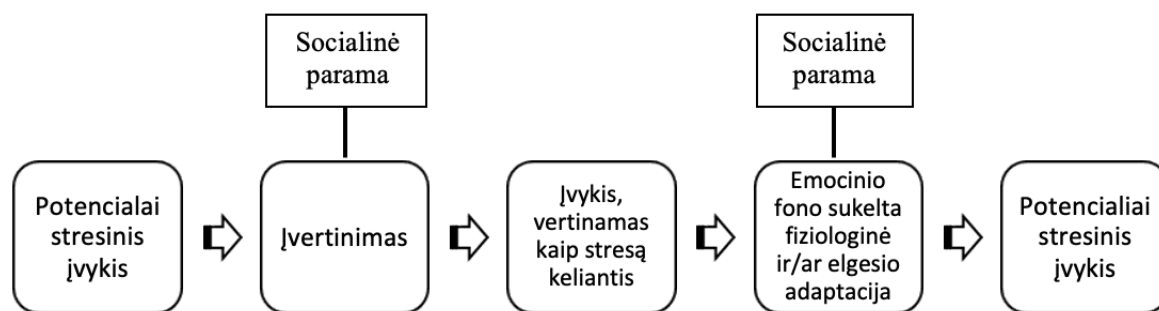
Vienas modelis siūlo, kad parama teikia naudą tik (arba pirmiausia) asmenims, patiriantiems stresą (Cohen, Wills, 1985). Šis modelis vadinamas streso poveikį švelninančiu (Ang. *Stress Buffering*) modeliu, nes manoma, kad parama saugo asmenis nuo potencialiai patologinio streso poveikio. Kitas modelis teigia, kad socialinė parama teigiamai veikia asmenis, nepriklausomai nuo stresinės situacijos buvimo. Toks modelis vadinamas pagrindinio poveikio metodu (Ang. *Main effect-model*, Forger, Wright, 2013). Tiek pagrindinio poveikio, tiek streso poveikį švelninančio modelių veikimo hipotezės neprieštarauja viena kitai ir abu

modeliai patvirtinami moksliniais tyrimais. Abu modeliai yra svarbūs analizuojant streso poveikį socialinės paramos kontekste. Vis tik, reikia pažymėti, kad stresą švelninantis modelis plačiau išnagrinėtas ir sulaukė daugiau empirinio pagrindimo, todėl šiame darbe labiau remsimės jo keliamomis prielaidomis.

1.7. Streso poveikį švelninantis modelis

Streso poveikį švelninantis modelis argumentuoja, kad socialinė parama yra apsauginis veiksnys, padedantis sumažinti streso keliamą žalą asmens fizinei ir psichinei sveikatai. Anot šio modelio autorių (Cohen, Wills, 1985), socialinė parama gali padėti mažinti stresinio įvykio psichologinį poveikį, švelnindama atsako į stresinį stimulą stiprumą. Asmuo gali suvokti stresinę situaciją kaip mažiau pavojingą, jei jis žino, kad kiti gali suteikti paramą, reikalingą tam stresoriui įveikti. Socialinė parama po stresinio įvykio gali paskatinti kognityvinius ir emocinius vertinimus, leidžiančius asmeniui pervertinti situaciją adaptyvesniu būdu. Vis dėlto, pastebima, kad tapus tėvais socialinis ratas siaurėja, jis tampa labiau homogeniškas. Tuo tarpu paramos pasiekiamumas ir pasitenkinimas ja prognozuoja gerą savijautą ir adaptyvų prisitaikymą (Bost et al., 2002). Vadinasi, socialinė parama iš artimiausio rato tampa ypač svarbi.

Streso poveikį švelninantis modelis teigia, kad socialinė parama, mažinanti streso poveikį sveikatai, gali veikti dviem būdais (1 pav.) (Forger, Wright, 2013). Pirma, parama gali įsiterpti tarp stresinio įvykio (arba lūkesčio apie šį įvykį) ir stresinės reakcijos, taip sušvelnindama reakcijos į stresą lygį. Vadinasi, pasitikėjimas, kad kiti suteiks reikiamus resursus, gali skatinti persvarstyti situacijos keliamą grėsmę, pastiprinti turimus asmens gebėjimus adaptyviai įveikti situacijos užduotis, taip užkertant kelią situacijos, kaip keliančios didelį stresą, vertinimui. Antra, tinkama parama gali įsiterpti tarp streso patyrimo bei jo keliamų žalingų padarinių, mažindama arba panaikindama stresinę reakciją arba tiesiogiai veikdama fiziologinius procesus.



1 pav. Stresas, socialinė parama ir švelninančio poveikio hipotezė (Cohen, Wills, 1985)

Vadovaujantis šiuo modeliu, socialinė parama gali mažinti streso sukeltą reakciją, pasiūlydama problemos sprendimo būdą, sumažindama suvoktą problemos dydį, nuramindama neuroendokrininę sistemą, taip švelnindama reaktyvumą suvoktam stresui arba skatindama sveikatai palankų elgesį.

1.8. Gauta ir suvokta socialinė parama streso kontekste

Kaip jau aptarta anksčiau, socialinė parama gali būti apibūdinama kaip socialinis ratas arba socialiniai santykiai, kurie suteikia asmeniui faktinę pagalbą arba suteikia jausmą, kad tie santykiai suteiks reikiamą palaikymą – meilę, rūpestį, svarbos ir priklausymo grupei jausmą, įvairią pagalbą. Šiame apibūdinime išskirtos dvi socialinės paramos rūšis – faktinė ir suvokta parama. Faktinė parama yra asmeniui suteikta reikalinga pagalba tam tikra forma (pvz., vaiko priežiūra, kol mama ilsisi), tuo tarpu suvokta parama yra tikėjimas, kad pagalba bus suteikta, to prireikus (pvz., „Žinau, kad man padėsi vos paprašysiu“) (Norris, Kaniasty, 1996). Vadinasi, faktinė parama yra įvykusi pagalba, o suvokta parama yra galima pagalba, bet nebūtinai įvyksianti. Idealiu atveju, galimos suvoktos socialinės paramos kiekis atitinka faktinį paramos kiekį, bet tam tikromis aplinkybėmis šie kiekiai linkę išsiskirti.

Perėjimas į tėvystės periodą dažnai yra lydimas sumažėjusiu socialiniu ratu, ryšiais, bet paintensyvėjusia parama iš artimųjų, pavyzdžiui, iš partnerio ar mamos, ypač netrukus po gimdymo. Nors objektyviai po gimdymo socialinė parama gali padidėti, moters suvokta socialinė parama gali būti mažesnė dėl padidėjusio streso (pavyzdžiui, dėl vaiko priežiūros), tad gali atsirasti skirtumai tarp gaunamos ir suvoktos socialinės paramos kiekio. Suvoktos paramos mažėjimas gali rasti ir dėl retėjančių susitikimų su draugais ar artimaisiais (pavyzdžiui, dėl laiko stygiaus). Ir iš tiesų, tyrimų rezultatai atskleidžia, kad 24 mėnesius po gimdymo mažėja bendravimo rato dydis (Bost et al., 2002), vadinasi gali mažėti ir jausmas, kad yra pakankamai asmenų, galinčių padėti susidoroti su kylančiais iššūkiais. Bost su kolegomis (2002) atlikti tyrimai taip pat patvirtina, kad mažėjant suvoktai socialinei paramai, mažėja ir moters pasitenkinimas santykiais su šeimos nariais ir draugais. Kiti tyrimai atskleidė, kad depresijos simptomai siejosi su mažesniu pasitenkinimu santykiais su šeima, draugais ir partneriu, o geresnis prisitaikymas buvo siejamas su didesniu socialiniu ratu (Asselmann et al., 2016). Vadinasi, pirmais metais po gimdymo socialinis ratas gali būti linkęs trauktis, tuo pačiu keldamas jausmą, kad suvoktos socialinės paramos kiekis mažėja, o tai gali kelti distresą bei bloginti santykius su šeima bei draugais. Tuo tarpu Cohen ir Wills dar 1985 m. nustatė, kad suvokta socialinė parama geriausiai prognozavo mažėjantį psichologinį distresą. Vadinasi, subjektyvus žinojimas, kad esant būtinybei socialinė parama bus pasiekama, taip pat svarbus.

Taip pat yra tyrimų, kurių rezultatai leidžia teigti, kad suvokta parama gali būti naudingesnė geresnei savijautai už faktinę paramą (Kessler et al., 1992). Paradoksalu, bet suvoktos socialinės paramos pranašumas yra tai, kad ji linkusi neįvykti. Faktinė parama gali sukelti nusivylimą gauta pagalba ir sumažinti pasitenkinimą prieinama parama dėl realybėje gautos pagalbos ir lūkesčių neatitikimo. Kita vertus, net jei suteikta pagalba buvo tinkama ir laiku, esant ilgalaikiam stresiniam įvykiui, asmenys pagalbą gali pradėti suvokti kaip nepakankamą. Tokie ilgalaikiai stresoriai kaip tapsmas tėvais gali pradėti kliudyti objektyviai įvertinti galimos ir gaunamos pagalbos kiekį. Subjektyvus gaunamos paramos mažėjimo jausmas yra vienas būdų, kaip stresinis įvykis siejasi su sveikatos blogėjimu. Suvoktos paramos mažėjimas po įvykio gali padėti paaiškinti, kodėl streso poveikį švelninantis efektas ne visada pasireiškia esant dideliame stresui.

Kiti tyrimai taip pat leidžia kelti prielaidas, kad gaunamos socialinės paramos tipas ir kokybė yra svarbūs švelninant streso poveikį. Pavyzdžiui, dažnu atveju emocinė parama efektyviau mažina suvoktą stresą nei instrumentinė (Thoits, 1995). Tuo tarpu draugų ar šeimos narių socialinė parama yra efektyvesnė mažinant stresą nei parama, gaunama iš menkai pažįstamų ar svetimų asmenų (Cohen & Wills, 1985). Vadinas, suvoktos socialinės paramos stresą švelninančio poveikio efekto dydis gali priklausyti tiek nuo paramos dydžio, kokybės bei jos šaltinio. Tad svarbu detaliau aptarti galimus socialinės paramos šaltinius.

1.9. Suvoktos socialinės paramos šaltiniai

Nagrinėjant suvoktos socialinės paramos vaidmenį, svarbus tampa ir šios paramos šaltinis. Vaikystėje ypač svarbi tėvų parama, tuo tarpu paauglystėje svarbi tampa ir draugų, bendraamžių parama (Cohen & Wills, 1985). Gautos socialinės paramos funkcija ir kiekis iš skirtingų šaltinių ir/ar kiekvienos gautos paramos tipo rezultatas skirsis.

Stresą keliančiu pogimdyviniu periodu socialinė partnerio, draugų ir šeimos parama naujai mamai tampa ypač svarbi. Pirmais metais po gimdymo pagrindiniu paramos šaltiniu tampa artimi šeimos nariai, dažniausiai moters mama ir partneris (Bost et al., 2002). Partnerio parama stipriausiai siejama su moters sėkminga adaptacija motinos vaidmeniui. Tačiau draugų ir bendruomenės parama taip pat teigiamai veikia motinos elgseną bei savijautą. Draugų parama ypač naudinga jaunoms mamoms, nes jų parama suteikia daugiau emocinės paramos nei artimiausių šeimos narių ir yra linkusi mažinti kylantį suvoktą stresą dėl naujojo mamoms vaidmens (Bost et al., 2002). Taigi, svarbi gali būti ne tik artimųjų šeimos narių parama, bet ir kitų socialinio rato narių palaikymas. Vadinas, socialinės paramos ratas gali padėti mamoms dorotis ir dalintis kylančiomis užduotimis, darbais, o tai savo ruožtu gali mažinti įtampą bei gerinti savijautą.

Feeney ir Collins su (2019) teigia, kad svarbi ne atskirų šaltinių suvokta socialinė parama, o akcentuoja holistinę požiūrį į teikiamą paramą. Autoriai teikia, kad moterys, pogimdyviniu periodu patiria įvairaus spektro iššūkius, kuriuos spręsti reikia visapusiško suvoktos socialinės paramos. Šiuo požiūriu pabrėžiama, kad svarbus suvoktos socialinės paramos aspektas - tai suvokta visapusiška parama. Visapusiška parama apima įvairius veiksnius, pavyzdžiui, fizinis atsistatymas, emocinė parama, pagalba rūpinantis buitimi ir kūdikiu. Tokiai suvoktai paramai gauti svarbi šaltinių, galinčių teikti reikiamą paramą, įvairovė. Vadinasi holistiniu požiūriu tokia suvokta parama gali pakankamai tenkinti mamos individualius bei visą spektrą apimančius poreikius.

Pakankamas subjektyviai suvoktos socialinės paramos kiekis prognozuoja silpniau suvoktą patiriamą stresą bei geresnę sveikatą, tuo tarpu suvoktos socialinės paramos stygius siejamas su aukštesniu stresu, depresyviomis mintimis, potrauminio streso simptomais pogimdyvinio periodo metu ir po jo, ypač moterims, vaikystėje patyrusioms smurtą (Vranceanu et al., 2007, Racine et al., 2018). Tad svarbu suprasti, kaip moterys, patyrusios smurtą vaikystėje, vertina suvoktą socialinę paramą.

Šeimos, kurių motinos buvo patyrusios smurtą vaikystėje, gali sunkiau priimti socialinę paramą, nes smurto patyrimas vaikystėje prognozuoja didesnę izoliaciją, disfunkcinius tarpasmeninius santykius (Berlin et al., 2011). Moterys, patyrusios smurtą vaikystėje ir/arba smurtą tarpasmeniniuose santykiuose praeityje arba dabartyje, linkusios gauti mažiau socialinės paramos iš savo partnerių, nors jos gavus, mažėja moterų nerimo ir depresijos tikimybė. Kennedy et al. (2009) savo tyrimu nustatė, kad suvokta socialinė parama iš šeimos neatliko apsauginio veiksnio vaidmens depresijos vystymuisi, kai tiriamosios buvo patyrusios smurtą vaikystėje. Tuo tarpu draugų parama buvo reikšmingas kintamasis, mažinant depresijos simptomų pasireiškimo riziką. S. E. Evans su kolegomis (2013), nagrinėję socialinės paramos poveikį smurtą vaikystėje patyrusiems asmenims, nustatė, kad socialinė šeimos parama pasižymi apsaugančiu poveikiu nuo visų smurto tipų sukeltų padarinių. Tačiau šis teigiamas poveikis yra linkęs mažėti, stiprėjant bet kokio smurto tipo pasireiškimo vaikystėje dydžiui, dažnumui, ilgumui. Taigi autoriai pažymi, kad šeimos parama aktuali tik esant mažam arba vidutinio stiprumo smurto vaikystėje apraiškoms.

Tokią pat tendencija nustatyta kitame tyrime, kuriame McCloskey su kolegomis (1995) teigia, kad šeimos, kurios pasižymėjo dideliu agresijos kiekiu prieš šeimos narius, parama neapsaugojo nuo psichopatologijos simptomų vystymosi. Autorių manymu, disfunkcinės smurtaujančios šeimos keliamas stresas yra didesnis ir daro stipresnį poveikį nei galima tokios šeimos narių teikiamos paramos nauda. Tokį smurtą patyrusios moterys gali jaustis izoliuotos, nepatirti arba bijoti priimti šeimos paramą. Akivaizdu, jog smurto patyrimas gali apsunkinti

priimti siūlomą socialinę paramą. Priklausomai nuo smurto kiekio ir stiprumo, suvoktos paramos efektyvumas iš įvairių šaltinių taip pat gali skirtis.

Moterys, vaikystėje patyrusios smurtą, dažnai teigia gaunančios per mažai socialinės paramos (Racine et al., 2018, Vranceanu et al., 2007). Tai gali tapti rizikos veiksniu ir su ja augančiam kūdikiui. Apsunkintas mamos socialinės paramos suvokimas gali žaloti kūdikio psichinę sveikatą, apribodamas jo emocinius, instrumentinius ir materialinius resursus, kognityvinę bei socialinę stimuliaciją, kurie mažintų streso sukeltus padarinius, švelnintų netinkamos tėvystės žalą ar kitų aplinkos keliamų stimulų neigiamą poveikį (Enlow et al., 2018). Tokios moterys taip pat dažniau susiduria su sunkumais artimuose santykiuose, mažiau patikimais socialiniais ryšiais, menku socialiniu ratu, socialine izoliacija (Berlin et al., 2011, Cloitre et al., 2008). Tokius rezultatus gali lemti moters negebėjimas pasitikėti savo artimaisiais, šeima, nes būtent kilmės ar išplėstinės šeimos nariai dažniausiai yra smurto, patirto vaikystėje, sukėlėjai. Vadinas, nors socialinė parama suvokiama kaip dalinis mediatorius, švelninantis pogimdyviniu periodu patiriamą streso poveikį psichinei sveikatai, tačiau smurto, patirto vaikystėje, patirtis gali mažinti arba kliudyti patirti socialinę paramą.

Apibendrinant, svarbiausi suvoktos socialinės paramos šaltiniai yra partnerio, šeimos ir draugų parama. Šie paramos šaltiniai turi kitokį poveikį ir gali tenkinti skirtingus poreikius. Taip pat gali būti svarbi bendra, apimanti kuo daugiau šaltinių suvokta socialinė parama. Nors motinoms, vaikystėje patyrusioms smurtą, ypač reikalinga socialinė parama, jos gali suvokti gaunamą socialinę paramą kaip nepakankamą. Moterims taip pat svarbus socialinės paramos šaltinis, kai, priklausomai nuo smurtinės patirties, vieni paramos šaltiniai gali būti subjektyviai suvokiami kaip patikimesni už kitus.

1.10. Suvokto streso ir sociodemografinių veiksnių ryšys

Atliktų tyrimų rezultatų analizės rezultatai leidžia kelti prielaidą, kad suvoktas streso lygis pogimdyviniu laikotarpiu gali būti sietinas su tam tikrais sociodemografiniais veiksniais. Kingsbury et al. (2018) nustatė, kad jaunesnės bei turinčios žemesnį išsilavinimą motinos patiria didesnę subjektyvų streso lygį pirmais metais po gimdymo. Autoriai teigia, kad jaunesnės mamos jaučia didesnę nerimą dėl finansinės padėties bei patiria stipresnę socialinę izoliaciją dėl ankstyvo gimdymo amžiaus. Tuo tarpu Razurel et al. (2013) nustatė, kad vienišos motinos subjektyviai daugiau jaučia streso nei ištekėjusios arba su partneriu gyvenančios moterys. Šie rezultatai taip pat siejasi su suvoktos paramos stygiumi bei didesniu stresorių kiekiu, auginant vaiką vienai.

Hildingsson ir Thomas (2014) nustatė, kad mamos su jaunesniais vaikais patiria daugiau streso nei mamos, auginančius vyresnius nei puse metų vaikus. Autoriai teigia, kad

jaunesnių vaikų mamos patiria daugiau stresorių dėl aibės kylančių naujų iššūkių, tokių kaip prisitaikymas prie vaiko režimo ir poreikių, pavyzdžiui, žindymo, miego bei rūpinimosi juo visą parą. Miego stygius bei nuovargis taip pat gali didinti jautrumą stresui. Kitas iššūkis pirmais mėnesiais po gimdymo gali būti mamos fizinis bei hormoninis atsistatymas po gimdymo, kuris gali kelti didelį nepatogumą bei reikalauti išteklių jiems įveikti.

Vaikų skaičius taip pat siejamas su suvokto streso lygiu šiuo periodu. Motinos, susilaukusios pirmojo vaiko stipriau jaučia suvoktą stresą nei mamos su daugiau vaikų (Huizink et al., 2003). Tačiau buvo tyrimų, kurie ryšio tarp vaikų skaičiaus bei suvokto streso pogimdyviniu periodu nenustatė (Da Costa et al., 2000). Taigi rezultatai yra nevienareikšmiai. Viena vertus, pirmas vaikas suteikia daug pasimetimo ir nežinomybės, kita vertus, du ir daugiau vaikų suteikia mamoms daugiau atsakomybių ir reikalavimų. Todėl svarbu suprasti, kaip vaiko eiliškumas ir jų skaičius šeimoje veikia moters suvoktą streso lygį tirtoje imtyje.

Šeimos pajamos neigiamai siejasi su suvoktu stresu pirmais metais po gimdymo. Mamos, kurių šeimos pajamos buvo mažesnės, patyrė didesnę suvokto streso kiekį (Rich-Edwards, 2006). Šiame tyrime nustatyta, kad nerimas dėl finansų reikšmingai prognozavo suvokto streso didėjimą pogimdyviniu periodu. Šis nerimas gali būti siejamas su baime nepatenkinti pagrindinių šeimos narių poreikių, tinkamai jų neap rūpinti.

Gyvenamoji vieta taip pat reikšmingai siejosi su suvoktu stresu pogimdyviniu periodu. Vigod et al. (2013) nustatė, kad motinos, gyvenančios mieste patirdavo statistiškai daugiau suvokto streso nei mamos, gyvenančios kaimiškosiose vietovėse. Tyrimo autorius kelia prielaidą, kad mamos, gyvenančios mieste, patiria didesnę socialinę izoliaciją bei susiduria su didesniu stresorių kiekiu. Apibendrinant, tam tikri sociodemografiniai veiksniai gali būti svarbūs nagrinėjant mamų suvokto streso lygį pirmais metais po gimdymo.

1.11. Tyrimo tikslas, uždaviniai ir hipotezės

Tyrimo tikslas – analizuoti suvokto streso, suvoktos socialinės paramos raišką bei jų sąsajas su vaikystėje patirtu smurtu pirmais metais po gimdymo.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti, kaip vaikystėje patirtas smurtas ir suvokta socialinė parama veikia mamų pirmais metais po gimdymo suvokto streso lygį.
2. Įvertinti, ar suvokta socialinė parama gali švelninti smurto patirto vaikystėje poveikį suvoktam stresu lygiui pirmais metais po gimdymo.
3. Įvertinti, ar smurto patirtis vaikystėje veikia socialinės paramos suvokimą.
4. Įvertinti, ar smurto patirtis vaikystėje ir suvokta socialinė parama gali paaiškinti kylantį suvoktą stresą pirmais metais po gimdymo.

5. Įvertinti, ar patirto smurto vaikystėje tipas daro įtaką suvoktos socialinės paramos šaltinio pasirinkimui.

6. Suprasti, kokie sociodemografiniai veiksniai yra svarbus suvokto streso lygiui pirmais metais po gimdymo.

Remiantis anksčiau analizuotais tyrimų rezultatais, šiame darbe keliamos šios **tyrimo hipotezės**:

1. Vaikystėje patirtas smurtas didina, o suvokta socialinė parama mažina motinų suvoktą stresą pogramdyviniu periodu.

2. Vaikystėje patirto smurto ir suvokto streso poveikiui medijuoja suvokta parama.

3. Vaikystėje smurtą patyrusių moterų, suvokta socialinė parama yra mažesnė palyginus su smurto nepatyrusiomis.

4. Suvokto streso kiekį pirmais metais po gimdymo gali paaiškinti suvoktos socialinės paramos bei vaikystėje patirto smurto poveikis.

5. Vaikystėje patirto smurto poveikis suvoktos paramos šaltiniui priklauso nuo patirto smurto tipo.

6. Šeimos pajamų dydis, santykių statusas, mamos amžius bei išsilavinimas siejasi su suvokto streso lygiu pirmais metais po gimdymo.

2. METODAI

2. 1. Tyrimo dalyviai

Tyrimė dalyvavo 154 suaugusios moterys, auginančios iki vienerių metų amžiaus vaikus. Dalyvės pildė anketą internetu, o atrankos būdas – netikimybinė tikslinė, kai buvo prašoma dalyvauti suaugusių moterų, šiuo metu auginančių iki vienerių metų savo vaiką.

Tyrimo dalyvių amžiaus vidurkis yra 33,19 metų, kai jauniausioms dalyvėms buvo 23 metai, o vyriausioms 44 m. (2.1.1. lentelė). Respondenčių taip pat buvo klausama, kiek vaikų jos turi, kelintas šis vaikas yra jų šeimoje ir koks vaiko amžius mėnesiais. Dauguma dalyvių augina vieną vaiką (49,4 %, N = 76), 27,9% (N = 43) dalyvių augina du vaikus, 17,5 % (N = 27) – tris, likusios (5,1 %, N = 8) – keturis ir daugiau. 50,6 % (N = 78) respondenčių atsakė, kad šis vaikas yra jų pirmasis, 27,3 % (N = 42) dalyvių atsakė, kad antrasis, 15,6 % (N = 24) – trečiasis, o likusioms tyrimo dalyvėms (N = 10, 6,4 %) – šis vaikas yra ketvirtasis arba daugiau. Vaiko amžiaus ribos buvo nuo 0 mėnesių iki 12 mėnesių imtinai. Įverčių vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, mažiausios ir didžiausios reikšmės pateiktos 2.1.1. lentelėje.

2.1.1. lentelė. *Tyrimo dalyvių demografiniai duomenys*

Demografiniai duomenys	M	SD	Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė
Dalyvių amžius (metais)	33,19	4,51	23	44
Kūdikių amžius (mėnesiais)	6,14	3,62	0	12
Kelintas šis kūdikis šeimoje	1,8	0,99	1	6
Vaikų skaičius šeimoje	1,81	0,98	1	6

Taip pat tyrimo dalyvių buvo klausama apie jų statusą santykiuose su vaiko tėvu, gyvenamąją vietą, išsilavinimą bei šeimos pajamas. 14,3 % (N = 22) dalyvių gyvena kaimo vietovėse, o 85,7 % (N = 132) dalyvių – mieste. 75,9 % (N = 117) dalyvių yra susituokusios, 22,1 % (N = 34) gyvena su partneriu nesusituokusios, o 2 % (N = 3) dalyvių yra vienišos. 62,3 % (N = 96) tyrimo dalyvių įgijo aukštąjį universitetinį išsilavinimą, 19,5 % (N = 30) – aukštąjį neuniversitetinį, 9,7 % (N = 15) – profesinį, o 7,8 % (N = 12) – vidurinį arba žemesnį išsilavinimą. Šeimos pajamų dydis tarp tiriamųjų skyrėsi – 57,8 % (N = 89) dalyvių šeimos pajamos yra 2.501 Eurų ir daugiau, 32,5 % (N = 50) – tarp 1101 ir 2500 Eurų, o 9,7 % (N = 15) – iki 1100 Eurų šeimai.

2.2. Skalės ir klausimynai

2.2.1. Demografinių duomenų klausimai

Tyrimo dalyvių buvo prašoma nurodyti jų amžių, santykių statusą, turimų vaikų skaičių, jauniausio vaiko amžių mėnesiais, šeimos pajamas, pasirenkant jų intervalą, išsilavinimą bei gyvenamą vietą.

2.2.2. Subjektyviai suvokto streso skalė

Subjektyviai suvokiamam stresui nustatyti buvo naudojama subjektyviai suvokto streso skalė (angl. Perceived stress scale (PSS), Cohen et al., 1983). A. Perminas su kolegomis (2014) atliko dvigubą skalės vertimą iš lietuvių į anglų ir iš anglų į lietuvių kalbas. Leidimo naudotis originalia skale nereikia, jis viešai prieinamas. Tuo tarpu leidimas naudotis atliktu jos vertinimu buvo gautas.

Šios skalės įvertis atspindi mamos mintis, jausmus kylančių situacijų akivaizdoje mėnesio laikotarpyje; domimasi, kaip dažnai ji taip jautėsi (Perminas et al., 2014). Šia skale vertinama, kiek tyrimo dalyvės gali toleruoti frustraciją, neapibrėžtumą, mažą aplinkybių kontrolę („Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį jautėte, kad viskas vyko Jums palankia kryptimi?“). Didesnis balų skaičius reiškia stipresnį subjektyviai suvokiamą stresą. Prieš atsakant į klausimus, tyrimo dalyvėms pateikiama trumpa instrukcija, kai prašoma ties kiekvienu klausimu pažymėti, kaip dažnai jos taip jautėsi ar galvojo.

Skalę sudaro 10 klausimų, kuriems galimi atsakymų variantai penkių balų Likert'o skalėje, kai 0 atitinka „Niekada“; 1 – „Beveik niekada“ 2 – „Kartais“, 3 – „Dažnai“, 4 – „Labai dažnai“. Šiame klausimyne klausimai yra bendri, tinkami visoms imtims. Skalėje keturis klausimus (4, 5, 7 ir 8) reikia perkoduoti.

Ši skalė pasižymi geromis psichometrinėmis charakteristikomis. Jos autorių duomenimis skalė yra validi ir patikima, kai patikimumo koeficientas Cronbach α lygus 0,78 (Cohen et al., 1983). Lietuviškoji versijos patikimumas, nustatytas vidinio suderintumo metodu, yra aukštas – Cronbach α lygus 0,849 (Perminas et al., 2014). Šiame tyrime Cronbach α lygus 0,86, (1 priedas), taigi taip pat aukštas. Konstrukto validumas tyrimo imčiai pavirtintas koreliacine ir faktorine analize (KMO = 0,87, $r < 0,01$, faktorius paaiškina 57,7% duomenų, kai faktoriaus svoriai svyruoja nuo 0,55 iki 0,81).

2.2.3. Daugiamatė suvoktos socialinės paramos skalė

Daugiamatė suvoktos socialinės paramos skalė (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) Zimet, 1998) naudojama informacijai apie asmenų suvokiamą

socialinę paramą rinkti. Šią skalę į lietuvių kalbą išvertė Balaišis, Navickienė ir Bijūnienė (Balaišis, 2004). Skalę bei jos vertimą moksliniams tikslams leidžiama naudoti be atskiro leidimo.

Skalė skirta išmatuoti socialinės paramos, gaunamos iš draugų, šeimos narių ir kitų reikšmingų asmenų, suvoktą kiekį. Skalę sudaro 12 teiginių, kurie sudaro tris subskales – šeimos („Mano šeima tikrai bando man padėti“), draugų („Mano draugai tikrai bando man padėti“) bei partnerio („Yra ypatingas asmuo, kuris yra šalia, kai man to reikia“). Balaišis (2004) savo tyrime dalyvių taip pat apklausia, ar jie panaudotų kiekvieną paramos šaltinį, jeigu iškiltų tokia būtinybė.

Kiekviena subskalė vertinama keturiais teiginiais. O atsakymai pasiskirsto septynių balų Likert'o skalėje (nuo „visiškai sutinku“ iki „visiškai nesutinku“). Bendras suvoktos paramos kiekis skaičiuojamas visu teiginių rezultatų sumą padalinus iš 12. Taip pat galima skaičiuoti kiekvienos subskalės rezultatą, atitinkamų teiginių įverčių sumą padalinus iš 4. Zimet su kolegomis (1988) teigia, kad galima rezultatus skaičiuoti ir pagal įverčių pasireiškimą grupėse – nuo mažo balo (žemos suvoktos socialinės paramos) iki vidutinio bei didelio (stipriai suvoktos socialinės paramos), atsižvelgiant į surinktų balų vidurkį tiriamai imčiai. Suvoktos socialinės paramos panaudojimo balas skaičiuotas visu teiginių rezultatų sumą padalinus iš 12.

Šis klausimynas pasižymi geromis psichometrinėmis charakteristikomis. Skalės autoriai patvirtino skalės validumą faktorine analize bei nustatė, kad jos subskalės yra suderinamos (Cronbach α visos skalės yra 0,88, partnerio, šeimos ir draugų – 0,91, 0,87 ir 0,85 atitinkamai) (Zimet et al., 1988). Lietuviškos versijos vidinis suderinamumas taip pat yra geras. R. Balaišis (2004) nustatė, kad šios skalės Cronbach α 0,77, kai šeimos subskalės Cronbach α lygi 0,93, draugų 0,78, o reikšmingo asmens 0,79. Socialinės paramos panaudojimui buvo išvesta visumos Cronbach α 0,96.

Šios skalės visų trijų konstruktyvų validumą pavirtino koreliacinė ir faktorinė analizė su Varimax sukiniu (KMO = 0,919, $r < 0,01$, paaiškina 76,3 % duomenų, faktorių svoriai svyruoja nuo 0,7 iki 0,9) (4 priedas). Šiame tyrime daugiamatės suvokiamos socialinės paramos skalės Cronbach α buvo 0,94, draugų poskalės – 0,94, šeimos – 0,9, reikšmingo asmens – 0,91, o socialinės paramos panaudojimo – 0,95 (1 priedas). Aukštas šios skalės suderinamumas, lengvas naudojimas ir administravimas skatina rinktis ją tiriant suvoktą socialinę paramą bei jos šaltinį.

2.2.4. Vaikystės patirčių klausimynas

Vaikystės patirčių klausimynas (adaptuotas Laurinaitytės et al. (2022) iš Tarptautinio nepalankių vaikystės patirčių klausimyno (Angl. Adverse Childhood Experiences

Questionnaire (ACE) (Felitti et al., 1998). Nepalankių vaikystės patirčių klausimyno autoriai suteikia leidimą laisvai juo remtis bei adaptuoti klausimus moksliniais tikslais. Tuo tarpu naudotis lietuviškos klausimyno versijos vertimu leidimas buvo gautas.

Vaikystės patirčių klausimynas yra plačiai naudojamas visame pasaulyje, siekiant įvertinti skirtingo smurto patyrimą vaikystėje. Nors neigiamų vaikystės patirčių klausimynas apima daug nepalankių vaikystės patirčių (Felitti et al., 1998), šiame klausimyne klausimai siejasi su smurto ir nepriežiūros patirtimi vaikystėje.

Klausimai suskirstyti į 9 kategorijas: fizinis, seksualinis, emocinis smurtas, smurtas prieš šeimos narius, asmenys, turintys priklausomybių, šeimoje, asmenys, sergantys psichiniais sutrikimais, šeimoje, kalbėję asmenys šeimoje, miręs vienas ar abu tėvai, tėvų skyrybos, vaiko nepriežiūra: emocinė, fizinė. Tiriamosios į kiekvienoje kategorijoje pateiktus klausimus galėjo rinktis vieną iš kelių atsakymo variantų: „vieną kartą“, „kelis kartus“, „daug kartų“, „niekada“ klausimuose, kurie atspindi neigiamų patirčių dažnumą, į kitus klausimus buvo pateikti atsakymo variantai: „taip“ ir „ne“. Neigiamų vaikystės patirčių įvertis skaičiuotas pagal binarinę versiją: jei tiriamasis kiekvienoje iš kategorijų nors į vieną klausimą atsakė „vieną kartą“, „kelis kartus“, „daug kartų“, tai visa kategorija gauna vieną nepalankios vaikystės patirties balą. Maksimali balų suma yra 9 balai.

Šio tyrimo imtyje vidinis klausimyno suderinamumas (Cronbach α) lygus 0,87, bet su šeimos tema susiję klausimai (apie asmenis, turinčius priklausomybių, asmenis, sergančius psichiniais sutrikimais, šeimoje, kalbėjusius asmenys šeimoje, mirusį vieną ar abu tėvus, tėvų skyrybas) neatitiko vidinio suderinamumo kriterijaus (Cronbach α svyruoja tarp 0,21 iki 0,34) (1 priedas), todėl į duomenų analizę nebuvo įtraukti.

Šiame tyrime buvo analizuotas emocinis smurtas (Cronbach α lygi 0,85), fizinis smurtas (Cronbach α lygi 0,82), seksualinis smurtas (Cronbach α lygi 0,82), smurtas tarp tėvų (Cronbach α lygi 0,87), emocinė nepriežiūra (Cronbach α lygus 0,87) ir fizinė nepriežiūra (Cronbach α lygus 0,81). Šios versijos patikimumas, nustatytas vidinio suderintumo metodu, taip pat yra geras (Cronbach α lygi 0,83). Visų šešių konstrukto validumą pavirtino koreliacinė ir faktorinė analizė su Varimax sukiniu (KMO = 0,79, $r < 0,01$, paaiškina 80,95 % duomenų sklaidos, faktorių svoriai svyruoja tarp 0,64 ir 0,89) (3 priedas).

2.3. Tyrimo eiga

Respondentės klausimynus pildė internetu. Tyrimas vyko 2023 kovo – balandžio mėnesiais, kai išplatinome viešą kreipimąsi su prašymu dalyvauti tyrime suaugusias moteris šiuo metu auginančias iki metų amžiaus vaiką. Kreipimasis platintas facebook.lt, tevudarzelis.lt, supermama.lt internetinių svetainių pokalbių kambariuose. Tyrimas buvo

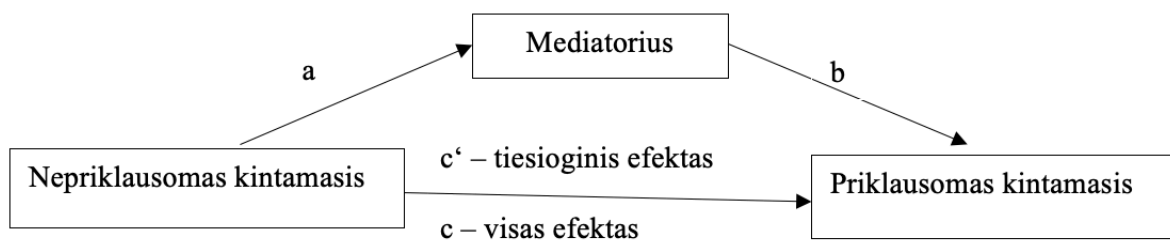
anonimiškas, jokia informacija, galinti atskleisti respondentės tapatybę, nebuvo renkama. Taip pat buvo klausiama, ar tyrimo dalyvės sutinka dalyvauti tyrime. Klausimyno pildymo trukmė – nuo 10 iki 15 min., apie tai visos respondentės buvo informuotos kreipimosi tekste (2 priedas).

2.4. Duomenų tvarkymas ir statistinės analizės metodai

Statistinę duomenų analizę atlikome su Excel, SPSS 25.0 programomis. Su pastarąja programa skaičiuota aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai), skalių patikimumas vidinio suderintumo būdu (Cronbach α). Skalių konstrukto validumas buvo patvirtintas atlikus faktorinę analizę su Varimax sukiniu, jei faktorių buvo du ir daugiau. Suvokto streso, vaikystėje patirto smurto bei suvoktos socialinės paramos bei jos šaltinių kintamieji pasiskirstę nenormaliai, todėl analizėje buvo naudoti kriterijai neparametriniams duomenims arba naudojami transformuoti kintamieji. Ryšiams tarp kintamųjų nustatyti naudoti Spearman koreliaciniai koeficientai. Darbe buvo taikoma daugialypė tiesinė regresinė analizė, norint įvertinti, ar patirtas vaikystėje smurtas prognozuoja suvoktos paramos bei suvokto streso pirmais metais po gimdymo dydį.

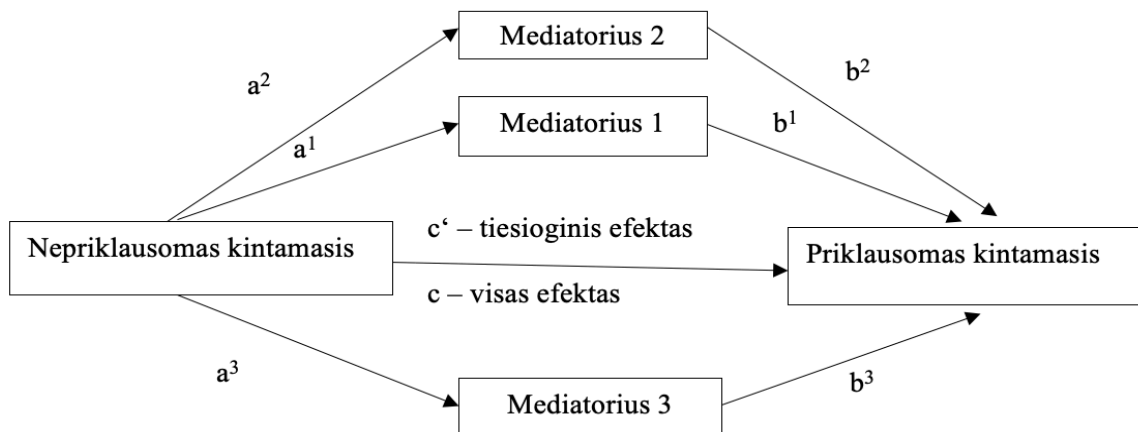
Vertinant skalių koreliacinių koeficientų dydį, 0,1 - 0,2 laikėme maža, 0,3 - 0,4 – vidutine, o 0,5 – ir daugiau – stipriu ryšiu tarp kintamųjų (Cohen, 1988). Vertinant skalių vidinį suderinamumą, Cronbach α laikoma pakankama ties 0,7 dydžiu.

Vertinant mediacinį efektą, buvo remtasi mediacinio modelio schema. Pateiktame 2.1. pav. c kelias reiškia visą efektą, c' – nepriklausomo kintamojo tiesioginį efektą priklausomam kintamajam su mediatoriaus poveikiu. Keliai a ir b rodo netiesioginio efekto dydį nuo nepriklausomo kintamojo per mediatorių į priklausomą kintamąjį.



2.1. pav. Mediacinio modelio schema

Šiame darbe taip pat tyrėme mediacinį efektą pagal mediacinį modelį (2.2. pav) (Haynes, 2013). Jame vertinami paraleliai veikiantys suvoktos socialinės paramos šaltiniai, atspindintys netiesioginį efektą (a_1b_1), kai kontroliuojamas kitų mediatorių poveikis.



2.2. pav. Mediacinio modelio su kitais mediatoriais schema

Mediacinėje analizėje tiesioginio efekto vertinimas buvo reikšmingas esant 95% pasikliautiniam intervalui. Pritaikėme 5000 atsitiktinių kartotinių imčių saviranką (angl. *bootstrapping*), norint įvertinti netiesioginio efekto reikšmingumą. Efektų reikšmes, kurių 95% pasikliautinių intervalų rezultatai neapėmė 0, laikome reikšmingomis (Haynes, 2013). Mediacinė analizė buvo atliekama PROCESS v4.2 (2022) įskiepiu.

3. REZULTATAI

3.1. Suvokto streso, suvoktos socialinės paramos ir vaikystėje patirto smurto įverčių aprašomoji statistika

Pirmąją tyrimo hipotezę buvo siekiama suprasti, ar vaikystėje patirtas smurtas didina, o socialinė parama mažina motinų suvoktą stresą pogimdyviniu periodu. Šiai hipotezei patvirtinti pirmiausia atlikome aprašomosios statistikos skaičiavimus. 5 priede pateikiamos suvokto streso, suvoktos socialinės paramos ir vaikystėje patirto smurto įverčių aprašomosios charakteristikos tirtoje imtyje.

Šie aprašomosios statistikos duomenys suteikia kintamųjų visumos apžvalgą su jų vidurkiais, standartiniais nuokrypiais bei reikšmių pasiskirstymu šiame tyrime. Šie duomenys leidžia kelti prielaidą, kad suvokto streso lygis tirtoje imtyje yra nuo vidutinio iki aukšto ($M = 20,04$) su pakankamai dideliu išsibarstymu ($SD = 7,44$). Suvoktos paramos lygis yra pakankamai aukštas ($M = 4,15$, $SD = 1,42$), o partnerio suvoktos paramos vidurkis vertintas didžiausiu įverčiu ($M = 4,66$, $SD = 1,55$). Vaikystėje patirto smurto lygis gali būti vertinamas kaip vidutinis ($M = 2,19$, $SD = 1,53$) tirtoje imtyje.

3.1.1. pateiktoje lentelėje Spearman koreliaciniai koeficientai atskleidžia, kad vaikystėje patirtas smurtas teigiamai reikšmingai siejasi su suvoktu stresu, o suvoktas stresas kartu su vaikystėje patirtu smurtu siejasi su suvokta socialine parama tiek bendrai, tiek atskirose

skalėse statistiškai reikšmingu neigiamu koeficientu. Vadinasi, kuo smurto vaikystėje daugiau, tuo stipriau suvokiamas stresas pirmais metais po gimdymo. Tuo pačiu kuo daugiau suvoktos paramos bendrai, tiek iš draugų, šeimos bei partnerio tuo suvokto streso vertinimas žemesnis. Tai leidžia kelti prielaidą, kad vaikystėje patirtas smurtas teigiamai siejasi su patiriamu stresu pirmais metais po gimdymo, o pastarasis neigiamai siejasi su suvokta socialine parama.

3.1.1. lentelė. *Koreliacijos tarp suvokto streso bei SSP ir VPS*

	1	2	3	4	5	6	7
Suvoktas stresas	1						
Vaikystėje patirtas smurtas	0,30**	1					
Suvokta socialinė parama	-0,42**	-0,31**	1				
Suvokta šeimos parama	-0,39**	-0,30**	0,90**	1			
Suvokta draugų parama	-0,36**	-0,27**	0,86**	0,63**	1		
Suvokta partnerio parama	-0,41**	-0,24**	0,86**	0,80**	0,57**	1	
Panaudota suvoktos socialinės parama	-0,18*	-0,15	0,69**	0,63**	0,61**	0,57**	1

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

Atlikus tiesinę regresinę analizę, paaiškėjo, kad vaikystėje patirtas smurtas statistiškai reikšmingai ($t = 0,75$, $p < 0,001$) nuspėja suvokiamo streso lygį ($R^2 = 0,093$, $F = 15,49$, $p < 0,001$). Kuo daugiau smurto buvo patirta vaikystėje, tuo stipriau suvokiamas stresas pirmais metais po gimdymo ($\beta = 0,34$). Nors tai paaiškina mažą procentą duomenų, tačiau smurtas vaikystėje reikšmingai nuspėja suvoktą stresą pirmais metais po gimdymo.

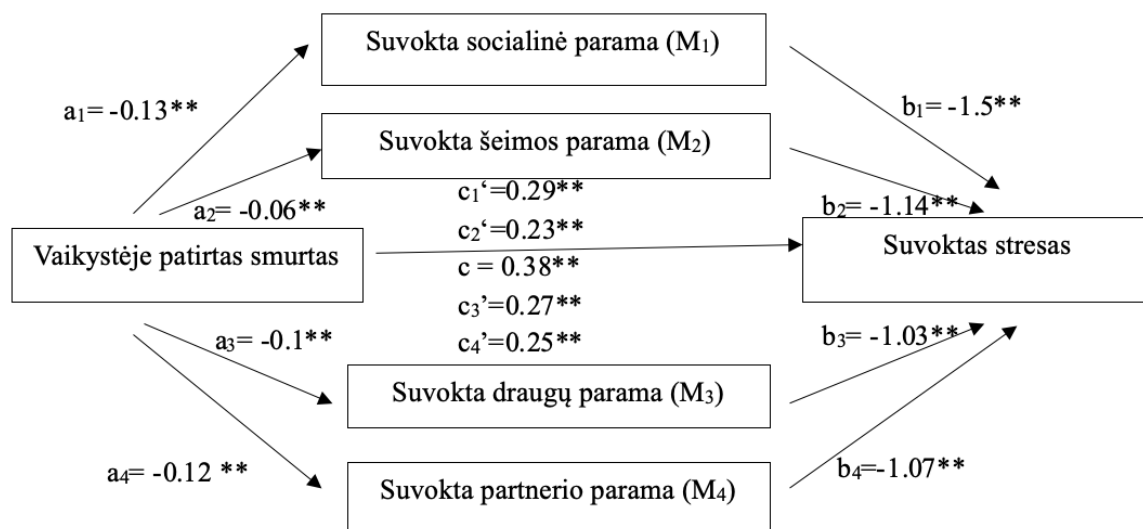
Taip pat svarbu, ar suvokta socialinė parama prognozuoja suvokto streso lygį. Atliktos tiesinės regresijos rezultatai leidžia teigti, kad suvokta socialinė parama statistiškai reikšmingai ($t = -4,92$, $p < 0,001$) prognozuoja mažesnę suvokto streso lygį ($R^2 = 0,138$, $F = 24,17$, $p < 0,001$, $\beta = -1,75$). Vadinasi, pirmoji hipotezė, kad vaikystėje patirtas smurtas didina, o socialinė parama mažina motinų suvoktą stresą pogimdyviniu periodu, patvirtina.

3.2. Suvokto streso, socialinės paramos ir VPS mediacinė analizė

Antrąją keltą hipotezę siekta suprasti, ar vaikystėje patirto smurto ir suvokto streso poveikį medijuoja suvokta parama. Šiai mediacinei analizei naudota SPSS programa su joje taikytu Process v4.2 įskiepiu. Mediacione analize siekta išsiaiškinti, ar suvokta socialinė parama bendrai medijuoja vaikystėje patirto smurto poveikį suvoktam stresui pirmais metais po gimdymo. Taip pat įvertinta, ar kiekvienas socialinės paramos šaltinis turi medijuojantį efektą

minėtam ryšiui. Aptarsime kiekvienos mediacinės rezultatus atskirai, o 6 priede pateikiami tiesioginio ir netiesioginio efektų dydžiai bei pasikliautinių intervalų mažiausias ir didžiausias dydžiai.

Pagal mediacinio modelio rezultatus galime teigti, kad vaikystėje patirtas smurtas reikšmingai prognozuoja suvokto streso lygį ($F = 15,3$, $p = 0,001$, $R^2 = 0,09$). Efekto dydis yra reikšmingas ($b = 0,38$, $t = 3,91$, $p < 0,01$) (žr. 3.1 pav.).

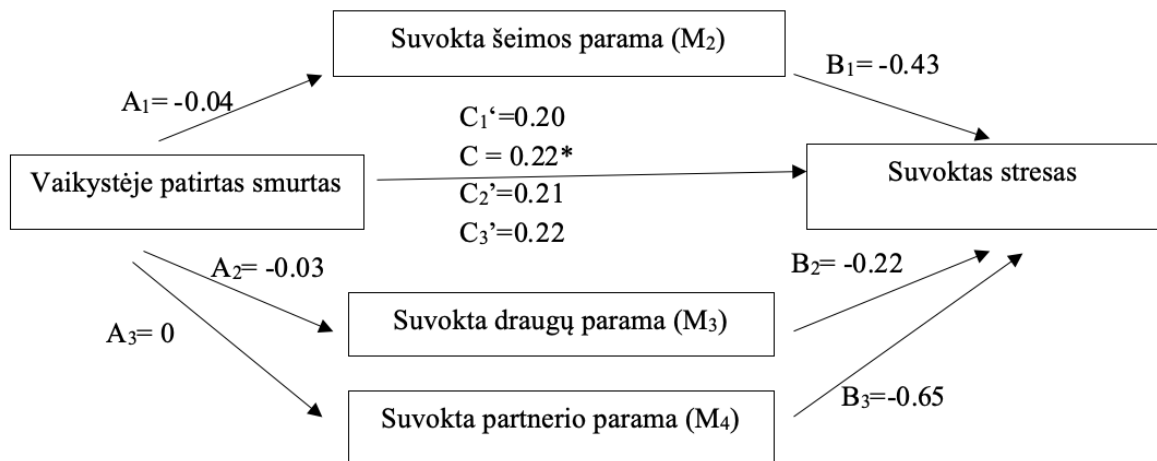


3.2.1. pav. Mediacinės analizės schema, kai nepriklausomas kintamasis – VPS, priklausomas – suvoktas stresas, o mediatoriai – suvokta socialinė parama ir jos šaltiniai (šeima, draugai, partneris).

Pastaba: Pirmas mediatorius ir jo ryšiai (a_1, b_1, c_1') – suvokta socialinė parama bendrai, antrasis - (a_2, b_2, c_2') – suvokta šeimos parama, trečioji (a_3, b_3, c_3') – suvokta draugų parama ir ketvirtoji (a_4, b_4, c_4') – suvokta partnerio parama. $p^{**} < 0,001$

Šiame modelyje suvokta socialinė parama tiek bendrai, tiek iš visų jos šaltinių statistiškai reikšmingai dalinai medijuoja vaikystėje patirto smurto bei suvokto streso ryšį (3.2.1. pav.), nes tiesioginis efektas po mediacijos lieka reikšmingas. Sprendžiant iš rezultatų, tiek suvokta parama bendrai, tiek atskiri jos šaltiniai silpnina vaikystėje patirto smurto bei suvokto streso pirmais metais po gimdymo ryšį. Vis tik, didžiausias suvoktos paramos efektas pasiektas iš šeimos narių ($b = 0,15$, $p < 0,001$) bei partnerio ($b = 0.13$, $p < 0,001$) (6 priedas).

Pagal mediacinio modelio rezultatus galime teigti, kad vaikystėje patirtas smurtas reikšmingai prognozuoja suvokto streso lygį ($F = 14,97$, $p = 0,0001$, $R^2 = 0,23$). Efekto dydis yra reikšmingas ($b = 0,22$, $t = 2,41$, $p < 0,05$) (žr. 3.2.2. pav.).



3.2.2 pav. Mediacionės analizės su kitais mediatoriais schema, kai nepriklausomas kintamasis – VPS, priklausomas – suvoktas stresas, o mediatoriai – šeima, draugai ir partneris.

Pastaba: Pirmas mediatorius - (A_1, B_1, C_1') – suvokta šeimos parama, kai kontroliuojama draugų ir partnerio parama, antrasis (A_2, B_2, C_2') – suvokta draugų parama, kai kontroliuojama šeimos ir partnerio parama ir trečiasis (A_3, B_3, C_3') – suvokta partnerio parama, kai kontroliuojama draugų ir šeimos parama. $p^* < 0,05$

Suvokta socialinė parama statistiškai reikšmingai iš dalies medijuoja vaikystėje patirto smurto ir streso pirmais metais po gimdymo ryšiui. Tikrinant kiekvieno paramos šaltinio poveikį, nustatyta, kad draugų, šeimos ir partnerio paramos šaltiniai taip pat reikšmingai medijuoja pastarąjį santykį. Tačiau atlikus paramos šaltinių mediacinę analizę su kitais mediatoriais, kai tiriant vieną mediatorių, jį kontroliuoja kiti du, mediacinio efekto nustatyti nepavyko (3.2.2. pav.). Šie rezultatai leidžia kelti prielaidą apie kumuliacinį suvoktos socialinės paramos iš įvairių šaltinių reikšmingą poveikį vaikystėje patirto smurto ir suvokto streso pirmais metais po gimdymo ryšiui. Vadinasi, antroji hipotezė, kad vaikystėje patirto smurto ir suvokto streso poveikiui medijuoja suvokta parama patvirtinta iš dalies. Suvokta socialinė parama bendrai, o ne iš atskirų šaltinių, švelnino vaikystėje patirto smurto poveikį suvokto streso lygiui pirmais metais po gimdymo.

3.3. Socialinės paramos suvokimas ir vaikystėje patirtas smurtas.

Kita hipoteze siekiama atsakyti į klausimą, ar moterys, vaikystėje patyrusios smurtą, silpniau suvokia socialinę paramą nei jos nepatyrusios. Šiam klausimui atsakyti atlikome daugialypę dispersinę analizę SPSS programoje. Kategorinis kintamasis buvo smurtas – vienoje grupėje moterys visai nepatyrusios smurto, kitoje – moterys patyrusios vieną ir daugiau smurto atvejų vaikystėje. Priklausomi kintamieji buvo suvokta socialinė parama bendrai, taip pat suvokta parama iš draugų, šeimos narių bei partnerių (3.3.1.lentelė).

3.3.1.lentelė. *Suvoktos socialinės paramos ir jos šaltinių aprašomoji statistika*

	Smurto patirtis	M	SD	N
Suvokta socialinė parama	Patyrė	0,57	0,19	123
	Nepatyrė	0,68	0,16	30
Suvokta draugų parama	Patyrė	0,36	0,23	123
	Nepatyrė	0,53	0,28	30
Suvokta šeimos parama	Patyrė	0,47	0,27	123
	Nepatyrė	0,68	0,28	30
Suvokta partnerio parama	Patyrė	0,58	0,30	123
	Nepatyrė	0,78	0,29	30

Pagal testo Wilks' Lambda ($F = 4,27$, o $p = 0,003$) rezultatus, galime spręsti, kad priklausomų kintamųjų vidurkiai skiriasi tarp patyrusių smurtą vaikystėje ir jo nepatyrusių.

3.3.2. lentelė. *Priklausomų kintamųjų duomenų homogeniško pasiskirstymo testo įverčiai*

	Levene įvertis	p
Suvokta socialinė parama	5,09	0,06
Suvokta draugų parama	2,61	0,11
Suvokta šeimos parama	0,61	0,44
Suvokta partnerio parama	0,07	0,94

Taip pat atlikome Levene'o testą, kurio rezultatai teigia, kad duomenų pasiskirstymas tarp grupių panašus, kai $p > 0,05$ (3.3.2. lentelė).

3.3.3. lentelė. *Priklausomų kintamųjų vidurkių skirtumai, F bei jų reikšmingumo lygmenys*

Nepriklausomas kintamasis	Priklausomas kintamasis	Vidurkių skirtumas	F	P
Smurto patirtis	Suvokta socialinė parama	-0.11*	8.40	0.004
	Suvokta draugų parama	-0.16*	10.96	0.001
	Suvokta šeimos parama	-0.21*	15.15	<0.001
	Suvokta partnerio parama	-0.20*	10.97	0.001

Pastaba. * $p < 0,05$

Lyginant vidurkius tarp grupių (3.3.3. lentelė), gaunami rezultatai, kad vidurkių skirtumai yra reikšmingi, kai $p < 0,05$. Vadinasi, smurtą patyrusios moterys suvoktos socialinės paramos tiek bendrai, tiek iš visų šaltinių, jaučia mažiau nei smurto nepatyrusios. Vadinasi, hipotezė, kad vaikystėje patirtas smurtas apsunkina socialinės paramos kiekio suvokimą, patvirtinta.

3.4. Suvoktos socialinės paramos šaltinis ir vaikystėje patirtas smurtas

Ketvirtąją hipotezę norima suprasti, ar vaikystėje patirto smurto tipas veikia suvokto socialinės paramos šaltinį. Vaikystėje patirto smurto ir subjektyviai suvokiamos socialinės paramos šaltinio ryšiui nustatyti naudojome Spearman koreliacinę analizę.

3.4.1.lentelė. *Spearman koreliaciniai koeficientai tarp smurto formų bei suvoktos paramos šaltinių.*

	1	2	3	4	5	6	7
Seksualinis smurtas	1						
Emociniai smurtas ir nepriežiūra	0,14	1					
Fiziniai smurtas ir nepriežiūra	0,21	0,71	1				
Smurtas tarp tėvų	0,12	0,38	0,44	1			
Suvokta partnerio parama	-0,16	-0,26	-	-0,05	1		
			0,14				
Suvokta šeimos parama	-0,13	-0,31	-	-0,11	0,80	1	
			0,23				
Suvokta draugų parama	-0,21	-0,26	-	-0,10	0,57	0,63	1
			0,17				

Pastaba. Paryškinti reikšmingi ryšiai, kai $p < 0,05$.

Sprendžiant iš koreliacijos koeficientų, emocinis smurtas ir emocinė nepriežiūra reikšmingai siejasi su fiziniu smurtu bei nepriežiūra. Vadinasi, vieno pasireiškimo tikimybei didėjant, didėja kito apraiškų tikimybė. Emocinis smurtas ir nepriežiūra reikšmingai siejosi su visais suvoktais paramos šaltiniais neigiamu koeficientu, kai stipriausiai neigiamai siejosi su suvokta šeimos parama ($r = -0,31, p < 0,05$). Seksualinis smurtas reikšmingai teigiamai siejosi su fiziniu smurtu ir nepriežiūra ($r = 0,21, p < 0,05$) bei tokiu pat stiprumu, bet neigiamai siejosi su suvokta draugų parama ($r = -0,21, p < 0,05$). Vadinasi, didėjant seksualinio smurto tikimybei, auga ir fizinio smurto bei nepriežiūros tikimybė, bet mažėja jausmas, kad draugai gali padėti. Smurtas tarp tėvų reikšmingai siejasi su visomis tirtu smurto rūšimis, kai stipriausiai siejasi su fiziniu smurtu ir nepriežiūra ($r = 0,44, p < 0,05$). Vadinasi, kuo dažniau tėvai smurtauja, tuo dažniau vaikai patiria smurto apraiškas, ypač fizinį smurtą bei nepriežiūrą.

Suvoktos paramos šaltiniai tarpusavyje stipriai teigiamai siejasi (žr. 3.4.1. lentelę). Tačiau suvokta draugų parama neigiamai siejosi su visais smurto įvėčiais, vadinasi, didėjant bet kokio smurto kiekiui, mažėja jausmas, kad gali pasikliauti draugų pagalba. Šeimos paramos suvoktas dydis mažėja, esant emociniam ir fiziniam smurtui bei nepriežiūrai, tuo tarpu partnerio suvokta parama reikšmingai mažėja esant seksualiniam bei emociniam smurtui ir nepriežiūrai.

Vadinasi, hipotezė, kad vaikystėje patirto smurto tipas veikia suvokto socialinės paramos šaltinį patvirtinta iš dalies.

3.5. Suvoktas stresas, suvokta socialinė parama ir vaikystėje patirtas smurtas

Penktąją hipotezę siekta suprasti, ar suvokto streso dydžio pasireiškimui reikšmingą poveikį turi vaikystėje patirtas smurtas bei suvokta socialinė parama pogramdyviniu periodu. Vaikystėje patirto smurto ir socialinės paramos poveikio suvoktam stresui pirmais metais po gimdymo naudota daugialypė tiesinė regresija. Atlikta koreliacinė analizė leidžia teigti, kad suvoktas stresas, suvokta socialinė parama bei vaikystėje patirtas smurtas siejasi reikšmingu dydžiu (3.5.1. lentelė). Vadinasi, daugialypėi regresinei analizei suvoktam stresui po gimdymo prognozuoti gali būti naudojami tiek VPS, tiek suvoktos paramos kintamieji.

3.5.1. lentelė. *Koreliacinių suvokto streso, suvoktos socialinės paramos ir VPS įverčiai*

	VPS	Suvokta socialinė parama	Suvoktas stresas
Vaikystėje patirtas smurtas	1		
Suvokta socialinė parama	-0,33**	1	
Suvoktas stresas	0,30**	-0,43**	1

Pastaba. ** $p < 0,001$

Atlikta daugialypės regresinės analizės modeliui leidžia teigti, kad abu nepriklausomi kintamieji - suvokta socialinė parama ir vaikystėje patirtas smurtas - reikšmingai nuspėja suvokto smurto kiekį pirmais metais po gimdymo ($F = 17,38, p < 0,001$). Šių kintamųjų modelis paaiškina 18,8% duomenų ($R^2 = 0,188$).

3.5.2. lentelė. *Daugialypės regresinės analizės VPS ir suvoktos socialinės paramos β , t , p , tolerancijos bei VIF įverčiai*

	β	t	p	Tolerancija	VIF
Konstanta	4,90	18,01	$< 0,001$		
Vaikystėje patirtas smurtas	0,28	0,23	0,003	0,95	1,06
Suvokta socialinė parama	-1,49	-0,32	$< 0,001$	0,95	1,06

Nestandardizuoti suvoktos socialinės paramos ($\beta = -1,49, p < 0,001$) bei vaikystėje patirto smurto ($\beta = 0,28, p = 0,003$) koeficientai leidžia teigti, kad padidėjus suvoktos socialinės paramos vienam vienetui, suvokto streso kiekis sumažės 1,49 vienetu. Tuo tarpu vieno vieneto smurto vaikystėje padidėjimas, padidina suvokto streso kiekį pirmais metais po gimdymo 0,28

vieneto dalimi. Atliktos multikolinearumo diagnostikos testo rezultatai teigia, kad stipraus ryšio tarp kintamųjų nėra, kai VIF = 1,06, o tolerantiškumas - 0,95.

Atlikta daugialypė tiesinė regresija leidžia patvirtinti keltą hipotezę, kad suvokto streso dydžio pasireiškimui reikšmingą poveikį turi vaikystėje patirtas smurtas bei suvokta socialinė parama pogimdyviniu periodu. Taip pat svarbu išsiaiškinti, ar kokia nors smurto rūšis ir ar koks nors suvoktos paramos šaltinis turi statistiškai reikšmingą poveikį tokiam modeliui. Pirmiausia atlikome koreliacinę analizę (žr. 8 priedas), pagal kurią į naują modelį įtraukėme kintamuosius, kurie statistiškai reikšmingai siejosi su suvoktu stresu – visi suvoktos paramos šaltiniai (partnerio $r = -0,41, p < 0,05$, šeimos $r = -0,39, p < 0,05$, draugų $r = -0,36, p < 0,05$) bei emocinis ($r = 0,25, p < 0,05$) ir fizinis smurtas ($r = 0,19, p < 0,05$), emocinė nepriežiūra ($r = 0,29, p < 0,05$). Seksualinis smurtas ir fizinė nepriežiūra statistiškai reikšmingai su suvoktu stresu pirmais metais po gimdymo nesisiejo ($p > 0,05$), todėl į naujai sudaromą modelį daugialypei regresinei analizei šių kintamųjų neįtraukėme.

Sudarėme modelį, susidedantį iš emocinio, fizinio smurto ir emocinės nepriežiūros bei iš suvoktą socialinės paramos atskirų šaltinių (šeimos, partnerio bei draugų) bei atlikome daugialypę tiesinę regresiją. Pagal šį modelį, emocinis, fizinis smurtas bei emocinė nepriežiūra, suvoktos draugų, šeimos ir partnerio parama reikšmingai prognozuoja suvokto streso lygį pirmais metais po gimdymo ($F = 7,82, p < 0,001$). Šis modelis paaiškina 24,2% duomenų ($R^2 = 0,242$).

3.5.3. lentelė. *Daugialypės regresinės analizės β , t, p, tolerancijos bei VIF įverčiai*

	β	t	p	Tolerancija	VIF
Konstanta	4,904	23,51	<0,001		
Draugų parama	-0,317	-0,95	0,34	0,60	1,66
Šeimos parama	-0,481	-1,29	0,19	0,38	2,66
Partnerio parama	-0,626	-1,92	0,05	0,39	2,53
Emocinis smurtas	0,227	1,28	0,20	0,55	1,81
Fizinis smurtas	0,196	1,14	0,30	0,53	1,90
Emocinė nepriežiūra	0,236	1,54	0,13	0,75	1,34

Pastaba. Priklausomas kintamasis – suvoktas stresas

Šiame modelyje reikšmingumo įverčiai beveik visi nereikšmingi ($p > 0,05$), išskyrus suvoktą partnerio paramą, kai $p = 0,05$ (žr. 3.5.3. lentelę). Tačiau, nors reikšmingumo reikšmės yra didesnės nei 0,05, jų β koeficientas nurodo poveikio kryptį bei stiprumą visam modeliui. Kitais žodžiais tariant, tai reiškia, kad suvokta partnerio parama turi statistiškai reikšmingą poveikį suvoktam stresui ($\beta = -0,626, p = 0,05$), o kiti - ne, tačiau jie vis tiek gali būti svarbūs prognozuojant suvokto streso įvertį pirmais metais po gimdymo. Tad verta atsižvelgti ir į β

koeficientus. Pagal juos svarbiausi paramos šaltiniai prognozuojant švelninantį streso poveikį yra partnerio ir šeimos parama ($\beta = -0,626$). Tuo tarpu smurto tipų β koeficientai panašūs, tad galime daryti išvadą, kad smurtas bendrai turi poveikį suvoktam streso dydžiui. Multikolinearumo diagnostikos testo rezultatai rodo, kad stipraus ryšio tarp kintamųjų nėra, kai VIF įverčiai svyruoja tarp 1,34 ir 2,66, o tolerantiškumas – nuo 0,38 iki 0,75.

Apibendrinant, šių regresijos modelių rezultatai leidžia teigti, kad vaikystėje patirtas smurtas ir suvokta socialinė parama reikšmingai veikia suvokto streso kiekį pirmais metais po gimdymo. Vaikystėje patirtas smurtas jį didina, tuo tarpu suvokta socialinė parama – mažina.

3.6. Sociodemografinių veiksnių poveikis

Paskutine hipoteze norėta patikrinti, ar šeimos pajamų dydis, santykių statusas, mamos amžius bei išsilavinimas siejasi su suvokto streso lygiu pirmais metais po gimdymo.

Suvokto streso, suvoktos socialinės paramos bei vaikystėje patirto smurto ryšiams su sociodemografiniais kintamaisiais nustatyti naudota Spearman koreliacinė analizė neparametriniams duomenims.

3.6.1. lentelė. *Suvokto streso, SSP ir VPS bei sociodemografinių kintamųjų koreliaciniai koeficientai*

	Suvoktas stresas	Suvokta socialinė parama	Vaikystėje patirtas smurtas
Gyvenamoji vieta	0,06	-0,05	-0,09
Santykių statusas	-0,09	0,01	-0,04
Išsilavinimas	0,04	0,01	-0,05
Šeimos pajamos	-0,01	0,21**	-0,10
Mamos amžius	0,02	-0,08	0,02
Vaikai šeimoje	0,06	-0,09	0,08
Kelintas šis vaikas	0,07	-0,11	0,05
Vaiko amžius	0,22**	-0,13	0,09

Pastaba. ** $p < 0,001$

Atliktos koreliacinės analizės rezultatai atskleidė, kad šioje imtyje randami tik du reikšmingi ryšiai. Silpni reikšmingi ryšiai nustatyti tarp suvoktos socialinės paramos bei šeimos pajamų dydžio ($r = 0,21, p < 0,001$) ir tarp suvokto streso ir vaiko amžiaus ($r = 0,22, p < 0,001$). Vadinasi, šioje imtyje suvokta socialinė parama yra linkusi būti didesnė, kai šeimos pajamos yra didesnės. Tuo tarpu suvoktas stresas didėja augant vaikui. Taigi, hipotezė, kad šeimos pajamų dydis, santykių statusas, mamos amžius bei išsilavinimas siejasi su suvokto streso lygiu pirmais metais po gimdymo, nepatvirtinta.

4. DISKUSIJA

Šiuo tyrimu siekta analizuoti vaikystėje patirto smurto, suvoktos socialinės paramos bei suvokto smurto ryšius pirmais metais po gimdymo. Tyrimu siekta suprasti, ar smurtą vaikystėje patyrusios moterys linkusios labiau jausti stresą pogimdyviniu laikotarpiu bei kaip jos suvokia joms siūlomą pagalbą. Siekiant atsakyti į tyrimo klausimus, tyrime pasitelkėme keletą statistinės analizės būdų. Norėjome visapusiškai suprasti suvokto streso pasireiškimo dinamiką pirmais metais po gimdymo patyrus ir jo nepatyrus. Taip pat siekėme išsiaiškinti, kaip suvokta socialinė parama veikia suvokto streso bei patirto smurto vaikystėje ryšį. Šiame skyriuje aptarsime tyrime gautus rezultatus, jų implikacijas, reikšmę, tyrimo ribotumus bei rekomendacijas ateities tyrimams šioje srityje.

Šio tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad egzistuoja reikšmingas ryšys tarp vaikystėje patirto smurto, suvoktos socialinės paramos bei suvokto streso kiekio pirmais metais po gimdymo. Pearson koreliacijos koeficientai rodo, kad suvoktas stresas ir jo lygis neigiamai siejasi su suvokta parama bei skirtingais jos šaltiniais. Tuo tarpu suvoktas streso lygis teigiamai siejasi su vaikystėje patirtu smurtu. Šie rezultatai sutampa su kitų tyrimų rezultatais (Choi & Sikkema, 2016; Ogle et al., 2022, Vranceanu et al., 2007), kurie taip pat stebėjo teigiamą vaikystėje patirto smurto ir suvokto streso ryšį. Tuo tarpu neigiamas suvoktos socialinės paramos poveikis suvoktam stresui taip pat stebėtas kituose tyrimuose (Cohen & Wills, 1985). Šiuose tyrimuose autoriai taip pat stebėjo teigiamą poveikį streso mažėjimui gaunant suvoktą paramą iš įvairių paramos šaltinių. Razurel et al. (2013) taip pat nustatė, kad vaikystėje patirtas traumuojantis įvykis reikšmingai prognozavo stipriau suvokiamą stresą suaugus.

Tyrimo taip pat patvirtinta, kad moterys, patyrusios smurtą vaikystėje, stipriau suvokia stresą pirmais metais po gimdymo. Racine et al. (2018) taip pat nustatė, kad smurtas vaikystėje lėmė didesnę suvokto streso lygį nei tų, kurie smurto nebuvo patyrę. Tai gali būti paaiškinama vaikystėje patirto smurto statistiškai reikšmingu poveikiu asmens psichinei sveikatai bei gebėjimu adaptyviai įveikti stresą keliančius dirgiklius. Šio tyrimo rezultatai galėtų būti paaiškinti, remiantis De Bellis (2001) tyrimo išvadomis, kuriame teigiama, kad vaikystėje patirtas smurtas gali sutrikdyti tam tikrų smegenų sričių veiklą, kurios yra atsakingos už kūno atsaką į stresorių veiklą. Ši sutrikdyta veikla gali būti atsakinga už per didelį išskiriamo kortizolio kiekį, kilus net nedideliu išsūkiu. Vėliau tai gali išsivystyti į nerimo ar depresijos požymius. Tai taip pat gali būti aiškinama kito tyrimo rezultatais. Abajobir su kolegomis (2017) nustatė, kad jautrumas stresui gali būti ir chroniško streso būsenos padarinys, kuris poveikį fizinei ir psichinei asmens sveikatai daro net jam suaugus. Taigi, vaikystėje patirtas smurto poveikis stebimas ir pirmais metais po gimdymo. Jį patyrusios moterys jautriau reaguoja į

iškilusius iššūkius ir gali būti labiau linkusios išgyventi nerimo, panikos atakų, pogimdyvinės depresijos požymius.

Tyrimė atlikta regresinė analizė taip pat leidžia teigti, kad suvokta socialinė parama prognozuoja silpniau suvokiamą stresą. Šie rezultatai sutampa su kitų tyrimų rezultatais (pvz., Inekwe et al., 2022), kai suvoktos paramos kiekis švelnino suvokto streso pojūtį. Šiame tyrime atlikta mediacinė analizė leido įvertinti ir kiekvienos suvoktos paramos šaltinio mediacinį poveikį pogimdyviniu periodu. Pagal šio tyrimo rezultatus, suvokta socialinė parama iš partnerio ir šeimos narių, kai nekontroliuojamas kitų paramos šaltinių poveikis, turi stipriausią medijuojantį efektą tarp vaikystėje patirto smurto ir suvokto streso pirmais metais po gimdymo. Tačiau tiriant vienos paramos poveikį izoliuotai nuo kitų paramos šaltinių, mediacinis efektas dingsta. Vadinasi atskirų paramos šaltinių nepakanka minėtam ryšiui švelninti, todėl svarbus kumuliacinis suvoktos paramos šaltinių efektas.

Šis kumuliacinis suvoktos paramos šaltinių švelninantis poveikis buvo pastebėtas ir kituose tyrimuose (Shorey et al., 2018). Šio tyrimo rezultatai leidžia kelti prielaidą, kad moterims, pirmais metais po gimdymo, svarbus įvairūs suvoktos paramos šaltiniai. Suprantant šį suvoktos paramos šaltinių kumuliacinį poveikį, galima aiškiau įvertinti, kaip socialinė parama švelnina vaikystėje patirto smurto ir suvokto streso lygį. Tai, kad moterims pirmais metais po gimdymo gali nepakakti vieno paramos šaltinio, gali būti aiškinama per daugiadimensinių poreikių prizmę (Collins et al., 2019). Skirtingi paramos šaltiniai gali patenkinti skirtingus kylančius poreikius šiuo periodu. Partnerių, šeimos, draugų, bendruomenės paramos šaltiniai gali pasiūlyti unikalią, savitą paramą, tokią kaip praktinė pagalba, emocinis palaikymas, moters, kaip mamos, patirties validavimas. Kumuliacinė parama taip pat suteikia platesnį resursų streso įveikai pasirinkimą bei adaptyvesnį prisitaikymą prie besikeičiančių aplinkybių (Hetherington et al., 2018). Kumuliacinis paramos efektas taip pat gali suteikti susietumo bei priklausymo grupei jausmą, taip mažinant izoliacijos pojūtį (Campbell et al., 2018). Vadovaujantis šiuo požiūriu yra pripažįstama, kad mamos gerą savijautą pogimdyviniu periodu veikia įvairūs faktoriai (fiziniai, emociniai, socialiniai), kurie tarpusavyje gali būti glaudžiai besisiejantys (Collins et al., 2019). Taigi, svarbu šiuos faktorius visapusiškai tenkinti, siekiant palankios mamos savijautos. Pagal šį požiūrį, svarbūs ne izoliuoti paskiri poreikiai ir jų tenkinimas, bet įvairiapusė paramos sistema, kuri palaikytų platų gyvenime kylančių poreikių spektrą. Tai atspindi ir šiame tyrime gauti rezultatai.

Vis tik, analizuojant holistinės paramos veikimo tyrimo rezultatus randama, kad svarbus paramos šaltinio vaidmuo tenka partneriui ir šeimai (Hetherington et al., 2018). Manoma, kad partnerio ir šeimos suvokta socialinė parama leidžia mamai lengviau priimti aplinkos siūlomą socialinę paramą ir ją pasinaudoti. Šeimos nariai ir partneriai dažnai yra artimiausi galimos

socialinės paramos šaltiniai. Jie gali geriausiai žinoti, kokios specifinės pagalbos moterims po gimdymo reikia (Thoits, 1995), tad jų parama gali būti efektyvesnė nei draugų parama. Šeimos narių ir partnerio parama gali būti priimtinesnė dėl jos pagalbos suteikimo galimybių pastovumo ir prognozuotumo (Cohen & Wills, 1985). Moterys pirmais metais po gimdymo gali būti labiau linkusios pasitikėti būtent šiais šaltiniais, jaustis labiau užtikrintomis, kad joms pagalba bus suteikta. Tuo pačiu, jausti ir mažesnę įtampą ar stresą.

Nepaisant suvoktos socialinės paramos teigiamo poveikio švelninant streso ir smurto ryšį, tyrime nustatyta, kad moterys, patyrusios smurtą vaikystėje, linkusios suvokti mažiau socialinės paramos nei smurto nepatyrusios. Vadinasi, moterims, patyrusioms smurtą vaikystėje, suvokta parama bei jos teigiamas poveikis yra sunkiau pasiekiami. Yra tyrimų, pagrindžiančių šiuos rezultatus. Toof su kolegomis (2020) teigia, kad vaikystėje patirtas smurtas gali paveikti prisirišimo stilių, kuris lemia stipresnį nepasitikėjimo kitais jausmą bei ap sunkintą santykių su kitais mezgimą. Allen su kolegomis (2023) tokius rezultatus aiškina menkesniais socialiniais įgūdžiais. Jie teigia, kad smurtą vaikystėje patyrę asmenys gali turėti prasčiau išvystytus socialinius įgūdžius, o tai gali lemti ir skurdesnę socialinę paramą. Kiti tyrimų autoriai kelia prielaidas dėl vaikystėje patirto smurto stigmos ir gėdos, kurios trukdo aktyviai pripažinti pagalbos poreikį, jos siekti ir tuo pačiu ją gauti (Ullman et al., 2007). Tai taip pat gali būti ir vaikystėje patirtos traumos padariniai, kai stresorius išmokstama įveikti vengimu, emociniu atsitraukimu, užsisklendimu. Tai gali vėliau trukdyti gauti ir priimti socialinę paramą. Taigi, nors suvokta socialinė parama reikšmingai mažina streso poveikį pirmais metais po gimdymo, moterims, patyrusios smurtą vaikystėje, socialinės paramos suvokimas yra apsunkintas. Tai svarbus aspektas kuriant pagalbos priemones.

Šiame tyrime tirta, ar smurto tipas turi poveikį suvoktai socialinei paramai. Tyrimo rezultatai rodo, kad bet koks smurto pasireiškimas mažina socialinės paramos suvokimą. Tyrime visos smurto formos (emocinis, seksualinis, fizinis smurtas, smurtas tarp tėvų bei emocinė ir fizinė nepriežiūra) reikšmingai mažino draugų paramos suvokimą. Šeimos paramos mažėjimas siejosi su visomis smurto formomis, išskyrus seksualiniu smurtu. O partnerio parama siejosi su visomis, išskyrus fizinio, smurto formomis. Taigi, smurto ir nepriežiūros apraiškos vaikystėje, nesvarbu kokios, turi neigiamą poveikį asmeniui net suaugus. Šie rezultatai dar kartą patvirtina, kad būtina šviesti visuomenę apie smurto ir nepriežiūros daromą visą gyvenimą galimai trunkančią žalą asmens sveikatai ir tinkamai adaptacijai.

Šio tyrimo rezultatai gali būti svarbūs sveikatos specialistams vertinant, kokios priemonės gali būti naudingos, mažinant suvokto streso lygį moterims, pirmais metais po gimdymo. Tyrime atlikta daugialypė tiesinė regresija leidžia teigti, kad vaikystėje patirtas smurtas bei visi paramos šaltiniai paaiškina tarp 18 % ir 24 % suvokto streso duomenų.

Vadinasi, tinkamai įvertinus mamos patirtą smurtą vaikystėje bei suteikus jai tinkamą socialinę paramą jai tinkamu būdu, galima ženkliai sumažinti mamos streso lygį. Taigi, suvokta socialinė parama veiktų kaip streso poveikį švelninanti priemonė, padedanti sumažinti pogimdyvinės depresijos, nerimo pasireiškimo tikimybę (Alvarez et al., 201). Ji taip pat gali suteikti papildomų resursų, tiek instrumentinių, tiek emocinių, įveikti naujai kylančius iššūkius, auginant mažylį. Tai gali turėti reikšmingą įtaką mamos ir kūdikio psichinei ir fizinei sveikatai bei ugdyti didesnę atsparumą stresui.

Šiame tyrime taip pat vertinome įvairių sociodemografinių veiksnių poveikį mamų suvoktam stresui pirmais metais po gimdymo. Pavyko rasti tik vieną reikšmingą sąsają – augant kūdikiui, didėja ir mamos suvoktas stresas. Šį ryšį patvirtino ir kiti tyrimų rezultatai (pvz., Dunkel Schetter & Tanner, 2012; Leung et al., 2019). Šis ryšys aiškinamas su laiku iškylančiais vis gausesniais iššūkiiais. Augant vaikui, mamos susiduria su grįžimu į darbą bei socialinį ratą, vaiko raidos, užimtumo, papildomo maisto įvedimo ir kitais klausimais. Taigi, streso kupinos gali būti ne tik kelios pirmos dienos, kai mamos linkusios gauti daugiausiai priežiūros bei paramos, bet ir likusius metus. Kiti sociodemografiniai veiksniai reikšmingų sąsajų su suvokto streso lygio neturėjo.

Nors vertinome, ar sociodemografiniai veiksniai siejasi su vaikystėje patirtu smurtu, tačiau nei vienas veiksnys reikšmingomis sąsajomis nepasižymėjo. Tokie rezultatai gali reikšti, kad kiti veiksniai, o ne sociodemografiniai, yra svarbūs vertinant smurto apraiškas vaikystėje. Vaikystėje patirtas smurtas yra glaudžiai susijęs su šeimoje vykstančia dinamika bei tarpasmeniniais santykiais. Kita vertus, šie rezultatai gali atspindėti ir šio tyrimo ribotumą. Tyrime naudota patogioji atranka internetu, vadinasi finansiškai pažeidžiamiausios grupės nebuvo pasiektos, tad vertinti, kad sociodemografiniai veiksniai neturi sąsajų su vaikystėje patirtu smurtu, negalima.

Vertinant suvoktos paramos ryšius su sociodemografiniais veiksniais, nustatėme, kad didesnės pajamos siejamos su stipresniu suvoktos paramos jausmu. Šis ryšys buvo patvirtintas ir kituose tyrimuose. Pavyzdžiui, Lee su kolegomis (2018) nustatė, kad didesnės šeimos pajamos siejosi su didesne suvokta socialine parama. Manoma, kad žmonės, su didesnėmis pajamomis, linkę turėti platesnį socialinį ratą bei daugiau galimybių gauti reikiamą socialinę paramą. Žinoma, didesnės šeimos pajamos neužtikrina didesnės suvoktos paramos, todėl vien per pajamų dydį nereikėtų vertinti socialinės paramos reikalingumo.

Apibendrinant, tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad vaikystėje patirtas smurtas, suvokta socialinė parama yra svarbūs bandant nuspėti suvokto streso lygį pogimdyviniu periodu. Suvokta socialinė parama mažina suvokto streso lygį, tuo tarpu vaikystėje patirtas smurtas siejasi su stipresniu reagavimu į iškylančius sunkumus. Tyrimu taip pat įrodytas suvoktos

paramos dalinis medijuojantis efektas (pasireiškė stresą silpninančiu efektu) tarp vaikystėje patirto smurto ir suvokto streso lygio pogimdyviniame laikotarpyje. Vadinasi, intervencija per suvoktos socialinės pagalbos prizmę gali būti veiksminga. Šio tyrimo rezultatai leidžia pabrėžti ne tik socialinės paramos svarbą pirmais metais po gimdymo, bet ir negrižtamą ir visą gyvenimą trunkančią vaikystėje patirto smurto ir nepriežiūros žalą, kuri tampa pogimdyvinio periodo sveikatos problemų rizikos veiksniumi.

Remiantis tyrimo gautais rezultatais, rekomenduojama diegti pokyčius nėščiųjų bei kūdikių iki vienerių metų auginančių informavimą bei priežiūrą. Visu pirma, rekomenduojama išsamiai informuoti nėščiąsias apie galimą polinkį jautriau reaguoti į iššūkius, ypač jei yra smurto vaikystėje patirtis. Šią informaciją galima įtraukti į nėščiosioms rengiamas nėštumo, gimdymo ir kūdikio priežiūros pamokas, užsiėmimus. Neretai šiuose kursuose nėščiosios laikosi su partneriais, todėl svarbu išsamiai paaiškinti apie suvoktos socialinės paramos naudą. Taip pat pabrėžti, kad ji būtina ne tik pirmosiomis savaitėmis, bet ir ištiesus metus, per kuriuos stresas gali akumuliuotis ir sukelti neigiamas pasekmes. Antra, rekomenduojama mamos sveikatai ir jos stiprinimui taikyti prioritetinį požiūrį. Siūloma didesnė gydytojų ir kitų specialistų, pavyzdžiui, psichologų įtrauktis į mamos sveikatos klausimus pirmais metais po gimdymo. Šiuo metu moteris po gimdymo pas gydytoją ateina du kartus sveikatos būklei po gimdymo patikrinimui. Siūloma šiuos vizitus skatinti visus metus, taip pat plėsti mamai skirtų specialistų konsultacijų įvairovę – šeimos gydytas, kineziterapeutas, psichologas, socialinis darbuotojas, specializuotos palaikymo grupės ir pan. Esant didesnei savižudybės, savižalos, depresijos rizikai, pagalbos ir socialinės paramos kiekį didinti. Trečia, būtina šviesti visuomenę ne tik apie smurto asmeniui žalą, bet ir apie pogimdyvinį periodą, jo metu mamai kylančius iššūkius bei paramos reikalingumą bent pirmus metus.

Taip pat svarbu pabrėžti ir šio tyrimo ribotumus. Visu pirma, pakankamai mažas tyrimo dalyvių skaičius neleido daryti labai apibendrinančių išvadų. Taip pat tyrimas buvo vykdytas tik internetu, vadinasi, rezultatai galėjo tiksliai neatspindėti moterų, pirmais metais po gimdymo, imties problemų. Tad ateities tyrimus rekomenduojama atlikti Lietuvos mamų, auginančių vaiką iki vienerių metų, reprezentuojančią populiaciją imtyje. Tyrimas taip pat vykdytas savistabos metodu, tad rezultatus galėjo paveikti šališkumai ir neatitikimai. Šiame tyrimo nesiekiamo iširti suvokto streso dinamikos pirmų metų po gimdymo metu, tačiau tai gali būti svarbu ateities tyrimams. Ieškant tinkamų intervencijų suvokto streso lygio mažinimui bei suvoktos paramos pasiekiamumo didinimui, rekomenduojama taikyti intervencijas bei stebėti jų poveikį.

IŠVADOS

1. Tiroje imtyje vaikystėje patirtas smurtas reikšmingai didina suvoktą stresą pirmais metais po gimdymo. Tuo tarpu suvokta socialinė parama iš partnerio, šeimos bei draugų reikšmingai jį mažina.
2. Vaikystėje patirto smurto ir suvokto streso poveikiui dalinai medijuoja suvokta parama bei jos šaltiniai. Socialinė parama švelnino vaikystėje patirto smurto poveikį streso lygiui.
3. Moterys, vaikystėje patyrusios smurtą, linkusios silpniau suvokti socialinę pagalbą nei moterys, smurto vaikystėje nepatyrusios.
4. Vaikystėje patirtas smurtas bei suvokta parama paaiškina nuo 18 iki 24 % suvokto streso apraiškų.
5. Vaikystėje patirtas smurto tipas turi poveikį suvoktai socialinei paramai ir visiems jos šaltiniams.
6. Kūdikio amžius teigiamai siejosi su suvoktu mamų stresu. Vadinasi, kūdikiui augant, tiroje imtyje mamų suvokto streso lygis didėjo.

LITERATŪRA

1. Abajobir, A. A., Kisely, S., Scott, J. G., Williams, G., Clavarino, A., Strathearn, L., & Najman, J. M. (2017). Childhood Maltreatment and Young Adulthood Hallucinations, Delusional Experiences, and Psychosis: A Longitudinal Study. *Schizophrenia bulletin*, *43*(5), 1045–1055. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw175>
2. Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., & Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *CMAJ : Canadian Medical Association journal*, *186*(9), E324–E332. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131792>
3. Allen, S. F., Gilbody, S., & Atkin, K. (2023). The associations among childhood trauma, loneliness, mental health symptoms, and indicators of social exclusion in adulthood: A UK Biobank study. *Brain and Behavior*, *13*(4). <https://doi.org/10.1002/brb3.2959>
4. Alvarez, S. L., Meltzer-Brody, S., Mandel, M., & Beeber, L. (2015). Maternal Depression and Early Intervention: A Call for an Integration of Services. *Infants and young children*, *28*(1), 72–87. <https://doi.org/10.1097/IYC.0000000000000024>
5. Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *256*(3), 174. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
6. Antonucci, T. C., Fiori, K. L., Birditt, K., & Jackey, L. M. H. (2010). Convoys of social relations: Integrating life-span and life-course perspectives. In M. E. Lamb, A. M. Freund, & R. M. Lerner (Eds.), *The handbook of life-span development, Vol. 2. Social and emotional development* (pp. 434–473). John Wiley & Sons, Inc.. <https://doi.org/10.1002/9780470880166.hlsd002012>
7. Arata, C. M. (2002). Child sexual abuse and sexual revictimization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*(2), 135–164. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.2.135>
8. Asselmann, E., Wittchen, H. U., Erler, L., & Martini, J. (2016). Peripartum changes in social support among women with and without anxiety and depressive disorders prior to pregnancy: a prospective-longitudinal study. *Archives of women's mental health*, *19*(6), 943–952. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0608-6>
9. Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, *50*(5), 275–285. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>

10. Berkman, L. F., Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137-173). Oxford University Press. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_17
11. Berlin, L. J., Appleyard, K., & Dodge, K. A. (2011). Intergenerational Continuity in Child Maltreatment: Mediating Mechanisms and Implications for Prevention. *Child development, 82*(1), 162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01547.x>
12. Bost, K. K., Cox, M. J., Burchinal, M., & Payne, C. (2002). Structural and supportive changes in couples' family and friendship networks across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family, 64*(2), 517-531. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00517.x>
13. Campbell J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet (London, England), 359*(9314), 1331–1336. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
14. Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues, 54*(2), 245–266. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.641998064>
15. Choi, K. W., & Sikkema, K. J. (2016). Childhood Maltreatment and Perinatal Mood and Anxiety Disorders: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse, 17*(5), 427–453. <https://doi.org/10.1177/1524838015584369>
16. Cloitre, M., Stovall-McClough, C., Zorbas, P., & Charuvastra, A. (2008). Attachment organization, emotion regulation, and expectations of support in a clinical sample of women with childhood abuse histories. *Journal of traumatic stress, 21*(3), 282–289. <https://doi.org/10.1002/jts.20339>.
17. Cohen, J. (1988). Set correlation and contingency tables. *Applied Psychological Measurement, 12*(4), 425–434. <https://doi.org/10.1177/014662168801200410>
18. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin, 98*(2), 310.
19. Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *JAMA, 298*(14), 1685–1687. <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>.
20. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior, 24*(4), 385–396.
21. Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 319–366). John Wiley & Sons.

22. Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of affective disorders, 59*(1), 31–40. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(99\)00128-7](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(99)00128-7)
23. De Bellis M. D. (2001). Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and psychopathology, 13*(3), 539–564. <https://doi.org/10.1017/s0954579401003078>
24. Dennis, C. L., & Creedy, D. (2004). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane database of systematic reviews, (4)*, CD001134. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub2>
25. Dennis, C. L., & Hodnett, E. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *The Cochrane database of systematic reviews, (4)*, CD006116. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006116.pub2>
26. Dubowitz, H., Kim, J., Black, M. M., Weisbart, C., Semiatin, J., & Magder, L. S. (2011). Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child abuse & neglect, 35*(2), 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.09.003>
27. Enlow, M., Kitts, R. L., Blood, E., Bizarro, A., Hofmeister, M., & Wright, R. J. (2011). Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. *Infant behavior & development, 34*(4), 487–503. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.07.007>
28. Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological bulletin, 139*(6), 1342–1396. <https://doi.org/10.1037/a0031808>
29. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
30. Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2006). Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant behavior & development, 29*(3), 445–455. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.03.003>
31. Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child maltreatment, 10*(1), 5–25. <https://doi.org/10.1177/1077559504271287>
32. Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics*

- and *gynecology*, 106(5 Pt 1), 1071–1083.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>
33. Gjerdingen, D. K., & Yawn, B. P. (2007). Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 20(3), 280–288. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2007.03.060171>
34. Greene, C. A., McCarthy, K. J., Estabrook, R., Wakschlag, L. S., & Briggs-Gowa, M. J. (2020). Responsive Parenting Buffers the Impact of Maternal PTSD on Young Children. *Parenting, science and practice*, 20(2), 141. <https://doi.org/10.1080/15295192.2019.1707623>
35. Gress-Smith, J. L., Luecken, L. J., Lemery-Chalfant, K., & Howe, R. (2012). Postpartum depression prevalence and impact on infant health, weight, and sleep in low-income and ethnic minority women and infants. *Maternal and child health journal*, 16(4), 887–893. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0812-y>
36. Guille, C., Newman, R., Fryml, L. D., Lifton, C. K., & Epperson, C. N. (2013). Management of Postpartum Depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(6), 643–653. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12104>
37. Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual review of psychology*, 58, 145–173. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085605>
38. Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press.
39. Hetherington, E., McDonald, S., Williamson, T., Patten, S. B., & Tough, S. C. (2018). Social support and maternal mental health at 4 months and 1 year postpartum: analysis from the All Our Families cohort. *Journal of epidemiology and community health*, 72(10), 933–939. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-210274>
40. Hildingsson, I., & Thomas, J. (2014). Parental stress in mothers and fathers one year after birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(1), 41–56. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.840882>
41. Hitzler, M., Behnke, A., Gündel, H., Ziegenhain, U., Kindler, H., Kolassa, I. T., & Zimmermann, J. (2022). Sources of social support for postpartum women with a history of childhood maltreatment: Consequences for perceived stress and general mental health in the first year after birth. *Child abuse & neglect*, 134, 105911. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105911>
42. Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child abuse & neglect*, 32(8), 797–810. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>

43. Inekwe, J. N., & Lee, E. (2022). Perceived social support on postpartum mental health: An instrumental variable analysis. *PLoS ONE*, *17*(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265941>
44. Yoo, K. H. (2019). A mediator effect of social support in the association between stress for college life and depression among nursing students. *The Journal of Korean academic society of nursing education*, *25*(1), 125-135. doi: 0.5977/jkasne.2019.25.1.125
45. Jago, C. A., Crawford, S. G., Gill, S. J., & Gagnon, L. (2021). Mental Health and Maternal Mortality—When New Life Doesn't Bring Joy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *43*(1), 67-73.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.06.016>
46. Kennedy, A. C., Bybee, D., Sullivan, C. M., & Greeson, M. (2009). The effects of community and family violence exposure on anxiety trajectories during middle childhood: the role of family social support as a moderator. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *38*(3), 365–379. <https://doi.org/10.1080/15374410902851713>
47. Kessler, R. C., Kendler, K. S., Heath, A., Neale, M. C., & Eaves, L. J. (1992). Social support, depressed mood, and adjustment to stress: A genetic epidemiologic investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*(2), 257–272. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.2.257>
48. Kingsbury, A. M., Plotnikova, M., Clavarino, A., Mamun, A., & Najman, J. M. (2018). Social adversity in pregnancy and trajectories of women's depressive symptoms: A longitudinal study. *Women and Birth*, *31*(1), 52-58. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.016>
49. Kingston, D., & Tough, S. (2014). Prenatal and postnatal maternal mental health and school-age child development: a systematic review. *Maternal and child health journal*, *18*(7), 1728–1741. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1418-3>
50. Klanienė, I., Saveljeva, R., Skališienė, R., Stupurienė V., Žičkienė D. (2023) Smurto ir patyčių prevencija ikimokyklinio ugdymo įstaigoje. Metodinės rekomendacijos .Nacionalinė švietimo agentūra
51. Laurinaitytė, I., Assini-Meytin, L. C., & Čunichina, K. (2022). Examining the Associations between Adverse Childhood Experiences, Health Risk Behaviours, and Psychological Well-Being in a Convenience Sample of Lithuanian University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(6), 3253. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19063253>

52. Lee, C. Y. S., Anderson, J. R., Horowitz, J. L., & August, G. J. (2009). Family income and parenting: The role of parental depression and social support. *Family Relations*, 58(4), 417-430. doi: 10.1111/j.1741-3729.2009.00563.x
53. Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC psychiatry*, 8, 24. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-24>
54. Lippard, T. C., & Nemeroff, C. B. (2020). The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders. *The American journal of psychiatry*, 177(1), 20. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010020>
55. Lord, C., Hall, G., Soares, C. N., & Steiner, M. (2011). Physiological stress response in postpartum women with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Psychoneuroendocrinology*, 36(1), 133-138. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.04.014>
56. McCloskey, L. A., Figueredo, A. J., & Koss, M. P. (1995). The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child development*, 66(5), 1239-1261.
57. McLaughlin, K. A., Kubzansky, L. D., Dunn, E. C., Waldinger, R., Vaillant, G., & Koenen, K. C. (2010). Childhood social environment, emotional reactivity to stress, and mood and anxiety disorders across the life course. *Depression and anxiety*, 27(12), 1087-1094. <https://doi.org/10.1002/da.20762>
58. Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., Honikman, S., & Milgrom, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature reviews. Disease primers*, 4, 18022. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.22>
59. Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child abuse & neglect*, 69, 10. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>
60. Miranda, J. K., de la Osa, N., Granero, R., & Ezpeleta, L. (2013). Maternal childhood abuse, intimate partner violence, and child psychopathology: the mediator role of mothers' mental health. *Violence against women*, 19(1), 50-68. <https://doi.org/10.1177/1077801212475337>
61. Molmen Lichter, M., Peled, Y., Levy, S., Wiznitzer, A., Krissi, H., & Handalzalts, J. E. (2021). The associations between insecure attachment, rooming-in, and postpartum depression: A 2 months' longitudinal study. *Infant mental health journal*, 42(1), 74-86. <https://doi.org/10.1002/imhj.21895>
62. Noll, J. G., Haralson, K. J., Butler, E. M., & Shenk, C. E. (2011). Childhood maltreatment, psychological dysregulation, and risky sexual behaviors in female

- adolescents. *Journal of pediatric psychology*, 36(7), 743–752.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsr003>
63. Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498–511. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.3.498>
64. O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37–54. <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
65. Ogle, C. M., Miller, T. L., Fisher, J. E., Zhou, J., & Cozza, S. J. (2022). Latent classes of child neglect types and associated characteristics. *Child abuse & neglect*, 134, 105909. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105909>
66. Perminas, A., Pečiulienė, I., Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., & Gustainienė, L. (2014). Subjektyviai suvokto streso kitimas taikant progresuojančios raumenų bei biogrižtamojo ryšio relaksacijas studentų grupėje.
67. Racine, N., Plamondon, A., Madigan, S., McDonald, S., & Tough, S. (2018). Maternal Adverse Childhood Experiences and Infant Development. *Pediatrics*, 141(4), e20172495. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2495>
68. Razurel, C., Kaiser, B., Sellenet, C., & Epiney, M. (2013). Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: a review of the literature. *Women & health*, 53(1), 74–99. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.732681>
69. Rice, V. H. (2012). Theories of stress and its relationship to health. In V. H. Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice* (pp. 22–42). Sage Publications, Inc.
70. Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H., & Gillman, M. W. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of epidemiology and community health*, 60(3), 221–227. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.039370>
71. Ross, L. E., & McLean, L. M. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(8), 1285–1298. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0818>
72. Schury, K., Zimmermann, J., Umlauf, M., Hulbert, A. L., Guendel, H., Ziegenhain, U., & Kolassa, I. T. (2017). Childhood maltreatment, postnatal distress and the protective role of social support. *Child abuse & neglect*, 67, 228–239. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.021>

73. Seng, J. S., Low, L. K., Sperlich, M., Ronis, D. L., & Liberzon, I. (2013). Post-traumatic stress disorder, child abuse history, birthweight and gestational age: A prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(6), 725-733. doi:10.1111/1471-0528.12136
74. Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 104, 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
75. Sidebotham, P., Brandon, M., Bailey, S., Belderson, P., Garstang, J., Harrison, E., ... & Sorensen, P. (2016). *Pathways to harm, pathways to protection: a triennial analysis of serious case reviews 2011-2014* (No. DfE RR545). Department for Education.
76. Smith, D. W., Letourneau, E. J., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2000). Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey. *Child abuse & neglect*, 24(2), 273–287. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(99\)00130-1](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(99)00130-1)
77. Thoits P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? What next?. *Journal of health and social behavior, Spec No*, 53–79.
78. Toof, J., Wong, J., & Devlin, J. M. (2020). Childhood trauma and attachment. *The Family Journal*, 28(2), 194-198. doi: 10.1177/1066480720902106
79. Tovino, S. A. (2010). Scientific understandings of postpartum illness: improving health law and policy. *Harv. JL & Gender*, 33, 99.
80. Ullman, S. E., Townsend, S. M., Filipas, H. H., & Starzynski, L. L. (2007). Structural Models of the Relations of Assault Severity, Social Support, Avoidance Coping, Self-Blame, and PTSD Among Sexual Assault Survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 31(1), 23–37. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2007.00328.x>
81. Vigod, S. N., Tarasoff, L. A., Bryja, B., Dennis, L., Yudin, M. H., & Ross, L. E. (2013). Relation between place of residence and postpartum depression. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 185(13), 1129-1135. <https://doi.org/10.1503/cmaj.122028>
82. Vranceanu, A. M., Hobfoll, S. E., & Johnson, R. J. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: the role of social support and stress. *Child abuse & neglect*, 31(1), 71–84. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.04.010>
83. Werner, E. E. (2013). What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 87–102). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_6

84. Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child abuse & neglect*, 32(8), 785–796. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.12.006>
85. World Health Organization. (2021). Violence against children: Childhood violence is a global problem. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
86. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

PRIEDAI

1 priedas. Skalių vidinio suderinamumo bei normalumo įverčiai

	Cronbach α	Kurtosis	Skewness	Kolmogorov- Smirnov testas	p
Suvoktas stresas	0,86	-0,78	-0,12	0,08	0,03
Suvokta socialinė parama	0,94	-0,41	-0,68	0,13	<0,001
Suvokta partnerio parama	0,91	0,58	-1,20	0,19	<0,001
Suvokta šeimos parama	0,90	-0,07	-0,90	0,15	<0,001
Suvokta draugų parama	0,94	-1,11	-0,28	0,12	<0,001
Suvoktos paramos naudojimas	0,95	1,47	-1,23	0,13	<0,001
Vaiksytėje patirtas smurtas	0,83	-1,14	-0,03	0,15	<0,001
Fizinis smurtas	0,82				
Emocinis smurtas	0,85				
Seksualinis smurtas	0,82				
Smurtas tarp tėvų	0,87				
Fizinė nepriežiūra	0,81				
Emocinė nepriežiūra	0,87				
Tėvų skyrybos/mirtys	0,21				
Psichoaktyvių medžiagų vartojimas	0,29				
Psichinė liga	0,35				

2 priedas. Informuoto sutikimo forma

Gerbiamoji,

esu Aušra Brikaitė, Vilniaus universiteto II kurso Teisės psichologijos magistro programos studentė. Šiuo metu rašau baigiamąjį magistro darbą ir kviečiu Jus dalyvauti tyrime apie pirmaisiais metais po gimdymo gaunamą palaikymą, patiriamą stresą bei Jūsų pačių išgyventas patirtis vaikystėje. Tyrime kviečiu dalyvauti visas **vienerių metų (1 m.) laikotarpyje gimdžiusias suaugusias moteris, kurios augina iki 12 mėnesių kūdikį.**

Atsakyti į visus pateiktus klausimus užtruks 10-15 minučių. Tyrimo duomenys yra visiškai konfidencialūs - jokia asmens tapatybę galinti atskleisti informacija nebus renkama. Tyrimo metu gauti duomenys bus naudojami tik moksliniais tikslais, o rezultatai - pateikiami tik apibendrintai.

Jūsų dalyvavimas šiame tyrime yra savanoriškas. Tad jei nuspręstumėte jame nebedalyvauti, galite bet kada savo dalyvavimą stabdyti. Nors dalyvavimas nenumato jokios rizikos, tačiau jei pateikti klausimai sukeltų nemalonių jausmų, kviečiame kreiptis į nemokamą pagalbos liniją telefonu <https://pagalbasau.lt/pagalbos-linijos/>

Dėkoju už Jūsų skirtą laiką, o kilus klausimams ar pastebėjimams, prašau kreiptis el. paštu: ausra.brikaite@fsf.stud.vu.lt

Tyrime dalyvauti *

Sutinku

Nesutinku

3 priedas. Nepalankių vaikystės patirčių faktorinės analizės su Varimax sukiniu teiginių faktorių svoriai

Klausimai	Faktoriai					
	1	2	3	4	5	6
	faktorius	faktorius	faktorius	faktorius	faktorius	faktorius
	Emocinis smurtas	Fizinis smurtas	Seksualinis smurtas	Smurtas tarp tėvų	Fizinė nepriežiūra	Emocinė nepriežiūra
1	0,77	0,14	0,01	0,06	0,32	-0,07
2	0,84	0,22	0,03	0,08	0,23	-0,08
3	0,19	0,90	0,01	-0,01	0,14	-0,01
4	0,04	0,83	0,04	0,11	0,08	0,19
5	0,08	0,16	-0,13	0,78	-0,03	-0,16
6	-0,10	0,11	0,03	0,78	0,07	-0,19
7	0,09	-0,03	0,14	0,86	0,05	0,11
8	0,01	-0,09	0,13	0,84	0,02	0,26
9	0,31	0,09	0,85	0,14	0,02	-0,14
10	0,21	0,06	0,88	0,20	0,15	-0,03
11	0,06	0,04	0,80	0,25	0,23	0,17
12	0,06	-0,03	0,69	-0,05	0,06	0,61
13	0,39	0,23	0,04	0,17	0,03	0,79
14	0,36	0,14	0,07	0,18	0,01	0,83
15	0,06	0,15	0,09	0,19	0,88	-0,16
16	0,14	0,29	0,05	0,09	0,83	0,17

Pastaba. Paryškintu šriftu pažymėti didžiausių faktorių svoriai

4 priedas. Suvoktos socialinės paramos faktorinės analizės su Varimax sukiniu teiginių faktorių svoriai

Klausimai	Faktoriai		
	1 faktorius	2 faktorius	3 faktorius
	Partnerio parama	Šeimos parama	Draugų parama
1	0,86	0,29	0,09
2	0,88	0,21	0,13
3	0,29	0,62	0,47
4	0,34	0,74	0,36
5	0,79	0,29	0,25
6	0,22	0,14	0,85
7	0,25	0,12	0,91
8	0,22	0,71	0,55
9	0,29	0,13	0,85
10	0,74	0,17	0,34
11	0,38	0,83	0,24
12	0,22	0,23	0,86

Pastaba. Paryškintu šriftu pažymėti didžiausių faktorių svoriai

5 priedas. Aprašomoji skalių įverčių statistika tirtoje imtyje

	N	Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė	M	SD
Suvoktas stresas	154	1	36,00	20,04	7,44
Suvokta socialinė parama	154	0	6,00	4,15	1,42
Suvokta partnerio parama	154	0	6,00	4,66	1,55
Suvokta šeimos parama	154	0	6,00	4,28	1,59
Suvokta draugų parama	154	0	6,00	3,52	1,73
Panaudota suvokta parama	154	0	6,00	4,62	1,24
Vaikystėje patirtas smurtas	154	0	6,00	2,64	1,82

6 priedas. Suvoktos paramos ir atskirų jos šaltinių mediacinė analizė

Nepriklausomas kintamasis	Mediatorius	Priklausomas kintamasis	Tiesioginis efektas			Netiesioginis efektas		
			<i>B</i>	95% PI		<i>B</i>	95% PI po sav	
				Maž.	Didž.		Maž.	Didž.
Suvoktas stresas	Suvokta parama	Vaikystėje patirtas smurtas				0,09	0,03	0,17
	Šeimos parama					0,15	0,06	0,26
	Draugų parama		0,38	0,19	0,56			
	Partnerio parama					0,13	0,05	0,23

7 priedas. Kintamųjų mediacinė analizė, kai kontroliuojami kiti du kintamieji

Nepriklausomas kintamasis	Mediatorius	Priklausomas kintamasis	Tiesioginis efektas			Netiesioginis efektas		
			<i>B</i>	95% PI		<i>B</i>	95% PI po sav	
				Maž.	Didž.		Maž.	Didž.
Suvoktas stresas	Šeimos parama	Vaikystėje patirtas smurtas				0,02	-0,02	0,07
	Draugų parama		0,22	0,02	0,40	0,1	-0,02	0,06
	Partnerio parama					0,13	-0,04	0,04

8 priedas. Suvokto streso, suvoktos socialinės paramos šaltinių ir smurto tipų koreliacijos koeficientai

Kintamieji	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Partnerio parama	1									
Šeimos parama	0,80	1								
Draugų parama	0,57	0,63	1							
Emocinis smurtas	-0,19	-0,23	-0,13	1						
Seksualinis smurtas	-0,16	-0,13	-0,21	0,10	1					
Fizinis smurtas	-0,17	-0,24	-0,19	0,66	0,16	1				
Smurtas tarp tėvų	-0,05	-0,10	-0,11	0,39	0,18	0,39	1			
Emocinė nepriežiūra	-0,23	-0,28	-0,29	0,39	0,12	0,44	0,27	1		
Fizinė nepriežiūra	-0,03	-0,11	-0,07	0,28	0,19	0,23	0,28	0,37	1	
Suvoktas stresas	-0,41	-0,39	-0,36	0,25	0,07	0,19	0,08	0,29	0,16	1

Pastaba. Paryškinti reikšmingi koeficientai, kai $p < 0,05$.