

VILNIAUS UNIVERSITETAS

Jurgita Smiltė  
JASIULIONĖ

Gimimo aplinkybių ir pažintinės,  
emocinės, socialinės raidos ankstyvoje  
vaikystėje sąsajos

**DAKTARO DISERTACIJA**

Socialiniai mokslai,  
psichologija S 006

---

VILNIUS 2019

Disertacija rengta 2013 – 2018 metais Vilniaus universitete.  
Mokslinius tyrimus rėmė Lietuvos valstybinio mokslo ir studijų fondas,  
Lietuvos mokslo taryba.

**Mokslinė vadovė – prof. dr. Roma Jusienė** (Vilniaus universitetas,  
socialiniai mokslai, psichologija – S 006).

## TURINYS

|   |     |
|---|-----|
| PAGRINDINĖS SĄVOKOS .....   | 5   |
| 1. ĮVADAS.....  | 7   |
| 1.1 Gimdymas ir gimimas biopsichosocialiniu požiūriu .....  | 7   |
| 1.2 Gimdymų namuose problematika.....   | 14  |
| 1.3 Gimimo aplinkybių reikšmė vaiko raidai .....  | 19  |
| 1.4 Motinų sąveikų su mažais vaikais ypatumai ir juos veikiantys su gimdymu susiję veiksniai .....                              | 31  |
| 1.5 Psichosocialinė ir pažintinė raida ankstyvojoje vaikystėje bei jai svarbūs veiksniai biopsichosocialiniu požiūriu .....     | 40  |
| 1.6 Tyrimo aktualumas ir naujumas .....   | 50  |
| 1.7 Tyrimo tikslas ir klausimai .....   | 53  |
| 2. TYRIMO METODIKA.....   | 55  |
| 2.1 Tyrimo dalyviai .....   | 55  |
| 2.2 Tyrimo eiga .....   | 57  |
| 2.3 Kintamieji ir jų matavimo būdai.....  | 61  |
| 2.4 Duomenų apdorojimas ir statistinės analizės metodai.....  | 76  |
| 3. REZULTATAI.....  | 79  |
| 3.1 Skirtingomis aplinkybėmis gimusių vaikų ir motinų sociodemografinės charakteristikos bei nėštumo ir gimdymo ypatumai.....   | 79  |
| 3.2 Gimimo aplinkybių ir vaikų raidos sąsajų analizė.....   | 86  |
| 3.3 Gimdymo aplinkybių sąsajų su motinos emocine savijauta, asmenybės bruožais bei santykiais su vyru ar partneriu analizė..... | 94  |
| 3.4 Motinos-vaiko sąveikų ypatumų skirtingose gimimo būdo grupėse analizė.....  | 96  |
| 3.5 Vaikų iki 4 m. amžiaus psichosocialinės raidos, gimimo aplinkybių bei motinos veiksnių sąsajas paaškinantis modelis .....   | 106 |
| 4. REZULTATŲ APTARIMAS .....  | 116 |
| 4.1 Skirtingu būdu gimusių vaikų emocijų ir elgesio sunkumai.....   | 117 |

|  |     |
|--|-----|
| 4.2 Skirtingu būdu gimusių vaikų samprotavimo ir savireguliacijos gebėjimai tyrėjų vertinimu .....   | 121 |
| 4.3 Gimdymo aplinkybių, motinos asmenybės bruožų, emocinės savijautos bei santykių su vyru ar partneriu sąsajos.....                       | 123 |
| 4.4 Motinų sąveikų su vaikais ypatumai skirtingose gimimo būdo grupėse....   | 125 |
| 4.5 Vaikų iki 4 metų amžiaus psichosocialinės raidos, gimimo aplinkybių bei motinos veiksnių sąsajas paaiškinančio modelio aptarimas ..... | 130 |
| 4.6 Tyrimo ribotumai ir tolimesnių tyrimų gairės .....   | 137 |
| 4.7 Praktinės rekomendacijos .....   | 141 |
| IŠVADOS.....   | 144 |
| LITERATŪROS SĄRAŠAS.....   | 147 |
| PRIEDAI .....  | 183 |
| PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS .....  | 201 |

## PAGRINDINĖS SĄVOKOS

**Gimdymas natūraliais gimdymo takais** – tai procesas, kai suėjus ne mažiau kaip 22 nėštumo savaitėms, dėl reguliarių, ritmiškų ir vis stiprėjančių gimdos susitraukimų atsiveria gimdos kaklelis, o kakleliui visiškai atsivėrus, gimdyvei valingai stanginantis, iš gimdos ertmės išstumiamas vaisius, placenta ir dangalai (Gintautas, Bagušytė, 2010).

**Cezario pjūvio operacija** – nėštumo užbaigimo operacija, kai vaisius ištraukiamas per pjūvius priekinę pilvo sieną ir gimdą. Planinė cezario pjūvio operacija numatoma sudarant gimdymo priežiūros planą, konkrečiu nėštumo momentu, kai nustatoma, jog yra indikacijų daryti cezario pjūvį. Skubi cezario pjūvio operacija atliekama atsiradus priežasčių netikėtai, staiga arba komplikavusis natūraliam gimdymui (Railaitė, 2010).

**Emocijų sunkumai** – vaikystėje išgyvenami sunkumai, kurių išraiška nukreipta į vidinius išgyvenimus, tokius kaip depresyvumas, nerimastingumas, užsisklendimas (Achenbach, Rescorla, 2000).

**Elgesio sunkumai** – vaikystėje išgyvenami sunkumai, kurių išraiška yra nukreipta į išorinį pasaulį, į aplinką ir pasižymi tokiomis vaiko elgesio apraiškomis kaip agresyvūs veiksmai, dėmesio trūkumas ir aktyvumas, prieštaraujantis neklusnumas (Achenbach, Rescorla, 2000).

**Samprotavimo gebėjimai** – tai neverbaliniai mąstymo gebėjimai, apimantys tapačių ir skirtingų, panašių ir nepanašių figūrų skyrimą, gebėjimą įvertinti figūros orientaciją savo paties ir suvokimo lauke esančių objektų atžvilgiu, visumos skaidymą į jos sudedamąsias dalis, dviejų ar kelių figūrų suvokimą kaip sudarančias tam tikrą organizuotą visumą (Raven, Court, & Raven, 1998).

**Savireguliacijos gebėjimai** – tai tarpusavyje susiję vaiko gebėjimai reguliuoti emocijas, dėmesį ir elgesį siekiant veiksmingai prisitaikyti prie vidinių ir išorinės aplinkos reikalavimų (Calkins & Hoves, 2004, cit. iš Breidokienė, 2014).

**Pogimdyminis depresiškumas** – kitaip dar vadinamas pogimdyminiu liūdesiu – tai tokia moters emocinė būklė po gimdymo, kai pasireiškia tik dalis depresijai būdingų požymių, pavyzdžiui, liūdna nuotaika, sunkumas džiaugtis tuo, kas anksčiau džiugino, be priežasties kylantys nerimo ar susirūpinimo jausmai, ir dėl to nėra diagnozuojama klinikinė depresija (Danilevičiūtė, 2006).

**Motinos saviveiksmingumas** – motinų suvokiamas kompetencijos jausmas, pasireiškiantis pasitikėjimu savo gebėjimais pozityviai veikti savo vaikų elgesį bei raidą (Coleman & Karraker, 2003).

**Motinos sąveikavimo stilius** – bendros veiklos su vaiku stebima tokių motinos elgesio apraiškų, kaip pozityvus vadovavimas, kontrolė arba direktyvus vadovavimas, kišimasis ir atsitraukimas, visuma (Calkins, Smith, Gill, & Johnson, 1998).

**Abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas** - tai diadiniame motinos – vaiko santykiuose stebimas elgesys, nusakomas trimis pagrindinėmis dimensijomis: harmoningu tarpusavio bendravimu, abipusiu bendradarbiavimu bei šilta emocine atmosfera (Aksan, Kochanska, & Ortmann, 2006).

## 1. ĮVADAS

### 1.1 Gimdymas ir gimimas biopsichosocialiniu požiūriu

*„Aš noriu vėl ten grįžti. Ten, į savo gimdymą, noriu dar ir dar kartą tai patirti. (...) Nes tai ne tik meilės hormonų kokteilis, tai jausmų vandenynas. Bekraštė ir beribė visaapimanti gelmė. Kuri tave apkabina ir kažkur neša. Kartais išnyri, atsimerki, matai daiktus, vyrą, gydytoją, kažką sakančią. Žodžiai, nesuprantami žodžių karoliai. Laikrodis ant sienos, pusė aštuonių...ir vėl gelmė. Noriu į ją ir vėl panerti, vėl tai patirti.“*  
*(Iš moterų papasakotų gimdymo istorijų knygoje „Paukščio snapė. Žmogaus delne“, sud. R. Bačiulienė, 2016, 39 p.)*

Nuo seniausių laikų, įvairiose kultūrose, kūdikio gimimo momentas buvo laikomas slėpiningu, dvasiniu, o kartais ir sakralizuotu virsmu šeimos, moters, kūdikio gyvenime. Baltų senojoje kultūroje motina buvo laikoma vartais, pro kuriuos nauja gyvybė ateina į žemiškąją būtį, tačiau, tuo pačiu, buvo pripažįstama, kad gimimas ir gimdymas – tai virsmas abiem pusėms, aktyviai dalyvaujančioms procese – ir kūdikiui, ir gimdyvei. Todėl šio virsmo metu, kuris prasidėdavo nuo pat pastojimo, nėščia moteris buvo ypatingai saugojama ir globojama, o kūdikis, gimties virsme – ypač nestabilioje būsenoje, kurioje bet kokia aplinkos įtaka buvo laikoma svarbia – buvo saugomas šimtais nurodymų, draudimų ir perspėjimų (Žarskus, Patackas, 2013). Kaip rašė Gélis, istorikas, tyrinėjęs gimties kultūrą ir tradicijas vakarų Europos šalyse, gimimo metu „kūdikis randa kelią per tamsius gimties labirintus ir įkrenta į šį pasaulį. Jo motinai tenka pereiti simbolinį ciklą. Po ilgai trukusio nėštumo periodo, laiko, kuriame vyravo neapibrėžtumas ir viltis, ateina trumpas gimdymo periodas – kentėjimo ir išsilaisvinimo laikas tiek motinai, tiek kūdikiui.“ (Gélis, 1991, 95 p.). Ir nors tiek motina, tiek kūdikis dalyvauja viename – gimties – virsme, tačiau tikėtina, kad jį patiria skirtingai. Todėl šiame darbe naudosime du terminus jam nusakyti: gimdymas, kuomet kalbame iš moters perspektyvos, ir gimimas, kuomet kalbame iš vaiko perspektyvos.

Šiuolaikiniame pasaulyje gimimas yra laikomas kritiniu, dar kitaip vadinamu „jautriu“ žmogaus gyvenimo tarpsniu. Biologiniu požiūriu gimimas – vaisiaus perėjimas iš gyvenimo motinos iščiose, į gyvenimą išoriniame pasaulyje – yra vienas iš dramatiškiausių ir fundamentaliausių fenomenų, nes jo metu vaisius patiria stiprius ir ypatingos adaptacijos

reikalaujančius pokyčius: išėjimą iš vandens aplinkos, kur deguonis gaunamas per placentą, ir atėjimą į sausą aplinką, kur kvėpavimas vyksta plaučių pagalba, perėjimą iš kūno temperatūros aplinkos į žymiai vėsesnę bei išėjimą iš sterilios bakterinės aplinkos (Lagercrantz & Slotkin, 1986). Psichologiniu požiūriu gimimas tuo pat metu yra ir universalus, ir unikalus patyrimas. Šeimos gyvenime tai yra reikšmingas įvykis, veikiantis šeimos, kaip sistemos, tolesnę raidą, šeimos ir moters sveikatą, o nemažai moterų ir vyrų kūdikio gimimą apibūdina kaip vieną iš daugiausiai iššūkių keliančių, bet tuo pačiu – prasmingiausių jų gyvenimo patirčių (Saxbe, 2017).

Daugumoje psichologinės raidos teorijų gimimo momentas tampa atspirties tašku, nuo kurio pradedama analizuoti žmogaus raida bei jos dėsninumai. Taip pat daugumos psichologijos kryptių atstovai pripažįsta pirmųjų raidos etapų po gimimo – kūdikystės ir ankstyvosios vaikystės – svarbą tolesniam asmenybės vystymuisi. Tuo tarpu pats gimdymas ir gimimas nesulaukia didesnio psichologijos tyrėjų dėmesio teoriniuose ar empiriniuose tyrinėjimuose. Tik psichoanalitinėje raidos teorijoje atkreiptas dėmesys į gimimo patyrimą, kaip galimai susijusį su tolesniu žmogaus psichologiniu funkcionavimu. Psichoanalitiniu požiūriu gimimas vertinamas kaip pirmas trauminis patyrimas žmogaus gyvenime – naujagimis, perėjęs iš iščių į išorinį gyvenimą, susiduria su tokia stimuliacijos gausa, su kuria jam neįmanoma susitvarkyti. Reakcija į tokią hiperstimuliaciją yra intensyvi baimė. Psichoanalitiniu požiūriu lengvesnis, sklandesnis gimimas, kurio metu kūdikis patiria mažiau šoko, yra sietinas su mažesne gimimo trauma ir sklandesne vėlesne kūdikio, o taip pat ir suaugusiojo adaptacija (Thomas, 2005). Labiausiai gimimo traumas idėją išplėtojo psichoanalitikas Otto Rank, teigęs, kad gimimo trauma yra susijusi su jau suaugusių žmonių nerimo neurozėmis ir 1924 m. išleidęs knygą „Gimimo trauma“ (Rank, 1993).

Negalime nuneigti, kad gimdymas ir gimimas yra svarbūs žmogaus patyrimai: gimdymo patyrimas gali būti susijęs su tolesniu tėvų-vaiko prieraišumo formavimusi (pvz., Forcada-Guex et al., 2011), kai skausmingas, sunkus ar galimai traumuojantis gimdymo patyrimas veikia tėvų, o ypač motinos sveikatą po gimdymo (pvz., Weisman et al., 2010), o per tai – jos santykį su vaiku (pvz., Kokubu, Okano & Sugiyama, 2012) bei vaiko raidą (pvz., Rijlaarsdam et al, 2013). Taigi svarbu, kad gimdymas ir gimimas atrastų vietą ir šiuolaikiniuose psichologijos tyrimuose. Vienas iš būdų analizuoti gimdymą ir gimimą bei jų vietą tolesnėje vaiko, žmogaus raidoje – tai remtis biopsichosocialiniu požiūriu (Saxbe, 2017). Biopsichosocialinis modelis visų pirma pradėtas taikyti medicinoje ir sveikatos psichologijoje, siekiant geriau



suprasti žmogaus fizinės sveikatos ir jos sutrikimų kilmę. Šis modelis remiasi idėja, kad fizinė sveikata bei žmogaus gerovė yra veikiami ir formuojama biologinių, psichologinių bei socialinių procesų tarpusavio sąveikos (Engel, 1977; Suls & Rothman, 2004). Sėkmingai įsitvirtinęs sveikatos psichologijos srityje, biopsichosocialinis požiūris per kelis dešimtmečius imtas taikyti ir kitose psichologijos mokslo šakose, pavyzdžiui, aiškinant raidos dėsningumus ir psichopatologiją (Agnafors, 2016; Calkins, Propper, Mills-Koonce, 2013), šeimos funkcionavimą (Calkins, 2011).

Gimdymą biopsichosocialiniu požiūriu galime analizuoti dvejopai. Pirmą, bandyti suprasti gimdyme dalyvaujančių biologinių, psichologinių bei socialinių veiksnių reikšmę, kurie gali būti svarbūs ne tik pačiai gimdymo eigai, bet ir moters gimdymo patirties suvokimui bei vertinimui, o per tai – ir moters savijautai bei ankstyvosioms sąveikoms su vaiku. Antra, gimimo momentą galima ir svarbu būtų vertinti ir tirti kaip biologinės, o, galbūt, ir psichologinės kilmės veiksnių, galimai reikšmingą vėlesnėje naujagimio, vaiko raidoje. Siekdami geriau suprasti gimdymo vaidmenį moters patyrimo bei gimimo momento reikšmę vaiko raidoje, trumpai apžvelgsime tiek gimdyme svarbius biologinius, psichologinius, socialinius veiksnius, tiek tyrimus apie gimdymą, kaip vaiko raidai svarbų veiksnių.

### 1.1.1 Biologiniai gimdymo procesai

Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos apibrėžimu, „gimdymas laikomas normaliu (fiziologiniu), jeigu: a) prasidėjo savaimingai; b) nėščioji buvo priskiriama mažos rizikos grupei ir tokia liko per gimdymą, c) vaisius gimė pakaušiu, išnešiotas, gimdyvės pastangomis; d) po gimdymo motinos ir naujagimio būklė gera“ (Gintautas, Bagušytė, 2010, 7 psl.). Nors ir nėra iki galo aišku, kas lemia gimdymo pradžią ir yra skirtingos teorijos, aiškinančios, nuo ko prasideda gimdymas, visgi yra nustatyta, kad gimdymo pradžia svarbūs yra tam tikri hormonai, t.y. kortikotropino atpalaiduojamasis faktorius, skatinantis kortizolio, vaisiaus oksitocino ir placentos prostaglandinų išsiskyrimą (Gintautas, Bagušytė, 2010).

Taigi, biologiniu požiūriu gimdymas, visų pirma, reiškia glaudų įvairių moters fiziologinių sistemų sąveikavimą. Anot Odent (2004) „žiūrint į gimdymą iš modernaus gimdymo fiziologo pozicijos, aktyviausia moters „kūno“ dalis gimdymo metu – liaukos, aktyviai ir nuolatos išskiriančios gimdymui reikalingus hormonus. Šio proceso buveinė – itin senos ir

primityvios smegenų struktūros: pagumburis ir hipofizė“ (Odent, 2004, 18 p.). Dėl pagumburio – hipofizės – antinksčių (PHA) ašies aktyvavimo gimdymo metu didėja hormono kortizolio sekrecija, išsiskiria hormonas oksitocinas, atsakingas už sąrėmių atsiradimą ir tolesnę gimdos veiklą. Taip pat aktyvuojasi ir vidinė gimdymo skausmo malšinimo sistema – išsiskiria tokie neuropeptidai, kaip beta-endorfinai, reguliuojantys skausmo pojūtį. Ši sąveika tarp skirtingų hormonų – kortizolio, oksitocino, natūralių opioidų – reguliuoja gimdymo tempą bei mažina skausmo pojūčius ne tik motinai (Saxbe, 2017), bet ir naujagimiui (Kenkel, Yee, & Carter, 2014).

Visgi ne kiekvieno gimdymo metu visos fiziologinės sistemos sklandžiai sąveikauja tarpusavyje – dėl tam tikrų aplinkybių, veiksnių įtakos, gimdymo veikla gali sutrikti. Tuomet į pagalbą pasitelkiamos medicininės intervencijos: gimdymo sužadinimas ar skatinimas, gimdymo skausmą malšinančių preparatų naudojimas ar, kilus grėsmei vaisiaus ar motinos gyvybei, cezario pjūvio operacija – nėštumo užbaigimo operacija, kai vaisius ištraukiamas per pjūvius priekinę pilvo sieną ir gimdą. Ši operacija gali būti planinė, kuri numatoma iš anksto, esant tam tikroms medicininėms indikacijoms, arba skubi, atliekama komplikavusis natūraliam gimdymui (Railaitė, 2010). Odent (2004) teigia, kad svarbu atsižvelgti, kaip atsiranda ir kur kyla natūralių gimdymo procesų slopinimas. Pasak jo, „gimdymo metu kylančio slopinimo centras yra „naujojoje žievėje“ (lot. neocortex) – puikiai išsivysčiusioje smegenų dalyje, kuri dar gali būti vadinama „mąstančiomis smegenimis“. Gimdydama natūraliai moteris gali elgtis taip, kaip niekada nesielgia kasdieniniame gyvenime, pvz.: šaukti, stovėti jai neįprastose pozose, kelti neįprastą triukšmą. Tai reiškia, kad tuo metu yra sumažėjęs „naujosios žievės“ aktyvumas ir poveikis. Tad, iš praktinio požiūrio taško, šis „naujosios žievės“ kontrolės sumažėjimas yra svarbiausias aspektas gimdymo metu. Tai leidžia mums suprasti, kad gimdymo metu moterį, visų pirma, reikia apsaugoti nuo stimuliacijos, galimai „jungiančios“ slopinamąjį „naujosios žievės“ poveikį“ (Odent, 2004, 20 psl.). Racionali kalba, ryški šviesa, jausmas, kad esi stebimas, ar situacijos, kurių metu išsiskiria adrenalinas bei jo šeimos hormonai, yra keletas iš veiksnių, stimuliuojančių „naują žievę“ ir galimai susijusių su natūralių gimdymo procesų slopinimu (Odent, 2004). Tai rodo, kad greta fiziologinių, biologinių procesų nemažą vaidmenį gimdyme vaidina ir psichologiniai bei socialiniai veiksniai, kurie gali netgi žymiai labiau sietis su gimdymo patyrimo vertinimu.

### 1.1.2 Psichologinių ir socialinių veiksnių vaidmuo gimdyme

*„Gimdydama jautiesi taip baisiai vieniša, kad norėtusi būti kieno nors, visiškai nesvarbu kieno, glėbyje per visą tą laiką“*

*(iš moterų papasakotų gimdymo istorijų W. Fijalkowski knygoje „Gimdymo dovana“, 2000, 153 p.)*

Tiek pats nėštumo laikotarpis, tiek artėjantis gimdymas moteriai ir jos šeimai kelia įvairių jausmų. Tad pirmoji grupė psichosocialinių veiksnių, „dalyvaujančių“ gimdymo procese, yra susijusi su moters požiūriu į gimdymą, jos turimomis žiniomis ar nuostatomis apie jį, arba ankstesne patirtimi, susijusia su gimdymu. Nuostatos į gimdymą, gimdymo baimė, ypač kai kalbama apie pirmą kartą gimdančias moteris, neretai yra susijusi su moters nepasitikėjimu savo kūnu ir suvokiama kontrolės stoka (Fenwick et al., 2013; Nieminen, Stephansson, & Ryding, 2009), emocinės paramos, gaunamos nėštumo metu stoka (Saisto, 2001), žinių trūkumu apie gimdymo metu vykstančius procesus ir prieinamus skausmo malšinimo ar paramos būdus (Aksoy et al., 2014; Fenwick et al., 2013). Šias nuostatas ar žinių trūkumą nesunkiai galima koreguoti rengiant paskaitas, mokymus besilaukiančioms šeimoms. Tad nenuostabu, kad pastaraisiais dešimtmečiais besilaukiančios moterys ir jų partneriai yra skatinami ruošti gimdymui ir įvairiose medicinos įstaigose ar visuomeninėse organizacijose sudaromos sąlygos gauti žinių, susijusių su nėštumu, gimdymu bei naujagimio priežiūra. Nėštumo metu moterims bei jų partneriams skirti pasiruošimo gimdymui bei pogimdyminiam laikotarpiui kursai yra vienas iš būdų mažinti su gimdymu susijusias baimes bei padėti šeimoms sklandžiau išgyventi patį gimdymą bei pogimdyminio laikotarpio adaptaciją. Moterys, lankiusios specialius pasiruošimo gimdymui kursus, kuriuose ne tik suteikiama informacija apie bendrus gimdymo metu vykstančius procesus, tačiau šeimos mokomos ir gimdymo metu vertingų įgūdžių, tokių, kaip nemedikamentiniai skausmo malšinimo būdai, sąrėmių metu padedantys kvėpavimo pratimai ir pan., prieš pat gimdymą pasižymėjo žemesniu nerimo ir baimės lygiu (Haapio, Kaunonen, Arffman, & Åstedt-Kurki, 2017; Pinar, Avsar, & Aslantekin, 2018), aukščiau vertino savo saviveiksmingumą, susijusį su gimdymu (Duncan et al., 2017; Fenwick et al., 2013), sklandžiau inicijavo naujagimio žindymą bei lengviau adaptavosi prie pogimdyminio laikotarpio pokyčių (Duncan et al., 2017; Fenwick et al., 2015; Pinar, Avsar, & Aslantekin, 2018).

Emocinis pasiruošimas gimdymui taip pat siejamas su gimdymo skausmo patyrimu, jo stiprumu gimdymo metu (Altundug & Ege, 2013). Gimdymo sukeltas skausmas išties laikomas vienu intensyviausių ir patiriamas kaip stipresnis nei daugelio ūminių ir lėtinių ligų sukeltas skausmas (Melzack, Taenzer, Feldman, & Kinch, 1981; Niven, Murphy – Black, 2000). Tad nenuostabu, kad sveikatos priežiūros sistemoje siekiant gimdymo patirties optimizavimo, gana didelis dėmesys yra skiriamas gimdymo sukulto skausmo malšinimui. Šiuolaikiniuose skausmo tyrimuose sutariama, kad skausmo patyrimas yra asmeninis, subjektyvus ir veikiamas socialinės aplinkos (Melzack, Katz, 2013; Montoya et al., 2004). Taigi, vertinant gimdymo skausmo patyrimą, didelis vaidmuo tenka įvairiems psichologiniams ir socialiniams veiksniams, tokiems, kaip gimdymo skausmo baimė ar katastrofizavimas (Flink, Mroczek, Sullivan, & Linton, 2009; Veringa et al., 2011), žemas su gimdymu susijusio saviveiksmingumo vertinimas (Berentson-Shaw, Scott & Jose, 2009) ar moters nerimastingumas (Beebe, Lee, Carrieri – Kohlman, & Humphreys, 2007; Lang, Sorrell, Rodgers, & Lebeck, 2006). Nors skausmo patyrimo svarbūs yra psichologiniai veiksniai, Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) rekomenduoja normalaus gimdymo atveju nevertoti jokių medikamentų, o esant silpnam ar vidutiniam gimdymo skausmui naudoti nefarmakologinius skausmo malšinimo būdus (WHO, 2018). Visgi gimdymo metu vis dar dominuoja medikamentiniai skausmo malšinimo metodai – epidūrinė nejautra, nuskausminamųjų inhaliacijos, intraveniniai narkotiniai analgetikai (Arlauskaitė ir kt., 2017; Osterman, & Martin, 2011). Paradoksalu, tačiau gimdymo nuskausminimas yra taikomas norint moteriai palengvinti gimdymą ir kai kurie medikamentiniai nuskausminimo metodai, pavyzdžiui, epidūrinis nuskausminimas, pripažįstami kaip išties efektyvūs būdai gimdymo skausmui malšinti, tačiau šie būdai gana dažnai nėra susiję su pozityvesniu gimdymo patyrimu (Jones et al., 2012; Linkholm & Hildingsson, 2015), o kartais tampa ir moters sveikatos sutrikimų po gimdymo rizikos veiksniais (pvz., Jusienė, Žalienė, 2012).

Dar vienas iš gimdymo metu svarbių psychosocialinių veiksnių – emocinis palaikymas iš gimdyje dalyvaujančių žmonių. Tradiciškai įvairiose kultūrose gimdymas buvo laikomas moterų „reikalu“ – gimdyje dalyvaudavo šeimos ar giminės moterys, o pribuvėjos, talkinančios gimdyvei, taip pat, tradiciškai, būdavo moterys (Gélis, 1991). Gimdymui persikėlus į medicinos įstaigas, prasidėjo gimdymo „maskulinizacija“ – gimdymus vis dažniau priimdavo gydytojai vyrai, o taip pat iš gimdymo buvo „išstumtos“ gimdyvei artimos

moterys ar kiti svarbūs žmonės (Saxbe, 2017). Tik XX amžiaus pabaigoje į gimdymo palatas pradėti įsileisti kiti, ne medicinos personalo asmenys, tad šiuo metu Vakarų šalyse jau yra įprasta, kad gimdyne dalyvauja gimdyvės partneris, vyras ar kitas jai reikšmingas žmogus. Taip pat kai kuriose medicinos įstaigose leidžiama dalyvauti ir daugiau gimdyvei asistuojančių žmonių, pavyzdžiui, gimdyvės padėjėjai dulai, galinčiai suteikti tiek emocinį palaikymą, tiek įvairią praktinę pagalbą gimdymo metu – pasiūlyti nefarmakologinius skausmo malšinimo būdus, padėti moteriai suprasti, kas vyksta su jos kūnu, atliepti į tuo metu moteriai kylančius fiziologinius ar emocinius poreikius (Declercq et al., 2013).

Hodnett, Gates, Hofmeyr ir Sakala atliktos 22 tyrimų metaanalizės (2013) rezultatai rodo, kad socialinis, emocinis palaikymas, gaunamas gimdymo metu, siejasi su sklandesne gimdymo eiga, retesniu medikamentinių nuskausminimo būdų naudojimu, trumpesne gimdymo trukme, retesnėmis cezario pjūvio operacijomis, aukštesniais naujagimio būklės vertinimo Apgar skalės balais bei didesniu bendru moters pasitenkinimu gimdymu. McGrath ir Kennell tyrimas (2008) rodo, kad moterys, kurių gimdyne dalyvavo gimdyvės padėjėja dula, rečiau prašė medikamentinio gimdymo nuskausminimo (McGrath & Kennell, 2008), o Campbell su kolegomis (2007) atliktas tyrimas rodo, kad emocinė parama, gauta iš dulų gimdymo metu, siejasi su motinos geresne savijauta po gimdymo, aukštesne saviverte, artimesnėmis sąveikomis su kūdikiu (Campbell et al., 2007). Taigi, šiuolaikiniuose gimdymuose, greta profesionalios medicininės pagalbos, kuri tikrai svarbi gimdyvių ir naujagimių saugumo užtikrinimui, gana didelį vaidmenį pozityviam gimdymo patyrimui ir netgi jo eigai vaidina galimybė gauti emocinį palaikymą iš artimų, moteriai svarbių žmonių.

Apibendrinant tyrimus apie gimdymo procese dalyvaujančius svarbius biologinius, psichologinius ir socialinius veiksnius, svarbu paminėti, kad nei vienos grupės veiksnių negalime absoliutinti kitų atžvilgiu. Taip, kaip biologiniu požiūriu gimdymas yra sklandus, kai sklandžiai sąveikauja įvairios fiziologinės moters ir vaisiaus sistemos, taip biopsichosocialiniu požiūriu gimdymas yra sklandus tuomet, kai šiame procese yra kreipiamas dėmesys į visų šių veiksnių – biologinių, psichologinių ir socialinių – dermę, pastiprinant tą lygmenį, kuriame kyla sunkumų ar kuriame reikalinga pagalba. Kita vertus, panašu, kad būtent psichologinių ir socialinių gimdymui svarbių veiksnių nepakankamas vertinimas sveikatos priežiūros sistemoje lėmė tai, kad dalis besilaukiančių šeimų siekia ir nori gimdyti ne sveikatos priežiūros įstaigose, o savo namuose, kaip vietoje, kurioje moteris jaučiasi emociškai saugiausiai,

lengvai gali gauti jai reikalingą emocinį palaikymą ir sumažinti kartais nebūtinų intervencijų skaičių.

## 1.2 Gimdymų namuose problematika

*„Laukdama šio kūdikio labiausiai ruošiausi ir gilinausi. Kadangi pirmasis gimdymas buvo su nemažom intervencijom (skatinimas, "šampanėlis", kaip sakė medikai, oksitocinas), po gimdymo jaučiausi labai blogai, kad buvau nepasiruošus nei žiniomis nei dvasiškai. Ir ilgą laiką išgyvenau. Tad laukdamasi šio trečio vaikelio norėjau viską žinoti, kaip galėčiau palengvinti gimdymą - pratimai, pozos, nusiteikimas gimdymo metu, mano pozicija vienu ar kitu klausimu. (...) Norėjosi būti atsakinga ir pasiruošusia tapti mama, kai nėra baimės, kai gali gimdyti pati, o ne permesti kažkam atsakomybę, jei tai daryti nėra būtina. Gimdymas buvo netikėtai labai greitas, lengvas, (...) kai pavyksta atsipalaiduoti, atsiduoti procesui, atsiverti ir užgimimas greitas ir sklandus. Liko toks pojūtis, jog šis gimdymas išgydė visas žaizdas, susijusias su ankstesniais gimdymais.“*  
*(tyrimo dalyvė, namuose gimdžiusi 34 metų trijų vaikų mama)*

Didžiąją žmonijos istorijos dalį gimdymai vykdavo namų aplinkoje, dalyvaujant šeimos, giminės moterims ir pribuvėjoms. XX-ojo amžiaus pradžioje gimdymas iš namų aplinkos persikėlė į medicinos įstaigas ir šiandienos vakarų valstybėse didžioji dalis gimdymų vyksta medicinos įstaigose, prižiūrint medikams (Gélis, 1991; Saxbe, 2017). Medicinos mokslo pažanga stipriai prisidėjo prie naujagimių ir gimdyvių mirštamumo mažėjimo, gimdymas tapo „biologiškai saugus“, tačiau tuo pat metu gimdymas iš natūralaus virto medikalizuotu ir kartais ne visai pagrįstai kontroliuojamu procesu. Pasaulio sveikatos organizacija dar 1996 m. atkreipė dėmesį į tai, kad sparčiai kuriamos ir naudojamos plataus spektro medicininės praktikos, skirtos pradėti, pagreitinti, reguliuoti ar stebėti gimdymo fiziologinius procesus, tačiau jų poveikis nėra pakankamai ištirtas (WHO, 1996). Todėl PSO rekomendacijose apie sveikatos priežiūrą nėštumo ir gimdymo metu (WHO, 2018) yra itin akcentuojamas atsargus ir pamatuotas įvairių medicininių bei medikamentinių intervencijų naudojimas gimdymo metu, o taip pat raginama gimdymo metu sudaryti ne tik fiziškai, bet ir emociškai bei psichologiškai palankias sąlygas moteriai bei naujagimiui.

XX a. antroje pusėje plėtojosi ir stiprėjo prenatalinės ir perinatalinės psichologijos kryptys, kurių dėmesio centre atsidūrė dar negimęs vaisius ir jo raidai palankių sąlygų tyrinėjimas, kūdikio patirčių gimimo metu

optimizavimas, buvo keliamas tikslas užsiimti gimimo traumų prevencija: ieškoti atsakymų, kaip kurti tėvų ir vaiko santykį nėštumo metu, kaip vengti streso gimdymo metu ir iš karto po gimimo, kad būtų išvengta traumuojančių potyrių ir iš to kylančių pasekmių. Be to, XX amžiaus paskutiniame dešimtmetyje gimė iniciatyvos, siekiančios skatinti motinai ir naujagimiui palankių paslaugų teikimą nėštumo, gimdymo metu ir po gimdymo. 1991 m. Pasaulio sveikatos organizacija pradėjo „Kūdikiui palankios ligoninės iniciatyvą“ (angl. „Baby-friendly Hospital Initiative“). Jos pagrindinis tikslas – skatinti naujagimių žindymą, kuris gali būti sklandus tik tuo atveju, jei gimdymą prižiūrintys specialistai padeda ir sudaro sąlygas moterims žindyti naujagimius (WHO, 2018). Jungtinėse Amerikos Valstijose susikūrusi Motinystės paslaugų gerinimo koalicija (angl. Coalition for Improving Maternity Services) 1996 m. pradėjo „Motinai palankaus gimdymo iniciatyvą“, kuria siekė diegti nuostatas apie gimdymą, kaip apie natūralų, normalų procesą, kuriame dažnai reikia tik minimalių intervencijų, kėlė klausimus apie rutininių intervencijų, tokių, kaip tarpvietės kirpimas, medikamentų naudojimas nuskausminimui ir pan., būtinumą, diskutavo apie moterų įgalinimą gimdymo metu ir jų pasitikėjimo savimi bei savo kūnu stiprinimą, taip pat kalbėjo apie moterų ir jiems svarbių artimųjų įtraukimą į su gimdymu susijusius procesus (Hotelling, 2007). Be to, Pasaulio sveikatos organizacija 1996 metais išleistose „Normalaus gimdymo priežiūros rekomendacijose“ (WHO, 1996) nurodė, kad moteris turi turėti galimybę pasirinkti gimdymo vietą ir gimdyti tokioje vietoje, kur ji jaučiasi saugi, kur moteris galėtų gauti jos poreikius atitinkančią akušerinę priežiūrą ir kuri yra kiek įmanoma arčiau jos namų ir kultūros. Tad praėjusio amžiaus pabaigoje vis garsiau skambėjo mintis, kad svarbu sudaryti sąlygas moteriai gimdyti toje aplinkoje, kurioje ji jaučiasi saugiausiai. Nemažoje dalyje vakarietišku visuomenių atsiranda grupės moterų, norinčių ir planuojančių gimdyti namuose, kaip psichologiškai joms ir kūdikiui palankiausioje aplinkoje.

Šiuo metu nemažoje dalyje Europos šalių (pavyzdžiui, Danijoje, Olandijoje, Švedijoje, Norvegijoje, Šveicarijoje, Vokietijoje, Jungtinėje Karalystėje, Latvijoje ir kitose) planuotas gimdymas namuose yra reglamentuotas ir yra laikomas priimtina nėštumo bei gimdymo priežiūros sistemos dalimi. Šiose šalyse planuotai gimdyti namuose su profesionalių akušerių priežiūra bei pagalba gali tos moterys, kurių nėštumas yra mažos rizikos, o taip pat yra reglamentuojamos tam tikros sąlygos (pvz., atstumas iki artimiausios gimdymus priimančios ligoninės), leidžiančios tinkamai pasirūpinti gimdyvės bei naujagimio saugumu kilus gimdymo

komplikacijoms (Chao-Yuan & Cheeseman, 2017; van der Kooy, 2011). Moterų, gimdančių namuose, procentas svyruoja nuo 0,1 proc. Švedijoje iki kiek daugiau nei 20 proc. Olandijoje, kur gimdymas namuose jau daugybę metų yra natūrali ir visuomenei bei medikams priimtina sveikatos priežiūros sistemos dalis (Zielinski, Ackerson, & Low, 2015).

Lietuvoje gimdymai namuose vyksta maždaug nuo 1987 m., tačiau dažniausiai be medikų pagalbos, nes gimdymas namuose iki šiol buvo ne tik nereglamentuotas, bet dažnai ir mistifikuojamas, o viešoje erdvėje kartais pateikiamas ir kaip radikalių, neatsakingų ir kūdikio gerove nesirūpinančių žmonių pasirinkimas (Kiškūnė ir Pociūtė, 2005). Lietuvos Respublikos įstatymai nedraudžia gimdyti namuose: atsižvelgiant į žmogaus teisę į privatumą bei teisę apsispręsti, šeimos gali rinktis gimdymą namuose, tačiau namuose gimdančios šeimos dėl teisinio reglamentavimo stokos iki šiol negalėjo gauti profesionalios ir kvalifikuotos medikų priežiūros. 2011 m. atsirado aktyvių šeimų iniciatyva „Gimimas LT“, siekianti teisinio gimdymo ne ligoninėje reglamentavimo. Po keletą metų trukusių diskusijų, 2018 m. Sveikatos apsaugos ministerija pagaliau paskelbė gavusi ministrų kabineto pritarimą, o vėliau – ir LR Seimo pritarimą siūlomoms Slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymo pakeitimams, kurie leistų akušeriams teikti medicininę pagalbą ir gimdymų namuose atvejais.

Žvelgiant į gimdymą namuose iš biopsichosocialinės perspektyvos galime teigti, kad biologiniu požiūriu gimdymas namuose yra tapatus gimdymui nemedikamentinėmis ir neintervencinėmis sąlygomis ligoninėje. Tai reiškia, kad motina gimdė, o kūdikis gimė natūraliais gimdymo takais, gimdyvei padedant tik nemedikamentiniais būdais. Moksliniuose tyrimuose apie gimdymus namuose taip pat dominuoja biologinė perspektyva, t.y. tyrimuose dažniausiai keliamas klausimas apie gimdymų namuose išeitį: naujagimių ar gimdyvių mirtingumą, reikalingų intervencijų skaičių ir pan. Lyginant planuotų gimdymų namuose ir gimdymų stacionaruose galimas grėsmes ir rizikas pastebima, kad gimdymas namuose nepasižymi didesne rizika naujagimių sveikatai ar mirtingumui, o moterų sveikatos atžvilgiu planuoti gimdymai namuose yra netgi palankesni, nei gimdymai stacionaruose – namuose gimdančios moterys patiria ženkliai mažiau medicininių intervencijų bei gimdymo komplikacijų, taip pat būna labiau patenkintos gimdymo patirtimi (Zielinski, Ackerson, & Low, 2015). Šios tyrimų apžvalgos rezultatai, drauge su kitomis atliktomis metaanalizėmis (pvz.: Wax et al., 2010; Esmantienė, Railaitė ir Vaitkienė, 2013) rodo, kad planuotas gimdymas namuose medicininiu požiūriu yra saugi alternatyva moterims, kurių nėštumas



yra nekomplikuotas. Nepriklausomai nuo tokių tyrimų rezultatų, socialiniu požiūriu gimdymo namuose vertinimas Vakarų valstybėse varijuoja nuo priimtinos gimdymo pasirinkimo alternatyvos iki stigmatizavimo, kuomet gimdymas namuose vertinamas kaip tam tikros „neatsakingų“ žmonių grupės „užgaidos“. O ką apie namuose vykstančius gimdymus ar namuose gimdančias moteris žinome ir psichologinių tyrimų perspektyvos?

Psichologiniu požiūriu gimdymas namuose nėra tapatus neintervenciniam gimdymui ligoninėje, lygiai kaip ir planinė cezario pjūvio operacija moters pageidavimu nėra tapati cezario pjūvio operacijai esant medicininėms indikacijoms. Anot Hildingsson, Radestad ir Lindgren (2010), moterys, pasirenkančios gimdymo būdą ar vietą, neatitinkančius „normalaus“ gimdymo sampratos (Vakarų visuomenėse tai yra gimdymas natūraliais gimdymo takais, vykstantis sveikatos priežiūros įstaigoje), kelia iššūkius sveikatos priežiūros sistemos normoms. Tad galime kelti prielaidą, kad lyginant su bendra moterų populiacija, moterys, sąmoningai besirenkančios gimdymo vietą, turėtų pasižymėti tam tikrais ypatumais. Zielinski, Ackerson ir Low (2015) atliktoje 32 tyrimų apie planuotų gimdymų namuose išeitis, rizikas ir galimybes apžvalgoje pastebi, kad moterys, pasirenkančios gimdyti namuose, demografiškai skiriasi nuo bendros vaikus auginančių moterų populiacijos – jos dažnai yra vidutinio ir aukštesnio socioekonominio statuso, yra vyresnės, turi aukštesnį išsilavinimą ir dažnai namuose gimdo ne pirmąjį savo vaiką (Zielinski, Ackerson, & Low, 2015). Kituose tyrimuose keliamas klausimas apie pasirinkimo gimdyti namuose motyvus – atskleidžiama, kad moterys renkasi gimdyti namuose dėl galimybės būti autonomiškoms ir labiau kontroliuoti tiek aplinką, tiek galimybę judėti sau patogiu būdu bei išvengti nebūtinų medikamentinių intervencijų (Bernhard, Zielinski, Ackerson, & English, 2014; Catling, Dahlen, & Homer, 2014; Lindgren, Hildingsson, & Rådestad, 2006), taip pat dėl didesnio socialinės ir emocinės paramos prieinamumo namuose (Jouhki, 2012; Lindgren, & Erlandsson, 2010). Be to, gana dažnas pasirinkimo gimdyti namuose motyvas – moterų vertinimu nesėkminga ankstesnio gimdymo ligoninėje patirtis, kuomet moteris patyrė nebūtinų medicininių intervencijų, jautėsi „nugalinta“ ar nesulaukė pakankamai emocinio palaikymo gimdymo metu (Bernhard, Zielinski, Ackerson, & English, 2014; Lindgren & Erlandsson, 2010; Merg & Carmoney, 2012). Taigi, gimdymo patirčių analizė, kartais vertinant tik gimdymų namuose patirtis (pvz., Jouhki, 2012), o kartais – lyginant gimdymo namuose patirtis su gimdymo ligoninėje (pvz., Merg & Carmoney, 2012) ar su planinės cezario pjūvio operacijos motinos pageidavimu patyrimu (pvz.,

Hildingsson, Radestad, & Lindgren, 2010), yra dar vienas aspektas, aprėpiamas šiuolaikiniuose psichologiniuose arba antropologiniuose tyrimuose.

Greta šių neabejotinai svarbių tyrinėjamų klausimų nepavyko aptikti tyrimų, kuriuose būtų išsamiau tyrinėjama grupė šeimų ar moterų, pasirenkančių gimdymą namuose – kokiais psichologiniais ypatumais pasižymi namuose gimdančios moterys, kiek jų sąmoningas pasirinkimas gimdyti namuose, reikalaujantis gana kruopštaus pasiruošimo gimdymui, atspindi vėlesnėse motinystės praktikose ir sąveikose su vaiku. Atsižvelgiant į tai, kad vienas iš moterų pasirinkimo gimdyti namuose motyvų yra gimdymo metu lengviau prieinama emocinė ir socialinė parama (pvz., Jouhki, 2012; Lindgren & Erlandsson, 2010), galima būtų kelti prielaidą, kad gimdančios namuose motinos gauna daugiau emocinio bei socialinio palaikymo ir pirmaisiais mėnesiais po gimdymo, kurie yra emociškai jautrūs tiek moteriai, tiek naujagimiui. Be to, gimdymas namuose reikalauja šeimos, poros pasiruošimo – tiek žinių apie gimdymo procesą, jo fiziologinius, psichologinius procesus, galimus sąrėmių palengvinimo būdus, fizinio moters pasiruošimo gimdymui, tiek aplinkos, fizinės ir socialinės, paruošimo, kuriame dalyvauja ne tik gimdanti moteris, bet ir vyras, partneris (Jouhki, 2012), tad tikėtina, kad kiti reikšmingi šeimos suaugusieji ne tik gali suteikti palaikymą, asistuoti moteriai gimdymo metu, bet ir daugiau žinoti, suprasti, kas vyksta su motina bei kūdikiu pirmuosius mėnesius po gimdymo bei kaip prisidėti prie vaiko priežiūros.

Antropologinėje literatūroje (pvz., Kiškūnė ir Pociūtė, 2005) gimdymas namuose kartais siejamas su „sąmoningos“ ar „prieraišiosios tėvystės“ filosofija. Ši filosofija apibrėžiama kaip į vaiką nukreipta tėvystė, kurios pagrindas yra jautrus ir savalaikis reagavimas į vaiko poreikius, jo „dienotvarkę“, o ne vaiko dienotvarkės derinimas prie suaugusiųjų poreikių. Pagrindiniai prierašiosios tėvystės principai yra ilgalaikis žindymas tiek ir tada, kai to reikia vaikui, fizinis ir emocinis tėvų buvimas šalia vaiko, kuris neretai pasiekiamas dažnu kūdikio nešiojimu ant rankų ar nešynėse, miegojimu kartu (Green & Groves, 2008). Taigi, atsižvelgiant į tyrimų apžvalgą galima nuspėti, kad ir Lietuvoje namuose gimdančios mamos gali naudoti labiau į vaiką nukreiptas motinystės praktikas, pvz., ilgiau žindyti vaikus, daugiau juos nešioti, kitais būdais kurti didesnę fizinę artumą su vaikais. Šiame darbe, greta kitų tyrimo dalyvių įtraukdami ir motinų, gimdžiusių namuose, grupę, turėsime galimybę iš ilgalaikės perspektyvos įvertinti, kokiomis emocinėmis ar santykio su vaikais charakteristikomis

pasižymi namuose gimdančios motinos. Taip pat galėsime įvertinti, ar namuose gimę vaikai pasižymi kokiais nors raidos ypatumais ar skirtumais, lyginant su kitoje vietoje ir kitais būdais gimusiais vaikais.

### 1.3 Gimimo aplinkybių reikšmė vaiko raidai

*„Dar po 4 val. sąrėmių, laukimo ir nerimo, nuskambėjo verdiktas – gimdos kaklelis atsidaręs tik 1 cm, daugiau laukt ir rizikuot vaikelio sveikata negalima, reik daryt Cezario pjūvį. Sunku nupasakot, koks man tai buvo šokas. Mintys pynėsi, apėmė panika. Tam aš visiškai nebuvau pasiruošus moraliskai. Visgi teko drebančia ranka pasirašyt sutikimą. Operacinėj atsidūriau per 15 min. Viskas vyko kaip migla, tiesiog automatiškai vykdžiau personalo nurodymus – nusirenk, atsisėsk, susiriesk i kamuoliuką, dabar gulkis ir atsipalaiduok. Nuo pastarųjų žodžių kažkodėl suėmė pyktis. Taip ir gulėjau ant operacinio stalo visa beviltiškai pasimetus, išsigandus ir pikta. Vaikiukas gimė baisiai išsigandęs ir klykė taip, kad visa ligoninė turbūt girdėjo. (...) Tik išgirdus savo išsigandusio mažiuko klyksmą atsitokėjau ir puoliau raudot – iš palengvėjimo, kad jam viskas gerai ir iš nusivylimo, kad viskas taip baigėsi...“  
(iš 31 m. moters pasakojimo apie gimdymo patirtį)*

Šio darbo įvadinę dalį pradėjome nuo įvardijimo, kad gimimas – tai reikšmingas virsmas tiek motinai, tiek naujagimiui. Biologine prasme ir motina, ir naujagimis aktyviai dalyvauja gimdyme ir jį „patiria“, „išgyvena“. Tyrimai apie ankstyvąją žmogaus raidą atskleidžia, kad intensyviausi epigenetiniai, imunologiniai, fiziologiniai ir psichologiniai pokyčiai bei prisitaikymas prie aplinkos vyksta nuo apvaisinimo pradžios iki 2-3 metų amžiaus. Šio raidos tarpsnio metu įvykę pokyčiai padeda pamatus tolimesniam žmogaus funkcionavimui ir raidai (Britto et al., 2016; Black et al., 2017; Provençal & Binder, 2015; Reading, 2007). Siekiant geriau suprasti ankstyvosios raidos metu vykstančius procesus, tampa ypatingai svarbu identifikuoti prenatalinio raidos etapo, su gimdymu susijusius ir pogimdyminio laikotarpio veiksnius. Yra nemažai tyrimų, kuriuose analizuojamas prenatalinio raidos tarpsnio ir pirmųjų metų po gimimo vaidmuo tolesnei vaiko raidai. Žinoma, kad mažų vaikų psichosocialinei raidai, emocijų ir elgesio sunkumų atsiradimui yra svarbi motinos savijauta nėštumo metu, pavyzdžiui, nėštumo metu išgyvenamas nerimas, stresas ar depresijos simptomai (Leis, Heron, Stuart, & Mendelson, 2014; Van der Bergh et al., 2017), pogimdyminis depresiškumas (Gutierrez-Galve, Stein, Heron, & Ramchandani, 2015; Junge et al., 2017) ar neįautrus, kūdikio bei

vaiko poreikių neatliepiantis motinos elgesys ankstyvosios vaikystės metu (Giallo, Cooklin, Wade, D'Esposito, & Nicholson, 2013; Wang, Christ, Mills-Koonce, Garrett-Peters, & Cox, 2013). Vis daugiau tampa žinoma ir apie pirmųjų vaiko gyvenimo savaitių metu vykstančių procesų svarbą sklandžiai mažų vaikų raidai. British Columbia universiteto ir BC Vaikų ligoninės tyrimų instituto tyrėjų grupė (Moore et al., 2017) paskelbė tyrimo rezultatus, rodančius, kad ankstyvasis fizinis kontaktas, kurį kūdikiai gauna iš motinos ar globėjo, siejasi su molekuliniam lygyje matuojama vėlesne vaiko biologine branda. Tyrėjai teigia, kad 4 metų amžiaus vaikų, kurie kūdikystės metu patyrė daugiau streso, tačiau gavo mažiau fizinio kontakto iš savo globėjų / tėvų, tyrinėti ląstelių molekuliniai profiliai rodo nepakankamą išsivystymą, neatitinkantį jų amžiaus. Tai rodo, kad fizinis kontaktas, patiriamas pirmosiomis gyvenimo savaitėmis gali sukelti epigenetinius – biocheminius pokyčius, kurių poveikis tolesnei žmogaus raidai kol kas nėra aiškus.

Analizuojant tyrimų medžiagą, kyla klausimas, kas jau yra žinoma apie gimimo patirties vaidmenį tolesnei vaiko raidai? Kita vertus, ar įmanoma pamatuoti naujagimių gimimo patyrimą? Tyrimuose aptinkama įrodymų, kad gimimo metu patirtos tam tikros traumos veikia vaikų raidą, tačiau manome, kad ne mažiau svarbu analizuoti ne tik akivaizdžių gimimo komplikacijų, bet ir normalaus ar nekomplikuoto gimdymo metu taikomų intervencijų galimą poveikį ar skirtingų gimimo būdų reikšmę naujagimiui, kūdikiui ir jo raidai.

### 1.3.1 Gimimo būdas ir ankstyvoji vaiko raida

Biomedicininiai duomenys rodo, kad naujagimiai skirtingai reaguoja į gimimo patirtis. Kortizolio kiekio naujagimio kraujyje matavimai atskleidžia, kad naujagimiai, gimę natūraliais gimdymo takais, iškart po gimdymo pasižymi aukštesniu kortizolio kiekiu kraujyje nei gimusieji cezario pjūvio operacijos metu (Chis, Vulturar, Andreica, Prodan, & Miu, 2017; Gitau et al., 2001; Kolas, Saugstad, Daltveit, Nilsen, & Oian, 2006; Miller, Fisk, Modi, & Glover, 2005). Skirtingas kortizolio kiekis naujagimių kraujyje iškart po gimimo leidžia kelti prielaidas, kad daugiausia streso naujagimiui sukelia komplikotas gimimas natūraliais gimdymo takais, pavyzdžiui, jei gimdymo metu buvo panaudotos chirurginės žnyplės ar vakuumas, o mažiausiai streso patiria planuotos cezario pjūvio operacijos būdu gimusieji (Gitau et al., 2001). Vogl su bendraautorais atliktame tyrime (2006) greta kortizolio kiekio taip pat buvo matuojamas epinefrino, beta-endorfino ir kitų hormonų, susijusių su

streso išgyvenimu, kiekis kraujyje. Šiame tyrime pastebėta, kad streso hormonų kiekis skiriasi ne tik tarp natūraliais gimdymo takais bei cezario pjūvio operacijos būdu gimusių naujagimių, bet ir tarp natūraliais gimdymo takais be nuskausminimo ir su nuskausminimu gimusių naujagimių – su epidūrinu nuskausminimu gimę naujagimiai turi aukštesnį su stresu susijusių hormonų kiekį kraujyje nei be nuskausminimo gimusieji (Vogl et al., 2006). Kadangi šiuose tyrimuose hormonų kiekis naujagimio kraujyje skyrėsi nuo hormonų kiekio motinos kraujyje, tai leidžia kelti prielaidą, kad naujagimio išgyventas stresas nėra tiesiogiai susijęs su motinos išgyventu stresu (Gitau et al., 2001; Miller et al., 2005; Vogl et al., 2006).

Tokie tyrimų rezultatai iškelia įdomius ir kol kas neatsakytus klausimus apie tai, kiek skirtingas naujagimių reagavimas į gimimo patirtis biocheminiame lygmenyje gali palikti pėdsakus tolimesnėje vaiko raidoje. Pastebima, kad skirtingu būdu gimę naujagimiai bei kūdikiai skirtingai reaguoja į vėliau pasitaikančius stresinius įvykius. Pavyzdžiui, skiepijimo atveju kūdikiai, gimę natūraliais gimdymo takais pasižymi aukštesniu kortizolio kiekiu kraujyje nei cezario pjūvio operacijos būdu gimusieji (Taylor, Fisk, & Glover, 2000; Chis et al., 2017), tačiau demonstruoja mažiau išreikštą su stresu susijusį elgesį (Chis et al., 2017). De Weerth ir Buitelaar (2007) tyrė gimdymo būdo bei gimdymo komplikacijų ryšį su kūdikio elgesio rodikliais pirmaisiais dviem gyvenimo mėnesiais. Jų tyrimas rodo, kad tam tikrų gimdymo komplikacijų buvimas – ilgesnė pirmoji gimdymo fazė, ilgesnė antroji gimdymo fazė, žemi naujagimio būklės vertinimo skalės Apgar įverčiai – siejasi su tam tikrais kūdikio elgesio ypatumais: dažnesniu poreikiu žįsti žinduką ar pirštą, kas, tyrėjų vertinimu, rodo kūdikio poreikį nusiraminti, taip pat dažnesniais verkimo periodais, didesniu nervingumu, ypač situacijose, kuomet kūdikiui sukeliamas stresas (pvz., skiepijimo situacijose). Kūdikiai, kurių gimimas buvo vertinamas kaip mažiau optimalus, komplikuočiau, pasižymėjo dažnesniu neigiamų emocijų reiškimu ir didesniais sunkumais reguliuojant neigiamus afektus (De Weerth & Buitelaar, 2007). Tuo tarpu Olza Fernández su kolegomis (2013) atliko tyrimą, siekiant išsiaiškinti, kaip skirtingu būdu gimę naujagimiai reaguoja į tokį stresinį įvykį, kaip atskyrimas nuo motinos: kuomet buvo atskirti nuo motinos, gimusieji planinės cezario pjūvio operacijos būdu vaikai mažiau verkė ir greičiau nusiramino nei gimusieji natūraliais gimdymo takais. Tyrimo autoriai kelia prielaidą, kad ramesnis, vangesnis naujagimio reagavimas į atskyrimą nuo motinos gali liudyti apie pakitusį naujagimio prierašumo elgesį, tačiau neaišku, ar šie

pakitimai yra laikino pobūdžio, ar palieka pėdsakus ir tolesniame kūdikio prieraišumo elgesyje.

Raidos tyrimuose bene daugiausiai yra analizuojama cezario pjūvio operacijos reikšmė vaiko fizinei, o kartais – ir psichosocialinei sveikatai, elgesio bei emocinių sunkumų atsiradimui. Jau yra nemažai įrodymų, kad gimimas cezario pjūvio operacijos būdu yra rizikos veiksnys tam tikriems vaiko fizinės raidos sutrikimams, pavyzdžiui, trumpalaikiams plaučių veiklos sutrikimams (Martelius et al., 2013), ilgalaikiams imuninės sistemos sutrikimams (Cho & Norman, 2013) ar su imuninės sistemos funkcionavimu susijusioms sveikatos būklėms, tokioms, kaip astma (Magnus et al., 2011), alerginiai sutrikimai (Almqvist, Cnattingius, Lichtenstein, & Lundholm, 2012; Metsälä et al., 2008). Taip pat cezario pjūvio operacija siejama su nutukimo rizika (Leth et al., 2011). Tuo tarpu tyrimų apie gimimo būdo, cezario pjūvio operacijos ar kitų nepalankių gimimo aplinkybių sąsajas su psichosocialine vaiko raida – trumpalaikėje ar ilgalaikėje perspektyvoje – rezultatai dažnai yra prieštaringi ir klausimas, ar, ir kaip gimimo aplinkybės siejasi su vėlesne vaiko psichosocialine raida, vis dar lieka neatsakytas, nors tyrinėjamas jau kiek daugiau nei 40 metų. Tiesa, gimimo aplinkybių sąsajos su vaiko raida tyrinėjamos jau nuo praeito šimtmečio šeštojo dešimtmečio, tačiau tuo metu dėmesys daugiausiai buvo skiriamas instrumentinių gimdymų galimoms pasekmėms ar komplikuotiems gimdymams, tokiems, kaip gimdymas sėdmenine pirmeiga (pvz., Churchill & Parkes, 1959). Vienas seniausių tyrimų, kuriame analizuojama ne tik komplikuoatų, disfunkciškų gimdymų galimas poveikis vaiko raidai, yra 1976 m. Goldstein, Caputo ir Taub atliktas tyrimas, kuriame mokslininkai vertino įvairių demografinių veiksnių, bei veiksnių, susijusių su gimdymu ir motinos savijauta prieš gimdymą vaidmenį 1-erių metų vaiko raidos pasiekimams ir sunkumams. Šie autoriai padarė išvadą, kad su gimdymu susiję veiksniai, tokie, kaip gimdymo būdas, gimdymo trukmė ir pan., yra vieni reikšmingiausių tolesnei vaiko raidai. McBride su kolegomis 1979 m. jau analizavo, kaip konkrečiai gimdymo būdas yra susijęs su 5-erių metų vaikų intelektualiais gebėjimais bei smulkiosios ir stambiosios motorikos įgūdžiais, ir neaptiko gimdymo būdo poveikio šiems vaikų gebėjimams. Tačiau pastebėjo tam tikrų gimdymo komplikacijų galimą žalą vaiko tolimesnei raidai. Seidman ir Laor (1991) lygino skirtingu būdu gimusių 17-mečių paauglių intelektualinius gebėjimus, tačiau taip pat nerado statistiškai reikšmingų skirtumų tarp natūraliais gimdymo takais, cezario pjūvio operacijos metu ar instrumentinio gimdymo metu gimusiųjų. Panašius rezultatus gavo ir Irano tyrėjai (Khadem &

Khadivzadeh, 2010), jau šiame šimtmetyje lyginę skirtingu būdu gimusių 6-7 metų amžiaus vaikų intelekto testo rezultatus – nors pirminė duomenų analizė parodė, kad gimusieji cezario pjūvio operacijos būdu pasižymėjo aukštesniais intelektinių gebėjimų testo rezultatais, tačiau kontroliuojant tėvų išsilavinimą bei amžių, skirtumų nebeliko. O štai Wang su bendraautorais (2011) teigia, kad tarp vaikų, gimusių planinės cezario pjūvio operacijos metu, buvo daugiau tokių, kurių intelekto koeficientas 5-erių metų amžiuje buvo žemesnis nei 110 balų. Anot šio tyrimo autorių, epidūrinė nejautra, taikoma motinai gimdymo metu, taip pat gali būti vaiko intelektinei raidai palankus veiksnys (Wang, Yan, Qu, Chen, & Zhu, 2011). Taigi, kaip matome, tyrėjus jau ne pirmą dešimtmetį domina klausimas, kaip gimimo būdas veikia visų pirma pažintinę vaikų raidą ir rezultatai yra išties įvairiapusiai.

Tyrimuose, atliktuose per pastaruosius 15 metų, jau vis dažniau ieškoma sąsajų tarp gimdymo būdo ir vaiko emocinės, socialinės raidos ar patiriamų emocijų, elgesio sunkumų. Al Khalaf su kolegomis (2015) tyrimo duomenimis, gimimo būdas siejasi su ankstyvąja stambiosios motorikos raida – vėluojančius stambiosios motorikos skubios cezario pjūvio ir planinės cezario pjūvio operacijos būdu gimusių vaikų gebėjimus tyrėjai pastebėjo vertindami 9 mėnesių kūdikių raidą. Be to, planinės cezario pjūvio operacijos būdu gimę 9 mėnesių kūdikiai pasižymėjo ir kiek prastesniais socialiniais įgūdžiais. Tačiau 3-jų metų amžiuje skirtingu būdu gimę vaikai nepasižymėjo reikšmingais elgesio ir emocijų sunkumų skirtumais (Al Khalaf et al., 2015). Portugalijos mokslininkų atliktas tyrimas (Leite Rodriguez & Marques Silva, 2018) taip pat atskleidžia tam tikrus raidos skirtumus tarp planinės cezario pjūvio operacijos ir natūraliais gimdymo takais gimusių 2-jų metų amžiaus vaikų. Planinės cezario pjūvio operacijos būdu gimę vaikai pasižymėjo prastesniais, tačiau atitinkančiais amžiaus normas stambiosios motorikos gebėjimais. Be to, planinės cezario pjūvio būdu gimę vaikai pasižymėjo prastesniais kalbos, vizualiniais bei savitvarkos (angl. self care) gebėjimais. Li su bendraautorais (2010) atliko tyrimą, kuriame lygino skirtingais būdais gimusių 4-6 metų vaikų elgesio ir emocinius sunkumus. Buvo išskirtos trys tyrimo dalyvių grupės – vaikai, gimę cezario pjūvio operacijos būdu pagal motinos pageidavimą, vaikai, gimę spontaneo gimdymo natūraliais gimdymo takais metu ir vaikai, gimę komplikuoto gimdymo natūraliais gimdymo takais metu, kuomet buvo naudojamas vakuumas, chirurginės žnyplės ir pan. Šiame tyrime mažiausiais emocijų ir elgesio sunkumų įverčiais pasižymėjo vaikai, gimę planinės cezario pjūvio operacijos būdu, o didžiausiais – vaikai, gimę komplikuoto – instrumentinio gimdymo metu (Li

et al., 2010). Kelmanson (2013), lyginęs ikimokyklinio amžiaus vaikus, gimusius planinių cezario pjūvio operacijų motinoms pageidaujant metu ir gimusius natūraliais gimdymo takais, teigia, kad būtent planinės cezario pjūvio operacijos metu gimę 5-erių metų amžiaus vaikai pasižymėjo didesniais tokiais emociniais sunkumais, kaip nerimas / depresiškumas bei užsisklendimas, o taip pat labiau išreikštais miego sunkumais. Ryšys tarp gimimo būdo ir emocijų bei miego sunkumų išliko reikšmingas ir kontroliuojant tokius veiksnius, kaip vaiko lytis, naujagimio svoris gimimo metu, gestacinis amžius, motinos amžius bei išsilavinimas (Kelmanson, 2013).

Atskirai paminėti verta tyrimus, kuriuose tyrinėjamos gimimo aplinkybių ir tokių raidos sutrikimų, kaip autizmo spektro, dėmesio deficito ir hiperaktyvumo kilmės sąsajos. Prielaida, kad šie sutrikimai gali būti susiję su akušerinėmis gimdymo aplinkybėmis bei gimimo būdu iškelta praeito šimtmečio tyrimuose (pvz., Gillberg, 1990; Bolton & Murphy, 1998). Pastarojo dešimtmečio tyrimuose tarp autizmo spektro sutrikimų rizikos veiksnių minima ilga gimdymo trukmė (Maramara, He, & Ming, 2014), vaisiaus hipoksija (Kolevzon, Gross, & Reichenberg, 2007), gimimo trauma (Gardener, Spiegelman, & Buka, 2011), gimdymo skatinimas medikamentais (Gregory et al., 2013). Gimimas cezario pjūvio operacijos būdu dalyje tyrimų siejamas ir su autizmo spektro sutrikimų (Chien, Lin, Shao, Chiou, & Chiou, 2015; Hon Kei Yip et al., 2017; Hultman, Sparen, & Cnattingius, 2002), ir su dėmesio deficito bei hiperaktyvumo sutrikimo kilme (Curran et al., 2016; Peralta et al., 2011; Talge, Allswede, & Holzman, 2016). Visgi Curran su bendraautoriais atlikta sisteminė tyrimų analizė (2015) rodo, kad akušerinės komplikacijos bei gimdymo būdas gana kukliai padidina šių raidos sutrikimų riziką. Kita vertus, jų poveikis raidos sutrikimų kilmei turi būti atidžiai vertinamas sąveikoje su kitais biologiniais, socialiniais ir psichologiniais veiksniais - genetiniais, aplinkos bei kitais.

Vienas iš biologinės kilmės paaiškinimų, kaip cezario pjūvio operacija gali būti susijusi su vaikų fizinės sveikatos ypatumais, o kartais ir su psichosocialinės raidos skirtumais – dėl skirtingos bakterinės terpės, kuri susidaro gimdymo natūraliais gimdymo takais ir cezario pjūvio operacijos metu (de Weerth, 2017; Nagpal & Yuichiro, 2017). Pastarojo dešimtmečio tyrimai atskleidžia, kad skirtingu būdu gimusių vaikų virškinamojo trakto bakterinė sandara yra skirtinga ir tai gali būti susiję su vėliau pasireiškiančiais skirtingais vaikų sveikatos bei raidos ypatumais. Natūraliais gimdymo takais gimę kūdikiai pasižymi panašia bakterine virškinimo trakto sudėtimi, kaip ir



motinos gimdymo takų mikroflora. Tuo tarpu kūdikių, gimusių cezario pjūvio operacijos metu, virškinimo trakte aptinkama mažiau motinos gimdymo takuose esančių bakterijų ir daugiau tų bakterijų, kurios yra ant motinos odos bei išorinėje aplinkoje. Per pirmuosius metus po gimimo naujagimio organizme vyksta intensyvi bakterinė kolonizacija– pastebima, kad cezario pjūvio operacijos būdu gimę vaikai pasižymi mažesne bakterine įvairove ir vėluojančia tam tikrų bakterijų kolonizacija (Heijtz, 2016; Rutayisire et al., 2016). Po gimimo bakterijų kolonizacija naujagimio organizme toliau intensyviai vyksta per žindymą– bakterijų šaltinis iš karto po gimdymo yra motinos priešpienis, ypač vertingas ir svarbus maisto šaltinis nebrandžiai naujagimio virškinimo sistemai, o vėliau – motinos pienas (Azad et al., 2013; O'Sullivan, Farver, & Smilowitz, 2015; Toscano et al., 2017). Įdomu tai, kad aptinkami skirtumai ir skirtingu būdu gimdžiusių moterų priešpienio sudėtyje – Toscano su bendraautoriais atliktas tyrimas (2017) atskleidė, kad moterų, gimdžiusių cezario pjūvio operacijos būdu priešpienyje aptinkama daugiau iš aplinkos patenkančių bakterijų nei natūraliais gimdymo takais gimdžiusių moterų priešpienyje, o priešpienio bakterinė sudėtis skyrėsi ne tik bakterijų gausa, bet ir mikroorganizmų tarpusavio sąveikomis, sudarytu „tinklu“ (Toscano et al., 2017). Po gimimo vykstanti sėkminga bakterinė kolonizacija, visų pirma, yra svarbi sklandžiam virškinamojo trakto vystymuisi, imuninės sistemos sklandžiai raidai (de Weerth, 2017; Heijtz, 2016), o taip pat vis dažniau siejama ir su naujagimio smegenų raida (Cryan & Dinan, 2012; Mayer, Knight, Mazmanian, Cryan, & Tillisch, 2014; de Weerth, 2017). Carlson su kolegomis (2018) tyrime buvo analizuojama, ar ir kaip 1-erių metų amžiaus kūdikių virškinamojo trakto bakterinė sudėtis siejasi su vėlesne pažintine raida. Jų tyrimo rezultatai rodo, kad natūraliais gimdymo takais ir cezario pjūvio operacijos būdu gimusių vaikų bakterinė virškinamojo trakto terpė skiriasi 1-erių metų amžiuje. Šios terpės bakterinė sudėtis taip pat buvo susijusi ir su tuo, ar šiame amžiuje kūdikis vis dar buvo žindomas. Atlikę vaikų pažintinių gebėjimų vertinimą 2-jų metų amžiuje, tyrėjai padarė išvadą, kad virškinamojo trakto bakterijų sudėtis vienerių metų amžiuje yra vienas iš pažintinius vaiko gebėjimus 2-jų metų amžiuje prognozuojančių veiksnių. Įdomu ir tai, kad grupėje vaikų, pasižymėjusių geriausiais pažintinių gebėjimų vertinimais, buvo didžiausias procentas natūraliais gimdymo takais gimusių ir mažiausias – cezario pjūvio operacijos būdu gimusių vaikų (Carlson et al., 2018).

Atlikti tyrimai apie gimimo būdo reikšmę įvairiems vaiko raidos rodikliams lyg ir rodytų, kad gimimo būdo vaidmuo vaiko raidoje gana

intensyviai tyrinėjamas. Visgi, šių tyrimų rezultatų apibendrinimą kiek apsunkina skirtingai interpretuojamas gimimo būdo veiksnys – vienuose tyrimuose planinė cezario pjūvio operacija aprėpia tiek operacijas, atliktas esant medicininėms indikacijoms, tiek – motinos pageidavimu, kituose tyrimuose išskiriama grupė tyrimo dalyvių, gimdžiusių ar gimusių cezario pjūvio operacijos būdu motinai pageidaujant. Vertinant biologiniu požiūriu, abi šios grupės lyg ir nesiskiria, tačiau manytume, kad šios grupės gali skirtis tam tikrais socialiniais ar psichologiniais veiksniais, pavyzdžiui, motinų asmenybės savybėmis ar kitomis motinų charakteristikomis. Taip pat, gimdant natūraliais gimdymo takais, kūdikiai gimsta gana skirtingomis aplinkybėmis: net ir nesant komplikacijų, vienuose gimdymuose yra naudojami vieni ar keletas skausmą malšinančių preparatų, kituose – prisideda dar ir sintetinis oksitocinas gimdymo sužaditimui ar skatinimui, dar kiti gimdymai vyksta praktiškai be jokių medikamentinių intervencijų. Atsižvelgiant į tai, kad ir tam tikrų gimdyme naudojamų medikamentų poveikis vaiko raidoje nėra aiškus, gali būti svarbu tyrimuose atskirti gimimus be medicininių intervencijų nuo tų, kurių metu buvo taikomi kai kurie farmakologiniai preparatai.

### 1.3.2 Gimimo metu naudotų medikamentų sąsajos su vaiko raida

Gimdymo metu moteris ir naujagimis gali patirti įvairias medicinines intervencijas, kurios padeda kontroliuoti gimdymo eigą ir išvengti tam tikrų nepageidaujamų gimdymo pasekmių, tačiau kurių poveikis vaiko raidai nėra aiškus. Pavyzdžiui, nuskausminamųjų vaistų, sintetinio oksitocino gimdymo sužaditimui ar skatinimui vartojimas kelia diskusijų apie šių medikamentų nepageidaujamus šalutinius efektus.

Pasaulio sveikatos organizacija pripažįsta, kad fiziologinis gimdymo skausmas yra vienas stipriausių moters patiriamų pojūčių, tad kiekviena moteris turi turėti galimybę šį skausmą malšinti (WHO, 2007). Šiuolaikinė medicina siūlo ne vieną gimdymo skausmo malšinimo būdą – tai regioninė analgezija, t.y. epidūrinė ar spinalinė nejautra, medikamentinis skausmo malšinimas, iš kurių dažniausiai naudojami inhaliaciniai anestetikai, intraveniniai opioidai ir trunkviliantai. Yra ir nemedikamentiniai skausmo malšinimo metodai, pavyzdžiui, akupunktūra, kvapų terapija, vandens procedūros, kurie ligoninėse vis dar taikomi rečiau, nei medikamentiniai

skausmo malšinimo būdai (Ebirim, Buowari, & Ghosh, 2012; Peštenytė, Ramašauskienė, Daunoravičienė ir Jakiūnas, 2013; Rooks, 2012).

Iki šiol yra diskutuojama, kiek ir kaip reikia malšinti gimdymo skausmą, kad tai būtų kuo efektyvesnis ir kuo mažiau motinai bei naujagimiui žalingas nuskausminimo būdas. Epidūrinė nejautra yra laikoma vienu saugiausių ir efektyviausių nuskausminimo būdų, kuriam reikia nedidelių vaistų dozių ir tik nedidelė dalis preparato patenka į sisteminę kraujotaką, todėl šalutinis poveikis gimdyvei ir vaisiui yra minimalus (Peštenytė ir kt., 2013). Visgi ši analgezijos forma sutrikdo natūralią gimdymo eigą ir dėl to turi tam tikrų nepageidaujamų šalutinių poveikių tiek motinai, tiek kūdikiui. Tarp epidūrinės nejautos nepageidaujamų šalutinių efektų minėtini dažnesni instrumentiniai gimdymai, ilgesnė gimdymo trukmė, ypač antrosios fazės, bei didėjantis poreikis gimdymą skatinti sintetiniu oksitocinu (Anim-Somuah, Smyth, & Howell, 2005; Miron, Bradbury, & Singh, 2011; Peštenytė ir kt., 2013). Epidūrinė nejautra gimdymo metu sumažina natūralaus oksitocino – hormono, atliekančio svarbų vaidmenį gimdyme – išsiskyrimą, todėl moteriai gimdymo metu tenka leisti ir sintetinį oksitociną, kurio perdozavimas ar nepakankamai motyvuotas naudojimas pernelyg stipriai stimuliuoja gimdos susitraukimus, dėl ko vaisius gali patirti pernelyg stiprią gimdos stimuliaciją ir gimdymo eigoje rodyti distreso ženklus (Rooks, 2009). Vaisiaus distresas, užfiksuojamas gimdymo su epidūrine nejautra metu, yra viena dažnesnių cezario pjūvio operacijų priežasčių (Jones et al., 2013). Tad čia galime stebėti tarsi „domino kaladėlių efektą“, kuomet gimdymo metu paskirta intervencija, skirta palengvinti motinai gimdymo skausmą, išderina vieną iš natūraliai vykstančių fiziologinių procesų, o šis – paveikia kitą, ir tai gali sukelti visiškai nepageidautinas gimdymo išėitis. Natūralus oksitocinas, išsiskiriantis į motinos kraują gimdymo metu, tikėtinai, veikia kaip nuskausminamasis vaisiui, kuris, gimimo metu, taip pat išgyvena skausmą. Epidūrinis nuskausminimas sumažina natūralaus oksitocino išsiskyrimą, o susilpnėjęs „vidiniams“ nuskausminamiesiems, vaisius gali išgyventi daugiau distreso, kurį gimdymą prižiūrintys specialistai pastebi fiksuodami vaisiaus tonų kitimą, o tai nuosekliai gali vesti link poreikio atlikti skubią cezario pjūvio operaciją (Mazzuca et al., 2011).

Nuskausminamųjų vaistų vartojimas gimdymo metu taip pat kelia diskusijų apie tai, kokia šių vaistų galima įtaka nebrandžioms naujagimio smegenims. Yra pastebima, kad naujagimiai, kurių gimimo metu buvo naudotas medikamentinis skausmo malšinimas, pirmomis dienomis po gimdymo yra vangesni (Ransjo-Arvidson et al., 2001), vangiau pradeda žįsti

(Brimdyr et al., 2015), pasižymi žemesniais naujagimio būklės vertinimo Apgar skalės balais bei dažniau gimsta su hipoksijos požymiais (Miron, Bradbury, & Singh, 2011; Örnell et al., 2015). Tačiau kol kas tyrimuose neaptinkama jokių įrodymų, kad vienkartinė nuskausminamųjų dozė, gauta gimimo metu, būtų susijusi su vėlesne vaikų raida. Remdamiesi tyrimų su gyvūnais duomenimis, rodančiais, kad net ir vienkartinė skausmą malšinančių vaistų dozė, gauta naujagimystės amžiuje, sutrikdo smegenų raidą (pvz., Mellon, Simone, & Rappaport, 2007), Sprung su kolegomis (2009) nutarė patikrinti, ar medikamentai, naudoti skausmo malšinimui cezario pjūvio operacijos metu, siejasi su mokyklinio amžiaus vaikų mokymosi sunkumais. Šiame tyrime nebuvo aptikta reikšmingų mokymosi sunkumų dažnumo skirtumų tarp vaikų, gimusių natūraliais gimdymo takais be nuskausminimo ir tarp gimusiųjų cezario pjūvio operacijos būdu, kuomet motinoms buvo atlikta regioninė ar bendroji nejautra.

Neatsakytų klausimų palieka ir diskusijos dėl sintetinio oksitocino naudojimo gimdymų sužaditimui ar skatinimui potencialios žalos. Oksitocinas yra žinomas kaip hormonas, aktyviai dalyvaujantis įvairiuose biologiniuose procesuose, o ypač – reprodukcinuose. Gimdymo metu oksitocinas aktyviai dalyvauja inicijuojant sąrėmius, o po gimdymo – paruošiant moters organizmą laktacijai bei yra susijęs su sėkminga žindymo pradžia. Kai kurioms moterims prireikia sužadinti gimdymą ar paskatinti gimdymo veiklą tam naudojant sintetinį oksitociną, kuris moters organizmą veikia tuo pačiu keliu kaip ir natūralus oksitocinas – per oksitocino receptorių, tačiau visiškai skirtingu būdu (Moberg, 2003; Khajehei, 2017). Kenkel, Yee ir Carter (2014) apžvelgia pastarojo meto tyrimus, kuriuose ieškoma atsakymo, koks yra natūraliai išsiskiriančio oksitocino bei sintetinio oksitocino, naudojamo gimdymo metu, vaidmuo naujagimio bei motinos tolesniame neurofiziologiniame funkcionavime. Autorių teigimu, kol kas ši tema kelia daugiau klausimų nei atsakymų, tačiau vis daugėja įrodymų, kad be jau minėtų oksitocinui tenkančių vaidmenų gimdyme ir po gimdymo, šis hormonas taip pat dar iki gimimo paruošia vaisiaus nervinę sistemą gyvenimui išoriniame pasaulyje. Kai kurių, nors ir negausių, tyrimų rezultatai leidžia teigti, kad manipuliavimas oksitocino kiekiu gimimo metu turi potencialą sukelti ilgalaikius pokyčius naujagimio smegenyse ir elgesyje, kuomet sintetinis oksitocinas paveikia ne tik oksitocino receptorių tolesnę veiklą, bet ir kitus susijusius peptidus, tokius, kaip vazopresiną ir jo receptorių (Kenkel et al, 2014).

2007 m. Saugaus medikamentų vartojimo institutas (angl. Institute for Safe Medication Practices) sintetinį oksitociną paskelbė vienu iš aukštos rizikos medikamentų, kurie apibūdinami kaip „turintys padidintą žalos riziką, kuomet naudojami netinkamai“ (Clark, Simpson, Knox & Garite, 2009). Žinoma, visų pirma oksitocino vartojimas akušerijoje ir ginekologijoje yra svarbus tam tikrų komplikuočių gimdymų atvejais, kai padeda sumažinti neigiamas pasekmes gimdyvei bei naujagimiui užtrukusio nėštumo atveju (Kenkel et al., 2014). Tačiau sunkumų kyla tuomet, kai jo naudojimas nėra pagrįstas aiškiais indikacijomis ir nėra paremtas saugumo protokolais (Clark et al., 2009). Per pastaruosius dešimtmečius, ypač Vakarų valstybėse, sintetiniu oksitocinu sužadintų gimdymų skaičius auga, kai kur siekdamas trečdalį visų gimdymų (WHO, 2011). Dažnėjantys sužadinti gimdymai yra siejami su gydytojų bei gimdančių moterų siekiu planuoti naujagimio gimimo laiką, liberaliu požiūriu į gimdymo sužadinimą nesant tam medicininių indikacijų, pakankamai saugių gimdymo sužadinimo metodų įdiegimu į praktiką (Bartusevičius, 2006).

Kaip ir medikamentai, naudojami skausmo malšinimui, taip ir sintetinio oksitocino naudojimas gimdymo metu yra siejamas su kai kurių raidos sunkumų kilme – su dėmesio trūkumu ir hiperaktyvumu sutrikimu (pvz., Kurth & Davalos, 2012; Kurth & Haussmann, 2011), kognityvinės raidos sunkumais (pvz., Freedman, Brown, Shen, & Schaefer, 2015), autizmo spektro sutrikimais (pvz., Gregory et al., 2013; Weisman et al., 2015). Prieš keletą metų publikuotas mūsų tyrimas (Jasiulionė, Jusienė ir Markūnienė, 2016) atskleidė, kad kūdikiai, gimę oksitocinu sužadinto ir/ar skatinamo gimdymo metu, 3 mėnesių amžiuje savo motinų buvo vertinami kaip mažiau besidomintys aplinka, kuomet yra budrūs, 6 mėnesių amžiuje buvo vertinami kaip linkę įsitempti ar verkti, kuomet yra paimami ant rankų, o 1,5 metų amžiuje – kaip turintys labiau išreikštus užsisklendimo skalės sunkumus: vengimu žiūrėti kitiems į akis, menkesniu reagavimu į meilumą, neatsakymą, kai žmonės kalbina ir pan. Toks elgesys gana glaudžiai siejasi su autizmui priskiriamais kokybiniais socialinės sąveikos sutrikimais – nepakankamu gebėjimu palaikyti akių kontaktą, nepakankamu socialiniu ir emociniu bendravimu, pasireiškiančiu silpnu ar sutrikusiu atsaku į kito žmogaus emocijas (Lesinskienė, 2000).

Diaconu, Anton, Anton ir Filipeanu (2017) tyrė, ar gimdymo metu skirtas oksitocinas siejasi su vaikų iki 5 metų amžiaus psichomotorine raida. Tyrimo rezultatai rodo, kad gimdymo metu skirtas oksitocinas yra nepriklausomas rizikos veiksnys 5 metų amžiaus vaikų stambiosios ir smulkiosios motorikos raidos vėlavimui, ypač – berniukų: oksitocino naudojimas berniukų gimdymo

metu net 4 kartus padidina riziką, kad vėluos jų kai kurių smulkiosios ir stambiosios motorikos refleksų raida (Diaconu, Anton, Anton, & Filipeanu, 2017). Ryšys tarp sintetinio oksitocino naudojimo gimdymo metu ir mažų vaikų psichomotorinės raidos vėlavimo buvo aptiktas ir kiek anksčiau atliktame Gonzalez-Valenzuela, Lopez-Montiel, Gonzalez-Mesa tyrime (2015).

Tačiau tyrimai apie sintetinio oksitocino naudojimo gimdymo metu sąsajas su vaiko raidos ypatumais nėra gausūs, o rezultatai nėra vienareikšmiški, be to, trūksta paaiškinimų, koks galėtų būti sąsajas tarp sintetinio oksitocino ir vaiko psichosocialinės raidos paaiškinantis mechanizmas (Kenkel et al., 2014). Kita vertus, tyrimų interpretavimą apsunkina ir tai, kad neretai sintetinio oksitocino skyrimas yra susijęs ir su kitų medikamentų, pavyzdžiui, skausmą malšinančių preparatų naudojimu. Sintetinis oksitocinas, skirtas gimdymo skatinimui, gana stipriai veikia gimdymo veiklos intensyvumą, sąžemiam gana greitai gali pasidaryti stiprus ir skausmingi, tuomet į pagalbą gali būti pasitelkiami skausmą malšinantys preparatai. Tad atskirti tik vienos medžiagos, taikytos gimdymo metu, poveikį neretai yra labai sunku. Galbūt taikant kumuliacinės rizikos modelius, kuomet matuojamas ne vieno atskiro veiksnio, o kelių panašių veiksnių sumos poveikis, galima būtų daugiau pasakyti apie farmakologinių preparatų, naudojamų gimdymo metu, poveikį vaiko raidoje.

Taigi matome, kad yra bent keletas gimimo aplinkybių, kurios gali veikti vaiko psichosocialinę raidą: tai gimimo būdas (natūraliais gimdymo takais, cezario pjūvio operacija), gimdymo metu patirtos traumos bei tam tikrų farmakologinių preparatų naudojimas gimdymo metu (sintetinio oksitocino, skausmą malšinančių medikamentų). Visus šiuos gimdymo veiksnius laikytume biologinės kilmės rizikos veiksniais vaiko raidai. Ir jei gimdymo būdas, o konkrečiai – cezario pjūvio operacija, žmogaus raidą galimai veikia per bakterinę naujagimių virškinamojo trakto kolonizaciją ir jos pokyčius pirmaisiais gyvenimo metais (Heijtz, 2016; Rutaysire et al., 2016), tai šalia šio biologinio poveikio aptinkame ir socialinės ar net psichologinės kilmės veiksnius, pavyzdžiui, žindymą, kuris Carlson su bendraautoriais atliktame tyrime (2018) siejosi su jau vyresnio amžiaus kūdikių virškinamojo trakto bakterine terpe, o per ją – su vaiko pažintine raida. Sėkmingas žindymo iniciavimas ar ilgalaikis žindymas yra tiesiogiai susijęs ne su gimdymo būdu, o labiau su motinos savijauta po gimdymo, pavyzdžiui, pogimdyminiu depresiškumu (Borra, Iacovou, & Sevilla, 2015), kurio rizika didėja, jei moteris patiria komplikotą gimdymą ar išgyvena skubią cezario pjūvio operaciją (Xu et al., 2017). Taip pat žindymo iniciavimui yra svarbi socialinė

aplinka: ar sudaromos sąlygos kūdikį žindyti gimdymą priėmusios sveikatos priežiūros įstaigoje (Perez-Escamilla, Martinez, & Segura-Perez, 2016), ar moteris sulaukia palaikymo ir padrąsinimo žindyti kūdikį iš socialinės aplinkos (Ferrell, Pope, Anguah, & Liu, 2017).

Tad, apibendrinant kitų tyrėjų atradimus ir iš jų kylančias įžvalgas, šiame darbe keliame prielaidą, kad tam tikros gimimo aplinkybės gali būti vertinamos ir kaip biologinis, ir kaip psichologinis vaiko raidai reikšmingas veiksnys, visų pirma veikiantis motinos savijautą po gimdymo, kuri siejasi su motinos sąveikomis su vaiku bei taikomomis motinystės praktikomis bei taip veikia ir ankstyvąją vaiko raidą.

#### 1.4 Motinų sąveikų su mažais vaikais ypatumai ir juos veikiantys su gimdymu susiję veiksniai

*„Nuovargio ir skausmo išvargintas kūnas trūkčiojo nuo drebulio. Neaguodė personalo raminimas, kad aš tuoj išvysiu savo vaikelį. Gulėdama ant operacinės stalo prisiminiau menamą cezario operacijos vardo kilmę – Romos imperijos laikais buvęs įstatymas Lux Cesarea, reikalavęs atskirti gimdymo metu mirusias motinas ir jų kūdikius. (...) Vėliau, jau pooperacinėje palatoje, klausydama specialistų išvadų, kaip beprotė reikalauju: „visa tai labai įdomu, bet kur mano vaikas?“ Prasiveria durys ir personalo lydymas, nešinas „klykiančiu kokoniuku“, išdidžiai įžengia mūsų tėvelis. Nuogutis kūnelis, priglaustas prie mano krūtinės iškart nurimsta. Pirmieji stichiški bandymai žindyti po poros valandų nutraukiami personalo: „jums reikia pailsėti. Vaikelis naktį bus kūdikių skyriuje“. Mintys apie patirtą chaosą neleido užmigti.“  
(iš 33 m. moters pasakojimo apie gimdymo patirtį)*

##### 1.4.1 Gimdymo patyrimas, kaip veiksnys, turintis įtakos motinos–kūdikio sąveikoms

Moters ryšys su kūdikiu formuojasi dar gerokai iki kūdikio gimimo – jis vystosi ir kinta viso nėštumo laikotarpiu. Pastebima, kad moterys išgyvena sustiprėjusius motinystės, ryšio su vaiku jausmus apie 20-tą nėštumo savaitę, kuomet pradeda jausti vaisiaus judesius. Visgi intensyviausias šių jausmų išgyvenimas yra patiriamas iškart po gimdymo – retrospektyviai vertindamos savo santykių su vaiku raidą, moterys neretai nurodo, kad pirmasis prisirišimo prie kūdikio jausmas atsiranda po pirmojo akių kontakto ar pirmųjų kūdikio šypsenų (Corter & Fleming, 1995). Kūdikio gimimas, ypač pirmojo vaiko, žymi ir naują moters tapatumo raidos žingsnį. Moters tapumas motina reiškia

perėjimą nuo to, kas žinoma, nuo esamos realybės, prie to, kas nepažįstama, nepatirta. Šis perėjimas reikalauja iš moters savo tikslų, elgesio, atsakomybių restruktūrizavimo, naujų savo funkcijų, susijusių su gebėjimu rūpintis, globoti, tinkamai reaguoti į naujagimį, integravimo, ir kartu kuria naują moters identiteto dalį (Mercer, 2004; Slade, Cohen, Sadler, & Miller, 2009). Anot Parratt (2002), natūralus kūdikio gimimas be medicininių intervencijų gali būti vienas iš svarbių veiksnių, palengvinančių moters perėjimą į naują gyvenimo ir tapatumo etapą – motinystę. Apžvelgdama praecito šimtmečio pabaigos tyrimus, autorė teigia, kad natūralus gimdymas, kurio metu moteris gauna palaikymą, turi pasitikėjimu grįstą santykį su gimdyme dalyvaujančiais žmonėmis, išgyvena kontrolės jausmą per laisvę pačiai pasirinkti patogią gimdymo pozą, laisvai judėti sąrėmių metu, gali sustiprinti moters pasitikėjimą savimi, prisideda prie geresnės motinos savijautos po gimdymo ir, atitinkamai, prie sklandesnio išitraukimo į motinišką elgesį – naujagimio priežiūrą, prieraišumo prie naujagimio kūrimą. Gimdyme dalyvaujančių žmonių pagalba moterims gimdymo metu „įsiklausant“ į savo kūną, intuityviai ieškant būdų išbūti gimdymo skausmą, gali būti reikšminga geresniam moters santykiui su savo kūnu ir pačia gimdymo patirtimi (Parrat, 2002). Anot Lundgren ir Dahlberg (1998, cit. iš Parrat, 2002), moterys, turinčios gerą ryšį su savimi, lengviau užmezga gerą ryšį su kūdikiu, o išgyventas ir išbūtas gimdymo skausmas gali taip pat prisidėti prie glaudesnio motinos ryšio su naujagimiu. Ir priešingai – tam tikros gimdymo komplikacijos gali apsunkinti pirmuosius motinos-kūdikio kontaktus, o per tai – ir vėlesnes sąveikas. Anot Goldbort (2009), dėl neplanuotos cezario pjūvio operacijos sutrikus normaliai gimdymo eigai, moterys kurį laiką gali jaustis atjungtos nuo savo kūno ir savo kūdikio. Cezario pjūvio operacijos metu moterų išgyvenamas pasyvumas, atskyrimas nuo naujagimio, vėliau įvykęs pirmasis kontaktas su naujagimiu sutrikdo nuoseklią neštumo-gimdymo-motinystės seką ir gali būti siejami su sunkumais prisiimant motinos rolę, formuojantis motinos prieraišumui prie kūdikio (Forcada-Guex et al., 2011; Korja et al., 2010).

Reisz, Jacobvitz ir George (2015) atliktas tyrimas atskleidžia, kad gimdymo būdas siejasi su tuo, kaip motina suvokia ir vertina savo kūdikį – cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusios moterys buvo linkusios naudoti daugiau negatyvių apibūdinimų, pasakodamos apie kūdikį, nei gimdžiusios natūraliais gimdymo takais. Taip pat gimdymo būdas siejosi su motiniška saviverte – kaip moteris vertino save, kaip motiną, per subjektyvų gimdymo vertinimą – šiame tyrime dalyvavusios moterys gimdymą buvo linkusios



vertinti kaip savo gebėjimo būti motina atspindį. Tad moterys, gimdžiusios natūraliais gimdymo takais, buvo linkusios pozityviau vertinti savo gimdymo patirtį, taip pat pasižymėjo ir aukštesne motiniška saviverte (Reisz, Jacobvitz, & George, 2015). Nors tyrimas neleidžia daryti jokių išvadų apie skirtingu būdu gimdžusių motinų sąveikas su vaikais ar taikomas motinystės praktikas, tačiau jis nurodo, kad gimdymo būdas ir subjektyvus gimdymo suvokimas veikia moterų vidines savęs kaip motinų reprezentacijas, o per tai gali veikti ir motinos elgesį su kūdikiu.

Tyrimuose pastebima, kad moterys, gimdžiusios cezario pjūvio operacijos būdu, lyginant su natūraliais gimdymo takais gimdžiusiomis moterimis, išgyvena daugiau abejingumo pirmojo kontakto su kūdikiu metu (diMatteo et al., 1996; Garel et al. 1988, cit. pg. Weisman et al., 2010), išgyvena mažiau džiaugsmo ir pasitenkinimo pirmųjų sąveikų su kūdikiu metu (Cranley et al., 1983, cit.pg. Weisman ir kt, 2010). Swain su bendraautorais (2008) aptiko, kad natūraliais gimdymo takais gimdžusių moterų smegenų dalys, atsakingos už motinišką elgesį, aktyviau reaguoja į girdimą kūdikio verksmą, nei moterų, gimdžusių cezario pjūvio operacijos būdu. Kita vertus, skubi cezario pjūvio operacija gali kelti ir visai kitokius jausmus – kai kurios motinos ir po sunkios bei traumuojančios gimdymo patirties teigia išgyvenančios visa apimančią meilės kūdikiui jausmą, norą kūdikį apsaugoti ir jau nuo pat pirmųjų dienų po gimdymo jaučia stiprų prierašumą savo kūdikiui (van Reenen, & van Rensburg, 2013).

Ferber ir Feldman (2005) atskleidžia, kad moters gimdymo skausmo suvokimas ir vertinimas, galimai nulemtas tam tikrų moters asmenybės savybių, taip pat yra vienas iš veiksnių, turinčių įtakos motinos sąveikoms su kūdikiu. Tyrime buvo analizuojama, kaip gimdymo metu patirto skausmo vertinimas (skausmo intensyvumas 10 balų skalėje bei polinkis skausmą katastrofizuoti), praėjus 2 dienoms po gimdymo, siejasi su motinos sąveikomis su 6 savaičių amžiaus kūdikiais bei kokią įtaką skausmo vertinimui turi tam tikros motinos asmenybės savybės. Rezultatai atskleidė, kad ne gimdymo skausmo intensyvumas, o polinkis skausmą katastrofizuoti siejasi su tam tikrais motinų sąveikų su kūdikiais ypatumais: motinos, kurios buvo linkusios katastrofizuoti gimdymo metu patirtą skausmą, praėjus 6 savaitėms po gimdymo tyrėjų buvo vertinamos kaip mažiau prisiderinančios prie kūdikio bei daugiau besikišančios sąveikų metu, tad apibendrinant, jų sąveikos su kūdikiais buvo vertinamos kaip mažiau harmoningos bei pasižyminčios mažesniu abipusiškumu. Tuo tarpu motinos aukštesnis nerimastingumas, kaip asmenybės bruožas, buvo susijęs su mažesniu

jautrumu sąveikose su 6 savaičių kūdikiais. Tyrimo autoriai kelia prielaidą, kad motinų asmenybės savybių nulemtas gimdymo skausmo suvokimas gali būti ankstyvasis motinos-kūdikio sąveikų sunkumų prognostinis veiksnys.

Apibendrinant galime teigti, kad tam tikros gimdymo aplinkybės, pavyzdžiui, komplikotas, skausmingas gimdymas, skubi cezario pjūvio operacija, taip pat moters subjektyvus gimdymo patyrimas galėtų būti priskirtini prie trumpalaikių veiksnių, galimai sutrikdančių motinos-kūdikio ryšio formavimąsi. Ryšys tarp gimdymo ir jo patyrimo bei vėlesnių motinos-vaiko sąveikų gali būti labiau ne tiesioginis, o per tam tikrus tarpinius veiksnius – per motinos asmenybės savybes, emocinę savijautą po gimdymo. Pavyzdžiui, jau minėjome, kad cezario pjūvio operacija yra vienas iš pogimdyminę depresiją ar potrauminio streso simptomatiką prognozuojančių veiksnių (pvz., Andersen et al., 2012; Xu et al., 2017), o motinos, išgyvenančios depresijos ar potrauminio streso simptomus, neretai susiduria su sunkumais megzdamos ryšį su kūdikiu (pvz., Albright, Tamis-LeMonda, 2002; Choi, 2013; Kokubu, Okano, & Sugiyama, 2012). Prieš kurį laiką tyrėjų grupės atliktas tyrimas (Čekuolienė, Jusienė, Širvinskienė, Zamalijeva ir Braidokienė, 2011) atskleidė, kad tokie veiksniai, kaip motinos depresiškumas, jos santykiai su partneriu, motinos ir kūdikio sąveikos, pasižymi tarpusavio ryšiais ir kompleksiniu poveikiu motinų vertinamiems kūdikių elgesio sunkumams. Motinos, pasižyminčios didesniu depresiškumu, praėjus 3 ir 6 mėnesiams po gimdymo, turėjo daugiau sunkumų suprasti kūdikio verkimo priežastis. Tuo tarpu 3-4 ir 6-7 mėnesių kūdikių probleminis elgesys buvo tiesiogiai veikiamas motinų patiriamų sunkumų suprasti kūdikio verkimo priežastis. Taigi, ryšys tarp motinos depresiškumo ir kūdikio probleminio elgesio minimame tyrime yra ne tiesioginis, o per tarpinį motinos ir vaiko sąveikų veiksnių – motinos sunkumus suprasti kūdikio verkimo priežastį, kurie, tikėtina, veikė motinos jautrumą ir reagavimą kūdikio distreso situacijose.

Dar vienas galimas tarpinis veiksnys tarp gimdymo aplinkybių ir motinos sąveikų su vaiku ypatumų – motinos asmenybės savybės, kurios, iš vienos pusės, gali sietis su jos gimdymo patyrimu, o iš kitos pusės – su tam tikrais motinos sąveikų su kūdikiais ar mažais vaikais ypatumais. Pavyzdžiui, Conrad ir Stricker (2018) savo tyrime pastebi, kad moterys, pasižyminčios aukštesniu sąmoningumu, pozityviau vertino savo gimdymo patirtis, o aukštesniu neurotiškumu pasižyminčios moterys buvo linkusios mažiau pasitikėti savo pajėgumu, saviveiksmingumu gimdymo metu. Tuo tarpu kalbant apie sąveikas su mažais vaikais, galime paminėti Šarkinaitės, Kalinauskienės ir

Čekuolienės tyrimą (2007), atskleidžiantį, kad motinų jautrumas sąveikose su 6 mėnesių kūdikiais siejasi su motinos intravertiškumu, aukštesniais motinų empatijos, domėjimosi žmonėmis bei tapatinimosi su kitais įverčiais. Taip pat Smith su bendraautoriais (2007) tyrimas, parodantis, kad motinos sutarumas ir sąmoningumas siejasi su didesniu jautrumu sąveikose su 2,5 metų amžiaus vaikais. Taigi, atsižvelgiant į aukščiau aptartus tyrimus, galime teigti, kad moterų, turinčių, pavyzdžiui, labiau išreikštą neurotiškumo bruožą ir išgyvenusių skubią cezario pjūvio operaciją, kuri gali būti patiriama kaip tam tikras stresorius ar net krizinis išgyvenimas, sąveikos su mažu vaiku gali būti mažiau jautrios ar mažiau atliepiančios jo poreikius, nei kitokiomis asmenybės savybėmis ir kitokia gimdymo patirtimi pasižyminčių moterų.

#### 1.4.2 Žindymo inicijavimas ir jo reikšmė motinos sąveikoms su vaiku

Pirmasis motinos susitikimas su gimusiu kūdikiu yra svarbi akimirka tiek pačios motinos tapatumo jausmui, tiek optimaliai naujagimio adaptacijai, tiek pirmosioms sklandžioms motinos-vaiko sąveikoms. Viena iš svarbių ankstyvųjų motinos sąveikų su kūdikiu elgesio apraiškų yra žindymas, kurio sėkmingam inicijavimui puikiai sustyguoti fiziologiniai mechanizmai tiek motinos, tiek naujagimio organizmuose. Naujagimiai gimsta turėdami tam tikrus gebėjimus megzti ankstyvuosius santykius su motina, pavyzdžiui, tik gimęs kūdikis geba užuosti motinos kvapą ir kryptingai „judėti“ link krūties, kad galėtų žįsti. Savo ruožtu, kartu su kūdikio gimimu, per vykstančius hormoninius procesus aktyviai formuojasi motinos prierašumas prie kūdikio, kuris atlieka svarbią funkciją – laiko motiną šalia kūdikio (Maestriperi, 2001). Taigi, panašu, kad optimaliam motinos ryšiui su kūdikiu formotis gana svarbios yra ir pirmosios valandos po gimdymo. Anot Figueiredo ir kolegų (2009), pirmosiomis valandomis po gimdymo, jame dalyvaujantys hormonai stimuliuoja motinos jautrumą, jos gebėjimus reaguoti ir suvokti naujagimio poreikius ir signalus. O naujagimis, pirmas 24 valandas po gimimo, yra budresnis, dėmesingesnis ir labiau prieinamas sąveikoms su motina, nei vėlesnių dienų metu bei taip pat demonstruoja tam tikrą elgesį, kuris skatina motinos artumą bei prierašumą.

Pasaulio sveikatos organizacija rekomenduoja, kad naujagimis, iškart po gimimo, jei tik jis normaliai kvėpuoja ir nėra stebima jokių patologinių būsenų, turėtų būti padėtas motinai ant krūtinės ir patirti „oda prie odos“ kontaktą ne trumpiau kaip valandą – tai padeda kūdikiui adaptuotis prie

pasikeitusios aplinkos bei prisideda prie sėkmingo žindymo inicijavimo. Tik po to, kai naujagimis pažinda, jis turėtų būti paimtas įprastinėms svėrimo, matavimo ir kitoms procedūroms (WHO, 1996). Visgi, kartais motinos pirmasis susitikimas su kūdikiu nėra toks sėkmingas, ypač tose situacijose, kai naujagimis gimė komplikuoto gimdymo ar cezario pjūvio operacijos metu. Tyrėjai pastebi, kad „oda prie odos“ kontaktas iškart po gimdymo turi pozityvių pasekmių tiek naujagimio fizinei savijautai ir sklandesnei adaptacijai, tiek motinos savijautai bei motinos-vaiko sąveikomis, o ypač pozityviai siejasi su žindymo sėkmingu inicijavimu ir sklandesniu žindymu (Dumas et al., 2013; Ferber & Makhoul, 2004; Moore, Anderson, Begman, & Dowswell, 2012; Mörelius, Örténstrand, Theodorsson, & Frostell, 2015; Stevens, Schmied, Burns, & Dahlen, 2014; Şimşek & Karahan, 2017).

Taigi, sklandi žindymo pradžia po gimimo ir tolimesnis žindymas yra dar vienas veiksnys, svarbus ne tik kūdikio adaptacijai ir fizinei sveikatai (Victoria et al., 2016), bet ir vėlesnėms motinos-vaiko sąveikoms ir jų ypatumams. Žindymas apima visą spektrą motinos elgesio ypatumų ir veiksmų, kurie gali palengvinti emocinį ryšį tarp motinos ir kūdikio, labiausiai per artimą fizinį ir emocinį kontaktą, patiriamą žindymo metu (Feldman, Weller, Leckman, Kuint, & Eidelman, 1999). Ankstyvuojų pogimdyminiu laikotarpiu sėkmingas žindymo inicijavimas gali prisidėti prie motinos jautrumo kūdikio signalams, jo emocinėms ir fizinėms reikmėms formavimosi. Kadangi motinos jautrumas kūdikio signalams yra vienas centrinių motinos elgesio konstruktyvų, padedančių tiek kurti sąveikas su kūdikiu, palankesnei jo tolimesnei raidai, tiek kūdikiui būti saugiai prierašiam prie savo motinos. Kim su kolegomis (2011) atliktas smegenų aktyvumo tyrimas parodė, kad girdint savo kūdikio verksmą, žindančių motinų smegenų sritys, susijusios su empatija bei prierašumu, aktyvuojasi stipriau nei nežindančių. Tų pačių smegenų sričių aktyvumas tyrime siejosi su didesniu motinų jautrumu kūdikio signalams bei poreikiams (Kim et al., 2011). Žindymo sąsajas su motinų jautrumu sąveikose su kūdikiais ir mažais vaikais patvirtina ir kiti tyrimai (pvz., Bigelow et al., 2014; Britton, Britton, & Gronwaldt, 2006; Farrow, & Blissett, 2014; Jonas et al., 2016; Papp, 2014), o Amerikos psichologų asociacija 2018 m. paskelbė ilgalaikį, 10 metų vykdytą tyrimą (Weaver, Schofield, & Papp, 2018), kurio rezultatai rodo, kad ilgesnė žindymo trukmė (vertinta iki 3 metų amžiaus) reikšmingai prognozuoja motinos jautrumą sąveikose su vaiku iki 11 metų amžiaus, kontroliuojant tokius veiksnius, kaip motinos asmenybės bruožai, tėvystės nuostatos, etninė kilmė, motinos išsilavinimas ir partnerio turėjimas. Kita vertus, nėra tyrimų, rodančių priežastinius žindymo ir motinos jautrumo

ryšius sąveikose su vaikais, tad galime pritarti Pearson, Lightman ir Evans (2011) iškeltai prielaidai, kad jautresnės motinos gali būti linkusios inicijuoti žindymą bei žindyti vaiką ilgiau. Tad gali būti ir taip, kad motinos jautrumas prognozuoja ilgesnį žindymą, lygiai kaip ilgesnis žindymas gali prisidėti prie motinos jautrumo sąveikose su vaiku.

#### 1.4.3 Motinų-vaikų sąveikų ankstyvojoje vaikystėje ypatumai bei reikšmė vaikų raidai

Pirmaisiais gyvenimo metais, iki vienerių ar pusantrų metų, kūdikiams tenkantis pagrindinis psichosocialinės raidos uždavinys – įgyti pasitikėjimą. Tam, be jokios abejonės, itin svarbus vaidmuo tenka saugaus ryšio tarp motinos ar kito pagrindinio vaiko globėjo sukūrimui (Erikson, 2004). Todėl tyrinėjant ankstyvasias motinos-kūdikio sąveikas itin didelis dėmesys yra skiriamas prierašumo tyrimams (Čekuolienė, 2008). Nuo 1-erių iki 1,5 metų amžiaus vaikų raida pasižymi sparčiais pokyčiais fizinėje, pažintinėje ir emocinėje raidoje ir vaikams tenka susidurti su naujais raidos uždaviniais: pasiekti tam tikrą autonomijos ir savarankiškumo laipsnį, suvokti save kaip atskirą asmenį, kaip tam tikrų veiksmų, jausmų, minčių šaltinį, įgyti savikontrolės ir savireguliacijos įgūdžių, o taip pat šiuo laikotarpiu vyksta aktyvi moralės, empatijos, prosocialaus elgesio raida. Visiems šiems raidos uždaviniams įveikti ir toliau lieka svarbūs santykiai su artimiausiais globėjais, tėvų, globėjų gebėjimai atliepti į vaiko augantį autonomijos poreikį ir tinkamai bei prie vis besikeičiančių vaiko gebėjimų pritaikytai būdais nubrėžti vaikui elgesio ribas (Edwards, 1995).

Taigi, ne tik kūdikystėje patiriamos sąveikos su motina, bet ir ankstyvojoje vaikystėje, ikimokykliniame amžiuje sukuriamos sąveikos yra reikšmingas vaiko patyrimo apie pasaulį šaltinis, siejamas su vaiko socializacija, tolesne sklandžia raida bei vaiko elgesio modeliais, kuriuos jis vėliau perkelia į kitus santykius (Kelly & Barnard, 2000). Tyrimų apie motinų sąveikų su mažais, iki 4-5 metų amžiaus vaikais, išties gausu, juose vertinamos itin įvairios sąveikų charakteristikos bei jų reikšmė tolesnei vaiko raidai. Vienuose tyrimuose daugiau dėmesio skiriama motinos elgesiui, stebimam sąveikų metu bei vertinami su motinos elgesiu susiję vaiko raidos pasiekimai. Šiuose tyrimuose atskleidžiama, kad sklandžiai emocinei, socialinei, pažintinei raidai ankstyvojoje vaikystėje sąveikų su vaikais metu yra svarbus toks motinų elgesys, kaip jautrumas (Edwards, Hans, Edwards, & Hans, 2016; Kok et al.,

2013; Lemelin, Tarabulsky, & Provost, 2006; Nelson, O'Brien, Grimm, & Leerkes, 2014), atliepiantis, reaguojantis elgesys (Hudson et al., 2015; Pauli-Pott, Schloß, & Becker, 2018; Smith, Landry, & Swank, 2006), emocinis prieinamumas ar sąveikų metu reiškiamos emocijos (Bergmann et al., 2016; Biringen, Derscheid, Vliegen, Closson, & Easterbrooks, 2014; Martin, Clements, & Crnik, 2002), bendrai vyraujantis pozityvus sąveikavimo stilius, pavyzdžiui, kiek motina linkusi įsitraukti į sąveikas ir naudoti tokius sąveikavimo stilius kaip kontrolė, kišimasis, pozityvus vadovavimas ar atsitraukimas (Calkins, Smith, Gill, & Johnson, 1998; Hatzinikolaou & Murray, 2010). Tyrinėjami ir vis nauji motinos elgesio konstruktai ir jų vaidmuo tam tikrų vaikų gebėjimų vystymuisi. Vienas tokių yra žaismingumas, kuris pasireiškia motinos iniciatyva žaisti vaizduote paremtus ir kūrybiškus žaidimus su skirtingo amžiaus vaikais (Cabrera, Karberg, Malin, & Aldoney, 2017; Della Rosa, 2011; Menashe-Grinberg & Atzaba-Poria, 2017). Tradiciškai menamo, vaizduote pagrįsto, kūrybinio žaidimo svarba vaiko raidos kontekste yra analizuojama vertinant, kaip paties vaiko žaidžiami žaidimai padeda sklandžiai jo raidai. Tačiau ir tėvų žaismingumas, pasireiškiantis sąveikose su vaiku, pozityviai veikia jo raidą, pavyzdžiui, vaiko emocijų reguliaciją, kalbos raidą, bendravimo įgūdžius (Cabrera et al., 2017; Atzaba Poria, in press). Kituose tyrimuose daugiau dėmesio skiriama vaiko savybėms, elgesiui, veiksniams, galimai medijuojantiems ar moderuojantiems ryšį tarp motinos elgesio sąveikų metu ir ikimokyklinio ar jaunesniojo mokyklinio amžiaus vaikų raidos pasiekimų ar emocijų ir elgesio sunkumų (pvz., Feng et al., 2008; Kochanska, Kim, Boldt, & Yoon, 2013; van Dijk et al., 2017).

Yra ir dar viena tyrimų grupė, kurioje daugiausiai dėmesio skiriama motinos ir vaiko diados tarpusavio dermei, atsižvelgiant į sąveikų abipusiškumą ir abiejų dalyvių poveikį vienas kitam (pvz., Healey et al., 2010; Kochanska, 2000; Wilson & Durbin, 2013). Tarp šių tyrimų ypač ryškūs yra G. Kochanska ir jos vadovaujamų tyrėjų grupės darbai (Kochanska, 1997, 2000, 2002; Aksan, Kochanska, & Ortmann, 2006; ir kiti), kuriuose konceptualizuojamas ir tyrinėjamas tėvų-vaikų tarpusavio sąveikų abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas (angl. Mutually responsive orientation, MRO) – tai diados tarpusavio santykis, apibrėžiantis konstrukta, vertinantį vieno iš tėvų bei vaiko tarpusavio santykio emocinę dermę, gebėjimus bendradarbiauti tiek verbaliai, tiek neverbaliai, bendrauti harmoningai, jautriai reaguoti vienas į kito veiksmus. Motinos-vaiko aukštas abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas, matuojamas ankstyvojoje vaikystėje,

reikšmingai siejasi su geresniais vaikų savireguliacijos gebėjimais bei sklandesne vaikų socializacija ir socialine raida (Kochanska, Aksan, Prisco, & Adams, 2008; Sanghag, Boldt, & Kochanska, 2015).

Vertinant, kokios motinų ir vaikų grupės bei jų tarpusavio sąveikų ypatumai sulaukia daugiausiai tyrėjų dėmesio, verta paminėti, kad motinų sąveikų su ikimokyklinio amžiaus vaikais ypatumai neretai yra tyrinėjami tam tikrose klinikinėse ar rizikos imtyse, pavyzdžiui, aukštu depresiškumu pasižyminčių moterų sąveikos su vaikais (pvz., Caughy, Huang, & Lima, 2009; Leckman-Westin, Cohen, & Stueve, 2009), motinų sąveikos su vaikais, kurie gimė neišnešioti (pvz., Delonis, Beeghly, & Irwin, 2017; Erickson et al., 2013; Ionio et al., 2017; Karabekiroğlu et al., 2015) ar sąveikos su vaikais, turinčiais tam tikrų raidos sutrikimų (pvz., Gul et al., 2016; Healey et al., 2010). Visgi, ne ką mažiau dėmesio skiriama ir įprastinės raidos vaikų sąveikų su motinomis ypatumams vertinti bei jų sąsajoms su tolimesne vaiko raida atskleisti. Jei rizikos grupėse motinos-vaiko sąveikų kokybė ir diados tarpusavio dermė vertinama kaip tam tikras vaiko raidos apsauginis veiksnys, mažinantis gilesnių raidos sunkumų riziką (Healey et al., 2010; Caughy, Huang, & Lima, 2009; Delonis et al., 2017), tai ne rizikos, tipinės raidos grupėse individualūs motinos-vaiko sąveikų kokybės skirtumai, kaip jau minėjome, neretai siejami su geresniais pažintiniais, savireguliacijos gebėjimais, sklandesne psichoemocine raida (Aksan, Kochanska, & Ortmann, 2006; Kochanska, Aksan, Prisco, & Adams, 2008; Lincoln, Russell, Donohue, & Racine, 2017; Wang, Morgan, & Biringen, 2014). Kita vertus, taip pat pastebima, kad tam tikras motinos elgesys, stebimas sąveikų su vaikais metu, gali turėti stipresnį teigiamą poveikį vaikams, turintiems tam tikrų jų raidą veikiančių rizikos veiksnių, tačiau žymiai mažiau veikti įprastinės raidos vaikus. Pavyzdžiui, Erickson su bendraautoriais (2013) atliktas tyrimas rodo, kad motinų verbaliai išreiškiamas padaršinimas, instruktavimas teigiamai veikia neišnešiotais gimusių 2-mečių emocijų reguliavimo gebėjimus, tačiau tai nėra pastebima vaikų, gimusių išnešiotais grupėje.

Kadangi šio darbo centre yra gimdymo, gimimo aplinkybių sąsajos su įvairiais motinos savijautos ir jos sąveikų su vaiku veiksniais, verta paminėti šioje srityje atliekamus dažniausius tyrimus, kurių, beje, nėra labai daug, tačiau jų tarpe dominuoja priešlaikinio gimdymo poveikis motinos sąveikoms su vaikais įvairiais jų raidos etapais (Ionio et al., 2017; Karabekiroğlu et al., 2015). Tačiau čia svarbu pasakyti, kad poveikį motinos sąveikoms su vaiku daro ne pats priešlaikinis gimdymas, bet neišnešioti naujagimio būklė ir turimi sveikatos sutrikimai, o taip pat motinos priešlaikinio gimdymo

patyrimas, kaip tam tikro sudėtingo, kartais ir traumuojančio, įvykio. Šie veiksniai lemia tėvų, o ypač motinų patiriamą motinystės stresą ir per tai veikia motinos bendravimą su vaiku ankstyvojoje vaikystėje ir ikimokykliniame amžiuje (Karabekiroğlu et al., 2015; Delonis et al., 2017; Rahkonen et al., 2014).

Kokius motinų sąveikų su vaikais ypatumus betyrinėtume, jų negalime izoliuoti nuo platesnio konteksto ir įvairių moters, šeimos emocinių, socialinių veiksnių. Be tų ypatumų, kuriuos tyrėjai gali pastebėti „laboratorinėmis“ sąlygomis, motinai ir vaikui kartu atliekant užduotis ar tiesiog žaidžiant, svarbu atsižvelgti į tokius bendrai moters ir vaiko santykio kokybę veikiančius veiksnius, kaip motinos emocinė savijauta (Dubois-Comtois, Moss, Cyr, & Pascuzzo, 2013; Leckman-Westin, Cohen, & Stueve, 2009), moters pasitikėjimas savimi kaip motina ir jos saviveiksmingumas (Conrad, Gross, Fogg, & Ruchala, 1992; Coleman & Karraker, 2003; Lesniowska, Gent, & Watson, 2016), motinystės praktikos (Crnic, Gaze, & Hoffman, 2005; Rikuykorjaa & Toshiki, 2017).

Apibendrinant tyrimus apie gimdymo aplinkybių sąsajas su motinos-vaiko sąveikomis, galime sakyti, kad tokių tyrimų nėra daug, ypač kalbant apie kiek vyresnių vaikų, nebe kūdikių sąveikas su motinomis. Analizuoti tyrimai atskleidžia, jog tam tikros gimdymo aplinkybės, pavyzdžiui, gimdymo būdas ar su jomis susijusios pirmosios bendros motinos-kūdikio patirtys, tokios, kaip žindymo inicijavimas ar pirmojo kontakto laikas, yra svarbūs tolimesnių santykių, ryšių tarp motinos ir kūdikio veiksniai, leidžiantys kelti prielaidas ir apie šių veiksnių poveikį, galbūt netiesioginį, tolesnei vaiko raidai.

### 1.5 Psichosocialinė ir pažintinė raida ankstyvojoje vaikystėje bei jai svarbūs veiksniai biopsichosocialiniu požiūriu

Raidos psichologijoje yra pripažįstama, kad dramatiškiausi raidos pokyčiai vyksta pirmaisiais žmogaus raidos etapais, t.y. prenatalinės raidos metu bei kūdikystėje ir vaikystėje. Šiais laikotarpiais vyksta daugybė pokyčių trijose pagrindinėse žmogaus raidos sferose: fizinėje ir psichomotorinėje, kuri apima žmogaus kūno pasikeitimus ir motorinius sugebėjimus, pažintinėje arba kitaip vadinamoje kognityvinėje, apimančioje mąstymo ir kalbos raidą, o taip pat socioemocinėje, apimančioje emocijų, asmenybės bei tarpusavio santykių su kitais žmonėmis raidą (Žukauskienė, 2012). Šiame darbe daugiausiai dėmesio skirsime tam tikriems vaiko pažintinės bei socioemocinės raidos ypatumams



ankstyvojoje vaikystėje. Per pirmuosius keletą gyvenimo metų vaiko raidoje vyksta tiek daug ir tokių didelių pokyčių, kad jų aprėpti viename tyrime neįmanoma. Tad savo dėmesį sutelksime į keletą vaikų psichosocialinės raidos aspektų: vaikų iki 4 m. amžiaus pažintinius, o tiksliau – samprotavimo gebėjimus, savireguliacijos įgūdžius bei emocijų ir elgesio sunkumus. Šiame skyriuje aptarsime būtent šių vaikų raidos sričių ypatumus bei joms svarbiausius biologinius, psichologinius bei socialinius veiksnius.

### 1.5.1 Vaikų emocijų ir elgesio sunkumai bei svarbiausi jų rizikos ir apsauginiai veiksniai

Žvelgiant iš raidos psichopatologijos perspektyvos, ankstyvas vaikų emocijų ir elgesio sunkumų atpažinimas bei į juos nukreiptos intervencijos yra vieni iš svarbiausių ilgalaikių psichikos sveikatos sunkumų prevencijos būdų. Ankstyva šių sunkumų diagnostika yra nepaprastai svarbi dėl to, kad mažų vaikų emocijų ir elgesio sunkumai prognozuoja po kelių metų ar net suaugusiojo amžiuje pasireiškiančius psichikos sveikatos sutrikimus (pvz., Hofstra, Van Der Ende, & Verhulst, 2002; Essex et al., 2009). Tad nenuostabu, kad tyrimuose apie mažų vaikų psichikos sveikatą itin daug dėmesio yra skiriama jau kūdikystėje pastebimų emocijų ir elgesio sunkumų simptomatikos vertinimui bei šių sunkumų atsiradimui reikšmingų individualių bei aplinkos veiksnių analizavimui (pvz., Širvinskienė, 2014), o taip pat skirtingose kultūrose tinkamų naudoti mažų vaikų emocijų ir elgesio sunkumų vertinimo metodikų paieškai bei jų validumo tyrimams (pvz., Ivanova et al., 2010).

Tyrimuose apie šių sunkumų atsiradimui svarbius rizikos ar apsauginius veiksnius, daugiausiai dėmesio skiriama tėvystės, šeimos kontekstui bei tam tikriems individualiems tėvų, motinų elgesio, savijautos ar asmenybės skirtumams – yra daugybė tyrimų, rodančių, kad tėvų savijauta ir psichikos sveikata, tėvų sukuriamas santykis su vaiku, o ypač – tėvystės praktikos glaudžiai veikia vaiko raidoje kylančius sunkumus. Pinquart atlikta tyrimų metaanalizė (2017) atskleidžia, kad aukštesnius vaikų elgesio sunkumus prognozuoja autoritarinis, aplaidus ar pernelyg liberalus tėvystės stilius, o taip pat – itin griežta, bausmėmis pagrįsta kontrolė, o vertinant ryšį tarp šių tėvystės dimensijų ir vaikų elgesio sunkumų laiko perspektyvoje, pastebima, kad šis ryšys yra abiejų krypčių, t.y. aukštesni vaikų elgesio sunkumai

prognozuoja ir tėvų baudžiančią, griežtą kontrolę ar autoritarinį auklėjimo stilių. O Poulou (2015) tyrimų apie ikimokyklinio amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumus sisteminėje apžvalgoje aprėpia kiek platesnį, su tėvystės kontekstu susijusių veiksnių spektrą ir teigia, kad vieni iš dažniausių su vaikų emocijų sunkumais susijusių veiksnių yra griežtas, bausmėmis pagrįstas tėvystės stilius, tėvų tarpusavio konfliktai, o taip pat motinystės stresas, motinos nerimastingumas ar tėvo nebuvimas. Tarp bene dažniausiai reikšmingai elgesio sunkumus prognozuojančių veiksnių yra motinystės stresas, griežtas, baudžiantis tėvų auklėjimo stilius, o taip pat šiems sunkumams svarbus yra ir lyties veiksnys – berniukai ir kitų tyrėjų darbuose yra vertinami kaip turintys daugiau elgesio sunkumų, ypač susijusių su agresyviu elgesiu, dėmesio trūkumu ir hiperaktyvumu.

Taigi, kiti emocijų ir elgesio sunkumų atsiradimui ir raiškai svarbūs šeimos, tėvystės veiksniai yra susiję su individualiais tėvų savijautos, kompetencijos jausmo ar asmenybės skirtumais. Pavyzdžiui, tėvų saviveiksmingumas – motinos ar tėvo suvokiamas kompetencijos jausmas, pasireiškiantis pasitikėjimu savo gebėjimais, gali pozityviai veikti savo vaikų elgesį bei raidą (Coleman & Karraker, 2003). Šis tėvų kompetencijos jausmas yra laikomas vienu iš vaikų elgesio sunkumų apsauginių veiksnių – pastebima, kad geriau savo kompetenciją vertinančių motinų vaikai pasižymi mažesniais elgesio problemų įvertinimais (Coleman & Karraker, 2003; Weaver, Schofield, & Papp, 2008), o tėvams, turintiems aukštais elgesio sunkumais pasižyminčių vaikų, skirtos tėvystės įgūdžių intervencijos yra efektyvios, jei jose skiriamas dėmesys tėvų saviveiksmingumo didinimui (Tully & Hunt, 2016). Be šio tiesioginio vaidmens tėvų saviveiksmingumas vertinamas ir kaip mediatorius, paaiškinantis ryšius tarp tėvų asmenybės savybių ir tėvystės praktikų – de Haad, Prinzie ir Deković atliktas tyrimas (2009) atskleidžia, kad tėvų saviveiksmingumas paaiškina ryšį tarp motinos ir tėvo sutarumo bei esktraversijos bruožų ir jų santykyje su vaiku išreikšto hiperreaktyvumo, bei dalinai medijuoja ryšį tarp tų pačių, minėtų asmenybės bruožų ir šilto, atliepiančio tėvystės stiliaus.

Taigi, tėvų asmenybės savybės yra dar vienas veiksnių, svarbių vaikų emocijų ir elgesio sunkumams, vaiko raidą galinčių veikti ir tiesiogiai, ir per tarpinius veiksnius, tokius, kaip vaiko temperamentas ar tėvystės praktikos. Pavyzdžiui, Puff ir Renk tyrimas (2016) rodo, kad motinos neurotiškumas ir sąmoningumas yra reikšmingi individualūs vaikų emocijų ir elgesio sunkumus prognozuojantys veiksniai. Tačiau atsižvelgus ne tik į motinos temperamento ir asmenybės savybes, bet ir į motinystės praktikas bei vaiko

temperamentą, emocijų sunkumus prognozuoja labiau išreikštas motinos sąmoningumas ir mažiau išreikštas atvirumas, derinyje su baudžiančiu tėvystės stiliumi bei sunkiu vaiko temperamentu, o elgesio sunkumų atveju motinos asmenybės savybės nebeliko reikšmingu prognostiniu veiksnium. Prinzie su bendraautoriais 2009 m. atlikta tyrimų apie tėvų asmenybės savybes ir tėvystės praktikas metaanalizė atskleidžia, kad tėvų atvirumo bruožas sietinas su didesnio vaikų autonomijos siekio palaikymu bei bendrai šiltesnėmis sąveikomis su vaikais. Tuo tarpu neurotiškumo bruožas buvo siejamas su mažiau pozityviais sąveikų ypatumais. Kita vertus, tyrėjai pastebi, kad tėvų amžius gali būti svarbus veiksnys, moderuojantis ryšius tarp asmenybės bruožų ir sąveikų su vaikais ypatumų, pavyzdžiui, kuo vyresni tėvai, tuo silpnesnis yra neigiamas ryšys tarp neurotiškumo ir tėvų šilto (Prinzie et al., 2009).

Kitas svarbus veiksnys – emocinė tėvų savijauta ar tėvų psichikos sveikatos sunkumai, pavyzdžiui, motinos depresiškumas, aukštas nerimo lygis siejamas su aukštais 2 metų amžiaus vaikų elgesio sunkumų įverčiais (Prenoveau et al., 2017), o taip pat motinos depresiškumas prognozuoja 3-11 m. amžiaus vaikų aukštą bei augančių emocijų bei elgesio sunkumų trajektoriją (Flouri, Ruddy, & Midouhas, 2017). Šių veiksmų įtaka dar labiau gali sustiprėti, kai prisideda kiti vaiko emocijų ir elgesio sunkumų rizikos veiksniai, pavyzdžiui, griežtos, baudžiančios tėvystės praktikos. Neseniai atliktas tyrimas atskleidė, kad tiek motinos, tiek tėvo išgyvenama psichologinė įtampa veikia vaikų emocijų ir elgesio sunkumų simptomų intensyvumą, ypač kai abu tėvai išgyvena aukštą stresą bei taiko šiurkščias, į baudimą orientuotas tėvystės praktikas: tėvo patiriamas stresas, baudžiantis tėvo elgesys bei motinos psichikos sveikatos sunkumai prognozavo aukštus 3 metų amžiaus vaikų elgesio sunkumų įverčius. Tuo tarpu emocijų sunkumų lygio prognozavimui, greta šių paminėtų veiksmų, svarbūs buvo ir tokie veiksniai, kaip sunkus vaiko temperamentas bei pernelyg kontroliuojantis tėvo elgesys (Gulenc et al., 2018).

Nemažas vaidmuo tenka ir tam tikroms šeimos sociodemografinėms charakteristikoms, kurios gali būti vaikų emocijų ir elgesio sunkumų apsauginiais veiksniais. Tyrimai atskleidžia, kad aukštasis išsilavinimas, aukštesnis šeimos socioekonominis statusas yra apsauginis vaikų patiriamų emocijų ir elgesio sunkumų veiksnys tiek ikimokykliniame amžiuje (Jusienė ir kt., 2007), tiek pradiniam mokykliniame amžiuje (Girdzijauskienė ir kt., 2007). Taip pat vyresnio amžiaus motinų vaikai pasižymi mažesne emocijų ir elgesio sunkumų raiška (Tearne et al., 2015; Goisis, 2015), nors kituose

tyrimuose aptinkama, kad šių veiksmų įtaka mažų vaikų emocijų ir elgesio sunkumams nebelieka reikšminga, kai atsižvelgiama į kitus psichologinės kilmės veiksmus, pavyzdžiui, motinos patirtą stresą nėštumo metu (Robinson et al., 2008). Pastarųjų dešimtmečių vaikų raidos bei psichopatologijos tyrimai atskleidžia, kad tyrinėjant vaikų raidą yra svarbu remtis į procesą orientuotu požiūriu, nes ryšys tarp vaiko funkcionavimo ir įvairių jį veikiančių veiksmų yra dinamiškas ir transakcinis procesas, kuomet tarp vaiko ir jo aplinkos nuolat vyksta mainai ir poveikis bei indėlis į tolimesnį procesą yra abipusis (Sameroff, 2000 ir 2010). Be to tyrimuose vis dažniau kalbama apie tam tikrų vaikų jautrumą, pažeidžiamumą arba plastiškumą, nuo kurių ilgalaikėje perspektyvoje ir priklauso vienu ar kitu veiksmų poveikis šių vaikų raidai (Belsky, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2007). Pavyzdžiui, Slagt su kolegomis atlikta tyrimų metaanalizė (2016) atskleidžia, kad tėvų jautrumo bei taikomų tėvystės praktikų poveikis vaikui priklauso nuo jo temperamento – sunkesnio temperamento vaikai labiau pažeidžiami negatyvių tėvystės praktikų (baudimo ir pan.) ir gali įgauti daugiau emocijų ir elgesio sunkumų, tačiau šie vaikai taip pat daugiau „gauna“, jei tėvai naudoja pozityvias tėvystės praktikas (Slagt, Dubas, Deković, & van Aken, 2016). Tie vaikai, kurie yra ypatingai jautrus ar plastiški, labiausiai nukenčia nuo nepalankios aplinkos veiksmų ir neįtrauktų, poreikius neatliepiančio tėvų elgesio, o tuo pat metu jie labiausiai imlūs pozityviems tėvų elgesio pokyčiams ir jų raidą itin palankiai veikia palaikantis ar jautrus tėvų elgesys (Hartman & Belsky, 2016).

Taigi, siekiant suprasti skirtingą vaikų pažeidžiamumą bei jo reikšmę vaikų raidos psichopatologijai, tyrimuose svarbu skirti dėmesio įvairių biologinių, socialinių, šeimos ir tėvystės veiksmų tarpusavio sąveikai. Tyrimuose apie biologinius procesus, susijusius su vaiko jautrumu ar pažeidžiamumu tam tikriems aplinkos poveikiams, dominuoja tyrimai apie vaiko genetinių veiksmų sąveikas su aplinka (pvz., Enoch et al., 2010; Kochanska, Philibert, & Barry, 2009; Li & Lee, 2012), tačiau be genų-aplinkos sąveikos taip pat yra ir kiti biologiniai mechanizmai, kuriuos veikia ankstyvosios vaikų patirtys ir kurie dalyvauja vėlesnėje vaiko raidoje. Pavyzdžiui, yra nustatyta, kad tėvų/globėjų elgesys, toks, kaip jautrumas, emocinis prieinamumas ar, priešingai, vaiko atstūmimas, neįtrauktus reagavimas į jo poreikius – pirmaisiais gyvenimo metais yra susijęs su vaikų pagumburio – hipofizės – antinksčių (PHA) ašies funkcionavimu bei kortizolio reaktyvumu (Mills-Koonce et al., 2011; Albers et al., 2008), o taip pat su autonominės nervų sistemos funkcionavimu (pvz., Moore & Calkins, 2004; Quigley, Moore, Propper, Goldman, & Cox, 2017). Netgi tėvų

tarpusavio santykiai, pavyzdžiui, konfliktai, veikia kūdikių fiziologinį reguliavimą per vagalinio tono funkcionavimą (Moore, 2010). Tai reiškia, kad tam tikras tėvų elgesys veikia vaikų fiziologines reakcijas ir biologinius elgesio mechanizmus, o per tai – vėliau besiformuojančias vaikų reakcijas ir elgesį.

Anot Hartman ir Belsky (2016) yra du biologinės kilmės elgesio modeliai, esantys padidinto jautrumo ar plastiškumo indikatoriais: temperamentas arba neigiamas emocionalumas ir itin jautri asmenybė. Mažų vaikų reaktyvumą į skirtingus aplinkos stimulus galima pastebėti gana anksti, jau kūdikystėje: jis yra gana stabilus laike, tačiau tuo pat metu tyrimai rodo, kad šie individualūs reaktyvumo skirtumai yra modifikuojami raidos procesų metu bei aplinkoje išgyvenamų patyrimų (Rothbart, Ahadi, & Evans, 2000). Tuo tarpu asmenybės jautrumas yra daugiau tyrinėtas suaugusiųjų tarpe ir santykinai tai yra nauja interesų sritis. Tačiau ir asmenybės jautrumas, manoma, turi aiškias biologines prielaidas, įskaitant padidėjusį fiziologinį reaktyvumą. Ir nors jautri asmenybė yra gana glaudžiai susijusi su sunkiu vaikystėje stebimu temperamentu, tačiau ji apima platesnį spektrą charakteristikų, susijusių su individualiais nervų sistemos skirtumais, nei vien neigiamas emocionalumas (Hartman & Belsky, 2016).

Taigi, tyrimai apie veiksnius, svarbius ankstyvajai vaikų emocijų ir elgesio sunkumų raiškai, atskleidžia keletą svarbių veiksnių grupių, į kurių tarpusavio ryšius bei sąveikas svarbu atsižvelgti, tyrimuose: tai biologinės kilmės veiksniai, tokie, kaip vaiko lytis, neigiamas emocionalumas ar kiti temperamento bruožai, taip pat ankstesniuose skyriuose aptartos tam tikros vaiko gimimo aplinkybės; psichologiniai veiksniai, pavyzdžiui, motinos asmenybės savybės, savijautos ar psichologinės sveikatos ypatumai bei socialiniai, visų pirma susiję su šeimos, tėvų sociodemografiniais ypatumais bei atspindintys tėvystės praktikas, tėvų sąveikų su vaikais ar tarpusavio santykių ypatumus.

### 1.5.2 Vaikų savireguliacijos bei pažintiniams gebėjimams svarbūs veiksniai

Šiame darbe tirsime vaikų iki 4 metų amžiaus savireguliacijos ir samprotavimo, arba kitaip – neverbalinius pažintinius gebėjimus, tad norime trumpai apžvelgti svarbiausius veiksnius šių gebėjimų ankstyvajai raidai.

Savireguliacijos gebėjimai – tai tarpusavyje susiję vaiko gebėjimai reguliuoti emocijas, dėmesį ir elgesį, siekiant veiksmingai prisitaikyti prie vidinių bei išorinės aplinkos reikalavimų (Calkins & Hoves, 2004, cit. iš Breidokienė, 2014). Savireguliacija apima visą spektrą gebėjimų, tokių, kaip atsispyrimas pagundai, kognityvi kontrolė, motorikos kontrolė, gebėjimas sutelkti ir išlaikyti dėmesį, numatyti ir planuoti (Jusienė, 2014). Tad šių savireguliacijos gebėjimų formavimasis remiasi tiek afektiniais, tiek pažintiniais procesais ir savireguliacijos raida yra neatsiejama nuo kitų raidos sričių, o ypač yra glaudžiai susijusi su vaikų emociine, pažintine, socialine raida (Kochanska, Murray, & Harlan, 2000).

Pirmieji keli vaikų gyvenimo metai yra ypatingai svarbūs savireguliacijos raidai ir manoma, kad jos pagrindai susiformuoja maždaug ketvirtaisiais – penktaisiais gyvenimo metais. Šiuo laikotarpiu taip pat vyksta intensyvi pažintinių ir semiotinių vaiko raidos funkcijų plėtra – sparčiai vystosi kalba, vaizduotė, žaidimas, vyksta mentalizacijos raida. Spartėjanti vaiko kalbos raida, kuomet pradedama naudoti vis platesnį žodyną, sudėtingesnę sintaksę, veda link gerėjančios savirefleksijos bei didėjančių vaiko galimybių interpretuoti, suprasti tarpasmenines situacijas. Tobulėjanti kalba taip pat yra susijusi ir su šio amžiaus vaikų grupės gilėjančiomis žiniomis apie psichines būsenas, su sąžinės raida, elgesio savireguliacija, padeda pagrindus paties vaiko inicijuotoms savireguliacijos strategijoms (Gilmore & Meersand, 2014). Visi šie gebėjimai, kurių įsitvirtinimas bei raiška stebima, kai vaikams yra 4-5 metai, yra susiję su padidėjusiu vaiko potencialu kompleksinių santykių kūrimui bei emocijų patyrimui, o taip pat jie stiprina vaiko kognityvinę kontrolę bei emocijų savireguliaciją. Taigi yra manoma, kad savireguliacijos gebėjimai įsitvirtina būtent ketvirtais gyvenimo metais (Kopp, 1982). Ankstyvieji savireguliacijos tyrimai atskleidė, kad 4-erių metų amžiaus vaikų savireguliaciniai gebėjimai yra svarbūs ir prognozuoja savireguliacijos gebėjimus bei kitus raidos pasiekimus, kurie stebimi vėlesniuose žmogaus raidos tarpsniuose, pavyzdžiui, geresnį pasirengimą mokyklai (pvz., Denham et al., 2012) ar akademinis pasiekimus mokykloje (pvz., McClelland & Cameron, 2011).

Tiek savireguliacijos, tiek pažintinių gebėjimų raidą dera vertinti kaip visumą procesų ir abipusių poveikių, vykstančių tarp besivystančio žmogaus ir jo aplinkos (Dahl & Conway, 2009; Chong, 2016). Taigi, yra ir įvairūs biologiniai, įgimti, individualūs bei aplinkos, šeimos veiksniai, kurie dalyvauja šioje procesų ir abipusių poveikių visumoje. Iš biologinės kilmės veiksnių, neabejotinai vienas reikšmingiausių savireguliacijos raidai yra vaiko

temperamentas, kuris, kaip biologinės kilmės veiksnys, veikia ir kitas vaiko raidos sritis – pažintinius gebėjimus, socialinę raidą. Rothbart (2007) temperamentą apibrėžia kaip įgimus emocinio, motorinio ir dėmesio reaktyvumo skirtumus ir teigia, kad tai yra hierarchinė struktūra, sudaryta iš trijų dimensijų, atspindinčių reaktyvius ir reguliacinius temperamento aspektus: ekstraversijos, neigiamo emocionalumo ir valingos kontrolės. Tyrimai rodo, kad neigiamas vaiko emocionalumas ir valinga kontrolė yra tie vaiko temperamento bruožai, kurie susiję su savireguliacijos gebėjimais: neigiamas emocionalumas yra savireguliacijos sunkumų rizikos veiksnys, tuo tarpu valinga kontrolė yra susijusi ne tik su aukštesne vaikų savireguliacija (pvz., Tan, Armstrong, & Cole, 2013), bet ir bendrai su sklandesne socialine raida, prisitaikymu bei mažesne psichopatologijos rizika (Dennis et al., 2007; Kochanska, Murray, & Harlan, 2000). Tam tikros temperamento charakteristikos, pavyzdžiui, temperamento reaktyvumas ir atkaklumas, derinyje su tėvystės praktikomis, taip pat reikšmingai prognozuoja tiek verbalinius, tiek neverbalinius vaikų pažintinius gebėjimus (Chong, 2016). Visgi, siekiant suprasti, kokį tiesioginį ryšį temperamentas daro tam tikrų vaikų gebėjimų raidai, svarbu įvertinti ir tai, kad vaiko temperamentas veikia ir tėvystės praktikas. Vienuose tyrimuose yra pastebima, kad sunkaus temperamento vaikai sulaukia mažiau pastangų iš tėvų, užsiimant su vaikais edukacinėmis veiklomis (Maccoby, Show, & Jacklin, 1984), iš kitos pusės aptinkama, kad motinos kaip tik gali būti įsitraukusios į žymiai kokybiškesnę žaidimą su sunkaus temperamento vaiku (Dixon & Smith, 2003). O tėvų įsitraukimas ir užimtumas su vaikais yra žinomas kaip svarbus veiksnys vaiko kognityvinių gebėjimų raidai (Byford, Kuh, & Richards, 2012).

Breidokienė (2014), savo disertacijoje analizavusi ankstyvajai savireguliacijai svarbius biologinius ir psichosocialinius veiksnius, atskleidžia, kad 4 metų amžiaus vaikų savireguliacijos gebėjimams yra svarbūs tokie sociodemografiniai ir biologiniai veiksniai, kaip aukštesnis motinos išsilavinimas, vaiko amžius tyrimo metu ir lytis – mergaitės, tiek motinų, tiek tyrėjų vertinimu, pasižymi aukštesniais kai kuriais savireguliacijos gebėjimais. Iš aplinkos veiksnių, geresnius mažų vaikų savireguliacijos gebėjimus prognozuoja gera motinos emocinė savijauta antrais ir trečiais gyvenimo metais bei darnesni tarpusavio santykiai tarp motinos ir jos vyro ar partnerio (Breidokienė, 2014). Neverbalinių gebėjimų raidai taip pat svarbūs tiek biologiniai, tiek aplinkos veiksniai, nors pastebima, kad kai kurių aplinkos veiksnių, pavyzdžiui, tėvų išsilavinimo, gyvenamosios vietos vaidmuo yra netgi didesnis, nei tokio biologinės kilmės veiksnio, kaip

lytis (Gintilienė ir Butkienė, 2005). Kituose tyrimuose taip pat aptinkamos sąsajos tarp įvairių aplinkos veiksnių ir mažų vaikų savireguliacijos bei pažintinių gebėjimų. Pavyzdžiui, Maughan su bendraautoriais (2007) nustatė, kad motinos depresijos simptomai, patiriami per pirmuosius du vaiko gyvenimo metus, yra rizikos veiksnys prastesniems 4 metų amžiaus vaiko emocijų reguliacijos gebėjimams Harmeyer su kolegomis atliktas tyrimas (2016) atskleidžia neigiamą motinystės streso poveikį vaikų savireguliacijos gebėjimams – kuo daugiau motinos išgyveno su motinyste susijusio streso, kai vaikams buvo 15 mėnesių, tuo prastesniais savireguliacijos gebėjimais pasižymėjo vaikai 25 mėnesių amžiuje. Savireguliacijos gebėjimams reikšmingi yra ir ankstyvieji motinos santykiai su vaiku. Kochanska ir Kim (2012) tyrimas atskleidžia, kad didesnis motinos ir vaiko abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas, stebimas motinų sąveikose su 15 mėnesių vaikais, siejosi su aukštesniais 25 mėnesių amžiaus vaikų savireguliacijos gebėjimais. Tuo tarpu Jusienė (2014) pastebi, kad darnesnės motinų sąveikos su keturmečiais vaikais, pasižyminčios didesniu abipusiu reagavimu ir bendradarbiavimu atliekant struktūruotą užduotį, siejosi su geresniais šio amžiaus vaikų savireguliacijos gebėjimais, tokiais, kaip stambiosios motorikos kontrolė, planavimo gebėjimai, o laisvo žaidimo metu – siejosi su planavimo gebėjimais, dėmesingumu, bendrai geresne šaltąja savireguliacija ir samprotavimo gebėjimais. Taip pat didesnis motinos jautrumas, sąveikose su 4 metų amžiaus vaikais, siejasi su aukštesniais 5 metų amžiaus vaikų savireguliacijos gebėjimais (Pauli-Pott, Schloß, & Becker, 2018).

Visgi, svarbu atkreipti dėmesį, kad ne pavieniai veiksniai, o jų tarpusavio sąveika yra reikšminga prognozuojant vaikų raidos pasiekimus. Minėtame Kim ir Kochanskos tyrime (2012) vaiko temperamentas, o konkrečiau – neigiamas emocionalumas, medijavo ryšį tarp motinos-vaiko abipusio reagavimo bei bendradarbiavimo ir vaikų savireguliacijos gebėjimų: aukštesniu negatyviu emocionalumu pasižymintys vaikai, sąveikose su motina patiriantys mažiau abipusio reagavimo ir bendradarbiavimo, pasižymėjo prastesniais savireguliacijos gebėjimais nei tie vaikai, kurie, nors ir pasižymintys aukštu neigiamu emocionalumu, sąveikose su motinomis patiria daugiau abipusio reagavimo ir bendradarbiavimo. Breidokienės ir Jusienės (2014) tyrime buvo stebima motinų taikomų auklėjimo strategijų bei vaiko temperamento sąveikos prognostinė reikšmė kai kuriems vaiko savireguliacijos gebėjimams. Šio tyrimo duomenimis, neparemiančios motinų reagavimo į neigiamas vaikų emocijas strategijos turėjo teigiamą poveikį



vaikų gebėjimams atsispirti pagundai ir atidėti malonumą, bet tik tų vaikų, kurie pasižymėjo labiau išreikštu neigiamo emocionalumo bruožu.

Taigi, biopsichosocialinis požiūris į vaiko raidą sako, kad ankstyvosios vaiko patirtys šeimoje ir tėvų elgesys su savo vaikais pirmaisiais gyvenimo mėnesiais bei metais formuoja vaiko fiziologines, kognityvines bei elgesio reakcijas ir šis daugiasluoksnis procesas turi gana galias pasekmes kituose raidos etapuose, vaidina svarbų vaidmenį vaikystės raidos psichopatologijai, pavyzdžiui, emocijų ir elgesio sunkumų raiškai (Cox, Mills-Koonce, Propper, & GariéPy, 2010). Dar daugiau, ankstyvosios tėvystės praktikos, per vaiko fiziologinį reaktyvumą, turi įtakos vaiko jautrumui ateities aplinkos poveikiams (Calkins, Propper, & Mills – Koonce, 2013). Taigi, žiūrint iš biopsichosocialinio modelio perspektyvos, prie biologinės kilmės veiksnių, galimai veikiančių vaiko pažintinę, savireguliacijos raidą, jo emocijų ir elgesio sunkumų simptomus, galėtume priskirti ir gimimo patirtį, kuri, kaip jau aptarėme ankstesniuose skyriuose, gali veikti naujagimių, kūdikių fiziologinį reaktyvumą, pasireiškiantį per reagavimą į ankstyvuosius stresinius įvykius ar dažnesnį neigiamų emocijų reiškimą (pvz., De Weerth & Buitelaar, 2007). Galime prisiminti ir tyrėjų keliamas prielaidas apie manipuliavimo oksitocino kiekiu gimimo metu galimas grėsmes naujagimio smegenų veiklai, per hormono poveikį oksitocino receptoriams ir jų veiklai (pvz., Kenkel et al., 2014), arba apie gimimo būdo sąsajas su vaiko raidai svarbia bakterine kolonizacija, kurios tolesnis poveikis žmogaus raidai šiuo metu sulaukia vis daugiau dėmesio (pvz., Heijtz, 2016; Rutayisire et al., 2016). Tiesa, jau minėtoje Poulou atliktoje tyrimų metaanalizėje (2015) teigiama, kad tokie su gimimu susiję biologinės kilmės veiksniai, kaip nėštumo, gimdymo metu pasitaikančios komplikacijos ar neonatalinė rizika, t.y. žemi naujagimio būklės vertinimo Apgar skalės balai, mažas naujagimio svoris, turi santykinai mažą prognostinį svorį ikimokyklinio amžiaus vaikų elgesio ar emocijų sunkumams (Poulou, 2015). Galbūt analizuojant pavienius šiuos veiksnius gali būti sunku atskleisti jų poveikį vaiko tolesnėje raidoje, tačiau verta juos įtraukti į raidos tyrimuose vis plačiau taikomus suminės rizikos modelius, kurie remiasi idėja, jog vaiko raidą neretai veikia ne pavieniai veiksniai, bet šių veiksnių visuma – kuo daugiau ankstyvojoje raidoje vaikas patiria tam tikrų rizikos veiksnių, tuo didesnė tikimybė gali būti susidurti su nepageidaujamais šių veiksnių padariniais.

## 1.6 Tyrimo aktualumas ir naujumas

Kodėl manome, kad gimdymo ir gimimo aplinkybės, jų ryšiai su ankstyvąja vaiko psichosocialine raida yra tyrimų vertas žmogaus raidos aspektas? Yra pora priežasčių, atvedusių prie šio tyrimo ir leidžiančių kalbėti apie jo aktualumą. Pirma, biologiniu požiūriu neabejojama, kad gimdymas ir gimimas iš vienos pusės yra itin gerai sustyguotas fiziologinių sistemų bendros veiklos procesas, iš kitos – nepaprastų ir ypatingų naujagimio adaptacijos gebėjimų, pirmiausiai fiziologinių, reikalaujantis procesas. Ir nors šiuolaikinės psichologijos tyrėjai nemažai dėmesio skiria žmogaus raidos laikotarpiams iki ir po gimimo, pats gimdymas ir gimimas, juos veikiantys psichologiniai veiksniai bei galimas poveikis tolesnei psichosocialinei žmogaus raidai vis dar mažai tyrinėjamas. Žinodami, kad yra įrodymų apie tam tikrų gimimo aplinkybių reikšmę vaiko fizinei sveikatai, tam tikroms vėliau pasireiškiančioms sveikatos būklėms, ir tikėdami, kad psichosocialinė raida ne mažiau nei fizinė yra priklausoma nuo įvairių biologinių, psichologinių ir socialinių veiksnių, manome, kad yra aktualu deramai įvertinti ir įvairių gimimo aplinkybių, biologinės, o gal netgi ir psichologinės kilmės veiksnių vaidmenį vaikų pažintinei, emocinei ir socialinei raidai.

Antra, yra neabejojama, kad siekiant sukurti kuo optimesnes sąlygas mažų vaikų psichosocialinei raidai bei užkirsti kelią ankstyvoje vaikystėje pasireiškiantiems emociniams ir elgesio sunkumams ar sutrikimų rizikai, yra svarbu tyrimuose skirti kuo daugiau dėmesio ankstyvųjų mažų vaikų psichikos sveikatos apsauginių ir rizikos veiksnių nustatymui. Pasak Pasaulio sveikatos organizacijos (WHO, 2013), psichikos sveikata yra viena iš svarbiausių šio šimtmečio visuomenės sveikatos sričių, o mažų vaikų psichikos sveikata turėtų būti laikoma prioritetine sritimi, nes daugiau nei 50 proc. suaugusiems diagnozuojamų psichikos sveikatos sutrikimų pradžia slypi vaikystėje. Todėl greta prenatalinio, postnatalinio ir pirmųjų kelių vaiko gyvenimo metų laikotarpyje jau nustatytų vaiko raidai palankių ar, priešingai, rizikingų biologinių, psichologinių ir socialinių veiksnių, svarbu aprėpti ir gimimo, gimdymo laikotarpio ypatumus bei jų sąsajas su ankstyvąja vaiko raida. Manome, kad išsamesni gimdymo ir gimimo aplinkybių sąsajų su vaiko raida tyrinėjimai yra svarbūs, siekiant giliau pažinti ankstyvasias vaikų elgesio ir emocinių sunkumų priežastis, ieškoti efektyvesnių jų prevencijos priemonių ir, taip pat, efektyvinti ankstyvąją įvairių psichikos sutrikimų prevenciją.

Tyrimuose atskleidžiamas pavienių su gimdymu susijusių veiksnių poveikis motinos emocinei savijautai ar vaiko ankstyvajai raidai – stebima

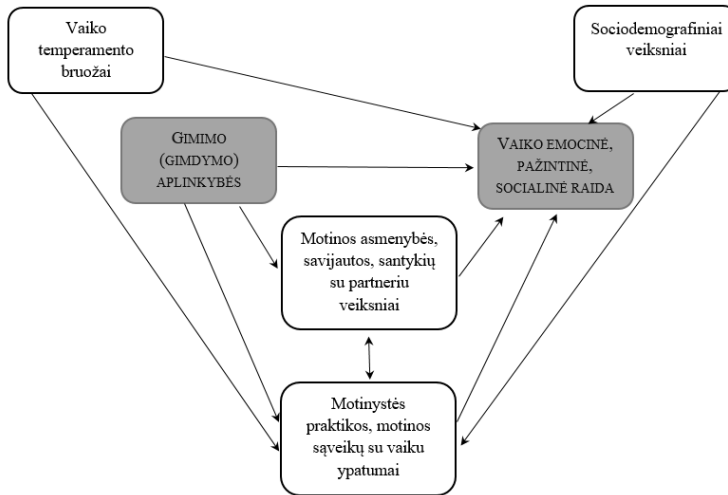
netikėtų gimdymo komplikacijų reikšmė motinos pogimdyminiam depresiškumui (pvz., Andersen et al., 2012) ar kitokiems emocinės sveikatos sunkumams (Yildiz et al., 2017), taip pat yra įrodymų, kad gimimo būdas siejasi su tam tikrais vaikų raidos ypatumais (pvz., Kelmanson, 2013; Al Khalaf et al., 2015). Tačiau kartais nėra aišku, koks yra atrastų sąsajų tarp gimdymo ar gimimo aplinkybių ir vaiko raidos mechanizmas ar kokie galimi tarpiniai atrastų sąsajų veiksniai. Taigi, viena vertus, tyrimų apie gimdymo aplinkybių reikšmę vaikų emocinei, socialinei, pažintinei raidai nėra daug, kita vertus – sunku rasti tyrimų, apimančių įvairias medicininės gimdymo aplinkybes, dar mažiau tokių, kuriuose tuo pačiu būtų atsižvelgiama ir į psichologines gimdymo aplinkybes. Taip pat beveik nėra studijų, kuriose būtų analizuojami gimimo aplinkybių ir vėlesnės raidos ryšiai, atsižvelgiant į kitus svarbius veiksnius, tokius, kaip motinos sąveikos su vaiku ir motinystės praktikos.

Taigi, pirmasis iš šio tyrimo naujumo aspektų yra tas, kad jame siekiame įvertinti gimimo aplinkybių, kaip galimai biologinės bei psichologinės kilmės veiksnių sąsajas su vaiko raida ilgalaikėje perspektyvoje, aprėpdami vaiko raidą nuo gimimo iki 4 metų amžiaus bei atsižvelgdami į įvairius tarpinius ar greta veikiančius biologinius, psichologinius bei socialinius motinystės konteksto veiksnius. Šiame darbe, atliekant tyrimą, iš biologinių veiksnių įtraukėme vaiko temperamentą bei gimimo aplinkybes bei aprėpiamos dvi psichologinių ir socialinių veiksnių grupės:

- pirma veiksnių grupė – tai su motinų sociodemografinėmis charakteristikomis, asmenybės bruožais bei savijauta susiję veiksniai: išgyvenamos moters neigiamos emocijos, depresiškumas, asmenybės bruožai, išsilavinimas. Taip pat į šią veiksnių grupę, kaip svarbų socialinį veiksni, įtraukėme ir subjektyvų motinos santykių su vyru ar partneriu vertinimą, kuris yra svarbus siekiant atsižvelgti į bendrą emocinį šeimos kontekstą ir kuris gali būti susijęs su motinos savijauta bei su motinos sąveikų su vaikais ypatumais.

- antroji veiksnių grupė yra susijusi su motinystės kontekstu, motinystės praktikomis bei motinų sąveikų su vaikais ypatumais. Ši veiksnių grupė apima tokius motinos sąveikavimo su vaiku ypatumus, kaip motinos nuostatos į kūdikio auginimą, kurios, nors ir nematuoja konkretaus motinos elgesio, tačiau gali būti vertinamos kaip nuoroda į motinos elgesį su kūdikiu pirmaisiais gyvenimo mėnesiais: žindymo trukmę, motinos saviveiksmingumą, reagavimo į neigiamas vaiko emocijas strategijas bei tyrėjų stebimą motinos elgesį sąveikų su vaikais metu.

Iki šiol aptarti tyrimai leidžia kelti prielaidas, kad gimdymo aplinkybės – gimimo būdas, gimdymo metu naudoti medikamentai, psichologinės gimimo aplinkybės – ankstyvąją vaiko raidą gali veikti tiek tiesiogiai, tiek per tokius tarpinius veiksnius, kaip motinos savijauta ar motinystės strategijos ir sąveikų su vaiku ypatumai. Apibendrintą tyrimo modelį pateikiame 1.1 pav.



1.1 pav. Apibendrintas tyrimo modelis

Antras šio tyrimo naujumo aspektas – dėmesys ne tik pavieniams su gimdymu ir gimimu susijusiems veiksniams, bet ir tų veiksnių sumos reikšmei vaiko raidoje, tyrinėjant gimdymus, kuomet nėštumas buvo nekomplikuotas, o naujagimis gimė visiškai išnešiotas. Biologinių, su gimdymu susijusių rizikos veiksnių vaidmuo kai kuriuose tyrimuose yra analizuojamas naudojant suboptimalaus gimimo (*angl. suboptimal birth*) sąvoką, į ją įtraukiant sumą veiksnių, susijusių su gimdymo traumomis ar naujagimio būkle, pvz. mažą naujagimio svorį, nepakankamą gestacinį amžių, žemus naujagimio būklės vertinimo Apgar skalės balus (pvz., De Weerth & Buitelaar, 2007; Delonis et al., 2017). Tuo tarpu mūsų vertinimu ne mažiau svarbu į biologinės rizikos veiksnius įtraukti ir tokius su gimdymo eiga susijusius veiksnius, kaip skausmą malšinančių vaistų naudojimas, oksitocino taikymas gimdymo sužadinimui ar skatinimui. Šis tyrimas remiasi suminiu dviejų rizikos veiksnių grupių poveikio vertinimu: biologinių, su nėštumu ir gimdymu susijusių rizikos veiksnių (tam tikras rizikingas motinų elgesys nėštumo metu, pavyzdžiui, rūkymas ar alkoholio vartojimas, nepalankios biomedicininės būklės nėštumo bei gimdymo metu ir įvairios intervencijos, taikytos gimdymo

metu) bei psichologinių, su nėštumu ir gimdymu susijusių rizikos veiksnių (moters reakcija į nėštumą, pasiruošimas gimdymui, gauta socialinė ir emocinė parama gimdymo metu). Kol kas mums nepavyko rasti tyrimų, kuriuose būtų kompleksiskai vertinama su gimdymu susijusių veiksnių reikšmė mažų vaikų raidai ar motinystės kontekstui.

Šiame tyrime nauja yra ir tai, kad jame dalyvauja Lietuvoje visai netyrinėta, o ir kitų šalių tyrimuose retai sutinkama tyrimo dalyvių grupė – namų sąlygomis gimę vaikai. Gimdymo namuose metu paprastai nebūna taikoma jokių farmakologinių ir medicininių intervencijų, o šeimos, gimdančios namuose, sąmoningai pasirenka būtent tokią gimdymo vietą. Mokslinėje literatūroje yra diskutuojama apie gimdymus namuose, lyginant pastarųjų ir ligoninėje vykstančių gimdymų medicinines išėtis, t.y. naujagimių ir gimdyvių mirštamumo rodiklius, reikalingų intervencijų skaičių ir pan. (pvz., Zielinski et al., 2015), tačiau praktiškai nevertinant moters psichologinio saugumo ir savijautos gimdymo metu reikšmės. Tai, kad šiame tyrime dalyvauja namuose gimę vaikai ir jų motinos, gali padėti plačiau, išsamiau įvertinti tiek biologinių, tiek psichologinių, su gimdymu susijusių rizikos veiksnių reikšmę vaikų psichosocialinei raidai ir motinų savijautai bei sąveikoms su vaikais, o taip pat padėti atskleisti namuose gimdančių šeimų psichosocialinius ypatumus.

## 1.7 Tyrimo tikslas ir klausimai

**Tyrimo tikslas** yra analizuoti gimimo aplinkybių reikšmę vaikų iki 4 metų amžiaus pažintinei, emocinei bei socialinei raidai, atsižvelgiant į motinų psichologinius ir socialinius veiksnius: asmenybės bruožus, savijautą, santykius su partneriu, taikomas motinystės praktikas ir sąveikų su vaikais ypatumus.

### **Tyrimo klausimai:**

1. Kaip gimimo aplinkybės siejasi su motinų vertinamais vaikų iki 4 metų amžiaus emocijų ir elgesio sunkumais?
2. Kaip gimimo aplinkybės siejasi su tyrėjų vertinamais 4 metų amžiaus vaikų samprotavimo bei savireguliacijos gebėjimais?
3. Kokios yra gimdymo aplinkybių sąsajos su motinų asmenybės bruožais, emocine savijauta bei santykiais su vyru / partneriu per pirmuosius keturis vaiko gyvenimo metus?

4. Kokios yra gimdymo aplinkybių sąsajos su motinystės praktikomis ir motinų-vaikų sąveikų ypatumais?
5. Koks yra gimimo aplinkybių, vaikų psichosocialinės raidos ir motinų psichologinių bei socialinių veiksnių tarpusavio ryšius paaškinantis modelis?

## 2. TYRIMO METODIKA

### 2.1 Tyrimo dalyviai

Šio tyrimo pagrindinę tyrimo dalyvių imtį sudaro 2009 metų gegužę-rugsėį Lietuvos sveikatos mokslų universiteto (LSMU) klinikose gimę išnešioti ( $\geq 37$  gestacinės savaitės) ir be rimtų sveikatos sutrikimų vaikai bei jų motinos. Šiuo laikotarpiu pagimdžiusios moterys buvo kviečiamos dalyvauti biomediciniame ir tęstiniame psichologiniame tyrime, kuris vyko 2009-2013 m. Vėliau, 2013-2017 m. laikotarpiu buvo renkama papildoma tyrimo dalyvių imtis – namuose gimę išnešioti ( $\geq 37$  gestacinės savaitės) kūdikiai ir jų motinos. Iš viso tyrime dalyvavo 284 vaikai ir jų motinos, iš jų – 253 vaikai, gimę Kauno medicinos universiteto klinikose, ir 31 vaikas, gimęs namuose. Ligoninė, kurioje gimė tyrime dalyvavę vaikai, turi „Naujagimiui palankios ligoninės“ statusą, kuris reiškia, kad šioje sveikatos priežiūros įstaigoje yra sudaromos palankios sąlygos sėkmingai žindyti naujagimius nuo pirmos jų gyvenimo dienos.

Tyrimo dalyvių sociodemografinės charakteristikos pateiktos 2.1 lentelėje.

2.1 lentelė. *Tyrimo dalyvių sociodemografinės charakteristikos*

| Charakteristikos                      | n / M | Proc.<br>/SD | Neatsakė<br>n (proc.) |
|---------------------------------------|-------|--------------|-----------------------|
| <b>Motinos amžius gimdymo metu</b>    | 29,59 | 5,41         | 1 (0,4)               |
| <b>Motinos išsilavinimas</b>          |       |              |                       |
| Aukštasis universitetinis             | 174   | 61,7         |                       |
| Aukštasis neuniversitetinis           | 43    | 15,2         | 1 (0,4)               |
| Vidurinis ir žemesnis                 | 65    | 23,0         |                       |
| <b>Vyro / partnerio išsilavinimas</b> |       |              |                       |
| Aukštasis universitetinis             | 138   | 49,1         |                       |
| Aukštasis neuniversitetinis           | 51    | 18,1         | 3 (1,1)               |
| Vidurinis ir žemesnis                 | 92    | 32,7         |                       |
| <b>Šeimninė padėtis</b>               |       |              |                       |
| Registruota santuoka                  | 246   | 87,2         |                       |
| Gyvena su draugu / partneriu          | 33    | 11,7         | 2 (0,7)               |
| Gyvena viena                          | 3     | 1,1          |                       |
| <b>Gyvenamoji vieta</b>               |       |              |                       |
| Miestas                               | 212   | 77,7         | 11 (3,9)              |
| Kaimas                                | 61    | 22,3         |                       |

|                                |     |      |         |
|--------------------------------|-----|------|---------|
| <b>Vaiko lytis</b>             |     |      |         |
| Berniukas                      | 154 | 54,2 | 0 (0)   |
| Mergaitė                       | 130 | 45,8 |         |
| <b>Kelintas vaikas šeimoje</b> |     |      |         |
| Pirmagimis                     | 151 | 53,2 | 2 (0,7) |
| Nepirmagimis                   | 131 | 46,1 |         |

Kadangi tyrimo dalyvių duomenys buvo renkami skirtingu metu, palyginome pagrindinės tyrimo dalyvių imties – ligoninėje gimdžiusių moterų ir jų vaikų (n = 253) ir papildomai surinktos tyrimo dalyvių imties – namuose gimdžiusių moterų ir jų vaikų (n = 31), sociodemografines charakteristikas. Kaip matome iš 2.2 lentelėje pateiktų palyginimo rezultatų, tyrimo dalyvių grupės tarpusavyje statistiškai reikšmingai nesiskyrė pagal vaiko lytį ( $\chi^2(1) = 0,008, p = 0,927$ ), o statistiškai reikšmingas skirtumas aptiktas lyginant grupes pagal motinos amžių ( $U = 1373,000, p < 0,001$ ). Šių sociodemografinių charakteristikų atveju negalėjome palyginti grupių homogeniškumo taikant  $\chi^2$  testą, nes kai kuriose lyginamų veiksnių kategorijose buvo mažiau nei 5 tyrimo dalyviai (Field, 2013). Tačiau iš lentelėje pateiktų skaičių matome, kad grupės gana stipriai tarpusavyje skyrėsi pagal motinos bei jos vyro ar partnerio išsilavinimą – papildomoje tyrimo dalyvių grupėje daugiau nei 90 proc. moterų ir jų partnerių turėjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą, kai, tuo tarpu, pagrindinėje tyrimo imtyje buvo 58 proc. moterų ir 44,2 proc. jų partnerių, turinčių aukštąjį universitetinį išsilavinimą. Taip pat pastebime, kad papildomai surinkta grupė skyrėsi pagal pirmagimių skaičių joje – tik 1 vaikas iš papildomai surinktos tyrimo imties buvo pirmagimis, kai pagrindinėje tyrimo dalyvių grupėje pirmagimių buvo kiek daugiau nei pusė – 52 proc.

2.2 lentelė. *Pagrindinės ir papildomos tyrimo dalyvių imčių sociodemografinių charakteristikų palyginimas*

| Charakteristikos                       | Pagrindinė                           | Papildoma                           | $\chi^2(df)/$<br>$U$ | $p$      |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|----------|
|  | tyrimo<br>dalyvių imtis<br>(n = 253) | tyrimo<br>dalyvių imtis<br>(n = 31) |                      |          |
|  | M (SD) / N<br>(proc)                 | M (SD) / N<br>(proc)                |                      |          |
| <b>Motinos amžius<br/>gimdymo metu</b> | 28,95 (5,26)                         | 34,81 (3,57)                        | 1373,000             | 0,000*** |



|                                       |            |           |           |       |
|---------------------------------------|------------|-----------|-----------|-------|
| <b>Motinos išsilavinimas</b>          |            |           |           |       |
| Aukštasis universitetinis             | 145 (58)   | 28 (90,3) |           |       |
| Aukštasis neuniversitetinis           | 40 (16)    | 3 (9,7)   | -         | -     |
| Vidurinis ir žemesnis                 | 65 (26)    | 0 (0)     |           |       |
| <b>Vyro / partnerio išsilavinimas</b> |            |           |           |       |
| Aukštasis universitetinis             | 110 (44,2) | 28 (90,3) |           |       |
| Aukštasis neuniversitetinis           | 49 (19,7)  | 1 (3,2)   | -         | -     |
| Vidurinis ir žemesnis                 | 90 (36,1)  | 2 (6,5)   |           |       |
| <b>Šeiminė padėtis</b>                |            |           |           |       |
| Registruota santuoka                  | 217 (86,8) | 28 (90,3) |           |       |
| Gyvena su draugu / partneriu          | 30 (12)    | 3 (9,7)   | -         | -     |
| Gyvena viena                          | 3 (1,2)    | 0 (0)     |           |       |
| <b>Gyvenamoji vieta</b>               |            |           |           |       |
| Miestas                               | 184 (76,3) | 27 (87,1) | -         | -     |
| Kaimas                                | 57 (23,7)  | 4 (12,9)  |           |       |
| <b>Vaiko lytis</b>                    |            |           |           |       |
| Berniukas                             | 136 (54)   | 17 (54,8) | 0,008 (1) | 0,927 |
| Mergaitė                              | 116 (46)   | 14 (45,2) |           |       |
| <b>Kelintas vaikas šeimoje</b>        |            |           |           |       |
| Pirmagimis                            | 130 (52)   | 1 (3,2)   | -         | -     |
| Nepirmagimis                          | 120 (48)   | 30 (96,8) |           |       |

*Pastaba:  $\chi^2$  testas buvo skaičiuojamas tik tuo atveju, kai į visas lyginamas kategorijas abiejose grupėse papuolė ne mažiau kaip 5 tyrimo dalyviai; \*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$*

## 2.2 Tyrimo eiga

Tyrimo duomenys buvo surinkti įgyvendinant keletą mokslinių projektų ir jame dalyvaujant grupei tyrėjų iš Vilniaus universiteto bei Lietuvos sveikatos mokslų universiteto: „Veiksnių, darančių įtaką išnešiotų naujagimių ankstyvos adaptacijos sutrikimams, analizė“ (2009 m., projekto vadovė doc. dr. E. Markūnienė, finansuotas Lietuvos valstybinio mokslo ir studijų fondo); „Kūdikų savireguliaciją prognozuojantys prenataliniai, neonataliniai ir

postnataliniai veiksniai“ (2009 m., projekto vadovė prof. dr. R. Jusienė, finansuotas Lietuvos valstybinio mokslo ir studijų fondo); „Kūdikų ir mažų vaikų fizinės ir psichikos sveikatos tyrimas“ (2010 m., projekto vadovė prof. dr. R. Jusienė, finansuotas Lietuvos mokslo tarybos); „Ankstyvoji savireguliacijos įgūdžių raida“ (2012-2014 m., projekto vadovė prof. dr. R. Jusienė, finansuotas Lietuvos mokslo tarybos). Tyrimui atlikti buvo gautas Kauno regioninės biomedicininų tyrimų bioetikos komisijos leidimas (Nr. P1-143/2007).

Pagrindinė tyrimo dalyvių imtis dalyvavo tęstiniame mažų vaikų savireguliacijos raidos ir jai svarbių veiksnių tyrime, tad šios imties duomenys buvo renkami 8 etapais. Atsižvelgiant į pirmųjų metų sparčią kūdikio raidą, duomenys buvo renkami antrą-trečią dieną po gimdymo, praėjus 3 mėn., 6 mėn. ir 12 mėn. po gimimo. Kiti duomenų rinkimo etapai buvo suplanuoti kas 6 mėn. arba kas metus ir vyko praėjus 1,5 m., 2,5 m., 3 m. ir 4 m. po gimimo. Biomedicininę informaciją apie gimdyves ir naujagimius surinko LSMU klinikų Akušerijos ir ginekologijos klinikos, Neonatologijos ir Intensyvios terapijos skyriaus darbuotojai. Praėjus parai po gimdymo, slaugos skyriaus personalas moterims pateikė vokus su pirmojo etapo anketomis. Moterys, sutikusios dalyvauti tęstiniame psichologiniame tyrime, nurodė kontaktus, kuriais pageidautų gauti tolesnių tyrimo etapų anketas. Tad kituose tyrimo etapuose, išskyrus paskutinį, anketos moterims buvo siunčiamos paprastu ar elektroniniu paštu. Į paskutinį tyrimo etapą, vykusį, kai vaikams buvo 4 metai, tėvai buvo kviečiami atvykti kartu su vaikais savireguliacijos ir pažintinių gebėjimų testavimui.

Šio darbo autorė savarankiškai rinko ir į tyrimą įtraukė duomenis apie papildomą tyrimo dalyvių imtį – namuose gimusius vaikus. Oficialios statistikos apie namuose gimstančius kūdikius nėra, o namuose gimdančiųjų bendruomenė nėra didelė ir tuo metu, kai buvo suplanuota į tyrimą įtraukti namuose gimusius vaikus ir jų motinas, vyko teisminis procesas dėl gimdymų namuose, kuris galėjo paveikti tiek bendrai gimdymų namuose skaičių, tiek norą dalyvauti tyrime. Taigi, atsižvelgiant į šį kontekstą, buvo nutarta dalyvavimui tyrime ieškoti ne planuojančių gimdyti namuose, o jau namuose gimdžusių ir vaikus auginančių šeimų. Tad namuose gimusių vaikų imtis buvo įtraukta į tyrimą nuo 1,5 metų amžiaus ir pirmojo vertinimo metu informacija apie gimdymo, prenatalines aplinkybes, motinos nuostatas, kuriomis motina vadovavosi augindama kūdikį, buvo surinkta retrospektyviai. Toliau duomenys buvo renkami kaip ir pagrindinės tyrimo imties – kai vaikams buvo 2,5 m., 3 m. ir 4 m. Namuose gimdžusių motinų buvo ieškoma

per gimdymą namuose palaikančių žmonių bendruomenę (gimimas.lt), elektroniniu paštu siunčiant kvietimą dalyvauti tyrime. Anketos, tyrime sutikusioms dalyvauti namuose gimdžiusioms moterims, buvo siunčiamos elektroniniu paštu arba buvo pateikiamos spausdintos anketų versijos.

Atsižvelgiant į tai, kad papildoma tyrimo dalyvių imtis į tyrimą buvo įtraukta ne nuo gimimo, o kuomet vaikams buvo 1,5 m., galutinei duomenų analizei pasirinkome analizuoti duomenis, surinktus dalyvaujant visiems tyrimo dalyviams (1,5 m., 2,5 m., 3 m. ir 4 m.) bei pridėti kai kuriuos duomenis, surinktus iš pagrindinės tyrimo dalyvių imties: praėjus 2-3 d. ir 3 mėn. po gimdymo, kuriuos papildomos tyrimo imties dalyvės gana objektyviai galėjo pateikti retrospektyviai, pvz.: faktinė informacija apie gimdymo būdą, gestacines ir prenatalines aplinkybes, artimųjų dalyvavimą gimdyje, su kūdikio priežiūra susijusios nuostatos ir pan.

Tyrimo etapų bei jų metu vertintų kintamųjų aprašymą pateikiame 2.3 lentelėje.

2.3 lentelė. *Tyrimo etapai ir jų metu vertinti kintamieji*

| Tyrimo etapas     | Dalyvių skaičius |               | Vaikų amžius mėn. M (SD) |                 | Vertinti kintamieji  |
|-------------------|------------------|---------------|--------------------------|-----------------|--|
|                   | Pagr. imtis      | Papild. imtis | Pagr. imtis              | Papild. imtis   |  |
| 2-3 d. po gimdymo | 253              | -             | -                        | -               | Gimdymo būdas, gestacinės ir prenatalinės aplinkybės bei komplikacijos, moters pasirošimas gimdymui, artimų žmonių dalyvavimas gimdyje.        |
| 3 mėn.            | 178              | -             | 3,36<br>(0,43)           | -               | Su kūdikio priežiūra susijusios nuostatos, žindymo trukmė.   |
| 1,5 m.            | 233              | 28            | 19,00<br>(1,29)          | 19,57<br>(1,62) | Motinos saviveiksmingumas, moters patiriamas stresas, moters santykiai su vyru / partneriu, žindymo trukmė, vaiko emocijų ir elgesio sunkumai. |

|        |     |    |                 |                 |   |
|--------|-----|----|-----------------|-----------------|---|
| 2,5 m. | 171 | 29 | 29,01<br>(1,36) | 29,63<br>(1,47) | Vaiko emocijų ir elgesio sunkumai, žindymo trukmė, moters neigiamų emocijų išgyvenimas, moters patiriamas stresas, moters santykiai su vyru ar partneriu, motinos užimtumas su vaiku.   |
| 3 m.   | 155 | 25 | 39,98<br>(1,56) | 39,16<br>(1,97) | Vaiko temperamento bruožai, moters depresiškumas, motinos taikomos strategijos, reaguojant į neigiamas vaiko emocijas, moters santykiai su vyru ar partneriu, moters patiriamas stresas.  |
| 4 m.   | 127 | 18 | 50,34<br>(1,46) | 50,06<br>(1,79) | Vaiko samprotavimo, planavimo, kognityvios kontrolės ir atsispyrimo pagundai gebėjimai; vaiko emocijų ir elgesio sunkumai; motinos-vaiko sąveikų ypatumai laisvo žaidimo ir struktūruotos užduoties metu (sąveikavimo stilius, abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas); moters asmenybės bruožai. |

Kaip matome iš 2.2 lentelės, daugiausiai moterų dalyvavo praėjus 1,5 m. po gimdymo, nes tame vertinimo etape prisijungė ir papildoma tyrimo dalyvių grupė – namuose gimdžiusios moterys su vaikais. Mažiausiai tyrimo dalyvių dalyvavo paskutiniame tyrimo etape, kuomet vaikams buvo 4 m. Iš visų tyrimo dalyvių 21,8 proc. ( $n = 62$ ) dalyvavo visuose šešiuose tyrimo etapuose, 50,4 proc. ( $n = 143$ ) dalyvavo keturiuose – penkiuose tyrimo etapuose, o likusieji 27,8 proc. ( $n = 79$ ) – trijuose tyrimo etapuose ar mažiau. Palyginome moteris, dalyvavusias keturiuose-šešiuose tyrimo etapuose ( $n = 205$ ) su tomis, kurios dalyvavo trijuose ar mažiau tyrimo etapų ( $n = 79$ ) pagal įvairias sociodemografines charakteristikas – motinų amžių ir išsilavinimą, vyrų / partnerių išsilavinimą, gyvenamąją vietą, šeiminių padėčių, vaiko lytį,

pirmagimystę. Grupės skyrėsi pagal motinų išsilavinimą ( $\chi^2(2) = 7,906, p = 0,019$ ) – dažniau tyrime dalyvavusių motinų grupėje yra mažesnis procentas vidurinio ir žemesnio išsilavinimo moterų (18,7 proc.) lyginant su rečiau tyrime dalyvavusiomis (34,2 proc.).

Kadangi matome, jog kiek daugiau nei 40 proc. tyrimo dalyvių, dalyvavusių pirmajame tyrimo etape, nedalyvavo paskutiniajame tyrimo etape, taip pat palyginome šias dvi grupes – kokiomis sociodemografinėmis charakteristikomis skyrėsi paskutiniame tyrimo etape dalyvavę ir nedalyvavę dalyviai. Grupės nesiskyrė pagal vaiko lytį ( $\chi^2(1) = 0,747, p = 0,388$ ), pirmagimystę ( $\chi^2(1) = 0,046, p = 0,831$ ), šeiminių padėtį ( $\chi^2(2) = 2,488, p = 0,288$ ), tačiau skyrėsi pagal motinų išsilavinimą ( $\chi^2(1) = 10,608, p = 0,001$ ) ir amžių ( $U = 8476,500, p = 0,026$ ), vyrų / partnerių išsilavinimą ( $\chi^2(1) = 9,032, p = 0,003$ ) bei gyvenamąją vietą ( $\chi^2(1) = 4,209, p = 0,043$ ). Paskutiniame tyrimo etape nedalyvavusių dalyvių tarpe buvo daugiau žemesnio išsilavinimo ir jaunesnių moterų, gyvenančių kaimuose bei turinčių žemesnio išsilavinimo partnerius / vyrus.

## 2.3 Kintamieji ir jų matavimo būdai

### 2.3.1 Nėštumo ir gimimo aplinkybių kintamieji ir jų vertinimo būdai

Biomedicininė informacija apie gimdymo aplinkybes buvo surinkta remiantis įrašais iš moterų gimdymo istorijų bei naudojant „Gimdyvės ir naujagimio funkcionavimo anketą“ (E.Markūnienė ir kt., 2009). Surinkta informacija apie gimdymo būdą, taikytą nuskausminimo būdą, taikytą gimdymo sužadimą (oksitocinu, mizoprosoliu, nuleidžiant vaisiaus vandenį), gimdymo skatinimą oksitocinu, naudotus medikamentus gimdymo metu, gestacines ir prenatalines komplikacijas, ir kt.

**Gimimo būdas** – išskiriant tyrimo dalyvių grupes pagal gimimo būdą, buvo atsižvelgiama į gimdymo vietą, ar natūralaus gimdymo metu buvo naudoti ir kokie naudoti medikamentai bei ar buvo atlikta cezario pjūvio operacija. Nors medicininis ir fiziologinis požiūriu gimdymas namuose yra tapatus gimdymui nemedikamentinėmis ir neintervencinėmis sąlygomis ligoninėje, o gimdymas skubios cezario pjūvio operacijos būdu, medicininis ir fiziologinis požiūriu, yra panašus į gimdymą planinės cezario pjūvio operacijos būdu. Visgi mūsų vertinimu, ir, kaip aptarėme įvadinėje darbo

dalyje, psichologiniu požiūriu, šie gimdymo būdai nėra tapatūs ir yra verti atskiro dėmesio. Todėl pagal gimimo būdą išskyrėme 5 grupes:

- 1) Gimimas natūralias gimdymo takais (NGT) namuose;
- 2) Gimimas natūraliais gimdymo takais be medikamentų ligoninėje. Į šią grupę buvo įtraukti vaikai, gimę ligoninėje, kurių gimimo metu nebuvo naudotas nei vienas iš šių medikamentų: oksitocinas gimdymo sužadimui ar skatinimui, epidūrinė analgezija (bupivakainas, fentanilis), sisteminiai medikamentai (fentanilis, remifentanilis), ketoprofenas, petidinas (dolsinas), azoto suboksido ir deguonies inhaliacinis mišinys (N<sub>2</sub>O:O<sub>2</sub> inhaliacijos);
- 3) Gimimas natūraliais gimdymo takais, skiriant medikamentus. Į šią grupę įtraukti vaikai, kurių gimimo metu buvo naudotas bent vienas iš aukščiau minėtų medikamentų;
- 4) Gimimas planinės cezario pjūvio operacijos būdu;
- 5) Gimimas skubios cezario pjūvio operacijos būdu.

**Nepalankios biomedicininės būklės nėštumo metu** kintamasis buvo sudarytas atsižvelgiant, ar nėštumo metu moteriai pasireiškė šios nepalankios biomedicininės būklės: gestacinis diabetas, cukrinis diabetas, hipertenzija / preklampsija, kraujavimas nėštumo metu, gimdos arterijų kraujotakos sutrikimai, vaisiaus augimo sulėtėjimas, vaisiaus vandenų sumažėjimas (oligohidramnionas), Rh sensibilizacija, kitos sunkios motinos ligos. Kiekviena nepalanki biomedicininė būklė buvo laikoma dichotominiu kintamuoju, kur 1 reiškia, kad moteris patyrė šią būklę nėštumo metu. Buvo skaičiuojamas suminis nepalankių biomedicininė būklių nėštumo metu įvertis, kurio didesnis skaičius reiškia bendrą patirtų nepalankių būklių skaičių.

**Nepalankus vaisiaus raidai motinos elgesys nėštumo metu**, toks, kaip rūkymas, alkoholio vartojimas, buvo vertintas prašant moterų atsakyti į tokius klausimus: „Ar nėštumo metu rūkėte cigaretes?“, „Ar nėštumo metu vartojote alkoholinius gėrimus?“ ir pasirinkti vieną iš vartojimo dažnumą atspindinčių atsakymų variantų nuo „nevarčiau“ iki „kiekvieną dieną“. Šis elgesys buvo įtrauktas, skaičiuojant biologinės kilmės su nėštumu ir gimdymu susijusių veiksmų sumą.

**Nepalankios būklės gimdymo metu** kintamasis buvo sudarytas atsižvelgiant, ar gimdymo metu pasireiškė bent viena iš šių medicininiu

požiūriu nepalankių būklių: užsitęsęs nėštumas, ilgas bevandenis laikotarpis, vaisiaus vandenų suterštumas mekonijumi, kraujavimas gimdymo metu, gimdos hiperstimuliacijos sindromas, intrauterinė infekcija. Kiekviena nepalanki biomedicininė būklė buvo laikoma dichotominiu kintamuoju, kur 1 reiškia, kad moteris patyrė šią būklę gimdymo metu. Analizei buvo naudojamas suminis nepalankių gimdymo būklių įvertis, kurio didesnis skaičius rodo, kad gimdyvė susidūrė su didesniu skaičiumi nepalankių būklių gimdymo metu.

**Moters nėštumo priėmimas** buvo vertintas prašant moterų atsakyti į klausimą „Ar svarstėte nėštumo nutraukimo galimybę, kai sužinojote, kad laukiatės?“ ir pasirinkti vieną iš atsakymų variantų „1) Ne, tokios galimybės nesvarsčiau“, „2) Taip, svarčiau“ arba įrašyti savo atsakymo variantą.

**Moters pasiruošimas gimdymui** buvo vertinamas prašant atsakyti į klausimą „Ar Jūs dalyvavote specialiuose kursuose ar paskaitose, skirtuose pasiruošti gimdymui ir motinystei?“.

**Artimų žmonių dalyvavimas gimdyje** buvo vertinamas klausimu „Kas iš artimų Jums žmonių dalyvavo gimdymo metu?“, su atsakymų variantais, pvz.: vyras / partneris, motina, sesuo.

**Subjektyvus gimdymo sunkumas.** Moterų buvo prašoma įvertinti gimdymo sunkumą skalėje nuo 1 iki 5, kur 1 reiškia, kad gimdymas buvo labai sunkus, o 5 – labai lengvas.

**Biologinė ir psichologinė nėštumo bei gimdymo rizikos.** Siekiant įvertinti ne tik pavienių, su gimdymu susijusių, veiksnių sąsajas su kitais mūsų tyrimo kintamaisiais, bet ir įvertinti galimą kelių rizikos veiksnių suminį poveikį, biologinius ir psichologinius su nėštumu ir gimdymu susijusius veiksnius apjungėme į suminius biologinės ir psichologinės rizikos kintamuosius. Šie kintamieji buvo sudaryti susumuojant keletą rizikos veiksnių, kiekvieną tam tikros grupės rizikos veiksnių paverčiant dichotominiu kintamuoju, kur 0 žymi, kad šio rizikos veiksnio vaikas nepatyrė, o 1 – kad patyrė didesnio ar mažesnio intensyvumo rizikos veiksnio poveikį.

Biologinė nėštumo ir gimdymo rizika apima tokių veiksnių sumą:

1) nėštumo metu moterų naudotos psichoaktyvios medžiagos (rūkymas, alkoholis ar kitos) – rizikos veiksnys buvo skaičiuojamas, jei moteris nėštumo metu bent kartais naudojo vieną iš minėtų psichoaktyvių medžiagų;

2) nėštumo metu kilusios nepalankios biomedicininės būklės – rizikos veiksnys buvo skaičiuojamas, jei moteris nėštumo metu patyrė bent vieną iš tokių nepalankių nėštumo būklių, kaip gestacinis diabetas, hipertenzija / preklampsija, kraujavimas nėštumo metu, gimdos arterijų kraujatakos sutrikimai, vaisiaus augimo sulėtėjimas, vaisiaus vandenų sumažėjimas (oligohidramnionas), Rh sensibilizacija, kitos sunkios motinos ligos;

3) oksitocino naudojimas gimdymo sužadimui ar skatinimui – rizikos veiksnys buvo skaičiuojamas, jei gimdymo metu buvo bent kartą naudotas oksitocinas gimdymui sužadinti ar skatinti;

4) gimdymo skausmą malšinančių preparatų naudojimas – rizikos veiksnys buvo skaičiuojamas, jei gimdymo metu buvo naudotas bent viena iš šių skausmą malšinančių intervencijų: epidūrinė analgezija (bupivakainas, fentanilis), sisteminiai medikamentai (fentanilis, remifentanilis), ketoprofenas, petidinas (dolsinas), azoto suboksido ir deguonies inhaliacinis mišinys (N<sub>2</sub>O:O<sub>2</sub> inhaliacijos);

5) nepalankios būklės, kilusios gimdymo metu – rizikos veiksnys buvo skaičiuojamas, jei gimdymo metu pasitaikė bent viena iš šių būklių: vaisiaus vandenų užterštumas mekonijumi, ilgas bevandenis laikotarpis, intrauterinė infekcija, vakuuminio ekstraktoriaus naudojimas, naujagimio gaivinimas.

Psichologinė nėštumo ir gimdymo rizika apima šių veiksnių sumą:

1) moters reakcija į nėštumą, t.y. rizika buvo skaičiuojama, kai moteris svarstė apie šio nėštumo nutraukimą;

2) pasiruošimas gimdymui – į rizikos grupę pateko tos moterys, kurios nelankė pasiruošimo gimdymui kursų;

3) artimųjų dalyvavimas gimdyje – į rizikos grupę įtraukiamos tos moterys, kurios gimdė vienos, be artimų žmonių dalyvavimo;

4) subjektyvus gimdymo sunkumas buvo priskirtas rizikos veiksniumi, kai moteris gimdymą vertino kaip sunkų ar labai sunkų.

### 2.3.2 Vaikų pažintinės, emocinės ir socialinės raidos kintamieji ir jų vertinimo būdai

**Vaiko emocijų ir elgesio sunkumai** vertinti, kai vaikams buvo 1,5 m., 2,5 metų ir 4 metai, naudojant *Vaiko elgesio aprašą, kurį pildo tėvai ar globėjai*



(Child Behavior Checklist, CBCL/1½-5, Achenbach & Rescorla, 2000). Tyrime naudota Lietuvoje adaptuota ir standartizuota skalės versija (Jusienė, Raižienė, 2006). Šiame tyrime CBCL 1½-5 pildė motinos, kurios pateiktus teiginius turėjo įvertinti skalėje nuo 0 iki 2 balų, pagal tai, ar teiginys yra visiškai ar dažniausiai teisingas (2), iš dalies ar kartais teisingas (1) ar visiškai neteisingas (0) vertinamo vaiko atžvilgiu. Analizuojant atsakymus, teiginiai yra skirstomi į sindromų arba DSM kriterijais paremtas skales. Taip pat tyrime naudojome emocijų (internalių), elgesio (eksternalių) bei bendrų sunkumų skalių įverčius, o specifinių raidos sričių sunkumų analizei pasitelkėme dvi DSM kriterijais paremtas skales, kurios glaudžiausiai susijusios su vėliau tyrime matuotais vaikų savireguliacijos gebėjimais – Įvairiapusių raidos sutrikimų bei Dėmesio trūkumo ir aktyvumo skalės. *Vaiko elgesio aprašo* skalių vidinio suderinamumo rezultatai pateikiami 2.4 lentelėje.

2.4 lentelė. *Tyrime naudotų Vaiko elgesio aprašo (CBCL) skalių vidiniai suderinamumai šio tyrimo imčiai (Cronbach alpha)*

| <i>Skalė</i>                        | <i>1,5 m.<br/>vertinimas</i> | <i>2,5 m.<br/>vertinimas</i> | <i>4 m.<br/>vertinimas</i> |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| DSM: įvairiapusių raidos sutrikimai | 0,61                         | 0,65                         | 0,55                       |
| DSM: dėmesio trūkumas ir aktyvumas  | 0,74                         | 0,74                         | 0,72                       |
| Emocijų (internalių) sunkumų        | 0,81                         | 0,84                         | 0,83                       |
| Elgesio (eksternalių) sunkumų       | 0,87                         | 0,87                         | 0,87                       |
| Bendra sunkumų skalė                | 0,93                         | 0,94                         | 0,93                       |

**Samprotavimo gebėjimams** įvertinti, kai vaikams buvo 4 metai, buvo naudotos *Raveno progresuojančios spalvotos matricos* (Coloured Progressive Matrices, toliau CPM; Raven, 1947; Gintilienė ir Butkienė, 2005). CPM sudaro 36 užduotys: 3 dalys (A, Ab ir B) po 12 spalvotų užduočių – piešinių su trūkstama dalele. Vaikui kiekvienoje iš 36 užduočių reikia surasti trūkstamą piešinio dalį tarp šešių pateiktųjų alternatyvių atsakymų variantų ir ją parodyti. A dalies atlikimo sėkmė priklauso nuo vaiko gebėjimo užbaigti vientisą raštą, kuris iš pradžių keičiasi viena, o dalies pabaigoje – iš karto dviem kryptimis. Ab dalies atlikimo sėkmė priklauso nuo vaiko gebėjimo pamatyti atskiras figūras kaip erdviškai susijusią visumą ir parinkti figūrą, galinčią užpildyti piešinį. B dalį sudaro užduotys, kurioms atlikti užtenka nustatyti panašumą. CPM skirtos vaikų, kurių amžius nuo 5 iki 11 metų,

neverbaliniams mąstymo gebėjimams įvertinti. Lietuvoje standartizuoto CPM (amžiaus grupėje nuo 6 iki 11 metų) patikimumas, įvertintas dalijimo pusiau būdu, išsidėsto intervale nuo 0,81 iki 0,90 ir naudojant vidinio suderinamumo metodą – nuo 0,76 ir 0,87 (Gintilienė ir Butkienė, 2005). Butkienė ir Gintilienė (2011) nurodo, kad CPM patikimumas, vertintas dalijimo pusiau metodu, keturmečių grupėje yra nedidelis, tačiau pakankamas ( $r = 0,70$ ).

**Vaikų savireguliacijos gebėjimai** buvo vertinami 4 metų amžiuje keliomis skirtingomis užduotimis, skirtomis įvertinti šiuos savireguliacijos gebėjimus:

a) Vaiko atsispyrimas pagundai buvo vertinamas naudojant *Dovanos įvyniojimo užduotį* (Kochanska et al., 1996; Breidokienė, 2014; Jusienė, 2014). Šia užduotimi vertinamas vaiko gebėjimas atsispirti pagundai, kiek vaikas gali išlaukti dovanos taip, kaip jam liepia tyrėjas. Tyrėjas pasako vaikui, kad nori jam įteikti dovaną, bet prieš tai ji turi būti įvyniota. Kadangi dovana turi būti staigmena, tyrėjas paprašo vaiko nežiūrėti į ją, kol vynios dovaną vaikui už nugaros. Po 1 min. vaikas gauna įvyniotą dovaną.

Koduojant šią užduotį vertinami 3 aspektai: 1) žvilgčiojimo kodas – t.y. vaiko dairymosi per petį ir atsisukimo laipsnis (1 skiriamas, jei vaikas pasisuka kūnu pasižiūrėti ir niekada neatsisuka atgal, 2 – kuomet pasisuka kūnu pasižiūrėti, bet ilgainiui atsisuka atgal, 3 – kai vaikas žvilgčioja (dairosi per petį) taip, kad galėtų pamatyti vyniojamą dovaną, 4 – pasuka galvą į šoną, bet nepakankamai, kad pamatytų vyniojamą dovaną, 5 – niekada neatsisuka ir nežvilgčioja); 2) latentinis dairymosi per petį laikas (gali svyruoti nuo 0 iki 60 s); 3) latentinis atsisukimo laikas (gali svyruoti nuo 0 iki 60 s). 21,13 proc. atsitiktinai parinktų atvejų kodavo du koduotojai. Vertintojų sutarimas buvo apskaičiuojamas intraklasine koreliacija (ICC) intervaliniams kintamiesiems ir Koheno kapa (*Cohen's kappa*) – ranginiams. Vertintojų sutarimas, koduojant žvilgčiojimo kodą, lygus 0,80, latentinį žvilgčiojimo laiką – 0,81, latentinį atsisukimo laiką – 0,95. Kadangi žvilgčiojimo kodas, žvilgčiojimo latentinis laikas ir atsisukimo latentinis laikas reikšmingai koreliuoja (vidutinė koreliacija  $r = 0,52$ ), šie įverčiai buvo standartizuoti ir suvidurkinti. Didesnis įvertis reiškia, kad vaikas yra labiau linkęs išlaukti nežvilgčiodamas į už nugaros vyniojamą dovaną.

b) Vaiko kognityviai kontrolei įvertinti naudota užduotis „Galva-kojos“. Užduotį savireguliacijos tyrimui pritaikė Breidokienė (2014) pagal McCabe ir bendraautorius (2004). Tyrėjas pasiūlo vaikui pažaisti tokį žaidimą – kai tyrėjas pasako žodį „galva“, vaikas turi paliesti savo kojas, o kai pasako „kojos“, paliesti savo galvą. Prieš tikruosius bandymus vaikas atlieka mokomuosius bandymus. Iš viso leidžiama su vaiku atlikti 6 mokomuosius bandymus. Po to atliekama 10 užduoties bandymų: 1) galva; 2) kojos; 3) galva; 4) kojos; 5) galva; 6) galva; 7) kojos; 8) kojos; 9) galva; 10) kojos.

Kiekvienas vaiko atsakas vertinamas šių balų skale: 0 – neteisingas atsakas, 1 – pataisymas į neteisingą (neteisingas atsakymas po teisingo), 2 – pataisymas į teisingą (teisingas atsakymas po neteisingo), 3 – teisingas atsakymas. Bendras balas yra sumuojamas iš visų balų, kuriuos vaikas gavo per 10 bandymų. 21,13 proc. atsitiktinai parinktų atvejų kodavo du koduotojai. Vertintojų sutarimas, vertintas apskaičiuojant intraklasinę koreliaciją labai geras – ICC koeficientas lygus 0,95.

c) Vaiko planavimo gebėjimai buvo vertinami atliekant užduotį „Sunkvežimio pakrovimas“. Užduoties naudojimą savireguliacijos įgūdžių vertinimui pritaikė Breidokienė (2014), remdamasi Atance ir Jackson (2009), Carlson ir kolegų (2004), Fagot ir Gauvain (1997) darbuose aprašytais procedūromis. Šios užduoties metu vaiko prašoma vaidinti paštininką, kuris vairuoja sunkvežimį ir išvežioja kvietimus į gimtadienį. Sunkvežimį vairuoti reikia U formos keliu, nupieštu ant didelio (A1) popieriaus lapo, prie kelio yra pastatomi skirtingų spalvų nameliai, į kuriuos reikia nuvežti kvietimus. Viso yra 5 nameliai, jų spalvos atitinka kvietimų į gimtadienį spalvas. Pakvietimus paštininkas turi sukrauti ir išvežioti vadovaudamasis keliomis taisyklėmis: 1) gatvė yra vienos krypties, todėl vaikas gali vairuoti sunkvežimį tik viena kryptimi (jį nurodo ant lapo prie kelio nupieštos rodyklės); 2) paštininkas turi pervaziuoti visą gatvę tik vieną kartą, nes nori kvietimus pristatyti tiek greitai, kiek tik gali; 3) kvietimo spalva turi atitikti namelio spalvą; 4) kvietimą iš sunkvežimio priekabos galima paimti tik nuo viršaus. Šios taisyklės yra pristatomos laipsniškai, po kiekvienos taisyklės pristatymo atliekami bandymai. Užduotis prasideda nuo apšilimo – tyrėjas parodo vaikui, kaip teisingai sukrauti ir išvežioti kvietimus į du namelius. Tada vaikas gali du kartus pats pasipraktikuoti, kaip išvežioti kvietimus į 2 spalvų namus.

Užduotis susideda iš 4 lygių: pirmame lygyje kvietimus reikia išvežioti į 2 namelius, antrame – į 3, trečiame – į 4 ir ketvirtame – į 5 namelius. Kiekvienam lygiui skiriama po 2 bandymus. Jei vaikas pažeidžia taisyklę per pirmą kiekvieno lygio bandymą, jam pakartojama taisyklė, kurią jis pažeidė ir paprašoma kvietimų išvežiojimą tame lygyje pradėti iš naujo. Jei vaikas teisingai atlieka užduotį bent per vieną iš dviejų bandymų (t. y. sudeda kvietimus eilės tvarka taip kaip stovi nameliai), jis pereina į kitą lygį (t.y. tyrėjas ant gatvės pastato dar vieną namelį, į kurį reikia pristatyti kvietimą). Taškų, kuriuos vaikas gauna už šią užduotį, skaičius priklauso nuo jo pereito lygio: nuo 0 (neįveikė nei vieno lygio) iki 4 (tinkamai susikrovė ir nuvežė kvietimus į 5 namelius).

*Bendras savireguliacijos įverčio skaičiavimas.* Tyrėjų vertinti planavimo, atsispyrimo pagundai ir kognityvios kontrolės gebėjimai buvo analizuojami ir atskirai, o taip pat apjungti į vieną bendrą savireguliacijos įvertį. Tuo tikslu šie trys įverčiai buvo transformuoti remiantis Cohen ir bendraautorių pasiūlyta formule, taip pat taikoma kituose savireguliacijos gebėjimų tyrimuose (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003, cit. pg. Dennis, Brotman, Huang, & Gouley, 2007; Breidokienė, 2014):  $N = 100 \times \frac{(I - \text{mažiausias galimas įvertis})}{(\text{didžiausias galimas įvertis} - \text{mažiausias galimas įvertis})}$ , kur N yra naujas transformuotas įvertis, o I – senasis įvertis. Pasak formulės autorių, tokia įverčių transformacija išlaiko originalią duomenų išsibarstymo formą, o tuo pačiu leidžia atlikti prasmingus įverčių išsibarstymo skirtumų palyginimus. Skaičiuojant bendrą savireguliacijos įvertį buvo skaičiuojamas visų trijų – atsispyrimo pagundai, kognityvios kontrolės ir planavimo – užduočių transformuotų įverčių vidurkis.

### 2.3.3 Vaikų temperamento bruožų vertinimas

**Vaikų temperamento bruožai** buvo vertinti naudojant *Vaiko elgesio klausimyno trumpąją formą* (*Children's Behavior Questionnaire Short Form*, Rothbart, Ahadi & Hershey, 1994; Rothbart, Ahadi, Hershey & Fisher, 2001), kai vaikui buvo 3 metai. Klausimyne pateikiami 94 teiginiai, apibūdinantys 3-7 metų vaiko elgesį skirtingomis situacijomis (pvz., „Mėgsta žaisti taip pašėlusiai ir neatsargiai, kad net gali susižeisti“ arba „Pereina nuo vienos užduoties prie kitos neužbaigdamas (-a) nė vienos iš jų“). Motinų buvo prašoma įvertinti kiekvieno teiginio tinkamumą savo vaikui skalėje nuo 1

(visiškai netinka) iki 7 (visiškai tinka), o taip pat yra galimybė pasirinkti atsakymą „Netaikytina“, jei motina nėra stebėjusi vaiko elgesio pateikiamose situacijose. Rothbart ir kolegos (2001) išskiria 15 subskalių, kurios sudaro tris bendrus faktorius: Ekstraversiją, Neigiamą emocionalumą ir Valingą kontrolę. Breidokienės tyrime (2014) atlikta pagrindinių komponentų analizė parodė, kad lietuviškam instrumento variantui taip pat tinkama trijų faktorių struktūra. Šiame tyrime naudojame minėtų trijų faktorių, atspindinčių vaiko temperamento bruožus, įvėčius, visų jų vidiniai suderinamumai yra geri: Ekstraversijos skalės Cronbach'o alpha lygi 0,85, Neigiamo emocionalumo – 0,78, o Valingos kontrolės – 0,80.

#### 2.3.4 Motinos savijautos, asmenybės, santykių su vyru ar partneriu kintamieji bei vertinimo būdai

**Moters santykiai su vyru ar partneriu**, po gimdymo praėjus 1,5 m., 2,5 m. ir 3 m., buvo moterų įvertinti 5 balų skalėje, kur 1 reiškia labai prastus santykius, o 5 – labai gerus.

**Moters neigiamų emocijų išgyvenimas**, kai vaikams buvo 2,5 m., buvo vertinamas prašant moterų įvertinti 5 balų skalėje (kur 1 reiškia „beveik kiekvieną dieną“, o 5 – „retai arba niekada“), kiek dažnai per vertinamą laikotarpį jos išgyveno a) liūdesį, prislėgtumą; b) irzlumą, blogą nuotaiką; c) nervinę įtampą, susirūpinimą. Buvo skaičiuojamas suminis įvertis, kurio didesnė vertė reiškia mažesnę neigiamų emocijų išgyvenimą. Šio išvestinio kintamojo vidinis suderinamumas yra labai geras – Cronbach'o alpha koeficientas lygus 0,91.

**Moters patiriamas stresas**, praėjus 1,5 m., 2,5 m. ir 3 m. po gimdymo, buvo vertinamas prašant atsakyti į klausimą „Ar per pastaruosius 6 mėnesius patyrėte kokių nors stiprių stresų, nelaimingų atsitikimų, sukrėtimų?“.

**Moters depresiškumas** buvo vertinamas naudojant *Edinburgo pogimdyvinės depresijos skalę* (angl. Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS, Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; lietuviškas vertimas Lapkienės ir kt., 2004), kai vaikui buvo 3 metai. Skalė sudaryta iš 10 teiginių ir yra skirta įvertinti su nėštumu, gimdymu, pogimdyminiu laikotarpiu susijusią depresiją ar depresiškumą. Moterų buvo prašoma įvertinti savo savijautą per pastarąsias septynias dienas, įvertinant kiekvieno teiginio atitikimą savijautai, pasirenkant

vieną iš galimų atsakymų: taip, kaip visada, dabar kiek mažiau, dabar žymiai mažiau, visiškai ne. Atsakymų variantai yra koduojami nuo 0 iki 3, moterų surinktų balų suma galėjo svyruoti nuo 0 iki 30. Anot skalės adaptaciją atlikusių autorių (Lapkienė ir kt., 2004), EPDS įverčiai, viršijantys ar lygūs 12 / 13 balų, rodo galimą depresiją. Šio tyrimo duomenimis, skalės vidinis suderinamumas yra geras – Cronbach'o  $\alpha$  yra 0,89.

**Moters asmenybės bruožų vertinimui** buvo naudotas Didžiojo penketo klausimynas (Big Five Inventory, BFI; Benet-Martinez & John, 1998; John, Donahue, & Kentle, 1991; John, Naumann, & Soto, 2008; John & Srivastava, 1999), kuriuo matuojami 5 pagrindiniai asmenybės bruožai: ekstravertiškumas, sutarumas, sąmoningumas, neurotiškumas ir atvirumas. Klausimyne pateikiami 44 teiginiai, atspindintys tam tikras savybes, tad tyrimo dalyvės turėjo įvertinti šių savybių būdingumą nuo 1 (visiškai nesutinku) iki 5 (visiškai sutinku). Pavyzdžiui, „Manau, kad esu...“: „Santūri“, „Turinti turtingą vaizduotę“, „Atidi ir maloni visiems“). Klausimą į lietuvių kalbą išvertė Vytauto Didžiojo universiteto tyrėjai (Markšaitytė, 2010; Endriulaitienė ir kt., 2013; Šeibokaitė ir kt., 2014).

Siekdami patikrinti, ar mūsų tyrimo imčiai tinka autorių siūloma klausimyno struktūra, atlikome tiriamąją faktorių pagrindinių komponenčių analizę su *Varimax* sukiniu. Analizės rezultatai parodė, kad mūsų tyrimo duomenys gerai tinka faktorių analizei – KMO = 0,755, Bartlett sferiškumo testo  $p < 0,001$ . Tačiau ne visi klausimyno teiginiai numatyta faktoriuje buvo pakankamo svorio ir pasižymėjo didesniais svoriais kituose faktoriuose. Įvertinome, kiek mažo svorio teiginius numatyta faktoriuje būtų prasminga priskirti prie kito faktoriaus ir nutarėme kai kuriuos teiginius pašalinti iš tolimesnės analizės. Pavyzdžiui, pašalintas 2 teiginys: „Linkusi ieškoti kitų kaltės“, kuris originalioje skalės versijoje yra priskiriamas Sutarumo bruožui, tačiau jo svoris šiame faktoriuje buvo 0,006. Didžiausias svoris buvo Neurotiškumo faktoriuje, tačiau ir šiame faktoriuje svoris siekė tik 0,294. Arba 35 teiginys: „Teikiu pirmenybę pagal nusistovėjusią tvarką atliekamam darbui“ autorių yra priskiriamas Atvirumo bruožui, tačiau šiame faktoriuje jo svoris buvo lygus -0,083, o didžiausias svoris buvo Ekstraversijos faktoriuje – 0,385. Tačiau šio teiginio perkėlimas į ekstraversijos faktorių nėra prasmingas, todėl jis buvo pašalintas iš tolimesnės analizės. Mažo svorio numatyta faktoriuje teiginiai buvo šalinami po vieną ir kaskart buvo iš naujo atliekama faktorių analizė. Viso buvo pašalinti 9 teiginiai.

Galutinę šio tyrimo Didžiojo penketo klausimyno versiją sudarė 35 teiginiai. Duomenys pasižymėjo gerais tinkamumo faktorių analizei rodikliais – KMO = 0,724, Bartlett sferiškumo testo  $p < 0,001$ . Išskirta 5 faktorių struktūra paaiškina 51 proc. duomenų dispersijos. Visų į galutinę klausimyno versiją įtrauktų teiginių faktorių svoriai yra  $> 0,4$  (žr. 1 lentelę pateikiamą prieduose): į Ekstraversijos skalę papuolė 4 teiginiai, Sutarumo – 8 teiginiai, Sąmoningumo – 6 teiginiai, Neurotiškumo – 8 teiginiai, o Atvirumo – 9 teiginiai. Vidiniai skalių suderinamumo rodikliai pateikiami 2.5 lentelėje.

2.5 lentelė. *Didžiojo penketo klausimyno skalių vidiniai suderinamumai*

| Faktorius         | Cronbach alpha |
|-------------------|----------------|
| Ekstravertiškumas | 0,63           |
| Sutarumas         | 0,69           |
| Sąmoningumas      | 0,70           |
| Neurotiškumas     | 0,81           |
| Atvirumas         | 0,86           |

### 2.3.5 Motinystės praktikų, motinų sąveikų su vaikais kintamieji bei vertinimo būdai

**Su kūdikio priežiūra susijusios motinos nuostatos** buvo vertinamos *Požiūrio į kūdikio auginimą skale* (Zeifman, 2003) po gimdymo praėjus 3 mėn. Leidimas naudoti šį instrumentą buvo gautas iš autorių. Skalę sudaro 8 teiginiai, skirti įvertinti, kiek motinos požiūris į kūdikio auginimą ir priežiūrą yra „nukreiptas į kūdikį“ arba „lankstus“, o kiek „nukreiptas į tėvus“ arba „nelankstus“. Moterų buvo prašoma įvertinti, kiek kiekvienas pateikiamas teiginys atitinka jų požiūrį nuo 1 (labai nepritariu) iki 8 (labai pritariu). Pavyzdžiui, pritarimas teiginiui „Kūdikiai turėtų būti maitinami, kai tik jie to nori“ yra vertinamas kaip atspindintis nukreiptą į kūdikį, lankstų požiūrį, tuo tarpu pritarimas teiginiui „Kūdikiai turėtų būti maitinami reguliariai pagal grafiką“ – kaip atspindintis nukreiptą į tėvus, nelankstų požiūrį. Didesnis skalės įvertis rodo labiau į kūdikį orientuotas motinos nuostatas ir priežiūros praktikas. Vidinis šios skalės suderinamumas yra geras – Cronbach'o alpha koeficientas lygus 0,77.

**Žindymo trukmė** buvo vertinama po gimdymo praėjus 3 mėn., 1,5 m. ir 2,5 m. užduodant klausimą „Ar Jūs tebemaitinate savo vaiką krūtimi?“, o

atsakius „ne“, prašoma motinų patikslinti, iki kokio amžiaus vaikas buvo žindomas.

**Motinos saviveiksmingumas**, kai vaikams buvo 1,5 m., buvo vertintas pagal *Motinos saviveiksmingumo skalę* (angl. - The Parental Efficacy Questionnaire, Van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Juffer, 1999; lietuviškas vertimas Kalinauskienės, 2010), sudaryta iš 22 teiginių. Tyrimo dalyvės 5 balų skale (pradedant nuo -2 – „tikrai negaliu“, baigiant 2 – „tikrai galiu“) vertino, kiek jaučiasi kompetentingos, reaguodamos į vaiko poreikius, jausmus, elgesį įvairiose situacijose, pvz., „Net ir tada, kai esu užsiėmusi pirkiniais, pastebiu, kad mano vaikas kažkuo nepatenkintas“, „Kai esu svečiuose, galiu pasirūpinti, kad mano vaikas žaisdamas nesusipyktų“. Galimų surinkti balų skaičius svyruoja nuo -44 iki 44, o žemesnis skaičius reiškia prasčiau motinos vertinamą saviveiksmingumą. Šiame tyrime šios skalės vidinis suderinamumas yra labai geras (Cronbach'o  $\alpha$  yra 0,88).

**Motinos užimtumas su vaiku** buvo vertintas kai vaikui buvo 2,5 m., prašant moterų atsakyti į klausimą: „Kaip dažnai Jūs su vaiku užsiimate žemiau paminėtomis veiklomis?“. Pateiktas veiklas, pvz. „Žaidžiate su vaiku“, „Vaikštote su vaiku lauke“, „Skaitote su vaiku / vaikui knygą“, „Mokote vaiką užsiimti vaikui mažai pažįstama veikla“, moterys turėjo įvertinti balai nuo 1 (niekada) iki 5 (kiekvieną dieną). Buvo skaičiuojamas suminis motinos užimtumo su vaiku įvertis, kurio didesnis skaičius reiškia didesnę motinos užimtumą su vaiku.

**Motinos taikomos strategijos, reaguojant į neigiamas vaikų emocijas** buvo vertintos *Tėvų įveikos strategijų klausimynu* (angl. Coping with Children's Negative Emotions Scale; CCNES, Fabes, Eisenberg, & Bernzweig, 1990), kai vaikams buvo 3 metai. Klausimyne pateikiama 12 hipotetinių situacijų, pavyzdžiui, „Jūsų vaikas labai supyksta, kadangi dėl ligos negali eiti į savo draugo gimtadienį“. Prie kiekvienos hipotetinės situacijos pateikiama po 6 galimas tėvų reakcijas, kurių kiekvieną motinos turi įvertinti nuo 1 („visiškai netinka“) iki 7 („visiškai tinka“). Analizuojant atsakymus yra išskiriamos 6 subskalės, atspindinčios skirtingas motinos reagavimo strategijas: Mėginimo spręsti problemą („padėtumėte jam pagalvoti, kaip kitaip būtų galima pasimatyti su draugais“), Mėginimo keisti emocijas („nuramintumėte jį ir kartu sugalvotumėt padaryti kažką malonaus, kad vaikas jaustųsi geriau dėl praleisto gimtadienio“), Emocijų raiškos



skatinimo („padrąsintumėte išreikšti savo pykčio ir nusivylimo jausmus“), Susikrimitimo („supyktumėte ant jo“), Sumenkinimo („pasakytumėte jam, jog nedarytų problemos dėl praleisto gimtadienio“) ir Baudimo („lieptumėte eiti jam į savo kambarį nusiraminti“). Šios subskalės apjungiamos į dvi bendras Paremiančių motinos strategijų (mėginimas spręsti problemą, mėginimas keisti emocijas, emocijų raiškos skatinimas) ir Neparemiančių motinos strategijų (susikrimitimas, situacijos sumenkinimas ir baudimas) skales. Atlikta tiriamoji pagrindinių komponentų faktorių analizė (Braidokienė, 2014) patvirtino, kad dviejų faktorių struktūra tinka mūsų imties duomenims. Klausimyno subskalių vidinio suderinamumo rezultatai pateikti 2.6 lentelėje.

2.6 lentelė. *Tėvų įveikos strategijų skalių vidinis suderinamumas*

| Subskalės                            | Cronbach alpha |
|--------------------------------------|----------------|
| Susikrimitimas                       | 0,66           |
| Baudimas                             | 0,83           |
| Emocijų raiškos skatinimas           | 0,88           |
| Mėginimas keisti emocijas            | 0,80           |
| Mėginimas spręsti problemą           | 0,63           |
| Situacijos ar reakcijos sumenkinimas | 0,87           |
| Paremiančios motinos strategijos     | 0,83           |
| Neparemiančios motinos strategijos   | 0,89           |

**Motinos-vaiko sąveikų ypatumų** vertinimui buvo taikoma *Laisvo žaidimo ir struktūruotos užduoties procedūra* (parengta Jusienės ir Čekuolienės, 2010 ir 2012). Motinos-vaiko sąveikos buvo stebimos bei filmuojamos apmokytų tyrėjų, kai vaikams buvo 4 metai (vaiko amžiaus vidurkis mėn.  $M (SD) = 50,33 (1,49)$ ), vėliau filmuotos sąveikos buvo peržiūrimos ir koduojami įvairūs sąveikų aspektai, remiantis motinos sąveikavimo stiliaus bei abipusio reagavimo ir bendradarbiavimo kodavimo sistemomis. Abiejų etapų vertinimo užduotys, eiliškumas, vidutinė trukmė aprašyti 2.7 lentelėje.

2.7 lentelė. *Motinos-vaiko sąveikų užduočių aprašymas.*

| Užduoties aprašymas   | Priemonės                         | Trukmė min.<br><i>M (SD)</i> |
|---|-----------------------------------|------------------------------|
| 1. <u>Struktūruota užduotis</u> . Motina su vaiku kviečiami įsitaisyti prie vaikiško staliuko, jiems duodamas lego kaladėlių rinkinys ir prašoma sudėlioti lego | Lego konstruktorius, paveikslėlis | 4,69 (1,68)                  |

konstrukciją pagal pateiktą paveikslėlį.  
Stebėtojas palieka sąveikų dalyvius  
vienus, sąveiką filmuoja pastatyta  
kamera.

|   |   |             |
|---|---|-------------|
| 2. <u>Laisvas žaidimas</u> . Motinai su vaiku pateikiamas žaislų maišas ir prašoma pažaisti su pateiktais žaislais taip, kaip įprastai žaidžia namuose. Stebėtojas palieka sąveikų dalyvius vienus, sąveiką filmuoja pastatyta kamera | Krepšys su vaiko amžių atitinkančiais žaislais (pvz. ant rankų užsimaunančios lėlės, lėktuvėlis, minkšti žaislai ir pan.) | 5,11 (1,72) |
|---|---|-------------|

---

a) Motinos sąveikavimo stilius struktūruotos užduoties ir laisvo žaidimo metu buvo vertinamas apmokytų tyrėjų, remiantis Calkins su kolegomis (1998) pasiūlytomis, šiek tiek modifikuotomis, motinos vadovavimo stiliaus kategorijomis. Stebint filmuotas sąveikas buvo fiksuojamos motinos elgesio apraiškos, atspindinčios pozityvų vadovavimą, kontrolę (direktyvų vadovavimą), kišimąsi bei atsitraukimą. Pozityvus vadovavimas sąveikos metu fiksuojamas, kuomet vaikui išsakomi teigiami įvertinimai ir pagyrimai, rodoma šiluma, teikiami pasiūlymai, kaip dėlioti ar žaisti, išsakomas teigiamas grįžtamasis ryšys, prisijungimas prie vaiko inicijuoto žaidimo. Kontrolė arba direktyvus vadovavimas apima direktyvius nurodymus, o ne pasiūlymus, verbalinės ir/ar fizinės kontrolės naudojimą, pvz. kuomet vaikas subaramas, nuvertinamos jo pastangos („nemoki“, „ką čia dabar darai“), atimamas iš jo žaislas ar vaikas pastumiamas. Kišimasis – tai tokie motinos veiksmai, kaip darymas už vaiką, vaiko dėmesio atitraukimas ar lindimas prie vaiko, kai to nereikia, pvz. dėlioja kaladėles už vaiką, kiša vaikui tam tikrą žaislą, nors vaikas juo nesidomi ir pan. Atsitraukimas apima motinos atsiribojimą, nedalyvavimą bendroje veikloje, užsiėmimą savais reikalais, pvz. žinučių rašymas, patalpos apžiūrinėjimas. Kiekvienas iš šių keturių sąveikavimo stilių buvo vertinamas skalėje nuo 0 – visiškai nepasireiškia toks elgesys, iki 3 – labai išreikštas elgesys (daugiau nei 5 elgesio epizodai ar tiesiog nuolat naudojama tam tikra elgesio apraiška). Yra skaičiuojamas suminis sąveikavimo stiliaus įvertis, kuris sudaromas susumavus apverstą pozityvaus vadovavimo, kontrolės, kišimosi bei atsitraukimo įverčius. Didesnis suminis sąveikavimo stiliaus įvertis žymi mažiau pozityvų bendrą motinos sąveikavimo stilių.

b) *Abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas (toliau ARB)* struktūruotos užduoties bei laisvo žaidimo metu vertintas taikant Kochanskos su kolegomis pasiūlytą *Abipusio reagavimo ir bendradarbiavimo skalę* (angl. Mutually Responsive Orientation; Aksan, Kochanska, & Ortmann, 2006). Iš pagrindinės skalės autorės Kochanskos buvo gautas leidimas naudoti skalę bei tam tikros praktinės rekomendacijos sąveikų kodavimui. Skalės naudojimą šiam tyrimui parengė Jasiulionė ir Jusienė.

Abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas – tai diadiniame motinos-vaiko santykiyje stebimas elgesys, nusakomas trimis pagrindinėmis dimensijomis: (1) harmoningas bendravimas: vertinama, kiek sąveikos metu pastebimas sklandus verbalinis ir neverbalinis bendravimas, ar bendravimas suteikia abiemis sąveikos dalyviams intymumą ir ryšio jausmą; (2) abipusis bendradarbiavimas: vertinama, ar motinos-vaiko diada efektyviai išsprendžia potencialius konfliktus, kiek sąveikos dalyviai yra atviri vienas kito įtakai, poveikiui, kiek jautriai ir noriai reaguoja į vienas kito veiksmus; (3) emocinė atmosfera: vertinama, ar motina ir vaikas išgyvena malonumą ir džiaugsmą, būdami vienas su kitu, ar emocijos reiškiamos natūraliai bei ar emocijų raiška taip pat yra vienas iš malonumo šaltinių abiemis sąveikos dalyviams. Taip pat svarbu, kiek efektyviai diadoje reaguojama į distreso ir negatyvių emocijų apraiškas. Koduojant ARB remiamasi 17 teiginių, apimančių minėtas diados elgesio dimensijas, skale (Aksan, Kochanska, & Ortmann, 2006) ir kiekviena sąveika (atskirai laisvas žaidimas ir struktūruota užduotis) yra įvertinama vienu apibendrintu ARB įverčiu nuo 1 – mažas abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas, prastas motinos-vaiko ryšys, iki 5 – didelis abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas, puikus motinos-vaiko ryšys. Išsamus ARB vertinimų aprašymas pateikiamas 1 priede.

Motinių-vaikų sąveikas kodavo šio darbo autorė bei 4 kitos vertintojos – psichologė ir psichologijos magistro bei paskutiniųjų bakalauro studijų metų studentės. Kodavimo sistemų pritaikymo šiam tyrimui etape bendrai buvo sukoduota 20 pilotinių sąveikų, kodavimo nesutapimai buvo aptariami, kol buvo pasiektas pakankamas kodavimo sistemų supratimas ir geras vertintojų kodavimo atitikimas. Daugiau nei vieno stebėtojo duomenų apie tą patį dalyką sugretinimas ir jų sutarimo tikrinimas yra dažniausiai stebėjimu paremtiems tyrimams naudojamas patikimumo tikrinimo būdas (Čekuolienė, 2008).

Siekiant išsiaiškinti vertintojų suderinamumą, 21 sąveiką nepriklausomai sukodavo skirtingos vertintojos. Jų vertinimo atitikimas paskaičiuotas intraklasinės koreliacijos būdu (ICC). Gauti rezultatai rodo, kad vertintojų sutarimas koduojant skirtingas charakteristikas svyruoja nuo pakankamo (0,53) iki labai gero (0,84). Visi vertintojų sutarimo įverčiai pateikiami 2.8 lentelėje.

2.8 lentelė. *Motinos-vaiko sąveikų vertinamų aspektų aprašomoji statistika ir sutarimo įvertinimas*

|  | M    | SD   | Min.<br>reikšmė | Maks.<br>reikšmė | Sutarimas<br>(ICC<br>įvertis) |
|--|------|------|-----------------|------------------|-------------------------------|
| <i>Struktūruota užduotis (n = 120)</i> |      |      |                 |                  |                               |
| ARB                                    | 3,90 | 0,85 | 2               | 5                | 0,68                          |
| Pozityvus vadovavimas                  | 2,68 | 0,66 | 0               | 3                | 0,80                          |
| Kontrolė                               | 1,02 | 0,93 | 0               | 3                | 0,84                          |
| Kišimasis                              | 1,44 | 0,92 | 0               | 3                | 0,82                          |
| Atsitraukimas                          | 0,03 | 0,29 | 0               | 3                | - *                           |
| <i>Laisvas žaidimas (n = 116)</i>      |      |      |                 |                  |                               |
| ARB                                    | 4,11 | 0,75 | 2               | 5                | 0,77                          |
| Pozityvus vadovavimas                  | 1,88 | 0,79 | 0               | 3                | 0,60                          |
| Kontrolė                               | 0,53 | 0,72 | 0               | 3                | 0,53                          |
| Kišimasis                              | 0,62 | 0,59 | 0               | 3                | 0,70                          |
| Atsitraukimas                          | 0,16 | 0,46 | 0               | 3                | 0,88                          |

\* *per retai stebimas atsitraukimas, todėl nėra galimybės apskaičiuoti sutarimą. Čia ARB – abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas*

#### 2.4 Duomenų apdorojimas ir statistinės analizės metodai

Pirmiausiai buvo patikrintas gautų duomenų skirstinių normalumas – jis buvo vertinamas pagal Kolmogoro-Smirnovo kriterijaus  $p$  reikšmę, asimetriškumo ir eksceso koeficientus. Esant normaliam duomenų pasiskirstymui, Kolmogoro-Smirnovo kriterijaus  $p$  reikšmė yra  $> 0,05$ , asimetriškumo koeficientas būna apie 0,03 ir normaliu kintamojo pasiskirstymu verta susirūpinti, kai šis koeficientas yra mažesnis nei -0,7 (-0,8) ar didesnis už 0,7 (0,8). Eksceso koeficientas, esant normaliam duomenų pasiskirstymui, yra lygus 0 (Pakalniškienė, 2012). Duomenų normalumo tikrinimo rezultatai pateikiami 3 priedo 2 lentelėje. Atsižvelgiant į tai, kad didžioji dalis duomenų neatitinka normaliojo skirstinio, o taip pat į tai, kad kai kuriuose analizės

etapuose buvo itin mažos tyrimo dalyvių grupės, duomenų analizei buvo taikomi neparаметriniai statistikos kriterijai.

Statistinei duomenų analizei buvo naudojamas IBM SPSS statistics 22 programinis paketas. Juo buvo skaičiuojami aprašomosios statistikos rodikliai, koreliacijos, naudojant Spearman koreliacijos koeficientus, regresijos, atlikti tarpgrupiniai palyginimai, taikant  $\chi^2$  kriterijų grupių homogeniškumo analizei, Mann-Whitney U kriterijų dviejų imčių palyginimui, Kruskal-Wallis H kriterijų kelių imčių palyginimui. Mediacijos modelių analizei buvo naudojamas Hayes (2009) sukurtas IBM SPSS PROCESS 2.16 įskiepis (ww.processmacro.org), o moderavimo efektų tikrinimui naudoti tiesiniai Gauso modeliai (angl. *general linear model, GLM*). Taip pat buvo skaičiuojami gaunamų skirtumų efekto dydžiai:  $r$  efekto dydžio matas, lyginant dvi imtis Mann-Whitney testu ( $r = z / \sqrt{N}$ , kur  $N$  – imties dydis,  $z$  – standartizuotas testo statistikos dydis), Kramerio  $V$  (angl. *Cramer's V*) efekto dydžio matas  $\chi^2$  testui. Atliekant kelių grupių palyginimą Kruskal-Wallis kriterijumi, statistiškai reikšmingi skirtumai buvo analizuojami atliekant tolesnį grupių palyginimą poromis (angl. *pairwise comparisons*) su pakoreguotomis  $p$  reikšmėmis ir gautiems grupių porų skirtumams skaičiuojant  $r$  efekto dydį. Interpretuojant efekto dydžius (tiek  $r$ , tiek Kramerio  $V$ ) laikoma, kad reikšmė lygi 0,1 rodo mažą efekto dydį, 0,3 – vidutinį, o 0,5 – didelį, analizuojant koreliacijų koeficientų dydžius -  $\pm 0,10$  reikšmė nurodo silpą koreliaciją,  $\pm 0,30$  – vidutinio stiprumo,  $\pm 0,50$  – stiprią (Field, 2013).

Struktūrinių lygčių modeliavimui bei latentinių klasių išskyrimui buvo naudojamas Mplus 6.0 programinis paketas (Muthén & Muthén, 2000, 2006). Kadangi šio tyrimo duomenų pasiskirstymas neatitinka normaliojo skirstinio, modelių įvertinimui naudotas MLR (angl. *Maximum likelihood robust*) metodas (Pakalniškienė, 2012). Išskiriant kelių latentinių klasių modelis yra tinkamiausias, buvo remiamasi šiais kriterijais: 1) papildomos grupės pridėjimas turi pagerinti modelio tinkamumo rodiklius – tai rodo mažėjanti SSA-BIC kriterijaus reikšmė bei Lo-Mendell-Rubin tikėtinumo kriterijaus  $p$  reikšmės dydis  $< 0,05$ ; 2) aukšta entropijos (angl. *entropy*) rodiklio reikšmė – kuo reikšmė arčiau 1, tuo modelis tinkamesnis; 3) tyrimo imties dydis, patenkantis į vieną klasę, turi būti ne mažesnis nei 5 procentai (Jung & Wickrama, 2008). Struktūrinių lygčių modeliuose buvo remiamasi tokiais modelio tinkamumo rodikliais: vidutinės aproksimacijos paklaidos kvadratinės šaknies rodikiu (angl. *Root Mean Square Error of Approximation*,

RMSEA), sąlyginu suderintumo kriterijumi (angl. *Comparative-Fit index*, CFI) bei Takerio ir Liuiso indeksu (angl. *Tucker-Lewis index*, TLI). Gerą modelio tinkamumą rodo RMSEA reikšmė  $< 0,05$  bei CFI ir TLI reikšmės  $> 0,90$  (Pakalniškienė, 2012).

### 3. REZULTATAI

#### 3.1 Skirtingomis aplinkybėmis gimusių vaikų ir motinų sociodemografinės charakteristikos bei nėštumo ir gimdymo ypatumai

##### 3.1.1 Sociodemografinės tyrimo dalyvių charakteristikos skirtingose gimimo būdo grupėse

Siekiant atskleisti įvairių su gimimu ir gimdymu susijusių veiksnių sąsajas su vaiko raidos vertinimais bei motinos savijauta, sąveikų su vaikais ypatumais ir kitais motinos veiksniais, analizė buvo atliekama 5 grupėse, išskirtose pagal gimimo būdą: gimusiųjų natūraliais gimdymo takais (NGT) namuose, NGT be medikamentų ligoninėje, NGT su medikamentais ligoninėje, planinės cezario pjūvio (PCP) operacijos metu bei skubios cezario pjūvio (SCP) operacijos metu. Kad geriau įvertintume išskirtų pagal gimdymo būdą grupių ypatumus, pirmiausiai paanalizavome, kokiomis sociodemografinėmis charakteristikomis jos pasižymi (3.1 lentelė).

Kaip matome iš 3.1 lentelėje pateiktų rezultatų, grupės statistškai reikšmingai skiriasi pagal motinų amžių: namuose gimdžiusios moterys yra vyriausios, o skubios cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusios – jauniausios ( $U = 52,069$ ,  $p < 0,001$ ). Taip pat galime pastebėti dar keletą namuose gimusių vaikų grupės ypatumų, nors statistškai reikšmingų skirtumų negalime nustatyti dėl per mažo tyrimo dalyvių skaičiaus, patenkančio į tam tikras lyginamas kategorijas. Namuose gimusių vaikų grupėje yra ženkliai didesnis skaičius aukštojo universitetinio išsilavinimo motinų (90,3 proc., kai tuo tarpu kitose grupėse tokio išsilavinimo motinų skaičius svyruoja nuo 51,6 iki 73,9 proc.), taip pat aukštojo universitetinio išsilavinimo vyrų ar partnerių (90,3 proc., kitose grupėse neviršija 50 proc.), bei namuose gimusių vaikų tarpe yra tik vienas pirmagimis, kai kitose grupėse pirmagimių skaičius svyruoja nuo 27,9 proc. gimusių NGT be medikamentų grupėje iki 73,7 proc. gimusių SCP operacijos būdu. Tokie grupių skirtumai nurodo būtinybę analizuojant rezultatus atsižvelgti į sociodemografinių veiksnių galimą poveikį tam tikriems tyrimo rezultatams.

Šiame tyrime didžiąją dalį informacijos apie vaikų raidą pateikė motinos, o iš ankstesnių tyrimų žinome, kad tiek pirmagimystės, tiek amžiaus bei išsilavinimo veiksniai gali būti svarbūs motinų pateikiamiems vertinimams apie vaiko raidą, jo emocijų ar elgesio sunkumus. Pirmagimius auginančios motinos yra linkusios labiau nerimauti dėl vaiko raidos sklandumo ir yra

linkusios vertinti vaikus, kaip turinčius daugiau elgesio ir emocijų sunkumų, lyginant su nepirmagimius auginančiomis motinomis (Marleau, Saucier, & Allaire, 2006; Jusienė, Kuzminskaitė, 2017; Minatoya et al., 2017). Taip pat pastebima ir moters amžiaus įtaka pateikiamiems vaiko elgesio vertinimams bei stebimiems vaiko elgesio sunkumams – vyresnis motinos amžius gali būti apsauginis veiksnys, susijęs su mažesniais vaikų elgesio sunkumais arba vyresnės motinos tiesiog ramiau reaguoja į kylančius vaikų elgesio ar emocijų ypatumus ir nelaiko jų vaiko sunkumais (Tearne et al., 2015; Goisis, 2015).

Tad siekdami kuo išsamiau įvertinti galimą šių veiksnių įtaką motinų pateikiamiems vertinimams, paanalizavome motinos amžiaus sąsajas su vaiko raidos vertinimais, palyginome motinų vertinimus bendroje imtyje skirtingose motinų išsilavinimo grupėse, o taip pat – ar pirmagimius ir nepirmagimius auginančios motinos skirtingai vertino savo vaikų raidą skirtinguose tyrimo etapuose (4 priedo 3-4 lentelės). Lyginant motinų pateikiamus vertinimus apie 1,5-4 metų amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumus, matome, kad jaunesnės motinos linkusios vertinti savo vaikus, kaip turinčius daugiau emocijų ir elgesio sunkumų, kai vaikams buvo 1,5 m. ir 2,5 m., o 4 m. amžiaus vertinimo etape statistiškai reikšmingų korelacijų tarp motinos amžiaus ir vaikų emocijų bei elgesio sunkumų vertinimų nebėra. Išsilavinimas motinų pateiktiems vertinimams turėjo reikšmės tik viename vaikų emocijų ir elgesio sunkumų vertinimo etape – aukštojo išsilavinimo motinos savo vaikus vertino kaip turinčius mažiau emocijų ir elgesio sunkumų kuomet vaikai buvo 1,5 m. amžiaus. Tuo tarpu pirmagimiai vaikai, visais vertinimo etapais, motinų buvo vertinami kaip turintys daugiau emocijų ir elgesio sunkumų nei jų nepirmagimiai bendraamžiai.

Norint atskirti gimimo aplinkybių poveikį motinų pateikiamiems vaiko raidos vertinimams nuo minėtų sociodemografinių veiksnių – motinos išsilavinimo, pirmagimystės – poveikio, būtų vertinga tarpusavyje lyginti, pavyzdžiui, tik pirmagimių vaikų vertinimus, arba tolesnei analizei atrinkti tik aukštojo išsilavinimo moterų vertinimus. Kitaip tariant, lyginti labiau homogeniškas grupes. Visgi, dalies tyrimo dalyvių duomenų atsisakymas labai sumažintų tarpusavyje lyginamų grupių dydžius, todėl į tolimesnius analizės etapus yra įtraukiama visa tyrimo dalyvių imtis. Tai reiškia, kad vertindami skirtingų gimimo aplinkybių grupėse aptiktus vaiko raidos, motinos savijautos ar jos sąveikų su vaiku ypatumus turime interpretuoti itin atsargiai bei atidžiai įvertinti jau minėtų sociodemografinių veiksnių galimą reikšmę pastebėtiems skirtumams.



3.1 lentelė. Tyrimo dalyvių sociodemografinės charakteristikos skirtingose gimimo būdo grupėse

|                                       | NGT namuose<br>(n = 31) |      | NGT be<br>medikamentų<br>ligoninėje<br>(n = 43) |      | NGT su<br>medikamentais<br>(n = 127) |      | Planinis<br>cezario pjūvis<br>(n = 23) |      | Skubus cezario<br>pjūvis<br>(n = 57) |      | <i>H(df)/χ<sup>2</sup></i> | <i>p</i> |
|---------------------------------------|-------------------------|------|---|------|--------------------------------------|------|--|------|--------------------------------------|------|----------------------------|----------|
|                                       | n/vid                   | %/SD | n/vid   | %/SD | n/vid                                | %/SD | n/vid                                  | %/SD | n/vid                                | %/SD |                            |          |
| <b>Motinos amžius</b>                 | 34,81                   | 3,57 | 28,49   | 4,5  | 28,69                                | 5,48 | 33,57                                  | 5,38 | 28,02                                | 4,36 | 52,069 (4)                 | 0,000*** |
| <b>Motinos išsilavinimas</b>          |                         |      |   |      |                                      |      |  |      |                                      |      |                            |          |
| Vidurinis ir žemesnis                 | 0                       | 0    | 10  | 15,4 | 38                                   | 29,7 | 0                                      | 0    | 17                                   | 29,8 |                            |          |
| Aukštasis                             | 3                       | 9,7  | 4   | 9,5  | 24                                   | 18,8 | 6                                      | 26,1 | 6                                    | 10,5 | -                          | -        |
| neuniversitetinis                     |                         |      |   |      |                                      |      |  |      |                                      |      |                            |          |
| Aukštasis                             | 28                      | 90,3 | 28  | 66,7 | 66                                   | 51,6 | 17                                     | 73,9 | 34                                   | 59,6 |                            |          |
| universitetinis                       |                         |      |   |      |                                      |      |  |      |                                      |      |                            |          |
| <b>Vyro / partnerio išsilavinimas</b> |                         |      |   |      |                                      |      |  |      |                                      |      |                            |          |
| Vidurinis ir žemesnis                 | 2                       | 6,5  | 11  | 25,6 | 52                                   | 40,6 | 4                                      | 18,2 | 23                                   | 41,1 |                            |          |
| Aukštasis                             | 1                       | 3,2  | 11  | 25,6 | 22                                   | 17,2 | 7                                      | 31,8 | 9                                    | 16,1 | -                          | -        |
| neuniversitetinis                     |                         |      |   |      |                                      |      |  |      |                                      |      |                            |          |
| Aukštasis                             | 28                      | 90,3 | 21  | 48,8 | 54                                   | 42,2 | 11                                     | 50,0 | 24                                   | 42,9 |                            |          |
| universitetinis                       |                         |      |   |      |                                      |      |  |      |                                      |      |                            |          |
| <b>Šeiminė padėtis</b>                |                         |      |   |      |                                      |      |  |      |                                      |      |                            |          |
| Registruota santuoka                  | 28                      | 90,3 | 36  | 83,7 | 111                                  | 87,4 | 19                                     | 82,6 | 51                                   | 89,5 |                            |          |
| Gyvena su partneriu /<br>draugu       | 3                       | 9,7  | 7   | 16,3 | 14                                   | 11,0 | 3                                      | 13,1 | 6                                    | 10,5 | -                          | -        |
| Gyvena viena                          | 0                       | 0    | 0   | 0    | 2                                    | 1,6  | 1                                      | 4,3  | 0                                    | 0    |                            |          |

|                                | NGT namuose<br>(n = 31) |      | NGT be<br>medikamentų<br>ligoninėje<br>(n = 43) |      | NGT su<br>medikamen-<br>tais<br>(n = 127) |      | Planinis<br>cezario pjūvis<br>(n = 23) |      | Skubus cezario<br>pjūvis<br>(n = 57) |      | <i>H(df)/χ<sup>2</sup></i> | <i>p</i> |
|--------------------------------|-------------------------|------|---|------|---|------|--|------|--------------------------------------|------|----------------------------|----------|
|                                | n/vid                   | %/SD | n/vid   | %/SD | n/vid                                     | %/SD | n/vid                                  | %/SD | n/vid                                | %/SD |                            |          |
| <b>Gyvenamoji vieta</b>        |                         |      |   |      |   |      |  |      |                                      |      |                            |          |
| Miestas                        | 27                      | 87,1 | 29  | 67,4 | 96  | 78,0 | 18                                     | 85,7 | 41                                   | 75,9 | -                          | -        |
| Kaimas                         | 4                       | 12,9 | 14  | 32,6 | 27  | 22,0 | 3                                      | 14,3 | 13                                   | 54,1 |                            |          |
| <b>Vaiko lytis</b>             |                         |      |   |      |   |      |  |      |                                      |      |                            |          |
| Mergaitė                       | 14                      | 45,2 | 19  | 43,2 | 60  | 46,9 | 9                                      | 39,1 | 28                                   | 49,1 | 0,849                      | 0,932    |
| Berniukas                      | 17                      | 54,8 | 25  | 56,8 | 68  | 44,4 | 14                                     | 60,9 | 29                                   | 50,9 |                            |          |
| <b>Kelintas vaikas šeimoje</b> |                         |      |   |      |   |      |  |      |                                      |      |                            |          |
| Pirmagimis                     | 1                       | 3,2  | 12  | 27,9 | 69  | 54,3 | 7                                      | 30,4 | 42                                   | 73,7 | -                          | -        |
| Nepirmagimis                   | 30                      | 96,8 | 31  | 72,1 | 58  | 45,7 | 16                                     | 69,6 | 15                                   | 26,3 |                            |          |

*Pastaba:*  $\chi^2$  testas buvo skaičiuojamas tik tuo atveju, kai į visas lyginamas kategorijas visose grupėse pateko ne mažiau kaip 5 tyrimo dalyviai.

\*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$ . Čia NGT – gimdymas natūraliais gimdymo takais

### 3.1.2 Nėštumo ir gimdymo ypatumai skirtingose gimimo būdo grupėse

Toliau analizavome, kokiais nėštumo bei gimdymo ypatumais pasižymėjo skirtingu būdu gimdžiusios moterys – kiek skirtingu būdu gimdžiusių moterų patyrė tam tikras nepalankias biomedicininės būklės nėštumo ar gimdymo metu, ar dalyvavo pasiruošime gimdymui ir pan. (3.2 lentelė).

Kadangi į kai kurias lyginamas kategorijas pateko mažiau nei 5 tyrimo dalyviai, negalėjome atlikti statistinės grupių homogeniškumo analizės taikant  $\chi^2$  testą, tad galime kalbėti tik apie pastebimų grupių skirtumų procentines išraiškas. Iš 3.2 lentelėje pateiktų duomenų matome, kad gana nemaži tarpgrupiniai skirtumai pastebimi pagal pasiruošimo gimdymui kursų lankymą – planinės cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusių moterų tarpe buvo mažiausiai tokių, kurios specialiai ruošėsi gimdymui (13 proc.), kai, tuo tarpu, namuose gimdžiusių grupėje 70 proc. moterų lankė specialius pasiruošimo gimdymui kursus. Pasižiūrėjus, kiek artimų žmonių dalyvavo moterims gimdant, matome, kad gimdymų namuose atveju gimdyje dalyvavo daugiau artimųjų nei kitų gimdymų atvejais – pavyzdžiui, keli artimi asmenys dalyvavo kiek daugiau nei pusėje gimdymų, vykusių namuose, kai, tuo tarpu, kitose gimdymo grupėse šis skaičius neviršijo 15,1 proc. Su nepalankiomis biomedicininėmis būklėmis gimdymo metu (pvz. ilgas bevandenis laikotarpis, vaisiaus vandenų suterštumas mekonijumi, kraujavimas gimdymo metu, gimdos hiperstimuliacijos sindromas, intrauterinė infekcija) dažniausiai susidūrė moterys, gimdžiusios skubios cezario pjūvio operacijos būdu (32,1 proc.), o rečiausiai – moterys, gimdžiusios namuose.

Statistiškai reikšmingai skyrėsi skirtingu būdu gimdžiusių moterų subjektyvus gimdymo sunkumo vertinimas – moterys, gimdžiusios skubios CP operacijos būdu, gimdymą vertino kaip subjektyviai sunkesnę patyrimą, nei visų kitų grupių moterys ( $H(4) = 48,970, p < 0,001$ ). Tai suprantamas rezultatas, atsižvelgiant į tai, kad skubi cezario pjūvio operacija atliekama tuomet, kai gimdymo eiga komplikuojasi ir kyla pavojus motinos ar naujagimio sveikatai. Grupių palyginimas poromis (angl. *pairwise comparisons*) su pakoreguotomis  $p$  reikšmėmis ir gautiems skirtumams paskaičiuotas efekto dydis ( $r$ ) atskleidžia, kad skubios CP operacijos būdu gimdžiusios moterys gimdymą subjektyviai vertino kaip sunkesnę, palyginus su gimdžiusiomis namuose ( $z = 5,602, p < 0,001, r = 0,62$ ), ligoninėje be medikamentų ( $z = 4,011, p = 0,001, r = 0,39$ ) bei planinės CP operacijos būdu ( $z = 4,542, p < 0,001, r = 0,51$ ).

3.2 lentelė. Skirtingu būdu gimdžiusių moterų nėštumo bei gimdymo ypatumai

|  | NGT namuose<br>(n = 31) |      | NGT be<br>medikamentų<br>ligoninėje<br>(n = 43) |      | NGT su<br>medikamentais<br>(n = 127) |      | Planinis cezario<br>pjūvis<br>(n = 23) |      | Skubus cezario<br>pjūvis<br>(n = 57) |      | $H(df) / \chi^2$ | p |
|--|-------------------------|------|---|------|--------------------------------------|------|--|------|--------------------------------------|------|------------------|---|
|  | n/vid                   | %/SD | n/vid   | %/SD | n/vid                                | %/SD | n/vid                                  | %/SD | n/vid                                | %/SD |                  |   |
| Nepalankios biomedicininės būklės nėštumo metu |                         |      |   |      |                                      |      |  |      |                                      |      |                  |   |
| Ne   | 29                      | 96,7 | 34  | 77,3 | 93                                   | 72,7 | 16                                     | 72,7 | 37                                   | 64,9 | -                | - |
| Taip   | 1                       | 3,3  | 10  | 22,7 | 25                                   | 27,3 | 6                                      | 27,3 | 20                                   | 35,1 |                  |   |
| Ar dalyvavo pasiruošimo gimdymui kursuose?     |                         |      |   |      |                                      |      |  |      |                                      |      |                  |   |
| Ne   | 9                       | 30   | 30  | 68,2 | 84                                   | 65,6 | 20                                     | 87   | 36                                   | 63,2 | -                | - |
| Taip   | 21                      | 70   | 14  | 31,8 | 44                                   | 34,4 | 3                                      | 13   | 21                                   | 36,8 |                  |   |
| Artimųjų dalyvavimas gimdyme                   |                         |      |   |      |                                      |      |  |      |                                      |      |                  |   |
| Nedalyvavo                                     | 0                       | 0    | 2   | 4,8  | 11                                   | 8,9  | 5                                      | 22,7 | 12                                   | 22,6 |                  |   |
| Vienas žmogus                                  | 13                      | 44,8 | 38  | 90,5 | 107                                  | 68,3 | 17                                     | 77,3 | 33                                   | 62,3 | -                | - |
| Keli žmonės                                    | 16                      | 55,2 | 2   | 4,8  | 6                                    | 4,8  | 0                                      | 0    | 8                                    | 15,1 |                  |   |
| Nepalankios būklės gimdymo metu                |                         |      |   |      |                                      |      |  |      |                                      |      |                  |   |
| Ne   | 31                      | 100  | 37  | 84,1 | 96                                   | 76,8 | 23                                     | 100  | 38                                   | 67,9 | -                | - |
| Taip   | 0                       | 0    | 7   | 15,9 | 29                                   | 23,2 | 0                                      | 0    | 18                                   | 32,1 |                  |   |

|                            | NGT namuose<br>(n = 31) |      | NGT be<br>medikamentų<br>ligoninėje<br>(n = 43) |      | NGT su<br>medikamentais<br>(n = 127) |      | Planinis cezario<br>pjūvis<br>(n = 23) |      | Skubus cezario<br>pjūvis<br>(n = 57) |      | $H(df) / \chi^2$ | $p$       |
|----------------------------|-------------------------|------|---|------|--------------------------------------|------|--|------|--------------------------------------|------|------------------|-----------|
|                            | n/vid                   | %/SD | n/vid   | %/SD | n/vid                                | %/SD | n/vid                                  | %/SD | n/vid                                | %/SD |                  |           |
| Kelintas gimdymas          |                         |      |   |      |                                      |      |  |      |                                      |      |                  |           |
| Pirmas                     | 1                       | 3,2  | 12  | 27,3 | 67                                   | 52,3 | 6                                      | 26,1 | 43                                   | 75,4 |                  |           |
| Antras                     | 10                      | 32,3 | 26  | 59,1 | 45                                   | 35,2 | 9                                      | 39,1 | 11                                   | 19,3 | -                | -         |
| Trečias ir<br>vėlesnis     | 20                      | 64,5 | 6   | 13,6 | 16                                   | 12,5 | 8                                      | 34,8 | 3                                    | 5,3  |                  |           |
| Gimdymo<br>sunkumas (vid.) | 3,97                    | 1,11 | 3,41  | 1,02 | 2,76                                 | 1,13 | 3,88                                   | 0,94 | 2,33                                 | 1,33 | 49,608 (4)       | 0,000***  |
| Biologinė rizika           | 0,03                    | 0,18 | 0,93  | 0,69 | 2,51                                 | 1,00 | 0,96                                   | 0,71 | 2,40                                 | 1,24 | 36,966 (4)       | 0,000 *** |
| Psichologinė<br>rizika     | 0,41                    | 0,57 | 1,00  | 0,79 | 1,19                                 | 0,82 | 1,11                                   | 0,32 | 1,51                                 | 0,81 | 147,021<br>(4)   | 0,000 *** |

*Pastaba:*  $\chi^2$  testas buvo skaičiuojamas tik tuo atveju, kai į visas lyginamas kategorijas visose grupėse pateko ne mažiau kaip 5 tyrimo dalyviai. \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$ . Čia NGT – gimdymas natūraliais gimdymo takais

Moterys, gimdžiusios ligininėje su medikamentais, gimdymą vertino kaip sunkesnę, lyginant su planinės CP operacijos būdu gimdžiusiomis ( $z = -3,627$ ,  $p = 0,003$ ,  $r = -0,30$ ) bei namuose gimdžiusiomis ( $z = 4,740$ ,  $p < 0,001$ ,  $r = 0,37$ ). Taip pat skirtingose gimimo būdo grupėse stebimi biologinių ir psichologinių rizikos veiksnių dažnių skirtumai – mažiausia biologine bei psichologine rizika pasižymėjo gimdžiusių namuose moterų grupė, tuo tarpu aukščiausia biologinė rizika buvo gimdžiusių ligininėje medikamentinio gimdymo metu bei skubios cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusių grupėse. Tarpgrupinis palyginimas poromis su pakoreguotomis  $p$  reikšmėmis parodė, kad gimdymų namuose atveju buvo žemiausias psichologinių veiksnių dažnis, lyginant su visomis kitomis gimdymo grupėmis: su gimusių natūraliais gimdymo takais be medikamentų ligininėje ( $z = -3,014$ ,  $p = 0,026$ ,  $r = -0,35$ ), natūraliais gimdymo takais su medikamentais ( $z = -4,746$ ,  $p < 0,001$ ,  $r = -0,38$ ), planinės cezario pjūvio ( $z = -2,972$ ,  $p = 0,030$ ,  $r = -0,40$ ) bei skubios cezario pjūvio ( $z = -5,907$ ,  $p < 0,001$ ,  $r = -0,63$ ) operacijos būdu, taip pat tarp gimusių natūraliais gimdymo takais be medikamentų ligininėje ir skubios cezario pjūvio operacijos būdu ( $z = -3,100$ ,  $p = 0,019$ ,  $r = -0,31$ ).

### 3.2 Gimimo aplinkybių ir vaikų raidos sąsajų analizė

Siekiant atsakyti į pirmuosius du šiame tyrime iškeltus klausimus – kaip gimimo aplinkybės siejasi su motinų vertinamais vaikų iki 4 m. amžiaus emocijų ir elgesio sunkumais bei kaip gimimo aplinkybės siejasi su tyrėjų vertinamais 4 m. amžiaus vaikų samprotavimo bei savireguliacijos gebėjimais – pirmiausiai palyginome minėtus vaikų raidos kintamuosius skirtingose gimimo būdo grupėse.

#### 3.2.1 Motinų vertinti skirtingu būdu gimusių vaikų temperamento bruožai bei emocijų ir elgesio sunkumai

Pirmiausia palyginome, ar skirtingu būdu gimę vaikai pasižymėjo kokiais nors skirtumais motinų vertintų temperamento bruožų atžvilgiu – ekstraversijos, neigiamo emocionalumo bei valingos kontrolės (3.3 lentelė), tačiau statistškai reikšmingų tarpgrupinių skirtumų neradome.

3.3 lentelė. Skirtingu būdu gimusių vaikų temperamento bruožų palyginimas

|                         | Rangų vidurkiai    |                    |                    |            |            | Kruskal-Wallis kriterijaus rodikliai |          |
|-------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------|------------|--------------------------------------|----------|
|                         | NGT namuose (n=24) | NGT be med. (n=26) | NGT su med. (n=77) | PCP (n=15) | SCP (n=30) | <i>H</i> ( <i>df</i> )               | <i>p</i> |
| Ekstraversija           | 73,21              | 89,56              | 85,12              | 93,50      | 94,52      | 2,941                                | 0,568    |
| Neigiamas emocionalumas | 74,19              | 92,60              | 88,32              | 92,90      | 83,20      | 2,339                                | 0,674    |
| Valinga kontrolė        | 105,94             | 80,88              | 87,56              | 89,97      | 71,35      | 6,873                                | 0,143    |

Pastaba: \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$ . Čia NGT – gimimas natūraliais gimdymo takais, PCP – planinė cezario pjūvio operacija, SCP – skubi cezario pjūvio operacija

Vaikų emocijų ir elgesio sunkumus motinos vertino trijuose tyrimo etapuose – kai vaikams buvo 1,5 m., 2,5 m. ir 4 metai. Vertinant 1,5 m. amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumus (3.4 lentelė), statistškai reikšmingi skirtumai buvo pastebėti tarp skirtingu būdu gimusių vaikų dėmesio trūkumo ir aktyvumo sunkumų ( $H(4) = 15,635$ ,  $p = 0,004$ ) bei elgesio sunkumų ( $H(4) = 11,873$ ,  $p = 0,018$ ). Dviejų skalių įverčių skirtumai siekė statistškai reikšmingos tendencijos dydį – emocijų sunkumų ( $H(4) = 8,018$ ,  $p = 0,091$ ) bei bendrai visų sunkumų ( $H(4) = 9,096$ ,  $p = 0,059$ ).

Atliktas grupių palyginimas poromis, su pakoreguotomis  $p$  reikšmėmis ir paskaičiuotas efekto dydis ( $r$ ) atskleidė, kad daugiausiai skirtumų stebima lyginant NGT namuose gimusių vaikų ir skubios cezario pjūvio operacijos būdu gimusių vaikų emocijų ir elgesio sunkumų vertinimus – motinos namuose gimusius vaikus vertino kaip turinčius mažiausiai, o skubios CP operacijos metu gimusius – kaip turinčius daugiausiai dėmesio trūkumo ir aktyvumo simptomų ( $z = -3,864$ ,  $p = 0,001$ ,  $r = -0,43$ ), elgesio sunkumų ( $z = -3,211$ ,  $p = 0,013$ ,  $r = -0,37$ ) bei bendrai sunkumų ( $z = -2,934$ ,  $p = 0,033$ ,  $r = -0,33$ ). Be to, dėmesio trūkumo ir aktyvumo skalėje reikšmingai skyrėsi NGT namuose ir NGT su medikamentais ligoninėje gimusių vaikų ( $z = -3,180$ ,  $p = 0,015$ ,  $r = -0,27$ ) bei NGT namuose ir NGT be medikamentų ligoninėje gimusių vaikų vertinimai ( $z = -2,899$ ,  $p = 0,037$ ,  $r = -0,37$ ).

3.4 lentelė. Skirtingu būdu gimusių 1,5 m. amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumų įverčių palyginimas

|                               | Rangų vidurkiai |                 |                 |             |             | Kruskal-Wallis kriterijaus rodikliai |          |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|-------------|--------------------------------------|----------|
|                               | NGT namuose (n) | NGT be med. (n) | NGT su med. (n) | PCP (n)     | SCP (n)     | <i>H</i> (df)                        | <i>p</i> |
| DSM: įvair. raidos sutrikimai | 110,74 (27)     | 109,37 (30)     | 117,83 (107)    | 113,61 (22) | 129,62 (49) | 2,376 (4)                            | 0,667    |
| DSM: dėmesio trūkumas         | 76,71 (28)      | 128,38 (34)     | 123,81 (108)    | 118,26 (21) | 139,97 (52) | 15,635 (4)                           | 0,004**  |
| Emocijų sunkumų               | 89,67 (27)      | 101,82 (31)     | 117,25 (99)     | 120,61 (22) | 129,93 (50) | 8,018 (4)                            | 0,091†   |
| Elgesio sunkumų               | 81,96 (25)      | 129,09 (33)     | 113,04 (103)    | 111,48 (21) | 134,69 (50) | 11,873 (4)                           | 0,018*   |
| Bendrai sunkumų               | 72,41 (23)      | 110,09 (28)     | 105,09 (95)     | 110,95 (20) | 118,28 (44) | 9,096 (4)                            | 0,059†   |

3.5 lentelė. Motinų vertinamų 2,5 m. amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumų palyginimas skirtingų gimimo aplinkybių grupėse

|                               | Rangų vidurkiai |                 |                 |            |             | Kruskal-Wallis kriterijaus rodikliai |          |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------|-------------|--------------------------------------|----------|
|                               | NGT namuose (n) | NGT be med. (n) | NGT su med. (n) | PCP (n)    | SCP (n)     | <i>H</i> (df)                        | <i>p</i> |
| DSM: įvair. raidos sutrikimai | 90,89 (28)      | 98,26 (23)      | 87,26 (80)      | 67,43 (15) | 109,15 (37) | 8,252 (4)                            | 0,083†   |
| DSM: dėmesio trūkumas         | 61,14 (28)      | 101,44 (25)     | 96,07 (81)      | 83,00 (15) | 113,24 (38) | 16,566 (4)                           | 0,002**  |
| Emocijų sunkumų               | 81,61 (27)      | 95,50 (25)      | 85,08 (80)      | 81,33 (15) | 118,99 (37) | 12,940 (4)                           | 0,012*   |
| Elgesio sunkumų               | 76,59 (27)      | 97,94 (24)      | 88,44 (80)      | 81,67 (15) | 111,28 (37) | 8,571 (4)                            | 0,073†   |
| Bendrai sunkumų               | 71,71 (28)      | 95,62 (21)      | 82,64 (76)      | 79,67 (15) | 113,44 (36) | 13,541 (4)                           | 0,009**  |

*Pastaba:* \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$ . Čia NGT – gimimas natūraliais gimdymo takais, PCP – planinė cezario pjūvio operacija, SCP – skubi cezario pjūvio operacija



3.6 lentelė. Motinų vertinamų 4 m. amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumų palyginimas skirtingo gimimo būdo grupėse

|                               | Rangų vidurkiai |                 |                 |            |             | Kruskal-Wallis kriterijaus rodikliai |       |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------|-------------|--------------------------------------|-------|
|                               | NGT namuose (n) | NGT be med. (n) | NGT su med. (n) | PCP (n)    | SCP (n)     | H (df)                               | p     |
| DSM: įvair. raidos sutrikimai | 86,58 (18)      | 100,99 (34)     | 91,60 (83)      | 79,74 (21) | 109,28 (32) | 5,103 (4)                            | 0,277 |
| DSM: dėmesio trūkumas         | 75,75 (18)      | 94,95 (33)      | 94,08 (83)      | 89,13 (20) | 105,76 (33) | 3,841 (4)                            | 0,428 |
| Emocijų sunkumų               | 101,29 (17)     | 90,52 (32)      | 92,66 (81)      | 71,70 (20) | 102,17 (33) | 4,663 (4)                            | 0,324 |
| Elgesio sunkumų               | 92,65 (17)      | 92,11 (33)      | 92,00 (82)      | 81,93 (20) | 103,27 (33) | 2,115 (4)                            | 0,715 |
| Bendrai sunkumų               | 100,21 (17)     | 94,39 (33)      | 92,69 (85)      | 82,95 (21) | 106,53 (33) | 2,795 (4)                            | 0,593 |

3.7 lentelė. Tyrėjų vertinti 4 m. amžiaus vaikų raidos gebėjimai skirtingo gimimo būdo grupėse

|                                  | Rangų vidurkiai |                 |                 |            |            | Kruskal-Wallis kriterijaus rodikliai |         |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------|------------|--------------------------------------|---------|
|                                  | NGT namuose (n) | NGT be med. (n) | NGT su med. (n) | PCP (n)    | SCP (n)    | H (df)                               | p       |
| Samprotavimo gebėjimai           | 85,25 (18)      | 49,92 (26)      | 63,81 (53)      | 69,14 (14) | 85,34 (25) | 14,521 (4)                           | 0,006** |
| Atsispyrimas pagundai            | 71,97 (18)      | 61,10 (26)      | 69,48 (57)      | 60,48 (14) | 86,88 (25) | 7,626 (4)                            | 0,106   |
| Kognityvi kontrolė               | 70,56 (17)      | 57,95 (22)      | 54,63 (48)      | 63,00 (10) | 64,25 (22) | 3,267 (4)                            | 0,514   |
| Planavimo gebėjimai              | 89,44 (18)      | 57,58 (26)      | 62,15 (51)      | 62,07 (15) | 81,10 (26) | 12,137 (4)                           | 0,016*  |
| Bendras savireguliacijos įvertis | 71,03 (17)      | 48,52 (22)      | 52,41 (47)      | 68,65 (10) | 72,55 (22) | 10,131 (4)                           | 0,038*  |

Pastaba: \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$ . Čia NGT – gimimas natūraliais gimdymo takais, PCP – planinė cezario pjūvio operacija, SCP – skubi cezario pjūvio operacija

Antrojo emocijų ir elgesio sunkumų vertinimo etapo – 2,5 m. amžiaus vaikų tarpgrupinio palyginimo rezultatai pateikiami 3.5 lentelėje. Šiame etape statistiškai reikšmingi tarpgrupiniai skirtumai, aptikti dėmesio trūkumo ir aktyvumo ( $H(4) = 126,566, p = 0,002$ ), emocijų sunkumų ( $H(4) = 12,940, p = 0,012$ ) bei bendrų sunkumų įverčiuose ( $H(4) = 13,541, p = 0,009$ ).

Atlikus grupių palyginimą poromis, su pakoreguotomis  $p$  reikšmėmis, gauti rezultatai rodo, kad kaip ir 1,5 metų amžiuje, visose minėtose subskalėse yra stebimi reikšmingi ir didesnio, nei vidutinis, efekto dydžio skirtumai tarp NGT namuose gimusių vaikų bei skubios CP operacijos būdu gimusių vaikų sunkumų vertinimų. Motinos skubios CP operacijos metu gimusius vaikus vertino kaip turinčius daugiausiai, o namuose gimusius vaikus – kaip turinčius mažiausiai dėmesio trūkumo ir aktyvumo simptomų ( $z = -3,892, p = 0,001, r = -0,49$ ), emocijų sunkumų ( $z = -2,895, p = 0,038, r = -0,36$ ), bendrai sunkumų ( $z = -3,252, p = 0,011, r = -0,41$ ). Taip pat svarbu paminėti, jog skubios CP operacijos būdu gimę vaikai, motinų vertinimu, turėjo daugiau emocijų sunkumų ( $z = -3,216, p = 0,013, r = -0,30$ ) bei bendrai sunkumų ( $z = -2,989, p = 0,028, r = -0,28$ ) nei NGT su medikamentais ligoninėje gimę vaikai.

Įvairiapusės raidos sutrikimų bei elgesio sunkumų skalių įverčių skirtumai siekia statistiškai reikšmingą tendenciją ( $p < 0,1$ ). Išanalizavus šių skalių grupių palyginimą poromis, aptiktas statistiškai nereikšmingas, tačiau vidutinio efekto dydžio skirtumas, lyginant skubios CP ir planinės CP operacijos būdu gimusių vaikų įvairiapusės raidos sutrikimų simptomus ( $z = -2,600, p = 0,093, r = -0,36$ ).

Galiausiai palyginome motinų pateikiamus 4 m. amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumų vertinimus. 3.6 lentelėje pateikti rezultatai rodo, kad šiame etape nėra statistiškai reikšmingų vaikų emocijų ir elgesio sunkumų skirtumų. Kita vertus, analizuodami lentelėje pateiktus rangų vidurkius, galime matyti jau ir ankstesniuose vertinimo etapuose pastebėtą tendenciją, kad skubios cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusios motinos linkusios savo vaikus vertinti, kaip turinčius kiek daugiau sunkumų, nei kitos moterys – skubios CP operacijos būdu gimę vaikai, lyginant su kitais vaikais, gavo nors ir statistiškai nereikšmingus, tačiau aukščiausius įverčius bent keliose sunkumų skalėse: dėmesio trūkumo, emocijų, elgesio ir bendrai sunkumų.

### 3.2.2 Skirtingu būdu gimusių vaikų samprotavimo ir savireguliacijos gebėjimai tyrėjų vertinimu

Kai vaikams buvo 4 metai, duomenys apie jų raidą buvo renkami ne tik apklausiant motinas, bet ir laboratorinėmis sąlygomis atliekant vaikų

savireguliacijos ir samprotavimo gebėjimų vertinimą. Tyrėjų vertinti planavimo, atsispyrimo pagundai ir kognityvios kontrolės gebėjimai buvo transformuoti ir analizuojami tiek atskirai, tiek apjungus juos į bendrą savireguliacijos įvertį. Skaičiuojant bendrą savireguliacijos įvertį buvo skaičiuojamas visų trijų – atsispyrimo pagundai, kognityvios kontrolės ir planavimo – užduočių transformuotų įverčių vidurkis.

3.7 lentelėje pateiktas tyrėjų vertintų 4 metų amžiaus vaikų raidos gebėjimų palyginimas rodo, kad statistiškai reikšmingai skiriasi samprotavimo gebėjimų ( $H(4) = 13,351, p = 0,010$ ), planavimo gebėjimų ( $H(4) = 12,644, p = 0,013$ ) bei bendrą savireguliacijos įgūdžių įverčiai ( $H(4) = 10,131, p = 0,038$ ). Skubios CP operacijos būdu gimę vaikai pasižymėjo aukščiausiais bendrais savireguliacijos gebėjimų vertinimais, namuose gimę vaikai – aukščiausiais planavimo gebėjimų vertinimais, o samprotavimo gebėjimų atveju namuose bei skubios CP operacijos būdu gimusieji gavo itin panašius vertinimus lyginant su kitomis grupėmis.

Atlikome grupių palyginimą poromis su pakoreguotomis  $p$  reikšmėmis bei paskaičiavome gautų skirtumų efekto dydžius ( $r$ ) ir matome, kad, vertinant samprotavimo gebėjimus, žemiausiais įverčiais pasižymi NGT be medikamentų lignoninėje gimę vaikai, lyginant su skubios CP operacijos būdu gimusiais ( $z = -3,228, p = 0,012, r = -0,45$ ) ir su NGT namuose gimusiais ( $z = 2,941, p = 0,033, r = 0,44$ ) vaikais. Planavimo gebėjimų vertinimuose gauti statistinės tendencijos dydžio, tačiau vidutinio efekto dydžio skirtumai – aukščiausiais planavimo įverčiais pasižymi NGT namuose gimę vaikai lyginant su NGT lignoninėje be medikamentų gimusiais ( $z = 2,714, p = 0,067, r = 0,41$ ) ir NGT su medikamentais gimusiais ( $z = 2,600, p = 0,093, r = 0,31$ ) vaikais. Palyginus bendrą savireguliacijos įvertį, pirminė analizė rodo, kad reikšmingai skiriasi skubios CP operacijos būdu gimusių vaikų įvertis, lyginant su lignoninėje su ir be medikamentų gimusiais vaikais bei tarp namuose gimusių ir lignoninėje be medikamentų gimusių vaikų, tačiau pakoreguotos  $p$  reikšmės neberodė statistiškai reikšmingų tarpgrupinių skirtumų.

Kadangi iš ankstesnių tyrimų (pvz. Braidokienė, 2014) žinome, kad aukštesni savireguliacijos gebėjimai gali būti susiję su vyresniu vaiko amžiumi bei aukštesniu jų tėvų išsilavinimu, tad palyginome šiame etape dalyvavusių skirtingo gimimo būdo vaikų amžių tyrimo metu, motinų ir jų vyrų / partnerių išsilavinimą. Rezultatuose matome, kad grupės nesiskyrė pagal vaikų amžių ( $\chi^2(4) = 4,756, p = 0,313$ ) bei vyro / partnerio išsilavinimą ( $\chi^2(4) = 5,788, p = 0,216$ ), bet skyrėsi pagal motinos išsilavinimą – gimdžiusių

namuose ir planinio CP operacijos būdu gimimo grupėse visos motinos buvo aukštojo išsilavinimo, o didžiausias skaičius vidurinio ir žemesnio išsilavinimo motinų buvo NGT su medikamentais gimdžiusių moterų grupėje (27 proc.).

### 3.2.3 Ryšių tarp biologinės ir psichologinės nėštumo bei gimdymo rizikos ir vaikų raidos ypatumų analizė

Gimimo būdas yra tik viena iš mus dominančių gimimo aplinkybių, kurių reikšmę vaikų raidai norime įvertinti. Kitos gimimo aplinkybės, galimai susijusios su vaiko raidos ypatumais, yra įvairių medikamentų ir intervencijų naudojimas gimdymo metu, pavyzdžiui, oksitocino naudojimas gimdymo sužadiniui ar skatinimui, skausmą malšinančių medikamentų vartojimas, tam tikros gimdymo metu kilusios komplikacijos, tokios, kaip vakuuminio ekstraktoriaus naudojimas ar naujagimio gaivinimas, bei įvairios psichologinės gimdymo aplinkybės. Taigi, siekdami kuo išsamiau įvertinti, kaip įvairios gimdymo aplinkybės siejasi su vaikų raidos ypatumais, įvairius biologinės bei psichologinės kilmės gimdymo bei nėštumo veiksnius apjungėme į du suminės rizikos kintamuosius.

Biologinė nėštumo ir gimdymo rizika apėmė tokius rizikos veiksnius, kaip nėštumo metu moterų naudotas psichoaktyvios medžiagos, nėštumo ir gimdymo metu kilusios nepalankios biomedicininės būklės, oksitocino naudojimas gimdymo sužadiniui ar skatinimui bei gimdymo skausmo malšinančių preparatų naudojimas. Suminis biologinės rizikos įvertis svyravo nuo 0 iki 5, kuomet didesnis skaičius reiškia ir didesnę patirtų biologinės rizikos veiksnių skaičių. Tuo tarpu į psichologinę nėštumo ir gimdymo riziką buvo įtraukti tokie kintamieji, kaip nėštumo nutraukimo svarstymas, pasiruošimo gimdimui kursų nelankymas, gimdymas be artimųjų dalyvavimo bei subjektyvus gimdymo sunkumo vertinimas, kuomet gimdymo patyrimas buvo vertintas kaip sunkus ar labai sunkus. Psichologinės rizikos įvertis svyravo nuo 0 iki 4.

Paanalizavome, ar biologinė bei psichologinė nėštumo ir gimdymo rizika siejasi su motinų vertinamais vaikų emocijų ir elgesio sunkumais (3.8 lentelė).

3.8 lentelė. *Motinių vertintų 1,5-4 m. amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumų sąsajos su nėštumo ir gimdymo biologine bei psichologine rizika (pateikiami Spearman'o koreliacijų koeficientai  $r_s$ )*

|        |                               | Biologinė nėštumo<br>ir gimdymo rizika | Psichologinė nėštumo<br>ir gimdymo rizika |
|--------|-------------------------------|--|---|
| 1,5 m. | DSM: įvair. raidos sutrikimai | 0,050                                  | 0,047                                     |
|        | DSM: dėmesio trūkumas         | 0,153*                                 | 0,094                                     |
|        | Emocijų sunkumai              | 0,148*                                 | 0,134†                                    |
|        | Elgesio sunkumai              | 0,078                                  | 0,112                                     |
|        | Bendrai sunkumai              | 0,109                                  | 0,122                                     |
| 2,5 m. | DSM: įvair. raidos sutrikimai | 0,069                                  | 0,096                                     |
|        | DSM: dėmesio trūkumas         | 0,100                                  | 0,039                                     |
|        | Emocijų sunkumai              | 0,081                                  | 0,155*                                    |
|        | Elgesio sunkumai              | 0,062                                  | 0,098                                     |
|        | Bendrai sunkumai              | 0,069                                  | 0,115                                     |
| 4 m.   | DSM: įvair. raidos sutrikimai | 0,024                                  | -0,084                                    |
|        | DSM: dėmesio trūkumas         | 0,105                                  | 0,037                                     |
|        | Emocijų sunkumai              | 0,040                                  | -0,075                                    |
|        | Elgesio sunkumai              | 0,060                                  | 0,017                                     |
|        | Bendrai sunkumai              | 0,018                                  | -0,012                                    |

*Pastaba: \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$*

3.8 lentelėje matome, kad biologinė rizika statistiškai reikšmingai siejosi tik su 1,5 m. amžiuje, bet ne 2,5 m. ir 4 m. amžiuje motinių vertintais vaikų emocijų ir elgesio sunkumais. Vaikai, kurių gimimo metu buvo daugiau biologinės kilmės rizikos veiksnių, motinių vertinimu pasižymėjo labiau išreikštais dėmesio trūkumo bei aktyvumo simptomais ( $r_s = 0,153$ ,  $p = 0,017$ ) bei didesniais emocijų sunkumų ( $r_s = 0,148$ ,  $p = 0,025$ ) įverčiais. O psichologinė nėštumo ir gimdymo rizika reikšmingai siejosi su motinių vertintais emocijų sunkumais dviejuose vertinimo etapuose – aptiktos nedidelės, tačiau statistiškai reikšmingos ar artėjančios link reikšmingų koreliacijos tarp psichologinės rizikos ir emocijų sunkumų 1,5 metų amžiuje ( $r_s = 0,134$ ,  $p = 0,053$ ) bei 2,5 m. ( $r_s = 0,155$ ,  $p = 0,041$ ).

3.9 lentelėje pateikiame paskaičiuotas tyrėjų vertintų samprotavimo ir savireguliacijos įgūdžių koreliacijas su biologine ir psichologine rizikomis. Kaip matome iš lentelės, yra vienas link statistiškai reikšmingo artėjantis ryšys tarp vaikų planavimo gebėjimų ir psichologinės nėštumo bei gimdymo rizikos

( $r_s = -0,161$ ,  $p = 0,072$ ) – kuo daugiau nėštumo ir gimdymo metu buvo pastebėta psichologinių rizikos veiksnių, tuo prastesniais planavimo gebėjimais, tyrėjų vertinimu, pasižymėjo 4 metų amžiaus vaikai.

3.9 lentelė. *Tyrėjų vertintų raidos gebėjimų sąsajos su biologine ir psichologine nėštumo ir gimdymo rizika (pateikiami Spearman'o koreliacijų koeficientai  $r_s$ )*

|                                  | Biologinė nėštumo ir gimdymo rizika | Psichologinė nėštumo ir gimdymo rizika |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| Samprotavimo gebėjimai           | -0,025                              | -0,091                                 |
| Atsispyrimas pagundai            | 0,089                               | -0,014                                 |
| Kognityvi kontrolė               | -0,054                              | 0,011                                  |
| Planavimo gebėjimai              | -0,030                              | -0,161†                                |
| Bendras savireguliacijos įvertis | -0,062                              | -0,151                                 |

*Pastaba: \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$*

### 3.3 Gimdymo aplinkybių sąsajų su motinos emocije savijauta, asmenybės bruožais bei santykiais su vyru ar partneriu analizė

Kitas klausimas, kurį keliame šiame tyrime – kokios yra gimdymo aplinkybių sąsajos su motinų emocije savijauta, asmenybės bruožais bei santykiais su vyru / partneriu per pirmuosius keturis vaiko gyvenimo metus. Tad, ieškodami atsakymo į šį klausimą, taip pat pirmiausiai palyginome minėtus moterų savijautos, asmenybės, santykių ypatumus skirtingo gimdymo būdo grupėse (3.10 lentelė). Gauti rezultatai atskleidė, kad skirtingu būdu gimdžiusių motinų savijauta, streso patyrimas, santykių su vyru vertinimas pirmus keletą metų po gimdymo nesiskiria, o taip pat ir lyginant asmenybės bruožus gautas tik vienas statistiškai reikšmingas skirtumas Atvirumo bruožo išreikštume ( $H(4) = 11,151$ ,  $p = 0,025$ ) – moterys, gimdžiusios namuose, pasižymėjo labiausiai išreikštu, o natūraliais gimdymo takais be medikamentų ligoninėje gimdžiusios moterys – mažiausiai išreikštu Atvirumo bruožu. Taip pat yra du tarpgrupiniai skirtumai, pasiekę statistinės tendencijos lygį – namuose gimdžiusios moterys pasižymėjo aukštesniu neurotiškumu ( $H(4) = 7,893$ ,  $p = 0,096$ ), o moterys, gimdžiusios planinės CP operacijos būdu jautėsi depresiškesnės ( $H(4) = 7,869$ ,  $p = 0,097$ ) nei kitų grupių moterys.

3.10 lentelė. Skirtingu būdu gimdžiusių moterų emocinės savijautos, asmenybės bruožų, santykių su vyru / partneriu palyginimas

|   | Rangų vidurkiai       |                    |                    |             |             | Kruskal-Wallis<br>kriterijaus rodikliai |          |
|---|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------|-------------|---|----------|
|   | NGT<br>namuose<br>(n) | NGT be<br>med. (n) | NGT su<br>med. (n) | PCP (n)     | SCP (n)     | <i>H</i> (df)                           | <i>p</i> |
| <b>Moters santykiai su vyru</b>                   |                       |                    |                    |             |             |   |          |
| 1,5 m. po gimdymo                                 | 140,95 (28)           | 110,76 (34)        | 116,92 (107)       | 129,19 (18) | 110,56 (49) | 5,037 (4)                               | 0,284    |
| 2,5 m. po gimdymo                                 | 106,02 (29)           | 97,98 (25)         | 98,80 (88)         | 87,53 (16)  | 99,59 (39)  | 1,126 (4)                               | 0,875    |
| 3 m. po gimdymo                                   | 82,33 (24)            | 88,45 (28)         | 90,71 (80)         | 83,69 (13)  | 80,48 (28)  | 1,339 (4)                               | 0,855    |
| <b>Motinos savijauta</b>                          |                       |                    |                    |             |             |   |          |
| Streso patyrimas 1,5 m. po<br>gimdymo             | 131,50 (28)           | 108,56 (34)        | 121,56 (107)       | 120,45 (19) | 119,96 (52) | 4,360 (4)                               | 0,359    |
| Neigiamų emocijų išgyvenimas 2,5<br>m. po gimdymo | 78,57 (29)            | 103,19 (24)        | 106,12 (88)        | 101,09 (16) | 94,80 (40)  | 5,557 (4)                               | 0,235    |
| Streso patyrimas 2,5 m. po<br>gimdymo             | 109,40 (29)           | 101,34 (25)        | 97,88 (88)         | 91,69 (16)  | 97,88 (40)  | 3,545 (4)                               | 0,471    |
| Depresiškumas 3 m.                                | 98,88 (26)            | 85,54 (28)         | 85,44 (83)         | 124,47 (15) | 93,92 (31)  | 7,869 (4)                               | 0,097†   |
| <b>Motinos asmenybės bruožai</b>                  |                       |                    |                    |             |             |   |          |
| Ekstraversija                                     | 56,28 (18)            | 59,93 (20)         | 57,33 (52)         | 63,31 (8)   | 53,50 (16)  | 0,624 (4)                               | 0,960    |
| Sutarumas   | 55,53 (18)            | 51,95 (20)         | 62,70 (51)         | 52,94 (8)   | 48,84 (16)  | 3,186 (4)                               | 0,527    |
| Sąmoningumas                                      | 61,81 (18)            | 39,43 (20)         | 59,87 (50)         | 66,94 (8)   | 56,13 (16)  | 7,427 (4)                               | 0,115    |
| Neurotiškumas                                     | 72,44 (18)            | 61,00 (20)         | 50,78 (50)         | 42,19 (8)   | 57,97 (16)  | 7,893 (4)                               | 0,096†   |
| Atvirumas   | 80,78 (18)            | 49,33 (20)         | 54,38(52)          | 57,56 (8)   | 51,63 (16)  | 11,151 (4)                              | 0,025*   |

Pastaba: \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$ . Čia NGT – gimimas natūraliais gimdymo takais, PCP – planinė cezario pjūvio operacija, SCP – skubi cezario pjūvio operacija

Gautą statistiškai reikšmingą Atvirumo bruožo išreikštumo skirtumą palyginome grupių porose su pakoreguotomis  $p$  reikšmėmis bei įvertinome gautų skirtumų efekto dydžius ( $r$ ) – labiausiai Atvirumo bruožu pasižymi namuose gimdžiusios moterys, lyginant su ligoninėje be medikamentų gimdžiusiomis ( $z = 2,933$ ,  $p = 0,034$ ,  $r = -0,47$ ) bei ligoninėje su medikamentais gimdžiusiomis ( $z = 2,924$ ,  $p = 0,035$ ,  $r = -0,35$ ) moterimis.

Toliau analizavome, ar motinos savijauta bei santykių su vyru / partneriu vertinimas buvo susiję su nėštumo ir gimdymo metu motinos patirtų psichologinės kilmės rizikos veiksnių suma, arba kitaip – psichologine nėštumo ir gimdymo rizika (3.11 lentelė).

3.11 lentelė. *Psichologinės nėštumo ir gimdymo veiksnių rizikos sąsajos su motinų savijauta bei santykiais su vyru / partneriu (pateikiami Spearman'o koreliacijų koeficientai  $r_s$ )*

| Motinų savijautos ir sąveikų su vaiku ypatumai | Psichologinė nėštumo ir gimdymo rizika |
|--|--|
| Streso patyrimas 1,5 m. po gimdymo             | -0,077                                 |
| Santykiai su vyru / partneriu 1,5 m.           | -0,041                                 |
| Neigiamų emocijų išgyvenimas 2,5 m. po gimdymo | 0,019                                  |
| Santykiai su vyru / partneriu 2,5 m.           | -0,108                                 |
| Streso patyrimas 2,5 m. po gimdymo             | 0,043                                  |
| Depresiškumas 3 m.                             | 0,086                                  |
| Santykiai su vyru / partneriu 3 m.             | 0,020                                  |

*Pastaba:* \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$

Kaip matome iš lentelėje pateiktų rezultatų, psichologinė nėštumo ir gimdymo rizika nebuvo susijusi nei su vienu mūsų tyrime matuotu motinos savijautos bei santykių su vyru / partneriu kintamuoju.

### 3.4 Motinos-vaiko sąveikų ypatumų skirtingose gimimo būdo grupėse analizė

Dar vienas mus dominantis šio tyrimo klausimas – kokios yra gimimo aplinkybių sąsajos su motinos naudojamomis motinystės praktikomis bei motinos-vaiko sąveikų ypatumais. Šiame tyrime informaciją apie motinos-vaiko sąveikų ypatumus rinkome dviem būdais: apklausiant motinas apie jų motinystės praktikas ir sąveikų su vaikais ypatumus bei tyrėjams stebint ir vertinant filmuotas motinų-vaikų sąveikas.



### 3.4.1 Motinų vertintų sąveikų su vaikais ypatumų bei motinystės praktikų palyginimas

Skirtingais tyrimo etapais motinos buvo prašomos įvertinti tokius savo sąveikų su vaikais ypatumus, kaip požiūrį į kūdikio auginimą ir priežiūrą, žindymo trukmę, užimtumą su vaiku, motinos saviveiksmingumą bei reagavimo į neigiamas vaiko emocijas strategijas. Šių motinystės praktikų ir sąveikų su vaikais ypatumų palyginimą skirtingo gimdymo būdo grupėse pateikiame 3.12 lentelėje.

Kaip matome iš lentelėje pateiktų rezultatų, skirtingu būdu gimdžiusios moterys pasižymėjo skirtingomis motinystės praktikomis ir sąveikavimo su vaikais ypatumais. Namie gimdžiusios moterys pasižymėjo ilgiausia žindymo trukme, labiausiai į vaiką orientuotomis kūdikių priežiūros nuostatomis bei žemiausiais saviveiksmingumo rodikliais, matuotais 1,5 m. amžiuje. 3 metų amžiuje, reaguodamos į neigiamas vaikų emocijas, namuose gimdžiusios motinos buvo linkusios dažniau skatinti vaikus reikšti emocijas ir rečiau naudojo tokias reagavimo strategijas, kaip susikrimitimas, baudimas, mėginimas keisti emocijas bei sumenkinimas. Kaip motinystės praktikų dalis buvo įvertintas ir motinos užimtumas su 2,5 m. amžiaus vaiku – kiek dažnai mama užsiima kartu su vaiku tokiomis veiklomis, kaip žaidimas kartu, pasivaikščiavimai lauke, knygos skaitymas ir pan. Planinės CP operacijos būdu gimdžiusios motinos, jų vertinimu, daugiausiai laiko skiria bendroms veikloms su vaikais, o namuose gimdžiusios motinos – mažiausiai.

Gautus statistiškai reikšmingus skirtumus palyginome grupių porose su pakoreguotomis  $p$  reikšmėmis bei įvertinome gautų skirtumų efekto dydžius ( $r$ ). Namuose gimdžiusių moterų nuostatos į kūdikio priežiūrą, vertintos 3 mėn. amžiuje, reikšmingai skyrėsi ir buvo labiausiai orientuotos į kūdikį lyginant su visomis kitomis moterų grupėmis – gimdžiusių skubios CP operacijos būdu ( $z = 5,888, p < 0,001, r = 0,72$ ), planinės CP operacijos būdu ( $z = 4,436, p < 0,001, r = 0,69$ ), NGT ligoninėje su medikamentais ( $z = 5,838, p < 0,001, r = 0,52$ ) bei NGT ligoninėje be medikamentų ( $z = 2,810, p = 0,049, r = 0,37$ ). Labiau orientuotomis į kūdikį nuostatomis pasižymėjo ir NGT be medikamentų ligoninėje gimdžiusios moterys lyginant su skubios CP operacijos būdu gimdžiusių moterų nuostatomis ( $z = 2,985, p = 0,028, r = 0,36$ ). Taip pat namuose gimdžiusios moterys statistiškai reikšmingai ilgiau, nei visos kitos tyrime dalyvavusios moterys, žindė savo vaikus, nepriklausomai nuo to, kad visos moterys gimdė aplinkoje, skatinančioje sklandų ir išimtinį žindymą.

3.12 lentelė. *Motinių vertintų sąveikų su vaikais ypatumų palyginimas tarp skirtingo gimdymo būdo grupių*

|  | Rangų vidurkiai    |                    |                    |             |             | Kruskal-Wallis<br>kriterijaus rodikliai |          |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|-------------|-------------|---|----------|
|  | NGT<br>namuose (n) | NGT be<br>med. (n) | NGT su med.<br>(n) | PCP (n)     | SCP (n)     | <i>H</i> (df)                           | <i>p</i> |
| Žindymo trukmė   | 201,86 (22)        | 126,70 (35)        | 111,80 (109)       | 106,11 (18) | 93,29 (51)  | 42,345 (4)                              | 0,000*** |
| Nuostatos į kūdikio priežiūrą (3 mėn.)                         | 167,83 (27)        | 123,42 (30)        | 91,97 (95)         | 80,79 (14)  | 80,46 (40)  | 46,405 (4)                              | 0,000*** |
| Saviveiksmingumas (1,5 m.)                                     | 83,30 (27)         | 126,21 (34)        | 128,82 (107)       | 121,42 (19) | 116,34 (52) | 9,794 (4)                               | 0,044*   |
| Užimtumas su vaiku (2,5 m.)                                    | 79,52 (29)         | 81,96 (25)         | 107,96 (88)        | 114,75 (16) | 100,24 (40) | 8,960 (4)                               | 0,062†   |
| <i>Regavimo į neigiamas vaiko emocijas strategijos (3 m.):</i> |                    |                    |                    |             |             |   |          |
| Susikrimtimas  | 50,31 (26)         | 95,32 (22)         | 85,63 (72)         | 91,42 (13)  | 78,57 (27)  | 14,960 (4)                              | 0,005*   |
| Baudimas   | 47,63 (26)         | 86,98 (22)         | 88,40 (73)         | 95,00 (13)  | 81,50 (27)  | 16,732 (4)                              | 0,002*   |
| Emocijų raiškos skatinimas                                     | 112,02 (26)        | 83,72 (23)         | 75,26 (73)         | 78,27 (13)  | 68,65 (27)  | 14,446 (4)                              | 0,006*   |
| Mėginimas keisti emocijas                                      | 45,37 (26)         | 71,48 (23)         | 100,20 (76)        | 65,23 (13)  | 89,20 (27)  | 29,664 (4)                              | 0,000*** |
| Mėginimas spręsti problemą                                     | 75,02 (26)         | 72,61 (23)         | 92,83 (76)         | 81,27 (13)  | 72,70 (27)  | 6,324 (4)                               | 0,176    |
| Situacijos ar reakcijos<br>sumenkinimas                        | 38,15 (26)         | 76,00 (22)         | 93,36 (73)         | 103,81 (13) | 81,94 (27)  | 30,487 (4)                              | 0,000*** |
| Paremiančios motinos strategijos                               | 86,87 (26)         | 77,00 (23)         | 88,65 (76)         | 74,77 (13)  | 72,44 (27)  | 3,301 (4)                               | 0,509    |
| Neparemiančios motinos<br>strategijos                          | 37,75 (26)         | 86,57 (22)         | 91,59 (73)         | 102,92 (13) | 78,93 (27)  | 29,392 (4)                              | 0,000*** |

*Pastaba:* \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$ . Čia NGT – gimdymas natūraliais gimdymo takais, PCP – planinė cezario pjūvio operacija, SCP – skubi cezario pjūvio operacija

LSMU klinikos, kuriose gimė ligininėje gimusieji tyrimo dalyviai, yra „Naujagimiui palanki ligininė“, o tai reiškia, kad šioje įstaigoje sudaromos sąlygos sėkmingai žindyti naujagimį nuo pirmos jo gyvenimo dienos. Grupių palyginimas poromis rodo, kad lyginant namuose gimdžusių moterų žindymo trukmę su kitų grupių moterų žindymo trukme, visos  $p$  reikšmės  $< 0,001$ , o efekto dydis svyruoja nuo  $r = 0,50$ , lyginant su medikamentinio gimdymo ligininėje grupėje, iki  $r = 0,73$ , lyginant su skubios CP operacijos grupėje. Moterų vertinti saviveiksmingumo rodikliai yra aukščiausi medikamentinio gimdymo ligininėje grupės motinų, o žemiausiai savo saviveiksmingumą įvertino namuose gimdžiusios moterys ( $z = -3,060, p = 0,022, r = -0,26$ ).

Analizuodami moterų taikomų reagavimo į neigiamas vaiko emocijas strategijų skirtumus, palyginome emocijų raiškos skatinimo strategijos taikymą bei bendrai neparemiančių strategijų naudojimą atskirose grupių porose ir įvertinome gautų skirtumų efekto dydžius. Moterys, gimdžiusios namuose, buvo linkusios reikšmingai dažniau skatinti vaikus reikšti emocijas, lyginant su skubios CP operacijos būdu ( $z = 3,366, p = 0,003, r = 0,49$ ) bei su medikamentinio gimdymo ligininėje būdu ( $z = 3,432, p = 0,002, r = 0,37$ ) gimdžiusiomis moterimis. O taip pat namuose gimdžiusios moterys rečiau, nei kitos tyrime dalyvavusios moterys, taikė neparemiančias reagavimo strategijas – reikšmingi skirtumai gauti lyginant namuose gimdžusių moterų vertinimus su visų kitų gimdymo būdo grupių: skubios CP operacijos ( $z = -3,215, p = 0,027, r = -0,42$ ), planinės CP operacijos ( $z = -4,116, p = 0,001, r = -0,65$ ), NGT ligininėje be medikamentų ( $z = -3,615, p = 0,006, r = -0,49$ ) ir NGT ligininėje su medikamentais ( $z = -5,057, p < 0,001, r = -0,48$ ).

#### 3.4.2 Motinų sąveikų su 4 metų amžiaus vaikais laisvo žaidimo ir struktūruotos užduoties metu ypatumų tarpgrupinis palyginimas

Filmuojant motinų sąveikas su 4 m. amžiaus vaikais, iš viso dalyvavo 119 motinų-vaikų porų. Nors kai kuriose gimdymo būdo grupėse dalyvių skaičius nebuvo didelis, pavyzdžiui, 13 planinės cezario pjūvio operacijos būdu gimusių vaikų ir jų motinų, 15 – namuose gimusių vaikų ir jų motinų, tačiau nutarėme palyginti sąveikų ypatumus visose penkiose gimdymo būdo grupėse (3.13 lentelė). Kaip matome iš gautų rezultatų, statistiškai reikšmingi skirtumai yra pastebėti lyginant skirtingu būdu gimdžusių mamų sąveikų su vaikais ypatumus struktūruotoje užduotyje, bet ne laisvo žaidimo metu – stebimi reikšmingi skirtumai lyginant struktūruotos užduoties abipusio reagavimo ir bendradarbiavimo (ARB) įverčius ( $H(4) = 11,187, p = 0,025$ ),

motinų naudojamos kontrolės ( $H(4) = 12,684, p = 0,013$ ), kišimosi ( $H(4) = 27,379, p < 0,001$ ) dažnius bei suminį sąveikavimo stiliaus įvertį ( $H(4) = 23,297, p < 0,001$ ), kuris sudaromas sumuojant kontrolės, kišimosi, atsitraukimo bei apverstą pozityvaus vadovavimo įverčius ir kur didesnis skaičius reiškia mažiau pozityvų vadovavimo stilių.

Atlikus grupių palyginimą poromis su pakoreguotomis  $p$  reikšmėmis ir paskaičiavus gautų skirtumų efekto dydžius ( $r$ ), matome, kad namuose gimdžiusių motinų suminis sąveikavimo stiliaus įvertis reikšmingai skyrėsi nuo visų kitų grupių – didžiausias skirtumas stebimas lyginant su planinės CP operacijos būdu gimdžiusių motinų sąveikavimo stiliumi ( $z = -4,167, p < 0,001, r = -0,79$ ), taip pat su NGT be medikamentų ligininėje gimdžiusių motinų grupėje ( $z = -3,985, p = 0,001, r = -0,65$ ) bei NGT su medikamentais gimdžiusių ( $z = -4,132, p < 0,001, r = -0,52$ ) ir skubios CP operacijos būdu gimdžiusių ( $z = -2,705, p = 0,068, r = -0,47$ ) moterų grupėmis. Taip pat gimdymų namuose motinų-vaikų diados gavo aukščiausius abipusio reagavimo ir bendradarbiavimo įverčius, lyginant su medikamentinio gimdymo ligininėje motinų-vaikų diadomis ( $z = 3,158, p = 0,016, r = 0,39$ ) bei gimdžiusių planinės CP operacijos būdu motinų-vaikų sąveikomomis ( $z = 2,660, p = 0,078, r = 0,50$ ).

Siekdami įvertinti tokių sociodemografinių veiksnių, kaip motinos išsilavinimas, motinos amžius bei vaiko pirmagimystė, galimą poveikį gautiems motinos-vaiko sąveikų skirtumams, atlikome motinos sąveikų su vaiku bendros užduoties metu ypatumų palyginimą skirtingo išsilavinimo, pirmagimių ir nepirmagimių grupėse (5 ir 6 lentelės, pateikiamos prieduose) bei paanalizavome sąveikų ypatumų ir motinos amžiaus koreliacijas. Tyrėjų vertinimu, motinų sąveikų su vaiku ypatumai nepriklausė nuo vaiko pirmagimystės bei motinos išsilavinimo, nors pastebėjome keletą statistiškai reikšmingų tendencijų – žemesnio išsilavinimo motinos buvo linkusios daugiau kištis į vaiko veiklą ( $U = 681,00, p = 0,072$ ), o taip pat šių motinų-vaikų diados gavo mažesnius ARB įverčius ( $U = 895,00, p = 0,061$ ). Rasta nors ir silpna, bet reikšminga koreliacija tarp motinos amžiaus ir motinos-vaiko abipusio reagavimo ir bendradarbiavimo įverčio ( $r_s = 0,186, p = 0,042$ ) – vyresnių motinų-vaikų diados gavo aukštesnius abipusio reagavimo ir bendradarbiavimo įvertinimus struktūruotos užduoties metu.

3.13 lentelė. Motinų sąveikų su 4 metų amžiaus vaikais ypatumai skirtingose gimdymo būdo grupėse

|                              | Rangų vidurkiai    |                    |                    |            |            | Kruskal-Wallis<br>kriterijaus rodikliai |          |
|------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------|------------|---|----------|
|                              | NGT<br>namuose (n) | NGT be med.<br>(n) | NGT su med.<br>(n) | PCP (n)    | SCP (n)    | <i>H</i> (df)                           | <i>p</i> |
| <i>Struktūruota užduotis</i> |                    |                    |                    |            |            |   |          |
| ARB                          | 84,70 (15)         | 57,83 (24)         | 54,47 (49)         | 52,00 (13) | 63,14 (18) | 11,187                                  | 0,025*   |
| Pozityvus vadovavimas        | 62,20 (15)         | 60,19 (24)         | 58,39 (49)         | 59,58 (13) | 62,61 (18) | 0,526                                   | 0,971    |
| Kontrolė                     | 35,00 (15)         | 70,94 (24)         | 60,95 (49)         | 69,00 (13) | 57,17 (18) | 12,684                                  | 0,013*   |
| Kišimasis                    | 22,50 (15)         | 62,71 (24)         | 63,78 (49)         | 82,96 (13) | 60,78 (18) | 27,379                                  | 0,000*** |
| Atsitraukimas                | 59,00 (15)         | 59,00 (24)         | 61,43 (49)         | 59,00 (13) | 59,00 (18) | 2,881                                   | 0,578    |
| Suminis įvertis              | 23,23 (15)         | 67,79 (24)         | 64,66 (49)         | 76,88 (13) | 55,36 (18) | 23,297                                  | 0,000*** |
| <i>Laisvas žaidimas</i>      |                    |                    |                    |            |            |   |          |
| ARB                          | 75,60 (15)         | 57,98 (23)         | 52,03 (49)         | 56,00 (13) | 60,06 (18) | 6,752                                   | 0,150    |
| Pozityvus vadovavimas        | 62,00 (15)         | 59,46 (23)         | 57,39 (49)         | 53,85 (13) | 57,36 (18) | 0,559                                   | 0,968    |
| Kontrolė                     | 45,93 (15)         | 61,87 (23)         | 60,37 (49)         | 65,92 (13) | 51,33 (18) | 5,154                                   | 0,272    |
| Kišimasis                    | 61,50 (15)         | 59,33 (23)         | 58,61 (49)         | 62,88 (13) | 48,31 (18) | 2,556                                   | 0,635    |
| Atsitraukimas                | 61,30 (15)         | 59,83 (23)         | 58,76 (49)         | 50,00 (13) | 56,75 (18) | 2,814                                   | 0,589    |
| Suminis įvertis              | 50,23 (15)         | 61,39 (23)         | 59,91 (49)         | 64,58 (13) | 50,50 (18) | 2,730                                   | 0,604    |

*Pastaba:* \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$ . Čia NGT – gimdymas natūraliais gimdymo takais, PCP – planinė cezario pjūvio operacija, SCP – skubi cezario pjūvio operacija, ARB – abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas

Kad plačiau įvertintume gimdymo aplinkybių ryšius su motinos-vaiko sąveikų ypatumais, taip pat pasižiūrėjome, ar tiek motinų, tiek tyrėjų vertinti motinų sąveikų su vaikais ypatumai siejosi su psichologine bei biologine nėštumo ir gimdymo rizika (3.14 lentelė).

3.14 lentelė. *Psichologinės ir biologinės nėštumo ir gimdymo rizikų sąsajos su motinų sąveikų su vaikais ypatumais (pateikiami Spearman'o koreliacijų koeficientai  $r_s$ )*

| Motinų savijautos ir sąveikų su vaiku ypatumai | Psichologinė<br>nėštumo ir<br>gimdymo<br>rizika | Biologinė<br>nėštumo ir<br>gimdymo<br>rizika |
|--|---|--|
| Žindymo trukmė                                 | -0,305***                                       | -0,271***                                    |
| Nuostatos į kūdikio priežiūrą (3 mėn.)         | -0,254***                                       | -0,304***                                    |
| Saviveiksmingumas (1,5 m.)                     | 0,004   | 0,101  |
| Užimtumas su vaiku (2,5 m.)                    | 0,020   | 0,111  |
| Paremiančios motinos strategijos (3 m.)        | 0,012   | 0,016  |
| Neparemiančios motinos strategijos (3 m.)      | 0,257**   | 0,240**                                      |
| Sąveikavimo stilius struktūruotoje užd. (4 m.) | 0,115   | 0,121  |
| ARB struktūruotoje užd. (4 m.)                 | -0,110  | -0,072                                       |
| Sąveikavimo stilius laisvame žaidime (4 m.)    | 0,153   | 0,027  |
| ARB laisvame žaidime (4 m.)                    | -0,160  | -0,099                                       |

*Pastaba:* \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$ . Čia ARB – abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas

Lentelėje pateikti rezultatai atskleidžia, kad tiek biologinė, tiek psichologinė nėštumo ir gimdymo rizika reikšmingai siejosi su keletu motinų sąveikų su vaikais ypatumų. Tiek biologinė, tiek psichologinė rizika buvo susijusi su trumpesne žindymo trukme, labiau į suaugusįjį orientuotomis kūdikio priežiūros nuostatomis bei dažniau motinų taikomomis neparemiančiomis reagavimo į neigiamas vaiko emocijas strategijomis. Beje, svarbu paminėti, kad mūsų tyrime aukštesnė biologinė nėštumo ir gimdymo rizika teigiamai siejosi ir su aukštesne psichologine rizika ( $r_s = 0,366$ ,  $p < 0,001$ ).

### 3.4.3 Gimdymo būdo ir motinos-vaiko sąveikų ypatumų tarpiniai veiksniai

Siekdami įvertinti, per kokius, galimai tarpinius, veiksnius gali sietis gimdymo aplinkybės su motinos-vaiko sąveikų ypatumais, analizavome, kaip siejasi pačių motinų vertinti sąveikavimo su vaikais ypatumai ir motinystės praktikos – nuostatos į kūdikio priežiūrą ir auginimą, saviveiksmingumas, taikomos strategijos, reaguojant į neigiamas vaikų emocijas ir pan. – su tyrėjų vertinamais motinų-vaikų sąveikų ypatumais (3.15 lentelė).

Iš lentelėje pateiktų rezultatų pastebime, kad motinų požiūris į kūdikio priežiūrą ir auginimą buvo susijęs su tyrėjų vertintu abipusio reagavimo bei bendradarbiavimo įverčiu 4 metų amžiuje laisvo žaidimo metu ( $r_s = 0,204, p < 0,1$ ). Motinos, kurios vertino savo saviveiksmingumą kaip didesnę, tyrėjų buvo vertinamos, kaip naudojančios mažiau pozityvų sąveikavimo stilių struktūruotos užduoties ( $r_s = 0,333, p < 0,001$ ) bei laisvo žaidimo metu ( $r_s = 0,202, p < 0,1$ ), t.y. taikančios mažiau pozityvaus vadovavimo, o daugiau kontrolės bei kišimosi sąveikos metu. Tuo tarpu motinos užimtumas su vaiku neigiamai siejasi su tyrėjų vertintu abipusiu reagavimu ir bendradarbiavimu tiek struktūruotoje užduotyje ( $r_s = -0,398, p < 0,001$ ), tiek laisvame žaidime ( $r_s = -0,281, p < 0,01$ ) ir teigiamai – su bendru motinos sąveikavimo stiliumi struktūruotos užduoties ( $r_s = 0,391, p < 0,001$ ) ir laisvo žaidimo ( $r_s = 0,194, p < 0,1$ ) metu. Taigi, motinos, kurios, jų pačių vertinimu, su 2,5 m. amžiaus vaiku dažniau užsiimdavo bendromis veiklomis, pavyzdžiu, bendru žaidimu, mokymu naujų veiklų ir pan., tyrėjų vertinimu 4 m. amžiuje pasižymėjo mažiau pozityviomis sąveikomis su vaiku – dažniau taikė kontrolę, daugiau kišosi sąveikos metu ir bendrai pasižymėjo mažiau išreikštu abipusiu reagavimu ir bendradarbiavimu.

Taip pat išryškėjo, kad tos diados, kurių motinos, vaikams esant 3 m. amžiaus, dažniau naudojo neparemiančias reagavimo į neigiamas vaiko emocijas strategijas, tyrėjų vertinimu pasižymėjo žemesniu abipusiu reagavimu bei bendradarbiavimu ( $r_s = -0,239, p < 0,05$ ) ir labiau kontroliuojančiu bei besikišančiu sąveikavimo stiliumi ( $r_s = 0,236, p < 0,05$ ) struktūruotos užduoties su 4-mečiais metu.

3.15 lentelė. Motinų vertinamų sąveikų su vaikais ypatumų sąsajos su tyrėjų vertintais sąveikų ypatumais (pateikiami Spearman koreliacijų koeficientai  $r_s$ )

|                                | 1. Žindymas | 2. Nuostatos į kūdikio pr. | 3. Saviveiksmingumas | 4. Užimtumas su vaiku | 5. Paremiančios str. | 6. Neparemiančios str. |
|--------------------------------|-------------|----------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|
| 1. Žindymas                    | -           |                            |                      |                       |                      |                        |
| 2. Nuostatos kūdikio pr.       | 0,414***    | -                          |                      |                       |                      |                        |
| 3. Saviveiksmingumas           | -0,177**    | 0,079                      | -                    |                       |                      |                        |
| 4. Užimtumas su vaiku          | 0,039       | 0,049                      | 0,321***             | -                     |                      |                        |
| 5. Paremiančios str.           | 0,023       | -0,006                     | 0,147†               | 0,175*                | -                    |                        |
| 6. Neparemiančios str.         | -0,155†     | -0,375**                   | -0,061               | -0,036                | 0,046                | -                      |
| 7. S.ARB 4 m.                  | 0,050       | 0,107                      | -0,074               | -0,398***             | 0,086                | -0,239*                |
| 8. S.sąveikavimo stilius 4 m.  | -0,100      | 0,076                      | 0,333***             | 0,391***              | 0,107                | 0,236*                 |
| 9. L.ARB 4 m.                  | -0,031      | 0,204†                     | -0,126               | -0,281**              | 0,083                | -0,195†                |
| 10. L.sąveikavimo stilius 4 m. | 0,145       | -0,005                     | 0,202†               | 0,194†                | 0,043                | 0,066                  |

Pastaba: \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$ . Čia S.ARB – struktūruotos užduoties metu stebėtas abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas, L.ARB – laisvo žaidimo metu stebėtas abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas



Toliau analizavome, su kokiais motinų savijautos, asmenybės, santykių su vyru ar partneriu veiksniais siejasi tie sąveikų ypatumai, kurių atveju buvo aptikti statistiškai reikšmingi tarpgrupiniai skirtumai – struktūruotos užduoties metu vertintas abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas (ARB) ir bendras sąveikos stilius (3.16 lentelė).

3.16 lentelė. *Motinų savijautos, asmenybės bruožų, santykių su vyru / partneriu ir sąveikų su 4 m. amžiaus vaikais struktūruotos užduoties metu ypatumų sąsajos (pateikiami Spearman koreliacijos koeficientai  $r_s$ )*

|   | Struktūruotos<br>užduoties<br>ARB | Suminis strukt.<br>užduoties sąveikos<br>stiliaus įvertis |
|---|-----------------------------------|---|
| Neigiamų emocijų išgyvenimas 2,5 m.<br>po gimdymo | -0,065                            | 0,053   |
| Depresiškumas 3 m.                                | -0,003                            | 0,021   |
| <i>Motinos asmenybės bruožai:</i>                 |                                   |   |
| Ekstraversija                                     | 0,062                             | 0,048   |
| Sutarumas   | 0,002                             | 0,128   |
| Sąmoningumas                                      | 0,085                             | -0,041  |
| Neurotiškumas                                     | 0,184                             | -0,272*   |
| Atvirumas   | 0,001                             | 0,059   |
| <i>Santykiai su vyru / partneriu:</i>             |                                   |   |
| 1,5 m. po gimdymo                                 | -0,017                            | -0,225*   |
| 2 m. po gimdymo                                   | -0,038                            | -0,124  |
| 3 m. po gimdymo                                   | 0,035                             | -0,055  |

*Pastaba:* \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$

Remiantis 3.15 ir 3.16 lentelėse pastebėtais reikšmingais koreliacijų koeficientais ir taikydami tiesinius Gauso modelius patikrinome, ar gimdymo būdas moderuoja ryšius tarp motinos savijautos, asmenybės, santykių su vyru / partneriu veiksmų, motinos vertintų sąveikų su vaiku ir tyrėjų vertintų motinos ir 4 m. amžiaus vaiko sąveikų ypatumų. Kėlėme prielaidas, jog gimdymo būdas gali būti moderatorius tarp motinos taikomo sąveikavimo stiliaus struktūruotoje užduotyje ir motinos saviveiksmingumo, užimtumo su vaiku, neurotiškumo bruožo, santykių su vyru / partneriu, kai vaikui buvo 1,5 m. bei motinos taikomų neparemiančių reagavimo strategijų. O taip pat samprotavome, kad gimdymo būdas gali moderuoti ryšius tarp struktūruotos užduoties metu įvertinto motinos-vaiko abipusio reagavimo ir bendradarbiavimo bei motinos užimtumo su vaiku ir neparemiančių strategijų

naudojimo. Tiesinių modelių rezultatus pateikiame 3.17 lentelėje – kaip matome, nei viena iš keltų prielaidų nepasitvirtino.

3.17 lentelė. *Tiesinių modelių efektai, kuomet gimdymo būdas vertinamas kaip moderatorius tarp motinos savijautos, asmenybės, santykių su partneriu veiksmų ir motinos sąveikų su 4 m. amžiaus vaiku ypatumų*

| Nepriklausomas kintamasis                                   | Modera-<br>torius | Priklausomas<br>kintamasis  | Modelio rodikliai |       |
|---|-------------------|-----------------------------|-------------------|-------|
|   |                   |                             | F                 | p     |
| Užimtumas su vaiku 2,5 m.<br>Neparemtos strategijos<br>3 m. | Gimdymo būdas     | Struktūruotos<br>užd. ARB   | 0,667             | 0,617 |
|   |                   |                             | 0,285             | 0,886 |
| Motinos neurotiškumas                                       |                   |                             | 0,551             | 0,699 |
| Saviveiksmingumas 1,5 m.                                    |                   | Struktūruotos<br>užd.       | 0,984             | 0,421 |
| Santykiai su vyru /<br>partneriu 1,5 m.                     |                   |                             | 0,353             | 0,841 |
| Užimtumas su vaiku 2,5 m.<br>Neparemtos strategijos<br>3 m. |                   | sąveikavimo sti.<br>įvertis | 0,522             | 0,720 |
|   |                   | 0,840                       | 0,504             |       |

*Pastaba:* \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$ . Čia ARB – abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas

### 3.5 Vaikų iki 4 m. amžiaus psichosocialinės raidos, gimimo aplinkybių bei motinos veiksmų sąsajas paaiškinantis modelis

Paskutinis mus dominantis šio tyrimo klausimas – gimimo aplinkybių, vaikų psichosocialinės raidos ir motinų psichologinių bei socialinių veiksmų tarpusavio ryšius paaiškinantis modelis. Teoriniame šio tyrimo modelyje kėlėme keletą prielaidų, kurias ir mėginsime patikrinti paskutiniame tyrimo rezultatų analizės etape. Pirma, kėlėme prielaidą, kad gimimo aplinkybės gali tiesiogiai sietis su vaiko psichosocialine raida – emocijų ir elgesio sunkumais, savireguliacijos ir pažintiniais gebėjimais – greta veikiant tokiems veiksniams, kaip sociodemografinės motinos charakteristikos bei vaiko temperamento bruožai. Antra – gimimo aplinkybių reikšmė vaiko raidai ankstyvojoje vaikystėje gali būti ne tiesioginė, o per tam tikrus tarpinius veiksmus: motinos savijautą, asmenybės bruožus, santykius su partneriu ar vyru, taikomas motinystės praktikas, motinų sąveikų su vaikais ypatumus. Taigi, siekdami atsakyti į paskutinį šio tyrimo klausimą, atlikome tyrime matuotų kintamųjų tarpusavio ryšių modelių analizę.

Pirmiausiai pasižiūrėjome, kaip siejasi tyrime motinų vertinti vaikų emocijų ir elgesio sunkumai, tyrėjų vertinti 4 m. amžiaus vaikų savireguliacijos bei pažintiniai gebėjimai su vaiko temperamento bruožais bei sociodemografinėmis vaiko ir motinos charakteristikomis. Modeliavimui pasirinkome ne atskirus emocijų ir elgesio sunkumų vertinimus, o bendrą sunkumų įvertį (CBCL/1½-5 bendra sunkumų skalė), kuris gaunamas sumuojant visų Vaiko elgesio apraše (CBCL/1½-5) vertinamų probleminių elgesio apraiškų vertinimus. Į modelį įtraukėme visus tris tyrime matuotus vaikų temperamento bruožus – Ekstraversiją, Neigiamą emocionalumą bei Valingą kontrolę, o iš sociodemografinių veiksnių įtraukėme motinos išsilavinimą, vaiko lytį bei pirmagimystę. Vaiko raidos kintamųjų koreliacijas, su kitais tyrime matuotais kintamaisiais, pateikiame prieduose, 7 ir 8 lentelėje.

Sudarydami modelį kėlėme prielaidą, kad sociodemografiniai veiksniai ir vaiko temperamento bruožai prognozuos motinų pateikiamus emocijų ir elgesio sunkumų vertinimus pirmajame vertinimo etape, t.y. 1,5 m. amžiuje, o tyrėjų matuoti savireguliacijos ir pažintiniai gebėjimai reikšmingai siesis su motinų pateiktais 4 m. amžiaus vaikų sunkumų vertinimais. Taip pat, remiantis ankstesne analize, tikrinome, kurie sociodemografiniai veiksniai prognozuos vaikų savireguliacijos ir pažintinius gebėjimus bei ar motinos matuota vaiko valinga kontrolė prognozuoja tyrėjų vertintus savireguliacijos gebėjimus. Pirminis modelis gana prastai derėjo su duomenimis  $\chi^2(21) = 56,350$ ,  $p = 0,000$ ,  $CFI = 0,855$ ,  $RMSEA = 0,100$ . Todėl atsižvelgiant į siūlomas korekcijas modelį papildėme naujais ryšiais ir papildytame modelyje tikrinome, kaip temperamento bruožai veikia visų trijų matavimų emocijų ir elgesio sunkumų vertinimus. Galutinis modelis, kurį pateikiame 3.1 paveiksle, gerai derėjo su duomenimis -  $\chi^2(15) = 18,429$ ,  $p = 0,241$ ,  $CFI = 0,986$ ,  $RMSEA = 0,037$ .

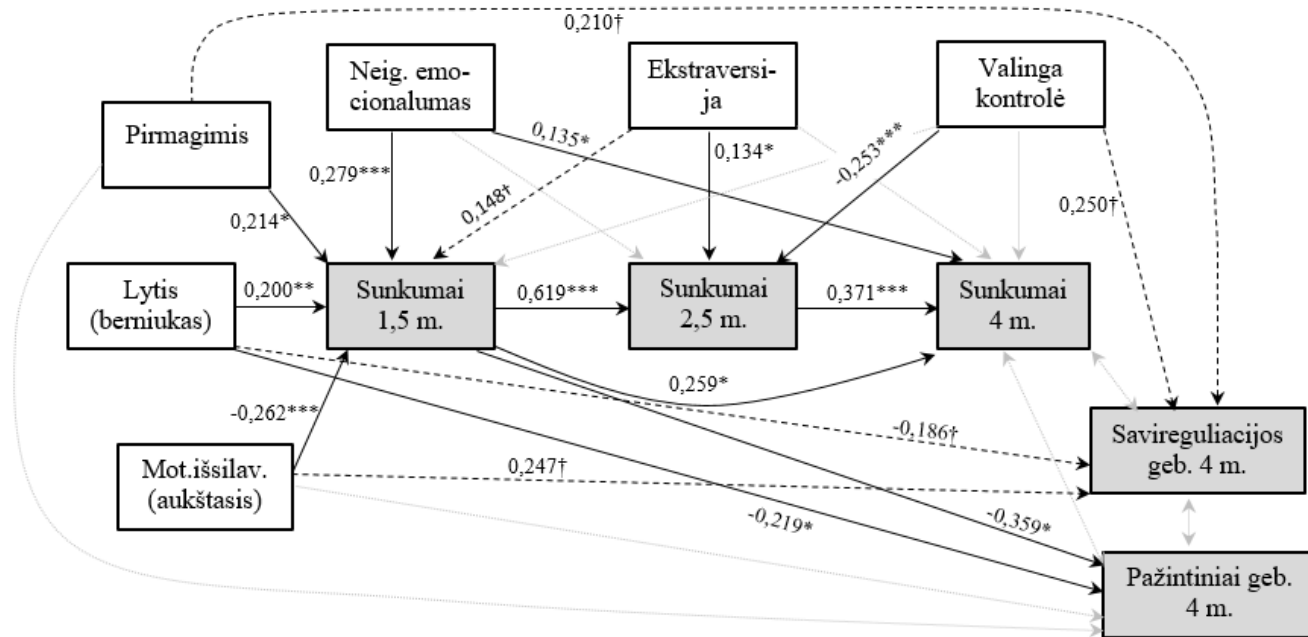
Modelio rezultatai rodo, kad sociodemografiniai veiksniai – vaiko lytis, pirmagimystė, motinos išsilavinimas – reikšmingai prognozavo motinų pateikiamus 1,5 m. amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumų vertinimus, drauge su vaiko neigiamo emocionalumo bruožu: žemesnis motinos išsilavinimas reikšmingai prognozuoja aukštesnius vaiko emocijų ir elgesio sunkumų vertinimus, ypač pirmagimiams berniukams, pasižymintiems labiau išreikštu neigiamu emocionalumu. Tuo tarpu tyrėjų vertintus gebėjimus reikšmingai prognozuoja tik pavieniai sociodemografiniai veiksniai. Pažintinius gebėjimus, iš sociodemografinių veiksnių, reikšmingai prognozuoja tik vaiko lytis – mergaitėms, pasižyminčiomis mažesniais emocijų ir elgesio sunkumais, motinų vertintais 1,5 m. amžiuje, yra didesnė

tikimybė 4 m. amžiuje pasižymėti geresniais pažintiniais gebėjimais. Tuo tarpu savireguliacijos gebėjimų atveju nebuvo nei vieno statistiškai reikšmingo prognostinio veiksnio, tačiau net keletas jų siekė statistinės tendencijos dydį – modelis rodo tendenciją, kad aukštesnius savireguliacijos gebėjimus galimai turi pirmagimės mergaitės, motinų vertintos kaip pasižyminčios geresne valinga kontrole ir kurių motinos yra įgijusios aukštąjį išsilavinimą.

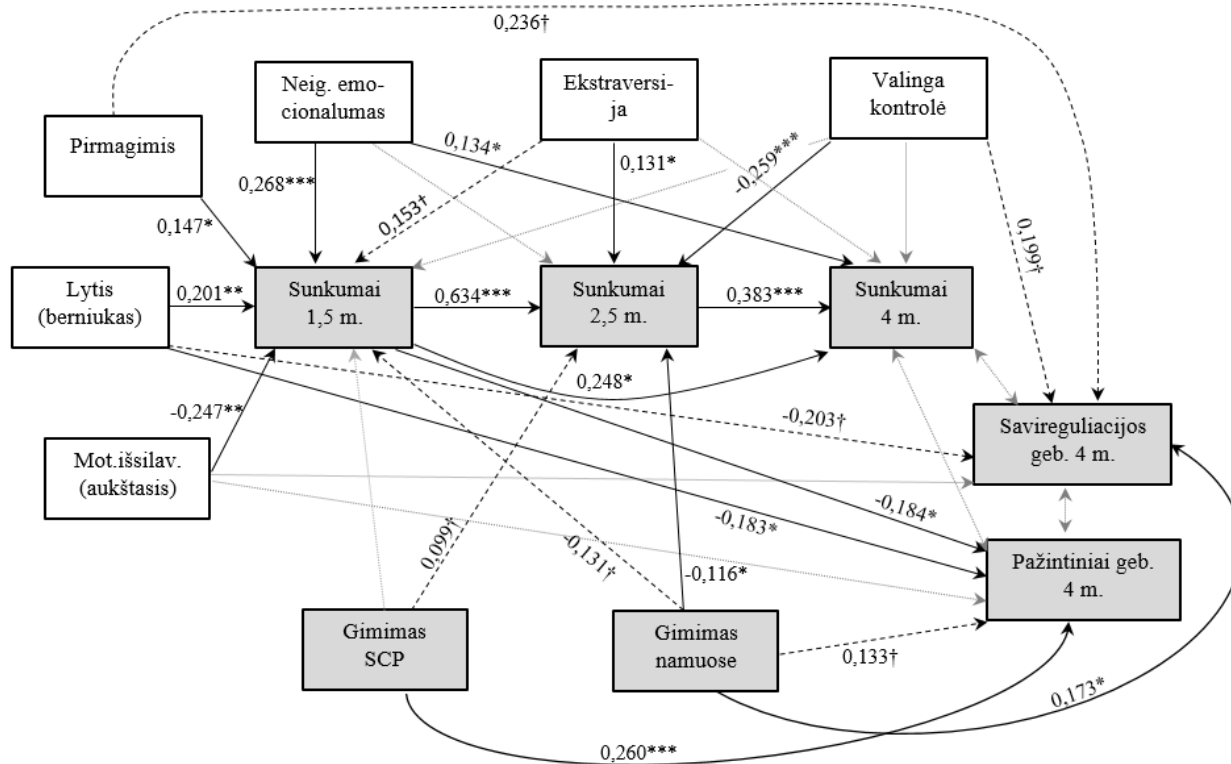
Motinų vertintus vaikų emocijų ir elgesio sunkumus taip pat prognozuoja vaiko temperamento bruožai: 2,5 m. amžiuje aukštesnius emocijų ir elgesio sunkumus prognozuoja labiau išreikštas ekstraversijos bruožas bei mažesnė valinga kontrolė, 4 m. amžiuje – labiau išreikštas vaiko neigiamas emocionalumas. Modelyje kėlėme ir prielaidą, kad tyrėjų vertinti savireguliacijos ir pažintiniai gebėjimai bus susiję su tame pačiame amžiuje motinų vertintais emocijų ir elgesio sunkumais. Ši prielaida nepasitvirtino: vaikų emocijų ir elgesio sunkumai 4 m. amžiuje nėra susiję su tyrėjų vertintais savireguliacijos ir samprotavimo gebėjimais, kaip tarpusavyje nėra susiję ir savireguliacijos bei samprotavimo gebėjimai.

Toliau analizavome, koks vaidmuo, prognozuojant vaikų emocijų ir elgesio sunkumus bei pažintinius, savireguliacijos gebėjimus, tenka vaikų gimimo aplinkybėms, greta jau minėtų sociodemografinių veiksnių bei vaiko temperamento bruožų. Remiantis ankstesniuose skyriuose pateikta duomenų analize, buvo nutarta į modelį įtraukti du su gimimo aplinkybėmis susijusius kintamuosius – gimimą skubios cezario pjūvio operacijos būdu (SCP) ir gimimą namuose, nes būtent šiais būdais gimusieji pasižymėjo iš vienos pusės kraštutiniais emocijų ir elgesio sunkumų vertinimais, kuomet namuose gimusieji, motinų vertinimu, turėjo mažiausius, o gimusieji skubios cezario pjūvio operacijos būdu – didžiausius emocijų ir elgesio sunkumų įverčius. Iš kitos pusės, abiejų šių gimimo būdo grupių vaikai, tyrėjų vertinimu, pasižymėjo aukščiausiais savireguliacijos ir samprotavimo gebėjimais. Modelis gerai derėjo su duomenimis -  $\chi^2(16) = 20,698, p = 0,190, CFI = 0,982, RMSEA = 0,042$ , jo rezultatus pateikiame 3.2 pav.

Kaip matome iš 3.2 pav., į modelį įtraukus gimimo būdo kintamuosius, santykiai ir ryšiai tarp kitų modelyje esančių veiksnių liko gana panašūs. 1,5 m. amžiuje motinų vertintus vaikų emocijų ir elgesio sunkumus reikšmingai prognozuoja sociodemografiniai veiksniai (pirmagimystė, vaiko lytis (berniukas) bei žemesnis motinos išsilavinimas) ir vaiko neigiamo emocionalumo bruožas, tuo tarpu gimimo aplinkybės nėra reikšmingas prognostinis veiksnys.



3.1 pav. Vaikų emocijų ir elgesio sunkumų, savireguliacijos, pažintinių gebėjimų, temperamento bruožų bei sociodemografinių veiksnių sąsajas paaiškinantis modelis (nurodomi standartizuoti regresijos koeficientai; \*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$ )



3.2 pav. Vaikų emocijų ir elgesio sunkumų, savireguliacijos, pažintinių gebėjimų, temperamento bruožų, gimimo būdo bei sociodemografinių veiksnių sąsajas paaiškinantis modelis (nurodomi standartizuoti regresijos koeficientai; \*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; † $p < 0,1$ ; čia SCP – skubi cezario pjūvio operacija)

Tik 2,5 m. amžiuje vertintų emocijų ir elgesio sunkumų atveju gimimo aplinkybės buvo svarbūs, nors ir gana silpni prognostiniai veiksniai – gimimas namuose prognozavo mažesnius vaikų emocijų ir elgesio sunkumų vertinimus, o gimimas skubios cezario pjūvio operacijos būdu buvo statistinės tendencijos dydžio prognostinis veiksnys, prognozuojantis aukštesnius emocijų ir elgesio sunkumų vertinimus. Gimimas namuose taip pat statistiškai reikšmingai prognozavo tyrėjų vertintus keturmečių savireguliacijos gebėjimus, greta kitų dviejų veiksnių – vaiko pirmagimystės ir valingos kontrolės, siekiančių tik statistinės tendencijos reikšmingumo lygį. Gimimas skubios cezario pjūvio operacijos būdu statistiškai reikšmingai prognozavo vaikų pažintinius gebėjimus, vertintus 4 m. amžiuje, kartu su vaiko lyties veiksniu bei vaiko emocijų ir elgesio sunkumais, vertintais 1,5 m. amžiuje – aukštesnius pažintinių gebėjimų vertinimus gavo mergaitės, gimusios skubios cezario pjūvio operacijos būdu ir pasižymincios mažesniais emocijų ir elgesio sunkumais 1,5 m. amžiuje.

3.2 pav. pateiktas modelis rodo, kad nors tarpgrupinis palyginimas atskleidė, jog skirtingu būdu gimę vaikai yra motinų bei tyrėjų vertinami kaip pasižymintys tam tikrais pažintinės, emocinės, socialinės raidos skirtumais, tačiau gimimo aplinkybės nėra stiprus ir tiesioginis šiuos sunkumus prognozuojantis veiksnys. Tai leidžia nuosekliai pereiti prie klausimo, per kokius tarpinius veiksnius galėtume paaiškinti skirtingu būdu gimusių vaikų emocijų ir elgesio sunkumų bei savireguliacijos ir pažintinių gebėjimų skirtumus.

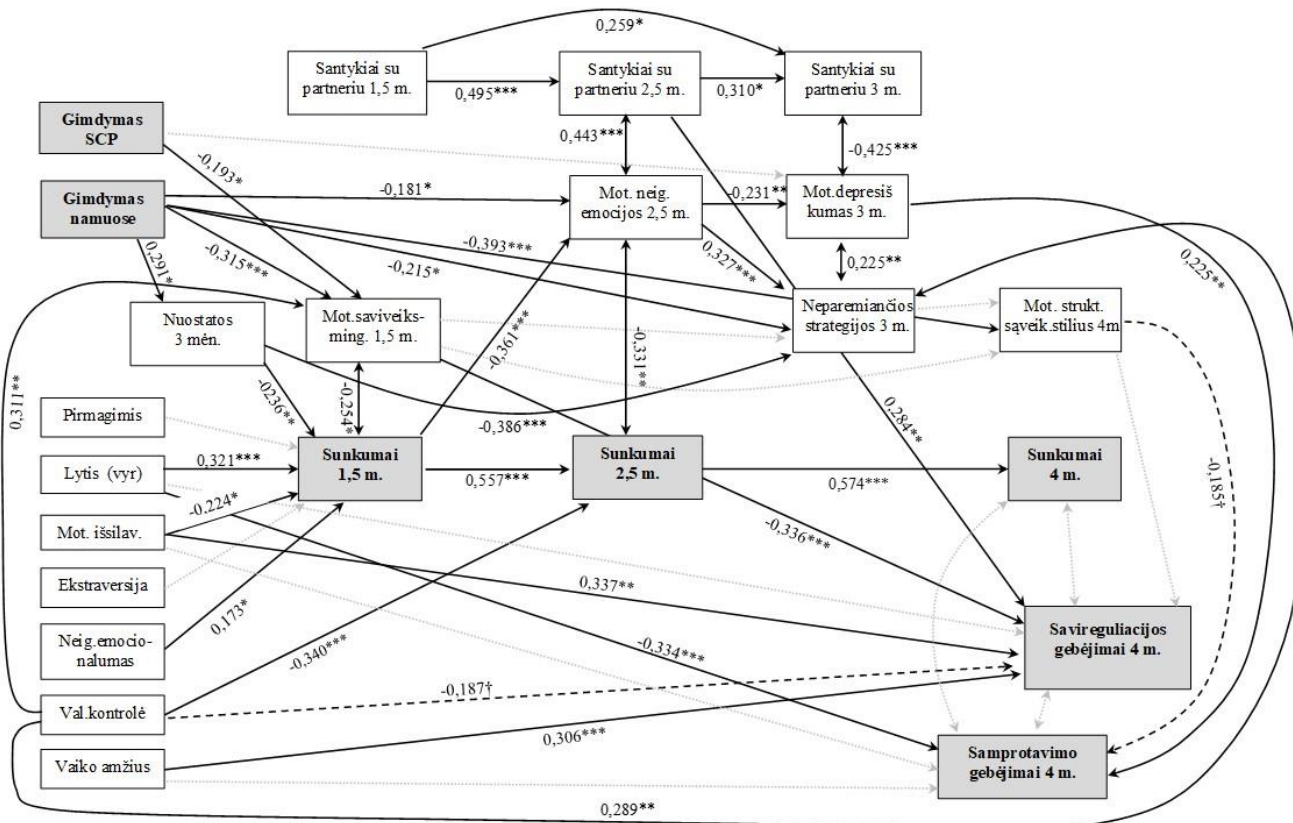
Tad galutinį modelį papildėme tyrime matuotais motinų psichologiniais ir socialiniais kintamaisiais, susijusiais su motinos asmenybės bruožais, savijauta, motinystės praktikomis, jų sąveikų su vaikais ypatumais bei santykių su vyru / partneriu vertinimais. Remiantis pirminiu tyrimo modeliu tikrinome, kurie iš motinos savijautos, asmenybės bruožų, santykių su vyru/partneriu, motinystės praktikų ir motinos sąveikų su vaiku veiksnių galėtų būti tarpiniai ryšio tarp vaikų gimimo aplinkybių ir jų vėlesnės raidos veiksniai. Pirminis modelis prastai derėjo su duomenimis  $\chi^2(173) = 280,772$ ,  $p = 0,000$ ,  $CFI = 0,719$ ,  $RMSEA = 0,084$ , tad modelis buvo koreguojamas, šalinant nereikšmingus kintamuosius bei įvedant naujus kintamųjų tarpusavio ryšius. Modelio korekcijų procese iš modelio kintamųjų buvo pašalintos motinos asmenybės savybės, nes duomenis apie asmenybės savybes pateikė mažesnis tyrimo dalyvių skaičius ir dėl sumažėjusio skaičiaus į modelį įtrauktų tyrimo dalyvių, nepavyko gauti prasmingo modelio, paaiškinančio tyrime matuotų kintamųjų tarpusavio ryšius.

Galutinio modelio tinkamumo rodikliai, nors ir nėra puikūs, tačiau yra pakankami  $\chi^2(154) = 180,299$ ,  $p = 0,073$ ,  $CFI = 0,926$ ,  $RMSEA = 0,044$ . Galutiniame modelyje, kuris yra pateiktas 3.3 pav., įtraukėme tokius moters savijautos kintamuosius, kaip moters neigiamų emocijų išgyvenimas, praėjus 2 m. po gimdymo bei moters depresiškumas, kai vaikams buvo 3 m. Taip pat įtraukėme moters santykių su vyru/partneriu vertinimą, kai vaikui buvo 1,5 m., 2,5 m. ir 3 m. Iš moters sąveikų su vaikais ypatumą, į modelį įtraukėme motinos nuostatas į kūdikio auginimą, matuotas 3 mėn. amžiuje, motinos saviveiksmingumą, kai vaikui buvo 1,5 m., motinos neparemiančias strategijas, taikomas reaguojant į neigiamas 3 m. amžiaus vaikų emocijas bei motinos sąveikavimo stilius, atliekant struktūruotą užduotį su 4 m. amžiaus vaiku.

Šio darbo centrinė ašis yra gimimo aplinkybių reikšmė vaikų iki 4 metų amžiaus pažintinei, emocinei bei socialinei raidai, atsižvelgiant į motinų psichologinius ir socialinius veiksnius, tad analizuodami 3.3 pav. modelyje pateiktus tyrime matuotų kintamųjų tarpusavio ryšius, labiausiai norėtume išryškinti tuos, kurie padėtų geriausiai atskleisti, kaip gimimo aplinkybės dalyvauja tolesnėje vaiko raidoje, greta šiai raidai svarbių psichologinių ir socialinių veiksnių, susijusių su motinystės kontekstu, svarbiu vaiko raidai.

Kaip matome iš 3.3 paveiksle pateiktų modelio koeficientų, motinų vertintus 1,5 m. amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumus tiesiogiai prognozuoja vaiko lytis, motinos išsilavinimas, neigiamas vaiko emocionalumas bei motinos turimos kūdikio priežiūros nuostatos. Kitaip tariant, žemesnio išsilavinimo motinos, auginančios didesniu neigiamu emocionalumu pasižyminčius berniukus ir turinčios labiau į suaugusius orientuotas kūdikio priežiūros nuostatas, savo 1,5 m. amžiaus vaikus buvo linkusios vertinti kaip turinčius daugiau emocijų ir elgesio sunkumų. Motinų vertinti 1,5 m. amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumai buvo susiję su motinos saviveiksmingumo jausmu – aukščiau savo saviveiksmingumą vertinančios moterys savo vaikus vertino kaip turinčius mažiau emocijų ir elgesio sunkumų, arba priešingai – kuo mažiau emocijų ir elgesio sunkumų turėjo vaikai, tuo motinos pasižymėjo didesniu saviveiksmingumu. Gimdymo aplinkybės, o konkrečiai – gimdymo būdas, emocijų ir elgesio sunkumų vertinimus veikė per du motinos sąveikų su vaikais kintamuosius. Gimdymas namuose reikšmingai prognozavo labiau į vaikus orientuotas kūdikio priežiūros nuostatas, o kuo labiau motinos vadovavosi į vaiką orientuotomis nuostatomis, tuo labiau buvo linkusios vertinti savo vaikus, kaip turinčius mažiau emocijų ir elgesio sunkumų.





3.3 pav. Vaikų emocijų ir elgesio sunkumų, savireguliacijos, pažintinių gebėjimų ir kitų tyrime matuotų kintamųjų sąsajas paaškinantis modelis (nurodomi standartizuoti regresijos koeficientai; \*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$ ; čia SCP – skubi cezario pjūvio operacija, mot. išsilav. – motinos išsilavinimas, neig.emocionalumas – vaiko neigiamas emocionalumas, val.kontrolė – vaiko valinga kontrolė, mot. saviveiksming. – motinos saviveiksmingumas, mot. neig. emocijos – motinos neigiamų emocijų išgyvenimas, mot. strukt. sąveik. stilius – motinos sąveikavimo stilius struktūruotoje užduotyje)

Svarbu pastebėti, kad tiek gimdymas namuose, tiek gimdymas skubios cezario pjūvio operacijos būdu reikšmingai prognozavo žemesnį motinų saviveiksmingumo jausmą, o žemesnis saviveiksmingumas, kaip jau minėjome, siejosi su aukštesniais vaiko emocijų ir elgesio sunkumais.

Geresnius 4 m. amžiaus vaikų savireguliacijos gebėjimus tiesiogiai prognozavo keletas veiksnių: aukštasis motinos išsilavinimas, didesnis vaiko amžius tyrimo metu, žemesnis motinos saviveiksmingumas bei darnesni motinos santykiai su vyru / partneriu, kai vaikui buvo 2,5 m. Motinos vertinta vaiko valinga kontrolė yra veiksnys, artėjantis link statistiškai reikšmingos prognostinės vertės. Aptiktus skirtingu būdu gimusių vaikų savireguliacijos gebėjimų skirtumus galime paaiškinti per motinos saviveiksmingumo veiksnį – kaip jau minėjome, tiek gimdymas skubios cezario pjūvio operacijos būdu, tiek gimdymas namuose prognozavo žemesnį motinos saviveiksmingumą, o žemesnis motinos saviveiksmingumas mūsų tyrime turėjo teigiamą poveikį 4 m. amžiaus vaikų savireguliacijai.

Tuo tarpu samprotavimo gebėjimus tiesiogiai prognozavo vaiko lytis bei motinos depresiškumas, matuotas 3 m. amžiuje – mergaitės, kurių motinos pasižymėjo aukštesniu nei kitos moterys depresiškumu, tyrėjų vertinimu turėjo aukštesnius samprotavimo gebėjimus, būdamos 4 m. amžiaus. Vertinant, per kokius tarpinius veiksnius galėtume paaiškinti gimusiųjų namuose ar gimusiųjų skubios cezario pjūvio operacijos būdu aukštesnius samprotavimo gebėjimus, matome, kad modelis išryškino tik tarpinius veiksnius tarp gimimo namuose ir samprotavimo gebėjimų vertinimo. Vienas kelias, per kurį gimimas namuose veikia aukštesnius samprotavimo gebėjimus – motinos savijauta. Kaip matome, gimimas namuose prognozavo didesnę neigiamų emocijų išgyvenimą, kai vaikai buvo 2,5 m. amžiaus, o dažniau išgyvenamos neigiamos emocijos prognozavo aukštesnį motinų depresiškumą 3 m. amžiuje, kuris, kaip jau minėjome, turi teigiamą poveikį vaikų samprotavimo gebėjimams. Kitas kelias, kaip gimimas namuose veikia vaikų samprotavimo gebėjimus – per motinos-vaiko sąveikas. Gimdžiusios namuose motinos pasižymėjo pozityvesniu sąveikavimo su vaikais stiliumi, atlikdamos bendrą užduotį, o kuo pozityvesnis motinos sąveikavimo stilius atliekant struktūruotą užduotį su vaiku, tuo aukštesni, tyrėjų vertinimu, vaikų samprotavimo gebėjimai. Tiesa, prognozuojant vaikų samprotavimo gebėjimus, motinos sąveikavimo stilius siekė tik statistinės tendencijos reikšmingumo lygį, tad šį kelią – tarp gimimo būdo ir vaiko samprotavimo gebėjimų, dera vertinti santūriai.

Greta kitų emocijų ir elgesio sunkumams bei savireguliacijos ir samprotavimo gebėjimams svarbių veiksnių, norisi paminėti ir tokių aplinkos veiksnių, kaip motinos santykių su vyru ar partneriu vaidmenį. Kaip matome, santykiai su vyru ar partneriu, visų pirma, siejosi su motinos savijauta, matuota tam tikruose etapuose: 2,5 m. amžiuje geresnis santykių su vyru ar partneriu vertinimas buvo susijęs su mažesniu moterų neigiamų emocijų išgyvenimu, o 3 m. amžiuje – su mažesniu moters depresiškumu. Moters savijauta yra tarpinis veiksnys tarp moters santykių su vyru ar partneriu ir vaiko emocijų bei elgesio sunkumų, o aukštesnis moters depresiškumas, iš vienos pusės susijęs su prastesniais santykiais su vyru, iš kitos pusės siejosi su dažniau taikomomis neparemiančiomis strategijomis, reaguojant į 3 m. amžiaus vaikų neigiamas emocijas.

Sudarytame modelyje išryškėjo ir įdomi motinų vertintos vaiko valingos kontrolės reikšmė tam tikriems motinų sąveikų su vaikais ypatumams. Aukštesnė vaiko valinga kontrolė prognozavo aukštesnį motinos saviveiksmingumą, tačiau iš kitos pusės – kuo, motinų vertinimu, vaikai pasižymėjo aukštesne valinga kontrole, tuo daugiau motinos taikė neparemiančių reagavimo į neigiamas vaiko emocijas strategijų.

#### 4. REZULTATŲ APTARIMAS

Pagrindinis šio tyrimo tikslas buvo atskleisti gimimo aplinkybių reikšmę vaikų iki 4 metų amžiaus pažintinei, emocinei bei socialinei raidai, atsižvelgiant į motinų psichologinius ir socialinius veiksnius: asmenybės bruožus, savijautą, santykius su partneriu, taikomas motinystės praktikas ir sąveikų su vaikais ypatumus. Ypatinę dėmesį šiame tyrime skyrėme būtent gimimo būdai bei kitoms gimimo aplinkybėms, tokioms, kaip medikamentų naudojimas gimdymo metu, tam tikroms psichologinėms bei biologinėms nėštumo ir gimdymo aplinkybėms, ir jų sąsajoms su kitais tyrime matuotais kintamaisiais, nes psichologiniuose tyrimuose gimimo reikšmė tolesnei vaiko raidai analizuojama gana mažai. Nors biologiniu požiūriu gimimas yra laikomas „jautriu“ žmogaus gyvenimo tarpsniu ir vertinamas kaip procesas, kurio metu vaisius patiria pokyčius, reikalaujančios ypatingos adaptacijos (Lagercrantz & Slotkin, 1986), o tyrinėjant mažų vaikų fizinę raidą aptinkama vis daugiau įrodymų apie gimimo aplinkybių, pavyzdžiui, cezario pjūvio operacijos poveikį tam tikroms nepalankioms vaikų sveikatos būklėms – alergijoms, astmai ar imuninės sistemos funkcionavimo sutrikimams (pvz. Cho & Norman, 2013; Magnus et al., 2011), visgi psichologiniu požiūriu tiek pats gimimas, tiek gimimo metu dalyvaujantys biologiniai, psichologiniai bei socialiniai veiksniai ir jų vaidmuo tolimesnėje žmogaus raidoje vis dar yra nepakankamai įvertinti ir gana menkai tyrinėjami. Taigi, šiuo darbu siekėme suprasti, kokią vietą pirmųjų kelerių gyvenimo metų vaikų psichosocialinėje raidoje užima gimimas ir jo aplinkybės, vertindami ir atsižvelgdami į kitus biologinės, psichologinės bei socialinės kilmės veiksnius, glaudžiai veikiančius mažų vaikų raidą.

Siekdami atsakyti į tyrime iškeltus klausimus ir atskleisti įvairių gimimo aplinkybių galimą vaidmenį vaiko raidai, tyrime matuotus vaikų raidos kintamuosius, motinos savijautos ir sąveikų su vaikais ypatumus analizavome penkiose skirtingų gimimo aplinkybių grupėse: moterų, gimdžiusių namuose, gimdžiusių ligoninėje natūraliais gimdymo takais su medikamentiniu įsikišimu ar be jo, gimdžiusių planinės cezario pjūvio operacijos būdu bei tų moterų, kurių gimdymas baigėsi skubia cezario pjūvio operacija. Taip pat atskirai buvo vertinami su nėštumu ir gimdymu susijusių biologinių ir psichologinių rizikos veiksnių ryšiai su vaikų pirmųjų ketverių metų raida. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad skirtingu būdu gimusių vaikų raida, o tiksliau – emocijų ir elgesio sunkumai, motinų buvo vertinami nevienodai, stebint didžiausius skirtumus tarp namuose gimusių ir skubios cezario pjūvio

operacijos būdu gimusių vaikų ir jų motinų. Tam tikrais skirtumais pasižymėjo ir tyrėjų vertinti skirtingu būdu gimusių vaikų pažintiniai bei savireguliacijos gebėjimai, tačiau šiuo atžvilgiu namuose gimusieji ir skubios cezario pjūvio operacijos būdu gimę vaikai tyrėjų buvo vertinami, kaip pasižymintys aukščiausiais pažintiniais ir savireguliacijos gebėjimais. Taip pat skyrėsi ir skirtingomis aplinkybėmis gimdžusių moterų sąveikų su vaikais ypatumai bei taikomos motinystės praktikos. Tyrime apskaičiuoti įvairių matuotų kintamųjų sąsajas aiškinantys modeliai atskleidė, kad motinų nuostatos į kūdikio priežiūrą ir auginimą, saviveiksmingumo jausmas antraisiais vaiko gyvenimo metais, motinos depresiskumas bei jos sąveikų ypatumai su keturmečiu vaiku, atliekant bendrą užduotį yra tarpiniai veiksniai, paaiškinantys ir leidžiantys geriau suprasti skirtingose gimimo aplinkybių grupėse aptiktus vaikų raidos skirtumus.

Taigi, aptariant tyrime gautus rezultatus, pirmiausia apžvelgsime rezultatus apie skirtingomis aplinkybėmis gimusių vaikų emocijų ir elgesio sunkumų raiškos skirtumus, taip pat – ar skyrėsi ir kaip skyrėsi pažintinių bei savireguliacijos gebėjimų vertinimai skirtingose gimimo būdo grupėse, kokie yra šių vaiko raidos ypatumų ryšiai su nėštumo ir gimdymo biologiniais ir psichologiniais rizikos veiksniais. Toliau aptarsime, kaip skyrėsi skirtingu būdu gimdžusių motinų asmenybės bruožų raiška, emocinė savijauta pirmus kelis metus po gimdymo, jų santykių su vyrais ar partneriais vertinimas bei motinų sąveikų su vaikais ypatumai. Galiausiai apžvelgsime, kaip visi tyrime matuoti su gimdymu susiję, vaikų raidos, motinų savijautos ir sąveikų su vaikais kintamieji siejasi tarpusavyje ir kokie yra tarpiniai veiksniai, paaiškinantys aptiktus vaikų raidos vertinimų ypatumus skirtingose gimimo aplinkybių grupėse.

#### 4.1 Skirtingu būdu gimusių vaikų emocijų ir elgesio sunkumai

Gimimo aplinkybių sąsajas su motinų pateiktais vaiko emocijų ir elgesio sunkumų vertinimais analizavome keletu pjūvių: vertinome, ar skirtingu būdu gimę vaikai, motinų vertinimu, pasižymėjo kokiais nors emocijų ir elgesio sunkumų skirtumais, o taip pat analizavome, ar biologinė ir psichologinė su nėštumu ir gimdymu susijusių veiksnių rizika siejasi su vaiko raidos vertinimais.

Tarpgrupiniai palyginimai atskleidė, kad 1,5 m. ir 2,5 m. amžiuje skirtingu būdu gimę vaikai gavo reikšmingai skirtingus motinų vertinimus apie jų

turimus emocijų ir elgesio sunkumus, tačiau 4 m. amžiuje skirtumų jau nebeliko ir motinų vertinimai susilygino. Svarbu pastebėti, kad motinų vertinimai abiem minėtais vertinimo periodais – kai vaikams buvo 1,5 m. ir 2,5 m. – išsiskyrė praktiškai tose pačiose emocijų ir elgesio sunkumų skalėse. Šiuose dviejuose vertinimo etapuose iš visų gimimo būdo grupių labiausiai išsiskiria skubios cezario pjūvio operacijos būdu gimę vaikai, motinų vertinimu pasižymintys labiausiai išreikštais dėmesio trūkumo ir aktyvumo sunkumais, o taip pat bendrais emocijų, elgesio ir bendros sunkumų skalės įverčiais. Namuose gimusieji vaikai abiejuose vertinimo etapuose pasižymėjo žemiausiais emocijų ir elgesio sunkumų vertinimais. Gimusieji natūraliais gimdymo takais ligoninėje – su medikamentiniu įsikišimu ar be jo – 1,5 m. amžiuje pasižymėjo aukštesniais dėmesio trūkumo ir aktyvumo sunkumų vertinimais, lyginant su namuose gimusiais, nors 2,5 m. amžiuje skirtumų tarp šių grupių jau nebebuvo aptikta.

Tokie tyrimo rezultatai iškelia keletą klausimų. Pirma – ar tai išties reiškia, kad skirtingu būdu gimę vaikai turi skirtingą emocijų ir elgesio sunkumų pasireiškimo dažnį? Tarytum galėtume sakyti – taip, ir tokie mūsų tyrimo rezultatai dera su kitų tyrėjų darbais, pavyzdžiui, Kelmanson (2013) tyrimu, rodančiu, kad planinės cezario pjūvio operacijos būdu gimusieji pasižymėjo aukštesniais emocijų sunkumais, ypač nerimu / depresiškumu, kas mūsų tyrime galėtų atitikti bendrus emocijų sunkumus bei miego sunkumus. Arba Širvinskienės (2014) tyrimu, kurio rezultatai rodo, kad pusantrų metų amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumus reikšmingai prognozuoja gimdymas skubios cezario pjūvio operacijos būdu bei mažiau optimali naujagimio fiziologinė būklė, pasireiškianti žemesniais naujagimio būklės vertinimo Apgar skalės balais, būtinybe naujagimį gaivinti bei mažesniu virkštelės arterijos kraujo pH rodikliu. Li (2010) tyrimas atskleidė, kad didžiausiais emocijų ir elgesio sunkumų įverčiais pasižymėjo instrumentinio gimdymo metu gimę vaikai. Ir nors instrumentinis gimdymas nėra visiškai tapatus gimimui cezario pjūvio operacijos būdu, tačiau yra panašus pagal motinai ir naujagimiui keliamo streso ir rizikos lygį. Huang su bendraautoriais neseniai publikuotame tyrimo (2019) pastebi, kad planinė cezario pjūvio operacija yra nepriklausomas rizikos veiksnys ikimokyklinio amžiaus vaikų emocijų ir bendriems sunkumams, ypač kai operacija atliekama iki 39 nėštumo savaitės. Minėto tyrimo autoriai kelia prielaidas, kad yra kažkoks biologinės kilmės mechanizmas, galimai paaiškinantis gimimo būdo reikšmę vaiko psichosocialinei raidai, tačiau kol kas trūksta tyrimų, galinčių nustatyti, kokie biologiniai veiksniai, susiję su gimdymu, galėtų tai paaiškinti.

Šiame darbe taip pat žiūrėjome, ar biologinės kilmės rizikos veiksniai gali būti susiję su vėlesne vaiko raida, tačiau aptikome tik gana kuklias, nors ir statistiškai reikšmingas koreliacijas tarp biologinės su nėštumu ir gimdymu susijusių veiksnių rizikos ir 1,5 m. amžiaus vaikų emocijų sunkumais bei dėmesio trūkumo ir aktyvumo raiška. Taigi, bent jau mūsų tyrimo duomenimis, gimimo būdas, o konkrečiai – skubi cezario pjūvio operacija yra reikšmingesnis rizikos veiksnys vaiko emocijų ir elgesio sunkumams, nei tokie biologinės kilmės veiksniai, kaip nepalankios biomedicininės būklės nėštumo ir gimdymo metu (svarbu pasakyti, kad moterys, gimdžiusios skubios CP operacijos būdu, su šiomis būklėmis nesusidūrė dažniau nei kitų grupių motinos), medikamentų ar oksitocino naudojimas gimdymo metu ar rizikingas moterų elgesys nėštumo metu, toks, kaip rūkymas ar alkoholio vartojimas. Žinoma, čia svarbu priminti, kad mūsų tyrimo dalyvės – daugiausiai aukšto išsilavinimo moterys, didžiosios dalies jų nėštumai nebuvo komplikuoti, jos taip pat nepasižymėjo žalingais įpročiais, tad ir biologinės rizikos veiksnių skaičius tarp tyrimo dalyvių nebuvo aukštas.

Antras klausimas, kuris kyla matant tokius skirtingu būdu gimusių vaikų emocijų ir elgesio vertinimų skirtumus – o gal tokie vaikų elgesio ir emocijų vertinimai rodo, kad skirtingu būdu gimdžiusios motinos yra linkusios skirtingai vertinti panašias elgesio apraiškas? Vaiko elgesys, kuris vienos motinos vertinimu gali atrodyti kaip probleminis, kitos motinos gali būti vertinamas kaip visiškai vaiko raidai adekvatus ir nerimo nekeltantis. Ir čia derėtų prisiminti, kad mūsų tyrime dalyvavusios skirtingai gimdžiusios motinos nebuvo homogeniškos kelių veiksnių atveju: namuose gimdžiusiųjų grupėje buvo daugiausiai motinų, kurios tyrime dalyvavo su savo nepirmagimiais vaikais, namuose gimdžiusios ir planinės cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusios motinos buvo vyriausios iš visų kitų tyrime dalyvavusių motinų bei visos turėjo aukštąjį – universitetinį arba ne – išsilavinimą. Tuo tarpu skubios cezario pjūvio operacijos būdu ir ligoninėje su medikamentais gimdžiusių moterų grupėje buvo daugiau žemesnio, nei aukštesnio, išsilavinimo motinų, taip pat jų tarpe daugiau buvo motinų, tyrime dalyvavusių su pirmagimiais vaikais. Motinų pateikiami vaikų sunkumų vertinimai gali būti susiję su motinos amžiumi, išsilavinimu ir tuo, kad vertinamas vaikas yra pirmagimis – aukštesnis išsilavinimas ir motinos amžius yra vertinami kaip vaiko raidai bei retesniai emocijų ir elgesio sunkumų pasireiškimo dažniui palankūs veiksniai (Goisis, 2015; Jusienė ir kt., 2007; Tearne et al., 2015), o pirmagimius auginančios motinos galimai išgyvena daugiau nerimo dėl savo vaikų raidos sklandumo, nes neturi ligšiolinės vaikų

auginimo patirties (pvz. Marleau et al., 2006; Minatoya et al., 2017). Sociodemografinių veiksnių prognostinę reikšmę vaikų emocijų ir elgesio sunkumų vertinimams aptikome ir mūsų tyrime. Neseniai publikuotame straipsnyje (Jasiulionė & Jusienė, 2019) analizavome motinų vertintų vaikų iki 2,5 m. amžiaus emocijų ir elgesio sunkumų trajektorijas ir jas prognozuojančius su gimdymu susijusius, sociodemografinius ir motinų psichologinius bei socialinius veiksnius. Stabiliai aukštus elgesio sunkumus, per pirmuosius 2,5 m., reikšmingai prognozavo du sociodemografiniai veiksniai: tai vyriška vaiko lytis ir jaunesnis motinos amžius, tačiau greta šių veiksnių aukštų elgesio sunkumų trajektoriją taip pat prognozavo gimimas skubios cezario pjūvio operacijos būdu ir žemesnis motinos saviveiksmingumas. Tuo tarpu šiame darbe pateikti tyrimo rezultatai rodo, kad kuomet atsižvelgiama į vaiko temperamentą ir sociodemografinius veiksnius – motinos išsilavinimą, vaiko lytį ir vaiko pirmagimystę – gimimo būdas, o konkrečiai – gimimas namuose – tiesiogiai ir reikšmingai prognozuoja tik 2,5 m. amžiuje motinų pateiktų vaikų emocijų ir elgesio sunkumų vertinimus. Prognozuojant 1,5 m. amžiuje pateiktus vaikų emocijų ir elgesio sunkumus, gimimo aplinkybės nėra reikšmingas veiksnys, o didesnis vaidmuo tenka vaiko temperamentui, tiksliau – neigiamam emocionalumui bei jau anksčiau minėtiems sociodemografiniams veiksniams – motinos išsilavinimui, vaiko lyčiai ir pirmagimystei.

Tad nuosekliai kyla dar vienas klausimas – galbūt gimimo būdas yra ne biologinės kilmės veiksnys, tiesiogiai veikiantis vaiko raidos ypatumus, o psichologinės kilmės veiksnys, reikšmingas vaiko raidai per motinos asmenybės savybes, motinos savijautą ir jos santykį su vaiku? Psichologinio gimdymo konteksto vaidmenį analizavome sudarydami psichologinių nėštumo ir gimdymo veiksnių rizikos veiksnių, kuris šio tyrimo duomenimis gana kukliai siejosi tik su vienu kitu vaikų emocijų ir elgesio sunkumų vertinimu. Tačiau tyrime aptikome įdomius motinų sąveikų su vaikais ypatumus ir jų skirtumus tarp moterų, turinčių skirtingą gimdymo patirtį – šie skirtumai tarnauja kaip nuoroda, kad psichologinis kontekstas, susijęs su gimdymu ir pasireiškiantis po gimdymo, gali būti svarbus tolesnių motinos sąveikų su vaiku veiksnys.



#### 4.2 Skirtingu būdu gimusių vaikų samprotavimo ir savireguliacijos gebėjimai tyrėjų vertinimu

Tyrimo rezultatai parodė, kad tyrėjai kiek skirtingai vertino skirtingu būdu gimusių vaikų savireguliacijos ir pažintinius gebėjimus 4 m. amžiuje. Skubios cezario pjūvio operacijos būdu gimę vaikai gavo aukščiausius samprotavimo gebėjimų vertinimus, o taip pat pasižymėjo aukščiausiais bendro savireguliacijos įverčio balais. Namuose gimusieji gavo aukščiausius planavimo ir taip pat aukštesnius, nei gimusių ligoninėje natūraliais gimdymo takais ir planinės cezario pjūvio operacijos būdu, samprotavimo gebėjimų vertinimus. Žemiausiais visų minimų gebėjimų – samprotavimo, planavimo, bendros savireguliacijos – įverčiais pasižymėjo natūraliais gimdymo takais be medikamentų ligoninėje gimę vaikai.

Prognostinis modelis, kuriame analizavome, kaip tarpusavyje siejasi gimimo aplinkybės, motinų socialiniai ir psichologiniai veiksniai bei vaiko raidos vertinimai, atskleidė, kad aukštesnius samprotavimo bei savireguliacijos įgūdžių vertinimus prognozuoja keletas skirtingų veiksnių – mūsų vertintų gebėjimų atveju, kaip reikšmingai prognozuojantys perspina biologinės kilmės veiksniai (vaiko lytis, gimimo būdas, amžius tyrimo metu), sociodemografiniai veiksniai (motinų išsilavinimas), tokie psichologiniai ir socialiniai veiksniai, kaip motinos savijauta (depresiškumas), santykiai su partneriu ar vyru, tam tikras motinos elgesys su vaiku (kokį sąveikavimo stilių motina naudoja atlikdama užduotį su vaiku). Tokie mūsų tyrimo rezultatai dera ir su kitų tyrėjų darbais. Pavyzdžiui, tokių socioekonominių veiksnių, kaip tėvų išsilavinimas reikšmė yra pastebima tiek savireguliacijos gebėjimų raidoje (pvz. Zalewski et al., 2012), tiek aukštesniems vaiko pažintiniams gebėjimams (Butkienė ir Gintilienė, 2005). Vaiko amžiaus svarba, vertinant savireguliacijos ir pažintinius gebėjimus, yra paaiškinama per augančių vaiko smegenų brandą ir tyrimai rodo, kad pasižymintys aukštesne neurobiologine branda vaikai sklandžiau atlieka pateikiamas užduotis (pvz. Atance & Jackson, 2009; Carlson, Moses, & Claxton, 2004). Tuo tarpu vaiko lyties ryšiai su savireguliacijos ir pažintiniais gebėjimais yra įvairiapusiškesni: vienuose tyrimuose pastebima, kad mergaitės geriau atlieka bent jau kai kurias savireguliacijos užduotis (pvz. Kochanska et al., 2000), tuo tarpu kiti tyrimai rodo, kad tas savireguliacijos užduotis, kurios yra susijusios su kognityvia kontrole, taigi ir su pažintiniais gebėjimais, skirtingų lyčių vaikai gali atlikti vienodai gerai (pvz. Li-Grining, 2007).

Iš kitų tyrimų taip pat žinome, kad savireguliacijos gebėjimų raidoje svarbus vaidmuo tenka tėvystės praktikoms bei kontekstui – jautriui, paremiančiui ir šiltu reagavimu pagrįstos tėvystės praktikos yra vertinamos kaip padedančios optimaliai savireguliacijos įgūdžių raidai (pvz. Kochanska, Murray, & Harlan, 2000; Spinrad et al., 2007), o ypač, jei tuo pat metu tėvai geba tinkamai, vaiko nežeidžiančiais būdais nubrėžti ir aiškias, nuoseklias elgesio ribas (Lengua, Honorado, & Bush, 2007). Jusienės (2014) monografijoje apie mažų vaikų savireguliaciją taip pat nurodoma, kad tam tikri vaiko gebėjimai, ypač planavimo ir samprotavimo, siejasi su motinos-vaiko sąveikų kokybe atliekant kartu užduotį, o taip pat yra stebimos gausios sąsajos tarp motinos elgesio ypatumų laisvo žaidimo metu ir vaiko savireguliacijos gebėjimų.

Apibendrinant norisi atkreipti dėmesį, jog, šio tyrimo duomenimis, vaikai, kurie iki 2,5 m. amžiaus motinų buvo vertinami kaip turintys itin mažai (gimusieji namuose) arba itin daug (gimusieji skubios cezario pjūvio operacijos būdu) emocijų ir elgesio sunkumų, 4 m. amžiuje tyrėjų buvo įvertinti kaip pasižymintys aukščiausiais samprotavimo ir savireguliacijos gebėjimais. Remiantis tyrimo rezultatais, rodančiais, kad skirtingu būdu gimdžiusios motinos pasižymėjo ir tam tikrais sąveikų su vaikais ypatumais, vienos tyrimo dalyvių grupės – namuose gimusių vaikų – atveju galėtume brėžti paralelę ir ieškoti ryšių tarp motinos nuostatų, orientuotų į kūdikio poreikius, pozityvesnio bendravimo su vaiku, vaikų emocijų ir elgesio sunkumų žemų įverčių ir gerų samprotavimo bei savireguliacijos gebėjimų. Tuo tarpu kitos tyrimo dalyvių – gimusių skubios cezario pjūvio operacijos būdu vaikų – grupės atveju sunku išvelgti kelią, kuris padėtų paaiškinti gautus rezultatus. Tačiau taip pat verta pasvarstyti, kas slepiasi už skirtingų vaikų geros savireguliacijos, kokie yra vaikų savireguliacijos motyvai. Panašu, kad vienu atveju vaikai yra gerai save reguliuojantys ir paklusnūs, nes bendrai yra gerai prisitaikę, pasižymi mažais emocijų ir elgesio sunkumais. Tuo tarpu kiti vaikai gali būti paklusnūs ir pasižymėti gera savireguliacija, nes yra nerimastingi (nes ir motinos išgyvena daugiau nerimo dėl šių vaikų elgesio bei pastebi daugiau jų emocijų ir elgesio sunkumų) ir dėl to gali būti linkę slopinti savo elgesį. Taip pat šioje vietoje gali būti svarbu įvertinti skirtingų vertintojų vaidmenį – emocijų ir elgesio sunkumus vertino motinos, kurių vertinimus galėjo veikti įvairūs su motinos asmenybe, savijauta ar santykdais susiję veiksniai, o vaiko savireguliacijos gebėjimus vertino specialiai pasiruošę tyrėjai pagal struktūruotą procedūrą. Kaip matėme tyrime sudarytuose prognostiniuose modeliuose, motinų vertinti vaikų emocijų ir

elgesio sunkumai praktiškai nebuvo susiję su tyrėjų vertintais pažintiniais ir savireguliacijos gebėjimais. Nors modeliuose, analizuojančiuose sociodemografinių veiksnių (motinos išsilavinimas, vaiko lytis ir pirmagimystė), vaiko temperamento ir gimimo būdo reikšmę vaiko raidos vertinimams aptikta, jog mažesni vaiko emocijų ir elgesio sunkumai 1,5 m. amžiuje prognozuoja aukštesnius samprotavimo gebėjimus 4 m. amžiuje, galutiniame modelyje, atsižvelgiant į įvairius motinos savijautos ir sąveikų su vaiku veiksnys, vaiko emocijų ir elgesio sunkumai nebuvo reikšmingas prognostinis veiksnys nei samprotavimo, nei savireguliacijos gebėjimams.

#### 4.3 Gimdymo aplinkybių, motinos asmenybės bruožų, emocinės savijautos bei santykių su vyru ar partneriu sąsajos

Analizuojant, kokiais asmenybės savybių, emocinės savijautos, santykių su vyru ar partneriu ypatumais pasižymi skirtingu būdu gimdžiusios moterys, beveik neaptikome reikšmingų skirtumų, vertinant minėtus kintamuosius laikotarpyje nuo 1,5 m. iki 4 m. po gimdymo – neaptikome nei tarpgrupinių moterų emocinės savijautos bei santykių su vyru ar partneriu vertinimų skirtumų gimdymo būdo grupėse, nei ryšių su psichologine nėštumo ir gimdymo rizika. Buvo pastebėta tik moterų depresiškumo, vertinto praėjus 3 m. po gimdymo, skirtumų tendencija – aukščiausiu depresiškumu, lyginant su kitomis grupėmis, minėtame amžiuje pasižymėjo planinės cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusios moterys. Tačiau šis aptiktas statistinės tendencijos dydžio skirtumas, tikėtina, yra mažai susijęs su moterų gimdymo patirtimi dėl gana nemažo laiko tarpo, praėjusio po gimdymo.

Skirtingu būdu gimdžiusios moterys skyrėsi tik atvirumo bruožo išreikštumu – labiausiai išreikštu atvirumo bruožu pasižymėjo namuose gimdžiusios moterys, o mažiausiai – moterų, gimdžiusių ligoninėje be medikamentinio įsikišimo grupės moterys. Atvirumo bruožas pasižymi asmens atvirumu patirčiai, idėjoms, vertybėms, aktyviu patirties ieškojimu, dėmesiu jausmams, įvairovės mėgimu (Costa & McCrae, 1992; McCrae, 2005, cit. pg. Kairys, 2010). Tikėtina, kad šis asmenybės bruožas galėtų būti susijęs su moterų sprendimu gimdyti namuose. Šiame tyrime neklausėme namuose gimdžiusių moterų apie jų pasirinkimo motyvus, bet iš literatūros analizės žinome, kad dažniausiai gimdymą namuose moterys renkasi dėl galimybės sau artimoje aplinkoje gauti daugiau emocinio palaikymo, noro išvengti nebūtinų medicininių intervencijų bei bendrai laisviau,

autonomiškiau jaustis gimdymo metu (Catling, Dahlen, & Homer, 2014). Atsižvelgiant į mūsų grupės moterų gimdymų namuose kontekstą – visos tyrime dalyvavusios moterys priėmė sprendimą gimdyti namuose, nors iki šiol egzistavę Lietuvos Respublikos įstatymai nesudarė sąlygų taip gimdančioms moterims gauti profesionalią medicininę priežiūrą gimdymo metu – galime teigti, kad gimdymas namuose yra išties nauja, aktyvaus dalyvavimo reikalaujanti ir su tam tikrais iššūkiais susijusi patirtis, kurią pasirinkti gali ne kiekviena moteris ir šeima.

Kūdikio gimimas yra vienas iš kritinių moters raidos etapų, kuris drauge su prieš tai išgyventu nėštumu moteriai sukelia intensyvius emocinius, elgesio, kūno bei vidinio pasaulio ir tapatumo pokyčius (Holmes, 2000; Mercer, 2004). Ir nors kūdikio gimimas neretai vertinamas kaip džiaugsmingas, pozityvus įvykis moters gyvenime, tačiau jis taip pat gali būti ir potencialus stresorius, atitinkantis tarptautinėje ligų klasifikacijoje apibrėžiamus stresinio įvykio kriterijus ir sutrikdantis moters pogimdyminę gerovę (King, McKenzie-McHarg, & Horsch, 2017). Natūralu, kad gimdymo patirtis moters emocinę būseną stipriausiai veikia pirmąsias savaites ar mėnesius po gimdymo. Tad šio tyrimo rezultatai, neatskleidžiantys jokių skirtingą gimdymo patirtį turinčių moterų savijautos, santykių su partneriu skirtumų iš dalies nestebina, nes orientuojasi į motinos savijautą praėjus ne mažiau kaip 1,5 m. po gimdymo. Taigi, šie tyrimo rezultatai yra ir nuoroda į vieną mūsų tyrimo trūkumų ir ribotumų – tyrimo matavimai neapėmia svarbaus ir, netgi, sakytume, kritinio moters savijautai, pirmųjų mėnesių po gimdymo laikotarpio. Visgi, būtent pirmųjų metų po gimdymo savijautos vertinimą teko aukoti, siekiant į ilgalaikį tyrimą įtraukti namuose gimdžiusias motinas ir jų vaikus. Dėl to, kad namuose gimdančių motinų nėra daug, o tyrimas vyko tuo pat metu, kai vyko teisminiai procesai dėl gimdymų namuose, buvo pasirinkta strategija įtraukti į tyrimą moteris su jau gimusiais vaikais nuo 1,5 m. amžiaus.

Analizuojant tyrimus apie gimdymo aplinkybių sąsajas su motinos savijauta, pastebima, kad skubi cezario pjūvio operacija tikriausiai yra dažniausiai minimas rizikos veiksnys motinų pogimdyminio laikotarpio gyvenimo kokybei, įvairių psichologinių sveikatos problemų atsiradimui, o taip pat ir pogimdyminio depresiško simptomatikai (Eckerdal et al., 2018; Huang et al., 2012; Leeds & Hargreaves, 2008; Sarah, Forozan, & Leila, 2017; Torkan, Parsay, Lamyian, Kazemnejad, & Montazeri, 2009; Weisman et al., 2010). Xu su kolegomis atlikta metaanalizė (2017), apžvelgianti 28 tyrimus apie pogimdyminio depresiško rizikos veiksnius, atskleidžia, kad bet

kurios rūšies cezario pjūvio operacija padidina riziką moteriai po gimdymo išgyventi pogimdyminę depresiją – po planinės cezario pjūvio operacijos rizika išgyventi pogimdyminę depresiją padidėja 1,15 karto, o po skubios cezario pjūvio operacijos – 1,62. Ankstesnė dalis šio tyrimo duomenų analizė (Jusienė ir Žalienė, 2012) taip pat atskleidė, kad skubi cezario pjūvio operacija yra vienas iš reikšmingų pogimdyminį depresiškumą prognozuojančių veiksnių. Tikėtina, kad jei šiame tyrime būtume vertinę motinų savijautą iškart po gimdymo, stebėję jos kitimą pirmųjų vaiko gyvenimo metų bėgyje, galėtume atskleisti įvairiapusiškesnes moterų savijautos su gimdymo aplinkybėmis sąsajas, aptikti skirtingomis aplinkybėmis gimdžiusių moterų savijautos skirtumus ir turėti galimybę patyrinėti, kaip pirmųjų metų po gimdymo motinos savijauta galėjo paveikti motinų vertinimus apie vaiko emocijų ir elgesio sunkumus.

#### 4.4 Motinų sąveikų su vaikais ypatumai skirtingose gimimo būdo grupėse

Lyginant, kokiais sąveikų su vaiku ypatumais pasižymi skirtingu būdu gimdžiusios moterys, aptikome keletą įdomių tarpgrupinių skirtumų. Iš ankstyvųjų sąveikų su vaikais ypatumų verta paminėti, kad namuose gimdžiusios moterys pasižymėjo labiausiai į vaiką orientuotomis nuostatomis, susijusiomis su kūdikio priežiūra ir auginimu, o taip pat ženkliai ilgiau žindė savo vaikus – tiek požiūriu į kūdikio priežiūrą, tiek žindymo trukmės atveju buvo rasti statistiškai reikšmingi bei tarp vidutinio ir didelio efekto dydžio skirtumai, lyginant namuose gimdžiusias moteris su visų kitų grupių moterimis, nepriklausomai nuo to, kad visos mūsų tyrime dalyvavusios moterys vaikus gimdė žindymui palankioje aplinkoje. Klinikos, kuriose gimė didžioji dalis mūsų tyrimo dalyvių, turi „Naujagimiui palankios ligoninės“ statusą, reiškiantį, kad visos gimdančios motinos yra skatinamos žindyti naujagimius nuo pirmų jų gyvenimo valandų, tad galime svarstyti, kad visos tyrime dalyvavusios moterys turėjo gana panašias sąlygas žindymo iniciavimui. Reaguodamos į 3 m. amžiaus vaikų neigiamas emocijas, namuose gimdžiusios moterys, jų pačių vertinimu, dažniau taikė tokią paremiančią reagavimo strategiją, kaip emocijų raiškos skatinimas ir rečiau nei visų kitų grupių moterys taikė neparemiančias reagavimo strategijas. Iš kitos pusės, namuose gimdžiusios moterys žemiausiai vertino savo motinišką saviveiksmingumą praėjus 1,5 m. po gimdymo ir mažiausiai užsiimdavo su

vaikais įvairiomis veiklomis, kai šiems buvo 2,5 m. Šiame tyrimo rezultatų skerspjūvyje skubios ar planinės cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusios moterys pasižymi priešingais vertinimais: skubios cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusios moterys pasižymėjo trumpiausia žindymo trukme, abiejų cezario pjūvio operacijų būdu gimdžiusios moterys turėjo labiausiai į suaugusius nukreiptas kūdikio priežiūros ir auginimo nuostatas, neparemiančias strategijas dažniausiai taikė planinės cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusios moterys, o vaikus reikšti emocijas, susidūrus su sudėtingomis situacijomis, rečiausiai skatino skubios cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusios moterys. Verta paminėti ir tai, kad reaguodamos į vaiko neigiamas emocijas namuose gimdžiusios motinos, atrodytų, yra nuoseklesnės ar, pavadinkime, kryptingesnės, nei kitų gimdymo grupių motinos – jų atsakymuose apie taikomas strategijas, elgesį su vaiku dominuoja paremiančių strategijų, o ypač – emocijų raiškos skatinimo strategijos dažnesnis taikymas ir nuosekliai retesnis taikymas visų tyrime vertintų neparemiančių reagavimo strategijų. Tuo tarpu kitų grupių motinos linkusios dažniau, nei namuose gimdžiusios, taikyti neparemiančias strategijas, tačiau jos taip pat gana dažnai taiko ir paremiančias reagavimo strategijas. Tai rodo, kad šių grupių motinos išties išbando įvairius reagavimo į neigiamas emocijas būdus – tiek padedančius vaikui išgyventi emociškai sudėtingas situacijas, tiek galimai apsunkinančius jų išgyvenimą.

Visus čia aprašytus sąveikų su vaikais ypatumus vertino pačios motinos. O kaip šie rezultatai dera su tyrėjų vertinimais? Tyrėjai motinų sąveikas su vaikais stebėjo dviejose skirtingose situacijose – atliekant bendrą užduotį ir žaidžiant laisvą žaidimą, kai vaikams buvo 4 m. Tyrėjų vertinimu, laisvo žaidimo metu visos motinos, nepriklausomai nuo jų gimdymo patirties, pasižymėjo panašiais sąveikų su vaikais ypatumais: vyravo pozityvus, nesikišantis ir nekontroliuojantis sąveikavimo stilius bei geras abipusis motinos – vaiko reagavimas ir bendradarbiavimas. Tačiau atlikdamos struktūruotą užduotį su vaiku, motinos elgėsi kiek skirtingai, ypač lyginant planinės cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusias moteris su namuose gimdžiusiomis. Planinės cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusios moterys, tyrėjų vertinimu, pasižymėjo mažiau pozityviomis sąveikomis su vaiku: jos buvo linkusios daugiau kontroliuoti, kištis kuomet nereikia, jų diados su vaikais buvo vertinamos kaip mažiau derančios tarpusavyje, o namuose gimdžiusių motinų ir vaikų poros buvo matomos kaip harmoningiau bendraujančios, abipusiškai besikeičiančios emocijomis, gebančios darniau siekti bendroje užduotyje iškelto tikslo.

Aptariant šiuos rezultatus, norisi paminėti keletą dalykų. Kaip jau minėta, motinos su vaikais buvo stebimos dviejų skirtingų situacijų metu: bendros užduoties metu, kuomet motinos su vaikais turėjo pasiekti bendrą tikslą – sudėti lego modeliuką pagal pateiktą instrukciją; ir visiškai nestruktūruotoje situacijoje – tiesiog žaidžiant laisvą žaidimą taip, kaip įprastai žaidžia namuose. Motinų elgesys skirtingo pobūdžio veiklose išties skiriasi ir panašu, kad tą gali nulemti veiklos tikslas ar uždavinys. Anksčiau darytas mūsų tyrimas (Aginskytė, 2018) atskleidžia, kad struktūruotos užduoties, atliekamos su 1,5 m. amžiaus vaikais, metu motinos yra linkusios bendrai aktyviau įsitraukti nei laisvo žaidimo metu ir dažniau naudoja praktiškai visų skirtingų sąveikavimo stilių apraiškas – tiek pozityvaus vadovavimo, tiek kontrolės, tiek kišimosi. Panašius rezultatus gavo ir Volling su bendraautoriais (2002), stebėję tėvų sąveikų ypatumus laisvo žaidimo ir edukacinės užduoties metu: edukacinės užduoties metu tėvai buvo labiau įsitraukę į bendrą veiklą ir emociškai prieinamesni, bet kartu buvo ir labiau besikišantys, nei laisvo žaidimo metu (Volling et al., 2002). Tikėtina, kad toks aktyvesnis motinų įsitraukimas į struktūruotą veiklą yra susijęs su labai konkrečia užduotimi, kurią turi atlikti motinos su vaikais struktūruotos užduoties metu ir ši užduotis skatina motinas būti labiau orientuotas į rezultatą (sudėti modeliuką), nei į procesą.

Taip pat šioje vietoje derėtų prisiminti tam tikrus sociodemografinius skirtumus, kuriais pasižymėjo skirtingų gimimo būdo grupių tyrimo dalyviai, pavyzdžiui, skirtingą pirmagimių skaičių grupėse. Namuose gimusių vaikų tarpe pirmagimis buvo tik vienas vaikas, tuo tarpu kitose grupėse pirmagimių skaičius buvo gerokai didesnis. Kai kuriuose tyrimuose pastebima, kad pirmagimiai vaikai susiduria su aukštesniais tėvų lūkesčiais bei reikalavimais savo atžvilgiu, tuo pat metu tėvai į juos daugiau „investuoja“, skiria daugiau kokybiško dėmesio ir laiko bendroms veikloms, pavyzdžiui, tėvai vaikui skaito knygą, kartu žaidžia ar užsiima kita veikla ir pan., nei vėliau gimusiems vaikams (pvz. Price, 2008; Hertwig, Davis, & Sulloway, 2002). Vertinant tėvų sąveikas su pirmagimiais ir nepirmagimiais vaikais yra pastebima tam tikrų tėvų elgesio skirtumų, pavyzdžiui, kad su pirmagimiais vaikais motinos demonstruoja daugiau jautrumo, o su vėliau gimusiais – daugiau pozityvių emocijų (Kennedy, Betts, & Underwood, 2014), arba kad abu tėvai yra linkę su pirmagimiais vaikais būti jautresni ir mažiau besikišantys, nei su vėliau gimusiais vaikais (Hallers-Haalboom et al., 2017). Mūsų tyrime namuose gimdžiusios motinos, kurios, kaip jau minėjome, daugiausiai tyrime dalyvavo su savo antrais, trečiais ar ketvirtais vaikais, teigė rečiau, nei kitų grupių

motinos, užsiimančios su 2,5 m. amžiaus vaikais tokiomis veiklomis, kaip bendras žaidimas, pasivaikščiavimai lauke, knygos skaitymas vaikui ir pan. Toks mažesnis laiko skyrimas vaikui išties gali būti susijęs su tuo, kad motinos turi savo dėmesį padalinti keliems vaikams. Kita vertus, lyginant tyrėjų vertintus motinų sąveikų ypatumus, nebuvo aptikta skirtumų tarp pirmagimių ir nepirmagimių nei vertinant motinos naudojamą sąveikavimo stilių, nei motinos-vaiko diados abipusį reagavimą ir bendradarbiavimą, tad panašu, kad skirtingose gimdymo grupėse aptikti sąveikų ypatumų skirtumai nėra susiję su pirmagimių skaičiumi grupėse.

Analizuojant, su kokiais veiksniais galėtų būti siejami tyrėjų pastebėti motinų sąveikų su vaikais skirtumai, aptikome, kad požiūris į kūdikio priežiūrą ir auginimą pozityviai siejosi su 4 m. amžiuje motinų-vaikų diadoms priskirto abipusio reagavimo ir bendradarbiavimo įverčiais – kuomet labiau į kūdikį orientuotas nuostatas turėjo motinos 3 mėn. amžiuje, tuo darnesnės tyrėjams pasirodė šių motinų sąveikos su vaikais. O kuomet daugiau 3 mėn. amžiuje motinos naudojo tokių neparemiančių reagavimo strategijų, kaip baudymas, sumenkinimas ar susikrimitimas, kuomet pati motina neigiamomis emocijomis reaguoja į vaiko neigiamas emocijas, tuo 4 m. amžiuje tyrėjai jų diadas su vaikais vertino kaip mažiau derančias ir mažiau abipusiškai bendradarbiaujančias. Kitų tyrėjų darbuose taip pat aptinkame aiškias nuorodas, jog su motinyste susijusios nuostatos bei elgesys yra svarbūs motinų sąveikų su vaikais ypatumams. Pavyzdžiui, labiau į vaikus orientuotos motinos kūdikio priežiūros nuostatos siejamos su motinos jautresniu reagavimu į kūdikio patiriamą distresą (Zeifman, 2003), tuo tarpu labiau į tėvus orientuotos nuostatos (pavyzdžiui, baimė „sugadinti“ vaiką, pernelyg reaguojant į jo distresą ar jam skiriant per daug dėmesio) siejamos su mažesniu jautrumu ir atliepimu į vaiko poreikius, bei padidėjusia neigiamų tėvystės elgesio apraiškų tikimybe, tokių, kaip polinkis naudoti bausmes ar negatyvius požiūris į vaiką, pasireiškiantis neigiamais komentarais vaiko atžvilgiu (Barnett, Shanahan, Deng, Haskett, & Cox, 2010). Spinrad su kolegomis (2007) atliktas tyrimas atskleidžia, kad motinų neparemiančios reagavimo į vaikų emocijas strategijos – tokios pat, kaip vertintos ir šiame darbe – neigiamai siejosi su sąveikų metu stebimu motinų jautrumu ir šiltumu, taigi motinos, jų pačių vertinimu, dažniau baudimu, sumenkinimu ar savo neigiamomis emocijomis reaguojančios į vaikams emociškai svarbias situacijas, tyrėjų buvo matomos kaip mažiau jautrios ir šiltos sąveikose su mažais vaikais.



Analizuodami skirtingu būdu gimdžusių motinų sąveikas su 4 m. amžiaus vaikais mūsų tyrime, neaptikome jų ypatumus medijuojančių motinystės praktikų – aptiktų sąveikų skirtumų skirtingose gimdymo grupėse nepavyko paaiškinti nei per motinos nuostatas į kūdikio priežiūrą, nei per saviveiksmingumą, nei per motinos taikomas strategijas, reaguojant į vaiko neigiamas emocijas. Taip pat tikrinome prielaidą, kad motinų sąveikų su vaikais ypatumai, rasti skirtingose gimdymo būdo grupėse, gali sietis su motinos asmenybės savybėmis – tačiau šios prielaidos taip pat nepasitvirtino. Visgi verta paminėti, kad mūsų tyrime namuose gimdžiusios motinos pasižymėjo labiau išreikštu atvirumu bruožu, o taip pat kiek labiau išreikštu neurotiškumo bruožu. Atvirumo bruožas atspindi, kiek žmogus yra linkęs mėgautis naujais patyrimais, turi plačius interesus ir pasižymi vaizduote, o neurotiškumo bruožu pasižymintys žmonės paprastai yra labiau nerimaujantys, įsitempę, jiems gali trūkti emocinio stabilumo (Prinzle et al., 2009). Taigi, tos pačios grupės motinos pasižymėjo didesniu gana priešingų bruožų išreikštumu. Prinzle su bendraautoriais atlikta tyrimų apie tėvų asmenybės savybes ir tėvystės praktikas (2009) metaanalizė atskleidžia, kad tėvų atvirumo bruožas sietinas su didesnio vaikų autonomijos siekio palaikymu bei bendrai šiltesnėmis sąveikomis su vaikais, tuo tarpu neurotiškumo bruožas buvo siejamas su mažiau pozityviais sąveikų ypatumais. Kita vertus, tyrėjai pastebi, kad tėvų amžius gali būti svarbus ryšius tarp asmenybės bruožų ir sąveikų su vaikais ypatumus moderuojantis veiksnys, pavyzdžiui, kuo vyresni tėvai, tuo silpnesnis yra neigiamas ryšys tarp neurotiškumo ir tėvų šilto (Prinzle et al., 2009). Vaiciukevičės, Čekuolienės ir Jusienės (2014) atliktame tyrime neurotiškumo bruožo išreikštumas išties siejosi ne su negatyviais, o su pozityviais motinų sąveikų su kūdikiais aspektais, tokiais, kaip dažnesnis vaiko dėmesio bendros veiklos metu sekimas bei teigiamo grįžtamojo ryšio apie vaiko veiksmus teikimas. Mūsų tyrime ne visos motinos, kurių sąveikos su vaikais buvo stebimos, užpildė asmenybės bruožų klausimyną, taigi gali būti, kad tai buvo ir vienas iš trūkumų, neleidusių aptikti medijuojančius ryšius tarp gimdymo būdo, motinos sąveikų su vaikais ypatumų ir motinos asmenybės bruožų. Gali būti, kad turint didesnę imtį ir išsamiau surinktus duomenis skirtingose gimdymo būdų grupėse aptiktus sąveikų su vaikais ypatumus galima būtų paaiškinti motinų asmenybės bruožų sąveika su motinos amžiumi ar kitomis motinos elgesio charakteristikomis.

Baigiant šią rezultatų aptarimo dalį dar norisi atkreipti dėmesį, kad bendrai mūsų tyrime dalyvavusios motinos pasižymėjo gana pozityviomis sąveikomis

su savo vaikais. Tyrėjų vertinimu, didžiosios dalies motinų-vaikų diados gavo aukštus abipusio reagavimo ir bendradarbiavimo įverčius – vyravo geras ar labai geras abipusis motinos-vaiko ryšio vertinimas, taip pat visų motinų sąveikose buvo stebima daug pozityvaus vadovavimo apraiškų. Tad čia aptarinėjami skirtumai iš esmės yra tarp „gerų“ ir „labai gerų“ sąveikų.

#### 4.5 Vaikų iki 4 metų amžiaus psichosocialinės raidos, gimimo aplinkybių bei motinos veiksnių sąsajas paaiškinančio modelio aptarimas

Iki šiol aptarėme atskirų tyrime atliktų pjūvių rezultatus, tad galiausiai lieka svarbiausias uždavinys – sudėlioti bendrą visų ar bent jau pagrindinių tyrime vertintų kintamųjų sąsajų vaizdą ir atsakyti į klausimą, kokiais tarpusavio ryšiais yra susiję tyrime matuoti biologiniai, socialiniai ir psichologiniai vaiko raidos veiksniai, t.y. gimdymo, sociodemografiniai, motinos sąveikų su vaiku bei santykių su vyru ar partneriu ir vaiko raidos kintamieji.

Iki šiol aptartuose tyrimo rezultatuose pastebėjome, kad iš visų tyrimo dalyvių labiausiai išryškėjo dvi grupės – vaikai, gimusieji namuose bei gimusieji skubios cezario pjūvio operacijos būdu, iš vienos pusės pasižymintys priešingais motinų pateiktais emocijų ir sunkumų vertinimais, o vėliau – aukščiausiais samprotavimo ir savireguliacijos gebėjimais. Taigi, dėliodami tyrimo rezultatus galintį paaiškinti modelį labiausiai ir siekėme suprasti, dėl kokių tarpinių veiksnių namuose ir skubios cezario pjūvio operacijos būdu gimusieji vaikai buvo vertinami kaip pasižymintys visiškai priešingais emocijų ir elgesio sunkumų vertinimais, o taip pat, kokie skirtingų veiksnių tarpusavio ryšiai padėtų paaiškinti tiek vieno, tiek kito gimimo būdo pozityvią reikšmę vaikų savireguliacijos ir samprotavimo gebėjimams. Sudarytas modelis atskleidė, kad skirtinguose tarpsniuose matuoti biologiniai, psichologiniai ir socialiniai vaiko raidai svarbūs kintamieji buvo susiję įvairiapusiais ir daugialypiais ryšiais, kurių kiekvieno čia nesiekiame aptarti, tačiau norėtume paminėti mūsų tyrimui svarbiausius ryšius ir aptiktus tarpinius veiksnis.

Teoriniame tyrimo modelyje kėlėme prielaidas, kad ryšys tarp vaiko raidos vertinimų ir gimimo aplinkybių gali būti tiek tiesioginis, tiek per tarpinius veiksnis, kurių išskyrėme dvi grupes: motinos asmenybės, savijautos, santykių su partneriu veiksniai bei motinystės praktiškų sąveikų su vaiku ypatumai. Šios keltos prielaidos pasitvirtino iš dalies. Į prognostinius

modelius įtraukus tik dalį tyrime matuotų kintamųjų – gimimo aplinkybes, vaiko temperamento bruožus, sociodemografines charakteristikas – aptikome nors ir nedidelę, tačiau tiesioginę gimimo būdo, o tiksliau – gimimo namuose ir gimimo skubios cezario pjūvio operacijos būdu – reikšmę vaikų emocijų ir elgesio sunkumams bei pažintiniams ir savireguliacijos gebėjimams. Tačiau sudarius modelį, kuriame atsižvelgiama į visą visumą veiksnių – sociodemografinius, gimimo aplinkybes, motinos savijautą, santykius su partneriu ir sąveiką su vaiku ypatumus – gimimo aplinkybių vaidmuo vaiko raidoje atsiskleidžia per tam tikrus tarpinius motinų savijautos ir sąveikų su vaikais veiksnius.

Motinų pateikiamus vaiko emocijų ir elgesio sunkumų vertinimus 1,5 m. amžiuje tiesiogiai prognozavo vyriška vaiko lytis, motinos žemesnis išsilavinimas, didesnis vaiko neigiamo emocionalumo išreikštumas, labiau į suaugusiųsius orientuotos motinų nuostatos, susijusios su kūdikio priežiūra ir auginimu, o taip pat buvo stebimas reikšmingas ryšys tarp tuo pačiu metu matuoto žemesnio motinos saviveiksmingumo ir aukštesnio vaiko sunkumų lygio. Motinos savijautos ir santykių su vyru / partneriu reikšmė labiau atsiskleidė 2,5 m. amžiaus vaikų sunkumų vertinimams – motinų prastesnė emocinė savijauta 2,5 m. amžiuje buvo prognozuojama aukštesnių, motinos vertinimu, vaiko turimų sunkumų lygio 1,5 m. amžiuje ir susijusi su tame pačiame laikotarpyje matuotais prastesniais santykiais su vyru / partneriu iš vienos pusės bei su aukštesniais vaiko emocijų ir elgesio sunkumais iš kitos. Taigi, čia stebime transakcinius ryšius tarp skirtingų tyrimo kintamųjų: kuo labiau į suaugusiųs nukreiptomis nuostatomis vadovaujasi moterys, tuo jų vaiko elgesys joms atrodo problemiškesnis ar keliantis daugiau susirūpinimo, o kuo didesniais sunkumais motinų vertinimu pasižymi vaikai, tuo prasčiau jaučiasi motina ir tuo daugiau vaiko sunkumų ji mato ir vėlesniuose vaiko raidos etapuose.

Gimimo būdas, motinų pateikiamus emocijų ir elgesio sunkumų vertinimus, veikia per tokius motinų veiksnius, kaip nuostatos į kūdikio auginimą ir priežiūrą bei motinos saviveiksmingumą. Motinos, gimdžiusios namuose, pasižymėjo labiau į kūdikį orientuotomis nuostatomis ir tai prisidėjo prie šių motinų pateikiamų žemų vaiko emocijų ir elgesio sunkumų vertinimų. Tiek gimdymas skubios cezario pjūvio operacijos būdu, tiek gimdymas namuose prognozavo žemesnę motinos saviveiksmingumą, kuris, savo ruožtu, buvo susijęs su labiau išreikštais vaikų sunkumais. Taigi, šioje vietoje turime kiek kontraversiškus rezultatus: jei, viena vertus, žemesnis motinos saviveiksmingumas paaiškina, kodėl motinos, gimdžiusios skubios cezario

pjūvio operacijos būdu buvo linkusios savo vaikus vertinti, kaip turinčius didesnius emocijų ir elgesio sunkumus, tai gimusių namuose vaikų atveju tampa sunku paaiškinti, kaip nutinka, kad gimdymas namuose, netiesiogiai per motinos nuostatas, prognozuoja žemus vaikų sunkumus, o per žemą motinos saviveiksmingumą – aukštus.

Šioje vietoje norisi paminėti ir motinos saviveiksmingumo reikšmę vaiko savireguliacijos gebėjimams, mat būtent žemesnis motinos saviveiksmingumas yra vienas iš tiesiogiai geresnius vaiko savireguliacijos gebėjimus prognozuojančių veiksnių, šalia tokių veiksnių, kaip aukštasis motinos išsilavinimas, vaiko amžius tyrimo metu bei motinos santykiai su vyru / partneriu, kurie buvo vertinti, kai vaikui buvo 2,5 m. Taigi, matome, kad jei žemas motinos saviveiksmingumas, iš vienos pusės, yra tarpinis veiksnys tarp gimdymo skubios cezario pjūvio operacijos būdu ir aukštų motinos pateikiamų vaiko sunkumų vertinimų, iš kitos pusės – tai yra palankus veiksnys vaiko savireguliacijos gebėjimų raidai. Aukštus gimusių namuose vaikų savireguliacijos gebėjimus taip pat galime paaiškinti žemesniu motinos saviveiksmingumu. Tad čia norisi aiškiau suprasti gana prieštaringą motinos saviveiksmingumo reikšmę, atsiskleidusią tyrime.

Saviveiksmingumas, bendriausia prasme, yra apibrėžiamas, kaip asmens įsitikinimas apie savo gebėjimus, pasitikėjimas savo gebėjimais sėkmingai atlikti tam tikrą veiklą, būtiną norimam rezultatui pasiekti (Bandura, 1977). Tėvų saviveiksmingumas suprantamas, kaip tėvų kompetencijos jausmas, savęs vertinimas, kaip galinčio pozityviai veikti vaiko elgesį ir raidą, neretai yra susijęs su pozityvesnių tėvystės praktikų taikymu, su tėvų gebėjimu sukurti vaikui adaptyvią, stimuliuojančią ir augimą skatinančią aplinką, tad galima numanyti, kad būtent per pozityvias tėvystės praktikas tėvų saviveiksmingumas siejasi su mažesniais vaikų sunkumais, ypač elgesio (Coleman & Karraker, 2000 and 2003; Yaman, Mesman, van Ijzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2010). Kaip jau minėjome, mūsų tyrime motinos saviveiksmingumo vaidmuo nėra toks vienakryptis, kaip minėtuose Coleman ir Karraker (2000 ir 2003) bei Yaman su bendraautorais (2010) atliktuose tyrimuose. Mūsų tyrimo duomenimis, aukštesnis saviveiksmingumas buvo susijęs su žemesniais vaiko emocijų ir elgesio sunkumais, kas patvirtina anksčiau aptartus kitų tyrėjų atradimus. Tačiau savo saviveiksmingumą aukščiau vertinančios motinos tyrėjų buvo vertinamos kaip labiau kontroliuojančios ir besikišančios žaisdamos su vaiku, ypač atliekant su vaiku struktūruotą užduotį. Tad čia kyla klausimas, ką tiksliai matuoja mūsų tyrime naudota saviveiksmingumo skalė ir ar nėra taip, kad mūsų tyrime išmatuotas

motiniškos kompetencijos jausmas labiau atspindi situacijas, kuriose motina jaučiasi galinti kontroliuoti, suvaldyti ar užslopinti savo vaiko elgesį, o ne jose adaptyviai prisitaikyti prie besikeičiančių sąlygų ir jautriai sureaguoti į vaikui išskylančius sunkumus bei poreikius.

Motinos saviveiksmingumo skalė, naudota šiame tyrime, buvo kurta ir naudota Olandijoje (Van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Juffer, 1999), Kalinauskienės (2010) išversta ir pritaikyta naudojimui Lietuvoje. Skalė vertina, kiek kompetentingos, arba, kitaip sakant, „galinčios“, motinos jaučiasi reaguodamos į vaiko poreikius, jausmus, elgesį įvairiose situacijose, pvz., „Net ir tada, kai esu užsiėmusi pirkiniais, pastebiu, kad mano vaikas kažkuo nepatenkintas“, „Kai esu svečiuose, galiu pasirūpinti, kad mano vaikas žaisdamas nesusipyktų“. Kalinauskienės (2010) tyrime, aukštesnis motinos saviveiksmingumas, matuotas būtent šiuo instrumentu, buvo teigiamai susijęs su motinos jautrumu sąveikose su maždaug metų amžiaus vaikais, kas vėlgi leistų teigti, kad aukštesnis saviveiksmingumas yra pozityviai veikiantis vaiko raidą, tačiau mūsų tyrime tai ne visai pasitvirtina. Ambivalentišką saviveiksmingumo reikšmę vaiko raidoje atskleidžia ir Cassé, Oosterman, Schuengel (2016) atliktas tyrimas, kuriame buvo tyrinėjamos motinų diados su 1 metų amžiaus kūdikiais ir vertinamos vaiko prieraišumo stiliaus, motinos saviveiksmingumo ir santykių su partneriu sąsajos. Tyrimo rezultatai parodė, kad vengiantis kūdikio prieraišumo stilius buvo dažnesnis tose motinos-vaiko diadose, kurių motinos pasižymėjo aukštesniu saviveiksmingumu ir labiau išreikštu nepasitenkinimu santykiais su partneriu, kai tuo tarpu žemas motinos saviveiksmingumas buvo susijęs su saugiu vaiko prieraišumu, nepaisant to, kad motinos nesijautė patenkintos santykiais su partneriu.

Galime svarstyti, kad saviveiksmingumo matavimas gali būti jautrus vaiko amžiui, t.y. skirtingame amžiuje matuotas motinos saviveiksmingumas gali atspindėti skirtingas motinos elgesio su vaiku apraiškas. Minėtame Kalinauskienės (2010) tyrime, saviveiksmingumas buvo matuotas, kai vaikams buvo 12 mėn., o mūsų tyrime – 1,5 m. amžiuje, kuomet vaikas susiduria su kiek kitais raidos uždaviniais nei pirmaisiais gyvenimo metais. Antrieji vaiko gyvenimo metai, visų pirma, pasižymi vis didėjančia vaiko autonomija ir atsiskyrimu nuo motinos ir tai keičia jų emocinio bendravimo pobūdį – vietoj itin didelio kūniško kontakto atsiranda verbalizacija, socialinis nukreiptumas, kuriuo tėvai ar globėjai iškomunikuoja ir pasidalina emociu situacijos vertinimu. O taip pat šis vaiko raidos tarpsnis, pasižymintis nepaprastai sparčiais pažintinės, socialinės, motorinės raidos pokyčiais, iš motinos reikalauja naujų motinystės praktikų ir gebėjimo reaguoti į vaiko

didėjantį autonomijos, atsiskyrimo poreikį (Resch, 2008). Tad gali būti, jog šiuo jautriu raidos laikotarpiu pamatuotas motinos saviveiksmingumas išties daugiau žymi kontroliuojančio pobūdžio motinystės praktikas, kurios ne tiek atliepia į vaiko emocinius ar socialinius poreikius, kiek nuslopina tam tikras motinai iššūkius keliančias situacijas. Tad motinos, kurios jaučiasi galinčios kontroliuoti vaiko elgesį, iš vienos pusės vertina, kad vaikas turi mažiau emocijų ar elgesio sunkumų, tačiau iš kitos pusės galimai stokoja jautrumo vaikui svarbiose situacijose ir nepakankamai padeda ugdyti vaikui svarbius savireguliacijos gebėjimus.

Trumpai norisi aptarti motinos santykių su vyru ar partneriu reikšmę vaiko savireguliacijos gebėjimams – gavome, kad geresni motinos vertinimu santykiai su partneriu ar vyru, kai vaikui buvo 2,5 m., prognozavo aukštesnius vaiko savireguliacijos gebėjimus 4 m. amžiuje. Darnūs tėvų tarpusavio santykiai yra svarbus apsauginis vaikų psichopatologijos veiksnys – yra pastebima, kad darnesniais santykiais pasižyminčių tėvų vaikai turi mažiau emocijų ir elgesio sunkumų (Poulou, 2015; Širvinskienė, 2014), o taip pat suprantama, kad tėvų tarpusavio santykiai glaudžiai siejasi su motinos savijauta, kuri pirmaisiais vaiko gyvenimo metais yra svarbus vaiko raidą veikiantis veiksnys (Prenoveau et al., 2017). Taip pat tikėtina, kad darnesniais santykiais pasižyminčioje šeimoje tėvas aktyviau dalyvauja vaiko ugdyme ir priežiūroje, pavyzdžiui, daugiau žaidžia su vaiku, užsiima kitomis veiklomis, o tai savo ruožtu taip pat gali būti vaiko savireguliacijos gebėjimų raidai palankus veiksnys.

Aukštesnius vaikų samprotavimo gebėjimus tiesiogiai prognozuoja moteriška vaiko lytis bei, netikėtai, aukštesnis motinos depresiškumas, matuotas, kai vaikams buvo 3 m. Taip pat yra vienas, link statistiškai reikšmingo artėjantis, prognostinis veiksnys – tai pozityviu vadovavimu ir mažiau išreikšta kontrole bei kišimusi pasižymintis motinos sąveikavimo stilius, atliekant užduotį kartu su vaiku. Šioje vietoje stebime du kelius, bent iš dalies paaiškinančius gimdymo namuose reikšmę samprotavimo gebėjimams. Gimdančios namuose motinos pasižymėjo pozityvesniu sąveikavimo stiliumi su vaikais, kuris, savo ruožtu, buvo reikšmingas vaikų samprotavimo gebėjimams. Kitas kelias – labiau netikėtas – yra per motinos savijautą: gimdančios namuose motinos išgyveno daugiau neigiamų emocijų, kai vaikams buvo 2,5 m., o tai prognozavo aukštesnius motinos depresiškumo, matuoto 3 m. amžiuje įverčius, o depresiškesnių motinų vaikai gavo aukštesnius samprotavimo gebėjimų vertinimus.

Siekiant geriau suprasti ir paaiškinti čia pateiktus rezultatus, jaučiame, kad tam trūksta svarbaus dėmens – motinos pogimdyminės savijautos ir sąveikų su vaikais pirmaisiais metais ypatumų vertinimo. Breidokienės (2014) tyrime taip pat buvo aptiktos sąsajos tarp prastesnės motinos savijautos ir geresnių tam tikrų savireguliacijos gebėjimų, tačiau šis ryšys buvo stebimas vertinant pirmųjų kelių mėnesių motinos savijautą ir buvo keliami prielaidai, kad ankstyvame amžiuje patiriamas motinos stresiškumas gali skatinti ypatingai didelę vaikų savikontrolę, kuri gali būti susijusi su geresniais vėliau matuojamais savireguliacijos gebėjimais iš vienos pusės, tačiau iš kitos pusės – su emocijų sunkumais, labiau pasireiškiančiais vėlesniais raidos etapais. Bendrai motinos depresiškumas, ypač stebimas pirmuosius metus po gimdymo, siejamas su negatyviomis pasekmėmis vaiko raidai, pavyzdžiui, su vaiko didesniais emocijų, elgesio, pažintiniais ir savireguliacijos sunkumais (Lengua et al., 2008; Maughan et al., 2007). O taip pat yra daugybė tyrimų rodančių, kad motinos patiriama depresija yra vaiko psichopatologijos, emocijų ir elgesio sunkumų rizikos veiksnys (Goodman et al., 2011). Visgi svarbu pasakyti, kad šiame tyrime buvo matuota ne depresija, kaip sutrikimas, o depresiškumas, kaip tam tikros moters savijautos atspindys. Iš visų tyrimo dalyvių maždaug 8 proc. pasižymėjo depresiškumo įverčiais, aukštesniais nei 12 balų, kurie jau galėtų liudyti apie depresijos, kaip psichikos sutrikimo buvimą, tad tikėtina, kad mūsų tyrime matuotas depresiškumas daugiau žymi ne motinos ilgalaikį psichikos sutrikimą, bet laikiną emocinę būseną, kurios poveikis vaiko raidai gali būti ne toks reikšmingas. Kita vertus, motinos savijautos poveikis vaiko raidai gali būti susijęs su jos taikomų motinystės praktikų pobūdžiu. Pavyzdžiui, Baker (2018) atliktas tyrimas rodo, kad motinos depresijos simptomai vaikų kognityvios kontrolės gebėjimus veikia ne tiek tiesiogiai, kiek per motinystės veiksnius – konkrečiai per motinos šiltumą: kuo daugiau motina išgyvena depresijos simptomų, ir kuo mažiau šiltos yra jos sąveikos su vaiku, tuo prasčiau vertinami vaiko kognityvinės kontrolės gebėjimai. Mūsų tyrime motinos nepatyrė klinikinės depresijos simptomų, bet kai kurios iš jų pasižymėjo kiek aukštesniu depresiškumu ir dažnesniu neigiamų emocijų išgyvenimu. Tad gali būti, kad gana pozityvus motinos santykis su vaiku, kurį tyrėjai stebėjo vaikui esant 4 m. amžiuje, yra vienas iš apsauginių veiksnių, mažinantis galimą neigiamą motinos emocinės būsenos poveikį.

Baigiant šių rezultatų aptarimą, norisi paminėti dar vieną įdomų rezultatą apie vaiko valingos kontrolės bruožo vaidmenį vaiko raidai šalia kitų veiksnių. Iš šio tyrimo įvadinėje dalyje aptartų tyrimų, labiausiai būtų keltina prielaida,

kad vaiko valinga kontrolė gali reikšmingai prognozuoti vaikų savireguliacijos gebėjimus ir, galbūt, vaiko turimus elgesio sunkumus. Tačiau šio tyrimo metu sudarytame prognostiniame modelyje vaiko valinga kontrolė nebuvo susijusi su savireguliacijos gebėjimais, o labiau buvo susijusi su motinystės praktikomis – kuo aukščiau motinos vertino savo vaikų valingą kontrolę, tuo pačios jautėsi saviveiksmingesnės, tačiau tuo pat metu daugiau taikė neparemiančių reagavimo į neigiamas vaiko emocijas strategijų. Aiškinant motinos saviveiksmingumo ir valingos kontrolės ryšį, gali būti suprantama, kad kuo labiau motina mato savo vaiką, kaip gebantį įvairiose namuose stebimose situacijose kontroliuoti savo emocijas bei elgesį, tuo efektyviau jai sekasi spręsti įvairias su vaiko elgesiu ir emocijomis susijusias situacijas ir per tai ji patiria save kaip veiksmingą mamą. Kita vertus, dažnesnis neparemiančių reagavimo į vaiko neigiamas emocijas strategijų taikymas galbūt galėtų būti paaiškinamas motinos lūkesčiais vaikui, kuris, jos vertinimu, pasižymi labiau išreikšta valinga kontrole – tikėdamasi, kad vaikas gali pats efektyviai spręsti kylančias neigiamas emocijas, naudodama tam tikras neparemiančias strategijas motina gali tikėtis ir toliau skatinti patį vaiką be jos pagalbos efektyviai dorotis su neigiamomis emocijomis.

Apibendrinant rezultatus, apie gimimo aplinkybių sąsajas su mažų vaikų emocijų ir elgesio sunkumais, savireguliacijos bei samprotavimo gebėjimais, galime teigti, kad tokios gimimo aplinkybės, kaip gimimas skubios cezario pjūvio operacijos būdu ir gimimas namuose yra reikšmingi vaiko raidai veiksniai, dalyvaujantys vaiko raidoje ne tiesiogiai, o per tam tikrą motinų elgesį su vaikais – labiau atliepantį į vaiko poreikius, mažiau besikišantį ir kontroliuojantį. Apžvelgiant namuose gimdžiusių moterų išryškėjusius sąveikų su vaikais ypatumus, pozityviai susijusius su vaiko raida, norisi dar kartą atkreipti dėmesį, kad šios grupės moterys, lyginant su kitomis grupėmis, skiriasi ne tiek kažkokiu itin pozityviu elgesiu su vaikais, kiek neparemiančio ar kontroliuojančio elgesio retesniu naudojimu, kuris išryškėjo tiek iš pačių moterų pateikiamos informacijos, pildant klausimynus, tiek stebint jų sąveikas su vaikais. Tai pasakytina ir apie skubios cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusias motinas. Breidokienė (2014), Jusienė (2014), taip pat pastebėjusios teigiamą cezario pjūvio operacijos reikšmę vaiko savireguliacijos bei pažintiniams gebėjimams, kėlė prielaidą, kad toks teigiamas ryšys tarp gimimo skubios cezario pjūvio operacijos būdu ir vaikų savireguliacijos gebėjimų, gali rodyti didesnę motinos įsitraukimą į vaiko ugdymą, o taip pat, kadangi tyrime dominuoja aukštojo išsilavinimo moterys,



tikėtina, kad jos gimimą skubios cezario pjūvio operacijos būdu mato kaip vaiko raidai nepalankų veiksnį, tad gali stengtis jį kompensuoti per tam tikras motinystės praktikas. Nors iš bendro tyrimo kintamuosius apjungiančio modelio negalime patvirtinti tokios prielaidos, visgi norisi atkreipti dėmesį, kad kai kurie mūsų tyrimo rezultatai lyg ir veda į šios prielaidos patvirtinimą – gimdžiusių skubios cezario pjūvio operacijos būdu motinų sąveikos su vaikais buvo vertinamos, kaip gana pozityvios, o taip pat motinos vertintos kaip gana daug su vaiku užsiimančios įvairiomis veiklomis, kai šiam buvo 2,5 m. Tai leidžia svarstyti apie moterų, gimdžiusių skubios cezario pjūvio operacijos būdu gana pozityvias motinystės praktikas ne tik stebimas laboratorinėmis sąlygomis, bet ir namų aplinkoje, prisidedančias prie iš esmės sklandžios vaikų raidos.

Nors atrodytų, kad tyrime įtraukėme platų spektrą emocinių, socialinių, demografinių veiksnių, svarbių ikimokyklinio amžiaus vaikų raidai, tačiau žinoma, kad parašėse liko kai kurie svarbūs veiksniai, kurie nepateko į mūsų tyrimo dėmesio lauką. Pavyzdžiui, pastarojo meto tyrimuose stebimas dar vieno su motinystės praktikomis susijusio veiksnio – motinų mentalizacijos gebėjimų, pasireiškiančių per emocinių, psichinių būsenų įvardijimą, emocinių būsenų su elgesiu susiejimą – svarbą mažų vaikų savireguliacijai (Senehi, Brophy-Herb, & Vallotton, 2018). Manome, kad tokių papildomų veiksnių, kaip motinos gebėjimas mentalizuoti, įvertinimas taip pat galėtų padėti geriau suprasti galimus ryšio tarp gimimo cezario pjūvio operacijos būdu ir vaiko samprotavimo bei savireguliacijos gebėjimų mediatorius.

#### 4.6 Tyrimo ribotumai ir tolimesnių tyrimų gairės

Pabaigai norėtume trumpai aptarti šio tyrimo ribotumus bei nubrėžti, mūsų manymu, svarbias ateities tyrimų gaires.

Pirmoji grupė tyrimo ribotumų ir trūkumų yra susijusi su tyrimo dalyvių imtimi ir jos charakteristikomis. Mūsų tyrimas buvo dalis didesnio ilgalaikio savireguliacijos raidos tyrimo, trukusio keturis metus. Ilgalaikiuose tyrimuose natūralu susidurti su tam tikru tyrimo dalyvių nubyrėjimu, tad su šia problema susidūrėme ir mes. Pačiame pirmajame tyrimo etape, kuris vyko ligoninėje, tam tikru metu visoms ten gimdžiusioms moterims siūlant dalyvauti tyrime, turėjome galimybę į tyrimą įtraukti įvairaus išsilavinimo ir įvairaus socialinio statuso moteris. Tačiau tolesniuose tyrimo etapuose vis mažiau liko žemesnio išsilavinimo ir socialinio statuso moterų. Tad galutinėje tyrimo imtyje

dominuoja aukštojo išsilavinimo moterys, gyvenančios daugiausiai registruotoje santuokoje, miestuose. Todėl mūsų tyrimo rezultatai negali būti plačiau apibendrinami ir atspindi būtent aukštojo išsilavinimo, gyvenančių santuokoje ir reziduojančių miestuose moterų grupę. Su tokia tyrimo imties sudėtimi greičiausiai yra susiję ir kai kurie tyrimo rezultatai, pavyzdžiui, didžioji dalis motinų demonstravo išties pozityvų elgesį sąveikų su vaikais metu, tad sunku yra įvertinti, kiek įvairios gimdymo aplinkybės gali būti susijusios su įvairesnių charakteristikų motinų savijauta, taikomomis motinystės praktikomis ar sąveikų su vaikais ypatumais.

Antras su tyrimo dalyvių intimi susijęs ribotumas – mažas kai kurių gimdymo būdo grupių dydis. Viena vertus, tai natūralus skirtumas, nes gimdymų atvejais dominuoja gimdymas natūraliais gimdymo takais. 2009 m. (tais metais gimė visi ligoninėje gimę mūsų tyrimo dalyviai) Higienos instituto duomenimis, iš visų Lietuvoje vykusių gimdymų 75 proc. vyko natūraliais gimdymo takais, 25 proc. cezario pjūvio operacijos būdu (iš jų 65 proc. skubios cezario pjūvio operacijos būdu). Mūsų tyrimo imtis atspindėjo šias bendras tendencijas – iš visų ligoninėje gimusių vaikų 68 proc. buvo gimusieji ligoninėje natūraliais gimdymo takais, o likusieji 32 proc. – cezario pjūvio operacijos būdu, kurių 2/3 sudarė skubios cezario pjūvio operacijos. Tad nors mūsų tyrimo imtis atspindi bendras konkrečių metų gimimo tendencijas, visgi kai kuriais etapais, pavyzdžiui, vaikų, gimusių planinės cezario pjūvio operacijos būdu, imtis buvo itin maža. Tad turint didesnės apimties imtis, o taip pat į tyrimą įtraukiant daugiau cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusių moterų, tikėtina, galėtume turėti išsamesnius ir kiek bendresnes tendencijas atspindinčius tyrimo rezultatus.

Taigi, ateities tyrimuose, atsižvelgiant į minėtus šio tyrimo trūkumus, praplečiant tyrimo dalyvių imtį ir įtraukiant tyrimo dalyvių grupes, pasižyminčias mažiau vaiko raidai palankiais sociodemografiniais veiksniais, galima būtų atskleisti naujus ir, galbūt, visai kitus gimdymo aplinkybių dalyvavimo vaiko raidoje mechanizmus. Pavyzdžiui, gali būti keltina prielaida, kad skubios cezario pjūvio operacijos pozityvus poveikis vaiko samprotavimo ir savireguliacijos gebėjimams nebūtų stebimas žemesnio socioekonominio statuso tyrimo dalyvių grupėje, nes prastesnėmis socialinėmis ir ekonominėmis sąlygomis augančios šeimos, tikėtina, nevertintų skubios cezario pjūvio operacijos kaip vaiko raidai nepalankaus veiksnio, o jei ir vertintų kaip tokį – turėtų mažiau galimybių „investuoti“ į vaiką ir padėti jam ugdyti tam tikrus įgūdžius. Labai įdomu būtų ateities tyrimuose atsižvelgti į gimimus planinės cezario pjūvio operacijos būdu

motinų pageidavimu. Lietuvoje neturime duomenų, kiek planinių cezario pjūvio operacijų įvyksta moterų pageidavimu ir Sveikatos ministerijoje apibrėžtose cezario pjūvio operacijos indikacijose nėra nurodoma, kad ši operacija galėtų būti atliekama pageidaujant motinai. Tuo tarpu kitose šalyse planinių cezario pjūvio operacijų motinų pageidavimu skaičius svyruoja nuo 4 iki 36 proc. (Huang et al., 2019) ir žymi tam tikrą moterų požiūrį į vaiko gimimą: siekį planuoti kūdikio gimimo laiką, gimdymą derinti su kitais svarbiais reikalais ar tam tikrus emocinius sunkumus, kylančius prieš gimdymą. Tad būtų išties įdomu patyrinėti, kokiais ypatumais pasižymėtų moterų, gimdžiusių planinės cezario pjūvio operacijos būdu jų pačių pageidavimu, motinystės praktikos ir jų vaikų raida, ypač lyginant su kita gimdymo aplinkybes pasirinkusių moterų grupe – gimdžiusiomis namuose.

Antra grupė tyrimo ribotumų yra susijusi su pačia tyrimo procedūra bei aprėptais kintamaisiais. Duomenys iš skirtingu būdu gimdžiusių motinų buvo renkami skirtingu laiku. Pagrindinės tyrimo dalyvių imties duomenys buvo renkami 2009 – 2013 m., o namuose gimusių vaikų imtis buvo įtraukta į tyrimą nuo 2014 m., ir didžioji dalis namuose gimusių vaikų gimė 2013 – 2014 m. Jei pagrindinės tyrimo dalies moterys į tyrimą buvo įtrauktos iškart po gimdymo, tai namuose gimusius vaikus įtraukėme į tyrimą, kai jiems buvo 1,5 m. Kaip jau minėjome, tokį sprendimą lėmė keletas priežasčių: namuose gimdančių šeimų bendruomenė nėra didelė ir gimdymai namuose nėra dažni, be to, tuo metu, kai pradėjome tyrimą, vyko teisminis procesas dėl gimdymų namuose, kuriuose buvo teisiamos moterys, teikiančios pagalbą šeimoms, gimdančioms namuose bei padedančios įregistruoti namuose gimusius vaikus. Tad socialinė ir emocinė situacija nebuvo palanki tyrimui ir gimdymų namuose skaičius buvo dar mažesnis nei įprastai. Todėl į tyrimą įtraukėme tas moteris, kurios jau buvo pagimdžiusios vaikus ir galėjo pakankamai saugiai jaustis dalyvaudamos tyrime. Nors tyrimo duomenys buvo renkami skirtingu metu, maksimaliai stengėmės suvienodinti tyrimo duomenų rinkimo procedūras ir visi vaikai bei motinų-vaikų diados buvo stebimos laboratorinėmis sąlygomis, visgi dalį informacijos namuose gimdžiusios moterys pateikė retrospektyviai, pavyzdžiui, apie nėštumo ir gimdymo metu buvusias komplikacijas, gimdymo metu dalyvavusius žmones, nuostatas į kūdikio priežiūrą ir auginimą. Nors toks retrospektyvus duomenų rinkimas gali sumažinti surinktų duomenų patikimumą, visgi tyrime naudojome praktiškai tik faktinę retrospektyviai surinktą informaciją ar tokią, kuri mažiau susijusi su moterų emocine būkle ir galėtų būti vertinama kaip ganėtinai

patikima. Tad tikime, kad šis tyrimo netobulumas, jei ir veikė mūsų tyrimo rezultatus, tai tik labai minimaliai.

Galiausiai, nors tyrime buvo aprėpta daugybė su motinos savijauta, motinystės praktikomis ar sąveikų su vaikais ypatumais susijusių veiksnių, tačiau ne visų veiksnių reikšmę pavyko atskleisti, o taip pat matome, kad kai kurių papildomų veiksnių matavimas išties galėtų padėti geriau suprasti ar interpretuoti gautus tyrimo rezultatus. Taip pat tyrime išryškėjus dviem tyrimo dalyvių grupėms, kaip pasižyminčioms ryškiausiais skirtumais – tai buvo skubios cezario pjūvio operacijos būdu ir namuose gimusieji vaikai – kiti tyrimo dalyviai savotiškai liko „nuskriausti“ ir tyrimo rezultatuose tapo tarytum nepastebimi, per mažai aptariami, bandant suprasti, o kokiais gi ypatumais pasižymėjo šios grupės moterys ir vaikai. Tad konstruojant ateities tyrimus būtų vertinga turėti „kontrolinę“ tam tikrų gimdymo aplinkybių grupę ir remiantis ja analizuoti įvairiomis aplinkybėmis gimdžiusių moterų ypatumus ir gimusių vaikų raidą.

Labiausiai šiame tyrime trūksta moters pogimdyminės savijautos vertinimo ir stebėsenos, kuri, kaip žinome iš kitų tyrėjų darbų, yra glaudžiau susijusi su gimdymo patyrimu, nei vėlesnių metų savijauta. Manome, kad pogimdyminė moters savijauta galėtų padėti paaiškinti ir kai kuriuos tyrimo aptiktus rezultatus, pavyzdžiui, visiškai tikėtina, kad skubios cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusios moterys savo vaikus vertino kaip turinčius daugiau emocijų ir elgesio sunkumų, nes pačios patyrė daugiau pogimdyminio nerimo ar depresiškumo, o prasta savijauta galėjo sietis ir su didesniu nerimu dėl vaiko raidos. Verta paminėti ir ne visai pavykusį mūsų moters asmenybės savybių vertinimą – nors matavome motinos asmenybės bruožus ir koreliaciniai ryšiai atskleidė, kad jie siejasi tiek su motinų savijauta, tiek su jų pateikiamais vaikų emocijų ir elgesio sunkumų vertinimais ar kai kuriais savireguliacijos gebėjimais, tačiau informaciją apie asmenybės bruožus pateikė tik nedidelė motinų grupė ir tai apsunkino šio veiksnio įtraukimą į bendrus prognostinius modelius.

Tad tyrimo trūkumai nuosekliai suponuoja dar keletą gairių ateities tyrimams, ką ir kaip svarbu būtų tyrinėti siekiant giliau, visapusiškiau, detaliau atsakyti į klausimus apie gimdymo ir gimimo aplinkybių sąsajas su vaiko raida. Be to, kad į kitus tyrimus būtų svarbu įtraukti moters savijautos po gimdymo vertinimą, taip pat mūsų tyrime labai trūko objektyvių duomenų apie motinų sąveikas su kūdikiais per jų pirmuosius gyvenimo metus ir turėjome tik subjektyviai moterų pateiktą informaciją apie jų nuostatas į kūdikio auginimą. Tad į tyrimus įtraukiant skirtingu būdu gimdžiusių moterų

ankstyvųjų sąveikų stebėjimus, fiksuojant motinos jautrumą, emocinį prieinamumą santykiuose su kūdikiais, galima būtų išsamiau įvertinti, kaip gimimo aplinkybės veikia ne tik motinos savijautą pirmaisiais kūdikio gyvenimo metais, bet ir jos motinystės praktikas. O per tai galbūt atrasti tuos rizikos bei apsauginius veiksnius, kurie veda prie motinų savo vaikų vertinimų, kaip turinčių daugiau ar mažiau sunkumų.

Taip pat vertinga būtų plačiau, išsamiau įvertinti tėvo, globėjo vaidmenį sąsajose tarp gimimo aplinkybių, motinos sąveikų su vaiku ir vaiko raidos. Tikriausiai galėtume sakyti, kad įvertinome tik motinystės kontekstą, kuriame augo mūsų mažieji tyrimo dalyviai, tačiau nepakankamai įvertinome tėvystės ar bendrą šeimos kontekstą, kuris apima ir kitus vaikui svarbius suaugusiuosius ir per jų elgesį gali veikti vaiko raidos sunkumus ar pasiekimus. Tad ateities tyrimuose svarbu būtų įvertinti, kaip gimdymo ir vaiko gimimo patirtis veikia ir tėčių emocinę savijautą, kaip ir kiek į vaiko auklėjimą, priežiūrą, veiklas su vaiku įsitraukia tėčiai bei kaip tai siejasi su vėlesne vaikų raida. Gali būti, kad motinai išgyvenant sunkias emocijas po gimdymo patirties, tėčiai ir jų elgesys su moterimis ar vaikais gali būti apsauginis veiksnys, prisidedantis prie sklandesnės vaiko raidos pirmaisiais gyvenimo metais.

#### 4.7 Praktinės rekomendacijos

Tyrimo rezultatai, atskleidę įvairiapuses gimimo aplinkybių sąsajas su motinos savijauta, motinos sąveikų su vaiku ypatumais bei ankstyvąja vaiko raida, leidžia suformuluoti keletą žinučių praktikams, dirbantiems su šeimomis, prižiūrintiems nėščiąjų ir gimdyvių sveikatą, o taip pat teikiantiems pagalbą mažiems vaikams ir jų šeimoms.

Visų pirma, norisi atkreipti dėmesį į su nėštumu bei gimdymu susijusį psichologinį kontekstą, kurio vaidmuo tolesnėje vaiko raidoje nors ir gana kuklus, tačiau vis tiek svarbus. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad jau nėštumo metu tam tikri patiriami psichologiniai veiksniai – tokie, kaip moters reakcija į nėštumą, pasiruošimas gimdymui, o vėliau – gimdymo patyrimas, kaip moteris subjektyviai vertina gimdymo sunkumą, kiek turėjo galimybę gauti palaikymą iš artimų žmonių, dalyvaujančių gimdyje – siejasi su moters požiūriu į kūdikio priežiūrą ir auginimą, o per tai, tikėtina, veikia pirmųjų metų moters elgesį su vaiku. Moterys, patyrusios daugiau su nėštumu ir gimdymu susijusių minėtų rizikos veiksnių, yra linkusios vadovautis labiau į

suaugusius orientuotomis kūdikio priežiūros nuostatomis, trumpiau žindyti savo vaikus, taip pat daugiau naudoti tokių neparemiančių reagavimo į neigiamas emocijas strategijų, kaip baudimas, sumenkinimas ar susikrimitimas. Tikėtina, kad visos šios mažiau pozityvios motinystės praktikos siejasi su moters savijauta pirmaisiais metais po gimdymo. Tad svarbu būtų, kad moterų nėštumą prižiūrintys specialistai per įprastines nėščiąjų apžiūras skirtų dėmesio moters psichologinės būsenos įvertinimui, padrašinimui kalbėti ne tik apie fiziologinius, bet ir apie psichologinius pokyčius, o artėjant gimdymui – apie jausmus, susijusius su gimdymu. Pastebėjus, kad moteris išgyvena stresą ar nėštumas kelia kokių nors sunkių jausmų – nukreipti moteris emocinės paramos ar psichologinės pagalbos, kuri ne tik padėtų moteriai įveikti nėštumo metu kylančius jausmus, bet ir atliktų moters emocinių sunkumų, galinčių kilti po gimdymo, prevencijos vaidmenį.

Siekiant sukurti kuo optimaliausias sąlygas moterų gimdymo patyrimui, svarbu būtų skatinti moteris ruoštis gimdymui, lankant specialius pasiruošimo gimdymui ir naujagimio priežiūros kursus, o pasiruošimo gimdymui kursuose dėmesį skirti moters emociniam pasiruošimui gimdyti, suteikiant žinių apie tai, ką moteris gali daryti gimdymo metu, pavyzdžiui, apie nemedikamentinius skausmo malšinimo būdus, kvėpavimo, skirtingų pozų reikšmę, siekiant palengvinti gimdymo veiklos metu kylantį skausmą ir pan. Nors mūsų tyrimas ir neišryškino kokio nors neigiamo gimdymo metu taikytų medikamentų (skausmo malšinimui ar gimdymo veiklos skatinimui) poveikio mažų vaikų raidai, tačiau matome, kad namuose gimdžiusios moterys, kurios ne tik gimdė be jokių medikamentų, bet taip pat ir ženkliai daugiau nei kitų grupių motinos ruošėsi gimdymui lankydamos specialius kursus, patį gimdymą vertino kaip lengvesnį ir bendrai pasižymėjo pozityvesnėmis sąveikomis su vaiku pirmuosius kelerius metus. Tad žinojimas, kas vyksta gimdymo metu, galimybė padėti sau išgyventi gimdymo metu kylantį skausmą, įtraukiant į pagalbą gimdymo metu moteriai svarbius ar artimus žmones (vyrą / partnerį, dūlą, draugę ar kt.), gali prisidėti prie geresnio subjektyvaus gimdymo patirties vertinimo, o per tai – lengvesnio, sklandesnio pogimdyminio laikotarpio išgyvenimo.

Šioje vietoje taip pat norisi paminėti moteriai reikšmingų žmonių vaidmenį tiek gimdyje, tiek pogimdyminiame laikotarpyje. Gana įprasta praktika, kad gimdymuose suteikiama galimybė dalyvauti vyrams ar partneriams, o taip pat dažnėja situacijos, kuomet moterys nori, kad gimdyje dalyvautų kažkas iš jai reikšmingų moterų – šeimos moterys ar gimdyvių padėjėjos dulos. Tad svarbu į pasiruošimo gimdymui procesą aktyviai įtraukti ne tik pačią moterį, bet ir

tuos žmones, kurie planuoja kartu su ja dalyvauti gimdyme, o ypač žinių apie gimdymo procesus ir pogimdyminį laikotarpį reikia moters partneriui ar vyrui, kuris, bent jau po gimdymo, neretai yra vienas pirmųjų paramos šaltinių, moteriai susidūrus su sunkumais. Tad vyrus ir partnerius, planuojančius dalyvauti gimdyme, svarbu įtraukti į pasiruošimo gimdymui ir naujagimio priežiūrai kursus ir abiem – tiek moteriai, tiek vyrui – suteikti žinių apie gimdymo metu vykstančius procesus, apie tai, koks artimų žmonių dalyvavimas gimdyme gali padėti gimdyvei (pvz. masažai, galimybių sudarymas moteriai išbūti sėdintis jai patogioje poza ir pan.), o taip pat apie pogimdyminio laikotarpio emocinius pokyčius ir galimas grėsmes moters savijautai. Su moterimi gyvenančių žmonių galimybės laiku atpažinti moters emocinių sunkumų simptomus po gimdymo, pagelbėti moteriai įveikiant po gimdymo kylančias emocijas ar, esant poreikiui, padėti jai kreiptis profesionalios psichologinės pagalbos, yra itin svarbios ir reikalingos, siekiant užkirsti kelią moters pogimdyminiams psichikos sveikatos sutrikimams.

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad ankstyvosios motinų nuostatos į kūdikio auginimą – lanksčios ir orientuotos į vaikų poreikius – yra vienas iš vaikų emocijų ir elgesio sunkumų apsauginių veiksnių. Motinos nuostatos, susijusios su kūdikio žindymu ne pagal grafiką, bet atsižvelgiant į vaiko poreikį, su jautriu ir atliepiančiu reagavimu į kūdikio distresą, su fizinio artumo kūdikiui suteikimą tuomet, kai jam to reikia, nesibaiminant, kad kūdikis nuo to išleps, gali būti ugdomos tiek iki kūdikio gimimo pasiruošimo gimdymui kursuose, tiek jau gimus kūdikiui. Pasiruošimo gimdymui ir naujagimio priežiūros kursuose išties svarbu skirti daugiau dėmesio psichologinėms temoms, o taip pat šviesti motinas apie kūdikių poreikius pirmaisiais gyvenimo metais bei kaip motinos gali į juos atliepti.

Pabaigai norisi trumpai paminėti vieną tyrime pastebėtą vaiko raidai palankų veiksnių – motinos santykių su partneriu / vyru pozityvią reikšmę ankstyvųjų vaikų savireguliacijos gebėjimų raidai. Šis tyrimo rezultatas leidžia tik priminti praktikams, dirbantiems su vaikais ir jų šeimomis, kaip svarbu teikiant pagalbą mažiems vaikams susidūrus su emocijų ir elgesio sunkumais ar jų reguliacijos problemomis, įtraukti abu tėvus bei siekiant kuo efektyviau padėti vaikui – padėti tėvams stiprinti tarpusavio ryšį.

## IŠVADOS

1. Stebimi tokie skirtingomis aplinkybėmis gimusių vaikų motinų vertinti emocijų ir elgesio sunkumų ypatumai:
  - 1.1. Namuose gimę 1,5 m. ir 2,5 m. amžiaus vaikai, motinų vertinimu, pasižymėjo mažiausiais, o skubios cezario pjūvio operacijos būdu gimę vaikai – didžiausiais dėmesio trūkumo ir aktyvumo bei emocijų ir elgesio sunkumais.
  - 1.2. Didesnė biologinė nėštumo ir gimdymo rizika yra nors ir silpnai, bet reikšmingai susijusi su 1,5 m. amžiaus vaikų dėmesio trūkumo bei aktyvumo ir emocijų sunkumais, o didesnė psichologinė nėštumo ir gimdymo rizika – su 2,5 m. amžiuje motinų vertintais vaikų emocijų sunkumais.
2. Skubios cezario pjūvio operacijos būdu ir namuose gimusieji vaikai pasižymėjo aukščiausiais samprotavimo ir savireguliacijos gebėjimais, o namuose gimusieji – dar ir aukščiausiais planavimo gebėjimais.
3. Skirtingu būdu gimdžiusios moterys pasižymėjo panašiais emocinės savijautos ir santykių su vyru / partneriu vertinimais, kuomet vaikai buvo nuo 1,5 m. iki 4 m. amžiaus. Skirtingu būdu gimdžiusios moterys skyrėsi tik vienu asmenybės bruožu: namuose gimdžiusios moterys pasižymėjo labiausiai išreikštu atvirumu bruožu.
4. Skirtingomis aplinkybėmis gimdžiusios moterys pasižymėjo tokiais sąveikų su vaikais ypatumais:
  - 4.1. Namuose gimdžiusioms motinoms buvo būdinga ilgesnė, nei kitų moterų, žindymo trukmė, labiau į vaikus orientuotos nuostatos susijusios su kūdikio priežiūra, dažniau taikoma tokia paremianti reagavimo į vaikų neigiamas emocijas strategija, kaip emocijų raiškos skatinimas ir nuosekliai rečiau taikomos neparemiančios reagavimo į vaiko neigiamas emocijas strategijos.
  - 4.2. Cezario pjūvio operacijos – tiek skubios, tiek planinės – būdu gimdžiusios moterys pasižymėjo trumpiausia žindymo trukme, turėjo labiausiai į suaugusius nukreiptas kūdikio priežiūros ir auginimo nuostatas, o planinės cezario pjūvio operacijos būdu gimdžiusios moterys dar ir dažniausiai taikė neparemiančias reagavimo į neigiamas vaiko emocijas strategijas.



- 4.3. Tyrėjų vertinimu, namuose gimdžiusios motinos struktūruotos užduoties su 4 m. amžiaus vaikais metu taikė pozityvesnį sąveikavimo su vaikais stilių: naudojo daugiau pozityvaus vadovavimo, apimančio pasiūlymų, pagyrimų, padaršinių naudojimą bei mažiau kontrolės ir kišimosi, o šios motinų-vaikų diados buvo vertinamos kaip geriau tarpusavyje derančios ir bendradarbiaujančios, nei kitų gimdymo grupių.
5. Vaikų iki 4 m. amžiaus psichosocialinės raidos, gimimo aplinkybių bei motinos psichologinius ir socialinius veiksnius apjungiantis modelis atkleidžia tokias tyrime matuotų kintamųjų tarpusavio sąsajas:
- 5.1. Motinų pateikiamus vaikų emocijų ir elgesio sunkumus 1,5 m. amžiuje tiesiogiai prognozavo vyriška vaiko lytis, motinos žemesnis išsilavinimas, didesnis vaiko neigiamo emocionalumo išreikštumas, labiau į suaugusiuosius orientuotos motinų nuostatos, susijusios su kūdikio priežiūra ir auginimu, bei mažesnis motinos saviveiksmingumas.
- 5.2. Gimimo būdas vaiko emocijų ir elgesio sunkumus prognozavo ne tiesiogiai, o per tarpinius veiksnius. Gimdžiusios namuose motinos pasižymėjo labiau į vaiką orientuotomis kūdikio priežiūros nuostatomis, o šios, savo ruožtu, prognozavo mažesnius elgesio ir emocijų sunkumų įverčius. Moterys, gimdžiusios skubios cezario pjūvio operacijos būdu, pasižymėjo mažesniu saviveiksmingumu, kuris siejosi su didesniais vaikų sunkumų įverčiais.
- 5.3. Didesnius savireguliacijos gebėjimus tiesiogiai prognozavo aukštasis motinos išsilavinimas, didesnis vaiko amžius tyrimo metu, mažesnis motinos saviveiksmingumas, kai vaikams buvo 1,5 m. ir geresni motinos santykiai su vyru / partneriu, vaikams esant 2,5 m. amžiaus. Mažesnis motinos saviveiksmingumas yra tarpinis veiksnys, paaiškinantis gimdymų namuose ir skubios cezario pjūvio operacijos būdu pozityvią reikšmę vaiko savireguliacijos gebėjimams.
- 5.4. Didesnius vaikų samprotavimo gebėjimus tiesiogiai prognozavo moteriška vaiko lytis, didesnis motinos depresiškumas, matuotas, kai vaikams buvo 3 m. ir pozityviu vadovavimu pasižymintis motinos sąveikavimo stilius bendros užduoties su 4 m. amžiaus vaiku metu. Motinų dažnesnis neigiamų emocijų išgyvenimas 2,5 m. amžiuje, didesnis depresiškumas 3 m. amžiuje bei pozityvesnis sąveikavimo

stilius su 4 m. vaiku struktūruotoje užduotyje yra tarpiniai veiksniai, paaiškinantys gimdymo namuose teigiamą reikšmę vaiko samprotavimo gebėjimams.

## LITERATŪROS SĄRAŠAS

- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry
- Aginskytė, I. (2018). *Mamų sąveikų su pusantrų metų vaikais ypatumai ir jų sąsajos su mamų savijauta, požiūriu į vaiko priežiūrą bei santykiais su partneriu*. Bakalauro darbas. Vilnius: Vilniaus universitetas
- Agnafors, S. (2016). *A Biopsychosocial and Long Term Perspective on Child Behavioral Problems - Impact of Risk and Resilience*. Medical Dissertation, Linköping University, Sweden. Prieiga internete: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:896705/FULLTEXT01.pdf>
- Aksan, N., Kochanska, G., & Ortmann, M. R. (2006). Mutually responsive orientation between parents and their young children: Toward methodological advances in the science of relationships. *Developmental Psychology*, 42(5), 833–848. doi:10.1037/0012-1649.42.5.833
- Aksoy, M., Aksoy, A. N., Dostbil, A., Celik, M. G., & Ince, I. (2014). The Relationship between Fear of Childbirth and Women's Knowledge about Painless Childbirth. *Obstetrics & Gynecology International*, 1-7. doi:10.1155/2014/274303
- Al Khalaf, S., O'Neill, S., O'Keefe, L., Henriksen, T., Kenny, L., Cryan, J., & Khashan, A. (2015). The impact of obstetric mode of delivery on childhood behavior. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 50 (10), 1557-1567. doi:10.1007/s00127-015-1055-9
- Albers, E. M., Riksen-Walraven, J. M., Sweep, F. J., & De Weerth, C. (2008). Maternal behavior predicts infant cortisol recovery from a mild everyday stressor. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 49(1), 97-103. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01818.x
- Albright, M.B., Tamis-LeMonda, C. S. (2002). Maternal Depressive Symptoms in Relation to Dimensions of Parenting in Low-Income Mothers. *Applied Developmental Science*, 6(1), 24-34. doi: 10.1207/S1532480XADS0601\_03
- Almqvist, C., Cnattingius, S., Lichtenstein, P., & Lundholm, C. (2012). The impact of birth mode of delivery on childhood asthma and allergic diseases-a sibling study. *Clinical & Experimental Allergy*, 42 (9), 1369-1376. doi:10.1111/j.1365-2222.2012.04021.x
- Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder

- following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 91(11), 1261-1272. doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x
- Anim-Somuah, M., Smyth, A., & Jones, L. (2010). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub3.
- Arlauskaitė, R., Baliulienė, V., Zavackienė, A., Tomkevičiūtė, J., Macas, A., & Rimaitis, K. (2017). Nemedikamentiniai ir medikamentiniai gimdymo skausmo malšinimo būdai: gimdyvių turimos ir gaunamos žinios bei pasirinkimas. *Sveikatos mokslai*, 26, 83-89. doi: 10.5200/sm-hs.2016.096.
- Atance, C.M. & Jackson, L.K. (2009). The development and coherence of future-oriented behaviours during the preschool years. *Journal of Experimental Child Psychology*, 102, 379-391. doi: 10.1016/j.jecp.2009.01.001
- Atzaba-Poria, N. (in press). *Playfulness*. In Bornstein, M., ed. (in press). *The SAGE Encyclopedia of Lifespan Human Development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Azad, M. B., Konya, T., Maughan, H., Guttman, D. S., Field, C. J., Chari, R. S., & ... Kozyrskyj, A. L. (2013). Gut microbiota of healthy Canadian infants: profiles by mode of delivery and infant diet at 4 months. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 185(5), 385-394. doi:10.1503/cmaj.121189
- Bačiulienė R. (Sud.). (2016). *Paukščio snape. Žmogaus delne*. Vilnius: VšĮ „Pamėginčius“
- Baker, C.E. (2018). Maternal depression and the development of executive function and behavior problems in Head Start: indirect effects through parenting. *Infant Mental Health Journal*, 39(2), 134-144. doi:10.1002/imhj.21698
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Barnett, M. A., Shanahan, L., Deng, M., Haskett, M. E., & Cox, M. J. (2010). Independent and Interactive Contributions of Parenting Behaviors and Beliefs in the Prediction of Early Childhood Behavior Problems. *Parenting: Science & Practice*, 10(1), 43-59. doi:10.1080/15295190903014604

- Bartusevičius, A. (2006). *Gimdymui sužadinti po liežuviu ir į makštį vartojamo misoprostolio veiksmingumo ir saugumo palyginamoji vertė* (Daktaro disertacija). Kaunas: Kauno medicinos universitetas.
- Beebe, K.R., Lee, K.A., Carrieri-Kohlman, V., & Humphreys J. (2007). The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(5), 410–418. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00170.x
- Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). For Better and For Worse: Differential Susceptibility to Environmental Influences. *Current Directions In Psychological Science*, 16(6), 300-304. doi:10.1111/j.1467-8721.2007.00525.x
- Benet-Martinez, V., & John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 729-750. doi:10.1037//0022-3514.75.3.729
- Berentson-Shaw, J., Scott, K. M., & Jose, P. E. (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 357–73. doi:10.1080/02646830903190888
- Bergmann, S., von Klitzing, K., Keitel-Korndörfer, A., Wendt, V., Grube, M., Herpertz, S., & ... Klein, A. M. (2016). Emotional availability, understanding emotions, and recognition of facial emotions in obese mothers with young children. *Journal Of Psychosomatic Research*, 8044-52. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.11.005
- Bernhard, C., Zielinski, R., Ackerson, K., & English, J. (2014). Home birth after hospital birth: women's choices and reflections. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59 (2), 160–166. doi: 10.1111/jmwh.12113
- Bigelow, A. E., Power, M., Gillis, D. E., Maclellan-Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2014). Breastfeeding, skin-to-skin contact, and mother-infant interactions over infant's first three months. *Infant Mental Health Journal*, 35(1), 51-62. doi:10.1002/imhj.21424
- Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, M. A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental Review*, 34(2), 114-167. doi:10.1016/j.dr.2014.01.002
- Byford, M., Kuh, D., & Richards, M. (2012). Parenting practices and intergenerational associations in cognitive ability. *International journal of epidemiology*, 41(1), 263-272. doi: 10.1093/ije/dyr188

- Black, M. M., Walke, S. P., Fernald, L. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Chunling, L., & ... Lancet Early Childhood Development Series Steering, C. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*, 389(10064), 77-90. doi:10.1016/S0140-6736(16)31389-7
- Bolton, P. F., & Murphy, M. (1997). Obstetric complications in autism: Consequences or causes of the condition? *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 272. doi:10.1097/00004583-199702000-00018
- Bornstein, M., Putnick, D., Suwalsky, J., & Gini, M. (2006). Maternal chronological age, prenatal and perinatal history, social support, and parenting of infants. *Child Development*, 4 (77), 875-892. doi:10.1111/j.1467-8624.2006.00908.x
- Borra, C., Iacovou, M., & Sevilla, A. (2015). New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Maternal and Child Health Journal*, 19(4), 897–907. doi: 10.1007/s10995-014-1591-z
- Breidokienė, R. (2014). *Ankstyvosios savireguliacijos biologiniai ir psichosocialiniai veiksniai* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Breidokienė, R., & Jusienė, R. (2014). Vaiko temperamento ir motinos elgesio su vaiku strategijų reikšmė keturmečių gebėjimams atidėti malonumą. *Psichologija*, 49, 100-114.
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Widström, A., Svensson, K., Neumann, M., Hart, E. A., & ... Phillips, R. (2015). The Association Between Common Labor Drugs and Suckling When Skin-to-Skin During the First Hour After Birth. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 42(4), 319-328. doi:10.1111/birt.12186
- Britto, P.R., Lye, S.J., Proulx, K..., & the Early Childhood Development Interventions Review Group, and for the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee (2016). Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(16)31390-3
- Britton, J., Britton, H.L., Gronwaldt, V. (2006). Breastfeeding, Sensitivity, and Attachment. *Pediatrics*, 118, 1436-1443. doi: 10.1542/peds.2005-2916
- Butkienė, D., & Gintilienė, G. (2011). Raven's Coloured Progressive Matrices among children aged 4 - 5 years in Lithuania. In *11th European conference on psychological assessment*. Abstract book. Riga

- Cabrera, N., Karberg, E., Malin, J., & Aldoney, D. (2017) The magic of play: Low-income mothers' and fathers' playfulness and children's emotion regulation and vocabulary skills. *Infant Mental Health Journal*, 38(6), 757-771. doi:10.1002/imhj.21682
- Calkins, S. D. (2011). Biopsychosocial Models and the Study of Family Processes and Child Adjustment. *Journal of Marriage and the Family*, 73(4), 817–821. doi:10.1111/j.1741-3737.2011.00847.x
- Calkins, S. D., Smith, C. L., Gill, K. L., & Johnson, M. C. (1998). Maternal Interactive Style Across Contexts: Relations to Emotional, Behavioral and Physiological Regulation During Toddlerhood. *Social Development*, 7(3), 350-369. doi:10.1111/1467-9507.00072
- Calkins, S.D., Propper, C.B., & Mills-Koonce, W.R. (2013). A biopsychosocial perspective on parenting and developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 25 (4), 1399-1414. doi:10.1017/S0954579413000680
- Campbell, D., Scott, K. D., Klaus, M. H., & Falk, M. (2007). Female Relatives or Friends Trained as Labor Doulas: Outcomes at 6 to 8 Weeks Postpartum. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 34(3), 220-227. doi:10.1111/j.1523-536X.2007.00174.x.
- Carlson, A.L., Xia K., Azcarate-Peril, M.A., Goldman, B.D., Ahn, M., .... & Styner, M.A. (2018). Infant gut microbiome associated with cognitive development. *Biological Psychiatry* 83, 148 – 159. doi:10.1016/j.biopsych.2017.06.021
- Carlson, S.M., Moses, L.J., & Claxton, L.J. (2004). Individual differences in executive functioning and theory of mind: An investigation of inhibitory control and planning ability. *Journal of Experimental Child Psychology*, 87(4), 299-319. doi: 10.1016/j.jecp.2004.01.002
- Cassé, J.F., Oosterman, M., Schuengel, C. (2016). Parenting self-efficacy moderates linkage between partner relationship dissatisfaction and avoidant infant-mother attachment: A Dutch study. *Journal of Family psychology*, 30(8), 935 – 943. doi: 10.1037/fam0000247
- Catling, C., Dahlen, H., & Homer, C.S. (2014). The influences on women who choose publicly-funded home birth in Australia. *Midwifery*, 30(7), 892–898. doi:10.1016/j.midw.2014.03.003
- Caughy, M., Huang, K., & Lima, J. (2009). Patterns of Conflict Interaction in Mother–Toddler Dyads: Differences Between Depressed and Non-depressed Mothers. *Journal Of Child & Family Studies*, 18(1), 10-20. doi:10.1007/s10826-008-9201-6

- Chao-Yuan, C., & Cheeseman, M. (2017). European court of human rights rulings in home birth set to cause trouble for the future: a review of two cases. *Medical Law Review*, 25(1), 115-125. doi:10.1093/medlaw/fwv040
- Chien, L., Lin, H., Shao, Y., Chiou, S., & Chiou, H. (2015). Risk of Autism Associated With General Anesthesia During Cesarean Delivery: A Population-Based Birth-Cohort Analysis. *Journal Of Autism & Developmental Disorders*, 45(4), 932-942. doi:10.1007/s10803-014-2247-y
- Chis, A., Vulturar, R., Andreica, S., Prodan, A., & Miu, A. C. (2017). Behavioral and cortisol responses to stress in newborn infants: Effects of mode of delivery. *Psychoneuroendocrinology*, 86, 203-208. doi:10.1016/j.psyneuen.2017.09.024
- Cho, C.E., & Norman, M. (2013). Caesarean section and development of the immune system in the offspring. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 208, 249-254. doi:10.1016/j.ajog.2012.08.009
- Choi, E. (2013). An Exploratory Study of Maternal Depressive Symptoms and Infant's Social Skills in Korea: The Mediating Role of Mothers' Social Interactions with their Infants. *Infant Mental Health Journal*, 34(5), 458-469. doi:10.1002/imhj.21397
- Chong, S. Y. (2016). *Children's temperament and parenting practices in the first five years of life and cognitive, academic and adiposity outcomes in later childhood and adolescence*. Doctoral thesis. Paimta iš: <https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/102709/2/02whole.pdf>
- Churchill, J. A., & Parkes, G. (1959). The relationship of epilepsy to breech delivery. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 11, 1-12.
- Clark, S.L., Simpson, K.R., Knox, E.G., & Garite, T.J. (2009). Oxytocin: new perspectives on an old drug. *American Journal Obstetrics and Gynaecology*, 200(1), 35.e1-35.e6. doi:10.1016/j.ajog.2008.06.010
- Coleman, P. K. & Karraker, K. H. (2000). Parenting Self-Efficacy Among Mothers of School-Age Children: Conceptualization, Measurement, and Correlates. *Family Relations*, 49, 13-24. doi:10.1111/j.1741-3729.2000.00013.x
- Coleman, P.K., & Karraker, K.H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behaviour and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, 24(2), 126-148. doi:10.1002/imhj.10



- Conrad, B., Gross, D., Fogg, L., & Ruchala, P. (1992). Maternal Confidence, Knowledge, and Quality of Mother-Toddler Interactions: A Preliminary Study. *Infant Mental Health Journal*, 13(4), 353-362. doi:10.1002/1097-0355(199224)13:4<353::AID-IMHJ2280130410>3.0.CO;2-#
- Conrad, M., & Stricker, S. (2018). Personality and labor: a retrospective study of the relationship between personality traits and birthing experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36 (1), 67-80. doi: 10.1080/02646838.2017.1397611
- Corter, C. M., & Fleming, A. S. (1995). Psychobiology of Maternal Behavior in Human Beings. In Bornstein M.H. (ed.) *Handbook of parenting: Vol. 2, Biology and Ecology of Parenting* (pp. 87-110). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Ass.
- Cox, J.L, Holden, & J.M, Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Cox, M. J., Mills-Koonce, R., Propper, C., & GariéPy, J. (2010). Systems theory and cascades in developmental psychopathology. *Development & Psychopathology*, 22(3), 497-506. doi:10.1017/S0954579410000234
- Cryan, J. F., & Dinan, T. G. (2012). Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(10), 701-712. doi:10.1038/nrn3346
- Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant & Child Development*, 14(2), 117-132. doi:10.1002/icd.384
- Curran, E. A., Khashan, A. S., Dalman, C., Kenny, L. C., Cryan, J. F., Dinan, T. G., & Kearney, P. M. (2016). Obstetric mode of delivery and attention-deficit/hyperactivity disorder: a sibling-matched study. *International Journal Of Epidemiology*, 45(2), 532-542. doi:10.1093/ije/dyw001
- Curran, E. A., O'Neill, S. M., Cryan, J. F., Kenny, L. C., Dinan, T. G., Khashan, A. S., & Kearney, P. M. (2015). Research Review: Birth by caesarean section and development of autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 56(5), 500-508. doi:10.1111/jcpp.12351

- Čekuolienė, D., Jusienė, R., Širvinskienė, G., Zamalijeva, O., & **Breidokienė, R.** (2011). Motinų psichologinės savijautos ir kūdikių probleminio elgesio sąsajos. *Psichologija*, 43, 44-62.
- Čekuolienė, D. (2008) *Stebėjimas psichologijoje: moksliniai tyrimai, diagnostika ir korekcija*. Vilniaus universiteto leidykla: Vilnius
- Čekuolienė, D. (2008). *Prierašumas: teoriniai aspektai, tyrimai, intervencija: vadovėlis*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Dahl, R., & Conway, A. (2009). Self-Regulation and the Development of Behavioral and Emotional Problems: Toward an Integrative Conceptual and Translational Research Agenda. In S. Olson & A. Sameroff (Eds.), *Biopsychosocial Regulatory Processes in the Development of Childhood Behavioral Problems* (pp. 290-318). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511575877.013
- Danilevičiūtė, V. (2006). *Psichikos sutrikimai nėštumo ir pogimdyminių laikotarpiu*. Mokomoji knyga. Kaunas: Vitae Litera.
- De Haad, A. D., Prinzie, P., & Deković, M. (2009). Mothers' and fathers' personality and parenting: the mediating role of sense of competence. *Developmental Psychology*, 45(6), 1695-1707. doi: 10.1037/a0016121.
- De Weerth, C. (2017). Do bacteria shape our development? Crosstalk between intestinal microbiota and HPA axis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 83458-471. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.09.016
- De Weerth, C., & Buitelaar, J. K. (2007). Childbirth complications affect young infants' behavior. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(6), 379-388. doi:10.1007/s00787-007-0610-7
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2013). *Listening to mothers III: Pregnancy and birth*. New York, NY: Childbirth Connection.
- Della Rosa, E. (2011). The creative role of playfulness in development. *Infant Observation*, 14(2), 203-217. doi:10.1080/13698036.2011.583436
- Delonis, M. S., Beeghly, M., & Irwin, J. L. (2017). Mother-Toddler Interaction Quality as a Predictor of Developmental and Behavioral Outcomes in a Very Preterm Sample. *Merrill-Palmer Quarterly*, 63(1), 15-53. doi:10.13110/merrpalmquar1982.63.1.0015
- Denham, S.A., Warren-Khot, H.K., Bassett, H.H., Wyatt, T., & Perna, A. (2012). Factor structure of self-regulation in preschoolers: Testing models of a field-based assessment for predicting early school readiness. *Journal of Experimental Child Psychology*, 111 (3), 386 – 404. doi:10.1016/j.jecp.2011.10.002

- Dennis, T. A., Brotman, L. M., Huang, K., & Gouley, K. K. (2007). Effortful Control, Social Competence, and Adjustment Problems in Children at Risk for Psychopathology. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(3), 442-454. doi:10.1080/15374410701448513
- Diaconu, I. E., Anton, C. R., Anton, E., & Filipeanu, D. (2017). Analysis of possible positive effects of oxytocin administered during birth on the neuromotor development of the 0 - 5 year-old-children. *SEA: Practical Application Of Science*, 5(1), 151-156.
- DiMatteo, M.R., Morton, S.C., Lepper, H.S., Damush, T.M., Carney, M.F., Pearson, M., & Kahn, K.L. (1996). Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology*, 15(4), 303-314. doi:10.1037/0278-6133.15.4.303
- Dixon, W.E., & Smith, P. (2003). Who's controlling whom? Infant contributors to maternal play behaviour. *Infant and Child Development*, 12(2), 177-195. doi.org/10.1002/icd.283
- Dubois-Comtois, K., Moss, E., Cyr, C., & Pascuzzo, K. (2013). Behavior Problems in Middle Childhood: The Predictive Role of Maternal Distress, Child Attachment, and Mother-Child Interactions. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 41(8), 1311-1324. doi:10.1007/s10802-013-9764-6
- Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiesen, A., Welles-Nyström, B., & Widström, A. (2013). Influence of Skin-to-Skin Contact and Rooming-In on Early Mother–Infant Interaction: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Nursing Research*, 22(3), 310-336. doi:10.1177/1054773812468316
- Duncan, L. G., Cohn, M. A., Chao, M. T., Cook, J. G., Riccobono, J., & Bardacke, N. (2017). Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 17, 1-11. doi:10.1186/s12884-017-1319-3
- Ebirim, L.N., Buowari, O.Y., & Ghosh, S. (2012). Physical and Psychological Aspects of Pain in Obstetrics. In Ghosh S, editor. *Pain in Perspective*, 219-236. doi:10.5772/53923
- Eckerdal, P., Wikström, A., Högberg, U., Skalkidou, A., Georgakis, M. K., & Kollia, N. (2018). Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 97(3), 301-311. doi:10.1111/aogs.13275

- Edwards, C.P. (1995). Parenting toddlers. In M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting: Vol. 1. Children and parenting* (pp. 41 – 63)
- Edwards, R., Hans, S., Edwards, R. C., & Hans, S. L. (2016). Prenatal Depressive Symptoms and Toddler Behavior Problems: The Role of Maternal Sensitivity and Child Sex. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(5), 696-707. doi:10.1007/s10578-015-0603-6
- Endriulaitienė, A., Šeibokaitė, L., Markšaitytė, R., Žardeckaitė-Matulaitienė, K., Pranckevičienė, A., ir Stelmokienė, A. (2013). Skirtingų grupių vairuotojų sąviziņa vertinamo rizikingo vairavimo ir asmenybės bruožų sąsajos. *Psichologija*, 48, 20–38.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129 – 136
- Enoch, M., Steer, C. D., Newman, T. K., Gibson, N., & Goldman, D. (2010). Early life stress, MAOA, and gene-environment interactions predict behavioral disinhibition in children. *Genes, Brain & Behavior*, 9(1), 65-74. doi:10.1111/j.1601-183X.2009.00535.x
- Erickson, S. J., Duvall, S. W., Fuller, J., Schrader, R., MacLean, P., & Lowe, J. R. (2013). Differential associations between maternal scaffolding and toddler emotion regulation in toddlers born preterm and full term. *Early Human Development*, 89(9), 699-704. doi:10.1016/j.earlhumdev.2013.05.003
- Erikson, E. (2004). *Vaikystė ir visuomenė*. Vilnius: UAB "Katalikų pasaulio leidiniai"
- Esmantienė, A., Railaitė, R.R., & Vaitkienė, D. (2013). Literatūros apžvalga apie planuotų gimdymų ne liginėje saugumą. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*, XVI (3), 238 – 246.
- Essex, M. J., Kraemer, H. C., Slattery, M. J., Burk, L. R., Boyce, W. T., Woodward, H. R., et al. (2009). Screening for childhood mental health problems: Outcomes and early identification. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 50, 562–570. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.02015.x.
- Fabes, R. A., Eisenberg, N., & Bersweig, J. (1990). *Coping with Children' Negative Emotions Scale (CCNES): Description and scoring*. Tempe, AZ: Arizona State University
- Fagot, B.I., & Gauvain, M. (1997). Mother-child problem solving: Continuity through the early childhood years. *Developmental Psychology*, 33, 480-488. doi:10.1037/0012-1649.33.3.480

- Farrow, C., & Blissett, J. (2014). Maternal mind-mindedness during infancy, general parenting sensitivity and observed child feeding behavior: a longitudinal study. *Attachment & Human Development, 16*(3), 230-241. doi:10.1080/14616734.2014.898158
- Feldman, R., Weller, A., Leckman, J.F., Kuint, J., & Eidelman, A.I. (1999). The Nature of the Mother's Tie to Her Infant: Maternal Bonding under Conditions of Proximity, Separation, and Potential Loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40* (6), 929-939. doi:10.1111/1469-7610.00510
- Feng, X., Shaw, D. S., Kovacs, M., Lane, T., O'Rourke, F. E., & Alarcon, J. H. (2008). Emotion regulation in preschoolers: the roles of behavioral inhibition, maternal affective behavior, and maternal depression. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry, 49*(2), 132-141. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01828.x
- Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., & ... Toohill, J. (2013). Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy & Childbirth, 13*(1), 1-17. doi:10.1186/1471-2393-13-190
- Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., & ... Ryding, E. L. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy & Childbirth, 15*-8. doi:10.1186/s12884-015-0721-y
- Ferber, S.G., & Feldman, R. (2005). Delivery Pain and the Development of Mother—Infant Interaction. *Infancy, 8*(1), 43-62. DOI: 10.1207/s15327078in0801\_3
- Ferber, S. G., & Makhoul, I. R. (2004). The Effect of Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care) Shortly After Birth on the Neurobehavioral Responses of the Term Newborn: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics, 113*(4), 858-865. doi:10.1016/j.jpeds.2004.08.039
- Ferrell, C., Pope, J., Anguah, K., & Liu, P. (2017). The Effect of Social Support on Breastfeeding Initiation and Continuation. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 117* (9), A9. doi.org/10.1016/j.jand.2017.06.098
- Field, A. P. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics: And sex and drugs and rock "n" roll* (4th ed.). Los Angeles [etc.]: SAGE.

- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, Á. (2009). Mother-to-Infant Emotional Involvement at Birth. *Maternal & Child Health Journal*, 13(4), 539-549. doi:10.1007/s10995-008-0312-x
- Fijalkowski, W. (2000). *Gimdymo dovana*. Kaunas: Caritas
- Flink, I.K., Mroczek, M.Z., Sullivan, M.J.L., & Linton, S.J. (2009). Pain in childbirth and postpartum recovery—the role of catastrophizing. *European Journal of Pain*, 13(3), 312–6. doi:10.1016/j.ejpain.2008.04.010
- Flouri, E., Ruddy, A., & Midouhas, E. (2017). Maternal depression and trajectories of child internalizing and externalizing problems: the roles of child decision making and working memory. *Psychological Medicine*, 47(6), 1138–1148. doi:10.1017/S0033291716003226
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. *Early Human Development*, 87(1), 21-26. doi:10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006
- Freedman, D., Brown, A. S., Shen, L., & Schaefer, C. A. (2015). Perinatal oxytocin increases the risk of offspring bipolar disorder and childhood cognitive impairment. *Journal Of Affective Disorders*, 17365-72. doi:10.1016/j.jad.2014.10.052
- Gardener, H., Spiegelman, D., & Buka, S. L. (2011). Perinatal and Neonatal Risk Factors for Autism: A Comprehensive Meta-analysis. *Pediatrics*, 128(2), 344-355. doi:10.1542/peds.2010-1036
- Gélis, J. (1991). *History of Childbirth*. Cambridge: Polity press.
- Giallo, R., Cooklin, A., Wade, C., D’Esposito, F., & Nicholson, J.M. (2013). Maternal postnatal mental health and later emotional–behavioural development of children: the mediating role of parenting behaviour. *Child: Care, Health & Development*, 40 (3), p327-336. doi:10.1111/cch.12028
- Gillberg, C. (1990). Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 31(1), 99-119. doi:10.1111/1469-7610.ep17139116
- Gilmore, K.J., Meersand, P. (2014). *Normal Child and Adolescent Development– A Psychodynamic Primer*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Gintautas, V., Bagušytė, L. (2010). Normalus gimdymas ir gimdymo priežiūra. Iš Nadišauskienė R. (sud.) *Gimdymas*. Kaunas: Vitae Litera.
- Gintilienė, G., Butkienė, D. (2005). Raveno spalvotų progresuojančių matricų standartizacija Lietuvoje. *Psichologija*, 25, 22-34.

- Girdzijauskienė, S., Lesinskienė, S., Gintilienė, G., Pūras, D. ir Butkienė, D. (2007). Pradinių klasių moksleivių psichikos sveikatos sutrikimų rizikos ir gerovės veiksniai. *Visuomenės sveikata*, 4(39), 27-33.
- Gitau, R., Menson, E., Pickles, V., Fisk, N.M., Glover, V., MacLachlan, N. (2001). Umbilical cortisol levels as an indicator of the fetal stress response to assisted vaginal delivery. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 98 (1), 14-7. doi:10.1016/S0301-2115(01)00298-6
- Goisis, A. (2015). How Are Children of Older Mothers Doing? Evidence from the United Kingdom. *Biodemography and Social Biology*, 61, 231–251. doi:10.1080/19485565.2014.1001887
- Goldbort, J. G. (2009). Women's lived experience of their unexpected birthing process. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 34(1), 57–62. doi:10.1097/01.NMC.0000343867.95108.b3.
- Goldstein, K. M., Caputo, D. V., & Taub, H. B. (1976). The Effects of Prenatal and Perinatal Complications on Development at One Year of Age. *Child Development*, 47(3), 613-621. doi:10.1111/1467-8624.ep12241369
- Gonzalez-Valenzuela, M.J., Lopez-Montiel, D., & Gonzalez-Mesa, E.S. (2015). Exposure to Synthetic Oxytocin During Delivery and Its Effect on Psychomotor Development. *Developmental Psychobiology*, 57 (8), 908-920. doi:10.1002/dev.21321
- Goodman, S.H., Rouse, M.H., Connell, A.M., Broth, M.R., Hall, C.M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1-27. doi: 10.1007/s10567-010-0080-1
- Green, K. E., & Groves, M. M. (2008). Attachment parenting: An exploration of demographics and practices. *Early Child Development and Care*, 178, 513–525. doi: 10.1080/03004430600851199.
- Gregory, S.G., Anthopolos, R., Osgood, C.S., Grotegut, C.G., & Miranda, M.L. (2013). Association of Autism With Induced or Augmented Childbirth in North Carolina Birth Record (1990-1998) and Education Research (1997-2007) Databases. *JAMA Pediatrics*, 167(10), 959-966. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2904.
- Gul, H., Erol, N., Akin, D. P., Gullu, B. U., Akcakin, M., Alpas, B., & Öner, Ö. (2016). Emotional availability in early mother-child interactions for children with autism spectrum disorders, other psychiatric disorders, and development delay. *Infant Mental Health Journal*, 37(2), 151-159. doi:10.1002/imhj.21558

- Gulenc, A., Butler, E., Sarkadi, A., & Hiscock, H. (2018). Paternal psychological distress, parenting, and child behaviour: A population based, cross-sectional study. *Child: Care, Health & Development*, 44(6), 892–900. doi:10.1111/cch.12607
- Gutierrez-Galve, L., Stein, A., Heron, A. & Ramchandani, P. (2015). Paternal Depression in the Postnatal Period and Child Development: Mediators and Moderators. *Pediatrics*, 135 (2), e339-e347. doi:10.1542/peds.2014-2411
- Haapio, S., Kaunonen, M., Arffman, M., & Åstedt-Kurki, P. (2017). Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 31(2), 293-301. doi:10.1111/scs.12346
- Hallers-Haalboom, E. T., Endendijk, J. J., Groeneveld, M. G., van Berkel, S. R., van der Pol, L. D., Linting, M., & ... Mesman, J. (2017). Mothers' and Fathers' Sensitivity With Their Two Children: A Longitudinal Study From Infancy to Early Childhood. *Developmental Psychology*, 53(5), 860-872. doi:10.1037/dev0000293
- Harmeyer, E., Ispa, J.M., Palermo, F., & Carlo, G. (2016). Predicting self-regulation and vocabulary and academic skills at kindergarten entry: The roles of maternal parenting stress and mother-child closeness. *Early Childhood Research Quarterly*, 37 (4), 153-164. doi: 10.1016/j.ecresq.2016.05.001
- Hartman, S., & Belsky, J. (2016). An Evolutionary Perspective on Family Studies: Differential Susceptibility to Environmental Influences. *Family Process*, 55(4), 700-712. doi:10.1111/famp.12161
- Hatzinikolaou, K., & Murray, L. (2010). Infant sensitivity to negative maternal emotional shifts: Effects of infant sex, maternal postnatal depression, and interactive style. *Infant Mental Health Journal*, 31(5), 591-610. doi:10.1002/imhj.20265
- Healey, D. M., Gopin, C. B., Grossman, B. R., Campbell, S. B., & Halperin, J. M. (2010). Mother–child dyadic synchrony is associated with better functioning in hyperactive/inattentive preschool children. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 51(9), 1058-1066. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02220.x
- Heijtz, R. D. (2016). Fetal, neonatal, and infant microbiome: Perturbations and subsequent effects on brain development and behavior. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 21, 410-417. doi:10.1016/j.siny.2016.04.012



- Hertwig, R., Davis, J. N., & Sulloway, F. J. (2002). Parental Investment: How an Equity Motive Can Produce Inequality. *Psychological Bulletin*, 128(5), 728. doi:10.1037/0033-2909.128.5.728
- Hildingsson, I., Radestad, I., & Lindgren, H. (2010). Birth preferences that deviate from the norm in Sweden: planned home birth versus planned cesarean section. *Birth*, 37, 288–295. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00423.x.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub5
- Hofstra, M. B., Van Der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2002). Child and Adolescent Problems Predict DSM-IV Disorders in Adulthood: A 14-Year Follow-Up of a Dutch Epidemiological Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 182. doi:10.1097/00004583-200202000-00012
- Holmes, L. (2000). The Object Within: Childbirth as a Developmental Milestone. *Modern psychoanalysis*, 25 (1), 109 -134.
- Hon Kei Yip, B., Leonard, H., Stock, S., Stoltenberg, C., Francis, R. W., Gissler, M., & ... Yip, B. K. (2017). Caesarean section and risk of autism across gestational age: a multi-national cohort study of 5 million births. *International Journal Of Epidemiology*, 46(2), 429-439. doi:10.1093/ije/dyw336
- Hotelling, B. A. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence Basis for the Ten Steps of Mother-Friendly Care. *The Journal of Perinatal Education*, 16(2), 38–43. doi:10.1624/105812407X197744
- Huang, K., Yan, S., Wu, X., Zhu, P., & Tao, F. (2019). Elective caesarean section on maternal request prior to 39 gestational weeks and childhood psychopathology: a birth cohort study in China. *BMC Psychiatry*, 19: 22. doi: 10.1186/s12888-019-2012-z
- Huang, K., Tao, F., Liu, L., & Wu, X. (2012). Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China? *Journal Of Clinical Nursing*, 21(11/12), 1534-1543. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03941.x
- Hudson, S., Levickis, P., Down, K., Nicholls, R., & Wake, M. (2015). Maternal responsiveness predicts child language at ages 3 and 4 in a community-based sample of slow-to-talk toddlers. *International Journal Of Language & Communication Disorders*, 50(1), 136-142. doi:10.1111/1460-6984.12129

- Hultman C.M., Sparen P., & Cnattingius S. (2002). Perinatal risk factors for infantile autism. *Epidemiology*, 13(4), 417-423.
- Ionio, C., Lista, G., Mascheroni, E., Olivari, M. G., Confalonieri, E., Mastrangelo, M., & ... Scelsa, B. (2017). Premature birth: complexities and difficulties in building the mother–child relationship. *Journal Of Reproductive & Infant Psychology*, 35(5), 509-523. doi:10.1080/02646838.2017.1383977
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Harder, V. S., Ang, R. P., Bilenberg, N., ... Gudmundsson, H. S. (2010). Preschool Psychopathology Reported by Parents in 23 Societies: Testing the Seven-Syndrome Model of the Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(12), 1215–1224. doi:10.1016/j.jaac.2010.08.019
- Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal Of Affective Disorders*, 20(8), 634-645. doi:10.1016/j.jad.2016.10.009
- Jasiulionė, J. S., Jusienė, R., ir Markūnienė, E. (2016). Sintetinio oksitocino naudojimo gimdymo veiklos sužadinimui ir skatinimui sąsajos su vaiku iki 1,5 m. amžiaus emocijų ir elgesio sunkumais. *Sveikatos mokslai*, 26(2), 59 – 66. doi: 10.5200/sm-hs.2016.028.
- Jasiulionė, J. S., Jusienė, R. (2019). Delivery mode, maternal characteristics and developmental trajectories of toddler’s emotional and behavioral problems. *Child & Youth Care Forum*, 48(3), 405–425. doi:10.1007/s10566-019-09487-8
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (Vol. 2, pp. 102–138). New York: Guilford Press.
- John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). *The Big Five Inventory-Versions 4a and 54*. Berkeley, CA: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.
- John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm Shift to the Integrative Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Conceptual Issues. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 114-158). New York, NY: Guilford Press.

- Jonas, W., Atkinson, L., Steiner, M., Meaney, M. J., Wazana, A., & Fleming, A. S. (2015). Breastfeeding and maternal sensitivity predict early infant temperament. *Acta Paediatrica*, *104*(7), 678-686. doi:10.1111/apa.12987
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., ... (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*.3: CD009234. Paimta iš <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009234/epdf/standard>
- Jouhki M. (2012). Choosing homebirth: the women's perspective. *Women Birth*, *25* (4), e56–e61. doi: 10.1016/j.wombi.2011.10.002.
- Jung, T., & Wickrama, K. A. S. (2008). An introduction to latent class growth analysis and growth mixture modeling. *Social and Personality Psychology Compass*, *2*, 302–317. doi:10.1111/j.1751-9004.2007.00054.x
- Junge, C., Garthus-Niegel, S., Slinning, K., Polte, C., Simonsen, T., & Eberhard-Gran, M. (2017). The Impact of Perinatal Depression on Children's Social-Emotional Development: A Longitudinal Study. *Maternal & Child Health Journal*, *21*(3), 607-615. doi:10.1007/s10995-016-2146-2
- Jusienė, R. (2014). *Mažų vaikų savireguliacija*. Monografija. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla
- Jusienė, R., Raižienė, S., Barkauskienė, R., Bieliauskaitė R. ir Dervinytė Bongarzoni, A. (2007). Ikimokyklinio amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumų rizikos veiksniai. *Visuomenės sveikata*, *4*(39), 46-54.
- Jusienė, R., ir Kuzminskaitė, M. (2017). Gimimo eiliškumas bei ikimokyklinio amžiaus vaikų elgesio ir emocijų sunkumai. *Psichologija*, *55*, 88-97. doi:10.15388/Psichol.2017.55.10738
- Jusienė, R., ir Žalienė, J. (2012). Nėštumo ir gimdymo komplikacijų bei psichosocialinių veiksnių įtaka pogimdyminei depresijai. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*, *XV*(1), 23-33
- Kairys, A. (2010). *Laiko perspektyva: sąsajos su asmenybės bruožais, amžiumi ir lytimi* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Kalinauskienė, L. (2010). *Motinos ir kūdikio prierašumo santykių korekcijos galimybės* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Karabekiroğlu, K., Akman, İ., Kuşçu Orhan, Ş., Kuşçu, K., Altuncu, E., Karabekiroğlu, A., & Yüce, M. (2015). Mother-Child Interactions of Preterm Toddlers. *Archives Of Neuropsychiatry / Noropsikiatri Arsivi*, *52*(2), 157-162. doi:10.5152/npa.2015.7343

- Kelly, J. F. & Barnard, K. E. (2000). Assessment of parent–child interaction: Implications for early interventions. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 290–307). New York: Cambridge University Press.
- Kelmanson, I.A. (2013). Emotional and behavioural features of preschool children born by Caesarean deliveries at maternal request. *European Journal of Developmental Psychology*, 10 (6), 676-690. doi:10.1080/17405629.2013.787024
- Kenkel, W. M., Yee, J. R., & Carter, C. S. (2014). Is Oxytocin a Maternal-Foetal Signalling Molecule at Birth? Implications for Development. *Journal Of Neuroendocrinology*, 26(10), 739-749. doi:10.1111/jne.12186
- Kennedy, M., Betts, L. R., & Underwood, J. M. (2014). Moving Beyond the Mother–Child Dyad: Exploring the Link Between Maternal Sensitivity and Siblings’ Attachment Styles. *Journal Of Genetic Psychology*, 175(4), 287-300. doi:10.1080/00221325.2014.885879
- Khadem, N. & Khadivzadeh, T. (2010). The intelligence quotient of school aged children delivered by cesarean section and vaginal delivery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 15(3), 135-140.
- Khajehei, M. (2017). Labour and beyond: The roles of synthetic and endogenous oxytocin in transition to motherhood. *British Journal Of Midwifery*, 25(4), 230-238. doi:10.12968/bjom.2017.25.4.230
- Kim, P., Feldman, R., Mayes, L.C., Eicher, V., Thompson, N., Leckman, J.F., & Swain, J.E. (2011). Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 907–915. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02406.x
- Kim, S., & Kochanska, G. (2012). Child temperament moderates effects of parent-child mutuality on self-regulation: a relationship-based path for emotionally negative infants. *Child Development*, 83(4), 1275 – 1289. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01778.x
- King, L., McKenzie-McHarg, K., & Horsch, A. (2017). Testing a cognitive model to predict posttraumatic stress disorder following childbirth. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 17,1-12. doi:10.1186/s12884-016-1194-3
- Kiškūnė, L., ir Pociūtė, R. (2005) *Gimdymas ir gimimas. Šiandieninės patirtys pribuvėjystės istorijos kontekste*. Dialogo kultūros institutas
- Kochanska, G. (1997). Mutually responsive orientation between mothers and their young children: Implications for early socialization. *Child Development*, 68(1), 94. doi:10.1111/1467-8624.ep9707256808

- Kochanska, G. (2000). Mother-Child Mutually Responsive Orientation and Conscience Development: From Toddler to Early School Age. *Child Development, 71*(2), 417.
- Kochanska, G. (2002). Mutually Responsive Orientation Between Mothers and Their Young Children: A Context for the Early Development of Conscience. *Current Directions In Psychological Science, 11*(6), 191-195. doi:10.1111/1467-8721.00198
- Kochanska, G., Aksan, N., Prisco, T.R., & Adams, E.E. (2008). Mother-Child and Father-Child Mutually Responsive Orientation in the First 2 Years and Children's Outcomes at Preschool Age: Mechanisms of Influence. *Child development, 79*(1), 30-44. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.01109.x.
- Kochanska, G., Kim, S., Boldt, L. J., & Yoon, J. E. (2013). Children's callous-unemotional traits moderate links between their positive relationships with parents at preschool age and externalizing behavior problems at early school age. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry, 54*(11), 1251-1260. doi:10.1111/jcpp.12084
- Kochanska, G., Murray, K.T., & Harlan, E.T. (2000). Effortful control in early childhood: Continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental Psychology, 36* (2), 220-232.
- Kochanska, G., Murray, K., Jacques, T. Y., Koenig, A. L., & Vandegest, K. A. (1996). Inhibitory control in young children and its role in emerging internalization. *Child Development, 67*, 490-507.
- Kochanska, G., Philibert, R. A., & Barry, R. A. (2009). Interplay of genes and early mother-child relationship in the development of self-regulation from toddler to preschool age. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry, 50*(11), 1331-1338. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.02050.x
- Kok, R., Linting, M., Bakermans-Kranenburg, M., IJzendoorn, M., Jaddoe, V., Hofman, A., & ... Tiemeier, H. (2013). Maternal Sensitivity and Internalizing Problems: Evidence from Two Longitudinal Studies in Early Childhood. *Child Psychiatry & Human Development, 44*(6), 751-765. doi:10.1007/s10578-013-0369-7
- Kokubu, M., Okano, T., & Sugiyama, T. (2012). Postnatal depression, maternal bonding failure, and negative attitudes towards pregnancy: a longitudinal study of pregnant women in Japan. *Archives of Women's Mental Health, 15*, 211-216. doi: 10.1007/s00737-012-0279-x
- Kolas, T., Saugstad, O.D., Daltveit, A.K., Nilsen, S.T., & Oian, P. (2006). Planned cesarean versus planned vaginal delivery at term: comparison of

- newborn infant outcomes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 195(6), 1538 – 43. doi: 10.1016/j.ajog.2006.05.005
- Kolevzon, A., Gross, R., & Reichenberg, A. (2007). Prenatal and perinatal risk factors for autism. A review and integration of findings. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161, 326-333. doi:10.1001/archpedi.161.4.326
- Kopp, C. B. (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology*, 18, 199-214. doi: 10.1037/0012-1649.18.2.199
- Korja, R., Ahlqvist-Björkroth, S., Savonlahti, E., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., & ... Lehtonen, L. (2010). Relations between maternal attachment representations and the quality of mother–infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behavior & Development*, 33(3), 330-336. doi:10.1016/j.infbeh.2010.03.010
- Kurth L., & Haussmann, R. (2011). *Perinatal Pitocin as an early ADHD biomarker: neurodevelopmental risk?* *Journal of Attention Disorders*, 15 (5), 423–431. doi: 10.1177/1087054710397800
- Kurth, L., & Davalos, D. (2012). Prenatal Exposure to Synthetic Oxytocin: Risk to Neurodevelopment? *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 27(1), 3-25.
- Lagercrantz, H., & Slotkin, T. A. (1986). The "stress" of being born. *Scientific American*, 254(4), 100-107. doi:10.1038/scientificamerican0486-100
- Lang, A.J., Sorrell, J.T., Rodgers, C.S., & Lebeck, M.M. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*, 10(3), 263–70. doi:10.1016/j.ejpain.2005.05.001
- Lapkienė, L., Mockutė, I., Nadišauskienė, R., Gintautas, V., Jakubonienė, N., Pop, V., ir Bunevičius R. (2004). Edinburgo pogimdyminės depresijos skalės (EPDS) adaptavimas Lietuvoje. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*, 4(7), 280-284.
- Leckman-Westin, E., Cohen, P. R., & Stueve, A. (2009). Maternal depression and mother–child interaction patterns: association with toddler problems and continuity of effects to late childhood. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 50(9), 1176-1184. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02083.x
- Leeds, L., & Hargreaves, I. (2008). The psychological consequences of childbirth. *Journal or Reproductive ant Infant psychology*, 26 (2), 108-122.
- Leis, J.A., Heron, J., Stuart, E.A., & Mendelson, T. (2014). Associations Between Maternal Mental Health and Child Emotional and Behavioural

- Problems: Does Prenatal Mental Health Matter? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 161 – 171. doi: 10.1007/s10802-013-9766-4
- Leite Rodrigues, S. M., & Marques Silva, P. M. (2018). Vaginal delivery versus elective cesarean section and the impact on children's skill development. *Revista De Enfermagem Referência*, 4(16), 107-116. doi:10.12707/RIV17056
- Lemelin, J., Tarabulsky, G. M., & Provost, M. A. (2006). Predicting Preschool Cognitive Development from Infant Temperament, Maternal Sensitivity, and Psychosocial Risk. *Merrill-Palmer Quarterly*, 52(4), 779-806.
- Lengua, L. J., Honorado, E., & Bush, N. R. (2007). Contextual risk and parenting as predictors of effortful control and social competence in preschool children. *Journal Of Applied Developmental Psychology*, 28(1), 40-55. doi:10.1016/j.appdev.2006.10.001
- Lengua, L.J., Bush, N.R., Long, A.C., Kovacs, E.A., & Trancik, A.M. (2008). Effortful control as a moderator of the relation between contextual risk factors and growth in adjustment problems. *Development and Psychopathology*, 20 (2), 509-528. doi: 10.1017/S0954579408000254.
- Lesinskienė, S. (2000). *Vaikystės autizmo diagnostikos ir gydymo principai*. Vilnius: Vilniaus universitetas
- Lesniowska, R., Gent, A., & Watson, S. (2016). Maternal fatigue, parenting self-efficacy, and overreactive discipline during the early childhood years: A test of a mediation model. *Clinical Psychologist*, 20(3), 109-118. doi:10.1111/cp.12056
- Leth, R. A., Uldbjerg, N., Nørgaard, M., Møller, J. K., & Thomsen, R. W. (2011). Obesity, diabetes, and the risk of infections diagnosed in hospital and post-discharge infections after cesarean section: a prospective cohort study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 90(5), 501-509. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01090.x
- Li, H.-T., Ye, R., Achenbach, T.M., Ren, A., Pei, L., Zheng, X., & Liu J.-M. (2010). Caesarean delivery on maternal request and childhood psychopathology: a retrospective cohort study in China. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(1), 42-48. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02762.x
- Li, J., & Lee, S. (2012). Association of Positive and Negative Parenting Behavior with Childhood ADHD: Interactions with Offspring Monoamine Oxidase A (MAO-A) Genotype. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 40(2), 165-175. doi:10.1007/s10802-011-9553-z

- Li-Grining, C.P. (2007). Effortful control among low-income preschoolers in three cities: Stability, change, and individual differences. *Developmental Psychology*, 43 (1), 208-221. doi: 10.1037/0012-1649.43.1.208
- Lincoln, C., Russell, B., Donohue, E., & Racine, L. (2017). Mother-Child Interactions and Preschoolers' Emotion Regulation Outcomes: Nurturing Autonomous Emotion Regulation. *Journal Of Child & Family Studies*, 26(2), 559-573. doi:10.1007/s10826-016-0561-z
- Lindgren, H., & Erlandsson, K. (2010). Women's experiences of empowerment in a planned home birth: a Swedish population-based study. *Birth*, 37 (4), 309–317. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00426.x
- Lindgren, H., Hildingsson, I., & Rådestad, I. (2006). A Swedish interview study: parents' assessment of risks in home births. *Midwifery*, 22 (1), 15–22. doi: 10.1016/j.midw.2005.04.002
- Lindholm, A., & Hildingsson, I. (2015). Women's preferences and received pain relief in childbirth—a prospective longitudinal study in a northern region of Sweden. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 6(2), 74–81. doi: 10.1016/j.srhc.2014.10.001
- Little, R.J.A. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American Statistical Association*, 83, 1198–1202. doi: 10.2307/2290157
- Maccoby, E. E., Snow, M. E., & Jacklin, C. N. (1984). Children's dispositions and mother–child interaction at 12 and 18 months: A short-term longitudinal study. *Developmental Psychology*, 20(3), 459-472. Doi: 10.1037/0012-1649.20.3.459
- Magnus, M.C., Haberg, S.E., Stigum, H., Nafstad, P., London, S.J., Vangen, S., & Nystad, W. (2011) Delivery by caesarean section and early childhood respiratory symptoms and disorders. *American Journal of Epidemiology*, 174 (11), 1275-1285. doi: 10.1093/aje/kwr242
- Mayer, E. A., Knight, R., Mazmanian, S. K., Cryan, J. F., & Tillisch, K. (2014). Gut Microbes and the Brain: Paradigm Shift in Neuroscience. *Journal Of Neuroscience*, 34(46), 15490-15496. doi:10.1523/JNEUROSCI.3299-14.2014
- Maramara, L. A., He, W., & Ming, X. (2014). Pre- and Perinatal Risk Factors for Autism Spectrum Disorder in a New Jersey Cohort. *Journal Of Child Neurology*, 29(12), 1645-1651. doi:10.1177/0883073813512899



- Markšaitytė, R. (2010). *Psichologinių ir socialinių charakteristikų svarba lietuvių emigriaciniams ketinimas ir emigravimui* (Daktaro disertacija). Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
- Marleau, J.D., Saucier, J.F., & Allaire, J.F. (2006). Birth order, behavioural problems, and the mother-child relationship in siblings aged 4 to 11 years from a 2-child family. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(13), 855-863. doi: 10.1177/070674370605101307
- Martelius, L., Janér, C., Süvari, L., Helve, O., Lauerma, K., Pitkänen, O., & Andersson, S. (2013) Delayed Lung Liquid Absorption after Caesarean Section at Term. *Neonatology*, 104, 133-136. doi: 10.1159/000351290
- Martin, S. E., Clements, M. L., & Crnic, K. A. (2002). Maternal Emotions During Mother-Toddler Interaction: Parenting in Affective Context. *Parenting: Science & Practice*, 2(2), 105. doi: 10.1207/S15327922PAR0202\_02
- Maughan, A., Cicchetti, D., Toth, S. L., & Rogosch, F. A. (2007). Early-occurring Maternal Depression and Maternal Negativity in Predicting Young Children's Emotion Regulation and Socioemotional Difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 (5), 685-703. doi:10.1007/s10802-007-9129-0
- Mazzuca, M., Minlebaev, M., Shakirzyanova, A., Tyzio, R., Taccola, G. &... Khazipov, R. (2011). Newborn analgesia mediated by oxytocin during delivery. *Frontier in Cellular Neuroscience*, 5, 1-9. doi: 10.3389/fncel.2011.00003
- McBride, G. W., Black, P. B., Brown, J. C., Dolby, M. R., Murray, Ann., & Thomas, B. D. (1979). Method of Delivery and Developmental Outcome At Five Years of Age. *The Medical journal of Australia*, 1(8), 301-304. doi: 10.1097/00006254-198002000-00005
- McCabe, L.A., Cunnington, M. & Brooks-Gunn, J. (2004). The development of self-regulation in young children: Individual characteristics and environmental contexts. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications* (pp. 340-356). New York: Guilford Publications, Inc.
- McClelland, M.M., & Cameron, C.E. (2011). Self-regulation and academic achievement in elementary school children. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 133, 29-44. doi: 10.1002/cd.302
- McGrath, S. K., & Kennell, J. H. (2008). A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: Effect on cesarean

- delivery rates. *Birth*, 35(2), 92–97. doi: 10.1111/j.1523-536X.2008.00221.x.
- Mellon, R.D., Simone, A.F., & Rappaport, B.A. (2007). Use of anesthetic agents in neonates and young children. *Anesthesia & Analgesia*, 104, 509–20. doi:10.1213/01.ane.0000255729.96438.b0
- Melzack, R., & Katz, J. (2013). Pain. *WIREs Cognitive Science*, 4, 1–15. doi: 10.1002/wcs.1201
- Melzack, R., Taenzer, P., Feldman, P., & Kinch, R. A. (1981). Labour is still painful after prepared childbirth training. *Canadian Medical Association Journal*, 125(4), 357–363.
- Menashe-Grinberg, A., & Atzaba-Poria, N. (2017). Mother – child and father – child play interaction: The importance of parental playfulness as a moderator of the links between parental behavior and child negativity. *Infant Mental Health Journal*, 38(6), 772-784. doi:10.1002/imhj.21678
- Mercer, R.T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of nursing scholarship*, 36(3), 226-232.
- Merg, A.L., & Carmoney, P. (2012). Phenomenological experiences: homebirth after hospital birth. *International Journal of Childbirth Education*, 27 (4), 70 – 75.
- Metsälä, J., Kilkkinen, A., Kaila, M., Tapanainen, H., Klaukka, T., Gissler, M., & Virtanen, S.M. (2008). Perinatal factors and the risk of asthma in childhood—a population-based register study in Finland. *American Journal of Epidemiology*, 168, 170–178. doi: 10.1093/aje/kwn105
- Miller, N. M., Fisk, N. M., Modi, N., & Glover, V. (2005). Stress responses at birth: determinants of cord arterial cortisol and links with cortisol response in infancy. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 112(7), 921-926. doi:10.1111/j.1471-0528.2005.00620.x
- Mills-Koonce, W. R., Garrett-Peters, P., Granger, D. A., Cox, M. J., Barnett, M., & Blair, C. (2011). Father Contributions to Cortisol Responses in Infancy and Toddlerhood. *Developmental Psychology*, 47(2), 388-395. doi:10.1037/a0021066
- Minatoya, M., Itoh, S., Araki, A., Tamura, N., Yamazaki, K., Nishihara, S., Miyashita, C., & Kishi, R. (2017). Associated factors of behavioural problems in children at preschool age: the Hokkaido study on environment and children's health. *Child: Care, Health and Development*, 43, 385–392. doi: 10.1111/cch.12424

- Miron, C., Bradbury, C., & Singh, S. (2011). Epidurals and outcome. In: McConachie, I. (ed.), *Controversies in Obstetric Anesthesia and Analgesia*. Cambridge University Press, 164-175.
- Moberg, K.U. (2003). *The Oxytocin Factor. Tapping the hormone of calm, love, and healing*. Cambridge: Da Capo.
- Montoya, P., Larbig, W., Braun, C., Preissl, H., & Birbaumer, N. (2004). Influence of social support and emotional context on pain processing and magnetic brain responses in fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 50(12), 4035-4044. doi:10.1002/art.20660
- Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.
- Moore, G. A. (2010). Parent conflict predicts infants' vagal regulation in social interaction. *Development & Psychopathology*, 22(1), 23-33. doi:10.1017/S095457940999023X
- Moore, G. A., & Calkins, S. D. (2004). Infants' Vagal Regulation in the Still-Face Paradigm Is Related to Dyadic Coordination of Mother--Infant Interaction. *Developmental Psychology*, 40(6), 1068-1080. doi:10.1037/0012-1649.40.6.1068
- Moore, S., McEwen, L., Quirt, J., Morin, A., Mah, S., Barr, R., . . . Kobor, M. (2017). Epigenetic correlates of neonatal contact in humans. *Development and Psychopathology*, 29(5), 1517-1538. doi:10.1017/S0954579417001213
- Mörelus, E., Örténstrand, A., Theodorsson, E., & Frostell, A. (2015). A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breastfeeding. *Early Human Development*, 91(1), 63-70. doi:10.1016/j.earlhumdev.2014.12.005
- Muthén, B.O., & Muthén, L.K. (2000). Integrating person-centered and variable-centered analyses: Growth mixture modeling with latent trajectory classes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 1 – 10.
- Muthén, L.K., & Muthén, B.O. (2006). *Mplus users guide*. Los Angeles, CA: Muthén and Muthén.
- Nagpal, R., & Yuichiro, Y. (2017). Cesarean-section and the dysbiosis of neonatal gut microbiome: ill-effects, side-effects, or just effects?. *International Journal Of Probiotics & Prebiotics*, 12(3), 103-108.

- Nelson, J. A., O'Brien, M., Grimm, K. J., & Leerkes, E. M. (2014). Identifying Mother-child Interaction Styles Using a Person-centered Approach. *Social Development, 23*(2), 306-324. doi:10.1111/sode.12040
- Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. (2009). Women's fear of childbirth and preferences for caesarean section - a cross sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 88*, 807-813. doi: 10.1080/00016340902998436.
- Niven, C.A., & Murphy – Black T. (2000) Memory for labor pain: a review of the literature. *Birth, 27*(4), 244-253
- Odent, M. (2004). *The Caesarean*. Free Association Books.
- Olza Fernández, I., Marín Gabriel, M. A., García Murillo, L., Malalana Martínez, A. M., Costarelli, V., & Millán Santos, I. (2013). Mode of delivery may influence neonatal responsiveness to maternal separation. *Early Human Development, 89*(5), 339-342. doi:10.1016/j.earlhumdev.2012.11.005
- Örnell, S., Ekéus, C., Hultin, M., Håkansson, S., Thunberg, J., & Högberg, U. (2015). Low Apgar score, neonatal encephalopathy and epidural analgesia during labour: a Swedish registry-based study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 59*(4), 486-495. doi:10.1111/aas.12477
- Osterman, M.J., & Martin, J.A. (2011). Epidural and spinal anesthesia use during labor: 27-state reporting area, 2008. *National vital statistics reports, 59*(5), 1-13.
- O'Sullivan, A., Farver, M., & Smilowitz, J. T. (2015). The Influence of Early Infant-Feeding Practices on the Intestinal Microbiome and Body Composition in Infants. *Nutrition & Metabolic Insights, (8)*, 1-9. doi:10.4137/NMIS29530
- Pakalniškienė, V. (2012). *Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas*. Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Papp, L. M. (2014). Longitudinal associations between breastfeeding and observed mother-child interaction qualities in early childhood. *Child: Care, Health & Development, 40*(5), 740-746. doi:10.1111/cch.12106
- Parratt, J. (2002). The impact of childbirth experiences on women's sense of self: A review of the literature. *Australian Journal of Midwifery, 15*(4), 10-16. doi: 10.1016/S1031-170X(02)80007-1
- Pauli-Pott, U., Schloß, S., & Becker, K. (2018). Maternal Responsiveness as a Predictor of Self-Regulation Development and Attention-Deficit/Hyperactivity Symptoms Across Preschool Ages. *Child*

- Psychiatry & Human Development*, 49(1), 42-52. doi:10.1007/s10578-017-0726-z
- Pearson, R., Lightman, S., & Evans, J. (2011). The impact of breastfeeding on mothers' attentional sensitivity towards infant distress. *Infant Behavior & Development*, 34(1), 200-205. doi:10.1016/j.infbeh.2010.12.009
- Peralta, V., de Jalón, E. G., Campos, M. S., Zandio, M., Sanchez-Torres, A., & Cuesta, M. J. (2011). The meaning of childhood attention-deficit hyperactivity symptoms in patients with a first-episode of schizophrenia-spectrum psychosis. *Schizophrenia Research*, 126(1-3), 28-35. doi:10.1016/j.schres.2010.09.010
- Perez-Escamilla, R., Martinez, J. L., & Segura-Perez, S. (2016). Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal and Child Nutrition*, 12(3), 402-417. doi:10.1111/mcn.12294
- Peštenytė, A., Ramašauskaitė, D., Daunoravičienė, I., ir Jakiūnas E. (2013). Gimdymo skausmo malšinimo įtaka gimdymo eigai ir naujagimio būklei. *Medicinos teorija ir praktika*, 19(3.2), 94-98.
- Pinar, G., Avsar, F., & Aslantekin, F. (2018). Evaluation of the Impact of Childbirth Education Classes in Turkey on Adaptation to Pregnancy Process, Concerns About Birth, Rate of Vaginal Birth, and Adaptation to Maternity: A Case-Control Study. *Clinical Nursing Research*, 27(3), 315-342. doi:10.1177/1054773816682331
- Pinquart, M. (2017). Associations of Parenting Dimensions and Styles With Externalizing Problems of Children and Adolescents: An Updated Meta-Analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873-932. doi:10.1037/dev0000295
- Poulou, M. (2015). Emotional and Behavioural Difficulties in Preschool. *Journal Of Child & Family Studies*, 24(2), 225-236. doi:10.1007/s10826-013-9828-9
- Preneveau, J. M., West, V., Giannakakis, A., Zioga, M., Lehtonen, A., Davies, B., ... Stein, A. (2017). Maternal Postnatal Depression and Anxiety and Their Association With Child Emotional Negativity and Behavior Problems at Two Years. *Developmental Psychology*, 53(1), 50-62. doi:10.1037/dev0000221
- Price, J. (2008). Parent-child quality time: does birth order matter? *Journal of Human Resources*, 43, 240-265.
- Prinzle, P., Stams, G. M., Deković, M., Reijntjes, A. A., & Belsky, J. (2009). The Relations Between Parents' Big Five Personality Factors and

- Parenting: A Meta-Analytic Review. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 97(2), 351-362. doi: 10.1037/a0015823.
- Provençal, N., & Binder, E. B. (2015). The effects of early life stress on the epigenome: From the womb to adulthood and even before. *Experimental Neurology*, 268, 10-20. doi:10.1016/j.expneurol.2014.09.001
- Puff, J., & Renk, K. (2016). Mothers' Temperament and Personality: Their Relationship to Parenting Behaviors, Locus of Control, and Young Children's Functioning. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(5), 799-818. doi:10.1007/s10578-015-0613-4
- Quigley, K. M., Moore, G. A., Propper, C. B., Goldman, B. D., & Cox, M. J. (2017). Vagal Regulation in Breastfeeding Infants and Their Mothers. *Child Development*, 88(3), 919-933. doi: 10.1111/cdev.12641
- Rahkonen, P., Heinonen, K., Pesonen, A., Lano, A., Autti, T., Puosi, R., & ... Räikkönen, K. (2014). Mother-child interaction is associated with neurocognitive outcome in extremely low gestational age children. *Scandinavian Journal Of Psychology*, 55(4), 311-318. doi:10.1111/sjop.12133
- Railaitė, D. R. (2010). Cezario pjūvio operacija. Iš Nadišauskienė R. (sud.) *Gimdymas*. Kaunas: Vitae Litera.
- Rank, O. (1993). *The trauma of birth*. New York : Dover Publ.
- Ransjo-Arvidson, A.B., Matthiesen, A.S., Lilja, G., Nissen, E., Widstrom, A.M., Uvnaas-Moberg, K. (2001). Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: Effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth*, 28(1), 5-12.
- Raven, J. C., Court, J. H., & Raven, J. (1998). *Raveno progresuojančių matricių ir žodyno skalių vadovas. 2 dalis: Spalvotos progresuojančios matricos*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Reading, R. (2007). Series, Child development in developing countries. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Child: Care, Health & Development*, 33(4), 502-503. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00774\_3.x
- Reisz, S., Jacobvitz, D., & George, C. (2015). Birth and motherhood: childbirth experience and mothers' perceptions of themselves and their babies. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 167-178. doi:10.1002/imhj.21500
- Resch, F. (2008). Developmental psychopathology in early childhood: interdisciplinary changes. In Papoušek M., Schieche M., Harald W. (Eds.)

- Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life* (pp.13-25). Washington DC: ZERO TO THREE
- Rijlaarsdam, J., Stevens, G. W. J. M., van der Ende, J., Hofman, A., Jaddoe, V.W.V., Mackenbach, J.P., Verhulst, F.C., & Tiemeier, H. (2013). Economic disadvantage and young children's emotional and behavioral problems: Mechanisms of risk. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*, 125-137. doi: 10.1007/s10802-012-9655-2.
- Rikuykorjaa, H., & Toshiki, K. (2017). Marital relationship, parenting practices, and social skills development in preschool children. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 111-8. doi:10.1186/s13034-016-0139-y
- Robinson, M., Oddy, W. H., Jianghong Li, Kendall, G. E., de Klerk, N. H., Silburn, S. R., ... Mattes, E. (2008). Pre- and postnatal influences on preschool mental health: a large-scale cohort study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *49*(10), 1118–1128. Doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01955.x
- Rooks, J.P. (2009). Oxytocin as a “High Alert Medication”: A Multilayered Challenge to the Status Quo. *Birth*, *36*(4), 345-348. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00365.x
- Rooks, J.P. (2012). Labor Pain Management Other Than Neuraxial: What Do We Know and Where Do We Go Next? *Birth*, *39* (4), 318-322. doi: 10.1111/birt.12009
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Evans, D. E. (2000). Temperament and Personality: Origins and Outcomes. *Journal Of Personality & Social Psychology*, *78*(1), 122-135. doi:10.1037//0022-3514.78.1.122
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., Hershey, K., & Fisher, P. (2001). Investigations of temperament at three to seven years: The Children's Behavior Questionnaire. *Child Development*, *72*, 1394-1408. doi:10.1111/1467-8624.0035
- Rothbart, M.K. & Sheese, B.E. (2007). Temperament and emotion regulation. In: J. Gross (ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 331-350). New York, NY: Guilford Press
- Rutayisire, E., Kun, H., Yehao, L., Fangbiao, T., Huang, K., Liu, Y., & Tao, F. (2016). The mode of delivery affects the diversity and colonization pattern of the gut microbiota during the first year of infants' life: a systematic review. *BMC Gastroenterology*, 161-12. doi:10.1186/s12876-016-0498-0

- Sameroff, A. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, *12*(3), 297–312.
- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, *81*(1), 6-22. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x
- Sanghag, K., Boldt, L. J., & Kochanska, G. (2015). From parent-child mutuality to security to socialization outcomes: developmental cascade toward positive adaptation in preadolescence. *Attachment & Human Development*, *17*(5), 472-491. doi:10.1080/14616734.2015.1072832
- Sarah, S. B., Forozan, S. P., & Leila, D. (2017). The relationship between model of delivery and postpartum depression. *Annals Of Tropical Medicine & Public Health*, *10*(4), 874-877. doi:10.4103/ATMPH.ATMPH\_236\_17
- Saxbe, D. E. (2017). Birth of a New Perspective? A Call for Biopsychosocial Research on Childbirth. *Current Directions In Psychological Science*, *26*(1), 81-86. doi:10.1177/0963721416677096
- Sebre, S. B., Jusiene, R., Dapkevice, E., Skreitule-Pikse, I., & Bieliauskaite, R. (2015). Parenting dimensions in relation to pre-schoolers' behaviour problems in Latvia and Lithuania. *International Journal Of Behavioral Development*, *39*(5), 458-466. doi:10.1177/0165025414548774
- Seidman, D., & Laor, A. (1991). Long-term effects of vacuum and forceps deliveries. *Lancet*, *337*(8757), 1583. doi: 10.1016/0140-6736(91)93273-C
- Senehi, N., Brophy-Herb, H. E., & Vallotton, C. D. (2018). Effects of maternal mentalization-related parenting on toddlers' self-regulation. *Early Childhood Research Quarterly*, *44*, 1-14. doi:10.1016/j.ecresq.2018.02.001
- Şimşek, S., & Karahan, N. (2017). Assessment of The Impact of Mother-Infant Skin-to-Skin Contact at Childbirth on Breastfeeding. *Konuralp Medical Journal / Konuralp Tıp Dergisi*, *9*(1), 70-77. doi:10.18521/ktd.296559
- Slade, A., Cohen, L. J., Sadler, L. S., & Miller, M. (2009). The psychology and psychopathology of pregnancy. Reorganization and transformation. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health: Research and clinical applications* (3rd ed., Vol. 3, pp. 22 – 39). New York, NY: Guilford Press.
- Slaght, M., Dubas, J. S., Deković, M., & van Aken, M. G. (2016). Differences in Sensitivity to Parenting Depending on Child Temperament: A Meta-



- Analysis. *Psychological Bulletin*, 142(10), 1068-1110. doi:10.1037/bul0000061
- Smith, K. E., Landry, S. H., & Swank, P. R. (2006). The Role of Early Maternal Responsiveness in Supporting School-Aged Cognitive Development for Children Who Vary in Birth Status. *Pediatrics*, 117(5), 1608-1617. doi:10.1542/peds.2005-1284
- Smith, C. L., Spinrad, T. L., Eisenberg, N., Gaertner, B. M., Popp, T. K., & Maxon, E. (2007). Maternal Personality: Longitudinal Associations to Parenting Behavior and Maternal Emotional Expressions toward Toddlers. *Parenting, science and practice*, 7(3), 305-329. doi: 10.1080/15295190701498710
- Spinrad, T. L., Eisenberg, N., Gaertner, B., Popp, T., Smith, C. L., Kupfer, A., & ... Hofera, C. (2007). Relations of Maternal Socialization and Toddlers' Effortful Control to Children's Adjustment and Social Competence. *Developmental Psychology*, 43(5), 1170-1186. doi:10.1037/0012-1649.43.5.1170
- Sprung, J., Flick, R. P., Wilder, R. T., Katusic, S. K., Pike, T. L., Dingli, M., & ... Warner, D. O. (2009). Anesthesia for Cesarean Delivery and Learning Disabilities in a Population-based Birth Cohort. *Anesthesiology*, 111(2), 302-310. doi: 10.1097/ALN.0b013e3181adf481
- Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal & Child Nutrition*, 10(4), 456-473. doi:10.1111/mcn.12128
- Suls, J., & Rothman, R. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: Prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23, 119–125. doi: 10.1037/0278-6133.23.2.119
- Swain, J. E., Tasgin, E., Mayes, L. C., Feldman, R., Todd Constable, R., & Leckman, J. F. (2008). Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 49(10), 1042-1052. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01963.x
- Šarkinaitė, L., Čekuolienė, D. ir Kalinauskienė, L. (2007). Motinų jautrumo kūdikio signalams ir asmenybės savybių sąsajos. *Psichologija*, 35, 55-65. doi: 10.15388/Psichol.2007.0.2852.
- Šeibokaitė, L., Endriulaitienė, A., Markšaitytė, R., Žardeckaitė-Matulaitienė, K., & Pranckevičienė, A. (2014). Aggressiveness as Proximal and Distal Predictor of Risky Driving in the Context of Other Personality Traits. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 4(2), 57–69. doi: 10.5923/j.ijpbs.20140402.01.

- Širvinskienė, G. (2014). *Kūdikų emocijų ir elgesio sunkumai bei juos prognozuojantys veiksniai* (Daktaro disertacija). Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
- Taylor, A., Fisk, N. M., & Glover, V. (2000). Mode of delivery and subsequent stress response. *Lancet*, 355(9198), 120. doi: 10.1016/S0140-6736(99)02549-0
- Talge, N. M., Allswede, D. M., & Holzman, C. (2016). Gestational Age at Term, Delivery Circumstance, and Their Association with Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms. *Paediatric & Perinatal Epidemiology*, 30(2), 171-180. doi:10.1111/ppe.12274
- Tan, P. Z., Armstrong, L. M., & Cole, P. M. (2013). Relations between temperament and anger regulation over early childhood. *Social Development*, 22 (4), 755-772. Doi: 10.1111/j.1467-9507.2012.00674.x.
- Tearne, J.E., Robinson, M., Jakoby, P., Li, J., Newham, J., & McLean, N. (2015). Does Late Childbearing Increase the Risk for Behavioural Problems in Children? A Longitudinal Cohort Study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 29, 41-49. doi: 10.1111/ppe.12165
- Tharner, A., Luijk, M. M., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Jaddoe, V. V., Hofman, A., & ... Tiemeier, H. (2012). Infant Attachment, Parenting Stress, and Child Emotional and Behavioral Problems at Age 3 Years. *Parenting: Science & Practice*, 12(4), 261-281. doi:10.1080/15295192.2012.709150
- Thomas, M.R. (2005). *Comparing theories of child development*. 6th edition. Belmont: Thomson.
- Torkan, B., Parsay, S., Lamyian, M., Kazemnejad, A., & Montazeri, A. (2009). Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarian section. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9 (4). doi: 10.1186/1471-2393-9-4
- Toscano, M., De Grandi, R., Giampietro Peroni, D., Grossi, E., Facchin, V., Comberiat, P., & Drago, L. (2017). Impact of delivery mode on the colostrum microbiota composition. *BMC Microbiology*, 171-8. doi:10.1186/s12866-017-1109-0
- Tully, L., & Hunt, C. (2016). Brief Parenting Interventions for Children at Risk of Externalizing Behavior Problems: A Systematic Review. *Journal of Child & Family Studies*, 25(3), 705–719. doi:10.1007/s10826-015-0284-6
- Vaiciukevičė, R., Čekuolienė, D., & Jusienė, R. (2014). Motinų ir kūdikių sąveikų ir motinų asmenybės savybių ryšys. *International Journal Of*

- Psychology: A Biopsychosocial Approach / Tarptautinis Psichologijos Zurnalas: Biopsichosocialinis Požiūris*, (14), 71-94. doi:10.7220/2345-024X.14.4
- Van der Bergh, B.R.H., van den Heuvel, M.I., Lahti, M., Braeken, M., de Rooij, S.R., Entringer, S., Hoyer, D., ..... & Schwab, M. (2017). Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.07.003.
- van der Kooy, J., Poeran, J., de Graaf, J. P., Birnie, E., Denктаş, S., Steegers, E. P., & Bonsel, G. J. (2011). Planned Home Compared With Planned Hospital Births in The Netherlands. *Obstetrics & Gynecology*, 118(5), 1037-1046. doi:10.1097/AOG.0b013e3182319737
- van Dijk, R., Deković, M., Bunte, T., Schoemaker, K., Zondervan-Zwijenburg, M., Espy, K., & ... Espy, K. A. (2017). Mother-Child Interactions and Externalizing Behavior Problems in Preschoolers over Time: Inhibitory Control as a Mediator. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 45(8), 1503-1517. doi:10.1007/s10802-016-0258-1
- van IJzendoorn, M.H, Bakermans-Kanenburg M.J, & Juffer F. *The Parental Efficacy Questionnaire* Unpublished manuscript). Leiden University, Center for Child and Family Studies, 1999.
- van Reenen, S. L., & van Rensburg, E. (2013). The Influence of an Unplanned Caesarean Section on Initial Mother-Infant Bonding: Mothers' Subjective Experiences. *Journal Of Psychology In Africa*, 23(2), 269-274. doi: 10.1080/14330237.2013.10820623
- Veringa, I., Buitendijk, S., de Miranda, E., de Wolf, S., & Spinhoven, P. (2011). Pain cognitions as predictors of the request for pain relief during the first stage of labor: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(3), 119–125. doi: 10.3109/0167482X.2011.599898
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. D., França, G. A., Horton, S., Krasevec, J., & ... Lancet Breastfeeding Series, G. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387(10017), 475-490. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- Vogl, S. E., Worda, C., Egarter, C., Bieglmayer, C., Szekeres, T., Huber, J., & Husslein, P. (2006). Mode of delivery is associated with maternal and fetal endocrine stress response. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 113(4), 441-445. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.00865.x

- Volling, B. L., McElwain, N. L., Notaro, P. C., & Herrera, C. (2002). Parents' Emotional Availability and Infant Emotional Competence: Predictors of Parent-Infant Attachment and Emerging Self-Regulation. *Journal Of Family Psychology, 16*(4), 447-465. doi:10.1037//0893-3200.16.4.447
- Wang, D.X., Yan, T., Qu, Y., Chen, Q., & Zhu S. N. (2011). Long-term effects of delivery mode on children's intelligence development: A pilot study: 11AP1-6. *European Journal of Anaesthesiology, 28*, 157.
- Wang, F., Christ, S. L., Mills-Koonce, W. R., Garrett-Peters, P., & Cox, M. J. (2013). Association between maternal sensitivity and externalizing behavior from preschool to preadolescence. *Journal Of Applied Developmental Psychology, 34*(2), 89-100. doi:10.1016/j.appdev.2012.11.003
- Wang, J., Morgan, G. A., & Biringen, Z. (2014). Mother-Toddler Affect Exchanges and Children's Mastery Behaviours during Preschool Years. *Infant & Child Development, 23*(2), 139-152. doi:10.1002/icd.1825
- Wax, J.R., Lucas, F.L., Lamont, M., Pinette, M.G., Cartin, A., & Blackstone, J. (2010). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 203*(3), 243.e1 - 243.e8. doi:10.1016/j.ajog.2010.05.028
- Weaver, J. M., Schofield, T. J., & Papp, L. M. (2018). Breastfeeding Duration Predicts Greater Maternal Sensitivity Over the Next Decade. *Developmental Psychology, 54*(2), 220-227. doi:10.1037/dev0000425
- Weisman, O., Agerbo, E., Carter, C. S., Harris, J. C., Uldbjerg, N., Henriksen, T. B., & ... Dalsgaard, S. (2015). Oxytocin-augmented labor and risk for autism in males. *Behavioural Brain Research, 284*, 207-212. doi:10.1016/j.bbr.2015.02.028.
- Weisman, O., Granat, A., Gilboa-Schechtman, E., Singer, M., Gordon, I., Azulay, H., Kuint, J., Feldman, R. (2010). The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. *Archives of Women's Mental Health, 13*, 505-513. doi: 10.1007/s00737-010-0169-z
- Wilson, S., & Durbin, C. E. (2013). Mother-Child and Father-Child Dyadic Interaction: Parental and Child Bids and Responsiveness to Each Other During Early Childhood. *Merrill-Palmer Quarterly, 59*(3), 249-279. doi: 10.13110/merrpalmquar1982.59.3.0249
- World Health Organization (1996). *Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group.* Geneva: World Health Organization. Publication no: WHO/FRH/MSM/96.24

- World Health Organization (2007). *Normative Guidelines on Pain Management*. Geneva: World Health Organization. Prieiga internete [http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/delphi\\_study\\_pain\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/delphi_study_pain_guidelines.pdf)
- World Health Organization (2011). *Recommendations for Induction of labour*. Geneva: World Health Organization. Prieiga internete: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156\\_eng.pdf;jsessionid=A6546D395964B03D15DD44806752EF7E?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156_eng.pdf;jsessionid=A6546D395964B03D15DD44806752EF7E?sequence=1)
- World Health organization (2013). *Comprehensive mental health action plan 2013-2020*. Prieiga internete: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R8-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1)
- World Health organization (2018). *Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018*. Implementation guidance. Geneva: World Health Organization. Prieiga internete: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf?ua=1>
- World Health Organization (2018). *Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. Prieiga internete: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=1EAA02E633FFD10581048985003D59CA?sequence=1>
- Xu, H., Ding, Y., Ma, Y., Xin, X., & Zhang, D. (2017). Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal Of Psychosomatic Research*, 97, 118-126. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.04.016
- Yaman, A., Mesman, J., van Ijzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2010). Perceived family stress, parenting efficacy, and child externalizing behaviors in second-generation immigrant mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(4), 505 – 512. doi:10.1007/s00127-009-0097-2
- Zalewski, M., Lengua, L. J., Fisher, P. A., Trancik, A., Bush, N. R., & Meltzoff, A. N. (2012). Poverty and Single Parenting: Relations with Preschoolers' Cortisol and Effortful Control. *Infant and Child Development*, 21 (5), 537-554. doi:10.1002/icd.1759

- Zeifman, D.B. (2003). Predicting adult responses to infant distress. *Infant mental health journal*, 24, 597–612. doi: 10.1002/imhj.10077
- Zielinski, R., Ackerson, K., & Low, L. K. (2015). Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *International Journal of Women's Health*, 7, 361–377. doi:10.2147/IJWH.S55561
- Žarskus, A., Patackas, A. (2013). *Virsmų knyga. Vestuvių virsmas, gimties virsmas, mirties virsmas*. Kaunas
- Žukauskienė, R. (2012). *Raidos psichologija: integruotas požiūris*. Vilnius: Margi raštai

## PRIEDAI

## **Abipusio reagavimo ir bendradarbiavimo (ARB) vertinimo aprašymas**

Tai diadiniame mamos-vaiko, tėvo-vaiko santykiyje stebimas elgesys, nusakomas šiomis dimensijomis:

**A. Harmoningas bendravimas** (*angl. harmonious communication*). Žemas įvertinimas: motina-vaikas bendrauja labai mažai arba išvis nebendrauja. Aukštas įvertinimas: sklandžiai bendrauja tiek verbaliai, tiek neverbaliai. Tarpusavio sąveikos harmoningos, sklandžios. Bendravimas vyksta be pastangų, jis suteikia intymumą ir ryšio jausmą.

Vertinant šią dimensiją remiamasi tokiais teiginiais:

1. Veikla yra konflikto šaltinis (vertinama atvirkščiai – R)
2. Atrodo, kad nėra rutinų (įprastinių gerai koordinuotų veiklų), o jeigu ir yra, tai labai neaiškios ir nepastovios (R)
3. Sąveika teka darniai, harmoningai, sklandžiai (atrodo, jiems gera kartu, tarsi šoktų du susišokę šokėjai; aiškiai bendra veikla)
4. Bendravimas, regisi, vyksta be pastangų, yra nuolatiniai komunikacijos ciklai (vaikas sako – mama atsako; mama sako – vaikas atsako, ir pan.)
5. Bendravimas skatina artumą ir ryšį.
6. Vaiko – mamos diada labai mažai bendrauja ar visai nebendrauja (atrodo, tarsi kiekvienas sau, tarsi ne sąveikoje) (R)

**B. Abipusis bendradarbiavimas** (*angl. mutual cooperation*). Žemas įvertinimas: dažni konfliktai, motina-vaikas negali priimti savo rolių (pvz. dažna kova už autonomiškumą ar pasipriešinimo elgesys). Aukštas įvertinimas: motina-vaikas efektyviai išsprendžia potencialius konfliktus, partneriai yra atviri vienas kito įtakai, poveikiui. Bendradarbiavimui pakanka subtilaus vienas kito poveikio. Motina ir vaikas noriai ir jautriai reaguoja į vienas kito veiksmus, abu psichologiškai dera vienas prie kito.

Vertinant šią dimensiją remiamasi tokiais teiginiais:

7. Diada nepajėgi prisiimti vaidmenų (dažnas priešinimasis arba kova už autonomiškumą, pvz. mama sako „taip daryk“ – vaikas „nenoriu“ arba „pats žinau, kaip daryti“) (R)
8. Užtenka subtilių užuominų ar menko poveikio bendradarbiavimui (tarsi veikia išvien, be ypatingų pastangų, kaip gerai suderinta pora)



9. Ir mama, ir vaikas geranoriškai priima vienas kito poveikį (nuorodas, pasiūlymus, kvietimus ir pan.)
10. Sunkiai valdomi konfliktai, jie eskaluojami (pvz. vaikas lenda prie mamos, ji sako „nelįsk“, bet vaikas vis tiek lenda, nenustoja) (R)
11. Mama ir vaikas gerai dera vienas su kitu (bendros užduoties metu sklandžiai ir veiksmingai dëlioja, svarbu, kad abu, įsitraukę, vienas kitam padėdami; laisvo žaidimo metu abu kartu žaidžia, tuoj pat sugalvoja, ką veikti su vienu ar kitu žaislu).

C. Emocinė atmosfera (*angl. emotional ambiance*). Žemas įvertinimas: tarpusavio santykiuose dažnos neigiamos emocijos, neigiamos emocijos atmosfera persmelkia tarpusavio sąveikas. Pozityvios emocijos beveik nestebimos. Aukštas įvertinimas: motina-vaikas išgyvena pozityvią emocijų atmosferą, išgyvena malonumą ir džiaugsmą, būdami vienas su kitu. Efektyviai reaguojama į distreso ir neigiamų emocijų apraiškas. Bendra emocijų atmosfera yra pozityvi ir šilta. Emocijos reiškiamos natūraliai, emocijų raiška taip pat yra vienas iš malonumo šaltinių abiem.

Vertinant šią dimensiją remiamasi tokiais teiginiais:

12. Diada veiksmingai įveikia distresą ar kilusias neigiamas emocijas (pvz. mama nuramina vaiką, jei jis pykteli ar nusimena; vaikas nustoja „kandžioti“ mamą žaislu, jei ji aiškiai pasako – „skauda“, „nenoriu“).
13. Bendra emocijų atmosfera yra pozityvi ir šilta.
14. Diadą vis „ištinka“ neigiamų emocijų priepuoliai (pvz. abu vis supyksta, nusimena, pakelia balsą, susierzina) (R)
15. Diadoje vis stebimi džiaugsmo „priepuoliai“ (pvz. džiūgauja kartu, linksmi juokiasi, gyvai kalbasi ar džiaugiasi kuo nors).
16. Natūralus, nuoširdus emocijų ryšio, prierašumo vienas kitam demonstravimas (pvz. apsikabina, pabučiuoja, labai arti vienas kito žaidžia)
17. Emocinis ryšys, šiltų jausmų vienas kitam demonstravimas teikia abiem malonumą (pvz. kai vaikas ar mama apkabina kitą ar priglaudžia, tas ar ta reaguoja / atsako tuo pačiu, lieka patenkinti, o ne atstumia, pasitraukia ir pan.)

## **ARB įverčių aprašymas**

### **1 – žemas ARB, prastas motinos-vaiko ryšys, santykis**

Šis įvertis skiriamas kuomet stebimos tokios elgesio apraiškos, kurias galima būtų apibūdinti kaip: konfliktinis, oponavimo elgesys, neatliepantis elgesys, priešiškus, negatyvūs jausmai, nėra abipusio ryšio. Stebimos visos minėtos elgesio apraiškos arba dauguma jų, šios elgesio apraiškos yra aukšto intensyvumo arba dažnos.

Ypatingai retai stebimos arba visai nestebimos tokios tarpusavio santykio charakteristikos kaip: abipusis reagavimas, harmoningumas, sinchroniškumas, suderinamumas, abipusis bendradarbiavimas, pozityvi emocinė atmosfera.

### **2 – žemas ARB, ne itin geras ryšys, santykis**

Stebima viena ar daugiau iš šių tarpusavio santykio charakteristikų: konfliktinis, oponavimo elgesys, neatliepantis elgesys, priešiškus, negatyvūs jausmai, abipusio ryšio nebuvimas.

Retai stebimos tokios santykio charakteristikos: abipusis reagavimas, harmoningumas, sinchroniškumas, suderinamumas, abipusis bendradarbiavimas, pozityvi emocinė atmosfera.

### **3 – santykis svyruoja tarp aukšto ir žemo ARB arba santykis yra vidutiniškas**

#### **4 – pakankamas ARB**

Stebima viena ar daugiau iš šių tarpusavio santykio charakteristikų: abipusis reagavimas, harmoningumas, sinchroniškumas, suderinamumas, abipusis bendradarbiavimas, pozityvi emocinė atmosfera.

Retai stebimos tokios santykio charakteristikos: konfliktinis, oponavimo elgesys, neatliepantis elgesys, priešiškus, negatyvūs jausmai, abipusio ryšio nebuvimas.

#### **5 – aukštas ARB, puikus santykis-ryšys**

Stebimos kai kurios (ber labai stipriai išreikštos) arba visos santykio charakteristikos: abipusis reagavimas, harmoningumas, sinchroniškumas, suderinamumas, abipusis bendradarbiavimas, pozityvi emocinė atmosfera. Šios elgesio apraiškos stebimos dažnai arba yra aukšto intensyvumo.

Ypatingai retai stebimos arba visai nestebimos tokios tarpusavio santykio charakteristikos: konfliktinis, oponavimo elgesys, neatliepantis elgesys, priešiškus, negatyvūs jausmai, abipusio ryšio nebuvimas.

## 2 PRIEDAS

1 lentelė. Didžiojo penketo klausimyno tiriamosios faktorių analizės svoriai

|       | Ekstraversija | Sutarumas     | Sąmoningumas  | Neurotiškumas | Atvirumas |
|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------|
| BFI1  | <b>0,602</b>  | 0,368         | 0,090         | 0,070         | 0,251     |
| BFI6  | <b>-0,600</b> | 0,232         | 0,254         | 0,015         | -0,043    |
| BFI11 | -             | -             | -             | -             | -         |
| BFI16 | -             | -             | -             | -             | -         |
| BFI21 | <b>-0,752</b> | -0,194        | 0,008         | 0,168         | -0,162    |
| BFI26 | -             | -             | -             | -             | -         |
| BFI31 | <b>-0,491</b> | 0,100         | -0,047        | 0,457         | 0,161     |
| BFI36 | -             | -             | -             | -             | -         |
| BFI2  | -             | -             | -             | -             | -         |
| BFI7  | -0,109        | <b>0,535</b>  | 0,295         | -0,107        | 0,159     |
| BFI12 | 0,388         | <b>-0,442</b> | -0,277        | 0,148         | 0,141     |
| BFI17 | 0,061         | <b>0,673</b>  | 0,011         | -0,104        | 0,071     |
| BFI22 | 0,062         | <b>0,574</b>  | -0,030        | 0,151         | 0,210     |
| BFI27 | -0,164        | <b>-0,521</b> | 0,279         | 0,091         | 0,054     |
| BFI32 | -0,018        | <b>0,648</b>  | 0,103         | -0,065        | 0,185     |
| BFI37 | 0,375         | <b>-0,425</b> | -0,086        | 0,255         | 0,096     |
| BFI42 | 0,464         | <b>0,461</b>  | 0,236         | -0,076        | 0,154     |
| BFI3  | -0,251        | 0,057         | <b>0,662</b>  | -0,096        | 0,251     |
| BFI8  | -0,053        | 0,232         | <b>-0,460</b> | 0,050         | 0,159     |
| BFI13 | -             | -             | -             | -             | -         |
| BFI18 | 0,068         | -0,127        | <b>-0,668</b> | 0,052         | 0,255     |
| BFI23 | 0,007         | -0,325        | <b>-0,695</b> | 0,011         | -0,014    |
| BFI28 | 0,059         | 0,202         | <b>0,623</b>  | 0,028         | 0,200     |
| BFI33 | -             | -             | -             | -             | -         |
| BFI38 | -             | -             | -             | -             | -         |
| BFI43 | -0,043        | 0,179         | <b>-0,479</b> | 0,244         | -0,054    |
| BFI4  | -0,068        | -0,269        | -0,106        | <b>0,557</b>  | -0,076    |
| BFI9  | -0,040        | 0,107         | 0,079         | <b>-0,649</b> | 0,269     |
| BFI14 | 0,108         | -0,011        | 0,212         | <b>0,530</b>  | 0,173     |
| BFI19 | -0,150        | 0,187         | -0,227        | <b>0,695</b>  | -0,062    |
| BFI24 | 0,149         | 0,116         | 0,095         | <b>-0,627</b> | 0,100     |
| BFI29 | -0,020        | 0,013         | 0,084         | <b>0,670</b>  | 0,120     |
| BFI34 | -0,139        | 0,046         | 0,086         | <b>-0,633</b> | 0,188     |
| BFI39 | -0,036        | -0,078        | -0,105        | <b>0,695</b>  | -0,067    |

---

|       |        |        |        |        |               |
|-------|--------|--------|--------|--------|---------------|
| BFI5  | 0,234  | 0,074  | 0,161  | -0,094 | <b>0,711</b>  |
| BFI10 | 0,208  | 0,191  | 0,165  | -0,290 | <b>0,588</b>  |
| BFI15 | 0,072  | 0,067  | 0,140  | -0,110 | <b>0,758</b>  |
| BFI20 | 0,019  | -0,048 | -0,061 | 0,003  | <b>0,754</b>  |
| BFI25 | 0,157  | 0,109  | 0,148  | -0,093 | <b>0,765</b>  |
| BFI30 | 0,012  | 0,181  | -0,090 | 0,130  | <b>0,696</b>  |
| BFI35 | -      | -      | -      | -      | -             |
| BFI40 | 0,126  | 0,076  | -0,027 | -0,030 | <b>0,665</b>  |
| BFI41 | 0,238  | -0,075 | 0,212  | 0,219  | <b>-0,473</b> |
| BFI44 | -0,089 | 0,033  | -0,063 | 0,041  | <b>0,613</b>  |

---

2 lentelė. Tyrimo duomenų pasiskirstymo normalumo tikrinimo rezultatai

| Kintamasis                       | M (SD)        | Asimetriškumo kriterijaus reikšmė | Eksceso kriterijaus reikšmė | Kolmogoro-Smirnovo kriterijus |     |         |
|----------------------------------|---------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----|---------|
|                                  |               |                                   |                             | Statistika                    | df  | p       |
| <i>Vaiko raidos kintamieji</i>   |               |                                   |                             |                               |     |         |
| CBCL Emocijų sunkumai 1,5 m.     | 9,13 (5,68)   | 1,05                              | 1,80                        | 0,105                         | 230 | < 0,001 |
| CBCL Elgesio sunkumai 1,5 m.     | 13,69 (6,81)  | 0,30                              | 0,01                        | 0,063                         | 233 | 0,025   |
| CBCL Bendrai sunkumų 1,5 m.      | 37,66 (18,03) | 0,49                              | 0,59                        | 0,045                         | 211 | 0,200   |
| CBCL DSM įv. raidos sutr. 1,5 m. | 2,81 (2,43)   | 1,61                              | 4,07                        | 0,173                         | 236 | < 0,001 |
| CBCL DSM dėm. trūkumas 1,5 m.    | 6,34 (2,62)   | -0,15                             | -0,44                       | 0,138                         | 244 | < 0,001 |
| CBCL Emocijų sunkumai 2,5 m.     | 9,61 (6,17)   | 2,31                              | 2,39                        | 0,140                         | 185 | < 0,001 |
| CBCL Elgesio sunkumai 2,5 m.     | 14,24 (7,11)  | 0,50                              | -0,26                       | 0,080                         | 184 | 0,006   |
| CBCL Bendrai sunkumų 2,5 m.      | 38,05 (18,55) | 1,02                              | 2,41                        | 0,095                         | 177 | 0,001   |
| CBCL DSM įv. raidos sutr. 2,5 m. | 3,16 (2,59)   | 1,28                              | 2,69                        | 0,167                         | 184 | < 0,001 |
| CBCL DSM dėm. trūkumas 2,5 m.    | 5,73 (2,54)   | 0,26                              | -0,33                       | 0,114                         | 188 | < 0,001 |
| CBCL Emocijų sunkumai 4 m.       | 10,61 (6,48)  | 1,22                              | 2,17                        | 0,133                         | 134 | < 0,001 |
| CBCL Elgesio sunkumai 4 m.       | 13,90 (7,11)  | 0,77                              | 1,03                        | 0,099                         | 134 | 0,003   |
| CBCL Bendrai sunkumų 4 m.        | 31,99 (18,72) | 0,98                              | 1,84                        | 0,063                         | 190 | 0,066   |
| CBCL DSM įv. raidos sutr. 4 m.   | 3,73 (2,42)   | 0,89                              | 1,54                        | 0,137                         | 188 | < 0,001 |
| CBCL DSM dėm. trūkumas 4 m.      | 5,56 (2,49)   | 0,40                              | -0,07                       | 0,142                         | 188 | < 0,001 |
| Atsispyrimas pagundai            | 84,05 (26,13) | -1,65                             | 1,50                        | 0,352                         | 141 | < 0,001 |
| Kognityvi kontrolė               | 77,87 (18,87) | -1,06                             | 1,72                        | 0,121                         | 119 | < 0,001 |

|   |               |       |       |       |     |         |
|---|---------------|-------|-------|-------|-----|---------|
| Planavimas  | 60,95 (30,75) | -0,17 | -1,18 | 0,172 | 137 | < 0,001 |
| Samprotavimo gebėjimai  | 11,68 (4,74)  | -0,41 | -0,18 | 0,171 | 135 | < 0,001 |
| Bendras savireguliacijos įv.  | 84,05 (26,13) | -1,65 | 1,59  | 0,352 | 141 | < 0,001 |
| Temperamentas: Ekstraversija  | 4,69 (0,61)   | -0,18 | -0,63 | 0,062 | 173 | 0,200   |
| Temperamentas: Neigiamas emocionalumas                                      | 4,56 (0,52)   | -0,12 | -0,31 | 0,045 | 173 | 0,200   |
| Temperamentas: Valinga kontrolė   | 5,16 (0,66)   | -0,64 | 1,19  | 0,059 | 173 | 0,200   |
| <i>Motinos savijautos, asmenybės, santykių su vyru/partneriu kintamieji</i> |               |       |       |       |     |         |
| Motinos amžius  | 29,59 (5,41)  | 0,23  | -0,12 | 0,093 | 283 | <0,001  |
| Santykiai su vyru/partneriu 1,5 m.  | 3,95 (1,09)   | -0,97 | 0,22  | 0,234 | 237 | <0,001  |
| Santykiai su vyru/partneriu 2,5 m.  | 3,86 (1,15)   | -0,96 | 0,15  | 0,259 | 198 | <0,001  |
| Neigiamų emocijų išgyvenimas 2,5 m.   | 11,53 (3,09)  | -1,00 | 0,26  | 0,173 | 198 | < 0,001 |
| Santykiai su vyru/partneriu 3 m.  | 3,93 (0,99)   | -0,86 | 0,53  | 0,237 | 174 | <0,001  |
| Motinos depresiškumas 3 m.  | 6,30 (5,39)   | 1,58  | 3,06  | 0,186 | 183 | < 0,001 |
| Mot.asmenybė: Ekstravertiškumas   | 12,73 (3,12)  | 0,22  | 0,26  | 0,113 | 115 | 0,001   |
| Mot.asmenybė: Sutarumas   | 30,45 (4,47)  | -0,57 | 0,67  | 0,079 | 114 | 0,074   |
| Mot.asmenybė: Sąmoningumas  | 22,09 (3,97)  | -0,29 | -0,26 | 0,099 | 113 | 0,008   |
| Mot.asmenybė: Neurotiškumas   | 23,94 (5,59)  | -0,08 | 0,13  | 0,076 | 113 | 0,138   |
| Mot.asmenybė: Atvirumas   | 31,84 (6,56)  | -0,44 | 0,35  | 0,066 | 115 | 0,200   |
| <i>Motinstės praktikų bei sąveikų su vaiku kintamieji</i>                   |               |       |       |       |     |         |
| Motinos požiūris į kūdikio auginimą 3 mėn.                                  | 46,09 (11,33) | -0,35 | -0,39 | 0,071 | 206 | 0,014   |
| Motinos saviveiksmingumas 1,5 m.  | 26,31 (8,93)  | -0,81 | 3,99  | 0,049 | 240 | 0,200   |
| Motinos užimtumas su vaiku 2,5 m.   | 33,51 (5,85)  | -0,25 | -0,17 | 0,072 | 199 | 0,014   |
| Paremišios strategijos 3 m.   | 5,61 (0,64)   | -0,29 | 0,28  | 0,046 | 166 | 0,200   |

|                                 |             |       |       |       |     |         |
|---------------------------------|-------------|-------|-------|-------|-----|---------|
| Neparemiančios strategijos 3 m. | 2,62 (0,85) | 1,11  | 1,35  | 0,108 | 162 | < 0,001 |
| Struktūruota užduotis 4 m.:     |             |       |       |       |     |         |
| ARB                             | 3,90 (0,85) | -0,38 | -0,49 | 0,247 | 120 | < 0,001 |
| Pozityvus vadovavimas           | 2,68 (0,66) | -1,99 | 3,06  | 0,463 | 120 | < 0,001 |
| Kontrolė                        | 1,02 (0,93) | 0,61  | -0,45 | 0,241 | 120 | < 0,001 |
| Kišimasis                       | 1,44 (0,92) | 0,30  | -0,75 | 0,275 | 120 | < 0,001 |
| Atsitraukimas                   | 0,03 (0,29) | 9,67  | 97,63 | 0,529 | 120 | < 0,001 |
| Laisvas žaidimas 4 m.:          |             |       |       |       |     |         |
| ARB                             | 4,11 (0,75) | -0,44 | -0,38 | 0,243 | 116 | < 0,001 |
| Pozityvus vadovavimas           | 1,88 (0,79) | -0,21 | -0,53 | 0,250 | 116 | < 0,001 |
| Kontrolė                        | 0,53 (0,72) | 1,25  | 1,21  | 0,350 | 116 | < 0,001 |
| Kišimasis                       | 0,62 (0,59) | 0,38  | -0,66 | 0,297 | 116 | < 0,001 |
| Atsitraukimas                   | 0,16 (0,46) | 3,44  | 14,54 | 0,502 | 116 | < 0,001 |

**Motinių pateikiamų vaikų emocijų ir elgesio sunkumų sąsajos su motinos išsilavinimu, amžiumi bei vaiko pirmagimyste**

3 lentelė. *Motinių pateikiamų emocijų ir elgesio sunkumų vertinimų palyginimas skirtingo išsilavinimo bei pirmagimių ir nepirmagimių vaikų grupėse (taikytas Kruskal Wallis testas 3 imčių palyginimui ir Mann-Whitney kriterijus 2 imčių palyginimui)*

|                   |                               | Motinos išsilavinimas |          | Ar vaikas pirmagimis |          |
|-------------------|-------------------------------|-----------------------|----------|----------------------|----------|
|                   |                               | <i>H</i>              | <i>p</i> | <i>U</i>             | <i>p</i> |
| 1,5 m. vertinimas | DSM: įvair. raidos sutrikimai | 3,186                 | 0,203    | 6818,00              | 0,781    |
|                   | DSM: dėmesio trūkumas         | 4,149                 | 0,126    | 5413,50              | 0,000**  |
|                   | emocijų sunkumų               | 10,965                | 0,004**  | 5580,00              | 0,041*   |
|                   | elgesio sunkumų               | 6,421                 | 0,040*   | 5394,00              | 0,007**  |
|                   | bendrai sunkumų               | 9,668                 | 0,008**  | 4694,00              | 0,049*   |
|                   |                               | Motinos išsilavinimas |          | Ar vaikas pirmagimis |          |
|                   |                               | <i>H</i>              | <i>p</i> | <i>U</i>             | <i>p</i> |
| 2,5 m. vertinimas | DSM: įvair. raidos sutrikimai | 5,777                 | 0,056†   | 4136,50              | 0,911    |
|                   | DSM: dėmesio trūkumas         | 0,567                 | 0,753    | 3543,00              | 0,035*   |
|                   | emocijų sunkumų               | 3,939                 | 0,140    | 3867,50              | 0,328    |
|                   | elgesio sunkumų               | 2,065                 | 0,356    | 3737,50              | 0,225    |
|                   | bendrai sunkumų               | 3,740                 | 0,154    | 3404,50              | 0,173    |
|                   |                               | Motinos išsilavinimas |          | Ar vaikas pirmagimis |          |
|                   |                               | <i>H</i>              | <i>p</i> | <i>U</i>             | <i>p</i> |
| 4 m. vertinimas   | DSM: dėmesio trūkumas         | 0,058                 | 0,971    | 3333,00              | 0,009**  |
|                   | DSM: prieš. neklusnumas       | 0,075                 | 0,963    | 3266,00              | 0,007**  |
|                   | emocijų sunkumų               | 3,393                 | 0,183    | 3490,50              | 0,067†   |
|                   | elgesio sunkumų               | 0,509                 | 0,775    | 3250,50              | 0,009**  |
|                   | bendrai sunkumų               | 1,728                 | 0,421    | 3446,00              | 0,013*   |

*Pastaba: \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$*



4 lentelė. *Motinos amžiaus sąsajos su vaiko elgesio ir emocijų sunkumų vertinimais (pateikiami Spearman koreliacijų koeficientai  $r_s$ )*

|                      | Emocijų ir elgesio sunkumai   | Koreliacijos koeficientas ( $r_s$ ) |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| 1,5 m.<br>vertinimas | DSM: įvair. raidos sutrikimai | -0,020                              |
|                      | DSM: dėmesio trūkumas         | -0,186*                             |
|                      | emocijų sunkumų               | -0,119†                             |
|                      | elgesio sunkumų               | -0,235**                            |
|                      | bendrai sunkumų               | -0,195**                            |
| 2,5 m.<br>vertinimas | DSM: įvair. raidos sutrikimai | -0,053                              |
|                      | DSM: dėmesio trūkumas         | -0,208**                            |
|                      | emocijų sunkumų               | -0,142†                             |
|                      | elgesio sunkumų               | -0,194**                            |
|                      | bendrai sunkumų               | -0,194**                            |
| 4 m.<br>vertinimas   | DSM: dėmesio trūkumas         | -0,104                              |
|                      | DSM: prieš. neklusnumas       | -0,101                              |
|                      | emocijų sunkumų               | -0,084                              |
|                      | elgesio sunkumų               | -0,086                              |
|                      | bendrai sunkumų               | -0,100                              |

Pastaba: \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$

5 PRIEDAS

**Motinių sąveikų ypatumų atliekant su 4 m. amžiaus vaikais bendrą užduotį sąsajos su motinos išsilavinimu, amžiumi bei vaiko pirmagimyste**

5 lentelė. *Motinių sąveikų atliekant bendrą užduotį su 4 m. amžiaus vaikais ypatumai skirtingo motinų išsilavinimo, pirmagimių ir nepirmagimių grupėse*

|                       | Rangų vidurkiai                              |                                   | Mann-Whitney testo rodikliai |        |
|-----------------------|--|-----------------------------------|------------------------------|--------|
|                       | Vidurinis ir žemesnis išsilavinimas (n = 18) | Aukštasis išsilavinimas (n = 101) | U                            | p      |
| ARB                   | 46,81  | 62,35                             | 671,50                       | 0,061† |
| Pozityvus vadovavimas | 60,78  | 59,86                             | 895,00                       | 0,887  |
| Kontrolė              | 63,22  | 59,43                             | 851,00                       | 0,648  |
| Kišimasis             | 72,67  | 57,74                             | 681,00                       | 0,072† |
| Atsitraukimas         | 62,33  | 59,58                             | 867,00                       | 0,162  |
| Suminis įvertis       | 70,92  | 58,05                             | 712,50                       | 0,139  |

|                       | Rangų vidurkiai      |                        | Mann-Whitney testo rodikliai |       |
|-----------------------|----------------------|------------------------|------------------------------|-------|
|                       | Pirmagimiai (n = 51) | Nepirmagimiai (n = 68) | U                            | p     |
| ARB                   | 57,80                | 61,65                  | 1622,00                      | 0,522 |
| Pozityvus vadovavimas | 59,77                | 60,17                  | 1722,50                      | 0,933 |
| Kontrolė              | 59,11                | 60,67                  | 1688,50                      | 0,796 |
| Kišimasis             | 63,45                | 57,41                  | 1558,00                      | 0,314 |
| Atsitraukimas         | 59,00                | 60,75                  | 1683,00                      | 0,219 |
| Suminis įvertis       | 60,09                | 59,93                  | 1729,50                      | 0,980 |

*Pastaba: \*\*\* p < 0,001; \*\*p < 0,01; \*p < 0,05; † p < 0,1. Čia ARB – abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas*

6 lentelė. Motinų sąveikų atliekant bendrą užduotį su 4 m. amžiaus vaikais ypatumų koreliacijos su motinų amžiumi (pateikiami Spearman'o koreliacijų koeficientai  $r_s$ )

| Sąveikų ypatumai      | Motinų amžius |
|-----------------------|---------------|
| ARB                   | 0,186*        |
| Pozityvus vadovavimas | -0,053        |
| Kontrolė              | -0,095        |
| Kišimasis             | -0,085        |
| Atsitraukimas         | 0,038         |
| Suminis įvertis       | -0,079        |

Pastaba: \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$ . Čia ARB – abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas

7 lentelė. Savireguliacijos gebėjimų sąsajos su kitais tyrimo kintamaisiais (pateikiami Spearman 'o koreliacijų koeficientai  $r_s$ )

|  | Samprotavimo<br>gebėjimai | Atsispyrimas<br>pagundai | Kognityvi<br>kontrolė | Planavimo<br>gebėjimai | Bendras<br>savireguliacijos<br>iv. |
|--|---------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------------------|
| <b>Sociodemografiniai veiksniai</b>                  |                           |                          |                       |                        |                                    |
| Motinos išsilavinimas                                | 0,077                     | 0,022                    | 0,114                 | 0,093                  | 0,136                              |
| Motinos amžius                                       | 0,044                     | 0,019                    | -0,058                | 0,082                  | 0,051                              |
| Vaiko lytis (1 – berniukas)                          | -0,200*                   | -0,249**                 | -0,105                | -0,094                 | -0,221*                            |
| Vaiko amžius tyrimo metu                             | 0,127                     | 0,072                    | 0,067                 | 0,248**                | 0,211*                             |
| <b>Su gimimu susiję veiksniai</b>                    |                           |                          |                       |                        |                                    |
| Gimimas skubaus CP būdu                              | 0,205*                    | 0,208*                   | 0,059                 | 0,160                  | 0,183*                             |
| Gimimas NGT namuose                                  | 0,168†                    | 0,015                    | 0,126                 | 0,214*                 | 0,139                              |
| Biologinė nėštumo ir gimdymo rizika                  | -0,025                    | 0,089                    | -0,054                | -0,030                 | -0,062                             |
| <b>Vaiko raidos kintamieji</b>                       |                           |                          |                       |                        |                                    |
| <i>Temperamentas:</i>                                |                           |                          |                       |                        |                                    |
| Ekstraversija  | 0,018                     | -0,005                   | 0,007                 | -0,099                 | -0,017                             |
| Neigiamas emocionalumas                              | -0,125                    | -0,153                   | -0,099                | -0,104                 | -0,146                             |
| Valinga kontrolė                                     | 0,035                     | 0,080                    | 0,134                 | 0,025                  | 0,207†                             |
| <i>Motinių vertinti emocijų ir elgesio sunkumai:</i> |                           |                          |                       |                        |                                    |
| DSM: raidos sutr. 1,5 m.                             | 0,020                     | -0,121                   | -0,143                | 0,035                  | -0,082                             |
| DSM: dėm.trūk./aktyvumas 1,5 m.                      | -0,138                    | -0,037                   | -0,094                | 0,075                  | 0,030                              |
| Emocijų sunkumai 1,5 m.                              | -0,062                    | -0,187*                  | -0,103                | 0,042                  | -0,003                             |

|  |         |          |         |         |         |
|--|---------|----------|---------|---------|---------|
| Elgesio sunkumai 1,5 m.                          | -0,214* | -0,019   | 0,047   | 0,055   | 0,094   |
| DSM: raidos sutr. 2,5 m.                         | -0,174† | -0,070   | -0,011  | 0,232*  | 0,079   |
| DSM: dėm.trūk./aktyvumas 2,5 m.                  | -0,016  | -0,099   | -0,056  | -0,030  | -0,005  |
| Emocijų sunkumai 2,5 m.                          | -0,078  | -0,068   | -0,062  | 0,176†  | 0,060   |
| Elgesio sunkumai 2,5 m.                          | 0,011   | -0,036   | -0,027  | 0,023   | -0,042  |
| DSM: raidos sutr. 4 m.                           | 0,129   | -0,094   | -0,151  | 0,126   | 0,035   |
| DSM: dėm.trūk./aktyvumas 4 m.                    | -0,052  | -0,193*  | -0,070  | -0,059  | -0,107  |
| Emocijų sunkumai 4 m.                            | 0,071   | -0,089   | -0,055  | 0,198*  | 0,090   |
| Elgesio sunkumai 4 m.                            | 0,043   | -0,144   | -0,036  | 0,054   | -0,048  |
| <b>Motinos savijautos ir asmenybės veiksniai</b> |         |          |         |         |         |
| Patirtas stresas 1,5 m.                          | 0,052   | -0,209*  | -0,140  | 0,119   | -0,094  |
| Motinos saviveiksmingumas 1,5 m.                 | -0,113  | -0,118   | -0,063  | -0,231* | -0,209* |
| Santykiai su vyru 1,5 m.                         | 0,080   | 0,125    | 0,218*  | 0,239*  | 0,339** |
| Patirtas stresas 2,5 m.                          | 0,017   | -0,326** | 0,095   | 0,157†  | 0,003   |
| Neigiamos emocijos 2,5 m.                        | -0,007  | 0,153    | 0,092   | -0,020  | 0,077   |
| Santykiai su vyru 2,5 m.                         | 0,092   | 0,104    | 0,150   | 0,264** | 0,298** |
| Depresiškumas 3 m.                               | 0,144   | -0,081   | 0,041   | -0,090  | -0,079  |
| Santykiai su vyru 3 m.                           | -0,136  | 0,007    | 0,008   | 0,058   | 0,093   |
| <i>Asmenybės bruožai:</i>                        |         |          |         |         |         |
| Ekstraversija                                    | 0,080   | -0,146   | 0,334** | 0,186   | 0,128   |
| Sutarumas  | -0,112  | 0,201†   | 0,185   | 0,182   | 0,329** |
| Sąmoningumas                                     | 0,008   | 0,066    | -0,181  | 0,151   | 0,037   |
| Neurotiškumas                                    | 0,082   | -0,026   | -0,063  | 0,001   | -0,133  |
| Atvirumas  | 0,084   | 0,025    | 0,017   | 0,131   | 0,199   |

| <b>Motinių sąveikų su vaiku ypatumai</b>          |         |         |         |          |         |
|---|---------|---------|---------|----------|---------|
| Žindymo trukmė                                    | 0,035   | -0,065  | -0,035  | -0,038   | -0,096  |
| Nuostatos į kūdikio auginimą 3 mėn.               | 0,005   | -0,205* | -0,072  | -0,179†  | -0,179† |
| Mamos užimtumas su vaiku 2,5 m.                   | 0,020   | -0,068  | -0,002  | -0,198*  | 0,032   |
| <i>Reagavimo į neigiamas emocijas strategijos</i> |         |         |         |          |         |
| Susikrimtimas                                     | -0,118  | 0,000   | 0,009   | -0,061   | -0,124  |
| Baudimas  | -0,010  | 0,070   | -0,079  | -0,075   | -0,044  |
| Emocijų raiškos skatinimas                        | -0,121  | -0,097  | -0,169  | -0,137   | -0,248* |
| Mėginimas keisti emocijas                         | 0,141   | -0,107  | -0,079  | -0,171   | -0,227* |
| Mėginimas spręsti problemą                        | -0,068  | -0,164  | -0,174  | -0,165   | -0,245* |
| Situacijos ar reakcijos sumenkinimas              | -0,003  | 0,009   | -0,213† | -0,167   | -0,117  |
| Paremiančios str. 3 m.                            | -0,040  | -0,110  | -0,183† | -0,166   | -0,277* |
| Neparemiančios str. 3m.                           | -0,055  | 0,000   | -0,128  | -0,125   | -0,118  |
| <i>Sąveikos 4 m.:</i>                             |         |         |         |          |         |
| Struktūruotot užduoties ARB                       | 0,128   | -0,004  | 0,010   | 0,209*   | 0,062   |
| Struktūruotos užd. sąveikavimo stilius            | -0,211* | -0,098  | -0,099  | -0,373** | -0,186† |
| Laisvo žaidimo ARB                                | 0,174†  | 0,029   | 0,065   | 0,125    | 0,105   |
| Laisvo žaidimo sąveikavimo stilius                | -0,190* | -0,124  | -0,040  | -0,250** | -0,226* |

*Pastaba:* \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$ . Čia NGT – gimimas namuose natūraliais gimdymo takais, CP – cezario pjūvis, ARB – abipusis reagavimas ir bendradarbiavimas

8 lentelė. *Motinių vertintų vaikų emocijų ir elgesio sunkumų (CBCL bendra sunkumų skalė) sąsajos su kitais tyrime matuotais kintamaisiais (pateikiami Spearman'o koreliacijų koeficientai  $r_s$ )*

|  | CBCL bendra<br>sunkumų sk.<br>1,5 m. | CBCL<br>bendra<br>sunkumų sk.<br>2,5 m. | CBCL<br>bendra<br>sunkumų sk.<br>4 m. |
|--|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <b>Sociodemografiniai veiksniai</b>              |                                      |   |                                       |
| Motinos išsilavinimas                            | -0,180**                             | -0,130†                                 | 0,011                                 |
| Motinos amžius                                   | -0,195**                             | -0,194**                                | -0,100                                |
| Vaiko lytis (1 – berniukas)                      | 0,196**                              | 0,144†                                  | 0,112                                 |
| <b>Su gimimu susiję veiksniai</b>                |                                      |   |                                       |
| Biologinė kumuliacinė rizika                     | 0,109                                | 0,069                                   | 0,018                                 |
| <b>Vaiko raidos kintamieji</b>                   |                                      |   |                                       |
| <i>Temperamentas:</i>                            |                                      |   |                                       |
| Ekstraversija                                    | 0,263**                              | 0,360**                                 | 0,203*                                |
| Neigiamas emocionalumas                          | 0,293**                              | 0,269**                                 | 0,307**                               |
| Valinga kontrolė                                 | -0,157†                              | -0,406**                                | -0,302**                              |
| <b>Motinos savijautos ir asmenybės veiksniai</b> |                                      |   |                                       |
| Patirtas stresas 1,5 m.                          | 0,139†                               | 0,079                                   | 0,123                                 |
| Motinos saviveiksmingumas<br>1,5 m.              | -0,330**                             | -0,332**                                | -0,172*                               |
| Santykiai su vyru 1,5 m.                         | -0,214**                             | -0,024                                  | -0,001                                |
| Patirtas stresas 2,5 m.                          | 0,149†                               | 0,124                                   | 0,148†                                |
| Neigiamos emocijos 2,5 m.                        | -0,189*                              | -0,260**                                | -0,209**                              |
| Santykiai su vyru 2,5 m.                         | -0,140†                              | -0,070                                  | -0,071                                |
| Depresiškumas 3 m.                               | 0,217**                              | 0,202*                                  | 0,178*                                |
| Santykiai su vyru 3 m.                           | -0,013                               | -0,056                                  | -0,141†                               |
| <i>Asmenybės bruožai:</i>                        |                                      |   |                                       |
| Ekstraversija                                    | -0,185†                              | -0,161                                  | -0,176†                               |
| Sutarumas  | -0,029                               | -0,116                                  | -0,224*                               |
| Sąmoningumas                                     | -0,058                               | 0,032                                   | 0,069                                 |
| Neurotiškumas                                    | 0,318**                              | 0,228*                                  | 0,268**                               |
| Atvirumas  | -0,178                               | -0,202*                                 | -0,006                                |

| <b>Motinių sąveikų su vaiku ypatumai</b>                           |          |          |         |
|--|----------|----------|---------|
| Žindymo trukmė   | -0,132†  | -0,109   | -0,028  |
| Nuostatos į kūdikio auginimą                                       | -0,313** | -0,253** | -0,072  |
| Mamos užimtumas su vaiku<br>2,5 m.                                 | -0,055   | -0,145†  | -0,152† |
| Paremiančios motinos<br>strategijos 3 m.                           | -0,004   | -0,094   | -0,110  |
| Neparemiančios motinos<br>strategijos 3m.<br><i>Sąveikos 4 m.:</i> | 0,370**  | 0,332**  | 0,190*  |
| S. ARB   | -0,198†  | -0,106   | 0,007   |
| S.sąveikavimo stilius  | 0,175    | -0,090   | -0,155  |
| L.ARB  | -0,140   | -0,014   | 0,013   |
| L.sąveikavimo stilius  | 0,052    | -0,029   | -0,049  |

*Pastaba: \*\*\* p < 0,001; \*\*p < 0,01; \*p < 0,05; † p < 0,1*



## PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS

- Jasiulionė, J. S., Jusienė, R.** (2019). Delivery mode, maternal characteristics and developmental trajectories of toddler's emotional and behavioral problems. *Child & Youth Care Forum*, 48(3), 405-425. doi: 10.1007/s10566-019-09487-8
- Jasiulionė, J. S., Jusienė, R., Markūnienė, E.** (2016). Sintetinio oksitocino naudojimo gimdymo veiklos sužadimui ir skatinimui sąsajos su vaikų iki 1,5 m. amžiaus emocijų ir elgesio sunkumais. *Sveikatos mokslai*, 26(2), 59 – 66. doi: 10.5200/sm-hs.2016.028.
- Jasiulionė, J. S.** (2015). Nėštumo ir gimdymo psichologinių veiksnių reikšmė dvejų metų amžiaus vaikų elgesio bei emocijų sunkumams. *Jaunųjų mokslininkų psichologų darbai*, 4, 1 – 6, doi: 10.15388/JMPD.2015.4.07
- Jasiulionė, J. S.** (2014). Gimimo būdo sąsajos su vaikų iki pusantrų metų amžiaus elgesio ir emociniais sunkumais. *Jaunųjų mokslininkų psichologų darbai*, 3, 1-5.
- Jusienė, R., Braidokienė, R., **Jasiulionė, J. S.** (2013). Dvejų metų amžiaus vaikų elgesio ir emocinių sunkumų ryšys su žindymo trukme. *Visuomenės sveikata*, 3(62), 96 – 103.

## Pranešimai disertacijos tema mokslinėse konferencijose

- Jasiulionė, J. S.,** Jusienė, R. *Delivery mode and toddlers' emotional and behavioral problems: the mediating role of maternal characteristics.* 16th World Association for Infant Mental Health Congress, 26 – 30 May 2018.
- Jasiulionė, J. S.,** Jusienė, R. *Gimdymas namuose: (ne)atsakingų moterų pasirinkimas?* Lietuvos psichologų kongresas „Psichologija vakar, šiandien, rytoj“, 2018 05 17 – 19.
- Jasiulionė J. S.,** Jusienė R. *Mother-child interactions according to different mode of delivery: comparison of mothers' and researchers' views.* 24th Biennial Meeting of International Society for the Study of Behavioural Development, Vilnius, Lithuania, 10 – 14 July 2016.
- Jusienė, R., Jarumbauskaitė A., **Jasiulionė J. S.,** Vickutė M. *Depressive mothers' interactions with young children: what we miss if do not include free play observations in assessment.* 15th World Association for Infant Mental Health Congress, Prague, Czech republic, 29 May –2 June 2016.
- Jasiulionė, J. S.,** Jusienė R. *Mother-infant interaction quality during free play and structured task: does the mode of delivery matter?* 15th World Association for Infant Mental Health Congress, Prague, Czech republic, 29 May –2 June 2016.
- Jasiulionė J. S.,** Jusienė R., Markūnienė E. *Kaip gimdymo sužadimui ar skatinimui naudojamas sintetinis oksitocinas siejasi su mažų vaikų psychosocialine raida?* Lietuvos psichologų kongresas „Psichologija: mokslu grindžiama praktika žmogui ir visuomenei“, Kaunas, Lietuva, 2016 05 06 – 07.
- Jasiulionė J. S.** *Nėštumo ir gimdymo psichologinių veiksnių reikšmė dviejų metų amžiaus vaikų elgesio bei emocijų sunkumams.* Jaunųjų mokslininkų psichologų konferencija „Psichologiniai tyrimai tarptautiniame kontekste: jaunojo mokslininko vaidmuo“, Vilnius, Lietuva, 2015 04 24.
- Jasiulionė J. S.,** Jusienė R. *Gimimo būdo sąsajos su vaikų iki pusantrų metų amžiaus elgesio ir emociniais sunkumais.* Jaunųjų mokslininkų psichologų konferencija “Psichologiniai tyrimai. Reikšmė visuomenei – iššūkis tyrėjui”, Vilnius, Lietuva, 2014 04 25.

# UŽRAŠAMS

Vilniaus universiteto leidykla  
Universiteto g. 1, LT-01513 Vilnius  
El. p. [info@leidykla.vu.lt](mailto:info@leidykla.vu.lt),  
[www.leidykla.vu.lt](http://www.leidykla.vu.lt)  
Tiražas 15 egz.