

PIEDOŠANA UN SĒRU IZPAUSMES SIEVIETĒM PĒC PERINATĀLĀ ZAUDĒJUMA

Inta Lākute, Anda Upmane¹

Anotācija

Šī pētījuma mērķis bija izpētīt saikni starp piedošanas aspektiem, sēru simptomiem un zaudējuma raksturlielumiem sievietēm pēc perinatālā zaudējuma. Kā arī noskaidrot, kādā mērā piedošana un zaudējuma raksturlielumi prognozē sēru simptomus. Pētījuma izlasi veido 440 sievietes vecumā no 20 līdz 45 gadiem ($M = 33,2$).

Lai mērītu piedošanu, tika izmantota Hārtlendā piedošanas skala (*Heartland Forgiveness Scale*, Thompson & Snyder, 2003), kuru Latvijā adaptējusi Vendija Balode (Balode, 2017). Traumatisko sēru aptauja (*The Traumatic Grief Inventory Self – Report Version*, Boelen, & Smid, 2017) tika adaptēta šajā pētījumā.

Pētījumā tika atklāts, ka pastāv negatīvas saistības starp piedošanu un sēru simptomiem. Zaudējuma raksturlielumi – uztvertā zaudējuma smagums, izjustā tuvība pret zaudēto mazuli un laiks kopš zaudējuma – pozitīvi prognozēja sēru simptomus, savukārt piedošana kopumā, psiholoģiskā palīdzība un uztvertā zaudējuma pārvarēšana negatīvi prognozēja sēru simptomus. Pētījumā iegūtie rezultāti norāda uz to, ka piedošana var veicināt adaptīvāku sērošanu.

Atslēgvārdi: piedošana, sēras, sēru simptomi, zaudējums, perinatālais zaudējums.

¹ Corresponding author: University of Latvia, Department of Psychology, Faculty of Education, Psychology and Art, Imantas 7. līnija 1, Rīga, LV-1083, Latvia. Email: anda.upmane@lu.lv

FORGIVENESS AND GRIEF SYMPTOMS IN WOMEN AFTER PERINATAL LOSS

Inta Lakute, Anda Upmane

Abstract

The purpose of this research was to explore the relationship between aspects of forgiveness, grief symptoms and bereavement in women after perinatal loss. In addition, to explore to what extent forgiveness and bereavement aspects predict grief symptoms. Participating in the study were 440 women, aged between 20 to 45 years, ($M = 33,2$). They completed the Heartland Forgiveness scale (Thompson & Snyder, 2003), adapted by Vendija Balode (Balode, 2017) and the Traumatic Grief Inventory (Self – Report Version, Boelen, & Smid, 2017), which was adapted as a part of this study. The results of research showed that there were negative relationships between forgiveness and grief symptoms. Bereavement aspects, such as the severity of the perceived bereavement, experienced bonding with the lost baby, and the time since the loss were positive predictors of grief symptom, whereas forgiveness in general, having received psychological assistance and overcoming the perceived loss, were negative predictors of the symptoms of grief.

Keywords: forgiveness, grief, grief symptoms, loss, perinatal loss

Nedzimuša bērna zaudējums ir sāpīga un sensitīva tēma, par kuru sabiedrība joprojām izvairās runāt. Bērna nāvi grūtniecības, dzemdību laikā vai drīz pēc piedzimšanas bieži pavada smagas un ieilgušas sēru reakcijas.

Pasaulē ar perinatālo zaudējumu saskaras aptuveni katra trešā ģimene (National Center for Health Statistics, 2020). Latvijā ik gadu piedzimst ap 19 000 bērnu un katra 5. grūtniecība negaidīti pārtrūkst (SPKC, 2018). Kopš 2002. gada perinatālā mirstība ir samazinājusies par 30%, tomēr līdz ar 2011. un 2012. gadu atkal vērojams neliels pieaugums. Tieši lielais nedzīvi dzimušo bērnu skaits ietekmē perinatālās mirstības rādītājus Latvijā (SPKC, 2018).

Pēc perinatālā zaudējuma vecāki parasti cīnās ar jautājumiem par viņu pašu vai citu cilvēku rīcību un ar domām, kas varētu būt šī zaudējuma iespējama iemesls (Shear et al., 2007). Tas var novest pie dusmām un sevis, kāda cita vai situācijas vainošanas (Stroebe et al., 2001). Bieži sērojošo vecāku reakcija ir vainas piedēvēšana citiem vai situācijai. Vairāki pētījumi norāda, ka šī stratēģija ir saistīta ar lielāku psiholoģisko diskomfortu un izvairīšanos no zaudējuma realitātes (Duncan & Cacciatore, 2015).

Neskaitāmi pētījumi uzsver piedošanas intervences pozitīvo ietekmi uz garīgo veselību – tā samazina dusmas, nemieru, vainas apziņu un depresiju, kā arī veicina indivīda pašapziņu (Baskin & Enright, 2004). Pētnieki uzsver, ka tieksme piedot indivīdam ļauj labāk izprast notikušo un sekmē zaudējuma pieņemšanu, kamēr dusmas rada tieši pretējo (Ahktar & Barlow, 2016).

Piedošana

Lielākoties piedošana tiek definēta kā indivīda brīvprātīga emociju, uzvedības, uzskatu un attieksmes maiņa ar pieaugošu pozitīvu un samazinātu negatīvu ietekmi, reaģējot uz piedzīvoto traumu vai netaisnību (Enright, 2001; Wade et al., 2005).

Saskaņā ar Roberta Enraita (Enright, 2001) definīciju piedošana tiek saprasta kā aktīvs process, kurā indivīds apzināti pieņem lēmumu atteikties no tiesībām uz aizvainojumu un negatīviem spriedumiem neatkarīgi no tā, vai cilvēks ir vai nav to pelnījis, vienlaikus veicinot līdzcietības, augstsirdības un pat mīlestības izjūtas pret pāri darītāju, pat ja tās ir nepelnītas.

Viens no vadošajiem mūsdienu piedošanas pētniekiem Maikls Makulovs (McCullough, 2000) uzskata, ka piedošana ir sociāla motivācija, kas tiek pausta, pateicoties samazinātai vēlmei dzīties pēc taisnīguma un atreibības, kā arī izvairīties no kaitējuma nodarīšanas un pieaugoši vēlmei attiekties pozitīvi pret to pašu cilvēku.

Pētījumos tiek apspriesta ne tikai piedošana, bet arī nepiedošana, kas tiek definēta kā sarežģīts emocionāls stāvoklis, ko veido aizvainojuma, naida, rūgtuma un / vai atreibības jūtas. Nepiedošana laika gaitā rodas no dusmu sākotnējām reakcijām un pārvēršas par aukstu emocionālu stāvokli, bieži vien pārdomājot vairākas reizes notikušo (Worthington, 2005).

Šajā pētījumā piedošanas jēdziens tiek aplūkots, attiecinot to uz piedošanas triādi jeb trīs savstarpēji saistītiem aspektiem, kur piedošanas objekts varētu būt indivīds pats, kāds cits vai citi, vai arī situācija, kas indivīdam ir ārpus kontroles, kā, piemēram, slimība, liktenis, dabas katastrofa vai Dievs.

Piedošana citiem

Piedošana citiem ir motivējošu pārmaiņu kopums un process, kas saistīts ar empātiju pret personu, kura rīkojusies aizskaroši vai nodarījusi kaitējumu (McCullough, 2000). Vortingtons ar kolēģiem uzsver, ka starppersonu piedošana ir vairāk emocionāls process starp diviem indivīdiem, kurā negatīvām emocijām pretī nostāda pozitīvās emocijas, kas noved pie piedošanas procesa. Kā emocijas, kas var

sekmēt piedošanu, tiek minētas empātija, līdzjūtība un līdzcietība (Worthington & Scherer, 2004).

Savukārt Freds Luskins (*Fred Luskin*) apgalvo, ka starppersonu piedošana ir prasme, ko var apgūt. Individīdam tā ir iespēja no jauna atgūt savu iekšējo spēku un uzņemties atbildību par personīgajām jūtām. Lēmums uzņemties atbildību par sevi un piedot otram, atbrīvojot sevi no upura lomas, noved pie augstas pašefektivitātes izjūtas un izceļ indivīda personisko spēku (Luskin, 2002).

Nozīmīgi ir Hampa (Hampes, 2016) uzskati par to, ka starppersonu piedošana ir sevis attīstošs pārveides process. Tas iet roku rokā ar relatīvi jauno konceptu "Elastība" (*psychological flexibility*), par kuru zinātnieki runā nesen. Elastības koncepts ir attiecināms uz pozitīvas mentālās veselības stāvokli vai elastīgu spēju pielāgoties jaunajai dzīvei pēc stresa izraisītiem notikumiem (Kashdan & Rottenberg, 2010). Pētnieki norāda, ka cilvēkiem, kuriem piemīt elastība, ir lielākas spējas atgūt līdzsvaru fizioloģiski, psiholoģiski un starppersonu attiecībās. Līdz ar to, ja persona spēj virzīties uz priekšu dzīvē funkcionāli bez ieilgušiem un traucējošiem simptomiem (Harris, 2009), arī piedošana ir dabiskāks un vieglāks process.

Piedošana sev

Enraits (Enright & The Human Development Study Group, 1996) piedošanu sev raksturo kā procesu, kura laikā indivīds izvēlas atņemt savu aizvainojumu, ko jūt pret sevi paša radītas rīcības dēļ, tā vietā izstārojot sapratni, augstsirdību un mīlestību pret sevi.

Piedošanu sev var uzskatīt par vienu no iespējām, kā indivīds varētu atgūties no emocionāli zemākā dzīves punkta, ļaujot negatīvām emocijām samazināties līdz tādām līmenim, ka tās vairs nevalda pār cilvēka veselo pašapziņu (Dillon, 2001). Lai arī piedošana sev ir visgrūtākais piedošanas veids, tā ir īpaši svarīga, lai samazinātu dusmas un pašnāvniecisku uzvedību (Worthington et al., 2006).

Daži autori norāda, ka par piedošanu sev var runāt arī tad, ja viena un tā pati persona ir gan pāri darītājs, gan upuris (Woodyatt & Wenzel, 2014). Bieži vien sevis sodīšana rodas ne tikai no morāla kaitējuma vai nepareizas rīcības rezultātā, bet arī tāpēc, ka nav izdevies sasniegt kādu sev personiski izvirzītu mērķi vai gaidas (Worthington, 2013), piemēram, kļūt par vecākiem. Lai arī neviena objektīvi morāla kļūda netiek pieļauta, indivīds var piedzīvot pret sevi vērstu nosodījumu, nožēlu, vainas izjūtu un kaunu (Leach, Bilali & Pagliaro, 2015).

Pētnieki ir vienprātis, ka piedošana sev ir saistīta ar atbildības uzņemšanos. Ja indivīds neuzņemas atbildību, piedošanas process nevar notikt (Bryan et al., 2015).

Ir svarīgi saprast, ka piedošana sev nenozīmē to, ka pāri nodarījums ir jāignorē, jāaizmirst vai jāattaisno (Thompson et al., 2005).

Piedošana situācijām

Piedošanas jēdziens tiek attiecināts arī uz situācijām, kuras izraisa individuā spēcīgas negatīvas jūtas un emocijas. Tās var būt dabas katastrofas, kā, piemēram, zemestrīce, plūdi, vai arī katastrofas personīgajā dzīvē – hroniska saslimšana vai tuva cilvēka, bērna zaudējums. Šādas situācijas padara cilvēkus dusmīgus, bezspēcīgus un bezcerīgus, pamazām veidojot negatīvu attieksmi pret ārpasauli, kas noved individu pie vispārēja nemiera un garastāvokļa traucējumiem (Berry & Worthington, 2005).

Tompsons (Thompson et al., 2005) norāda, ka visbiežāk indivīdi reaģē pret abstrakto apstākļu kopumu, kas noved pie esošās situācijas, turklāt vainojot ne tikai situāciju, bet paralēli tam arī sevi un citus. Lielākoties indivīdi, saskaroties ar neveiksmi vai traumējošu situāciju savā dzīvē, izteiks bažas, ka “pasaule ir pret mani” vai “dzīve ir tik netaisna”, “tas ir likteņa dēļ” u. tml.

Cilvēki bieži var attiecināt negatīvos notikumus vai situācijas uz Dievu vai kādu citu augstāku spēku, kuram iekšēji tic. Piemēram, vecāki, kuri pēkšņi zaudējuši bērnu, bieži ziņo par pārliecību, ka Dievs viņus tādā veidā soda, vai pārmet, ka Dievs nav iesaistījies, lai viņus pasargātu no ciešanām (Boon & Sulsky, 1997). Kad cilvēki dusmojas uz Dievu, viens no veidiem, kā tikt galā ar negatīvajām jūtām, ir piedošana (Enright & The Human Development Study Group, 1996). Šādās situācijās piedošana nozīmētu mazināt vai atrisināt savas dusmas pret Dievu.

Perinatālais zaudējums

Perinatālais zaudējums (angl. *perinatal loss*) zinātniskajā literatūrā tiek attiecināts uz vecāku pieredzi, kas saistīta ar grūtniecības pēkšņu, negaidītu pārtrūkšanu, priekšlaicīgi dzimuša bērna nāvi grūtniecības, dzemdību laikā vai drīz pēc tām (Cote-Arsenault, 2003).

Ilgstoši ir pastāvējis uzskats, ka priekšlaicīga grūtniecības zaudēšana ir mazāk nozīmīga nekā vēlīna perioda grūtniecības vai jaundzimušā zaudēšana (Lovell, 1983). Tikai pēc 1980. gada pētnieki sāka pievērst uzmanību un atzīt, ka perinatālais zaudējums patiešām ir ievērojams un traumatisks zaudējums, kas jāatzīst un jāizsēro (Bennett et al., 2005).

Līdz šim pētnieku starpā nav panākta vienprātība par perinatālā perioda (angl. *perinatal period*) definēšanu. Dažos pētījumos šis termins tiek lietots, lai apzīmētu augļa nāvi no 20. grūtniecības nedēļas līdz 28. dzīves dienai (Barfield, 2011), turpretī dzemdību aprūpes speciālisti par perinatālo periodu uzskata laiku nogriezni, kas ilgst no 22. grūtniecības nedēļas līdz 7. dienai pēc dzemdībām (Cote-Arsenault, 2003). Savukārt perinatālās psiholoģijas pārstāvji to saista ar ilgstošāku laika posmu – no bērna ieņemšanas brīža, visu grūtniecības periodu un ar

pirmajiem mēnešiem pēc dzemdībām. Šajā pētījumā, lai izvairītos no neskaid-
rībām, jēdziens “perinatālais zaudējums” tiek lietots, lai atsauktos uz spontānu
abortu (angl. *miscarriage*), priekšlaicīgām dzemdībām (angl. *stillbirth*), nedzīvi dzi-
mušu mazuli vai zīdaiņa pēkšņu nāvi, sākot no ieņemšanas brīža līdz 28. mazuļa
dzīves dienai.

Perinatālā zaudējuma iemesli mēdz būt dažādi, taču visbiežāk tie ir saistīti
ar hromosomu anomālijām, iedzimtām patoloģijām, dzemdes kakla, nabas saites
un placentas problēmām, kā arī ar neapdomātas rīcības vai nolaidības gadījumiem
(Berman, 2001).

Skumjas, bēdas, smags zaudējums, trauma un *sēras* ir izplatītākie termini, kuri
sastopami literatūrā, runājot par zaudējumu (Murray, 2016; Abi-Hashem, 2017).

Zinātniskajā literatūrā *zaudējums* (angl. *loss*) tiek minēts kā universāls feno-
mens, uz kuru cilvēks reaģē ar dažādām sēru un sērošanas pakāpēm (Howarth,
2011). Jebkurš zaudējums ir kāda nāves forma – draudzības nāve, attiecību nāve
vai mīlotā nāve, bērna nāve –, tai skaitā perinatālais zaudējums ir zaudējums, kurš
rada kādu sērošanas pakāpi (Giunta & Giunta, 2002), satricinot indivīda pašsajūtas
pamatus un radot traumatisku pieredzi (Jaffe, 2017).

Sēras kā dabisks perinatālā zaudējuma rezultāts

Smags zaudējums (angl. *bereavement*) tiek attiecināts uz situāciju, kad ir miris
kāds tuvs cilvēks (Zisook & Shear, 2009).

Sēras (angl. *grief*) tiek skaidrotas kā reakcija uz smagu zaudējumu, ar sērām
raksturo indivīda emocionālās, kognitīvās un uzvedības reakcijas uz tuvinieka
nāvi (Zisook & Shear, 2009). Vairāki pētījumi ir parādījuši, ka, salīdzinot ar citiem
zaudējuma veidiem, vecāku sēras ir intensīvākas, komplicētākas, ilgstošākas un
tiek identificētas kā augsta riska mainīgais (Murphy & Merrell, 2009; Diamond
& Diamond, 2017; Jaffe, 2017). Lai gan sēras ir dabisks, nepatoloģisks fenomens,
tas var novest pie komplicētām sērām (angl. *complicated grief*), to izpausmes ir
veselību iedragājošas un ilglaicīgākas nekā normālas sēras, it īpaši, ja zaudējums
ir pēkšņs un traumatisks.

Tiek minēti vairāki faktori, kas ietekmē sērošanas intensitāti perinatāla zaudē-
juma rezultātā, kā, piemēram, viens no tiem ir vecāku fiziskais kontakts ar bērnu.
Pētījumi rāda – jo ciešāks ir bijis vecāku fiziskais kontakts ar gaidāmo mazuli
grūtniecības laikā, jo spēcīgākas un ilgstošākas ir sēru izpausmes pēc bērna zau-
dējuma (Elklit & Gudmundsdottir, 2006). Dažos pētījumos atklāts, ka tiem vecā-
kiem, kuri redzējuši gaidāmā bērna ultraskaņas attēlu, ir augstāks sēru līmenis
(Kersting et al., 2011).

Elklits ar kolēģi savā pētījumā (Elklit & Gudmundsdottir, 2006) iepazīstina
ar Ernas Furmanes (Furman, 1978) sērošanas nostādni. Viņa uzskata, ka sērošana

sastāv no diviem atšķirīgiem procesiem: *atsvešināšanās* un *identificēšanās* ar zaudēto mazuli. Atsvešināšanās daļa ietver dusmas, vainas apziņu, sāpes un skumjas, bet identificēšanās daļa padara nošķirtības sāpes līdzsvarotas un panesamas. Jo ilgāku laiku vecāki pavadījuši kopā ar bērnu pirms zaudējuma, jo vairāk tas ir palīdzējis vecākiem identificēties ar zaudēto bērnu, samazinot atsvešinātības izjūtas. Taču priekšlaicīgi dzimušais bērns vai jaundzimušais nav pietiekami ilgi dzīvojis kā indivīds, līdz ar to vecāki cīnās ar nošķirtības izjūtu, kas noved pie cīņas ar atsvešināšanās jūtām, nespējot identificēties ar zaudēto bērnu. Savukārt, ja bērns ir dzimis nedzīvs vai nodzīvojis tikai nedaudz, vecāki nepiedzīvo procesu, kas saistīts ar saiknes veidošanu, bērna iepazīšanu un iemilēšanu. Tas pēc bērna zaudējuma rada lielu apjukumu (Elklit & Gudmundsdottir, 2006). Vecākiem, kuri ir gaidījuši savu bērnu, tomēr tas ir piedzimis nedzīvs, sērošanas process ir smagāks saistībā ar grūtniecībā pavadīto laiku, jo ilgāk sekmīgi noritējuši grūtniecība, pēc zaudējuma sēras izrādījušās sāpīgāks process (Elklit & Gudmundsdottir, 2006).

Neskatoties uz to, ka sēras ir dziļi personisks process, tam ir diezgan paredzama attīstības gaita – personai ir raksturīga īslaicīgu ikdienas funkciju pasliktināšanās, atteikšanās no sabiedriskajām aktivitātēm, uzmācīgas domas, noslēgšanās, ilgas, nejutīgums un sastingums (Kersting et al., 2011). Visbiežāk ar sērošanu saistītās izpausmes ir izmisums, bezspēcība, paniska rīcība, vainas izjūta, dusmas, atsvešinātība, dezorganizētība, kā arī personīgā izaugsme (Hogan & Shmidt, 2002; Walsh, 2006).

Cilvēkiem, kas tā arī nekļuva par vecākiem, sērošana pēc mirušā bērna ir viena no visspēcīgākām un ilgstošākām jūtām cilvēka dzīvē. Pirms šī zaudējuma viņiem bija sapņi, cerības iegūt veselīgu bērnu, fantāzijas par to, kā tas ir – būt mammai, tētim. To atceroties, cilvēks sēro, un tas ir normāls process, kas seko pēc zaudējuma (Diamond & Diamond, 2017). Knaps (Knapp, 1987) sava pētījuma rezultātā izdara secinājumu, ka bērna zaudējumu nekad nevar pilnībā atrisināt, un nosauc šīs sēras par ēnu sērām.

Piedošanas saistība ar sēru simptomiem

Piedošana tiek atzīta kā efektīvs galā tikšanas mehānisms, ko var izmantot, lai pārvarētu stresu, kuru rada nepiedošana. Turklāt pētnieki apgalvo, ka nepiedošana izrādās viens no svarīgākajiem stresa avotiem indivīda dzīvē (Berry et al., 2005; Worthington & Scherer, 2004). Viņi argumentē, ka piedošanas veicināšana var izraisīt atlabšanu no traumas un ka piedodoša uzvedība indivīdu var novest pie noturīgas izaugsmes, saskaroties ar potenciāli traumatiskiem notikumiem (Wade et al., 2005).

Sērojošie vecāki var izjust emocionālas reakcijas katrā piedošanas dimensijā – pret sevi, citiem vai situāciju. Šīs sākotnējās reakcijas pēc traumējoša notikuma pētnieki iedala divās kategorijās – pašnoniecināšanas un paš aizsardzības emocijās. Pašnoniecināšana ietver tādas emocijas kā kauns, vainas apziņa, skumjas, bezvērtība un bezspēcība. Tās ir emocionālas reakcijas, kas motivē sērojošos vecākus reaģēt veidā, kas ne vienmēr aizsargā patību, bet tā vietā palīdz tikt galā ar zaudējumu, mazinot tā spriedzi un uztvertās sekas (Littleton et al., 2007). Savukārt paš aizsardzības emocijas ietver tādas reakcijas kā dusmas, naidis, sašutums un atreibības kāre. Emocionālas reakcijas parasti motivē cilvēkus meklēt atreibību, izvairīties vai reaģēt ar agresiju vai pat vardarbību (Lamb, 2002). Pētījumi rāda, ka, piedodot sev, tiek samazināta vainas apziņa un kauns (McGaffin et al., 2013), samazinās sevis savainošanas un pašnāvības risks (Nagra, Lin & Upthegrove, 2016; Peterson et al., 2016).

Dusmas un sašutums pēc perinatālā zaudējuma bieži tiek vērsti ne tikai pret sevi, bet arī pret citiem, uzskatot, ka citi ir atbildīgi par viņa bērna nāvi. Ja cilvēki ir spēcīgi savā ticībā, viņi var izjust dusmas pret likteni vai Dievu, kurš pieļāvis, ka ar viņiem notiek kaut kas tik ļoti slikts (Exline et al., 1999). Dusmas, kam piemīt emocionālas, kognitīvas un fizioloģiskas dimensijas, tiek atzītas par svarīgu sēru sastāvdaļu pēc perinatālā zaudējuma. Taču dusmas, ja tās ilgst pārāk ilgi, var kļūt par neadaptīvu galā tikšanas mehānismu (Enright, 2012; Exline et al., 2011) un veicināt komplikētus sēru simptomus (Simon et al., 2011).

Vainas apziņa bieži vien ietver nožēlu un kauna izjūtu, kas ir ierasta sērošanas sastāvdaļa, jo īpaši pēc perinatālā zaudējuma (Duncan & Cacciatore, 2015). Pētnieki, kuri pēta sēru reakcijas, ir atzinuši, ka ilgstoša sevis vainošana var kļūt hroniska un neadaptīva un traucēt atgūšanās procesu sērošanas laikā (Tangney et al., 2007). Lai arī dusmošanās un vainošanas pieredze sērošanas procesā ir neizbēgama, pētnieki norāda, ka jauna dzīves mērķa atrašana, pielāgošanās zaudējumam un aktīva piedošana var konstruktīvi ietekmēt attiecības starp dusmām un pašnāvniecisku uzvedību (Dervic et al., 2006).

Ir daudz pētījumu, kas pierādījuši, ka piedošana sev, citiem cilvēkiem un situācijām ir efektīva dusmu, trauksmes un depresijas mazināšanā un vienlaikus pozitīvi ietekmē un uzlabo indivīda fizisko un mentālo veselību (Enright & Fitzgibbons, 2014). Piedošana var palīdzēt mazināt sāpes, netaisnības sajūtu un atbrīvot sevi no upura identitātes (Staub, 2005). Pētnieki norāda, ka piedošanas process ir analogs sēru traumai. Līdz ar to vēlme un spēja piedot var palīdzēt vecākiem, kuri piedzīvo perinatālā zaudējuma krīzi, atbrīvot dusmu jūtas un emocionāli virzīties uz priekšu caur sāpīgiem un ar dusmām saistītiem pārdzīvojušiem (Wade et al., 2014). Piedošana var arī atvieglot attiecības starp cilvēkiem, ar kuriem nācās saskarties, piedzīvojot traumatisko zaudējumu (Worthington, 2006). Tas arī var sekmēt adaptīvāku sērošanas procesu zaudējuma krīzes pārvarēšanā (Thompson et al., 2005; Wade et al., 2014). Lai gūtu dziļāku izpratni par to, kā

piedošanas triāde saistās ar sēru simptomiem sievietēm pēc perinatālā zaudējuma, pētījumā izvirzīti šādi jautājumi:

1. Kāda saistība pastāv starp piedošanu, sēru simptomiem un zaudējuma raksturlielumiem?
2. Kāda ir zaudējuma raksturlielumu savstarpējā saistība?
3. Kādā mērā piedošanas aspekti (piedošana kopumā, piedošana sev, piedošana citiem un situācijām) un zaudējuma raksturlielumi prognozē sēru simptomus?

Metode

Pētījuma dalībnieki

Pētījuma aptauju pildīšanā sākotnēji iesaistījās 760 sievietes, tomēr 320 aptaujas tika atzītas par nederīgām tālākai datu apstrādei un analizēšanai. Izlasē tika iekļautas 440 sievietes vecumā no 20 līdz 45 gadiem ($M = 33,2$; $SD = 4,6$), kurām ir perinatālā zaudējuma pieredze pēdējo trīs gadu laikā. 72,5% respondētņu (319 sievietes) mazuli zaudējušas pirmā trimestra laikā, 17,7% (78 sievietes) otrā trimestra laikā, 4,5% (20 sievietes) trešā trimestra laikā, 1,6% (7 sievietes) dzemdību laikā un 3,6% (16 sievietes) pēc dzemdībām. 85% respondētņu (374 sievietes) piedzīvoja zaudējumu raksturojušas kā pēkšņu, 15% (66 sievietes) kā neizbēgamu. Visas respondentes zaudējuma brīdī bijušas attiecībās.

Instrumentārijs

Lai mērītu piedošanu, tika izmantota *Härtlendas piedošanas skala* (*Heartland Forgiveness Scale*, Thompson & Snyder, 2003) (turpmāk – HFS), kura sastāv no 18 apgalvojumiem, ietverot 3 apakšskalas – katru ar 6 novērtējumiem. Latvijā aptauju adaptējusi Vendija Balode 2017. gadā bakalaura darbā (Balode, 2017). HFS kopējais rezultāts, kas sastāv no 18 apgalvojumiem, norāda uz cilvēka vispārējo tendenci būt piedodošam, savukārt HFS apakšskalu rezultāti norāda uz to, cik cilvēks ir tendēts būt piedodošs pret sevi, pret citiem un pret situācijām, kuras nespēj kontrolēt. Augstāks rezultāts norāda uz augstāku piedošanas līmeni.

Lai mērītu sēru simptomus, tika izmantota *Traumatisko sēru aptauja* (*The Traumatic Grief Inventory Self – Report Version*, Boelen, & Smid, 2017) (turpmāk – TGI-SR), pašnovērtējuma versija. Aptauja sastāv no 18 apgalvojumiem un tika adaptēta šajā pētījumā. TGI-SR kopējais rezultāts, kas sastāv no 18 apgalvojumiem, atspoguļo cilvēka sēru indeksu jeb sērošanas simptomu smagumu. Katrs aptaujas apgalvojums tika pielāgots šī pētījuma vajadzībām, izņemot 17. apgalvojumu, ko nebija iespējams pielāgot, tāpēc tas tika izslēgts no aptaujas. Augstāks kopējo punktu skaits norāda uz neadaptīvu sērošanas smagumu.

Demogrāfiskā aptauja izveidota speciāli šī pētījuma vajadzībām respondenšu demogrāfisko datu un dzīves pieredzes apzināšanai (vecums, izglītība, attiecību statuss zaudējuma brīdī, bērnu skaits zaudējuma brīdī, finansiālais stāvoklis, kā arī lūgums norādīt, cik lielā mērā respondente izjūt sevi kā ticīgu cilvēku).

Zaudējuma pieredzes aptauja arī tika izveidota speciāli šī pētījuma vajadzībām, lai izzinātu zaudējuma raksturlielumus, kas labāk palīdzētu izprast sēru simptomus. Respondentēm tika lūgts norādīt, cik ilgs laiks ir pagājis kopš zaudējuma, lūgts raksturot zaudējumu (pēkšņs vai neizbēgams) un norādīt zaudētā bērna gestācijas vecumu. Respondentēm tika lūgts arī novērtēt izjusto tuvību ar zaudēto mazuli, kā arī zaudējuma smagumu, psiholoģiskās palīdzības pieredzi pēc zaudējuma un izjūtu, cik lielā mērā ir izdevies pārvarēt zaudējumu.

Pētījuma procedūra

Anketēšana tika veikta 2020. gada novembrī, ievietojot aptauju *Facebook* un *Instagram* sociālo tīklu platformās ar uzaicinājumu anonīmi piedalīties pētījumā. Respektējot izpētes tēmas ētisko sensitivitāti, pētījuma aptaujas tika kombinētas un izstrādātas, pamatojoties uz respondenšu interešu ievērošanu, brīvprātības principu, rezultātu konfidencialitāti, kā arī aptaujām tika pievienota informatīva pavadvēstule. Tajā tika minēta informācija par dalībnieku atlases kritērijiem un izpētes mērķi, iekļaujot paskaidrojumu par perinatālo zaudējumu un aicinājumu padomāt par neseno zaudējuma pieredzi un sajūtām, kā arī atgādinājumu par brīvprātīgu un anonīmu piedalīšanos pētījumā un tiesībām jebkurā brīdī pārtraukt anketas aizpildīšanu, izjūtot spēcīgu psiholoģisko diskomfortu. Kā pirmo respondentes aizpildīja aptauju par zaudējuma pieredzi raksturojošiem aspektiem, tai sekoja TGI-SR pašnovērtējuma aptauja un HFS aptauja, kā arī demogrāfiskie dati. Dati tika ievākti, izmantojot interneta aptauju *Questionpro* vietni. Pētījuma dizains – korelatīvi aprakstošs pētījums.

Rezultāti

Iegūtie dati tika aprēķināti, izmantojot *Microsoft Excel* un *IBM SPSS 22*. versijas programmatūru. Iegūtie pētījuma empīriskie dati tika apstrādāti saskaņā ar katra testa atslēgu. Lai novērtētu izmantoto skalu ticamības un iekšējās saskaņotības rādītājus, tika aprēķināts Kronbaha alfa koeficients katrai aptaujai un to apakšskālām. Visu izmantoto aptauju iekšējās saskaņotības rādītāji ir pietiekami augsti (skat. 1 tabulu). Lai noteiktu atbilstību normālam sadalījumam, tika izmantots Kolmogorova–Smirnova kritērijs.

1. tabula. Piedošanas, traumatisko sēru simptomu un zaudējumu raksturlielumu aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji ($N = 440$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Kolmogorova–Smirnova tests	α
Piedošana kopumā	49,91	6,93	0,08	0,86
Piedošana sev	16,15	2,79	0,09	0,70
Piedošana citiem	16,28	2,94	0,09	0,74
Piedošana situācijām	17,48	2,72	0,14	0,78
Traumatisko sēru simptomi	50,18	13,04	0,04	0,92
Zaudējuma raksturlielumi				
Laiks kopš zaudējuma	2,14	0,88		
Zaudējuma raksturojums	1,15	0,36		
Zaudētā mazuļa gestācijas vecums	1,46	0,93		
Izjustā tuvība	2,74	0,94		
Zaudējuma smagums	3,06	0,84		
Psihologiskās palīdzības pieredze	2,97	1,73		
Cik lielā mērā izdevies tikt galā ar zaudējumu	3,43	1,04		

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

Tā kā neviena no aptaujām neatbilda normālam sadalījumam, tālākiem datu aprēķiniem, lai noteiktu saistības, tika izvēlētas neparametriskās metodes – Spīrmena korelācijas koeficients (skat. 2. tabulu).

2. tabula. Piedošanas, traumatisko sēru simptomu un zaudējumu raksturlielumu Spīrmena korelācijas koeficienti ($N = 440$)

Zaudējuma raksturlielumi	Traumatisko sēru simptomi	Piedošana kopumā	Piedošana sev	Piedošana citiem	Piedošana situācijām
Traumatisko sēru simptomi	–	–0,26**	–0,23**	–0,19**	–0,24**
Laiks kopš zaudējuma	0,13**	0,07	0,00	–0,1*	–0,04
Gestācijas vecums	0,22**	0,09	0,07	0,09	0,07
Izjustā tuvība	0,35**	–0,03	–0,03	0,01	–0,04
Zaudējuma smagums	0,46**	–0,00	0,00	0,01	–0,02
Psihologiskās palīdzības pieredze	–0,26**	0,18**	0,16**	0,12*	0,16**
Zaudējuma pārvarēšanas izjūta	–0,31**	0,16**	0,16**	0,09	0,17**

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

Aprēķinot Spīrmena koeficientu, pētījuma rezultāti atklāj, ka nozīmīgas negatīvas saistības sievietēm pēc perinatālā zaudējuma ir starp piedošanu kopumā un sēru simptomiem ($r_s = -0,26, p < 0,01$). Tāpat starp piedošanu sev ($r_s = -0,23, p < 0,01$), piedošanu citiem ($r_s = -0,19, p < 0,01$), kā arī piedošanu situācijām ($r_s = -0,24, p < 0,01$) un sēru simptomiem. Līdz ar to, atbildot uz pētījuma jautājumu **“Kāda saistība pastāv starp piedošanu, sēru simptomiem un zaudējuma raksturlielumiem?”**, var secināt: jo augstāka piedošana kopumā, augstāka piedošana sev, citiem vai situācijām, jo zemāki sēru simptomi, un otrādi.

Tāpat nozīmīga negatīva saistība tika atklāta starp psiholoģiskās palīdzības pieredzi ($r_s = -0,26; p < 0,01$), zaudējuma pārvarēšanas izjūtu ($r_s = -0,31, p < 0,01$) un sēru simptomiem. Nozīmīga pozitīva saistība tika atklāta arī starp sēru simptomiem un zaudētā mazuļa gestācijas vecumu zaudējuma brīdī ($r_s = 0,22, p < 0,01$). Arī starp izjusto tuvību ($r_s = 0,35, p < 0,01$) ar zaudēto mazuli un uztverto zaudējuma smagumu ($r = 0,46, p < 0,01$) ar sēru simptomiem pastāv nozīmīga pozitīva saistība.

Pozitīvas nozīmīgas saistības tika atklātas arī starp sēru simptomiem un laiku, kas pagājis kopš zaudējuma ($r_s = 0,13, p < 0,01$). Arī starp piedošanu citiem un laiku, kas pagājis kopš zaudējuma, tika atklātas nozīmīgas negatīvas saistības ($r_s = -0,1, p < 0,05$). Pozitīva nozīmīga saistība tika atklāta arī starp psiholoģiskās palīdzības pieredzi, piedošanu kopumā ($r_s = 0,18, p < 0,01$) un piedošanu sev ($r_s = 0,17, p < 0,01$). Lai arī vāja, taču nozīmīga pozitīva saistība pastāv arī starp psiholoģiskās palīdzības pieredzi, piedošanu citiem ($r_s = 0,12, p < 0,05$) un piedošanu situācijām ($r_s = 0,16, p < 0,05$). Tāpat būtiska pozitīva saistība tika atklāta starp tādām piedošanas dimensijām kā piedošana kopumā ($r_s = 0,16, p < 0,01$), piedošana sev ($r_s = 0,16, p < 0,01$) un piedošana situācijām ($r_s = 0,17, p < 0,01$) ar zaudējuma pārvarēšanas izjūtu. Taču piedošanas citiem dimensijā šāda saistība netika atklāta.

Šajā pētījumā netika novērotas nozīmīgas saistības starp piedošanu sev un laiku, kas pagājis kopš zaudējuma, kā arī starp piedošanu sev un uztverto zaudējuma smagumu. Tāpat netika novērotas saistības starp piedošanas dimensijām un zaudējuma raksturlielumiem, kā, piemēram, starp piedošanu kopumā, piedošanu sev, citiem un piedošanu situācijām ar mazuļa gestācijas vecumu zaudējuma brīdī. Arī starp izjusto tuvību un uztverto zaudējuma smagumu netika atklātas statistiski nozīmīgas saistības ar piedošanas dimensijām.

Tā kā zaudējuma raksturlielumi palīdz saprast sēru simptomus, tika izvirzīts pētījuma jautājums **“Kāda ir zaudējuma raksturlielumu savstarpējā saistība?”**. Lai veiktu analīzi, tika izmantots Spīrmena koeficients.

Aprēķinātie rezultāti atklāj (skat. 3. tabulu), ka nozīmīgas negatīvas saistības sievietēm pēc perinatālā zaudējuma ir starp uztverto zaudējuma smagumu un zaudējuma pārvarēšanas izjūtu ($r_s = -0,30, p < 0,01$). Tāpat tika atklāta nozīmīga negatīva saistība starp izjusto tuvību un zaudējuma pārvarēšanu ($r_s = -0,26, p < 0,01$).

3. tabula. Zaudējumu raksturlielumu Spīrmena korelācijas koeficienti ($N = 440$)

	Laiks kopš zaudējuma	Gestācijas vecums	Izjustā tuvība	Zaudējuma smagums	Psiholoģiskās palīdzības piederze
Laiks kopš zaudējuma	–				
Gestācijas vecums	0,17**	–			
Izjustā tuvība	-0,03	0,35**	–		
Zaudējuma smagums	0,11*	0,41**	0,56**	–	
Psiholoģiskās palīdzības piederze	-0,14**	-0,06	-0,04	-0,12**	–
Zaudējuma pārvarēšanas izjūta	0,21**	-0,06	-0,26**	-0,30**	0,20**

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

Savukārt nozīmīga pozitīva saistība pastāv starp mazuļa gestācijas vecumu un izjusto tuvību ar zaudēto mazuli ($r_s = 0,35$, $p < 0,01$). Tas arī saskan ar pastāvošu nozīmīgu pozitīvu saistību, kas tika atklāta šī pētījuma rezultātos – starp izjusto tuvību ($r_s = 0,56$, $p < 0,01$), gestācijas vecumu ($r_s = 0,41$, $p < 0,01$) ar uztverto zaudējuma smagumu. Arī starp psiholoģisko palīdzību un zaudējuma pārvarēšanas izjūtu tika atklāta nozīmīga pozitīva korelācija ($r_s = 0,20$, $p < 0,01$).

Analizējot korelācijas aprēķinos iegūtos rezultātus, tika novērotas statistiski nozīmīgas saistības starp piedošanas dimensijām un traumatisko sēru simptomiem, kā arī starp zaudējuma raksturlielumiem un traumatisko sēru lielumiem. Lai atbildētu uz trešo pētījuma jautājumu “**Kādā mērā piedošanas aspekti (piedošana kopumā, piedošana sev, piedošana citiem un situācijām) un zaudējuma raksturlielumi prognozē sēru simptomus?**”, tika izmantota soļu regresijas metode (skat. 4. tabulu). Regresiju analīzes modelī tika iekļauti piedošanas dimensiju mainīgie, zaudējuma raksturlielumu mainīgie, kā arī traumatisko sēru simptomi.

Regresiju analīzes rezultāti norāda, ka uztvertais zaudējumu smagums, piedošana kopumā, psiholoģiskās palīdzības pieredze, zaudējumu pārvarēšana un laiks kopš zaudējuma, kā arī izjustā tuvība izskaidro 38% no traumatisko sēru simptomu kopējās variācijas ($R^2 = 0,38$). Uztvertais zaudējuma smagums ($\beta = 0,37$, $p < 0,01$), izjustā tuvība ($\beta = 0,10$, $p < 0,05$) un laiks kopš zaudējuma ($\beta = 0,09$, $p < 0,05$), kā arī piedošanas kopumā rādītāji ($\beta = -0,21$, $p < 0,01$), psiholoģiskās palīdzības pieredzes ($\beta = -0,16$, $p < 0,01$) un zaudējuma pārvarēšanas rādītāji ($\beta = -0,13$, $p < 0,01$) nozīmīgi prognozē sēru simptomus.

4. tabula. Traumatisko sēru simptomu lineārās regresijas (*Stepwise*) analīzes rezultāti ar piedošanas kopumā dimensiju un zaudējuma raksturlielumiem ($N = 440$)

Neatkarīgais mainīgais ²	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	R^2
Uztvertais zaudējuma smagums	5,79	0,74	0,37**	0,38
Piedošana kopumā	-0,39	0,07	-0,21**	
Psihologiskās palīdzības pieredze	-1,17	0,30	-0,16**	
Zaudējuma pārvarēšana	-1,65	0,53	-0,13**	
Laiks kopš zaudējuma	1,34	0,60	0,09*	
Izjustā tuvība	1,41	0,65	0,10*	

Piezīme. $F(1; 433 = 4,76)$

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

Diskusija

Pētījuma mērķis bija izpētīt saikni starp piedošanu, sēru simptomiem un zaudējuma raksturlielumiem sievietēm pēc perinatālā zaudējuma, kā arī noskaidrot, kādā mērā piedošana un zaudējuma raksturlielumi prognozē sēru simptomus.

Analizējot iegūtos rezultātus, tika secināts: jo cilvēks ir piedodošāks pēc piedzīvotā zaudējuma, jo mazāk izjūt sērošanas simptomus, un otrādi. Šie atklājumi sakrīt arī ar iepriekšējo pētījumu rezultātiem, kas veikti dažādās izlasēs no dažādiem aspektiem (Currier et al., 2013; Jacinto, 2010a, b).

Korelāciju analīze atklāj nozīmīgu negatīvu saistību starp *piedošanu kopumā un traumatiskiem sēru simptomiem*. Tā kā sēras tiek apskatītas kā emocionāla atbilde uz zaudējumu (Rogers et al., 2008), bet piedošana ietver negatīvo, nepatīkamo jūtu, domu un uzvedības mazināšanu un pozitīvo jūtu, domu un uzvedības pieaugumu (Enright & Fitzgibbons, 2000), var pieņemt, ka cilvēkam, piedodot un tādējādi izmainot iekšējās emocijas, samazinās sēru simptomi. Apzināta atteikšanās no aizvainojuma un dusmām, kas vērstas ne tikai pret sevi (piemēram, vainojot sevi mazuļa zaudējumā), bet arī pret citiem cilvēkiem (piemēram, vainojot medicīnas personālu neizdarībā vai nolaidībā) vai situācijām, ir adaptīvāka sērošanas procesa rezultāts. To apstiprina arī citi autori, kuri pētījuši piedošanas konstruktus, un jo īpaši attiecībā uz sērām, uzskatot piedošanu par adaptīvu galā tikšanas mehānismu (Jacinto, 2010a, 2010b; Green, & Britton, 2012).

² atspoguļots pēdējais solis

Nozīmīga saistība tika atklāta arī starp *piedošanu sev un traumatiskiem sēru simptomiem*. Bieži vien, saskaroties ar traumatisku zaudējumu, indivīds ir spiests atkārtoti pārskatīt savas dzīves vērtības (Harris, 2009), un labvēlīgās izmaiņas, piedodot sev, veicina empātiju, mīlestību pret sevi pašu un sevis pieņemšanu. Var pieņemt, ka šī labvēlīgā attieksme pret sevi veicina arī atbildības uzņemšanos par savām jūtām un izvēlēm, atbrīvo no upura identitātes, liek plānot turpmāko dzīvi un apzināti rīkoties, neizraisot nelabvēlīgas sekas attiecībā uz pašcieņu. Arī literatūrā var atrast liecības par to, ka apzināta atbildības uzņemšanās un sevis atbrīvošana no upura lomas gan veicina pašnovērtējumu, gan izceļ cilvēka personisko spēku (Walsh, 2006; Staub, 2005). Turklāt spēja saprast, ka viņš ir daļa no sabiedrības, kurā neviens nav perfekts, tiek uzskatīta par piedošanas sev svarīgu aspektu (Luskin, 2002). Piedošanas sev saistības ar sēru simptomiem rezultāti vedina uz domām, ka piedošanas praktizēšana ikdienā saistās ar indivīda spēju virzīties uz priekšu dzīvē funkcionāli bez ieilgušiem un traucējošiem simptomiem, kā arī elastīgāk pielāgoties jaunai dzīvei pēc piedzīvotā mazuļa zaudējuma.

Nozīmīga negatīva saistība tika atklāta starp *psiholoģiskās palīdzības pieredzi un sēru simptomiem*. Respektīvi, jo lielāka psiholoģiskā palīdzība pēc zaudējuma ir saņemta, jo zemāki ir sērošanas simptomi, un otrādi. Zināmā mērā šādi rezultāti bija sagaidāmi. Lai sērošanas process noritētu bez sarežģījumiem un pēc iespējas dabiskāk, vecākiem, kuri piedzīvojuši zaudējumu, ir nepieciešams atbalsts uzreiz pēc notikušā (Diamonds & Diamond, 2017; Jaffe, 2017). Var pieņemt, ka tad, ja cilvēks apzinās un saprot, ka ne vienmēr ar visu galā ir jātiek pašu spēkiem un ir normāli vērsties pēc palīdzības pie speciālistiem, sērošanas simptomi pakāpeniski samazinās. Taču ir ģimenes, kuras noklusē zaudējumu vai norobežojas, neatklājot savas izjūtas. Norobežošanās, kā arī cenšanās pašu spēkiem tikt galā ar ciešanām laupa iespēju vecākiem saņemt piemērotu atbalstu (Rogers et al., 2008). Turklāt sabiedrībā joprojām ir cilvēki, kuri neapzinās psiholoģiskā atbalsta dziedniecisko spēku un noderīgumu. Varbūt viņiem nav pieejama informācija par atbalsta iespējām vai arī viņi nav emocionāli gatavi apmeklēt šādas formālas sesijas tūlīt pēc perinatālā zaudējuma. Iespējams, viņus attur bailes no atkārtotām sāpēm, atkal un atkal par to runājot, vai bailes no iekšējām pārmaiņām, integrējot zaudējumu apziņā. Tāpat nevar izslēgt materiālo aspektu – ne visi ir spējīgi apmaksāt profesionāļu pakalpojumus un šiem cilvēkiem ir jātiek galā pašu spēkiem, nesaņemot psiholoģisko atbalstu, kas savukārt saistās ar ilgstošāku sērošanas procesu. Arī citos pētījumos daudz tiek runāts par psiholoģiskā atbalsta nozīmi (Jaffe, 2017). Šī pētījuma rezultāti vēlreiz apliecina psiholoģiskās palīdzības nozīmīgumu pēc smaga zaudējuma.

Vēl rezultāti atklāja nozīmīgu pozitīvu saistību starp *sēru simptomiem un zaudētā mazuļa gestācijas vecumu*: jo lielāks grūtniecības laiks zaudējuma brīdī, jo augstāki sēru simptomi. Arī citi pētījumi apstiprina – jo ciešākā kontaktā vecāki ir bijuši ar bērnu gan fiziskā, gan emocionālā ziņā, jo spēcīgākas ir sēru izpausmes

pēc bērna zaudējuma (Elklit & Gudmundsdottir, 2006; Kersting et al., 2011). Tas ļauj domāt par to, ka, jo ilgāku laiku sieviete pavada kopā ar bērnu pirms zaudējuma, jo ciešāka izveidojas saikne starp mazuli un māti. Tas palīdz mātei vairāk identificēties ar zaudēto mazuli pēc zaudējuma, tāpēc zaudējums tiek uztverts kā smags un sāpīgs simptoms ir intensīvāki. Savukārt, ja grūtniecība ir pārtrūkusi agrīnā posmā, iespējams, sieviete nav paguvusi izveidot saikni un iemīlēt gaidāmo mazuli. Līdz ar to arī trūkst identificēšanās momenta, rodas apjukums un viņa īsti nezina, par ko sērot.

Pētījumā iegūtie dati norāda, ka, jo lielāka ir izjustā tuvība pret zaudēto mazuli, jo zaudējums tiek uztverts smagāk. Šie atklājumi saistās ar iepriekš aprakstītām saistībām, kas šķiet loģiskas un saprotamas, proti, jo lielāks ir mazuļa gestācijas vecums zaudējuma brīdī, jo lielāka ir izjustā tuvība pret mazuli un līdz ar to arī augstāki sēru simptomi.

Salīdzinoši vājāka, tomēr nozīmīga saistība tika atklāta arī starp *traumatiskiem sēru simptomiem un laiku, kas pagājis kopš zaudējuma*. Tā skaidrojama šādi: jo lielāks laiks ir pagājis kopš zaudējuma, jo augstāki ir sēru simptomi. Sākotnēji tas var šķist pārsteidzoši, jo sabiedrībā pastāv uzskats, ka, laikam ejot, sēru izpausmes mazinās. Ir arī pētījumi, kuri norāda, ka ilgāks laiks kopš zaudējuma tiek saistīts ar zemākām sāpīgas izpausmēm (McCarthy et al., 2010). Literatūrā ir minēts, ka sērām piemīt paredzama attīstības gaita, kas ietver īslaicīgu ikdienas funkciju pasliktināšanos (Kersting et al., 2011). Taču ir arī pētījumi, kuri norāda, ka vairāku adaptēšanās var notikt bez simptomiem, kas novājina organismu (Walsh, 2006). Pat ja ir pētījumi, kuri rāda, ka intensīvas ciešanas un bēdas pēc perinatālā zaudējuma izkļiedējas aptuveni gada laikā, citu pētījumu atziņas norāda, ka daļai sieviešu neatrisinātas sāpīgas var pastāvēt bezgalīgi (Boyle et al., 1996). Arī šī pētījumi rezultāti visdrīzāk norāda uz uztverto zaudējuma smagumu, nevis laiku kopš zaudējuma. Var pieņemt, ka neatkarīgi no tā, cik liels laiks ir pagājis kopš zaudējuma, kas joprojām atmiņā tiek uztverts kā smags zaudējums, sēru simptomi ir augstāki.

Pētījuma rezultāti uzrāda nozīmīgu negatīvu saistību arī starp *zaudējuma pārvarēšanas izjūtu un sāpīgas simptomei*: jo augstāka ir zaudējuma pārvarēšanas izjūta, jo zemāki sāpīgas simptomei, un otrādi. Var pieņemt, ka sieviete pēc akūta sāpīgas perioda aptver, ka zaudējums ir reāls, pieņem to un pakāpeniski iemācās sadzīvot ar zaudējumu. Šie atklājumi saskan ar relatīvi jauno "elastības" konceptu. Proti, pastāv uzskats, ka šiem cilvēkiem piemīt elastīga spēja pielāgoties pēc potenciāli traumatiska notikuma (Kashdan & Rottenberg, 2010), tāpēc viņi pieredz zināma veida pozitīvu transformāciju kā daļu no sēru procesa. Tas paredz jaunu iespēju parādīšanos, personiskā spēka izjūtas vairošanos, lielāku savas dzīves novērtēšanu, izmaiņas attiecībās ar citiem cilvēkiem un izmaiņas garīgajā sfērā un saistās ar augstāku zaudējuma pārvarēšanas izjūtu un zemākiem sēru simptomiem (Bonanno et al., 2005).

Regresiju analīze parāda, ka tādi zaudējuma raksturlielumi kā uztvertais zaudējuma smagums, piedošana kopumā, psiholoģiskās palīdzības pieredze, zaudējuma pārvarēšanas izjūta, laiks, kas pagājis kopš zaudējuma un izjustā tuvība pret zaudēto mazuli nozīmīgi prognozē sēru simptomus. Tieši uztvertais zaudējuma smagums izvirzās kā nozīmīgākais sēru simptomu prognozētājs. Šāds atklājums saskan arī ar liecībām literatūrā, kur norādīts, ka tieši notikumu uztverei ir vislielākā loma. Proti, tas, kā indivīds interpretēs zaudējumu, noteiks to, cik pakļāvīga būs zaudējuma krīze tās atrisinājumam (Callahan, 2009).

Šī pētījuma nozīmīgie atklājumi, ka piedošana kopumā var veicināt adaptīvāku sērošanu, vēlreiz apliecina, ka piedošana ir svarīga komponente potenciāli traumatisku notikumu pārvarēšanā. To akcentē arī citi pētījumi (Wade et al., 2005). Līdz ar to šādi atklājumi varētu palīdzēt praktizētājiem (psihologiem un psihoterapeitiem) darba procesā, strādājot ar piedošanas intervencēm sievietēm pēc perinatālā zaudējuma, kur raksturīga ilgspējīga dusmošanās, izjūts rūgtums ne tikai pret sevi, bet arī pret citiem cilvēkiem un situāciju. Pat ja piedošana vairāk tiek aplūkota kā personības iezīme, literatūrā ir atrodamas liecības, ka piedošana ir prasme, ko cilvēks var apgūt (Luskin, 2002). Tas vedina uz domām, ka piedošanas intervences sērojošiem vecākiem var palīdzēt attīstīt pašempātiju, kā arī izprast, ka viņš ir darījis visu, kas viņa spēkos, taču ir situācijas, kas ir ārpus cilvēka kontroles. Piedošanas intervences var palīdzēt cilvēkam saprast, ka, iespējams, viņi vaino sevi, citus cilvēkus vai situāciju un šī uzvedība nav produktīva. Pēc savas dzīves pārskatīšanas sērojošais var izaicināt sevi un mainīt attieksmi uz piedodošāku stāvokli.

Kā pētījuma stipro pusi var pieminēt plašo izlasi ($N = 440$), kā arī vecuma variāciju (20–45 gadi), kas kopumā norāda uz tēmas izteikto aktualitāti. Ir vērts pieminēt, ka trīs dienu laikā aptauju kopumā atvēra 2544 ieinteresētu cilvēku, no kuriem 760 sievietes aizsāka aptaujas aizpildīšanu. Šis lielais cilvēku skaits ļauj domāt, ka sabiedrība ir gatava runāt par šo sāpīgo tēmu.

Tāpat jāpiemin jauna instrumenta (TGI-SR pašnovērtējuma versija) adaptācija šajā pētījumā, kas turpmākajos pētījumos var noderēt, lai mērītu traumatisko sēru simptomus.

Viens no pētījuma ierobežojumiem varētu būt šīs tēmas ētiskā sensitivitāte. Iespējams, izjustā psiholoģiskā diskomforta dēļ sievietes nespēja turpināt atbildēt uz aptaujas jautājumiem, par to liek domāt daudzskaitlīgās nepabeigtās aptaujas. Iespējams, kvalitatīva vai vismaz daļēji kvalitatīva pētījuma dizains varētu to mainīt. Tomēr arī šāda dizaina pētījums neizslēdz varbūtību, ka mijiedarbība var samazināt vēlmi sievietei atklāt savas izjūtas par piedzīvoto zaudējumu.

Būtiski ir ņemt vērā, ka šajā pētījumā izmantotas pašnovērtējuma aptaujas. Līdz ar to aptaujās sniegtie rezultāti ir subjektīvs pašnovērtējuma rezultāts, kas atspoguļo šo sieviešu priekšstatus, kuri balstīti viņu atmiņā.

Ir nepieciešami papildu pētījumi šajā jomā, lai izskaidrotu attiecības starp sērām, zaudējuma raksturlielumiem un piedošanu detalizētāk. Tāpat būtu vērtīgi

pētījumu paplašināt un plašāk apskatīt, kāda ir saikne arī vīriešu izlasē, jo, kā jau minēts iepriekš, perinatālais zaudējums skar ne tikai sievietes, kuras zaudējušas mazuli, bet arī viņu partnerus.

Izmantotās literatūras un avotu saraksts

- Abi-Hashem, N. (2017). Grief, bereavement and traumatic stress as natural results of reproductive losses. *Issues in law & medicine*, 32(2), 245–254.
- Akhtar, S., & Barlow, J. (2016). Forgiveness therapy for the promotion of mental well-being: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(1), 107–122.
- Balode, V. (2017). Piedošanas saistība ar piedošanu sev topošajiem pieaugušajiem ar ārpus diādes attiecību pieredzi. *Bakalaura darbs*. Rīga: Latvijas Universitāte.
- Barfield, W. D. (2011). Standard terminology for fetal, infant, and perinatal deaths. *Pediatrics*, 128(1), 177–181.
- Baskin, T. W., & Enright, R. D. (2004). Intervention studies on forgiveness: A meta – analysis. *Journal of Counseling & Development*, 82, 79–90.
- Bennett, S. M., Litz, B. T., Lee, B. S., & Maguen, S. (2005). The scope and impact of perinatal loss: current status and future directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(2), 180–187.
- Berman, M. R. (2001). *Parenthood lost: Healing the pain after miscarriage, stillbirth, and infant death*. Westport, CT: Bergin & Garvey.
- Berry, J. W., Worthington, E. L., O'Connor, L. E., Parrott, L., & Wade, N. G. (2005). Forgiveness, vengeful rumination, and affective traits. *Journal of Personality*, 73, 1–43.
- Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). The traumatic grief inventory self-report version (tgi-sr): introduction and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Loss and Trauma*, 22(3), 196–212.
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Zhang, N., & Noll, J. G. (2005). Grief processing and deliberate grief avoidance: A prospective comparison of bereaved spouses and parents in the United States and the People's Republic of China. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 86–98.
- Boon, S. D., & Sulsky, L. M. (1997). Attributions of blame and forgiveness in romantic relationships: A policy – capturing study. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12(1), 19–44.
- Boyle, F. M., Vance, J. C., Najman, J. M., & Thearle, M. J. (1996). The mental health impact of stillbirth, neonatal death or SIDS: Prevalence and patterns of distress among mothers. *Social Science & Medicine*, 43(8), 1273–1282.
- Bryan, A. O., Theriault, J. L., & Bryan, C. J. (2015). Self-forgiveness, posttraumatic stress, and suicide attempts among military personnel and veterans. *Traumatology*, 21(1), 40–46.
- Callahan, J. (2009). Emergency intervention and crisis intervention. In: P. M. Kleespies (Ed.), *Behavioral emergencies: An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization* (pp. 13–32). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cote-Arsenault, D. (2003). The influence of perinatal loss on anxiety in multi – gravidas. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32, 623–629.

- Currier, J. M., Mallot, J., Martinez, T. E., Sandy, C., & Neimeyer, R. A. (2013). Bereavement, religion, and posttraumatic growth: A matched control group investigation. *Psychology of Religion and Spirituality, 5*, 69–77.
- Dervic, K., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., Mann, J. J., & Oquendo, M. A. (2006). Protective factors against suicidal behavior in depressed adults reporting childhood abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(12), 971–974.
- Diamond, D. J., & Diamond, M. O. (2017). Parenthood after reproductive loss: How psychotherapy can help with postpartum adjustment and parent–infant attachment. *Psychotherapy, 54*(4), 373–379.
- Dillon, R. S. (2001). Self-Forgiveness and Self-Respect. *Ethics, 112*(1), 53–83.
- Duncan, C., & Cacciatore, J. (2015). A systematic review of the peer – reviewed literature on self – blame, guilt, and shame. *OMEGA – Journal of Death and Dying, 71*(4), 312–342.
- Elklit, A. & Gudmundsdottir, D. B. (2006). Assessment of guidelines for good psychosocial practice for parents who have lost an infant through perinatal or postnatal death. *Nordic Psychology, 58*, 315–330.
- Enright, R. D. (2001). *Forgiveness is a choice: A step – by – step process for resolving anger and restoring hope*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2014). *Forgiveness therapy: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2000). *Helping clients forgive: an empirical guide for resolving anger and restoring hope*. APA Books, Washington, DC.
- Enright, R. D. (2012). *The forgiving life: A pathway to overcoming resentment and creating a legacy of love*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Enright, R. D., & The Human Development Study Group (1996). Counseling within the forgiveness triad: On forgiving, receiving forgiveness, and self-forgiveness. *Counseling and Values, 40*, 107–126.
- Exline, J. J., Park, C. L., Smyth, J. M., & Carey, M. P. (2011). Anger toward God: Social – cognitive predictors, prevalence, and links with adjustment to bereavement and cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 100*, 129–148.
- Exline, J. J., Yali A. M., & Lobel, M. (1999) When God disappoints: Difficulty forgiving God and its role in negative emotion. *Journal of Health Psychology, 4*(3), 365–379.
- Furman, E. P. (1978). The Death of a Newborn: Care of the Parents. *Birth, 5*(4), 214–218.
- Giunta, R., & Giunta, C. (2002). *Grief recovery workbook*. Brentwood, TN: Integrity.
- Green, D. C., & Britton, P. J. (2012). The influence of forgiveness on lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning individuals' shame and self-esteem. *Journal of Counseling & Development, 91*, 195–205.
- Hampes, W. (2016). The relationship between humor styles and forgiveness. *Europe's Journal of Psychology, 12*, 338–347.
- Harris, D. (2009). Oppression of the bereaved: a critical analysis of grief in western society. *Omega – Journal of Death and Dying, 60*(3), 241–253.
- Hogan, N. S., & Schmidt, L. A. (2002). Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. *Death Studies, 26*(8), 615–634.
- Howarth, R. A. (2011). Promoting the adjustment of parentally bereaved children. *Journal of Mental Health Counseling, 33*(1), 21–32.
- Jacinto, G. A. (2010). Caregivers' coping and self-forgiveness after the death of a care-receiver. *Journal of Social Service Research, 36*, 206–215.

- Jacinto, G. A. (2010a). The self-forgiveness process of caregivers after the death of care-receivers diagnosed with Alzheimer's disease. *Journal of Social Service Research*, 36, 24–36.
- Jacinto, G. A. (2010b). Caregivers' coping and self-forgiveness after the death of a caregiver. *Journal of Social Service Research*, 36, 206–215.
- Jaffe, J. (2017). *Reproductive trauma: Psychotherapy for pregnancy loss and infertility clients from a reproductive story perspective*. *Psychotherapy*, 54(4), 380–385.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878.
- Kersting, A., Braehler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(13), 339–343.
- Knapp R. J. (1987). When a child dies: how parents react to and cope with one of life's most devastating losses. *Psychology Today*, 21, 60.
- Lamb, S. (2002). Women, abuse, and forgiveness: A special case. In: S. Lamb, & J. G. Murphy (Eds.), *Before forgiving: Cautionary views on forgiveness in therapy* (pp. 155–171). New York: Oxford University Press.
- Leach, C. W., Bilali, R., & Pagliaro, S. (2015). Groups and morality. In: J. F. Dovidio & J. Simpson (Eds.), *APA handbook of personality and social psychology: Vol. 2. Group processes* (pp. 123–149). Washington, DC: American Psychological Association.
- Littleton, H., Horsley, S., John, S., & Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 977–988.
- Lovell, A. (1983). Some questions of identity: Late miscarriage, stillbirth and perinatal loss. *Social Science and Medicine*, 17(11), 755–761.
- Luskin, F. (2002). *Forgive for good: A proven prescription for health and happiness*. San Francisco, CA: Harper.
- McCarthy, M. C., Clarke, N. E., Ting, C. L., Conroy, R., Anderson, V. A., & Heath, J. A. (2010). Prevalence and Predictors of Parental Grief and Depression after the Death of a Child from Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 13(11), 1321–1326.
- McCullough, M. E. (2000) Forgiveness as human strength: Theory, measurement, and links to well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 43–55.
- McGaffin, B. J., Lyons, G. C., & Deane, F. P. (2013). Self-forgiveness, shame, and guilt in recovery from drug and alcohol problems. *Substance Abuse*, 34(4), 396–404.
- Murphy, F., & Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: Caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, 18(11), 1583–159.
- Murray, J. (2016). *Understanding loss: A guide for caring for those facing adversity*. New York, NY: Routledge.
- National Center for Health Statistics (2020). User guide to the 2018 fetal death public use file. Hyattsville, MD. https://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/Dataset_Documentation/DVS/fetaldeath/2018FetalUserGuide.pdf.
- Nagra, G. S., Lin, A., & Uptegrove, R. (2016). What bridges the gap between self-harm and suicidality? The role of forgiveness, resilience and attachment. *Psychiatry Research*, 241, 78–82.
- Peterson, S. J., Van Tongeren, D. R., Womack, S. D., Hook, J. N., Davis, D. E., & Griffin, B. J. (2016). The benefits of self – forgiveness on mental health: Evidence from correlational and experimental research. *The Journal of Positive Psychology*, 12(2), 159–168.
- Rogers, C. H., Floyd, F. J., Seltzer, M. M., Greenberg, J., & Hong, J. (2008). Long-term effects of the death of a child on parents' adjustment in midlife. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 203–211.

- Shear, K., Monk, T., Houck, T., Melhem, N., Frank, E., Reynolds, C., & Sillowash, R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 453–461.
- Simon, N. M., Wall, M. M., Keshaviah, A., Dryman, M. T., LeBlanc, N. J., & Shear, M. K. (2011). Informing the symptom profile of complicated grief. *Depression & Anxiety*, 28, 118–126.
- Slimību profilakses un kontroles centrs (2018). *Kopsavilkums par dzemdībām un jaun- dzimušajiem*. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1>
- Staub, E. (2005). Constructive rather than harmful forgiveness, reconciliation, and ways promote them after genocide and mass killing. In: Worthington, E. (Ed.), *Handbook of Forgiveness* (pp. 443–459). Brunner-Routledge.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 647–670.
- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345–372.
- Thompson, L. Y., & Snyder, C. R. (2003). Measuring forgiveness. In: S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 301–312). American Psychological Association.
- Thompson, L. Y., Snyder, C. R., Hoffman, L., Michael, S. T., Rasmussen, H. N., & Billings, L. S. (2005). Dispositional forgiveness of self, others, and situations. *Journal of Personality*, 73, 313–359.
- Wade, N. G., Bailey, D. C., & Shaffer, P. (2005). Helping clients heal: Does forgiveness make a difference? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 634–641.
- Wade, N. G., Hoyt, W. T., Kidwell, J. E. M., Worthington, E. L., Jr. (2014). Efficacy of psychotherapeutic interventions to promote forgiveness: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 154–170.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience*. (3rd Edition.) New York: Guilford Press.
- Woodyatt, L., & Wenzel, M. (2014). A needs-based perspective on self-forgiveness: Addressing threat to moral identity as a means of encouraging interpersonal and intrapersonal restoration. *Journal of Experimental Social Psychology*, 50, 125–135.
- Worthington, E. L. Jr. (2006). *Forgiveness and reconciliation: Theory and application*. New York, NY: Routledge.
- Worthington, E. L. Jr. (2005). Initial questions about the art and science of forgiving. In: E. L. Worthington (Eds.), *Handbook of forgiveness* (pp. 1–13). New York: Routledge.
- Worthington, E. L. Jr. (2013). Self-condemnation and self-forgiveness. *Bibliotheca Sacra*, 170, 387–399.
- Worthington, E. L. Jr., & Scherer, M. (2004). Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: Theory, review, and hypotheses. *Psychology & Health*, 19, 385–405.
- Worthington, E. L., Scherer, M., & Cooke, K. L. (2006). Forgiveness in the treatment of persons with alcohol problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(1), 125–145.
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67–74.