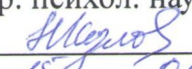


Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (НИ ТГУ)
Факультет психологии
Кафедра генетической и клинической психологии

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ В ГЭК

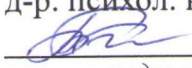
Руководитель ОПП
д-р. психол. наук, профессор
 Н.В. Козлова
« 15 » 06 2020 г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

СВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ У
ОТЦОВ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ МЕТОДОМ ЭКО

по основной образовательной программе подготовки магистрантов
направление подготовки 37.04.01 – Психология

Колесников Дмитрий Васильевич

Руководитель ВКР
д-р. психол. наук, профессор
 Т.Г. Бохан
подпись

« 11 » июня 2020 г.

Автор работы
студент группы № _____
 Д.В. Колесников
подпись

Томск – 2020

**THE RELATIONSHIP BETWEEN PERSONAL FEATURES AND ATTITUDE TO CHILD IN
THE FATHERS OF CHILDREN BORN BY IVF**

by

Dmitry V. Kolesnikov Supervisor: Dr. of Sci., Professor Tatyana G. Bokhan

In the modern world there is an acute demographic problem associated with a low birth rate. This problem solves efficiently in induced pregnancy but it is typically paralleled by other life changes. While the effects of induced pregnancy have been investigated in women, little is known about mental changes in men whose partners have induced pregnancy. The scientific novelty of the study is that for the first time a comprehensive medical and psychological examination of men whose partners have induced pregnancy was conducted.

This study set out to investigate the relationship of somatic, mental health, and lifestyle in men whose partners have induced pregnancy. The study involved 495 men of reproductive age, who were divided into two groups: who had partners with natural pregnancy (natural pregnancy group) and induced pregnancy (IVF group). The group where pregnancy occurred naturally involved 334 men; the group where pregnancy occurred with the help of IVF involved, respectively, 161 men. The methodological basis of the study is an integrative biopsychosocial model of mental diseases. (Whobrow, Akiskal and McKinney, 1984; Gilbertp, 1992; Zalewski, 2003; Kornetov, 2003; Kholmogorova and Garanyan, 2005).

The relationship between the favorable course of pregnancy, the positive outcome of pregnancy and high levels of somatic and mental health, and lifestyle of men whose partners have induced pregnancy was established. Cluster analysis in empirical groups of men by the variables of somatic and mental health made it possible to distinguish between two groups of fathers:

- The “safe group” is characterized by better somatic and mental health;
 - The “risk group” is characterized by worse somatic and mental health, difficulties in the implementation of parental functions and interaction with the wife / partner.

The results of the study will allow for complex therapy and medical and psychological support for men whose partners have induced pregnancy: this is of practical importance for the development and implementation of medical and psychological intervention programs.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1 Факторы соматического и психологического здоровья мужчин	7
1.1 Проблема междисциплинарного изучения факторов нарушения здоровья.....	7
1.2 Влияние ЭКО на развитие детей	12
1.3 Роль отца.....	15
2 Связь личностных особенностей и отношения к ребёнку у отцов детей, рождённых методом ЭКО	23
2.1 Описание выборки и методы исследования.....	23
2.2 Результаты исследования	25
2.2.1 Особенности состояния здоровья (соматического, психического, психологического) и образа жизни отца, воспользовавшихся методом ЭКО, по сравнению с семьями с естественным зачатием ребенка	25
2.2.1.1 Результаты изучения показателей физического (соматического) здоровья отцов	25
2.2.1.2 Результаты изучения психического здоровья отцов	30
2.2.1.3 Результаты изучения показателей психологического здоровья отцов	36
2.2.1.3.1 Особенности отношения к партнерше	36
2.2.1.3.2 Особенности отношения к плоду на ранних этапах онтогенеза.....	40
2.2.1.4 Результаты изучения показателей образа жизни отцов	48
2.2.5 Связь показателей соматического, психического и психологического компонентов здоровья и образа жизни отцов	52
2.2.6 Связи показателей здоровья и особенностей образа жизни отцов с особенностями состояния здоровья и психического развития детей группы ЭКО и группы естественного зачатия	58
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	65
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	68

ВВЕДЕНИЕ

Бесплодие, как женское, так и мужское, является одной из актуальных проблем современного общества. По данным мировой статистики, более 50 млн семейных пар страдают бесплодием [1]. В России этот показатель превышает 6 млн (около 15-17 % от общего числа супружеских пар) [8]. Точные показатели распространенности бесплодия в мире могут отличаться от представленных данных ввиду того, что мужское бесплодие часто не учитывается в официальной статистике [3].

В связи с этим, все более востребованным становится использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), в т.ч. экстракорпорального оплодотворения. Так, согласно отчету Российской ассоциации репродукции человека, в 2015 г. в России было совершено 111972 цикла ЭКО (в 2014 г. эта цифра составила 94985, а в 2013 г. – 67861) [21]. При этом, с 2013 г. по 2015 г. число детей, рожденных после ЭКО, увеличилось с 17569 до 30039 [21]. По статистике, в 2015 г. было совершено 765 циклов ЭКО на 1 млн россиян [21]. При этом статистика ограничена, так как не все центры, осуществляющие ВРТ в России, предоставляют данные для официального учета циклов ЭКО [21].

Следовательно, можно говорить об особой категории детей – детях, зачатых посредством ЭКО. По медицинским данным, при беременности, наступившей посредством ВРТ, зачатие и созревание плода происходит в условиях, значительно отличающихся от физиологической нормы [7, 20, 21], а физическое здоровье рожденных детей характеризуется рядом проблем (низкая масса тела при рождении [8, 19], слабость иммунной системы [10], малые аномалии развития [11] и др.), в связи с чем некоторые учёные рассматривают таких детей как группу риска как в пре-, так и постнатальный период [1, 12, 19]. При этом, в контексте биопсихосоциальной модели можно говорить о тесной связи физического и психического развития [15], которая, согласно принципам возрастной психологии, особенно сильна на ранних этапах онтогенеза [25]. В зарубежных исследованиях отмечается преобладание психологических проблем у детей, рожденных недоношенными [17, 18, 19], а физические болезни, токсины и недостаточное питание рассматриваются как факторы риска формирования психических расстройств и нарушений развития у детей [20, 21].

К настоящему времени не существует единого мнения о характере и степени влияния вспомогательных репродуктивных технологий на различные аспекты детского развития. Тогда как исследования соматического здоровья и физического развития таких детей проводятся достаточно активно, отмечается недостаток психологических данных по развитию детей. В

данной работе будет рассмотрена связь личностных особенностей и отношения к ребенку у отцов детей, зачатых посредством ЭКО.

Цель исследования. Выявить особенности состояния компонентов (физический, психический, психологический) здоровья отцов детей, рожденных методом ЭКО (личностные особенности, отношения к ребенку, образ жизни и отношение к жизни), в динамике возрастных этапов развития ребенка (пренатальный, раннее детство) и их связь с психическим развитием детей.

Объект исследования. Факторы развития и здоровья детей, рожденных с помощью ЭКО.

Предмет исследования. Особенности и взаимосвязи компонентов (физический, психический, психологический) здоровья у отцов детей, рожденных методом ЭКО.

Гипотеза научного исследования. Состояние здоровья отцов, представленное особенностями взаимосвязей его составляющих компонентов, может вносить свой вклад в систему факторов психического развития и здоровья детей, рожденных методом ЭКО.

Задачи исследования:

1. Обосновать рассмотрение здоровья отцов детей, рожденных с помощью ЭКО, как системного феномена, представленного взаимосвязями его уровневых компонентов.
2. Операционализировать физический, психический и психологический компоненты здоровья для изучения их состояния у отцов детей, рожденных посредством ЭКО, на этапах онтогенеза.
3. Выявить особенности показателей состояния физического, психического и психологического компонентов здоровья у отцов детей в пренатальном периоде и в раннем детстве.
4. Выявить особенности взаимосвязей в компонентах здоровья.
5. Выявить связь между состоянием здоровья отцов и показателями психического развития детей.

Методологические основы исследования. Методологическим основанием исследования является интегративная биопсихосоциальная модель психических заболеваний. (Whobrow P.C., Akiskal H.S., McKinney W.T., 1984 Gilbert P., 1992; Залевский Г.В., 2003; Корнетов Н.А., 2003; Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г.).

Выборка и методы исследования. Сбор эмпирического материала проводился на базе ОГАУЗ «Областной перинатальный центр им. И.Д. Евтушенко», ОГАУЗ «Родильный дом №4».

В исследовании приняли участие 495 мужчин репродуктивного возраста, которые были разделены на две группы в зависимости от формы беременности их партнерши: основная группа

мужчин с индуцированной беременностью партнерши – 161 мужчин, контрольная группа мужчин с естественной беременностью партнерши – 334 мужчины.

Исследование осуществлялось с помощью организационных, научно-исследовательских, психодиагностических методов. Организационные методы: комплексный метод, который предполагает изучение клинических, физических, психологических, социальных показателей в их взаимосвязях. Лонгитюдный метод: направлен на выявление особенностей психического здоровья на протяжении пренатального периода, новорожденности, младенчества и раннего детства. Сравнительный метод позволяет проследить динамику изменений в показателях здоровья детей в соответствии с показателями здоровья и образа жизни родителей, а также выявить особенности группы ЭКО, по сравнению с контрольной группой (естественная физиологическая беременность женщин). Психодиагностические методы: анкетирование, открытые вопросы, свободные высказывания, опросники. Эти опросники основаны на Кардиффском исследовании развития ребенка (Великобритания, Г. Харольд), Квебекском лонгитюдном исследовании детского развития (Канада, М. Буаван), исследовании развития детей раннего возраста TEDS (Великобритания, Ю. Ковас) и были специально адаптированы для российского исследования.

Научная новизна исследования. Впервые проведено комплексное медико-психологическое обследование мужчин с индуцированной беременностью. Необходимо отметить, что предыдущие исследования индуцированной беременности не достаточно полно рассматривались с междисциплинарной позиции (медико-психологической).

Практическая значимость. Результаты изучения связи между показателями личностных особенностей и отношения к ребенку, зачатых посредством ЭКО, в сравнении с детьми, зачатыми спонтанно, могло бы способствовать более четкому пониманию факторов риска, для их ранней диагностики и коррекции. Полученные данные о взаимосвязях и взаимном влиянии, рассмотренные с учетом биологических и средовых факторов риска, могли бы послужить основой для разработки программ психолого-педагогического сопровождения, направленных на повышение адаптационных возможностей детей и гармонизацию психического развития личности.

Структура дипломной работы. Диссертация состоит из аннотации на английском языке, введения, двух глав, заключения, списка литературы.

1 Факторы соматического и психологического здоровья мужчин

1.1 Проблема междисциплинарного изучения факторов нарушения здоровья

В большинстве частей мира результаты в отношении здоровья среди мальчиков и мужчин по-прежнему значительно хуже, чем среди девочек и женщин, однако это неравенство в отношении здоровья по признаку пола практически не получило признания со стороны лиц, определяющих политику здравоохранения, на национальном или глобальном уровнях. Например, согласно данным Росстата за 2018 г. средняя продолжительность жизни мужчин в России составила 67,8 лет по сравнению с 77,8 годами жизни у женщин. Преждевременная смерть также чаще встречается у мужчин, причем 22% случаев смерти мужчин происходят в возрасте 25-64 лет. группа по сравнению с 14% среди женщин сопоставимого возраста. Кроме того, существуют четкие различия в причинах смертности между мужчинами и женщинами в разных возрастах.

Во многих обществах мужчины, как правило, имеют больше возможностей, привилегий и власти, чем женщины, однако эти многочисленные преимущества не приводят к улучшению здоровья. Чем объясняется это гендерное неравенство? В докладе «Мировая статистика здравоохранения» за 2019 г. [59], в котором впервые представлены данные в разбивке по полу, объясняется, почему это происходит. Более низкие показатели выживаемости мужчин отражаются в нескольких факторах:

- Более высокий уровень профессионального воздействия физических и химических опасностей;
- Поведения, связанного с мужскими нормами принятия риска;
- Парадигмы поведения в отношении здоровья, связанные с мужественностью.

Насколько чаще мужчины, чем женщины, умирают в результате рискованного поведения? В 2010 году 3,14 миллиона мужчин – против 1,72 миллиона женщин – умерли от причин, связанных с чрезмерным употреблением алкоголя [59]. Для многих мужчин чрезмерное потребление алкоголя связано с понятиями мужественности. Например, исследование мужчин в Российской Федерации показало, что алкоголизм крепких напитков повышает или поддерживает статус человека в социальных группах рабочего класса, облегчая доступ к власти, связанный с гегемонистским идеалом работающего человека.

Во многих странах исследования показывают, что женщины чаще, чем мужчины, пользуются услугами здравоохранения, хотя это неравенство может отражать более широкое использование услуг женщинами в репродуктивном возрасте. Например, в Англии в 2018 и 2009 годах женщины в возрасте от 15 до 80 лет было значительно больше консультаций с врачами общей практики, чем с мужчинами; самый большой гендерный разрыв был отмечен в возрастной группе от 20 до 44 лет [59]. Они также менее склонны следовать медицинским предписаниям и иногда отказываются от долгосрочной терапии. Поскольку американские мужчины обычно посещают врача или оздоровительные центры в ограниченной степени, они часто не получают консультаций, касающихся общих анализов здоровья и профилактической терапии. Кроме того, было показано, что мужчины чаще игнорируют патологические состояния и боль и с большей вероятностью откладывают медикаментозную терапию. Они более чувствительны к болезням с более высокой распространенностью среди мужчин, таким как облысение, импотенция и травмы, чем к хроническим заболеваниям, которые могут серьезно повлиять на их здоровье, и с большей вероятностью посещают больницу с первым типом заболевания, чем с последним тип.

Из-за стереотипных представлений о мужественности мужчины часто не решаются посетить медицинских работников. Согласно таким стереотипам, основой мужественности является физическая сила, уверенность в себе и эмоциональный контроль. Согласно опросу, проведенному в США, меньше мужчин обращаются за помощью к медицинским экспертам по поводу депрессии, наркомании, физических расстройств и психологического стресса, чем женщины. Мужчины посещают медработников реже и чаще делают это из-за физических проблем, чем из-за эмоциональных или психических проблем. Кроме того, было обнаружено, что женщины, как правило, чаще обращаются к врачам, медсестрам, социальным добровольцам и психологам по проблемам со здоровьем, чем мужчины, тогда как мужчины посещают отделения неотложной помощи по несчастным случаям чаще, чем женщины. Несколько недавних исследований в Малави, Южной Африке, Уганде и Зимбабве показывают, что понятия мужественности не только увеличивают риск заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), но и мешают мужчинам проходить тестирование на ВИЧ, смириться с ВИЧ положительным статусом, получить инструкции от медсестер и участвовать в оздоровительных мероприятиях [59]. Отмечается, например, что непропорционально меньше мужчин, чем женщин, получают доступ к антиретровирусной терапии по всей Африке, что мужчины начинают антиретровирусную терапию на более позднем этапе заболевания, чем женщины, что мужчины чаще, чем женщины, прерывают лечение и теряются для последующего наблюдения.

Даже в случаях заболевания мужчины склонны игнорировать свои симптомы и ждать, пока симптомы исчезнут естественным путем. Эта тенденция может быть интерпретирована как отражение стереотипов о мужественности. Многие исследования предполагают, что традиционное представление о мужественности и связанных с ним убеждений может быть причиной более низкого использования медицинских ресурсов, в результате чего мужчины оказываются в невыгодном положении с точки зрения здравоохранения.

Высокий характер занятости во всех обществах приводит к тому, что мужчины более подвержены профессиональной заболеваемости и смертности, чем женщины. В 2010 году почти 750000 мужчин умерли по причинам, связанным с профессиональной деятельностью, в отличие от чуть более 102000 женщин. В Европе 95% несчастных случаев со смертельным исходом и 76% несчастных случаев, не связанных со смертельным исходом на рабочих местах, испытывают мужчины. В Соединенных Штатах в профессиях с самым высоким риском смертельного производственного травматизма, таких как добыча полезных ископаемых, сельское хозяйство и рыболовство, занято гораздо больше мужчин, чем женщин.

Авторы доклада также обращают внимание на отличия между мужчинами и женщинами в причинах смерти, которые могут быть биологическими, обусловленными воздействием окружающей среды и общества, либо связанными с наличием и использованием медико-санитарных услуг. Из 40 главных причин смерти 33 в большей степени сокращают ожидаемую продолжительность жизни мужчин, чем женщин. В 2016 г. вероятность смерти достигшего возраста 30 лет мужчины от неинфекционного заболевания до того, как ему исполнится 70 лет, была на 44% выше, чем вероятность реализации такого сценария для женщины. Также в 2016 г. смертность от самоубийств среди мужчин была на 75% выше, чем среди женщин. Смертность от травм, полученных в результате ДТП, начиная с 15 лет, выше среди мужчин, чем среди женщин, в два раза, а вероятность быть убитым – в четыре.

Возрастающее финансовое бремя здравоохранения также стимулирует интерес к подходам, которые могут предотвратить заболевание различными способами. Любая попытка профилактики должна основываться на понимании причин плохого состояния здоровья среди мужского населения, без которого научно-обоснованный подход невозможен.

Уместно кратко рассмотреть вопрос терминологии. Термин «здоровье мужчин» подразумевает, что данная тема касается здоровья взрослых мужчин и не включает здоровье плода, детство и пубертатное состояние мужчин. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) здоровье определяется как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов

[43]. Поэтому здоровье необходимо рассматривать и изучать с позиции междисциплинарного биосоциального подхода [44], который представляет собой приложение системного подхода к функционированию индивида не только на биологическом, но и на личностно-психологическом уровне, а также на уровне социально-психологическом, где реализуются социальные связи с людьми, входящими в непосредственное социальное окружение, и на уровне социальном – через включение индивида в различные институты общества в целом.

С позиции биопсихосоциальной модели на физическом уровне сущность здоровья рассматривается в динамическом равновесии всех внутренних органов и их адекватном реагировании на влияние окружающей среды [3]. Различные виды серьезных органических нарушений приводят к изменениям в психике, личностном статусе и социальном поведении человека. Чем тяжелее заболевание организма, тем сильнее его влияние на состояние психического и социального здоровья. Психологический уровень рассмотрения здоровья связан с личностным контекстом, в рамках которого человек предстает как психическое целое. Среди критериев психического здоровья особое значение имеют интегрированность личности, ее гармоничность, уравновешенность, духовность, ориентация на саморазвитие. Социальный уровень представлен вопросами влияния социума на здоровье личности, а также выполнения человеком своих социальных функций. Социальное благополучие определяется количеством и качеством межличностных связей человека, и степенью его участия в жизни общества. Среди критериев социального здоровья выделяют: адекватное восприятие социальной действительности, интерес к окружающему миру, адаптацию к общественной среде, направленность на общественно полезное дело, альтруизм, эмпатию, ответственность, культуру потребления, демократизм в поведении [21].

Соматическое здоровье – важнейший компонент в сложной структуре состояния здоровья человека. Данное состояние организма, характеризуется адаптационными возможностями приспособления к различным факторам среды обитания, уровнем физического развития, функциональной и физической подготовленностью организма к выполнению физических нагрузок. Оно обуславливается способностью организма к саморегулированию.

Содержание физического здоровья часто связывается с понятием возраста человека. Биологический возраст отражает не только функциональную зрелость организма, его отдельных тканей, органов, систем, но и организма в целом. Уровень физического здоровья человека достоверно устанавливает медицина, используя различные дифференциально-диагностические методы. В медико-санитарной статистике, по определению ВОЗ, под здоровьем на

индивидуальном уровне понимается отсутствие выявленных заболеваний и расстройств, а на популяционном — процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности.

Вне зависимости от социально-экономического статуса мужчины больше курят, питаются менее здоровой пищей, употребляют больше алкоголя и в большей степени подвержены травматизму и межличностному насилию, чем женщины. Хотя согласно недавним исследованиям молодежи девушки начинают перенимать «мужские» модели потребления алкоголя, а юноши не обязательно связывают мужественность с риском, распространенные гендерные нормы и роли продолжают оказывать влияние на здоровье и благополучие молодого поколения.

Некоторые ключевые цифры из доклада ВОЗ:

Три четверти жертв дорожно-транспортных происшествий – мужчины в возрасте до 25 лет.

Курение – основной фактор риска для мужчин из Западной и Центральной Европы: им обусловлено от 14,2% до 19,2% лет жизни, которые мужчины теряют вследствие болезни или преждевременной смерти.

Употребление алкоголя и наркотиков – основной фактор риска для мужчин в Восточной Европе: им обусловлено 23,7% потерянных лет жизни.

Пищевые привычки – основной фактор риска для мужчин в Центральной Азии: им обусловлено 17,2% потерянных лет жизни.

Главные причины смерти среди мужчин в возрасте 30–59 лет – сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет и респираторные заболевания.

В некоторых странах из Восточной Европы мужчинам угрожает в семь раз больший риск преждевременной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, чем в его западной части.

Во всем Европейском регионе ВОЗ основным метаболическим фактором риска для мужчин является повышенное артериальное давление (им обусловлено 14,81% потерянных лет жизни), причем распространенность этой патологии у мужчин выше, чем у женщин.

Бесплодие, как женское, так и мужское, является одной из актуальных проблем современного общества. По данным мировой статистики, более 50 млн семейных пар страдают бесплодием [1]. В России этот показатель превышает 6 млн (около 15-17 % от общего числа супружеских пар) [8]. Точные показатели распространенности бесплодия в мире могут отличаться от представленных данных ввиду того, что мужское бесплодие часто не учитывается в официальной статистике [3]. В связи с этим, все более востребованным становится

использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), в т.ч. экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

1.2 Влияние ЭКО на развитие детей

Согласно отчету Российской ассоциации репродукции человека, в 2015 г. в России было совершено 111972 цикла ЭКО (в 2014 г. эта цифра составила 94985, а в 2013 г. – 67861) [21]. При этом, с 2013 г. по 2015 г. число детей, рожденных после ЭКО, увеличилось с 17569 до 30039 [21]. По статистике, в 2015 г. было совершено 765 циклов ЭКО на 1 млн россиян [4]. При этом статистика ограничена, так как не все центры, осуществляющие ВРТ в России, предоставляют данные для официального учета циклов ЭКО [21].

Следовательно, можно говорить об особой категории детей – детях, зачатых посредством ЭКО. По медицинским данным, при беременности, наступившей посредством ВРТ, зачатие и созревание плода происходит в условиях, значительно отличающихся от физиологической нормы [7, 20, 21], а физическое здоровье рожденных детей характеризуется рядом проблем (низкая масса тела при рождении [8, 19], слабость иммунной системы [10], малые аномалии развития [11] и др.), в связи с чем некоторые учёные рассматривают таких детей как группу риска как в пре-, так и постнатальный период [1, 12, 19]. При этом, в контексте биопсихосоциальной модели можно говорить о тесной связи физического и психического развития [15], которая, согласно принципам возрастной психологии, особенно сильна на ранних этапах онтогенеза [25]. В зарубежных исследованиях отмечается преобладание психологических проблем у детей, рожденных недоношенными [17, 18, 19], а физические болезни, токсины и недостаточное питание рассматриваются как факторы риска формирования психических расстройств и нарушений развития у детей [20, 21].

Тем не менее, открытым остается вопрос не только о возможном влиянии искусственного оплодотворения на физическое и психологическое здоровье ребенка, но и о взаимосвязях между соматическим статусом и становлением психических функций у этой категории детей. Изучение особенностей детей, зачатых посредством ЭКО, проводится преимущественно в области медицины. Так, были выявлены особенности детей, рожденных после ВРТ, а также факторы, влияющие на последующее здоровье и развитие ребенка. Однако, эти данные односторонни и противоречивы [5, 10].

В целом, по медицинским данным, дети, рожденные после ЭКО, имеют повышенный риск задержки внутриутробного развития [12, 8], перинатального поражения ЦНС [20],

характеризуются незрелостью органов и систем, а также их функций [10], снижением иммунитета [10], высокой заболеваемостью в ранний неонатальный период [15], различными внутриутробными инфекциями [14] и малыми аномалиями развития [7]. Дети часто рождаются на низком сроке гестации (28-32 недели) [8]. Недоношенные дети, рожденные после ЭКО, в отличие от недоношенных детей после спонтанной беременности, имеют более стойкие неврологические нарушения, в т.ч. повышенный риск формирования ДЦП [19]. На втором полугодии жизни недоношенные дети после ЭКО имеют повышенные показатели дисгармоничного физического развития [10]. Тем не менее, по некоторым данным, доношенные дети, зачатые посредством ЭКО, значимо не отличаются от спонтанно зачатых, и их отнесение к группе риска рассматривается как необоснованное [3, 18, 20].

В ряде исследований были выявлены различные факторы, влияющие на здоровье и развитие детей ЭКО. В качестве таких факторов учеными рассматривались состояние здоровья матери до зачатия, характеристики процедуры ЭКО, особенности протекания беременности и родов.

Известно, что характеристиками большинства женщин, проходящих лечение от бесплодия посредством экстракорпорального оплодотворения, являются возраст старше 40 лет,отягощенный преморбидный фон и осложненное течение беременности и родов [10], что в ряде исследований рассматривается как фактор, влияющий на отличия развития детей, зачатых при помощи ЭКО, от детей, зачатых спонтанно. Выявлена связь высокой заболеваемости детей с такими состояниями здоровья матерей, как заболевания ЖКТ, органов дыхания и мочеполовой системы, что провоцирует осложненное протекание беременности [20]. Показано повышение риска формирования задержки внутриутробного развития вследствие таких факторов, как поздний репродуктивный возраст, артериальная гипертензия у матери, объемная патология матки [24]. Также отмечено, что низкий гестационный возраст и низкая масса тела сопряжены с возрастом матери (старше 30 лет) и вторичной формой бесплодия [19]. Дети, зачатые посредством ВРТ в семьях, имеющих синдром потери плода, достоверно чаще наследуют неблагоприятные генетические полиморфизмы [11].

Кроме того, в некоторых исследованиях была выявлена связь самой процедуры ВРТ с формированием пороков развития, которые были достоверно чаще диагностированы у детей, зачатых с помощью ЭКО и микроманипуляционных методов [19], однако в других исследованиях статистически достоверного повышения частоты формирования пороков развития после ИКСИ выявлено не было [18]. При сравнении хирургических и гормональных методов лечения бесплодия было показано, что, тогда как дети, рожденные после

хирургического лечения бесплодия, имеют благоприятное физическое и психическое развитие в течение первого года жизни, дети после гормональных методов, включая ЭКО, чаще рождаются недоношенными и имеют отклонения в состоянии здоровья, что может быть ассоциировано с многоплодной беременностью, наступившей после применения ВРТ [7].

Особенности протекания беременности, наступившей после ЭКО, в т.ч. многоплодная беременность, также находились в фокусе внимания исследователей и рассматривались в качестве предпосылки задержки внутриутробного развития и формирования аномалий развития. Отмечено, что дети от многоплодной беременности рождаются на низком сроке гестации и с низкой массой тела, у них часто диагностируются внутриутробные инфекции и задержка развития функций ЦНС [12]. При этом при многоплодной беременности после ЭКО число детей с задержкой внутриутробного развития и отставанием формирования ЦНС в 3,5 раза больше, чем при одноплодной беременности после ЭКО и 2,5 раза больше, чем при многоплодной беременности, наступившей спонтанно [3]. В зарубежном исследовании было показано, что у близнецов, зачатых посредством ЭКО, риск преждевременного рождения, низкого гестационного возраста, низкой массы тела и респираторных заболеваний выше, чем у двух детей одной матери, зачатых при помощи ЭКО [32].

Тогда как медицинское направление изучения детей ЭКО достаточно разработано, российские данные о психологическом развитии детей, рожденных в результате индуцированной беременности, очень немногочисленны. Выявлено статистически значимое отличие качества жизни недоношенных детей, рожденных в результате ЭКО, от качества жизни недоношенных детей от естественной беременности (высокие показатели качества семейного окружения и низкие показатели способности оставаться одному) [10]. Показано, что большое число попыток ЭКО может являться фактором риска для задержки когнитивного развития, при этом, даже среди детей, зачатых в результате 1-3 попыток ЭКО, число детей с нормальным уровнем развития ниже, чем среди детей, зачатых спонтанно. Уровень психического развития детей, рожденных в результате 1-3 попыток возрастает от 1 до 3 года жизни, чего не происходит у детей, рожденных в результате 4-9 попыток [23]. Другими факторами риска могут стать многоплодие, недоношенность, раннее прекращение грудного вскармливания, тогда как сама процедура ЭКО не является непосредственной угрозой для психического развития [34]. У детей от индуцированной беременности, в отличие от естественно зачатых, отмечено снижение показателей общения с матерями: частоты использования вербальных и невербальных средств и включенности предметных действий в общение [34].

Тем не менее, в ряде исследований, как российских, так и зарубежных, отличие психомоторного развития детей ВРТ от детей, зачатых спонтанно не подтвердилось [8, 17, 35]. Не было обнаружено значимых различий в уровне речевого развития у детей, зачатых посредством ВРТ [17, 25]. У детей, зачатых при помощи экстракорпорального оплодотворения, не было выявлено увеличение риска развития расстройства аутистического спектра, а также различных психических расстройств (кроме тикозных) [26, 29, 38]. Было показано отсутствие причинно-следственной связи между ЭКО и развитием когнитивной и поведенческой сферы детей в возрасте до 4х лет, тогда как степень бесплодия (время до зачатия) была отрицательно связана с когнитивным развитием и поведением [41]. Более того, в лонгитюдном исследовании когнитивного развития детей до 11 лет, зачатых посредством ВРТ, проведенном в Великобритании, было выявлено наличие у детей 3 и 5 лет более высоких вербальных когнитивных способностей, чем у детей от естественного зачатия (что, тем не менее, объяснялось преимущественно особенностями родительской среды), что нивелировалось к возрасту 11 лет [28].

Таким образом, данные по физическому и когнитивному развитию детей, зачатых при помощи ЭКО, являются разрозненными и противоречивыми. К настоящему времени не существует единого мнения о характере и степени влияния вспомогательных репродуктивных технологий на различные аспекты детского развития. Тогда как исследования соматического здоровья и физического развития таких детей проводятся достаточно активно, отмечается недостаток психологических данных по психологическому развитию детей. Изучение взаимосвязи между показателями здоровья и психическим развитием детей, зачатых посредством ЭКО, в сравнении с детьми, зачатыми спонтанно, могло бы способствовать более четкому пониманию факторов риска, для их ранней диагностики и коррекции. Полученные данные о взаимосвязях и взаимном влиянии физического и когнитивного развития, рассмотренные с учетом биологических и средовых факторов риска, могли бы послужить основой для разработки программ психолого-педагогического сопровождения, направленных на повышение адаптационных возможностей детей и гармонизацию психического развития личности.

1.3 Роль отца

Отцовство как институт родительства давно привлекает внимание исследователей из числа этнографов, социологов, психологов. В одной только психологии феномен отцовства изучается в рамках различных научных подходов и направлений, в которых изучается влияние

роли отца на психическое развитие ребенка. Еще в 1987 году исследователи Лэмб, Плек и Чернов [43] обозначили три фундаментальных аспекта участия отца в жизни ребенка:

- Вовлеченность: прямой контакт с отцом и совместное общение со своими детьми;
- Присутствие: наличие отца и его доступность для ребенка;
- Ответственность: предоставление отцом ресурсов для ухода за ребенком.

Опираясь на работу Лэмба, Плека и Чернова, другой исследователь по имени Палковиц [44] перечислил 15 различных способов взаимодействия отцов со своими детьми: коммуникация, обучение, контроль, участие в мыслительных процессах, обеспечение, проявление любви, защита, эмоциональная поддержка, выполнение поручений, уход, разделение интересов, разделение деятельности, доступность, забота о потребностях, планирование.

Некоторые исследователи фокусируются на игровом поведении как на главном для отцов, так же как воспитательное поведение считается важным для матерей [31]. Отцовско-детская игра важна для детей, потому что она очень стимулирующая, что позволяет ребенку испытать физическую активность, возбуждение. Она также помогает детям понимать и тестировать границы в познании мира, находясь в безопасной среде.

В своем всеобъемлющем докладе «The Effects of Father Involvement: An Updated Research Summary of the Evidence» исследователи Сара Аллен, доктор философии, и Керри Дейли, доктор философии [46], определяют вовлеченного отца как «чувствительного, теплого, близкого, дружелюбного, поддерживающего, заботливого, ласкового, ободряющего, успокаивающего и принимающего». Они классифицируют отцов как вовлеченных, если у их ребенка развилась сильная привязанность к ним. Не все отцы имеют одинаковый уровень привязанности. Успех отца в этой сфере может определять целый ряд факторов, в том числе: [47]: Собственное воспитание отца (включая его отношения с родителями); культурный аспект; биологические характеристики (например, психические заболевания, алкоголизм, здоровье); социальные характеристики (занятость, возраст, взаимодействие с окружающими); характеристики матери; контекстуальные факторы (отношения с матерью, общественные связи и т. д.); характеристики ребенка.

Поскольку роль отца в обществе менее определена, чем роль матери, факторы перечисленным выше оказывают существенное влияние на степень вовлеченности отца. Но гибкость роли отца также означает, что сдвиги во внешних условиях, например, когда мать

начинает моделировать позитивное родительское поведение, могут улучшить собственное восприятие отца. Или, с другой стороны, если мать не может хорошо ухаживать за младенцем, как это может быть в случае послеродовой депрессии или болезни, отец может не только вмешаться, чтобы помочь, но он может собрать дополнительные ресурсы из социальной среды. Этот акт увеличения поддержки может смягчить последствия неспособности матери ухаживать за ребенком. В то же время это укрепляет уверенность отца в его родительских навыках и его связь с ребенком.

Другой фактор, который часто обсуждается, а иногда и неправильно понимается, социально-экономический статус. Стереотип необразованного отца с низким доходом повсеместен. Но исследования развеивают этот стереотип. Майкл Лэмб, профессор психологии, который опубликовал множество работ о роли отца в развитии ребенка, заявил: «Наше исследование действительно разрушает стереотип отца с низким доходом. Эти отцы заботятся о своих детях, но могут не проявлять свою любовь обычными способами, и иногда отсутствие работы, плохое общение с матерью или даже их собственный детский опыт могут помешать им участвовать. Какова бы ни была первопричина, исследование ясно показывает при надлежащей поддержке даже отцы в трудных ситуациях могут оказать положительное влияние на жизнь своих детей» [48].

Многие исследования подтвердили, что участие отца может оказать мощное влияние на когнитивное развитие ребенка. Это становится очевидным у детей в возрасте от 5 месяцев, которые получают более высокие баллы по показателям когнитивного развития, если у них очень активно участвуют отцы [23]. Эти преимущества сохраняются, когда дети становятся старше. К 1 году дети, чьи отцы более вовлечены, имеют более высокое когнитивное развитие. [44] В детском возрасте у них появляются лучшие способности к решению задач. [31]. В 3 года у них более высокие IQ, чем у сверстников [16].

Как только дети достигают школьного возраста, преимущества вовлеченных отцов становятся еще более очевидными. Дети, чьи отцы являются активными участниками их жизни, лучше учатся по всему спектру образовательных компетенций – от повышения оценок и улучшения успеваемости в школе до большей мотивации и ценности образования [47]. Одной из причин этого может быть то, как отцы, как правило, разговаривают со своими детьми, задавая больше вопросов, используя слова «кто, что, когда, где и почему». Эти типы вопросов побуждают детей больше общаться, что может увеличить их словарный запас и улучшить их разговорные навыки [28].

Другой важный пункт для рассмотрения – экономический аспект. Отцы, которые больше проводят времени со своими детьми, как правило, лучше обеспечивают их материально, а дети, которые находятся в лучшем финансовом положении, лучше учатся в школе. Одно можно сказать наверняка, отцы, которые проводят много времени, помогая своим детям в учебе, повышают качество обучения своих детей.

Они также могут помочь детям развить навыки мышления и их успех в дальнейшей жизни – участвуя в их социальных и спортивных мероприятиях [29]. Один из ключевых способов, с помощью которого отцы помогают расти своим детям, заключается в том, чтобы дать им возможность развить чувство трудолюбия. Эта вера в способность овладеть навыками помогает им развивать чувство собственного достоинства [10]. Отцы, как правило, чаще бросают вызов своим детям, чтобы попробовать что-то новое. Когда дети сталкиваются с этими проблемами и добиваются успеха (даже после разочарования), они начинают верить в свою способность делать сложные вещи. Когда отцы возлагают на своих детей больше обязанностей – например, носить вещи, переходить улицу или купаться – это улучшает мышления детей [21]. Помощь детям в решении новых задач также побуждает их брать на себя ответственность за свои собственные действия [27]. И чувство контроля, которое они получают, помогает им чувствовать контроль над своими собственными успехами и неудачами, а не приписывает их другим людям, событиям или обстоятельствам [3].

Исследования показали, что дети с вовлеченными отцами могут лучше переносить стресс и разочарование, лучше решать проблемы и лучше контролировать свои эмоции и побуждения. Многие (не все) пары описывают мгновенную связь между матерью и ребенком. Для отцов, с другой стороны, эта связь иногда не полностью осознается, пока любовь ребенка не станет более взаимной. Но даже если связь между отцом и ребенком не является мгновенной, основу для этой более поздней связи закладывают ранние усилия со стороны отца. Когда ребенок испытывает предсказуемые, последовательные и заботливые ответы на свои потребности, он чувствует себя в большей безопасности. Эта безопасность позволяет ребенку доверять людям, которые о нем заботятся. Он предпочитает этих людей другим взрослым в процессе, называемом привязанностью. Матери часто являются основными опекунами и больше полагаются на заботу и безопасность, но отцы также способны создать эту надежную и привязанную связь со своими детьми. Это самосохраняющийся цикл: Чем больше времени отцы проводят со своими детьми, тем лучше они понимают сигналы ребенка. И чем лучше они понимают подсказки, тем сильнее привязанность, которую они создают. [43] Когда отцы заботятся о своих детях, положительные результаты очевидны. Младенцы становятся более надежно привязанными к своим отцам.

Становятся более выносливыми и любопытными, и они более уверенно исследуют окружающий мир [31, 44].

Одно исследование, в котором рассматривались 3-летние дети, показало, что, когда отцы участвовали в уходе за детьми, их социальное развитие улучшалось [46]. В другом проводились тесты на эмпатию для детей младшего школьного возраста, и было установлено, что те, кто имел надежную привязанность к отцам в младенчестве были лучше способны определять чувства других детей и принимать меры, чтобы они чувствовали себя лучше [47].

Вот несколько способов, благодаря которым отцы могут создавать привязанность у своих детей:

- Обращать внимание на их сигналы и отвечать последовательно и сострадательно;
- Держать их физически близко. Это идеальный способ использовать физическую близость, чтобы развивать чувство безопасности и защищенности;
- Говорить, читать и петь своему ребенку. Даже если он слишком молод, чтобы понять, что отец говорит, он привыкнет к голосу.
- Играть с ребенком в соответствии с возрастом (например, в прятки).

Как только дети станут достаточно взрослыми, чтобы поиграть со своими отцами, отношения действительно начнут цвести. И мамы, и папы играют со своими детьми, но в целом у них разные стили игры. Матери, как правило, общаются со своими детьми, используя более успокаивающие голоса и повторяющиеся ритмы. Отцы, с другой стороны, имеют тенденцию быть более стимулирующими в своих стилях игры [48]. Игра – важный способ, с помощью которого отцы, даже те, у кого не так много времени проводить со своими детьми, становятся важными и значимыми фигурами в детских жизнях. Когда маленькие дети играют со своими отцами, они выясняют мир и начинают понимать, как относиться к другим. Они узнают об ограничениях и границах, а также развивают навыки решения проблем. Мало того, но игра также позволяет малышам испытать целый ряд эмоций, таких как счастье, разочарование и волнение. Это дает им возможность практиковать чувство и регулировать эти эмоции в контексте безопасных, доверительных отношений. Эти навыки, развитые в детстве, переносятся в более позднюю жизнь. Исследования показали, что дети с вовлеченными отцами могут лучше переносить стресс и разочарование, лучше решать проблемы и лучше контролировать свои эмоции и импульсы [44, 45]. Некоторые из наиболее распространенных и тревожных проблем

детства и юности уменьшаются, когда отцы принимают активное участие в жизни своих детей. У детей чувство близости с отцом и частые занятия с ним могут снизить риск асоциального поведения, гиперактивности и проблем с поведением [22]. Это также предотвращает издевательства со стороны сверстников и может помочь детям не стать жертвами.

Когда дети становятся старше, участие отца помогает им жить счастливой жизнью с меньшим количеством депрессии, эмоциональных переживаний и негативных чувств, таких как страх и вина [19]. Дети с вовлеченными отцами также говорят, что они счастливее и менее озабочены [10]. У них лучшие отношения с братьями и сестрами [31]. Их отношения менее негативные, более щедрые и чреватые меньшим количеством конфликтов [27]. С другой стороны, негативные или враждебные отношения с отцами могут привести к негативному социальному поведению и трудным отношениям со сверстниками [33].

Будучи молодыми людьми, люди, у которых были воспитывающие и доступные отцы, как правило, лучше приспособлены, надежны и дружелюбны, и они сообщают о более высоком уровне самопринятия [26, 37]. Они более терпимы, понимают и имеют больше поддержки, а также долгосрочные, близкие, дружеские отношения [38], [29]. Отцовско-детские отношения даже влияют на будущий брак человека. Люди, с вовлеченными отцами, чаще имеют долгосрочный, успешный брак и меньше разводов [20, 21]. Фактически, качество отношений отца и ребенка является единственной переменной, которая наиболее последовательно связана с благоприятной жизнью ребёнка.

Вероятно, само собой разумеется, что отцы, которые играют активную роль в воспитании своих детей, облегчают нагрузку на своих партнеров. Но исследование все еще очень впечатляет. Женщины, которые эмоционально поддерживаются своими мужьями, чувствуют себя лучше, благоприятно проходят период беременности, родов, грудного вскармливания и имеют лучшее послеродовое психическое здоровье [43, 44]. Когда отцы очень вовлечены, ободряют и поддерживают, матери, как правило, более позитивны, чувствительны и отзывчивы к своим детям [31]. Все эти черты у матери повышают вероятность того, что дети будут счастливы и безопасны, подчеркивая важность поддержки отцов. Кроме того, связанное с этим отцовство, по-видимому, связано с более крепкими браками.

Связь идет в обе стороны. Качество отношений мужчины со своим партнером также может влиять на его отношения со своими детьми. Когда они состоят в хороших, здоровых браках, отцы, более вероятно, будут вовлечены в обязанности по уходу за детьми и будут иметь лучшие отношения со своими детьми. В отношениях, наполненных конфликтом, с другой стороны, отцы с меньшей вероятностью будут иметь хорошие отношения со своими детьми [47].

Отцы не единственные, кто играет важную роль в успешных отношениях отца и ребенка. Их партнеры тоже имеют значение. Когда женщины поддерживают своих партнеров и считают их способными и компетентными, они с большей вероятностью будут играть с детьми. Некоторые исследователи обнаружили тенденцию, которую они называют «строгие матери» [29, 30]. Это тенденция некоторых матерей неохотно поощрять своих партнеров к более активному участию в воспитании детей по ряду причин – из-за страха потери контроля, сомнений в компетентности отца и дискомфорта из-за изменения своих стандартов. Неудивительно, что контроль матери мешает отцам становиться все более связанными со своими детьми, в то же время заставляя их чувствовать себя менее компетентными. Когда отцы чувствуют поддержку, имеют позитивную оценку со стороны своих партнеров, у них гораздо больше шансов быть хорошими отцами. По всем этим причинам один из лучших способов улучшить отношения отца с его детьми – это укрепить его отношения с партнером.

Другим важным преимуществом конструктивных и позитивных отношений между родителями является то, что они служат примером для детей, когда они развивают свои собственные отношения в будущем. Он учит их, как оказывать эмоциональную поддержку, иметь дело с конфликтом, быть вежливым и как общаться. Напротив, исследование показало, что мужчины, которые проявляют гнев, презирают или обескураживают своего партнера (то есть «молчаливое обращение»), с большей вероятностью имеют детей, которые обеспокоены, замкнуты или антисоциальны [27].

Исследования показали, что даже в семьях, где отец живет отдельно от своего ребенка или в ситуациях, когда отчим или приемный отец воспитывает ребенка – теплые и любящие отцовские фигуры положительно влияют на благополучие детей [43, 44, 45]. После развода или расставания дети чувствуют себя лучше, когда их отцы сохраняют авторитетную роль. Авторитетное воспитание сильно отличается от авторитарного воспитания. Если авторитарные родители управляют домохозяйством, как диктаторы, авторитетные родители обеспечивают своих детей спокойным, любящим и постоянным присутствием. Это присутствие дает детям структуру, в которой они нуждаются, чтобы делать выбор и знать, что даже когда они этого не делают, их все равно будут любить. Авторитетное воспитание впервые было описано психологом развития Дианой Баумринд. Вот некоторые из ключевых характеристик авторитетных родителей:

- Они демократичны;
- Они внимательны к своим детям;

- У них есть четкие и последовательные правила;
- Они прощают.

Именно качество времени, которое отец проводит со своими детьми, влияет на их результаты. Качество отношений, а не внешние факторы, такие как дорогие подарки, могут смягчить негативные последствия для детей, вызванные разводом или расставанием.

Эмоциональная вовлеченность мужчины в жизнь его детей может способствовать его карьере несколькими способами. Сами отцы чувствуют себя лучше, когда они связаны со своими детьми. Они более уверены в себе, эффективны и удовлетворены своей работой, чем отцы, которые не так сильно вовлечены [44]. Дети, естественно, поощряют своих родителей расширять свой кругозор. Поэтому отцы, которые проводят много времени со своими детьми, с большей вероятностью формируют общественные связи и занимают руководящие должности в своём окружении [43, 46]. Даже отцовская работа и карьера выигрывают от его внимания к своим детям. Это может показаться нелогичным, так как время с детьми – это не время, потраченное на работу, но исследования показывают, что эмоциональная вовлеченность человека в жизнь его детей может на самом деле способствовать его карьере несколькими способами, а также защищать от стрессов, связанных с работой [40]. Некоторые исследования показали, что отцы, которые проводят больше времени со своими детьми, также работают больше времени и зарабатывают больше денег [45]. Это может быть связано с тем, что многие отцы считают, что одна из их ключевых ролей в семье – роль кормильца. Учитывая это чувство ответственности, имеет смысл, что отцы испытывают большую привязанность к своей карьере, чем мужчины, которые не являются отцами.

Нельзя сказать, что работу и семейную жизнь всегда легко сбалансировать. На самом деле, если отцы слишком много работают, это может оказать негативное влияние на его отношения с детьми, что сделает его менее восприимчивым и менее способным видеть различные перспективы. Решения, которые позволяют более тщательно интегрировать семейную и трудовую жизнь, полезны не только для отцов, но и для их супругов и детей.

Исходя из содержания биопсихосоциального единства человека, предполагается выявлении связей показателей здоровья (соматического, психического, психологического) и образа жизни отцов детей, рожденных с помощью ЭКО, с последующим выделением наиболее определяющих факторов.

2 Связь личностных особенностей и отношения к ребёнку у отцов детей, рождённых методом ЭКО

2.1 Описание выборки и методы исследования

В исследовании приняли участие 495 мужчин репродуктивного возраста, которые были разделены на две группы в зависимости от формы беременности их партнерши: основная группа мужчин с индуцированной беременностью партнерши – 161 мужчин, контрольная группа мужчин с естественной беременностью партнерши – 334 мужчины.

Исследование осуществлялось с помощью организационных, научно-исследовательских, психодиагностических методов. Организационные методы: комплексный метод, который предполагает изучение клинических, физических, психологических, социальных показателей в их взаимосвязях. Лонгитюдный метод: направлен на выявление особенностей психического здоровья на протяжении пренатального периода, новорожденности, младенчества и раннего детства. Сравнительный метод позволяет проследить динамику изменений в показателях здоровья детей в соответствии с показателями здоровья и образа жизни родителей, а также выявить особенности группы ЭКО, по сравнению с контрольной группой (естественная физиологическая беременность женщин). Психодиагностические методы: анкетирование, открытые вопросы, свободные высказывания, опросники. Эти опросники основаны на Кардиффском исследовании развития ребенка (Великобритания, Г. Харольд), Квебекском лонгитюдном исследовании детского развития (Канада, М. Буаван), исследовании развития детей раннего возраста TEDS (Великобритания, Ю. Ковас) и были специально адаптированы для российского исследования.

Опросники включали следующие блоки:

1. Профессиональная деятельность (тип трудоустройства, декретный отпуск, продолжительность работы в неделю, планирование выхода на работу после рождения ребенка и влияющие факторы, род трудовой деятельности).
2. Работа партнера / мужа (тип трудоустройства, продолжительность работы в неделю, род трудовой деятельности).
3. Текущая экономическая ситуация в семье (приблизительный доход семьи в месяц, финансовые трудности, государственные пособия, взаимодействие с социальными службами).
4. Семейная ситуация (совместное проживание с партнером/развод, услуги няни и т. д.).

5. Семейная среда (оценка и измерение функционирования семьи (решение проблем, взаимопонимание, отзывчивость и т.д.) после рождения ребенка).

6. Отношения с партнером/супругом, чувства к нему, оценка качества отношений, поддержка.

7. Отношения с родителями и друзьями, поддержка.

9. Времяпровождение с ребенком.

10. Соматическое здоровье после рождения ребёнка (самооценка здоровья, заболевания и симптомы, показатели роста и веса).

11. Образ жизни (вопросы являются частью опросника об употреблении психоактивных веществ «The Adolescent Drug Involvement Scale»:

- употребление алкоголя (насколько часто и в каком количестве (в единицах) женщины употребляли алкоголь в последние 9 месяцев);
- курение и прием психоактивных веществ в последние 9 месяцев.

12. Психическое здоровье после рождения ребёнка:

- оценка состояния психического здоровья родителей в период 18 месяцев ребёнка (12-item version of the CES-D),
- проявления послеродовой депрессии,
- адаптивного функционирования (Опросник Т.Ахенбаха для взрослых (Adult ASR/18-59 — самоотчет)).

Методы статистической обработки данных. Анализ данных был выполнен в среде SPSS 23 и свободно распространяемом языке программирования R 3.2.2. (среда программирования RStudio 0.94.449) с установленными дополнительными пакетами. Были использованы следующие статистические процедуры. Кластерный анализ. Описательные статистики (объем выборки, среднее, стандартное отклонение, диапазон) и частотный анализ был использован для получения сведений о данных. Далее, для проверки данных на принадлежность нормальному закону распределения, были использован критерий Колмогорова-Смирнова, как для всей выборки, так и для групп ЭКО и естественной беременности. Проверка различий между группами была осуществлена с помощью t-критерия Стьюдента для выборки, соответствующей нормальному закону распределения, и U-критерий Манна-Уитни для выборки, нарушающей требования нормальности распределения. Для изучения статистических взаимосвязей между переменными был применен непараметрический ранговый коэффициент корреляции Спирмена и параметрический критерий Пирсона, отдельно для групп и для полной выборки, были

получены уровни значимости взаимосвязей между исследуемыми переменными. В качестве эмпирического метода сбора данных использовался психологический вербально-коммуникативный метод, где в качестве средства для сбора сведений от респондента используется специально оформленный список вопросов; в качестве метода анализа полученных данных использовался контент-анализ.

2.2 Результаты исследования

2.2.1 Особенности состояния здоровья (соматического, психического, психологического) и образа жизни отца, воспользовавшихся методом ЭКО, по сравнению с семьями с естественным зачатием ребенка

2.2.1.1 Результаты изучения показателей физического (соматического) здоровья отцов

Наиболее частым заболеванием в период 18 месяцев после рождения ребенка респонденты обеих групп указывают заболевания спины (32,3 % и 37,9 % в группах естественного зачатия и ЭКО соответственно) (см. Таблицу 1). Более 10 % респондентов в каждой группе отмечают длительную боль или травму шеи или плеч (11,9 % и 18,2 % в группах естественного зачатия и ЭКО соответственно), заболевания любых отделов рук и ног (12,9 % и 10,6 % в группах естественного зачатия и ЭКО соответственно), ревматизм, артрит и другие заболевания суставов (11,9 % и 12,1 % в группах естественного зачатия и ЭКО соответственно), любые нарушения зрения (13,4 % группе естественного зачатия), мигрени или частые головные боли (12,9 % группе естественного зачатия). Проведён сравнительный анализ частот с помощью таблиц сопряженности и χ^2 -Пирсона. Статистически значимое различие переменных в период 18 месяцев после рождения ребенка обнаружено для симптома «ушные заболевания, нарушения слуха» ($\chi^2=9,24$, $df=1$, $p=0,002$), но следует отметить, что наличие подобных симптомов отмечали лишь отцы в парах, прошедших процедуру ЭКО и в незначительном количестве ($N=3$), поэтому результаты сравнительного анализа не учитываются в интерпретации. В отношении остальных переменных не обнаружены значимые различия частот между группами.

Проведённый сравнительный анализ частот с помощью таблиц сопряженности и χ^2 -Пирсона не выявил значимых различий частот проявляемых состояний/заболеваний между группами отцов.

Таблица 1 – Результаты частотного анализа симптомов/заболеваний мужчин после рождения в семье ребенка в период 18 и 29 месяцев, %

Состояние	18 месяцев после рождения ребенка		29 месяцев после рождения ребенка	
	Группа Естественное зачатие	Группа ЭКО	Группа Естественное зачатие	Группа ЭКО
Заболевания спины	32,3%	37,9%	21,5%	24,5%
Длительная боль или травма шеи или плеч	11,9%	18,2%	22%	13,7%
Заболевания любых отделов рук или ног	12,9%	10,6%	8,7%	15,7%
Ревматизм, артрит или другие заболевания суставов	11,9%	12,1%	5,0%	8,8%
Мигрени или частые головные боли	12,9%	6,1%	7,9%	8,8%
Припадки, эпилепсия, обмороки или головокружение	-	1,5%	0,4%	2,0%
Заболевания нервной системы	1%	1,5%	0,4%	-
Болезни сердца, стенокардия, повышенное кровяное давление	7,5%	9,1%	5,8%	4,9%
Астма, бронхит, пневмония, туберкулез или заболевание легких	4%	4,5%	4,1%	3,9%
Одышка, сердцебиение, отеки лодыжек	2,5%	4,5%	2,5%	5,9%
Частые приступы цистита, заболевания мочевого пузыря или расстройства кишечника	4%	3%	2,9%	5,9%
Грыжа, разрыв или варикозное расширение вен	5,5%	9,1%	5,4%	9,8%
Сахарный диабет, заболевания щитовидной железы	1%	-	-	2,0%
Желтуха или гепатит	1%	-	1,7%	6,9%
Рецидивирующий тонзиллит, синусит или аллергический ринит	5%	7,6%	6,2%	2,9%
Ушные выделения, разрыв барабанной перепонки или нарушения слуха	-	4,5%	2,9%	2,9%
Частые глазные инфекции	0,5%	1,5%	0,8%	1,0%
Дерматит, экзема или другие кожные заболевания	6%	3%	5,8%	3,9%
Аллергия на любые продукты питания, лекарства, химические	4,5%	6,1%	5,0%	2,9%
Любые нарушения зрения	13,4%	6,1%	10,7%	8,8%

В период 29 месяцев после рождения ребенка наиболее частыми заболеваниями по ответам респондентов обеих групп являются заболевания спины (21,5 % и 24,5 % в группах естественного зачатия и ЭКО соответственно), как и по результатам среза в 18 месяцев. Более 10 % респондентов отмечают длительную боль или травму шеи или плеч (22,0 % и 13,7 % в группах естественного зачатия и ЭКО соответственно), заболевания любых отделов рук и ног (15,7 % в группе ЭКО), любые нарушения зрения (10,7 % в группе естественного зачатия).

В соответствующих вопросах респонденты оставляли свои данные об актуальном росте и весе на момент прохождения опроса. Индекс массы тела (ИМТ) вычислялся по формуле: $\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{рост}^2 \text{ (м)}$. После чего данный показатель сравнивался с интервалом нормы ИМТ (не менее 18,5 и не более 25). Если показатель не соответствовал норме: был ниже её (т.е. наблюдался недостаток веса или дефицит массы тела) или выше её (т.е. был характерен избыточный вес или ожирение), то данный результат обозначался как отклонение ИМТ.

Далее для проверки наличия значимых различий в показателе индекса массы тела между группами проведён анализ таблиц сопряженности и посчитан χ^2 -Пирсона (рисунок 1). В результате выявлено, что в период 18 месяцев после рождения ребенка отсутствуют статистически значимые различия между группами отцов ($\chi^2 = 0,165$, $df=1$, $p=0,685$). При этом следует отметить, что более 50 % мужчин в каждой группе имеют отклонения ИМТ (64,9 % в группе естественного зачатия, 67,7 % в группе ЭКО), что говорит об определенных рисках здоровья, требующих дополнительного изучения, у отцов обеих групп.

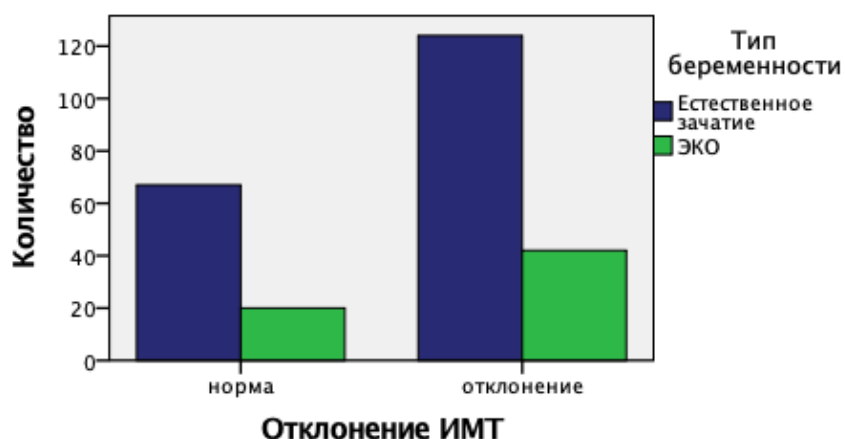


Рисунок 1 – Количество респондентов с отклонением и нормой ИМТ

В период 29 месяцев после рождения ребенка также не обнаружены различия в отклонении ИМТ между группами отцов, однако, среди мужчин, заполнивших протоколы на этой волне, в группе естественного зачатия 29,8 % имеют отклонения ИМТ, а в группе ЭКО – 31,4 %. Факторы снижения процента мужчин с отклонениями ИМТ на данном этапе исследования требуют уточнения, возможно это позитивные в отношении здоровья изменения в образе жизни, на что, вероятно, косвенно может указывать снижение процента мужчин, указывающих на заболевания спины и суставов.

Затем высчитывался интегральный показатель физического здоровья мужчин (см. Таблицу 2), который высчитывался как сумма выборов отмечаемых и наблюдаемых соматических состояний/заболеваний после рождения ребёнка и отличающийся от нормы ИМТ. Факту наличия в картине здоровья мужчин любого из элементов показателя (заболевания/состояния, отклонений от нормы ИМТ) присваивался 1 балл. Суммарный показатель по перечисленным параметрам являлся итоговым интегральным показателем соматического здоровья в период 18 и 29 месяцев ребёнка, диапазон значений которого составлял от 0 до 27 баллов. Чем выше интегральный показатель физического здоровья, тем хуже состояние соматического здоровья.

Таблица 2 – Данные описательной статистики элементов интегративного показателя физического здоровья мужчин в группах с естественным (ЕЗ) и индуцированным (ЭКО) зачатием после рождения ребенка в период 18 и 29 месяцев

Показатели	Группы	Мода	Процентили %			Min	Max
			25	50 (Me)	75		
Интегральный показатель физического здоровья	ЕЗ	18 мес	1,00	1,00	2,00	3,00	9,00
		29 мес	3,00	2,00	3,00	4,00	9,00
	ЭКО	18 мес	1,00	1,00	2, 0	3,00	11,00
		29 мес	1,00	1,00	3,00	6,00	10,00

Величина итогового интегрального показателя физического здоровья в группе мужчин с естественным зачатием ребенка и посредством ЭКО значительно не отличались друг от друга в период 18 месяцев развития ребёнка ($F=0,285$ при $p=0,594$). При этом в период 29 месяцев после рождения ребенка данный показатель здоровья значительно отличается между группами ($F=4,063$ при $p=0,046$), т.е. мужчины в группе ЭКО имеют значительно более плохое физическое здоровье по сравнению с отцами группы естественного зачатия.

С помощью сравнительного анализа Т-критерием для парных выборок было выявлено, что интегральный показатель физического здоровья у отцов группы естественного зачатия значительно отличается в 18 и 29 месяцев ($T=2,190$ при $p=0,032$), т.е. мужчины отмечали больше различных проблем со здоровьем в период 29 месяцев после рождения ребенка. В отношении

отцов группы зачатия ЭКО не было выявлено значимых различий в интегральном показателе физического здоровья в 18 и 29 месяцев ($T=1,237$ при $p=0,226$).

Также были получены сведения о субъективной оценке мужчинами своего общего состояния здоровья (см. Таблицу 3) по 5-ти балльной шкале от 1 до 5 баллов, где 1 балл соответствовал плохому самочувствию, 2 балла – удовлетворительному, 3 балла – хорошему, 4 балла – очень хорошему и 5 – отличному.

Таблица 3 – Данные описательной статистики субъективной оценки мужчинами своего общего состояния здоровья в период развития 18 и 29 месяцев ребёнку с естественным (ЕЗ) и индуцированным (ЭКО) зачатием

Показатели	Группы		Мода	Процентили %			Min	Max
				25	50 (Me)	75		
Субъективная оценка состояния здоровья	ЕЗ	18 мес	3,00	3,00	3,00	4,00	1,0	5,0
		29 мес	3,00	3,00	3,00	4,00	1,0	5,0
	ЭКО	18 мес	3,00	3,00	3,00	4,00	1,0	5,0
		29 мес	3, 00	2, 00	3, 00	3,5	1,0	5,0

В период 18 месяцев ребёнку большинство отцов (76,4 %) в парах с естественным зачатием оценивают своё состояние здоровья как «хорошее» ($N=71$, $pr=36,4\%$), «очень хорошее» ($N=56$, $pr=28,7\%$) или «отличное» ($N=22$, $pr=11,3\%$), а 83 % отцов в парах, прошедших процедуру ЭКО, оценивают своё состояние здоровья как «хорошее» ($N=35$, $pr=53,8\%$), «очень хорошее» ($N=14$, $pr=21,5\%$) или «отличное» ($N=5$, $pr=7,7\%$). 23,1 % отцов первой группы ($N=45$) и 15,4 % второй группы ($N=10$), характеризуют своё состояние здоровья как «удовлетворительное», и около процента респондентов отмечают «плохое» состояние здоровья: естественная беременность ($N=1$, $pr=0,5\%$) и ЭКО ($N=1$, $pr=1,5\%$).

Значимых различий в оценках здоровья между группами мужчин после рождения ребенка методом однофакторного дисперсионного анализа не выявлено в период 18 месяцев ($F=0,426$ при $p=0,515$) и в период 29 месяцев ($F=1,377$ при $p=0,242$). Также с помощью сравнительного анализа Т-критерием для связанных выборок не обнаружены значимые различия по показателю субъективной оценки здоровья на периодах 18 и 29 месяцев у отцов обеих групп ($p=0,899$ и $p=0,442$ соответственно группа естественного зачатия и группа ЭКО).

Выводы:

1. В обеих группах мужчин самым распространенным заболеванием в период 18 и 29 месяцев развития ребёнка является заболевание спины. В общей частоте встречаемых проблем с физическим здоровьем между эмпирическими группами отцов значимых различий не было.

2. В период 18 месяцев более половины респондентов в каждой группе имеют отклонения в индексе массы тела, что говорит о высоком риске усугубления проблем с ожирением/худобой у отцов обеих групп. Отмечается снижение процента мужчин с отклонениями ИМТ на этапе 29 месяцев ребёнку, что косвенно отражается в снижении процента мужчин с заболеваниями спины и суставов и требует уточнения факторов такой динамики.

3. Состояние своего здоровья большинство мужчин обеих групп оценивают как хорошее, значимых различий самооценки здоровья между группами и в динамике возраста детей не выявлено.

4. По интегральному показателю физического здоровья отцов детей групп ЕЗ и ЭКО в 18 месяцев не существует значимых различий, таковые отмечаются на этапе 29 месяцев и указывают, что проблем с соматическим здоровьем значимо больше у мужчин группы ЭКО.

5. Интегральный показатель физического здоровья у отцов группы естественного зачатия значимо отличается в 18 и 29 месяцев - мужчины отмечали больше различных проблем со здоровьем в период 29 месяцев после рождения ребёнка. В группе ЭКО значимых различий в динамике интегрального показателя физического здоровья на этапах 18 и 29 месяцев не обнаружено.

2.2.1.2 Результаты изучения психического здоровья отцов

Спустя 18 месяцев после рождения ребёнка психическое здоровье отца было оценено с помощью методик, позволяющих выявить симптомы депрессии (методика 12-item version of the CES-D), особенности адаптивного функционирования, а также анкеты о наличии состояний/заболеваний (шизофрения и психоз, депрессия и тревога, алкогольная зависимость и зависимость от ПАВ) (см. Таблицу 4).

По данным методики «Ваше психическое здоровье» (12-item version of the CES-D) состояния психического здоровья большинства мужчин группы с семей с естественной беременностью женщин в период 18 месяцев ребёнка не характеризуется наличием депрессии. Однако, 2,8 % мужчин данной группы характеризуются несколько повышенным уровнем отдельных симптомов, и у 1,2 % мужчин выявлен очень высокий уровень депрессии, что указывает на необходимость соответствующей медико-психологической помощи.

Таблица 4 – Психическое здоровье мужчин в период 18 месяцев развития ребёнка

Показатели	Группы	Мода	Процентили %			Min	Max	F, P-value
			25	50 (Me)	75			
Депрессия CES-D	ЕЗ	4,00	2,00	5,00	7,00	0,00	27,00	F=0,832 P=0,363
	ЭКО	3,00	3,00	4,00	7,00	0,00	18,00	
Агрессивное поведение	ЕЗ	10,00	9,00	10,00	11,00	8,00	21,00	F=0,000 P=0,983
	ЭКО	10,00	10,00	10,00	12,00	2,00	16,00	
Нарушение правил поведения	ЕЗ	15,00	16,00	17,00	19,50	12,00	40,00	F=0,115 P=0,735
	ЭКО	16,00	16,00	17,00	19,00	10,00	28,00	
Навязчивые состояния	ЕЗ	3,00	3,00	4,00	5,00	3,00	9,00	F=0,565 P=0,453
	ЭКО	3,00	3,00	4,00	5,00	1,00	2,00	
Адаптивное функционирование	ЕЗ	12,00	11,00	12,00	13,00	7,00	15,00	F=0,066 P=0,798
	ЭКО	13,00	11,00	13,00	13,00	7,00	15,00	
Интегральный показатель психического здоровья	ЕЗ	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	5,00	F=1,519 P=0,219
	ЭКО	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	

Подробный анализ симптомов депрессии показал, что наиболее частыми из них (при ответе респондентов «Периодически (3-4 дня в неделю)» и «Большую часть времени (5-7 дней в неделю)» являются следующие: отсутствие надежды на будущее (37,4 %), беспокойный сон (14,0 %), ощущение, что они не нравятся людям (9,0 %), трудность в выполнении повседневных дел (7,5 %).

Психическое здоровье мужчин группы с индуцированной беременностью в большинстве случаев характеризуется отсутствием выраженных симптомов депрессии. Однако и в этой группе также присутствуют отцы, у которых отмечается несколько повышенный уровень депрессии (2 % респондентов). Среди наиболее частых симптомов депрессии встречаются: отсутствие надежды на будущее (22,7 %), беспокойный сон (12,1 %), трудности в выполнении повседневных дел (7,5 %), чувство одиночества (6,0 %), ощущение, что не нравятся людям (6,0 %). Статистически значимые различия в уровне депрессии и выраженности симптомов между группами отцов не обнаружены.

С помощью методики «Отношение к жизни и людям» (сокращенный вариант Опросника Т. Ахенбаха для взрослых) были получены сведения о психологической адаптивности мужчин обеих групп и о наличии возможных дезадаптивных проявлений. Большинство мужчин обеих групп характеризуются отсутствием симптомов по шкалам «агрессивное поведение», «нарушение правил поведения», «навязчивые состояния» (в соответствие с нормативным уровнем) и достаточно выраженными адаптивными свойствами личности. Однако, согласно полученным результатам, у 0,8 % отцов группы со спонтанной беременностью в картине психического благополучия выявлены паттерны агрессивного поведения, у одного респондента - признаки синдрома нарушения поведения, у 6,6 % респондентов отмечается нарушение адаптивного функционирования и у 8,2 % мужчин – дезадаптивные проявления по типу навязчивых состояний. В то же время, в группе ЭКО не выявлены респонденты с паттернами агрессивного поведения и признаками нарушения правил, но у 4,9 % мужчин отмечаются симптомы наличия навязчивых состояний и у 5,9 % респондентов отмечается нарушение адаптивного функционирования. По всем шкалам значимых различий между группами мужчин не обнаружено.

По данным анкеты о наличии состояний/заболеваний (шизофрения и психоз, депрессия и тревога, алкогольная зависимость и зависимость от ПАВ) с помощью частотного анализа и сравнительного анализа частот критерием χ^2 -Пирсона было выявлено, что группы мужчин статистически значимо не отличаются по частоте встречаемости указанных состояний/заболеваний. В группе естественного зачатия 22 респондента отмечали наличие

депрессии и тревоги и 7 респондентов указывали в ответах наличие алкогольной зависимости. В то же время среди мужчин группы зачатия ЭКО трое отмечали наличие состояния депрессии и тревоги и по одному респонденту отмечали шизофрению/психоз и алкогольную зависимость.

По результатам оценок психического здоровья, особенностей адаптивного функционирования и сведений из анкеты был выведен интегральный показатель психического здоровья отцов. При анализе интегрального показателя психического здоровья были исключены из выборки лица, указавшие на наличие алкогольной зависимости и шизофрении. Границы значений интегрального показателя психического здоровья были в пределах от 0 до 10 баллов, высокие значения свидетельствовали о наличии выраженных проблем изучаемого компонента здоровья. Значимых различий в уровне интегрального показателя психического здоровья у отцов в двух группах не выявлено. Большая часть респондентов группы естественного зачатия (58,3 %) и группы ЭКО (49,0 %) характеризуется полным отсутствием проявлений нарушений психического здоровья, при этом максимальный балл данного показателя первой группы составляет 5 баллов, второй группы – 2 балла. Результаты данной оценки в обеих группах подтверждают результаты, приведенные выше, в целом демонстрирующие психическое благополучие мужчин исследуемых групп.

Далее с помощью корреляционного анализа критерием Спирмена в обеих группах отцов были выявлены статистически значимые прямые корреляции интегрального показателя психического здоровья с интегральным показателем физического здоровья ($r=0,398$ при $p=0,000$ – в группе естественного зачатия и $r=0,414$ при $p=0,001$ – в группе ЭКО) и обратные корреляции с самооценкой здоровья ($r= - 0,250$ при $p=0,001$ – в группе естественного зачатия и $r= - 0,24$ при $p=0,05$ - в группе ЭКО), указывающие на взаимосвязь показателей психического здоровья и субъективной оценки здоровья у мужчин на данном этапе исследования.

Психическое здоровье мужчин было изучено с помощью методик: «Шкала раздражительности, депрессии и тревоги (Irritability, Depression and Anxiety scale (IDA))», анкета о наличии состояний/заболеваний (шизофрения/психоз, депрессия и тревога, алкогольная зависимость, зависимость от ПАВ) (См. Таблицу 5).

По данным методики «Шкала раздражительности, депрессии и тревоги (Irritability, Depression and Anxiety scale (IDA))» выявлено, что у мужчин обеих групп показатели раздражения на себя и раздражения во вне в пределах нормы. В то же время у некоторых мужчин наблюдается пограничный уровень (1,8 % в группе ЕЗ и 2,9 % в группе ЭКО) и высокий уровень (0,8 % в группе ЕЗ) раздражения на себя, а также пограничный уровень (11,5 % в группе

ЕЗ и 10,7 % в группе ЭКО) и высокий уровень (2,8 % в группе ЕЗ и 2,0 % в группе ЭКО) раздражения во вне.

Таблица 5 – Психическое здоровье мужчин в период 29 месяцев развития ребёнка

Показатели	Группы	Мода	Процентили %			Min	Max
			25	50 (Me)	75		
Депрессия	ЕЗ	2,00	2,00	3,00	5,00	0,00	10,00
	ЭКО	5,00	3,00	4,00	5,00	0,00	10,00
Тревожность	ЕЗ	6,00	2,00	4,00	6,00	0,00	11,00
	ЭКО	5,00	3,00	5,00	6,00	0,00	12,00
Раздражение на себя	ЕЗ	0,00	0,00	1,00	2,00	0,00	9,00
	ЭКО	0,00	0,00	1,00	2,00	0,00	4,00
Раздражение во вне	ЕЗ	1,00	1,00	3,00	5,00	0,00	12,00
	ЭКО	4,00	2,00	4,00	5,00	0,00	8,00
Интегральный показатель психического здоровья	ЕЗ	0,00	0,00	1,00	3,00	0,00	9,00
	ЭКО	0,00	0,00	2,00	3,00	0,00	5,00

В отношении показателя депрессии в группе естественного зачатия большинство мужчин имеют нормативный уровень выраженности, а в группе ЭКО большинство мужчин демонстрирует риск формирования негативных психических состояний. Показатель тревожности у мужчин в группе естественного зачатия имеет пограничный уровень у большинства из них, при этом 9,5 % мужчин имеют выраженные проблемы с тревожностью, в группе зачатия ЭКО показатель тревожности на нормативном уровне. Таким образом, в обеих группах мужчин есть респонденты с риском формирования негативных психических состояний и с выраженными проблемами, что указывает на необходимость соответствующей медицинской помощи. Статистически значимых различий по изучаемым показателям психического здоровья между исследуемыми группами не обнаружено.

Отвечая на вопросы анкеты о наличии состояний/заболеваний (шизофрения и психоз, депрессия и тревога, алкогольная зависимость и зависимость от ПАВ), респонденты обеих групп отмечали на наличие состояний и/или заболеваний симптомов психического нездоровья (См. Таблицу 6). Наибольший процент в каждой группе мужчин указывал на наличие депрессии / тревоги. Значимых различий в частотах состояний между группами выявлено не было.

По результатам оценок психического здоровья и сведений из опросника «Отцовство» 6-го среза исследования о психическом благополучии был выведен интегральный показатель психического здоровья. Границы значений интегрального показателя психического здоровья были в пределах от 0 до 14 баллов, высокие значения свидетельствовали о наличии проблем изучаемого компонента здоровья отцов.

Таблица 6 – Результаты частотного анализа наличия состояний/заболеваний в отношении симптомов психического здоровья у отцов в период развития ребенка 29 месяцев

Состояния/заболевания	Естественное зачатие	ЭКО
Шизофрения/психоз	1 чел (0,4 %)	-
Депрессия / тревога	21 чел (8,7 %)	7 чел (6,9 %)
Алкогольная зависимость	6 чел (2,5 %)	3 чел (2,9 %)
Зависимость от ПАВ	1 чел (0,4 %)	-

Результаты данной оценки в обеих группах подтверждают результаты, приведенные выше, в целом демонстрирующие психическое благополучие мужчин исследуемых групп и отсутствие различий между группами ($F=0,013$ при $p=0,908$).

Выводы:

1. Психическое здоровье большинства мужчин обеих групп лонгитюдного исследования по параметрам депрессии соответствует норме. Большинство мужчин обеих групп в период 18 месяцев после рождения ребенка демонстрируют отсутствие признаков агрессивного поведения, нарушение правил поведения, навязчивых состояний и характеризуются выраженными адаптивными свойствами личности.

2. У большинства мужчин обеих групп показатели раздражения на себя и раздражения во вне в пределах нормы. В группе естественного зачатия большинство мужчин имеют нормативный уровень выраженности депрессии как состояния, в то время, как в группе ЭКО пограничный уровень указывает на некоторый риск формирования негативных психических состояний. Показатель тревожности у мужчин в группе естественного зачатия имеет пограничный уровень у большинства в 18 и 29 месяцев ребенку, при этом 9,5 % мужчин имеют выраженные проблемы с тревожностью, в группе зачатия ЭКО показатель тревожности у большинства на нормативном уровне.

3. Выраженность интегрального показателя психического здоровья в обеих группах подтверждает общее психическое благополучие большинства отцов. При этом в обеих группах есть респонденты с повышенными и высокими уровнями выраженности негативных психических состояний, что позволяет отнести их в группу риска формирования нарушений психического здоровья и подчеркивает необходимость медицинской помощи.

2.2.1.3 Результаты изучения показателей психологического здоровья отцов

2.2.1.3.1 Особенности отношения к партнерше

Для изучения психологического здоровья отцов в период 18 месяцев развития ребёнка были использованы методики, позволяющие оценить отношения с женой/партнершей, чувства и поведение отца по отношению к ребёнку (см. Таблицу 7).

Таблица 7 – Компоненты психологического здоровья мужчин в период 18 месяцев развития ребёнка

Показатели	Группы	Мода	Процентили %			Min	Max
			25	50 (Me)	75		
Эмоциональная теплота	ЕЗ	30	25	31	36	15	42
	ЭКО	24	25	29	36	17	42
Враждебность	ЕЗ	10	8	10	12	4	22
	ЭКО	8	8	10	12	4	21
Общий показатель отношений	ЕЗ	52	44	53	59,5	27	70
	ЭКО	44	44	50	59	29	70
Семейная среда	ЕЗ	38	38	40	45	28	49
	ЭКО	39	38	41	44	27	52
Поддержка жены	ЕЗ	50	42	47	50	14	50
	ЭКО	50	40	45	50	14	50
Восприятие качеств ребенка	ЕЗ	32	27	32	36	13	40
	ЭКО	34	28	33	37	11	40
Воспринимаемое влияние родителей	ЕЗ	15	12	16	23	5	41
	ЭКО	17	12	17	28,5	5	50
Взаимодействие с ребенком (родительское тепло)	ЕЗ	50	44	48	50	27	50
	ЭКО	50	45	48	50	26	50
Родительская самооффективность	ЕЗ	52	44	49	54	26	60
	ЭКО	55	45,7	51	55	29	60
Родительское враждебно-реактивное поведение	ЕЗ	33	25	32	39	8	69
	ЭКО	33	22	29	35	12	61
Гиперопека	ЕЗ	25	21	25	34	7	50
	ЭКО	27	23	28	34,75	15	49

Показатели эмоциональной теплоты, враждебности, общего показателя отношений в семьях с естественным зачатием находятся в пределах нормативных значений, свидетельствующих о том, что мужчины этой группы проявляют в адрес жены/партнерши теплоту, нежность, уважение, понимание и поддержку. При этом в группе с зачатием ЭКО выраженность данных показателей находится на уровне нижнего квартиля, что говорит о том, что многие мужчины проявляют холодность и враждебность к своей жене/партнерше. Однако, значимых различий между группами мужчин по всем трем показателям не выявлено.

Выраженность показателя «Семейная среда» позволяет оценить воспринимаемое отцами семейное благополучие, взаимное принятие партнёрами друг друга в семье, возможность

открыто проявлять чувства и взаимную поддержку. В группе естественного зачатия выраженность показателя соответствует нижнему квартилю, что позволяет отметить, что многие мужчины данной группы не удовлетворены благополучием в семье, не чувствуют, что они могут открыто проявлять себя в семье и получать поддержку от жены/партнерши. В группе ЭКО выраженность показателя имеет среднюю выраженность, что указывает на общее семейное благополучие и взаимном принятии партнёрами друг друга. В то же время, уровень выраженности по показателю «Поддержка жены/партнерши» в обеих группах мужчин соответствует высокому уровню, что говорит о высокой удовлетворенности мужчин той поддержкой, которую оказывает их жена/партнерша в уходе за ребенком, в делах, эмоциональных переживаниях. Значимых различий между группами мужчин не выявлено.

Оценка отцовских чувств и соответствующего отношения к ребёнку производилась по следующим шкалам: восприятие качеств ребенка; родительская самоэффективность; воспринимаемое влияние родителей; родительское враждебно-реактивное поведение; взаимодействие с ребенком (родительское тепло); гиперопека. Результаты моды и медианы в обеих группах по шкалам свидетельствуют о родительской компетентности: восприятие качеств ребенка, воспринимаемое влияние родителей, взаимодействие с ребенком, родительская самоэффективность (нормативные и высокие). Следовательно, у большинства отцов сформированы навыки, позволяющие осуществлять хороший уход за ребёнком, с теплотой и любовью относиться к нему и понимать, что своим поведением, отношением к жизни и окружающим они влияют на его развитие. При этом папы группы зачатия ЭКО осознают важность влияния собственного поведения на развивающегося ребенка как более значительное, чем у отцов в группе с естественным зачатием ребенка, что подтверждается наличием статистически значимых различий по шкале «воспринимаемое влияние родителей» ($F=5,699$ при $p=0,018$). Гиперопека среди отцов обеих групп выражена на среднем уровне, о чем свидетельствуют результаты, приведенные в таблице 7. Родительское враждебно-реактивное поведение со стороны отцов группы естественного зачатия выражено на среднем уровне, группы зачатия ЭКО – выше среднего уровня, в пределах от среднего до высшего квартиля, что указывает на возможность враждебного, карательного, строго ограничительного поведения в ответ на трудное поведение ребёнка многих мужчин группы ЭКО. По остальным шкалам родительского отношения к ребенку статистически значимых различий не обнаружено.

В период 29 месяцев после рождения ребёнка изучение показателей психологического здоровья также включало оценку качества отношений с супругой/партнершей, проявление чувств и отношение к ребёнку (См. Таблицу 8).

Таблица 8 – Компоненты психологического здоровья мужчин в группе естественного зачатия (ЕЗ) и в группе зачатия с применением ЭКО в период 29 месяцев развития ребёнка

Показатели	Группы	Мода	Процентили %			Min	Max
			25	50 (Me)	75		
Отношения с женой/партнершей	ЕЗ	39	36	40	43	19	49
	ЭКО	40	37	40	42,5	26	48
Воспринимаемое влияние родителей	ЕЗ	40	27	35	42	0	50
	ЭКО	50,0	28	39	45	13	50,00
Родительская самооффективность	ЕЗ	34	24	29	34	0	40,00
	ЭКО	23; 31	23	27	33	7	40,00
Родительское враждебно-реактивное поведение	ЕЗ	0	5	14	21	0,00	38
	ЭКО	0; 10	5,5	11	18,5	0	30
Гиперопека	ЕЗ	20	7,25	11,00	20	0,00	59
	ЭКО	10; 20	7	14	20	0,00	39

Из таблицы 8 следует, что большинство мужчин обеих групп характеризуется нормативным уровнем взаимоотношений с женой/партнершей: в семье присутствует уважение, взаимопонимание, поддержка и доверие. Однако, судя по ответам, у 11,7 % мужчин группы с естественным зачатием и 8,9 % мужчин в группе зачатия ЭКО отмечается низкий уровень (ниже 25-ого квартиля) отношений с женой/партнершей. Что может являться фактором риска для психологического благополучия в семье. Значимых различий между группами отцов не обнаружено.

Результаты обеих групп по шкалам, свидетельствующим о родительской компетентности – воспринимаемое влияние родителей, родительская самооффективность, выше среднего и высокие значения. Отцы характеризуются чуткостью, отзывчивостью, надлежащим уходом за ребёнком, пониманием того, что своим поведением, реакциями они влияют на его развитие. Гиперопека среди мужчин группы естественного зачатия выражено на уровне верхнего квартиля, что указывает на преобладающее большинство отцов постоянно контролировать жизнедеятельность ребенка. В группе зачатия ЭКО согласно результатам выраженности моды, как наиболее часто встречающегося значения, можно предположить, что мужчины разделились на две группы с высоким значением гиперопеки и значение гиперопеки ниже среднего (для отцов, спокойно оставляющих своих детей без постоянного контроля). Родительское враждебно-

реактивное поведение со стороны отцов в обеих группах не выражено, значения, набранные по этой шкале, в большинстве ответов участников проекта соответствует уровню ниже среднего. Однако для 13,6 % мужчин в группе с естественной беременностью и 12,8 % мужчин группы с индуцированной по данной шкале свойственны высокие оценки. Это означает, что мужчины обеих групп, допускающие в воспитании физическое наказание и враждебные реакции на трудное поведение ребёнка, могут входить в группу риска жестокого обращения с детьми. Статистически значимых различий между группами по показателям психологического здоровья спустя 29 месяцев после рождения ребёнка не обнаружено.

Выводы:

1. В период 18 месяцев после рождения ребенка показатели эмоциональной теплоты, враждебности, общего показателя отношений в семьях свидетельствуют, что большинство мужчин группы ЕЗ проявляют в адрес жены/партнерши теплоту, нежность, уважение, понимание и поддержку, однако, выраженность показателя семейной среды указывает на некоторую общую неудовлетворенность многих мужчин благополучием в семье. В группе мужчин с зачатием ЭКО отмечается некоторая холодность и враждебность мужчин к жене/партнерше, не смотря на это, показатель семейной среды указывает на общее семейное благополучие и взаимное принятие партнёрами друг друга. В то же время, высокий уровень выраженности по показателю «Поддержка жены/партнерши» в обеих группах мужчин соответствует о высокой удовлетворенности большинством мужчин той поддержкой, которую оказывает им их жена/партнерша. В период 29 месяцев после рождения ребенка большинство мужчин обеих групп характеризуется нормативным уровнем взаимоотношений с женой/партнершей: в семье присутствует уважение, взаимопонимание, поддержка и доверие.

2. При воспитании ребёнка большинство мужчин на обеих волнах исследования демонстрируют родительские навыки, позволяющие осуществлять хороший уход за ребёнком, тепло и с любовью к нему относиться, понимание собственной ответственности за его развитие. При этом папы группы ЭКО осознают важность влияния собственного поведения на развивающегося ребенка как более значительное, чем у отцов в группе с естественным зачатием. Гиперопека в период 18 месяцев после рождения ребенка среди отцов обеих групп выражена на среднем уровне. В период 29 месяцев в группе естественного зачатия гиперопека имеет высокую выраженность, что указывает на преобладающее большинство отцов постоянно контролировать жизнедеятельность ребенка. В группе зачатия ЭКО мужчины разделились на две группы: гиперопека с высоким значением и значением ниже среднего. Родительское враждебно-

реактивное поведение в период 18 месяцев со стороны отцов группы естественного зачатия выражено на среднем уровне, группы зачатия ЭКО – выше среднего уровня, что указывает на высокую вероятность строгого ограничительного поведения в ответ на трудное поведение ребёнка. Однако в период 29 месяцев родительское враждебно-реактивное поведение со стороны отцов в обеих группах не выражено. Значимых различий по показателям не выявлено.

2.2.1.3.2 Особенности отношения к плоду на ранних этапах онтогенеза

В качестве средства для сбора сведений от респондента используется специально оформленный список вопросов. Анкета включала в себя следующие вопросы: «Каковы ваши ожидания от отцовства», «Вы бы хотели, чтобы Ваш ребенок был определенного пола», «Насколько Вы обеспокоены родами Вашей партнерши и рождением ребенка», «Чего Вы больше всего ждете от того, что станете отцом», «Какие особые надежды у Вас есть в отношении Вашего ребенка».

На первый вопрос анкеты ответили 92 (26,7%) респондента; 76 (30,3%) с естественной формой зачатия, 16 (17,2%) с экстракорпоральным оплодотворением. На второй вопрос анкеты ответили 238 (69,2%) респондента; 185 (73,7%) с естественной формой зачатия, 53 (57%) с экстракорпоральным оплодотворением. На третий вопрос анкеты ответили 225 (65,4%) респондента; 175 (69,7%) с естественной формой зачатия, 50 (53,8%) с экстракорпоральным оплодотворением. На четвертый вопрос анкеты ответили 180 (52,3%) респондента; 141 (56,2%) с естественной формой зачатия, 39 (42%) с экстракорпоральным оплодотворением. На пятый вопрос анкеты ответили 156 (45,3%) респондента; 127 (50,6%) с естественной формой зачатия, 29 (31,2%) с экстракорпоральным оплодотворением. Эти количественные данные двух групп респондентов позволяют предположить о разной степени заинтересованности или представленности образа ребенка в сознании будущих отцов группе семей с естественным зачатием ребенка и с ЭКО.

В результате контент-анализа из ответов респондентов на первый вопрос анкеты «Каковы ваши ожидания от отцовства» у группы с естественной формой зачатия было выделено 12 смысловых категорий, представленные в таблице 9, а у группы с экстракорпоральным оплодотворением было выделено 9 смысловых категорий, представленные в таблице 10.

Таблица 9 – Смысловые категории ответов респондентов из первой группы на вопрос «Каковы ваши ожидания от отцовства» и частота их лексических единиц

Смысловые категории	Лексические единицы
Позитивные эмоции у отца	45 (59,2%)
Желание воспитать и заниматься с ребенком	11 (14,5%)
Ответственность	10 (13,2%)
Новизна	10 (13,2%)
Заботиться и быть нужным, опорой	8 (10,5%)
Не имеет ожиданий	8 (10,5%)
Быть отцом	6 (7,9%)
Наличие ребенка	5 (6,6%)
Самореализация за счет ребенка	4 (5,3%)
Укрепление семьи	4 (5,3%)
Видеть, как растет ребенок	3 (3,9%)
Беспокойство, затраты ресурсов	1 (1,3%)

Таблица 10 – Смысловые категории ответов респондентов из второй группы на вопрос «Каковы ваши ожидания от отцовства» и частота их лексических единиц

Смысловые категории	Лексические единицы
Позитивные эмоции у отца	5 (31,3%)
Ответственность	4 (25%)
Желание воспитать и заниматься с ребенком	3 (18,8%)
Новизна	3 (18,8%)
Заботиться и быть нужным, опорой	1 (6,3%)
Быть отцом	1 (6,3%)
Наличие ребенка	1 (6,3%)
Самореализация за счет ребенка	1 (6%)
Беспокойство, затраты ресурсов	1 (6,3%)

В смысловую категорию «Позитивные эмоции у отца» вошли следующие единицы анализа: радость, веселье, удовольствие, интерес. В смысловую категорию «Желание воспитать и заниматься с ребенком» вошли следующие единицы анализа: обучить, воспитать, передать опыт, проводить время с ребенком. В смысловую категорию «Ответственность» вошли следующие единицы анализа: ответственность. В смысловую категорию «Новизна» вошли следующие смысловые единицы анализа: новый опыт, новые впечатления, новое. В смысловую

категорию «Заботиться и быть нужным, опорой» вошли следующие единицы анализа: быть опорой, заботится о ребенке, поддерживать. В смысловую категорию «Не имеет ожиданий» вошли следующие единицы анализа: не знаю, не имею понятие, все, много. В смысловую категорию «Быть отцом» вошли следующие единицы анализа: отец, буду отцом, отцовства, будущий отец. В смысловую категорию «Наличие ребенка» вошли следующие единицы анализа: ребенок. В смысловую категорию «Самореализация за счет ребенка» вошли следующие единицы анализа: самореализоваться, ребенок воплотит мои мечты. В смысловую категорию «Укрепление семьи» вошли следующие единицы анализа: крепкая семья, полноценная семья. В смысловую категорию «Видеть, как растет ребенок» вошли следующие единицы анализа: наблюдать за ребенком, смотреть как он растет. В смысловую категорию «Беспокойство, затраты ресурсов» вошли следующие единицы анализа: беспокойство, затраты ресурсов.

Самое большое количество лексических единиц у обеих групп встречается в категории «Позитивные эмоции у отца». Это означает, что ожидания от отцовства у большинства респондентов связаны с получением таких позитивных эмоций, как радость, веселье, удовольствие, интерес. Далее по частоте встречаемости лексических единиц у обеих групп следуют такие смысловые категории, как «Желание воспитать и заниматься с ребенком», «Ответственность», «Новизна» и «Заботиться и быть нужным, опорой», частота которых выражена менее значительно. Редко встречаются лексические единицы, относимые к категориям «Быть отцом», «Наличие ребенка», «Самореализация за счет ребенка», «Беспокойство, затраты ресурсов». Специфическими для первой группы респондентов, с естественной формой зачатия, являются следующие смысловые категории «Не имеет ожиданий», «Укрепление семьи», «Видеть, как растет ребенок».

В результате контент-анализа из ответов респондентов на второй вопрос анкеты «Вы бы хотели, чтобы Ваш ребенок был определенного пола» у обеих групп были выделены 3 смысловых категорий, представленные в таблице 11 и в таблице 12.

Таблица 11 – Смысловые категории ответов респондентов из первой группы на вопрос «Вы бы хотели, чтобы Ваш ребенок был определенного пола» и частота их лексических единиц

Смысловые категории	Лексические единицы
Ожидание ребенка с определенным полом	95 (51,4%)
Нет ожиданий ребенка с определенным полом	85 (45,9%)
Все равно, не важно	36 (19,5%)

Таблица 12 – Смысловые категории ответов респондентов из второй группы на вопрос «Вы бы хотели, чтобы Ваш ребенок был определенного пола» и частота их лексических единиц

Смысловые категории	Лексические единицы
Ожидание ребенка с определенным полом	25 (47,2%)
Нет ожиданий ребенка с определенным полом	24 (45,3%)
Все равно, не важно	12 (22,6%)

В смысловую категорию «Ожидание ребенка с определенным полом» вошли следующие единицы анализа: да, конечно, безусловно, мальчика, девочку. В смысловую категорию «Нет ожиданий ребенка с определенным полом» вошли следующие единицы анализа: нет, не ожиданий. В смысловую категорию «Все равно, не важно» вошли следующие единицы анализа: не важно, ребенка надо любить, все равно, безразлично.

Самое большое количество лексических единиц у обеих групп встречаются в категории «Ожидание ребенка с определенным полом». Далее по частоте встречаемости лексических единиц следуют такая смысловая категория, как «Нет ожиданий ребенка с определенным полом». Реже всего встречаются лексические единицы, относимые к категории «Все равно, не важно».

В результате контент-анализа из ответов респондентов на третий вопрос анкеты «Насколько Вы обеспокоены родами Вашей партнерши и рождением ребенка» у группы с естественной формной зачатия было выделено 7 смысловых категорий, представленные в таблице 13, а у группы с экстракорпоральным оплодотворением было выделено 6 смысловых категорий, представленные в таблице 14.

Таблица 13 – Смысловые категории ответов респондентов из первой группы на вопрос «Насколько Вы обеспокоены родами Вашей партнерши и рождением ребенка» и частота их лексических единиц

Смысловые категории	Лексические единицы
Наличие обеспокоенности	136 (77,7%)
Высокая обеспокоенность	43 (24,6%)
Низкая обеспокоенность	38 (21,7%)
Отсутствие обеспокоенности	36 (20,6%)
Надежда на позитивный исход	31 (17,7%)
Фокус на жену	24 (13,7%)
Умеренная обеспокоенность	14 (8%)

Таблица 14 – Смысловые категории ответов респондентов из второй группы на вопрос «Насколько Вы обеспокоены родами Вашей партнерши и рождением ребенка» и частота их лексических единиц

Смысловые категории	Лексические единицы
Наличие обеспокоенности	44 (88%)
Высокая обеспокоенность	26 (52%)
Низкая обеспокоенность	7 (14%)
Отсутствие обеспокоенности	7 (14%)
Надежда на позитивный исход	4 (8%)
Фокус на жену	3 (6%)

В смысловую категорию «Наличие обеспокоенности» вошли следующие единицы анализа: обеспокоен. В смысловую категорию «Высокая обеспокоенность» вошли следующие единицы анализа: сильно, очень, крайне. В смысловую категорию «Низкая обеспокоенность» вошли следующие единицы анализа: немного, слабо, низко. В смысловую категорию «Отсутствие обеспокоенности» вошли следующие единицы анализа: нет, отсутствует. В смысловую категорию «Надежда на позитивный исход» вошли следующие единицы анализа: надеюсь все будет хорошо, надежда на персонал. В смысловую категорию «Фокус на жену» вошли следующие единицы анализа: жена обеспокоена, жена занимается спортом, партнерша спокойна. В смысловую категорию «Умеренная обеспокоенность» вошли следующие единицы анализа: умеренно, средний уровень, нормальный уровень.

Самое большое количество лексических единиц у обеих групп встречается в категории «Наличие обеспокоенности». Далее по частоте встречаемости лексических единиц следуют такие смысловые категории, как «Высокая обеспокоенность», «Низкая обеспокоенность», «Отсутствие обеспокоенности», «Надежда на позитивный исход» и «Фокус на жену», частота которых выражена менее значительно.

Специфической для первой группы респондентов, с естественной формой зачатия, является смысловая категория «Умеренная обеспокоенность».

В результате контент-анализа из ответов респондентов на четвертый вопрос анкеты: «Чего Вы больше всего ждете от того, что станете отцом» у группы с естественной формой зачатия было выделено 9 смысловых категорий, представленные в таблице 15, а у группы с экстракорпоральным оплодотворением было выделено 8 смысловых категорий, представленные в таблице 16.

Таблица 15 – Смысловые категории ответов респондентов из первой группы на вопрос «Чего Вы больше всего ждете от того, что станете отцом» и частота их лексических единиц

Смысловые категории	Лексические единицы
Позитивные эмоции у отца	46 (32,6%)
Заботиться и быть нужным, опорой	20 (14,2%)
Желание воспитать и заниматься с ребенком	19 (13,5%)
Не имеет ожиданий	19 (13,5%)
Быть отцом	15 (10,6%)
Наличие ребенка	15 (10,6%)
Укрепление семьи, полноценная семья	14 (9,9%)
Самореализация за счет ребенка	9 (6,4%)
Ответственность	8 (5,7%)

Таблица 16 – Смысловые категории ответов респондентов из второй группы на вопрос «Чего Вы больше всего ждете от того, что станете отцом» и частота их лексических единиц

Смысловые категории	Лексические единицы
Позитивные эмоции у отца	13 (33,3%)
Желание воспитать и заниматься с ребенком	10 (25,6%)
Заботиться и быть нужным, опорой	9 (23,1%)
Самореализация за счет ребенка	5 (12,8%)
Быть отцом	5 (12,8%)
Наличие ребенка	4 (10,3%)
Укрепление семьи, полноценная семья	4 (10,3%)
Ответственность	3 (7,7%)

В смысловую категорию «Позитивные эмоции у отца» вошли следующие единицы анализа: радость, веселье, удовольствие, интерес. В смысловую категорию «Заботиться и быть нужным, опорой» вошли следующие единицы анализа: быть опорой, заботится о ребенке, поддерживать. В смысловую категорию «Желание воспитать и заниматься с ребенком» вошли следующие единицы анализа: обучить, воспитать, передать опыт, проводить время с ребенком. В смысловую категорию «Не имеет ожиданий» вошли следующие единицы анализа: не знаю, не имею понятие, все, много. В смысловую категорию «Быть отцом» вошли следующие единицы анализа: отец, буду отцом, отцовства, будущий отец. В смысловую категорию «Наличие ребенка» вошли следующие единицы анализа: ребенок. В смысловую категорию «Укрепление

семьи» вошли следующие единицы анализа: крепкая семья, полноценная семья. В смысловую категорию «Самореализация за счет ребенка» вошли следующие единицы анализа: самореализоваться, ребенок воплотит мои мечты. В смысловую категорию «Ответственность» вошли следующие единицы анализа: ответственность.

Самое большое количество лексических единиц у обеих групп встречается в категории «Позитивные эмоции у отца». Это означает, что ожидания от отцовства у большинства респондентов связаны с получением таких позитивных эмоций, как радость, веселье, удовольствие, интерес. Далее по частоте встречаемости лексических единиц следуют такие смысловые категории, как «Заботиться и быть нужным, опорой», «Желание воспитать и заниматься с ребенком», «Быть отцом» и «Наличие ребенка», частота которых выражена незначительно. Редко встречаются лексические единицы, относимые к категориям «Укрепление семьи, полноценная семья», «Самореализация за счет ребенка», «Ответственность».

Специфической для первой группы респондентов, с естественной формой зачатия, является категория «Не имеет ожиданий».

В результате контент-анализа из ответов респондентов на первый вопрос анкеты: «Какие особые надежды у Вас есть в отношении Вашего ребенка» у обеих групп были выделены 6 смысловых категорий, представленные в таблице 17 и в таблице 18

Таблица 17 – Смысловые категории ответов респондентов из первой группы на вопрос «Какие особые надежды у Вас есть в отношении Вашего ребенка» и частота их лексических единиц

Смысловые категории	Лексические единицы
Физические качества	56 (44,1%)
Индивидуальные качества личности	46 (36,2%)
Выбор за ребенка	26 (20,5%)
Выбор ребенка, счастье ребенка	25 (19,7%)
Нет надежд	14 (11%)
Передать ребенку знания и опыт	11 (8,7%)

Таблица 18 – Смысловые категории ответов респондентов из второй группы на вопрос «Какие особые надежды у Вас есть в отношении Вашего ребенка» и частота их лексических единиц

Смысловые категории	Лексические единицы
Физические качества	10 (34,5%)
Выбор ребенка, счастье ребенка	10 (34,5%)
Индивидуальные качества личности	9 (31%)
Выбор за ребенка	6 (20,7%)
Нет надежд	5 (17%)
Передать ребенку знания и опыт	4 (13,8%)

В смысловую категорию «Физические качества» вошли следующие единицы анализа: сильный, красивый. В смысловую категорию «Индивидуальные качества личности» вошли следующие единицы анализа: умный, успешный. В смысловую категорию «Выбор за ребенка» вошли следующие единицы анализа: он станет музыкантом, он будет любить учиться. В смысловую категорию «Выбор ребенка, счастье ребенка» вошли следующие единицы анализа: буду поддерживать все начинания ребенка, главное чтобы любил свое дело, добьется желаемого. В смысловую категорию «Нет надежд» вошли следующие единицы анализа: нет надежд, все, множество. В смысловую категорию «Передать ребенку знания и опыт» вошли следующие единицы анализа: научить, обучить, передать опыт.

Самое большое количество лексических единиц встречается в категории «Физические качества». Далее по частоте встречаемости лексических единиц следуют такие смысловые категории, как «Индивидуальные качества личности», «Выбор за ребенка», «Выбор ребенка, счастье ребенка» и «Нет надежд». Реже всего встречаются лексические единицы, относимые к категории «Передать ребенку знания и опыт».

Выводы:

1. Сравнительный качественный анализ позволил выделить общие смысловые категории для обеих групп будущих отцов и специфические для каждой группы. Общие смысловые категории для обеих групп будущих отцов представлены: «Позитивные эмоции у отца»; «Желание воспитать и заниматься с ребенком»; «Ответственность»; «Новизна»; «Ожидание ребенка с определенным полом»; «Нет ожиданий ребенка с определенным полом»; «Все равно, не важно»; «Наличие беспокойности»; «Высокая беспокойность»; «Низкая беспокойность»; «Отсутствие беспокойности»; «Надежда на позитивный исход»; «Фокус на жену»; «Заботиться и быть нужным, опорой»; «Физические качества»; «Индивидуальные

качества личности»; «Выбор за ребенка». Это означает, что ожидания от отцовства у большинства респондентов связаны с получением таких позитивных эмоций, как радость, веселье, удовольствие, интерес. Надежды отцов по поводу будущего ребенка связаны с наличием у него определенных физических характеристик (физическая сила, внешность). Далее по частоте встречаемости лексических единиц у обеих групп следуют такие смысловые категории, как «Желание воспитать и заниматься с ребенком», «Ответственность», «Новизна» и «Заботиться и быть нужным, опорой», частота которых выражена менее значительно. Редко встречаются лексические единицы, относимые к категориям «Быть отцом», «Наличие ребенка», «Самореализация за счет ребенка», «Беспокойство, затраты ресурсов».

2. Специфическими для первой группы респондентов, с естественной формой зачатия, являются следующие смысловые категории «Не имеет ожиданий»; «Укрепление семьи»; «Видеть, как растет ребенок»; «Умеренная обеспокоенность».

2.2.1.4 Результаты изучения показателей образа жизни отцов

Для анализа особенностей образа жизни отцов респондентам были заданы вопросы о следующих аспектах вредных привычек – употребление алкоголя и курение, особенностях профессиональной деятельности:

- Пил. Для ответа на вопрос «За последние 9 месяцев употребляли ли Вы алкоголь?» были предложены два варианта ответа: «Да» (2) и «Нет» (1). Если на этот вопрос был дан положительный ответ, то респонденту требовалось ответить ещё на два следующих дополнительных вопроса в этом разделе.

- Часто пил. На вопрос «Как часто Вы употребляли алкоголь?» были предложены такие варианты ответов как «Раз в месяц или менее» (1), «2-4 раза в месяц» (2), «2-4 раза в неделю» (3), «4 и более раз в неделю» (4).

- Много пил. Для вопроса «Как часто Вы употребляли 6 или более порций алкоголя за один раз?» были даны следующие возможные ответы «Никогда» (1), «Менее, чем раз в месяц» (2), «Каждый месяц» (3), «Каждую неделю» (4), «Ежедневно или почти каждый день» (5).

- Курил. Для ответа на вопрос «После рождения ребёнка курили ли Вы?» были предложены два варианта ответа: «Да» (2) и «Нет» (1). Если на этот вопрос был дан положительный ответ, то респонденту требовалось ответить ещё на два следующих дополнительных вопроса в этом разделе.

- Часто курил. В ответ на вопрос «Сколько сигарет в день Вы в среднем курили?»

требовалось выбрать один из возможных вариантов ответов: «1-5 сигарет» (1), «6-10 сигарет» (2), «11-20 сигарет» (3), «более 20 сигарет» (4).

В таблице 19 представлены результаты описательной статистики показателей употребления алкоголя и курения у отцов. Более 90 % респондентов вне зависимости от типа беременности в паре за последние 9 месяцев употребляли алкоголь ($N_1=171$ (90,5%); $N_2=58$ (93,5%)), из них почти треть употребляли алкоголь раз в месяц или менее ($N_1=50$ (29,4 %); $N_2=17$ (28,8%)), примерно половина опрошенных употребляли алкоголь 2-4 раза в месяц ($N_1=86$, (50,6%); $N_2=33$ (55,9 %)), 20 % отцов с естественной беременностью в паре ($N=34$) и 15,3 % отцов в паре, прошедшей процедуру ЭКО ($N=9$), употребляли алкоголь несколько раз в неделю и чаще.

Что касается злоупотребления алкоголя так 77,7 % отцов первой группы и 67,2 % второй группы отмечали, что не превышали дозу алкоголя 6 или более порций «Никогда» ($N_1=50$ (29,2%); $N_2=13$ (22,4 %)) или «Менее, чем раз в месяц» ($N_1=83$ (48,5%); $N_2=26$ (44,8 %)). Доля тех, кто употреблял такой объем алкоголя ежемесячно составил 10,5 % для отцов из пар с естественной беременностью и 19 % отцов из пар с ЭКО. Ежедневно об употреблении алкоголя отмечали 11,1 % отцов первой группы ($N=19$) и 10,3 % второй группы ($N=6$), об ежедневном употреблении такой дозы алкоголя сообщили лишь несколько респондентов ($N_1=1$ (0,6 %); $N_2=2$ (3,4 %)).

Таблица 19 – Частотный анализ употребления алкоголя отцами (по типу беременности)

За последние 9 месяцев употребляли ли Вы алкоголь?				
	Естественное зачатие (N1)		ЭКО (N2)	
	Частота	Проценты	Частота	Проценты
Нет	18	9,0	4	6,1
Да	171	85,1	58	87,9
Всего	189	94,0	62	93,5
Как часто Вы употребляли алкоголь?				
	Частота	Проценты	Частота	Проценты
Раз в месяц или менее	50	24,9	17	25,8
2-4 раза в месяц	86	42,8	33	50,0
2-4 раза в неделю	23	11,4	7	10,6
4 и более раз в неделю	11	5,5	2	3,0
Как часто Вы употребляли 6 или более порций алкоголя за один раз?				
	Частота	Проценты	Частота	Проценты
Никогда	50	24,9	13	19,7
Менее, чем раз в месяц	83	41,3	26	39,4
Каждый месяц	18	9,0	11	16,7
Каждую неделю	19	9,5	6	9,1
Ежедневно (почти)	1	0,5	2	3,0

Более трети респондентов в обеих группах курили после рождения ребёнка (35,3 % в группе естественного зачатия, 34,8 % - в группе ЭКО) (см. Таблицу 20). В группе естественного зачатия примерно равное количество человек выкуривает по 1-5 сигарет (10 %) в день, 6-10 сигарет (11,4 %, являются группой риска негативного влияния курения) в день, 11-20 сигарет (10,9 %) и более 20 сигарет (2,5 %), что позволяет отнести их к группе «регулярных курильщиков» в день; в группе ЭКО 16,7 % мужчин выкуривает 6-10 сигарет (группа риска), 12,1 % выкуривает 11-20 сигарет и 3 % - более 20 сигарет («регулярные курильщики»), только 2 человека (3 %) выкуривают в среднем 5 и менее сигарет в день. Частотный анализ курения отцами (по типу беременности)

Таблица 20 – Частотный анализ курения отцами (по типу беременности)

После рождения ребёнка курили ли Вы?				
	Естественное зачатие		ЭКО	
	Частота	Проценты	Частота	Проценты
Нет	111	55,2	39	59,1
Да	71	35,3	23	34,8
1-5 сигарет	20	10,0	2	3,0
6-10 сигарет	23	11,4	11	16,7
11-20 сигарет	22	10,9	8	12,1
Более 20 сигарет	5	2,5	2	3,0

Далее был проведен однофакторный дисперсионный анализ ANOVA для проверки различий переменных в образе жизни отцов между группами с разным типом беременности матери. Не было установлено значимых различий для частоты употребления алкоголя ($p=0,554$), частоты злоупотребления алкоголем ($p=0,132$), количества выкуриваемых в день сигарет ($p=0,226$).

В отношении профессиональной деятельности отцов в период 29 месяцев развития ребенка были проанализированы особенности оплачиваемой работы мужчин (См. таблицу 21). Преобладающее большинство (более 95 %) мужчин в обеих группах имеют в настоящее время постоянную оплачиваемую работу. Статистически значимых различий в показателе наличия работы у мужчин с помощью χ^2 -Пирсона не выявлено ($\chi^2=0,001$ при $p=0,679$). В обеих группах встречаются варианты профессиональной занятости мужчин по типу работы на себя / индивидуального предпринимательства и работы по заказам / замещению. В группе естественного зачатия 3,5 % мужчин имеют временную работу с известной датой прекращения.

Таблица 21 – Особенности профессиональной деятельности мужчин в период 29 месяцев развития ребенка

	Естественное зачатие		ЭКО	
	Частота	Проценты	Частота	Проценты
Есть ли у Вас в настоящее время оплачиваемая работа?				
Нет	5	4,5	2	4,4
Есть	107	95,5	43	95,6
В настоящее время Ваша основная оплачиваемая работа является...				
Постоянная работа	102	88,7	37	84,1
Временная с датой прекращения	4	3,5	-	-
Работа на себя / индивидуальный предприниматель	6	5,2	5	11,4
Работа по заказам / замещению	2	1,7	1	2,3

Выводы:

1. Профессиональная деятельность преобладающего большинства мужчин спустя 29 месяцев после рождения ребенка характеризуется наличием постоянной оплачиваемой работы.
2. Образ жизни большинства мужчин спустя 18 месяцев после рождения ребенка характеризуется различной частотой и количеством потребления алкоголя (более 85 % мужчин в каждой группе) и наличием вредной привычки курить (больше, чем у половины респондентов в каждой группе).
3. В обеих исследуемых группах существуют группы риска по потреблению алкоголя (10 % в группе естественного зачатия и 12,1 % в группе ЭКО употребляют чаще, чем раз в неделю 6 и более порций алкоголя) и курению (11,4 % в группе естественного зачатия и 16,7 % в группе ЭКО), также группы «регулярных курильщиков» (13,4 % в группе естественного зачатия и 15,1 % в группе ЭКО).

2.2.5 Связь показателей соматического, психического и психологического компонентов здоровья и образа жизни отцов

Корреляционный анализ с помощью критерия Спирмена позволил обнаружить значимые взаимосвязи показателей соматического, психического и психологического компонентов здоровья и образа жизни отцов по переменным употребление алкоголя, характеристики семейных отношений и показателей адаптивного функционирования, результаты которого представлены в таблице.

Из таблицы 22 видно, что в обеих группах мужчин в период 18 месяцев развития ребенка обнаружены отрицательные взаимосвязи частоты употребления алкоголя и эмоциональной теплоты, т.е. большую теплоту и нежность в адрес своей жены/партнерши проявляют те мужчины, которые употребляют меньшее количество алкоголя. Для мужчин группы естественного зачатия характерна прямая связь частоты употребления алкоголя и интегрального показателя психического здоровья на уровне тенденции, что позволяет предположить, что выше риск формирования психических нарушений у мужчин, чаще употребляющих алкоголь. В группе зачатия ЭКО обратная взаимосвязь частоты употребления алкоголя с показателями воспринимаемого влияние родителей и гиперопеки говорит о том, что мужчины, чаще употребляющие алкоголь, ниже оценивают вероятный эффект собственного поведения на развивающегося ребенка и менее заняты проявлением заботы о безопасности и защите ребенка.

Таблица 22 – Результаты корреляционного анализа показателей образа жизни и компонентов здоровья у мужчин в период 18 месяцев развития ребёнка

Взаимосвязи	Группы		Р (ур. знач)	
	ЕЗ	ЭКО	Группы	
			ЕЗ	ЭКО
Частота употребления алкоголя-Интегральный показатель психического здоровья	0,149	-	0,055	-
Частота употребления алкоголя- Эмоциональная теплота	-0,142	-0,251	,046	0,043
Частота употребления алкоголя-Воспринимаемое влияние родителей	-	-0,361	-	0,026
Частота употребления алкоголя-Гиперопека	-	-0,379	-	0,013

Примечание – в таблице представлены данные только по статистически значимым взаимосвязям

В таблице 23 представлены результаты корреляционного анализа физического, психического и психологического компонентов здоровья отцов в период 18 месяцев развития ребёнка.

Таблица 23 – Результаты корреляционного анализа физического, психического и психологического компонентов здоровья мужчин в период 18 месяцев развития ребёнка в группе с естественным зачатием (ЕЗ) и с применением ЭКО

Взаимосвязи	Группы		Р (ур. знач)	
	ЕЗ	ЭКО	Группы	
			ЕЗ	ЭКО
Интегральный показатель физического (соматического) здоровья - Интегральный показатель психического здоровья	0,398	0,414	0,000	0,001
Интегральный показатель физического (соматического) здоровья – Самооценка здоровья	-0,530	-	0,000	-
Интегральный показатель физического (соматического) здоровья – Семейная среда	-	-0,284	-	0,046
Интегральный показатель психического здоровья – Самооценка здоровья	-0,250	-0,244	0,001	0,050
Интегральный показатель психического здоровья – Семейная среда	-0,232	-0,347	0,002	0,010
Интегральный показатель психического здоровья – Эмоциональная теплота	-0,264	-0,412	0,000	0,001
Интегральный показатель психического здоровья – Враждебность	0,242	0,319	0,001	0,010
Интегральный показатель психического здоровья – Общий показатель отношений с женой/партнершей	-0,294	-0,444	0,000	0,000
Самооценка здоровья – Семейная среда	0,207	0,407	0,005	0,002
Самооценка здоровья - Отношения с женой/партнершей	0,273	-	0,008	-
Семейная среда - Отношения с женой/партнершей	0,553	0,525	0,000	0,007
Семейная среда – Эмоциональная теплота	0,613	0,493	0,000	0,000
Семейная среда - Враждебность	-0,571	-0,555	0,000	0,000
Семейная среда – Общий показатель отношений с женой/партнершей	0,553	0,551	0,000	0,000
Семейная среда - Депрессия	-0,397	-0,308	0,000	0,033
Чувство самоэффективности – Эмоциональная теплота	0,248	-	0,001	-
Чувство самоэффективности – Общий показатель отношений с женой/партнершей	0,229	-	0,002	-
Взаимодействие с ребенком – Эмоциональная теплота	0,230	-	0,002	-
Взаимодействие с ребенком – Общий показатель отношений с женой/партнершей	0,197	-	0,009	-

Примечание – в таблице представлены данные только по статистически значимым взаимосвязям

В обеих группах обнаружены достоверные положительные пары корреляций интегральных показателей физического и психического здоровья, самооценки здоровья и семейной среды, семейной среды и отношения с женой/партнершей; отрицательные пары корреляций самооценки здоровья и интегрального показателя физического здоровья, семейной среды и интегрального показателя психического здоровья, что позволяет предположить, что физическое и психическое здоровье отцов прямо взаимосвязаны, субъективно выше оценивают свое здоровье те мужчины, которые имеют меньше симптомов нарушений психического здоровья, но более открыты к проявлению чувств и взаимной поддержке с женой/партнершей, выше оценивают семейное благополучие. В группе естественного зачатия положительная субъективная оценка состояния здоровья связана с отсутствием заболеваний/состояний в физическом (соматическом) плане и с более доверительными отношениями со своей женой/партнершей. В группе зачатия ЭКО хорошее состояние физического здоровья мужчин связано с семейным благополучием, открытостью в чувствах и поддержкой к жене/партнерше; показатели взаимоотношений с ребенком прямо взаимосвязаны с эмоциональной теплотой и общим показателем отношений у мужчины к супруге/жене, т.е. отцы, проявляющие эмоционально более теплые отношения к матери ребенка более компетентны к выполнению задач по уходу и развитию ребенка и получают большее удовольствие от проведенного с ребёнком времени.

В таблице 24 приведены данные корреляционного анализа физического, психического и психологического компонентов здоровья отцов в период 29 месяцев развития ребёнка в обеих исследуемых группах. Обнаружены отрицательные взаимосвязи между интегральным показателем психического здоровья и самооценкой здоровья в обеих группах аналогично взаимосвязям в период 18 месяцев. В группе естественного зачатия отмечается прямая связь физического и психического компонентов здоровья и обратная связь интегрального показателя физического здоровья и субъективной оценки здоровья, а также различного рода связи показателей взаимоотношения с ребенком и негативных психических состояний, самооценки здоровья, показателей физического и психического компонентов здоровья. В группе ЭКО родительская эффективность отцов имеет обратную взаимосвязь с показателем раздражения во вне и интегральным показателем психического здоровья; выявлена отрицательная корреляция субъективной оценки своего здоровья у отцов и негативным психическим состоянием, так как депрессия, тревожность.

Таблица 24 – Результаты корреляционного анализа физического, психического и психологического компонентов здоровья отцов период 29 месяцев

Взаимосвязи	Группы		Р (ур. знач)	
	ЕЗ	ЭКО	Группы	
			ЕЗ	ЭКО
Интегральный показатель физического (соматического) здоровья - Интегральный показатель психического здоровья	0,348	-	0,000	-
Интегральный показатель физического (соматического) здоровья – Самооценка здоровья	-0,410	-	0,000	-
Интегральный показатель психического здоровья – Самооценка здоровья	-0,439	-0,708	0,000	0,000
Интегральный показатель физического (соматического) здоровья – Родительская самоэффективность	-0,215		0,025	
Интегральный показатель физического (соматического) здоровья – Родительское враждебно-реактивное поведение	0,261	-	0,006	-
Интегральный показатель психического здоровья – Воспринимаемое влияние родителей	-0,217	-	0,024	-
Интегральный показатель психического здоровья – Родительская самоэффективность	-0,329	-0,333	0,001	0,025
Интегральный показатель психического здоровья – Родительское враждебно-реактивное поведение	0,218	-	0,023	-
Самооценка здоровья – Депрессия	-0,430	-0,574	0,000	0,000
Самооценка здоровья – Тревожность	-0,359	-0,440	0,000	0,002
Самооценка здоровья – Раздражение на себя	-0,251	-	0,007	-
Самооценка здоровья – Раздражение во вне	-0,285	-	0,002	-
Самооценка здоровья – Воспринимаемое влияние родителей	0,299	-	0,001	-
Самооценка здоровья – Родительская самоэффективность	0,377	-	0,000	-
Самооценка здоровья – Родительское враждебно-реактивное поведение	-0,256	-0,318	0,006	0,033
Депрессия – Родительская самоэффективность	-0,383	-	0,000	-
Депрессия – Родительское враждебно-реактивное поведение	0,201	-	0,031	-
Тревожность – Родительская самоэффективность	-0,218	-	0,019	-
Раздражение на себя – Родительская самоэффективность	-0,249	-	0,007	-
Раздражение на себя – Родительское враждебно-реактивное поведение	0,251	-	0,007	-
Раздражение во вне – Родительская самоэффективность	-0,267	-0,315	0,004	0,035
Раздражение во вне – Родительское враждебно-реактивное поведение	0,281	-	0,002	-

Примечание – в таблице представлены данные только по статистически значимым взаимосвязям

Также, как и в период 18 месяцев развития ребёнка в общей картине здоровья отцов существуют взаимосвязи разной силы между показателями психического и психологического здоровья, требующие дальнейшего анализа.

Для уточнения результатов корреляционного анализа и выделения разных типов мужчин по показателям компонентов здоровья был проведен кластерный анализ с помощью метода межгрупповой связи (расстояние коэффициент корреляция Пирсона) в эмпирических группах по переменным «интегральный показатель физического (соматического) здоровья»; «интегральный показатель психического здоровья»; «восприятие качеств ребёнка», «родительская самооффективность», «воспринимаемое влияние родителей, родительское враждебно-реактивное поведение», «взаимодействие с ребенком (родительское тепло)», «гиперопека»; «эмоциональная теплота», «враждебность», «общий показатель отношений» (показатели отношений с женой/партнершей). В каждой группе мужчин выделено по два кластера. Далее изучаемые показатели сравнивались между кластерами с помощью однофакторного дисперсионного анализа.

В группе мужчин, чьи жены/партнерши имели физиологически естественную беременность, в первую кластерную группу попало 63,6 % респондентов, во вторую кластерную группу – 36,3 % респондентов. Значимые различия между кластерными группами обнаружены по следующим показателям: Интегральный показатель физического здоровья ($F=7,451$ при $p=0,007$), Интегральный показатель психического здоровья ($F=19,344$ при $p=0,000$), Теплота ($F=11,353$ при $p=0,001$), Враждебность ($F=66,939$ при $p=0,000$), Общий показатель отношений ($F=125,033$ при $p=0,000$), Родительская самооффективность ($F=14,611$ при $p=0,000$). По остальным шкалам взаимоотношений мужчин с ребенком значимых различий выявлено не было. Согласно результатам описательной статистики, представленным в таблице 25, можно сделать вывод о том, что в группе естественного зачатия выделилось два типа отцов: первый тип – с более высоким уровнем физического и психического здоровья, проявляющие большую эмоциональную теплоту и поддержку по отношению к супруге/партнерше, более компетентные в выполнении задачи, связанной с ролью родителя (способность успокоить, развлечь, привлечь внимание ребёнка, осуществить хороший уход за ним); второй тип характеризуется большим количеством симптомов/заболеваний в физическом и психическом компонентах здоровья, враждебным отношением к супруге/партнерше и меньшей компетентностью в выполнении родительской роли для своего ребенка.

Таблица 25 – Результаты описательной статистики для кластерных групп у мужчин группы естественного зачатия

		Мода	Процентили			Min	Max
			25	50 (Me)	75		
Интегральный показатель психического здоровья	Кластер 1	0,00	0,0000	0,0000	0,0000	0,00	2,00
	Кластер 2	0,00	0,0000	0,0000	2,0000	0,00	5,00
Интегральный показатель физического здоровья	Кластер 1	1,00	1,0000	2,0000	3,0000	1,00	9,00
	Кластер 2	2,00	2,0000	3,0000	5,0000	1,00	9,00
Теплота	Кластер 1	33,00	30,0000	33,0000	38,0000	23,00	42,00
	Кластер 2	20,00	20,0000	24,0000	28,0000	15,00	33,00
Враждебность	Кластер 1	10,00	7,0000	9,0000	11,0000	5,00	16,00
	Кластер 2	14,00	11,5000	14,0000	16,0000	8,00	22,00
Общий показатель отношений	Кластер 1	52,00	52,0000	56,0000	61,0000	41,00	69,00
	Кластер 2	39,00	39,0000	41,0000	46,5000	31,00	55,00
Чувство самоэффективности	Кластер 1	52,00	45,0000	50,0000	53,5000	36,00	60,00
	Кластер 2	52,00	40,0000	46,0000	50,5000	30,00	55,00

Примечание: в таблице представлены данные только по значимо различающимся показателям

В группе отцов, чьи супруги/партнерши воспользовались вспомогательными репродуктивными технологиями для зачатия ребенка, также выделено два кластера – типа отцов, между которыми выявлены значимые различия с помощью дисперсионного анализа по физическому, психическому и психологическому компоненту. Первый тип отцов (43 % респондентов) характеризуется значимо большей выраженностью проблем с физическим (соматическим) ($F=17,449$ при $p=0,050$), психическим ($F=14,582$ при $p=0,001$) здоровьем, высоким уровнем враждебности ($F=4,581$ при $p=0,039$), низкой эмоциональной теплотой ($F=11,802$ при $p=0,002$), низким уровнем общего показателя отношений с женой/партнершей ($F=12,999$ при $p=0,001$), более высокими оценками по показателю отношения к ребенку «гиперопека» ($F=3,106$ при $p=0,047$), низким уровнем «взаимодействия с ребенком» ($F=4,206$ при $p=0,049$). Во втором типе отцов (57 % респондентов) лучше объективные показатели физического (соматического) и психического здоровья, более низкие оценки по чрезмерной заботе о защите и безопасности ребенка с большим получением мужчиной удовольствия от проведенного с ребёнком времени и высокая удовлетворенность отношениями с мужем/партнером (см. Таблицу 26).

Таблица 26 – Результаты описательной статистики для кластерных групп у мужчин

		Мода	Процентили			Min	Max
			25	50 (Me)	75		
Интегральный показатель психического здоровья	Кластер 1	0,00 ^a	0,0000	1,0000	1,0000	0,00	2,00
	Кластер 2	0,00	0,0000	0,0000	0,0000	0,00	1,00
Интегральный показатель физического здоровья	Кластер 1	1,00	1,0000	2,0000	6,0000	1,00	11,00
	Кластер 2	1,00	1,0000	2,0000	3,0000	1,00	7,00
Теплота	Кластер 1	26,00 ^a	22,0000	25,5000	28,0000	17,00	30,00
	Кластер 2	24,00 ^a	27,0000	31,0000	35,5000	18,00	42,00
Враждебность	Кластер 1	11,00	9,7500	11,5000	16,0000	6,00	21,00
	Кластер 2	8,00 ^a	8,0000	10,0000	12,0000	4,00	16,00
Общий показатель отношений	Кластер 1	46,00	40,5000	45,0000	48,2500	29,00	51,00
	Кластер 2	43,00 ^a	47,0000	52,5000	58,7500	36,00	70,00
Взаимодействие с ребенком	Кластер 1	50,00	41,7500	45,0000	50,0000	26,00	50,00
	Кластер 2	48,00 ^a	47,2500	48,0000	50,0000	39,00	50,00
Гиперопека	Кластер 1	27,00 ^a	26,7500	31,0000	38,7500	20,00	45,00
	Кластер 2	27,00 ^a	22,2500	27,0000	29,0000	15,00	46,00

Примечание: в таблице представлены данные только по значимо различающимся показателям

Выводы:

1. На этапах 18 и 29 месяцев с рождения ребенка обнаружены взаимосвязи разной силы и направленности между физическим, психическим и психологическим компонентами здоровья, а также определенные взаимосвязи данных компонентов здоровья и образа жизни в обеих эмпирических группах мужчин, отцов групп ЭКО и ЕЗ.

2. Кластерный анализ в эмпирических группах мужчин по переменным физического, психического и психологического здоровья позволил выделить два типа отцов: «благополучный» по выраженности показателей всех компонентов здоровья, второй тип является «группой риска», т.к. характеризуется худшим соматическим и психическим здоровьем, сложностями в осуществлении родительских функций и взаимодействии с женой/партнершей. Приведенные данные свидетельствуют о взаимосвязи изучаемых компонентов здоровья у отцов и о необходимости учитывать выявленные закономерности при дифференцированном и комплексном медико-психологическом сопровождении семей.

2.2.6 Связи показателей здоровья и особенностей образа жизни отцов с особенностями состояния здоровья и психического развития детей группы ЭКО и группы естественного зачатия

В соответствии с задачами исследования был проведен сравнительный анализ психического развития и здоровья детей между кластерами, выделенными у отцов, по переменным: «сложный темперамент»; «неприспосабливаемый темперамент»; «скучный

темперамент», «непредсказуемый темперамент», «моторное развитие», «социальное развитие», «социомоторное развитие», «речевое развитие», «развитие общения», «двигательное развитие», «общий показатель развития», «общий показатель здоровья».

В отношении выделенных кластерных групп выявлено, что у отцов группы с естественным зачатием первой кластерной группы, которая характеризовалась более высоким уровнем физического и психического здоровья, эмоциональной теплоты и поддержки по отношению к супруге/партнерше, компетентностью в выполнении роли родителя, дети не проявляли особенности сложного ($F=15,155$ при $p=0,000$), непредсказуемого ($F=12,580$ при $p=0,000$) характера, также у них отмечалось более высокое социальное развитие ($F=3,771$ при $p=0,050$), развитие общения ($F=8,806$ при $p=0,004$) и общий уровень развития ($F=4,375$ при $p=0,040$), в отличие от детей, чьи отцы вошли во вторую кластерную группу (с большим количеством нарушений всех компонентов здоровья). У отцов группы зачатия ЭКО, которые вошли в первую кластерную группу и имеют большую выраженностью проблем с физическим и психическим здоровьем, проявляют более сильную враждебность и слабую эмоциональную теплоту к жене/партнерше, меньше проявляют нежность и любовь во взаимодействии с ребенком, но имеют более высокий контроль над ребенком, дети демонстрируют характеристики неприспосабливаемого ($F=4,267$ при $p=0,049$) и скучного ($F=5,449$ при $p=0,028$) темперамента. У отцов второй кластерной группы с более выраженными проблемами в разных компонентах здоровья дети не проявляют признаки неприспосабливаемого и скучного характера.

Для комплексного анализа связи показателей компонентов здоровья и образа жизни отцов и особенностей состояния здоровья и психического развития детей в период 18 месяцев был использован множественный регрессионный анализ (метод Ввода), где в качестве зависимых переменных выступали показатели здоровья и развития ребенка (4 шкалы методики определения темперамента (сложный, неприспосабливаемый, скучный, непредсказуемый), характеристики развития (моторное, социальное, социомоторное, речевое, общение, двигательное), общий уровень развития, общий уровень здоровья), а в качестве предикторов – показатели отца (интегральный показатель физического здоровья, интегральный показатель психического здоровья, оценка семейной среды, теплота, враждебность и общий показатель отношений, взаимоотношения с ребенком, частота употребления алкоголя, частота курения)).

В группе естественного зачатия были получены три значимые регрессионные модели, представленные в таблице 27. Показатели воспринимаемого влияния отцов вносят значимый вклад (прямая связь) в уровень социомоторного развития. Для характеристик развития общения ребенка значимым предиктором является родительское враждебно-агрессивное поведение. В

общий показатель здоровья ребенка вносит значимый вклад показатель воспринимаемого влияния родителей со стороны отца.

Таблица 27 – Результаты регрессионного анализа в группе естественного зачатия на период 18 месяцев

Предикторы (независимые переменные)	Зависимые переменные		
	Социомоторное развитие	Развитие общения	Общий показатель здоровья
Воспринимаемое влияние родителей	$\beta=0,316$ $p=0,050$	-	$\beta=0,327$ $p=0,045$
Родительское враждебно-агрессивное поведение	-	$\beta=-0,461$ $p=0,026$	-
R-квадрат	0,235	0,214	0,258
Значимость модели	0,022	0,028	0,044

Примечание: в таблице указаны данные только по значимым предикторам

Были получены три значимые регрессионные модели, представленные в таблице 28. В формировании сложного характера у ребенка значимо вносит вклад снижение/отсутствие чувства самоэффективности отца (отрицательная связь показателей). Благополучные отношения в семейной среде являются значимым положительным предиктором в уровне общего показателя развития детей. Речевое развитие ребенка отрицательно связано с интегральными показателями физического и психического здоровья отцов, что указывает на то, что у более здоровых в физическом и психическом плане отцов дети характеризуются более развитой речью.

Таблица 28 – Результаты регрессионного анализа в группе зачатия ЭКО на период 18 месяцев

Предикторы (независимые переменные)	Зависимые переменные		
	Социомоторное развитие	Развитие общения	Общий показатель здоровья
Интегр. показатель физического здоровья	-	$\beta=-0,374$ $p=0,050$	-
Интегр. показатель психического здоровья	-	$\beta=-0,586$ $p=0,012$	-
Семейная среда	-	-	$\beta=0,483$ $p=0,033$
Чувство самоэффективности	$\beta=-0,475$ $p=0,032$	-	-
R-квадрат	0,373	0,365	0,172
Значимость модели	0,034	0,027	0,036

Примечание: в таблице указаны данные только по значимым предикторам

В период 29 месяцев после рождения ребенка также был проведен множественный регрессионный анализ (метод Ввода), где в качестве зависимых переменных выступали показатели здоровья (трудности сна, трудности кормления, индекс здоровья) и психического

развития ребенка (характеристики оппозиционного поведения, невнимательность, гиперактивность, физическая агрессия, тревожность, зависимость от взрослых, застенчивость, депрессивные тенденции, общий уровень нежелательного поведения, развитие речи, трудности развития речи, развитие игровой деятельности, сенсорное развитие, двигательное развитие, развитие навыков, индекс развития), а в качестве предикторов – показатели компонентов здоровья и образа жизни у отца (интегральный показатель физического здоровья, интегральный показатель психического здоровья, степень обеспокоенности и напряженности, показатель отношений к супруге/супругу, взаимоотношения с ребенком).

В группе естественного зачатия были 6 значимых регрессионных модели (2 модели в отношении показателей здоровья ребенка (таблица 29), 4 – показателей развития (таблица 30). В возникновение трудностей, связанных со сном у ребенка, вносят вклад гиперопека со стороны отца, а также неблагополучные отношения отца с матерью ребенка. Для общего индекса здоровья ребенка значимыми предикторами является отсутствие гиперопеки со стороны отца, т.е. выше показатели здоровья у тех детей, чьи матери выше оценивают эффект собственного поведения на ребенка и чьи отцы не проявляют чрезмерный контроль за ребенком.

Таблица 29– Результаты регрессионного анализа в группе естественного зачатия на период 29 месяцев (зависимые переменные – показатели здоровья)

Предикторы (независимые переменные)	Зависимые переменные – показатели здоровья	
	Трудности сна	Индекс здоровья
Отношения с супругой	$\beta=-0,457$ $p=0,013$	-
Гиперопека	$\beta=0,351$ $p=0,040$	$\beta=-0,453$ $p=0,005$
R-квадрат	0,418	0,516
Значимость модели	0,033	0,020

Примечание: в таблице указаны данные только по значимым предикторам

Физическая агрессия ребенка имеет обратную связь с качеством отношений отца к матери ребенка. Предиктором тревожности ребенка является качество отношений отца к матери ребенка (обратная связь). Общий уровень нежелательного поведения ребенка обратно связан с качеством отношений отца к матери ребенка, т.е. в семьях с неблагополучным отношением мужа к супруге дети чаще проявляют признаки нежелательного поведения. Вклад в сенсорное развитие ребенка вносит следующая характеристика родителя: интегральный показатель физического здоровья отца, т.е. физический компонент у отца является значимым предиктором для сенсорного развития ребенка.

Таблица 30– Результаты регрессионного анализа в группе естественного зачатия на период 29 месяцев (зависимые переменные – показатели развития)

Предикторы (независимые переменные)	Зависимые переменные – показатели развития			
	Физическая агрессия	Тревожность	Общий уровень нежелательного поведения	Сенсорное развитие
Интегр. показатель физического здоровья	-	-	-	$\beta=-0,552$ $p=0,027$
Отношения с супругой	$\beta=-0,373$ $p=0,045$	$\beta=-0,411$ $p=0,021$	$\beta=-0,449$ $p=0,028$	-
R-квадрат	0,383	0,445	0,262	0,456
Значимость модели	0,021	0,010	0,049	0,028

Примечание: в таблице указаны данные только по значимым предикторам

В группе зачатия ЭКО выявлено 5 значимых регрессионных моделей, в которых зависимыми переменными выступают показатели развития ребенка (таблица 31). В показатель гиперактивности детей вносит вклад враждебно-агрессивное поведение отца. Физическая агрессия ребенка имеет прямые связи с гиперопекой отца. Двигательное развитие ребенка связано с низким уровнем гиперопеки со стороны отца, т.е. быстрее в двигательном плане развиваются дети, чьи отцы не ведут жесткий контроль и чрезмерную заботу за движениями ребенка.

Таблица 31– Результаты регрессионного анализа в группе зачатия ЭКО на период 29 месяцев (зависимые переменные – показатели развития)

Предикторы (независимые переменные)	Зависимые переменные – показатели развития			
	Гиперактивность	Физическая агрессия	Двигательное развитие	Развитие навыков
Интегр. показатель физического здоровья	-	-	-	$\beta=-0,721$ $p=0,050$
Родительское враждебно-агрессивное поведение	$\beta=0,621$ $p=0,042$	-	-	-
Гиперопека	-	$\beta=0,504$ $p=0,047$	$\beta=-0,803$ $p=0,048$	-
R-квадрат	0,866	0,948	0,808	0,715
Значимость модели	0,023	0,011	0,027	0,05

Примечание: в таблице указаны данные только по значимым предикторам

Практическая значимость полученных данных заключается в возможности использовании результатов исследования в практике психологического сопровождения семей с индуцированной беременностью. В анамнезе семьи, использующей вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), как правило, присутствует ряд факторов, усложняющих

лечение: длительность бесплодия, неудачные попытки экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), невынашивание беременности, недоверие к процедуре ЭКО и т.д. В связи с этим на каждом этапе программы ЭКО: принятие решения и подготовка к процедуре ВРТ, получение половых клеток, перенос эмбрионов, ожидание результатов, адаптация к беременности или переживание неудачи, необходимо психологическое сопровождение, а в случае утраты перинатального периода требуется психологическая реабилитация, способствующая реорганизации травматичного опыта и формированию новой идентичности и жизненной перспективы. Учитывая, что у любой попытки ЭКО может быть 2 исхода, то в случае негативного результата, способного ухудшить процесс лечения, является важным обратить внимание на данный факт медицинским специалистам. Уровень доверия и взаимодействия пациентки и врача-репродуктолога в процессе лечения может позволить в контексте данной ситуации предложить семье обратиться за квалифицированной психологической помощью. Нормативное проживание неудачной попытки ЭКО в случае её трагичного восприятия позволит семье найти необходимые ресурсы для дальнейшей жизни.

Программы сопровождения при работе с семьей сосредотачиваются на матери ребенка. Отцам в программах психологического сопровождения уделяется гораздо меньше внимания. Полученные данные о взаимосвязях и взаимном влиянии, рассмотренные с учетом биологических и средовых факторов риска, могли бы послужить основой для разработки программ психолого-педагогического сопровождения отцов, направленных на повышение адаптационных возможностей детей и гармонизацию психического развития личности. Полученные результаты являются предварительными и требуют своей дальнейшей разработки с учетом данной проблемы.

Выводы:

1. В период 18 месяцев развития ребенка выявлены значимые различия в показателях психического развития и здоровья детей:

–в группе естественного зачатия у отцов с благополучным типом здоровья дети не имеют признаки трудного темперамента, проявляют более высокие показатели психического развития (моторное, социальное, развитие общения, общий показатель развития) по сравнению с детьми, чьи отцы входят в группу риска нарушений показателей компонентов здоровья;

–в группе ЭКО у детей отмечаются характеристики сложного, неприспосабливаемого и пассивного темперамента, более низкое моторное, социальное, социомоторное развитие, чьи

отцы входят в группу риска нарушений показателей компонентов здоровья, в отличие от детей, отцы которых имеют благополучный тип в отношении всех компонентов здоровья.

2. Регрессионный анализ позволил определить вклад характеристик компонентов здоровья отцов в особенности состояния здоровья и психического развития детей 18 месяцев:

–в группе естественного зачатия значимым предиктором состояния здоровья детей является показатель воспринимаемого влияния родителей со стороны отца; предикторами психического развития – воспринимаемое влияния родителей со стороны отца и отсутствие враждебно-агрессивного поведения со стороны отца;

–в группе ЭКО в формирование сложного характера у ребенка значимо вносит вклад отсутствие чувства самоэффективности отца, в показатели здоровья – благополучные отношения в семейной среде (по оценке отцов) и хорошее физическое и психическое здоровье отцов.

3. Регрессионный анализ позволил определить вклад характеристик компонентов здоровья родителей в особенности состояния здоровья и психического развития детей 29 месяцев:

–в группе естественного зачатия значимыми предикторами состояния здоровья ребенка выступают благополучные отношения отца с матерью ребенка и отсутствие гиперопеки; предикторами показателей развития ребенка являются хорошее физическое здоровье отца, отсутствие гиперопеки и взаимные благополучные отношения родителей друг к другу;

–в группе зачатия ЭКО предикторами показателей развития ребенка выступают отсутствие агрессивного поведения и гиперопеки со стороны отца.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование было посвящено изучению особенностей и взаимосвязей компонентов здоровья у отцов детей, рожденных методом ЭКО. Актуальность данного исследования обусловлена в связи с растущей распространенностью вспомогательных репродуктивных технологий. В результате, число детей, рождённых посредством ЭКО, стремительно увеличивается, что обращает внимание учёных на развитие и здоровье таких детей. Однако, имеющиеся данные являются противоречивыми и разрозненными. Ряд учёных относит детей раннего возраста от индуцированной беременности к группе риска по формированию соматических и психоневрологических проблем. Наличие противоречивых данных и отсутствие единого мнения о факторах, влияющих на здоровье и развитие детей ЭКО, подчёркивает необходимость проведения исследований, посвящённых данной проблеме, учитывающих соматические, психологические и социальные аспекты.

В первой главе был осуществлен теоретический обзор и анализ научной литературы по особенностям и взаимосвязям компонентов здоровья отцов. Теоретический анализ указывает на то, что здоровье отцов необходимо рассматривать как системный феномен. Были выделены и охарактеризованы физический, психический и психологический компоненты здоровья. С позиции биопсихосоциальной модели на физическом уровне сущность здоровья рассматривается в динамическом равновесии всех внутренних органов и их адекватном реагировании на влияние окружающей среды. Уровень физического здоровья человека достоверно устанавливает медицина, используя различные дифференциально-диагностические методы. Психологический уровень рассмотрения здоровья связан с личностным контекстом, в рамках которого человек предстает как психическое целое. Среди критериев психического здоровья особое значение имеют интегрированность личности, ее гармоничность, уравновешенность, духовность, ориентация на саморазвитие. Социальный уровень представлен вопросами влияния социума на здоровье личности, а также выполнения человеком своих социальных функций. Социальное благополучие определяется количеством и качеством межличностных связей человека, и степенью его участия в жизни общества. Среди критериев социального здоровья выделяют: адекватное восприятие социальной действительности, интерес к окружающему миру, адаптацию к общественной среде, направленность на общественно полезное дело, альтруизм, эмпатию, ответственность, культуру потребления, демократизм в поведении.

Во второй главе был осуществлен анализ и обобщение результатов исследования, что позволило сформулировать следующие выводы в соответствии с поставленными в исследовании задачами:

1. По интегральному показателю физического здоровья отцов детей групп естественного зачатия и ЭКО в 18 месяцев не существует значимых различий, таковы отмечаются на этапе 29 месяцев и указывают, что проблем с соматическим здоровьем значимо больше у мужчин группы ЭКО. В период 18 месяцев более половины респондентов в каждой группе имеют отклонения в индексе массы тела (ИМТ), что говорит о высоком риске усугубления проблем с ожирением/худобой у отцов обеих групп. Отмечается снижение процента мужчин с отклонениями ИМТ на этапе 29 месяцев ребенку.
2. В группе естественного зачатия большинство мужчин имеют нормативный уровень выраженности депрессии как состояния, в то время, как в группе ЭКО пограничный уровень указывает на некоторый риск формирования негативных психических состояний. Показатель тревожности у мужчин в группе естественного зачатия имеет пограничный уровень у большинства в 18 и 29 месяцев ребенку, при этом 9,5 % мужчин имеют выраженные проблемы с тревожностью, в группе зачатия ЭКО показатель тревожности у большинства на нормативном уровне.
3. В период 18 месяцев после рождения ребенка показатели эмоциональной теплоты, враждебности, общего показателя отношений в семьях свидетельствуют, что большинство мужчин группы естественного зачатия проявляют в адрес жены/партнерши теплоту, нежность, уважение, понимание и поддержку, однако, выраженность показателя семейной среды указывает на некоторую общую неудовлетворенность многих мужчин благополучием в семье. В группе мужчин с зачатием ЭКО отмечается некоторая холодность и враждебность мужчин к жене/партнерше, не смотря на это, показатель семейной среды указывает на общее семейное благополучие и взаимное принятие партнёрами друг друга. В то же время, высокий уровень выраженности по показателю «Поддержка жены/партнерши» в обеих группах мужчин соответствует о высокой удовлетворенности большинством мужчин той поддержкой, которую оказывает им их жена/партнерша. В период 29 месяцев после рождения ребенка большинство мужчин обеих групп характеризуется нормативным уровнем взаимоотношений с женой/партнершей: в семье присутствует уважение, взаимопонимание, поддержка и доверие.

4. Кластерный анализ в эмпирических группах мужчин по переменным физического, психического и психологического здоровья позволил выделить два типа отцов: «благополучный» по выраженности показателей всех компонентов здоровья, второй тип является «группой риска», т.к. характеризуется худшим соматическим и психическим здоровьем, сложностями в осуществлении родительских функций и взаимодействии с женой/партнершей.
5. Выявлены значимые различия в показателях психического развития и здоровья детей. В группе зачатия ЭКО предикторами показателей развития ребенка выступают отсутствие агрессивного поведения и гиперопеки со стороны отца. В период 18 месяцев развития ребенка в группе ЭКО в формирование сложного характера у ребенка значимо вносит вклад отсутствие чувства самоэффективности отца, в показатели здоровья – благополучные отношения в семейной среде (по оценке отцов) и хорошее физическое и психическое здоровье отцов.

Гипотеза исследования предполагала то, что состояния компонентов (физический, психический, психологический) здоровья и образа жизни отцов детей могут вносить вклад в систему факторов психического развития и здоровья детей, рожденных методом ЭКО. Результаты исследования показали, что у детей отмечаются характеристики сложного, неприспосабливаемого и пассивного темперамента, более низкое моторное, социальное, социомоторное развитие, чьи отцы входят в группу риска нарушений показателей компонентов здоровья, в отличие от детей, отцы которых имеют благополучный тип в отношении всех компонентов здоровья. То есть в результате исследования гипотеза была подтверждена.

Практическая значимость работы заключается в возможности использовании результатов исследования в практике психологического сопровождения семей с индуцированной беременностью. Результаты изучения связи между показателями личностных особенностей и отношения к ребенку, зачатых посредством ЭКО, в сравнении с детьми, зачатыми спонтанно, могло бы способствовать более четкому пониманию факторов риска, для их ранней диагностики и коррекции. Полученные данные о взаимосвязях и взаимном влиянии, рассмотренные с учетом биологических и средовых факторов риска, могли бы послужить основой для разработки программ психолого-педагогического сопровождения, направленных на повышение адаптационных возможностей детей и гармонизацию психического развития личности.

Таким образом, задачи исследовательской работы по теме «Связь личностных особенностей и отношения к ребенку у отцов детей, рожденных методом ЭКО» выполнены в полном объеме.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Воронина И. Д. Демографические показатели, образ жизни и здоровье в семьях естественной и индуцированной беременностью в России и Великобритании /И. Д. Воронина // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2016. – Т. 9, № 4. – С. 63–76.
2. Гаджимуратова Н. Д. Состояние здоровья и прогнозирование его нарушений у детей первого года жизни, родившихся от одноплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения: автореферат дис. ... канд. мед. наук / Н. Д. Гаджимуратова. – Пермь, 2017. – 23 с.
3. Горустович Ю. В. Особенности течения раннего неонатального периода у детей, рожденных в результате ЭКО / Ю. В. Горустович, Т. Н. Войтович, С. Е. Ефименко // Медицинские новости. – 2014. – №2 (233) – С. 22-32.
4. Евсюкова И. И. Состояние новорожденных и их дальнейшее развитие при многоплодной беременности после ЭКО / И. И. Евсюкова, Н. А. Маслянюк // Проблемы репродукции. – 2005. – № 2. – С. 49–53.
5. Жирнов В. А. Анализ соматического статуса новорожденных детей, зачатых посредством экстракорпорального оплодотворения / В. А. Жирнов, М. В. Дмитриева, Д. Р. Рустянова // Молодой ученый: вызовы и перспективы: материалы VI Международной научно–практической конференции. – М., 2016. – С. 67–71.
6. Кешишян Е. С. Состояние здоровья и развитие детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения / Е. С. Кешинян, А. Д. Царегородцев, М. И. Зиборова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2014. – №5. – С. 15–25.
7. Киселева М. А. Здоровье детей, рожденных доношенными в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий / М. А. Киселева // Курский научно–практический вестник «Человек и его здоровье». – 2016. – №1. – С. 32–35.
8. Кузнецова В. С. Состояние здоровья детей от матерей, лечившихся по поводу бесплодия: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / В. С. Кузнецова. – Воронеж, 2005. – 24 с.
9. Кулаков В. И. Репродуктивное здоровье женщин: проблемы и перспективы // Российское здравоохранение [Электронный ресурс]. – URL: http://176.mosgorzdrav.ru/mgz/komzdravsite.nsf/va_WebPagesPrint/pr_819 (Дата обращения: 20.04.2020).

10. Лалаян Т. Н. Состояние здоровья детей, рожденных с помощью новых репродуктивных технологий: дис. канд. мед. наук: 14.00.09 / Т. Н. Лалаян. – Санкт–Петербург, 2005. – 110 с.
11. Мансимова В. О. Современное состояние проблемы здоровья детей, рожденных в результате вспомогательных репродуктивных технологий / В. О. Мансимова // Педиатрическая фармакология. – 2011. – №2. – С. 27–31.
12. Мансимова В. О. Состояние здоровья и качество жизни недоношенных детей грудного возраста, родившихся после экстракорпорального оплодотворения: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / В. О. Мансимова. – Москва, 2011. – 107 с.
13. Маслянюк Н. А. Состояние новорожденных детей и их дальнейшее развитие при многоплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Н. А. Маслянюк. – Санкт–Петербург, 2005. – 166 с.
14. Маслянюк Н.А. Состояние новорожденных и дальнейшее развитие детей при многоплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения / Н. А. Маслянюк // Педиатрическая фармакология. – 2005. – №5. – С. 103–104.
15. Михеева Е. М. Здоровье детей, рожденных с использованием вспомогательных репродуктивных технологий / Е. М. Михеева, Н. И. Пенкина // Практическая медицина. – 2014. – №9 (85). – С. 47–51.
16. Новикова Н. О. Особенности раннего неонатального периода у детей после экстракорпорального оплодотворения / Н. О. Новикова, Л. И. Ипполитова // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – №2. – С. 271–273.
17. Орлова О. С. Результаты психолого–педагогического обследования детей, рожденных с применением экстракорпорального оплодотворения и от спонтанно наступившей беременности / О. С. Орлова, В. А. Печенина // Дефектология. – 2016. – № 5. – С. 38–46.
18. Орлова О.С. Становление речевой функции у детей–близнецов, рожденных спонтанно и в результате применения экстракорпорального оплодотворения / О. С. Орлова, В. А. Печенина // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. – 2016. – №4–2. – С. 237–245.
19. Пивнева Н. Д. Состояние ЛОР–органов у детей, рожденных после применения вспомогательных репродуктивных технологий: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.03 / Н. Д. Пивнева. – Москва, 2012. – 101 с.
20. Плаксина А. Н. Прогнозирование здоровья и качества жизни детей, рожденных с помощью вспомогательных репродуктивных технологий: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.08 / А. Н. Плаксина. – Екатеринбург, 2011. – 174 с.

21. Пыхтина Л. А. Факторы риска и прогнозирование нарушений здоровья у детей первого года жизни, родившихся от одноплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения / Л.А. Пыхтина, О. М, Филькина, Н. Д. Гаджимурадова [и др.] // Анализ риска здоровью. – 2017. – №1. – С. 56–65.
22. Российская ассоциация репродукции человека. Отчет за 2015 год [Электронный ресурс]. – URL: http://www.rahr.ru/d_registr_otchet/RegistrVRT_2015.pdf (Дата обращения: 14.01.2020)
23. Соловьева Е. В. Дети, зачатые посредством ЭКО: особенности психического развития [Электронный ресурс] / Е. В. Соловьева // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2014. – №1. URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/1/Soloveva.phtml> дата обращения: 14.01.2020).
24. Соловьева Е. В. Психическое развитие детей раннего возраста, зачатых посредством экстракорпорального оплодотворения, и их взаимодействие с матерями: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13 / Е. В. Соловьева. – М., 2016. – 217 с.
25. Трапезникова Ю. М. Прогнозирование задержки внутриутробного развития плода с ранних сроков беременности, инициированной вспомогательными репродуктивными технологиями: диагностические критерии риска: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Ю. М. Трапезникова. – Челябинск, 2011. – 166 с.
26. Урунтаева Г. А. Детская психология : учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / Г. А. Урунтаева. — М. : Издательский центр «Академия», 2013. — 336 с.
27. Ackerman S. No increase in autism-associated genetic events in children conceived by assisted reproduction. / S. Ackerman // Fertil Steril. – 2014. – № 102. – P. 388–393.
28. Allen S. The effects of father involvement: An updated research summary of the evidence / S. Allen, K. Daly // Centre for Families, Work & Well-Being. – 2007. – Vol. 1. – P. 23-35.
29. Barbuscia A. Cognitive development in children up to age 11 years born after ART—a longitudinal cohort study / A. Barbuscia, M. C. Mills // Hum Reprod. – 2017. – Vol. 32. – P. 1482 – 1488.
30. Bay B. Fertility treatment and risk of childhood and adolescent mental disorders: register based cohort study / B. Bay, E. L. Mortensen, D. Hvidtjørn, U. S. Kesmodel // BMJ. – 2013. – Vol. 347. – P. 2-4.
31. Berry K. A. In vitro fertilization and late preterm preschoolers' neuropsychological outcomes: the PETIT study / K. A. Berry, I. S. Baron, B. A. Weiss // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 209. – P. 356-367.

32. Biller H. B. Child Maltreatment and Paternal Deprivation: A Manifesto for Research / H. B. Biller, R.S. Solomon // *Prevention, and Treatment*, Lexington, MA: Lexington. – 2016. P. 123-127.
33. Cabrera N Modeling the dynamics of paternal influences on children over the life course / N. Cabrera, E. Fitzgerald, R. Bradley, L. Roggman // *Appl Developmental Sci.* – 2007. Vol. 11(4). – P. 185-189.
34. Children's Mental Health // American Psychological Association [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.apa.org/pi/families/children-mental-health.aspx> (Дата обращения: 20.04.2020).
35. Helton J. J. Food neglect and infant development / J. J. Helton, T. P. Cross, M. G. Vaughn, T. Gochez-Kerr // *Infant Ment. Health J.* – 2018. – Vol. 39. – P. 231–241.
36. How Do Fathers Fit In? // Civitas: The Institute for the Study of Civil Society. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.civitas.org.uk/hwu/FatherFactsheet.pdf>. (Дата обращения: 20.04.2020).
37. Kieling C. Global mental health 2: Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action / C. Kieling, H. Baker–Henningham, M. Belfer M. et al. // *Lancet.* – 2011. – Vol. 378 – P. 1515–1525.
38. Klemetti R. Health of children born as a result of in vitro fertilization / R. Klemetti, T. Seven, M. Gissler, E. Hemminki // *Pediatrics.* – 2006 – Vol. 118, is. 5. – P. 1819–1827.
39. Lehti, V. Autism spectrum disorders in IVF children: A national case–control study in Finland. / V. Lehti, A. S. Brown, M. Gissler et al. // *Human Reproduction.* – 2013. – № 28. – P. 812–818.
40. Mascarenhas M. N. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys / M. N. Mascarenhas, S. R. Flaxman, T. Boerma et al. // *PLoS Med.* – 2012 – Vol. 9. – P. 21-33.
41. Global prevalence of infertility, infecundity and childlessness // World Health Organization. [Электронный ресурс] – URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/> (Дата обращения: 20.04.2020).
42. Paquette, D. Theorizing the father–child relationship: Mechanisms and developmental outcomes / D. Paquette // *Human Development.* – 2014. – Vol. 47. – P. 193–219.
43. Prado E. L. Nutrition and brain development in early life / E. L. Prado, K. G Dewey // *Nutrition Reviews.* – 2014. – Vol. 72, – P. 267–284.

44. Rohner, R. P. The importance of father love: History and contemporary evidence / R. P. Rohner, R. A. Veneziano // *Review of General Psychology*. – 2011. – Vol. 5. – P. 382-405.
45. Rowe M. A comparison of fathers' and mothers' talk to toddlers in low-income families / M. Rowe, D. Cocker, B. Pan // *Social Development*. – 2004. – Vol. 13. – P. 278-291.
46. Saha P. K. Very Low Birth Weight Babies and Their Mental Health Outcome / P. K. Saha // Bhattacharya N., Stubblefield P. (eds) *Human Fetal Growth and Development*. – 2016. – P. 379–387.
47. Sazonova A. Neonatal and maternal outcomes comparing women undergoing two in vitro fertilization (IVF) singleton pregnancies and women undergoing one IVF twin pregnancy/ A. Sazonova, K. Källen, A. Thurin–Kjellberg et al. // *Fertility and sterility*. – 2013. – № 99(3). – P. 731–737.
48. Schendelaar P. et al. Subfertility factors rather than assisted conception factors affect cognitive and behavioural development of 4–year–old singletons / P. Schendelaar, G. S. La Bastide–Van, M. J. Heineman et al. // *Reprod Biomed Online*. – 2016. – № 33. – P 752 – 762.
49. Turkgeldi E. Short and long term outcomes of children conceived with assisted reproductive technology / E. Turkgeldi, H. Yagmur, A. Seyhan et al. // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. – 2016. – Vol. 207. – P. 129–136.
50. Wolke D. Psychological development of prematurely born children / D. Wolke // *Archives of Disease in Childhood*. – 2008. – Vol. 78. – P. 567–570.

Отчет о проверке на заимствования №1



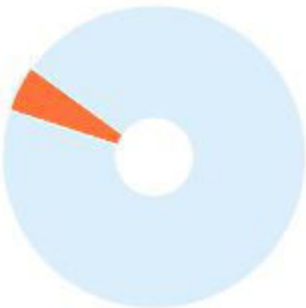
Автор: kolesn.dmitry@gmail.com / ID: 3674328
Проверяющий: (kolesn.dmitry@gmail.com / ID: 3674328)
Отчет предоставлен сервисом «Антиплагиат»- <http://users.antiplagiat.ru>

ИНФОРМАЦИЯ О ДОКУМЕНТЕ

№ документа: 74
Начало загрузки: 15.06.2020 10:31:08
Длительность загрузки: 00:00:04
Имя исходного файла: Колесников – ВКР.pdf
Название документа: Колесников – ВКР
Размер текста: 1 кБ
Символов в тексте: 160009
Слов в тексте: 18872
Число предложений: 1016

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЧЕТЕ

Последний готовый отчет (ред.)
Начало проверки: 15.06.2020 10:31:13
Длительность проверки: 00:00:06
Комментарии: не указано
Модули поиска: Модуль поиска Интернет



Заимствования — доля всех найденных текстовых пересечений, за исключением тех, которые система отнесла к цитированиям, по отношению к общему объему документа.

Самоцитирования — доля фрагментов текста проверяемого документа, совпадающий или почти совпадающий с фрагментом текста источника, автором или соавтором которого является автор проверяемого документа, по отношению к общему объему документа.

Цитирования — доля текстовых пересечений, которые не являются авторскими, но система посчитала их использование корректным, по отношению к общему объему документа. Сюда относятся оформленные по ГОСТу цитаты; общеупотребительные выражения; фрагменты текста, найденные в источниках из коллекций нормативно-правовой документации.

Текстовое пересечение — фрагмент текста проверяемого документа, совпадающий или почти совпадающий с фрагментом текста источника.

Источник — документ, проиндексированный в системе и содержащийся в модуле поиска, по которому проводится проверка.

Оригинальность — доля фрагментов текста проверяемого документа, не обнаруженных ни в одном источнике, по которым шла проверка, по отношению к общему объему документа.

Заимствования, самоцитирования, цитирования и оригинальность являются отдельными показателями и в сумме дают 100%, что соответствует всему тексту проверяемого документа.

Обращаем Ваше внимание, что система находит текстовые пересечения проверяемого документа с проиндексированными в системе текстовыми источниками. При этом система является вспомогательным инструментом, определение корректности и правомерности заимствований или цитирований, а также авторства текстовых фрагментов проверяемого документа остается в компетенции проверяющего.

№	Доля в отчете	Доля в тексте	Источник	Ссылка	Актуален на	Модуль поиска	Блоков в отчете	Блоков в тексте
[01]	0,13%	1,57%	Диссертация на тему «Состояние здоровья и прогнози...	https://dissercat.com	13 Апр 2020	Модуль поиска Интернет	1	22
[02]	1,03%	1,5%	https://esu.citis.ru/dissertation/9ZSHEZN5GETXW27O9V0Q...	https://esu.citis.ru	20 Мар 2018	Модуль поиска Интернет	16	22
[03]	0%	1,5%	http://www.pdma.ru/index.php?option=com_mtree&task=a...	http://pdma.ru	28 Сен 2019	Модуль поиска Интернет	0	22