

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний аерокосмічний університет ім. М.Є. Жуковського  
«Харківський авіаційний інститут»

Гуманітарно-правовий факультет

Кафедра психології

## **Кваліфікаційна робота**

(тип кваліфікаційної роботи)

**Магістр**

(освітнійступінь)

на тему **«Особливості ставлення батьків до дітей, народжених за допомогою  
репродуктивних технологій »**

ХАІ.704.7-96П1.21О.053.82-9/20-7 КР

Виконав: здобувач (ка) б курсу групи №7-96П1

Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

(код та найменування)

Спеціальність 053 «Психологія»

(код та найменування)

Освітня програма «Психологічне консультування та  
психотерапія»

(найменування)

Воробйова Ю.Ю.

(прізвище та ініціали здобувача (ки))

Керівник: Долгополова О. В.

(прізвище та ініціали)

Рецензент: Большакова А.М.

(прізвище та ініціали)

Харків – 2021

## РЕФЕРАТ

**Дипломна робота:** 52 с., 11 табл., 3 дод., 33 джерел.

**Ключові слова:** вагітність, батьки, діти, репродуктивні технології, відносини, зачаття, виношування.

**Об'єкт дослідження** – ставлення батьків до дітей, зачатим, виношеним і народженим завдяки допоміжним репродуктивним технологіям.

**Предмет дослідження** – динаміка ставлення батьків до дітей на ранніх етапах розвитку дитини.

**Мета дослідження** – виявлення особливостей відносини обох батьків до дитини на ранніх етапах його онтогенезу, в залежно від того, як відбувалося зачаття або виношування.

### **Методи дослідження:**

1. Теоретичний аналіз наукової літератури;
2. Опитувальник «Ваше ставлення до дитини» М. Буавен;
3. Опитувальник «Час з дитиною»;
4. Опитувальник «Знайомство з Вашою дитиною»;
5. Статистичний аналіз даних був проведений з використанням Однофакторного дисперсійного аналізу (one-way ANOVA) і коефіцієнта рангової кореляції Спірмена, із застосуванням поправки Бонферроні до Р-рівнем значущості

**Висновки:** Ставлення батьків до своїх дітей на ранніх етапах розвитку дитини залежить від факту використання допоміжних репродуктивних технологій. До віку дитини 18 місяців відмінності по відношенню до дитини між двома групами стираються і перестають статистично значущими. В дослідженні визначили факт впливу використання ДРТ на дитячо-батьківські відносини та дозволили уточнити конкретні сфери та аспекти цього впливу при вагітності, досягнутій за допомогою ДРТ.

## ABSTRACT

**Diploma thesis:** 52 p., 11 tab., 3 appx., 33 sources.

**Key words:** pregnancy, parents, children, productive technologies, relationships, conception, childbearing.

**Object of research is** - the attitude of parents to children conceived, born and born through assisted reproductive technologies.

**The subject of the research is** the dynamics of parents' attitude to children in the early stages of a child's development.

**The purpose of the research is** to identify the peculiarities of the relationship of both parents to the child in the early stages of its ontogenesis, depending on how the conception or delivery took place.

### **Methods of research:**

1. Theoretical analysis of scientific literature;
2. Questionnaire "Your attitude to the child" M. Bouaven;
3. Questionnaire "Time with a child";
4. Questionnaire "Introduction to your child";
5. Statistical analysis of the data was performed using one-way analysis of variance (one-way ANOVA) and Spearman's rank correlation coefficient, using the Bonferroni correction to the P-level of significance.

**Conclusions:** The attitude of parents to their children in the early stages of child development depends on the use of assisted reproductive technologies. By the age of 18 months, the differences in relation to the child between the two groups are erased and cease to be statistically significant. The study identified the impact of ART on child-parent relationships and clarified specific areas and aspects of this impact in pregnancy achieved with ART.

## РЕФЕРАТ

**Дипломная работа:** 52 с., 11 табл., 3 прил., 33 источников.

**Ключевые слова:** беременность, родители, дети, продуктивные технологии, отношения, зачатие, вынашивание.

**Объект исследования** – отношение родителей к детям, зачатым, выношенным и рожденным благодаря вспомогательным репродуктивным технологиям.

**Предмет исследования** – динамика отношения родителей к детям на ранних этапах развития ребенка.

**Цель исследования** – выявление особенностей отношения обоих родителей к ребенку на ранних этапах его онтогенеза, в зависимости от того, как происходило зачатие или вынашивание.

### **Методы исследования:**

1. Теоретический анализ научной литературы;
2. Опросник «Ваше отношение к ребенку» М. Буавен;
3. Опросник «Время с ребенком»;
4. Опросник «Знакомство с Вашим ребенком»;
5. Статистический анализ данных был проведен с использованием Однофакторного дисперсионного анализа (one-way ANOVA) и коэффициента ранговой корреляции Спирмена с применением поправки Бонферрони к Р-уровню значимости.

**Выводы:** Отношение родителей к своим детям на ранних этапах развития ребенка зависит от факта использования вспомогательных репродуктивных технологий. К возрасту ребенка 18 месяцев отличия по отношению к ребенку между двумя группами стираются и перестают статистически значимыми. В исследовании определили факт влияния использования ВРТ на детско-родительские отношения и позволили уточнить конкретные сферы и аспекты этого воздействия при беременности, достигнутой с помощью ВРТ.

## ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. ЕМОЦІЙНЕ І ОСОБИСТІСНЕ СПІЛКУВАННЯ БАТЬКІВ І ДИТИНИ В ПЕРІОДИ НОВОНАРОДЖЕНОСТІ І ДИТИНСТВА В УМОВАХ ВИКОРИСТАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ...5	
1.1 Перебіг нормативного розвитку дитини в період новонародженості і дитинства..... 5	
1.2 Соціальна ситуація розвитку дитини при народженні за допомогою допоміжних репродуктивних технологій..... 10	
1.3 Сучасні дані про взаємозв'язок факту використання допоміжних репродуктивних технологій і специфіки дитячо батьківських відносин.....16	
РОЗДІЛ 2. ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ..... 21	
2.1 Характеристика вибірки.....21	
2.2 Характеристика методів дослідження.....21	
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ....27	
3.1 Загальний опис результатів..... 27	
3.2 Результати дослідження.....37	
ВИСНОВКИ.....48	
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....53	
ДОДАТКИ.....55	

## ВСТУП

**Актуальність дослідження** – зачаття, виношування і народження дитини - особливі психологічні умови, течією яких необхідно приділяти увага при розгляді формування психологічного благополуччя сім'ї. При цьому, роль допоміжних репродуктивних технологій в психологічному благополуччі батьків рідко потрапляє в фокус уваги психологічних досліджень. Так, часто оцінка ризиків застосування допоміжних репродуктивних технологій базується на порівняно медико-психологічних показників матерів різних вікових груп . Крім цього, багато роботи присвячені проблемі дитячо-материнських відносин, їх особливостей і формування, в той час як специфіка дитячо-батьківських відносин і динаміка їх розвитку нерідко залишається за межами дослідницьких інтересів. Проте, відношення обох батьків до дитини на ранніх етапах його розвитку в першу чергу формує вектор його психічного розвитку, а використання ДРТ може бути фактором, що вносить внесок в цей процес.

**Об'єкт дослідження** – ставлення батьків до дітей, зачатим, виношеним і народженим завдяки допоміжним репродуктивним технологіям.

**Предмет дослідження** – динаміка ставлення батьків до дітей на ранніх етапах розвитку дитини.

**Мета дослідження** – виявлення особливостей відносини обох батьків до дитини на ранніх етапах його онтогенезу, в залежно від того, як відбувалося зачаття або виношування.

**Відповідно до даної мети були поставлені наступні завдання:**

1. Теоретичний огляд та систематизація сучасних наукових даних про дитячо-батьківських відносинах в період новонародженості та дитинства;
2. Встановлення зв'язку використання допоміжних репродуктивних технологій і відносини матерів і батьків до власного дитині;

3. Визначення внутрісімейної конвергенції / дивергенції результатів батьків і матерів в оцінці ставлення до власного дитині в залежно від факту використання ДРТ;

4. Виявлення динаміки показників ставлення до дитини протягом перших 18 місяців життя дитини.

#### **Методи дослідження:**

1. Теоретичний аналіз наукової літератури;
2. Опитувальник «Ваше ставлення до дитини» М. Буавен;
3. Опитувальник «Час з дитиною»;
4. Опитувальник «Знайомство з Вашою дитиною»;
5. Статистичний аналіз даних був проведений з використанням Однофакторного дисперсійного аналізу (one-way ANOVA) і коефіцієнта рангової кореляції Спірмена, із застосуванням поправки Бонферроні до Р-рівнем значущості

#### **Гіпотези дослідження :**

1. Ставлення батьків до дітей на ранніх етапах розвитку дитини залежить від факту використання допоміжних репродуктивних технологій;

2. До віку дитини 18 місяців розбіжності у ставленні до дитини перестають бути статистично значущими.

Загальна чисельність вибірки склала від 269 до 164 сімей.

Були отримані дані як про сім'ї, в яких зачаття, виношування і народження дитини проходили природним шляхом, так і про сім'ях, які при вагітності використовували ті чи інші технології ДРТ. Для проведення порівняльного аналізу з природною вагітністю та застосуванням ДРТ, всі типи ДРТ були об'єднані в одну загальну групу. У дослідженні взяли участь 30 сімей.

## РОЗДІЛ 1. ЕМОЦІЙНЕ І ОСОБИСТІСНЕ СПІЛКУВАННЯ БАТЬКІВ І ДИТИНИ В ПЕРІОДИ НОВОНАРОДЖЕНОСТІ І ДИТИНСТВА В УМОВАХ ВИКОРИСТАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

### 1.1 Перебіг нормативного розвитку дитини в період новонародженості і дитинства

Сучасні наукові дані показують, що фундамент формування ставлення батьків до дитини закладається ще до настання вагітності, а деякі особливості ставлення до дитини можна простежити вже безпосередньо в процесі виношування. Так, по даними А. В. Колодін, на формування ставлення до дитини впливає уявлення про передбачуваних особливості характеру і особистості дитини, і безпосередньо очікування від майбутньої дитини [23]. При плануванні вагітності очікування від дитини і процесу його виховання (Як і покладені на нього надії) можуть формуватися задовго до настання самої вагітності і висловлювати особливості ціннісно-сміслових орієнтацій батьків [16]. Згідно з працею Г. Г. Філіппової, безпосередньо в процесі вагітності у матері починає формуватися суб'єктно-орієнтоване відношення до дитини, респонсивність і сензитивність. Важливими періодами для формування стилю відносини матері до дитини Філіппова називає період вагітності і першого року життя немовляти [15].

Внаслідок того, що ставлення до дитини і покладені на нього очікування безпосередньо визначають стиль і особливості батьківського виховання, можна говорити про пряму залежність психічного розвитку дитини від дитячо-батьківських відносин у родині [26]. У свою чергу, і сам процес психічного розвитку дитини зокрема, його вроджені здібності, а також їх відповідність батьківським очікуванням можуть впливати на формування і розвиток ставлення батьків до дитини. З метою розгляду динаміки дитячо-батьківських відносин, необхідно в першу чергу розглянути закономірності нормативного психічного розвитку дитини, зокрема, соціальну ситуацію розвитку дитини, що веде діяльність, кризові періоди, і також відповідні

розглядаються віковими періодами психологічні новоутворення.

Оскільки основними термінами формування ставлення батьків до дитини вважаються період вагітності і першого року життя дитини [15], в даній роботі будуть розглянуті періоди новонародженості (0-2 місяців), дитинства (2-12 місяців) і початок періоду раннього дитинства, згідно вікової періодизації Д. Б. Ельконіна [8]. При розгляді нормативного психічного розвитку будуть також використані положення інших вікових періодизацій психічного розвитку, зокрема, періоди стабільного і кризового розвитку, виділені Л. С. Виготським, вікова періодизація когнітивного розвитку Ж. Піаже, а також загальнонаукові положення про біологічне, фізіологічному і психічному розвитку дитини на ранніх етапах онтогенезу [6].

Пренатальний період прийнято відраховувати безпосередньо з моменту зачаття до моменту народження дитини тобто від початку интранатального періоду, проте в перинатології та неонатології також існує кілька додаткових стадій, з яких в різних концепціях починається відлік періоду новонародженості: ранній (168 годин після народження) і пізній (8-28 днів) неонатальний період [1]. Проте, в рамках даної теми буде розглядатися нормативне психічне розвитку в тих термінах, які відповідають основним положенням теорій періодизації, зазначених в теоретико-методологічних підставах роботи:

Пренатальний період - до народження дитини;

Интранатальний період - безпосередньо процес народження дитини, відповідає початку кризи новонародженості по Л. С. Виготському;

Постнатальний період — період після народження, котрий підрозділяється на різні етапи в залежності від способу періодизації психічного розвитку дитини.

Протягом пренатального періоду коректно говорити про біолого-фізіологічних механізмах формування психіки, обумовлених середовищем, біологічними, генетичними і епігенетичними процесами, що проходять в організмі матері і формується дитини. Нервова система дитини вперше

починає формуватися на 4-5 тижні вагітності. До 20 тижня вагітності формуються органи чуття і відповідні аналізаторні центри головного мозку, до 25 тижня - основні секреторні органи мозку, що входять в лімбічну систему (таламус, гіпоталамус, гіпофіз, епіфіз і ін.), а до 30 тижня запускаються мозкові механізми саморегуляції стану організму (регуляція дихання, температури тіла і ін.) [5]. У цей момент відбувається реалізація закладених в генотип дитини програм, обумовлюють специфіку вроджених динамічних характеристик і загальних особливостей нервової системи. Саме ці характеристики прийнято зараховувати до особливостей темпераменту індивіда, в Зокрема, сила, рухливість і врівноваженість НС, загальна активність індивіда, динамічні особливості його моторики і емоційно-вольової сфери. При описі цих характеристик варто окремо відзначити, що незважаючи на те що темперамент стійкий в часі, обумовлений загальним типом нервової системи і регулює динаміку психічної діяльності і окремих психічних процесів [32], він не визначає межу можливих досягнень індивіда [3]. Отже, протягом пренатального періоду і до народження дитини можна говорити лише про динамічні характеристики психіки дитини.

Процес народження дитини знаменується настанням кризи новонародженості, соціальна ситуація розвитку якого характеризується протиріччям між повною залежністю від дорослого і неможливістю встановити з ним комунікацію. Дитині в цей період доступна тільки реалізація вроджених (рефлекторних) форм поведінки. Отже, основне завдання наступного періоду новонародженості — сформувати потреба в комунікації і відповідні засоби цієї комунікації з дорослим [31]. Даний кризовий період триває до віку на 2 місяці, а потім, згідно періодизаціях Л. С. Виготського і Д. Б. Ельконіна, настає стабільний період дитинства (до 1 року). Соціальна ситуація розвитку даного віку характеризується нерозривністю і «слитість» з матір'ю, а будь-які види активності дитини опосередковані дорослим і невідривно від нього. Цю ситуацію розвитку називають ситуацією «Пра-Ми». провідна діяльність в даному віці

обмежується безпосередньо-емоційною комунікацією з дорослим. Нормативні психологічні новоутворення, характерні для фізіологічного та психологічного розвитку дитини в даному віці: набуття відносної самостійності (Самостійне повзання до об'єкта інтересу), початок ходьби, відкриття свого фізичного Я (розуміння свого вигляду в дзеркалі), відділення себе від зовнішнього світу і виділення себе в світі людей. Основною формою спілкування в період раннього дитинства можна вважати ситуативно-особистісне спілкування з дорослим, з паралельним розвитком сенсорних процесів, і зокрема - сприйняття. До віку 3-4 місяців м'язова маса дитини слаборозвита, а згинальні м'язи знаходяться в стані гіпертонусу, через що в період раннього дитинства дитина не може здійснювати локомоцію. Крім цього, велику частину дня у раннього немовляти займає сон. У період пізнього дитинства на передній план виходить ситуативно-ділове спілкування, і переважне розвиток отримує моторна сфера (локомоція і маніпуляція), дитина закріплює вторинні циркулярні реакції, і вчиться їх координувати в рамках цільового дії.

В кінці дитячого періоду настає криза одного року, характеризується, з одного боку, відносною самостійністю у взаємодії зі світом і початком формування автономної мотиваційної сфери, а з іншого - відсутністю необхідних операційно-технічних засобів реалізації пізнавальної діяльності [4]. При цьому, в рамках кризи вперше починають проявлятися труднощі з вихованням дитини, зумовлені придбанням первинної автономії і власних автономних мотивів: дитина стає неслухняним, капризним, може негативно реагувати на зауваження. Дозвіл цієї кризи відбувається внаслідок перебудови способу взаємодії батьків і дитини: дорослі перестають бути помічниками і провідниками в навколишній світ, а замість цього стають посередниками пізнавальної діяльності дитини [1].

Цей перехід знаменується початком періоду раннього дитинства, в рамках якого з'являється і розвивається предметно-гарматна діяльність в рамках операційно-технічної сфери. Крім цього, серед новоутворень

виділяють мова, відкриття себе в якості суб'єкта діяльності — прагнення самостійно виконувати цільові дії, здійснювати діяльність, яку зазвичай робить дорослий. Дитина стає більш стійким при ходьбі, може переступати через невисокі перешкоди, з'являється наслідування дорослим. Перша фаза періоду раннього дитинства триває приблизно до 18 місяців, і в ній отримує розвитку імпресивна мова дитини (засвоєння мови). Після 18 місяців розвивається експресивна мова (Реалізація мовних навичок), хоча довгострокова декларативна (як епізодична, так і семантична) пам'ять ще не сформована [24]. В цьому ж віці дитина отримує можливість ще більш активно досліджувати світ і відкривати нові засоби досягнення поставленої мети, активно експериментуючи зі зовнішнім світом.

Таким чином, в перші 18 місяців життя дитини нормативне течія психічного перетвореннями і розвитку придбанням, супроводжується перш якісними за все, первинної самостійності в мотиваційній, пізнавальній та руховій сфері. Такий перебіг розвитку вимагає від батьків дитини перебудови моделі взаємодії з дитиною і обліку його інтенцій до пізнання світу і до експериментування з ним.

## 1.2 Соціальна ситуація розвитку дитини при народженні за допомогою допоміжних репродуктивних технологій

«Про порядок використання допоміжних репродуктивних технологій, протипоказання і обмеження до їх застосування », допоміжні репродуктивні технології визначаються як «методи лікування безпліддя, при застосуванні яких окремі або всі етапи зачаття і раннього розвитку ембріонів здійснюються поза материнським організмом (в тому числі з використанням донорських та (або) кріоконсервованих статевих клітин, тканин репродуктивних органів і ембріонів, а також сурогатного материнства)» [4]. Мета ДРТ - дати людям з порушеннями репродуктивного здоров'я можливість завагітніти, виносити і успішно народити здорового дитини. Залежно від стану репродуктивного здоров'я членів сім'ї типи ДРТ можуть варіювати за ступенем втручання в природний процес зачаття і перебігу вагітності, починаючи від донорства сперматозоїдів і закінчуючи сурогатним материнством.

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я визначає безпліддя як «Захворювання репродуктивної системи, яке визначається нездатністю досягти клінічної вагітності після 12 і більше місяців регулярного незахищеного статевих акту» [12]. У 2010 році автори роботи «National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990» провели оцінку поширеності подружніх пар з проблемами безпліддя. У цій роботі при підрахунку подружніх пар з порушеннями репродуктивного здоров'я була дана оцінка в 48.5 мільйонів пар по всьому світу. Зокрема, 1,9% жінок повідомили про безуспішні спроби завагітніти природним шляхом в перший раз (первинна безплідність), і 10,5% - вдруге (вторинне безпліддя) [11]. Серед чоловіків репродуктивного віку (15-49 років) зустрічальність безпліддя складає близько 5% [5]. згідно актуальним доступним даними статистичного щорічника, наданого федеральною службою державної статистики, в 2017 році кількість поставлених діагнозів безпліддя серед чоловіків становило 85.8

на 100 000 дорослого населення (+ 7.11% у порівнянні з 2016), для жінок - 857.4 випадку на 100 000 дорослого населення (+ 1.71% у порівнянні з 2016), в абсолютних числах - 45385 випадків у чоловіків і 284 314 у жінок [3]. Загальний показник приросту діагнозу чоловічого безпліддя з 2015 по 2019 склав 34.3%, проте ці дані свідчать, скоріше, про прирості обізнаності населення про проблему безпліддя і збільшення звернень до медичні заклади. Так, ще в 2009 році 83% жінок з ускладненою вагітністю були готові прислухатися і послухатися поради лікаря генетика [15] [33].

Ці факти в сукупності зі здешевленням процедур ДРТ і зростанням освіченості населення в питаннях репродуктивного здоров'я стимулюють зростаючу популярність методів ДРТ. Автори дослідження «The number of babies born globally after treatment with the assisted reproductive technologies» повідомляють, що станом на 2012 рік в світі офіційно було зареєстровано 3.3-4.1 мільйона немовлят, народжених за допомогою технологій ДРТ [22]. Дані були засновані на офіційних звітах країн, які надали статистику проведення процедур ДРТ. Виходячи з цього, автори екстраполюють отримані числа і роблять припущення, що з урахуванням відсутньої інформації станом на кінець 2012 року з допомогою ДРТ в світі було народжене близько п'яти мільйонів дітей. Європейське суспільство репродукції людини і ембріології повідомляє, що за даними на 18 лютого 2018 року в світі налічується 7 мільйонів людей, народжених з допомогою технологій ДРТ [6], а вже 3 липня того ж року на сайті товариства був опублікований матеріал, в якому кількість дітей, народжених з допомогою ДРТ, було оцінено в 8 мільйонів [15]. У цій же статті автори прогнозували цифри в 9-10 мільйонів чоловік до кінця 2020 року, з кількістю народжень понад 500 000 дітей на рік, однак оновленої статистики з тих пір не з'явилося. В іншій роботі під назвою «A demographic projection of the contribution of assisted reproductive technologies to world population growth» автори припускають, що щорічне число народжень за допомогою ДРТ буде збільшуватися на 10-30 тисяч щороку [9]. Національний реєстр ДРТ в звіті за 2017 рік оцінює загальну кількість

процедур ДРТ, виконаних в 159 російських центрах ДРТ за цей рік, в 139779 циклів (в 2016 році - 123 181 цикл; + 13,5%). Всього, за даними національного реєстру ДРТ, на 2017 рік працювало 220 центрів ДРТ (відсоток поділилися інформацією центрів - 72,3%) [10]. З 2019 року базову програму ЕКО включили в перелік послуг, доступних за полісом обов'язкового медичного страхування [2], що також підняло популярність використання ЕКО, однак, тільки в регіонах з найбільш високим вищеперелічені середнім рівнем факти є доходів населення підставою для [32]. всі докладного розгляду можливості існування психологічних ризиків для батьків і їх дітей, в зв'язку з безпліддям і застосуванням допоміжних репродуктивних технологій, які втручаються в природний процес зачаття.

Нерідко при розгляді психологічної ситуації застосування ДРТ увага приділяється позитивних факторів психологічного благополуччя батьків і дитини. Факт використання складних, психотравмуючих і дорогих технологій ДРТ передбачає як високий рівень прагнення і готовності до материнства з переважанням конструктивних мотивів вагітності [29], так і ряд інших захисних факторів, що включають більш високу задоволеність житловими умовами і матеріальним становищем [9], високий соціальний статус [18]. Однак взаємозв'язок між психологічними факторами і успішним результатом ЕКО більш складна, ніж прийнято вважати. Показано, що комбінація загальноприйнятих «негативних» факторів (наприклад, стрес) і «позитивних» (наприклад, фінансового благополуччя) може по-різному впливати на результат ДРТ. В деяких випадках позитивні аспекти людського життя (наприклад, автономія) можуть знизити ймовірність вагітності, а інші чинники, які вважаються «Негативними» (наприклад, негативні емоції), можуть підвищити шанс настання вагітності [10].

Також існує і зворотна сторона психологічної безпеки при застосуванні ДРТ. В першу чергу, фактором стресових впливів є переживання порушень репродуктивного здоров'я, внутрішня картина хвороби (ВКБ) майбутнього батька [4]. спектр потенційних психологічних ризиків не обмежений

наслідками дистресу. Так, в ряді досліджень було показано значне підвищення ризику тривожності у жінок, які використовували ДРТ або проходять лікування від безпліддя [7] [12]. Крім фізіологічних факторів безпліддя можна, можливо виділити і психологічні: депресія, сексуальні страхи і фобії, почуття провини і сексуальні травми в минулому [14]. В роботі Ульянич А. Л. крім загальних факторів, обумовлюють підвищену ймовірність переривання вагітності (низька самооцінка, тривожні і депресивні стану), перераховані і менш очевидні особливості: сприйняття вагітності та дітонародження як способу отримання нового соціального статусу або способу зміцнення подружніх відносин [4]. Проте, ці фактори можуть бути недооцінені: в 30% випадків безпліддя не вдається знайти фізіологічні причини цих порушень [18].

Іншим фактором психологічного ризику в сім'ях, що використовують допоміжні репродуктивні технології, є тривала історія безпліддя [19] [9]. У ряді робіт було показано зв'язок тривалого періоду безпліддя у жінок-учасниць програм ЕКЗ з такими психологічними факторами, як зниження самооцінки, зміни в настрої і сексуальному функціонуванні [7], а також про депресію, гнів, тривогу, соціальної ізоляції та почутті провини [29]. В роботі Hjelmsstedt був виявлений зв'язок між високим ступенем попереднього дистресу, пов'язаного з безпліддям, і високим рівнем тривожності, пов'язаної з вагітністю, за оцінкою на 26-й і 36-й тижнях вагітності як серед жінок ЕКО, так і серед чоловіків ЕКО [13]. навіть тривале планування та очікування вагітності може бути пов'язано з появою негативних психологічних станів, і як наслідок, загрози переривання вагітності [4]. Чоловіки, які страждають безпліддям, повідомляють про почуття провини, сорому, низьку самооцінку, гніві, ізоляції, почуття втрати і особистої невдачі [16] [27], про тривожності і саморуйнування [9]. І чоловіки, і жінки повідомляють про зміни в їх соціальних контактах [11].

Ще одним важливим фактором психологічних ризиків можуть стати фізіологічні наслідки тривалого періоду безпліддя. Раніше одним з

діагностичних критеріїв безпліддя було названо умова безуспішних спроб природного зачаття дитини протягом одного року [28]. Це, а також підвищена зустрічальність вторинного безпліддя, в порівнянні з первинним, призводить до того, що вік жінки, яка звернулася за допомогою в центри ДРТ, значно вище середнього віку жінок, що завагітніли природним шляхом [22]. проведені медичні дослідження показують, з одного боку, високі ризики соматичних ускладнень при вагітності для жінок більш старшого віку [7] [15], а з іншого, показують благотворний вплив вагітності в старшому віці на постнатальний розвиток дитини за рахунок таких захисних факторів, як кращі житлові умови, матеріальне становище і високий соціальний статус членів сім'ї [9] [2] [12] [26].

Фізіологічним джерелом психологічних ризиків можуть служити і особливості самої процедури проведення ЕКЗ. При вагітності з використанням ДРТ спостерігаються підвищені ризики соматичних ускладнень і репродуктивних втрат [22], що також вносить значний внесок в психологічне благополуччя батьків; наприклад, ці фактори впливають на рівень стресу, або на те, як жінки відчують себе в ролі матері [21] [27]. Сам же рівень дистресу значно підвищується в період проведення процедур ДРТ, що також негативно відбивається на якості сну майбутніх батьків і матерів [16]. Однак сам процес екстракорпорального запліднення, хоч і є психотравмуючим фактором, судячи з усього, не пов'язаний з тривалими перинатальними афективними симптомами. Цей факт пов'язують як з тим, що позитивний результат цієї методики і задоволення бажання стати батьками істотно знижує рівень тривожності [7], так і з тим, що подружнім парам, які проходять процедури ДРТ, доступна медико-психологічна підтримка і консультування [4].

При зачаття, виношування і народження дитини ці чинники сукупно формують особливі психологічні умови, течією яких необхідно приділити увагу при розгляді можливих психологічних ризиків використання ДРТ. Фактами, зумовлюють ,актуальність теми, є як спостережувана поширеність

порушень репродуктивного здоров'я і зростання частоти використання допоміжних репродуктивних технологій, так і показання реальні психологічні ризики для батьків, використовують ДРТ, і їхніх дітей..

### 1.3 Сучасні дані про взаємозв'язок факту використання допоміжних репродуктивних технологій і специфіки дитячо батьківських відносин

Ставлення матері до дитини розуміється як «цілісна система різноманітних почуттів і уявлень матері по відношенню до дитини, яка визначає способи спілкування з дитиною, поведінкові стереотипи, практикуються в спілкуванні з ним, особливості сприйняття і розуміння характеру дитини і його вчинків» [8]. це відношення вважається основоположним чинником, що обумовлює характер і особливості дитячо-батьківських відносин. Специфіка відносини матері до дитини встановлює особливості соціальної ситуації розвитку [2] [6].

Одним із стрижневих факторів, на основі яких утворюється система відносин матері до дитини, Г. Г. Філіппова пропонує до розгляду особливості онтогенезу материнської сфери [15], а В. І. Брутман і М. С. Радіонова виділяють такі групи чинників, як властивості темпераменту, характеру, особистості, а також особливості соціокультурного середовища і соціально-демографічних чинників, в умовах яких існує сім'я [7]. У даній роботі увагу буде приділено конкретно ситуації використання ДРТ і відповідним психологічним чинників, який впливає на формування дитячо-батьківських відносин. Найважливішим етапом формування ставлення матері до дитини, а також відправною точкою формування прихильності до дитини Брутман і Радіонова називають період вагітності, з властивими даному процесу психофізіологічними змінами [7]. За даними Г. Г. Філіппової, в процесі вагітності у матері починає формуватися суб'єктно-орієнтоване відношення до дитині, респонсивність і Сензитивність. Важливими періодами для формування стилю відносини матері до дитини Філіппова називає період вагітності і першого року життя немовляти [5].

Але існують і такі, що показують, що батьківські очікування від процесу виховання дитини можуть формуватися задовго до настання і реального планування самої вагітності [23]. А так як очікування батьківства і

покладені на цей процес надії включають в себе безпосередньо очікування наявності у дитини певних індивідуально психологічних особливостей, можна говорити, що і ставлення до майбутнього дитині може закладатися до початку вагітності. В такому випадку, ставлення до дитини може залежати від того, наскільки виправдовуються очікування від процесу материнства і батьківства, і в якій мірі реалізуються батьківські мотиви, пов'язані з вихованням і комунікацією з дитиною. Однак на даний момент не вдалося знайти відповідних емпіричних даних.

Проблематика відмінностей у ставленні до дітей між сім'ями з природною вагітністю, і вагітністю, досягнутої за допомогою ДРТ, маловивчений. У даній роботі вже обговорювалося факт вікових відмінностей між жінками, що завагітніли природним шляхом, і учасницями програм ДРТ. Виходячи з цього, часто оцінка психологічних ризиків застосування допоміжних репродуктивних технологій ґрунтується на дослідженнях порівняння когорт матерів, згрупованих за ознакою віку [13] [19] [20] [25] [31]. Крім цього, багато роботи присвячені проблемі дитячо-материнських відносин, їх особливостей і формування, в той час як специфіка дитячо-батьківських відносин і динаміка їх розвитку часто залишається за межами дослідницьких інтересів [2] [7] [8] [18]. Проте, існують і емпіричні дані про дитячо-батьківських відносинах, безпосередньо пов'язані з застосуванням ДРТ.

Згідно з працею McMahon et al., Матері-учасниці програм ДРТ ще під час вагітності відчують підвищену тривогу стосовно майбутній дитині, сприймають його як більш вразливого [12]. це також може бути наслідком наявності зв'язку між тривогою і віком: в роботі Spillman et al була показана пряма залежність сили тривоги за майбутньої дитини від віку матері [22]. Вже після пологів матері-учасниці процедур ДРТ показують більше високий рівень емоційної залученості у взаємодію з новонародженим [24]. У більш старшому віці, судячи з усього, відмінності стираються [17]. В роботі Colrin et al. рівень емоційної підтримки матерів по відношенню до дворічних дітей

так само не мав статистичних значущих відмінностей між жінками-учасницями програм ДРТ і контрольною групою з природним зачаттям [8]. У дослідженні Hahn і Di Pietro були проаналізовані самоотчѐти матерів, щодо висловлення емоцій при взаємодії з їх дітьми у віці 3-7 років. Дослідження не виявило статистично значущих відмінностей в емоційному взаємодії матерів та їх дітей, проте вчителі цих дітей оцінювали матерів групи ЕКО як демонструють більшу теплоту, але не гіперопеку. В інтерв'ю також відзначалися більш низькі оцінки агресивної поведінки батьків по відношенню до своїх дітей. Вчителі також оцінили дітей з ЕКО як мають менше поведінкових проблем, ніж діти контрольної групи. Окрему увагу в роботі було приділено тому фактом, що вчителі не були інформовані про те, до якої з груп відносилася та чи інша сім'я [10]. У дослідженнях на російських вибірках також було показано, що якість життя і добробут сімей, вдавалися до ДРТ, було вище, ніж у контрольній групі [26]. У роботі Е. В. Соловйової був виділений ряд загальних ознак, в рівній мірі характерних для матерів-учасниць програм ЕКЗ і для контрольної групи. До них віднесли рівень позитивних емоцій, який матері зазнали при першому контакті з новонародженим, а також радість від індивідуальних особливостей дитини і занепокоєння за його здоров'я і розвиток [9]. В цьому ж дослідженні були описані відмінності між групами в ставленні до своєї дитини. Так, матері групи ЕКО частіше відзначали негативне враження від першої зустрічі з дитиною, частіше пов'язували своє занепокоєння з поведінкою дитини, а також мали завищені очікування стосовно здібностей дитини.

Дані показують, що психологічна ситуація використання допоміжних репродуктивних технологій надає вплив на батьківську ідентичність і ставлення подружжя до власного дитині на різних етапах його розвитку [27]. На даний момент специфіка цього впливу, особливо щодо дитячо-батьківських відносин, вивчена недостатньо. Основна маса робіт сконцентрована на вивченні дитячо-батьківських відносин в періодах вагітності і перших місяців життя дитини, в той час як розвиток дитини після

першого року розглядається лише в невеликій кількості публікацій. Повне вивчення проблеми вимагає додаткових даних, що стосуються в рівній мірі дитячо-материнських і дитячо-батьківських відносин, а також їх динаміки і внутрішніх особливостей різних сфер емоційно-особистісного спілкування батьків і дитини більш старшого, ніж дитячий, віку.

Сучасні роботи, що описують нормативне психічний розвиток дитини, показують, що перші 18 місяців життя дитини супроводжуються якісними перетвореннями всіх сфер психічного розвитку дитини: когнітивної, емоційної, мотиваційної, моторної і т.д. основними придбаннями, перш за все, можна, можливо вважати розвиток первинної самостійності в мотиваційній, пізнавальній та руховій сфері дитини. В рамках даної теми цей кризовий етап розвитку психіки найбільш важливий, тому що це перетворення вимагає від батьків дитини перебудови моделі взаємодії з дитиною, а також обліку його інтенцій до пізнання світу і до експериментування з ним. Прийняття та визнання самостійності дитини (нехай часткової і обмеженою) у багатьох випадках може означати перегляд своїх очікувань і покладених на період батьківства надій, і зокрема, зміна свого ставлення до дитини. Цей етап дуже чутливий до формування моделі батьківського виховання, тому дитина, з огляду на його індивідуально-психологічних особливостей, може бути більш-менш слухняним, посидючим і тихим, що вносить в безпосередній внесок в вибір моделі виховання дитини.

Крім загальних факторів, що забезпечують формування ставлення батька до дитини, існують і спеціальні психологічні умови, які можуть впливати на цей процес. Предметом даної роботи є розгляд допоміжних репродуктивних технологій як одного і таких факторів. Психологічні ризики в ситуації застосування ДРТ можуть бути викликані багатьма факторами: тривалою історією безпліддя і невдалих спроб завагітніти природним шляхом, або ж самим фактом використання ДРТ (зокрема, ЕКО) як медичної процедури, що має стресогенні і навіть психотравмуючі аспекти. Тим не

менше, використання ДРТ супроводжує з багатьма захисними психологічними факторами: більш високе матеріальне становище і рівень освіти у батьків, вдаються до ДРТ, доступність медичного і психологічного супроводу в підготовці, плануванні та перебігу вагітності та ін. Показано, що психологічна ситуація використання допоміжних репродуктивних технологій надає вплив на батьківську ідентичність і ставлення подружжя до власного дитині на різних етапах його розвитку, проте в даний момент основна маса робіт загострює увагу на окремих етапах розвитку дитини, не розглядаючи динаміку формування та розвитку цього відношення. Крім того, серед розглянутих періодів розвитку дитини практично не зустрічається період дитинства (від 1 року і вище), хоча саме в цей період дитина починає знаходити самостійність, а батькам необхідно міняти підхід до взаємодії з дитиною. «Білою плямою» в рамках даної теми також виступають дитячо-батьківські відносини: згідно з результатами пошуку по сервісу Google Scholar, з 2017 року на англійській мові за запитом «child- mother relationship» знаходиться в два рази більше опублікованих матеріалів, ніж за запитом «child-father relationship». Російською мовою співвідношення робіт про дитячо-материнських і дитячо-батьківських відносинах становить 4 до 1. Багато аспекти дитячо-батьківських відносин на російських вибірках не вивчені зовсім. Повний вивчення проблеми вимагає додаткових даних, стосуються в рівній мірі дитячо-материнських і дитячо-батьківських відносин, а також їх динаміки і внутрішніх особливостей різних сфер емоційно-особистісного спілкування батьків і дитини більш старшого, ніж дитячий, віку.

## РОЗДІЛ 2. ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1 Характеристика вибірки

Були отримані дані як про сім'ї, в яких зачаття, виношування і народження дитини проходили природним шляхом, так і про сім'ях, які при вагітності використовували ті чи інші технології ДРТ. Для проведення порівняльного аналізу з природною вагітністю та застосуванням ДРТ, всі типи ДРТ були об'єднані в одну загальну групу. У дослідженні взяли участь від 269 до 164 сімей.

В рамках поточного дослідження з обох батьків за допомогою опитувальників були зібрані дані про ставлення до дитини протягом трьох періодів часу:

1. У період очікування народження дитини (останній триместр вагітності);
2. В період 9 місяців після народження дитини;
3. У період 18 місяців після народження дитини.

### 2.2 Характеристика методів дослідження

В рамках даного дослідження були використані наступні питувальники (у всіх випадках використовувалися дані обох батьків):

- 1) На період вагітності:  
питувальник «Знайомство з Вашою дитиною» з наступними підшкалами:  
(Додаток А)
  - i) взаємодія з плодом;  
мопожертву;
  - iii) диференціація себе від плоду;  
льова поведінка;
  - v) приписування характеристик плоду;

також сумарний бал за опитувальником.

2) На період 9 місяців:

питувальник «Ваше ставлення до дитини» з наступними підшкалами:  
(Додаток Б)

i) почуття самоєфективності;

приймається вплив батьків;

iii) батьківське ворожо-реактивне поведінка;

iv) батьківська гіперопіка;

прийняття якостей дитини;

vi) взаємодія з дитиною;

також сумарний бал за опитувальником.

питувальник «Час з дитиною» (сумарний бал);

3) На період 18 місяців:

питувальник «Ваше ставлення до дитини» з наступними підшкалами:  
(Додаток Б)

i) почуття самоєфективності;

приймається вплив батьків;

iii) батьківське ворожо-реактивне поведінка;

iv) батьківська гіперопіка;

прийняття якостей дитини;

vi) взаємодія з дитиною;

також сумарний бал за опитувальником.

питувальник «Час з дитиною» (сумарний бал).

питувальник «Знайомство з Вашою дитиною» на етапі вагітності. (Додаток А)

Як було показано раніше, первинне формування ставлення батьків до дитини відбувається ще до настання самої вагітності, а деякі особливості виношування. До таких показників відносяться уявлення про передбачувані

майбутньої дитини [23] [6], а також суб'єктно орієнтоване ставлення до дитини, респонсивність і сензитивність [5]. Для відстеження цих та інших показників, які свідчать про відношенні до дитини, був обраний переказним аналогом опитувальника Maternal fetal attachment scale (MFAS була розроблена для визначення ступеня прихильності матері до плоду на

питувальник складається з 24 тверджень про ставлення до очікуваного дитині, які оцінюються за шкалою Лайкерта від 1 (ніколи) до 5 (завжди). Відповіді респондентів групуються в п'ять шкал:

1. Взаємодія з плодом: шкала спрямована на оцінку ступеня батьківського взаємодії з ще ненародженої дитини, куди входять відповіді на ухи дитини, розуміння, коли він спить або не спить ( «Я розмовляю зі своїм ненароджених дитиною», «Я докладаю свою руку до живота, щоб тримувати поштовх від дитини в відповідь »і т.д.);

мопожертвування: шкала спрямована на оцінку готовності батьків пожертвувати особистим комфортом на благо розвивається дитини ( «Я вважаю, що всі неприємності вагітності варті того »,« Я харчуюся здоровою їжею, щоб бути впевненою (-им), що моя дитина отримує все, що потрібно »і т.д.);

3. Диференціація себе від плоду: шкала спрямована на оцінку готовності до народження дитини як самостійну людину, персоніфікація плода, в т.ч. називання його по імені ( «Я дійсно чекаю з нетерпінням, коли побачу, як виглядає дитина »,« Я вже вибрав (а) ім'я для дівчинки / хлопчика т.д.). Зворотний результат свідчить про відсутності прийняття дитини як кремої людини і повною ідентифікацією себе з дитиною, уявлення його як невід'ємної частини батьків;

льова поведінка: шкала спрямована на оцінку рівня прийняття батьківської

годує дитину », « Я не можу дочекатися того часу, коли зможу взяти дитину на руки » і т.д.);

5. Приписування характеристик плоду: шкала спрямована на оцінку ступеня прийняття батьками дитини як самостійного суб'єкта зі своїми індивідуально-психологічними особливостями: рисами характеру, прийняттям, суб'єктність і активністю ( «Я майже з упевненістю можу казати, яким буде моя дитина за характером, судячи по тому, як він / вона ухається всередині мене », « Здається, що мій малюк штовхає і рухається, щоб повідомити мені, що пора їсти » і т.д.). Загальний бал за даним питувальником вказує на ступінь очікування народження дитини і готовність до його народження. Даний опитувальник використовувався для збору даних в період вагітності, стомлений матеріал опитувальника «Знайомство з Вашою дитиною» представлено в додатку А.

питувальник «Ваше ставлення до дитини» на етапі 9 і 18 місяців після народження дитини. (Додаток Б)

моційно-особистісне спілкування батьків і дитини, і зокрема ставлення батьків до дитини, можна розглядати не тільки як цілісний явище, а й зділити на кілька різних сфер комунікації. Один з варіантів такого поділу запропонував Мішель Буавен, професор психології Університету Лаваль, Канада [3] [1]. У своїй роботі він запропонував оцінювати батьківські почуття (і відповідне ставлення до дитини) за наступними показниками:

прийняття якостей дитини. Сюди включаються батьківські уявлення про бистісні якості, інтелектуальні здібності і характеристиках зовнішності дитини, як про особливих і виняткових [3]. Низькі значення за цією шкалою корелюють з компетентністю батьків у сфері виховання і дитячого розвитку, також можуть бути свідченням досить розвинених навичках догляду за дитиною, теплими дитячо-батьківськими відносинами і т.д.

2. Батьківська самоефективності ( «parental self-efficacy»). під цим критерієм розуміється сприйнята здатність виконувати завдання, пов'язані з батьківською роллю: здатність заспокоїти, розважити, привернути увагу

дитини, здійснити хороший догляд за ним [5]. батьківська самоефективності батьківських навичок і вважається батьківського важливим поведінки, предиктором таких, як здатність розуміти і реагувати на сигнали дитини [6]. І навпаки, батьки з низькою самоефективністю сприймають дитини як важкого, дратуються і використовують стратегії покарання [7] [5] [6]. високі значення по цієї шкалою корелюють з компетентністю батьків у сфері виховання і дитячого розвитку, а також можуть бути свідченням досить відносинами і т.д.

приймається вплив батьків ( «perceived parental impact»). Це оцінка впливу власного батьківського поведінки на дитину. Показано, що рівень прийманого впливу частково пояснюється факторами ризику. Матері і батьки в сім'ях з низьким доходом, а також мали більш низький рівень освіти і частіше повідомляли про симптомах депресії, вважали, що вони роблять менший вплив на розвиток своєї дитини [1]. Високі значення за цією шкалою корелюють з компетентністю батьків у сфері виховання і дитячого розвитку і т.д.

4. Батьківські ворожо-реактивне поведінка ( «parental hostile-reactive behaviours »). Під даними критерієм розуміється схильність до ворожим, каральним і строго обмежувальним реакцій в поведінці батька, яке виникає у відповідь на важке поведінку дитини. Частина відмінностей у ворожо-реактивному поведінці з боку матері також пояснювалися факторами ризику. У батьків, на відміну від матерів, депресія НЕ сприяла вороже-реактивному поведінки [1]. Низькі значення за цією шкалою корелюють з компетентністю батьків у сфері виховання і дитячого розвитку і т.д.

5. Взаємодія з дитиною (батьківське тепло, «parental warmth»). Це задоволення від проведеного з дитиною часу, прояв ніжності і любові під час взаємодії з ним; прихильність до дитини. Високі значення за цією шкалою також прямо корелюють з компетентністю батьків у сфері виховання і дитячого розвитку і т.д.

6. Батьківська гіперопіка ( «parental overprotection»). Цей пункт відображає надмірну турботу про безпеку і захист дитини. Цей пункт також був пояснений факторами ризику в сім'ї [1]. Низькі значення по цій шкалою корелюють з компетентністю батьків у сфері виховання і дитячого розвитку і т.д.

Даний опитувальник був переведений і адаптований в рамках проекту включає в себе 32 питання, розділених по вищеперелічених шкалами, і цінують почуття, думки і дії батьків по відношенню до дитині. Кожен пункт цінується за 11-бальною шкалою, де 0 відповідає «Абсолютно невірно», 10 - «Абсолютно вірно» [Додаток Б]. Дана методика була використана в період 9 і 18 місяців від народження дитини.

опитувальник «Час з дитиною» на етапі 9 і 18 місяців після народження дитини. (Додаток В)

Даний опитувальник був складений в рамках Квебецького лонгитюдного дослідження розвитку дитини (QLSCD) [8] і переведений вторами проекту PLIS для вивчення ступеня активної участі батьків у житті дитини та проведення часу з ним [14]. Опитувальник складається з 7 тверджень, оцінюваних за п'ятибальною шкалою Лайкерта: від 1 (ніколи) до 5 (багато раз в день). Аналіз результатів по даному опитувальником має на увазі використання сумарного балу за всіма 7 твердженнями без додаткового зподілу на шкали. Дана методика також була використана в період 9 і 18 місяців від народження дитини.

## РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

### 3.1 Загальний опис результатів

Так як частина респондентів пропускала деякі опитувальники або не заповнювати їх повністю, з метою отримання валідних результатів при бробці отриманих даних було вирішено не враховувати результати за тими шкалами, на питання яких було дано менше 75% відповідей. Цей крок значно коротив вибірку, однак дозволив отримати набагато більш надійні результати. У Табл.3.1 наведені порівняльні дані про кількість валідних результатів, в залежності від періоду збору даних і розглянутого опитувальника.

Таблиця 3.1

#### Кількість валідних результатів

	Вагітність	9 місяців		18 місяців	
	Знайомство з Вашою дитиною	Ваше ставлення до дитини	Час з дитиною	Ваше ставлення до дитини	Час з дитиною
мей, які взяли участь в даному етапі					

Як видно з таблиці, найбільші втрати даних спостерігаються в результатах опитування «Ваше ставлення до дитини», на періоди 9 і 18 місяців, що, ймовірно, пов'язано з об'ємом стимульного матеріалу. Незважаючи на це, цінка обсягу вибірки показала, що даної кількості валідних результатів в підгрупах досить для перевірки статистичний гіпотези  $H_0 = H_1$  при рівні значущості  $p < 0.05$ .

В даному етапі дослідження взяли участь 269 сімей, які чекають дитину: 169 сімей з природним зачаттям і 100 сімей, що використала

допоміжні репродуктивні технології. Описові дані по вибірці представлені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Описові дані зібраної вибірки на період вагітності

Шкали опитувальників		Група природного зачаття		Група ДРТ	
		Середній бал	Ст. Викл.	Середній бал	Ст. Викл.
Матір	Взаємодія з плодом	20.65	4.20	21.84	3.02
	Самопожертву	20.59	4.33	22.53	3.08
	Диференціація себе від плоду	15.03	3.48	16.15	2.86
	Рольова поведінка	16.41	3.62	17.66	2.80
	Приписування характеристик плоду	23.16	4.83	24.94	3.80
Батько	Взаємодія з плодом	18.94	4.77	19.89	4.39
	Самопожертву	19.99	4.06	20.91	2.99
	Диференціація себе від плоду	15.23	3.66	15.85	3.00
	Рольова поведінка	15.13	3.71	16.26	3.16
	Приписування характеристик плоду	20.83	5.13	22.85	4.48
Сума (мати)		95.83	17.42	103.12	11.52
Сума (батько)		89.95	17.51	95.60	13.77

Порівняння груп природного зачаття і ДРТ проводилося по кожному з батьків, з урахуванням всіх 5 шкал опитувальника і підсумкового бала за опитувальником. Таким чином, порівняльний аналіз проводився по 12 показникам за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу.

Виходячи з цього, Р-рівень значущості був прийнятий з урахуванням поправки Бонферонні зі значенням  $p < 0.00417$ . Результати порівняльного аналізу представлені в Таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Результати однофакторного дисперсійного аналізу, для опитувальника «Знайомство з Вашою дитиною» на етапі вагітності

Шкали опитувальників		Середній бал (природне зачаття)	Середній бал (ДРТ)	F-критерій Фішера	P-value
Магір	Взаємодія з плодом	20.65	21.84	10.99	<0.001 *
	Самопожертву	20.59	22.53	27.32	<0.0001 *
	Диференціація себе від плоду	15.03	16.15	13.07	<0.001 *
	Рольова поведінка	16.41	17.66	15.71	<0.0001 *
	Приписування характеристик плоду	23.16	24.94	17.79	<0.0001 *
Батько	Взаємодія з плодом	18.94	19.89	4.3	<0.05
	Самопожертву	19.99	20.91	6.27	<0.05
	Диференціація себе від плоду	15.23	15.85	3.32	> 0.05
	Рольова поведінка	15.13	16.26	10.59	<0.001 *
	Приписування характеристик плоду	20.83	22.85	17.4	<0.0001 *
Сума (мати)		95.83	103.12	24.61	<0.0001 *
Сума (батько)		89.95	95.60	12.29	<0.001 *

Результати аналізу показали, що на етапі вагітності існують значущі відмінності між групами з природним зачаттям і використанням допоміжних показників опитувальника. Результати батьків, згідно F-критерієм Фішера,

в цілому мають менший розрив, а за деякими шкалами (взаємодія з плодом, значущих результатів).

В даному етапі дослідження взяли участь 164 сімей, які чекають дитину: 110 сімей з природним зачаттям і 54 сімей, які використовували допоміжні репродуктивні технології. У групі природного зачаття валідні результати за опитувальником «Ваше ставлення до дитини» та для питувальника «Час з дитиною» Описові дані по вибірці представлені в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

писові дані зібраної вибірки на період 9 місяців

Шкали опитувальників		Група природного зачаття		Група ДРТ	
		дній бал	т. Викл.	дній бал	т. Викл.
Матір	Почуття самоефективності				
	приймається вплив батьків				
	Вороже-реактивне поведінка				
	Батьківська гіперопіка				
	прийняття якостей дитини				
	Взаємодія з дитиною				
Батько	Почуття самоефективності				
	приймається вплив батьків				
	Вороже-реактивне поведінка				
	Батьківська гіперопіка				
	прийняття якостей дитини				
	Взаємодія з дитиною				

## Закінчення Табл. 3.4

Ставлення до дитини - сума (мати)				
Ставлення до дитини - сума (батько)				
Час з дитиною - сума (мати)				
Час з дитиною - сума (батько)				

Для опитувальника «Ваше ставлення до дитини» порівняння груп природного зачаття і ДРТ, як і в попередньому випадку, проводилося по кожному з батьків, з урахуванням всіх 6 шкал опитувальника і підсумкового бала за опитувальником, для опитувальника «Час з дитиною» порівняння проводилося тільки з урахуванням підсумкового бала. Виходячи з цього, Р-вень значущості був прийнятий з урахуванням поправки Бонферонні зі значенням  $p < 0.003125$ . Результати порівняльного аналізу за опитувальником «Ваше ставлення до дитини» представлені в Таблиці 3.5, результати порівняльного аналізу за опитувальником «Час з дитиною» - у Таблиці 3.6.

Таблиця 3.5

результати однофакторного дисперсійного аналізу, для опитувальника «Ваше ставлення до дитини» на етапі 9 місяців

Шкали опитувальників		Середній бал	Середній бал	F-критерій	P-value
Матір	Почуття самоефективності	49.36	50.83	2.19	> 0.05
	Сприймається вплив батьків	36.44	35.60	0.34	> 0.05
	Батьківське ворожо-реактивне поведінка	20.82	18.92	1.00	> 0.05
	Батьківська гіперопіка	27.38	29.40	1.80	> 0.05
	Сприйняття якостей дитини	30.63	31.37	0.67	> 0.05
	Взаємодія з дитиною	46.53	47.55	2.64	> 0.05

Закінчення Табл. 3.5

Батько	Почуття самоефективності	41.98	44.74	2.89	> 0.05
	Сприймається вплив батьків	34.24	34.96	0.19	> 0.05
	Батьківське ворожо-реактивне поведінка	16.77	14.46	1.62	> 0.05
	Батьківська гіперопіка	22.71	22.76	0.00	> 0.05
	Сприйняття якостей дитини	31.64	33.08	2.33	> 0.05
	Взаємодія з дитиною	43.18	43.92	0.48	> 0.05
Сума (мати)		211.15	213.67	0.60	> 0.05
Сума (батько)		191.13	194.24	0.71	> 0.05

Таблиця 3.6

зультати однофакторного дисперсійного аналізу, для опитувальника «Час з дитиною» на етапі 9 місяців

Сумарні бали опитувальників	Середній бал (природне зачаття)	Середній бал (ДРТ)	F-критерій Фішера	p-value
Сума (мати)	24.47	24.52	0.51	> 0.05
Сума (батько)	21.51	22.08	1.51	> 0.05

На даному етапі дослідження не вдалося виявити статистично значущих відмінностей між групами природного зачаття і використання ДРТ ні в показниках матерів, ні в показниках батьків. Ці результати узгоджуються з результатами інших досліджень: незважаючи на підвищену тривожність у третьому триместрі вагітності, вже після пологів матері-учасниці процедур ДРТ показують більш високий рівень емоційної залученості у взаємодію з новонародженим і відмінності в рівні тривоги за дитину, судячи по всьому, тираються.

згляд результатів дослідження на наступному етапі (18 місяців) дозволить

цінити ймовірність флуктуації даних: в разі, якщо тенденція відсутності відмінностей буде зберігатися, можна буде зробити висновок про те, що показники статистичного аналізу достовірно характеризують особливості вибірки і свідчать про відсутність відмінностей між двома групами батьків .

В даному етапі дослідження взяли участь 172 сімей, які чекають дитину: 116 сім'ї з природним зачаттям і 56 сім'ї, які використовували допоміжні репродуктивні технології. У групі природного зачаття валідні результати за опитувальником «Ваше ставлення до дитини» та опитувальника «Час з дитиною» описові дані по вибірці представлені в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Описові дані зібраної вибірки на період 18 місяців

Шкали опитувальників		Група природного зачаття		Група ДРТ	
		Середній бал	Ст. Викл.	Середній бал	Ст. Викл.
Магір	Почуття самоефективності	48.48	7.04	49.14	7.14
	Сприймається вплив батьків	38.19	9.44	34.34	12.44
	Вороже-реактивне поведінка	25.74	12.93	23.42	13.99
	Батьківська гіперопіка	24.45	10.11	26.00	9.38
	Сприйняття якостей дитини	31.02	6.47	31.58	6.93
	Взаємодія з дитиною	45.76	4.79	46.71	4.25
Батько	Почуття самоефективності	43.59	9.51	44.20	9.70
	Сприймається вплив батьків	35.42	10.30	32.98	10.39
	Вороже-реактивне поведінка	19.75	12.00	19.17	11.65
	Батьківська гіперопіка	19.60	8.07	21.81	8.31
	Сприйняття якостей дитини	31.97	5.41	33.07	6.32
	Взаємодія з дитиною	43.27	6.35	43.91	6.09

Закінчення Табл. 3.7

Ставлення до дитини - сума (мати)	213.64	23.31	211.19	20.98
Ставлення до дитини - сума (батько)	193.78	22.56	195.30	24.38
Час з дитиною - сума (мати)	24.81	2.73	24.57	2.51
Час з дитиною - сума (батько)	22.20	3.61	21.59	2.96

Для опитувальника «Ваше ставлення до дитини» порівняння груп природного зачаття і ДРТ, як і в попередньому випадку, проводилося по кожному з батьків, з урахуванням всіх 6 шкал опитувальника і підсумкового бала за опитувальником, для опитувальника «Час з дитиною» порівняння проводилося тільки з урахуванням підсумкового бала. Таким чином, порівняльний аналіз даних на період 18 місяців проводився ідентично порівняльного аналізу на 9 місяців: по 16 показникам за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу. Виходячи з цього, Р- рівень значущості був прийнятий з урахуванням поправки Бонферонні зі значенням  $p < 0.003125$ . Результати порівняльного аналізу за опитувальником «Ваше ставлення до дитини» представлені в Таблиці 3.8, результати порівняльного аналізу за опитувальником «Час з дитиною» - у Таблиці 3.9.

Таблиця 3.8

Результати однофакторного дисперсійного аналізу, для опитувальника «Ваше ставлення до дитини» на етапі 18 місяців

Шкали опитувальників		Середній бал (природне зачаття)	Середній бал (ДРТ)	F-критерій Фішера	P-value
	Почуття самоєфективності	48.48	49.14	0.48	> 0.05
	Сприймається вплив батьків	38.19	34.34	7.48	<0.01

Закінчення Табл. 3.8

Матір	Батьківська гіперопіка	24.45	26.00	1.33	> 0.05
	Сприйняття якостей дитини	31.02	31.58	0.39	> 0.05
	Взаємодія з дитиною	45.76	46.71	2.32	> 0.05
Батько	Почуття самоефективності	43.59	44.20	0.15	> 0.05
	Сприймається вплив батьків	35.42	32.98	2.07	> 0.05
	Батьківське ворожо-реактивне поведінка	19.75	19.17	0.09	> 0.05
	Батьківська гіперопіка	19.60	21.81	2.75	> 0.05
	Сприйняття якостей дитини	31.97	33.07	1.40	> 0.05
	Взаємодія з дитиною	43.27	43.91	0.39	> 0.05
Сума (мати)		213.64	211.19	0.63	> 0.05
Сума (батько)		193.78	195.30	0.16	> 0.05

Таблиця 3.9

Результати однофакторного дисперсійного аналізу, для опитувальника «Час з дитиною» на етапі 18 місяців

Сумарні бали опитувальників	Середній бал (природне зачаття)	Середній бал (ДРТ)	F-критерій Фішера	p-value
Сума (мати)	24.81	24.57	0.51	> 0.05
Сума (батько)	22.20	21.59	1.51	> 0.05

В даному випадку простежується подібна динаміка: не було виявлено статистично значущих відмінностей між групами природного зачаття і ДРТ. Така динаміка може бути свідченням того, що спостережуване розподіл даних не є статистичною флуктуацією і достовірно свідчить про відсутність

значущих відмінностей у ставленні до дитини між групами природного зачаття і ДРТ.

### 3.2 Результати дослідження

З огляду на те, що дані по опросникам збиралися за шкалою Лайкерта, для проведення конвергенції і дивергенції результатів по кожному з періодів було вирішено використовувати коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Так як для проведення кореляційного аналізу потрібні валідні результати одночасно для батька і для матері (на відміну від ANOVA, де показники по кожній групі вважалися окремо), в рамках даного етапу дослідження валідний обсяг вибірки скоротився відносно того, який був доступний при проведенні однофакторного дисперсійного аналізу. Дійсний обсяг вибірки для даного аналізу представлений в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Дійсний обсяг вибірки при проведенні кореляційного аналізу

	Вагітність	9 місяців		18 місяців	
	Знайомство з Вашою дитиною	Ваше ставлення до дитини	Час з дитиною	Ваше ставлення до дитини	Час з дитиною
Кількість пар з групи природного зачаття, за якими доступні валідні дані	304	99	195	99	179
Кількість пар з групи ДРТ, за якими доступні валідні дані	155	38	79	47	62

Закінчення табл. 3.10

Всього сімей, за якими доступні валідні дані	459	137	274	146	241
--	-----	-----	-----	-----	-----

Для опитувальника «Знайомство з Вашою дитиною» аналіз внутрісімейної кореляції проводився по 12 показникам, для опитувальника «Ваше ставлення до дитини» аналіз проводився з урахуванням всіх 6 шкал опитувальника і підсумкового бала за опитувальником, для опитувальника «Час з дитиною» аналіз проводився лише з урахуванням підсумкового бала. Підставою для порівняння послужив показник рівня статистичної значущості, який служив критерієм наявності або відсутності внутрісімейної конвергенції або дивергенції результатів, безвідносно ступеня цих відмінностей. Порівняльні дані представлені в таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

Порівняльні дані внутрісімейної конвергенції / дивергенції результатів.

Шкала		P-value	
		Природне зачаття	ДРТ
Вагітність	Взаємодія з плодом	<0.001	<0.001
	Самопожертву	<0.01	> 0.05 *
	Диференціація себе від плоду	<0.001	<0.001
	Рольова поведінка	<0.001	<0.001
	Приписування характеристик плоду	<0.001	<0.001
	СУМА	<0.001	<0.001
9 місяців	Почуття самоефективності	<0.001	<0.05
	Сприймається вплив батьків	> 0.05 *	> 0.05 *
	Батьківське ворожо-реактивне поведінка	<0.001	<0.01
	Батьківська гіперопіка	<0.05	<0.01

	Сприйняття якостей дитини	<0.01	<0.05
	Взаємодія з дитиною	<0.001	<0.001
	СУМА	<0.001	<0.001
	Час з дитиною	> 0.05 *	> 0.05 *
18 місяців	Почуття самоефективності	<0.01	<0.01
	Сприймається вплив батьків	<0.001	<0.05
	Батьківське ворожо-реактивне поведінка	<0.001	<0.01
	Батьківська гіперопіка	<0.01	<0.05
	Сприйняття якостей дитини	<0.05	> 0.05 *
	Взаємодія з дитиною	<0.001	<0.01
	СУМА	<0.001	<0.01
	Час з дитиною	<0.001	<0.05

Закінчення табл. 3.11

Показник коефіцієнта кореляції був виключений з таблиці з огляду на те, що у всіх випадках він був позитивним, і жоден з його показників не був негативним. Отже, внутрісімейної дивергенції результатів (тобто розбіжності оцінок батька і матері) не спостерігалось ні в одній шкалі, ні на одному з етапів збору даних, і показники даної таблиці варто розуміти або як наявність конвергенції (при  $p < 0.05$ ), або як відсутність взаємозв'язку між оцінками батьків (при  $p > 0.05$ ).

Так як одним із завдань даного дослідження є виявлення внутрісімейної конвергенції / дивергенції результатів в залежності від факту використання ДРТ, до інтерпретації приймалися тільки ті випадки, в яких спостерігалися відмінності між двома групами. Випадки, коли в обох групах спостерігаються статистично значущі сімейні кореляції (або, навпаки, в обох групах спостерігається їх відсутність) Спеціально не інтерпретувалися. В такому випадку, на підставі порівняння можна виділити два основні відмінності між групами:

1. Фактор «Самопожертва» на період вагітності;
2. Фактор «Сприйняття якостей дитини» на період 18 місяців.

В обох випадках статистично значуща внутрісімейна кореляція спостерігається в групі природного зачаття, але відсутня в групі ДРТ.

Результати аналізу відносини батьків до дитини на етапі вагітності показали значущі відмінності між групами з природним зачаттям і використанням ДРТ. Матері, які використовували ДРТ, отримали більш високі результати за всіма шкалами опитувальника, а батьки тільки в деяких шкалах. За шкалами взаємодія з плодом, самопожертву і диференціація себе від плоду результати батьків експериментальної і контрольної групи не показують статистично значущої різниці.

Найбільш високий показник F-критерію Фішера показує шкала «Самопожертву» у матерів. Ця шкала спрямована на оцінку готовності батьків пожертвувати особистим комфортом на благо розвивається дитини і містить наступні питання: «Я вважаю, що всі неприємності вагітності варті того», «Я харчуюся здоровою їжею, щоб бути впевненою (-им), що моя дитина отримує все, що потрібно» і т.д. Більш висока готовність до самопожертви може бути наслідком того, що прийняття рішення про використання ДРТ само по собі свідчить про високий рівень самопожертви. Жінки з діагностованим безпліддям, які не готові жертвувати персональним комфортом заради народження дитини, з меншою ймовірністю будуть вдаватися до методів ДРТ, і не потраплять в відповідну вибірку.

З іншого боку, результати досліджень пренатальної материнської тривожності показали, що рівень материнської тривоги за здоров'я дитини значно підвищується з 33-34 тижня вагітності, незалежно від зовнішніх факторів [6] [8]. Виходячи з того, що опитування було проведене протягом третього триместру вагітності, можна очікувати, що пренатальна

материнська тривожність буде вносити вклад в відношення до дитини і взаємодія з ним. Так, матері-учасниці програм ДРТ під час вагітності відчувають підвищену тривогу щодо майбутнього дитині, сприймають його як більш вразливого [12] [22]. Саме показник пренатальної тривожності може бути основним фактором, що формує істотно більшу готовність до самопожертви у матерів-учасниць програм ДРТ. Можливий зв'язок тривоги за здоров'я дитини і ставлення до дитини так само може пояснити і відмінності в інших показниках відносини матері до дитини. Зокрема, більш активна взаємодія з дитиною у матерів-учасниць програм ДРТ можна розглядати як один із способів моніторингу стану здоров'я дитини і спостереження за його розвитком. Відсутність статистично значущих відмінностей за шкалами «Самопожертву» і «взаємодія з дитиною» у батьків може побічно свідчити про те, що у батьків-учасників програм ДРТ, на відміну від матерів, тривога за майбутньої дитини перебуває на тому ж рівні, що і у батьків з групи природного зачаття. Однак на даний момент дослідження причинно-наслідкових зв'язків батьківській тривожності і ставлення до дитини не проводилися.

Показники за шкалами «приписування характеристик плоду» і «рольова поведінка» не будуть детально розглянуті в даній роботі, тому що спрямовані в основному на оцінку готовності до народження дитини і прийняття нової соціальної ролі в зв'язку з цією подією, а ставлення до дитини демонструють побічно. Результати за цими двома шкалами показали, що і у матерів, і у батьків з групи ДРТ показники за цими шкалами достовірно вище, ніж у матерів і батьків з групи природного зачаття. Такі показники були очікуваними і передбачувани, виходячи з самої специфіки програм допоміжних репродуктивних технологій: факт використання складних, психотравмуючих і дорогих технологій ДРТ передбачає високий рівень прагнення і готовності до материнства і батьківства [29]. Наприклад, А. Г. Лідерс і С. Ю. Мещерякова в психологічну готовність до батьківства

включають в тому числі мотиваційні і вольові компоненти [28] [33], всередині яких у жінок-учасниць програм ЕКО частіше домінують конструктивні мотиви [5]. Показники диференціація себе від плоду у матерів-учасниць програм ДРТ також достовірно вище, ніж у матерів з групи природного зачаття, що також свідчить про більш високої готовності матерів-учасниць програм ДРТ до народження дитини. Результати батьків з двох груп в даній шкалі не відрізняються статистично, хоча показник диференціації себе від плоду (як і весь опитувальник MFAS) спочатку розроблявся виключно для оцінки материнської прихильності до плоду, і його розгляд для оцінки батьківській готовності до народження дитини видається некоректним. Одним з пояснень спостережуваних подібностей і відмінностей матерів і батьків обох груп може послужити той факт, що батьки з групи ДРТ націлені швидше на результат вагітності, тобто на саму дитину (на відміну від матерів, які більше націлені на сам процес вагітності). Зокрема, батьки з групи ДРТ більше турбувалися про здоров'я дитини та успішності проходження пологів (наприклад, відсутність травм у дитини), ніж батьки з контрольної групи [13]. Що цікаво, між групами матерів таких відмінностей не спостерігалось, але матері з групи ДРТ відчували набагато більш сильне занепокоєння про можливість переривання вагітності. Однак ці дані не пояснюють відсутність відмінностей між групами батьків за шкалою «самопожертву» і в цілому вимагають більш детального вивчення. Таким чином, результати аналізу, отримані від батьків в період вагітності, підтверджують основну дослідницьку гіпотезу про залежність ставлення батьків до дітей від факту використання допоміжних репродуктивних технологій на ранніх етапах їх розвитку.

На етапі дослідження, що проводилося в період 9 місяців після народження дитини, не вдалося виявити статистично значущих відмінностей між групами природного зачаття і використання ДРТ ні в показниках матерів, ні в показниках батьків. Ці результати узгоджуються з результатами

інших досліджень: незважаючи на підвищену тривожність у третьому триместрі вагітності [11] [22], вже після пологів матері-учасниці процедур ДРТ показують більш високий рівень емоційної залученості у взаємодію з новонародженим і відмінності в рівні тривоги за дитину, судячи по всьому, стираються [17] [24]. В роботі Якупова В. А. було показано, що матері-учасниці програм ДРТ з дітьми у віці 6-12 місяців показують більш ейфоричний ставлення і меншу задоволеність собою як батьком, що може бути наслідком переважання серед учасниць програм ДРТ конструктивних мотивів вагітності, які обумовлюють більш високі вимоги до себе, як до батька [6]. З точки зору емоційного ставлення до дитини в даному дослідженні спостерігаються відмінності в прийнятті особливостей дитини (в групі ЕКО воно значно вище, а матері частіше говорять про позитивні якості дитини). Дитячо-батьківські відносини в даній вибірці відрізнялися за ступенем вираженості позитивних емоцій у взаємодії з дитиною і прагненню до тілесного контакту з дитиною, проте значимість відмінностей була мінімальною. В інших дослідженнях показані характерно деструктивні відмінні риси у батьків-учасників програм ДРТ: наприклад, більш завищені вимоги до дитини і труднощі в ухваленні батьківської ролі [26] [9], низька материнська компетентність [1] і низькі сензитивність і чуйність у взаємодії [2]. Відповідно до цього на етапі в 9 місяців очікувалися істотні відмінності за шкалами «Почуття самоефективності», «Сприйняття якостей дитини» та «Взаємодія з дитиною», як показників, що демонструють рівень прийняття батьківської ролі, характеру очікувань від дитини і особливостей комунікації з ним відповідно. Однак отримані дані не показали статистично значущого результату ні в одному з перерахованих випадків, що може бути як свідченням недостатнього валідного обсягу вибірки, так і дійсними особливостями вибірки, зібраної в рамках поточного емпіричного дослідження.

На етапі 18 місяців простежується подібна динаміка: не було виявлено

статистично значущих відмінностей між групами природного зачаття і ДРТ. Така динаміка може бути свідченням того, що спостережуване розподіл даних не є статистичною флуктуацією і дійсно може достовірно свідчити про відсутність значущих відмінностей у ставленні до дитини між групами природного зачаття і ДРТ. Крім того, існують емпіричні дані інших досліджень, також свідчать про відсутність значущих відмінностей між групами на етапах з віком дітей близько 18 місяців і більше. Так, в роботах Colpin et al. рівень емоційної підтримки матерів по відношенню до дворічних дітей не мав статистичних значущих відмінностей між жінками-учасницями програм ДРТ і контрольною групою з природним зачаттям [8]. У дослідженні Nahn і Di Pietro були проаналізовані самоотчєти матерів, щодо висловлення емоцій при взаємодії з їхніми дітьми у віці 3-7 років. Дослідження не виявило статистично значущих відмінностей в емоційному взаємодії матерів та їх дітей, проте вчителі цих дітей оцінювали матерів групи ЕКО як демонструють більшу теплоту, але не гіперопеку. В інтерв'ю також відзначалися більш низькі оцінки агресивної поведінки батьків по відношенню до своїх дітей. Вчителі в цьому дослідженні оцінили дітей з ЕКО як мають менше поведінкових проблем, ніж діти контрольної групи. У дослідженні Nahn і Di Pietro були проаналізовані самоотчєти матерів, щодо висловлення емоцій при взаємодії з їхніми дітьми у віці 3-7 років. Дослідження не виявило статистично значущих відмінностей в емоційному взаємодії матерів та їх дітей, проте вчителі цих дітей оцінювали матерів групи ЕКО як демонструють більшу теплоту, але не гіперопеку. В інтерв'ю також відзначалися більш низькі оцінки агресивної поведінки батьків по відношенню до своїх дітей. Вчителі в цьому дослідженні оцінили дітей з ЕКО як мають менше поведінкових проблем, ніж діти контрольної групи. У дослідженні Nahn і Di Pietro були проаналізовані самоотчєти матерів, щодо висловлення емоцій при взаємодії з їхніми дітьми у віці 3-7 років. Дослідження не виявило статистично значущих відмінностей в емоційному взаємодії матерів та їх дітей, проте вчителі цих дітей оцінювали матерів

групи ЕКО як демонструють більшу теплоту, але не гіперопеку. В інтерв'ю також відзначалися більш низькі оцінки агресивної поведінки батьків по відношенню до своїх дітей. Вчителі в цьому дослідженні оцінили дітей з ЕКО як мають менше поведінкових проблем, ніж діти контрольної групи проте вчителі цих дітей оцінювали матерів групи ЕКО як демонструють більшу теплоту, але не гіперопеку. В інтерв'ю також відзначалися більш низькі оцінки агресивної поведінки батьків по відношенню до своїх дітей. Вчителі в цьому дослідженні оцінили дітей з ЕКО як мають менше поведінкових проблем, ніж діти контрольної групи проте вчителі цих дітей оцінювали матерів групи ЕКО як демонструють більшу теплоту, але не гіперопеку. В інтерв'ю також відзначалися більш низькі оцінки агресивної поведінки батьків по відношенню до своїх дітей. Вчителі в цьому дослідженні оцінили дітей з ЕКО як мають менше поведінкових проблем, ніж діти контрольної групи.

Проте в інших дослідженнях було показано, що діти, народжені за допомогою ЕКЗ, не мають відмінностей від контрольної групи щодо когнітивного розвитку, успішності в школі, соціального функціонування і поведінки [11]. У дослідженнях на російських вибірках також було показано, що якість життя і психологічне благополуччя сімей, вдавалися до ДРТ, було вище, ніж у контрольній групі [17] [26]. Достовірно невідомо, чи пов'язані ці потенційні асоціації з соціально-демографічними факторами, процесом проведення процедур ДРТ, генетичним, епігенетичні або подальшим середовищним впливом на дітей. Отримані в період 18 місяців дані продовжують спостережувану на періоді 9 місяців тенденцію, що свідчить про достовірність процесу стирання відмінностей між групами природного зачаття і ДРТ. Отримані на дані період результати співвідносяться з результатами інших емпіричних досліджень і підтверджують другу дослідну гіпотезу про відсутність статистично значущих відмінностей між групами природного зачаття і ДРТ до віку дитини 18 місяців [7]. Між сім'ями з

природним зачаттям і використанням ДРТ на даному етапі не вдалося знайти статистично значущих відмінностей навіть в тих пунктах, в яких вони очікувалися згідно з результатами попереднього етапу і дослідженням інших авторів.

Аналіз внутрісімейної конвергенції результатів по опросникам показав відсутність шкал, в яких би спостерігалася внутрісімейна дивергенція результатів. Наявність внутрісімейної дивергенції (тобто зворотної пропорційності між результатами батьків і матерів) могло б свідчити про наявність внутрішньосімейних компенсаторних механізмів у ставленні до дитині, при яких, наприклад, низький рівень готовності до самопожертви у батька міг бути компенсований високою готовністю до самопожертви до матері. Однак, в отриманих даних за деякими винятками спостерігається лише конвергенція результатів, що може означати відсутність або низький рівень компенсації внутрішньосімейних результатів, принаймні в рамках окремих шкал. Так як завданням даного етапу дослідження є виявлення відмінностей у внутрісімейній конвергенції / дивергенції результатів в залежності від факту використання ДРТ, окремі випадки відсутності внутрісімейної конвергенції не будуть розглянуті. До інтерпретації були прийняті тільки ті випадки, в яких спостерігалися відмінності між двома групами. Випадки, коли в обох групах спостерігаються статистично значущі сімейні кореляції (або, навпаки, в обох групах спостерігається їх відсутність) спеціально не інтерпретувалися. Аналіз міжгрупових відмінностей у внутрісімейній конвергенції результатів показав відсутність істотних відмінностей в оцінці ставлення до дитини між експериментальної і контрольної групою,

1. Фактор «Самопожертва» на період вагітності;
2. Фактор «Сприйняття якостей дитини» на період 18 місяців.

В обох випадках статистично значуща внутрісімейна кореляція

спостерігається в групі природного зачаття, але відсутня в групі ДРТ. На основі цих даних можна зробити висновок, що серед батьків контрольної групи рідше спостерігається узгодженість в деяких аспектах ставлення до дитини, що, з одного боку, може бути свідченням більш високого взаєморозуміння між батьками в групі ДРТ, але також знижувати здатність одного з батьків до компенсації поведінкових або емоційних дефіцитів іншого.

## ВИСНОВКИ

1. Сучасні роботи, що описують нормативне психічний розвиток дитини, показують, що перші 18 місяців життя дитини супроводжуються якісними перетвореннями всіх сфер психічного розвитку дитини: когнітивної, емоційної, мотиваційної, моторної і т.д. основними придбаннями, перш за все, можна, можливо вважати розвиток первинної самостійності в мотиваційній, пізнавальній та руховій сфері дитини. В рамках даної теми цей кризовий етап розвитку психіки найбільш важливий, тому що це перетворення вимагає від батьків дитини перебудови моделі взаємодії з дитиною, а також обліку його інтенцій до пізнання світу і до експериментування з ним.

Психологічні ризики в ситуації застосування ДРТ можуть бути викликані багатьма факторами: тривалою історією безпліддя і невдалих спроб завагітніти природним шляхом, або ж самим фактом використання ДРТ (зокрема, ЕКО) як медичної процедури, що має стресогенні і навіть психотравмуючі аспекти. Тим не менше, використання ДРТ супроводжує з багатьма захисними психологічними факторами: більш високе матеріальне становище і рівень освіти у батьків, вдаються до ДРТ, доступність медичного і психологічного супроводу в підготовці, плануванні та перебігу вагітності та ін. Показано, що психологічна ситуація використання допоміжних репродуктивних технологій надає вплив на батьківську ідентичність і ставлення подружжя до власного дитині на різних етапах його розвитку, проте в даний момент основна маса робіт загострює увагу на окремих етапах розвитку дитини, не розглядаючи динаміку формування та розвитку цього відношення.

2. Між сім'ями з природним зачаттям та використанням ДРТ не вдалося знайти статистично значимих відмінностей навіть у тих пунктах, де вони

очікувалися. Ставлення батьків до власних дітей на ранніх етапах розвитку дитини залежить від факту використання допоміжних репродуктивних технологій; До 18 місяців розбіжності у ставленні до дитини між двома групами стираються і перестають бути статистично значущими.

3. Аналіз внутрісімейної конвергенції результатів показав відсутність шкал, в яких би спостерігалася внутрісімейна дивергенція результатів. Наявність внутрісімейної дивергенції (тобто зворотної пропорційності між результатами батьків і матерів) могло б свідчити про наявність внутрішньосімейних компенсаторних механізмів у ставленні до дитини, при яких, наприклад, низький рівень готовності до самопожертви у батька міг бути компенсований високою готовністю до самопожертви до матері. Однак, в отриманих даних за деякими винятками спостерігається лише конвергенція результатів, що може означати відсутність або низький рівень компенсації внутрішньосімейних результатів, принаймні в рамках окремих шкал.

Аналіз міжгрупових відмінностей у внутрісімейній конвергенції результатів показав відсутність істотних відмінностей в оцінці ставлення до дитини між експериментальної і контрольної групою. Статистично значуща внутрісімейна кореляція спостерігається в групі природного зачаття, але відсутня в групі ДРТ. На основі цих даних можна зробити висновок, що серед батьків контрольної групи рідше спостерігається узгодженість в деяких аспектах ставлення до дитини, що, з одного боку, може бути свідченням більш високого взаєморозуміння між батьками в групі ДРТ, але також знижувати здатність одного з батьків до компенсації поведінкових або емоційних дефіцитів іншого.

4. Ставлення батьків до власних дітей на ранніх етапах розвитку дитини залежить від факту використання допоміжних репродуктивних технологій;

До 18 місяців розбіжності у ставленні до дитини між двома групами стираються і перестають бути статистично значущими.

Такі дані були отримані в ході поточного емпіричного дослідження і підтверджують ті закономірності, про які повідомляється в інших вітчизняних і зарубіжних роботах. Існуючі протиріччя результатів даного дослідження по відношенню до інших робіт зводяться до оцінки терміну, на якому відбувається вирівнювання показників між експериментальної (використання ДРТ) та контрольної (природне зачаття) групами. Проте, проведене емпіричне дослідження і розглянута література дозволяє зробити висновок про подібною динамікою зміни ставлення до дитини у батьків, які використовували допоміжні репродуктивні технології.

Першим етапом формування ставлення до дитини варто вважати період планування і очікування вагітності. Саме ці етапи в разі запланованого зачаття вважаються фундаментом формування майбутнього ставлення до дитини і вибору стилю виховання. На даному етапі можна простежити очікування не тільки від самої вагітності і дітородіння, а й помітити певні характеристики, очікувані від майбутньої дитини. Вже на даному етапі виявляються перші відмінності між групами майбутніх батьків: зокрема, безплідні батьки роблять невдалі спроби природного зачаття, звертаються за медичною допомогою і отримують інформацію про свій діагноз. На формування відмінностей між групами природного зачаття і ДРТ на даному етапі працюють дві основні причини. Перша - соціально-демографічні характеристики сім'ї. Дані показують, що учасники програм ДРТ в середньому мають вищі рівень доходу, якість життя і рівень освіти, в цілому старше, ніж батьки в контрольній групі, і також частіше керуються конструктивними мотивами вагітності. Такі показники пов'язані не з самим фактом безпліддя, а з тим, що у вибірку, набрану в центрах планування вагітності, з більшою ймовірністю потраплять люди з більш високим рівнем освіти і доходу, а безплідні пари, які не мають конструктивних мотивів

вагітності, з меншою ймовірністю зважаться на дорогі, стресогенні і психотравмуючі процедури ДРТ. Друга причина зміни ставлення до майбутньої дитини у безплідних пар - тривала історія безпліддя і проходження процедур ДРТ, що надають психотравмуюче і стресогенне вплив на майбутніх батьків. Ці фактори, судячи з усього, в першу чергу змінюють ставлення майбутніх батьків до самої вагітності, підвищуючи очікування від дітонародження і виховання дитини пропорційно докладеним до досягнення вагітності зусиллям.

Наступним етапом є сам процес вагітності, який дослідники також ділять на кілька етапів, межі яких проходять в періоди 13, 26 і 36 тижні відповідно. Саме в ці проміжки часу відбуваються основні зміни у ставленні до дитини у майбутніх батьків: тривога за здоров'я матері у обох батьків активно знижується в районі 13 тижні вагітності, а починаючи з 36 тижня зростає рівень тривоги за здоров'я дитини і благополуччя пологів. У групі ДРТ дана тенденція має більш явну виразність: у матерів спостерігається більший рівень тривоги за своє здоров'я, а у батьків - за здоров'я дитини. В період близько 26 тижнів у батьків обох груп формуються конкретні очікування щодо характеру дитини, а до 36 тижня можна простежити особливості взаємодії з дитиною і диференціації себе від нього. При цьому, динаміка рівня і предмета тривоги вважається основним процесом для пояснення всіх інших відмінностей між експериментальною і контрольною групами в ставленні до вагітності і до дитини на цій і наступних стадіях онтогенезу дитини.

Подальші етапи розвитку дитини не піддаються уніфікації і мають лише загальну динаміку, не пов'язану з конкретними часовими проміжками. Так, після пологів тривога за здоров'я дитини стрімко знижується і зрівнюється у обох груп батьків, що означає відсутність довготривалих психологічних наслідків у процедур ДРТ, в разі, якщо народжена дитина розвивається нарівні з іншими. Такі дані пояснюються тим, що на думку

майбутніх батьків обох груп, пологи є заключним з найбільш стресогенних подій в народження дітей. У разі батьків, які використовували ДРТ, успішні пологи також знаменують заключний етап процедур ДРТ, після яких медичні обстеження і відвідування центру планування вагітності будуть зведені до мінімуму.

Отримані результати достовірно показують динаміку ставлення батьків до дітей в залежності від факту використання ДРТ. Тенденція до вирівнювання показників ставлення до дитини між експериментальної і контрольної групою спостерігається у всіх розглянутих дослідженнях, що дозволяють оцінити ставлення до дитини, однак має місце неузгодженість термінів цього вирівнювання. Результати допоможуть не тільки визначити наявність або відсутність впливу використання ДРТ на дитячо-батьківські відносини, але і дозволять уточнити конкретні сфери і аспекти цього впливу, що дасть можливість точніше розробляти і коригувати програми психологічної підтримки при вагітності, досягнутої за допомогою ДРТ.

.

.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко, В. В. Клінічна перинатологія / В. В. Абрамченко. – Петрозаводськ: ІнтелТек, 2014. – 424 с.
2. Авдєєва, Н. Н. Раннє втручання і емоційно-особистісні порушення в ранньому віці / Н. Н. Авдєєва. – Психолого-педагогічні дослідження, 2019. – 385 с.
3. Айвазян, О. Б. Розвиток тілесного та емоційного досвіду жінки в період вагітності / О. Б. Айвазян. – М.:, 2015. – 286 с.
4. Божович, Л. І. Етапи формування особистості в онтогенезі / Л. І. Божович. – М.:, 1979. – 369 с.
5. Болотова, А. К. Психологія розвитку та вікова психологія / А. К. Болотова. – М.:, 2017. – 691 с.
6. Брутман, В. І. Динаміка психологічного стану жінок під час вагітності та після пологів / В. І. Брутман. – Питання психології, 2017. – 257 с.
7. Брутман, В. І. Формування прихильності матері до дитини в період вагітності / В. І. Брутман. – Питання психології, 1997. – 347 с.
10. Гарганеева, А. Е. Емоційний стан і соціальні особливості пацієнток в результативних і результативних циклах екстракорпорального запліднення / А. Е. Гарганеева. – Неврологічний вісник, 2011. – 231 с.
11. Гарданова, Ж. Р. Прикордонні психічні розлади у жінок з безпліддям в програмі екстракорпорального запліднення і їх психотерапевтична корекція / Ж. Р. Гарданова. – М., 2018. – 165 с.
14. Добряков, І. В. Перинатальна психологія / І. В. Добряков. – СПб.: Пітер, 2015. – 272 с.
16. Єлісеєва, Ж. М. Дитячо-батьківські відносини та самооцінка дітей в повних і неповних сім'ях / Ж. М. Єлісеєва. – Молодий вчений, 2020. – 282 с.
17. Захарова, Є. І. Особливості взаємодії матерів з дітьми в умовах «пізнього» материнства / Є. І. Захарова. – Національний психологічний журнал, 2014. – 361 с.

18. Захарова, Є. І. Умови становлення материнської ідентичності / Є. І. Захарова. – Національний психологічний журнал, 2012. – 338 с.
19. Захарова, Є. І. Психологічні аспекти звичного невиношування вагітності / Є. І. Захарова. – Національний психологічний журнал, 2018. – 442 с.
20. Захарова, Є. І. Внутрішня материнська позиція жінок, вагітність яких наступила за допомогою ЕКЗ / Є. І. Захарова. – Національний психологічний журнал, 2015. – 317 с.
23. Кулакова, Є. В. Корекція психоемоційних порушень у пацієнток з безпліддям в програмі допоміжних репродуктивних технологій / Є. В. Кулакова. – М., 2017. – 632 с.
25. Ліщинська, С. Б. Фактори, що впливають на розвиток дітей при допоміжних репродуктивних технологіях / С. Б. Ліщинська. – Вісник психотерапії, 2020. – 146 с.
27. Маленово, А. Ю. Ставлення жінок в ситуації ЕКО до вагітності, дитині, материнства / А. Ю. Маленово. – Педіатр, 2015. – 652 с.
28. Малишева, Е. Ю. Емоційно-особистісне спілкування як умова розвитку усного мовлення молодших школярів / Е. Ю. Малишева. – М., 2004. – 365 с.
29. Махова, І. Ю. Вітчизняні теорії періодизації психічного розвитку / І. Ю. Махова. – Хабаровськ: ДВГУПС, 2016. – 234 с.
30. Мерлін, В. С. Зібрання творів / В. С. Мерлін. – М., 2007. – 276 с.
31. Наказ МОЗ України від 30.08.2012 N 107н «Про порядок використання допоміжних репродуктивних технологій, протипоказання і обмеження до їх застосування»
32. Савінков, С. Н. Ставлення батьків до дитини як основа сімейного виховання / С. Н. Савінков. – Вісник РМАТ, 2019. – 103 с.
33. Себелева, Ю. Г. Гендерна ідентичність у жінок, які страждають на безпліддя / Ю. Г. Себелева. – Москва, 2014. – 361 с.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

Стомлений матеріал опитувальника «Знайомство з Вашою дитиною»

1.1.Я розмовляю зі своєю ненародженою дитиною	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає <sup>2</sup> Ніколи - 1
1.2. Я вважаю, що всі неприємності вагітності варті того	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає <sup>2</sup> Ніколи - 1
1.3. Я із задоволенням спостерігаю за своїм животом, коли дитина штовхається всередині	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає <sup>2</sup> Ніколи - 1
1.4. Я уявляю собі, як я годую дитину.	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає <sup>2</sup> Ніколи - 1
1.5. Я дійсно чекаю з нетерпінням, коли побачу, як виглядає дитина	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає <sup>2</sup> Ніколи - 1

1.6. Мені цікава там де дитина.	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3  Іноді немає2 Ніколи - 1
1.7. Я називаю свого малюка зменшувальним ім'ям / прізвиськом	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю – 3  Іноді немає2 Ніколи – 1
1.8. Я уявляю собі, як доглядаю за малюком	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3  Іноді немає2 Ніколи - 1
1.9. Я майже з упевненістю можу сказати, яким буде моя дитина за характером, судячи тому, як він / вона рухається всередині мене	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3  Іноді немає2 Ніколи - 1
1.10. Я придумала ім'я для дівчинки	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3  Іноді немає2 Ніколи - 1
1.11. Я намагаюся робити все, щоб залишатися здоровою, чого я не робила б, якби не була вагітна	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3  Іноді немає2 Ніколи - 1

1.12. Цікаво, чи може моя дитина чути мене всередині	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає2 Ніколи - 1
1.13. Я вибрала ім'я для хлопчика	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає2 Ніколи - 1
1.14. Цікаво, думає або почуває чи щось дитина, перебуваючи всередині мене	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає2 Ніколи – 1
1.15. Я харчуюся здоровою їжею, щоб бути впевненою, що моя дитина отримує все, що потрібно	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає - 2 Ніколи - 1
1.16. Здається, що мій малюк штовхає і рухається, щоб повідомити мені, що пора їсти	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає – 2 Ніколи - 1
1.17. Я докладаю свою руку до живота, щоб отримувати поштовх від дитини у відповідь	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає - 2 Ніколи - 1

1.18. Я не можу дочекатися того часу, коли зможу взяти дитину на руки	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає - 2 Ніколи - 1
1.19. Я намагаюся уявити собі, як буде виглядати моя дитина	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає - 2 Ніколи - 1
1.20. Я гладжу живіт, щоб заспокоїти дитину, коли він / вона занадто багато штовхає	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає - 2 Ніколи - 1
1.21. Я можу сказати, коли моя дитина гикає	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає - 2 Ніколи - 1
1.22. Мені здається, моє тіло потворне	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає - 2 Ніколи - 1
1.23. Я перестаю робити деякі речі, тому що хочу допомогти своєму малюкові	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає - 2 Ніколи - 1

1.24. Я чіпаю ніжку дитини через свій живіт	Завжди - 5 Іноді так - 4 Не знаю - 3 Іноді немає - 2 Ніколи - 1
---	--

## Стомлений матеріал опитувальника «Ваше ставлення до дитини»

1. Мені здається, що моя дитина більш цікавий в порівнянні з іншими дітьми його / її віку.
2. Моя поведінка мало впливає на особистісний розвиток моєї дитини.
3. Мені дуже подобається «розмовляти» (сюсюкаться, базікати) зі своєю дитиною.
4. Я часто граю з дитиною. Наприклад, я зазвичай намагаюся веселити його / її, коли міняю йому / їй підгузник.
5. Мені здається, що у мене добре виходить веселити свою дитину
6. Мені здається, що моя дитина більш чарівний в порівнянні з іншими дітьми його / її віку.
7. Мені здається, що у мене добре виходить заспокоювати свою дитину, коли він засмучений, вередує або плаче.
8. Бувало, що я злився на свою дитину, коли він / вона сильно вередував (а).
9. Мені здається, що у мене добре виходить займати чимось свою дитину, коли я зайнятий іншими справами.
10. Мене дратує, коли моя дитина плаче.
11. Я вважаю, що у мене добре виходить привертати увагу моєї дитини.
12. Я підвищував голос чи кричав на свою дитину, коли він / вона сильно вередував (а)
13. Незалежно від того, що я роблю, моя дитина буде розвиватися самостійно.

14. Мені здається, що у мене добре виходить годувати мою дитину, міняти йому / їй підгузники і купати його / її.
15. Я шльопала [ «тьопав» в анкетах для батьків] свою дитину, коли він / вона сильно вередував (а).
16. Я наполягаю на тому, щоб моя дитина завжди знаходився поруч зі мною, в поле мого зору, в одній і тій же кімнаті.
17. Мені здається, що моя дитина більш симпатичний в порівнянні з іншими дітьми його / її віку.
18. Я втрачала [ «втрачав» в анкетах для батьків] самовладання, коли моя дитина вередував.
19. Моя поведінка мало впливає на інтелектуальний розвиток моєї дитини.
20. Я думаю, що я надмірно опікуюся свою дитину.
21. Я віддаю перевагу, щоб моя дитина спав зі мною в одній кімнаті.
22. Я залишала [ «залишав» в анкетах для батьків] свою дитину одного в кімнаті, коли він / вона сильно вередував (а).
23. Коли я залишаю дитину з нянею (або з ким-небудь ще), я так по ньому / ній нудьгую, що не можу розслабитися.
24. Моя поведінка мало впливає на розвиток емоції (наприклад, радості, страху, злості) мою дитину.
25. Я стріпувала [ «струшував» в анкетах для батьків] свою дитину, коли він / вона сильно вередував (а).
26. Я не можу змусити себе залишити дитину з нянею або з ким-небудь ще.
27. Моя поведінка мало впливає на те, як моя дитина буде спілкуватися з людьми в майбутньому.

28. Мені здається, що моя дитина розумніший в порівнянні з іншими дітьми його / її віку.
29. У мене часто виникає бажання поцілувати свою дитину.
30. Я зазвичай отримую задоволення, коли тримаю в руках свою дитину.
31. Я відчуваю щастя і «таю», коли моя дитина посміхається мені.
32. У цілому вважаєте Ви себе хорошою матір'ю? [ «Хорошим батьком» в анкетах для батьків]

## Стомлений матеріал опитувальника «Час з дитиною»

1. Як часто Ви граєте або розмовляєте з дитиною, зосереджуючи увагу лише один на одному на 5 хвилин або більше, просто розважаючись?	Можливість вибору одного варіанта відповіді Ніколи - 1 Приблизно раз на тиждень або рідше - 2 Кілька разів в тиждень - 3 Один або два рази на день - 4 Багато разів в день - 5
2. Як часто Ви смієтеся разом з дитиною?	Можливість вибору одного варіанта відповіді Ніколи - 1 Приблизно раз на тиждень або рідше - 2 Кілька разів в тиждень - 3 Один або два рази на день - 4 Багато разів в день - 5
3. Як часто Ви робите з дитиною те, що йому / їй подобається?	Можливість вибору одного варіанта відповіді Ніколи - 1 Приблизно раз на тиждень або рідше - 2 Кілька разів в тиждень - 3 Один або два рази на день - 4 Багато разів в день - 5
4. Як часто Ви граєте з дитиною?	Можливість вибору одного варіанта відповіді Ніколи - 1 Приблизно раз на тиждень або рідше - 2 Кілька разів в тиждень - 3 Один або два рази на день - 4 Багато разів в день - 5
5. Як часто Ви зліться на дитину, коли його / її караєте?	Можливість вибору одного варіанта відповіді Ніколи - 1 Приблизно раз на тиждень або рідше - 2 Кілька разів в тиждень - 3 Один або два рази на день - 4 Багато разів в день - 5
6. Як часто Вам доводиться дисциплінувати Вашої дитини за одні й ті ж речі?	Можливість вибору одного варіанта відповіді Ніколи - 1 Приблизно раз на тиждень або рідше - 2 Кілька разів в тиждень - 3 Один або два рази на день - 4 Багато разів в день - 5

<p>7. Як часто Ваша дитина бачить, що дорослі або підлітки б'ються або завдають один одному фізичну біль будинку?</p>	<p>Можливість вибору одного варіанта відповіді Ніколи - 1 Приблизно раз на тиждень або рідше - 2 Кілька разів в тиждень - 3 Один або два рази на день - 4 Багато разів в день - 5</p>
---	---