

УДК 159.9:618.5-07

DOI: 10.26795/2307-1281-2021-9-4-8

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ СЕБЯ В РОЛИ БУДУЩЕГО РОДИТЕЛЯ СРЕДИ СЕМЕЙНЫХ ПАР С РАЗЛИЧНЫМ РЕПРОДУКТИВНЫМ АНАМНЕЗОМ¹

В. А. Мошкивская¹

*¹Городской перинатальный центр №1 г. Санкт-Петербург,
Санкт-Петербург, Российская Федерация*

АННОТАЦИЯ

Введение. Проблема бесплодия широко известна по всему миру. По данным ВОЗ, 3% населения земли страдают бесплодием. В России проблема бесплодия крайне актуальна, число семейных пар, обращающихся за вспомогательными репродуктивными технологиями (далее – ВРТ), растет с каждым годом. Однако количество положительных ЭКО-протоколов, благополучных исходов беременности, качество жизни детей, рожденных раньше срока по-прежнему не высоко. Существует более 700 факторов, влияющих на исход беременности, большая часть из которых мало изучена, исследования в различных областях продолжаются. Помимо доказанных репродуктологами физиологических факторов, влияющих на исход беременности, остается ряд малоизученных факторов, вызывающих идиопатическое бесплодие.

Материалы и методы. Авторское полуструктурированное интервью для семейной пары в период беременности. Мужской и женский вариант интервью. Повторное авторское интервью для женщины в раннем послеродовом периоде. Контент-анализ.

Результаты исследования. Проведен анализ полученных в ходе интервью основных результатов, таких как субъективная оценка восприятия беременности (телесные, эмоциональные переживания), мотив беременности, оценка собственной родительской готовности к воспитанию ребенка, родительские компетенции, изменение супружеских ролей, изучение образа жизни до и во время беременности, контакт с собственными родителями, поведение в родах, первичный контакт с новорожденным ребенком.

Обсуждение и заключения. По результатам проведенного исследования получены выводы, указывающие на важность своевременного оказания психологической помощи женщинам, беременным в результате применения ВРТ. Женщины, беременные с помощью ВРТ, более тревожны, менее ориентированы на собственные силы, чаще имеют акушерские и неонатальные осложнения, имеют трудности с первичным психологическим контактом с новорожденным ребенком, обнаруживают сложности с грудным вскармливанием.

Ключевые слова: беременность, вспомогательные репродуктивные технологии, ЭКО, ВРТ, бесплодие, идиопатическое бесплодие, психология репродуктивной сферы, сравнительный анализ.

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке Гранта РФФИ № 20-013-00759 А.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Мошкивская В.А. Сравнительный анализ субъективного восприятия себя в роли будущего родителя среди семейных пар с различным репродуктивным анамнезом // Вестник Мининского университета. 2021. Т. 9, №4. С.8.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE SUBJECTIVE PERCEPTION OF ONESELF AS A FUTURE PARENT AMONG MARRIED COUPLES WITH DIFFERENT REPRODUCTIVE HISTORY¹

V. A. Moshkivskaya¹

¹City Perinatal Center No. 1, Saint Petersburg, Russian Federation

ABSTRACT

Introduction. The problem of infertility is widely known around the world. According to WHO, 3% of the world's population suffers from infertility. In Russia, the problem of infertility is extremely urgent, the number of couples applying for assisted reproductive technologies is growing every year. However, the number of positive IVF protocols, successful pregnancy outcomes, and the quality of life of children born prematurely is still not high. There are more than 700 factors that affect the outcome of pregnancy, most of which are poorly understood, and research in various fields continues. In addition to the proven physiological factors that affect the outcome of pregnancy, there are a number of poorly understood factors that cause idiopathic infertility.

Materials and Methods. Author's semi-structured interview for a married couple during pregnancy. Male and female version of the interview. Repeated author's interview for a woman in the early postpartum period. Content analysis.

Results. The main results obtained during the interview were analyzed. Such as the subjective assessment of the perception of pregnancy (physical, emotional experiences), the motive of pregnancy, the assessment of one's own parental readiness to raise a child, parental competencies, changes in marital roles, studying the lifestyle before and during pregnancy, contact with one's own parents, behavior during childbirth, primary contact with a newborn child.

Discussion and Conclusions. According to the results of the study, conclusions were obtained indicating the importance of timely provision of psychological assistance to pregnant women as a result of the use of ART. Women who are pregnant with ART are more anxious, less self-oriented, more likely to have obstetric and neonatal complications, difficulties with primary psychological contact with a newborn child, difficulties with breastfeeding.

Keywords: pregnancy, assisted reproductive technologies, IVF, ART, infertility, idiopathic infertility, psychology of the reproductive sphere, comparative analysis.

Conflict of interest: the authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

¹ The study was carried out with the financial support of the RFBR Grant No. 20-013-00759 A.

For citation: Moshkivskaya V.A. Comparative analysis of the subjective perception of oneself as a future parent among married couples with different reproductive history // Vestnik of Minin University. 2021. Vol. 9, no. 4. P.8.

Введение

Согласно МКБ-10, пара приобретает в семейном репродуктивном анамнезе диагноз «бесплодие» после одного года безуспешных попыток зачатия ребенка. Проблема бесплодия широко известна по всему миру. По данным ВОЗ, 3% населения земли «бесплодны» [29]. В России количество бесплодных пар, по данным Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова, составляет 15% [11]. Несмотря на пристальное внимание к данному вопросу, ситуация с репродуктивным здоровьем нации продолжает ухудшаться, а количество пар, обращающихся за ВРТ, возрастает. Так, в 2016 году, согласно официальной статистике Национального регистра ВРТ (отчет за 2016 и 2018 годы), количество начатых циклов с собственными ооцитами – 113976, родов – 24282, в 2018 году 145904 начатых цикла с использованием собственных ооцитов и 30796 родов. Из вышеупомянутых данных следует, что увеличивается количество ЭКО-циклов и вместе с ним возрастает количество родов. Однако процент пар с отрицательным результатом после применения ВРТ по-прежнему остается высоким.

Целью исследования является анализ полученных в результате интервью факторов субъективного восприятия себя как будущей матери, ценность ребенка в семейной иерархии, оценка супружеских взаимоотношений.

Обзор литературы

Рассматривая состояние научной разработанности проблемы на данный момент, необходимо отметить, что тема материнства, вопросов беременности и психологического сопровождения раннего детства все более привлекательна для специалистов различных областей [2, 8, 18, 24, 25, 30, 34, 36, 38, 41, 40]. Различным отраслям науки известно обширное число факторов, влияющих на репродуктивное здоровье, однако еще больше факторов остаются малоизученными [22, 33]. Тем не менее выделен ряд репродуктивных факторов, наиболее часто встречающихся у пар с диагнозом «бесплодие» [39]. Такие факторы принято разделять на мужские, женские и сочетанные. К факторам, провоцирующим женское бесплодие, относят трубно-перитониальную патологию, эндометриоз, эндокринные нарушения, маточные факторы. На долю женского фактора бесплодия приходится около 40% [4]. Такое же процентное соотношение мужского бесплодия. К фактору мужского бесплодия относят генетические, средовые, а также сочетанные факторы [13, 19, 20, 35, 42]. Однако, помимо вышеперечисленных факторов, встречается бесплодие неясной этиологии (идиопатическое), при котором нет очевидных (вышеперечисленных) факторов, но беременность не наступает. Профессионалы различных специальностей продолжают исследования, пытаясь обнаружить факторы, провоцирующие данную категорию бесплодия. Со стороны психологического и психотерапевтического сообщества также активно ведутся исследования причин бесплодия в парах с

идиопатическим бесплодием. Среди возможных причин выделяют более 700 возможных психосоциальных факторов [27, 32, 37]. Наиболее исследуемыми из них являются: оценка уровня тревожности и депрессии [14, 17, 23], не диагностируемых ранее психических расстройств, психических реакций на соматические осложнения в беременности [15].

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городской перинатальный центр №1». Первым этапом исследования являлся ретроспективный анализ медицинской документации женщин, состоящих на учете по беременности в ЖК №41 при СПб ГПЦ №1, и женщин, находящихся на стационарном лечении в дневном стационаре и отделении патологии беременности. Выборка исследования представлена 143 семейными парами (в 73 парах беременность женщины наступила с помощью ВРТ, в 70 семейных парах – физиологическая беременность) и 18 женщинами, принявшими участие в исследовании без участия партнера (8 женщин, беременных с помощью методов ВРТ, и 10 женщин с физиологической беременностью). Вся выборка была разделена на 2 группы. Первую группу составили женщины, беременные с помощью методов ВРТ (группа 1), вторую группу – физиологически беременные женщины (группа 2). Среди женщин, беременных с помощью ВРТ, 64 (79%) женщины имеют в анамнезе диагноз «бесплодие» (рисунок 1).

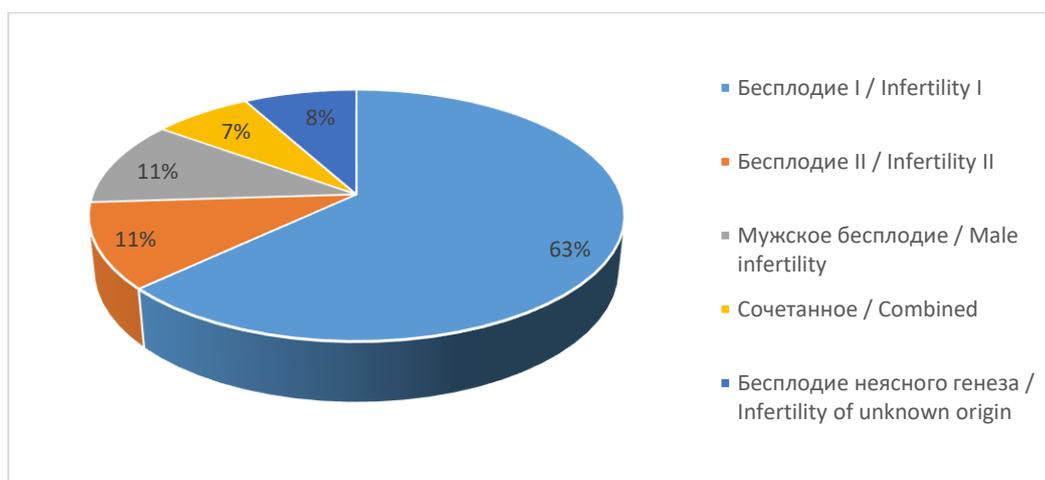


Рисунок 1 – Распределение типов бесплодия в исследуемой выборке

Figure 1 – Distribution of infertility types in the study sample

На рисунке 1 представлено распределение диагноза «бесплодие» в исследуемой выборке. Наиболее часто встречаемым является диагноз «бесплодие I», поставленный у 41 (63%) женщины, «бесплодие II» – у 7 (11%) женщин, «мужское бесплодие» – у 6 (11%), «сочетанное» – у 5 (8%), «бесплодие неясного генеза (идиопатическое)» – у 5 (8%).

Дизайн исследования включал в себя работу с медицинской документацией беременной женщины, подходящие под задачи исследования семейные пары приглашались в исследование, подписывали информационное согласие и в удобное время приглашались для прохождения интервью. После рождения ребенка женщина проходила завершающее интервью самостоятельно, по запросу семья получала результаты анализа своего участия в исследовании.

По результатам работы с медицинской документацией подходящие под задачи исследования женщины вместе с партнером приглашались на консультацию, в ходе которой разяснялась цель и методы исследования, подписывалось информированное согласие (одобренное Этическим комитетом СПбГУ №02-174). Далее проводилось авторское интервью с беременной женщиной и ее партнером, по желанию пары проходили интервью совместно или индивидуально. Продолжительность первого интервью для женщины в среднем составила 40 минут, для мужчины – 15. После рождения ребенка женщина участвовала во втором интервью.

Первое интервью для женщин состояло из 67 вопросов, направленных на изучение мотива беременности, оценку уровня родительской компетентности, оценку знаний о фетальном алкогольном синдроме (ФАС), изучалась эмоциональная окраска беременности, образ жизни до и во время беременности, родительские ожидания и установки, субъективная оценка наличия/отсутствия тревожности, страха во время беременности, перспективы построения модели родительского поведения, ряд вопросов о воспоминаниях собственного детства и контакте со своими родителями.

Интервью для партнера включало 23 вопроса, определяющих возраст партнера, род занятий, наличие детей с другим партнером, мотив отцовства, субъективную оценку семейных взаимоотношений и своей готовности к отцовству, а также ряд вопросов о здоровье и образе жизни.

Второе интервью проводилось с женщиной в течение первой недели после рождения ребенка, очно (при рождении ребенка в СПб ГПЦ №1), заочно при рождении ребенка в другом медицинском учреждении. Включало в себя ряд медицинских вопросов (по возможности заполнялось исследователем согласно данным медицинской карты): способ родоразрешения, наличие/отсутствие осложнений в процессе ведения родов, состояние новорожденного ребенка в первые минуты жизни, наличие/отсутствие реанимационных мероприятий для новорожденного, – а также 12 устных вопросов о субъективном восприятии женщиной процесса родов и контакте с новорожденным ребенком в раннем послеродовом периоде.

Социально-демографические особенности выборки. 96% пар состоят в зарегистрированном браке. Средний возраст женщин, беременных с помощью ВРТ, составил 34,8 лет, партнера – 36 лет. Средний возраст женщин с физиологической беременностью – 31 год, партнера – 32 года. 19% (n=15) пар из первой группы и 15% из второй (n=12) имеют детей.

Результаты исследования

Работа с медицинской документацией позволила выявить наиболее распространённые соматические заболевания исследуемой выборки. В обеих группах наиболее часто встречающимся заболеванием является гастрит и миопия различной степени тяжести. В первой группе исследуемых женщин гастрит встречается у 8 (10%), миопия – у 17 (21%) респонденток. Во второй группе женщин как гастрит, так и миопия встречаются у 11 (14%). Другие представленные в исследуемой группе женщин соматические заболевания распространены значительно реже. Работа с медицинской документацией на втором этапе исследования (после рождения ребенка) позволила детально изучить особенности течения процесса родов и неонатальные показатели новорожденного ребенка. На 2 этапе исследования были проанализированы истории 100 родов, 49 женщин из первой группы и 51 женщина из второй.

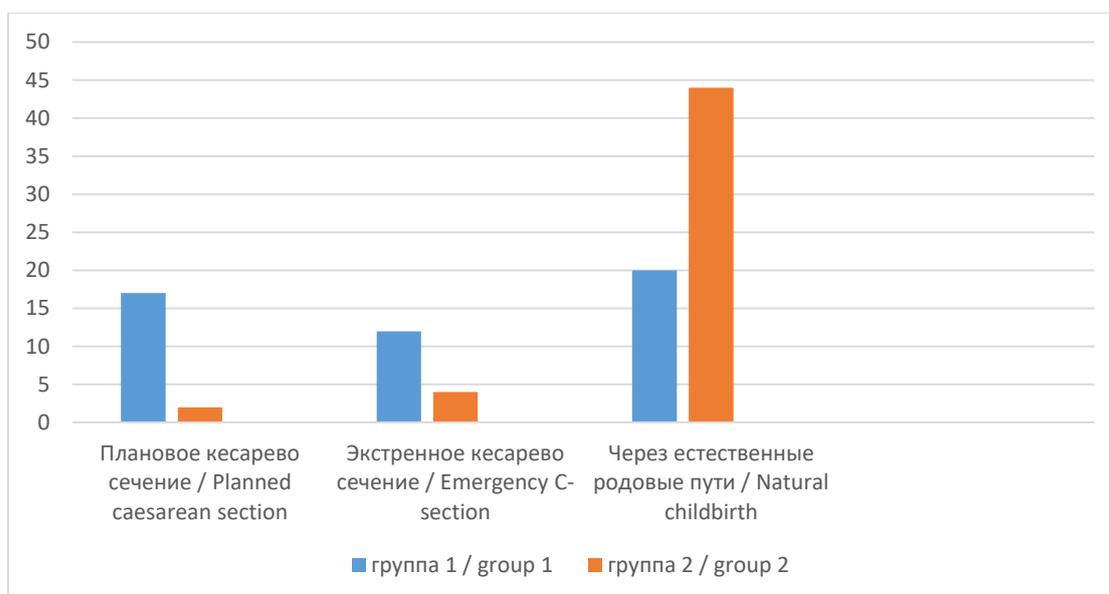


Рисунок 2 – Распределение способа родоразрешения в исследуемой выборке

Figure 2 – Distribution of the delivery method in the study sample

Оперативным путем родоразрешены 29 (60%) женщин первой группы, среди них 17 (34%) в плановом порядке, 12 (25%) в экстренном. Во второй группе 6 (12%) женщин с физиологической беременностью были родоразрешены с помощью операции кесарева сечения. Из них 2 (4%) в плановом порядке, 4 (8%) в экстренном. Роды через естественные родовые пути произошли у 20 (40%) женщин из первой группы и 44 (88%) женщин из второй группы (рисунок 3). В двух случаях женщинам из первой группы понадобилось переливание крови. В 1 случае из первой группы и 10 (12%) случаях из второй группы женщинам была выполнена амниотомия.

Работа с медицинской картой новорожденного ребенка позволила оценить состояние ребенка в первые сутки после рождения (рисунок 4).

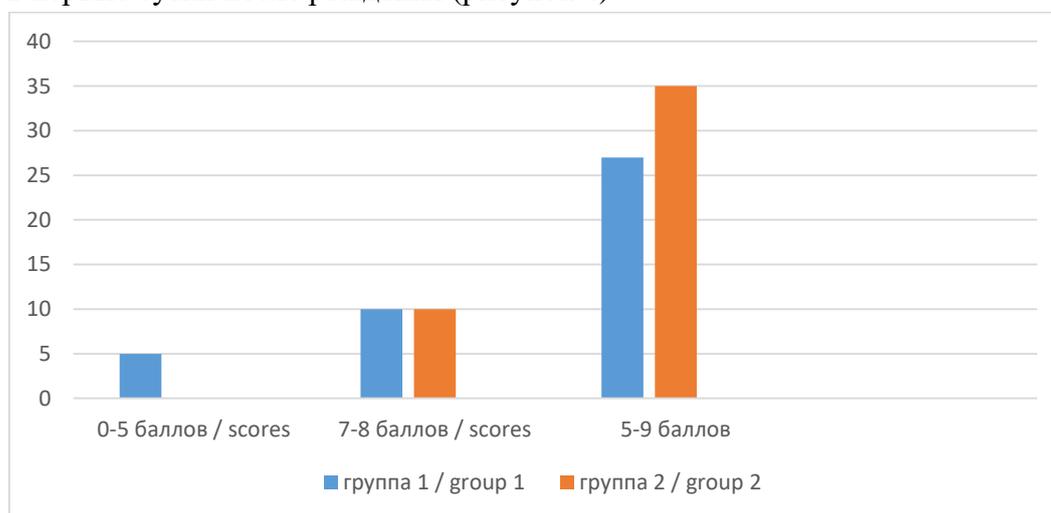


Рисунок 3 – Неонатальная оценка новорожденного

Figure 3 – Neonatal assessment of a newborn

5 (10%) детей от женщин первой группы имели очень низкий (ниже 5) балл по шкале Апгар. Дети из второй группы не получали оценку ниже 5 баллов. Оценку 7-8 получили равное количество детей в двух группах – 10 (20%). В 8-9 баллов были оценены 27 (55%) детей из первой группы и 35 (70%) детей из второй группы. Данные показатели указывают на большую тяжесть состояния детей, рожденных от матерей первой группы.

Все компоненты интервью можно разделить на несколько основных условных блоков. Первый блок вопросов направлен на сбор социально-демографической информации. Второй позволял оценить мотив наступления беременности, субъективную оценку готовности к родительству, представления о материнстве. Третий блок оценивал супружеские взаимоотношения в паре, представления о переменах, предстоящих в семье с появлением ребенка, количество времени, направленное на уход за ребенком. Четвертый блок включал вопросе об образе жизни до беременности и после ее наступления.

Одним из разделов интервью выступила субъективная оценка готовности к родительству как у женщин, так и у их партнеров. Свою готовность к материнству женщины обеих групп оценили достаточно высоко, женщины первой группы (ВРТ-беременность) в $7,77 \pm 1,86$, где 10 – максимально возможный балл. Женщины второй группы (физиологическая беременность) оценили готовность к материнству в $7,55 \pm 1,82$ баллов. Партнёры из первой группы оценили свою готовность к родительству в $8,42 \pm 1,82$, а партнеры из второй группы в $7,45 \pm 1,84$. Респондентам задавался вопрос «Как давно появилось желание стать матерью?»: в первой группе женщин данное желание отмечается в течение 5 лет предшествовавших неудачным попыткам забеременеть. Женщинам из второй группы такое желание присуще в течение двух лет. Подготовка к данной беременности у женщин с ВРТ-беременностью в среднем заняла 12 месяцев, у женщин с физиологической беременностью – 3 месяца.

Одним из важных исследуемых факторов психологической готовности к материнству является мотив появления ребенка в семье. На рисунке 5 представлены наиболее часто встречающиеся ответы на вопрос «С чем связано желание иметь ребенка?».

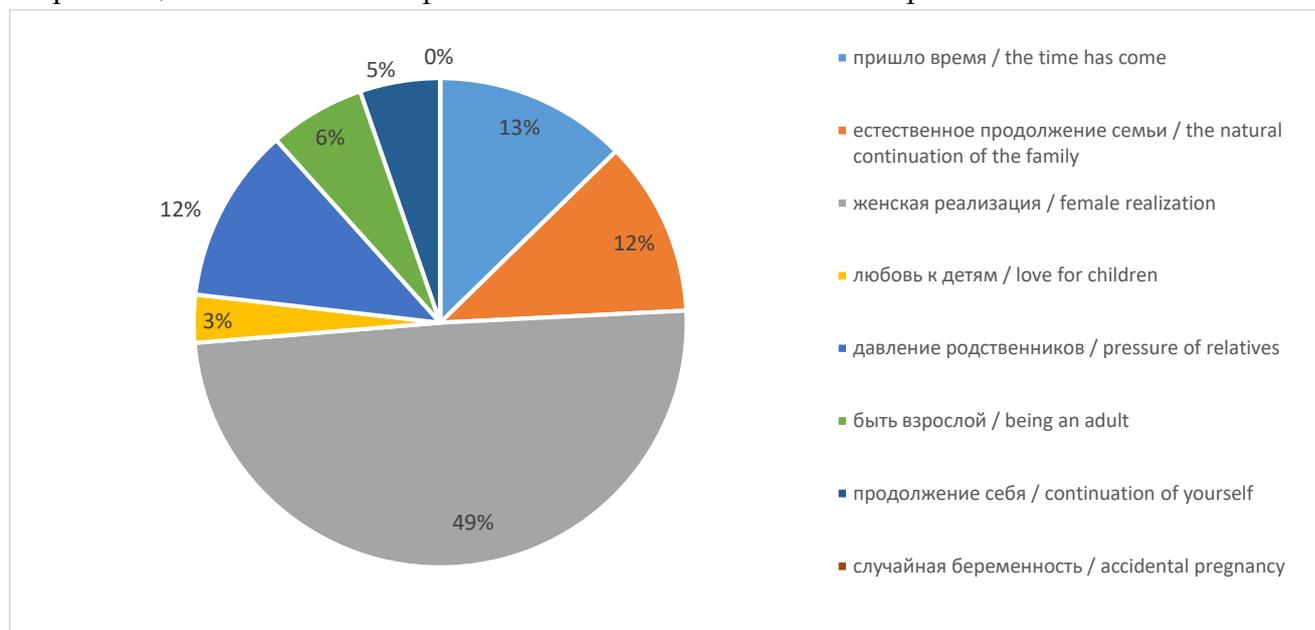


Рисунок 4 – Мотив наступления беременности в группе 1 (женщины беременные с помощью методов ВРТ)

Figure 4 – Motive of pregnancy in group 1 (women who are pregnant using IVF methods)

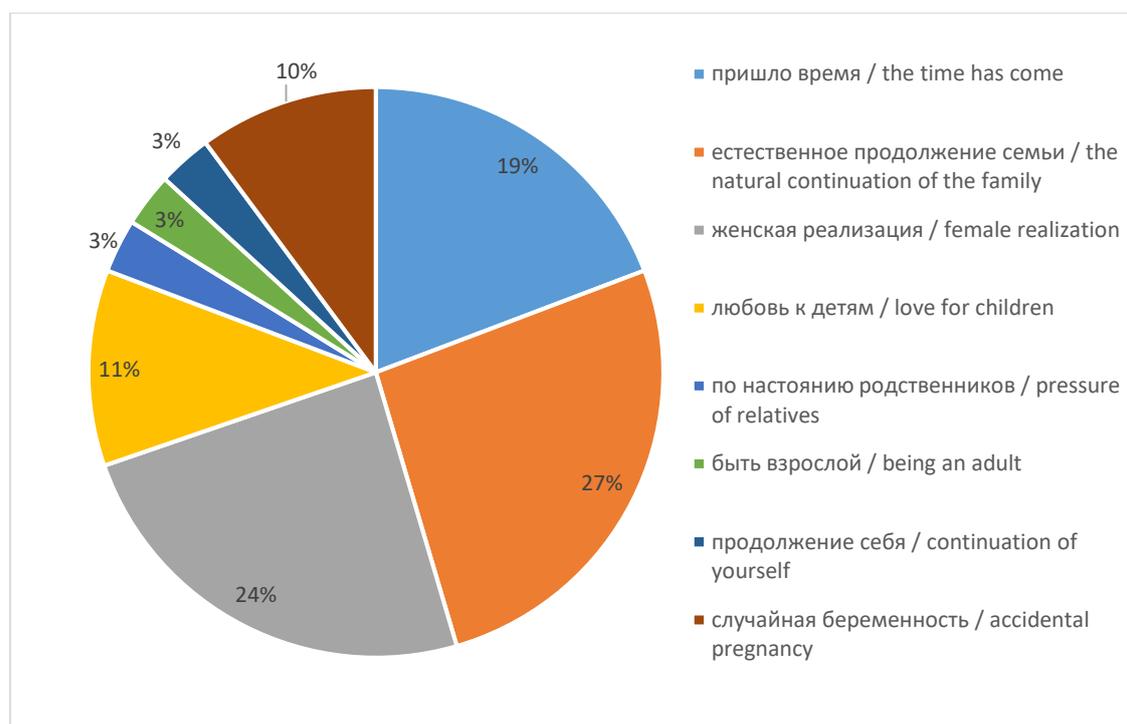


Рисунок 5 – Мотив наступления беременности в группе 2 (женщины беременные в естественном цикле)

Figure 5 – The motive of pregnancy in group 2 (women who are pregnant in the natural cycle)

Из приведенных на рисунке 5 и 6 данных следует, что в первой группе женщин доминирующим мотивом является «собственная женская реализация себя как матери» (38 женщин, 47%). В данном случае беременность расценивается женщиной как желание реализовать одну из сторон своей личности, обрести женскую идентичность. Доминирующим мотивом во второй группе женщин является «естественное продолжение семьи» (n=21, 26%). Ребенок является желанным объектом, логичным продолжением партнерства двух любящих людей. При этом во второй группе в 8 (10%) парах беременность была незапланированной, однако окрашена положительными эмоциями. Довольно высок в обеих группах ответ «пришло время», в 1 группе – 10 (12%), во 2й – 15 (19%). Ответ «по настоянию родственников», в котором прослеживается внешнее социальное давление на женщину, чаще встречается в первой группе женщин – 9 (11%). Наиболее позитивный мотив, ориентированный на ребенка как на самостоятельную полноценную личность, звучал в ответе как «любовь к детям» у 9 (11%) женщин второй группы, что в 3 раза выше, чем в первой группе.

Принявшие участие в исследовании мужчины затруднялись сформировать мотив отцовства, наиболее часто встречаемым ответом на вопрос «С чем связано желание иметь ребенка?» в обеих группах был «Так положено». Такой ответ был получен от 18 (22%) мужчин из первой группы и от 24 (28%) мужчин второй группы. Вторым по частоте встречаемости был ответ «Жена хотела ребенка», так ответили 24 (28%) мужчины в первой группе и 20 (22%) мужчин из второй группы. Вышеописанное репродуктивное поведение мужчин уводит деторождение, воспитательные родительские функции в зону компетенции женщины. Мужчины оставляют за собой пассивную воспитательскую роль, но берут на себя ответственность за финансовые отношения. Отвечая на вопрос «Как вы готовились к появлению ребенка», большинство исследуемых мужчин выбрали ответ «Покупал необходимые для ребенка вещи». Такой ответ дали 36 (49%) партнеров женщин первой

группы и 27 (38%) партнёров женщин второй группы. По 18 (25%) мужчин выбрали ответ «Никак». «Читаю специальную литературу» и «Посещаю курсы молодых отцов» ответили 15 (21%) партнеров женщин первой группы и 10 (14%) партнёров женщин второй группы.

На рисунке 6 изображено количество женщин, испытывающих напряжение перед предстоящими родами.

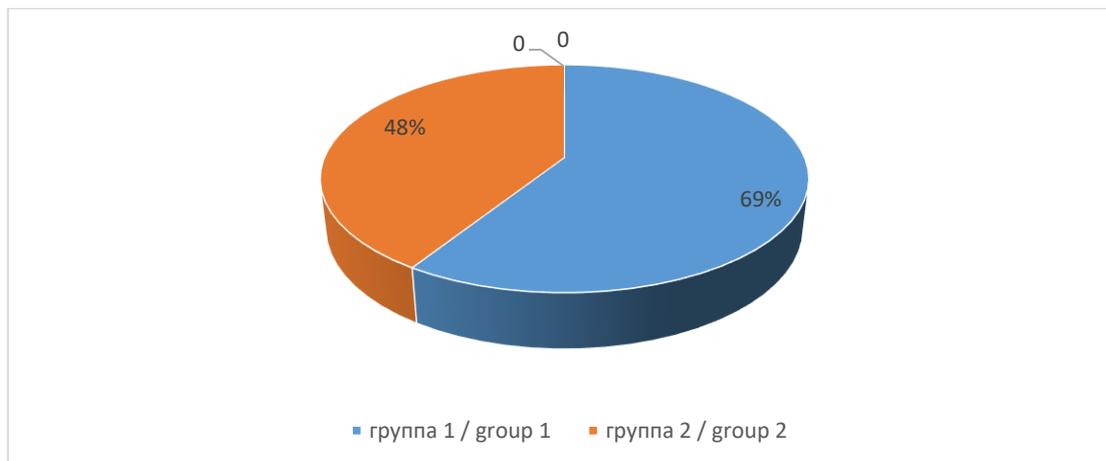


Рисунок 6 – Субъективная оценка наличия страха перед предстоящими родами
Figure 6 – Subjective assessment of the presence of fear of impending childbirth

39 (48%) женщин из первой группы и 55 (69%) женщин из второй группы отмечают у себя напряженное ожидание, страх перед предстоящими родами. Присутствие партнера на родах планируют 31 (39%) женщина из первой группы и 23 (29%) женщины второй группы. Представления о своих идеальных родах у респонденток двух групп схожи, однако женщины из первой группы в 19 случаях (20%) предпочли бы запланированное родоразрешение с помощью операции кесарева сечения. При этом большая часть женщин первой группы планирует родоразрешение через естественные родовые пути – 28 (35%). Женщины из второй группы более ориентированы на роды через естественные родовые пути – 48 (62%), и 7 (8%) предпочли бы программированные роды с помощью операции кесарева сечения. Проанализировав представления женщин об «идеальных родах», можно заключить, что женщины из первой группы более ориентированы на стороннюю помощь, присутствие партнера, запланированную на определенную дату операцию кесарева сечения и менее ориентированы на собственные ресурсы.

По мнению ряда зарубежных авторов, важным показателем готовности к материнству является смена образа жизни на более здоровый, отказ обоих партнеров от употребления психоактивных веществ (ПАВ) на этапе подготовки к беременности. В интервью был включен ряд вопросов о сознательной подготовке к беременности, включающей в себя прием витаминов, отказ от вредных привычек, улучшение качества питания и профилактическую физическую нагрузку, а также прохождение регулярных плановых медицинских осмотров. По полученным в ходе исследования данным, плановой подготовкой к беременности занимались 79 (98%) партнеров из первой группы и 71 (88%) из второй исследуемой группы. Что указывает на 10%-ную разницу между двумя исследуемыми группами. 18 (9%) из всех исследуемых женщин сознательно отказались от курения в период планирования и вынашивания беременности, не отрицая вероятность возвращения к курению после рождения ребенка. 154 (94%) женщины всей выборки воздерживались от курения во время беременности, однако 7 (6%) продолжили курить, несмотря на знание

о беременности и вреде никотина для плода. 159 (99%) женщин выборки отмечают, что принимали в период беременности какие-либо лекарства, витамины, биологически активные добавки. Алкоголь вплоть до диагностирования беременности употребляли 37 (46%) женщин из первой группы и 43 (54%) из второй. В период вынашивания беременности периодически употребляли алкоголь 13 (16%) женщин из первой группы и 20 (25%) женщин второй группы. При этом 55 (69%) женщин из первой группы и 67 (84%) женщин из второй группы знают о негативном влиянии алкоголя на ребенка и о ФАС.

Изучалось употребление алкоголя партнером в период беременности женщины. Так, 50 (68%) мужчин первой группы отметили, что продолжают употреблять алкоголь с прежней регулярностью. Во второй группе – 53 (72%) партнёра.

Все женщины, принимающие участие в исследовании, отмечают, что имеют полноценный ночной сон не менее 8 часов, по потребности могут позволить себе отдохнуть днем. В распорядке дня регулярно присутствует легкая пешая прогулка средней продолжительностью около одного часа. Женщины из первой группы отметили изменение пищевых привычек в период беременности и указали на употребление в два раза большего числа овощей и фруктов, в среднем по 6 штук в день, женщины второй группы в среднем употребляют по 3 овоща/фрукта в день.

Одной из задач интервьюирования являлось изучение взаимоотношений между супругами, оценка уровня родительской компетенции и фантазий о себе и своем партнере в роли родителя. Обоим партнерам было предложено оценить удовлетворенность отношений в браке от 0 до 10 баллов, где 10 – максимально благополучный вариант. Женщины из первой группы оценили удовлетворенность браком в 8,5 баллов, а их партнеры в 9 баллов. Женщины второй группы оценили свои супружеские взаимоотношения в 9 баллов, а партнеры в 8. Высокая субъективная оценка супружеских взаимоотношений в обеих группах не имеет значительных различий и находится в благополучном диапазоне.

Посещением «Школы молодых родителей», чтением литературы, прослушиванием онлайн-семинаров, направленных на получение информации по уходу за новорожденным ребенком занимались 20 (25%) женщин первой группы, что на 16% меньше, чем женщин второй группы – 33 (41%). За профессиональной психологической помощью обратились 9 (11%) женщин из первой группы, 5 из которых – находясь в стационаре, по рекомендации лечащего врача. Темой обращения являлся страх невынашивания беременности, повышенная тревога по незначительному поводу, тонус матки, проработка собственных детских психотравм, а также отсутствие «моральной готовности к появлению ребенка», невозможность контакта с ребенком. Во второй исследуемой группе женщин профессиональную психологическую помощь получили 2 (2,5%) женщины, обе по настоянию лечащего врача в связи со страхом родов через естественные родовые пути и непреодолимым страхом потери беременности (женщины с осложненным репродуктивным анамнезом).

В декретный отпуск планируют пойти все 100% женщин из первой группы и 76 (93%) женщин второй группы. Более чем треть женщин как в группе беременных с помощью ВРТ (38 женщин, 47%), так и забеременевших физиологическим путем (30 женщин, 37,5%) планируют находиться в отпуске по уходу за ребенком до трех лет. До полутора лет 10 (12%) женщин первой группы и 24 (30%) женщины второй группы. До двухлетнего возраста ребенка планируют находиться в декрете 16 (20%) женщин первой группы и 16 (21%) женщин второй группы. На рисунке 7 представлены наиболее часто встречаемые ответы на вопрос «Каким вам кажется время в декретном отпуске?».

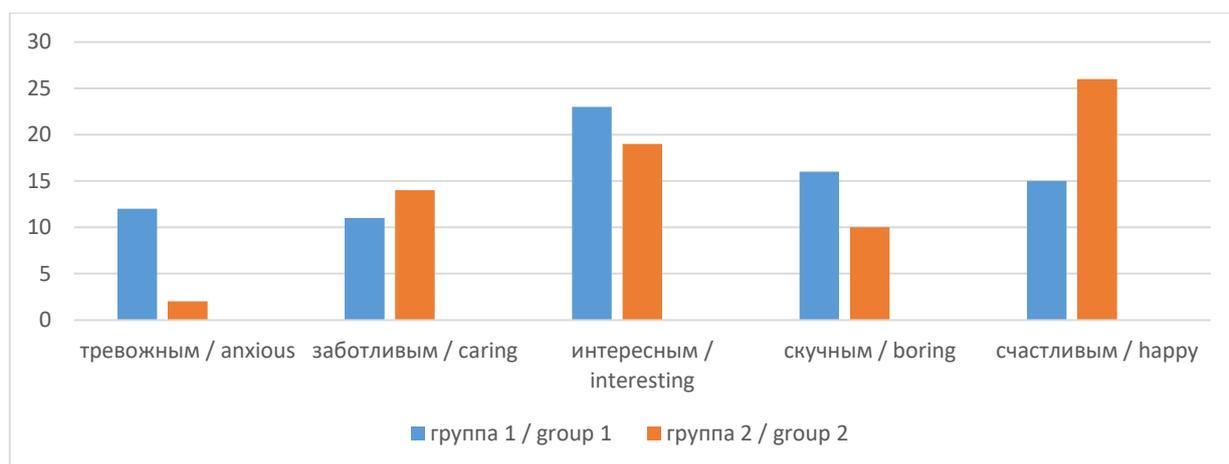


Рисунок 7 – Субъективная оценка времени по уходу за ребенком
Figure 7 – Subjective assessment of child care time

Из приведенных на рисунке 7 анализируемых ответов очевидным является преобладание тревоги и скуки в первой группе женщин и преобладание интереса и счастья во второй группе женщин. Большая часть принявших участие в исследовании мужчин планирует ежедневно проводить время с ребенком – 61 (84%) партнёр первой группы и 55 (78%) партнеров второй группы. Ответ «Только в выходные» дали трое (4,5%) мужчин первой группы и двое (3%) мужчин второй группы.

В интервью был включен вопрос о субъективном восприятии ощущения шевелений ребенка. 85 (53%) женщин всей выборки описывают его как приятный позитивный опыт контакта с ребенком – «нежность и счастье», 10 (6%) с оттенком тревоги – «если шевелиться, значит живой», 58 (36%) дают нейтральную окраску и 8 (5%) отмечают раздражение: «нет, это совсем не благодать, когда он скачет по моему мочевому пузырю». Для изучения преобладающего фона настроения в первом триместре беременности женщин просили вспомнить и описать свое эмоциональное состояние в начале беременности (рисунок 8).

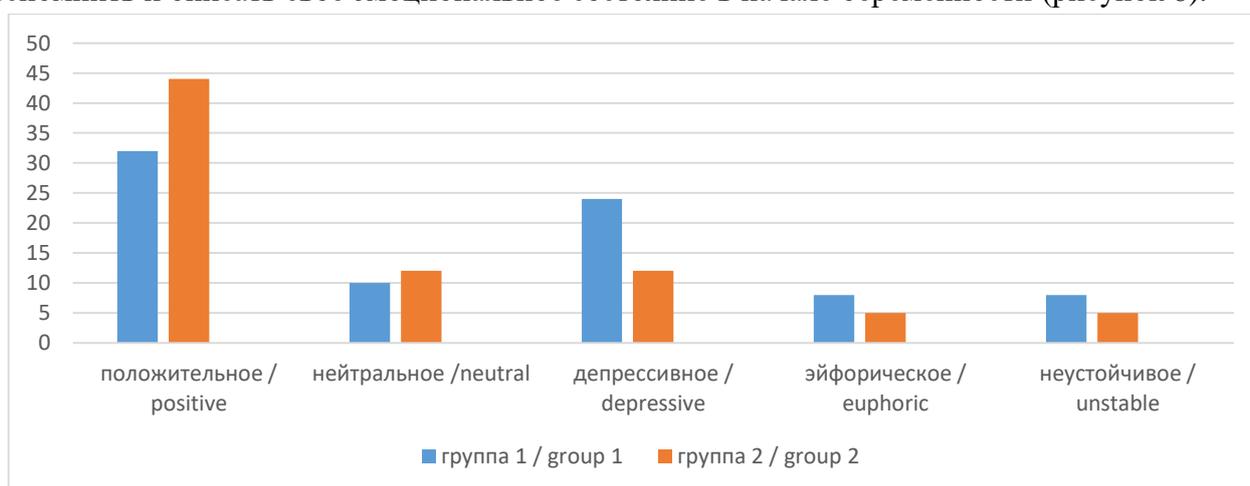


Рисунок 8 – Субъективная оценка эмоционального состояния в первом триместре беременности
Figure 8 – Subjective assessment of the emotional state in the first trimester of pregnancy

32 (40%) женщины первой группы и 44 (54%) женщины второй группы отметили преобладание хорошего, спокойного настроения. 10 (13%) женщин первой группы и 12 (10%) женщин в группе с ВРТ-беременностью обозначили свое настроение как «нейтральное, нормальное». 24 (28%) женщины первой группы отметили у себя депрессивное, подавленное настроение, 12 (15%) женщин второй группы описали настроение как тревожное, волнительное,

угнетенное с периодическими приступами паники. 8 (12%) женщин первой группы и 5 (8%) женщин второй группы описали свое настроение как эйфорическое. Как крайне переменчивое: то желание «сдохнуть поскорее», то «радостно приподнятое» – описали свое настроение 8 (10%) женщин первой и 5 (8%) женщин второй группы.

Финальная часть первого интервью для женщин содержала ряд вопросов о воспоминаниях собственного детства и несколько неоконченных предложений, которые женщина должна была продолжить первыми пришедшими в голову воспоминаниями. Ответы двух групп женщин схожи, наиболее встречаемым ответом, завершающим предложение «Я хочу быть матерью...» был ответ «...матерью здорового ребенка», так ответили 29 (18%) из всех исследуемых женщин, на втором месте по частоте встречаемости «...и я ей скоро буду» (n=20, 12%), третьим по частоте встречаемости был ответ «...большого количества детей» (n=15, 9%). Остальные ответы были единичны. Однако следует отметить тот факт, что 18 беременных женщин из первой группы (22%) дали ответ «Своих детей», что подчеркивает важность, не просто наличия в семье ребенка, а именно генетически своего ребенка. Очевидной разницы в продолжении предложения «Я буду очень счастлива, когда...» респондентки двух групп также не высказали. 146 (90%) участниц завершили предложение фразой «...когда родится здоровый ребенок», 6 (4%) ответили, что уже счастливы, 8 (6%) давали ответ, не связанный с беременностью, например, такой как «...когда добьюсь поставленных в карьере целей». В завершении предложения «Я опасаясь...» только беременные женщины из группы ВРТ-беременности давали ответ «...преждевременных родов» (n=12, 15%), а также только в этой группе был дан ответ «...разочарования в материнстве» (n=8, 10%). Остальные ответы в двух группах совпадали, самым распространённым ответом был «...проблем со здоровьем у ребенка или моим собственным здоровьем» (n=50, 31%), «...последствий после родов и самих родов» (n=45, 28%), «...что воспитаю неправильно» (n=7, 5%).

Часть вопросов интервью была направлена на изучение родительской семьи и своих представлений о детстве. Большая часть респонденток дает положительную окраску детскому периоду в своей жизни и оценивает его как «радостное и хорошее» – 72 (90%) женщины первой группы и 68 (85%) женщин второй группы. Присутствие элементов поощрения и наказания в детстве отмечают 31 (38%) женщина первой группы и 43 (54%) женщины второй группы. 47 (58%) женщин первой группы и 44 (55%) женщины второй группы имели сиблинга. 7 (8%) женщин с ВРТ-беременностью и 8 (9%) с физиологической беременностью воспитывались только матерью.

При анализе взаимоотношений женщины с собственной матерью, теплые, близкие отношения описывают 26 (32%) респонденток из первой группы и 41 (51%) женщина второй группы. Отношения с отцом ближе у 25 (31%) женщин первой группы и 30 (37,5%) женщин второй группы. Также в интервью женщин просили описать свои взаимоотношения с матерью в детстве путем ассоциаций, используя хотя бы 5 слов, использование большего количества слов поощрялось. Эта задача более чем для половины респонденток оказалась сложной, они отказывались отвечать на этот вопрос. Те же, кто старался выполнить задание, испытывали трудности в подборе 5 слов. Только 18 (11%) женщин выполнили задание с легкостью и привели более 5 ассоциаций. Интересным явился фактор благополучия взаимоотношений с собственной матерью в детстве в группе женщин с физиологической беременностью. 63 (79%) описывали отношения как «теплые, заботливые, нежные, уважительные, доверительные, добрые», 4 (5%) дали негативную окраску взаимоотношений с матерью «ссоры, скандалы, недоверие», 3 (4%) основным критерием выделили контроль и

тревогу. Высок процент неблагоприятных воспоминаний о детско-родительских отношениях с матерью в первой (ВРТ) группе женщин. 40 (50%) женщин описали взаимоотношения с матерью как «холодность, равнодушие, тревога, подчинение, строгость», 8 (10%) основным критерием выделили то, что мать много работала и редко занималась воспитанием (более близкие взаимоотношения у данных женщин были с другими членами семьи, отцом или бабушкой) и 15 (19%) описывают взаимоотношения как теплые и доверительные. Таким образом, по данному параметру две группы исследуемых женщин заметно различаются между собой. Общее число положительных оценок взаимоотношений с матерью в первой группе женщин – 15 (19%) и 63 (79%) во второй группе женщин. Данный феномен упоминается В.Е. Гавриловой [7].

Описывая свои взаимоотношения с отцом в детстве, женщины первой группы в 27 (34%) случаях оценивали их как «никакие», в 26 (32,5%) – как «любовь, спокойствие, радость, гордость, юмор, я, наверное, больше папина дочка», в 12 (15%) – как «контроль, эмоциональная дистанция, периодические наказания, отстранённость» и 16 (20%) описывали отношения как «уважительные, но он много работал». Ответы женщин второй группы можно разделить на три категории: наиболее часто встречаемый ответ – «защита, любовь, воспитание, поддержка, дружба, помощь» – 50 (62,5%), 16 (20%) женщин не могли дать какую-либо характеристику взаимоотношениям с отцом, 14 (17,5%) охарактеризовали взаимоотношения с отцом негативно – «безответственность, алкоголизм, ссоры». Из приведенных ответов можно заключить, что женщины первой исследуемой группы в два раза реже имели близкие отношения с отцом, чем женщины второй группы.

Завершающее интервью с участием только женщины проводилось в первую неделю после рождения ребенка. В нем оценивалось субъективное восприятие родов и первичного контакта с ребенком. В данном интервью приняли участие 51 женщина из первой группы и 49 женщин второй группы. В родах женщин из первой группы сопровождали в 8 (17%) случаях, из них в 5 (11%) случаях муж, в 2 (4%) мама, в 1 (2%) сестра. Женщин из второй группы в процессе рождения ребенка сопровождали в 4 (10%) родах, из них в 3 (8%) муж, в 1 (2%) доула. 13 (28%) родов в группе женщин, беременных с помощью ВРТ, велись по индивидуальному договору с врачом, 21 (72%) по ОМС. Во второй группе женщин индивидуальный договор с врачом был заключен в 6 (17%) случаях, роды по ОМС – 35 (83%).

В таблице 1 приведены варианты описания своего телесного и эмоционального состояния в первые дни после рождения ребенка.

Таблица 1 – Субъективные описания женщинами своих ощущений после родов / Table 1 – Women's subjective descriptions of their feelings after childbirth

Характеристика ощущений / characteristics of sensations	Женщины с ВРТ-беременностью / pregnant women using IVF methods (n=49)	Женщины с физиологической беременностью / pregnant women in a natural cycle (n=51)
«Все хорошо, роды позади» / «everything is fine, the birth is over»	11 (23%)	18 (43%)
«Чувствую радость» / «I feel joy»	3 (6%)	4 (10%)
«Хочу спать» / «I want to sleep»	3 (6%)	7 (17%)
«Счастлива» / "Happy"	4 (8%)	1 (2%)
«Беспокоюсь и тревожусь» / "I'm worried and worried"	14 (30%)	2 (5%)
«Физически вымотана» / "Physically exhausted"	7 (15%)	6 (14%)

На вопрос о кормлении грудью утвердительно ответили 24 (51%) женщины из первой группы и 30 (73%) женщин второй группы. В таблице 2 представлены наиболее частые ответы, описывающие субъективные ощущения женщин в период кормления грудью.

Таблица 2 – Субъективная оценка эмоциональных и физических ощущений в период кормления грудью / Table 2 – Subjective assessment of emotional and physical sensations during breastfeeding

Категория ощущений / Sensation category	Женщины с ВРТ-беременностью pregnant / women using IVF methods (n=24)	Женщины с физиологической беременностью / pregnant women in a natural cycle (n=30)
Приятные, нежные чувства / Pleasant, tender feelings	10 (41%)	18 (60%)
Нейтрально / Neutral	2 (5%)	6 (20%)
«Пока не поняла, как мне весь этот процесс» / "Until I understood how this whole process is for me"	9 (37%)	4 (13%)
Неприятные чувства и физический дискомфорт / Feelings and physical discomfort	4 (17%)	2 (7%)

В первой группе женщин 2 лидирующих ответа: описывающий процесс кормления как приятный – 10 (41%) и «пока не поняла, нравится ли мне этот процесс или нет» – 9 (37%). Наиболее часто встречаемым ответом во второй группе женщин является ответ, описывающий приятные, нежные ощущения контакта с ребенком – 18 (60%). Нейтральное отношение к грудному вскармливанию у 2 (5%) женщин первой группы и 6 (20%) женщин второй группы. Негативно описали контакт с новорожденным ребенком в период грудного вскармливания 4 (17%) женщины первой группы и 2 (7%) женщины второй группы. Полученные результаты указывают на то, что женщины первой группы испытывают меньше положительных откликов, нежности и теплоты по отношению к новорожденному и воспринимают кормление грудью как необходимый процесс.

На вопрос «Испытываете ли вы сложности в уходе за новорожденным ребенком» утвердительно ответили 19 (40%) женщин первой группы и 4 (10%) женщины второй группы. Наличие помощи родственников отметили 15 (32%) женщин первой группы и 4 (10%) женщины второй группы. Из данных ответов можно сделать вывод о том, что женщины первой группы менее самостоятельны, нуждаются в дополнительной помощи и поддержке со стороны близких; женщины второй группы опираются на себя. Основные ответы, описывающие первую ночь наедине с новорожденным ребенком приведены в таблице 3.

Таблица 3 – Субъективная оценка восприятия женщиной первой совместной ночи с ребенком / Table 3 – Subjective assessment of a woman's perception of the first night together with a child

Категория описания первой ночи после рождения / Category of description of the first night after birth	Женщины с ВРТ-беременностью / pregnant women using IVF methods (n=47)	Женщины с физиологической беременностью / pregnant women in a natural cycle (n=41)
«Спокойно переночевали, с одним кормлением в середине ночи» / "We spent the night quietly, with"	16 (34%)	23 (56%)

one meal in the middle of the night."		
«Тревожно и ничего не понятно» / "It's alarming and nothing is clear"	17 (36%)	9 (22%)
«Он плакал, я пыталась его успокоить. Всю ночь не спали» / "He was crying, I tried to calm him down. We didn't sleep all night"	14 (30%)	9 (22%)

Из данных, представленных в таблице 3, следует, что первую ночь 16 (34%) женщин первой группы и 23 (56%) женщины второй группы провели спокойно, отдыхая и восстанавливаясь после родов. 31 (66%) женщина первой группы и 18 (44%) женщин второй группы испытывали тревогу и дискомфорт. По 15 (34%) женщин из каждой группы отмечают наличие страхов. Часть из них обоснована пребыванием ребенка в отделении патологии новорожденных, часть из них не имеет объективной причины. Женщины высказывали такие переживания, как «боюсь, что сделаю ему что-то не то»; «как буду справляться с ним дома»; «а хватает ли ему еды»; «переживаю за его здоровье»; «что плохо его воспитаю»; «вообще за все связанное с ним теперь переживаю». Приведенные данные указывают на большой процент тревожности у женщин обеих исследуемых групп. Завершающим вопросом интервью был вопрос «Что вас сейчас радует?», в таблице 4 приведены основные ответы.

Таблица 4 – Субъективная оценка текущего психологического ресурса / Table 4 – Subjective assessment of current psychological resource

Категория описания того, что радует в данный момент / Category of description of what pleases at the moment	Женщины с ВРТ-беременностью / pregnant women using IVF methods (n=47)	Женщины с физиологической беременностью / pregnant women in a natural cycle (n=41)
«Что все хорошо у нас обоих» / "That everything is fine with both of us"	15 (32%)	14 (34%)
«Скоро выписка домой» / "Check out soon home"	12 (25%)	5 (13%)
«Мы вместе» / "We are together"	0	3 (6%)
«У меня есть ребенок» / "I have a child"	0	4 (10%)
«Я – мама» / "I am a mother"	10 (21%)	12 (30%)
«Я пережила роды» / "I survived childbirth"	6 (12%)	3 (6%)
«Пока мало что» / "Not much so far"	4 (10%)	0

Помимо основных приведенных в таблице 4 ответов, женщин из группы физиологической беременности радует сам факт рождения ребенка – 4 (10%) и то, что мать теперь может держать своего ребенка на руках – 3 (6%). 4 (10%) женщины второй группы отметили, что на данный момент «ничего не радует», такие ответы звучали от матерей тяжело рожденных детей, находящихся в отделении интенсивной терапии при перинатальном центре №1 или переведённых в детские городские больницы города в тяжелом состоянии.

Обсуждение и заключения

По результатам проведенного исследования получены следующие выводы. Средний возраст как исследуемых женщин с беременностью, наступившей в результате ВРТ, так и их партнеров выше, чем в группе женщин с физиологической беременностью. Желание осуществления родительской программы осознается женщинами в 2,5 раза более долгим временном периоде. Подготовка к данной беременности у женщин с ВРТ-беременностью занимает в 4 раза более долгий срок. Доминирующим мотивом для наступления беременности в группе женщин с ВРТ-беременностью является мотив реализации женской идентичности, в группе физиологически беременных женщин – естественное продолжение семьи. Психологически более здоровый, ориентированный на ребенка мотив встречается в группе женщин, беременных с помощью ВРТ, в 2 раза реже (18% против 37%). Партнеры женщин обеих групп в большинстве случаев давали нейтральные, эмоционально слабо окрашенные ответы, указывающие на низкую личностную заинтересованность в отцовстве, скорее, как компромисс с супругой и социумом. Женщины, беременные с помощью ВРТ, в 3 раза более ориентированы на программированное кесарево сечение (20% против 8%), поддержку партнера в родах, а также индивидуальную акушерско-гинекологическую команду. Число акушерских и неонатальных осложнений в родах женщин, беременных с помощью ВРТ, в два раза выше. Эмоциональное состояние в период рождения ребенка и ранний послеродовой период в шесть раз более окрашено тревогой и беспокойством (30% против 5%). Физиологические и психологические трудности при грудном вскармливании, уходе за новорожденным ребенком в четыре раза выше в группе женщин, беременных с помощью ВРТ (44% против 10%). Половина всех исследуемых женщин выборки отмечают тревогу и дискомфорт в первые сутки после родов, которые постепенно сглаживаются. Полученные результаты важны в понимании эмоционально-психологического состояния женщин, беременных с помощью ВРТ, и значимости оказания своевременной психологической помощи на разных этапах беременности, родов и в раннем послеродовом периоде.

Список использованных источников

1. Андреева А.Д. Образ семьи и родительства у современных матерей: кросс-культурное исследование // Теоретическая и экспериментальная психология. 2016. Т. 9, №2. С. 17-30.
2. Бойко Е.Л., Посисеева Л.В., Малышкина А.И. Реабилитация супружеских пар с невынашиванием беременности ранних сроков в анамнезе // Медицинский совет. 2014. №9. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/reabilitatsiya-supruzheskih-par-s-nevynashivaniem-beremennosti-rannih-srokov-v-anamneze> (дата обращения: 01.02.2021).
3. Блох М.Е. Динамика супружеских отношений в течение беременности // Репродуктивное здоровье семьи в перинатальной психологии: материалы международной научно-практической конференции. СПб, 2013. С. 37-41.
4. Бурина Е.А., Мошквивская В.А., Кулиева А.К. Личностные особенности женщин, беременных в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий // Ананьевские чтения – 2020. Материалы международной научной конференции. СПб: СПбГУ, 2020. С. 980-981.

5. Вагапова А.Р. Формирование представлений у молодежи о материнстве и отцовстве // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2015. Т. 15, №2. С. 31-35.
6. Васильева Е.Н. Гендерные различия в структурных компонентах психологической готовности к родительству // Современные проблемы науки и образования. 2013. №6. С. 853.
7. Гаврилова В.Е. Психологические предпосылки бесплодия у здоровых женщин, состоящих в браке // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2018. Т. 11, №3. С. 103-109. DOI: <http://dx.doi.org/10.14529/psy180312>.
8. Гроф С. Путешествие в поисках себя. М.: АСТ, 2008. 248 с.
9. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 272 с.
10. Добряков И.В. Особенности течения перинатального периода и психомоторное развитие младенца в зависимости от типа психологического компонента гестационной доминанты // Психическое здоровье. 2010. №12. С. 13-18.
11. Прохоренко Н.Ф., Гинойн А.Б. Реформа системы обязательного медицинского страхования: время не ждет // Вестник ВШОУЗ. 2018. №4. С. 28-52.
12. Савенышева С.С. Удовлетворенность браком и отношение к беременности и ребенку у беременных женщин // Вестник СПбГУ. 2016. №53-11. С. 239-246.
13. Сафина Н.Ю., Яманди Т.А., Черных В.Б., Акуленко Л.В., Боголюбов С.В., Витязева И.И., Рыжкова О.П., Степанова А.А., Адян Т.А., Близнец Е.А., Поляков А.В. Генетические факторы мужского бесплодия, их сочетания и спермиологическая характеристика мужчин с нарушением фертильности // Андрология и генитальная хирургия. 2018. Т. 19, №2. С. 40-51. DOI: <https://doi.org/10.17650/2070-9781-2018-19-2-40-51>.
14. Скворцова М.Ю., Прилуцкая С.Г., Барская Е.С. Особенности психоэмоционального состояния женщин во время беременности, наступившей в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий // Доктор.Ру. 2018. №10(154). С. 62-67. DOI: 10.31550/1727-2378-2018-154-10-62-67.
15. Ульянич А.Л., Бохан Т.Г., Лещинская С.Б., Агаркова Л.А., Куценко И.Г., Михеенко Г.А. Особенности внутренней картины беременности у женщин с соматическими осложнениями с угрозой прерывания беременности // Вестник Кемеровского государственного университета. 2019. Т. 21, №2(78). С. 435-450. DOI: <http://dx.doi.org/10.21603/2078-8975-2019-21-2-435-450>.
16. Хачатрян Л.А. Тенденции изменения современной российской семьи // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2014. №4(20). С. 111-118.
17. Шамилова Н.В. Психологические причины нарушения адаптации к беременности и материнству // Проблемы современного педагогического образования. 2016. №50-2. С. 226-232.
18. Astley S.J. Fetal alcohol syndrome prevention in Washington State: evidence of success // Paediatric and perinatal Epidemiology. 2004. Vol. 18, no. 5. DOI: 10.1111/j.1365-3016.2004.00582.x 33.
19. Alahmar F., Ahmed T. Role of Oxidative Stress in Male Infertility: An Updated Review // Journal of human reproductive sciences. 2019. Vol. 12, no. 1. Pp. 4-18. DOI: 10.4103/jhrs.JHRS_150_18.
20. Babakhanzadeh E. Some of the Factors Involved in Male Infertility: A Prospective Review // International journal of general medicine. 2020. Vol. 13. Pp. 29-41. DOI: 10.2147/IJGM.S241099.

21. Biddle Z., O'Callaghan F.V., Finlay-Jones A.L., Reid N.E. Caregivers of Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Psychosocial Factors and Evidence for Self-compassion as a Potential Intervention Target // *Mindfulness*. 2020. Vol. 11, no. 9. Pp. 2189-2198.
22. Crosignani P.G., Rubin B.L. Optimal use of infertility diagnostic tests and treatments // *The ESHRE Capri Workshop Group. Hum Reprod*. 2000. Vol. 15, no. 3. Pp.723-732. DOI: 10.1093/humrep/15.3.723.
23. Christian L.M., Franco A., Iams J.D., Sheridan J., Glaser R. Depressive symptoms predict exaggerated inflammatory responses to an in vivo immune challenge among pregnant women // *Brain, Behavior and Immunity*. 2010. Vol. 24, no. 1. Pp. 49-53. DOI: 10.1016/j.bbi.2009.05.055.
24. Gabnai-Nagy E., Bugán A., Bodnár B., Papp G., Nagy B.E. Association between Emotional State Changes in Infertile Couples and Outcome of Fertility Treatment // *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2020. Vol. 80, no.2. DOI: 10.1055/a-0854-5987.
25. Golombok S. *Modern families: Parents and children in new family forms*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2015. Pp. 111-113.
26. Khizroeva J., Nalli C., Bitsadze V., Lojacono A., Zatti S., Andreoli L., Tincani A., Shoenfeld Y., Makatsariya A. Infertility in women with systemic autoimmune diseases // *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2019. Vol. 33, no. 6. DOI: 10.1016/j.beem.2019.101369.
27. Kleanthi G., Alexithymia M. Stress and Depression in Infertile Women: a Case Control Study // *Mater Sociomed*. 2021. Vol. 33, no. 1. Pp.70-74. DOI:10.5455/msm.2021.33.70-74
28. Linder R. Overcoming Somatic and Psychological Difficulties: New Experiences from an Integrated Linkage of Obstetrics and Psychotherapy // *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*. 2010. Vol. 24, no. 4. Pp. 201-215.
29. Marín-Morales D., Carmona-Monge F.J. Personality Depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in Spanish pregnant Spanish women // *Anales de Psicología*. 2014. Vol. 30, no. 3. Pp. 908-915. DOI: 10.6018/analesps.30.3.153101.
30. Maroufizadeh S., Navid B., Omani-Samani R., Amini P. The effects of depression, anxiety and stress symptoms on the clinical pregnancy rate in women undergoing IVF treatment // *BMC Res Notes*. 2019. Vol. 12, no.1. DOI: 10.1186/s13104-019-4294-0.
31. McCrory C., McNally C. The Effect of Pregnancy Intention on Maternal Prenatal Behaviours and Parent and Child Health: Results of an Irish Cohort Study // *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2013. Vol. 27, no. 2. Pp. 208-215. DOI: 10.1111/ppe.12027.
32. Mustafa A., Ali A., Mustafa M., A., Samarraie M. Physiological and hormonal study of women infertility // *Science Archives*. 2020. Vol. 1, no. 3. Pp. 160-165. DOI: 10.47587/SA.2020.1314.
33. Pandrurada S, Royfman R, Shah TA, Sindhvani P, Dupree JM, Schon S, Avidor-Reiss T. Lack of trusted diagnostic tools for undetermined male infertility // *Journal Assist Reprod Genet*. 2021. Vol. 38, no. 2. Pp. 265-276. DOI: 10.1007/s10815-020-02037-5.
34. Saunders T.A., Lobel M., Veloso C., Meyer B.S. Prenatal maternal stress is associated with delivery analgesia and unplanned cesareans // *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2006. Vol. 27, no. 3. Pp. 141-146. DOI: 10.1080/01674820500420637.
35. Stark M.A., Brinkley R.L. The relationship between perceived stress and health-promoting behaviors in high-risk pregnancy // *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 2007. Vol. 21, no. 4. Pp. 307-314.

36. Standeven L.R., McEvoy K.O., Osborne L.M. Progesterone, reproduction, and psychiatric illness // *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2020. Vol. 69. Pp.108-126. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2020.06.001.
37. Szkodziak F., Krzyżanowski J., Szkodziak P. Psychological aspects of infertility // *A systematic review*. 2020. Vol. 48, no. 6. DOI: 10.1177/0300060520932403.
38. Turner K.A., Rambhatla A., Schon S., Agarwal A., Krawetz S.A., Dupree J.M., Avidor-Reiss T. Male Infertility is a Women's Health Issue-Research and Clinical Evaluation of Male Infertility Is Needed // *Cells*. 2020. Vol. 16, no. 9. DOI: 10.3390/cells9040990.
39. Thurston L, Abbara A, Dhillon WS. Investigation and management of subfertility // *Journal of Clinical Pathology*. 2019. Vol. 72, no. 9. DOI: 10.1136/jclinpath-2018-205579.
40. Vander Borgh M., Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology // *Clinical Biochemistry*. 2018. Vol. 62, no. 2. DOI: 10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012.
41. Wall G. Mothers' experiences with intensive parenting and brain development discourse // *Women's Studies International Forum*. 2010. Vol. 33, no. 3. Pp. 253-263.
42. Xavier M.J., Salas-Huetos A., Oud M.S. Disease gene discovery in male infertility: past, present and future // *Human Genetics*. 2021. Vol. 140. Pp. 7-19. DOI: 10.1007/s00439-020-02202-x.

References

1. Andreeva A.D. The image of family and parenting in modern mothers: a cross-cultural study. *Teoreticheskaya i eksperimental'naya psihologiya*, 2016, vol. 9, no. 2, pp. 17-30. (In Russ.)
2. Bojko E.L., Posiseeva L.V., Malyshkina A.I. Rehabilitation of married couples with early miscarriage in history. *Medicinskij sovet*, 2014, no. 9. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/reabilitatsiya-supruzheskih-par-s-nevynashivaniem-beremennosti-rannih-srokov-v-anamneze> (accessed: 01.02.2021). (In Russ.)
3. Bloh M.E. Dynamics of marital relations during pregnancy. *Reproduktivnoe zdorov'e sem'i v perinatal'noj psihologii: materialy mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii*. St. Petersburg, 2013. Pp. 37-41. (In Russ.)
4. Burina E.A., Moshkivskaya V.A., Kulieva A.K. Personal characteristics of women who are pregnant as a result of the use of assisted reproductive technologies. *Anan'evskie chteniya – 2020. Materialy mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii*. St. Petersburg, SPBGU Publ., 2020. Pp. 980-981. (In Russ.)
5. Vagapova A.R. Formation of ideas among young people about motherhood and fatherhood. *Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya Filosofiya. Psihologiya. Pedagogika*, 2015, vol. 15, no. 2, pp. 31-35. (In Russ.)
6. Vasil'eva E.N. Gender differences in the structural components of psychological readiness for parenthood. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*, 2013, no. 6, p. 853. (In Russ.)
7. Gavrilova V.E. Psychological preconditions of infertility in healthy married women. *Vestnik YUUrGU. Seriya: Psihologiya*, 2018, vol. 11, no. 3. pp. 103-109, doi: <http://dx.doi.org/10.14529/psy180312>. (In Russ.)
8. Grof S. *Travel in search of yourself*. Moscow, AST Publ., 2008. 248 p. (In Russ.)
9. Dobryakov I.V. *Perinatal psychology*. St. Petersburg, Piter Publ., 2010. 272 p. (In Russ.)
10. Dobryakov I.V. Features of the course of the perinatal period and the psychomotor development of an infant depending on the type of psychological component of the gestational dominant. *Psihicheskoe zdorov'e*, 2010, no. 12, pp. 13-18. (In Russ.)

General psychology, personality psychology, history of psychology

11. Prohorenko N.F., Ginoyan A.B. Reform of the compulsory health insurance system: time is running out. *Vestnik VSHOUZ*, 2018, no. 4, pp. 28-52. (In Russ.)
12. Savenysheva S.S. Satisfaction with marriage and attitude to pregnancy and child in pregnant women. *Vestnik SPBGU*, 2016, no. 53-11, pp. 239-246. (In Russ.)
13. Safina N.YU., YAmandi T.A., CHernyh V.B., Akulenko L.V., Bogolyubov S.V., Vityazeva I.I., Ryzhkova O.P., Stepanova A.A., Adyan T.A., Bliznec E.A., Polyakov A.V. Genetic factors of male infertility, their combinations and spermiological characteristics of men with impaired fertility. *Andrologiya i genital'naya hirurgiya*, 2018, vol. 19, no. 2, pp. 40-51, doi: <https://doi.org/10.17650/2070-9781-2018-19-2-40-51>. (In Russ.)
14. Skvorcova M.YU., Priluckaya S.G., Barskaya E.S. Features of the psychoemotional state of women during pregnancy resulting from the use of assisted reproductive technologies. *Doktor.Ru*, 2018, no. 10(154), pp. 62-67, doi: 10.31550/1727-2378-2018-154-10-62-67. (In Russ.)
15. Ul'yanich A.L., Bohan T.G., Leshchinskaya S.B., Agarkova L.A., Kucenko I.G., Miheenko G.A. Features of the internal picture of pregnancy in women with somatic complications with the threat of termination of pregnancy. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta*, 2019, vol. 21, no. 2(78), pp. 435-450, doi: <http://dx.doi.org/10.21603/2078-8975-2019-21-2-435-450>. (In Russ.)
16. Hachatryan L.A. Trends in changes in the modern Russian family. *Vestnik Permskogo universiteta. Filosofiya. Psihologiya. Sociologiya*, 2014, no. 4(20), pp. 111-118. (In Russ.)
17. SHamilova N.V. Psychological reasons for impaired adaptation to pregnancy and motherhood. *Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya*, 2016, no. 50-2, pp. 226-232. (In Russ.)
18. Astley S.J. Fetal alcohol syndrome prevention in Washington State: evidence of success. *Paediatric and perinatal Epidemiology*, 2004, vol. 18, no. 5, doi: 10.1111/j.1365-3016.2004.00582.x 33.
19. Alahmar F., Ahmed T. Role of Oxidative Stress in Male Infertility: An Updated Review. *Journal of human reproductive sciences*, 2019, vol. 12, no. 1, pp. 4-18, doi: 10.4103/jhrs.JHRS_150_18.
20. Babakhanzadeh E. Some of the Factors Involved in Male Infertility: A Prospective Review. *International journal of general medicine*, 2020, vol. 13, pp. 29-41, doi: 10.2147/IJGM.S241099.
21. Biddle Z., O'Callaghan F.V., Finlay-Jones A.L., Reid N.E. Caregivers of Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Psychosocial Factors and Evidence for Self-compassion as a Potential Intervention Target. *Mindfulness*, 2020, vol. 11, no. 9, pp. 2189-2198.
22. Crosignani P.G., Rubin B.L. Optimal use of infertility diagnostic tests and treatments. *The ESHRE Capri Workshop Group. Hum Reprod*, 2000, vol. 15, no. 3, pp.723-732, doi: 10.1093/humrep/15.3.723.
23. Christian L.M., Franco A., Iams J.D., Sheridan J., Glaser R. Depressive symptoms predict exaggerated inflammatory responses to an in vivo immune challenge among pregnant women. *Brain, Behavior and Immunity*, 2010, vol. 24, no. 1, pp. 49-53, doi: 10.1016/j.bbi.2009.05.055.
24. Gabnai-Nagy E, Bugán A, Bodnár B, Papp G, Nagy BE. Association between Emotional State Changes in Infertile Couples and Outcome of Fertility Treatment. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 2020, vol. 80, no. 2, doi: 10.1055/a-0854-5987.
25. Golombok S. Modern families: Parents and children in new family forms. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 2015. Pp. 111-113.
26. Khizroeva J., Nalli C., Bitsadze V., Lojacono A., Zatti S., Andreoli L., Tincani A., Shoenfeld Y., Makatsariya A. Infertility in women with systemic autoimmune diseases. *Best Practice &*

- Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2019, vol. 33, no. 6, doi: 10.1016/j.beem.2019.101369.
27. Kleanthi G, Alexithymia M. Stress and Depression in Infertile Women: a Case Control Study. *Mater Sociomed*, 2021, vol. 33, no. 1, pp. 70-74, doi: 10.5455/msm.2021.33.70-74
 28. Linder R. Overcoming Somatic and Psychological Difficulties: New Experiences from an Integrated Linkage of Obstetrics and Psychotherapy. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 2010, vol. 24, no. 4, pp. 201-215.
 29. Marín-Morales D., Carmona-Monge F.J. Personality Depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in Spanish pregnant Spanish women. *Anales de Psicología*, 2014, vol. 30, no. 3, pp. 908-915, doi: 10.6018/analesps.30.3.153101.
 30. Maroufizadeh S., Navid B., Omani-Samani R., Amini P. The effects of depression, anxiety and stress symptoms on the clinical pregnancy rate in women undergoing IVF treatment. *BMC Res Notes*, 2019, vol. 12, no. 1, doi: 10.1186/s13104-019-4294-0.
 31. McCrory C., McNally C. The Effect of Pregnancy Intention on Maternal Prenatal Behaviours and Parent and Child Health: Results of an Irish Cohort Study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2013, vol. 27, no. 2, pp. 208-215, doi: 10.1111/ppe.12027.
 32. Mustafa A., Ali A., Mustafa M., A., Samarraie M. Physiological and hormonal study of women infertility. *Science Archives*, 2020, vol. 1, no. 3, pp. 160-165, doi: 10.47587/SA.2020.1314.
 33. Pandruvada S., Royfman R., Shah T.A., Sindhvani P., Dupree J.M., Schon S., Avidor-Reiss T. Lack of trusted diagnostic tools for undetermined male infertility. *Journal Assist Reprod Genet*, 2021, vol. 38, no. 2, pp. 265-276, doi: 10.1007/s10815-020-02037-5.
 34. Saunders T.A., Lobel M., Veloso C., Meyer B.S. Prenatal maternal stress is associated with delivery analgesia and unplanned cesareans. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2006, vol. 27, no. 3, pp. 141-146, doi: 10.1080/01674820500420637.
 35. Stark M.A., Brinkley R.L. The relationship between perceived stress and health-promoting behaviors in high-risk pregnancy. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 2007, vol. 21, no. 4, pp. 307-314.
 36. Standeven L.R., McEvoy K.O., Osborne L.M. Progesterone, reproduction, and psychiatric illness. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2020, vol. 69, pp.108-126, doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.06.001.
 37. Szkodziak F., Krzyżanowski J., Szkodziak P. Psychological aspects of infertility. *A systematic review*, 2020, vol. 48, no. 6, doi: 10.1177/0300060520932403.
 38. Turner K.A., Rambhatla A., Schon S., Agarwal A., Krawetz S.A., Dupree J.M., Avidor-Reiss T. Male Infertility is a Women's Health Issue-Research and Clinical Evaluation of Male Infertility Is Needed. *Cells*, 2020, vol. 16, no. 9, doi: 10.3390/cells9040990.
 39. Thurston L, Abbara A, Dhillon WS. Investigation and management of subfertility. *Journal of Clinical Pathology*, 2019, vol. 72, no. 9, doi: 10.1136/jclinpath-2018-205579.
 40. Vander Borgh M., Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 2018, vol. 62, no. 2, doi: 10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012.
 41. Wall G. Mothers' experiences with intensive parenting and brain development discourse. *Women's Studies International Forum*, 2010, vol. 33, no. 3, pp. 253-263.
 42. Xavier M.J., Salas-Huetos A., Oud M.S. Disease gene discovery in male infertility: past, present and future. *Human Genetics*, 2021, vol. 140, pp. 7-19, doi: 10.1007/s00439-020-02202-x.

Информация об авторах

Мошкивская Валентина Анатольевна – медицинский психолог Городского перинатального центра №1 г. Санкт-Петербург, Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID ID: 0000-0002-6620-8360, SPIN-код: 3218-8964, e-mail: moshkivskaia@gmail.com.

Information about authors

Moshkivskaya Valentina A. – medical psychologist of the City Perinatal Center No 1, Saint Petersburg, Saint Petersburg, Russian Federation, ORCID ID: 0000-0002-6620-8360, SPIN-код: 3218-8964, e-mail: moshkivskaia@gmail.com.

Поступила в редакцию: 24.08.2021

Принята к публикации: 01.10.2021

Опубликована: 12.11.2021