

---

---

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

---

К.В. Кулешова

## ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

---

**Аннотация:** уровень тревожности женщин связан с такими ситуативными факторами, как (а) триместр беременности (эти данные подтверждают уже имевшиеся ранее, полученные другими исследователями), (б) особенности ее субъективного восприятия событий, состояний, воздействий как стрессорогенных, (в) предыдущим опытом (была ли беременность первая или повторная).

**Ключевые слова:** психология, благополучие, беременность, тревожность, стрессорогенные события, триместр беременности, восприятия событий, физическим здоровьем, психическим неблагополучием, безопасное материнство.

Охрана репродуктивного здоровья — одна из важнейших задач государства. Мероприятия по охране здоровья матери и ребенка в нашей стране проводятся в настоящее время в рамках реализации федеральных целевых программ “Безопасное материнство”. Концепция безопасного материнства сформулирована в 80-х годах прошлого столетия Всемирной организацией здравоохранения как совокупность социально-экономических, правовых и медицинских мероприятий, способствующих рождению желанных детей в оптимальные возрастные периоды без отрицательного влияния на здоровье женщин, сохраняющих ее жизнь, предупреждающих инвалидность, обеспечивающих воспитание рожденных детей, сочетание материнства, домашних обязанностей и трудовой деятельности.

В структуре населения Российской Федерации женщины составляют более 53 процентов, однако, репродуктивное здоровье россиянок ухудшается. По данным исследования, проведенного в Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова<sup>1</sup> здоровые женщины при поступлении на учет составили 25% (на основании анамнеза); после первичного лабораторного обследования этот процент сократился до 12%; до конца беременности здоровыми остается только 2% женщин.

В связи со сложившимся положением актуальны исследования психологических аспектов репродуктивного здоровья, психологических ресурсов повышения качества жизни забеременевших женщин.

Традиционно при психологическом изучении беременности внимание уделяется различным аспектам адаптации (психофизиологической, психосоциальной) женщины к своей беременности, а также болезням дезадаптации (они традиционно находятся в центре внимания психосоматических исследований беременности)<sup>2</sup>. Стресс дезадаптации, предшествующий той или иной болезни дезадаптации, не только негативно сказывается на физическом здоровье беременной женщины и развивающимся в ней ребенка (так, в частности, известно, что при длительных стрессовых состояниях в крови беременной женщины образуется избыточное количество стероидных гормонов, проходящих плацентарный барьер и влияющих на формирующийся мозг ребенка<sup>3</sup>, но проявляясь в ее субъективных переживаниях в форме тревоги, скажется и на качестве жизни женщины.

Знание тенденции восприятия беременными женщинами тех или иных на нее влияний в разные триместры беременности как стрессорогенных, позволит в дальнейшем выбрать мишени для психологического сопровождения будущей матери с целью обеспечения благоприятных психологических условий для поддер-

---

<sup>1</sup> Андреева С.М., Королева И.П. Беременность, как индикатор здоровья // ВСО. Научные исследования в сестринском деле. 2008. № 2. С. 59-60.

<sup>2</sup> Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия. Казань, 1996.

<sup>3</sup> Савельева Г.М. Акушерство. М., 2000.

жания ее здоровья. Эти мероприятия должны быть включены в общую систему мероприятий по охране здоровья матери и ребенка в рамках федеральной целевой программы “Безопасное материнство”.

**Цель исследования:** выявить субъективно стрессорогенные для первородящих и повторнородящих беременных женщин факторы; определить их связь с уровнем ситуативной и личностной тревожности женщины.

**Гипотезы исследования:** (а) уровень тревожности беременной женщины зависит не только от триместра беременности, но и от того, является она первородящей или повторнородящей; (б) состояния, влияния, события, происходящие с беременной женщиной, рассматриваются ею как стрессорогенные в зависимости от триместра беременности и от наличия у нее опыта беременности, родов (является ли она первородящей или повторнородящей).

**База проведения эмпирического исследования, контингент обследованных.** База проведения исследования — Клиника акушерства и гинекологии Первого МГМУ им И.М. Сеченова.

В исследовании приняли участие 204 женщины в возрасте 17-30 лет, находящиеся на разных сроках беременности, в послеродовом периоде и те, для которых в период исследования состояние беременности не актуально (контрольная группа женщин).

Среди них беременных первородящих — 46 женщины; 16 имеют высшее образование, 18 — студентки ВУЗов, 12 женщин со средним профессиональным образованием. 16 имеют патологию течения беременности (гестозы). Ни одна беременная не проходила психофизиофилактическую подготовку к родам.

Среди повторнородящих (40 женщин) 20 имеют высшее образование, 10 — студентки вузов, 10 женщин со средним профессиональным образованием. Для 30 женщин это повторные роды, 10 женщин вынашивают третьего ребенка. 14 женщин имеют патологию течения беременности (гестозы).

Женщины в послеродовом периоде — 20 человек (возраст детей от 1 до 3 месяцев). Возраст женщин в послеродовом периоде — от 19 до 30 лет. 12 женщин имеют высшее образование, 4 являются студентками, 4 женщины со средним профессиональным образованием. 18 имели осложнения в течение родов (разрывы, асфиксия новорожденного, дискоординация родовой деятельности).

Контрольная группа — 30 женщин в возрасте от 18 до 30 лет. Среди них 20 работающих женщин с высшим образованием, 4 женщины без высшего образования, 6 студенток. 18 женщин имеют ребенка, 12 без детей.

**Методы исследования:** наблюдение, структурированные интервью, тестирование.

В исследовании были использованы следующие диагностические методики: а) методика измерения личностной и ситуативной тревожности, разработанная Ч.Д. Спилбергом и адаптированная Ю.Л. Ханиным с целью определения уровня тревожности; б) опросник для определения депрессивных состояний Зунге; в) структурированное интервью с целью выявления мнения женщин в отношении того, какие воздействия на нее воспринимаются ею как стрессорогенные (использован составленный нами по результатам предварительного опроса беременных женщин опросник, который содержит кроме анкетных данных перечень вероятных стрессорогенных воздействий с возможностью оценки выраженности каждого из них в определенный триместр беременности).

### Результаты исследования

**Серия 1. Выявление у беременных женщин субъективно стрессорогенных для нее факторов.**

*1. Выявление стрессорогенных факторов у первородящих женщин.*

При опросе наблюдающихся в отделении женской консультации 23-х первородящих беременных женщин с помощью составленного нами опросника (для выявления стрессорогенных факторов) получены следующие результаты:

В 1-м триместре стрессорогенными для беременной женщины являются: изменение своего самочувствия — 65%; непонимание со стороны мужа (родителей, родственников, друзей) — 43%; конфликты на работе (в учебном заведении) — 34%; изменение своей фигуры — 22%; повышенная утомляемость, усталость — 17%.

Во 2-ом триместре стрессорогенными для беременной женщины являются: изменение фигуры — 65%; госпитализация в больницу — 43%; тревога за малыша — 43%; изменение самочувствия — 39%; конфликты на работе (в учебном заведении) — 35%; страх перед родами — 17%.

В 3-ом триместре стрессорогенными для беременной женщины являются: тревога за малыша — 91 %; страх перед родами — 87%; плохой сон — 78%; госпитализация в больницу — 65%.

*2. Выявление стрессорогенных факторов у повторнородящих женщин.*

В ходе выявления стрессорогенных воздействий, событий на повторнородящих женщин опрошены 20 женщин в отделении женской консультации. Им был

Тенденции восприятия первородящими и повторнородящими женщинами воздействий, событий как стрессоренных

Триместр беременности	Первородящие женщины	Повторнородящие женщины
1 триместр	Изменение собственного самочувствия – 65% Непонимание со стороны мужа (родителей, родственников, друзей) – 43% Конфликты на работе (учебе) – 34% Изменение фигуры – 22% Повышенная утомляемость, усталость – 17%	Изменение самочувствия – 89% Повышенная утомляемость, усталость – 67% Тревога за малыша – 56% Болезни старших детей – 22%
2 триместр	Изменение фигуры – 67% Госпитализация в больницу – 43% Тревога за малыша – 43% Изменение самочувствия – 9% Конфликты на работе (учебе) – 35% Страх перед родами – 17%	Тревога за малыша – 67% Тревога за старших детей – 7% Изменение самочувствия – 45% Госпитализация в больницу – 33% Конфликты на работе (учебе) – 22%
3 триместр	Тревога за малыша – 91% Страх перед родами – 87% Плохой сон – 78% Госпитализация в больницу – 65%	Тревога за малыша – 100% Тревога за старших детей – 89% Плохой сон – 78% Госпитализация в больницу – 44% Болезнь родителей, мужа – 11%

предложен составленный нами опросник. Получены следующие результаты опроса:

В 1-ом триместре стрессоренными для беременной женщины являются: изменение самочувствия — 89%; повышенная утомляемость, усталость — 67%; тревога за малыша — 56%; болезни старших детей — 22%.

Во 2-ом триместре стрессоренными для беременной женщины являются: тревога за малыша — 67%; тревога за старших детей — 67%; изменение самочувствия — 45%; госпитализация в больницу — 33%; конфликты на работе (учебе) — 22%.

В 3-ем триместре стрессоренными для беременной женщины являются: тревога за малыша — 100%; тревога за старших детей — 89%; плохой сон — 78%; госпитализация в больницу — 44%; болезнь родителей, мужа — 11%.

3. *Сходства и различия в тенденций восприятия первородящими и повторнородящими событий как стрессогенных.*

Для удобства восприятия полученные данные эмпирического исследования сведены в таблицу.

Из таблицы видно, что восприятие событий, воздействий, состояний как стрессогенных первородящими и повторнородящими женщи-

нами сходно по ряду позиций (в 1-м триместре у них вызывает беспокойство: изменение своего самочувствия, повышенная утомляемость, во 2-м — тревога за будущего малыша, изменение своего самочувствия, госпитализация в больницу, конфликты на работе (учебе), в 3-м — тревога за будущего ребенка, плохой сон, госпитализация в больницу. Выявлены и различия: у первородящих отсутствует тревога за старших детей (это естественно, т.к. таковых они не имеют), по поводу болезни родителей, мужа, а у повторнородящих женщин в 1-м триместре отсутствует переживание по поводу непонимания мужа (родственников, родителей), изменения своей фигуры, конфликтов на работе (учебе), во 2 триместре — женщин редко волнуют изменения со стороны их фигуры, страх перед родами, в 3-м триместре — для них не характерен страх перед родами.

Нам представляется важным, что повторнородящие и первородящие беременные переключают свою заботу на детей (родившихся и на еще неродившегося). Так женщина выходит за пределы своих эгоцентрических потребностей, приобретает опыт жить служением другому. В христианской традиции уже такой опыт любви «по природе» рассматривается как проявление духовности в человеке, как своеобразная

Таблица 2

Сравнение уровня ситуативной тревожности у первородящих и повторнородящих женщин

Уровень тревожности	Первородящие женщины		Повторнородящие женщины	
	2-й триместр	3-й триместр	2-й триместр	3-й триместр
Низкий	12%	–	25%	–
Средний	63%	53%	50%	80%
Высокий	25%	47%	25%	20%

Таблица 3

Сравнение уровня личностной тревожности у первородящих и повторнородящих женщин

Уровень тревожности	Первородящие женщины		Повторнородящие женщины	
	2-й триместр	3-й триместр	2-й триместр	3-й триместр
Низкий	25%	13%	25%	20%
Средний	50%	60%	75%	40%
Высокий	25%	27%	–	40%

духовная прививка, которая может стать предтечей любви духовной.

**Серия 2.** *Личностная и ситуативная тревожность у первородящих и повторнородящих беременных женщин, находящихся на 2-ом и 3-ем триместре.*

Для определения уровня тревожности использована методика измерения личностной и ситуативной тревожности. При тестировании первородящих опрошены 46 женщин, из них во втором триместре беременности находились 20 человек, в третьем — 26 человек. Полученные результаты представлены в таблицах 2 и 3.

Можно проследить некоторые закономерности. В частности, во 2-ом триместре у первородящих и повторнородящих женщин преобладает средний уровень ситуативной тревожности (63%, 50%). Эта тенденция сохраняется и в 3-ем триместре (53%, 80%). Однако у первородящих по сравнению с повторнородящими более высокий процент женщин, обладающий высоким уровнем ситуативной тревожности (47%, 20%).

Среди первородящих и повторнородящих (2-ой триместр) преобладают женщины со средним уровнем личностной тревожности (соот-

ветственно 50%, 75%); при этом можно отметить, что у повторнородящих женщин высокого уровня личностной тревожности мы не отмечали, а среди первородящих таких 25%. В 3-ем триместре среди первородящих женщин также преобладает средний уровень личностной тревожности — 60%, среди повторнородящих в равной мере (по 40%) представлены женщины со средним и высоким уровнем личностной тревожности.

**Серия 3.** *Взаимосвязь уровней ситуативной и личностной тревожности с характером воздействий, событий, вызывающих тревогу беременной.*

У первородящих во 2-ом триместре беременности преобладает средний уровень ситуативной и личностной тревожности, а из наиболее сильных стрессогенных факторов подавляющее число опрошенных выделяют изменение фигуры (65%), тревогу за будущего малыша (43%) и за возможную госпитализацию в больницу (43%).

В 3-ем триместре число лиц со средним показателем ситуативной тревожности снижается до 53% и, значительно повышается число женщин с высоким уровнем ситуативной тревоги (47%). Личностная тревожность остается на среднем уровне. Из стрессо-

Таблица 4

**Сравнительные показатели распределения уровня личностной и реактивной тревожности по шкале Спилберга-Ханина и уровня депрессии по шкале Зунге у беременных женщин, у женщин в послеродовом периоде и в контрольной группе**

Категория обследуемых	Возраст обследуемых	Шкала реактивной тревожности	Шкала личностной тревожности	Уровень депрессии
Беременные	22	35	40	39
	28	47	50	43
	20	50	48	45
	26	52	46	38
	30	48	48	48
	27	55	50	48
	23	54	52	49
	22	39	40	45
	25	46	46	39
	31	48	37	30
Среднее значение		47,4 (высокое)	45,7 (высокое)	42,9
Примечание: низкая — менее 30, средняя — 31-45, высокая — 46 и более.				Депрессии нет — менее 50, лёгкая — 50-59, истинная — 70.
Женщины в послеродовом периоде	20	32	39	37
	23	34	30	27
	23	35	28	35
	26	46	46	40
	28	35	37	42
	32	48	48	45
	35	40	45	32
	28	42	46	30
	21	46	48	28
	26	37	37	33
Среднее значение		39,5 (среднее)	40,4 (среднее)	34,9
Контрольная группа	19	35	30	28
	30	38	36	27
	24	40	42	28
	27	32	34	30
	31	28	30	32
	32	35	37	35
	29	30	32	25
	23	41	34	28
	24	32	30	32
	22	34	30	27
	19	35	30	28
	30	38	36	27
	24	40	42	28
	27	32	34	30
	31	28	30	32
	32	35	37	35
	29	30	32	25
	23	41	34	28
	24	32	30	32
	22	34	30	27
Среднее значение		34,5 (среднее)	33,5 (среднее)	29,2

рогенных факторов большинство женщин, участвующих в опросе, отмечают: тревогу за будущего малыша (91%) и страх перед родами (87%).

У повторнородящих во 2-ом триместре преобладает средний уровень ситуативной и личностной тревожности (50%, 75%). Стрессорогенными факторами для большего количества будущих мам являются: будущее малыша (67%), старшие дети (67%).

В 3-ем триместре число лиц со средним показателем ситуативной тревожности увеличивается до 80%. В отношении личностной тревожности отмечается следующее — снижается число лиц со средним уровнем тревожности (до 40%) и повышается количество женщин с высоким уровнем личностной тревожности — 40%. Для наибольшего числа беременных сильными стрессорогенными факторами остаются те же, что и во 2-ом триместре, но их процентное отношение возрастает; мамочки тревожатся за будущего малыша — 100%, за старших детей — 89%.

**Серия 4.** Показатели уровня личностной и реактивной тревожности, уровня депрессии у беременных женщин и у женщин в послеродовом периоде.

Уровень тревоги беременных женщин мы сравнили с аналогичными показателями состояния женщин в послеродовый период. Мы также выделили контрольную группу женщин, для которых вынашивание, рождение и выхаживание ребенка не было в тот период их жизни первоочередной задачей.

Проведенное исследование показало, что: (а) у обследованных беременных женщин не было выявлено ни одного случая возникновения депрессии (у беременных женщин, у женщин в послеродовом периоде максимальное значение по шкале депрессии — 48, минимальное — 30, среднее — 42,9), но всё же тенденция к депрессивным состояниям у женщин в постнатальном периоде выше, чем в контрольной группе; (б) у беременных женщин уровень ситуативной тревожности выше, чем у женщин в послеродовом периоде; (в) уровень тревожности значительно выше у беременных и женщин в послеродовом периоде, чем в контрольной группе.

Обсуждение полученных результатов. Эмоциональное состояние беременной женщины мы рассматриваем как один из индикаторов ее психического благополучия/неблагополучия<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Кулешова К.В. Эмоциональное состояние беременных // Материалы IV Всероссийского съезда Российского психологического общества: «Психология – будущему России», 18-21 сентября 2007 г. Т. 2. Ростов-н/Д., 2007. С. 220-221.

Теории эмоций освещают путь для психотерапевтической практики с беременными женщинами с целью повышения качества их жизни, поддержания психологического благополучия в период беременности. Так, периферическая теория эмоций Джеймса-Ланге, таламическая теория эмоций Кеннона-Барда, лимбическая теория эмоций обосновывают изменение эмоционального состояния женщины, вызванное теми перестройками, которые происходят в ее организме в связи с беременностью (это подтверждают полученные нами эмпирические данные о зависимости эмоционального состояния беременной женщины, уровня переживаемой ею тревоги от триместра беременности). В соответствии с биологической теорией эмоций П.К. Анохина, для поддержания положительных эмоций у беременной женщины необходимо формировать у нее адекватные ожидания о ее возможных состояниях и состояниях ребенка на разных этапах беременности. Необходимо также систематически информировать ее о реальном состоянии дел, чтобы не допускать домыслов, необоснованных страхов, фантазий. В то же время биологическая теория эмоций не предполагает, что эмоциональное состояние беременной женщины может ею полностью сознательно контролироваться, так как оно во многом определяется состоянием ее организма. Информационная же теория эмоций П.В. Симонова дает больший простор для психологов, направляя их усилия при работе с беременной женщиной на ликвидацию дефицита прагматической для беременной женщины информации. Будущая мама должна иметь всю интересующую ее информацию. Выяснение ее запросов и постоянное квалифицированное информирование — важнейшая составляющая ухода за беременной женщиной. Теория дифференциальных эмоций предполагает внимание к содержанию, качеству эмоциональных переживаний беременной женщины.

Нам представляется перспективной стратегия психотерапевтической работы с беременными женщинами, их семьями, направленная на культивирование радости от состояния беременности, материнства, использования женщиной своей беременности как шанса для самоактуализации, своего духовного развития<sup>5</sup>. Индивидуальная и

<sup>5</sup> Кулешова К.В. Счастье стать матерью // Материалы секции «Духовно-нравственное здоровье нации» Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России». М.: МГУ, 2005. С. 39-42; Кулешова К.В. Период беременности как возможность самоактуализации и духовного благополучия женщины // 125 лет Московскому психологическому обществу: Юбилейный сборник РПО:

групповая форма работа с беременными, при этом предполагает и психологическую помощь семье беременной женщины, создание позитивной психологической среды на ее рабочем месте (в период до ухода в декретный отпуск), чтобы снизить риск возникновения стрессорогенных факторов и в то же время повысить стрессоустойчивость женщины по отношению к ним<sup>6</sup>.

### Выводы

- Период беременности (по сравнению с периодом «небеременности», с послеродовым периодом) предъявляет повышенные нагрузки к эмоциональной сфере женщины (особенно первородящей), сопровождается повышением ее эмоционального напряжения, тревоги.
- Уровень тревожности женщин связан с такими ситуативными факторами, как (а) триместр беременности (эти данные подтверждают уже имевшиеся ранее, полученные другими исследователями), (б) особенности ее субъективного восприятия событий, состояний, воздействий как стрессорогенных, (в) предшествующим опытом (была ли беременность первая или повторная).
- Стрессорогенными для беременной женщины являются события, состояния, связанные преимущественно с ее физическим здоровьем, социальным и психическим неблагополучием (обследованные женщины в отношении их психического здоровья отнесены по медицинским критериям к группе здоровых).

### Список литературы:

1. Андреева С.М., Королева И.П. Беременность, как индикатор здоровья // ВСО. Научные исследования в сестринском деле. 2008. № 2. С. 59-60.
2. Анимца Е.Г., Ёлохов А.Н., Сухих В.А. Качество жизни населения крупнейшего города. Часть 1. Екатеринбург: Изд-во Уральского государственного экономического университета, 2000.

- Со временем (первородящие со 2-го триместра, повторнородящие с 1-го триместра) в качестве источника своих тревог начинают видеть не только события, происходящие с ними, но переключают заботу на детей (родившихся и еще неродившегося), начинают в первую очередь тревожиться не о себе, а о развивающемся внутри ребенка, демонстрируя в своих переживаниях, заботе преодоление границы самости, выход во вне себя. Изменения в содержании эмоциональных переживаниях, в поводах по которым они возникают, мы рассматриваем как психологические проявления формирующейся материнской доминанты.

Материнская доминанта — последовательно возникающие в связи с репродуктивной функцией и сменяющие друг друга доминантные состояния в организме женщины, детерминированные биологическими (прежде всего гормональными) изменениями, психологическими и социальными факторами<sup>7</sup>; материнская доминанта включает физиологический и психологический компоненты. Однако, негативные воздействия среды могут приводить к возникновению у беременной женщины конкурирующей «стрессовой» субдоминанты, что чревато нарушениями становления у нее материнской доминанты<sup>8</sup>. Именно поэтому актуальны исследования, которые нацелены на выявление событий, состояний, пр., рассматриваемых беременной женщиной как стрессорогенные для нее. Такие исследования выявляют «мишени» для психотерапевтической работы с беременной женщиной, ее семьей, для создания комфортной психологической среды вынашивания беременности.

Т. 3 / Отв. ред. Д.Б. Богоявленская, Ю.П. Зинченко. М.: МАКС Пресс, 2011. С. 193-195.

<sup>6</sup> Кулешова К.В. Сохранение здоровья женщин – одна из задач общественного здравоохранения // Психология здоровья. М.: УРАО, 2003а. С. 26-27; Кулешова К.В. Психологическая помощь женщинам в контексте программ поддержания общественного здоровья. Материалы III съезда психологов России, 2003б. (Электронная версия).

<sup>7</sup> Аршавский И.А. Очерки по возрастной физиологии. М.: Медицина, 1967; Батуев А.С. Психофизиологическая природа доминанты материнства // Детский стресс – мозг и поведение: тезисы докладов научно-практической конференции. СПб: Международный фонд «Культурная инициатива», СПбГУ, РАО, 1996.

<sup>8</sup> Батуев А.С. Психофизиологическая природа доминанты материнства // Детский стресс – мозг и поведение: тезисы докладов научно-практической конференции. СПб: Международный фонд «Культурная инициатива», СПбГУ, РАО, 1996; Сафронова Н.М. Особенности ЭЭГ младенцев родильниц из группы риска и группы с нормально протекавшей беременностью // 5-я Международная конференция «Ребенок в современном мире»: тезисы доклада. СПб., 1997.

3. Кулешова К.В. Сохранение здоровья женщин — одна из задач общественного здравоохранения // Психология здоровья. М.: УРАО, 2003а. С. 26-27.
4. Кулешова К.В. Эмоциональное состояние беременных // Материалы IV Всероссийского съезда Российского психологического общества: «Психология — будущему России», 18-21 сентября 2007 г. Т. 2. Ростов-н/Д., 2007. С. 220-221.
5. Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия. Казань, 1996.
6. Савельева Г.М. Акушерство. М., 2000.
7. Тапилина В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения // Социологические исследования. 2004. № 11. С. 126-137.

### **References (transliteration):**

1. Andreeva S.M., Koroleva I.P. Beremennost', kak indikator zdorov'ya // VSO. Nauchnye issledovaniya v sestriiskom dele. 2008. № 2. S. 59-60.
2. Animtsa E.G., Elokhov A.N., Sukhikh V.A. Kachestvo zhizni naseleniya krupneyshego goroda. Chast' 1. Ekaterinburg: Izd-vo Ural'skogo gosudarstvennogo ekonomicheskogo universiteta, 2000.
3. Kuleshova K.V. Sokhranenie zdorov'ya zhenshchin — odna iz zadach obshchestvennogo zdravookhraneniya // Psikhologiya zdorov'ya. M.: URAO, 2003. S. 26-27.
4. Kuleshova K.V. Emotsional'noe sostoyanie beremennykh // Materialy IV Vserossiyskogo s'ezda Rossiyskogo psikhologicheskogo obshchestva: «Psikhologiya — budushchemu Rossii», 18-21 sentyabrya 2007 g. T. 2. Rostov-na-Donu, 2007. S. 220-221.
5. Mendelevich V.D. Ginekologicheskaya psikhiiatriya. Kazan', 1996.
6. Savel'eva G.M. Akusherstvo. M., 2000.
7. Tapilina V.C. Sotsial'no-ekonomicheskii status i zdorov'e naseleniya // Sotsiologicheskii issledovaniya. 2004. № 11. S. 126-137.