УДК 159.96

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН НА КАЖДОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Любовь А. Агаркова^{1, @, *1}, Ирина Ю. Бухарина^{1, @2, *}, Анна Л. Ульянич^{2, @, *3}, Елена М. Вершкова^{3, @4, *}, Иван В. Толмачев^{4, @5, *}

¹ Томский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии, Россия, 634063, г. Томск, ул. Сергея Лазо, 5

² Национальный исследовательский Томский государственный университет, Россия, 634050, г. Томск, пр-т Ленина, 34а

³ Национальный исследовательский Томский политехнический университет, Россия, 634034, г. Томск, пр-т Ленина, 30

⁴ Сибирский государственный медицинский университет, Россия, 634050, г. Томск, Московский тр., 2

@¹ perinat@tomsk.net

@² bukhariirina@yandex.ru

@³ FiALe@yandex.ru

@⁴ vem@tpu.ru

@⁵ ivantolm@mail.ru

Поступила в редакцию 06.07.2016.

Принята к печати 16.09.2016.

Ключевые слова: беременность, психологическое состояние, качество жизни, физиологическое протекание беременности, репродуктивное здоровье, психологическое благополучие.

* Исследование поддержано грантом РГНФ 15-06-10666а «Оценка влияния психоэмоционального состояния, уровня качества жизни и городской среды на физиологическое протекание беременности, родов у женщины и состояние новорожденного».

Аннотация: В статье описана актуальность изучения качества жизни как интегративного фактора, оказывающего влияние на психоэмоциональное состояние женщин в период беременности. В соответствии с методологией изучения качества жизни его содержание раскрыто в показателях физического и психологического компонентов здоровья. С помощью метода описательной статистики и анализа достоверных различий представлено общее содержание и раскрыты специфические особенности качества жизни у женщин в период первого, второго и третьего триместров беременности. Установлено, что от первого триместра к третьему содержание компонентов качества жизни характеризуется возрастанием ограничений в выполнении физических нагрузок, улучшением общего эмоционального состояния и ростом жизненной силы и энергии. Раскрыты и описаны особенности психоэмоционального состояния женщин в период первого, второго и третьего триместров беременности. Установлено, что состояние большинства женщин на каждом триместре беременности характеризуется как благоприятное, однако в первом и в последнем триместре для женщин в большей степени характерны: повышенная тревожность, неуверенность в себе, ригидность, невозможность удовлетворения своих потребностей, чем в период второго триместра беременности. На основании результатов проведенного корреляционного анализа показана и описана взаимосвязь показателей качества жизни с показателями психоэмоционального состояния беременных женщин, определены условия физического и психологического благополучия на каждом триместре беременности.

Установлено, что в период первого и второго триместров беременности условиями физического и психологического благополучия выступают – готовность женщин к гибкому реагированию в новой жизненной ситуации, устойчивость к неудачам, уверенность в себе и оптимальный уровень тревожности; в период третьего триместра беременности – хорошее самочувствие, позитивное настроение, активность, устойчивость к неудачам и уверенность в себе.

Для цитирования: Агаркова Л. А., Бухарина И. Ю., Ульянич А. Л., Вершкова Е. М., Толмачев И. В. Особенности качества жизни во взаимосвязи с показателями психоэмоционального состояния женщин на каждом триместре беременности // Вестник Кемеровского государственного университета. 2016. № 4. С. 108 – 119. DOI: 10.21603/2078-8975-2016-4-108-119.

Неблагоприятная демографическая ситуация в России обуславливает необходимость проведения социологических, психологических и клинико-медицинских исследований причин низкой рождаемости и осложнений беременности. Известно, что на физиологическое протекание беременности влияет множество факторов. Наряду с медико-биологическими факторами осложнения беременности исследователи отмечают социально-экономические и психологические факторы. К социально-экономическим относят условия, в которых находится женщина во время беременности – это экономический уровень жизни, условия профессиональной деятельности, семейное положение и др. [1; 5; 15]. Среди психологических факторов исследователи выделяют личностную зрелость, адекватную половозрастную идентификацию, интернальный локус контроля, адекватную самооценку, зрелую мотивацию рождения ребенка и оптимальный уровень реактивной и личностной тревожности [2 – 3; 6; 10 – 11; 13 – 14]. В том числе, согласно современным данным, выделяют такой интегративный фактор, как качество жизни, который также оказывает определенное влияние на психоэмоциональное состояние человека, его образ жизни и состояние здоровья [8 – 9]. В отношении качества жизни беременных женщин данная проблема рассматривается в контексте изучения содержания показателей физического и психологического компонентов здоровья у женщин с различными соматическими патологиями, сопровождающими процесс вынашивания беременности [4; 7; 9].

Качество жизни определяется как интегральная характеристика физического, психологического и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [9]. Понятие «качество жизни» сочетает в себе условия жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющие достичь физического, психологического и социального благополучия и самореализации. Качество жизни также определяет одновременную оценку человеком объективных условий его существования и субъективную оценку удовлетворенности этими условиями [8]. В связи с этим, мы полагаем, что оценка качества жизни может быть связана с формированием определенных физических и психоэмоциональных состояний у женщин в период беременности и выступать условием физического и психологического благополучия.

Целью данного исследования является изучение взаимосвязи показателей субъективного качества жизни и психоэмоционального состояния женщин в каждый период беременности в качестве условий физического и психологического благополучия.

Выборка исследования

В исследовании принимали участие 293 женщины: 108 женщин в первом триместре беременности (группа 1), 102 женщины во втором триместре беременности (группа 2) и 83 женщины – в третьем триместре беременности (группа 3). Сбор данных проходил на базе НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии г. Томск. Основные демографические и клинические характеристики эмпирических групп представлены в таблице 1.

Таблица 1. Демографические показатели выборки исследования

Table 1. Demographic characteristics of the sample of the study

<i>Демографические показатели</i>	<i>Кол-во женщин 1 группы</i>	<i>Кол-во женщин 2 группы</i>	<i>Кол-во женщин 3 группы</i>
Возраст 19 – 25 лет	33 %	32 %	26 %
Возраст 26 – 33 лет	53 %	49 %	57 %
Возраст 34 – 43 лет	14 %	19 %	17 %
Гражданский брак	43 %	49 %	83 %
Зарегистрированный брак	57 %	51 %	17 %
Средний уровень образования	14 %	21 %	13 %
Средне-специальный уровень образования	28 %	27 %	25 %
Высшее образование	58 %	52 %	62 %

Методы исследования

Для оценки психоэмоционального состояния беременных женщин были использованы: методика оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН) и методика «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка.

Методика САН с помощью 30 полярных признаков, закодированных в цифры, позволяет описать актуальное состояние испытуемого. По результатам выполнения методики подсчитываются баллы, набранные по шкалам, и соотносятся с критериями оценки. Средний балл шкалы равен 4. Оценки, ниже 4 баллов свидетельствуют о негативном состоянии, от 4,0 – 5,5 баллов – о благоприятном эмоциональном состоянии испытуемого, а от 2,0 – 4,0 баллов – о неблагоприятном эмоциональном состоя-

нии испытуемого, связанного с психологическим напряжением, внутренними конфликтами или тяжелым соматическим состоянием.

Методика Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» позволяет изучить уровень выраженности таких психических состояний, как тревожность, агрессивность, фрустрация, ригидность. Для каждого психического состояния определены уровневые показатели: от 0 до 7 баллов – низкая, от 8 до 14 баллов – допустимого уровня, от 15 до 20 баллов – высокая.

Качество жизни женщин изучалось с помощью Методики «Качество жизни» SF-36. Данная методика адаптирована «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург) и включает 36 пунктов, которые сгруппированы в восемь шкал: «Физическое

функционирование» (PF), «Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RPP), «Интенсивность боли» (BP), «Общее состояние здоровья» (GH), «Жизненная активность» (VT), «Социальное функционирование» (SF), «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE) и «Психическое здоровье» (MH). Показатели каждой шкалы варьируются между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Внутри методики выделены два компонента, первый – физический компонент здоровья, в его состав входят шкалы: «Физическое функционирование», «Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием», «Интенсивность боли» и «Общее состояние здоровья». Второй компонент – психологический компонент

здоровья, его составляют шкалы: «Психическое здоровье», «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «Социальное функционирование» и «Жизненная активность».

Использованы методы статистической обработки: описательная статистика, анализ частотных таблиц, анализ достоверных различий, корреляционный анализ.

Результаты и их обсуждение

На первом этапе исследования с помощью метода описательной статистики и анализа достоверных различий получено представление о содержании показателей качества жизни в группах женщин первого, второго и третьего триместров беременности (таблицы 2 – 6).

Таблица 2. Описательная статистика показателей качества жизни на выборке первого триместра беременности (n = 108)

Table 2. Descriptive statistics of quality of life indicators on a sample of the first trimester of pregnancy (n = 108)

	Минимум	Максимум	Ср. значение	Станд. откл.	Дисперсия	Асимметрия / Станд. ошибка		Экцесс / Станд. ошибка	
PF	35	100	81,417	14,80	218,985	-,834	,221	,057	,438
RPP	0	100	62,083	37,09	1375,350	-,468	,221	-1,132	,438
BP	22	100	79,180	22,42	502,487	-,918	,221	,303	,438
GH	22	100	75,092	15,19	230,639	-,694	,221	,483	,438
VT	20	100	61,667	18,22	332,073	-,474	,221	-,319	,438
SF	25	100	77,708	21,20	449,536	-,651	,221	-,479	,438
RE	0	100	72,225	33,35	1112,495	-,809	,221	-,659	,438
MH	32	100	70,833	14,90	221,955	-,560	,221	-,135	,438

По данным таблицы 2 видно, что качество жизни женщин в период первого триместра беременности характеризуется высокими значениями по шкалам: «Физическое функционирование» (PF), «Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RPP), «Социальное функционирование» (SF), «Рольное функ-

ционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE), «Общее состояние здоровья» (GH) и «Интенсивность боли» (BP). Средние значения получены по шкалам: «Жизненная активность» (VT) и «Психическое здоровье» (MH).

Таблица 3. Описательная статистика показателей качества жизни на выборке второго триместра беременности (n = 102)

Table 3. Descriptive statistics of quality of life indicators on a sample of the second trimester of pregnancy (n = 102)

	Минимум	Максимум	Ср. значение	Станд. откл.	Дисперсия	Асимметрия / Станд. ошибка		Экцесс / Станд. ошибка	
PF	0	100	73,16	18,747	351,444	-1,119	,226	2,028	,449
RPP	0	100	64,25	38,063	1448,775	-,526	,226	-1,257	,449
BP	32	100	80,74	21,817	475,966	-,656	,226	-,968	,449
GH	25	105	76,82	16,066	258,111	-,821	,226	,422	,449
VT	25	100	67,46	16,147	260,728	-,557	,226	-,213	,449
SF	37,5	100,0	82,566	17,5693	308,679	-,589	,226	-,884	,449
RE	0	100	76,05	33,660	1132,988	-1,175	,226	,080	,449
MH	36	100	74,74	13,602	185,010	-,623	,226	,093	,449

По данным таблицы 3 видно, что качество жизни женщин во втором триместре беременности определяется высокими показателями по шкалам: «Физическое функционирование» (PF), «Интенсивность боли» (BP), «Общее состояние здоровья» (GH), «Социальное функционирование» (SF), «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE) и «Психическое

здоровье» (MH). Средние значения получены по шкалам: «Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RPP) и «Жизненная активность» (VT).

Таблица 4. Описательная статистика показателей качества жизни на выборке третьего триместра беременности (n = 83)

Table 4. Descriptive statistics of quality of life indicators on a sample of the third trimester of pregnancy (n = 83)

	Минимум	Максимум	Среднее значение	Станд. откл.	Дисперсия	Асимметрия / Станд. ошибка	Экссесс / Станд. ошибка
PF	10	100	70,36	17,717	313,892	-,947 ,264	1,474 ,523
RPP	0	100	55,72	38,319	1468,373	-,188 ,264	-1,359 ,523
BP	0	100	77,05	23,628	558,290	-,857 ,264	,096 ,523
GH	17	100	74,34	18,081	326,934	-,909 ,264	,623 ,523
VT	0	90	64,94	16,352	267,374	-1,509 ,264	3,402 ,523
SF	25	100	82,38	19,031	362,180	-1,036 ,264	,576 ,523
RE	0	100	77,54	34,198	1169,471	-1,326 ,264	,402 ,523
MH	20	100	74,70	15,743	247,847	-1,246 ,264	2,256 ,523

По данным таблицы 4 видно, что качество жизни женщин третьего триместра беременности также в большинстве своем характеризуются высокими показателями по шкалам: «Физическое функционирование» (PF), «Интенсивность боли» (BP), «Общее состояние здоровья» (GH), «Социальное функционирование» (SF), «Роль в функционировании, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE), «Психическое здоровье» (MH) и «Жизненная активность» (VT). Однако на данной выборке мы видим еще большее снижение значений по шкале «Роль в функционировании, обусловленное физическим состоянием» (RPP).

Данные таблиц описательной статистики свидетельствуют о том, что значение показателей асимметрии и

экссесса не по всем шкалам приближается к нулю, что свидетельствует об отклонении от нормального распределения признаков. В связи с этим для получения достоверных различий по показателям качества жизни между группами женщин был использован анализ достоверных различий с помощью U-критерия Манна-Уитни. Проведенный сравнительный анализ выявил достоверные различия в показателях качества жизни между группами первого и второго триместров беременности (таблица 5) и первого и третьего триместров беременности (таблица 6), достоверных различий между группами второго и третьего триместров беременности выявлено не было.

Таблица 5. Результаты анализа достоверных различий в показателях качества жизни между женщинами первого и второго триместров беременности

Table 5. The results of the analysis of significant differences in indicators of personality traits between women in the first and second trimesters of pregnancy

	U Манна-Уитни	W Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
PF	4487,000	9638,000	-3,344	,001*
RPP	5812,000	13072,000	-,545	,585
BP	5884,500	13144,500	-,388	,698
GH	5399,000	12659,000	-1,402	,161
VT	4808,000	12068,000	-2,657	,008*
SF	5436,500	12696,500	-1,357	,175
RE	5778,000	13038,000	-,654	,513
MH	4996,000	12256,000	-2,257	,024*

Примечание: * p < 0.05, ** p < 0.01.

Таблица 6. Результаты анализа достоверных различий в показателях качества жизни между женщинами первого и третьего триместров беременности

Table 6. The results of the analysis of reliable differences in the indicators of quality of life between women in the first and third trimesters of pregnancy

	U Манна-Уитни	W Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
PF	3088,500	6574,500	-4,626	,000**
RPP	4517,000	8003,000	-1,157	,247
BP	4756,000	8242,000	-,563	,573
GH	4946,500	12206,500	-,082	,935
VT	4407,000	11667,000	-1,400	,162
SF	4373,000	11633,000	-1,520	,128
RE	4462,000	11722,000	-1,398	,162
MH	4136,500	11396,500	-2,059	,039*

Примечание: * p < 0.05, ** p < 0.01.

Анализ средних значений и достоверных различий показателей качества жизни позволяют раскрыть содержание физического и психологического компонентов здоровья на выборках первого, второго и третьего триместров беременности.

Содержание шкал физического компонента здоровья оценивают уровень физического функционирования и степень влияния болевого симптома на общий уровень функционирования. Высокие средние значения по шкалам «Физическое функционирование» (PF), «Общее состояние здоровья» (GH), «Интенсивность боли» (BP) и средние значения по шкале «Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RPP) во всех трех группах свидетельствует о том, что большинство женщин в каждый триместр беременности не испытывают ограничения в своем физическом функционировании, не чувствуют ограничивающих болезненных проявлений, удовлетворены общим состоянием здоровья и высоко оценивают его ресурсы.

Содержание шкал психологического компонента здоровья раскрывают особенности эмоционального состояния и оценивают степень его влияния на функционирование. Высокие средние значения по шкалам «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE) и «Социальное функционирование» (SE) свидетельствуют о том, что женщины всех трех групп не чувствуют ограничений для эффективного взаимодействия с окружающими в выполнении своих ежедневных ролевых задач. Средние значения шкал «Психическое здоровье» (MH) и «Жизненная активность» (VT) во всех группах женщин говорят о том, что для большинства женщин на протяжении всего периода беременности характерно ухудшение эмоционального состояния, повышение тревожности, снижение общего фона настроения и активности, что может быть обусловлено постоянными

гормональными и физическими изменениями организма, связанными с развитием беременности и ростом внутриутробно развивающегося ребенка.

Достоверное снижение значений по шкале «Физическое функционирование» (PF) от первой ко второй группе $U = 4487,000$, $p = 0,001$ и от первой к третьей группе $U = 3088,500$, $p = 0,000$ говорит о том, что с развитием беременности женщины достоверно сильнее ощущают ограничения в выполнении физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.). При этом достоверное увеличение значения по шкале «Психическое здоровье» (MH) от первой ко второй группе $U = 4996,000$, $p = 0,024$ и от первой к третьей группе $U = 4136,500$, $p = 0,039$ свидетельствует о том, что с развитием беременности улучшается эмоциональное состояние и благополучие женщин. Достоверно высокие значения по шкале «Жизненная активность» (VT) у женщин второй группы $U = 4808,000$, $p = 0,008$ говорит о том, что женщины второго триместра беременности более положительно оценивают свое психическое состояние и в большей степени чувствуют свою внутреннюю энергию и жизненную силу.

Следующий этап исследования посвящен изучению особенностей психоэмоционального состояния женщин на каждом триместре беременности. Результаты описательной статистики показателей психоэмоционального состояния представлены в таблицах 7 – 9.

По данным таблицы 7 видно, что на выборке женщин первого триместра беременности средние значения по шкалам «Самочувствие» и «Настроение» находятся на уровне высоких значений, а по шкале «Активность» – на уровне средних значений. По шкалам «Тревожность», «Фрустрация» и «Агрессивность» средние значения соответствуют низким показателям, по шкале «Ригидность» – средним.

Таблица 7. Описательная статистика показателей психоэмоционального состояния женщин первого триместра беременности ($n = 108$)

Table 7. Descriptive statistics of the indicators of the psychoemotional state of women in the first trimester of pregnancy ($n = 108$)

	Ми- нимум	Мак- симум	Ср. значение	Станд. откл.	Дис- пер- сия	Асимметрия Стати- стика / Станд. ошибка		Экссесс Стати- стика / Станд. ошибка	
Самочувствие	0,0	9,7	5,210	1,6718	2,795	-1,023	,227	2,819	,451
Активность	0,0	8,6	4,481	1,6763	2,810	-,482	,227	1,588	,451
Настроение	0,0	9,7	5,751	1,7174	2,950	-1,695	,226	4,926	,449
Тревожность	0,0	15,0	6,321	4,4393	19,70 8	,109	,441	-1,213	,858
Фрустрация	0,0	15,0	5,857	4,2051	17,68 3	,230	,441	-,944	,858
Агрессивность	0,0	15,0	7,036	3,6361	13,22 1	,288	,441	-,419	,858
Ригидность	1,0	20,0	8,357	4,3903	19,27 5	,581	,441	,450	,858

Таблица 8. Описательная статистика показателей психоэмоционального состояния женщин на втором триместре беременности (n = 102)

Table 8. Descriptive statistics of the indicators of the psychoemotional state of women in the second trimester of pregnancy (n = 102)

	<i>Ми- нимум</i>	<i>Мак- симум</i>	<i>Среднее значение</i>	<i>Станд. откл.</i>	<i>Дис- персия</i>	<i>Асимметрия Статистика / Станд. ошибка</i>	<i>Экссесс Статисти- ка / Станд. ошибка</i>
Самочувствие	0,0	9,4	5,389	1,7049	2,907	-1,355 ,243	3,434 ,481
Активность	0,0	9,9	4,692	1,7286	2,988	-,507 ,243	1,841 ,481
Настроение	0,0	9,7	5,869	1,7134	2,936	-1,793 ,243	5,468 ,481
Тревожность	0,0	14,0	5,859	4,0077	16,061	,072 ,243	-1,145 ,481
Фрустрация	0,0	16,0	4,788	3,5865	12,863	,561 ,243	-,108 ,481
Агрессивность	0,0	20,0	7,667	4,2330	17,918	,149 ,243	,093 ,481
Ригидность	0,0	20,0	7,485	3,9289	15,436	,118 ,243	,318 ,481

По данным таблицы 8 видно, что на выборке женщин второго триместра беременности средние значения по шкалам «Самочувствие» и «Настроение» находятся на уровне высоких значений, а по шкале «Активность» – на уровне средних значений. По шкалам «Тревожность», «Фрустрация» и «Агрессивность» средние значения соответствуют низким показателям, по шкале «Ригидность» – средним.

Результаты таблицы 8 говорят о том, что на выборке женщин третьего триместра беременности средние значения по шкалам «Самочувствие», «Активность» и «Настроение» находятся на уровне высоких значений. По шкалам «Тревожность», «Агрессивность» и «Ригид-

ность» средние значения соответствуют средним показателям, по шкале «Фрустрация» – низким.

Для сравнительного анализа по показателям психоэмоционального состояния также был использован анализ достоверных различий с помощью U-критерия Манна-Уитни. Сравнительный анализ выявил достоверные различия в показателях психоэмоционального состояния между группами женщин первого и второго триместров беременности (таблица 10) и второго и третьего триместров беременности (таблица 11), достоверных различий между показателями групп женщин первого и третьего триместров беременности выявлено не было.

Таблица 9. Описательная статистика показателей психоэмоционального состояния женщин на третьем триместре беременности (n = 83)

Table 9. Descriptive statistics of the indicators of the emotional state of women in the third trimester of pregnancy (n = 83)

	<i>Ми- нимум</i>	<i>Мак- симум</i>	<i>Среднее значение</i>	<i>Станд. откл.</i>	<i>Дис- персия</i>	<i>Асимметрия Статистика / Станд. ошибка</i>	<i>Экссесс Статистика / Станд. ошибка</i>
Самочувствие	1	10	5,674	1,206	1,455	-,232 ,272	5,017 ,538
Активность	1	9	4,806	1,357	1,841	-,010 ,272	1,292 ,538
Настроение	2	11	5,868	1,236	1,528	,029 ,272	4,093 ,538
Тревожность	0	17	8,289	3,459	11,964	-,118 ,264	,090 ,523
Фрустрация	0	17	6,325	3,656	13,368	,386 ,264	-,019 ,523
Агрессивность	0	18	8,169	4,167	17,361	,128 ,264	-,496 ,523
Ригидность	0	16	8,819	3,558	12,662	-,425 ,264	,254 ,523

Таблица 10. Результаты анализа достоверных различий в показателях психоэмоционального состояния между женщинами первого и второго триместров беременности

Table 10. The results of the analysis of reliable differences in the indicators of the psychoemotional state between women in the first and second trimesters of pregnancy

	<i>Самочувствие</i>	<i>Активность</i>	<i>Настроение</i>	<i>Тревожность</i>	<i>Фрустрация</i>	<i>Агрессивность</i>	<i>Ригидность</i>
U Манна-Уитни	5023,000	5150,000	5156,500	5069,000	4556,500	5697,000	5337,000
W Вилкок-сона	11464,000	11591,000	11711,500	10019,000	9506,500	13572,000	10287,000
Z	-1,281	-,996	-1,086	-2,329	-3,397	-1,022	-1,773
Асимпто-тическая значимость (2 - сторонняя)	,200	,319	,278	,020*	,001**	,307	,076

Примечание: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Таблица 11. Результаты анализа достоверных различий в показателях психоэмоционального состояния между женщинами второго и третьего триместров беременности

Table 11. The results of the analysis of reliable differences in the indicators of the psychoemotional state between women in the second and third trimesters of pregnancy

	<i>Самочувствие</i>	<i>Активность</i>	<i>Настроение</i>	<i>Тревожность</i>	<i>Фрустрация</i>	<i>Агрессивность</i>	<i>Ригидность</i>
U Манна-Уитни	3624,000	3786,000	3441,000	3241,000	3775,000	4425,500	3836,000
W Вилкок-сона	8574,000	8736,000	6522,000	9569,000	10103,000	10753,500	10164,000
Z	-,701	-,222	-1,242	-3,622	-2,249	-,573	-2,092
Асимпто-тическая значимость (2-сторонняя)	,483	,825	,214	,000**	,025*	,567	,036*

Примечание: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Анализ средних значений и достоверных различий показателей психоэмоционального состояния на каждой выборке показали, что большинство женщин всех трех групп находятся в благоприятном эмоциональном состоянии, о чем свидетельствуют высокие значения по шкалам «Самочувствие», «Активность» и «Настроение».

Достоверные различия по шкалам «Тревожность» между первой и второй группой $U = 5069,000$ при $p = 0,020$ и между второй и третьей группой $U = 3241,000$, $p = 0,000$ и «Фрустрация» между первой и второй группой $U = 4556,500$ при $p = 0,001$ и между второй и третьей группой $U = 3775,000$, $p = 0,025$ свидетельствуют о том, что на первом и на последнем этапе беременности психоэмоциональное состояние женщин в большей степени отличается повышенной тревожностью, неуверенностью в себе, невозможностью удовлетворения своих потребностей, чем в период второго триместра беременности. Полученные закономерности могут быть

связаны с особенностями проживания процесса адаптации женщины к физиологическим изменениям организма, связанным с наступлением беременности в первом триместре и формированием нового образа себя как будущей матери и тревогой относительно предстоящих родов и ухода за новорожденным ребенком, в третьем триместре.

Достоверные различия по шкале «Ригидность» между второй и третьей группами $U = 3836,000$, $p = 0,036$ говорят о том, что женщины третьего триместра беременности в большей степени отличаются неизменностью взглядов и форм поведения, они более последовательны и тугоподвижны.

На следующем этапе исследования с помощью корреляционного анализа по Спирману была выявлена взаимосвязь между показателями качества жизни и психоэмоционального состояния у женщин на первом триместре беременности (таблица 12).

Таблица 12. Результаты корреляционного анализа показателей качества жизни и психоэмоционального состояния на выборке первого триместра беременности (n = 108)

Table 12. The results of correlation analysis of the indicators the quality of life and psychoemotional state on a sample of the first trimester of pregnancy (n = 108)

Показатели /	PF	RPP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Самочувствие	,071	,187	,067	,135	,283**	,146	-,020	,204*
Активность	-,032	,047	-,099	-,024	,109	,113	-,079	,084
Настроение	-,066	-,176	-,163	-,133	-,045	-,089	-,128	,171
Тревожность	-,091	-,061	-,250**	-,228*	-,272**	-,213*	-,214*	-,349**
Фрустрация	-,043	-,164	-,196*	-,287**	-,304**	-,209*	-,218*	-,307**
Агрессивность	-,085	-,122	-,137	-,059	-,123	-,132	-,380**	-,196*
Ригидность	-,042	-,059	-,182	-,212*	-,326**	-,192*	-,197*	-,287**

Примечание: * p < 0.05, ** p < 0.01.

Результаты корреляционного анализа, представленные в таблице 12, наглядно показывают, что шкалы качества жизни имеют отрицательную взаимосвязь преимущественно со шкалами «Тревожность», «Фрустрация» и «Ригидность». Рассмотрим то, как данные связи отражаются на содержании физического и психологического компонентов здоровья.

Содержание взаимосвязей показателей физического компонента здоровья с психоэмоциональным состоянием. Отрицательные взаимосвязи шкалы «Интенсивность боли» (BP) с «Тревожностью» ($r = -0,250$) и «Фрустрацией» ($r = -0,196$) и шкалы «Общее состояние здоровья» (GH) с «Тревожностью» ($r = -0,228$) и «Фрустрацией» ($r = -0,287$) говорят о том, что чем выше женщины оценивают состояние своего здоровья, его ресурсы, возможности к обычной жизнедеятельности, даже при наличии болезненных симптомов на первом триместре беременности, тем меньше тревоги и невозможности удовлетворения собственных потребностей они испытывают.

Отрицательная взаимосвязь показателя «Общее состояние здоровья» (GH) и шкалы «Ригидность» ($r = -0,212$) говорит о том, что положительная оценка ресурсов своего здоровья в данный период беременности связана с состоянием готовности женщин к гибкому реагированию на изменение условий жизни и к формированию новых эффективных форм поведения.

Содержание взаимосвязей показателей психологического компонента здоровья с психоэмоциональным состоянием. Положительная взаимосвязь шкалы «Жизнен-

ная активность» (VT) с показателями «Самочувствие» ($r = 0,283$) и отрицательная связь с «Тревожностью» ($r = -0,272$), «Фрустрацией» ($r = -0,304$) и «Ригидностью» ($r = -0,326$) говорит о том, что жизненная активность и энергия в первый триместр беременности связаны с готовностью женщин гибко изменять поведение в новых условиях жизни, с низкой тревогой, хорошим самочувствием и устойчивостью к неудачам.

Отрицательная взаимосвязь показателя «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE) и «Социальное функционирование» (SF) со шкалами «Тревожность», «Фрустрация», «Ригидность» и «Агрессивность» говорят о том, что высокая оценка успешности выполнения своих социальных ролей у женщин в первом триместре беременности связан с сохранением самооценки и уверенности в себе, с гибкостью реагирования на изменения внешней среды, с низкой тревожностью и агрессивностью.

Взаимосвязь показателя «Психическое здоровье» (MH) со шкалами «Тревожность» ($r = -0,349$), «Фрустрация» ($r = -0,307$), «Ригидность» ($r = -0,287$) и «Самочувствие» ($r = 0,204$) подтверждает гипотезу о том, что общий показатель психического здоровья связан с благоприятным психоэмоциональным состоянием.

На следующем этапе исследования с помощью корреляционного анализа по Спирману была выявлена взаимосвязь между показателями качества жизни и показателями психического состояния у женщин на втором триместре беременности (таблица 13).

Таблица 13. Результаты корреляционного анализа показателей качества жизни и показателей психического состояния на выборке второго триместра беременности (n = 102)

Table 13. The results of correlation analysis of the indicators of the quality of life and indicators of mental status on a sample of the second trimester of pregnancy (n = 102)

Показатели /	PF	RPP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Самочувствие	,192	,198	,147	,286**	,393**	,127	,082	,277**
Активность	,137	,119	,152	,227*	,353**	,117	,020	,209*
Настроение	,073	,061	,009	,269**	,227*	,047	,001	,231*
Тревожность	-,194	-,157	-,253*	-,176	-,324**	-,300**	-,215*	-,507**
Фрустрация	-,146	-,104	-,127	-,223*	-,152	-,197	-,245*	-,454**
Агрессивность	-,142	-,094	-,127	-,135	-,134	-,217*	-,201*	-,391**
Ригидность	-,227*	-,113	-,145	-,119	-,117	-,208*	-,206*	-,346**

Примечание: * p < 0.05, ** p < 0.01.

Результаты корреляционного анализа, представленные в таблице 13, наглядно показывают, что на выборке второго триместра беременности шкалы психологического компонента здоровья имеют взаимосвязь преимущественно с показателями психоэмоционального состояния. Рассмотрим то, как данные связи отражаются на содержании физического и психологического компонентов здоровья.

Содержание взаимосвязей показателей физического компонента здоровья с психоэмоциональным состоянием. Взаимосвязи шкал «Интенсивность боли» (VT) с «Тревожностью» ($r = -0,253$) и «Общее состояние здоровья» (GH) с «Самочувствием» ($r = 0,286$) и «Настроением» ($r = 0,269$) говорят о том, что ощущение болезненных симптомов у женщин на втором триместре беременности связаны с высоким уровнем тревоги, а высокая оценка состояния здоровья и его ресурсов – с более благоприятным эмоциональным состоянием.

Содержание взаимосвязей показателей психологического компонента здоровья с психоэмоциональным состоянием.

Взаимосвязь шкал «Жизненная активность» (VT) и «Психическое здоровье» (MH) со шкалами «Самочувствие», «Активность» и «Настроением» доказывает закономерность о том, что общее состояние физического и психического здоровья связано с высоким уровнем жизненной активности и благоприятным эмоциональным состоянием.

Отрицательные взаимосвязи шкал «Физическое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE) и «Социальное функционирование» (SF) со шкалами «Тревожность», «Фрустрация», «Агрессивность» и «Ригидность» говорят о том, что эффективное социальное функционирование во втором триместре беременности (так же как и в первом триместре) связано с гибкостью в выборе способов взаимодействия, устойчивостью к неудачам, отказом от агрессивных способов взаимодействия и оптимальным уровнем тревоги.

На следующем этапе исследования с помощью корреляционного анализа по Спирману была выявлена взаимосвязь между показателями качества жизни и показателями психического состояния у женщин на третьем триместре беременности (таблица 14).

Таблица 14. Результаты корреляционного анализа показателей качества жизни и показателей психического состояния на выборке третьего триместра беременности ($n = 83$)

Table 14. The results of correlation analysis of the indicators of quality of life and indicators of mental status on a sample of the third trimester of pregnancy ($n = 83$)

Показатели /	PF	RPP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Самочувствие	,172	,404**	,307**	,398**	,534**	,578**	,280*	,492**
Активность	,214	,244*	,252*	,279*	,368**	,474**	,205	,355**
Настроение	,204	,335**	,232*	,398**	,374**	,447**	,178	,457**
Тревожность	,123	-,095	-,022	-,264*	-,245*	-,133	-,315**	-,434**
Фрустрация	,105	-,127	-,015	-,247*	-,198	-,195	-,249*	-,336**
Агрессивность	,029	,043	-,047	-,115	-,114	-,093	-,124	-,172
Ригидность	,124	-,144	-,029	-,199	-,111	-,055	-,020	-,211

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Данные таблицы 14 наглядно показывают, что содержание физического и психологического компонентов здоровья у женщин в период третьего триместра беременности в большей степени взаимосвязано с показателями «Самочувствия», «Активности», «Настроения» и «Тревожности». Общая оценка состояния здоровья, жизненная энергия, психологическое благополучие, низкая интенсивность болезненных проявлений и отсутствие ограничений в своей обычной жизнедеятельности у женщин данный период беременности в большей степени взаимосвязаны с хорошим самочувствием, позитивным настроением, работоспособностью и низким уровнем тревожности.

Отрицательная связь шкалы «Фрустрация» с показателями «Общее состояние здоровья» (GH) ($r = -0,247$), «Ролевое функционирование, связанное с эмоциональным состоянием» (RE) ($r = -0,249$) и «Психическое здоровье» (MH) ($r = -0,336$) свидетельствует о том, что высокая оценка своего физического и психического здоровья и их положительное влияние на эффективное выполнение социальных ролей у женщин на третьем триместре беременности в большей степени свя-

зано с формированием устойчивости к неудачам и уверенности в себе.

Выводы

1. Выявлены особенности качества жизни и психоэмоционального состояния женщин на каждом триместре беременности. Установлено, что от первого триместра к третьему содержание качества жизни определяется возрастанием ограничений в выполнении физических нагрузок, улучшением общего эмоционального состояния и ростом жизненной силы и энергии. Психоэмоциональное состояние большинства женщин в период каждого триместра характеризуется как благоприятное. При этом установлено, что на первом и на последнем триместре беременности для женщин в большей степени характерны повышенная тревожность, неуверенность в себе, ригидность, невозможность удовлетворения своих потребностей, чем в период второго триместра беременности.

2. Определено содержание взаимосвязей показателей качества жизни с психоэмоциональным состоянием женщин в первом триместре беременности. Установлено, что положительная оценка ресурсов своего здоровья и преодоление болезненных симптомов, высокий уровень

жизненной энергии и активная реализация социальных ролей в первый триместр беременности связаны преимущественно с готовностью женщин к гибкому реагированию на изменение условий жизни, устойчивостью к неудачам и оптимальным уровнем тревоги.

3. Выявлено содержание взаимосвязей показателей качества жизни с психоэмоциональным состоянием женщин во втором триместре беременности. Установлено, что высокая оценка физического компонента здоровья у женщин во втором триместре беременности в большей степени связана с благоприятным самочувствием и настроением. Эффективное социальное функционирование во втором триместре беременности связано с гибкостью в выборе способов взаимодействия, устойчивостью к неудачам, отказом от агрессивных способов взаимодействия и оптимальным уровнем тревоги.

4. Установлено, что большинство показателей качества жизни, раскрывающие содержание физического и психологического компонентов здоровья у женщин в

третьем триместре беременности связаны в большей степени с хорошим самочувствием, позитивным настроением, работоспособностью и низким уровнем тревожности, а эффективность выполнения обычной жизнедеятельности – с готовностью к изменению способов поведения в новых условиях жизнедеятельности.

5. На основании анализа результатов исследования определены условия физического и психологического благополучия на каждом триместре беременности. В период первого и второго триместров беременности условиями физического и психологического благополучия выступают готовность женщин к гибкому реагированию в новой жизненной ситуации, устойчивость к неудачам, уверенность в себе и оптимальный уровень тревожности; в период третьего триместра беременности условиями физического и психологического благополучия выступают хорошее самочувствие, позитивное настроение, активность, устойчивость к неудачам и уверенность в себе.

Литература

1. Агаркова Л. А., Михеенко Г. А., Габитова Н. А., Бухарина И. Ю. Акушерство и гинекология. Неотложные состояния // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012. № 9. С. 20 – 22.
2. Бохан Т. Г. Культурно-исторический подход к стрессу и стрессоустойчивости: дис. ... д-ра психол. наук. Томск, 2008. 394 с.
3. Ветчанина Е. Г. Особенности психологических состояний беременных при остром и хроническом стрессе и возможности их коррекции на основе современных методов психологической диагностики // Аспирант и соискатель. 2003. № 2. С. 169 – 172.
4. Гайсин И. Р., Лещинский Л. А. Качество жизни беременных женщин с артериальной гипертензией // Казанский медицинский журнал. 2005. № 5. Т. 86. С. 368 – 371.
5. Гацаева Л. Т., Торчинов А. М., Филиппова Г. Г., Цахилова С. Г. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2011. № 3. С. 66 – 73.
6. Завгородная И. В., Кирюшина Е. В. Мотивация рождения ребенка в связи с социально-психологическими условиями жизни беременной женщины // Перинатальная психология и психология родительства. 2008. № 3. С. 51 – 59.
7. Куприянова И. Е., Чуйкова К. И., Ковалева Т. А., Алексеева Е. А. Психическое здоровье и качество жизни беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 6. С. 63 – 65.
8. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. Ю. Л. Шевченко. 2-е изд. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. 320 с.
9. Панкратов В. В., Ягудаева И. П., Давыдов А. И. Качество жизни, связанное со здоровьем: терминология, методология, особенности оценки в акушерско-гинекологической практике // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2012. № 2. Т. 11. С. 22 – 33.
10. Проконич О. А., Яницкий М. С., Браун О. А. Особенности временной перспективы различных культурно-ценностных типов // Вестник Кемеровского государственного университета. 2012. № 4-1(52). С. 185 – 192.
11. Твердохлебова Н. В., Бохан Т. Г. Структурно-содержательные характеристики самосознания у лиц юношеского возраста с разной выраженностью пивной аддикции // Сибирский психологический журнал. 2011. № 41. С. 64 – 75.
12. Филиппова Г. Г. Нарушение репродуктивной функции и ее связь с нарушениями в формировании материнской сферы // Перинатальная психология и психология родительства. 2003. № 4 – 5. С. 145 – 149.
13. Филоненко А. Л. Базисные убеждения, особенности состояния и переживания беременных женщин // Сибирский психологический журнал. 2010. № 37. С. 13 – 20.
14. Хломов К. Д., Ениколопов С. Н. Исследование психоэмоциональных и индивидуально-характерологических особенностей беременных женщин с угрозой прерывания беременности // Перинатальная психология и психология родительства. 2007. № 3. С. 38 – 49.
15. Чернова Е. П. Демографическая ситуация и репродуктивный кризис современной семьи в России: экономические и социально-психологические аспекты // Перинатальная психология и психология родительства. 2008. № 1. С. 18 – 28.

FEATURES OF QUALITY OF LIFE INTERRELATED WITH INDICATORS OF PSYCHOEMOTIONAL STATE OF WOMEN IN THE PERIOD OF EVERY TRIMESTRE OF PREGNANCY

Lubov' A. Agarkova^{1, @, *1}, Irina Yu. Buharina^{1, @2, *}, Anna L. Ulianich^{3, @, *3}, Elena M. Bershkova^{4, @4, *}, Ivan V. Tolmachev^{4, @5, *}

¹ Gynecology and Perinatology Research Institute (Tomsk), 5, Sergey Lazo street, Tomsk, Russia, 634063

² National Research Tomsk State University, 34a, Lenina prospect, Tomsk, Russia, 634050

³ National Research Tomsk Polytechnic University, 30, Lenina prospect, Tomsk, Russia, 634050

⁴ Siberian State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 2, Moscovski Trakt, Tomsk, Russia, 634050

@¹ perinat@tomsk.net

@² bukhariirina@yandex.ru

@³ FiALe@yandex.ru

@⁴ vem@tpu.ru

@⁵ ivantolm@mail.ru

Received 06.07.2016.

Accepted 16.09.2016.

Keywords: pregnancy, psychological state, quality of life, physiological course of the pregnancy, reproductive health, psychological well-being.

Abstract: In the article the actuality of study of quality of life is described as an integrative factor which influences the psychoemotional state of women in the period of pregnancy. According to the study methodology, the content of quality of life is disclosed in the indicators of physical and psychological components of health. By means of method of descriptive statistics and analysis of reliable differences general content is presented and specific features of quality of life in women in the period of the first, second and third trimesters of pregnancy are disclosed. It is found that from the first trimester to the third one the content of components of quality of life is characterized by increase of limitations in performing the physical load, improvement of general emotional state and increase of vital force and energy. Features of psychoemotional state of women in the period of the first, second and third trimesters of pregnancy are disclosed and described. It is revealed that the state of most women in every trimester of the pregnancy is characterized as a favourable one, however, in the first and last trimester for women a heightened anxiousness, lack of self-confidence, rigidity, inability to satisfy their own needs are more typical than in the period of the second trimester of pregnancy. On the ground of results of the conducted correlational analysis the interrelationship of indicators of quality of life with indicators of psychoemotional state of pregnant women is shown and described, conditions of physical and psychological well-being in every trimester of pregnancy are identified. It was revealed that in the period of the first and second trimesters of pregnancy the conditions of physical and psychological well-being are as follows: readiness of women to respond flexibly in the new life situation, resistance towards failures, self-confidence and optimal level of anxiousness; in the period of the third trimester of pregnancy: feeling of well-being, positive mood, activity, resistance towards failures and self-confidence.

* The study was supported by the grant of RSHF 15-06-10666a "Assessment of the impact of psychoemotional state, quality of life and urban environment for the physiological process of pregnancy, childbirth in women and the condition of the newborn".

For citation: Agarkova L. A., Buharina I. Yu., Ulianich A. L., Bershkova E. M., Tolmachev I. V. Osobennosti kachestva zhizni vo vzaimosvazi s pokazateliami psikhoeemotsional'nogo sostoianiia zhenshchin na kazhdom trimestre beremennosti [Feature of quality of life interrelated with indicators of psychoemotional state of women in the period of every trimestre of pregnancy]. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta* = *Bulletin of Kemerovo State University*, 2016; (4): 108 – 119. (In Russ.) DOI: 10.21603/2078-8975-2016-4-108-119.

References

1. Agarkova L. A., Mikheenko G. A., Gabitova N. A., Bukharina I. Iu. Akusherstvo i ginerologiya. Neotlozhnye sostoianiia [Obstetrics and gynecology. Emergency obstetrics]. *Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovanij* = *International journal of the applied and fundamental research*, no. 9 (2012): 20 – 22.
2. Bohan T. G. *Kul'turno-istoricheskii podhod k stressu i stressoustoichivosti*. Diss. doktora psikh. nauk [Cultural-historical approach to stress and stress resistance. Dr. psych. Sci. Diss.]. Tomsk State University, Tomsk, 2008, 394.
3. Vetchanina E. G. Osobennosti psikhologicheskikh sostoianii beremennykh pri ostrom i khronicheskom stresse i vozmozhnosti ikh korrektsii na osnove sovremennykh metodov psikhologicheskoi diagnostiki [Characteristics of the psychological state of pregnant women in acute and chronic stress, and possibilities of their correction on the basis of modern methods of psychological diagnostics]. *Aspirant i soiskatel'* = *Graduate student and competitor*, no. 2 (2003): 169 – 172.

4. Gaisin I. R., Leshchinskii L. A. Kachestvo zhizni beremennykh zhenshin s arterial'noi gipertoniei [The quality of life of pregnant women with arterial hypertension]. *Kazanskii meditsinskii zhurnal = Kazan medical journal*, 86, no. 5 (2005): 368 – 371.
5. Gatsaeva L. T., Torchinov A. M., Filippova G. G., Tsakhilova S. G. Osobennosti techeniia beremennosti, rodov i poslerodovogo perioda u zhenshin na fone smeshannykh trevozhnykh i depressivnykh rasstroistv v usloviakh social'no-ekonomicheskoi nestabil'nosti [Features of pregnancy, childbirth and the postpartum period in women mixed anxiety and depressive disorders in terms of socio-economic instability]. *Reproduktivnoe zdorov'e detei i podrostkov = Reproductive health of children and adolescents*, no. 3 (2011): 66 – 73.
6. Zavgorodnaia I. V., Kirushina E. V. Motivatsiia rozhdeniia rebenka v sviazi s social'no-psikhologicheskimi usloviiami zhizni beremennoi zhenshchiny [Motivation is the birth of a child in connection with the socio-psychological conditions of life of the pregnant woman]. *Perinatal'naia psikhologiya i psikhologiya roditel'stva = Perinatal psychology and psychology of parenthood*, no. 3 (2008): 51 – 59.
7. Kupriianova I. E., Chujkova K. I., Kovaleva T. A., Alekseeva E. A. Psikhicheskoe zdorov'e i kachestvo zhizni beremennykh zhenshchin s khronicheskimi virusnymi gepatitami B i C [Mental health and quality of life of pregnant women with chronic viral hepatitis B and C]. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii = Siberian Bulletin of psychiatry and narcology*, no. 6 (2012): 63 – 65.
8. Novik A. A., Ionova T. I. *Rukovodstvo po issledovaniiu kachestva zhizni v medicine* [A guide to the study of quality of life in medicine]. Ed. and comp. Shexchenko Iu. L. 3th ed. Moscow: OLMA Media Grupp, 2007, 320.
9. Pankratov V. V., Iagudaeva I. P., Davydov A. I. Kachestvo zhizni, svyazannoe so zdorov'em: terminologiya, metodologiya, osobennosti otsenki v akushersko-ginekologicheskoi praktike [Quality of life related to health: terminology, methodology, features of assessment in obstetric practice]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii = Questions of gynecology, obstetrics and perinatology*, 11, no. 2 (2012): 22 – 33.
10. Prokonich O. A., Yanitskiy M. S., Braun O. A. Osobennosti vremennoi perspektivy razlichnykh kul'turno-tsennostnykh tipov [The peculiarities of temporal perspective of different cultural and value types]. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta = Bulletin of Kemerovo State University*, 4, no. 1 (2014): 185 – 192.
11. Tverdokhlebova N. V., Bokhan T. G. Strukturno-soderzhatel'nye kharakteristiki samosoznaniia u lits iunoshego vozrasta s raznoi vyrazhennost'iu pivnoi addiksii [Structural characteristics of consciousness, at persons of yputhful age with varying degrees of beer addiction]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal = Siberian psychological journal*, no. 41 (2011): 64 – 75.
12. Filippova G. G. Narushenie reproduktivnoi funktsii i ee svyaz' s narusheniami v formirovanii materinskoi sfery [Reproductive disorders and its relationship with abnormalities in the formation of the parent scope]. *Perinatal'naia psikhologiya i psikhologiya roditel'stva = Perinatal psychology and psychology of parenthood*, no. 4 – 5 (2003): 145 – 149.
13. Filonenko A. L. Bazyisnye ubezhdeniia, osobennosti sostoianiia i perezhivaniia beremennykh zhenshin [Basic beliefs, particularly in the state and experiences of pregnant women]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal = Siberian psychological journal*, no. 37 (2010): 13 – 20.
14. Khlomov K. D., Enikolopov S. N. Issledovanie psikhoemotsional'nykh i individual'no-kharakterologicheskikh osobennostei beremennykh zhenshin s ugrozoi preryvaniia beremennosti [The study of psychoemotional and individual-characteristic features of pregnant women with threatened miscarriage]. *Perinatal'naia psikhologiya i psikhologiya roditel'stva = Perinatal psychology and psychology of parenthood*, no. 3 (2007): 38 – 49.
15. Chernova E. P. Demograficheskaiia situatsiia i reproduktivnyi krizis sovremennoi sem'i v Rossii: ekonomicheskie i social'no-psikhologicheskie aspekty [Demographic situation and reproductive crisis of the modern family in Russia: economic and socio-psychological aspects]. *Perinatal'naia psikhologiya i psikhologiya roditel'stva = Perinatal psychology and psychology of parenthood*, no. 1 (2008): 18 – 28.