

УДК 159. 923.2:618.175

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ОТНОШЕНИЙ У ДЕВУШЕК С ДИСМЕННОРЕЕЙ

Кацнельсон Ю.В., Нотова С.В., Болдырева Т.А.

ГОУ ВПО «Оренбургский государственный университет», Оренбург, e-mail: elf@megalog.ru

В данной работе произведён обзор проблемы психологической составляющей дисменореи, рассмотрен феномен «боль» с позиции системы отношений личности. Произведено эмпирическое исследование, касающееся особенностей самооотношения, семантического пространства и субъективного восприятия понятий в системе отношений девушек с периодическими болями. В работе показаны особенности самооотношения девушек с дисменореей, установлено, что в структуре самооотношения у девушек с дисменореей отмечены особенности: сниженное самоуважение и аутосимпатия с тенденцией к самоуничижению. Корреляционный анализ показал, что для девушек с дисменореей такое понятие семантического пространства, как «Боль», имеет актуальное значение и тесно взаимосвязано с самооотношением. Проведённый анализ субъективного самовосприятия и понятий, косвенно связанных с заболеванием женской репродуктивной системы (дисменорея) посредством методики семантический дифференциал, показал конотативно-значимые понятия, а также понятия, способствующие развитию и усугублению данной патологии.

Ключевые слова: дисменорея, система отношений, самооотношение

RELATIONSHIP SYSTEM PECULIARITIES IN YOUNG WOMEN WITH DYSMENORRHEA

Katsnelson Y.V., Notova S.V., Boldyreva T.A.

Orenburg State University, Orenburg, e-mail: elf@megalog.ru

This work studies special women, the phenomenon in the age from 20 to 23 with different peculiar conditions of reproductive health adaptive reactions in the situation of being university students. In this study was made a review of psychological component of dysmenorrhea, examined the phenomena of concept «pain» from the point of personal attention system. Performed empirical study, dealing with self-attitude peculiarities, semantic space and subjective perception of concept in the system of girls with periodical pains relations is represented. In the self-attitude structure of girls with dysmenorrhea the underestimated level of self-esteem is marked. The correlate analysis showed that for the girls with dysmenorrhea, such concept according semantic differential as «Pain» has an actual meaning and closely connected with self-esteem. The performed analysis of subjective self-attitude and concepts indirectly connected with the women, the reproductive dysfunction (dysmenorrhea) according semantic differential method has showed some peculiar differences according to such factors as strong-willed orientation, the attitude towards the concepts «woman» and «me past» between healthy and sick. The results of this work are put into practice in the Orenburg State University (OSU) student, the hospital, and psychological preventive maintenance, psychological correction and diagnosis OSU laboratories and in the educational process of the preventive medicine chair of the OSU.

Keywords: dysmenorrhea, relationship system, auto relationship

В современных экономических условиях в России при относительном повышении рождаемости и активной социальной позиции женщин особого внимания заслуживает сохранение репродуктивного потенциала населения [4]. Многочисленные публикации свидетельствуют об ухудшении репродуктивного здоровья российских женщин [3, 5, 6]. Известно, что здоровье человека находится во взаимосвязи с психическими процессами, однако функция репродуктивной системы имеет более тесные и специфические взаимоотношения с психоэмоциональным состоянием [1, 7].

«Дисменорея» – болезненные менструации – одно из самых распространенных заболеваний в гинекологической практике. Частота ее колеблется в широких пределах от 8 до 92 % среди менструирующих женщин. Согласно ряду исследований дисменорея возникает благодаря провоцирующему влиянию психотравмирующих факторов на определенном пренатальном фоне [7].

Рядом исследований, которые были посвящены психологической составляющей дисменореи, было показано, что периодический болевой синдром является причиной нарушений социальной адаптации [1, 2, 7, 10]. Ежемесячное ожидание боли, её переживание в качестве стрессогенного фактора, снижение впоследствии порога болевой чувствительности, что усугубляет течение дисменореи, отражается на общем самочувствии, эмоциональной и психической деятельности человека. Дисменорея является причиной большого числа случаев временной нетрудоспособности, ошибок на работе вплоть до профессионального травматизма.

Таким образом, часто встречающаяся гинекологическая патология, которая приводит к росту социальной дезадаптации женщин, и недостаточное число работ, посвящённых изучению особенностей отношения пациентки, имеющей периодические тазовые боли, к окружающей действитель-

ности и самой себе, определили выбор данной темы исследования. В настоящее время представлено относительно мало работ, касающихся соматопсихических нарушений, формирующихся в результате хронической патологии, в частности, при периодическом болевом синдроме (дисменорее) у женщин.

Целью нашей работы было определить особенности системы отношений у девушек с дисменореей.

Задачами исследования было:

1. Сравнить особенности самоотношения у девушек с периодическими тазовыми болями и у девушек без периодических тазовых болей;

2. Сравнить особенности субъективного пространства у девушек с периодическим болевым синдромом и без периодического болевого синдрома.

3. Выявить характерные особенности системы отношений девушек с периодическим болевым синдромом.

Для достижения цели и решения поставленных задач нами были обследованы студентки двух вузов различных факультетов ГОУ ВПО «Оренбургский государственный университет» и ГОУ ВПО «Оренбургская медицинская академия» ($n = 86$). Все девушки обучались на 3–5 курсах дневной формы обучения. Возраст студенток варьировался от 20 до 23 лет (средний возраст 21,5 лет). Работа проводилась в два этапа. На первом этапе проводилась скрининг-диагностика состояния репродуктивного здоровья, который включал анкетирование, осмотр гинеколога, анализ амбулаторных карт. Для оценки состояния овариально-менструальной функции была составлена расширенная анкета, анализирующая состояние менструальной функции. Из исследования были исключены студентки, имеющие хронический воспалительный процесс или доброкачественные образования органов малого таза, беременные, имеющие хронические соматические заболевания. На втором этапе исследования были сформированы две группы – 1 (основная, $n = 20$), в которую вошли девушки с дисменореей и 2 (контрольная, $n = 19$), представленная здоровыми студентками.

Для достижения результатов исследования были использованы методы: сравнительный, экспериментальный. Последний был реализован посредством частных психодиагностических методик: семантический дифференциал, методика исследования самоотношения Р.И. Пантелеева. Статистическая обработка полученного материала проводилась с применением общепринятых методик при использовании программных

пакетов «Excel 2000», «Statistica 6.0», включая определение средней арифметической величины (M), средней ошибки средней (m) и относительных величин (P). Для выявления статистически значимых различий в сравниваемых группах использовали параметрический критерий Стьюдента–Фишера и непараметрический критерий Манна–Уитни [9].

Методика проведенного исследования обеспечила выполнение поставленных задач по изучению особенностей системы отношений девушек-студенток вузов с периодическими тазовыми болями (дисменореей).

В настоящее время существуют различные взгляды на феномен «самоотношение», описываемый учеными как самоуважение, симпатия, самопринятие, любовь к себе, чувство расположения, самооценка, самоуверенность, самоунижение, самообвинение. Для изучения аспектов самоотношения использовалась методика исследования самоотношения (МИС), разработанная С.Р. Пантелеевым (1993), которая представляет собой личностный опросник-самоотчет, самоописание Я-концепции, содержащее свойственные человеку способы самовосприятия и самооценивания. Это фиксированный набор структурных элементов, согласующийся с различными точками зрения на данный вопрос. Аспекты отношения личности к себе, которые составляют шкалы опросника, обозначаются как 1 – «закрытость», 2 – «самоуверенность», 3 – «саморуководство», 4 – «отраженное самоотношение», 5 – «самоценность», 6 – «самопринятие», 7 – «самопривязанность», 8 – «внутренняя конфликтность», 9 – «самообвинение». Шкалы самоотношения согласно проведенным исследованиям имеют внутренние связи, преобразованные в три дополнительных фактора: *самоуважение* (саморуководство, самоуверенность, отраженное самоотношение, социальная желательность «Я»), *аутосимпатия* (самопривязанность, самоценность, самопринятие) и *самоуничижение* (внутренняя конфликтность, самообвинение). Оценка результатов проводилась на основании стандартизированных значений (стендов), которые трактуются как низкие при значениях 0–3 стенов, средние – при значениях 4–7 стенов и высокие – при значениях 8–10 стенов. Интерпретация проводилась путём анализа профиля 9 показателей (шкал), которые совместно дают целую картину самоотношения испытуемого. Индивидуальные значения стенов по каждой шкале в контрольной и основной группах девушек суммировались с выведением среднего показателя стенов по каждой

шкале и фиксировались графически в виде профиля структуры самооотношения в группе. В каждой изучаемой группе подсчитывался

средний показатель стенов по каждой шкале с дальнейшим построением профиля самооотношения группы (рис. 1).

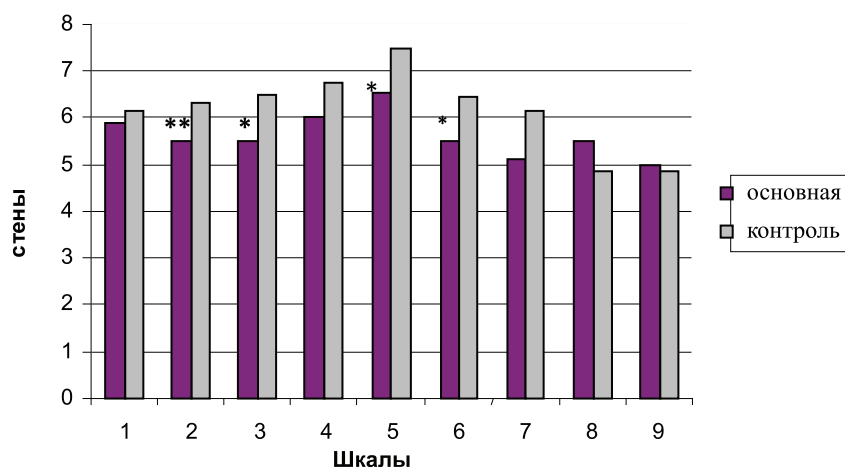


Рис. 1. Усреднённые профили структуры самооотношения в группах.

Примечания: ** – достоверные различия ($P < 0,01$) по отношению к контрольной группе;

* – достоверные различия ($P < 0,05$) по отношению к контрольной группе

Так, например, средняя стандартная оценка по шкале 1 – «закрытость» – в основной группе составила $5,9 \pm 1,3$, в контрольной – $6,13 \pm 1,2$, что может интерпретироваться как избирательное отношение к себе в обеих группах и способность раскрываться в тех ситуациях, к которым имеется адаптация. По ряду остальных шкал были выявлены следующие особенности в системе самооотношений. По шкале 2 – «самоуверенность» среднее значение стенов в основной группе было достоверно ($P < 0,01$) ниже, чем в контрольной и равнялось $5,5 \pm 1,1$ и $6,33 \pm 1,0$ соответственно. Наличие различий по данной шкале, называемой автором методики «Я», может означать, что в группе девушек с дисменореей чаще встречаются студентки, недовольные собой, воспринимающие себя как слабую, неуверенную в себе личность. По 3 шкале – «саморуководство» – среднее значение ($5,5 \pm 1,6$) в основной группе также достоверно отличалось от значения контрольной – $6,5 \pm 1,72$. Автор методики обозначил эту шкалу как «внутренний стержень». Низкий средний балл в первой группе может означать, что девушки с периодическими болями неотчетливо переживают собственное «Я», то есть не видят в себе источник активности и результатов, касающихся деятельности и личности, верят в подвластность своего «Я» внешним обстоятельствам. Кроме того, девушки с дисменореей согласны с мнением, что не всегда способны справляться с эмоциями и переживаниями по поводу самих себя. Чувство социальной приемлемости, раскрываемое

шкалой 4 – «отражённое самооотношение» – было несколько выше у здоровых девушек, чем у студенток с дисменореей ($6,8 \pm 1,42$ и $6,0 \pm 1,93$ соответственно), но эти различия были недостоверны. Чувство ценности собственного внутреннего мира в социуме, которое оценивалось 5 шкалой – «самоценность» – по среднему значению стенов было достоверно ниже в основной группе – $6,5 \pm 2,06$ по сравнению с контролем – $7,5 \pm 1,69$. Это может означать, что девушки с дисменореей чаще, чем здоровые недооценивают собственное «Я», усиливая значимость других людей, сомневаются в ценности своего внутреннего мира и собственной личности. По шкале 6 – «самопринятие» – среднее значение стенов в основной группе также достоверно отличалось от значения группы контроля ($5,5 \pm 1,89$ и $6,42 \pm 1,35$ соответственно). Данный факт указывает на то, что у девушек с дисменореей чаще, чем у других отсутствует симпатия к себе, неадекватно низкая самооценка, возможно внутренняя дезадаптация. По шкале 7 – «самопривязанность» или ригидность «Я»-концепции достоверных различий в группах не было, но имелась тенденция к меньшим средним значениям стенов в основной группе ($5,1 \pm 2,22$) наряду с контролем ($6,13 \pm 1,87$). Низкие значения по этой шкале означают выраженную неудовлетворённость собой и желание измениться. Средние значения стенов по шкале 8 – «внутренняя конфликтность» – в первой группе составила $5,5 \pm 1,14$, во второй – $4,88 \pm 1,65$. Достоверной разницы между показателями не обнаружено, однако в основной груп-

пе прослеживалась тенденция к большим средним значениям по данному критерию. Высокие показатели стенов по данной шкале говорят о тенденции к чрезмерной рефлексии, протекающей на негативном эмоциональном фоне отношения к себе. Высокий уровень невротичности на фоне низкой самооценки вызывает фрустрированность ведущих потребностей и является возможной причиной психосоматических заболеваний. По шкале 9 – «самообвинение» – средние значения стенов в группах были следующие: основная – $5,0 \pm 1,68$, контрольная – $4,88 \pm 1,7$, достоверной разницы между ними не обнаружено.

Для оценки психологической структуры самоотношения необходим анализ личностных смыслов, в этой связи представляют интерес внутренние связи и отношения, которые имеют место между выделенными нами измерениями. Шкалы самоотношения согласно проведенным исследованиям имеют внутренние связи, преобразованные в три дополнительных фактора: *самоуважение* (саморуководство, самоуверенность, отраженное самоотношение, социальная желательность «Я»), *аутосимпатия* (самопривязанность, самооценочность, самопринятие) и *самоуничижение* (внутренняя конфликтность, самообвинение). Так, по первому дополнительному фактору «самоуважение» в нашем исследовании были обнаружены достоверные различия между группами по двум шкалам – 2 – «самоуверенность» и 3 – «саморуководство». Девушки с дисменореей чаще недовольны собой, воспринимают себя как слабую, неуверенную в себе личность, в тоже время не отчетливо переживают собственное «Я», то есть не видят в себе источник активности и результатов, касающихся деятельности и личности, верят в подвластность своего «Я» внешним обстоятельствам. Кроме того, девушки с дисменореей не всегда способны справляться с эмоциями и переживаниями по поводу самих себя. По второму дополнительному фактору, обозначенному как «аутосимпатия», также были выявлены достоверные различия в изучаемых группах по шкалам «самоценность» и «самопринятие». Так, для девушек с дисменореей более свойственно недооценивать собственное «Я», усиливая значимость других людей, сомневаться в ценности своего внутреннего мира и собственной личности. Чаще, чем у здоровых отсутствует симпатия к себе, неадекватно низкая самооценка и возможна внутренняя дезадаптация. По третьему обобщенному фактору «самоуничижение» достоверных отличий не было обнаружено, однако у студенток с дисменореей просле-

живалась тенденция к более высоким значениям стенов по данным шкалам. Кроме того, несмотря на то, что эти шкалы тесно связаны между собой, они обладают определенной спецификой. Так, «самообвинение» больше связано с общим фактором «аутосимпатии», а «внутренняя конфликтность» тесно связана с недостатком «самоуважения», что и было в большей степени выражено у девушек основной группы.

Изучение самоотношения в основной группе и группе контроля посредством методики С.Р. Пантелеева показало, что девушки с дисменореей достоверно отличались более низкими оценками по фактору самоуважение (шкалы самоуверенность, саморуководство), по фактору аутосимпатии (шкалы самооценочность и самопринятие) и была отмечена тенденция к более высоким значениям по фактору самоуничижение (внутренняя конфликтность). Таким образом, девушки с дисменореей действительно имеют особенности в системе отношений. В структуре самоотношения у девушек с дисменореей отмечено сниженное самоуважение и аутосимпатия с тенденцией к самоуничижению.

Для выявления различий в интерпретациях понятий в группах испытуемых с дальнейшим измерением эмоционального отношения девушек к ним, анализе субъективно-личностного смысла и различий аспектов самооценки нами применялась методика «Семантический дифференциал», разработанная В.Ф. Петренко и А.Г. Шмелёвым [8]. Теоретические и методические основы методики были заложены в работах американских ученых Ч. Осгуда (1952) и Дж. Келли (1955). В психосемантическом исследовании испытуемым предлагалось оценить ряд понятий по набору специально разработанных биполярных шкал. Использование трёхфакторной модели «оценка», «сила» и «активность» позволило построить семантическое пространство для конотативных значений понятий – стимулов, предъявляемых девушкам двух сравниваемых групп. Список, предъявляемый респонденткам, включал в себя следующие понятия: «Я», «Женщина», «Любовь», «Моё прошлое», «Радость», «Болезнь», «Моё будущее», «Горе», «Друзья», «Любимый человек», «Печаль», «Боль».

Семантическое пространство личности позволяет расширить описательные и объяснительные возможности психодиагностики. Личность становится не точкой или графиком в многомерном пространстве объективных признаков, а окружающее пространство выпукло определяется с помощью факторов восприятия данной

личностью окружающего мира, где видна структура и специфика системы отношений к нему. Реконструируя модель семантического пространства личности, исследователь получает возможность взглянуть на мир глазами испытуемого. Кроме того, имеется ряд возможностей для исследования «скрытой» структуры индивидуальных значений, оценок, отношений.

Построение семантического пространства для понятий «Я», «Женщина», «Любовь», «Моё прошлое», «Радость», «Болезнь», «Моё будущее», «Горе», «Друзья», «Любимый человек», «Печаль», «Боль» в сравниваемых группах проводилось на основе первичной обработки индивидуальных данных, где определялось значение факторов оценки, силы и активности понятия.

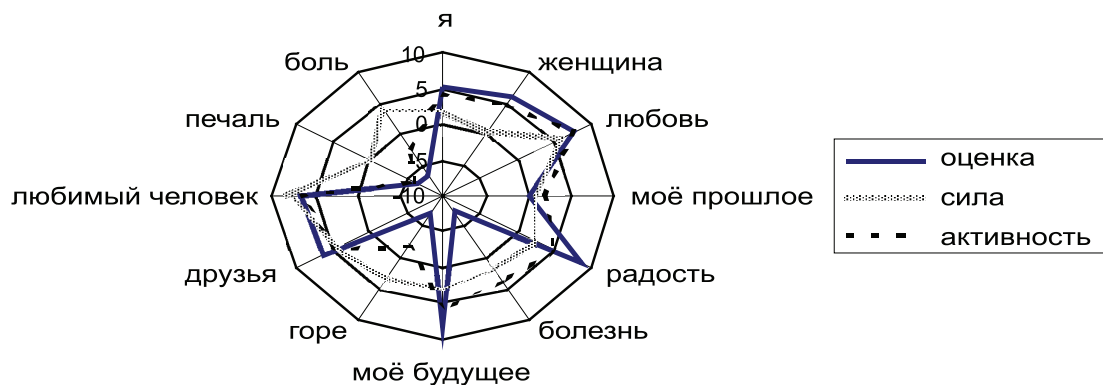


Рис. 2. Семантическое пространство понятий основной группы

В каждой группе значения суммировались, выводился средний показатель и стандартное отклонение. Далее выстраивалась

диаграмма, на которой средние значения факторов оценки, силы и активности откладывались в виде векторов (рис. 3).

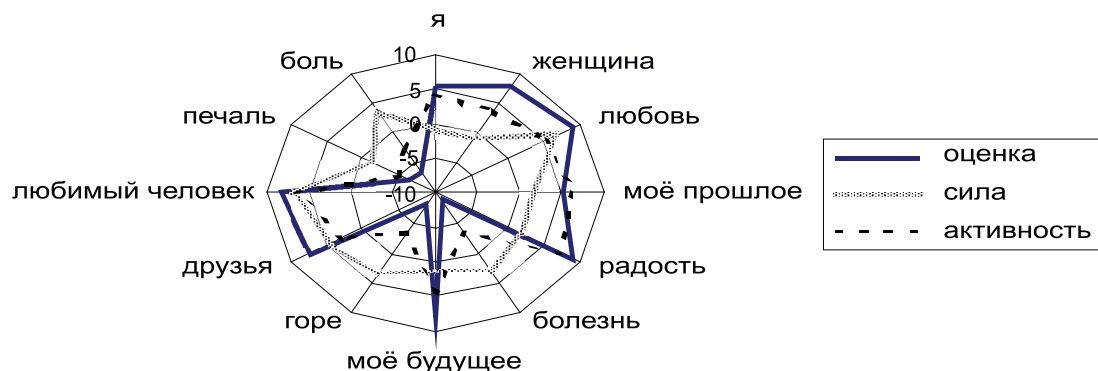


Рис. 3. Семантическое пространство понятий контрольной группы

Сравнение семантических пространств основной и контрольной групп позволило выявить, что девушки с периодическим болевым синдромом (основная группа) достоверно меньше выражали свою симпатию к понятиям «Женщина», «Моё прошлое», «Любимый человек» (фактор оценки понятия).

Представляют интерес достоверные различия между группами в понятии «Моё прошлое» по 2 факторам. Понятие «Женщина» по фактору оценки в основной группе было достоверно меньше ($6,1 \pm 3,4$), чем в контрольной группе ($8,09 \pm 2,4$), что предполагает меньшую симпатию к этому понятию у девушек с периодическими болями.

Проведённый анализ субъективного самовосприятия и понятий, косвенно связанных с заболеванием женской репродуктивной системы (дисменорея) посредством методики «семантический дифференциал», показал следующие особенности системы отношений девушек с периодическими тазовыми болями: во-первых, у девушек с дисменореей конотативное значение «Я» отличается большей волевой направленностью в сравнении со здоровыми девушками; во-вторых, девушки с периодическими болями выражают меньшую симпатию к понятию «Женщина», а понятие «Моё прошлое» имеет негативную субъективную окраску по факторам «оценка» и «активность».

Средние значения ($M \pm m$) конотативных понятий в группах

Понятие	Группа	Оценка			Сила			Активность		
		M	m	t	M	m	t	M	m	t
Я	Основная	5,2	3,67	0,2	2*	3,97	2,01	4,2	3,3	0,1
	Контроль	5,4	3,14		-0,7	3		4,36	4,3	
Женщина	Основная	6,1*	3,4	1,9	0,2	3,1	0,98	4,67	2,2	0,85
	Контроль	8,09	2,4		-0,8	2,2		3,73	3,2	
Любовь	Основная	7,73	3,5	0,7	5,67	2,9	0,97	7,8*	2,9	2,24
	Контроль	8,73	3,9		6,73	2,7		5,36	2,7	
Моё прошлое	Основная	0**	5,2	2,5	0,73	3,9	0,67	1,67***	3,6	3,43
	Контроль	5,36	5,7		1,64	3,1		6,27	3,3	
Радость	Основная	8,47	2,3	0,6	2,6	3,2	0,73	5	3,2	1,6
	Контроль	9,1	2,7		1,64	3,4		7,18	2,8	
Болезнь	Основная	-7,67	2,8	0,9	1,73	3,8	0,71	-3,67	3,2	0,21
	Контроль	-8,64	2,6		3,1	5,6		-3,36	4,1	
Моё будущее	Основная	8,33	4,2	0,3	3*	1,85	1,9	5,67	2,2	0,88
	Контроль	7,9	3,6		1,18	3		4,55	3,8	

Примечания:

*** – достоверные различия ($P < 0,001$) по отношению к контрольной группе;

** – достоверные различия ($P < 0,01$) по отношению к контрольной группе;

* – достоверные различия ($P < 0,05$) по отношению к контрольной группе.

Таким образом, наше исследование подтверждает факт разнонаправленности изменений в системе отношений девушек с дисменореей:

1. В структуре самоотношения у девушек с дисменореей отмечены особенности: сниженное самоуважение и аутосимпатия с тенденцией к самоуничижению.

2. Корреляционный анализ показал, что для девушек с дисменореей такое понятие семантического пространства, как «Боль», имеет актуальное значение и тесно взаимосвязано с самоотношением.

3. У девушек с дисменореей конотативное значение «Я» отличается большей волевой направленностью в сравнении со здоровыми девушками.

4. Девушки с периодическими болями выражают меньшую симпатию к понятию «Женщина», а понятие «Моё прошлое» имеет негативную субъективную окраску по факторам «оценка» и «активность».

5. Для девушек с дисменореей по субъективному и эмоциональному восприятию понятия «Моё прошлое» – «Болезнь», «Моё прошлое» – «Горе», «Моё прошлое» – «Печаль», «Моё прошлое» – «Боль», относительно «близки», что может говорить о возможной психотравмирующей ситуации у студенток данной группы в прошлом.

6. На основании полученных результатов составлены рекомендации для врачей-гинекологов, психологов, родителей и педагогов для своевременной и эффективной коррекции дисменореи у девушек.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РГНФ № 11-16-56-00-2 а/У.

Список литературы

1. Вассерман Л.И. О психологической диагностике типов отношения к болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни. – Л., 1990. – С. 8–16.
2. Кон И.С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века. Социально-педагогический анализ. – Дубна: Феникс +, 2001. – 208 с.
3. Круглякова И.П. Состояние здоровья студенческой молодежи // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2006. – № 3. – С. 46–50.
4. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 2. – С. 4–7.
5. Кулаков В.И. Основные тенденции изменения репродуктивного здоровья девочек в современных условиях / В.И. Кулаков, И.С. Долженко // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2005. – № 1. – С. 22–26.
6. Кучма В.Р. Гендерное поведение подростков и роль социальных факторов в формировании репродуктивного здоровья / В.Р. Кучма, Е.И. Шубочкина, С.С. Молчанова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2005. – № 5. – С. 9–17.
7. Микиртумов Б.Е. Нервно-психические нарушения при функциональных расстройствах менструального цикла в пубертатном возрасте: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Л., 1988. – 39 с.
8. Петренко В.Ф. Психосемантика сознания. – М.: Изд-во МГУ. – 1988. – 180 с.
9. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных: применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: Медиа Сфера, 2006. – 305 с.
10. Юрьев В.К. Некоторые методологические проблемы медико-социальной оценки репродуктивного здоровья девочек // Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии: материалы и тез. докл. III Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 1998. – С. 22–24.

References

1. Wasserman L.I. On the Issue of Psychological Diagnosis of Types of Relationships to Disease // Psychological Diagnostics Related to Disease. Leningrad, 1990. pp. 8–16.
2. Kon I.S. Adolescent Sexuality on the Threshold of XXI Century. Socio-Pedagogical Analysis. Dubna.: Phoenix +, 2001. 208 p.
3. Kruglyakova I.P. Students' Health Status // Public Health and Disease Prevention. 2006. no. 3. pp. 46–50.
4. Kulakov V.I. Reproductive Health of Russian Population // Obstetrics and Gynecology. 2002. no. 2. pp. 4–7.
5. Kulakov V.I. Main Trends in Girls' Reproductive Health under Present-Day Conditions/ V.I. Kulakov, I.S. Dolzhenko // Reproductive Health of Children and Adolescents. 2005. no. 1. pp. 22–26.
6. Kuchma V.R. Adolescents' Gender Behavior and Social Factors in Reproductive Health Formation / V.R. Kuchma, E.I. Shubochkina, S.S. Molchanov // Reproductive Health of Children and Adolescents. 2005. no. 5. pp. 9–17.
7. Mikirtumov V.B. Neuropsychic Disorders of Menstrual Cycle Functional Disturbance in Adolescence: Thesis Abstract ... Doctor of Medicine, M.D. Leningrad, 1988. 39 p.
8. Petrenko V.F. Psychosemantics of Consciousness. Moscow: Moscow State University Publishing House. 1988. 180 p.
9. Rebrova O.Yu. Statistical Analysis of Medical Data: STATISTICA Application Software Package. Moscow: Media Circle, 2006. 305 p.
10. Yuriev V.K. Some Methodological Problems of Medical and Social Assessment of Girls' Reproductive Health // Live Issues of Pediatric and Adolescent Gynecology: III All-Russia Scientific and Practical Conference Materials and Theses. St., 1998. pp. 22–24.

Рецензенты:

Бабин С.М., д.м.н., ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2», заведующий областным психотерапевтическим центром, г. Оренбург;

Дереча В.А., д.м.н., заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ГОУ «Оренбургская медицинская академия», г. Оренбург.

Работа поступила в редакцию 18.12.2012.