

between religious and non-religious belief was seen. It was found that these types of faith are differentiated on the subject of faith, the form of perception and social orientation. The definition of faith was analysed. The structural components of faith: cognitive (beliefs, knowledge, attitudes, views) emotional (feelings, emotions, feelings); the value and meaning of faith (the values and meanings); behavioral (will, action) were found. It is concluded that faith of the individual is the basis of its «I». Some scholars identify faith with religion, others separate the religious and non-religious faith, while others do not differentiate faith and regard this phenomenon as a whole.

Key words: faith, religious faith, not religious belief, religious, faith in yourself, faith in others, faith in humanity, religious feelings.

Received October 26, 2014

Revised November 18, 2014

Accepted December 09, 2014

УДК 618.396-08+615.851

О.В. Бацилєва
olga.wrh@gmail.com

Особливості психоемоційного стану жінок з переносованою вагітністю

Batsylieva O.V. Features of psycho-emotional state of women with prolonged pregnancy / O.V. Batsylieva // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostyuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / scientific editing by S.D.Maksymenko, L.A.Onufriieva. – Issue 27. – Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2015. – P. 34–47.

О.В. Бацилєва. Особливості психоемоційного стану жінок з переносованою вагітністю. Проаналізовано взаємозв'язок психологічних властивостей жінки з особливостями її репродуктивного здоров'я та реалізації репродуктивної функції. Показано, що зміни, які спостерігаються під час вагітності, можна розглядати як стресогенні. Представлено особливості стрес-реакцій, що виникають у жіночому організмі, в тому числі під час вагітності. Обґрунтовано, що переносовання під час вагітності є додатковим стресогенним фактором. Відображено зв'язок особливостей психоемоційного стану жінки з рівнем реалізації адапційних можливостей організму. Показано, що певні особливості психоемоційної сфери жінки можуть відігравати негативну роль і ставати підґрунтям для розвитку дезадаптивних форм реагування та поведінки під

час вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також сприяти виникненню різних соматичних та психологічних проблем у народженої дитини в майбутньому. Проведено дослідження особливостей психоемоційного стану жінок з перенесеною вагітністю. Представлено результати клініко-психологічного обстеження 120 вагітних за допомогою обраних методик. Визначено, що у більшості жінок наприкінці вагітності спостерігаються порушення у психоемоційній сфері. Доведено, що перенесення вагітності, як додатковий стресогенний чинник, призводить до більш істотних змін у психоемоційному стані з розвитком психоемоційного напруження різного ступеня, що, у свою чергу збільшує можливість розвитку ускладнень у пологах і післяпологовому періоді у даної категорії вагітних. Зроблено висновок про доцільність застосування програми психопрофілактичної підтримки як одного з ефективних варіантів супроводу жінок з перенесеною вагітністю.

Ключові слова: психоемоційний стан, вагітність, стрес, адаптаційні можливості, перенесена вагітність, психоемоційне напруження, супровід вагітних, репродуктивне здоров'я.

О. В. Бацылева. Особенности психоэмоционального состояния женщин с перенесенной беременностью. Проанализирована взаимосвязь между психологическими характеристиками женщин и особенностями их репродуктивного здоровья, реализации репродуктивной функции. Показано, что изменения, которые наблюдаются в организме женщины во время беременности, можно рассматривать как стрессогенные. Представлены особенности стресс-реакций, возникающих в женском организме, в том числе и во время беременности. Обосновано, что перенашивание во время беременности является дополнительным стрессогенным фактором. Отражена связь между особенностями психоэмоционального состояния женщины и характером реализации адаптационных возможностей организма. Показано, что некоторые особенности психоэмоциональной сферы женщины могут играть негативную роль и становиться основой для развития дезадаптивных форм реагирования и поведения во время беременности, родов и послеродового периода, а также способствовать возникновению различных соматических и психологических проблем у рождённого ребенка в будущем. Проведено исследование особенностей психоэмоционального состояния женщин с перенесенной беременностью. Представлены результаты клиничко-психологического обследования 120 беременных с помощью выбранных методик. Выявлено, что у большинства женщин в конце беременности наблюдаются нарушения в психоэмоциональной сфере. Доказано, что перенашивание беременности, как дополнительный стрессогенный фактор, приводит к более существенным изменениям психоэмоционального состояния с развитием психоэмоционального напряжения разной степени, что, в свою очередь, увеличивает возможность развития осложнений в родах и послеродовом периоде. Сделан вывод о целесообразности использования программы психопрофилакти-

тической поддержки, как одного из эффективных способов сопровождения женщин с перенесенной беременностью.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, беременность, стресс, адаптационные возможности, перенесенная беременность, психоэмоциональное напряжение, сопровождение беременных, репродуктивное здоровье.

Постановка проблеми. Взаємозв'язок психологічних властивостей жінки з особливостями реалізації її репродуктивної функції та станом загального і репродуктивного здоров'я є предметом дослідження фахівців різних галузей, насамперед психологів та лікарів акушерів-гінекологів. Незважаючи на те, що останнім часом у наукових публікаціях досить часто зустрічаються дослідження, присвячені вивченню окремих характеристик особистості жінок під час вагітності, у пологах, післяпологовому періоді, при різноманітних порушеннях репродуктивної функції, варто відзначити той факт, що системні дослідження у цьому напрямку поодинокі і потребують подальшого розвитку. На особливу увагу в цьому контексті заслуговує пошук шляхів супроводу вагітних, які мають бути спрямовані на своєчасну діагностику можливих порушень, їх профілактику та ефективну корекцію.

У багатьох дослідженнях показано вплив індивідуально-психологічних властивостей жінки, передусім особливостей емоційної сфери, на стан її репродуктивного здоров'я та характер реалізації репродуктивної функції. Такі риси, як лабільність, слабкість нервової системи, сенситивність, підвищена тривожність, егоцентризм, можуть відігравати негативну роль і ставати підґрунтям для розвитку дезадаптивних форм реагування та поведінки під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також сприяти виникненню різних соматичних і психологічних проблем у народженої дитини в майбутньому, включаючи підвищену емоційність, гіперактивність, високий рівень тривожності, схильність до психосоматичних захворювань тощо [3, 5, 7].

Не викликає сумніву той факт, що розширення діапазону досліджень в галузі репродуктивного здоров'я жінки саме за рахунок вивчення її психологічних особливостей, сприятиме більш різносторонньому і водночас детальному уявленню про особливості змін, які відбуваються в організмі жінки на різних етапах функціонування її репродуктивної сфери, а також дозволить використовувати більш ефективні підходи у діагностиці, профілактиці й корекції виявлених порушень [1, 2, 6].

Окремо слід зазначити, що сьогодні в Україні, як і в усьому світі, продовжують спостерігатися негативні демографічні тенденції, пов'язані зі зниженням народжуваності через погіршення загального і репродуктивного здоров'я, насамперед серед жіночого населення, та формування неадекватних патернів репродуктивної поведінки, що робить означену проблему надзвичайно актуальною та надає їй соціального забарвлення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Загальновідомо, що вагітність є надзвичайно значущою подією у житті жінки, котра призводить її до багатьох змін та трансформацій на біологічному, психологічному та соціальному рівнях. У цей період перед нею відкриваються унікальні можливості особистісного росту, реалізації нових цілей, що в подальшому сприяє зростанню самооцінки та самоповаги, досягненню внутрішньої та зовнішньої інтегрованості, отриманню нового соціального статусу.

Оскільки з біологічної точки зору вагітність представляє собою природній фізіологічний процес, що призводить до появи нового життя, вся діяльність організму майбутньої матері має бути спрямована на забезпечення оптимальних умов для розвитку плоду і народження здорової дитини. Але під час вагітності досить часто виникають певні ускладнення, які пов'язані з різними порушеннями соматичного або психічного здоров'я жінки, а також аномаліями розвитку плоду. Такі фактори мають негативний вплив не тільки на перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду, а й можуть порушувати процес становлення материнської сфери та навіть у подальшому призводити до порушення материнсько-дитячих стосунків [2, 3, 7].

З психологічної точки зору, період вагітності є одним із критичних періодів у житті кожної жінки та важливою стадією її статево-рольової ідентифікації. При цьому успішність адаптації до вагітності, пологів та післяпологового періоду корелює з психофізіологічними особливостями емоційної сфери жінки, її особистісними характеристиками, соціально-економічною ситуацією, задоволеністю внутрішньосімейними стосунками тощо. Ефективна адаптація до вагітності багато в чому залежить й від готовності жінки до подолання складної ситуації, якою сама по собі виступає вагітність, особливо у випадках ускладнення. Висока цінність дитини й материнства в цілому нерідко є тим провідним чинником, який сприятиме перебудові в ієрархії цінностей та допомагатиме формуванню ефективних адаптаційних реакцій як на соматичному, так і на психічному рівнях особистості жінки [2, 4].

Зміни, які спостерігаються під час вагітності, можна розглядати як стресогенні, оскільки вони призводять до порушення гомеостазу, перебудови функціональних зв'язків між органами і системами, які у цей період мають працювати в нових умовах, що постійно змінюються та обумовлюють роботу організму у режимі значних, іноді надмірних навантажень, що може призводити навіть до декомпенсації адаптаційних механізмів як на фізіологічному, так і на психосоціальному рівнях. Крім того, наявні перетворення у роботі організму вагітної є досить тривалими та торкаються, у першу чергу, ендокринної та нервової систем, які задіяні при стрес-реакції будь-якого генезу.

Варто відзначити, що зв'язок порушень репродуктивної функції із стресом був відзначений задовго до виникнення самого терміна «стрес». Сьогодні стрес традиційно розглядається як неспецифічна реакція організму на зміни умов життєзабезпечення, тобто фактично визначається як загальний адаптаційний синдром. При цьому відомо, що дія однакових стресогенних чинників може мати неоднаковий вплив на різних людей, тобто стрес-реакція може мати як адаптивний характер, що мобілізує сили організму, так і дезадаптивний – при невідповідності між навантаженням на організм та наявними ресурсами, що призводить до низки патологічних станів і захворювань, зокрема соматичних.

На теперішній час доведено, що саме психологічні стресори належать до ряду найбільш активних та поширених стимулів, що впливають на всі функції організму. Крім того, в жіночому організмі стрес-реакція має свої особливості [2, 8, 9]. Так, згідно із статистичними даними, у жінок стресові розлади зустрічаються втричі частіше, ніж у чоловіків. У низці досліджень встановлено, що рівень жіночих статевих гормонів багато в чому визначає характер реакції на стрес і стан психоемоційної сфери жінки, а значить ці параметри можуть змінюватися залежно від віку, фази оваріального циклу, загального стану репродуктивної системи та безперечно на різних строках вагітності. Отже, реакція жіночого організму на стрес має свої характерні особливості, які ставлять жінку на більш високий ступінь ризику розвитку негативних ефектів стресу та патологічних проявів, тому особливості стрес-реакцій, що виникають у жіночому організмі, особливо під час вагітності, мають враховуватися в розробці підходів до профілактики та корекції можливих порушень.

Серед багатьох ускладнень, які можуть супроводжувати вагітність, особливої уваги, на нашу думку, заслуговує така

проблема, як переносування вагітності, підвищений інтерес до якої обумовлений досить високою частотою даної патології (до 11-14% випадків за даними різних авторів) та високим ризиком розвитку перинатальної і акушерської патології в даній категорії вагітних. Крім того, додатковим негативним фактором, що має місце в даній ситуації і може ускладнювати стан вагітної, є сам факт переносування, який, з одного боку, супроводжується пролонгацією синдрому очікування пологів, а з другого – усвідомлюванням жінкою можливих негативних наслідків для майбутньої дитини. Тому переносування під час вагітності значно збільшує стресогенність ситуації, що, у свою чергу, може призводити до розвитку нових ускладнень як для матері, так і для новонародженого, а враховуючи той факт, що в стресових ситуаціях саме психоемоційна сфера першою піддається «деформації» і багато в чому визначає подальшу роботу всіх функціональних систем організму, актуальність її вивчення набуває особливого значення.

Не зважаючи на те, що психоемоційне напруження (ПЕН) є перманентним компонентом сучасного життя і навіть невід'ємним її атрибутом, в даний час не існує загальноприйнятої стандартної методики виявлення ПЕН, немає і однозначного визначення цього поняття. Найбільш розповсюдженим є визначення психоемоційного напруження як особливого функціонального стану, який інтегрально відображує значущу для особистості ситуацію та є індикатором відповідності засобів і умов діяльності функціональних систем, що забезпечують виконання поставлених перед організмом завдань [2].

У даному контексті ПЕН розглядається як провідний функціональний стан, пов'язаний з будь-якою цілеспрямованою діяльністю, і проявляється різними ступенями мобілізації нерво-психологічних функцій організму. При цьому, перша ступінь ПЕН характеризується лише незначними проявами, а сам стан, як напруження, суб'єктивно не сприймається; друга ступінь ПЕН має місце при нетривалій дії подразника та характеризується мобілізацією психічної діяльності з активацією психоемоційних реакцій, але за певних обставин (посиленні збільшенні часу дії подразника) може перейти до спотвореної психоемоційної відповіді, і, в кінцевому результаті, трансформуватися у третю ступінь ПЕН, яка призводить до дезорганізації діяльності функціональних систем організму.

Отже, метою нашої роботи стало дослідження особливостей психоемоційного стану жінок з переносуваною вагітністю, а

також оцінка ефективності програми психопрофілактичної підтримки для стабілізації виявлених порушень психоемоційного фону у вигляді ПЕН різного ступеня.

Матеріали і методи. Проведено клініко-психологічне обстеження 120 вагітних, які увійшли в наступні групи: 1 група – 52 жінки з діагностованою переношеною вагітністю (термін 42 тижні), з якими додатково проводилася програма психопрофілактичної підтримки [1]; 2 група – 46 жінок з діагностованою переношеною вагітністю (термін 42 тижні), ведення яких проводилося за стандартною схемою згідно протоколів МОЗ України; 3 група – 22 жінки з фізіологічним перебігом вагітності (контрольна група).

Для досягнення поставленої в роботі мети були обрані найбільш зручні для використання в умовах акушерського стаціонару та інформативні методики, які використовувалися в комп'ютерному варіанті. Сюди увійшли методики «Супос-8», «САН», проєктивна методика колірної вибору М. Люшера, додатково проводилося комплексне дослідження стану вегетативної нервової системи (ВНС) за О. М. Вейном та враховувалися дані клінічного спостереження.

Результати дослідження та їх обговорення. За допомогою методики «СУПОС-8» визначалося співвідношення мобілізуючих і демобілізуючих факторів до вагітності (у звичайному житті) і на момент обстеження. Так, було виявлено, що емоційний стан жінок у всіх групах був приблизно однаковим – співвідношення мобілізуючих і демобілізуючих компонентів у 1-й групі було 82,3% і 17,7%, у 2-й групі – 81,9% і 27,6%, у 3-й групі – 82,2% і 17,8%, то на момент дослідження мала місце значна різниця по цих показниках – 36,6% і 63,4% у 1-й групі; 27,6% і 72,4% у 2-й групі; 39,9% і 60,1% у 3-й групі. При цьому звертає на себе той факт, що у жінок з переношеною вагітністю, з якими проводилася програма психопрофілактичної підтримки (1-а група), показники виявилися близькими до таких у жінок із фізіологічним перебігом вагітності (3-я група).

Використання методики «САН» показало, що у вагітних 1-ї групи найбільш знижений, порівняно з нормою (вагітні 3-ї групи), компонент настрою, менша різниця спостерігається за показниками самопочуття та активності. У 2-й групі найбільш низьким виявився показник самопочуття, що може бути пояснено наявністю соматичних проблем, які часто супроводжують переношування вагітності. У вагітних 3-ї групи всі показники виявилися близькими до норми; дещо знижений показник настрою

може бути розцінений як прояв синдрому очікування пологів, який має місце й при нормальному плині вагітності.

При більш ретельному аналізі розподілу показників в обстежуваних групах по кожному з факторів було виявлено ряд закономірностей. Так, за фактором «Самопочуття» у 2-й групі вірогідно більша кількість вагітних показали результат, нижчий нормативного (3-я група), відповідно 12 (26,1%) і 2 (9,1%), тоді як високий результат по даному параметру був виявлений в достовірно меншій кількості випадків – 7 (15,2%) і 14 (63,6%), що, на нашу думку, пояснюється наявністю низки вегето-невротичних і психоемоційних порушень, які мають місце в жінок при переносуванні вагітності.

Аналогічні дані були отримані за шкалою «Активність». Високий бал виявлено у 10 (21,7%) вагітних 2-ї групи і 6 (27,3%) вагітних 3-ї групи; низький – в 11 (23,9%) і 3 (13,6%), відповідно. За шкалою «Настрій» вагітні у всіх групах показали досить стабільні результати. Однак, у 2-й групі вірогідно більша кількість вагітних показала знижені результати за даною шкалою – 14 (30,4%), порівняно з 1-ю (21,2%) та 3-ю (18,2%) групами.

Показовим є факт відсутності достовірної різниці за всіма трьома шкалами у 1-й і 3-й групах, що свідчить, на наш погляд, про стабілізацію досліджуваних показників і наближення їх до нормальних у жінок з переносуванням вагітності після проведення програми психопрофілактичної підтримки.

При використанні методики колірного вибору (тест М. Люшера) були отримані кількісні психофізіологічні показники за коефіцієнтами Вольнефера і Шипоша. Так, у 1-й групі коефіцієнт Вольнефера в межах норми був виявлений у 12 (23,1%) вагітних, тенденцію до напруження різного ступеня показали 23 (44,2%), а тенденцію до розслаблення – 12 (23,1%) обстежуваних жінок. У 2-й групі за даним показником тенденція до напруження була виявлена у 27 (58,7%), до розслаблення – у 12 (26,1%), норма – у 7 (15,2%) вагітних; в 3-й групі – у 9 (40,9%), 7 (31,8%) і 6 (27,3%) вагітних відповідно.

За коефіцієнтом Шипоша у 1-й групі у 18 (34,6%) випадках мала місце тенденція до витрати енергії, у 20 (38,5%) – до накопичення, у 14 (26,9%) вагітних показник відповідав нормі. У 2-й групі тенденція до накопичення енергії спостерігалася у 18 (39,1%), до витрати – у 20 (43,5%), норма – у 8 (17,4%) обстежуваних жінок; у 3-й групі – у 7 (31,8%), 8 (36,4%) і 7 (31,8%) вагітних, відповідно.

Аналізуючи взаємозв'язок показників коефіцієнтів Вольнефера і Шипоша, звертає на себе увагу залежність: стан напруження найчастіше пов'язаний з витратою енергії, і навпаки. Відсутність такого взаємозв'язку у випадках, коли при нормальному значенні одного з показників така залежність не проявляється, ймовірно, може бути пояснена включенням додаткових адаптивних можливостей організму жінки для стабілізації свого функціонального стану.

Методика колірною вибору дозволяє виявити не тільки кількісні, а й якісні показники, а саме рівень тривожності, емоційної стабільності, працездатності, та зробити певний прогноз щодо стабілізації стану емоційно-вольової сфери (табл. 1). Так, у 1-й і 3-й групах не знайдено достовірних відмінностей по досліджуваним показникам, при цьому стабільний або слабо зростаючий рівень тривожності був виявлений у 76,9% і 82,8% вагітних, відповідно, що свідчить про достатньо стабільний психоемоційний фон вагітних у цих групах. У 2-й групі низький рівень тривожності зустрічається майже в два рази рідше, ніж у групі контролю – 10,9% і 18,2% випадків відповідно, тоді як високий рівень тривожності – у два рази частіше (41,3% і 18,2% відповідно).

Таблиця 1

**Результати тестування за методикою М. Люшера з
урахуванням якісних показників, n (%)**

Показники	1 група n =52	2 група n =46	3 група n =22
Тривожність відсутня, її рівень стабільний	8 (15,4)	5 (10,9)	4 (18,2)
Рівень тривожності стабільний або слабо зростає	32 (61,5)	22 (47,8)	14 (63,6)
Тривожність на високому рівні, її рівень зростає	12 (23,1)	19 (41,3)	4 (18,2)

Проте, звертає на себе увагу той факт, що достатньо велика кількість жінок у всіх групах емоційно нестабільні та мають підвищений рівень тривожності – 43 (84,6%) вагітних у 1-й групі, 41 (89,1%) – у 2-й і 18 (81,8%) – у 3-й групі. Такий стан, на нашу думку, може бути пояснений тим, що сама вагітність і очікування початку пологової діяльності вселяє тривогу та є певним стресогенним фактором, який призводить до дестабілізації психоемоційного стану жінки в цей період.

За даними клінічного спостереження можна констатувати, що найбільш часто у вагітних всіх груп зустрічаються скарги на швидку зміну настрою, нестриманість, дратівливість, які

дещо частіше зустрічаються у вагітних 2-ї групи. Аналіз частоти суб'єктивних скарг, що характеризують нейро-вегетативні порушення в досліджуваних групах також показав, що у вагітних 2-ї групи достовірно частіше зустрічаються такі нейро-вегетативні симптоми як порушення сну, головний біль, підвищена пітливість.

Виявлені психоемоційні і нейро-вегетативні порушення вказують на наявні зміни у роботі вегетативної нервової системи, у зв'язку з чим була використана методика оцінки вегетативного тону за О. М. Вейном, де в якості клінічних симптомів і об'єктивних показників використані критерії, які, на наш погляд, найбільш точно відображають симпатичні і парасимпатичні прояви. За підсумками оцінки симптомів і вегетативних показників, виражених в балах, була здійснена інтегральна оцінка стану ВНС з виявленням переваги симпатичного або парасимпатичного тону в досліджуваних, що підтвердило наявність істотних змін в діяльності вегетативної нервової системи, які проявляються внутрісистемною дезінтеграцією і порушенням фізіологічного співвідношення між парасимпатичним і симпатичним відділами ВНС у бік симпатикотонії, що є більш виразним у жінок з переношеною вагітністю.

З проведеного дослідження витікає, що у більшості жінок з перенесеною вагітністю мають місце порушення психоемоційної сфери, які проявляються у зміні взаємин показників напруження і розслаблення, накопичення енергії і її витрати, зниженні самопочуття та активності, збільшенні впливу демобілізуючих факторів, підвищенні рівня тривожності, який, виникаючи як суб'єктивне відображення порушеної психологічної та вегетативної рівноваги, служить, на наш погляд, найбільш об'єктивним проявом психоемоційного напруження.

Як було зазначено раніше, весь наведений комплекс обстежень проводився за допомогою автоматизованої системи з інтегральною оцінкою психоемоційного стану з урахуванням отриманих результатів за всіма наведеними методиками, та виявленням ступеня ПЕН (табл. 2).

При цьому було показано, що достовірно більша кількість вагітних 2-ї групи має психоемоційне напруження високого ступеня, порівняно з вагітними 3-ї групи (43,5% і 22,7% відповідно), в той час як нормальний психоемоційний фон у вагітних в 2-й групі зустрічається достовірно рідше – відповідно 6,5% і 13,6%. Цікавим є той факт, що у вагітних 1-ї групи, з якими про-

водилася програма психопрофілактичної підтримки, отримані показники виявилися близькими до тих, що мали місце у групі жінок з нормальним плином вагітності.

Таблиця 2

**Показники рівня психоемоційного напруження
у вагітних досліджуваних груп n (%)**

Показники	1 група n =52	2 група n =46	3 група n =22
ПЕН легкого ступеня	9 (17,3)	6 (13,0)	6 (27,3)
ПЕН середнього ступеня	24 (46,2)	17 (37,1)	8 (36,4)
ПЕН високого ступеня	14 (26,9)	20 (43,5)	5 (22,7)

Висновки. Результати проведеного комплексного клініко-психологічного дослідження вагітних показали, що у більшості жінок наприкінці вагітності спостерігаються порушення у психоемоційній сфері, що, на нашу думку, пояснюється з одного боку, наявністю самої вагітності, яку можна розглядати як достатньо тривалу стресогенну ситуацію, а з другого – очікуванням пологів і пов’язаної з цим тривожності за їх результат. Показано, що переносування вагітності є додатковим стресогенним чинником, який призводить до більш істотних змін у психоемоційному стані з розвитком ПЕН різного ступеня, що, у свою чергу, різко збільшує можливість розвитку ускладнень у пологах і післяпологовому періоді даної категорії вагітних. Зроблено висновок про доцільність застосування заходів програми психопрофілактичної підтримки як одного з ефективних варіантів супроводу жінок з переносуваною вагітністю з метою стабілізації їх психоемоційного стану, підвищення адаптаційно-приспосувальних можливостей систем та організму в цілому, зниження ризику ускладнень під час пологів та післяпологового періоду.

Список використаних джерел

1. Астахов В. М. Психологическое сопровождение беременных в современных условиях / В. М. Астахов, О. В.Бацилева, И. В.Пузь // Здоровье женщины. – 2014. – №4 (90). – С. 58–61.
2. Бацилева О. В. Репродуктивне здоров’я : медико-психологічні та соціальні аспекти / О. В. Бацилева. – Донецьк : Донбас, 2011. – 236 с.
3. Васильева В. В. Особенности психоэмоционального статуса женщин при физиологической и осложнённой беременности

- и программа их психологического сопровождения / В. В. Васильева, В. В. Авруцкая // Психол. журн. – 2008. – Т. 29, № 3. – С. 110–119.
4. Кочарян А. Беременность как эмоционально-трудная ситуация / А. Кочарян, В. Кузнецова // Психологічні перспективи. – 2009. – Вип. 13. – С.230–236.
 5. Криворотько Я. В. Состояние эмоциональной сферы у беременных / Я. В. Криворотько // Мед. психология. – 2010. – № 2. – С. 100–103.
 6. Пузь І. В. Особливості психологічного супроводу жінок під час вагітності / І. В. Пузь // Актуальні проблеми психології : Психологія особистості. Психологічна допомога особистості / За ред. С. Д. Максименка, М. В. Папучі. – К., 2011. – Т.11, Вип. 4. – С. 178–185.
 7. Русалов В. М. Индивидуально-психологические особенности женщин с осложненной беременностью / В. М. Русалов, Л. М. Рудина // Психологический журнал. – 2003. – Т.24, № 6. – С.16–26.
 8. Hobel C.J. Psychosocial stress and pregnancy outcome / C. J. Hobel, A. Goldstein, E.S. Borrett // Clin. Obstet. Gynecol. – 2008. – Vol.51, № 2. – P. 333–348.
 9. Psychosocial stress during pregnancy and perinatal outcomes: a meta-analytic review / H. L. Littieton, K. Byl, K. Buck, A. Amacker // J. Psychosom. Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol.31, № 4. – P. 219–228.

Spysok vykorystanyh dzherel

1. Astahov V.M. Psihologicheskoe soprovozhdenie beremennyh v sovremennyh uslovijah / V.M. Astahov, O.V.Bacileva, I.V.Puz' // Zdorov'e zhenshhiny. – 2014. – №4 (90). – S. 58–61.
2. Bacileva O. V. Reproduktyvne zdorov'ja : mediko-psihologichni ta social'ni aspekty / O. V. Bacileva. – Donec'k : Donbas, 2011. – 236 s.
3. Vasil'eva V. V. Osobennosti psihojemocional'nogo statusa zhenshhin pri fiziologicheskoy i oslozhnennoj beremennosti i programma ih psihologicheskogo soprovozhdenija / V. V. Vasil'eva, V. V. Avruckaja // Psihol. zhurn. – 2008. – Т. 29, № 3. – S. 110–119.
4. Kocharjan A. Beremennost' kak jemocional'no-trudnaja situacija / A. Kocharjan, V. Kuznecova // Psihologichni perspektivi. – 2009. – Vip. 13. – S.230–236.

5. Krivorot'ko Ja. V. Sostojanie jemocional'noj sfery u beremennyh / Ja. V. Krivorot'ko // Med. psihologija. – 2010. – № 2. – S. 100–103.
6. Puz' I. V. Osoblivosti psihologichnogo suprovodu zhinok pid chas vagitnosti / I. V. Puz' // Aktual'ni problemi psihologii: Psihologija osobistosti. Psihologichna dopomoga osobistosti / Za red. S. D. Maksimenka, M. V. Papuchi. – K., 2011. – T.11, Vip. 4. – S. 178–185.
7. Rusalov V. M. Individual'no-psihologicheskie osobennosti zhenshin s oslozhnennoj beremennost'ju / V. M. Rusalov, L. M. Rudina // Psihologicheskij zhurnal. – 2003. – T.24, № 6. – S.16–26.
8. Hobel C. J. Psychosocial stress and pregnancy outcome / C. J. Hobel, A. Goldstein, E.S. Borrett // Clin. Obstet. Gynecol. – 2008. – Vol.51, № 2. – P. 333–348.
9. Psychosocial stress during pregnancy and perinatal outcomes: a meta-analytic review / H. L. Littieton, K. Byl, K. Buck, A. Amacker // J. Psychosom. Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol.31, № 4. – P. 219–228.

O.V. Batsylieva. Features of psycho-emotional state of women with prolonged pregnancy. The author examined psychological characteristics of women with features of reproductive health and reproductive function implementation. It is shown that the changes that occur during pregnancy can be seen as stressful. The features of stress reactions occurring in the female body, including those during pregnancy are presented. The prolongation of pregnancy is proved to be an additional stress factor. The connection of features of emotional state of the woman with the level of implementation of adaptation of the organism is shown. It is shown that certain features of psycho-emotional sphere of the women can play a negative role and become the basis for the development of maladaptive forms of behavior and response during pregnancy, childbirth and the postpartum period, as well as contribute to various physical and psychological problems of the born child in the future. The successful adaptation depends on the willingness of women to overcome the difficult situation, which in itself is a pregnancy, especially in cases of complications. The features of emotional state of women with prolonged pregnancy are researched. The results of the clinical and psychological examination of 120 pregnant women using selected methods were prepared. The most women in late pregnancy are determined to have irregularities in the psycho-emotional sphere. It is proved that the prolongation of pregnancy as an additional stress factor leads to a significant change in the development of psycho-emotional state of emotional stress of varying degrees, which in turn increases the possibility of complications in childbirth and the postpartum period in this category of

pregnant women. The conclusion was made concerning the feasibility of the program psycho-prophylactic support as one of the effective ways of women with prolonged pregnancy support.

Key words: psycho-emotional state, pregnancy, stress, adaptive capacity, prolonged pregnancy, psycho-emotional tension, pregnancy support, reproductive health.

Received October 23, 2014

Revised November 19, 2014

Accepted December 05, 2014

УДК 159.99:3.08

Ю.Ю. Бойко-Бузиль

mind777@rambler.ru

Психологічний супровід професійної діяльності керівників органів і підрозділів МВС України

Boiko-Buzyl Y.Y. Psychological support of professional activity of the heads of agencies and subdivisions of the MIA of Ukraine / Y.Y. Boiko-Buzyl // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostyuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / scientific editing by S.D.Maksymenko, L.A.Onufrieva. – Issue 27. – Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2015. – P. 47–57.

Ю.Ю. Бойко-Бузиль. Психологічний супровід професійної діяльності керівників органів і підрозділів МВС України. В статті представлено результати теоретичного аналізу проблеми психологічного супроводу професійної діяльності керівної ланки органів та підрозділів системи МВС України на виконання вимог наказу МВС України та інших офіційних документів, що визначають напрямки реформування МВС України. Зокрема, уточнено основоположні поняття, зокрема «супровід», «психологічний супровід», які з'явилися в ХХ столітті та досі не мають однозначного тлумачення та бачення. Визначено три основних підходи до визначення сутності поняття психологічного супроводу, а саме: метод, процес і професійна діяльність фахівця-психолога. Розкрито мету психологічного супроводу, яка полягає у повноцінній реалізації професійно-психологічного потенціалу особистості і задоволенні потреб суб'єкта діяльності. Представлено різні бачення науковцями складових та завдань психологічного супроводу. Схарактеризовано невід'ємні елементи здійснення психологічного супроводу професійної