



УКРАЇНА

(19) UA (11) 43768 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 10/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ СКРИНІНГОВОЇ ОЦІНКИ СТУПЕНЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ДОНОЗОЛОГІЧНИХ ВІДХИЛЕНЬ У СТАНІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ

1

2

(21) u200904072

(22) 27.04.2009

(24) 25.08.2009

(46) 25.08.2009, Бюл.№ 16, 2009 р.

(72) СЕРГЕТА ІГОР ВОЛОДИМИРОВИЧ, БРАТКОВА ОЛЬГА ЮРІЇВНА, ТЕКЛЮК РУСЛАН ВАСИЛЬОВИЧ, АЛЕКСАНДРОВА ОЛЕНА ЄВГЕНІВНА

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення донозологічних відхилень у стані психічного здоров'я підлітків, який характеризується тим, що визначають показники рівня вираження нейротизму, емоційного вигорання, ситуативної та особистісної тривожності, шкільної тривожності, агресивності за допомогою ряду особистісних опитувальників і тестових методик та тривалість латентного періоду зорово-моторної реакції за допомогою хронорефлексометра і відповідно до запропонованої шкали отримані дані оцінюють в балах, на основі яких вираховують інтегральні показники оцінки особливостей психічного стану та динамічних змін стану психічного здоров'я за формулами:

$I_{ПОПС} = H + EB + T + ШТ + A + ЛП;$

$I_{ПОПСК} = \frac{\sum(H_i + EB_i + T_i + ШТ_i + A_i + ЛП_i)}{n};$

$$I_{ПДЗПЗ} = \frac{I_{ПОПС1} - I_{ПОПС2}}{I_{ПОПС1}} * 100\%;$$

$$I_{ПДЗПЗК} = \frac{I_{ПОПСК1} - I_{ПОПСК2}}{I_{ПОПСК1}} * 100\%;$$

де: ІПОПС - інтегральний показник оцінки особливостей психічного стану, ІПОПСК - інтегральний показник оцінки особливостей психічного стану підліткового колективу, ІПДЗПЗ - інтегральний показник динамічних змін стану психічного здоров'я індивідуума, ПДЗПЗК - інтегральний показник динамічних змін особливостей психічного стану підліткового колективу, Н - рівень нейротизму, EB - рівень емоційного вигорання, Т - рівень тривожності, ШТ - рівень шкільної тривожності, А - рівень агресивності, ЛП - латентний період простої зорово-моторної реакції, n - кількість підлітків у колективі; на основі яких обстеженого підлітка і колектив підлітків відносять до групи з мінімальним, при показниках до 8,0 балів, низьким, при показниках від 8,1 до 12,0 балів, помірним, при показниках від 12,1 до 17,0 балів, або високим, при показниках понад 17,1 балів, ризиком виникнення відхилень у стані психічного здоров'я донозологічного змісту, а також обґрунтовують висновок про характер змін з боку провідних корелят психічного здоров'я в динаміці певного відрізка часу.

Корисна модель відноситься до профілактичної медицини, зокрема до гігієни дітей, підлітків та молоді, і може застосовуватися для оцінки ступеня ризику виникнення найбільш ранніх, донозологічних за своїм змістом, відхилень з боку психічного здоров'я підлітків, для визначення адекватності застосування профілактичних і психокорекційних заходів, а також для оцінки динамічних змін у стані психічного здоров'я, які реєструються в підлітковому колективі, на підставі розрахунку ряду інтегральних показників оцінки особливостей психічного стану дівчат і юнаків.

Раннє виявлення донозологічних станів та їх своєчасна корекція - найбільш ефективний спосіб

збереження і зміцнення психічного здоров'я підлітків. В теперішній час для визначення донозологічних зрушень у стані психічного здоров'я науковцями рекомендується використовувати різноманітні методики, однак розроблення єдиного уніфікованого методологічного підходу щодо оцінки психічного здоров'я, який дозволить здійснювати постійний, пролонгований у часі моніторинг особливостей розвитку дітей і підлітків, є питанням, яке дотепер не вирішене.

Прототип способу скринінгової оцінки особливостей психічного стану та ступеня ризику виникнення донозологічних зрушень з боку провідних

(13) U
(11) 43768
(19) UA

корелят психічного здоров'я підлітків, що пропонується, невідомий.

В основу корисної моделі "Спосіб скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення донозологічних відхилень у стані психічного здоров'я підлітків" поставлене завдання шляхом вивчення найбільш значущих критеріальних з соціальної, навчальної та професійної точок зору особливостей особистості та психофізіологічних функцій, на підставі використання сучасних високоінформативних психодіагностичних методик та методик визначення рівня розвитку психофізіологічних функцій, розробити адекватний та доступний підхід щодо здійснення комплексної оцінки особливостей психічного стану підлітків та визначення ступеня ризику виникнення як донозологічних зрушень у стані психічного здоров'я, так і формування проявів психічної патології.

Поставлене завдання здійснюється способом, який полягає в тому, що досліджують показники рівня вираження нейротизму, емоційного вигорання, ситуативної та особистісної тривожності, шкільної тривожності, агресивності, тривалість латентного періоду зорово-моторної реакції і відповідно до запропонованої шкали отримані дані оцінюють в балах, за допомогою яких вираховують інтегральні показники оцінки особливостей психічного стану та динамічних змін стану психічного здоров'я, на основі яких обстеженого підлітка і колектив підлітків відносять до групи з мінімальним, при показниках до 8,0 балів, низьким, при показниках від 8,1 до 12,0 балів, помірним, при показниках від 12,1 до 17,0 балів, або високим, при показниках понад 17,1 балів, ризиком виникнення відхилень у стані психічного здоров'я донозологічного змісту, а також обґрунтовують висновок про характер змін з боку провідних корелят психічного здоров'я в динаміці певного відрізка часу.

Показники рівня вираження нейротизму, емоційного вигорання, ситуативної та особистісної тривожності, шкільної тривожності, агресивності визначають на підставі застосування ряду особистісних опитувальників та тестових методик (особистісний опитувальник Айзенка, методика діагностики рівня емоційного вигорання Бойко, особистісний опитувальник Спілбергера, методика діагностики рівня шкільної тривожності Філіппса, методика діагностики агресії Басса та Дарки). Латентний період простої зорово-моторної реакції визначають за допомогою інструментальної методики хронорефлексометрії.

Відповідно до запропонованої шкали (табл. 1) отримані дані оцінюють у балах, значення яких надалі використовуються для розрахунку інтегральних показників, що, в свою чергу, характеризують стан психічного здоров'я підлітків, його якісні та кількісні динамічні зміни, а також ступінь ризику виникнення донозологічних патологічних за своїм змістом відхилень з боку психічного здоров'я.

На першому етапі застосування запропонованого підходу на підставі визначення за формулою (1) величини інтегрального показника оцінки особливостей психічного стану (ІПОПС), обґрунтовують висновок щодо індивідуального рівня психічного здоров'я кожного із обстежуваних підлітків та виявляють осіб, які потребують використання різ-

номанітних форм підтримки або запровадження психологічної і психогігієнічної корекції психоемоційного стану:

$$\text{ІПОПС} = \text{H} + \text{EB} + \text{T} + \text{ШТ} + \text{A} + \text{ЛП}; \quad (1)$$

де H - рівень нейротизму, EB - рівень емоційного вигорання, T - рівень тривожності, ШТ - рівень шкільної тривожності, A - рівень агресивності, ЛП - латентний період простої зорово-моторної реакції.

На другому етапі застосування запропонованого підходу для оцінки узагальненого рівня психічного здоров'я підліткового колективу, виявлення схильності окремих його членів до виникнення різноманітних форм психічної патології, а також визначення доцільності використання профілактичних, психогігієнічних та психологічних корекційних програм, за формулою (2) розраховують інтегральний показник оцінки особливостей психічного стану підліткового колективу (ІПОПСК):

$$\text{ІПОПСК} = \frac{\sum(\text{Hi} + \text{EBi} + \text{Ti} + \text{ШТi} + \text{Ai} + \text{ЛПi})}{n} \quad (2)$$

де H - рівень нейротизму, EB - рівень емоційного вигорання, T - рівень тривожності, ШТ - рівень шкільної тривожності, A - рівень агресивності, ЛП - латентний період простої зорово-моторної реакції, n - кількість підлітків у колективі.

На третьому етапі застосування запропонованого підходу для оцінки якісних та кількісних динамічних змін, що відбуваються у стані психічного здоров'я або конкретного підлітка, або підліткового колективу загалом, а також для оцінки ефективності застосування психопрофілактичних і психогігієнічних методів корекції психічного стану за формулою (3) розраховують інтегральний показник динамічних змін стану психічного здоров'я індивідуума (ІПДЗПЗ) та за формулою (4) - інтегральний показник динамічних змін особливостей психічного стану підліткового колективу (ІПДЗПЗК):

$$\text{ІПДЗПЗ} = \frac{\text{ІПОПС}_1 - \text{ІПОПС}_2}{\text{ІПОПС}_1} * 100\%; \quad (3)$$

де ІПОПС₁ та ІПОПС₂ - інтегральні показники оцінки особливостей психічного стану впродовж різних періодів спостереження (наприклад, до і після застосування психопрофілактичних і психокорекційних методів корекції психічного стану в підлітковому колективі, на початку та наприкінці навчального року тощо).

$$\text{ІПДЗПЗК} = \frac{\text{ІПОПСК}_1 - \text{ІПОПСК}_2}{\text{ІПОПСК}_1} * 100\%; \quad (4)$$

де ІПОПСК₁ та ІПОПСК₂ - інтегральні показники оцінки особливостей психічного стану колективу протягом різних періодів спостереження.

Розроблена скринінгова оцінка ступеня ризику виникнення донозологічних патологічних відхилень у стані психічного здоров'я підлітків є надзвичайно доступною і простою у практичній інтерпретації та отриманні і тлумаченні даних, методикою, яку можуть використовувати і досвідчені лікарі, і звичайні шкільні медичні сестри, вчителі та шкільні психологи. Запропонована методика надає можливість визначити рівень психічного здоров'я як окремого підлітка, так і підліткового колективу загалом, об'єктивно оцінити його динамічні зрушення, зумовлені впливом різноманітних чинників навколишнього середовища та соціальних умов життя,

дозволяє своєчасно звернути увагу на появу найперших, вихідних за своїм змістом зрушень у стані психічного здоров'я, що мають донозологічний характер та є передвісниками формування психічної дезадаптації та розвитку психічної патології.

Основною відмінною рисою скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення донозологічних відхилень у стані психічного здоров'я підлітків, яка розроблена, є її максимальна ефективність щодо визначення доцільності використання заходів психофізіологічного і психогігієнічного змісту, а також заходів психологічної корекції зрушень у психічному стані підлітків, що виникають на рівні передзахворювання та мають бути усунені завдяки ранній діагностиці та адекватному застосуванню заходів запобіжного змісту.

Запропонований спосіб скринінгової оцінки практично здійснюється наступним чином. На попередньому етапі на підставі проведення анкетування або інтерв'ювання з використанням особистісних опитувальників і тестових методик, що запропоновані, визначаються особливості особистості підлітків певного організованого колективу. Водночас проводять психофізіологічні дослідження для визначення латентного періоду простої зорово-моторної реакції. Дослідження подібного змісту доцільно проводити в рамках щорічного профілактичного медичного огляду на початку навчального року, тобто саме в той період, коли відбувається активація усіх процесів психологічного і психофізіологічного змісту та найкраще діагностуються початкові зміни у стані психічного здоров'я, що можуть мати місце.

Визначають рівень нейротизму за даними особистісного опитувальника Айзенка [Райгородский Д.Я., 2004, Мирошников С.А., 2006], рівень вираження емоційного вигорання за даними методики діагностики рівня емоційного вигорання В.В.Бойко [Райгородский Д.Я., 2004, Соковня И.В., 2003], рівень ситуативної та особистісної тривожності за даними особистісного опитувальника Спілбергера [Райгородский Д.Я., 2004, Мирошников С.А., 2006], рівень шкільної тривожності за даними методики діагностики рівня шкільної тривожності Філліпса [Райгородский Д.Я., 2004, Мирошников С.А., 2006], рівень агресивності за даними методики діагностики агресії Басса та Дарки [Райгородский Д.Я., 2004, Мирошников С.А., 2006, Соковня И.В., 2003]. Латентний період простої зорово-моторної реакції визначають за допомогою застосування хронорефлексометрів Московського науково-дослідного інституту гігієни ім. Ф.Ф.Ерідмана. Під час визначення латентного періоду підліток у відповідь на світловий сигнал, що періодично з'являється на передній панелі приладу, повинен з максимальною швидкістю відпустити спеціальну кнопку, яка була попередньо натиснута. Реєструється середня величина у мс на підставі виконання 10 вимірювань [Мирошников С.А., 2006].

Далі на підставі використання запропонованої комплексної бальної шкали скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення донозологічних патологічних відхилень у стані психічного здоров'я (табл. 1) визначають кількість балів окремо за кожним показником. В подальшому за допомогою формули (1) розраховують інтегральний показник

оцінки особливостей психічного стану кожного підлітка досліджуваної групи з метою здійснення розподілу учнів за групами ризику щодо виникнення відхилень у стані психічного здоров'я, виявлення підлітків з донозологічними і нозологічними зрушеннями, а також визначення характеру втручання, які мають бути рекомендовані в кожному конкретному випадку в залежності від групи ризику, до якої має бути віднесений підліток.

Відповідно до величини інтегрального показника оцінки особливостей психічного стану, що розраховувався, досліджувану особу можна віднести до однієї із 4 категорій: з мінімальним, низьким, помірним та високим ризиком виникнення відхилень у стані психічного здоров'я (табл. 2).

На другому етапі доцільно розрахувати інтегральний показник оцінки особливостей психічного стану підліткового колективу за допомогою формули (2). В залежності від його величини можна визначити ступінь схильності до виникнення психічної патології серед учнів певного організованого колективу та обґрунтувати доцільність використання профілактичних заходів психогігієнічних або психокорекційних програм.

Повторне обстеження повинно бути проведене або на початку наступного навчального року, якщо підлітки (або підлітковий колектив) відносились до категорії з мінімальним ризиком виникнення відхилень у стані психічного здоров'я, або після застосування психофізіологічних і психокорекційних методів, якщо підлітки або підлітковий колектив відносились до інших груп, для оцінки їх ефективності.

На підставі отриманих даних, якщо підлітка або підлітковий колектив відповідно до величини ІПОПС та ІПОПСК можна було віднести до 2, 3 або 4 категорії, за формулами (3) і (4) доцільно розрахувати інтегральні показники динамічних змін стану психічного здоров'я індивідуума та динамічних змін особливостей психічного стану підліткового колективу.

Сприятливим перебіг психічної і психологічної адаптації без виникнення ризику розвитку зрушень у психічному стані буде вважатися в тому випадку, якщо ІПДЗПЗ або ІПДЗПЗК буде позитивним або нульовим. Ефективним застосування психофізіологічних і психокорекційних методів слід вважати в тому випадку, якщо визначені показники будуть дорівнювати не менше +5%. Крім того, за допомогою ІПДЗПЗК можна здійснювати порівняння ступеня ефективності психофізіологічних і психокорекційних програм у різних як за якісними, так і за кількісними характеристиками підліткових колективів.

Приклад

В результаті обстеження 30 дівчат, які навчаються в 10-М та 10-Е класах Вінницької загальноосвітньої школи-ліцею №7, у вересні 2006 року, що проводилось працівниками Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, на підставі використання психодіагностичних методик визначені рівні вираження досліджуваних властивостей особистості.

Так, під час проведення дослідження учениці Б. відповідно до запропонованої методики виявлено наступне:

1) Рівень нейротизму (Н) становив 14 балів, що за бальною шкалою, яка представлена, відповідає 2 балам.

2) Складові фази емоційного вигорання (ЕВ) "напруження" та "резистенції" визначались як сформовані, дорівнюючи відповідно 63 та 90 бали, в той час, коли фаза "виснаження" визначалась на рівні, що відповідав стадії формування, складаючи 58 балів. Отже, рівень емоційного вигорання відповідав 4 балам за запропонованою бальною шкалою.

3) Ситуаційна тривожність реєструвалась на високому рівні і складала 46 балів, особистісна тривожність характеризувалась як помірна (37 балів), що відповідало 3 балам за бальною шкалою, що представлена.

4) Загальна шкільна тривожність виявлялась на низькому рівні, складаючи 8 балів, і, отже, відповідала 1 балу за наведеною бальною шкалою.

5) Рівні фізичної (77 балів), вербальної (72 бали) і непрямой (104 бали) агресії, а також почуття провини (77 балів) виявилися на високому рівні, в свою чергу, негативізм (40 балів), роздратування (45 балів), підозрілість (55 балів) та відчуття образи (52 бали) визначались на низькому рівні. Отже, рівень агресивності відповідав 2 балам, згідно з основними положеннями розробленої бальної шкали.

6) Тривалість латентного періоду простої зорово-моторної реакції складала 137,20 мс, що згідно із запропонованою бальною шкалою відповідає 1 балу.

На основі отриманих даних розраховуємо величину ІПОПС:

$$\text{ІПОПС}_1 = 2 + 4 + 3 + 1 + 2 + 1 = 13 \text{ балів.}$$

Отже, відповідно отриманій величині інтегрального показника, учениця Б. відноситься до 3 категорії осіб, які відрізняються помірним ризиком виникнення відхилень у стані психічного здоров'я.

Для інших 29 дівчат досліджуваної групи була проведена аналогічна конвертація рівнів показників, які визначались, у бали згідно із запропонованою бальною шкалою, а також розраховано ІПОПС, що надало можливість розрахувати інтегральний показник оцінки особливостей психічного стану підліткового колективу:

$$\text{ІПОПС}_1 = \sum (N_i + \text{ЕВ}_i + \text{Т}_i + \text{ШТ}_i + \text{А}_i + \text{ЛП}_i) / n = (\text{ІПОПС}_1 + \text{ІПОПС}_2 + \text{ІПОПС}_3 \dots \text{ІПОПС}_{30}) / n = (13 + 15 + 15 + 11 + 8 + 15 + 11 + 10 + 19 + 11 + 11 + 19 + 9 + 21 + 14 + 14 + 17 + 11 + 12 + 18 + 9 + 10 + 11 + 8 + 13 + 12 + 13 + 12 + 15 + 9) / 30 = 12,9 \text{ балів.}$$

Таким чином, відповідно до величини розрахованого інтегрального показника контингент обстежуваних підлітків, як і учениця Б, відноситься до групи з помірним ризиком виникнення відхилень у стані психічного здоров'я (12,1-17,0 балів). Ураховуючи цей факт, необхідно підкреслити, що зазначений колектив потребує підвищеної уваги з боку педагогів, шкільного лікаря, шкільного психолога і батьків, застосування як профілактичних, так і групових психокорекційних заходів, до яких відноситься використання психофізичних, психотехнічних і психорелаксаційних вправ та ігор, підвищення рухової активності, встановлення оптимальної тривалості та раціонального чергування режимних елементів під час виконання повсякденної навчальної та позанавчальної діяльно-

сті з урахуванням особливостей психічного стану, фізіологічних можливостей, віково-статевих особливостей та стану здоров'я організму, а також зацікавленості та індивідуальних схильностей підлітків, усунення загального напруження та нормалізація функціонування органів і систем організму.

Підліткам для використання було запропоновано комплекс заходів психогігієнічної корекції та профілактики зрушень у стані психічного здоров'я, що передбачав запровадження системи засобів корекції психоемоційної сфери школярів, раціоналізацію основних режимних елементів, організацію оптимального рухового режиму, використання різноманітних як традиційних, так і нетрадиційних форм фізичного виховання тощо. Виконання основних елементів зазначеного комплексу підлітками контролювалось з боку шкільного психолога, класного керівника та інших педагогів, батьків, а також авторів розробки.

В результаті проведення повторного психодіагностичного обстеження учениць, що було проведено у квітні 2008 року після застосування комплексу заходів психогігієнічної корекції, були отримані наступні дані:

1) Рівень нейротизму не змінився, складаючи 14 балів, і отже відповідав 2 балам згідно із запропонованою шкалою.

2) Зменшився рівень вираження емоційного вигорання: сформованою виявилась лише фаза "резистенції", складаючи 73 бали, "напруження" визначалось на рівні, що відповідає стадії формування (40 балів), "виснаження" визначалось як несформована стадія (32 бали). Отже, рівень емоційного вигорання відповідав 3 балам згідно із основними положеннями запропонованої бальної шкали.

3) Ситуаційна тривожність виявилась помірною і складала 39 балів, особистісна тривожність характеризувалась як низька (30 балів), що відповідало 2 балам за наведеною бальною шкалою.

4) Загальна шкільна тривожність зменшилась до 5 балів, що відповідає 1 балу за бальною шкалою, яка була розроблена.

5) Рівні вербальної (72 бали), непрямой (78 бали) агресії, а також почуття провини (99 балів) дещо зменшилися, проте залишилися високими, натомість рівень фізичної агресії (22 балів), негативізм (20 балів), роздратування (9 балів), підозрілість (22 балів) та відчуття образи (52 бали) визначались на низькому рівні, і, отже, рівень агресивності в цілому відповідав 2 балам.

6) Латентний період простої зорово-моторної реакції складав 131,10 мс, що згідно із запропонованою шкалою відповідало 1 балу.

$$\text{ІПОПС}_2 = 2 + 3 + 2 + 1 + 2 + 1 = 11 \text{ балів.}$$

Аналогічним чином було розраховано ІПОПС для інших 29 дівчат, які розглядались. Інтегральний показник оцінки особливостей психічного стану підліткового колективу складав:

$$\text{ІПОПС}_2 = \sum (N_i + \text{ЕВ}_i + \text{Т}_i + \text{ШТ}_i + \text{А}_i + \text{ЛП}_i) / n = (\text{ІПОПС}_1 + \text{ІПОПС}_2 + \text{ІПОПС}_3 \dots \text{ІПОПС}_{30}) / n = (11 + 14 + 15 + 10 + 10 + 15 + 12 + 9 + 14 + 14 + 8 + 19 + 8 + 15 + 12 + 10 + 15 + 13 + 8 + 13 + 11 + 14 + 9 + 9 + 9 + 14 + 15 + 9 + 11 + 15) / 30 = 12,0 \text{ балів.}$$

Отже, на основі отриманих даних контингент обстежуваних підлітків, включаючи ученицю Б,

слід було віднести до групи з низьким ризиком виникнення відхилень у стані психічного здоров'я (8,1-12,0 балів), і, таким чином, для зазначеного колективу доцільно в подальшому рекомендувати

запровадження використання комплексу психо-профілактичних заходів.

Для оцінки динамічних змін, які відбувались, були розраховані показники динамічних змін стану психічного здоров'я учениці:

$$\text{ПДЗПЗК} = \frac{\text{ШОПСК}_1 - \text{ШОПСК}_2}{\text{ШОПСК}_1} * 100\% = \frac{13 - 11}{13} = +15,4\%$$

та динамічних змін особливостей психічного стану підліткового колективу:

$$\text{ПДЗПЗК} = \frac{\text{ШОПСК}_1 - \text{ШОПСК}_2}{\text{ШОПСК}_1} * 100\% = \frac{12,9 - 12,0}{12,9} * 100\% = +6,9\%.$$

Ураховуючи одержані результати, можна зробити висновок про те, що зміни у стані психічного здоров'я учениці Б, яка розглядалась, та досліджуваного колективу були позитивними та достатніми, і, отже застосування запропонованого комплексу заходів психогігієнічної корекції та профілактики зрушень у стані психічного здоров'я слід було визнати як ефективне.

Спосіб скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення донозологічних відхилень у стані психічного здоров'я підлітків апробований під час дослідження на 123 школярах, що були розподілені на чотири колективи (10 та 11 класи Вінницьких загальноосвітніх шкіл №4 та №7 м. Вінниці) протягом 2006 - 2008 років. Динамічним зрушенням у психічному стані колективу в повній мірі відповідали зміни з боку величини інтегрального показника

оцінки особливостей психічного стану. В результаті своєчасно розпочатої корекції відмічались достовірні зміни його величин у бік зменшення рівня вираження негативних рис.

Таким чином, спосіб скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення донозологічних відхилень у стані психічного здоров'я підлітків, які навчаються в умовах сучасних загальноосвітніх закладів, є простим і зручним у застосуванні, високо інформативним та показовим для виявлення несприятливих змін з боку психічного здоров'я як окремої особистості, так і підліткового колективу. Загалом, запропонована методика сприяє ранньому та адекватному проведенню відповідної психопрофілактичної та психокорекційної роботи, яка спрямована на покращання стану психічного здоров'я сучасних учнів пубертатного віку.

Таблиця 1

Комплексна бальна шкала компонентів скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення донозологічних відхилень у стані психічного здоров'я

Показники	Методика дослідження	Компоненти скринінгової оцінки та ступінь їх вираження	Кількість балів
Рівень нейротизму	Особистісний опитувальник Айзенка	Рівень нейротизму, бали	
		- висока емоційна стійкість (до 10)	1
		- помірна емоційна стійкість (11-14)	2
		- висока емоційна нестійкість (15-18)	3
		- дуже висока емоційна нестійкість (19-24)	4
Рівень емоційного вигорання	Методика діагностики рівня емоційного вигорання Бойко	Рівень вираження фаз розвитку емоційного вигорання (напруження, резистенції, виснаження), бали	
		- усі фази не сформовані (до 36)	1
		- одна із фаз на стадії формування (37-60) та дві фази не сформовані (до 36)	
		- одна фаза несформована (до 36) та дві фази на стадії формування (37-60)	2
		- дві фази не сформовані (до 36) та одна фаза сформована (понад 61)	
		- усі фази на стадії формування (37-60)	3
		- одна фаза несформована (до 36), одна фаза на стадії формування (37-60) та одна фаза сформована (понад 61) - дві фази на стадії формування (37-60) та одна фаза сформована (понад 61)	
		- одна фаза несформована (до 36) та дві фази сформовані (понад 61)	
		- одна фаза на стадії формування (37-60) та дві фази сформовані (понад 61)	4
		- усі фази сформовані (понад 61)	

Продовження таблиці 1

1	2	3	4
Рівень тривожності	Особистісний опитувальник Спілбергера	Рівні ситуаційної (СТ) та особистісної тривожності (ОТ), бали	
		- низька СТ (до 30) та низька ОТ (до 30)	1
		- низька СТ (до 30) та помірна ОТ (31 -44)	2
		- помірна СТ (31 -44) та низька ОТ (до 30)	
		- помірна СТ (31 -44) та помірна ОТ (31 -44)	
Рівень тривожності	Методика діагностики рівня шкільної тривожності Філліпса	- низька СТ (до 30) та висока ОТ (понад 45)	3
		- помірна СТ (31 -44) та висока ОТ (понад 45)	
		- висока СТ (понад 45) та низька ОТ (до 30)	
		- висока СТ (понад 45) та помірна ОТ (31-44)	
		- висока СТ (понад 45) та висока ОТ (понад 45)	4
Рівень тривожності	Методика діагностики рівня шкільної тривожності Філліпса	Рівень шкільної тривожності та симптомів, що її формують, бали	
		- низька загальна тривожність у школі (до 11)	1
		- помірна загальна тривожність (12-16), рівень симптомів, що її формують низький або помірний: переживання соціального стресу (до 8), фрустрація потреби у досягненні успіху (до 9), страх самовираження (до 4), страх ситуації перевірки знань (до 4), страх не відповідати очікуванням оточуючих (до 3), низька фізіологічна опірність (до 3), проблеми у відношеннях з вчителями (до 5).	2
		- помірна загальна тривожність (12-16), більше трьох із симптомів, що її формують мають високий рівень: переживання соціального стресу (9-11), фрустрація потреби у досягненні успіху (10-13), страх самовираження (5-6), страх ситуації перевірки знань (5-6), страх не відповідати очікуванням оточуючих (4-5), низька фізіологічна опірність (4-5), проблеми у відношеннях з вчителями (6-8)	3
		- висока загальна тривожність у школі (17-22)	4
Рівень агресивності	Методика діагностики агресії Басса та Дарки	Рівень показників агресії (фізичної, вербальної та непрямой агресії, негативізму, роздратування, підозрливості, почуття образи та провини), бали	
		- низький рівень усіх показників (до 55), однак можливий високий рівень одного з них (понад 55)	1
		- від двох до чотирьох показників мають високі рівні (понад 55)	2
		- від п'яти до семи показників мають високі рівні (понад 55)	3
		- високий рівень усіх показників (понад 55)	4
Латентний період простої зорово-моторної реакції	Методика хроно-рефлексометрії	Тривалість латентного періоду, мс	
		- до 180 мс	1
		- від 180 до 220 мс	2
		- від 220 до 260 мс	3
		- понад 260 мс	4

Таблиця 2

Визначення категорії осіб у залежності від ступеня ризику виникнення відхилень у стані психічного здоров'я

Категорія	Діапазон балів	Характеристика основних проявів	Рекомендації щодо покращання стану психічного здоров'я
1 категорія: Мінімальний ризик виникнення відхилень у стані психічного здоров'я.	до 8,0 балів	Високий рівень стійкості до дії психотравмуючих факторів навколишнього середовища та соціальних умов життя.	Спеціальних заходів щодо покращання стану психічного здоров'я підлітки не потребують. Рекомендується проведення загальнопрофілактичних заходів, дотримання здорового способу життя тощо. Повторне обстеження - через рік.
2 категорія: Низький ризик виникнення відхилень у стані психічного здоров'я.	8,1-12,0 балів	Виникнення тимчасового психічного дискомфорту і зрушень у функціональному стані організму, що є чинниками ризику формування патологічних змін з боку психічного здоров'я при постійному несприятливому впливі психотравмуючих чинників.	Підвищена увага з боку педагогів і батьків. Використання психопрофілактичних заходів, таких як психогімнастика та психорелаксаційні вправи, оптимізація рухової активності, раціоналізація режимних елементів, усунення загального напруження та нормалізація функціонування органів і систем організму. Повторне обстеження - через 6 місяців.
3 категорія: Помірний ризик виникнення відхилень у стані психічного здоров'я.	12,1-17,0 балів	Постійний психічний дискомфорт, наявність стійкої тенденції до погіршення стану психічного здоров'я.	Обстеження у медичного психолога в динаміці часу. Підвищена увага з боку педагогів, шкільного лікаря, шкільного психолога і батьків. Застосування як профілактичних, так і психокорекційних заходів, психофізичних і психотехнічних вправ та ігор.
4 категорія: Високий ризик виникнення відхилень у стані психічного здоров'я.	понад 17,0 балів	Розвиток стійких донозологічних відхилень у стані психічного здоров'я	Проведення поглибленої діагностики психічного стану підлітків із консультуванням медичного психолога та лікаря-психіатра. Застосування індивідуальних та групових заходів психокорекції, а також підбір комплексів психокорекційних вправ з урахуванням особливостей особистості та психоемоційного стану учнів.