

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів

“УЗГОДЖЕНО”
Начальник Відділу
медико-соціальної експертизи
МОЗ України

_____ В.В.Маруніч

« ____ » _____ 2009 р.

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ
ДІАГНОСТИКИ ІНВАЛІДІВ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ПРАКТИЦІ МСЕК

(методичні рекомендації)

Вінниця – 2009

Установа-розробник – Інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Автори: **Яворовенко О. Б.**
Беляєва Н.М., к.м.н., с.н.с.
Семененко С.І., к.м.н.

тел. (0432) 51-11-17

Рецензент: зав. кафедрою психіатрії та наркології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, д.м.н., проф. **С.В. Римша**

Заст. голови експертної комісії
НДІ реабілітації інвалідів

к.м.н. Л.О. Сторожук

Призначені для науковців, психологів, фахівців служби медико-соціальної експертизи і реабілітації, соціального захисту населення

Зміст

Вступ	4
1. Значення клініко-психологічної діагностики в практиці МСЕК	6
2. Методики клініко-психологічного дослідження, застосування яких є доцільним в практиці МСЕК для хворих кардіологічного профілю	7
3. Особливості організації психологічного обстеження хворих кардіологічного профілю на МСЕК	16
Перелік умовних скорочень	21
Література	22
<i>Додатки</i>	25
<i>Додаток 1.</i> Тест-опитувальник Г. Айзенка	25
<i>Додаток 2.</i> Шкала депресії Цунга	26
<i>Додаток 3.</i> Тест “Якість життя хворого із серцево-судинним захворюванням”	27
<i>Додаток 4.</i> Анкета “Самооцінка здоров’я”	29
<i>Додаток 5.</i> Опитувальник депресії Бека	30
<i>Додаток 6.</i> Опитувальник Д. Голланда	32

Вступ

В структурі причин захворюваності, смертності та інвалідності населення України перше місце впродовж останніх десятиріч стабільно займають захворювання системи кровообігу (Маруніч В.В., Іпатов А.В., Сергієні О.В., 2005; Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г., 2006; та ін.). Щороку в Україні реєструється близько 50 тис. випадків інфаркту міокарда, 100-120 тис. інсультів, 20 тис. миготливих аритмій, 4 тис. набутих вад серця та народжується більш як 3500 дітей із вродженими вадами серця. Все більша кількість осіб саме молодого, працездатного віку стають жертвами цього захворювання. Поширеність ХСК, висока летальність і важкі соціальні наслідки примушують обернути погляди медиків на заходи, що сприяють зниженню цих негативних наслідків. Питанням експертизи та реабілітації інвалідів внаслідок захворювань системи кровообігу присвячена значна кількість робіт (Пузин С.Н., Кузьмишин Л.Е., Бетремеев А.А., 2003; Ханюкова І.Я., 2004; Іпатов А.В., Сергієні О.В., Лехан В.М. та ін., 2005; Іпатов А.В., Сергієні О.В., Лисунець О.М. та ін., 2005).

За останні роки у зв'язку із зміною концепції інвалідності реабілітація інвалідів стала основою соціальної політики держави, що знайшло відображення в Законі про реабілітацію інвалідів (2005 р.).

В сучасних умовах велике значення надається заходам, що сприяють інтеграції інвалідів в суспільство на основі функціонування державних систем медико-соціальної експертизи і реабілітації. У зв'язку з цим була прийнята Постанова Кабінету Міністрів (від 23 травня 2007 р. № 757) «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда» (ІПР), яка передбачає розробку заходів щодо медичної, соціальної, психологічної і професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями.

Добре продумана система реабілітаційних заходів здатна послужити практично повному поверненню даної категорії осіб до звичного образу і ритму життя. І тут одним з найважливіших аспектів комплексної реабілітації є *психологічна реабілітація*. Вона відіграє одну з головних ролей в системі реабілітаційних заходів, оскільки зміна соціальної ситуації розвитку людини, пов'язаної з хронічним захворюванням і інвалідністю приводить до специфічних змін її особистості, що позначається на всіх сферах життєдіяльності людини.

Останнім часом психологічному аспекту реабілітації надається особливе значення і перш за все це стосується захворювань, роль психологічного чинника в генезі яких є особливо значущою. Хвороби системи кровообігу належать до їх числа (Абдуллаєва Т.И., 2001; Безбородько С.А. та співвавт., 2002; Ерчкова Н.А., 1987; Козлова О.Е., Рутус Е.В., 2004; Охромий Г.В., 2002; 2004; 2005). Психічні зміни і психічні чинники майже в половині випадків є основною причиною, що перешкоджає поверненню людини до праці після перенесених важких захворювань серцево-судинної системи. Депресія, заглиблення в хворобу, страх перед фізичною напругою, впевненість в тому, що повернення на роботу може заподіяти шкоду серцю, — всі ці психічні зміни можуть звести нанівець зусилля кардіолога і методиста по ЛФК, стати непереборною перешкодою для відновлення працездатності і вирішення питань працевлаштування. Проте, і при нормальному психічному стані особливості особистості інваліда (хворого), характер

психологічної реакції на інвалідність (хворобу) істотним чином впливають на відношення до лікарських рекомендацій і багато в чому визначають рівень соціальної активності після хвороби або внаслідок настання інвалідності. Хвороба створює особливу ситуацію розвитку особистості, оскільки у людини, що стала інвалідом, змінюються умови існування, а звідси – якість і стиль життя.

Ось чому у рамках розробки і здійснення ІПР слід звернути більш пильну увагу на реабілітаційні можливості особистості інваліда.

Підвищенню якості реабілітаційно-експертної діагностики безперечно служить включення до складу членів бюро медико-соціальної експертизи *медичного психолога*, який, в ідеалі, повинен привнести свої знання про людину, про закономірності розвитку і розпаду психіки, про психологічні механізми, що обумовлюють поведінку людини в тій або іншій ситуації.

Нині у відповідності з рядом прийнятих за останні роки законодавчо-нормативних актів (Закон України “Про реабілітацію інвалідів в Україні”, Постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів”, “Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інвалідів”, “Про затвердження Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року”, Наказ МОЗ України “Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання”), поставлено завдання введення цих спеціалістів до складу МСЕК та в усі реабілітаційні установи, які займаються реабілітацією інвалідів, з покладенням на них таких функцій як проведення *психологічної діагностики особистості* інваліда, визначення в ІПР інваліда методів, засобів, термінів і процедури їх психологічної реабілітації.

Кваліфікаційно-освітні вимоги до психолога МСЕК, його завдання та обов’язки, права, відповідальність, обсяг нормативних матеріалів, які він повинен знати та використовувати в своїй діяльності, докладно викладені у *Посадовій інструкції лікаря-психолога кардіологічної МСЕК* (Іпатов А.В., Сергієні О.В., Маруніч В.В. та ін., 2008).

Проте в практиці медико-соціальної експертизи в Україні визначення змін в психоемоційній сфері та їх впливу на інвалідність поки що не знайшли широкого впровадження.

Необхідність удосконалення роботи психологів, що працюють з хворими кардіологічного профілю, стали поштовхом до створення даних методичних рекомендацій.

1. Значення клініко-психологічної діагностики в практиці МСЕК

Концептуальні, методичні і процедурні питання, що виникли за останній час в практиці МСЕ, пред’являють високі вимоги до реабілітаційно-експертної діагностики. Найважливішим її принципом є комплексне вивчення хворого, що передбачає тісну взаємодію різних фахівців в ході діагностичного обстеження і оцінки ними стану хворого з різних точок зору.

Під час проведення огляду у МСЕК здійснюються:

- 1) соціальне обстеження;

- 2) психологічне обстеження;
- 3) медичне обстеження;
- 4) оцінка проведених медичних заходів;
- 5) визначення реабілітаційного потенціалу;
- 6) винесення експертного рішення;
- 7) складання ІПР

Участь в комплексній оцінці функціонального стану хворого є особливістю діяльності психолога-психодіагноста, що працює в установах медико-соціальної експертизи. Встановлення відхилень в психічній діяльності, обумовлених тим або іншим захворюванням або інвалідністю, а також особливостями розвитку, без участі психолога, без чітких пояснень первинних механізмів комплексу психологічних порушень, може бути помилковим.

Цілями психологічного обстеження у МСЕК є:

- 1) виявлення актуальних індивідуально-психологічних особливостей особистості з метою їх оцінки;
- 2) визначення наявності та ступеню розладу психічних функцій;
- 3) визначення ставлення людини до хвороби;
- 4) визначення ступеню та видів обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням психічних функцій;
- 5) визначення психологічного реабілітаційного потенціалу, професійної спрямованості, прогнозу розвитку;
- 6) визначення конкретних заходів психологічної реабілітації, розробка програм психологічної реабілітації;
- 7) участь в інших програмах реабілітації.

У рамках розробки і здійснення ІПР, слід звернути більш пильну увагу на реабілітаційні можливості особистості інваліда. *Реабілітаційний потенціал інваліда* доцільно розуміти як реабілітаційний потенціал особистості і на одне з чільних місць оцінки реабілітаційного потенціалу поставити характеристику особистості хворого, її ресурсів для визначення можливостей формування адаптивної поведінки.

Психологічна складова реабілітаційного потенціалу інваліда якраз і покликана визначити можливості, ресурси особистості для здійснення як психологічної, так і комплексної реабілітації. Без урахування особистісних особливостей інваліда і оцінки його ресурсних можливостей неможливо збудувати ефективну систему реабілітаційних заходів, здатних повернути людину до повноцінного життя.

Психологічний реабілітаційний потенціал (ПРП) інвалідів внаслідок хвороб системи кровообігу – це система преморбідно сформованих характеристик особистості (психофізіологічних, особистісних, психосоціальних), що виступають в якості основного ресурсу у разі зміни соціальної ситуації внаслідок інвалідизуючого захворювання, і сприяють реадаптації людини до нових умов життя. Їх необхідно підтримувати та розвивати в процесі проведення реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення певних категорій життєдіяльності та на продовження трудової діяльності.

Компонентами ПРП можна вважати наступні:

1. *Психофізіологічний* – включає оцінку стану *нейродинамічних* та *психомоторних функцій* хворого або інваліда як біологічного суб'єкта;

2. *Емоційно-вольовий* – відображає суб'єктивні особистісні відчуття інваліда (почуття, афекти, емоції, настрої тощо) і включає оцінку порушень *емоційно-вольової сфери* (рівні депресії, екстра-інтравертованості, нейротизму та ін.);

3. *Соціально-орієнтований* – оцінка особливостей особистості в контексті відносин індивіда з оточуючим середовищем (самооцінка стану здоров'я, оцінка якості життя та ін.).

Визначення рівня ПРП має *цінність для самого інваліда* (оскільки вказує людині на ті приховані в ній самій особистісні ресурси, за рахунок яких можлива компенсація обмежених можливостей і найповніша реадаптація в новій для неї соціальній ситуації розвитку), і *прогностичну цінність*, оскільки дозволяє сформулювати прогноз на подальше життя особи з обмеженими можливостями. Без урахування особистісних особливостей інваліда і оцінки його ресурсних можливостей неможливо збудувати ефективну систему реабілітаційних заходів, здатних повернути людину до повноцінного життя.

2. Методики клініко-психологічного дослідження, застосування яких є доцільним в практиці МСЕ для хворих кардіологічного профілю

Вимоги до методик клініко-психологічного дослідження

Щодня через МСЕК проходить до 30 хворих, приблизно половина з яких (працездатного віку) через рік повинна з'явитися на повторний огляд, де знову може виникнути необхідність психологічного обстеження. При цьому далеко не у всіх МСЕК є можливість призначити хворому з'явитися для психологічного обстеження на певний день і годину, розв'язавши тим самим проблему перевантаженості психолога в одні дні і незайнятості в інші. Також слід враховувати, що в умовах МСЕК достатньо великий відсоток оглянутих в тій чи іншій мірі переживає одну або декілька психотравмуючих ситуацій, пов'язаних із захворюванням. Медичний психолог, що працює в системі МСЕ, потребує інструментів, які б дозволили провести психодіагностику у великого числа оглянутих за достатньо короткий час.

Тому *критеріями для відбору тестів* експериментально-психологічного дослідження є наступні:

1. Анкети тестів повинні бути не дуже великі за об'ємом, оскільки на огляд приїжджають ослаблені, хворі люди, що часто проживають в дальніх районах міста і області і декілька годин витрачають на дорогу.

2. Невеликий об'єм не повинен позначатися на якості одержуваної інформації.

3. Завдання повинні бути достатньо прості для розуміння.

4. Зручний і наочний бланк анкет, де потрібно лише підкреслити або обвести вибрану відповідь (поставити «+» і т.п.), і майже нічого не потрібно вписувати, оскільки в умовах роботи МСЕК немає можливості забезпечити кожного обстежуваного повноцінним робочим місцем для заповнення анкети.

5. Щоб уникнути стомлення, слід, по можливості, включити завдання, дещо відмінні за формою. Це частково дозволить також уникнути установок, що негативно впливають на достовірність тестів.

6. Потрібно враховувати можливість побудови психологічного прогнозу на основі вибраних методик.

Далі пропонуємо набір методик, які, на нашу думку, відповідають вищенаведеним вимогам та є інформативними для оцінки психологічного статусу хворих та інвалідів із серцево-судинними захворюваннями в практиці МСЕ.

Тест-опитувальник Г. Айзенка (адаптований А.Г. Шмельовим)

Тест (див. *Додаток 1*) призначений для визначення стану емоційної стійкості (стабільності) людини, її індивідуально-психологічної орієнтації (на світ зовнішніх об'єктів чи на внутрішній суб'єктивний світ).

Показник, отриманий в результаті обробки даних тесту за шкалою *“Екстраверсія-інтроверсія”*, може складати від 0 до 24 балів і в залежності від цього має такі градації: від 0 до 2 балів – над-інтроверт; від 3 до 6 балів – інтроверт; від 7 до 10 балів – потенційний інтроверт; від 11 до 14 балів – амбіверт (*амбівертам* притаманні риси як екстраверсії, так і інтроверсії); від 15 до 18 балів – потенційний екстраверт; від 19 до 22 балів – екстраверт; 23-24 бали – над-екстраверт. 11-12 балів – це середній бал екстра-інтровертованості.

Особи, рівень екстра-інтроверсії яких складає від 0 до 11 балів, називаються *інтровертами*. *Інтровертам* притаманні відлюдкуватість, замкненість, соціальна пасивність (при достатньо великій наполегливості), схильність до самоаналізу труднощі в соціальній адаптації, схильність до монотонної роботи, обачливість, акуратність та педантичність.

Особи, рівень екстра-інтроверсії яких складає більше 12 балів, називаються *екстравертами*. *Екстравертам* притаманні товариськість, імпульсивність, гнучкість поведінки, велика ініціативність (але мала наполегливість), висока соціальна адаптованість, прямолінійність в судженнях, орієнтація на зовнішню оцінку, схильність до роботи, що потребує швидкого прийняття рішень.

Показник, отриманий в результаті обробки даних тесту за шкалою *“Нейротизм”*, також може складати від 0 до 24 балів і в залежності від цього має такі градації: від 0 до 2 балів – над-конкордант; від 3 до 6 балів – конкордант; від 7 до 10 балів – потенційний конкордант; від 11 до 14 балів – нормостенік (характеризуються доброю емоційною стійкістю та адаптованістю); від 15 до 18 балів – потенційний дискордант; від 19 до 22 балів – дискордант; 23-24 бали – над-дискордант. 12-13 балів – це середній бал за шкалою нейротизму.

Особи, рівень нейротизму яких складає від 0 до 12 балів, називаються *емоційно стійкими (стабільними)*. Вони характеризуються надзвичайною емоційною стійкістю, гарною адаптованістю, не схильні до неспокою, стійкі до зовнішніх впливів, викликають довіру, схильні до лідерства.

Особи, рівень нейротизму яких складає від 13 до 24 балів, називаються *емоційно нестійкими (нейротичними)*. Вони характеризуються надзвичайною нервозністю, поганою адаптацією до оточуючих обставин, чутливі, емоційні, тривожні, схильні болісно реагувати на невдачі та переживати через дрібниці.

Показник, отриманий в результаті обробки даних тесту за шкалою “Щирість-нещирість”, може складати від 0 до 9 балів і в залежності від цього має такі градації: від 0 до 3 балів – щирий (відвертий); від 4 до 6 балів – ситуативний; від 7 до 9 балів – нещирий. Він діагностує схильність давати соціально бажані відповіді. Якщо він перевищує 5 балів, то можна стверджувати, що досліджувана особа, на жаль, не була щирою при відповіді на питання. Проте річ йде лише про ступінь щирості при відповіді на питання, а не про брехливість як особистісну характеристику.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів Цунга (адаптована Т.І. Балашовою)

Методика (див. Додаток 2) призначена для диференціальної діагностики депресивних станів та станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях і в цілях попередньої, долікарської діагностики.

Показник, отриманий в результаті обробки даних за допомогою цього тесту, називається *рівнем депресії* (РД). Він розраховується за формулою:

$$РД = \Sigma_{пр.} + \Sigma_{зв.},$$

Де $\Sigma_{пр.}$ – сума закреслених цифр до “прямих” висловлювань № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19; $\Sigma_{зв.}$ – сума цифр, “зворотніх” закресленим висловлюванням № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Наприклад, у висловлювання № 2 закреслена цифра 1, тоді в суму ставиться 4 бали; у висловлювання № 5 закреслена відповідь 2, тоді в суму ставиться 3 бали; у висловлювання № 6 закреслена відповідь 3 – в суму ставиться 2 бали; у висловлювання № 11 закреслена відповідь 4 – в суму ставиться 1 бал і т.ін.

РД може коливатися від 20 до 80 балів. Якщо РД складає не більше 50 балів, то діагностується *стан без депресії*. Якщо РД більш ніж 50 балів і менш ніж 59 балів, то робиться висновок про *легку депресію ситуативного або невротичного генезу*. При показникові РД від 60 до 69 балів діагностується *субдепресивний стан або маскована депресія*. *Істинний депресивний стан* діагностується при РД більш ніж 70 балів.

Тест “Якість життя хворого із серцево-судинним захворюванням”

Тест (див. Додаток 3) дозволяє судити про ступінь зниження якості життя хворого в цілому, а аналіз окремих показників – про головні причини змін якості життя хворого.

Показник, отриманий в результаті обробки даних тесту, може складати від 0 до -34 балів і в залежності від цього має такі градації: від 0 до 9 балів – добра якість життя; від -1 до -9 балів – задовільна; від -10 до -19 балів – незадовільна; від -20 та нижче – вкрай незадовільна.

Анкета-тест “Самооцінка здоров’я”

В анкеті (див. Додаток 4) підраховується кількість несприятливих для респондента відповідей на перше та 28 запитань і додається 1, якщо на останнє запитання дана відповідь “незадовільне”, “вкрай незадовільне”.

Кінцева величина дає кількісну самооцінку: від 0 – при ідеальному самопочутті до 20 – при дуже поганому самопочутті.

Індекс самооцінки: 0-2; 3-5; 6-8; 9-11; 12-14; 15-17; 18-20; 21-23; 24-26; 27-29.

Для визначення психологічного статусу можна застосовувати також і інші методики, які традиційно використовуються для оцінки особливостей особистості (емоцій, волі, мотивів тощо):

- шкали самооцінки ситуативної та особистісної тривожності *Спілбергера-Ханіна*;
- *опитувальник депресії Бека* (А.Т. Веск, 1961) (див. Додаток 5);
- *опитувальник ММРІ* (його скорочений варіант – *СБОО*, який дозволяє оцінити такі симптоми, як іпохондрія, депресія, істерія, диференціювати неврозоподібні та психопатоподібні розлади);
- методика визначення *пластичності-ригідності* емоційної сфери;
- кольоровий тест *Люшера* на визначення нервово-психічного стану (оцінюється емоційна стійкість, тривожність, ступінь фрустраційної напруги);
- тест *«Рівень невротизації»*. Його доцільність пояснюється тим, що легкість виникнення неврозів при важких та тривало існуючих серцево-судинних захворюваннях та стабілізація невротичної симптоматики на цьому фоні служать підставою для вибору тесту, який і визначав би вірогідність розвитку неврозу;
- тест *«Шкала самотності» Д. Рассела і М. Фергюсона*. Доцільність його включення в перелік рекомендованих методик обстеження пояснюється тим, що у деяких важких хворих, особливо в катанестичний період, часто спостерігаються явища «аутизації»;
- методика самооцінки *Дембо-Рубінштейн*;
- методика *діагностики міжособових відносин Т. Лірі*.

Для виявлення *типу відношення освідчуваного до хвороби* використовується *Особистісний Опитувальник Бехтеревського Інституту* (рос. – *Личностный Опросник Бехтеревского Института*; скорочено: *ЛОБИ*).

Інша група психодіагностичних методик при проведенні реабілітаційно-експертної діагностики дозволяє оцінити *професійну спрямованість*, інтереси та схильності обстежуваного. Тут доцільним є використання опитувальників професійної готовності:

- *опитувальник професійної спрямованості*;
- тест *Голланда*.

Тестування професійних переваг (типологічний тест Дж. Голланда (Холланда))

Тест Голланда (див. Додаток 6) заснований на співвіднесенні типів професії з індивідуальними особливостями людини, орієнтований на вибір професії з урахуванням, в першу чергу, особистісних особливостей, і визначення соціальної спрямованості особистості (соціального характерологічного типу). Тест об'єктивно оцінює здібності людини в різних областях науки, техніки, діловодства, спілкування, професійній сфері.

Може використовуватися для оцінки кількісних і якісних характеристик професійно важливих властивостей особистості при проведенні професійного відбору, професійної консультації, професійної орієнтації та адаптації персоналу організації, кадрової і консультаційної роботи.

Є комп'ютерні версії тесту Голанда, які є простими у проведенні і обробці даних. Такі програми передбачають друкування графіка результатів на принтері і запис результатів у файл з можливістю подальшого використання і роздруку.

У тих випадках, коли один і той же тест проводять в комп'ютерній і традиційній бланковій формі, треба виконати спеціальне дослідження зіставності показників. Поки не доведено, що ці дві форми тесту є повністю еквівалентними, до них не можна застосовувати один і той же набір норм: крім того, надійність і валідність тесту можуть варіювати залежно від форми пред'явлення. Особливо важливо контролювати співставність показників у різних людей або груп, чий досвід користування комп'ютером може істотно розрізнятися.

Позитивні сторони застосування тестів:

1. *Масовість*, можливість охопити одночасно велике число оглянутих.
2. *Отримання стандартизованих даних*, зручних для обробки, аналізу і порівняння (оцінки динаміки стану при повторному огляді).
3. Сама ситуація анкетного тестування є *джерелом додаткової інформації* (виявляються тривожні, агресивні випробовувані і т.п.). Тому недоцільно доручати проведення цієї процедури медсестрі або реєстратору.
4. *Різноманіття вживаних методик*, більшість з яких володіє достатньо широким діапазоном, сприяє тому, що один і той же дефект виявляється при дослідженні різних проявів психічної діяльності.

Негативні сторони застосування тестів:

1. *Відсутність індивідуального підходу* (важко підходити індивідуально до кожного випробовуваного, якщо одночасно обстежується 10 і більш осіб). Але цей момент частково нівелюється тим, що у випробовуваних під час дослідження завжди є можливість звернутися безпосередньо до психолога і уточнити незрозумілі або спірні питання.

2. *Обмеженість анкети* (неможливість торкнутися всіх характеристик, що цікавлять). Не кожний методичний прийом дозволяє достовірно судити про форму і ступінь психічного порушення, а узята окремо методика не має вирішального діагностичного значення. Це можна компенсувати при необхідності подальшим дослідженням, доповнюючи дану анкету іншими методиками і співбесідою. Якість психологічного обстеження значною мірою залежить від того, якою кількістю прикладів володіє психолог.

3. *Можливість отримання недостовірних результатів*. Ці результати також можна використовувати і інтерпретувати за наявності додаткових відомостей (спостереження, співбесіда і т.п.), а також в динаміці.

4. *Необхідність додаткових матеріально-технічних витрат* на папір і тиражування бланків опитувальника.

Незважаючи на окремі недоліки, у цілому анкети-опитувальники є зручним і простим інструментом психологічної експрес-діагностики в умовах МСЕ.

З метою визначення психологічного стану, змісту та рівня психологічного реабілітаційного потенціалу, реабілітаційного прогнозу нами були проаналізовані результати нейрофізіологічного та психологічного дослідження 218 хворих з патологією серцево-судинної системи (ІХС, ГХ, ревматична хвороба серця), що проходили обстеження, експертизу та реабілітацію в клініці НДІ реабілітації інвалідів.

Нейродинамічні зміни в нервовій системі вивчали за допомогою методики Макаренко Н.В. з визначенням латентного періоду простої зорово-моторної реакції (ЛППЗМР), латентного періоду реакції вибору (ЛПРВ), рівня функціональної рухливості нервових процесів (ФРНП), показника працездатності кори головного мозку (ПКГМ).

Психологічний статус пацієнтів вивчали за допомогою тесту-опитувальника Айзенка, методики диференціальної діагностики депресивних станів Цунга, анкети-тесту “Самооцінка здоров’я”, опитувальника “Якість життя хворих із серцево-судинними захворюваннями”.

Отримані дані вказують на те, що практично всі показники психоемоційного статусу (рівень нейротизму, інтровертованості, депресії, самооцінка здоров’я та якості життя) у хворих з ХСК є значно гіршими, ніж у здорових осіб.

При **ревматичній хворобі серця** хворі – найбільш інтравертовані серед всіх груп, що у сполученні із підвищеним *рівнем нейротизму та депресивності* (причому найбільш високі рівні депресії притаманні вже при легких порушеннях функції кровообігу) проявляється замкнутістю, підвищеною схильністю до самоаналізу, труднощами в соціальній адаптації. Це може вказувати на психологічні зміни, типові для “заглиблення” в хворобу, яка тривало існує і призводить до інвалідизації. Проте ці хворі є і більш акуратними, педантичними (що важливо для дотримання комплайенсу при прийомі ліків). До того ж, *самооцінка здоров’я* у хворих з ревматизмом є найкращою. Найгірший показник *якості життя* притаманний хворим з ревматизмом лише при виражених порушеннях функції кровообігу.

При **гіпертонічній хворобі** нейротизм більш виражений, ніж у хворих з ІХС. Найбільш високі *рівні нейротизму* спостерігаються при виражених порушеннях функції кровообігу.

Також ці хворі є найбільш *екстравертованими*, що може вказувати на їх більшу схильність до імпульсивності, рвучкості, швидкого відкликання на оточуючі зовнішні подразники.

Хворі суб’єктивно найбільш швидко реагують емоційно на зміни функції кровообігу (вже при легкому ступеню її порушення), що проявляється виникненням у них тимчасової неглибокої *депресії*, значним погіршенням самооцінки здоров’я та ЯЖ, тоді як при більш виражених ступенях немов би “примиряються” із своїм станом, і рівень депресії знижується. Це можна пояснити більш лабільним станом симпатичної нервової системи у хворих з ГХ, зниженою

стійкістю до стресових впливів, гіперреактивністю, коли усвідомлення наявності хвороби настільки сильно пригнічує психологічний стан, що у відповідь на невеликий подразник у людини виникають неадекватні за силою стресові реакції. Зазначене зменшує реабілітаційний потенціал таких осіб, тому відбір, спостереження та антистресова реабілітація гіперреакторів є особливо необхідною.

У хворих з ГХ показники *самооцінки ЯЖ* та *здоров'я* є найгіршими (причому найгірший показник якості життя спостерігається вже при легкому та помірному ступеню порушення функції кровообігу, а найгірший показник самооцінки здоров'я притаманний хворим з порушеннями функції кровообігу від легкої до вираженої). Це свідчить про те, що хворим з ГХ притаманний найбільш виражений суб'єктивний компонент сприйняття своєї хвороби.

У хворих з *ІХС* показники нейротизму, депресивності та інтравертованості найменш виражені (найбільш високі *рівні депресії* притаманні хворим з ІХС лише при помірних та виражених порушеннях функції кровообігу); найбільш високі *рівні нейротизму* – хворим з ІХС при помірному порушенні функції кровообігу). *Самооцінки здоров'я* та *ЯЖ* – кращі, ніж в інших групах: найгірший показник *самооцінки здоров'я* притаманний хворим з ІХС лише при виражених порушеннях функції кровообігу, а найгірший показник *якості життя* – при помірних порушеннях функції кровообігу. Погіршення якості життя відбувається при несприятливому перебігу захворювання передусім у зв'язку з необхідністю лікуватися, можливим обмеженням на роботі і зниженням доходів, обмеженнями дозвілля і повсякденної активності.

Таким чином, отримані дані свідчать про заглибленість хворих з ХСК в свої внутрішні переживання, обумовлені поганим самопочуттям в зв'язку з хворобою. У них значно знижений психологічний настрій на одужання, невтішний самопрогноз на майбутнє життя.

Усі *нейрофізіологічні показники* у хворих з ХСК є гіршими, ніж у здорових осіб. Проте при ГХ низькі значення показника рухомості нервових процесів у осіб із I ступенем порушення функції кровообігу компенсуються досить збереженим рівнем працездатності кори головного мозку, що може свідчити про наявність резервних можливостей організму, а отже, і про достатній реабілітаційний потенціал цього контингенту інвалідів.

Хворим із трьома розглянутими нозологіями (ГХ, ІХС, ревматична хвороба серця), в залежності від ступеню порушення функції кровообігу, притаманні певні психологічні та нейрофізіологічні характеристики. По мірі зростання ступеню порушення функції кровообігу у хворих із ХСК спостерігається погіршення емоційного стану і самооцінки здоров'я та якості життя (*табл. 1*). З таблиці видно, що найбільш виражені порушення психоемоційного статусу притаманні хворим з *ревматичними хворобами серця* при легких та виражених порушеннях функції кровообігу; з *ІХС* – при помірних та виражених порушеннях функції кровообігу; з *ГХ* – при легких по помірних порушеннях функції кровообігу. Врахування даних психологічної діагностики дозволяє зробити висновок про взаємозв'язок ступеню порушення функції кровообігу у осіб, які проходять огляд, та наявності і вираженості психологічних розладів у них.

Таблиця 1.

Психологічні та нейрофізіологічні властивості інвалідів з патологією серцево-судинної системи в залежності від ступенів порушення функції кровообігу

Показники	ГХ			ІХС			Ревматизм		
	Групи хворих								
	І	ІІ	ІІІ	І	ІІ	ІІІ	І	ІІ	ІІІ
Рівень депресії	низький	середній	низький	низький	високий	вкрай високий	середній	середній	високий
Рівень екстравертованості	високий	середній	високий	середній	середній	високий	низький	низький	низький
Рівень нейротизму	середній	середній	високий	низький	середній	низький	високий	середній	високий
Щирість	нещирість	середній рівень	щирість	щирість	нещирість	нещирість	середній рівень	нещирість	середній рівень
Самооцінка здоров'я	погана	погана	погана	вище середнього рівня	середнього рівня	погана	середнього рівня	погана	середнього рівня
Якість життя	незадовільна	незадовільна	вкрай незадовільна	задовільна	вкрай незадовільна	вкрай незадовільна	задовільна	незадовільна	вкрай незадовільна
Латентний період простої сенсо-моторної реакції (ЛППСМР)	помірно сповільнений	значно сповільнені	значно сповільнений	помірно сповільнений	значно сповільнений	значно сповільнений	помірно сповільнений	помірно сповільнений	значно сповільнений
Латентний період реакції вибору (ЛПРВ)	помірно сповільнені	значно сповільнені	значно сповільнений	легко сповільнений	помірно сповільнений	помірно сповільнений	значно сповільнений	помірно сповільнений	помірно сповільнений
Функціональна рухомість нервових процесів (ФРНП)	помірно знижена	значно знижена	загальмована	помірно знижена	помірно знижена	легко знижена	помірно знижена	значно знижена	значно знижена
Працездатність кори головного мозку (ПКГМ)	легко знижена	помірно знижена	значно знижена	легко знижена	помірно знижена	помірно знижена	помірно знижена	помірно знижена	помірно знижена

Примітка: І група хворих – з легким порушенням функції кровообігу;
 ІІ група хворих – з помірним порушенням функції кровообігу;
 ІІІ група хворих – із значним порушенням функції кровообігу

Отже, в деяких випадках інваліди з меншим ступенем порушення функції кровообігу мають гірші показники психоемоційного та нейрофізіологічного стану, ніж ті, у яких більші ступені порушення функції кровообігу. Це впливає на розвиток у них негативної трудової установки, нерозуміння необхідності реабілітації. Після психологічної та нейрофармакологічної корекції, проведеної згідно з наявною психопатологічною симптоматикою, їх можна вважати перспективними в плані реабілітації.

За результатами спостереження, такими можна вважати наступні контингенти хворих:

1. **Хворі з помірним порушенням функції кровообігу при ГХ** – після корекції субдепресивного стану за допомогою психофармакологічної корекції (невеликих доз *антидепресантів*, *індивідуальної* та *групової психотерапії*);

2. **Хворі з легким порушенням функції кровообігу при ревматичних ураженнях серця, помірним – при ІХС** – після корекції підвищеного рівня нейротизму за допомогою психофармакологічної корекції (*транквілізаторів*, психотерапії). Ефективним різновидом психотерапії у цього контингенту хворих можуть бути *групова психотерапія*, “Школа для інвалідів з серцево-судинною патологією”, яка включає обговорення проблем, що цікавлять інвалідів (про режим рухової активності, раціонального харчування, психологічних проблем, можливостей повернення до праці тощо), і спрямована на зміну установок та підвищення мотивації до участі в реабілітації та вторинній профілактиці;

3. **Хворі з легким порушенням функції кровообігу при ІХС, легким та вираженим – при ГХ, вираженим – ревматичних ураженнях серця** – після корекції самооцінки власного стану здоров'я за допомогою *раціональної психотерапії*, *аутотренінгу*. Ефективною у цього контингенту хворих може бути *психорелексаційна терапія* з використанням біологічного зворотнього зв'язку, який дозволяє пацієнту під час заняття постійно отримувати інформацію про зміни свого психофізіологічного статусу;

4. **Хворі з легким та помірним порушенням функції кровообігу при ГХ, помірним – при ІХС, помірним – при ревматичних ураженнях серця** – після корекції нейрофізіологічного стану за допомогою ноотропів.

Співставлення даних психологічного та клінічного обстеження дозволили визначити зміст та рівень психологічного реабілітаційного потенціалу. Виявлено, що хворим ХСК із *високим реабілітаційним потенціалом* притаманні: висока толерантність до тривалих психоемоційних та розумових навантажень, темпова пластичність психічних процесів та сенсорно-моторних реакцій, можливість їх компенсації, можливість орієнтування в новому, можливість тривалої концентрації уваги та її переключення (легко або помірно сповільнені ЛППСМР та ЛПРВ, легко або помірно знижена ФРНП, легко знижена ПКГМ); емоційна адекватність, емоційно-вольова стійкість, можливість контролювати емоції, бажання, імпульси, навички спілкування і взаємодії з іншими особами (невисокий рівень депресії, досить високий або середній рівень екстравертованості, низький або середній рівень нейротизму, відсутність представити себе у більш вигідному світлі); адекватна внутрішня картина хвороби, адекватна самооцінка (добра самооцінка здоров'я, задовільна оцінка ЯЖ).

Такі розлади є незначними, носять епізодичний характер, ліквідуються при зміні ситуації, що спровокувала їх виникнення, не вимагають спеціальних заходів корекції.

Хворим із **середнім реабілітаційним потенціалом** притаманні: помірна виснаженість психічних процесів, підвищена стомлюваність, сповільненість психічних процесів, помірне уповільнення темпу сенсорно-моторних реакцій із неможливістю їх повної компенсації (помірно або значно сповільнений ЛППСМР, легко або помірно сповільнений ЛПРВ, помірно знижена ФРНП, помірно або значно знижена ПКГМ); емоційна нестійкість, деформація мотиваційної сфери, зниження самоконтролю, помірне порушення процесу спілкування, помірне порушення дій в умовах, що постійно змінюються (середній або досить високий рівень депресії, середній рівень екстравертованості, середній рівень нейротизму, бажання представити себе у більш вигідному світлі); неадекватний тип внутрішньої картини хвороби, занижена самооцінка (середнього рівня або погана самооцінка здоров'я, незадовільна оцінка ЯЖ).

Такі розлади є помірними, обмежують здійснення видів життєдіяльності різних за обсягом та ступенем складності, вимагають спеціальної корекції або компенсації.

Хворим із **низьким реабілітаційним потенціалом** притаманні: виражена виснаженість психічних процесів, швидка стомлюваність, тугорухомість, інертність психічних процесів, виражене уповільнення темпу сенсорно-моторних реакцій, з неможливістю їх компенсації, неможливість сприймати і переробляти інформацію (значно сповільнені ЛППСМР та ЛПРВ, значно знижена або загальмована ФРНП, помірно або різко знижена ПКГМ); значно виражений дефект емоційно-мотиваційної сфери, неможливість спілкуватися, контролювати свою поведінку (високий або вкрай високий рівень депресії, виражена інтровертованість, середній або високий рівень нейротизму, значно виражене бажання представити себе у більш соціально вигідному світлі); неадекватний тип внутрішньої картини хвороби, занижена самооцінка (погана самооцінка здоров'я, незадовільна або вкрай незадовільна оцінка ЯЖ).

Такі розлади є більш стійкими, вираженими, незворотними і обмежують здійснення багатьох видів діяльності, в т.ч. здатність до навчання, роботи, а також можуть призвести до розвитку соціальної дезадаптації, оскільки неможлива їх повна корекція і компенсація.

Таким чином, перераховані методики є інформативними показниками психологічного статусу та функціонального стану ЦНС, і їх результати можна враховувати при визначенні реабілітаційного потенціалу та прогнозу життєдіяльності хворого або інваліда.

3. Особливості організації психологічного обстеження хворих кардіологічного профілю на МСЕК

Етапи психологічного обстеження інваліда (хворого):

- 1) вивчення медичної та іншої документації;
- 2) бесіда з хворим (біографічний метод + метод спостереження);
- 3) безпосередньо експериментально-психологічне дослідження;

- 4) обробка, аналіз, узагальнення результатів, інтерпретація даних;
- 5) формування висновку

1. *Вивчення медичної документації хворого* має на меті постановку конкретних задач експерименту, впорядковування його ходу, правильного підбору методик і послідовного їх пред'явлення.

Бесіда з хворим. На цьому етапі вирішується задача по встановленню контакту між фахівцем та пацієнтом, визначаються освіта, культурний рівень хворого, коло інтересів, потреби, з'ясовуються установки, спрямованість особистості, розкривається відношення до хвороби, оцінка хворим зміни в процесі хвороби самопочуття і працездатності. На цьому етапі проводиться початкова оцінка особливостей емоційно-вольової та мотиваційної сфер, особливостей ціннісних орієнтацій та кола інтересів, уміння підтримувати бесіду тощо.

Дані співбесіди доцільно заносити в *анкету-опитувальник*, яка складається з наступних розділів:

- 1) *«Паспортна» частина* – П.І.Б., дата обстеження, № мед. акту огляду.
- 2) *Скарги*: можливі порушення, що впливають на розумову працездатність (скарги загального характеру: головні болі, запаморочення, загальна слабкість, швидка стомлюваність і чутливість до зміни погоди, а також порушення сну: труднощі засипання, інверсія сну, раннє пробудження, безпричинні пробудження серед ночі, відсутність відчуття бадьорості після сну, мала тривалість сну, поверхневий сон, часті жахливі сновидіння) або *прямо характеризують її* (порушення пізнавальної діяльності: неухважність, труднощі зосередження, забудькуватість, труднощі орієнтації в малознайомому місці; *порушення в соціальній сфері*: звуження кола спілкування, відсутність відчуття підтримки і розуміння з боку близьких людей, небажаність виходу на пенсію; *зміни характеру*: дратівливість, плаксивість, зайва вразливість, втрата відчуття задоволення від життя, швидка стомлюваність від спілкування, постійна тривога, наявність страхів, запальність, постійне відчуття провини).

Спираючись на скарги, що пред'являються, можна вибрати саме ті методики, які їм відповідають (наприклад, дослідження вербальної пам'яті при скарзі хворого на погане запам'ятовування слів), провести в подальшому більш детальне дослідження.

На цьому етапі завжди включено *спостереження за поведінкою хворого*, психолог відзначає, як хворий сприймає бесіду.

Контакт психолога з обстежуваним має бути доброзичливим.

Слід також враховувати і середовище, в якому протікає експертна діяльність всіх фахівців. Конфліктність, напруженість, упереджене ставлення сторін цього процесу один до одного формують атмосферу недовір'я і часто призводять до емоційних вибухів. В такій обстановці психолог повинен застосовувати знання психологічних законів спілкування і прийоми профілактики конфліктів. В його задачі входить не припуститися переростання ділових конфліктів в особисті, зуміти заспокоїти пацієнта, налаштувати його на ділове спілкування і виконання психодіагностичних проб і завдань.

Враховуючи велику напругу обстежуваного у зв'язку з ситуацією експертизи, проводити психологічне обстеження бажано в кабінеті, відокремленому від приміщення, де проводяться основні засідання комісії лікарів-експертів.

2. *Безпосередньо клініко-психологічне дослідження.* На цьому етапі проводиться визначення не тільки наявності, структури та ступеню вираженості розладу психічних функцій, психічного дефекту, обумовленого самим патологічним станом, але і тих збережених або компенсованих компонентів психічної діяльності, які можна використовувати в реабілітаційному процесі. Вивчаються психологічні особливості людини, її ставлення до хвороби (так звана внутрішня картина хвороби), рівень реабілітаційних можливостей (психологічної складової реабілітаційного потенціалу), прогноз, а також – перелік та ефективність можливих заходів психологічної реабілітації, основні шляхи індивідуальної реабілітаційної роботи з хворими.

Цей етап включає проведення необхідних для конкретного випадку методик. Він триває від 20-40 хвилин до 1-1,5 год, тому що, як правило, після цього часу обстежуваний стомлюється, сприйняття його погіршується, що не може не позначитися на результатах експерименту, і його продовження є недоцільним. При необхідності психолог може запросити хворого в інший день для продовження дослідження. Після закінчення експериментатор відповідає на запитання випробовуваного.

Під час проведення *експерименту* також проводиться *спостереження за поведінкою хворого*. Важливо відзначати, як хворий приступає до завдання, чи розглянув він різні варіанти рішень або діє імпульсивно, неуважно, наскільки відволікається на сторонні подразники, як реагує на інструкцію, на зміст експериментальних завдань, на труднощі і помилки, на зміну умов протікання діяльності, як сприймає допомогу експериментатора.

3. *Завершальний етап дослідження* — обробка, аналіз, узагальнення результатів обстеження, інтерпретація одержаних даних і формування висновку.

Аналіз результатів дослідження охоплює результати виконання всіх експериментальних проб та інших методик (бесіди, спостереження, проєктивних методів та ін.), а також оцінку всієї експериментальної ситуації в цілому.

Психолог, що бере участь в експертному вивченні стану хворого, повинен вміти на достатньо професійному рівні здійснювати аналіз структури порушень психічної сфери і виділяти порушення первинного і вторинного порядку, що дозволяє надалі узагальнити їх в так званий *патопсихологічний синдром*. Проте характер порушення психіки може бути оцінений лише в комплексі з даними цілісного клініко-психологічного дослідження, тобто із застосуванням *синдромального аналізу*. Шляхом ретельної інтерпретації і зіставлення всіх симптомів вибудовується їх ієрархія, синдром, тобто визначаються первинний дефект і обумовлені ним вторинні симптоми, які у свою чергу можуть привести до формування третинних симптомів.

Процес аналізу і інтерпретації результатів дослідження — найважчий і відповідальний момент клініко-психологічного дослідження, що включає ряд послідовних етапів:

- оцінка мотивованості випробовуваного в дослідженні, наявність або відсутність зацікавленості;
- аналіз всієї сукупності даних, одержаних по кожній конкретній методиці (розуміння інструкції, відношення до завдання, спосіб виконання, міркування з приводу ухвалюваних рішень, помилки і можливості їх корекції, прояв емоційно-вольової сфери тощо);
- зіставлення результатів виконання різних методик, внаслідок чого виявляються характерні особливості порушення окремих психічних процесів і сторін особистості (симптом);
- зіставлення психологічних симптомів, формування і обґрунтування психологічного синдрому, під яким розуміється сукупність поведінкових, мотиваційних і пізнавальних особливостей психічної діяльності обстежуваного, сформульованих в психологічних поняттях.
- складання практичних висновків і рекомендацій;
- узгодження результатів з думкою інших фахівців і винесення загальної ухвали.

Обов'язкова вимога до *психодіагностичного висновку*: він повинен містити практичні висновки і рекомендації для лікарів-експертів, реабілітолога і самого хворого. Відповідно *психологічний діагноз* повинен містити психологічний аналіз проблеми — оцінку поведінки, психічних функцій і емоцій, стан особи та зовнішніх обставин порушення. Особливо високі вимоги до точності визначення ступеня порушень, оскільки саме цей аспект оцінок при психодіагностиці має безпосереднє відношення до нормативних рівнів порушень життєдіяльності при визначенні інвалідності.

Уніфікований висновок психолога включає розділи:

- 1) паспортна частина;
- 2) результати співбесіди та обстеження;
- 3) дані клініко-психологічного обстеження;
- 4) висновок;
- 5) трудова спрямованість;
- 6) професійна спрямованість;
- 7) обмеження життєдіяльності внаслідок порушення психічних функцій;
- 8) психологічний реабілітаційний потенціал;
- 9) психологічний реабілітаційний прогноз;
- 10) можливість компенсації;
- 11) установка на реалізацію ІПР;
- 12) рекомендації по психологічній реабілітації.

Отже, на основі результатів психологічної реабілітаційно-експертної діагностики психолог визначає обмеження життєдіяльності внаслідок порушення психічних функцій та *психологічний реабілітаційний потенціал* особистості.

Дані психодіагностики використовуються як додатковий критерій в суперечливих випадках, при необхідності підвищити групу інвалідності, при

невизнанні хворого інвалідом, при пониженні групи інвалідності, при визначенні агравації або симуляції; при визначенні трудових рекомендацій і т.п.

На основі даних, отриманих у ході соціального, психологічного та медичного обстеження визначається загальний *реабілітаційний потенціал (РП)* інваліда, *реабілітаційний прогноз*, вноситься *медико-експертне рішення*.

Спеціаліст із реабілітації, приступаючи до розробки ІПР, оцінює висновки та рекомендації, що були дані спеціалістом із соціальної роботи, психологом, лікарями-спеціалістами, проводить бесіду з інвалідом і на основі отриманих відомостей розробляє ІПР інваліда, що максимально відповідає його потребам. Коригування ступеню порушень компонентів РП дає можливість для поліпшення реабілітаційного прогнозу, і є базисом для інших складових реабілітаційного потенціалу. Адекватна реабілітаційна програма у хворих та інвалідів із серцево-судинними захворюваннями повинна включати не лише традиційне медикаментозне втручання, але і ряд заходів, спрямованих на корекцію поведінкових і соціальних чинників з урахуванням індивідуальних психологічних особливостей пацієнтів.

Таким чином, психологічні фактори (психологічні особливості особистості, визначення установки на продовження трудової діяльності або можливості її корекції, наявність пре- або постморбідних психофізіологічних порушень) відіграють важливу роль у визначенні реабілітаційного потенціалу інваліда. Визначення рівня психологічного реабілітаційного потенціалу інвалідів внаслідок хвороб системи кровообігу може бути запропоновано психологам для роботи в центрах та бюро МСЕ.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВМРП – високий медичний реабілітаційний потенціал
ГХ – гіпертонічна хвороба
ІПР – індивідуальна програма реабілітації
ІХС – ішемічна хвороба серця
ЛКК – лікарсько-консультативна комісія
ЛОБИ – Личностный Опросник Бехтеревского Института (рос.)
ЛПЗ – лікувально-профілактичні заклади
ЛППСМР – латентний період простої сенсо-моторної реакції
ЛПРВ – латентний період реакції вибору
МСЕ – медико-соціальна експериза
МСЕК – медико-соціальна експертна комісія
НМРП – низький медичний реабілітаційний потенціал
ПКГМ – працездатність кори головного мозку
ПРП – психологічний реабілітаційний потенціал
РД – рівень депресії
РП – реабілітаційний потенціал
СБОО – скорочений багатофакторний опитувальник особистості
СМРП – середній медичний реабілітаційний потенціал
ФРНП – функціональна рухомість нервових процесів
ХСК – хвороби системи кровообігу
ЦНС – центральна нервова система
ЯЖ – якість життя

Література:

1. Абдуллаева Т.И. Психологическая реабилитация инвалидов, больных ишемической болезнью сердца // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2001. – № 3. – С. 13-16.
2. Безбородько С.А., Белинская М.К., Ханюкова И.Я. и др. Изучение психологических особенностей больных гипертонической болезнью // Матеріали НПК «Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань». – Дніпропетровськ, 2002. – С. 188-190.
3. Будникова Л.А. Использование психологической экспресс-диагностики в работе бюро медико-социальной экспертизы // <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=11303>
4. Гиріна О., Лейн Л. Персональні психологічні особливості хворих з ішемічною хворобою серця і супутньою артеріальною гіпертензією залежно від типу реакції на психоемоційний стрес // Ліки України. – 2003. – № 5. – С.55-58.
5. Горбенко Н.И. Психологические особенности больных гипертонической болезнью молодого возраста // Лікарська справа. – 2000. – № 5. – С. 25-26.
6. Дроздова І.В. Депресії у хворих на артеріальну гіпертензію // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2005. – № 4. – С. 9-12.
7. Ерчкова Н.А. Анализ основных направлений в изучении особенностей личности больных ИБС в свете задач их реабилитации после инфаркта миокарда // ВТЭ и реабилитация инвалидов. – Днепропетровск, 1987. – Вып. 19. – С. 61-65.
8. Жилюк М.А., Моколене Н.Б., Горюнова Е.Е. Организация деятельности учреждения медико-социальной экспертизы в условиях недостаточной нормативно-правовой базы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. – 2007. – № 4. – С. 54-55.
9. Захарченко Ю.И., Скугорева М.С., Бердыш Н.Н. Опыт работы по реабилитационно-экспертной диагностике при разработке индивидуальной программы реабилитации инвалида в государственном учреждении Краснодарского края «Темрюкское бюро медико-социальной экспертизы» // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. – 2006. – № 1. – С. 51-53.
10. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г., Коваленко В.В. Сучасний стан первинної інвалідності населення працездатного віку в Україні // “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я”. – 2006. – № 1. – С. 32-37.
11. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Лехан В.М., Ананьєва Т.В. Медико-соціальні причини та фактори, що сприяють формуванню первинної інвалідності при захворюваннях системи кровообігу, шляхи її профілактики // Український кардіологічний журнал. – 2005. – № 1. – С. 77-87. – 2005. – № 1.

12. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Лисунець О.М., Ханюкова І.Я. Методологічні підходи до реабілітації хворих та інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби // Мистецтво лікування – 2005. – № 9. – С. 76-80.
13. Климашева С.Б., Беянин О.Л. Качество жизни инвалидов молодого возраста после инфаркта миокарда // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2006. – № 2. – С. 21-25.
14. Козлова О.Е., Рутус Е.В. Проблемы психологической реабилитации кардиологических больных // Збірник матеріалів ювілейної науково-практичної конференції “Сучасні аспекти медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та післядипломної підготовки лікарів”, присвяченої 25-річчю кафедри МСЕ факультету післядипломної освіти Дніпропетровської державної медичної академії. – Дніпропетровськ, 2004. – С. 185-187.
15. Луговой В.Е., Хайкина З.С., Малолепшая Т.А. Научно-методическая организация и оценка эффективности реабилитации больных с сердечно-сосудистой патологией // «Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК». – 2004. - № 1. – С. 14-16.
16. Маруніч В.В., Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. Концептуальні підходи до визначення інвалідності серед населення України // “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я”. – 2005. – № 4. – С. 47-52.
17. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с.
18. Оптимізація роботи спеціалізованих медико-соціальних експертних комісій кардіологічного профілю з надання медико-експертної допомоги інвалідам внаслідок хвороб системи кровообігу: Навчально-методичний посібник / За ред. Сергієні О.В. – Дніпропетровськ: «Пороги», 2008. – 249 с.
19. Охромий Г.В. Дополнительные критерии эффективности реабилитации инвалидов, перенесших острый инфаркт миокарда // Медицинская реабилитация, курортология и физиотерапия. – 2004. – № 4. – С. 46-48.
20. Охромий Г.В. Психофизиологический статус предоперационного и раннего послеоперационного периода у больных, перенесших операцию на открытом сердце // Матеріали НПК «Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань». – Дніпропетровськ, 2002. – С. 184-187.
21. Охромий Г.В. Психофізіологічні параметри прогнозу інвалідності в осіб, які перенесли гострий інфаркт міокарда // Одеський медичний журнал. – 2005. – № 4. – С. 51-55.
22. Постанова Кабінету Міністрів України від 31 травня 2006 р. № 761 “Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки (Із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 1365 (1365-2007-п) від 28.11.2007).

23. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие / Редактор-составитель Райгородский Д.Я. – Самара: Издательский дом «Бахрах–М», 2000. – 672 с.
24. Принципи реабілітації хворих після перенесеного інфаркту міокарда // Здоров'я України / Підготував Андрій Мартинович.
25. Психологічна експертиза і психотерапевтична реабілітація в роботі МСЕК: Метод. рекомендації. – Автори: Іпатов А.В., Мороз С.М., Кириченко А.Г. та ін. – Дніпропетровськ: Пороги, 2008. – 22 с.
26. Пузин С.Н., Кузьмишин Л.Е., Бетремеев А.А. Потребность больных ишемической болезнью сердца в различных видах медико-социальной реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – № 4. – С. 29-30.
27. Хадзегова А.Б., Айвазян Т.А., Померанцев В.П. и др. Динамика психологического статуса и качества жизни больных инфарктом миокарда в зависимости от тяжести течения постинфарктного периода // Кардиология. – 1997. – № 1. – С. 37-40.
28. Хазова И.В., Лебедева Н.Н., Климашева С.Б. Психофизиологическое исследование функционального состояния центральной нервной системы у инвалидов трудоспособного возраста, перенесших инфаркт миокарда, с целью определения их реабилитационного потенциала // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2006. – № 1. – С. 21-25.
29. Ханюкова І.Я. Методологія та сучасні підходи до проведення медико-соціальної експертизи при гіпертонічній хворобі // Український кардіологічний журнал. – 2004. – № 6. – С. 52-56.
30. Шабалина Н.Б., Герсамия А.Г. Основные принципы клинко-психологического обследования больных для целей медико-социальной экспертизы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. – 2006. – № 2. – С. 48-51.
31. Юшковська О.Г. Якість життя – індикатор психосоматичного статусу і критерій ефективності санаторно-курортної реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця // Одеський медичний журнал. – 2005. – № 6. – С. 68-71.

ТЕСТ-ОПИТУВАЛЬНИК Г. АЙЗЕНКА

1. Чи часто Ви відчуваєте потяг до нових вражень, щоб встряхнутись, відчути збудження?
2. Чи часто Ви потребуєте друзів, які вас розуміють, можуть підбадьорити, втішити?
3. Чи вірите Ви в удачу, вважаючи себе везунчиком?
4. Чи знаходите Ви, що Вам важко відповісти “ні”?
5. Чи замислюєтесь Ви перед тим, як що-небудь зробити?
6. Якщо Ви обіцяєте що-небудь зробити, чи завжди Ви додержуєтесь своїх обіцянок незалежно від того, складно це Вам чи ні?
7. Чи часто у Вас бувають спади та підйоми настрою?
8. Чи завжди Ви дієте і говорите швидко, не замислюючись?
9. Чи часто Ви відчуваєте себе нещасною людиною без належних до того підстав?
10. Вам цікаво укладати парі, спорити на що-небудь?
11. Вам важко приховати хвилювання, коли Ви розмовляєте зі значимою для себе людиною?
12. Ви сердилися коли-небудь на своїх знайомих, якщо їм вдавалося вас випередити, обійти?
13. Вам часто здаються дивними люди, які своєю серйозністю та обережністю наводять на оточуючих нудьгу?
14. Чи часто Ви турбуєтесь через те, що сказали або зробили те, чого не слід було б говорити або робити?
15. Чи надасте Ви перевагу читанню книжок перед зустрічами з людьми?
16. Легко Вас образити?
17. Чи любите Ви бувати у компанії?
18. Бувають у Вас інколи думки, які б Ви хотіли приховати від оточуючих?
19. У Вас бували періоди, коли Ви без серйозних причин відчували себе нещасною людиною?
20. Подорожуючи, Ви охочіше милуєтесь краєвидами, ніж розмовляєте з людьми?
21. Чи часто Ви мрієте?
22. Коли на Вас кричать, Ви відповідаєте тим самим?
23. Чи часто вас турбує почуття провини?
24. Ви завжди готові прийти на допомогу людині, яка цього потребує?
25. Чи здатні Ви дати волю почуттям і від душі повеселитися у компанії?
26. Чи вважаєте Ви себе людиною збудливою та чутливою?
27. Чи вважаєте Ви себе людиною жвавою та веселою?
28. Часто, зробивши яку-небудь важливу справу, Ви відчуваєте, що могли б зробити ще краще?
29. Ви більше мовчите, коли знаходитесь в компанії інших людей?
30. Чи буває, що Ви іноді любите попліткувати?
31. Чи буває, що Вам не спиться через те, що різні думки лізуть в голову?
32. Якщо Ви захочете про щось дізнатись, чи вважаєте Ви, що краще прочитати про це в книзі, ніж спитати?
33. Вам буває важко заснути через переживання з приводу невдачі?
34. Вам подобається робота, яка вимагає постійної уваги?
35. Чи бувають у Вам напади тремтіння?
36. Чи завжди б Ви платили за провіз багажу на транспорті, якби не боялися перевірки?
37. Вам неприємно знаходитись у компанії, де постійно жартують один над одним?
38. Ви дратівливі?
39. Чи подобається Вам робота, яка потребує швидкості дій?
40. Чи хвилюєтесь Ви з приводу яких-небудь неприємностей, які могли б статися?
41. Ви ходите повільно і без поспіху?
42. Ви коли-небудь запізнювалися на побачення або роботу?
43. Часто Вам сняться жахи?
44. Чи вірно, що Ви так любите поговорити, що ніколи не пропустите можливості побалакати із незнайомою людиною?
45. Чи турбують Вас які-небудь болі?
46. Чи відчували б Ви себе дуже нещасним, якби тривалий час були позбавлені широкого спілкування із людьми?
47. Чи можете Ви назвати себе нервовою людиною?
48. Вас цінують у компанії, як веселу і винахідливу людину?
49. Чи легко Ви ображаєтесь, коли люди вказують вам на Ваші помилки у роботі або особисті промахи?
50. Ви вважаєте, що важко отримати справжнє задоволення від вечірки?
51. Чи турбує Вас відчуття, що Ви чимось гірші від інших?
52. Чи можете Ви сказати, що Ви впевнена у собі людина?
53. Чи легко Вам привнести позбавлення у доволі нудну компанію?
54. Чи буває, що Ви говорите про речі, в яких зовсім не розбираєтесь?
55. Чи турбує Вас почуття провини або докори сумління навіть через дрібниці?
56. Чи полюбляєте Ви кепкувати над іншими?
57. Чи страждаєте Ви на безсоння?

Код опитувальника:

Щирість: відповіді “так” на питання 6, 24, 36; відповіді “ні” на питання 12, 18, 30, 42, 48, 54.

Екстраверсія: відповіді “ні” на питання 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51; відповіді “так” на питання 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56.

Нейротизм: відповіді “так” на питання 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

Шкала депресії Цунга

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених речень і закресліть відповідну цифру справа в залежності від того, як Ви себе відчуваєте останнім часом. Над питанням довго не замислюйтесь, тому що правильних або неправильних відповідей немає.

Бланк для відповідей

№ п/п	Стан обстежуваного	Вкрай рідко	Рідко	Часто	Більшу частину часу або постійно
1.	Я відчуваю пригніченість, подавленість	1	2	3	4
2.	Я краще за все відчуваю себе вранці	1	2	3	4
3.	Я багато плачу	1	2	3	4
4.	Я погано сплю вночі	1	2	3	4
5.	Я їм стільки, скільки і раніше	1	2	3	4
6.	Я отримую задоволення від того, що дивлюсь на привабливих чоловіків/жінок	1	2	3	4
7.	Я помітно втрачаю вагу	1	2	3	4
8.	Мене турбують закрепи	1	2	3	4
9.	Моє серце б'ється частіше, ніж звичайно	1	2	3	4
10.	Я відчуваю стомлюваність без видимої та те причини	1	2	3	4
11.	Я мислю так чітко, як і раніше	1	2	3	4
12.	Мені легко виконувати звичну роботу	1	2	3	4
13.	Я неспокійний і не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я повний світлим надій на майбутнє	1	2	3	4
15.	Я більш дратівливий, ніж раніше	1	2	3	4
16.	Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17.	Я відчуваю, що корисний і потрібен людям	1	2	3	4
18.	Я живу повним і цікавим життям	1	2	3	4
19.	Я вважаю, що іншим було б легше, якби я помер	1	2	3	4
20.	Я, як звичайно, отримую задоволення від того, що мені подобалось раніше	1	2	3	4

Тест “Якість життя хворого із серцево-судинним захворюванням”

Інструкція: нижче викладені питання для оцінки деяких аспектів Вашого життя. Просимо відповідати на питання, обвівши на бланку відповідей літеру, яка відповідає обраній Вами відповіді в анкеті. Цифри на бланку відповідей відповідають номерам питань в анкеті. Перед тим, як відповідати, уважно прочитайте усі варіанти відповідей.

1. Чи вважаєте Ви своє життя достатньо повноцінним?

- а. Моє життя цілком неповноцінне.
- б. Моє життя в основному неповноцінне.
- в. Щось середнє.
- г. Моє життя в основному повноцінне.
- д. Моє життя цілком повноцінне.

2. Якщо Ви не вважаєте своє життя достатньо повноцінним, чи пов'язуєте Ви це з Вашим захворюванням?

- а. Не пов'язую.
- б. Пов'язую частково.
- в. Пов'язую повністю.
- г. Вважаю своє життя цілком повноцінним.

Якщо недостатня повноцінність Вашого життя обумовлена Вашим захворюванням, чи пов'язано це:

3. З необхідністю лікуватися (часто звертатися до лікаря, приймати ліки тощо)?

- а. Так, пов'язано.
- б. Пов'язано частково.
- в. Ні, не пов'язано.
- г. Вважаю своє життя цілком повноцінним.

4. З тим, що Вам доводиться обмежувати себе у будь-чому?

- а. Так, тому що мені необхідно обмежувати свої фізичні зусилля.
- б. Так, тому що мені необхідно обмежувати свою розумову діяльність.
- в. Так, тому що мені необхідно уникати ситуацій, що ведуть до емоційної напруги.
- г. Так, тому що у мене є інші обмеження (напишіть на бланку відповідей, які саме).
- д. Вважаю своє життя цілком повноцінним.

5. Із зміною ставлення до Вас Ваших близьких?

- а. Так, пов'язано.
- б. Пов'язано частково.
- в. Ні, не пов'язано.
- г. Вважаю своє життя цілком повноцінним.

6. Із зміною ставлення до Вас друзів, приятелів або колег?

- а. Так, пов'язано.
- б. Пов'язано частково.
- в. Ні, не пов'язано.
- г. Вважаю своє життя цілком повноцінним.

Якщо у зв'язку із захворюванням відбулися зміни у Вашому житті, то як Ви ставитесь:

7. До обмежень на роботі (навантаження, кількість відряджень тощо)?

- а. Дуже переживаю.
- б. Мені це неприємно.
- в. Ставлюся байдуже.
- г. Радий цим обмеженням.
- д. У мене немає обмежень на роботі в зв'язку з хворобою.

8. До зниження заробітної платні?

- а. Дуже переживаю.
- б. Мені це неприємно.
- в. Ставлюся байдуже.
- г. У мене немає зниження заробітної платні в зв'язку з хворобою.

- 9. До пониження за посадою?**
- а. Дуже переживаю.
 - б. Мені це неприємно.
 - в. Ставлюся байдуже.
 - г. Радий цьому.
 - д. У мене немає пониження за посадою в зв'язку з хворобою.
- 10. До обмежень у проведенні дозвілля (кіно, театр, читання книжок, поїздки тощо)?**
- а. Дуже переживаю.
 - б. Мені це неприємно.
 - в. Ставлюся байдуже.
 - г. Радий цьому.
 - д. У мене немає обмежень у проведенні дозвілля в зв'язку з хворобою.
- 11. До того, що Ви рідше стали зустрічатися з друзями та близькими?**
- а. Дуже переживаю.
 - б. Мені це неприємно.
 - в. Ставлюся байдуже.
 - г. Радий цьому.
 - д. Хвороба не вплинула на мої зустрічі із друзями та близькими.
- 12. До обмеження в заняттях фізкультурою і спортом?**
- а. Дуже переживаю.
 - б. Мені це неприємно.
 - в. Ставлюся байдуже.
 - г. Радий цьому.
 - д. У мене немає обмежень в заняттях фізкультурою і спортом в зв'язку з хворобою.
 - е. Я не займався до захворювання фізкультурою і спортом.
- 13. До зниження Вашої активності в повсякденному житті?**
- а. Дуже переживаю.
 - б. Мені це неприємно.
 - в. Ставлюся байдуже.
 - г. Радий цьому.
 - д. У мене немає зниження активності в повсякденному житті в зв'язку з хворобою.
- 14. До обмежень у харчуванні?**
- а. Дуже переживаю.
 - б. Мені це неприємно.
 - в. Ставлюся байдуже.
 - г. Радий цьому.
 - д. У мене немає обмежень у харчуванні в зв'язку з хворобою.
- 15. До того, що Ви вимушені обмежити куріння або відмовитися від нього?**
- а. Дуже переживаю.
 - б. Мені це неприємно.
 - в. Ставлюся байдуже.
 - г. Радий цьому.
 - д. Я курю, як і раніше.
 - е. Я не курих до хвороби.
- 16. До змін у статевому житті?**
- а. Дуже переживаю.
 - б. Мені це неприємно.
 - в. Ставлюся байдуже.
 - г. Радий цьому.
 - д. У мене немає обмежень у статевому житті в зв'язку з хворобою.

Якщо у Вас у зв'язку із захворюванням є обмеження, то:

- 17. Чим це обумовлено?**
- а. Я вимушений обмежувати себе через фізичні причини (болі, задишка тощо).
 - б. Я обмежую себе тому, що вважаю, що надмірне навантаження може зашкодити моєму здоров'ю.
 - в. Я обмежую себе у відповідності із рекомендаціями лікуючого лікаря.
 - г. Я обмежую себе тому, що так мені радять оточуючі (близькі, друзі тощо).
 - д. Я ні в чому не обмежую себе у зв'язку із захворюванням.

АНКЕТА “САМООЦІНКА ЗДОРОВ’Я”

1. Чи турбує Вас головний біль?
2. Чи турбує Вас біль у ділянці серця?
3. Чи можна сказати, що Ви легко прокидаєтесь від будь-якого шуму?
4. Чи вважаєте Ви, що у Вас погіршився зір?
5. Чи вважаєте Ви, що у Вас погіршився слух?
6. Чи намагаєтесь Ви пити лише кип’ячену воду?
7. Чи поступаються Вам молодші місцем у міському транспорті?
8. Чи турбує Вас біль у суглобах?
9. Чи впливає на Ваше самопочуття переміна погоди?
10. Чи бувають у Вас періоди, коли через хвилювання Ви втрачаєте сон?
11. Чи турбують Вас закрепи?
12. Чи турбує Вас біль у печінці?
13. Чи бувають у Вас запаморочення?
14. Чи стало Вам важче зосередитися, ніж у минулі роки?
15. Чи турбує Вас послаблення пам’яті, забудькуватість?
16. Чи відчуваєте Ви у різних ділянках тіла поколювання, “повзання мурашок”?
17. Чи турбує Вас шум або дзвін у вухах?
18. Чи тримаєте Ви для себе у домашній аптечці один з цих препаратів: валідол, нітрогліцерин?
19. Чи бувають у Вас набряки на ногах?
20. Чи довелося Вам відмовитися від деяких страв?
21. Чи буває у Вас задишка під час швидкої ходьби?
22. Чи турбує Вас біль у поперековій ділянці?
23. Чи доводилося вам вживати з лікувальною метою мінеральну воду?
24. Можна сказати, що Ви стали легко плакати?
25. Чи буваєте Ви на пляжі?
26. Чи вважаєте Ви, що зараз Ви так само працездатні, як і раніше?
27. Чи бувають у Вас такі періоди, коли Ви відчуваєте себе радісно збудженим, щасливим?
28. Як Ви оцінюєте стан свого здоров’я:
 - а) добрий
 - б) задовільний
 - в) поганий
 - г) дуже поганий

ОПИТУВАЛЬНИК ДЕПРЕСІЇ БЕКА (А.Т. ВЕСК, 1961)

Інструкція: в кожній групі висловлювань, позначеною великою літерою (А, Б тощо) відмітьте одне із тверджень, яке найбільш відповідає Вашому стану на даний момент

А	В мене немає поганого настрою	0
	Я відчуваю пригніченість або тугу	1
	Я постійно відчуваю пригніченість або тугу і не можу їх позбутися	2а
	Я настільки нещасливий, а настроїй такий поганий, що мене це дуже засмучує	2б
	Я настільки нещасливий, а настроїй такий поганий, що я не можу цього витерпіти	3
Б	Я не відчуваю особливого песимізму або розгубленості з приводу майбутнього	0
	Я відчуваю розгубленість з приводу майбутнього	1
	Я відчуваю, що попереду у мене нічого немає	2а
	Я відчуваю, що ніколи не зможу подолати свої негаразди	2б
	Я відчуваю, що майбутнє безнадійно і що вже ніщо не можливо виправити	3
В	Я не відчуваю нічого схожого на власну неспроможність	0
	Я вважаю, що у мене більше невдач, ніж у звичайної людини	1
	Я відчуваю, що занадто мало зробив такого, що заслуговує на увагу	2а
	Оглядаючись на своє життя, я бачу лише низку невдач	2б
	Я відчуваю, що повністю неспроможний як особистість (батько, мати, чоловік, дружина)	3
Г	Я цілком задоволений собою	0
	Я нудькую більшу частину часу	1а
	Я не відчуваю такого задоволення, як раніше	1б
	Я взагалі не почуваю задоволення	2
	Будь-яка подія викликає у мене незадоволення	3
Д	Я не відчуваю за собою ніякої провини	0
	Я здаюся собі поганим, негідним значну частину дня	1
	Я відчуваю почуття провини	2а
	Я здаюся собі поганим, негідним практично весь час	2б
	Мені постійно здається, що я дуже погана і мізерна людина	3
Є	Мені немає звідки чекати покарання	0
	Я відчуваю, що зі мною щось трапиться	1
	Я відчуваю, що мене карають або що ось-ось я буду покараний	2
	Я відчуваю, що заслуговую покарання	3а
	Я хочу, щоб мене покарали	3б
Ж	Я у собі не розчарований	0
	Я розчарований у собі	1а
	Я собі не подобаюсь	1б
	Я відчуваю відразу до самого себе	2
	Я самого себе ненавиджу	3
З	Я не вважаю, що я чимось гірше за інших	0
	Я занадто критично сприймаю свої слабості та помилки	1
	Я звинувачую себе за те, що все йде не так	2а
	Я знаю за собою дуже багато серйозних недоліків	2б
	Я звинувачую себе за все погане, що трапилося	3
І	Мені навіть не спадає на думку причинити собі шкоду	0
	У мене виникають думки про самогубство, але я не буду цього робити	1
	Мені було б краще померти	2а
	У мене є план, як здійснити самогубство	2б
	Я відчуваю, що моїй родині було б легше, якби я помер	2с
Я би вбив себе, якби зміг	3	
К	Я плачу не частіше, ніж звичайно	0
	Зараз я плачу частіше, ніж звичайно	1
	Я весь час плачу і не можу зупинитися	2
	Раніше я міг заплакати, але тепер цього не виходить, навіть, якщо я хочу	3

Л	Зараз я не більш роздратований, ніж звичайно	0
	Я дратуюся більше, ніж звичайно	1
	Я весь час відчуваю дратівливість	2
	Мене вже не дратують речі, які повинні були б дратувати	3
М	Я не втратив інтересу до людей	0
	Я зараз менше цікавлюся людьми	1
	Я втратив майже весь інтерес до людей, і вони не викликають в мене будь-яких почуттів	2
	Я втратив інтерес до людей, їх існування мене не хвилює	3
Н	Я такий же нерішучий, як і раніше	0
	Я не так, як раніше, впевнений у собі і намагаюсь відкласти прийняття рішення на потім	1
	Я не можу наважитись на щось без сторонньої допомоги	2
	Я взагалі більше не можу приймати рішення	3
О	Я виглядаю не гірше, ніж раніше	0
	Я стурбований тим, що виглядаю постарілим і непривабливим	1
	Я помічаю у своїй зовнішності стійкі зміни, які роблять мене непривабливим	2
	Я відчуваю, що моя зовнішність стала потворною, відразливою	3
П	Я можу працювати так само добре, як і раніше	0
	Мені потрібні додаткові зусилля, щоб почати щось робити	1а
	Я не працюю так само добре, як раніше	1б
	Мені потрібно докласти значних зусиль, щоб примусити себе щось зробити	2
	Я зовсім не можу працювати	3
Р	Я сплю, як звичайно	0
	Вранці я просинаюсь незвично втомленим	1
	Я просинаюсь на 2-3 години раніше звичайного, і мені важко засинати	2
	Я просинаюсь раніше і сплю не більше 5 годин	3
С	Я втомлююсь не більше звичайного	0
	Я втомлююсь швидше, ніж раніше	1
	Я втомлююсь від будь-якої справи	2
	Я втомлений настільки, що не можу нічого зробити	3
Т	Мій апетит не гірший, ніж раніше	0
	Мій апетит не такий добрий, як раніше	1
	Мій апетит дуже погіршився	2
	В мене взагалі немає апетиту	3
У	Якщо я і втратив у вазі за останній час, то небагато	0
	Я втратив більше 2 кг ваги	1
	Я втратив більше 4 кг ваги	2
	Я втратив більше 6 кг ваги	3
Ф	Я думаю про своє здоров'я не частіше, ніж звичайно	0
	Я стурбований через болі або інші відчуття у тілі, через розлади шлунку, закрепи	1
	Я настільки сконцентрований на тому, що і як я відчуваю, що думати про щось інше мені важко	2
	Я повністю занурений у свої відчуття	3
Х	Я не помітив ніяких змін у моєму статевому житті	0
	Моя статева активність є меншою, ніж раніше	1
	Моя статева активність значно зменшилась	2
	Я втратив статеву активність	3

Критерії оцінки:

до 9 балів – депресивні розлади відсутні
10-18 балів – легко виражені депресивні зміни
19-26 балів – помірно виражені депресивні зміни
більше 26 балів – різко виражені депресивні зміни

Опитувальник Д. Голланда

Досліджуваному пропонують з кожної пари професій вибрати одну, що більш йому підходить (виходячи із здібностей і можливостей):

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| 1. а) інженер-технік | б) інженер-контролер |
| 2. а) в'язальник | б) санітарний лікар |
| 3. а) кухар | б) складач |
| 4. а) фотограф | б) завідувач магазином |
| 5. а) кресляр | б) дизайнер |
| 6. а) філософ | б) психіатр |
| 7. а) учений-хімік | б) бухгалтер |
| 8. а) редактор наукового журналу | б) адвокат |
| 9. а) лінгвіст | б) перекладач худ. літератури |
| 10. а) педіатр | б) статистик |
| 11. а) організатор виховної роботи | б) голова профспілки |
| 12. а) спортивний лікар | б) фейлетоніст |
| 13. а) нотаріус | б) постачальник |
| 14. а) перфоратор | б) карикатурист |
| 15. а) політичний діяч | б) письменник |
| 16. а) садівник | б) метеоролог |
| 17. а) водій | б) медсестра |
| 18. а) інженер-електрик | б) секретар-друкарка |
| 19. а) маляр | б) художник по металу |
| 20. а) біолог | б) головний лікар |
| 21. а) телеоператор | б) режисер |
| 22. а) гідролог | б) ревізор |
| 23. а) зоолог | б) зоотехнік |
| 24. а) математик | б) архітектор |
| 25. а) працівник ІДН | б) рахівник |
| 26. а) вчитель | б) командир дружинників |
| 27. а) вихователь | б) художник по кераміці |
| 28. а) економіст | б) завідувач відділом |
| 29. а) коректор | б) критик |
| 30. а) завгосп | б) директор |
| 31. а) радіоінженер | б) фахівець по ядерній фізиці |
| 32. а) наладчик | б) механік |
| 33. а) агроном | б) голова сільгоспкооперативу |
| 34. а) закрійник-модельєр | б) декоратор |
| 35. а) археолог | б) експерт |
| 36. а) працівник музею | б) консультант |
| 37. а) вчений | б) актор |
| 38. а) логопед | б) стенографіст |
| 39. а) лікар | б) дипломат |
| 40. а) головний бухгалтер | б) директор |
| 41. а) поет | б) психолог |
| 42. а) архіваріус | б) скульптор |

КЛЮЧ ДО ОПИТУВАЛЬНИКА ГОЛАНДА:

Реалістичний тип: 1a, 2a, 3a, 4a, 5a, 16a, 17a, 18a, 19a, 21a, 31a, 32a, 33a, 34a

Інтелектуальний тип: 1б, 6а, 7а, 8а, 9а, 16б, 20а, 22а, 23а, 24а, 31б, 35а, 36а, 37а

Соціальний тип: 2б, 6б, 10а, 11а, 12а, 17б, 20б, 25а, 26а, 27а, 36б, 38а, 39а, 41б

Конвенціональний тип: 3б, 7б, 10б, 13а, 14а, 18б, 22б, 25б, 28а, 29а, 32б, 38б, 40а, 42а

Підприємливий тип: 4б, 8б, 11б, 13б, 15а, 23б, 26б, 28б, 30а, 33б, 35б, 37б, 39б, 40б

Артистичний тип: 5б, 9б, 12б, 14б, 15б, 19б, 21б, 24б, 27б, 29б, 30б, 34б, 41а, 42б

ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ:

За допомогою тесту діагностують **шість типів**:

1. Реалістичний тип — несоціальний, емоційно стабільний. розвинені математичні, невербальні здібності. Професіонали даного типу схильні займатися конкретними речами та їх використанням, віддають перевагу заняттям, що вимагають застосування фізичної сили, спритності. Орієнтовані в основному на практичну працю, швидкий результат діяльності. Здібності до спілкування з людьми, формулювання і викладу думок розвинені слабо.

Рекомендуються професії: механік, електрик, інженер, агроном, садівник, кондитер, кухар та інші професії, які передбачають вирішення конкретних задач, наявність рухливості, наполегливості, зв'язок з технікою. Спілкування не є провідним в структурі діяльності.

2. Інтелектуальний тип – несоціальний, аналітичний, раціональний, незалежний, оригінальний, розвинені вербальні і невербальні здібності. Професіонали даного типу відрізняються аналітичністю, раціоналізмом, незалежністю, оригінальністю, не схильні орієнтуватися на соціальні норми. Володіють достатньо розвиненими математичними здібностями, добрим формулюванням і викладенням думок, схильністю до вирішення логічних, абстрактних задач.

Рекомендуються професії: пов'язані з науковою діяльністю – ботанік, астроном, математик, фізик, філософ, програміст та інші, в діяльності яких необхідні творчі здібності і нестандартне мислення. Спілкування не є провідним видом діяльності.

3. Соціальний тип — володіє соціальними вміннями, потребує контактів. Активний, залежний від думки групи людей. Професіонали даного типу гуманні, чутливі, активні, орієнтовані на соціальні норми, здатні до співпереживання, вміння зрозуміти емоційний стан іншої людини. Володіють хорошими вербальними (словесними) здібностями, із задоволенням спілкуються з людьми. Математичні здібності розвинені слабо. Люди цього типу орієнтовані на працю, головним змістом якої є взаємодія з іншими людьми, можливість вирішувати задачі, що припускають аналіз поведінки і навчання людей.

Можливі сфери діяльності: навчання, лікування, обслуговування та інші, що вимагають постійного контакту і спілкування з людьми, здібностей до переконання (вчителі, лікарі, психологи).

4. Конвенціональний тип — стереотипний, конкретний, практичний. Слабо розвинені організаторські здібності, переважають математичні здібності. Професіонали даного типу практичні, конкретні, не люблять відступати від задуманого, енергійні, орієнтовані на соціальні норми. Віддають перевагу чітко визначеній діяльності, вибирають з навколишнього середовища цілі і задачі, поставлені перед ними звичаями та суспільством.

Рекомендуються професії: пов'язані з канцелярією і розрахунковими роботами, із створенням та оформленням документів, встановленням кількісних співвідношень між числами, системами умовних знаків, такі як: бухгалтер, патентознавство, нотаріус, топограф, коректор та інші, направлені на обробку інформації, наданої у вигляді умовних знаків, цифр, формул, текстів. Сфера спілкування в таких видах діяльності обмежена і не є провідною, що цілком

влаштовує даний тип особистості. Комунікативні і організаторські здібності розвинені слабо, проте чудово розвинені виконавські якості.

5. Підприємливий тип — представник даного типу домінуючий. Професіонали даного типу кмітливі, практичні, швидко орієнтуються в складній обстановці, схильні до самостійного ухвалення рішень, соціальної активності, лідерства; тяжіють до пригод (можливо, авантюрних). Володіють достатньо розвиненими комунікативними здібностями. Не схильні до занять, що вимагають посидючості, великої і тривалої концентрації уваги. Віддають перевагу діяльності, що вимагає енергії, організаторських здібностей.

Рекомендуються професії: завідувач, директор, дипломат, підприємець, менеджер, продюсер, журналіст, телеоператор та інші, пов'язані з керівництвом, управлінням і впливом на різних людей в різних ситуаціях.

6. Артистичний тип — спирається на емоції, уяву, інтуїцію. Незалежний в рішеннях, оригінальний. Високо розвинені моторні і вербальні здібності. Професіонали даного типу оригінальні, незалежні в ухваленні рішень, рідко орієнтуються на соціальні норми і думки, володіють незвичайним поглядом на життя, гнучкістю і швидкістю мислення, високою емоційною чутливістю. Відносини з людьми будують, спираючись на свої відчуття, емоції, уяву, інтуїцію. Володіють хорошою реакцією і загостреним сприйняттям. Люблять і уміють спілкуватися.

Можливі сфери діяльності: акторсько-сценічна, музична, образотворча.

Навчально-методичне видання

ЯВОРОВЕНКО Оксана Борисівна
БЕЛЯЄВА Наталія Миколаївна
СЕМЕНЕНКО Святослав Ігоревич

**МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ
ДІАГНОСТИКИ ІНВАЛІДІВ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ПРАКТИЦІ МСЕК**

Методичні рекомендації

Підписано до друку 02.09.2009 Формат 29,7x42 %
Гарнітура Times New Roman
Папір офсетний. Друк різнографічний.
Ум. друк. арк. 32, 34

Друк ТОВ «ПЦ «Енозіс»
Наклад 90 прим.