

И. Р. Боровко, В. И. Власенко

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБОРА ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

*Кафедра организации медицинского обеспечения войск
и экстремальной медицины ВМедФ в БГМУ*

В статье затрагиваются вопросы возникновения, развития и становления профессионального психологического отбора как в странах дальнего зарубежья, так и в Российской Федерации и других странах СНГ. Проведен анализ научной литературы по проблемам профессионального психологического отбора военнослужащих и лиц, отбираемых для работы в условиях профессиональных вредностей, стрессовых ситуаций, воздействия экстремальных факторов окружающей обстановки. Указаны основные ошибки, допущенные в процессе развития учения о профессиональном психологическом отборе, различия во взглядах и подходах к критериям оценки результатов проведенных исследований.

Исторические факты свидетельствуют о том, что профессиональный отбор (далее – ПО) на государственную, в том числе, на военную службу развивался вместе с развитием человеческого общества и государственности. Так, в древнем Китае, Спарте, Греции, Руси и других государствах существовали процедуры испытаний и системы требований, предъявляемых к чиновникам и воинам. Они давали определенный положительный эффект, однако, в связи со слабым развитием науки, не могли быть научно обоснованными и носили эмпирический характер. Впервые проблема научного обоснования ПО (выделения сто-

пеней здоровья) была поставлена в период Первой мировой войны 1914-1918 гг., когда возникла необходимость тотальной мобилизации населения. И. Смолляров [22] описывал опыт медицинского освидетельствования призывников английской армии в этот период. Проблема оказалась настолько сложной, что существующие до этого положения себя не оправдали и за 4 года дважды пересматривались. В окончательном варианте (от 1917 г.) предусматривалось выделение 4 категорий пригодности по состоянию здоровья: 1-я – люди совершенно здоровые, не имеющие органических заболеваний и физических дефектов; 2-я –

☆ В помощь войсковому врачу

лица, по состоянию своего здоровья ограниченно способные к физической работе, но могущие после тренировки оказаться физически полноценными; 3-я – лица с теми или иными отклонениями от нормы, не годные к службе в боевых условиях, но годные для того или иного вида работ в условиях постоянного нахождения на одном месте; 4-я – не годные вовсе к военной службе. При этом особое внимание впервые уделялось вопросам, связанным с теми или иными физиологическими отклонениями, которые, являясь отклонениями от физиологической нормы, не могли быть отнесены к разряду патологических и не давали оснований делать выводы о неполноценности этих лиц. Несмотря на серьезную постановку вопроса, в 1914 г. было установлено, что от 7 до 10% всех госпитализированных офицеров и от 3 до 4% рядовых были больны нервно-психическими болезнями на почве нервно-психического переутомления («травматический невроз»). В армиях всех стран был признан ведущим медицинский отбор с оценкой общего здоровья и физической работоспособности. Дополнительными методами выступали психотехнические, так называемые, психологические психометрические тесты, и биографические методы (в Великобритании и США), а также антропометрические методы с помощью которых, например, в фашистской Германии создавался «портрет истинного арийца».

Не менее остро стояла данная проблема в Русской (затем Красной и Советской) армиях, в связи с чем получила развитие педология – наука о развитии ребенка и возможностях влияния на него. Нарком просвещения А.В. Луначарский ставил задачи педологам: «Педология, изучив, что такое ребенок, по каким законам он развивается, ... тем самым осветит перед нами самый важный ... процесс производства нового человека параллельно с производством нового оборудования ...». П. П. Блонский писал: «Наряду с растениеводством и животноводством должна существовать однородная с ними наука – человеководство, и педагогика ... должна занять свое место рядом с зоотехникой и фитотехникой, заимствуя от последних, как более разработанных родственных наук, свои методы и принципы». Н.И. Бухарин выражался еще более определенно: «Нам сейчас свои силы нужно устремлять не в общую «болтологию», а на то, чтобы в кратчайший срок произвести определенное количество живых рабочих, квалифицированных, специально вышколенных машин, которые можно было бы сейчас завести и пустить в общий оборот». Эти абсолютно серьезные тексты были стержнем обычного учебника педологии, на котором росло и работало не одно поколение психологов, психотехников (специалистов по профессиональному психологическому отбору) и педагогов. Под этими лозунгами вместо наук о сущем появляются «учения о должном». Вопрос «что это?» отныне и надолго заменяется вопросом «как это переделать?». Один из ведущих педологов А.Б. Залкинд констатировал, что «... в стране вырос новый массовый человек, который с колоссальным трудом пробивается через наше образование, потому что он пущен в творчество без научной системы. Революционная эпоха создала его в кустарном порядке, но побеждает он изумитель-

но». Как затем окажется, в этом и состоял трагизм ситуации, когда безграмотные «народные массы» вооруженные лозунгами и догмами сами слепо строили тоталитарное общество [29].

К числу положительных явлений того времени следует отнести тот факт, что усилиями педологов были достигнуты большие успехи на поприще ликвидации безграмотности. Это сказалось и на состоянии дел в Красной армии, куда уже тогда требовался грамотный солдат. В это время были созданы профиограммы летчиков, моряков, врачей и других специальностей для армии. Проведены многолетние лонгитюдные исследования развития детей и подростков (призывного ресурса). Однако с 20-х годов для советской науки становится характерной прагматическая, утилитарная или даже «техническая» направленность, которая резко изменяет развитие науки [29]. Начало кризиса педологии и ПО положили нападки самих педологов на истинную науку (медицину, психоневрологию, физиологию и др.), которые «не оказывали содействия массам, не делали того, что необходимо для революции». В 1936 г. вышло постановление ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе Наркомпросов», которым запрещались такие «извращения» как педология, психология и, соответственно, профессиональный отбор и консультирование.

Инициаторами восстановления опыта профессионального отбора, консультирования и психологической службы явились Е.А. Климов [8], Б.С. Фролов и др. ученые, которые связывали необходимость данных мероприятий с нарастающими психическими нагрузками в период научно-технической революции и необходимостью более качественно и надежно решать проблемы современной жизни с участием психического фактора.

Так, Б.С. Фролов впервые предложил и организовал проведение массовых психопрофилактических обследований с целью выделения групп психического здоровья (в том числе в интересах профессионального отбора). Он полагал, что массовые обследования это выявление не только и не столько выраженной патологии, сколько диагностика предпатологии – состояния с латентной, тонкой, невыраженной, компенсированной, легкой, функциональной, инициальной, резидуальной, редко проявляющейся, возникающей в особых условиях патологией. Речь идет о выявлении лиц с психической недостаточностью субклинического донологического уровня, которые обуславливают неоптимальное психическое функционирование при решении тех или иных задач. Автор выделил три этапа работы системы: а) оценка и прогноз психического здоровья; б) динамическое наблюдение и катamnестические обследования; в) корректировка методов и совершенствование системы в ходе повторения циклов и накопления случаев наблюдений. На первом этапе предлагается давать две оценки – диагностическую и прогностическую, которые на последующем этапе должны подтверждаться, частично подтверждаться или опровергаться, что в свою очередь служит поводом для корректировки концептуальных и методических приемов [26].

С.Б. Семичов [21] разделил состояние здоровья на

следующие степени, отличающиеся друг от друга мерой вероятности возникновения болезни: идеальная норма, среднестатистическая норма, конституциональная норма, акцентуация (личности или характера), предпатология (функциональная норма или повышенный риск), предболезнь (дисфункциональное состояние, о котором допустимо говорить только с момента возникновения дезадаптации). Особое внимание автор уделяет тому, чтобы не впасть в тенденцию к «патологизации» здоровья. Для этого необходимо определить черты, которые отличают донозологические явления от болезни: а) большая степень критики человека к своему состоянию и способность контролировать его; б) слишком кратковременный, эпизодический характер расстройств (особенно реакций), если они даже достигают выраженной степени; в) отсутствие закономерного и относительно стереотипного характера всех проявлений и их динамики; г) парциально сохраненный или даже парциально повышенный уровень функционирования организма и личности; д) не только принципиальная обратимость, но даже принципиальная возможность «выигрыша» в результате благополучного разрешения предболезненного кризиса («эффект закаливания»).

Одну из наиболее обоснованных и часто применяемых классификаций состояний нервно-психической адаптации (дезадаптации), а также методику для «измерения» этого явления предложил И.Н. Гурвич [6]. Классификация и методика основаны на подходах Ю.А. Александровского [1] и С.Б. Семичова [21]. Предполагается, что ослабление адаптационной психической деятельности клинически выражается в психопатологических образованиях, наблюдаемых при пограничных формах нервно-психических расстройств. Для придания континууму «здоровье – болезнь» необходимой однонаправленности автор предложил следующие уровни нервно-психической адаптации: здоровые, оптимальная адаптация, непатологическая нервно-психическая дезадаптация, патологическая нервно-психическая дезадаптация и вероятно болезненное нервно-психическое состояние.

Ни с одним из авторов невозможно не согласиться: все эти явления имеют место, актуальность их изучения чрезвычайно велика и эффективна с позиций первичной профилактики. Однако единой устоявшейся концепции по настоящее время нет. Все представленные группировки и классификации можно определить как симптомоцентрированные, нозоцентрированные или клиникоцентрированные, которые неправомерно применять к оценке здоровья здоровых людей.

И.Г. Ульянов [24] выделяет 4 уровня психофизической адаптации; В.В. Пешков [19] и С.Н. Русанов [20] выделяют «успешных» и «неуспешных»; С.С. Климченко [9] – «лучших» и «худших». Здесь очерчивается иное, функциоцентрированное направление, позволяющее оценивать сохраненные и потенциально реализуемые резервы здорового человека. Очевидно, что наиболее перспективным является направление по именно такому изучению конкретной популяционной выборки при выполнении профессиональных задач в конкретных условиях.

Широкому обсуждению подвергается проблема

создания «индекса здоровья». Его создание подразумевает адекватное вмешательство с целью укрепления здоровья. Однако такая возможность по настоящее время не доказана по следующим причинам. Если представить некую шкалу состояний здоровья, то на ней явно определяется лишь одна нижняя точка – смерть. Вторая (достаточно приемлемая точка) – возникновение хронического заболевания. В выше расположенной части шкалы, соответствующей здоровью, представляется возможным указать только признаки здоровья, но не описать верхнюю точку шкалы. Слишком расплывчаты представления о здоровье: одни говорят о степени здоровья как об уровне (по аналогии с температурой), другие – как о качестве, третьи – как о процессе и т. п. Кроме того, представляется чрезвычайно сложным выделить референтного критерия здоровья [3, 4, 5, 11, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36].

Все приведенные авторы разделяют точку зрения о том, что отсутствие жалоб и симптомов заболеваний не означает наличия достаточного здоровья для выполнения особых задач в особых условиях армейской службы, т. е. о том, что для ПО традиционные медицинские меры оказываются недостаточными.

В настоящее время в армиях СНГ существует следующая система ПО специалистов: отбор по критериям состояния здоровья (точнее, отсутствия болезней), физического развития и образовательного ценза при поступлении на учебу или профессиональной компетентности при приеме на службу. Эти три вида отбора существуют довольно давно, имеют богатую историю и регламентируются соответствующими руководящими документами. Целью ПО является формирование воинских частей и подразделений специалистами, соответствующими по всем параметрам конкретным должностям. Задачей ПО является отсев кандидатов, не соответствующих данной воинской специальности.

Введение четвертого вида отбора – профессионального психологического (далее – ППО) было вызвано усложнением многих видов вооружения и техники, повышением требований к психическому здоровью и морально-деловым (личностным) качествам специалистов. Впервые ППО был введен (реабилитирован) в 1964 г. только в отдельных учебных заведениях и родах войск. Он доказал свою эффективность и с 1986 г. [16] введен во всех родах войск и военных вузах СССР, предполагая изучение социально-психологических, психофизиологических и личностных качеств кандидатов.

Под ППО понимается комплекс мероприятий по осуществлению качественного комплектования воинских должностей на основе обеспечения соответствия профессионально важных индивидуально-психологических качеств и способностей граждан, поступающих на военную службу, и военнослужащих требованиям военно-профессиональной деятельности [14].

Критерии ППО имеют свои особенности. Во-первых, для их разработки необходимы предварительные исследования профессионально важных психологических качеств, требуемых для конкретного вида деятельности («профессиограммы»), которые могут способствовать успешной деятельности. Эта процедура должна

☆ В помощь войсковому врачу

проводиться группой экспертов – опытных специалистов конкретной профессии. Затем эти качества должны «привязываться» к личности человека: что представляет собой это качество с точки зрения физиологии, где в структуре личности оно формируется, какие его взаимоотношения с другими психическими и физиологическими показателями, т.е. необходима приемлемая и научно-обоснованная концепция личности. Затем для изучения (измерения) этих качеств подбирается комплекс адекватных методов и методик. И только после этого конкретное качество измеряется на популяционном уровне (характеристика всего населения), на групповых уровнях (возрастных, половых, профессиональных) и индивидуальных уровнях. При этом проводится их проверка по различным критериям (валидность, надежность и др.) [2].

ППО состоит из социально-биографического изучения, психологического и психофизиологического обследования и включает оценку уровня развития познавательных психических процессов, оценку адаптационных возможностей личности и нервно-психической устойчивости, уровня развития специальных (профессионально важных качеств) индивида и, безусловно, активационной (потребностно-мотивационной) сферы как решающего фактора при прочих равных. По интегральной оценке этих качеств должно выделяться 4 категории профессиональной пригодности (группы риска) [15]:

1-я категория – рекомендуются в первую очередь. Относимые к этой категории граждане по уровню развития профессионально важных качеств полностью соответствуют требованиям воинских должностей, что позволяет им в установленные сроки овладеть специальностью, иметь преимущественно отличные оценки и получить классную квалификацию.

2-я – рекомендуются. Относимые к этой категории граждане и военнослужащие по уровню развития профессионально важных качеств в основном соответствуют требованиям воинских должностей, что позволяет им в установленные сроки овладеть специальностью, иметь преимущественно хорошие оценки.

3-я – рекомендуются условно. Относимые к этой категории граждане и военнослужащие по уровню развития профессионально важных качеств минимально соответствуют требованиям должностей, с трудом овладевают специальностью в установленные сроки, имеют преимущественно удовлетворительные оценки. Допускаются к обучению или профессиональной деятельности при недостатке кандидатов.

4-я – не рекомендуются. Относимые к этой категории граждане и военнослужащие по уровню развития профессионально важных качеств не соответствуют требованиям воинских должностей. Они не могут быть направлены для подготовки по военно-учетным специальностям в общественные объединения и учебные воинские части; направлены на обучение в военно-учебные заведения; приняты на военную службу по контракту на соответствующие воинские должности. Они назначаются только на воинские должности, для выполнения которых не требуются особые профессионально важные качества (прочие воинские должности).

Многолетний опыт проведения мероприятий ППО как за рубежом, так и в нашей стране показывает, что он является одним из основных резервов повышения успешности деятельности военнослужащих, обеспечения и поддержания высокой эффективности современных военно-технических систем, дает значительный экономический эффект [14]. Кроме экономического, ППО дает существенный моральный эффект. Так, в подразделениях, укомплектованных лицами 1 и 2-й категорий пригодности, отмечаются более низкая заболеваемость, высокая мотивированность, успеваемость, дисциплинированность, удовлетворенность своим трудом и друг другом. В них существенно реже наблюдаются неуставные взаимоотношения и чрезвычайные происшествия [27].

Основным «инструментарием», используемым в ППО, являются психофизиологические (психометрические) тесты, количество которых в мире превышает несколько тысяч. Тестовое испытание – это задание, имеющее целью выявить уровень развития определенных способностей, общей или специальной одаренности, а также некоторых личностных особенностей. Данный метод удовлетворяет требованиям, предъявляемым к доклинической гигиенической диагностике. Он корректно отражает воздействия реальной ситуации на конкретные контингенты населения, позволяет диагностировать предпатологические состояния разной степени выраженности, обеспечивает адекватную оценку целостного организма, является относительно недорогими и неинвазивными, пригодными для массовой диагностики и индивидуального адресного мониторинга [23, 25].

В основе применения тестов в качестве метода определения профессиональной пригодности лежит презумпция относительно устойчивых индивидуальных физических и психофизиологических различий между людьми, которые проявляются как в степени успешности овладения профессией, так и в выполнении специалистами конкретных работ (безошибочность действий, качество продукции и др.). Высказывается мнение, что эти различия в результате обучения смягчаются, но не устраняются полностью [18].

Мероприятия ППО не ограничиваются первичным отбором. В процессе службы специалисты (психофизиологи и психологи) продолжают изучать людей в динамике адаптации, проверять правильность своих прогнозов, корректировать методики и критерии. Кроме этого, опыт последних лет показывает, что этой работы явно недостаточно. По причинам общего снижения здоровья населения (в т. ч. призывного контингента) и фактического отсутствия или малого конкурса на военную службу нередко попадают люди, которые нуждаются в серьезной помощи специалистов. Поэтому в настоящее время проблема медико-психологического и социального сопровождения (обеспечения) учебно-боевой деятельности военнослужащих рассматривается как более актуальная, чем ППО [7, 13, 14, 17].

Таким образом, ППО представляет систему мероприятий, направленных на выявление лиц, которые по уровню моральных качеств, состоянию здоровья с учетом психологических данных, физической подготов-

ленности и общеобразовательной подготовки пригодны для службы по конкретной специальности. Он является одним из наиболее перспективных направлений профилактики психических и соматических расстройств, сохранения здоровья военнослужащих, оптимизации их адаптации, повышения эффективности профессиональной деятельности, увеличения профессионального долголетия и снижения предпосылок для чрезвычайных происшествий. ППО позволяет максимально приблизить возможности, способности и интересы человека к интересам среды деятельности. При выполнении этого условия минимизируется риск срывов деятельности, что в интересах и человека, и среды деятельности, и общества [10, 12, 14].

В современной военно-медицинской науке в качестве главных направлений первичной профилактики заболеваний рассматриваются санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия. Учитывая возрастающие требования научно-технического прогресса к человеку-оператору (в частности, к его психическим качествам) и снижение общего и психического здоровья населения, становится очевидным, что данные мероприятия недостаточны. Одним из самых перспективных мероприятий по первичной профилактике состояний дезадаптации и заболеваний в условиях армейской службы являются ПО (включающий ППО) и медико-психологическое сопровождение (мониторинг) деятельности специалистов. Данные мероприятия нуждаются в научном сопровождении, дальнейшем развитии и совершенствовании.

Литература

1. Александровский, Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация: Пограничные нервно-психические расстройства / Ю. А. Александровский. М.: Наука, 1976. – 272 с.
2. Анастаси, А. Психологическое тестирование / А. Анастаси. В 2-х т.; пер. с англ. / под ред. К. М. Гуревича, В. И. Лубовского. М.: Педагогика, 1982.
3. Баевский, Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р. М. Баевский. М.: Медицина, 1979. – 295 с.
4. Бугро, С. А. Проблема профессионального здоровья в авиационной медицине / С. А. Бугров, Э. В. Лапаев, В. А. Пономаренко // Воен.-мед. журн. 1993. № 1. – С. 61 – 64.
5. Власов, В. В. Возможен ли индекс здоровья? / В. В. Власов // Воен.-мед. журн. 1998. № 2. – С. 47 – 50.
6. Гурвич, И. Н. Тест нервно-психической адаптации / И. Н. Гурвич // Вестник гипнологии и психотерапии. СПб., 1992. – С. 46 – 53.
7. Донченко, В. Г. О концепции психофизиологического обеспечения профессиональной деятельности военнослужащих / В. Г. Донченко // Воен.-мед. журн. 1999. № 5. – С. 60 – 63.
8. К 70-летию со дня рождения Е. А. Климова // Вопр. психол. 2000. № 4. – С. 146 – 147.
9. Климченко, С. С. Личностно-ориентированный подход к преподаванию токсикологии в военно-медицинском институте: автореф. дис. канд. пед. наук: 19.00.03 / С. С. Климченко. Саратов: СВМедИ, 1999. – 27 с.
10. Кулагин, Б. В. Основы профессиональной психодиагностики / Б. В. Кулагин. Л.: Медицина, 1984. – 216 с.
11. Линник, В. С. Подходы к построению интегральной шкалы состояний для автоматизированных систем психофизиологической диагностики / В. С. Линник, А. В. Линник // Актуал. вопр. психофизиологического обеспечения боевой подготовки специалистов ВС РФ: материалы Всеарм. науч. конф. СПб., 2000. – С. 45 – 46.
12. Методология и принципы комплексной психологической оценки профессиональной пригодности военных специалистов / А. А. Боченков [и др.] // Воен.-мед. журн. 1994. № 11. – С. 41 – 46.
13. Научно-методические и организационные аспекты психофизиологического сопровождения военной службы на флоте / В. Г. Донченко [и др.] // Воен.-мед. журн. 2001. № 6. – С. 14 – 22.
14. Новиков, В. С. Пути совершенствования профессионального психологического отбора и психофизиологического сопровождения учебного процесса вуза / В. С. Новиков // Воен.-мед. журн. 2001. № 4. – С. 9 – 14.
15. Об утверждении «Руководства по профессиональному психологическому отбору в Вооруженных силах Российской Федерации»: Приказ МО РФ № 50 от 26 января 2000 г. М., 2000. – 55 с.
16. О введении в действие «Руководства по профессиональному психологическому отбору молодежи и военнослужащих и их рациональному распределению по специальностям при прохождении действительной военной службы в Вооруженных силах СССР»: Приказ МО СССР № 162 от 23 июля 1986 г. М., 1986. – 48 с.
17. О системе работы должностных лиц и органов управления по сохранению и укреплению психического здоровья военнослужащих ВС РФ: Приказ МО РФ № 440 от 25.09.1998 г. М., 1998. – 12 с.
18. Основные этапы подбора и адаптации психологических методик в целях профессионального психологического отбора: метод. пособие. М., 1991. – 72 с.
19. Пешков, В. В. Динамика психофизиологического состояния стюардесс в процессе профессиональной деятельности (применительно к профессиональному психофизиологическому отбору военнослужащих-женщин): автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.00.32 / В. В. Пешков. СПб.: ВМедА, 1997. – 24 с.
20. Русанов, С. Н. Взаимосвязь показателей функционального состояния организма слушателей военно-медицинского факультета с успешностью обучения: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.00.17 / С. Н. Русанов. Саратов: СВМедИ, 1997. – 20 с.
21. Семичов, С. Б. Предболезненные психические расстройства / С. Б. Семичов. Л.: Медицина, 1987. – 184 с.
22. Смоляров, И. М. Санитарная служба английской армии в Первую мировую войну 1914 – 1918 гг. / И. М. Смоляров. М.: Гбс. воен. изд-во Наркомата обороны Союза ССР, 1940. – 239 с.
23. Соколов, С. М. Принципы научного обоснования системы критериев для гигиенической оценки предпатологических состояний организма / С. М. Соколов // Предпатология: проблемы и решения: сб. науч. тр. / под ред. С. М. Соколова [и др.]. Минск: Бел. наука, 2000. – С. 13 – 18.
24. Ульянов, И. Г. Клиника, типология, психотерапия пограничных нервно-психических расстройств у рыбаков в морских условиях: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.00.18 / И. Г. Ульянов. Томск, 1996. – 40 с.
25. Филонов, В. П. Современное состояние проблемы охраны окружающей среды и здоровья в Республике Беларусь / В. П. Филонов // Предпатология: проблемы и решения: сб. науч. тр. / под ред. С. М. Соколова [и др.]. Минск: Бел. наука, 2000. – С. 3 – 12.
26. Фролов, Б. С. Система оценки и прогнозирования

☆ В помощь войсковому врачу

психического здоровья при массовых психопрофилактических обследованиях / Б. С. Фролов. Л., 1982. – 62 с.

27. Чермянин, С. В. Психофизиологическое обеспечение боевой деятельности военнослужащих в условиях локальных войн: дис. д-ра мед. наук: 14.00.32, 14.00.17 / С. В. Чермянин. СПб.: ВМедФа, 1997. – 409 с.

28. Шостак, В. И. Военно-профессиональная работоспособность как критерий здоровья / В. И. Шостак, Л. А. Яньшин // Воен.-мед. журн. 1992. № 11. – С. 54 – 56.

29. Эткинд, А. М. Общественная атмосфера и индивидуальный путь ученого: опыт прикладной психологии 20-х годов / А. М. Эткинд // Вопр. психол. 1990. № 5. – С. 13 – 22.

30. Goldsmith, S. B. The status of health status indicators / S.B. Goldsmith // Health Serv. Rep. 1972. Vol. 87. P. 212.

31. Kaplan, R. M. Quantification of health outcomes for policy studies in behavioral epidemiology / R. M. Kaplan // Behavioral epidemiology and disease prevention: NATO ASI. Ser. A. Vol. 84. N.Y.: Plenum Press, 1985. P. 31 – 54.

32. Measurement of quality of life in patients with lung cancer in multicenter trials of new therapies / P. Hollen [et al.] // Cancer. 1994. Vol. 73, № 8. P. 2087 – 2098.

33. Neyman, J. Outline of statistical treatment of the problem of diagnosis / J. Neyman // Pub. Health Rep. 1947. Vol. 64. P. 1449.

34. Patric, D. L. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life / D. L. Patric, R. A. Deyo // Med. Care. 1989. Vol. 27, № 3 (Suppl). P. 217 – 232.

35. Stewart, A. L. Advances in the measurement of functional status: construction of aggregate indexes / A. L. Stewart, J. E. Ware, R. H. Brook // Med. Care. 1981. Vol. 19, № 5. P. 473 – 578.

36. Wylie, C. M. The definition and measurement of health and disease / C. M. Wylie // Pub. Health Rep. 1970. Vol. 85, № 2. P. 100 – 104.