

Комплекс заходів щодо покращання психологічного стану у жінок з гінекологічною, хірургічною та симультанною патологією перед хірургічним лікуванням

В.Л. Дронова¹, О.І. Дронов^{1,2}, О.М. Мокрик¹, Р.С. Теслюк¹

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Мета дослідження: розроблення комплексу заходів щодо покращання психологічного стану у жінок з гінекологічною, хірургічною та симультанною патологією перед хірургічним лікуванням на підставі проведених 3-річних наукових досліджень.

Матеріали та методи. Для вирішення поставлених завдань у дослідження було залучено 106 пацієток, які були розподілені на три групи.

До першої групи увійшла 31 пацієтка з симультанною хірургічною патологією. До другою групи увійшли 48 пацієток з ізольованою гінекологічною патологією. Пацієткам першої та другої груп оперативні втручання були проведені у відділенні оперативної гінекології ДУ «ШАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України».

До третьої групи увійшли 27 пацієток з ізольованою хірургічною патологією, яким хірургічну допомогу надавали у хірургічних відділеннях Київської міської клінічної лікарні №10.

На підставі визначення особливостей психологічного стану за методиками Спілбергера–Ханіна та Бека пацієток усіх трьох груп з симультанною, ізольованою гінекологічною та хірургічною патологією було розподілено на дві підгрупи: з депресивними розладами та з тривожними станами.

Розподілення пацієток на підгрупи згідно з результатами оцінювання особливостей психологічного стану виявилось наступним. Серед пацієток першої досліджуваної групи переважали хворі з тривожними станами – 24 (77,4%). Депресивні розлади діагностовані у 7 (22,5%) пацієток. Серед пацієток другої групи з ізольованою гінекологічною патологією у 26 (54,2%) виявлені тривожні стани та у 22 (45,8%) – депресивні розлади. У третій групі хворі з ізольованою хірургічною патологією розподілились наступним чином: 17 (62,9%) – з тривожними станами, 10 (37,0%) – з депресивними розладами. Слід зазначити, що нами були діагностовані порушення психологічного стану пацієток легкого та середнього ступеня. Порушень тяжкого ступеня в жодній з досліджуваних груп виявлено не було.

Результати. Розроблено алгоритм заходів психологічної реабілітації пацієток з гінекологічною, хірургічною та симультанною патологією перед хірургічним втручанням. У першій групі пацієток з симультанною хірургічною патологією діагностовані переважно тривожні розлади психологічного статусу. У другій та третій групах у пацієток з ізольованою гінекологічною та хірургічною патологією відповідно виявлені як депресивні, так і тривожні розлади легкого та середнього ступеня вираженості.

Заключення. На підставі виявлених особливостей змін психологічного статусу та ступеня їхньої вираженості були розроблені адекватні лікувальні заходи психологічної реабілітації, представлені у формі алгоритму дій з використанням психологічного впливу (бесіда, консультація) та медикаментозної корекції (препарат Біфрен у середньо-

рапевтичних дозах), що дозволило провести корекцію психологічної рівноваги та покращити результати хірургічного лікування пацієток з симультанною, ізольованою гінекологічною та хірургічною патологією.

Ключові слова: психологічний стан, хірургічне лікування, симультанна патологія.

Здавалося б, усунення патології після хірургічного лікування, позитивний післяопераційний прогноз перебігу захворювання створюють сприятливі передумови для ефективного відновлення якості життя пацієнтів [1]. У значній частині пацієнтів до моменту усунення гінекологічної та екстрагенітальної хірургічної патології зберігаються стійкі тривожні стани, а показники праездатності виявляються вищими, ніж до оперативного втручання [2]. Результати досліджень, виконаних протягом останніх років, підтверджують цю тенденцію. Так, на госпітальному етапі реабілітації у 80% пацієнтів діагностують різні тривожні стани [3, 4]. Динаміка психологічного стану хворих є такою, що до операції пацієнти відчувають значне психологічне навантаження. Передопераційна фаза може бути відзначена коливаннями між страхом смерті та нереалістичними очікуваннями від операції. Після операції психологічний статус хворих, як правило, кардинально змінюється. Рання післяопераційна фаза характеризується ейфоричними настроями, фізичним та емоційним полегшенням. За декілька днів до запланованого оперативного втручання у більшості пацієнтів з'являється «передвід'їздний неспокій». У деяких з них може посилитись психопатологічна симптоматика.

Порушення психологічної сфери, які зумовлені наявністю захворювання, посилені тривалим прийняттям рішення про необхідність оперативного втручання, «затягуванням» з хірургічним лікуванням, часто набувають затяжного та стійкого характеру, негативно впливають на особистісну, сімейну та соціально-трудова реабілітацію хворих. Саме це і спонукало до розроблення комплексу психологічної реабілітації жінок з гінекологічною, хірургічною та симультанною патологією перед хірургічним лікуванням.

Психологічна реабілітація – це система психологічних заходів, які сприяють відновленню, корекції та компенсації порушень психічних функцій, станів, соціального статусу людини [5].

Психологічна корекція – це комплекс заходів, спрямованих на подолання порушень психічних функцій або реакцій на травматичний стрес.

Методи психологічної корекції – це комплекс психологічних способів та засобів (вербального та невербального впливу), які використовуються психотерапевтом для подолання негативних психічних станів.

Класифікація методів психологічної корекції:

- методи саморегуляції;
- методи корекції за участю психотерапевта;

Розподіл пацієнок на підгрупи згідно з особливостями оцінювання психологічного стану, n (%)

Група дослідження	Психологічні розлади					
	Тривожні			Депресивні		
	Легкого ступеня	Середнього ступеня	Усього	Легкого ступеня	Середнього ступеня	Усього
Симультанна хірургічна патологія, n=31	11 (35,5)	13 (41,9)	24 (77,4)	3 (9,7)	4 (12,9)	7 (22,5)
Ізольована гінекологічна патологія, n=48	16 (33,3)	10 (20,8)	26 (54,2%)	12 (25,0%)	10 (20,8)	22 (45,8)
Ізольована хірургічна патологія, n=27	11 (40,7)	6 (22,2)	17 (62,9)	6 (22,2)	4 (14,8)	10 (37,0)

- індивідуальна робота з психотерапевтом;
- групова робота з психотерапевтом;
- екстрена корекція;
- планова корекція.

Об'єктом реабілітації є психічне здоров'я людини та особливості його збереження і відновлення у ситуаціях перманентної психотравматизації.

Предметом реабілітації є система психологічних заходів, яка сприяє відновленню, корекції та компенсації порушень психологічного здоров'я.

Заходи з психологічної реабілітації базувались на результатах психодіагностики, які передбачають їхню змістовну сторону та спрямованість і виступають у якості показників оцінювання досягнутих результатів (ефективності). За результатами психодіагностики на кожного пацієнта заповнювали індивідуальну карту психологічної реабілітації, у якій був відображений увесь комплекс корекційних заходів.

Метою психосоціальної реабілітації є навчання пацієнтки допомагати собі у разі виникнення стресогенних ситуацій, таких, як страх та/або депресія, розвинути здатність психологічної адаптації до наслідків хвороби. Це процес, який повинен:

- починатись негайно;
- тривати безперервно;
- проводитись поетапно;
- бути індивідуалізованим;
- здійснюватись заходами, прийнятими для хворої та її оточення.

- Основними заходами психологічної реабілітації були:
- психологічна консультація (бесіда);
 - психологічний тренінг;
 - психокорекційні заняття в сенсорній кімнаті;
 - адекватна фармакологічна терапія тривожних станів.

Психологічна консультація (бесіда) – це спосіб психологічного впливу на пацієнта, який здійснюється шляхом безпосереднього особистого контакту психолога з пацієнтом. Психокорекційні бесіди дозволяють конструктивно вирішити можливі психологічні колізії, які виникають у пацієнтів перед хірургічним лікуванням. Бесіди також відіграють важливу роль щодо психопрофілактики можливих відхилень у поведінці пацієнтів.

Психокорекційні заняття у сенсорній кімнаті: сенсорна кімната – це спеціальним чином організоване оточуюче середовище, яке складається із багатьох різного роду стимуляторів, які впливають на органи зору, слуху, нюху, дотику та вестибулярні рецептори. В умовах цієї кімнати можливе зняття страхів, невротичних станів, проведення корекції поведінки. У ній можливе проведення спеціальних занять або просто використання для релаксації. Проведення сеансів у даній кімнаті було включено у комплексну систему реабілітації пацієнок з гінекологічною, хірургічною та симультанною патологією перед хірургічним втручанням.

Мета дослідження: розроблення комплексу заходів щодо покращання психологічного стану у жінок з гінекологічною, хірургічною та симультанною патологією перед хірургічним лікуванням на підставі проведених 3-річних наукових досліджень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставлених завдань у дане дослідження було залучено 106 пацієнок, які були розподілені на три групи.

До першої групи увійшла 31 пацієнтка з симультанною хірургічною патологією.

До другої групи увійшли 48 пацієнок з ізольованою гінекологічною патологією.

Пацієнткам першої та другої груп оперативні втручання були проведені у відділенні оперативної гінекології ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України».

До третьої групи увійшли 27 пацієнок з ізольованою хірургічною патологією, яким хірургічну допомогу надавали у хірургічних відділеннях Київської міської клінічної лікарні № 10.

На підставі визначення особливостей психологічного стану за методиками Спілбергера–Ханіна та Бека пацієнок усіх трьох груп із симультанною, ізольованою гінекологічною та хірургічною патологією було розподілено на дві підгрупи: з депресивними розладами та тривожними станами. Розподіл пацієнок на підгрупи згідно з результатами оцінювання особливостей психологічного стану представлені у таблиці.

Серед пацієнок першої досліджуваної групи переважали хворі з тривожними станами – 24 (77,4%). Депресивні розлади діагностовані у 7 (22,5%) пацієнок. Серед пацієнок другої групи з ізольованою гінекологічною патологією у 26 (54,2%) виявлено тривожні стани та у 22 (45,8%) – депресивні розлади. У третій групі хворі з ізольованою хірургічною патологією розподілились так: 17 (62,9%) – з тривожними станами, 10 (37,0%) – з депресивними розладами. Слід зазначити, що нами були діагностовані у пацієнок порушення психологічного стану легкого та середнього ступеня. Порушень тяжкого ступеня у жодній з досліджуваних груп виявлено не було.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведений порівняльний аналіз рівня депресії засвідчив, що у 7 (22,5%) пацієнок, яким виконані симультанні оперативні втручання, у передопераційний період виявлено середні та легкі рівні депресії, що, ймовірно, можна пояснити провідним механізмом психологічного захисту у жінок з дезадаптацією. Саме у даної когорти пацієнтів застосування методу психологічної консультації (бесіди) є найбільш ефективним. Застосування даного методу полягає у проведенні під час особистого контакту пацієнта та лікуючого лікаря роз'яснення щодо особливостей підготовки, виконання, безпечності, а головне – ефективності симультанних оперативних втручань. Бесіди відбуваються у комфортних для пацієнта умовах. За бажанням пацієнта дана інформація може бути донесена близьким родичам хворого.

У пацієнтів із середнім рівнем депресивних порушень психологічні консультації проводили від 2 до 5 разів, що набувало ознак психологічного тренінгу. При депресивних порушеннях середнього ступеня фармакологічний препарат

Біфрен призначали у дозі 250 мг * 2 рази на добу (ранок, вечір) з моменту госпіталізації до дати оперативного втручання. Дієвість даного призначення підтверджена різким зниженням рівня депресії (до низького) уже на першу добу після хірургічного лікування.

Депресивні порушення легкого ступеня потребували призначення препарату у дозі 500 мг одноразово на ніч протягом перших 3–5 днів після госпіталізації.

Згідно з результатами виконаного порівняльного аналізу, у більшості пацієток з ізольованою гінекологічною та хірургічною патологією зафіксовані низькі та середні рівні ситуативної тривожності. Це свідчить про тенденцію до «соматизації» розладів, коли на перший план виступають соматичні скарги, пацієтки зосереджені на відчутті соматичного неблагополуччя, висловлюють тривожні побоювання щодо свого здоров'я.

У даній групі пацієток окрім психологічної консультації (бесіди) та психологічного тренінгу також використовували адекватну фармакологічну терапію.

Дана терапія полягала у застосуванні препарату Біфрен у середніх терапевтичних дозах. Діюча речовина препарату – фенібут є похідним γ -аміномасляної кислоти та фенілетиламіну, усуває психоемоційне напруження, тривожність, страх і поліпшує сон. Помітно зменшує прояви вазовегетативних симптомів, включаючи головний біль, відчуття тяжкості у голові, порушення сну, дратівливість, емоційну лабільність. На відміну від транквілізаторів, під впливом препарату Біфрен поліпшуються психологічні показники (увага, пам'ять, швидкість і точність сенсорно-моторних реакцій). В емоційно лабільних пацієнтів уже з перших днів терапії даним препаратом поліпшувалося самопочуття, підвищувався інтерес та ініціатива, мотивація до активної діяльності без седативного ефекту чи збудження.

За наявності низького рівня ситуативної тривожності фенібут застосовували за наступною схемою: 250 мг * 3 рази на добу з моменту госпіталізації протягом 3–5 днів перебування у стаціонарі.

У пацієток із середнім рівнем тривожності застосовували 250 мг вранці та вдень, 500 мг на ніч. Використання фарм-

препарату тривало до моменту оперативного втручання, що забезпечило зниження рівня ситуативної тривожності до низького вже на першу добу післяопераційного періоду.

Алгоритм заходів психологічної реабілітації пацієток з гінекологічною, хірургічною та симультанною патологією перед хірургічним втручанням наведено на малюнку.

В основу побудови алгоритму психологічної реабілітації хворих з гінекологічною, хірургічною та симультанною патологією перед хірургічним втручанням покладено визначення особливостей змін психологічного стану пацієток перед хірургічними втручаннями та розроблення адекватних заходів психологічної та медикаментозної корекції виявлених порушень.

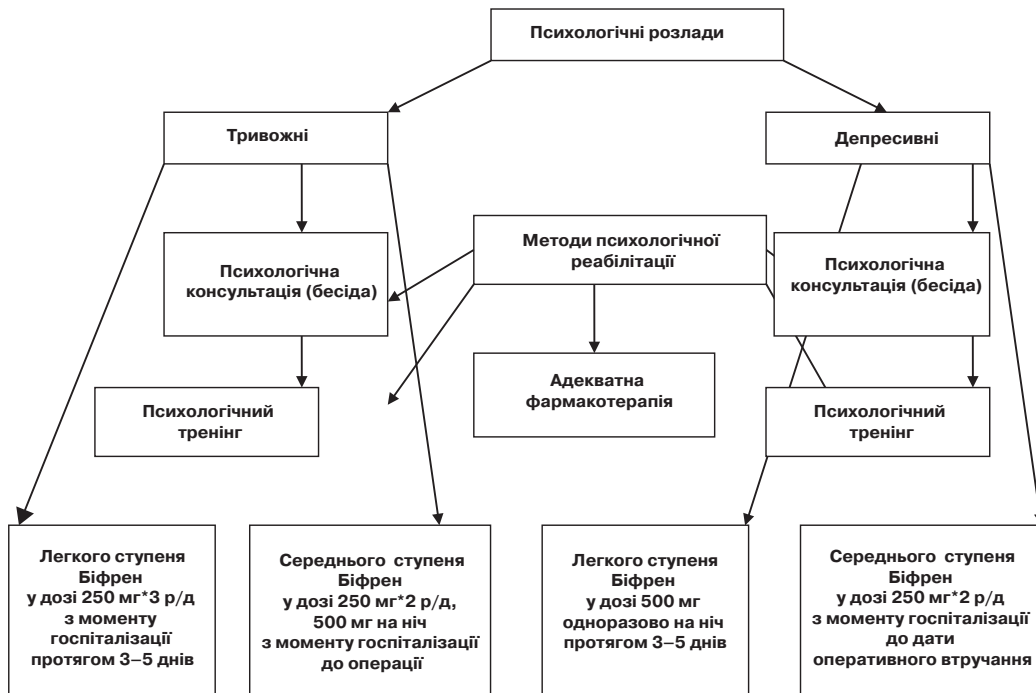
У тих клінічних випадках, коли виявлені зміни психологічного статусу мали депресивний характер, методи психологічної реабілітації застосовували залежно від того, якого рівня були порушення: легкого або середнього. При легких формах депресивних розладів проводили психологічні консультації (бесіди). Депресивні порушення легкого ступеня потребували призначення препарату Біфрен у дозі 500 мг одноразово на ніч протягом перших 3–5 днів після госпіталізації.

У пацієнтів із середнім рівнем депресивних порушень психологічні консультації проводили від 2 до 5 разів, вони набували ознак психологічного тренінгу. При депресивних порушеннях середнього рівня фармакологічний препарат Біфрен призначали у дозі 250 мг * 2 рази на добу (ранок, вечір) з моменту госпіталізації до дати оперативного втручання.

У тих клінічних випадках, коли зміни психологічного статусу мали тривожний характер, методи психологічної реабілітації також залежали від ступеня виявлених порушень, а саме – легкого чи середнього.

У даній групі пацієток окрім психологічної консультації (бесіди) та психологічного тренінгу також використовували адекватну фармакологічну терапію.

За наявності низького рівня ситуативної тривожності фенібут застосовували за наступною схемою: 250 мг * 3 рази на добу з моменту госпіталізації пацієтки протягом 3–5 днів перебування в стаціонарі.



Алгоритм заходів психологічної реабілітації

У пациенток із середнім рівнем тривожності застосовували 250 мг вранці та вдень, 500 мг на ніч. Застосування фармпрепарату тривало до моменту оперативного втручання.

ВИСНОВКИ

На підставі отриманих результатів можна зробити наступні висновки:

1. У першій групі пациенток із симультанною хірургічною патологією діагностовані переважно тривожні розлади психологічного статусу.

2. У другій та третій групах у пациенток з ізольованою гінекологічною та хірургічною патологією відповідно виявлені

як депресивні, так і тривожні розлади легкого та середнього ступеня вираженості.

3. На підставі виявлених особливостей змін психологічного статусу та ступеня їхньої вираженості були розроблені адекватні лікувальні заходи психологічної реабілітації, представлені у формі алгоритму дій з використанням психологічного впливу (бесіда, консультація) та медикаментозної корекції (препарат Біфрен у середньотерапевтичних дозах), що дозволило провести корекцію психологічної рівноваги та покращити результати хірургічного лікування пациенток з симультанною, ізольованою гінекологічною та хірургічною патологією.

Комплекс мероприятий по улучшению психологического состояния у женщин с гинекологической, хирургической и симультанной патологией перед хирургическим лечением

В.Л. Дронова, А.И. Дронов, А.Н. Мокрик, Р.С. Теслюк

Цель исследования: разработка комплекса мер по улучшению психологического состояния у женщин с гинекологической, хирургической и симультанной патологией перед хирургическим лечением на основании проведенных 3-летних научных исследований.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач в исследование были включены 106 пациенток, которые были распределены на три группы. В первую группу вошла 31 пациентка с симультанной хирургической патологией. Во вторую группу вошли 48 пациенток с изолированной гинекологической патологией. Пациенткам первой и второй групп оперативные вмешательства были проведены в отделении оперативной гинекологии ГУ «ИПАГ им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины».

В третью группу вошли 27 пациенток с изолированной хирургической патологией, которым хирургическую помощь предоставляли в хирургических отделениях Киевской городской клинической больницы № 10. На основании определения особенностей психологического состояния по методикам Спилбергер–Ханина и Бека пациентки всех трех групп с симультанной, изолированной гинекологической и хирургической патологией были разделены на две подгруппы: с депрессивными расстройствами и тревожными состояниями.

Распределение пациенток на подгруппы согласно результатам оценки особенностей психологического состояния оказалось следующим. Среди пациенток первой исследуемой группы преобладали больные с тревожными состояниями – 24 (77,4%). Депрессивные расстройства диагностированы у 7 (22,5%) пациенток. Среди пациенток второй группы с изолированной гинекологической патологией у 26 (54,2%) выявлены тревожные состояния и у 22 (45,8%) – депрессивные расстройства. В третьей группе больные с изолированной хирургической патологией распределились следующим образом: 17 (62,9%) – с тревожными состояниями, 10 (37,0%) – с депрессивными расстройствами. Следует отметить, что нами были диагностированы нарушения психологического состояния пациенток легкой и средней степени. Нарушений тяжелой степени ни в одной из исследуемых групп выявлено не было.

Результаты. Разработан алгоритм мероприятий психологической реабилитации пациенток с гинекологической, хирургической и симультанной патологией перед хирургическим вмешательством.

В первой группе пациенток с симультанной хирургической патологией диагностированы в основном тревожные расстройства психологического статуса. Во второй и третьей группах у пациенток с изолированной гинекологической и хирургической патологией соответственно обнаружены как депрессивные, так и тревожные расстройства легкой и средней степени выраженности.

Заключение. На основании выявленных особенностей изменений психологического статуса и степени их выраженности были разработаны адекватные лечебные мероприятия психологической реабилитации, представленные в виде алгоритма действий с использованием психологического воздействия (бесіда, консультація) и медикаментозной коррекции (препарат Бифрен в среднетерапевтических дозах), что позволило провести коррекцию психологического равновесия и улучшить результаты хирургического лечения пациенток с симультанной, изолированной гинекологической и хирургической патологией.

Ключевые слова: психологическое состояние, хирургическое лечение, симультанная патология.

The complex of measures to improve the psychological state in women with gynaecological, surgical and simultaneous pathology before surgical treatment

V.L. Dronova, O.I. Dronov, O.M. Mokryk, R.S. Teslyuk

The objective: based on 3-year scientific research, develop a set of measures to improve the psychological state in women with gynecological, surgical and simultaneous pathology before surgical treatment.

Materials and methods. To solve the tasks, we examined 106 patients, which were divided into three groups.

Materials and methods. The first group consisted of 31 patients with simultaneous surgical pathology. The second group consisted of 48 patients with isolated gynecological pathology. The first and second groups of patients underwent surgical interventions in the Department of Operative Gynecology of the State Institution "IPAG named after academician EM Lukyanova of the NAMS of Ukraine".

The third group consisted of 27 patients with isolated surgical pathology, to whom surgical assistance was provided in the surgical departments of the Kiev City Clinical Hospital No. 10.

Based on the determination of the peculiarities of the psychological state of patients with simultaneous, isolated gynecological and surgical pathology according to the methods of Spielberger-Khanin and Beck, the patients of all three studied groups were divided into two subgroups: with depressive disorders and anxiety states. The distribution of patients into subgroups according to the results of the assessment of the features of the psychological state is presented in the table. Among the patients of the first study group, patients with anxiety conditions prevailed – 24 (77,4%). Depressive disorders were diagnosed in 7(22,5%) patients, respectively. The distribution of the second group of patients with isolated gynecological pathology was 26(54,2%) – anxiety and 22(45,8%) – depressive disorders, respectively. In patients of the third group with isolated surgical pathology, the patients were distributed as follows: 17(62,9%) with anxiety, 10 (37,0%) with depressive disorders. It should be noted that we diagnosed violations of the psychological state of patients with mild and moderate degrees. Severe violations were not found in any of the studied groups.

Results. An algorithm has been developed for the psychological rehabilitation of patients with gynecological, surgical and simultaneous pathology prior to surgery.

In the first group of patients with simultaneous surgical pathology, diagnosed mainly anxiety disorders of psychological status. In the second and third groups of patients with isolated gynecological and surgical pathology, respectively, both depressive and anxiety disorders of mild and moderate severity were found.

Conclusion. Based on the identified features of changes in the psychological status and their severity, adequate therapeutic measures of psychological rehabilitation were developed, presented in the form of an action algorithm using psychological influence (conversation, consultation) and drug correction (Befren preparation in average therapeutic doses) on the revealed violations, allowed to correct psychological balance and improve the results of surgical treatment of patients with simultaneous, isolated gynecological and surgical pathology.

Key words: psychological state, surgical treatment, simultaneous pathology.

Дронова Виктория Леонидовна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 489-53-63. E-mail: oog_ipag@ukr.net

Дронов Алексей Иванович – Кафедра общей хирургии № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, Киевский центр хирургии заболеваний печени, желчных протоков и поджелудочной железы, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 489-53-63

Мокрик Александра Николаевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 489-53-63. E-mail: oog_ipag@ukr.net

Теслюк Роман Святославович – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 489-53-63. E-mail: oog_ipag@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Тарабрина Н.В. Психология травматического стресса: Теория и практика. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – 304 с.
2. Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А. Психология адаптации личности / А.А. Реан. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. – 471 с.
3. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В.Г. Ромек. – СПб.: Речь, 2005. – 256 с.
4. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2006. – 960 с.
5. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь / А.В. Гнездилов. – СПб.: Речь, 2002. – 162 с.

Статья поступила в редакцию 03.12.2018

ДО УВАГИ АВТОРІВ! АЛГОРИТМ РЕЄСТРАЦІЇ ORCID

Open Researcher and Contributor ID (ORCID) – міжнародний ідентифікатор науковця

Створення єдиного реєстру науковців та дослідників на міжнародному рівні є найбільш прогресивною та своєчасною ініціативою світового наукового товариства. Ця ініціатива була реалізована через створення в 2012 році проекту Open Researcher and Contributor ID (ORCID). ORCID – це реєстр унікальних ідентифікаторів вчених та дослідників, авторів наукових праць та наукових організацій, який забезпечує ефективний зв'язок між науковцями та результатами їхньої дослідницької діяльності, вирішуючи при цьому проблему отримання повної і достовірної інформації про особу вченого в науковій комунікації.

Для того щоб зареєструватися в ORCID через посилання <https://orcid.org/> необхідно зайти у розділ «For researchers» і там натиснути на посилання «Register for an ORCID iD».

У реєстраційній формі послідовно заповнюються обов'язкові поля: «First name», «Last name», «E-mail», «Re-enter E-mail», «Password2 (Пароль)», «Confirm password».

У перше поле вводиться ім'я, яке надане при народженні, по-батькові не вводиться. **Персональна** електронна адреса вводиться двічі для підтвердження. Вона буде використовуватися як Login або ім'я користувача. Якщо раніше вже була використана електронна адреса, яка пропонується для реєстрації, з'явиться попередження червоного кольору. **Не можна створювати нового профілю з тією самою електронною адресою.** Пароль повинен мати не менше 8 знаків, при цьому містити як цифри, так і літери або символи. Пароль, який визначається словами «Good» або «Strong», приймається системою.

Нижче визначається «Default privacy for new works», тобто налаштування конфіденційності або доступності до

персональних даних, серед яких «Public», «Limited», «Private».

Далі визначається частота повідомлень, які надсилає ORCID на персональну електронну адресу, а саме – новини або події, які можуть представляти інтерес, зміни в обліковому записі, тощо: «Daily summery», «Weekly summery», «Quarterly summery», «Never». Необхідно поставити позначку в полі «I'm not a robot» (Я не робот).

Останньою дією процесу реєстрації є узгодження з політикою конфіденційності та умовами користування. Для реєстрації необхідно прийняти умови використання, натиснувши на позначку «I consent to the privacy policy and conditions of use, including public access and use of all my data that are marked Public».

Заповнивши поля реєстраційної форми, необхідно натиснути кнопку «Register», після цього відкривається сторінка профілю учасника в ORCID з особистим ідентифікатором ORCID ID. Номер ідентифікатора ORCID знаходиться у лівій панелі під ім'ям учасника ORCID.

Структура ідентифікатора ORCID являє собою номер з 16 цифр. Ідентифікатор ORCID – це URL, тому запис виглядає як <http://orcid.org/xxxx-xxxx-xxxxxxxx>.

Наприклад: <http://orcid.org/0000-0001-7855-1679>.

Інформація про ідентифікатор ORCID необхідно додавати при подачі публікацій, документів на гранти і в інших науково-дослідницьких процесах, вносити його в різні пошукові системи, наукометричні бази даних та соціальні мережі.

Подальша робота в ORCID полягає у заповненні персонального профілю згідно із інформацією, яку необхідно надавати.