

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ИНФЕКЦИОННЫХ ГОСПИТАЛЕЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

М. С. Севостьянова¹, Н. В. Селезнева¹, П. А. Черномурова¹, З. С. Харченко¹, К. В. Глушкова², А. О. Фетисов¹, А. В. Сапова², Е. В. Семичев²

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный Сибирский научно-клинический центр» Федерального медико-биологического агентства, Красноярск, Россия

² Клиническая больница № 42, Зеленогорск, Россия

Аннотация. В статье обобщен опыт проведения мероприятий психологического сопровождения медицинских работников инфекционных госпиталей для пациентов с COVID-19 в период пандемии. Представлены результаты эмпирического исследования распространенности, выраженности и специфики развития тревожной и депрессивной симптоматики у медицинских работников — жителей мегаполиса (г. Красноярск), ЗАТО (г. Зеленогорск) и командированных в Северо-Енисейский район Красноярского края в зависимости от социального статуса и факторов профессионального выгорания. Описаны этапы реализации мероприятий психологического обеспечения деятельности медицинских работников, проведен сравнительный анализ вовлеченности сотрудников различных инфекционных госпиталей. Материал и методы. Общая выборка исследования представлена 126 испытуемыми (21 мужчина и 105 женщин), занятых оказанием медицинской помощи в трех инфекционных госпиталях для пациентов с COVID-19 на территории Красноярского края. Для реализации целей и задач исследования применялись методы анкетирования, психодиагностического тестирования (Шкала депрессии Бека (BDI), тест Спилберга (STAI), опросник выгорания для медицинских работников Маслач (MBI) и статистической обработки данных (коэффициент корреляции рангов Ч. Спирмена, *U*-критерий Манна-Уитни-Уилкоксона). К участию в мероприятиях психологического обеспечения были приглашены 284 сотрудника. Результаты и выводы. Распространенность субдепрессии у медицинского персонала варьируется от 5,5 до 30,9% в зависимости от месторасположения инфекционного госпиталя. Выраженная депрессивная симптоматика выявлена у 4,46% от общего числа испытуемых. Низкий уровень ситуативной тревожности выявлен менее чем у 30%. Подтверждено, что сотрудники более младшего возраста и с меньшим трудовым стажем в большей степени подвержены развитию деперсонализации и когнитивно-аффективной симптоматики депрессии. А сотрудники, не имеющие детей, демонстрируют более высокие показатели ситуативной и личностной тревожности. При этом, несмотря на распространенность тревожной и депрессивной симптоматики, отмечается низкая вовлеченность и неготовность медицинских работников участвовать в мероприятиях психологического сопровождения.

Ключевые слова: депрессия, COVID-19, психологическое сопровождение, тревожность, профессиональное выгорание, производственный стресс

Статья получена: 25.06.2020 **Статья принята к печати:** 17.07.2020 **Опубликована онлайн:** 06.08.2020

DOI: 10.47183/mes.2020.005

ACTUAL PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF HEALTHCARE WORKERS IN INFECTIOUS HOSPITALS FOR PATIENTS WITH COVID-19 IN THE TERRITORY OF THE KRASNOYARSK REGION

Sevostyanova MS¹, Selezneva NV¹, Chernomurova PA¹, Kharchenko ZS¹, Glushkova KV², Fetisov AO¹, Sapova AV², Semichev EV²

¹ Federal State-Financed Institution Federal Siberian Research Clinical Centre, Federal Medical Biological Agency of Russia, Krasnoyarsk, Russia

² Clinical Hospital № 42, Zelenogorsk, Russia

Annotation. This article presents the experience of implementing psychological support measures for healthcare workers of infectious hospitals for patients with COVID-19 during a pandemic. The results of an empirical study of the prevalence, severity and specificity of the development of anxiety and depressive symptoms in healthcare workers of residents of a megalopolis (Krasnoyarsk), a closed territorial district (Zelenogorsk) and seconded to the North Yenisei district of the Krasnoyarsk Territory depending on social status and professional factors of burnout are presented. The stages of the implementation of measures of psychological support for the activities of healthcare workers are described. A comparative analysis of the involvement of employees of various infectious hospitals was carried out. Material and methods. The total sample of the study included 126 subjects (21 men and 105 women) engaged in the provision of medical care in three infectious diseases hospitals for patients with COVID-19 in the Krasnoyarsk region. To achieve the goals and objectives of the study, the following methods were used: psychodiagnostic testing with the BDI scale, STAI test and MBI questionnaire, and statistical data processing (Spearman rank correlation coefficient, Mann-Whitney-Wilcoxon U-test). We invited 284 medical workers to participate in psychological support activities. Results and conclusions. The prevalence of subdepression among medical personnel varies from 5.5 to 30.9%, depending on the location of the infectious diseases hospital for patients with COVID-19. Severe depressive symptoms were detected in 4.46% of the total number of subjects. A low level of situational anxiety was detected in less than 30%. It has been confirmed that employees of a younger age and with less experience are more susceptible to the development of depersonalization and cognitive-affective symptoms of depression. And employees who do not have children show higher indicators of situational and personal anxiety. Moreover, despite the prevalence of alarming and depressive symptoms, there is a low involvement and unwillingness of healthcare workers to participate in psychological support activities.

Keywords: anxiety, depression, COVID-19, psychological support, burnout, occupational stress

Received: 25.06.2020 **Accepted:** 17.07.2020 **Published online:** 06.08.2020

DOI: 10.47183/mes.2020.005

Введение

Тема психологического обеспечения деятельности медицинских работников в условиях пандемии COVID-19 особенно актуальна. Многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов подтверждают негативное влияние распространения различных вирусных инфекций в масштабах эпидемии и пандемии не только на

физическое здоровье населения, но и на психологическое благополучие [4, 5, 6, 8, 9, 10, 13]. Подчеркивается риск развития неблагоприятных психоэмоциональных состояний именно среди медицинских работников, находящихся в прямом контакте с инфицированными пациентами [4, 5, 6]. В недавно опубликованных сообщениях зарубежных коллег из Италии и Китая уже представлены результаты, подтверждающие распространённость депрессии (50,3%),

тревожности (44,6%) и бессонницы (34%) у медицинских работников в период пандемии COVID-19. Опасения по поводу выявленных неблагоприятных состояний усугубляются высокими показателями ранее существовавших психологических трудностей, а также проблемой высокой распространенности самоубийств среди врачей в целом. Специалисты Китая и Италии также отмечают, что длительно игнорируемая, некорректируемая депрессия и экстремальные условия труда в период пандемии могут стать «смертельной комбинацией» [4]. Другое масштабное исследование китайских ученых выявляет распространённость психологических расстройств у 39,1% медицинских работников. Например, психологический стресс у специалистов из Ухани в большинстве случаев был связан с рисками заражения и недостаточностью защитных мер [10]. Профессор Королевского колледжа Лондона Neil Greenberg, врач-психиатр и специалист в области диагностики и лечения психологических травм, производственных стрессов, психических и посттравматических стрессовых расстройств, и его коллеги разработали концепцию «морального вреда», раскрывающую представление о проблемах психического здоровья, с которыми сталкиваются работники здравоохранения в период пандемии [12]. Специалистами Китая было установлено, что прямой контакт медицинских работников с пациентами с COVID-19 в сочетании ежедневным просмотром новостей (более 2-х часов) приводит к возрастанию симптомов тревожности и депрессии. При этом использование онлайн платформ как инструмента психологической поддержки способствуют снижению вышеуказанных показателей [13].

В России предпринят ряд серьезных мер по сохранению психологического благополучия медицинских работников во время пандемии. Необходимость создания службы психологической помощи на базе Федеральных медицинских центров, перепрофилированных под прием больных COVID-19 отметила руководитель ФМБА России В. И. Скворцова. Федеральное медико-биологическое агентство на базе Федерального центра мозга и нейротехнологий ФМБА России в сотрудничестве с командой факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова и управлением психологической службы Вооруженных Сил РФ разработало и обеспечило подведомственные учреждения рекомендациями по психологическому сопровождению деятельности руководителей и заведующих отделениями медицинских учреждений в условиях оказания помощи пациентам с COVID-19, рекомендациями по профилактике и предупреждению психологического неблагополучия у врачей и медицинских работников в период пандемии, рекомендациями по психологическому сопровождению целевых групп в медицинском учреждении в условиях пандемии COVID-19 [3].

Цель настоящего исследования — анализ опыта реализации мероприятий психологического обеспечения деятельности медицинских работников инфекционных госпиталей в условиях развития пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19), вызванной коронавирусом SARS-CoV-2. Одна из ключевых исследовательских задач заключалась в изучении специфики развития тревожной и депрессивной симптоматики у медицинских работников, занятых оказанием медицинской помощи пациентам с COVID-19 на территории Красноярского края в зависимости от различных социально-психологических факторов (возраста, семейного положения и т.д.), в том числе от

выраженности профессионального (эмоционального) выгорания для уточнения траектории организации процесса психологического сопровождения медицинских работников в условиях пандемии и его оптимизации.

В рамках данного исследования изучены показатели личностной и ситуативной тревожности, депрессии и факторы профессионального выгорания медицинских работников. Отметим, что под ситуативной тревожностью понимается эмоциональное состояние, связанное с актуальной ситуацией тестирования. Личностная тревожность определяется как устойчивая индивидуальная характеристика, которая проявляется склонностью индивида к частым переживаниям состояния тревоги [2]. Профессиональное (эмоциональное) выгорание включает в себя следующие факторы: эмоциональное истощение, деперсонализацию, редукцию личностных достижений. Эмоциональное истощение характеризуется сниженным эмоциональным фоном, эмоциональным пресыщением или равнодушием. Деперсонализация проявляется наличием различных деформаций отношений с окружающими. Редукция личностных достижений отличается тенденцией к негативной оценке собственной личности в целом, ограничением своих возможностей, низкой оценкой собственных профессиональных компетенций и достижений [1]. Депрессия рассматривается как совокупность когнитивно-аффективных (снижение настроения, пессимизм, чувство несостоятельности, неудовлетворенность, чувство вины, ощущение наказания, отвращение к самому себе, идеи самообвинения, суицидальные мысли, слезливость, раздражительность, нарушение социальных связей) и соматических симптомов (нерешительность, образ тела, утрата работоспособности, нарушение сна, утомляемость, утрата аппетита, потеря веса, охваченность телесными ощущениями, утрата либидо) [11].

Материалы и методы: общая выборка исследования представлена 126 испытуемыми (21 мужчина и 105 женщин), занятых оказанием медицинской помощи в инфекционных госпиталях для пациентов с COVID-19 на территории Красноярского края. Из них 23 человека — врачи, 55 — средний и 48 — младший медицинский персонал. Все сотрудники на момент обследования находились в «красной зоне» (средняя продолжительность $10,3 \pm 4,2$ дней) и непосредственно контактировали с пациентами.

Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: 1) анкетирования; 2) психодиагностического тестирования с применением комплекса методик (Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI), тест Спилберга (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) в адаптации Ю.Л. Ханина, опросник выгорания для медицинских работников Маслач (Maslach Burnout Inventory, MBI) в адаптации Н. Е. Водопьяновой и Е. С. Старченковой); 3) математической статистики (корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции рангов Ч. Спирмена и U -критерий Манна–Уитни–Уилкоксона). Обработка результатов производилась с помощью пакета статистических программ STATGRAPHICS Plus.

Исследование проводилось на базе трех госпиталей для пациентов с коронавирусной инфекцией — в ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России в г. Красноярске (далее — госпиталь № 1), филиале ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России КБ-42 в ЗАТО г. Зеленогорске (госпиталь № 2) и в полевом многофункциональном госпитале, развернутом на

территории Олимпиадинского ГОКа в пос. Еруда Северо-Енисейского района Красноярского края для работников предприятия «Полус Красноярск», заболевших COVID-19 (госпиталь № 3). Критериями включения в выборку стало добровольное информированное согласие и сознательное желание принять участие в исследовании (отметим, что изначально принять участие в исследовании было предложено 142 медицинским работникам, из них 16 человек отказались (11,2%)). Общая характеристика выборки исследования представлена в таблице 1.

Результаты и обсуждение

Распространенность субдепрессии (легкая степень депрессии) в выборке составила от 5,5 до 30,9% в зависимости от территориального расположения инфекционного госпиталя с максимальными значениями у лиц, командированных в Северо-Енисейский район (таблица 2). Так, у 94,5% медицинских работников госпиталя на территории ЗАТО г. Зеленогорска отсутствует депрессивная симптоматика, в то время как этот же показатель в госпитале в г. Красноярске составил 81,1%,

а в п. Еруда — 65,4%. Выраженная депрессивная симптоматика (умеренной, средней тяжести и тяжелой степени) диагностирована у 6 человек (4,76% от общего числа испытуемых). Низкий уровень ситуативной тревожности был выявлен менее чем у 30% медицинских работников независимо от локации инфекционного госпиталя (таблица 2). У большинства респондентов была диагностирована умеренная ситуативная тревожность (от 55,5 до 61,81% в исследуемых подгруппах). В свою очередь, распространенность высокой ситуативной тревожности составила 12,72–16,6%. Умеренная личностная тревожность обнаружена более чем у 70% испытуемых, в то время как распространенность высокой личностной тревожности существенно варьировалась (от 11,1% в ЗАТО г. Зеленогорске до 20,75% в г. Красноярске).

Определенная специфика была также обнаружена в выраженности различных факторов профессионального выгорания медицинских работников в зависимости от месторасположения инфекционного госпиталя. Высокий уровень эмоционального истощения был диагностирован у 11,3% работников Красноярского госпиталя для пациентов с COVID-19 (для сравнения, на других

Таблица 1. Общая характеристика подгрупп испытуемых

	Госпиталь № 1 (n = 53)	Госпиталь № 2 (n = 18)	Госпиталь № 3 (n = 55)	
Средний возраст сотрудников (лет)	39,06 ± 18,3	44,2 ± 12,6	38,4 ± 15,8	
Стаж работы в медицинских организациях (лет)	17,3 ± 12,4	18 ± 6,5	15,9 ± 9,1	
Семейное положение	Замужем/женат (%)	43,39	66,66	34,5
	Не замужем/холост (%)	37,7	33,3	36,36
	Разведен (-а) (%)	18,86	–	21,81
Наличие детей (количество)	В среднем 1 ребенок в семье	В среднем более 1 ребенка в семье	В среднем менее 1 ребенка в семье	
Число лиц, не имеющих детей (%)	26,4	5,55	44,6	

Таблица 2. Сравнительный анализ выраженности показателей ситуативной и личностной тревожности, уровня депрессии и факторов профессионального выгорания у сотрудников инфекционных госпиталей для пациентов с COVID-19

		Госпиталь № 1 (n = 53), количество человек, %	Госпиталь № 2 (n = 18), количество человек, %	Госпиталь № 3 (n = 55), количество человек, %
Уровень депрессии	отсутствие депрессивной симптоматики	81,1	94,5	65,4
	легкая (субдепрессия)	11,3	5,5	30,9
	умеренная	1,88	0	1,81
	выраженная (средней тяжести)	5,66	0	0
	тяжелая	0	0	1,81
Степень ситуативной тревожности	низкая	28,3	27,7	25,45
	умеренная	56,6	55,5	61,81
	высокая	15,09	16,6	12,72
Степень личностной тревожности	низкая	5,66	16,6	16,36
	умеренная	73,58	72,2	72,7
	высокая	20,75	11,1	12,72
Уровень эмоционального истощения	низкий	49,06	55,6	58,19
	средний	39,62	38,8	38,18
	высокий	11,32	5,5	3,63
Уровень Деперсонализации	низкий	22,65	27,8	52,73
	средний	54,71	66,6	27,27
	высокий	22,64	5,55	20,00
Уровень редукции профессиональных достижений	низкий	33,9	5,5	49,1
	средний	39,6	50	23,63
	высокий	26,4	44,5	27,27

площадках показатель не превышал 5,5%). В тоже время, более чем у 20% сотрудников инфекционных госпиталей № 1 и № 3 выявлен высокий уровень деперсонализации (в ЗАТО г. Зеленогорске показатель составил 5,5%). При этом почти у 45% медицинских работников госпиталя № 2 диагностирован высокий уровень редукции профессиональных достижений, в то время как в других подразделениях численность специалистов с высоким показателем по данному фактору не превышала 30% (таблица 2).

Средние значения когнитивно-аффективных симптомов (субшкала С-А) и соматических проявлений (субшкала S-P) депрессии, тревожности и профессионального выгорания у врачей инфекционных госпиталей для пациентов с COVID-19 представлены в таблице 3. При этом важно учитывать, что при интерпретации данных по шкале «редукция профессиональных достижений», 33 балла и выше свидетельствуют о низких значениях показателя по шкале, 22 и ниже — о высоких.

Также были проанализированы различия в выраженности депрессивной, тревожной симптоматики и факторов профессионального выгорания у медицинских работников в зависимости от семейного положения (сравнивались семейный статус, предполагающий наличие постоянного партнера (замужем или женат) и иные статусы (разведен (-а), не замужем/холост)). На базе госпиталей №1 и №2 статистически достоверных различий в выраженности исследуемых показателей в зависимости от семейного положения обнаружено не было. При этом выраженность когнитивно-аффективной симптоматики замужних и женатых сотрудников, командированных для работы в госпиталь №3 в п. Еруда Северо-Енисейского района достоверно превышала таковую по сравнению с их коллегами с иным семейным положением. В целом, можно сделать вывод о том, что семейное положение не влияет на развитие тревожной, депрессивной симптоматики и факторов профессионального выгорания в том случае, если сотрудник привлечен к работе в инфекционном госпитале на территории города, в котором проживает. При этом у людей «семейных» в условиях командировки (работа осуществляется территориально в другом населенном пункте) разлука с партнером и связанные с этим переживания ощущаются более остро, что приводит к усугублению когнитивно-аффективной симптоматики депрессии (таблица 4).

Выявленные в результате корреляционного анализа взаимосвязи между выраженностью тревожной и депрессивной симптоматики, а также факторами профессионального выгорания с возрастом, стажем работы в медицинских учреждениях и количеством детей

медицинских работников специфичны в зависимости от месторасположения инфекционного госпиталя. Так, отрицательные корреляционные связи были обнаружены между показателями возраста, стажа и когнитивно-аффективной симптоматикой депрессии сотрудников госпиталя № 2, а также между количеством детей в их семьях и ситуативной тревожностью ($k = -0,513, p \leq 0,05$; $k = -0,685, p \leq 0,01$; $k = -0,577, p \leq 0,05$). Отрицательные корреляционные связи были также выявлены между показателями возраста и деперсонализации, количеством детей в семье и личностной тревожностью у медицинских работников госпиталя № 1 ($k = -0,236, p \leq 0,05$; $k = 0,320, p \leq 0,05$). Однако, обнаруженные тенденции не нашли свое подтверждение при исследовании сотрудников инфекционного госпиталя № 3, где какие-либо взаимосвязи между возрастом, стажем и количеством детей выявлены не были. Таким образом, можно сделать вывод, что в условиях работы в инфекционных госпиталях для пациентов с COVID-19 сотрудники более младшего возраста и с меньшим опытом (трудовым стажем) в большей степени подвержены деперсонализации на рабочем месте и развитию когнитивно-аффективной симптоматики депрессии. А вот наличие детей в семье сотрудника и их количество напрямую связаны с показателями ситуативной и личностной тревожности — с увеличением числа детей в семье данные показатели снижаются. Согласно имеющимся на сегодняшний момент литературным данным и с учетом половозрастного состава исследуемого контингента, это может быть объяснено опасениями женщин фертильного возраста, не имеющих детей, относительно возможных рисков невынашивания, осложнений при беременности, вызванных воздействием инфекционных агентов или профилактической антиинфекционной терапией [7].

Также были проанализированы взаимосвязи между выраженностью тревожной, депрессивной симптоматикой и факторами профессионального выгорания (таблица 5).

Выявленные связи многочисленны, что свидетельствует о непосредственной взаимосвязи феномена профессионального выгорания с текущим психоэмоциональным статусом медицинских работников, особенно жителей мегаполиса и командированных в другой населенный пункт для выполнения своих трудовых обязанностей в условиях пандемии. Обнаружена высокая роль в формировании депрессивной симптоматики у медицинских работников всех инфекционных госпиталей такого фактора профессионального выгорания как эмоциональное истощение. У сотрудников госпиталей №1 и 2 на фоне нарастания признаков эмоционального истощения отмечался также рост как ситуативной, так

Таблица 3. Средние значения показателей депрессии, тревожности и профессионального выгорания у врачей инфекционных госпиталей для пациентов с COVID-19

		Госпиталь № 1	Госпиталь № 2	Госпиталь № 3
Депрессия	С-А	3,83 ± 4,2	2,33 ± 2,9	3,85 ± 3,4
	S-P	1,92 ± 1,9	1,16 ± 1,65	2,27 ± 3,6
	суммарный показатель	5,75 ± 5,4	3,5 ± 3,8	6,12 ± 6,5
Тревожность	ситуативная	37,75 ± 10,2	35,72 ± 7,7	36,01 ± 11,3
	личностная	39,43 ± 7,6	37,27 ± 6,8	37,4 ± 7,1
Профессиональное (эмоциональное) выгорание	эмоциональное истощение	16,33 ± 7,3	14,11 ± 4,4	14,78 ± 6,3
	деперсонализация	8,39 ± 4,6	6,66 ± 2,3	6,2 ± 4,2
	редукция профессиональных достижений	34,13 ± 6,1	31,5 ± 3,7	35,32 ± 6,4

Таблица 4. Сравнительный анализ выраженности показателей депрессии, ситуативной, личностной тревожности и факторов профессионального выгорания в зависимости от семейного положения

Исследуемые показатели депрессии, ситуативной, личностной тревожности и факторов профессионального выгорания		Средние значения исследуемых показателей у медицинских работников с различным семейным положением		Наличие статистически достоверных отличий (значение U -критерия)
		Замужем / женат	Иной статус	
Госпиталь №1				
Депрессия	C-A	4,28 ± 4,0	3,46 ± 3,2	нет
	S-P	1,56 ± 1,5	2,07 ± 1,9	нет
	суммарный показатель	5,84 ± 5,14	5,53 ± 5,0	нет
Тревожность	ситуативная	36,72 ± 9,7	37,9 ± 10,6	нет
	личностная	38,1 ± 7,7	40,4 ± 7,8	нет
Профессиональное выгорание	эмоциональное истощение	15,6 ± 6,9	16,6 ± 7,9	нет
	деперсонализация	8,64 ± 4,5	7,9 ± 4,7	нет
	редукция профессиональных достижений	34,2 ± 6,2	34,07 ± 6,3	нет
Госпиталь № 2				
Депрессия	C-A	1,9 ± 1,4	3,4 ± 3,2	нет
	S-P	1,07 ± 1,4	1,4 ± 1,1	нет
	суммарный показатель	3,0 ± 2,1	4,8 ± 4,5	нет
Тревожность	ситуативная	36,1 ± 7,6	34,6 ± 8,7	нет
	личностная	37,9 ± 6,6	35,6 ± 7,7	нет
Профессиональное выгорание	эмоциональное истощение	14,4 ± 4,8	13,2 ± 3,5	нет
	деперсонализация	6,7 ± 2,0	6,4 ± 3,3	нет
	редукция профессиональных достижений	31,6 ± 4,1	31,2 ± 2,8	нет
Госпиталь № 3				
Депрессия	C-A	4,8 ± 3,2	3,6 ± 3,0	$U = 303,0^{**}$
	S-P	2,2 ± 2,0	2,4 ± 1,4	нет
	суммарный показатель	6,8 ± 5,1	5,9 ± 4,5	нет
Тревожность	ситуативная	35,9 ± 11,03	37,03 ± 11,64	нет
	личностная	36,6 ± 7,4	38,3 ± 7,02	нет
Профессиональное выгорание	эмоциональное истощение	14,9 ± 6,1	15,5 ± 6,2	нет
	деперсонализация	6,5 ± 3,4	6,5 ± 4,6	нет
	редукция профессиональных достижений	36,4 ± 5,3	34,2 ± 6,6	нет

Примечание: * — достоверные различия ($p \leq 0,01$); ** — достоверные различия ($p \leq 0,05$).

и личностной тревожности. Примечательно, что во всех подгруппах медицинских работников ситуативная тревожность увеличивалась по мере усугубления тенденции к редукции собственных профессиональных достижений. Другими словами, ситуативная тревожность формируется в условиях сниженной мотивации к работе, негативного оценивания своего труда и его результатов, а также перспектив в профессии в целом (специалист убежден, что достоин лучшего), включая неудовлетворенность обязанностями и стремление перекладывать ответственность на коллег.

Организация психологического сопровождения медицинских работников инфекционных госпиталей для пациентов с COVID-19

С 10 апреля 2020 года психологическая служба ФГБУ ФСНКЦ ФМБАРоссии и его филиала КБ №42 в ЗАТО г. Зеленогорске (4 медицинских психолога и 1 психолог) была частично переориентирована на решение актуальных задач психологического обеспечения деятельности медицинских работников, занятых оказанием помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией.

Психопрофилактическая и психокоррекционная работа с персоналом учреждения осуществлялась поэтапно.

Задачами первого этапа (до непосредственного открытия первого инфекционного госпиталя) стало сохранение благоприятного климата и снижение общей психологической напряженности в коллективе, вызванной, в первую очередь, неопределенностью и непредсказуемостью сложившейся ситуации. Основным методом работы на данном этапе — информирование (восполнение дефицитов информации, предоставление адекватной информации). Была разработана и размещена на информационном портале учреждения памятка (психологическая «шпаргалка») медицинским работникам «Как справиться с тревогой и стрессом в условиях пандемии, оставаясь на рабочих местах». Также медицинское руководство учреждения и соответствующие сотрудники были ознакомлены с рекомендациями по профилактике и предупреждению психологического неблагополучия у врачей и медицинских работников в период пандемии и рекомендациями по психологическому сопровождению целевых групп в медицинском учреждении в условиях пандемии COVID-19 [3]. Руководящий состав имел доступ к рекомендациям по психологическому сопровождению

Таблица 5. Взаимосвязь выраженности тревожной и депрессивной симптоматики у медицинских работников инфекционных госпиталей с факторами профессионального выгорания

Исследуемые показатели депрессии, ситуативной и личностной тревожности	Факторы профессионального выгорания		
	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция профессиональных достижений
Госпиталь № 1 (n = 53)			
C–A	0,285**	–	–
S–P	0,462*	–	–
Уровень депрессии	0,377*	–	–
Степень ситуативной тревожности	0,570*	0,352*	–0,307**
Степень личностной тревожности	0,378*	0,367*	–
Госпиталь № 2 (n = 18)			
C–A	–	–	–
S–P	0,563**	–	–
Уровень депрессии	0,551**	–	–
Степень ситуативной тревожности	–	–	–0,535**
Степень личностной тревожности	–	–	–
Госпиталь № 3 (n = 55)			
C–A	0,375*	0,333*	–0,263**
S–P	0,381*	–	–0,375*
Уровень депрессии	0,405*	0,288**	–0,320**
Степень ситуативной тревожности	0,495*	0,296**	–0,475*
Степень личностной тревожности	0,518*	–	–0,365*

Примечание: * — уровень значимости $p \leq 0,01$; ** — уровень значимости $p \leq 0,05$.

деятельности руководителей и заведующих отделениями медицинских учреждений в условиях оказания помощи с COVID-19.

Второй этап работы начался непосредственно после открытия первого инфекционного госпиталя и продолжается в настоящий момент. Основной задачей этапа стало создание благоприятных психологических условий для эффективной адаптации сотрудников в условиях инфекционного госпиталя, в том числе профилактика, своевременная диагностика и коррекция невротических расстройств и состояний. Все сотрудники были проинформированы о целях и задачах предстоящей работы и ее добровольном характере.

На данном этапе психодиагностика тревожной и депрессивной симптоматики проводилась не реже 1 раза в 14 дней, но обязательно в первые 3 дня после начала работы в госпитале и на заключительном этапе. Еженедельно осуществлялся мониторинг актуального психоэмоционального состояния сотрудников «группы риска» по усугублению невротической симптоматики. Доступность психологической помощи обеспечивалась рядом мероприятий — для проведения индивидуальных консультаций по запросу была организована круглосуточная «горячая» линия, сотрудники многофункционального госпиталя в пос. Еруда Северо-Енисейского района имели возможность посещать консультации медицинского психолога очно.

Тренинги, направленные на командообразование, сплочение коллектива, развитие навыков эффективной коммуникации и обучение техникам самопомощи (саморегуляции, самоорганизации, релаксации и т.д.) проводились в групповом формате 2 раза в неделю с применением дистанционных технологий (видеоконференцсвязь).

Принимая во внимание внутреннюю неготовность некоторых сотрудников участвовать в мероприятиях

психологического сопровождения и осознавая при этом неэффективность (бесполезность) применения мер принудительного характера в дальнейшей работе с коллективом, весь персонал, задействованный в работе с пациентами с COVID-19 был приглашен в чат психологической поддержки, получая, таким образом, возможность регулярно знакомиться с информационными материалами и заданиями. В частности, медицинским работникам предлагались дневники самонаблюдений с протоколами иррациональных мыслей в рамках когнитивно-поведенческого подхода для работы с дисфункциональными убеждениями, упражнения арт-терапевтической направленности для проработки негативных эмоций и снятия психоэмоционального напряжения после смены, письменные практики в рамках МВСТ подхода (основанная на осознанности когнитивная терапия *mindfulness-based cognitive therapy*), направленные на развитие навыка осознанности, а также аудио и видео файлы (сеансы аутогенной тренировки, внушенного отдыха, медитации и т.д.) для быстрого восстановления психофизиологических ресурсов и оптимизации текущего функционального состояния. Участие в чате, таким образом, позволяло, с одной стороны, быть вовлеченными в процесс, выполнять задания в своем темпе, дозированно, но не требовало обязательного активного участия (что, вероятно, явилось бы дополнительным источником стресса для некоторых работников).

На данном этапе всем сотрудникам также было предложено поучаствовать в проекте ФМБА России «Психологические термометры» для врачей, среднего и младшего медицинского персонала, разработанном совместно с факультетом психологии МГУ имени М. В. Ломоносова. С помощью трёх «психологических термометров» сотрудники могли самостоятельно в онлайн формате измерить свою «эмоциональную температуру» и получить мгновенную обратную связь о мерах по

Таблица 6. Вовлеченность медицинских работников в мероприятия по психологическому сопровождению в условиях пандемии

	Инфекционные госпитали на базе ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России в г. Красноярске и филиале ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России КБ № 42 в ЗАТО г. Зеленогорске, количество человек, %	Многофункциональный госпиталь, развернутый на территории Олимпиадинского ГОКа в пос. Еруда Северо-Енисейского района Красноярского края, количество человек, %
Количество медицинских работников, приглашенных к участию в мероприятиях психологического обеспечения	$n = 216$	$n = 68$
Формат работы	дистанционно	очно
Мероприятия:		
Самостоятельное изучение памяток, рекомендаций и иных информационных материалов	92 (42,5%)	57 (83,8%)
Психодиагностический скрининг	171 (79,1%)	55 (80,8%)
Индивидуальные консультации в порядке самообращения (включая обращения на «горячую линию»)	4 (1,85%)	9 (13,23%)
Групповые тренинги	26 (12,03%)	0 (0%)
Чат психологической поддержки	74 (34,2%)	34 (50%)
«Психологический термометр»	3 (1,38%)	1 (1,47%)

самопомощи, требуемой поддержке от коллег, а также о необходимости обратиться за профессиональной психологической помощью. Самоисследование проводилось без использования персональных данных, при этом сотрудник мог оставить свои контакты для получения адресной профессиональной психологической помощи.

Всего к участию в мероприятиях психологического сопровождения были приглашены 284 медицинских работников. Мероприятия осуществлялись в дистанционном режиме, за исключением работы в многофункциональном госпитале, развернутом на территории Олимпиадинского ГОКа в пос. Еруда Северо-Енисейского района Красноярского края, куда медицинский психолог был командирован в составе сводной бригады специалистов. Статистика участия медицинских работников в мероприятиях психологического сопровождения представлена в таблице 6.

По данным таблицы видно, что большая вовлеченность сотрудников отмечалась в инфекционном госпитале, где существовала возможность очного взаимодействия со специалистом. На наш взгляд, это объясняется тем, что при включении медицинского психолога в штат появляется возможность непосредственного участия в собраниях и планерках, соответственно, специалист может более подробно донести до коллег в формате диалога цели и задачи психологического сопровождения, установить личный контакт, создать безопасную среду для взаимодействия, ответить на вопросы и в какой-то степени даже преодолеть психологическое сопротивление на начальном этапе взаимодействия.

Заключение

В целом, анализ проведенных мероприятий по психологическому сопровождению медицинских работников в условиях работы в инфекционных госпиталях для пациентов с коронавирусной инфекцией показал, что, не смотря на распространенность тревожной и депрессивной симптоматики, готовность сотрудников к

участию в психопрофилактических, психодиагностических мероприятиях, индивидуальным консультациям, тренингам и т.д. остается на невысоком уровне. Очевидным становится противоречие между объективной необходимостью (по результатам психодиагностики) и доступностью профессиональной психологической помощи, с одной стороны, и неготовностью к ее получению, с другой.

Данный факт не противоречит наблюдениям зарубежных коллег, в частности, медицинские работники некоторых регионов Китая также отказывались принимать участие в индивидуальных или групповых психотерапевтических сессиях и не обращались за психологической помощью, несмотря на признаки раздражительности и высокий уровень психологического стресса [9]. Обнаруженный феномен требует дальнейшего подробного изучения, однако, уже сейчас очевидно, что способность к осознанию собственных психологических дефицитов в условиях дистресса для принятия своевременных мер по стабилизации психоэмоциональной сферы (речь идет как о навыках самопомощи, так и об обращении к специалисту соответствующей квалификации) и активизации необходимых жизненных ресурсов для осуществления эффективного, здоровьесберегающего копинга, является важнейшей профессиональной компетенцией современного медицинского работника. Формирование данной компетенции, на наш взгляд, важно не только для адекватного решения трудовых задач в условиях повышенного производственного риска, но и для эффективной профессионализации специалиста в целом, начиная с момента обучения в медицинском образовательном учреждении.

Учитывая вышесказанное, целесообразно говорить о необходимости реализации третьего этапа психологического сопровождения медицинских работников (по окончании работы в инфекционных госпиталях для пациентов с COVID-19), одной из задач которого, наряду с мероприятиями психофизиологической реабилитации, профилактики посттравматического стрессового расстройства и т.д., станет создание условий для формирования данной компетенции.

Литература

1. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: практическое пособие // ЭБС Юрайт [сайт]. URL: <https://urait.ru/bcode/402432> (дата обращения: 07.07.2020).
2. Полшкова Т. А. Проблема ситуативной тревожности в психолого-педагогических исследованиях // Актуальные вопросы современной психологии : материалы II Междунар. науч. конф. (г. Челябинск, февраль 2013 г.). 2013. С. 107-110.
3. ФМБА России создало службу психологической помощи на базе Федеральных медицинских центров, перепрофилированных под прием больных COVID-19 [Официальный сайт]. URL: http://fmbaros.ru/press-tsentr/novosti/detail/?ELEMENT_ID=38735 (дата обращения 12.05.2020)
4. Gold J.A. Covid-19: adverse mental health outcomes for healthcare workers // *British Medical Journal*. 2020. P. 369.
5. Abdulkarim A.R., Tamsah M.H., Ayman A. A. et al. Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia // *Journal of Infection and Public Health*. 2020. № 5. P. 687–691.
6. Alsubaie S., Hani Tamsah M., Al-Eyadhy et al. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus epidemic impact on healthcare workers' risk perceptions, work and personal lives // *Journal of Infection in Developing Countries*. 2019. P. 920–926.
7. Amaratunga C.A., O'Sullivan T.L., Phillips K.P. et al. Ready, aye ready? Support mechanisms for healthcare workers in emergency planning: a critical gap analysis of three hospital emergency plans // *American journal of disaster medicine*. 2007. № 4. P. 195–210.
8. Bao Y., Sun Y., Meng S. et al. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society // *The Lancet*. 2020. № 10224. P. 37–38.
9. Chen Q., Liang M., Li Y. et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak // *The Lancet Psychiatry*. 2020. № 4. P. 15–16.
10. Dai Y., Hu G., Xiong H. et al. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China // *MedRxiv*. 2020.
11. Gebrie M.H. An Analysis of Beck Depression Inventory 2nd Edition (BDI-II) // *Global Journal of Endocrinological Metabolism*. 2018. P. 1–5.
12. Greenberg N., Docherty M., Gnanapragasam, S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic // *British Medical Journal*. 2020. P. 368.
13. Y Ni M., Yang L., Leung C., et al. Mental Health, Risk Factors, and Social Media Use During the COVID-19 Epidemic and Cordon Sanitaire Among the Community and Health Professionals in Wuhan, China: Cross-Sectional Survey // *JMIR Mental Health*. 2020. № 5.

References

1. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: практическое пособие // ЭБС Юрайт [сайт]. URL: <https://urait.ru/bcode/402432> (дата обращения: 07.07.2020).
2. Полшкова Т. А. Проблема ситуативной тревожности в психолого-педагогических исследованиях // Актуальные вопросы современной психологии : материалы II Междунар. науч. конф. (г. Челябинск, февраль 2013 г.). 2013. С. 107-110.
3. ФМБА России создало службу психологической помощи на базе Федеральных медицинских центров, перепрофилированных под прием больных COVID-19 [Официальный сайт]. URL: http://fmbaros.ru/press-tsentr/novosti/detail/?ELEMENT_ID=38735 (дата обращения 12.05.2020)
4. Gold J.A. Covid-19: adverse mental health outcomes for healthcare workers // *British Medical Journal*. 2020. P. 369.
5. Abdulkarim A.R., Tamsah M.H., Ayman A. A. et al. Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia // *Journal of Infection and Public Health*. 2020. № 5. P. 687–691.
6. Alsubaie S., Hani Tamsah M., Al-Eyadhy et al. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus epidemic impact on healthcare workers' risk perceptions, work and personal lives // *Journal of Infection in Developing Countries*. 2019. P. 920–926.
7. Amaratunga C.A., O'Sullivan T.L., Phillips K.P. et al. Ready, aye ready? Support mechanisms for healthcare workers in emergency planning: a critical gap analysis of three hospital emergency plans // *American journal of disaster medicine*. 2007. № 4. P. 195–210.
8. Bao Y., Sun Y., Meng S. et al. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society // *The Lancet*. 2020. № 10224. P. 37–38.
9. Chen Q., Liang M., Li Y. et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak // *The Lancet Psychiatry*. 2020. № 4. P. 15–16.
10. Dai Y., Hu G., Xiong H. et al. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China // *MedRxiv*. 2020.
11. Gebrie M.H. An Analysis of Beck Depression Inventory 2nd Edition (BDI-II) // *Global Journal of Endocrinological Metabolism*. 2018. P. 1–5.
12. Greenberg N., Docherty M., Gnanapragasam, S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic // *British Medical Journal*. 2020. P. 368.
13. Y Ni M., Yang L., Leung C., et al. Mental Health, Risk Factors, and Social Media Use During the COVID-19 Epidemic and Cordon Sanitaire Among the Community and Health Professionals in Wuhan, China: Cross-Sectional Survey // *JMIR Mental Health*. 2020. № 5.