

**Итоговый отчет о результатах исследования состояния
психосоциального здоровья медицинских работников
Свердловской области, работающих в условиях пандемии
коронавирусной инфекции COVID-19**

1. Введение

Актуальность исследования: качество работы медицинского персонала (врачей и средних медицинских работников) непосредственно зависит от состояния их психологического здоровья, а также от возможностей адекватно и своевременно реагировать на возникновение патологических стресс-реакций и невротических расстройств. Это свидетельствует о необходимости психологического сопровождения и разработке стратегий психотерапевтической работы с врачами и средним медицинским персоналом, задействованными в лечении и уходе за больными при возникновении чрезвычайных ситуаций (прил. 1 и 2).

Исследование проведено Координационным научно-методическим центром по социальной работе в системе здравоохранения при участии Главного внештатного медицинского психолога Министерства здравоохранения Свердловской области на основании Письма «Руководителям медицинских организаций Свердловской области» № 03-01-82 от 27.05.2020 г.

Цель исследования – изучение качественных показателей психосоциального здоровья медицинских работников (врачей и среднего медперсонала), оказывающих помощь пациентам в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19, в рамках профилактики возникновения патологических стресс-реакций и невротических расстройств.

Задачи исследования:

1. Оценка психологического состояния лиц, оказывающих помощь пациентам в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19.
2. Выявление критических эмоциональных состояний и анализ основных психологических рисков.
3. Выявление медицинских работников с высоким риском патологических стресс-реакций и невротических расстройств, состоянием дезадаптации.
4. Разработка практических рекомендаций по проведению мероприятий, способствующих профилактике предрасположенности к патологическим стресс-реакциям, а также их преодолению в экстремальных условиях.

Исследование проведено с 28.05.2020 г. по 08.06.2020 г. на базе «ковидных» отделений стационаров: ГБУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн», ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», МБУЗ «Центральная городская клиническая больница № 6», МАУЗ «Центральная городская больница № 20», МБУЗ «Центральная городская клиническая больница № 24»,

МАУЗ «Городская клиническая больница № 40» (г. Екатеринбург), ГБУЗ СО «Городская инфекционная больница города Нижний Тагил», ГАУЗ СО «Городская больница города Асбест», ГАУЗ СО «Верхнепышминская центральная городская больница имени П.Д.Бородина».

Анкета – электронная – включила в себя:

- 30 вопросов-утверждений, требующих однозначного ответа, выраженного в дихотомии «да/нет» (таблица 1);
- 6 вопросов-утверждений «шкалы лжи», ориентированных на оценку искренности и правдивости утверждений респондентов (таблица 2).

В основу исследования был положен сокращенный Симптоматический опросник А.Н. Волкова, Н.Е. Водопьяновой «Самочувствие в экстремальных условиях».

Таблица 1

Вопросы-утверждения Опросника

№ п/п	«да/нет»
1.	Меня мало интересуют окружающие меня люди и их жизнь
2.	Я часто не могу избавиться от некоторых навязчивых мыслей
3.	У меня часто меняется настроение
4.	Я плохо сплю и встаю с большим трудом
5.	В одиночестве у меня часто появляются тоска или тревожные мысли
6.	Как правило, меня утомляет общение с другими людьми, я стремлюсь к уединению
7.	Я часто испытываю трудности в управлении своими мыслями и желаниями
8.	Я не жду ничего хорошего в моей будущей жизни
9.	Часто я долго не могу заснуть
10.	Иногда я испытываю тревогу или страх на большой высоте
11.	Мне приходится общаться со многими людьми, которые меня раздражают или выводят меня из состояния равновесия
12.	Как правило, мне трудно сконцентрироваться на одном деле или действиях
13.	Иногда я принимаю успокаивающие или возбуждающие средства
14.	По утрам я часто чувствую себя разбитым
15.	Я опасюсь, что окружающие могут прочесть мои мысли
16.	Физические упражнения и спорт меня не привлекают
17.	В деловом общении я часто не успеваю сказать все, что хочу
18.	У меня часто бывает плохое настроение
19.	Я часто просыпаюсь по ночам
20.	Иногда я испытываю тревогу или страх в темноте и в закрытых помещениях

21.	После рабочей недели я предпочитаю отдыхать в одиночестве и без физических нагрузок
22.	У меня бывают мысли, от которых мне трудно избавиться
23.	Мое настроение часто меняется в течение дня без явных причин
24.	У меня бывают страшные сновидения
25.	У меня бывают навязчивые страхи
26.	Физические упражнения редко дают мне бодрость и энергию
27.	Часто я не могу упорядочить мои мысли и сконцентрироваться на главном
28.	Мое настроение очень изменчиво и зависит от внешних обстоятельств
29.	Иногда у меня бывают снохождения
30.	Я постоянно испытываю тревогу и ожидаю неприятностей

Таблица 2

Вопрос-утверждения «шкалы лжи»

№ п/п	Ответы респондентов достоверны, если шкала лжи составляет не более 3 совпадений	Да	Нет
1.	Я всегда выполняю свои обещания, не считаясь с тем, удобно мне это или нет	✓	
2.	Иногда бывает, что я говорю о вещах, в которых не разбираюсь		✓
3.	В детстве я всегда немедленно и безропотно выполнял все то, что мне поручали	✓	
4.	Не все люди, которых я знаю, мне нравятся		✓
5.	В играх я предпочитаю скорее выигрывать, чем проигрывать		✓
6.	Бывает, что нескромные шутки и остроты вызывают у меня смех		✓

Результаты анкетирования респондентов позволили выявить специфическую предрасположенность к патологическим стресс-реакциям и невротическим расстройствам в экстремальных условиях по следующим симптомам нарушений и субъективного восприятия самочувствия:

- психофизическое истощение (сниженная психическая и физическая активность);
- нарушение волевой регуляции;
- неустойчивость эмоционального фона и настроения (эмоциональная неустойчивость);
- нарушение сна;
- тревога и страхи.

Данные анкетирования позволяют категоризировать группы риска медицинских работников, разработать адаптированные программы социально-психологической профилактики стрессовых состояний и расстройств и предложить тренинговые методики их преодоления.

Результаты исследования были представлены в форме научного доклада «Состояние социального благополучия врачей и медицинских сестер, занятых в лечении и уходе за коронавирусными больными» на конференции «Уральские сестринские паллиативные чтения» / Екатеринбург, 26-27.11.2020 г. (прил. 3).

По результатам исследования к печати была подготовлена статья: Состояние психологического здоровья врачей и медсестер, занятых в лечении и уходе за коронавирусными больными (по материалам исследования)/ *Кузьмин К.В., Набойченко Е.С., Петрова Л.Е.* // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: Электронный научный журнал (прил. 4).

2. Общая характеристика респондентов

В исследовании психосоциального здоровья приняли участие 373 респондента, разделенные на 2 группы по особенностям выполнения должностных обязанностей (таблица 3):

Таблица 3

Должностные обязанности врачей-специалистов и среднего медицинского персонала

Врачи – 86 чел.	Средний медперсонал – 287 чел.
должностные обязанности:	
1. Оказывает населению постоянную, экстренную и неотложную медицинскую помощь по своей специальности, используя современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.	1. Обеспечивает инфекционную безопасность (соблюдает правила санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, асептики, правильно хранит, обрабатывает, стерилизует и использует изделия медицинского назначения).
2. Планирует и анализирует свою работу.	2. Осуществляет все этапы сестринского процесса при уходе за пациентами (первичную оценку состояния пациента, интерпретацию полученных данных, планирование ухода совместно с пациентом, итоговая оценка достигнутого).
3. Организует и самостоятельно проводит специальные	3. Своевременно и качественно выполняет профилактические и лечебно-диагностические процедуры, назначенные врачом. Ассистирует при проведении врачом лечебно-диагностических манипуляций и малых операций в амбулаторных и стационарных условиях.

<p>диагностические исследования и интерпретирует их результаты</p> <p>4. Оформляет медицинскую документацию установленного образца в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения Российской Федерации.</p> <p>5. Проводит экспертизу нетрудоспособности больных.</p> <p>6. Оказывает консультативную помощь в подразделениях лечебного учреждения.</p> <p>7. Соблюдает принципы врачебной этики и деонтологии.</p> <p>8. Повышает свою квалификацию.</p> <p>9. Руководит работой среднего медицинского персонала.</p>	<p>4. Оказывает неотложную доврачебную помощь при острых заболеваниях, несчастных случаях и различных видах катастроф с последующим вызовом врача к пациенту или направлением его в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение.</p> <p>5. Вводит лекарственные препараты, противошоковые средства (при анафилактическом шоке) больным по жизненным показаниям (при невозможности своевременного прибытия врача к пациенту) в соответствии с установленным порядком действий при данном состоянии.</p> <p>6. Сообщает врачу или заведующему, а в их отсутствие, дежурному врачу о всех обнаруженных тяжелых осложнениях и заболеваниях пациентов, осложнениях, возникших в результате проведения медицинских манипуляций или о случаях нарушения внутреннего распорядка учреждения.</p> <p>7. Обеспечивает правильное хранение, учет и списание лекарственных препаратов, соблюдение правил приема лекарств пациентами.</p> <p>8. Взаимодействует с коллегами и сотрудниками других служб в интересах пациента.</p> <p>9. Ведет утвержденную медицинскую учетно-отчетную документацию.</p> <p>10. Систематически повышает свою профессиональную квалификацию.</p> <p>11. Проводит санитарно-просветительную работу по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.</p>
--	--

По половому признаку группы респондентов представлены на рис. 1.1 (врачи) и 1.2 (средний медперсонал):

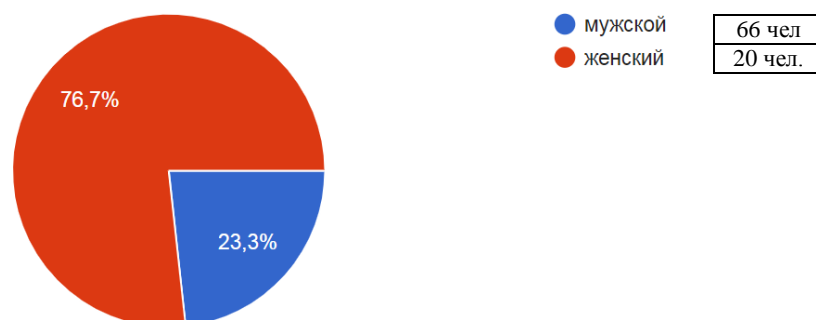


Рис. 1.1. Распределение врачей по полу

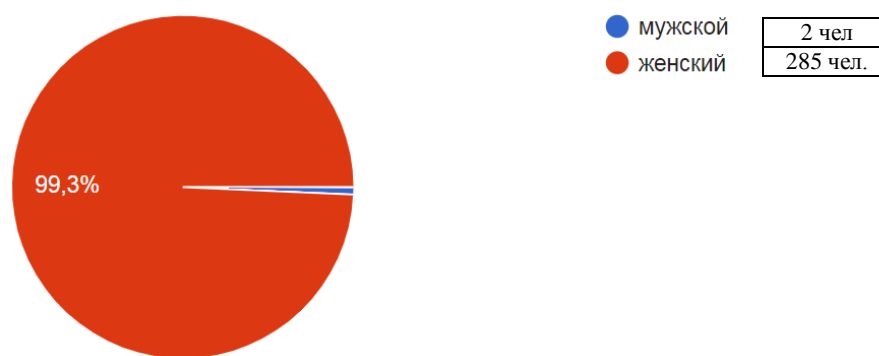


Рис. 1.2. Распределение средних медработников по полу

Таким образом, если в первой группе респондентов (врачей-специалистов) мужчины составляли около четверти всех опрошенных, то во второй группе (средний медперсонал) – лишь 0,7% (2 чел.).

Распределение респондентов по возрасту выглядит следующим образом (рис. 2.1 и 2.2).

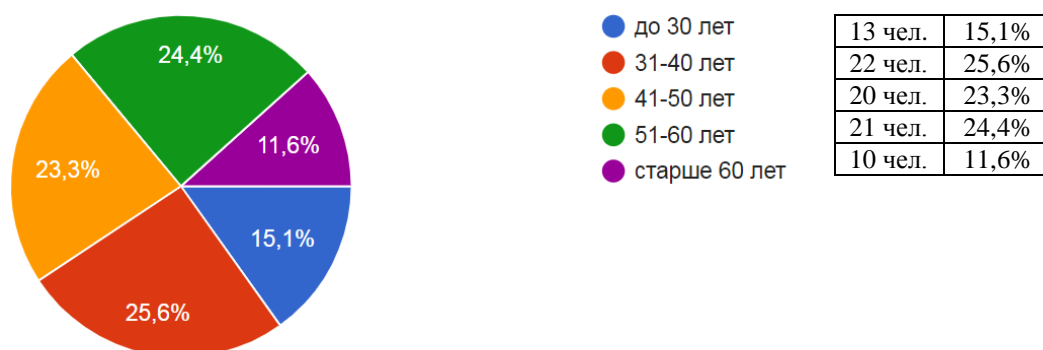


Рис. 2.1. Распределение врачей по возрасту

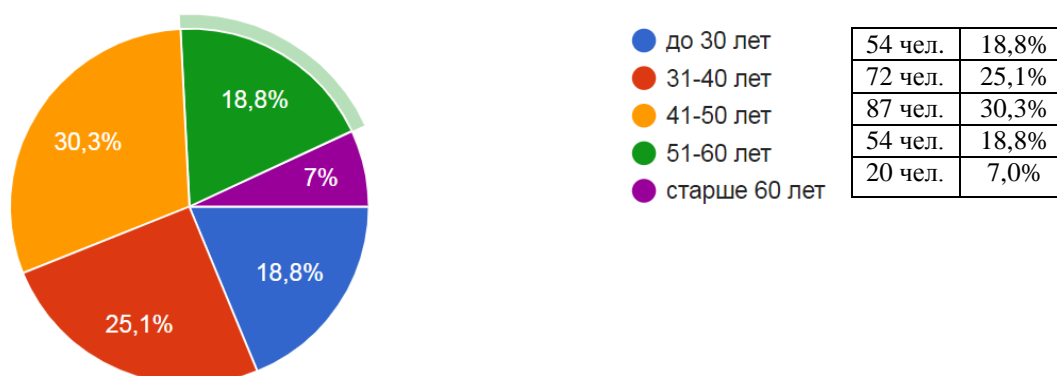


Рис. 2.2. Распределение средних медработников по возрасту

Распределение респондентов по возрасту в целом соответствует общей статистике занятости в сфере здравоохранения и социальных услуг в России. По данным за 2018 г. удельный вес занятых в возрасте до 30 лет составлял 14,3%, от 30 до 39 лет – 23,6%, от 40 до 49 лет – 27,3%, от 50 до 59 лет – 26,0%, от 60 лет и старше – 8,9% (Ист.: Труд и занятость в России. 2019: Стат.сб. / Росстат. М., 2019. С. 31).

Половина респондентов (врачи – 48,9%, средние медработники – 55,4%) может быть отнесена, согласно возрастной периодизации Э. Эриксона, к периоду «зрелой зрелости», характеризующейся наличием выбора между продуктивностью (генеративностью) и инертностью (стагнацией).

Важнейшей характеристикой «зрелой зрелости» становится творческая самореализация индивида, предполагающая последовательное чувство собственного «Я», высокое чувство ответственности за себя и других, заставляющее задумываться об общечеловеческих ценностях, судьбах других людей, о грядущих поколениях и будущем устройстве мира и общества. «Зрелая зрелость» включает продуктивную рабочую жизнь, выступающую как забота старшего поколения о тех, кто придет им на смену, и о том, как помочь им упрочиться в жизни и выбрать верное направление.

Оборотной стороной «продуктивности» становятся психологические «трудности», отражающие в себе желание протестовать, как путь решения застоя, обеднение личной жизни, самопоглощённость. «Кризис среднего возраста», возникающий на стадии «зрелой зрелости» выражается в чувстве безнадежности и бессмысленности жизни для тех, кому не удастся стать продуктивными. С утратой продуктивности прекращается функционирование личности как деятельного члена общества, жизнь превращается в удовлетворение собственных нужд, обедняются межличностные отношения.

При этом надо учитывать тот факт, что медицинская деятельность входит в группу профессий с большим присутствием факторов психической напряженности. Она изобилует множеством не только положительных, но и отрицательных эмоций, обусловленных и тем, что в основном трудовые коллективы – женские, в связи с чем в них наблюдаются повышенная эмоциональная возбудимость, заражение эмоциями друг от друга, в том числе и отрицательными. Кроме того, психический склад людей – склонность к чувству вины, тревожность, низкая стрессоустойчивость, – способствует возникновению у них психосоматических заболеваний.

Образующийся дефицит энергоресурсов приводит к срыву адаптационных процессов личности и способствует появлению стойких состояний дезадаптации как в профессиональной деятельности, так и вне трудовой жизни, что приводит к нарушениям в эмоциональной сфере, проявляющимся в плохом настроении, раздражительности, тревожности, повышенной обидчивости, невротизации и снижении эмпатии.

3. Обработка и оценка результатов исследования

3.1. Общая оценка показателей психологической устойчивости

В соответствии с «ключом» опросника суммарные показатели психологической устойчивости медицинских работников следующие:

Сумма баллов	Уровень психологической устойчивости к экстремальным условиям	Состояние адаптивности
0-11 баллов	высокий	хорошее
12-18 баллов	средний	удовлетворительное
19-30 баллов	низкий	неудовлетворительное

Низкий уровень психологической устойчивости к экстремальным условиям порождает высокий риск патологических стресс-реакций и невротических расстройств, состояние дезадаптации.

Распределение баллов согласно данным опроса дано на рис. 3.1 и 3.2.

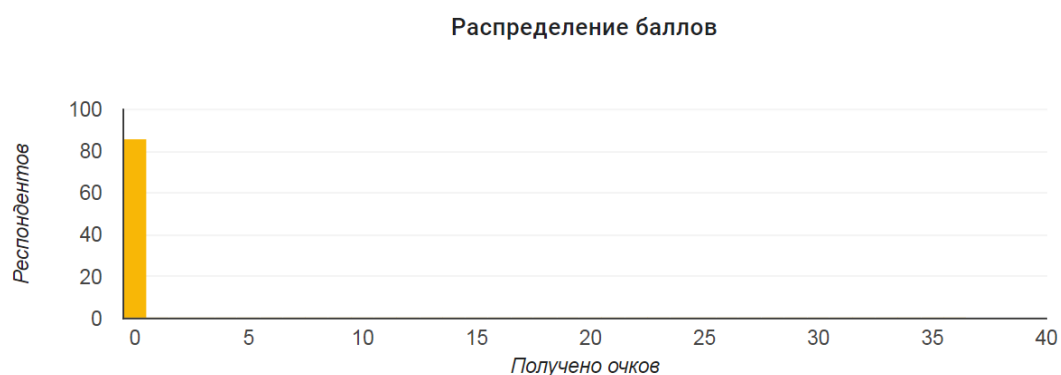


Рис. 3.1. Суммарные показатели психологической устойчивости врачей

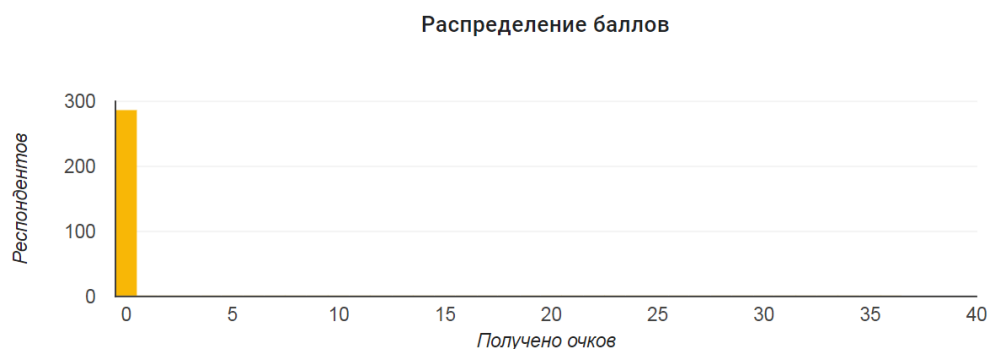


Рис. 3.2. Суммарные показатели психологической устойчивости средних медицинских работников

Таким образом, все опрошенные оценивают свой уровень психологической устойчивости как «высокий» (диапазон набранных баллов – от 0 до 1), а состояние адаптированности к экстремальным ситуациям – как «хорошее».

В то же время оценить уровень правдивости / адекватности самооценки психологического состояния позволяет «шкала лжи», оценивающая противоречивость ответов врачей на одинаковые по смыслу, но разные по формулировке вопросы (рис. 4.1 – 4.6).

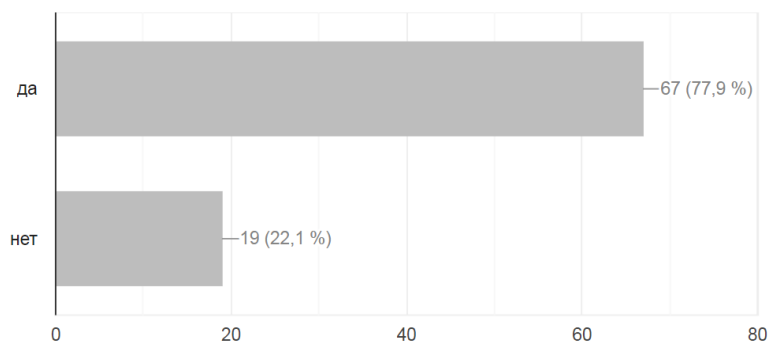


Рис. 4.1. Я всегда выполняю свои обещания, не считаясь с тем, удобно мне это или нет (показатель «лжи» – ответ «да»)

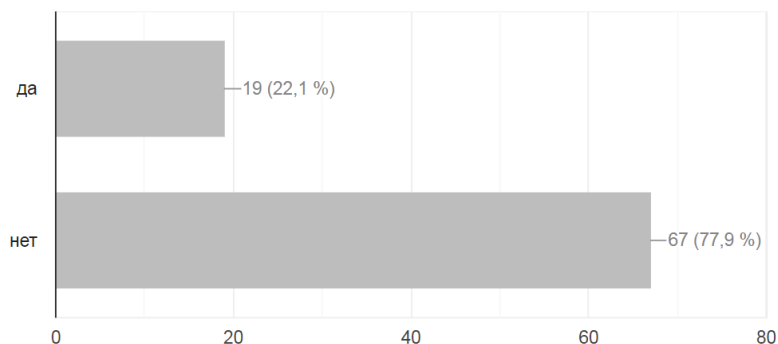


Рис. 4.2. Иногда бывает, что я говорю о вещах, в которых не разбираюсь (показатель «лжи» – ответ «нет»)

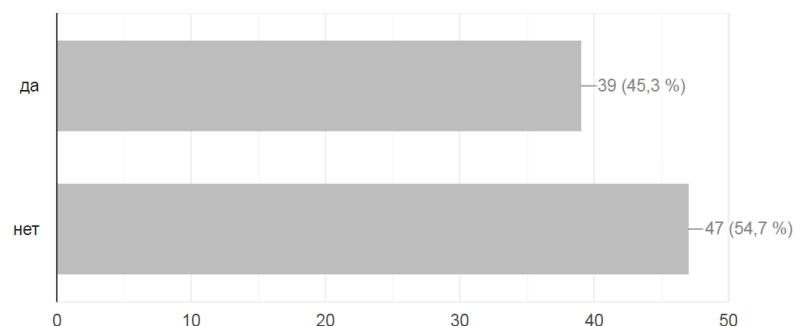


Рис. 4.3. В детстве я всегда немедленно и безропотно выполнял все то, что мне поручали (показатель «лжи» – ответ «да»)

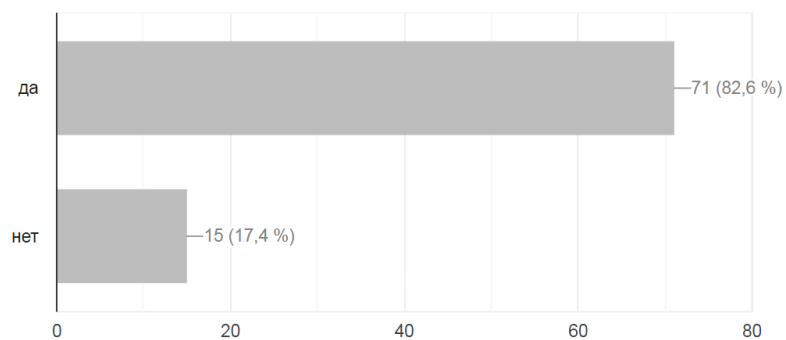


Рис. 4.4. Не все люди, которых я знаю, мне нравятся
(показатель «лжи» – ответ «нет»)

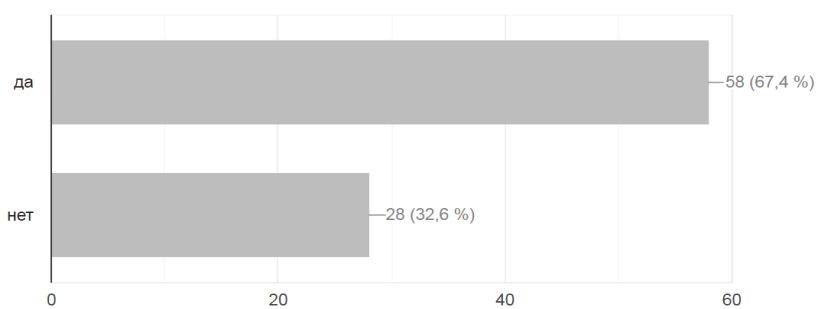


Рис. 4.5. В играх я предпочитаю скорее выигрывать, чем проигрывать
(показатель «лжи» – ответ «нет»)

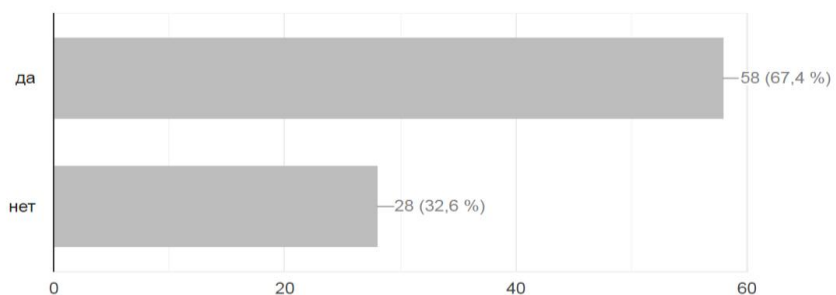


Рис. 4.6. Бывает, что нескромные шутки и остроты вызывают у меня смех
(показатель «лжи» – ответ «нет»)

Ответы врачей-респондентов достоверны, если «шкала лжи» составляет не более 3 совпадений (таблица 5).

Ответы врачей по «шкале лжи» (в процентах)

№ п/п		Да	Нет
1.	Я всегда выполняю свои обещания, не считаясь с тем, удобно мне это или нет	77,9	
2.	Иногда бывает, что я говорю о вещах, в которых не разбираюсь		77,9
3.	В детстве я всегда немедленно и безропотно выполнял все то, что мне поручали	45,3	
4.	Не все люди, которых я знаю, мне нравятся		17,4
5.	В играх я предпочитаю скорее выигрывать, чем проигрывать		32,6
6.	Бывает, что нескромные шутки и остроты вызывают у меня смех		32,6

Непосредственный анализ анкет показал, что каждый четвертый опрошенный врач (24 чел., 27,9%) дает необъективную самооценку своего психологического состояния, игнорируя риски возникновения патологических стресс-реакций и невротических расстройств (показатель по «шкале лжи» – более 3-х совпадений).

Аналогичную картину можно наблюдать при анализе ответов по «шкале лжи» средних медицинских работников (рис. 5.1 – 5.6).

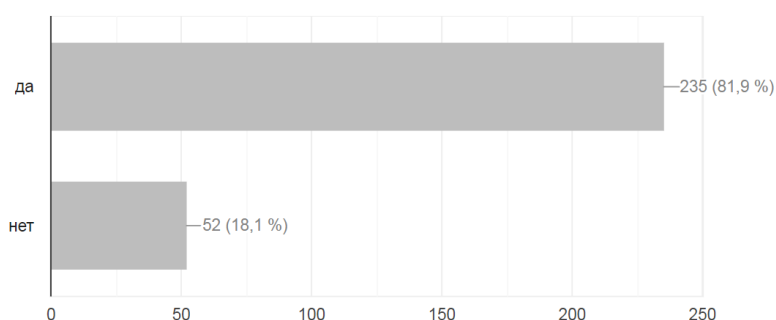


Рис. 5.1. Я всегда выполняю свои обещания, не считаясь с тем, удобно мне это или нет (показатель «лжи» – ответ «да»)

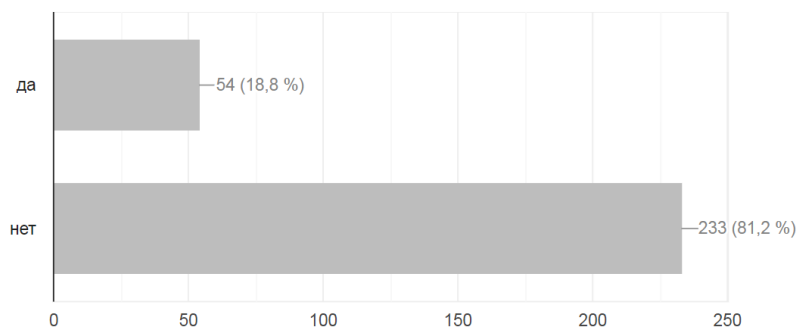


Рис. 5.2. Иногда бывает, что я говорю о вещах, в которых не разбираюсь (показатель «лжи» – ответ «нет»)

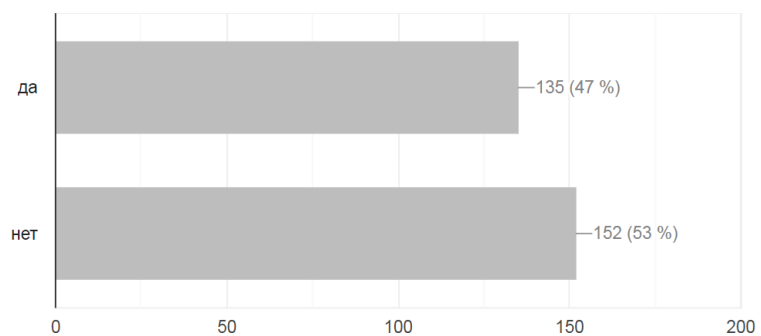


Рис. 5.3. В детстве я всегда немедленно и безропотно выполнял все то, что мне поручали (показатель «лжи» – ответ «да»)

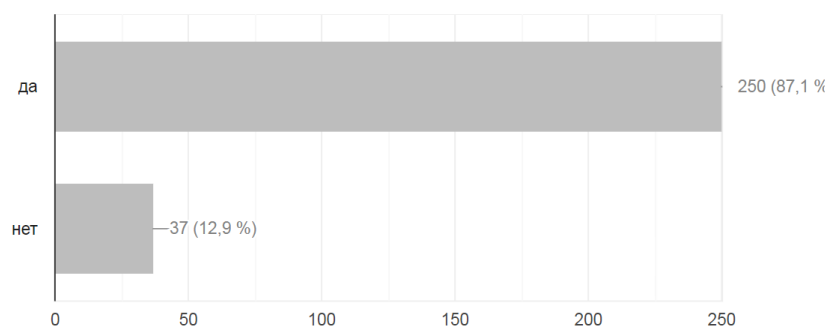


Рис. 5.4. Не все люди, которых я знаю, мне нравятся (показатель «лжи» – ответ «нет»)

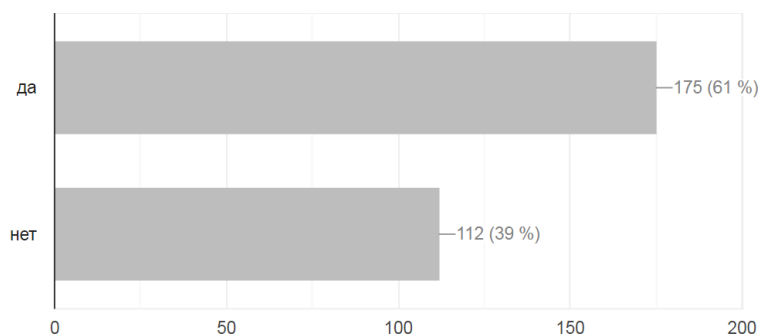


Рис. 5.5. В играх я предпочитаю скорее выигрывать, чем проигрывать (показатель «лжи» – ответ «нет»)

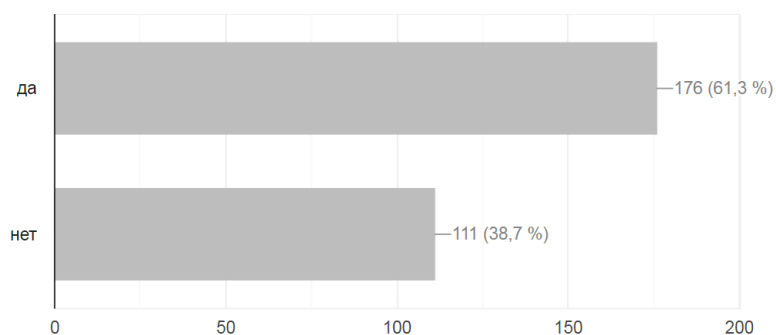


Рис. 5.6. Бывает, что нескромные шутки и остроты вызывают у меня смех (показатель «лжи» – ответ «нет»)

Ответы средних медработников-респондентов достоверны, если «шкала лжи» составляет не более 3 совпадений (таблица 6).

Таблица 6

Ответы средних медработников по «шкале лжи» (в процентах)

№ п/п		Да	Нет
1.	Я всегда выполняю свои обещания, не считаясь с тем, удобно мне это или нет	81,9	
2.	Иногда бывает, что я говорю о вещах, в которых не разбираюсь		81,2
3.	В детстве я всегда немедленно и безропотно выполнял все то, что мне поручали	47,0	
4.	Не все люди, которых я знаю, мне нравятся		12,9
5.	В играх я предпочитаю скорее выигрывать, чем проигрывать		39,0
6.	Бывает, что нескромные шутки и остроты вызывают у меня смех		38,7

Непосредственный анализ анкет показал, что более трети опрошенных средних медработников (101 чел., 35,2%) дает необъективную самооценку своего психологического состояния (показатель по «шкале лжи» – более 3-х совпадений), тем самым, игнорируя риски возникновения патологических стресс-реакций и невротических расстройств.

Полученные данные показывают, что медицинские работники – как врачи, так и средний медицинский персонал – переоценивают уровень стабильности своего психосоциального состояния, что свидетельствует о необходимости развития психологической службы в лечебно-профилактических учреждениях, ориентированной на работу с врачами и средним медицинским персоналом, задействованными в лечении и уходе за больными COVID-19.

3.2. Оценка показателей невротизации по шкалам

В соответствии с опросником оценивались следующие шкалы по частным симптомам невротизации (таблица 7).

Таблица 7

Частные симптомы невротизации по шкалам

№ п/п	Названия шкал	Утверждения
1	Истощение психоэнергетических ресурсов (психофизическая усталость)	1, 6, 11, 16, 21, 26
2	Нарушение воли	2, 7, 12, 17, 22, 27
3	Эмоциональная неустойчивость	3, 8, 13, 18, 23, 28
4	Нарушения сна	4, 9, 14, 19, 24, 29
5	Тревога и страхи	5, 10, 15, 20, 25, 30

3.2.1. Истощение психоэнергетических ресурсов (психофизическая усталость)

Психофизическая усталость является одним из основных признаков профессионального выгорания, возникающего в результате внутренней аккумуляции отрицательных эмоций без соответствующей «разрядки», или «освобождения» от них и ведущего к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов человека и притуплению положительных эмоций.

Синдром профессионального выгорания характеризуется эмоциональным и умственным истощением, снижением удовлетворения от выполняемой работы и физическим утомлением, растущим безразличием к себе и окру-

жающим. На место жалости приходит отсутствие понимания, меняется отношение не только к пациентам, но и к своим коллегам и семье.

Синдром выгорания возникает в результате постоянного и длительного по времени взаимодействия с большим количеством людей, когда существует необходимость проявлять различные эмоции, порой не совпадающие с внутренним эмоциональным состоянием, когда человек приносит свои потребности в жертву служебным, забывая о себе и своей семье.

Симптомы профессионального выгорания:

1. Психофизические симптомы:

- чувство постоянной усталости не только по вечерам, но и по утрам, сразу после сна (симптом хронической усталости);
- ощущение эмоционального и физического истощения;
- снижение восприимчивости и реактивности в связи с изменениями внешней среды (отсутствие реакции любопытства на фактор новизны или реакции страха на опасную ситуацию);
- общая астенизация (слабость, снижение активности и энергии, ухудшение биохимии крови и гормональных показателей);
- частые беспричинные головные боли; постоянные расстройства желудочно-кишечного тракта;
- резкая потеря или резкое увеличение веса;
- полная или частичная бессонница;
- постоянное заторможенное, сонливое состояние и желание спать в течение всего дня;
- одышка или нарушения дыхания при физической или эмоциональной нагрузке;
- заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности: ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания, потеря внутренних, телесных ощущений.

2. Социально-психологические симптомы:

- безразличие, скука, пассивность и депрессия (пониженный эмоциональный тонус, чувство подавленности);
- повышенная раздражительность на незначительные, мелкие события;
- частые нервные срывы (вспышки немотивированного гнева или отказы от общения, уход в себя);
- постоянное переживание негативных эмоций, для которых во внешней ситуации причин нет (чувство вины, обиды, стыда, подозрительность, скованность);
- чувство неосознанного беспокойства и повышенной тревожности (ощущение, что «что-то не так, как надо»);
- чувство гиперответственности и постоянное чувство страха, что «не получится» или «я не справлюсь»;
- общая негативная установка на жизненные и профессиональные перспективы (по типу «как ни старайся, все равно ничего не получится»).

3. Поведенческие симптомы:

- ощущение, что работа становится все тяжелее и тяжелее, а выполнять ее – все труднее и труднее;
- затруднения в принятии решений;
- чувство бесполезности, неверие в улучшения, снижение энтузиазма по отношению к работе, безразличие к результатам;
- невыполнение важных, приоритетных задач и «застревание» на мелких деталях, не соответствующая служебным требованиям трата большей части рабочего времени на мало осознаваемое или не осознаваемое выполнение автоматических и элементарных действий;
- дистанцированность от коллег и пациентов, повышение неадекватной критичности;
- злоупотребление алкоголем, резкое возрастание выкуренных за день сигарет, применение наркотических средств.

Анализ показателей психофизической усталости

А. Врачи (рис. 6.1 – 6.6)

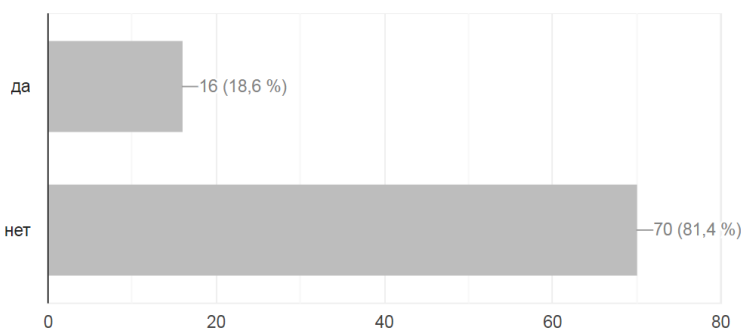


Рис. 6.1. Меня мало интересуют окружающие меня люди и их жизнь

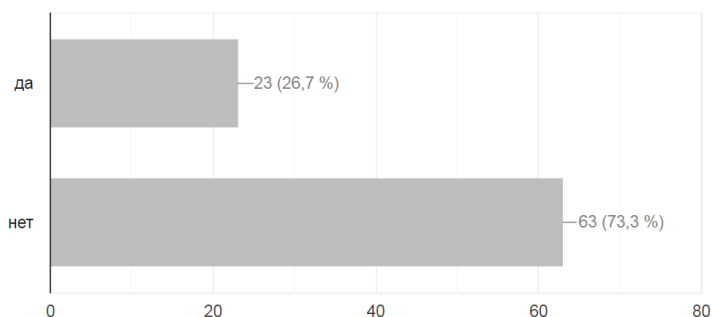


Рис. 6.2. Как правило, меня утомляет общение с другими людьми, я стремлюсь к уединению

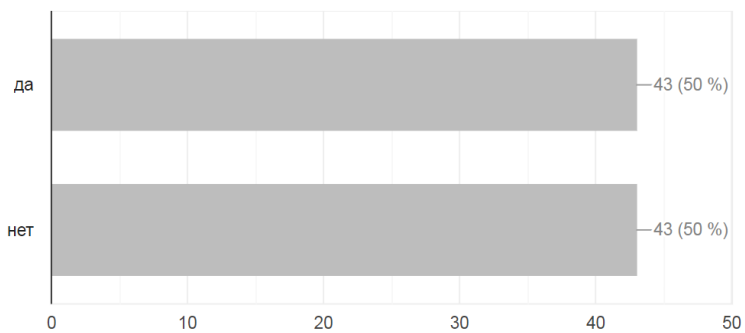


Рис. 6.3. Мне приходится общаться со многими людьми, которые меня раздражают или выводят меня из состояния равновесия

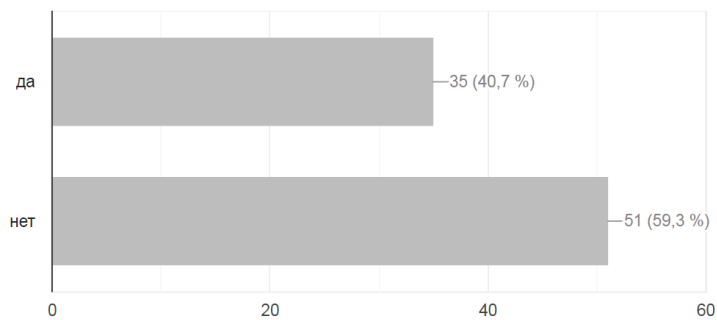


Рис. 6.4. Физические упражнения и спорт меня не привлекают

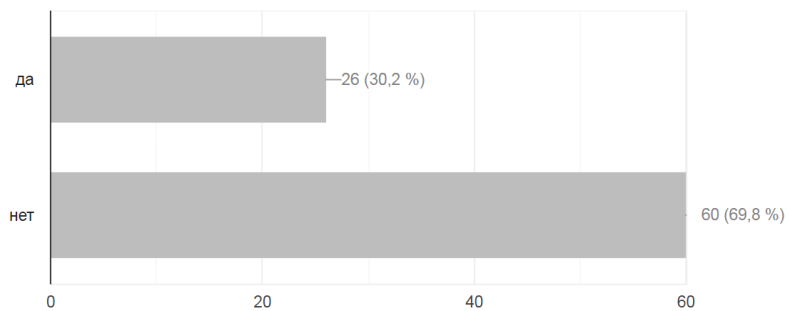


Рис. 6.5. После рабочей недели я предпочитаю отдыхать в одиночестве и без физических нагрузок

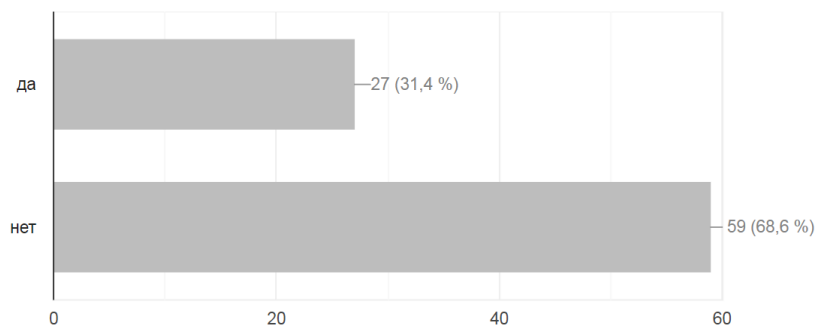


Рис. 6.6. Физические упражнения редко дают мне бодрость и энергию

Таким образом, психофизиологическая усталость по усредненному показателю присутствует почти у трети опрошенных врачей – 28 чел. (32,9%).

Б. Средний медицинский персонал (рис. 7.1 – 7.6)

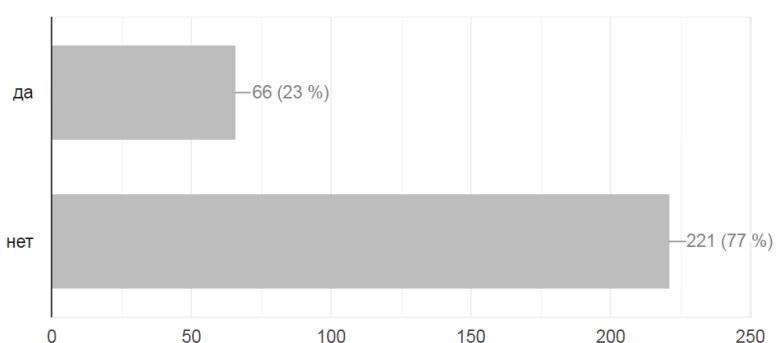


Рис. 7.1. Меня мало интересуют окружающие меня люди и их жизнь

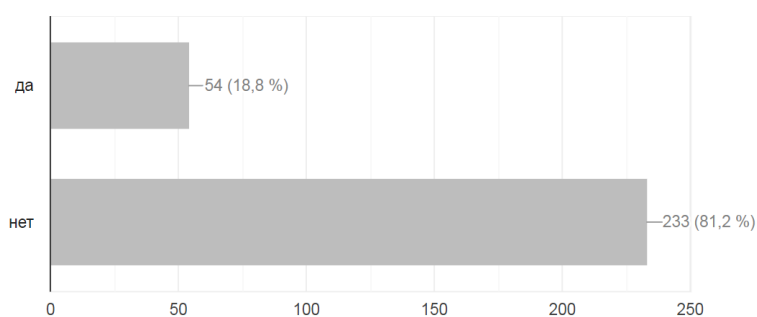


Рис. 7.2. Как правило, меня утомляет общение с другими людьми, я стремлюсь к уединению

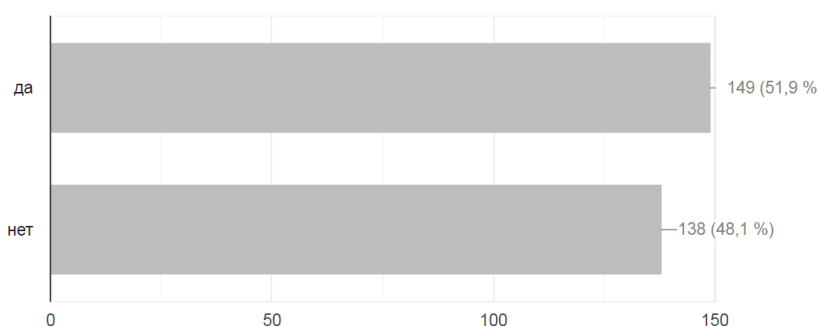


Рис. 7.3. Мне приходится общаться со многими людьми, которые меня раздражают или выводят меня из состояния равновесия

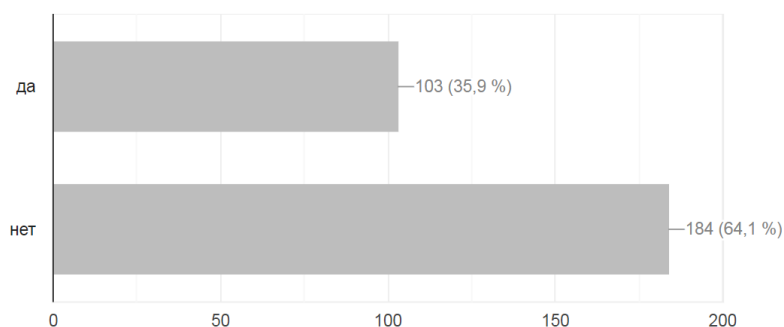


Рис. 7.4. Физические упражнения и спорт меня не привлекают

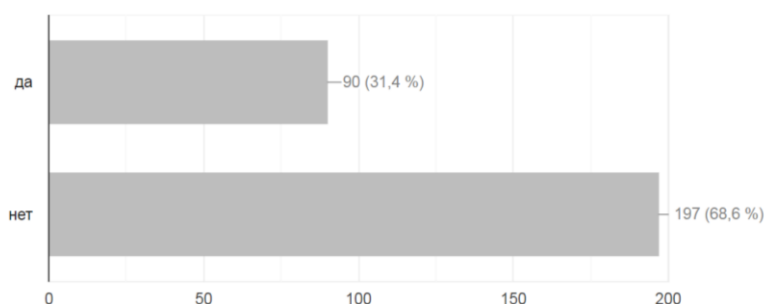


Рис. 7.5. После рабочей недели я предпочитаю отдыхать в одиночестве и без физических нагрузок

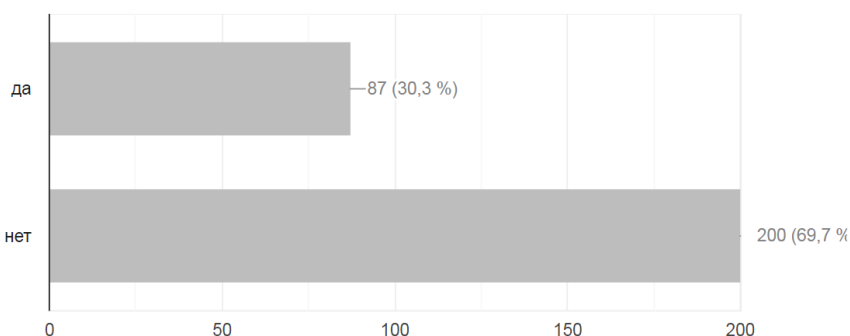


Рис. 7.6. Физические упражнения редко дают мне бодрость и энергию

Таким образом, психофизиологическая усталость по усредненному показателю присутствует у чуть менее трети опрошенных средних медицинских работников – 91 чел. (31,8%).

3.2.2. Нарушение воли

Нарушение воли является одним из показателей психоэмоционального нездоровья и проявляется себя в неадекватности эмоций – реакций в виде субъективно окрашенных переживаний индивида, отражающих значимость для него воздействующего раздражителя или результата собственных действий.

Эмоциональные состояния – определенный нервно-психический тонус, устойчиво сохраняющийся на протяжении длительного времени. К ним, прежде всего, относится настроение. В норме настроение характеризуется колебаниями в связи с многочисленными впечатлениями и переживаниями человека. В случае патологии настроение может быть резко изменено в сторону его повышения или понижения; оно может претерпевать резкие изменения или быть однообразным на протяжении длительного времени, а также неадекватным, не соответствующим обстановке, физическому или психическому состоянию человека.

Пониженное настроение характерно для депрессивных состояний. Главным признаком является ощущение тоски. Апатия – пустое эмоциональное состояние, полное равнодушие ко всему. Состояния дисфории – периоды измененного настроения с раздражительностью, злобностью, недовольством собой и окружающими, взрывчатостью, склонностью к агрессивным и разрушительным действиям.

Слабодушие – состояние эмоциональной слабости, лабильность в сфере чувств. Состояние характеризуется постоянными колебаниями настроения, возникающими по ничтожному поводу; отмечается повышенная слезливость, а при подъеме настроения – сентиментальность.

Растерянность – состояние недоумения, сопровождающее развитие острого расстройства психической деятельности с нарушением самосознания и предметного сознания.

Депрессия – аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения.

Анализ показателей нарушений воли

А. Врачи (рис. 8.1 – 8.6)

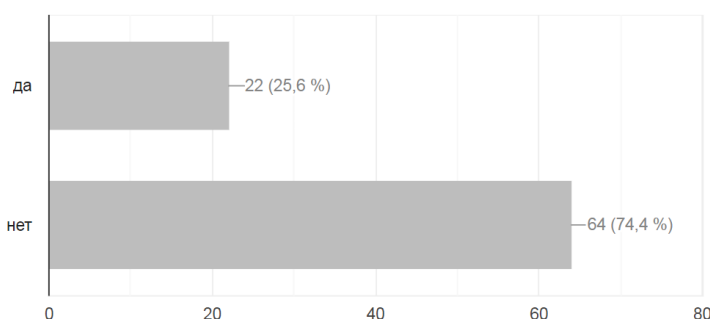


Рис. 8.1. Я часто не могу избавиться от некоторых навязчивых мыслей

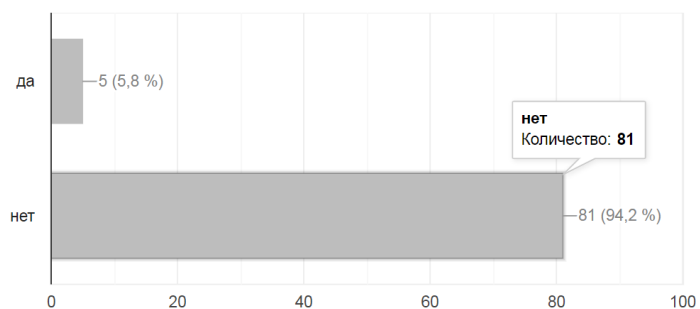


Рис. 8.2. Я часто испытываю трудности в управлении своими мыслями и желаниями

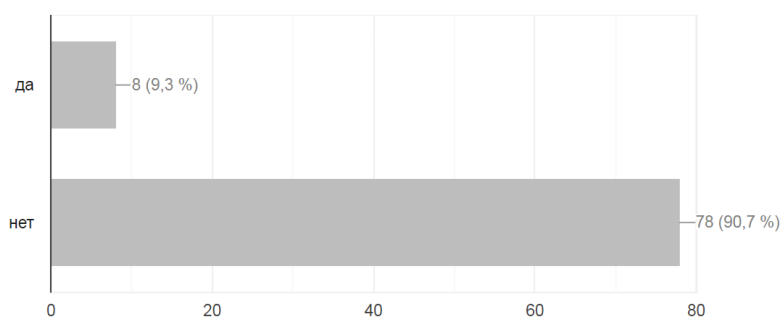


Рис. 8.3. Как правило, мне трудно сконцентрироваться на одном деле или действиях

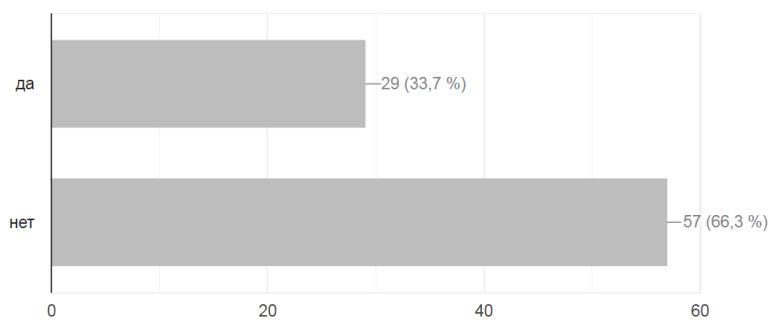


Рис. 8.4. В деловом общении я часто не успеваю сказать все, что хочу

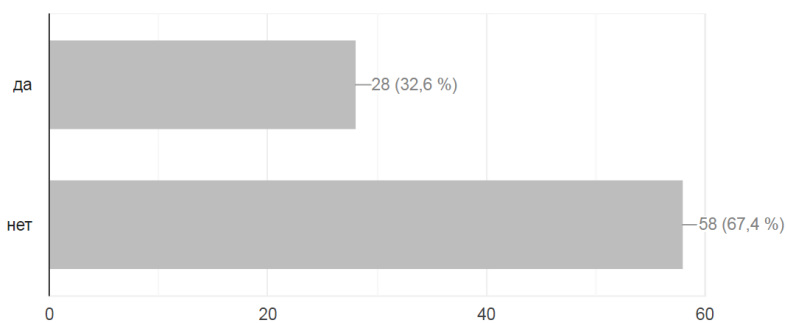


Рис. 8.5. У меня бывают мысли, от которых мне трудно избавиться

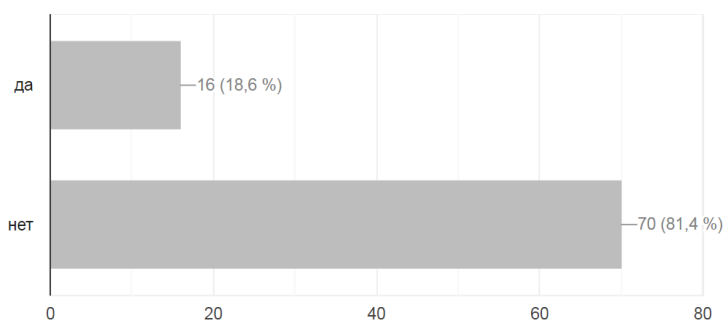


Рис. 8.6. Часто я не могу упорядочить мои мысли и сконцентрироваться на главном

Таким образом, нарушение воли по усредненному показателю присутствует у каждого пятого опрошенного врача – 18 чел. (20,9%).

Б. Средний медицинский персонал (рис. 9.1 – 9.6)

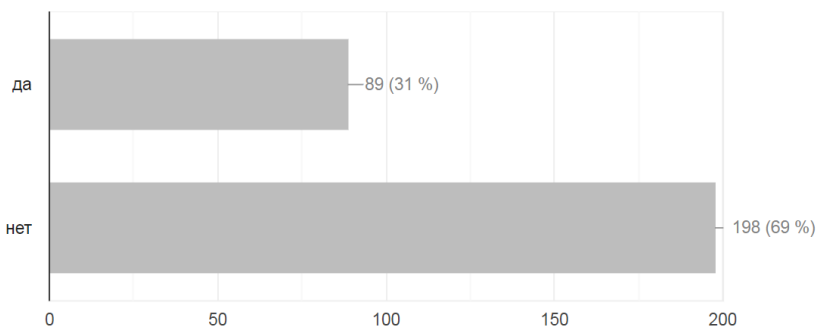


Рис. 9.1. Я часто не могу избавиться от некоторых навязчивых мыслей

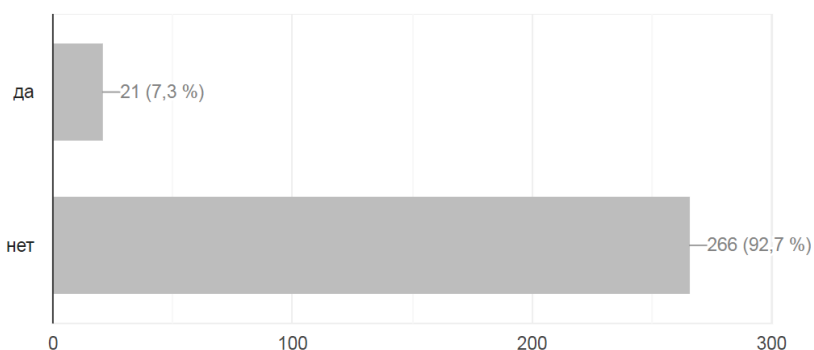


Рис. 9.2. Я часто испытываю трудности в управлении своими мыслями и желаниями

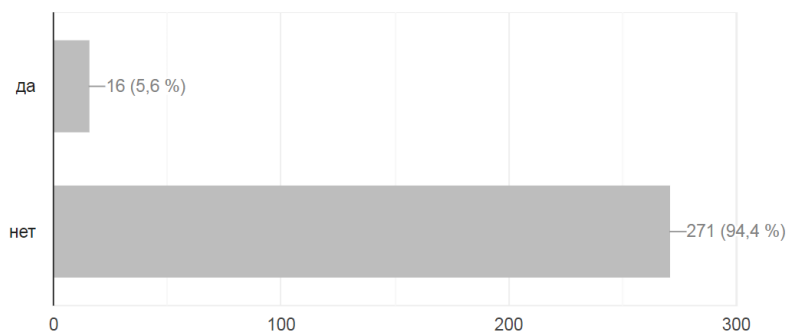


Рис. 9.3. Как правило, мне трудно сконцентрироваться на одном деле или действиях

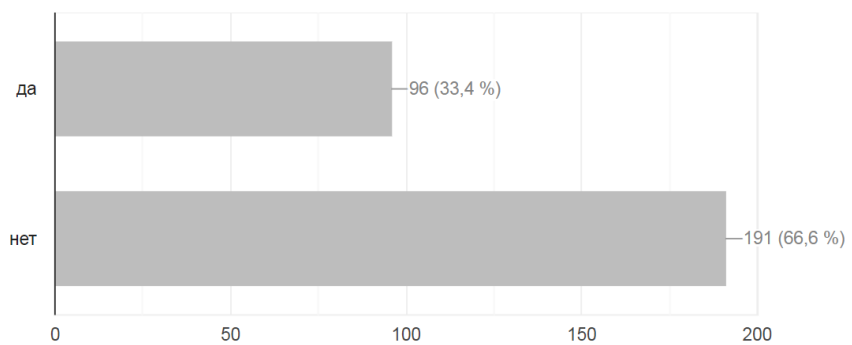


Рис. 9.4. В деловом общении я часто не успеваю сказать все, что хочу

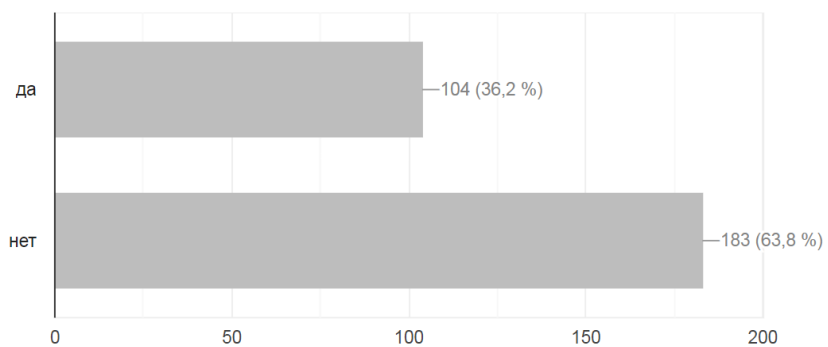


Рис. 9.5. У меня бывают мысли, от которых мне трудно избавиться

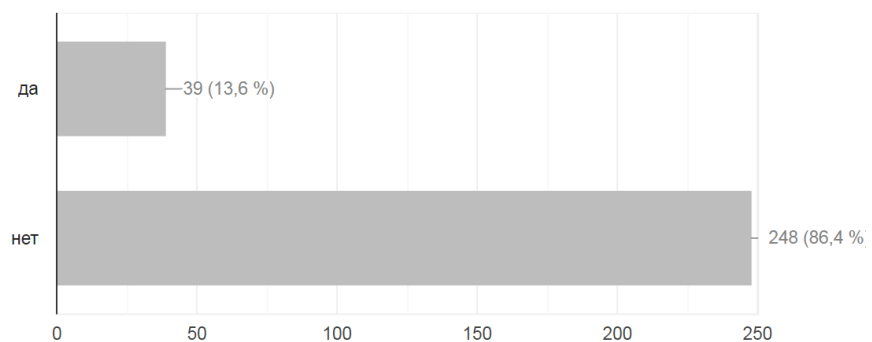


Рис. 9.6. Часто я не могу упорядочить мои мысли и сконцентрироваться на главном

Таким образом, нарушение воли по усредненному показателю присутствует у пятой части опрошенных средних медработников – 61 чел. (21,2%).

3.2.3. Эмоциональная неустойчивость

Под *эмоциональной неустойчивостью* подразумевают проблемы психологического плана или личностные расстройства, для которых характерны перепады настроения, импульсивные поступки и слова, ослабленный контроль над собой.

Эмоциональной неустойчивости свойственны следующие признаки: повышенная раздражительность (человек может вывести из себя любая мелочь); спонтанные вспышки гнева, так называемое состояние аффекта; частые, порой абсолютно неосознанные, перепады настроения; неспособность себя контролировать и управлять своим поведением.

Эмоциональная неустойчивость (нестабильность) подразделяется на импульсивный и пограничный типы.

Для людей с эмоциональной неустойчивостью импульсивного типа характерна излишняя возбудимость. Многие раздражающие факторы оказывают на них сильное воздействие. Они твердо уверены в том, что весь мир на них ополчился, что судьба подкидывает только одни испытания, а окружающие люди желают им только зла.

Для пограничного типа характерны бурное воображение, излишняя впечатлительность, подвижность когнитивного восприятия, аффективная лабильность, неспособность адекватно относиться к трудностям. Человек с эмоциональной неустойчивостью пограничного типа не может нормально воспринимать испытания. Иногда наблюдается развитие истерического или депрессивного состояния.

Основные причины эмоциональной неустойчивости: постоянное эмоциональное напряжение, которое может возникнуть вследствие психологической травмы, постоянных жизненных неудач, стрессовых ситуаций, из-за нехватки или переизбытка внимания, слишком строгих табу или, наоборот, вседозволенности.

Анализ показателей эмоциональной неустойчивости

А. Врачи (рис. 10.1 – 10.6)

А. Врачи

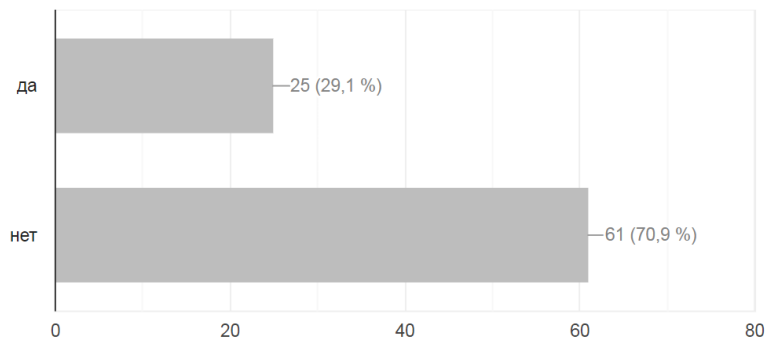


Рис. 10.1. У меня часто меняется настроение

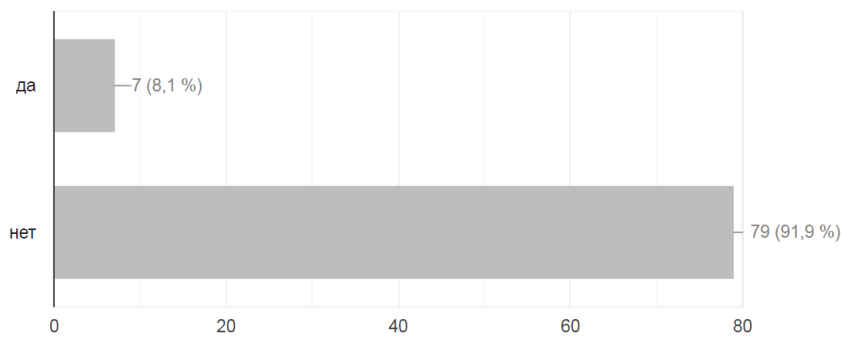


Рис. 10.2. Я не жду ничего хорошего в моей будущей жизни

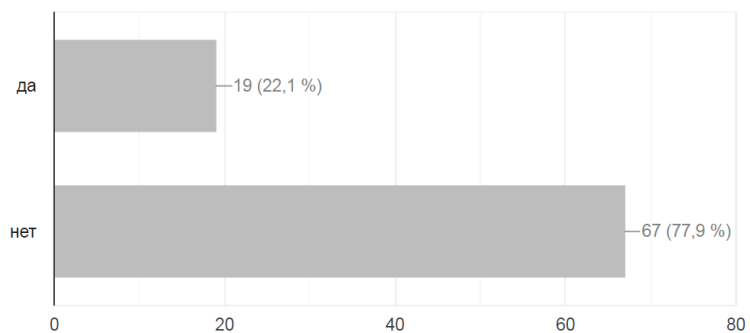


Рис. 10.3. Иногда я принимаю успокаивающие или возбуждающие средства

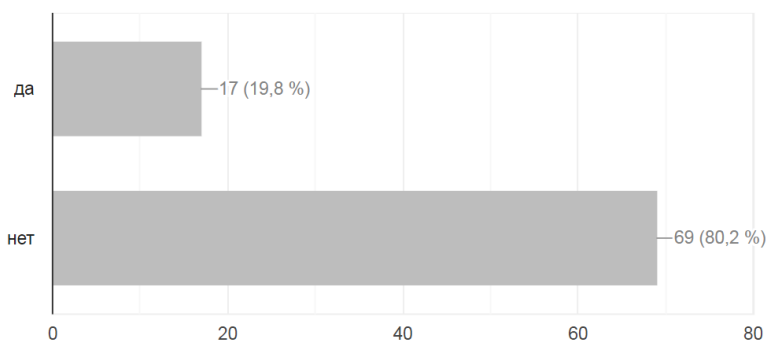


Рис. 10.4. У меня часто бывает плохое настроение

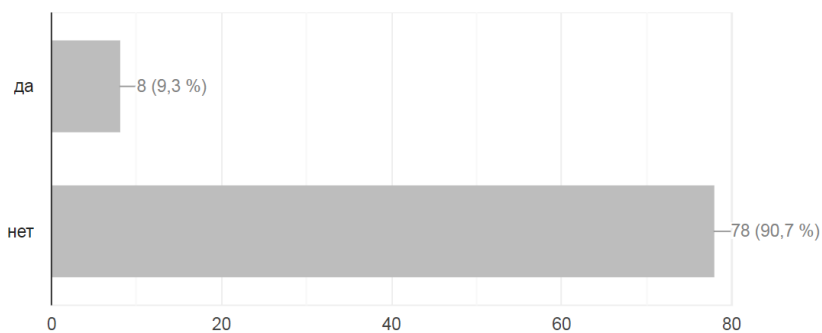


Рис. 10.5. Мое настроение часто меняется в течение дня без явных причин

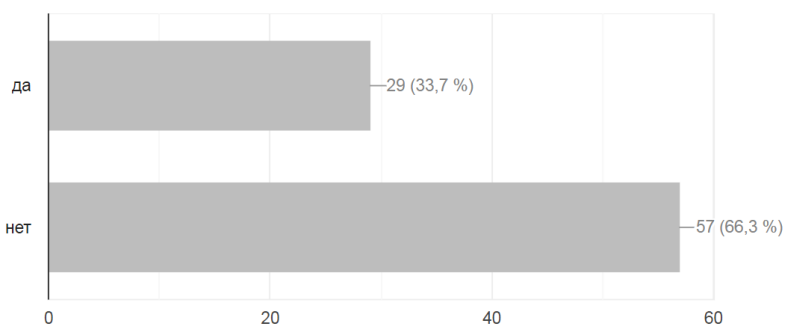


Рис. 10.6. Мое настроение очень изменчиво и зависит от внешних обстоятельств

Таким образом, эмоциональная неустойчивость по усредненному показателю присутствует у каждого пятого опрошенного врача – 17 чел. (20,35%).

Б. Средний медицинский персонал (рис. 11.1 – 11.6)

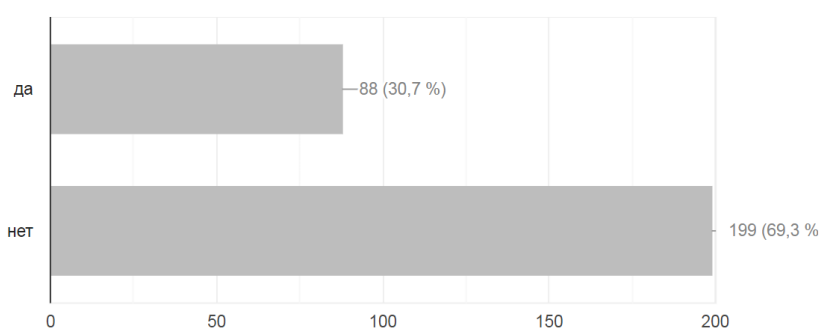


Рис. 11.1. У меня часто меняется настроение

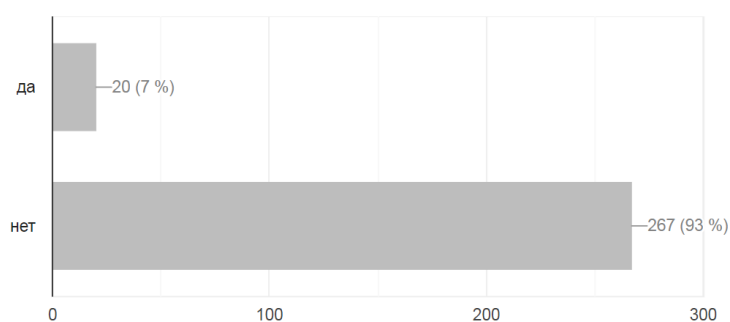


Рис. 11.2. Я не жду ничего хорошего в моей будущей жизни

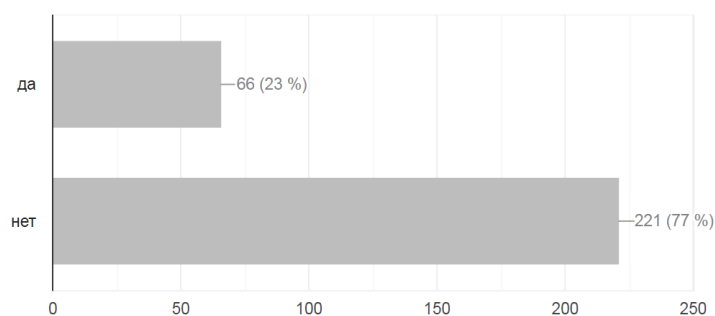


Рис. 11.3. Иногда я принимаю успокаивающие или возбуждающие средства

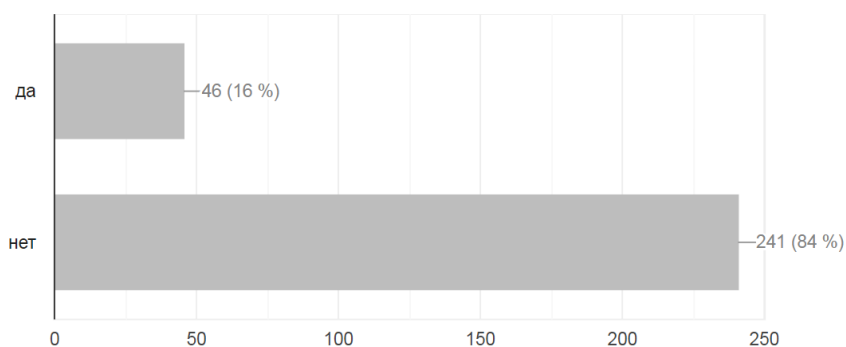


Рис. 11.4. У меня часто бывает плохое настроение

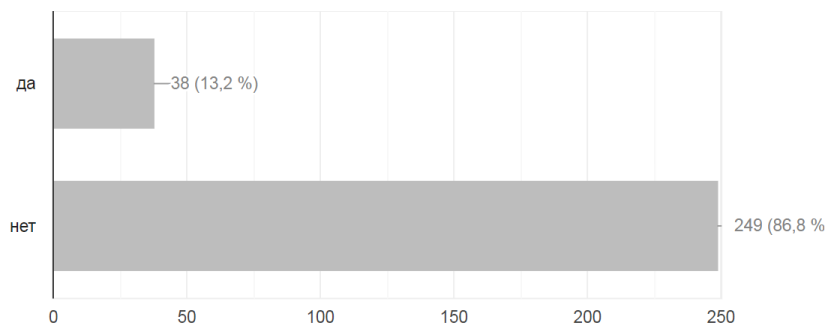


Рис. 11.5. Мое настроение часто меняется в течение дня без явных причин

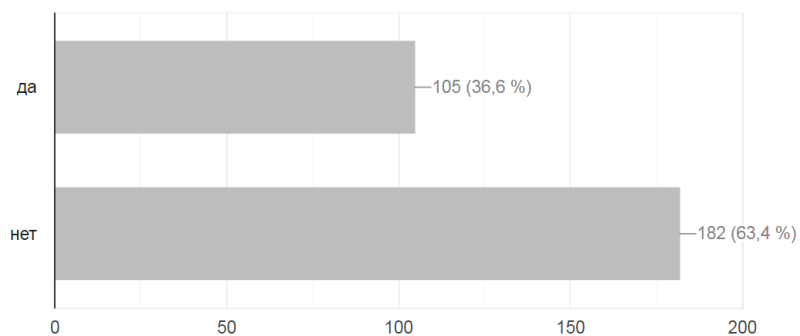


Рис. 11.6. Мое настроение очень изменчиво и зависит от внешних обстоятельств

Таким образом, эмоциональная неустойчивость по усредненному показателю присутствует у каждого пятого опрошенного среднего медработника – 60 чел. (21,1%).

3.2.4. Нарушения сна

Нарушения сна могут существенно ухудшать качество жизни:

- человек становится раздражительным;
- теряет работоспособность;
- полноценно не высыпается;
- испытывает упадок сил;
- вынужден пользоваться стимуляторами энергии или, наоборот, снотворными средствами.

Медицинская терминология включает в себя несколько определений для нарушений циклов ночного отдыха.

Инсомния: человек подолгу не может уснуть, часто просыпается, сон поверхностный. Данное явление может постоянным или временным, быть обусловлено нервными переживаниями или соматическими заболеваниями.

Кроме того к бессоннице приводят дискомфортные ощущения от имеющихся патологических состояний, например, непроизвольные сокращения мышц при засыпании (ночные миоклонии), синдром «беспокойных ног».

Повышенная сонливость. Если человек долго спит, нормально высыпается, но в скором времени ощущает сонливость, или испытывает ее постоянно сразу после пробуждения и на протяжении дня, такое расстройство называется гиперсомния.

Парасомния. Данное явление характеризуется различными нарушениями, происходящими во время сна: кошмары; спутанное сознание при пробуждении (сонное опьянение); лунатизм; диссоциативные расстройства; судороги; сонный паралич; ночные стоны.

Анализ показателей нарушений сна

А. Врачи (рис. 12.1 – 12.6)

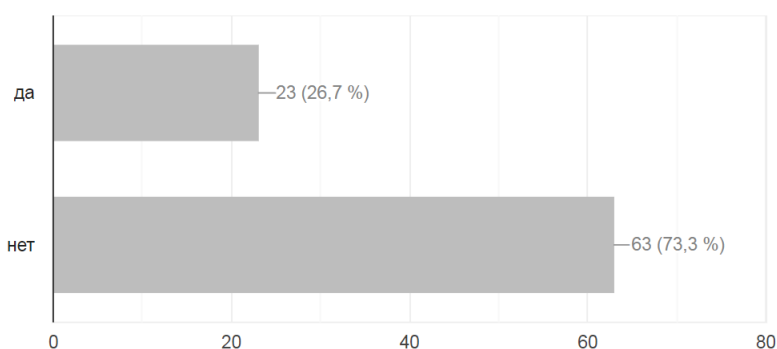


Рис. 12.1. Я плохо сплю и встаю с большим трудом

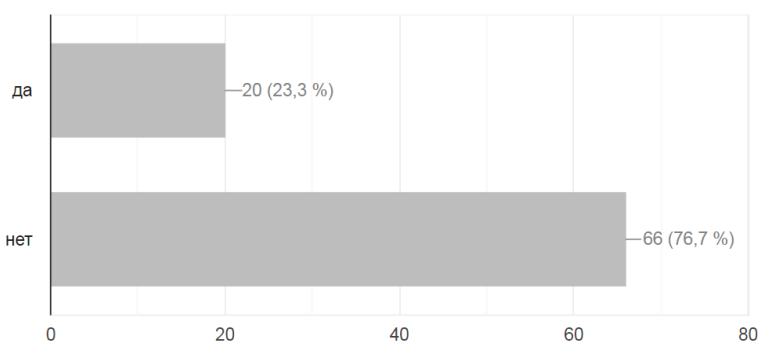


Рис. 12.2. Часто я долго не могу заснуть

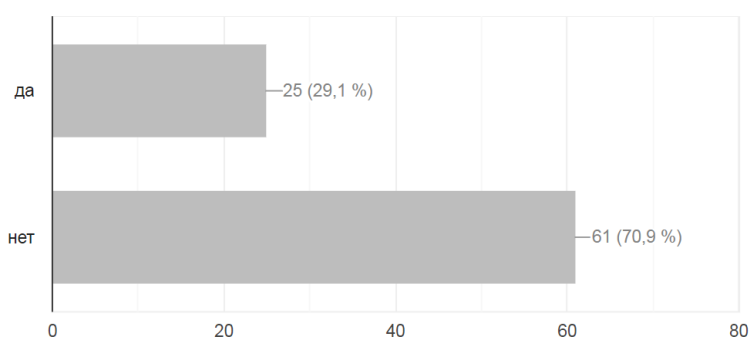


Рис. 12.3. По утрам я часто чувствую себя разбитым

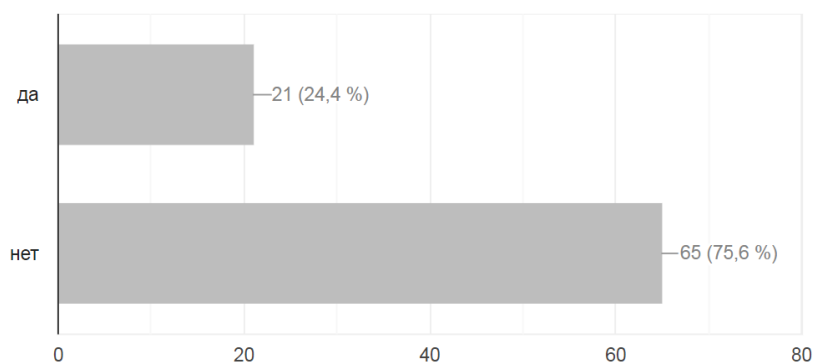


Рис. 12.4. Я часто просыпаюсь по ночам

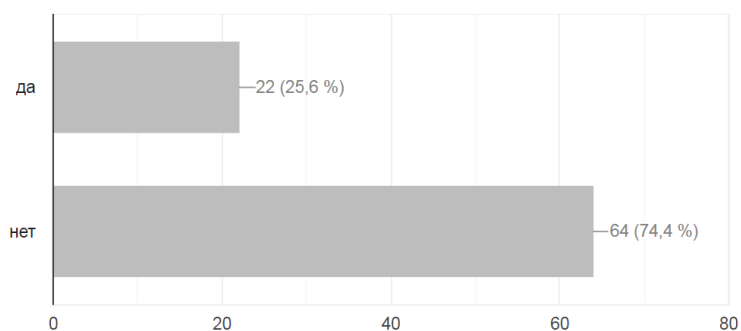


Рис. 12.5. У меня бывают страшные сновидения

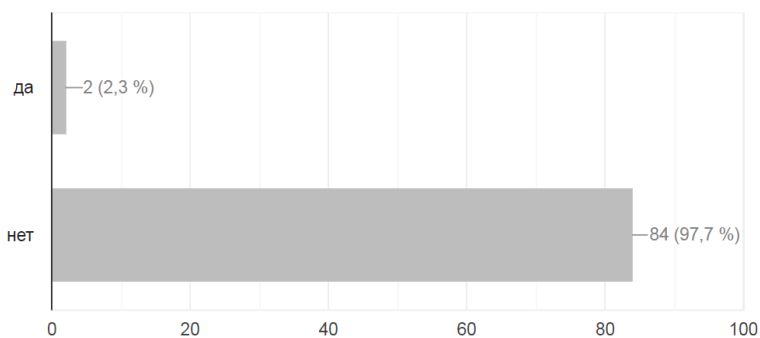


Рис. 12.6. Иногда у меня бывают снохождения

Таким образом, нарушения сна по усредненному показателю присутствуют более чем у пятой части опрошенных врачей – у 18 чел. (21,9%).

Б. Средний медицинский персонал (рис. 13.1 – 13.6)

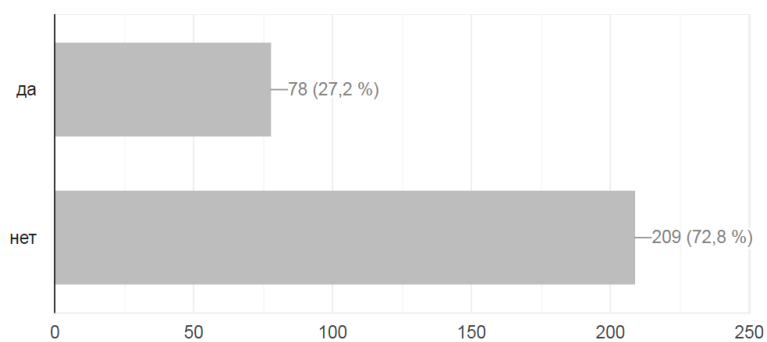


Рис. 13.1. Я плохо сплю и встаю с большим трудом

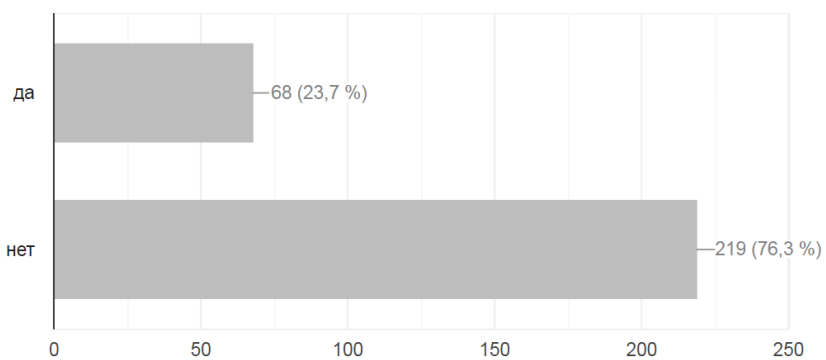


Рис. 13.2. Часто я долго не могу заснуть

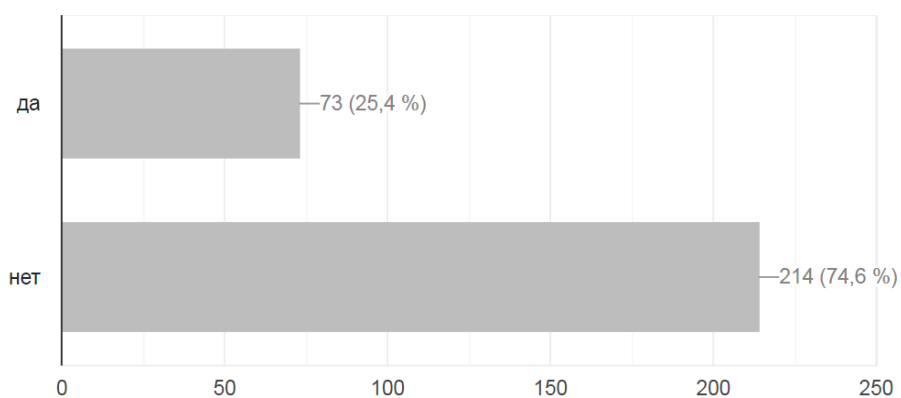


Рис. 13.3. По утрам я часто чувствую себя разбитым

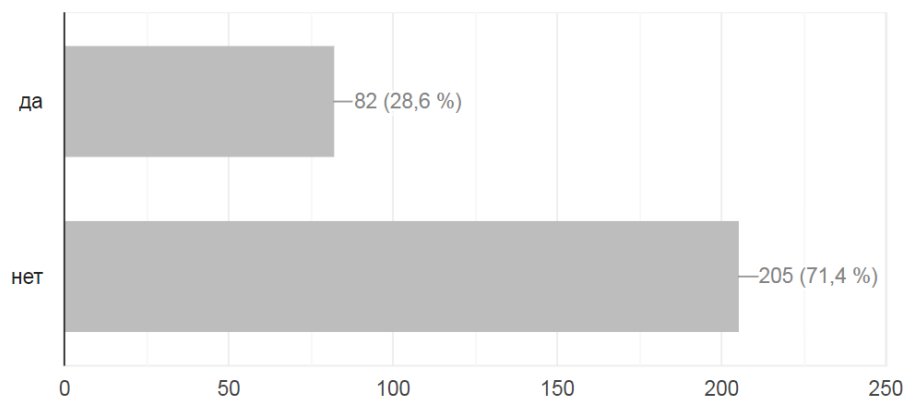


Рис. 13.4. Я часто просыпаюсь по ночам

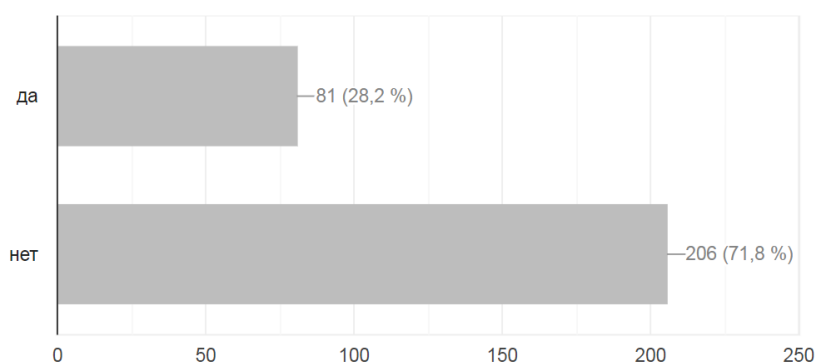


Рис. 13.5. У меня бывают страшные сновидения

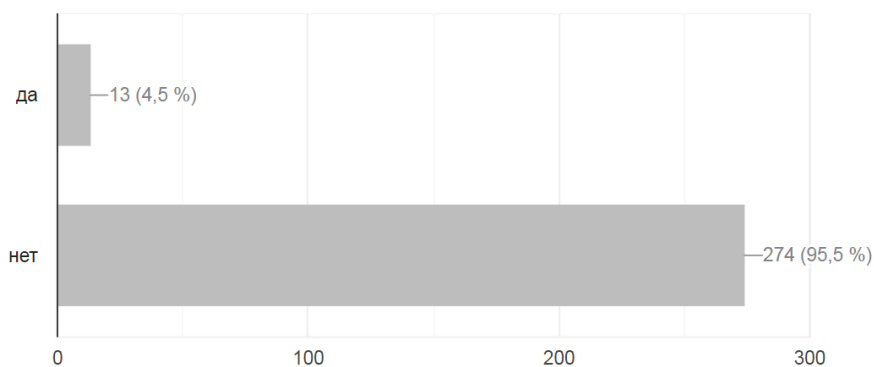


Рис. 13.6. Иногда у меня бывают снохождения

Таким образом, нарушения сна по усредненному показателю присутствуют почти у четверти опрошенных средних медработников – у 66 чел. (22,9%).

3.2.5. Тревога и страхи

Тревога является естественным чувством опасения относительно угрозы, которое позволяет ее заметить и принять необходимые меры. Патологические состояния характеризуются переживаниями, несоответствующими причине, которые являются источником страданий и нарушают функционирование.

Страх и тревога имеют следующие компоненты:

- когнитивный – мысли о конкретной угрозе;
- соматический – реакция сигнализации в виде возбуждения симпатической системы (расширенные зрачки, учащенное сердцебиение, снижение активности желудочно-кишечного тракта, угнетение слюноотделения, и также бледность, напряжение мышц, мимика выражающая страх), что увеличивает запас кислорода и энергии в тканях, что в свою очередь увеличивает способность реагировать на опасность;
- эмоциональный – чувство страха, ужаса, паники;
- поведенческий – отступление, бегство или борьба.

Страх и тревога имеют различную интенсивность и не все их компоненты должны проявиться все сразу и в каждом случае.

Главные виды страха и тревоги

1. Страх, как реакция адаптации или ответ на непосредственную опасность, конфликт или стресс.

2. Первичная тревога – доминирующий симптом невротических расстройств. Виды:

- фобическая – изолированная тревога, связанная с определенным стимулом, имеющая непропорционально высокий уровень и приводящая к избеганию контакта с вызывающими угрозу стимулами; встречается при фобиях;
- паническая – появляется внезапно и длится несколько десятков минут, встречается при тревожных расстройствах с паническими атаками (панические расстройства);
- генерализованная – стойкая, разной интенсивности, проявляющаяся чрезмерными опасениями; встречается при генерализованном тревожном расстройстве;
- связанная с жалобами на соматические симптомы, не находящие подтверждения при медицинском обследовании; встречается при соматоформных расстройствах;
- связанная со стрессовой ситуацией; встречается при острой реакции на стресс, расстройствах адаптации, посттравматическом стрессовом расстройстве.

3. Вторичная тревога – симптом других заболеваний и расстройств: психических (при депрессии органических расстройствах), соматических, связанный с приемом психоактивных веществ или с побочными действиями лекарственных препаратов.

Анализ показателей тревоги и страха

А. Врачи (рис. 14.1 – 14.6)

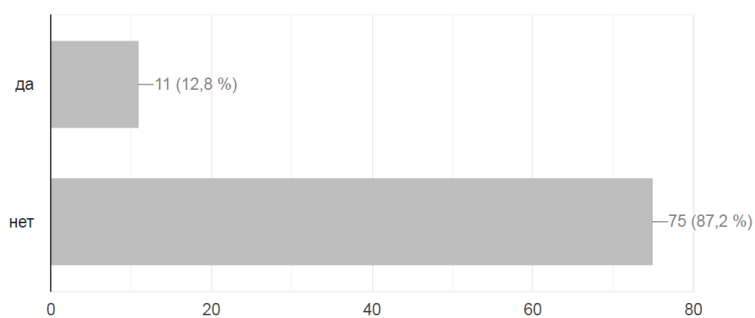


Рис. 14.1. В одиночестве у меня часто появляются тоска или тревожные мысли

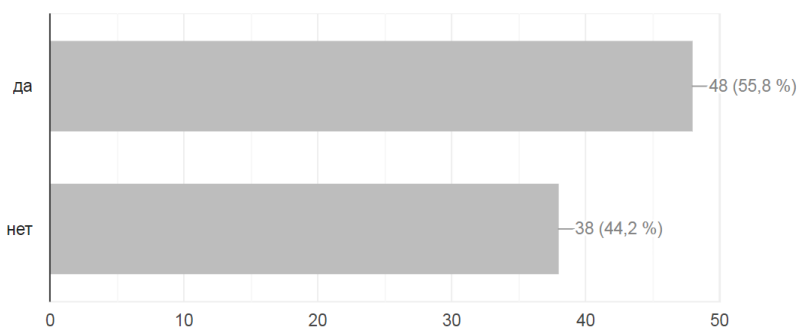


Рис. 14.2. Иногда я испытываю тревогу или страх на большой высоте

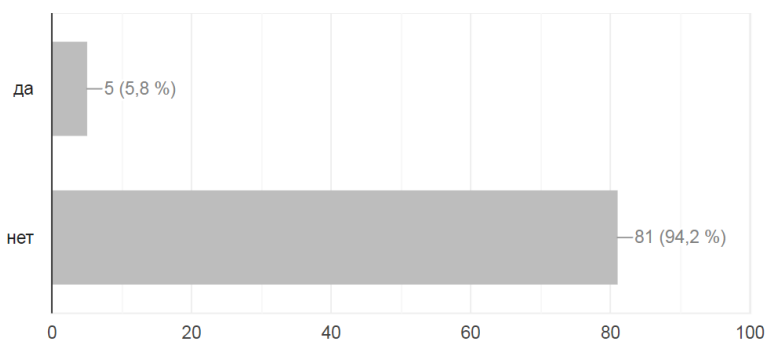


Рис. 14.3. Я опасюсь, что окружающие могут прочесть мои мысли

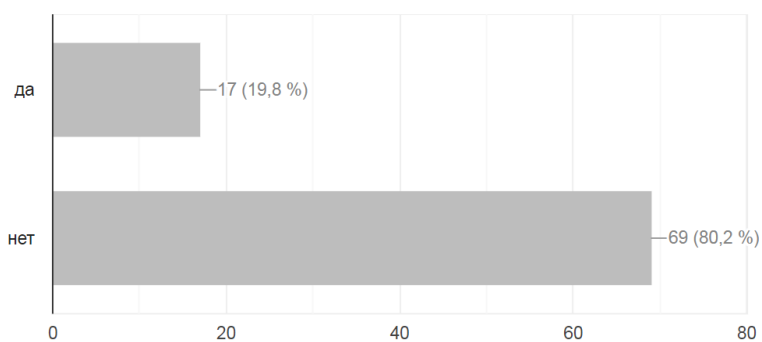


Рис. 14.4. Иногда я испытываю тревогу или страх в темноте и в закрытых помещениях

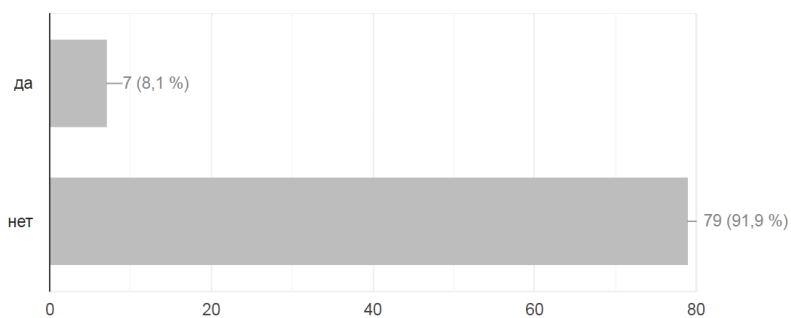


Рис. 14.5. У меня бывают навязчивые страхи

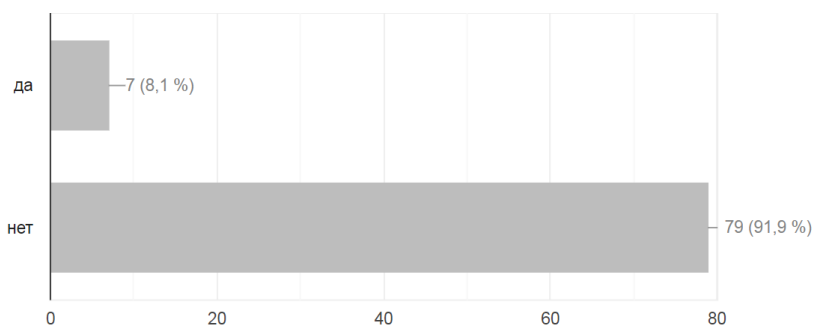


Рис. 14.6. Я постоянно испытываю тревогу и ожидаю неприятностей

Таким образом, тревога и страхи по усредненному показателю присутствуют почти у пятой части опрошенных врачей – у 15 чел. (18,4%).

Б. Средний медицинский персонал (рис. 15.1 – 15.6)

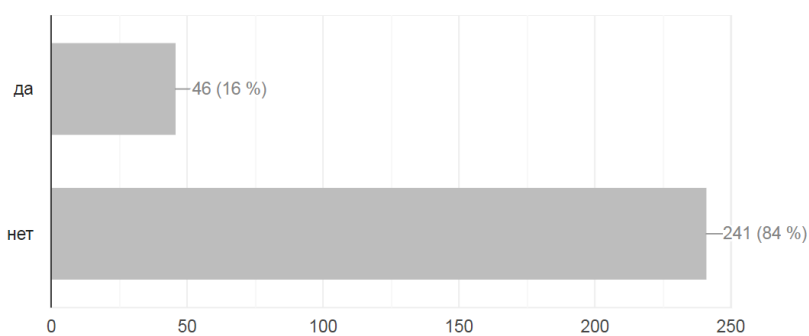


Рис. 15.1. В одиночестве у меня часто появляются тоска или тревожные мысли

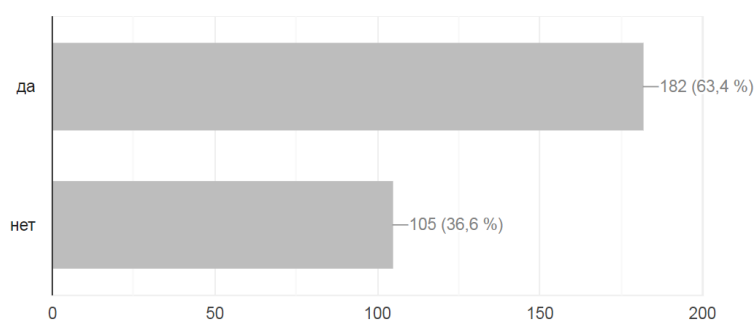


Рис. 15.2. Иногда я испытываю тревогу или страх на большой высоте

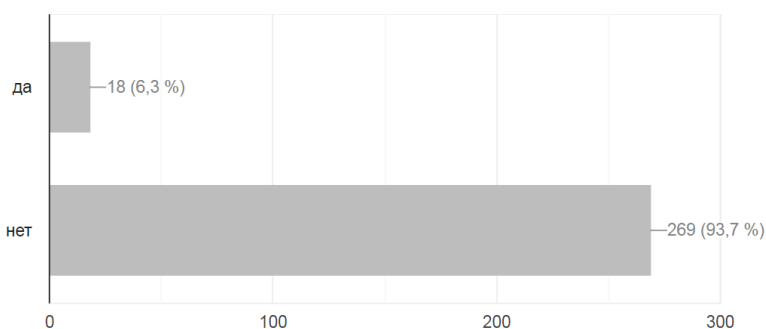


Рис. 15.3. Я опасюсь, что окружающие могут прочесть мои мысли

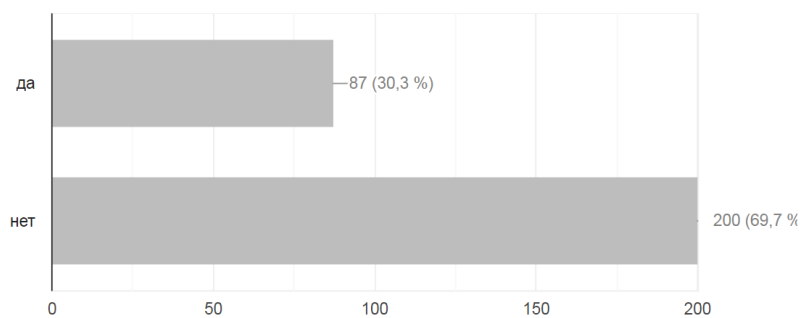


Рис. 15.4. Иногда я испытываю тревогу или страх в темноте и в закрытых помещениях

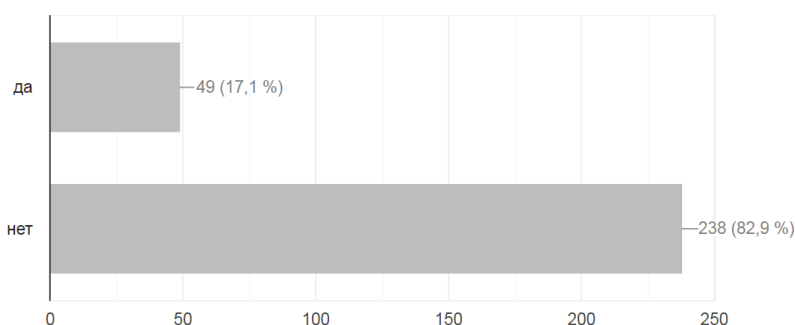


Рис. 15.5. У меня бывают навязчивые страхи

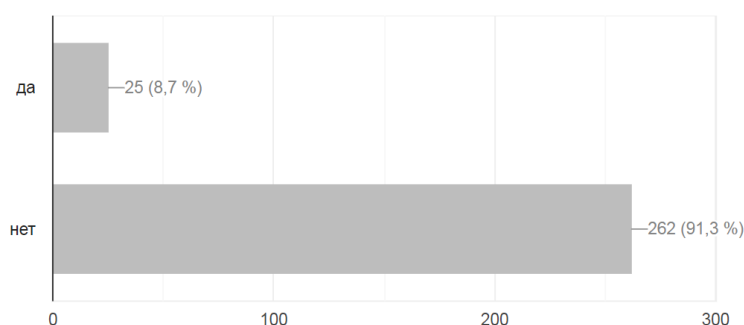


Рис. 15.6. Я постоянно испытываю тревогу и ожидаю неприятностей

Таким образом, тревога и страхи по усредненному показателю присутствуют почти четверти опрошенных средних медработников – у 68 чел. (23,6%).

4. Выводы и рекомендации

Результаты проведенного исследования показывают, что, несмотря на то, что опрошенные по уровню субъективной самооценки приписывают себе высокий уровень психологической устойчивости и хорошее состояние адаптированности к экстремальным ситуациям, ситуация представляется совсем иначе.

В частности, показатели частных шкал невротизации свидетельствуют о развитии тенденций к психосоциальной неустойчивости в современной стрессовой ситуации и подчеркивают нуждаемость в адаптированных психокоррекционных мероприятиях (таблица 8).

№ п/п	Названия шкал	Всего чел., в %	
		Врачи	Средний мед-персонал
1	Истощение психоэнергетических ресурсов (психофизическая усталость)	18 чел. (20,9%)	91 чел. (31,8%).
2	Нарушение воли	18 чел. (20,9%).	61 чел. (21,2%)

3	Эмоциональная неустойчивость	17 чел. (20,35%)	60 чел. (21,1%)
4	Нарушения сна	18 чел. (21,9%)	66 чел. (22,9%)
5	Тревога и страхи	15 чел. (18,4%)	68 чел. (23,6%)

Полученные показатели частных шкал невротизации коррелируют с данными «шкалы лжи»: 27,9% – у врачей, 35,2% – у среднего медицинского персонала.

В целом можно констатировать, что в психосоциальной помощи и психокоррекционных мероприятиях по различным показателям нарушений и невротизации нуждается от 1/5 до трети медицинских работников. В наибольшей степени показатели невротизации выражены у средних медицинских работников (психофизическая усталость, тревога, страхи), что во многом обусловлено спецификой выполняемых должностных обязанностей.

Таким образом, низкий уровень психологической устойчивости к экстремальным условиям порождает высокий риск патологических стресс-реакций и невротических расстройств, состояние дезадаптации. Каждый четвертый опрошенный врач (24 чел., 27,9%) и каждый третий средний медработник (101 чел., 35,2%) дают необъективную самооценку своего психологического состояния, игнорируя риски возникновения патологических стресс-реакций и невротических расстройств.

Объективные данные говорят скорее о том, что испытуемые склонны к чувству вины за происходящее, имеют повышенный уровень личностной и ситуационной тревожности, что неизбежно приводит к снижению стрессоустойчивости, и способствует возникновению у них в обозримом будущем ряда психосоматических заболеваний.

Более того, образующийся дефицит энергоресурсов приводит к срыву адаптационных процессов личности и способствует появлению стойких состояний дезадаптации как в профессиональной деятельности, так и вне трудовой жизни, что приводит к нарушениям в эмоциональной сфере, проявляющимся в плохом настроении, раздражительности, повышенной обидчивости, невротизации и снижении эмпатии.

Таким образом, можно констатировать факт того, что медицинские работники – как врачи, так и средний медицинский персонал – переоценивают уровень стабильности своего эмоционального состояния, недооценивают степень психофизического истощения.

Результаты проведенного исследования показывают, что уровень психологической устойчивости у врачей и средних медицинских работников достаточно низкий: состояние адаптированности к экстремальным ситуациям неудовлетворительное. Психологический кризис медицинских сотрудников можно объяснить внезапно изменившимися условиями и обстоятельствами, к которым большинство были не готовы внутренне. У трети испытуемых была зафиксирована повышенная истощаемость и невротизация, утрата важ-

нейших ориентиров и ценностей, что сопровождается крайне негативными и интенсивными внешними и внутренними эмоциями.

В частности, показатели частных шкал невротизации свидетельствуют о развитии тенденций к психосоциальной неустойчивости и дезадаптации. Последствиями таких превышающих возможности человека воздействий на психику могут стать острые и хронические расстройства психогенного характера.

В целом можно констатировать, что различным нарушениям психологической устойчивости и невротизации подвержены от 1/5 до трети медицинских работников.

В наибольшей степени показатели невротизации выражены у средних медицинских работников (психофизическая усталость, тревога, страхи), что во многом обусловлено спецификой выполняемых должностных обязанностей.

Все это свидетельствует о необходимости психологического сопровождения и разработке стратегий психотерапевтической работы с врачами и средним медицинским персоналом, задействованными в лечении и уходе за больными COVID-19.

Отчет о результатах исследования состояния психосоциального здоровья медицинских работников Свердловской области, работающих в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19, подготовлен Координационным научно-методическим центром по социальной работе в системе здравоохранения Свердловской области при участии Главного внештатного медицинского психолога Министерства здравоохранения Свердловской области.

Кузьмин Константин Викторович, руководитель Координационного научно-методического центра по социальной работе в системе здравоохранения

18.06.2020 г.

Приложение 1. Краткая справка

2020 год уже вошел в историю как год глобальных потрясений, спровоцированных пандемией коронавирусной инфекции COVID-19. «В глобальности заражения и опутавших весь мир цепей распространения продуктов питания и товаров угроза жизни в индустриальной культуре переживает опасные общественные метаморфозы: повседневные нормы жизни ставятся с ног на голову. Рушатся рынки. В условиях изобилия царит дефицит. Возникают массовые претензии. Правовые системы не справляются с фактами. Самые животрепещущие вопросы наталкиваются на недоуменное пожимание плечами. Медицинское обслуживание оказывается несостоятельным. Рушатся научные системы рационализации. Шатаются правительства. Избиратели отказывают им в доверии», – пророчески писал Ульрих Бек еще в 1998 году, характеризуя современное общество как «общество риска» – «общество, чреватое катастрофами», *нормальным* состоянием которого может стать перманентное «чрезвычайное положение».

В духе «чрезвычайщины» выдержаны и заголовки сообщений средств массовой информации, больше напоминающие хронику боевых действий: «Почему пандемия хуже войны», «Война с коронавирусом все спишет. Пандемия не меняет государство и общество», «Выиграть войну, чтобы выиграть мир», «Пандемия коронавируса приведет к еще одной мировой войне?», «Рошаль назвал пандемию “репетицией биологической войны”», «О пандемии как эквиваленте войны» и пр.

Не внушают оптимизма и прогнозы, не дающие рациональных ответов на волнующие обывателя всю весну и лето 2020 года вопросы: завершилась ли первая волна пандемии или уже началась вторая; насколько эффективна будет вакцина или следует дожидаться того момента, когда сформируется некий «коллективный иммунитет»; войдет ли COVID-19 в «расписание» традиционных подъемов заболеваемости респираторными инфекциями и гриппом или, подобно, «испанке», канет в небытие.

Однако уже сейчас очевидно, что пандемия создает существенные проблемы для общественного здоровья. Ситуация неопределенности, вызванная разноречивостью и несовместимостью мнений, суждений и прогнозов относительно характера и грядущих последствий пандемии, самым негативным образом воздействует в целом на общественные и личностные настроения, провоцируя панические страхи перед настоящим и будущим и нанося существенный урон психологическому здоровью человека. При этом «жертвами» неблагоприятного стечения обстоятельств оказываются в первую очередь те уязвимые группы, которые находятся в самоизоляции: по мнению клинического психолога «Mental Health Center» (г. Москва) Евгении Смоленской, «пандемия, карантин, изоляция однозначно приведут к вспышке психологических проблем по всему миру... Какие-то факторы играют против человека – мы называем это “риск-факторы”. Например, наличие в анамнезе тревожного

расстройства у конкретного человека увеличивает риск того, что в самоизоляции у него случится обострение».

Изучение психосоциальных факторов стресса и копинг-стратегий – распространенный предмет исследований на разных социальных группах, являющихся объектами, локализованными в системе здравоохранения и социальной защиты. Профессиональные группы также являются объектами изучения. В литературе подробно описаны предикторы развития, распространенность и структура эмоциональных нарушений, включая выгорание, и устойчивости медицинского персонала, прежде всего врачей. Средний медицинский персонал реже становится объектом изучения и воздействия.

Однако в не менее уязвимой ситуации оказались врачи, фельдшеры, медицинские сестры – то есть те, кто находится на переднем крае борьбы с пандемией. Именно эти категории медицинского персонала являются посредниками между пациентом и смертельно опасной болезнью, испытывают на себе двойное давление: с одной стороны, со стороны пациентов, их семей и ближайшего окружения, с другой – со стороны чиновников и не только из системы здравоохранения. Как справедливо замечает директор Центра когнитивной терапии, клинический психолог Яков Кочетков (г. Москва), «...Представьте, человек, прекрасно выполнявший свою работу до этого, сталкивается с неопределенной ситуацией. Он не знает, что последует за его назначением. У человека с очень высоким уровнем ответственности за результат это может вызывать сильную тревогу и беспокойство. В результате врачи перестают спать, постоянно думают о работе, все время прокручивают в голове, с их точки зрения, ошибочные действия, которые на самом деле нельзя было предусмотреть. Кроме этого у них возникают проблемы с эмоциональной дисрегуляцией. Тяжелая работа, сильное давление с разных сторон, сильная усталость – все это вызывает вспышки гнева, раздражения».

Более того, серьезные опасения вызывает тот факт, что медицинские работники в экстремальной ситуации зачастую стремятся избежать каких-либо воздействий со стороны. Медицинский персонал, испытывая «более выраженную тревогу, которая сопровождается постоянным переживанием стресса, ухудшением качества и продолжительности сна», неохотно принимает участие в групповых или индивидуальных психологических вмешательствах, проявляя выраженную возбудимость, раздражительность, нежелание отдыхать и признаки психологического стресса, отказываясь от какой-либо психологической помощи.

В то же время названные выше экспертные оценки необходимо дополнить результатами научного обследования носителей проблемы – самих медицинских работников.

Приложение 2. Рекомендуемая литература

1. Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну / Пер. с нем. В. Седельника и Н. Федоровой; Послесл. А. Филиппова. М.: Прогресс-Традиция; 2000.
2. Борзунова Н.С., Тренкина А.В. Оптимизация системы мотивации труда сестринского персонала // Системная интеграция в здравоохранении. 2019. № 3 (45). С. 28-32.
3. Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С. Изучение организации и качества сестринской помощи в городских поликлиниках // Уральский медицинский журнал. 2018. № 5 (160). С. 128-133.
4. Елькин И.О., Егоров В.М., Блохина С.И. Распространенность и структура эмоциональных нарушений среди врачей неотложной медицины Свердловской области // Системная интеграция в здравоохранении. 2009. № 2. С. 42-49.
5. Елькин И.О., Набойченко Е.С. Адекватная самооценка как фактор эмоциональной устойчивости медицинских работников // Системная интеграция в здравоохранении. 2016. № 3 (29). С. 78-82.
6. Елькин И.О., Ткаченко Т.Я., Рудаков А.В., Блохина С.И. Предикторы развития эмоционального выгорания у врачей неотложной медицины // Системная интеграция в здравоохранении. 2018. № 3 (40). С. 40-49.
7. Закроева А.Г., Андриянова О.В., Солодовников А.Г. Сравнительное исследование показателей психического здоровья и их ассоциаций с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в сельской и городской популяциях // Уральский медицинский журнал. 2009. № 2 (56). С. 83-93.
8. Зарипова Э.М., Петров И.А., Чернавский А.Ф., Чернавский М.А. Организационно-психологические факторы формирования стресс-толерантности в профессиональной деятельности врачей стоматологов // Уральский медицинский журнал. 2016. № 7 (140). С. 68-71.
9. Островский Д.И., Иванова Т.И. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека (Обзор литературы) // Омский психиатрический журнал. 2020. № 2-1S (24). С. 4-10.
10. Отставнова Ю.Ю., Тутынин С.В., Волкова Л.И. Синдром эмоционального выгорания и психоэмоциональных нарушений у учителей средней школы // Уральский медицинский журнал. 2019. № 13 (181). С. 73-75.
11. Потемкина Е.А., Кремлева О.В. Психосоциальные факторы стресса, расстройства адаптации и копинг-стратегии у больных с хронической гинекологической патологией // Уральский медицинский журнал. 2013. № 7 (112). С. 32-36.
12. Рудаков А.В., Елькин И.О., Грицюк Е.М. Система парирования эмоционального выгорания управлением эмоциональной компетентностью у врачей неотложной медицины // Системная интеграция в здравоохранении. 2018. № 1 (38). С. 18-29.

13.Сероусова О.В., Карпова М.И., Долгушина А.И., Маркова В.В., Садырин А.В., Альтман Д.Ш. Копинг-стратегии, стресс и алекситимия у больных мигренью // Уральский медицинский журнал. 2015. № 2 (125). С. 57-61.

14.Сиденкова А.П. Участие личностно-психологических факторов в развитии расстройств аффективного спектра у пожилых, оказавшихся в условиях длительного семейного стресса // Уральский медицинский журнал. 2013. № 7 (112). С. 5-9.

15.Соловьев И.Р., Серебренников В.А. Оценка мнения средних медицинских работников о своем социальном положении и престиже профессии медицинской сестры // Уральский медицинский журнал. 2018. № 11 (166). С. 130-140.

16.Хлыстова Е.В., Маршалкин А.П., Чернавский А.Ф. Медицинский стресс у детей: особенности возникновения и преодоления // Уральский медицинский журнал. 2018. № 12 (167). С. 102-106.

17.Цветков А.И., Набойченко Е.С., Борзунов И.В., Вершинина Т.С. Последствия COVID-19 для психического здоровья общества: постановка проблемы, основные направления междисциплинарных исследований // Уральский медицинский журнал. 2020. № 6 (189). С. 95-101.

18.Чернавский А.Ф., Петров И.А., Богуш М.В. Эмпирическое исследование факторов психологической устойчивости медицинского персонала в условиях стоматологического муниципального учреждения // Уральский медицинский журнал. 2016. № 7 (140). С. 80-84.

Приложение 3. Презентация научного доклада
«Состояние социального благополучия врачей и медицинских сестер,
занятых в лечении и уходе за коронавирусными больными»
// Уральские сестринские паллиативные чтения / Екатеринбург,
26-27.11.2020 г.

**СОСТОЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
БЛАГОПОЛУЧИЯ ВРАЧЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ
СЕСТЕР, ЗАНЯТЫХ В ЛЕЧЕНИИ И УХОДЕ
ЗА КОРОНАВИРУСНЫМИ БОЛЬНЫМИ**

Кузьмин К.В., руководитель КНМЦ по социальной работе в
системе здравоохранения Свердловской области (СОМК)

С ПОНЯТИЕМ «**СОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ**» СВЯЗАНЫ
ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЕ ИНТЕРЕСЫ ЧЕЛОВЕКА

СТРЕМЛЕНИЕ К ДОСТИЖЕНИЮ СОЦИАЛЬНОГО
БЛАГОПОЛУЧИЯ ЯВЛЯЕТСЯ УСТОЙЧИВОЙ МОТИВАЦИЕЙ
АКТИВНОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ СУБЪЕКТОВ

Социальное благополучие является отражением социального
самочувствия человека, уровня его благосостояния и качества
жизни, индикатором социальной безопасности, а также
показателем его функционального здоровья – в том числе
психосоциального

Распространение новой коронавирусной инфекции привела
к тому, что на переднем крае оказались врачи, фельдшеры,
медицинские сестры, которые, являясь посредниками между
пациентом и смертельно опасной болезнью, испытывают на себе
всю тяжесть ситуации, что, безусловно, сказывается на состоянии
их психосоциального здоровья

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Проведено в мае-июне 2020 года Координационным научно-методическим центром по социальной работе в системе здравоохранения на основании Письма Министерства здравоохранения Свердловской области «Руководителям медицинских организаций Свердловской области» № 03-01-82 от 27.05.2020 г. на базе «ковидных» отделений стационаров 9 больниц, в т.ч. Екатеринбург (6), Асбест (1), Нижний Тагил (1) и Верхняя Пышма (1)

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЦЕЛЬ – изучение качественных показателей психосоциального здоровья медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), оказывающих помощь пациентам в условиях распространения коронавирусной инфекции COVID-19, в рамках профилактики возникновения патологических стресс-реакций и невротических расстройств

ЗАДАЧИ:

- Оценка психологического состояния лиц, оказывающих помощь пациентам в условиях распространения коронавирусной инфекции COVID-19.
- Выявление критических эмоциональных состояний и анализ основных психологических рисков.
- Выявление медицинских работников с высоким риском патологических стресс-реакций и невротических расстройств, состоянием дезадаптации.
- Разработка практических рекомендаций по проведению мероприятий, способствующих профилактике предрасположенности к патологическим стресс-реакциям, а также их преодолению в экстремальных условиях.

ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

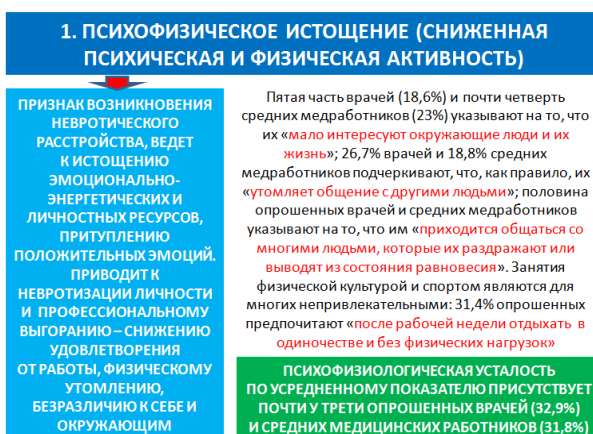
В ОНЛАЙН-ФОРМАТЕ ОПРОШЕНЫ 373 ЧЕЛ., В Т.Ч. 86 ВРАЧЕЙ (20 МУЖЧИН И 66 ЖЕНЩИН) И 287 СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ (2 МУЖЧИН И 285 ЖЕНЩИН)

Анкета – электронная – включила в себя: 30 вопросов-утверждений, требующих однозначного ответа (в дихотомии «да/нет») и 6 вопросов-утверждений «шкалы лжи», ориентированных на оценку искренности и правдивости утверждений респондентов.

В основу исследования положен сокращенный Симптоматический опросник А.Н. Волкова, Н.Е. Водопьяновой «Самочувствие в экстремальных условиях», позволяющий на основании однозначных ответов категоризировать группы риска медицинских работников для последующей разработки адаптированных программ социально-психологической профилактики стрессовых состояний и расстройств и методов их преодоления.

ОЦЕНКА ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПРОВОДИЛАСЬ НА ОСНОВЕ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ САМОЧУВСТВИЯ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ:

- психофизическое истощение (сниженная психическая и физическая активность);
- нарушение волевой регуляции;
- неустойчивость эмоционального фона и настроения (эмоциональная неустойчивость);
- нарушение сна;
- тревога и страхи.



3. НЕУСТОЙЧИВОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФОНА И НАСТРОЕНИЯ (ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ)

ХАРАКТЕРНЫ ПЕРЕПАДЫ НАСТРОЕНИЯ, РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ, ИМПУЛЬСИВНЫЕ ПОСТУПКИ И СЛОВА, СПОНТАННЫЕ ВСПЫШКИ ГНЕВА, НЕСПОСОБНОСТЬ КОНТРОЛИРОВАТЬ СЕБЯ И СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ.

НАИБОЛЕЕ ЯРКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ БЕСПРИЧИННАЯ СМЕНА НАСТРОЕНИЯ

На частую смену настроения указывают 29,1% врачей и 30,7% средних медработников, на зависимость настроения от внешних обстоятельств – 33,7% и 36,6% опрошенных. У 19,8% врачей и 16% средних медицинских работников, как правило, преобладает «**плохое настроение**». 22,1% врачей и 23% средних медработников практикуют прием «**успокаивающих или возбуждающих средств**». Небольшая группа опрошенных постоянно пребывают в состоянии депрессии, «**не ожидая ничего хорошего в своей будущей жизни**»: 8,1% врачей и 7% средних медработников

ПО УСРЕДНЕННОМУ ПОКАЗАТЕЛЮ ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ ПРИСУТСТВУЕТ У ПЯТОЙ ЧАСТИ ВРАЧЕЙ (20,35%) И СРЕДНИХ МЕДРАБОТНИКОВ (21,1%)

4. НАРУШЕНИЯ СНА

ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК ПОЛНОЦЕННО НЕ ВЫСЫПАЕТСЯ, ТО СТАНОВИТСЯ РАЗДРАЖИТЕЛЬНЫМ, ТЕРЯЕТ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ, ИСПЫТЫВАЕТ УПАДОК СИЛ, ПРИНИМАЕТ СНОТВОРНЫЕ СРЕДСТВА

«**Плохо спят и встают с большим трудом**» – 26,7% врачей и 27,2% средних медицинских работников; «**часто долго не могут заснуть**» – 23,3% и 23,7%; «**часто чувствуют себя по утрам разбитыми**» – 29,1% и 25,4%; «**часто просыпаются по ночам**» – 25,6% и 28,6%.

На присутствие «**страшных сновидений**» указывают 25,6% врачей и 28,2% средних медработников; «**снохождение и сноговорение**» замечали за собой 2,3% и 4,5% соответственно

НАРУШЕНИЯ СНА ПО УСРЕДНЕННОМУ ПОКАЗАТЕЛЮ ХАРАКТЕРНЫ БОЛЕЕ ЧЕМ ПЯТОЙ ЧАСТИ ОПРОШЕННЫХ ВРАЧЕЙ (21,9%) И ПОЧТИ ЧЕТВЕРТИ СРЕДНИХ МЕДРАБОТНИКОВ (22,9%)

5. ТРЕВОГА И СТРАХИ

ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ПЕРЕЖИВАНИЯМИ, НЕСООТВЕТСТВУЮЩИМИ ПРИЧИНЕ, КОТОРЫЕ ОБРЕТАЮТ НАВЯЗЧИВЫЙ ХАРАКТЕР, ЯВЛЯЮТСЯ ИСТОЧНИКОМ СТРАДАНИЙ И НАРУШАЮТ ПСИХОФИЗИЧЕСКОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ

12,8% врачей и 16% средних медицинских работников отмечают факт, что «в одиночестве часто появляются тоска или тревожные мысли»; 19,8% и 30,3%, соответственно, «иногда испытывают тревогу или страх в темноте и в закрытых помещениях». Наличие «**навязчивых страхов**» признают за собой 8,1% опрошенных врачей и 17,1% средних медработников; «**постоянно испытывают тревогу и ожидают неприятностей**» – 8,1% и 8,7%. Наконец, опасения, что «**окружающие могут прочесть их мысли**», преследуют 5,8% и 6,3% соответственно

ТРЕВОГА И СТРАХИ ПО УСРЕДНЕННОМУ ПОКАЗАТЕЛЮ ПРИСУТСТВУЮТ ПОЧТИ У ПЯТОЙ ЧАСТИ ОПРОШЕННЫХ ВРАЧЕЙ (18,4%) И ПОЧТИ У ЧЕТВЕРТИ СРЕДНИХ МЕДРАБОТНИКОВ (23,6%)

**НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ
К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ УСЛОВИЯМ ПОРОЖДАЕТ ВЫСОКИЙ
РИСК ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СТРЕСС-РЕАКЦИЙ И
СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВЫСОКОМ РИСКЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ
НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
И ДЕЗАДАПТАЦИИ В ЦЕЛОМ.**

**ПРИ ЭТОМ, УЧИТЫВАЯ ПОКАЗАТЕЛИ «ШКАЛЫ ЛЖИ»,
КАЖДЫЙ ЧЕТВЕРТЫЙ ОПРОШЕННЫЙ ВРАЧ (27,9%)
И КАЖДЫЙ ТРЕТИЙ СРЕДНИЙ МЕДРАБОТНИК (35,2%)
ДАЮТ НЕОБЪЕКТИВНУЮ САМООЦЕНКУ СВОЕГО
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ, ИГНОРИРУЯ РИСКИ
ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СТРЕСС-РЕАКЦИЙ
И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.**

ВЫВОДЫ:

1. Уровень психологической устойчивости у врачей и средних медицинских работников достаточно низкий: у трети испытуемых зафиксирована повышенная истощаемость и невротизация, утрата важнейших ориентиров и ценностей, что сопровождается крайне негативными и интенсивными внешними и внутренними эмоциями.
2. Показатели частных шкал невротизации свидетельствуют о развитии тенденций к психологической неустойчивости и дезадаптации, что может к развитию расстройств психогенного характера: различным нарушениям психологической устойчивости и невротизации подвержены от 1/5 до трети медицинских работников. В наибольшей степени показатели невротизации (усталость, тревога, страхи) выражены у средних медицинских работников, что обусловлено спецификой выполняемых должностных обязанностей.
3. Результаты свидетельствуют о необходимости психологического сопровождения и разработке стратегий психотерапевтической работы с врачами и средним медицинским персоналом, задействованными в лечении и уходе за больными при возникновении чрезвычайных и экстраординарных ситуаций.

Приложение 4. Состояние психологического здоровья врачей и медсестер, занятых в лечении и уходе за коронавирусными больными (по материалам исследования)/ *Кузьмин К.В., Набойченко Е.С., Петрова Л.Е.*
// Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие:
Электронный научный журнал (в печати).

(институт)»

Аннотация. Качество работы медицинского персонала (врачей и средних медицинских работников) непосредственно зависит от состояния их психологического здоровья, а также от возможностей адекватно и своевременно реагировать на возникновение патологических стресс-реакций и невротических расстройств. В мае-июне 2020 года в Свердловской области было опрошено 373 медицинских работника, в том числе 86 врачей-специалистов и 287 средних медицинских работников, занятых в лечении и уходе за больными коронавирусной инфекцией COVID-19, находящимися на стационарном лечении. Результаты исследования показали: уровень психологической устойчивости у врачей и средних медицинских работников достаточно низкий; состояние адаптированности к экстремальным ситуациям неудовлетворительное. У трети испытуемых зафиксирована повышенная истощаемость и невротизация, утрата важнейших ориентиров и ценностей, что сопровождается крайне негативными и интенсивными внешними и внутренними эмоциями. Показатели частных шкал невротизации свидетельствуют о развитии тенденций к психологической неустойчивости и дезадаптации, что может привести к возникновению острых и хронических расстройств психогенного характера. Различным нарушениям психологической устойчивости и невротизации подвержены от 1/5 до трети медицинских работников. Все это свидетельствует о необходимости психологического сопровождения и разработке стратегий психотерапевтической работы с врачами и средним медицинским персоналом, задействованными в лечении и уходе за больными при возникновении чрезвычайных ситуаций.

Ключевые слова: психологическое здоровье, COVID-19, медицинские работники, стресс, выгорание, невротизация.

THE STATE OF PSYCHOLOGICAL HEALTH OF DOCTORS AND NURSES WORKING IN TREATMENT AND CARE OF CORONAVIRUS PATIENTS (ACCORDING TO RESEARCH MATERIALS)

Abstract. The quality of work of healthcare workers (doctors and nurses) is directly dependent on the state of their psychological health, as well as on their ability to adequately and promptly respond to the occurrence of pathological stress reactions and neurotic disorders. In May-June 2020, 373 medical workers were interviewed in the Sverdlovsk region, including 86 specialist doctors and 287 paramedical workers involved in the treatment and care of patients with coronavirus

decease COVID-19 who are in hospital. The results of the study showed: the level of psychological stability among doctors and nurses is quite low; the state of adaptation to extreme situations is unsatisfactory. One third of the subjects reported increased exhaustion and neurotization, the loss of the most important guidelines and values, which was accompanied by extremely negative and intense external and internal emotions. The indices of the private scales of neurotization indicate the development of tendencies towards psychological instability and maladjustment, which can lead to acute and chronic psychogenic disorders. From one fifth to one third of healthcare workers are susceptible to various disorders of psychological stability and neurotization. All this indicates the need for psychological support and the development of strategies for psychotherapeutic work with doctors and nurses involved in the treatment and care of patients in the event of emergencies.

Keywords: psychological health, COVID-19, healthcare workers, stress, burnout, neuroticism.

Актуальность

2020 год уже вошел в историю как год глобальных потрясений, спровоцированных пандемией коронавирусной инфекции COVID-19. «В глобальности заражения и опутавших весь мир цепей распространения продуктов питания и товаров угроза жизни в индустриальной культуре переживает опасные общественные метаморфозы: повседневные нормы жизни ставятся с ног на голову. Рушатся рынки. В условиях изобилия царит дефицит. Возникают массовые претензии. Правовые системы не справляются с фактами. Самые животрепещущие вопросы наталкиваются на недоуменное пожимание плечами. Медицинское обслуживание оказывается несостоятельным. Рушатся научные системы рационализации. Шатаются правительства. Избиратели отказывают им в доверии», – пророчески писал Ульрих Бек еще в 1998 году, характеризуя современное общество как «общество риска» – «общество, чреватое катастрофами», *нормальным* состоянием которого может стать перманентное «чрезвычайное положение» [1].

В духе «чрезвычайщины» выдержаны и заголовки сообщений средств массовой информации, больше напоминающие хронику боевых действий: «Почему пандемия хуже войны» [2], «Война с коронавирусом все спишет. Пандемия не меняет государство и общество» [3], «Выиграть войну, чтобы выиграть мир» [4], «Пандемия коронавируса приведет к еще одной мировой войне?» [5], «Рошаль назвал пандемию “репетицией биологической войны”» [6], «О пандемии как эквиваленте войны» [7] и пр.

Не внушают оптимизма и прогнозы, не дающие рациональных ответов на волнующие обывателя всю весну и лето 2020 года вопросы: завершилась ли первая волна пандемии или уже началась вторая; насколько эффективна будет вакцина или следует дожидаться того момента, когда сформируется некий «коллективный иммунитет»; войдет ли COVID-19 в «расписание» традиционных подъемов заболеваемости респираторными инфекциями и гриппом или, подобно, «испанке», канет в небытие.

Однако уже сейчас очевидно, что пандемия создает существенные проблемы для общественного здоровья [8]. Ситуация неопределенности, вызванная разноречивостью и несовместимостью мнений, суждений и прогнозов относительно характера и грядущих последствий пандемии, самым негативным образом воздействует в целом на общественные и личностные настроения, провоцируя панические страхи перед настоящим и будущим и нанося существенный урон психологическому здоровью человека. При этом «жертвами» неблагоприятного стечения обстоятельств оказываются в первую очередь те уязвимые группы, которые находятся в самоизоляции: по мнению клинического психолога «Mental Health Center» (г. Москва) Евгении Смоленской, «пандемия, карантин, изоляция однозначно приведут к вспышке психологических проблем по всему миру... Какие-то факторы играют против человека – мы называем это “риск-факторы”. Например, наличие в анамнезе тревожного расстройства у конкретного человека увеличивает риск того, что в самоизоляции у него случится обострение» [9].

Изучение психосоциальных факторов стресса и копинг-стратегий – распространенный предмет исследований на разных социальных группах, являющихся объектами, локализованными в системе здравоохранения и социальной защиты [10-14]. Профессиональные группы также являются объектами изучения [15]. В литературе подробно описаны предикторы развития, распространенность и структура эмоциональных нарушений, включая выгорание, и устойчивости медицинского персонала, прежде всего врачей [16-21]. Средний медицинский персонал реже становится объектом изучения и воздействия [22-24].

Однако в не менее уязвимой ситуации оказались врачи, фельдшеры, медицинские сестры – то есть те, кто находится на переднем крае борьбы с пандемией. Именно эти категории медицинского персонала являются посредниками между пациентом и смертельно опасной болезнью, испытывают на себе двойное давление: с одной стороны, со стороны пациентов, их семей и ближайшего окружения, с другой – со стороны чиновников и не только из системы здравоохранения. Как справедливо замечает директор Центра когнитивной терапии, клинический психолог Яков Кочетков (г. Москва), «...Представьте, человек, прекрасно выполнявший свою работу до этого, сталкивается с неопределенной ситуацией. Он не знает, что последует за его назначением. У человека с очень высоким уровнем ответственности за результат это может вызывать сильную тревогу и беспокойство. В результате врачи перестают спать, постоянно думают о работе, все время прокручивают в голове, с их точки зрения, ошибочные действия, которые на самом деле нельзя было предусмотреть. Кроме этого у них возникают проблемы с эмоциональной дисрегуляцией. Тяжелая работа, сильное давление с разных сторон, сильная усталость – все это вызывает вспышки гнева, раздражения» [25].

Более того, серьезные опасения вызывает тот факт, что медицинские работники в экстремальной ситуации зачастую стремятся избежать каких-либо воздействий со стороны. Медицинский персонал, испытывая «более выра-

женную тревогу, которая сопровождается постоянным переживанием стресса, ухудшением качества и продолжительности сна», неохотно принимает участие в групповых или индивидуальных психологических вмешательствах, проявляя выраженную возбудимость, раздражительность, нежелание отдыхать и признаки психологического стресса, отказываясь от какой-либо психологической помощи [26].

В то же время названные выше экспертные оценки необходимо дополнить результатами научного обследования носителей проблемы – самих медицинских работников.

Настоящее исследование проведено Координационным научно-методическим центром по социальной работе в системе здравоохранения при участии Главного внештатного медицинского психолога Министерства здравоохранения Свердловской области на основании Письма Министерства здравоохранения Свердловской области «Руководителям медицинских организаций Свердловской области» № 03-01-82 от 27.05.2020 г.

Цель и задачи

Цель – изучение качественных показателей психологического здоровья медицинских работников (врачей и среднего медперсонала), оказывающих помощь пациентам в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19, в рамках профилактики возникновения патологических стресс-реакций и невротических расстройств.

Задачи:

1. Изучение психологического состояния лиц, оказывающих помощь пациентам в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19.
2. Выявление критических эмоциональных состояний и анализ основных психологических рисков.
3. Выявление медицинских работников с высоким риском патологических стресс-реакций и склонностью к невротическим расстройствам и состоянию дезадаптации.
4. Разработка практических рекомендаций по проведению мероприятий, способствующих профилактике патологических стресс-реакций в экстремальных условиях у медицинских работников.

Материалы и методы

Исследование проведено с 28.05.2020 г. по 08.06.2020 г. на базе отделений стационаров городов Свердловской области – Екатеринбурга, Нижнего Тагила, Асбеста и Верхней Пышмы, принимающих пациентов с COVID-19.

Анкета – электронная – включила в себя: 30 вопросов-утверждений, требующих однозначного ответа, выраженного в дихотомии «да/нет»; 6 вопросов-утверждений «шкалы лжи», ориентированных на оценку искренности и правдивости утверждений респондентов.

В основу исследования был положен сокращенный Симптоматический опросник А.Н. Волкова, Н.Е. Водопьяновой «Самочувствие в экстремальных условиях». Данные анкетирования позволяют категоризировать группы риска медицинских работников, разработать адаптированные программы со-

циально-психологической профилактики стрессовых состояний и расстройств и предложить методики их преодоления.

В исследовании психологического здоровья приняли участие 373 респондента, разделенные на 2 группы по особенностям выполнения должностных обязанностей: 86 врачей-специалистов (20 мужчин и 66 женщин) и 287 средних медицинских работников (2 мужчин и 285 женщин).

Половина опрошенных респондентов (врачи – 48,9%, средние медицинские работники – 55,4%) может быть отнесена, согласно возрастной периодизации Э. Эриксона, к периоду «зрелой взрослости», характеризующейся наличием выбора между продуктивностью (генеративностью) и инертностью (стагнацией).

Важнейшей характеристикой «зрелой взрослости» становится творческая самореализация индивида, предполагающая последовательное чувство собственного «Я», высокое чувство ответственности за себя и других, заставляющее задумываться об общечеловеческих ценностях, судьбах других людей, о грядущих поколениях и будущем устройстве мира и общества. «Зрелая взрослость» включает продуктивную рабочую жизнь, выступающую как забота старшего поколения о тех, кто придет им на смену, и о том, как помочь им упрочиться в жизни и выбрать верное направление.

Оборотной стороной «продуктивности» становятся такие психологические «трудности», отражающие в себе желание протестовать, как застой, обеднение личной жизни и самопоглощенность. «Кризис среднего возраста», возникающий на стадии «зрелой взрослости» выражается в чувстве безнадежности и бессмысленности жизни для тех, кому не удастся стать продуктивными. С утратой продуктивности прекращается функционирование личности как деятельного члена общества, жизнь превращается в удовлетворение собственных нужд, обедняются межличностные отношения.

При этом надо учитывать тот факт, что медицинская деятельность входит в группу профессий с большим присутствием факторов психической напряженности. Она изобилует множеством не только положительных, но и отрицательных эмоций, обусловленных между прочим и тем, что в основном трудовые коллективы – женские, в связи с чем в них наблюдаются повышенная эмоциональная возбудимость, заражение эмоциями друг от друга, в том числе и отрицательными. Кроме того, психический склад людей – склонность к чувству вины, тревожность, низкая стрессоустойчивость, – способствует возникновению у них психосоматических заболеваний.

Результаты и их обсуждение

Результаты, полученные в ходе исследования, позволили выявить у медицинских работников специфическую предрасположенность к патологическим стресс-реакциям и склонность к невротическим расстройствам в экстремальных условиях по следующим симптомам нарушений и субъективного восприятия самочувствия:

1. Психофизическое истощение (сниженная психическая и физическая активность)

Психофизическое истощение является одним из основных признаков возможного возникновения в результате внутренней аккумуляции отрицательных эмоций без их соответствующей «разрядки» невротического расстройства, ведущего к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов человека и притуплению положительных эмоций.

Так, пятая часть опрошенных врачей (18,6%) и почти четверть средних медработников (23%) указывают на то, что их «мало интересуют окружающие люди и их жизнь»; 26,7% врачей и 18,8% средних медработников подчеркивают, что, как правило, их «утомляет общение с другими людьми»; половина опрошенных врачей и средних медработников указывает на то, что им «приходится общаться со многими людьми, которые их раздражают или выводят из состояния равновесия». Занятия физической культурой и спортом для многих являются непривлекательными: 31,4% опрошенных предпочитают «после рабочей недели отдыхать в одиночестве и без физических нагрузок».

Полученные результаты свидетельствуют о том, что психофизическое истощение по усредненному показателю присутствует почти у трети опрошенных врачей (32,9%) и средних медицинских работников (31,8%), что приводит не только к невротизации личности, но и к профессиональному выгоранию. Синдром профессионального выгорания характеризуется эмоциональным и умственным истощением, снижением удовлетворения от выполняемой работы и физическим утомлением, растущим безразличием к себе и окружающим. На место жалости приходит отсутствие понимания, меняется отношение не только к пациентам, но и к своим коллегам и семье.

2. Нарушение волевой регуляции

Нарушение волевой регуляции является одним из показателей психоэмоционального нездоровья и проявляется в затруднении выбора целей и целеполагания, сложности сосредоточения и удержания внимания, эмоциональной неустойчивости в целом.

Врачи и средние медицинские работники отмечают, что «часто не могут избавиться от навязчивых мыслей» (25,6% и 31% опрошенных соответственно); «не могут упорядочить свои мысли и сконцентрироваться на главном» (18,6% и 13,6%); более трети (33,4%) «в деловом общении часто не успевают сказать все, что хотят». Каждый десятый опрошенный врач (9,3%) подчеркнул и то, что ему «трудно сконцентрироваться на одном деле или действиях».

В целом же, полученные результаты свидетельствуют о том, что нарушение волевой регуляции по усредненному показателю присутствует у каждого пятого опрошенного врача (20,9%) и среднего медработника (21,2%). Нередким следствием нарушения волевой регуляции становится *депрессия* – аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения.

3. Неустойчивость эмоционального фона и настроения (эмоциональная неустойчивость)

Под эмоциональной неустойчивостью подразумевают проблемы психологического плана или личностные расстройства, для которых характерны перепады настроения, импульсивные поступки и слова, а также ослабленный контроль над собой.

Наиболее ярким показателем здесь является беспричинная смена настроения: на частую смену настроения указывают 29,1% врачей и 30,7% средних медработников, а на зависимость настроения от внешних обстоятельств, соответственно, 33,7% и 36,6% опрошенных. Тот факт, что, как правило, у них превалирует «плохое настроение», подчеркивают 19,8% врачей и 16% средних медицинских работников. Не удивительно в связи с этим, что 22,1% врачей и 23% средних медработников практикуют прием «успокаивающих или возбуждающих средств». Наконец, относительно небольшая группа опрошенных, судя по результатам исследования, постоянно пребывает в состоянии депрессии, «не ожидая ничего хорошего в своей будущей жизни»: 8,1% врачей и 7% средних медработников.

Полученные результаты говорят о том, что эмоциональная неустойчивость по усредненному показателю присутствует у пятой части опрошенных врачей (20,35%) и средних медработников (21,1%). Эмоциональной неустойчивости свойственны следующие признаки: частая смена настроения, повышенная раздражительность и эйфоричность; спонтанные вспышки гнева, так называемое состояние аффекта; неспособность себя контролировать и управлять своим поведением.

4. Нарушения сна

Нарушения сна однозначно ухудшают качество жизни: если человек полноценно не высыпается, то становится раздражительным, теряет работоспособность, испытывает упадок сил, в тяжелых случаях вынужден принимать снотворные средства.

Результаты исследования показали, что «плохо спят и встают с большим трудом» – 26,7% врачей и 27,2% средних медицинских работников; «часто долго не могут заснуть» – 23,3% и 23,7%; «часто чувствуют себя по утрам разбитыми» – 29,1% и 25,4%; «часто просыпаются по ночам» – 25,6% и 28,6%. На присутствие «страшных сновидений» указывают 25,6% врачей и 28,2% средних медработников; снохождение и сноговорение замечали за собой 2,3% и 4,5% соответственно.

Полученные результаты говорят о том, что нарушения сна по усредненному показателю характерны более чем пятой части опрошенных врачей (21,9%) и почти четверти средних медработников (22,9%).

5. Тревога и страхи

Тревога является естественным чувством опасения относительно угрозы, которое позволяет ее заметить и принять необходимые меры, если носят ситуационный характер. Если же это уже патологические состояния, то они характеризуются переживаниями, несоответствующими причине, которые обретают навязчивый характер, являются источником страданий и нарушают психофизическое функционирование.

По результатам исследования, 12,8% врачей и 16% средних медицинских работников отмечают факт, что «в одиночестве часто появляются тоска или тревожные мысли»; 19,8% и 30,3%, соответственно, «иногда испытывают тревогу или страх в темноте и в закрытых помещениях». Наличие «навязчивых страхов» признают за собой 8,1% опрошенных врачей и 17,1% средних медработников; «постоянно испытывают тревогу и ожидают неприятностей» – 8,1% и 8,7%. Наконец, опасения, что «окружающие могут прочесть их мысли», преследуют 5,8% и 6,3% соответственно.

Представленные результаты показывают, что тревога и страхи по усредненному показателю присутствуют почти у пятой части опрошенных врачей (18,4%) и почти у четверти средних медработников (23,6%), что свидетельствует о достаточно низком уровне психологической устойчивости и возможном возникновении невротических расстройств.

Таким образом, низкий уровень психологической устойчивости к экстремальным условиям порождает высокий риск патологических стресс-реакций и свидетельствует о возможном возникновении впоследствии невротических расстройств, дезадаптации в целом.

При этом показательным является то, что все участвующие в опросе респонденты (врачи и средний медицинский персонал) оценивают свой уровень психологической устойчивости как «высокий», а состояние адаптивности к экстремальным ситуациям – как «хорошее».

В то же время усомниться в правдивости представленных ответов и адекватности самооценки психологического состояния позволяет «защитая» в анкету «шкала лжи». Непосредственный анализ анкет показал, что каждый четвертый опрошенный врач (27,9%) и каждый третий средний медработник (35,2%) дают необъективную самооценку своего психологического состояния, игнорируя риски возникновения патологических стресс-реакций и невротических расстройств (показатель по «шкале лжи» – свыше 3-х совпадений).

Объективные данные говорят скорее о том, что испытуемые склонны к чувству вины за происходящее, имеют повышенный уровень личностной и ситуационной тревожности, что неизбежно приводит к снижению стрессоустойчивости и способствует возникновению у них в обозримом будущем ряда психосоматических заболеваний.

Более того, образующийся дефицит энергоресурсов приводит к срыву адаптационных процессов личности и способствует появлению стойких состояний дезадаптации как в профессиональной деятельности, так и вне трудовой жизни, что приводит к нарушениям в эмоциональной сфере, проявляющимся в плохом настроении, раздражительности, повышенной обидчивости, невротизации и снижении эмпатии.

Таким образом, можно констатировать факт того, что медицинские работники – как врачи, так и средний медицинский персонал – переоценивают уровень стабильности своего эмоционального состояния, недооценивают степень психофизического истощения.

Выводы

1. Результаты проведенного исследования показывают, что уровень психологической устойчивости у врачей и средних медицинских работников достаточно низкий: состояние адаптированности к экстремальным ситуациям неудовлетворительное. Психологический кризис медицинских сотрудников можно объяснить внезапно изменившимися условиями и обстоятельствами, к которым большинство не были готовы внутренне. У трети испытуемых была зафиксирована повышенная истощаемость и невротизация, утрата важнейших ориентиров и ценностей, что сопровождается крайне негативными и интенсивными внешними и внутренними эмоциями.

2. Показатели частных шкал невротизации свидетельствуют о развитии тенденций к психологической неустойчивости и дезадаптации. Последствиями таких превышающих возможности человека воздействий на психику могут стать острые и хронические расстройства психогенного характера. В целом можно констатировать, что различным нарушениям психологической устойчивости и невротизации подвержены от 1/5 до трети медицинских работников. В наибольшей степени показатели невротизации (психофизическая усталость, тревога и страхи) выражены у средних медицинских работников, что во многом обусловлено спецификой выполняемых должностных обязанностей.

3. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости психологического сопровождения и разработке стратегий психотерапевтической работы с врачами и средним медицинским персоналом, задействованными в лечении и уходе за больными при возникновении чрезвычайных и экстраординарных ситуаций.

Конфликт интересов отсутствует.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну / Пер. с нем. В. Седельника и Н. Федоровой; Послесл. А. Филиппова. М.: Прогресс-Традиция; 2000.

2. Бордачев Т. Почему пандемия хуже войны. Доступно по: <https://www.globalaffairs.ru/articles/pandemiya-huzhe-vojny/>. Ссылка активна 18 января 2021.

3. Сеницын А. Война с коронавирусом все спишет. Пандемия не меняет государство и общество. Доступно по: <https://www.republic.ru/posts/96462>. Ссылка активна 18 января 2021.

4. Иноземцев В. Выиграть войну, чтобы выиграть мир. Доступно по: https://www.gazeta.ru/column/vladislav_inozemcev/13074991.shtml. Ссылка активна 18 января 2021.

5. Белов А. Пандемия коронавируса приведет к еще одной мировой войне? Доступно по: <https://www.regnum.ru/news/polit/2949792.html>. Ссылка активна 18 января 2021.

6. Рошаль назвал пандемию «репетицией биологической войны». Доступно по: <https://www.rbc.ru/society/23/03/2020/5e78e85c9a7947640c59bedf>. Ссылка активна 18 января 2021.

7. О пандемии как эквиваленте войны. Доступно по: <https://www.davydov.in/povestka-messendzhery/o-pandemii-kak-ekvivalente-vojny/>. Ссылка активна 18 января 2021.

8. Цветков А.И., Набойченко Е.С., Борзунов И.В., Вершинина Т.С. Последствия COVID-19 для психического здоровья общества: постановка проблемы, основные направления междисциплинарных исследований // Уральский медицинский журнал. 2020. № 6 (189). С. 95-101.

9. Ситуация хелп: как пандемия повлияла на психологическое здоровье людей и какими будут последствия изоляции. Доступно по: <https://www.esquire.ru/articles/187323-situaciya-help-kak-pandemiya-povliyala-na-psihologicheskoe-zdorove-lyudey-i-kakimi-budut-posledstviya-izolyacii/#part0>. Ссылка активна 18 января 2021.

10. Закроева А.Г., Андриянова О.В., Солодовников А.Г. Сравнительное исследование показателей психического здоровья и их ассоциаций с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в сельской и городской популяциях // Уральский медицинский журнал. 2009. № 2 (56). С. 83-93.

11. Сиденкова А.П. Участие личностно-психологических факторов в развитии расстройств аффективного спектра у пожилых, оказавшихся в условиях длительного семейного стресса // Уральский медицинский журнал. 2013. № 7 (112). С. 5-9.

12. Потемкина Е.А., Кремлева О.В. Психосоциальные факторы стресса, расстройства адаптации и копинг-стратегии у больных с хронической гинекологической патологией // Уральский медицинский журнал. 2013. № 7 (112). С. 32-36.

13. Сероусова О.В., Карпова М.И., Долгушина А.И., Маркова В.В., Садырин А.В., Альтман Д.Ш. Копинг-стратегии, стресс и алекситимия у больных мигренью // Уральский медицинский журнал. 2015. № 2 (125). С. 57-61.

14. Хлыстова Е.В., Маршалкин А.П., Чернавский А.Ф. Медицинский стресс у детей: особенности возникновения и преодоления // Уральский медицинский журнал. 2018. № 12 (167). С. 102-106.

15. Отставнова Ю.Ю., Тутынин С.В., Волкова Л.И. Синдром эмоционального выгорания и психоэмоциональных нарушений у учителей средней школы // Уральский медицинский журнал. 2019. № 13 (181). С. 73-75.

16. Зарипова Э.М., Петров И.А., Чернавский А.Ф., Чернавский М.А. Организационно-психологические факторы формирования стресс-толерантности в профессиональной деятельности врачей стоматологов // Уральский медицинский журнал. 2016. № 7 (140). С. 68-71.

17. Чернавский А.Ф., Петров И.А., Богуш М.В. Эмпирическое исследование факторов психологической устойчивости медицинского персонала в условиях стоматологического муниципального учреждения // Уральский медицинский журнал. 2016. № 7 (140). С. 80-84.

18. Елькин И.О., Егоров В.М., Блохина С.И. Распространенность и структура эмоциональных нарушений среди врачей неотложной медицины Свердловской области // Системная интеграция в здравоохранении. 2009. № 2. С. 42-49.

19. Елькин И.О., Набойченко Е.С. Адекватная самооценка как фактор эмоциональной устойчивости медицинских работников // Системная интеграция в здравоохранении. 2016. № 3 (29). С. 78-82.

20. Рудаков А.В., Елькин И.О., Грицюк Е.М. Система парирования эмоционального выгорания управлением эмоциональной компетентностью у врачей неотложной медицины // Системная интеграция в здравоохранении. 2018. № 1 (38). С. 18-29.

21. Елькин И.О., Ткаченко Т.Я., Рудаков А.В., Блохина С.И. Предикторы развития эмоционального выгорания у врачей неотложной медицины // Системная интеграция в здравоохранении. 2018. № 3 (40). С. 40-49.

22. Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С. Изучение организации и качества сестринской помощи в городских поликлиниках // Уральский медицинский журнал. 2018. № 5 (160). С. 128-133.

23. Соловьев И.Р., Серебренников В.А. Оценка мнения средних медицинских работников о своем социальном положении и престиже профессии медицинской сестры // Уральский медицинский журнал. 2018. № 11 (166). С. 130-140.

24. Борзунова Н.С., Тренкина А.В. Оптимизация системы мотивации труда сестринского персонала // Системная интеграция в здравоохранении. 2019. № 3 (45). С. 28-32.

25. Ситуация хелп: как пандемия повлияла на психологическое здоровье людей и какими будут последствия изоляции. Доступно по: <https://www.esquire.ru/articles/187323-situaciya-help-kak-pandemiya-povliyala-na-psihologicheskoe-zdorove-lyudey-i-kakimi-budut-posledstviya-izolyacii/#part0>. Ссылка активна 18 января 2021.

26. Островский Д.И., Иванова Т.И. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека (Обзор литературы) // Омский психиатрический журнал. 2020. № 2-1S (24). С. 4-10.

REFERENCES:

1. Bek U. Obshhestvo riska. Na puti k drugomu modernu / Per. s nem. V. Sedel'nika i N. Fedorovoj; Poslesl. A. Filippova. M.: Progress-Tradiciya; 2000. (In Russ).

2. Bordachev T. Pochemu pandemija huzhe vojny. Available at: <https://www.globalaffairs.ru/articles/pandemiya-huzhe-vojny/>. Accessed: 2021 January 18. (In Russ).

3. Sinicyn A. Vojna s koronavirusom vse spishet. Pandemija ne menjaet gosudarstvo i obshhestvo. Available at: <https://www.republic.ru/posts/96462>. Accessed: 2021 January 18. (In Russ).
4. Inozemcev V. Vyigrat' vojnu, chtoby vyigrat' mir. Available at: https://www.gazeta.ru/column/vladislav_inozemcev/13074991.shtml. Accessed: 2021 January 18. (In Russ).
5. Belov A. Pandemija koronavirusa privedet k eshhe odnoj mirovoj vojne? Available at: <https://www.regnum.ru/news/polit/2949792.html>. Accessed: 2021 January 18. (In Russ).
6. Roshal' nazval pandemiju «repeticiej biologicheskoy vojny». Available at: <https://www.rbc.ru/society/23/03/2020/5e78e85c9a7947640c59bedf>. Accessed: 2021 January 18. (In Russ).
7. O pandemii kak jekvivalente vojny. Available at: <https://www.davydov.in/povestka-messendzhery/o-pandemii-kak-ekvivalente-vojny/>. Accessed: 2021 January 18. (In Russ).
8. Tsvetkov A.I., Naboichenko E.S., Borzunov I.V., Vershinina T.S. Consequences of COVID-19 on the mental health of society: statement of the problem and main directions of interdisciplinary research. *Ural Medical Journal*. 2020; 6 (189): 95-101. (In Russ).
9. Situacija help: kak pandemija povliyala na psihologicheskoe zdorov'e ljudej i kakimi budut posledstviya izoljatsii. Available at: <https://www.esquire.ru/articles/187323-situaciya-help-kak-pandemiya-povliyala-na-psihologicheskoe-zdorove-lyudey-i-kakimi-budut-posledstviya-izolyacii/#part0>. Accessed: 2021 January 18. (In Russ).
10. Zakroyeva A.G., Andriyanova O.V., Solodovnikov A.G. Comparative evaluation of the mental health problems and their associations with the risk factors of the chronic somatic diseases at the rural and urban populations. *Ural Medical Journal*. 2009; 2 (56): 83-93 (In Russ).
11. Sidenkova A.P. Personal and psychological factors in the development of affective disorders in elderly caught in long family stress. *Ural Medical Journal*. 2013; 7 (112): 5-9. (In Russ).
12. Potemkina E.A., Kremleva O.V. Psychosocial stress-factors, adjustment disorders and coping strategies at patients with a chronic gynecologic pathology. *Ural Medical Journal*. 2013; 7 (112): 32-36. (In Russ).
13. Serousova O.V., Karpova M.I., Dolgushina A.I., Markova V.V., Sadirin A.V., Altman D.S. Coping strategies, stress and alexithymia in patients with migraine. *Ural Medical Journal*. 2015; 2 (125): 57-61. (In Russ).
14. Khlystova E.V., Marshalkin A.P., Chernavsky A.F. Medical stress in children: features of emergence and overcoming. *Ural Medical Journal*. 2018; 12 (167): 102-106. (In Russ).
15. Otstavnova Yu.Yu., Tutynin S.V., Volkova L.I. Syndrome of emotional burnout and psychoemotional disorders in school teachers. *Ural Medical Journal*. 2019; 13 (181): 73-75. (In Russ).

16. Zaripova Je.M., Petrov I.A., Chernavsky A.F., Chernavsky M.A. Organizational-psychological factors of stress tolerance in the professional activity of doctors and dentists. *Ural Medical Journal*. 2016; 7 (140): 68-71. (In Russ).
17. Chernavskii A.F., Petrov I.A., Bogush M.V. Experiment of doctors psychological resistance factors in medical organization. *Ural Medical Journal*. 2016; 7 (140): 80-84. (In Russ).
18. Elkin I.O., Egorov V.M., Blokhina S.I. The prevalence and structure of emotional disorders among emergency medicine doctors in the Sverdlovsk region. *System Integration in Health Care: Electronic Scientific Journal*. 2009; 2: 42-49. (In Russ).
19. Jelkin I.O., Naboichenko E.S. Self-esteem as a factor of emotional stability health workers. *System Integration in Health Care: Electronic Scientific Journal*. 2016; 3 (29): 78-82. (In Russ).
20. Rudakov A.V., Elkin I.O., Gritsyuk E.M. System parry burnout control emotional competence among physicians of emergency medicine. *System Integration in Health Care: Electronic Scientific Journal*. 2018; 1 (38): 18-29. (In Russ).
21. Elkin I.O., Tkachenko T.Ya., Rudakov A.V., Blokhina S.I. Factors for the development of emotional burnout in emergency medicine doctors. *System Integration in Health Care: Electronic Scientific Journal*. 2018; 3 (40): 40-49. (In Russ).
22. Gadzhiev R.S., Agalarova L.S. The study of the organization and quality of nursing care in urban polyclinics. *Ural Medical Journal*. 2018; 5 (160): 128-133. (In Russ).
23. Soloviev I.R., Serebrennikov V.A. Assessment of the views of nurses about their social position and prestige of their profession. *Ural Medical Journal*. 2018; 11 (166): 130-140. (In Russ).
24. Borzunova N.S., Trenkina A.V. Optimization of the system of motivation for work of nursing. *System Integration in Health Care: Electronic Scientific Journal*. 2019; 3 (45): 28-32. (In Russ).
25. Situacija help: kak pandemija povlijala na psihologicheskoe zdorov'e ljudej i kakimi budut posledstviya izoljarii. Available at: <https://www.esquire.ru/articles/187323-situaciya-help-kak-pandemiya-povliyala-na-psihologicheskoe-zdorove-lyudey-i-kakimi-budut-posledstviya-izolyacii/#part0>. Accessed: 2021 January 18. (In Russ).
26. Ostrovsky D.I., Ivanova T.I. Impact of the novel coronavirus infection COVID-19 on human mental health (Literature review). *Omsk psychiatric journal*. 2020; 2-1S (24): 4-10. (In Russ).