

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19¹

С.С. Петриков

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени
Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ
«НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>, e-mail: petrikovss@sklif.mos.ru

А.Б. Холмогорова

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), Научно-исследовательский институт скорой помощи
имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы
(ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

А.Ю. Суроегина

Научно-исследовательский институт скорой помощи
имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы
(ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2616-8923>, e-mail: suroegina@gmail.com

О.Ю. Микита

Научно-исследовательский институт скорой помощи
имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы
(ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>, e-mail: mikita-o@yandex.ru

¹ Текст приведен по изданию: *Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Рой А.П., Рахманина А.А. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 8–45. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280202>*

А.П. Рой

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7070-4973>, e-mail: anita010101@yandex.ru

А.А. Рахманина

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: rakhmanina.a@mail.ru

В статье приведены результаты обобщения австралийскими и канадскими учеными (Kisely et al., 2020) данных 59 надежных исследований последствий работы в период разных эпидемий, включая COVID-19, для психического здоровья и благополучия медицинских работников в разных странах. На основе анализа данных выборки из 248 медицинских работников различных медицинских учреждений России, анонимно и добровольно заполнивших гугл-формы с комплектом опросников, приводятся данные по уровню профессионального выгорания, симптомам эмоционального неблагополучия и дистресса во время эпидемии COVID-19. Методический комплекс включал шкалу депрессии А. Бека, шкалу тревоги А. Бека, шкалу оценки дистресса Дж. Голанда, опросник профессионального выгорания К. Маслач. Выявлено, что в период эпидемии значительная часть медицинских работников испытывают выраженные симптомы профессионального выгорания (более 60% жалуются на эмоциональное истощение), симптомы депрессии умеренной и выраженной степени тяжести (23%), повышенный уровень тревоги (25%) и суицидальной направленности (10%). Значительный вклад в эмоциональный дистресс медицинских работников вносят негативные эмоции (такие как страх заражения, чувство одиночества и изоляции), организационные проблемы (в том числе, нехватка средств защиты), физический дискомфорт (неудобство защитной одежды, нехватка сна) и коммуникативные трудности (при общении с руководством и пациентами). Особенно часто в качестве проблемных областей медицинскими сотрудниками отмечаются информационный шум и нехватка средств защиты. Медицинские работники, участвующие в оказании помощи пациентам с COVID-19, отличаются более высокими показателями депрессии, тревоги и профессионального выгорания от работников, оказывающих помощь другим категориям больных. В то же время, высокую профессиональную ответственность и мотивацию сохраняют большинство специалистов, оказывающих помощь больным с COVID-19. Медицинские работники из регионов отличаются от медицинских работников из Москвы более высокими показателями депрессии и тревоги и чаще жалуются на нехватку средств защиты и недоверие руководству или несогласие с ним. В заключение делаются выводы о факторах риска,

факторах-протекторах и мерах профилактики негативных последствий работы во время эпидемий для психического здоровья медицинского персонала. При этом подчеркивается важная роль доступности психологической помощи для сбережения психического здоровья медицинских работников.

Ключевые слова: эпидемия COVID-19, профессиональное выгорание медицинских работников, эмоциональное истощение, деперсонафикация, профессиональная успешность, эмоциональный дистресс, депрессия, тревога, психологическая помощь.

Благодарности. Авторы выражают благодарность всем медицинским работникам Москвы и регионов, принявшим участие в исследовании. Также выражается признательность медицинскому психологу Московской службы психологической помощи населению А.А. Герасимовой за консультации в процессе обработки данных.

Проблема коронавирусной инфекции, которой Всемирная организация здравоохранения присвоила официальное название COVID-19 (*Coronavirus disease 2019*), затронула все страны и все население планеты, однако главный удар в этой тяжелой ситуации принимают на себя медицинские учреждения и работающий в них персонал. Происходит оперативная реструктуризация медицинских учреждений, условия работы фактически соответствуют чрезвычайной ситуации: многие сотрудники подвержены повышенному риску заражения, разлучены с близкими, работают в условиях повышенной физической и эмоциональной нагрузки и ответственности за жизнь наиболее тяжелых пациентов. Ежедневно врачи получают большое количество новой информации в виде приказов, методических рекомендаций [5], обучающих программ, что создает большую дополнительную нагрузку в форме постоянного информационного шума. При этом абсолютно надежных методов диагностики и лечения заболевания до сих пор не существует ни в одной стране, что также является дополнительным источником дистресса медицинских работников, от которых общество, пациенты и их родственники ждут решения неожиданно обрушившейся проблемы.

Проблема профессионального выгорания медиков остро стояла и до ситуации пандемии. Достаточно сказать, что, по данным многочисленных исследований в разных странах, около половины врачей имеют высокие показатели профессионального выгорания, что вдвое превышает такие показатели у населения, занятого в других сферах профессиональной деятельности. Выгорание среди врачей приводит к повышенному риску врачебной ошибки, ухудшению прогноза лечения, росту абсентеизма, желанию сократить число часов работы вплоть до ухода из профессии. Как подсчитали американские исследователи, выгорание врачей стоит американской системе здравоохранения 4,6 миллиардов долларов в год [8].

Данные о причинах, и последствиях выгорания у медицинских работников до пандемии представлены в обзорах и монографиях [3; 4]. К настоящему моменту уже проведены первые исследования последствий эпидемии COVID-19 на примере китайских медицинских работников. В одном из них участвовали 34 больницы, включая 20 из центра заражения — города Ухань; всего было обследовано 1257 медицинских работников, включая врачей и медицинских сестер. Около половины из них сообщили о выраженных симптомах депрессии и тревоги, более 70% предъявляли жалобы на симптомы дистресса после пережитой травмы. Все эти проблемы были более выражены у женщин и сотрудников больниц в Ухане [12]. Значимые данные относительно доступности и важности психологической помощи получены в еще одном исследовании психологического благополучия китайских медицинских работников в период пандемии. Согласно этим данным, из 994 обследованных специалистов 36,3% имели постоянный доступ к психологическим материалам (таким, как психологические книги и брошюры), 50,4% имели доступ к психологическим ресурсам, имеющимся в средствах массовой информации (таким, как онлайн-сообщения о методах самопомощи), и всего 17,5% имели возможность получить психологическую консультацию или сеанс психотерапии. Методом кластерного анализа были выявлены связи между более низкими показателями рейтинга шкалы депрессии PHQ-9 и получением какого-либо типа психологической поддержки. Несмотря на то, что сотрудники имели доступ к ограниченному количеству услуг психолого-психиатрической помощи, тем не менее, они считали эти услуги важными ресурсами для улучшения своего состояния и помощи другим. В выводах исследования подчеркивается важность оказания психологической поддержки медицинским работникам в период пандемии [10].

В данной статье подробно будут рассмотрены результаты последнего, беспрецедентного по охвату данных, аналитического обзора выгорания у медицинских работников в период различных эпидемий, включая COVID-19. Как утверждают авторы статьи «Возникновение, предотвращение и совладание с негативными психологическими последствиями для здоровья медицинских работников в условиях вирусной эпидемии: обзорное исследование и мета-анализ» [11], уже имеющиеся первые данные о факторах и последствиях профессионального выгорания медиков во время пандемии COVID-19 вполне согласуются с ранее полученными.

В обзоре собраны результаты исследований, посвященных анализу влияния эпидемий на психологическое благополучие медицинского персонала, работающего с зараженными различными вирусными заболеваниями. Рассмотрены вспышки: SARS (тяжелый острый респира-

торный синдром), MERS (ближневосточный респираторный синдром), H7N9 (птичий грипп), H1N1 (свиной грипп), вирус Эбола и актуальный COVID-19. В обзоре учитывались лишь те исследования или группы, где респондентами выступали неинфицированные врачи и медсестры. Использовались все исследования до марта 2020, без учета языка респондентов и авторов. Для определения качества проведенного исследования использовался пакет инструментов от *Joanna Briggs Institute (JBI)* для нерандомизированных исследований. Исследование проходило строгий многоступенчатый отбор: один из авторов (*Christine Dalais*) составлял подборку из архива различных платформ, включая: Medline, Embase, CINAHL, PubMed, PsycINFO. Три автора (*Nicola Warren, Laura McMahon, Irene Henry*) находили полные тексты исследований, далее осуществлялся поиск и учет базы данных и статистических методов исследования, а также производилась оценка их надежности, валидности и прочих параметров по критериям JBI (*Nicola Warren, Laura McMahon*). При необходимости учитывалось мнение дополнительного эксперта (*Dan Siskind*).

Всего было учтено 10113 цитирований, из которых 59 исследований отвечали всем критериям включения. По MERS было использовано семь исследований, по три на тему вспышки H1N1 и вирусу Эбола, одно по H7N9, **восемь по COVID-19**, а оставшиеся по SARS. По географическому признаку исследования делились на: тринадцать из материкового Китая, по десять от Тайваня и Канады, девять из Гонконга, по пять из Сингапура и Южной Кореи, два из Саудовской Аравии (MERS). Также по одному из Греции, Мексики, Японии (у всех по H1N1) и Нидерландов, Германии, Либерии (у всех по вирусу Эбола). Столь широкий охват позволил авторам использовать полученные данные не только для выделения наиболее типичных факторов психологической дезадаптации, но и отбора наиболее надежных и валидных для разных стран и условий методов профилактики профессионального выгорания у медицинского персонала, что было бы невозможно при использовании данных по отдельным странам. Особая ценность и актуальность данных этого обзора для России определяется тем, что до сих пор не наметилось стабилизации ситуации и снижения заболеваемости, а медицинский персонал продолжает работать в чрезвычайно сложных условиях.

Для оценки так называемого обобщенного риска психологического неблагополучия (высокого уровня профессионального выгорания, манифестации депрессии, тревожных расстройств, возникновения алкогольной зависимости и т. д.) чаще всего использовались: шкала оценки влияния травматического события (*The Event Scale-Revised – IES-R*) для определения степени пережитого травматического стресса; шкала депрессии (*The Centre For Epidemiologic Studies-Depression*

Scale — CES-D) и опросник общего здоровья (*The General Health Questionnaire — GHQ* или его китайская версия *CHQ*) для определения степени выраженности психологического дистресса; для оценки выраженности профессионального выгорания — опросник К. Маслач (*Maslach Burnout Inventory — MBI*). В ряде исследований дополнительно использовалась анкета оценки качества жизни (*The Medical Outcome Study Short-Form — MOS SF-36*).

Полученные данные можно разделить на три большие группы: факторы риска неблагоприятного медицинского персонала, факторы-протекторы и методы профилактики. Так как данное исследование посвящено оценке уровня профессионального выгорания, эмоционального неблагоприятного и дистресса у российских медицинских работников в период пандемии, ниже будут рассмотрены результаты обзора первого блока факторов, а выделенные в обзоре факторы-протекторы и рекомендации по профилактике психологического неблагоприятного будут перечислены в конце статьи.

По итогам масштабного анализа данных S. Kisely et al. были выделены следующие **факторы риска**, сведенные в крупные блоки [11].

1. *Социо-демографические факторы*: наличие дома детей до 15 лет (ввиду наличия тревоги из-за возможной длительной изоляции и оставления их без присмотра); низкий уровень доходов, сопутствующие заболевания; старший возраст в исследованиях COVID-19 (в большинстве исследований более зрелый возраст связывался с наличием большего опыта и являлся фактором-протектором, однако для эпидемии COVID-19 ситуация являлась обратной из-за постоянного информирования населения о появлении более тяжелых симптомов заболевания с возрастом).

2. *Профессиональные факторы*: длительный контакт с пострадавшими (например, у работников реанимаций и медицинских сестер); постоянный контакт с пациентами в аффективном состоянии (например, при поступлении в приемное отделение); должность медсестры (ввиду их долгого контакта с кровью и прочими жидкостями пациентов); нехватка опыта и дополнительного обучения (по работе непосредственно с инфицированными с респираторными синдромами); более низкий уровень образования в целом (отмечалось, что специалисты младшего звена без специфического образования были более подвержены информационному «заражению»).

3. *Организационные факторы*: отсутствие дополнительных выплат для персонала из-за неподготовленности бюджета; необходимость в быстрой смене места работы из-за нехватки персонала (например, операционных сестрам приходилось принимать пациентов

в приемном отделении); специфические меры предосторожности (прохождение через систему комнат обеззараживания, невозможность работы с историей болезни в «красной зоне», необходимость менять СИЗ (средства индивидуальной защиты) для перехода между зараженными зонами ввиду отсутствия соединяющего их коридора); недостаток СИЗ и отсутствие свободного доступа к ним (ввиду недоверия к персоналу). В ряде исследований подобная ситуация побуждала медицинский персонал дополнительно переодеваться вне дома или квартиры перед общением с родственниками из-за страха возможного их заражения. Также сюда относилась недостаточная продуманность мер по контролю над заболеванием (например, отсутствие входного теста для вновь прибывших пациентов). Важным фактором выступал ненормированный график (без возможности отдыха в «зеленой зоне»).

4. Психологические и психосоциальные факторы: высокий уровень самокритицизма; сниженная самооэффективность; наличие коморбидного психического расстройства или предшествующего опыта выраженного психологического дистресса; стигматизация со стороны общества [11].

Далее будут представлены результаты эмпирического исследования эмоциональной дезадаптации российских специалистов, работающих в медицинских учреждениях в период пандемии, связанной с вирусом COVID-19, с середины марта по начало мая 2020 года.

Метод

Процедура исследования. Медицинским работникам было предложено заполнить ряд опросников. Методики были объединены в гугл-форму, ссылка на которую была размещена в сообществах для врачей. Всем участникам опроса предоставлялась возможность получения обратной связи с краткими рекомендациями, а также, при запросе, бесплатная психологическая консультация онлайн для тех, кто работает с пациентами с COVID-19. В соответствии с этическим кодексом Российского общества психологов получалось информированное согласие респондентов, участие в исследовании было анонимным и конфиденциальным. Исследование проводилось, начиная с 15 марта 2020 г., когда масштабы эпидемии были уже значительны, и вскоре был введен режим самоизоляции для большей части населения. Сбор данных продолжается в настоящее время, но для анализируемой выборки он был закончен 2 мая 2020 г.

Выборка. В исследовании приняли участие 248 медицинских работников, 68 мужчин и 180 женщин. Средний возраст респондентов — 34,6 года (от 22 до 72 лет). Большинство выборки (72%) составили медицинские работники в возрасте до 40 лет (рис. 1).

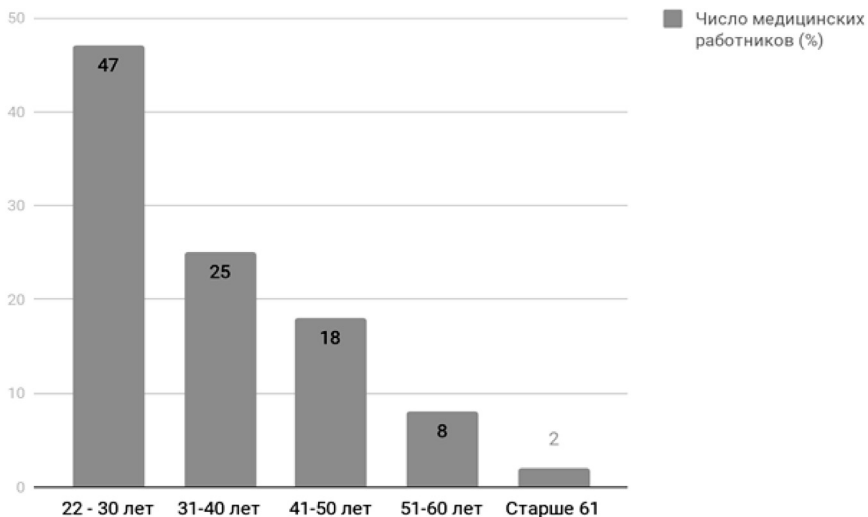


Рис. 1. Распределение выборки медицинских работников по возрасту (%)

Почти половину выборки составили врачи различных специальностей — 119 (48%); 79 (32%) — ординаторы; 29 (12%) — средний медицинский персонал. Остальные категории специалистов в совокупности составили менее 10% выборки: руководящий состав — 4 (2%), преподаватели — 7 (3%), студенты медицинских учебных заведений — 10 (4%).

В исследовании приняли участие специалисты из разных городов России: Москва — 146 (58%); Тюмень — 62 (17%); Сургут — 39 (15%). Участники из других городов составили чуть больше 3% от общей выборки: Санкт-Петербург — 5 (2%); Якутск — 2 (0,8%); Самара — 1 (0,4%).

Методики. В исследовании использовались следующие методики:

1. *Анкета участника исследования*, включающая социодемографические данные (пол, возраст), данные о месте проживания, типе учреждения, специальности, должности и участии в оказании помощи пациентам с COVID-19.

2. *Опросник профессионального выгорания К. Маслач (Maslach Burnout Inventory, MBI)* — широко применяется в международной прак-

тике для оценки уровня профессионального выгорания у медицинских работников, адаптация в российской выборке для работников социальных профессий произведена Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой [1]. Опросник содержит 22 пункта и включает три шкалы: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация» и «Профессиональная успешность». О высоком уровне профессионального выгорания свидетельствуют высокие баллы по двум первым шкалам и низкие баллы по третьей шкале «Профессиональная успешность», т. е. чем ниже специалист оценивает свою профессиональную успешность, тем выше его уровень профессионального выгорания. Проверка согласованности эмпирических распределений шкал с нормальным распределением на выборке из 360 представителей социальных профессий [2] показала, что их распределения не отличаются статистически значимо от нормальных. Таким образом, полученные данные могут рассматриваться как устойчивые — репрезентативные по отношению к генеральной совокупности и могут служить основой для определения тестовых норм для работников социальных профессий. Проведенная оценка концептуальной, содержательной, внутренней, конструктивной, конвергентной и эмпирической валидности подтверждает возможность использования данной методики для измерения синдрома выгорания. В выборке 360 человек не были выявлены достоверные различия между разными возрастными группами. При сравнении мужчин и женщин по средним значениям параметров психического выгорания различия также не обнаружены. Возможно, гендерные и возрастные особенности выгорания проявляются в зависимости от других факторов: организационных, ролевых, должностных и др.

3. *Шкала депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory, BDI)* — широко применяется в международной практике, валидизирована на российской выборке Н.В. Тарабриной (2001), содержит 21 пункт с утверждениями, описывающими различные по интенсивности когнитивные и соматические симптомы депрессии. Испытуемому предлагается выбрать те утверждения, которые наиболее соответствуют их состоянию в течении последних двух недель.

4. *Шкала тревоги А. Бека (The Beck Anxiety Inventory, BAI)* — также широко применяется в международной практике, валидизирована в российской выборке Н.В. Тарабриной (2001), содержит 21 утверждение, описывающее когнитивные и соматические симптомы тревоги. Испытуемому предлагается оценить выраженность их интенсивности у себя в течении последних двух недель.

5. *Шкала оценки дистресса (Термометр дистресса)* — скрининговый инструмент, разработанный J. Holland и B. Bultz для оценки

эмоционального дискомфорта у пациентов с жизнеугрожающими заболеваниями и выявления основных областей, вносящих вклад в эмоциональный дистресс [9]. Русскоязычная версия была валидизирована на российской выборке пациентов с онкологическими заболеваниями [6]. В инструкции респонденту предлагается оценить уровень испытываемого дистресса по 10-балльной шкале («0» — полное отсутствие дистресса, «10» — максимальный уровень), а затем отметить в предлагаемом списке областей дистресса, беспокоила ли каждая из них респондента за последние две недели (по дихотомической шкале — «да» или «нет»). Преимуществами данного инструмента скрининга является его краткость и информативность, использование широкого понятия «эмоциональный дистресс» и возможность оценки вклада целого спектра факторов дистресса в тяжелой для медицинских работников ситуации, связанной с высокими нагрузками и угрозой заражения. Поэтому «Термометр дистресса» был включен в методический комплекс с поправкой на необходимые изменения списка факторов дистресса у медработников в период пандемии. Оценка общего уровня дистресса производилась также, как и в оригинале, т. е. по 10-балльной шкале. Клиническими психологами, соавторами данной статьи, в процессе совместной работы и общения с другими медицинскими работниками в период пандемии были выделены основные области дистресса в этот период.

К таким проблемным областям или источникам эмоционального дистресса были отнесены: «беспокойство/тревога», «нервозность», «депрессия», «сопротивление/нежелание выходить на смену», «пассивность», «одиночество/чувство изоляции», «страх заразиться/заразить», «злость/раздражительность», «скука/апатия», «несогласие с руководством/недоверие руководству», «физический дискомфорт (ношение костюма, нехватка сна)», «организационные трудности (распределение обязанностей, недостаток оперативной связи между специалистами)», «необходимость быстро осваивать непривычную работу», «информационный шум (большое количество разной информации, постоянные изменения в информации)», «агрессивное поведение пациентов», «нехватка медицинских средств защиты». Участникам предлагалось оценить каждый фактор по шкале: «совсем не беспокоило» (0 баллов), «слабо беспокоило» (1 балл), «беспокоило в умеренной степени» (2 балла), «сильно беспокоило» (3 балла).

Помимо этого, в графе «Другое» предлагалось назвать еще какие-то области дистресса, которые не вошли в список. Так как дополнительные области назвали только четыре человека из всей выборки, при об-

работке они не учитывались. Лишь единичные записи в графе «Другое» косвенно свидетельствуют о достаточно полном учете факторов дистресса в составленном авторами списке. При обработке данных для выделения процента врачей, испытывающих значительное влияние той или иной области дистресса, учитывались оценки «беспокоило в умеренной степени» (2 балла) и «сильно беспокоило» (3 балла). Также, как и в оригинальном варианте методики, области дистресса объединялись в домены: *эмоциональные, физические, организационные и коммуникативные проблемы*. Коммуникативные, в свою очередь, были разделены на трудности при общении с руководством и трудности при общении с пациентами.

Анализируя понятие эмоционального дистресса, авторы валидизации «Шкалы оценки дистресса» на российской выборке для пациентов 7–18 лет подчеркивают, что его уровень не является клиническим диагнозом и не используется в диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам. При этом, однако, согласно результатам проведенных исследований, выявляемый уровень эмоционального дистресса является клинически значимым показателем, который может указывать на наличие депрессивных и тревожных расстройств, а также расстройств адаптации [7]. Авторы подчеркивают, что термин «эмоциональный дистресс» свободен от стигматизирующего смысла, связанного с указанием на психопатологические симптомы.

Результаты исследования

Результаты исследования представлены в виде трех блоков: 1) характеристика различных показателей психологического неблагополучия во всей обследованной выборке; 2) сравнительный анализ показателей психологического неблагополучия в выборках медицинских работников, оказывающих и не оказывающих помощь пациентам с COVID-19; 3) сравнительный анализ показателей психологического неблагополучия в выборках медицинских работников, проживающих в Москве и в других городах России.

Характеристика показателей психологического неблагополучия

В обследованной выборке не было выявлено влияния пола и возраста респондентов на показатели психологического неблагополучия, поэтому в дальнейшем эти факторы не учитывались.

Ниже представлено распределение респондентов в зависимости от выраженности симптомов депрессии и тревоги (табл. 1).

Таблица 1

Число (%) медицинских работников с разной степенью выраженности симптомов депрессии, а также высказывавших суицидальные мысли и намерения в период пандемии (Шкала депрессии Бека, N=248)

Показатель по Шкале депрессии Бека	Медицинские работники, N (%)
Нет депрессивных симптомов (0–13)	153 (62 %)
Легкие депрессивные симптомы (14–18)	36 (15 %)
Депрессивные симптомы умеренной тяжести (19–28)	38 (15 %)
Выраженные симптомы депрессии (29 и более)	21 (8 %)
Суицидальные мысли	20 (8%)
Суицидальные намерения	4 (2%)

Как видно из табл. 1, почти четверть специалистов отмечают у себя симптомы депрессии умеренной (15%) и выраженной степени тяжести (8%). Это говорит о том, что почти четверть медицинских работников отмечают у себя нарушения сна, выраженную усталость и утрату интереса к жизни, чувство вины и другие тяжелые эмоциональные переживания. При этом наличие суицидальных мыслей отмечают 8%, а суицидальных намерений 2% выборки. Полученные показатели по шкале депрессии Бека превышают аналогичные в общей популяции.

Значимым результатом является то, что многие из опрошенных медицинских работников испытывают симптомы тревоги умеренной и высокой интенсивности (табл. 2).

Таблица 2

Число (%) медицинских работников с разной степенью выраженности симптомов тревоги в период пандемии (N=248)

Показатель по Шкале тревоги Бека	Медицинские работники, N (%)
Нет симптомов тревоги (0–4)	92 (37 %)
Симптомы легкой тревоги (5–13)	93 (38%)
Симптомы тревоги умеренной интенсивности (14–18)	23 (9%)
Симптомы тревоги высокой интенсивности (19 и более)	40 (16%)

Это означает наличие достаточно интенсивных переживаний страха, вплоть до ужаса и выраженных физиологических симптомов тревоги — дрожь в руках и ногах, учащенное сердцебиение, неустойчивость и ощущение удушья, страх

смерти, желудочно-кишечные расстройства, предобморочные состояния, приливы крови к лицу и усиленное потоотделение, не связанное с жарой.

Распределение обследованных респондентов по интервалам (низких, средних и высоких значений показателей профессионального выгорания опросника К. Маслач) представлено в табл. 3. Интервалы значений были выделены до пандемии в репрезентативной выборке из 360 российских специалистов социальных профессий: медицинских работников, учителей, продавцов, коммерческих сотрудников и руководителей среднего звена [2]. Выборка медицинских работников включала медсестер хирургических отделений и реанимации, врачей разных специальностей, работающих в государственных и частных медицинских учреждениях [1].

Таблица 3

Число (%) медицинских работников, имеющих низкие, средние и высокие показатели выгорания (опросник профессионального выгорания К. Маслач) в период пандемии (N=248), согласно интервальным значениям, полученным на смешанной выборке специалистов социальных профессий до пандемии (N=360, Водопьянова, 2009)

Различные параметры профессионального выгорания	Низкий уровень выгорания, N (%)	Средний уровень выгорания, N (%)	Высокий уровень выгорания, N (%)
Эмоциональное истощение (высокий уровень выгорания)	34 (14%)	63 (25%)	151 (61%)
Деперсонализация (высокий уровень выгорания)	7 (3%)	12 (5%)	229 (92%)
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	151 (61%)	63 (25%)	34 (15%)

Обращают на себя внимание различия по количеству сотрудников, попавших в разные интервалы по уровню профессионального выгорания по шкалам опросника Маслач. Если по двум первым шкалам опросника высокое выгорание отмечается у большинства респондентов, то по шкале профессиональной успешности картина противоположная: у большинства показатели выгорания низкие. Как видно из табл. 3, более половины обследованных медицинских работников (61%) испытывают выраженные признаки эмоционального истощения. Важно отметить, что почти все респонденты (92%) имеют высокие показатели деперсона-

фикации. Это свидетельствует о высокой степени отстранения от личностного персонифицированного общения с пациентами, о предельной формализации контакта вплоть до профессионального цинизма.

В данной ситуации перегрузки и растущего потока обращающихся за помощью, в том числе тяжелых больных, это можно рассматривать как последствие эмоционального истощения, попытку экономии сил и психологической защиты от тяжелых переживаний. При этом большинство опрошенных имеют низкий уровень показателей выгорания по шкале «Профессиональная успешность» (61%). Значения этой шкалы отражают самооценку специалистом своих профессиональных достижений. Высокие баллы по этой шкале характерны для тех, кто чувствует себя более реализованным и удовлетворенным своей профессией и, соответственно, имеет низкий уровень выгорания. Наоборот, низкие баллы при ответе на вопросы шкалы говорят о редукции профессиональных достижений, росте разочарованности в профессии и о большей выраженности выгорания.

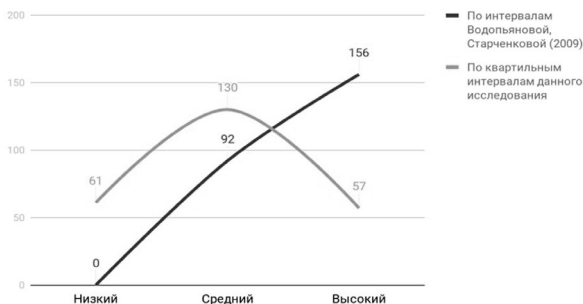
Таким образом, более половины участников данного исследования чувствуют собственную профессиональную значимость и высокую профессиональную мотивацию. Это можно объяснить резким ростом общественной значимости профессии врача, медицинской сестры и других профессионалов из системы здравоохранения, принятием большинством из них своей ответственности и высоким уровнем мобилизации своих личностных и профессиональных ресурсов.

Ниже, для большей наглядности, представлено в виде трех диаграмм распределение выборки по интервалам значений всех трех показателей профессионального выгорания (рис. 2). При этом для сопоставления дается также распределение респондентов по квартильным интервалам, полученным в обследованной выборке медицинских работников, работающих во время пандемии.

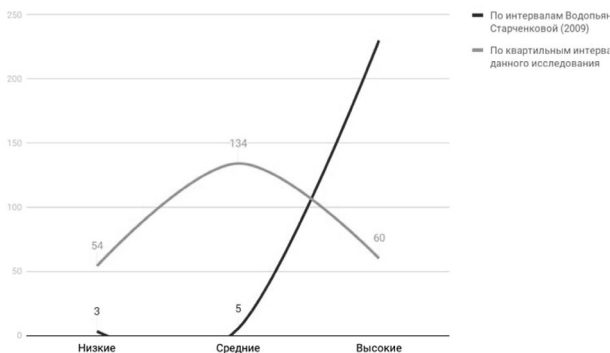
Как видно из диаграмм (рис. 2), показатели эмоционального истощения и деперсонификации в обследованной выборке смещены в сторону высоких значений, а редукция персональных достижений (профессиональная успешность), напротив, — в сторону низких значений, согласно интервалам, выделенным в исследовании смешанной выборки специалистов социальных профессий до пандемии [2]. Согласно квартильным интервалам данной выборки, число обследованных, имеющих высокий уровень выгорания по показателям: эмоционального истощения — 59 (24%); деперсонификации — 62 (25%); профессиональной успешности — 58 (24%).

Далее представлены результаты по методике «Термометр дистресса». Все респонденты в зависимости от их оценки своего уровня дистресса были разделены на три группы: 0–3 балла — низкий уровень; 4–7 баллов — средний уровень; 8–10 баллов — высокий уровень.

Эмоциональное истощение



Деперсонализация



Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)

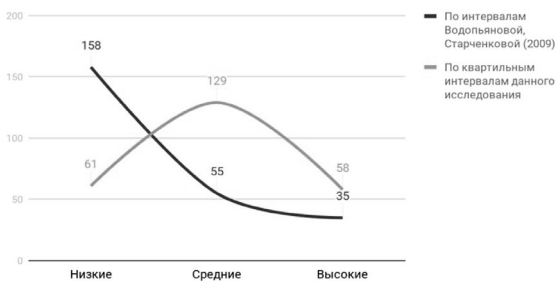


Рис. 2. Число респондентов, попадающих в интервалы низких, средних и высоких значений, полученные в смешанной выборке специалистов социальных профессий до пандемии (N=360; Водопьянова, 2009), и квартильные интервалы в обследованной выборке медицинских работников во время пандемии (N=248)

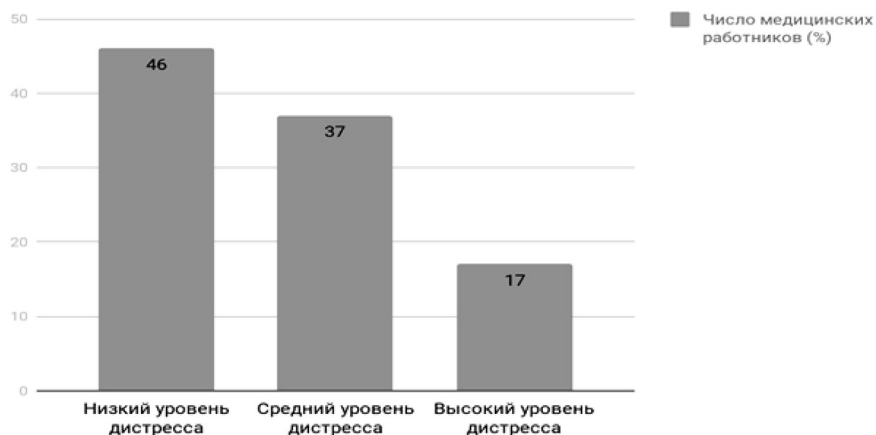


Рис. 3. Число (%). медицинских работников с различным уровнем эмоционального дистресса в период пандемии (N=248, методика «Термометр дистресса»)

Как видно на рис. 3, чуть менее половины респондентов оценили свой уровень дистресса как низкий (т. е. не более 3 баллов из 10), 37 % выбрали оценку от 4 до 7 баллов и 17 % отметили экстремально высокие показатели дистресса — от 8 до 10 баллов.

Ниже приводится таблица корреляций между различными показателями, отражающими степень эмоционального неблагополучия респондентов в обследованной выборке (табл. 4).

Таблица 4

Корреляции между показателями депрессивной и тревожной симптоматики (шкалы депрессии и тревоги Бека), показателями профессионального выгорания (опросник профессионального выгорания К. Маслач) и уровнем эмоционального дистресса (методика «Термометр дистресса») в выборке медицинских работников во время пандемии (N=248)

Шкалы опросников	Симптомы депрессии	Симптомы тревоги	Эмоциональное истощение	Деперсонификация	Профессиональная успешность	Уровень дистресса
Симптомы депрессии	-	0,827**	0,799**	0,506**	-0,235**	0,622**

Шкалы опросников	Симптомы депрессии	Симптомы тревоги	Эмоциональное истощение	Деперсонификация	Профессиональная успешность	Уровень дистресса
Симптомы тревоги	0,827**	-	0,687**	0,406**	- 0,179**	0,594**
Эмоциональное истощение (высокий уровень выгорания)	0,799	0,687**	-	0,616**	- 0,277**	0,712**
Деперсонификация (высокий уровень выгорания)	0,506	0,406**	0,616**	-	0,139*	0,425**
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	- 0,235**	- 0,179**	- 0,277**	0,139*	-	- 0,164**
Уровень дистресса	0,622**	0,594**	0,712**	0,425**	- 0,164**	-

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$.

Как видно из табл. 4, получены сильные и высокозначимые прямые корреляции между показателями депрессии, тревоги, эмоционального истощения и эмоционального дистресса. Высокозначимая прямая корреляция умеренной силы имеет место между показателями депрессии и деперсонификации. Слабая, но значимая обратная связь получена между показателями депрессии и профессиональной успешности, т. е. чем выше медицинские работники оценивают свою успешность, тем ниже у них депрессивная симптоматика. Наиболее сильные и значимые связи из трех показателей профессионального выгорания с другими показателями эмоционального неблагополучия демонстрирует эмоциональное истощение, а наиболее слабые – профессиональная успешность. Высокий уровень согласованности данных по всем четырем методикам исследования свидетельствует о достаточной надежности полученных результатов.

Ниже представлены результаты анализа оценки вклада медицинскими работниками той или иной области дистресса (всего 16 таких областей) в общий эмоциональный дистресс (табл. 5).

Таблица 5

Число (%) медицинских работников, оценивших уровень своего беспокойства в той или иной области эмоционального дистресса на «3» и «4» балла (методика «Термометр дистресса», N=248) в период пандемии

Области эмоционального дистресса	Медицинские работники, N (%)
Беспокойство/тревога	72 (29%)
Нервозность	64 (26%)
Грусть/депрессия	48 (19%)
Сопrotивление/нежелание идти на работу	71 (29%)
Пассивность	47 (19%)
Одиночество/чувство изоляции	48 (19%)
Страх заразиться/заразить	90 (36%)
Злость /раздражительность	64 (26%)
Скука/апатия	49 (20%)
Несогласие с руководством/недоверие	83 (34%)
Физический дискомфорт	59 (24%)
Организационные трудности	70 (28%)
Необходимость быстро осваивать непривычную работу	41 (17%)
Информационный шум	115 (46%)
Агрессивное поведение пациентов	40 (16%)
Нехватка медицинских средств защиты	99 (40%)

Около трети и более из опрошенных респондентов достаточно высоко оценили следующие области дистресса: уровень тревоги, нежелание идти на работу, страх заразиться, несогласие с руководством или недоверие к нему, организационные трудности, информационный шум и нехватка медицинских средств. На первое место по значимости негативного влияния попадают информационный шум (отметила почти половина опрошенных) и нехватка медицинских средств защиты (40%).

Все области эмоционального дистресса были объединены в пять доменов (эмоциональные, физические, организационные и коммуникативные проблемы, отдельно с руководством и с пациентами). Ниже приводится таблица с корреляциями, отражающими значимость различных доменов для общего балла дистресса (табл. 6).

Таблица 6

Корреляции между общим баллом эмоционального дистресса и средними показателями различных доменов проблемных областей в выборке медицинских работников во время пандемии (методика «Термометр дистресса», N=248)

Домены	Средний показатель «Термометра дистресса» по 10-балльной шкале
Эмоциональные проблемы	0,717**
Физические проблемы	0,526**
Организационные проблемы	0,595**
Коммуникативные проблемы (пациенты)	0,476**
Коммуникативные проблемы (руководство)	0,485**

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$.

Как видно из табл. 6, наиболее сильную и высокозначимую корреляцию с общим показателем эмоционального дистресса демонстрирует домен эмоциональных проблем, включающий различные негативные эмоции, в том числе страх заражения и чувство одиночества и изоляции. Следующая по силе корреляция представлена организационными проблемами (включает проблемы в распределении обязанностей, нехватку средств защиты и необходимость осваивать новую непривычную работу). Затем следуют физические проблемы, связанные с необходимостью пользования защитной одеждой и дефицитом сна, и примерно одинаковый вклад вносят коммуникативные проблемы с руководством (информационный шум, недоверие и несогласие) и с пациентами в виде агрессии со стороны последних.

Таким образом, в обследованной выборке медицинских работников, профессиональная деятельность которых осуществляется в период пандемии COVID-19, отмечаются экстремально высокие показатели профессионального выгорания и тревоги, повышенные показатели депрессии и суицидальной направленности, высокие показатели эмоционального дистресса, особенно значимый вклад в который вносят негативные эмоции (страх заражения, переживания одиночества и изоляции), а также организационные проблемы (особенно нехватка средств защиты и информационный шум).

Сравнительный анализ показателей психологического неблагополучия среди медицинских работников, оказывающих и не оказывающих помощь пациентам с COVID-19

В табл. 7 приводятся данные по высоким показателям профессионального выгорания в выборках медицинских работников, оказывающих и не оказывающих помощь пациентам с COVID-19.

Таблица 7

Число (%) медицинских работников с высоким уровнем выгорания (опросник профессионального выгорания К. Маслач) в группах, оказывающих (N=96) и не оказывающих (N=152) помощь пациентам с COVID-19 в период пандемии согласно интервальным значениям, полученным на смешанной выборке специалистов социальных профессий до пандемии (N=360, Водопьянова, 2009)

Параметры профессионального выгорания	Медицинские работники, оказывающие помощь пациентам с COVID-19, N (%)	Медицинские работники других отделений медицинских учреждений, N (%)
Эмоциональное истощение (высокий уровень выгорания)	64 (67%)	87 (57%)
Деперсонализация (высокий уровень выгорания)	94 (99%)	135 (89%)
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	11 (11%)	23 (15%)

Практически все медицинские работники, непосредственно работающие с пациентами с COVID-19, отмечают выраженные симптомы эмоционального истощения и деперсонализации. В группе медицинских работников, не оказывающих помощь пациентам с COVID-19, высокие показатели по этим параметрам также имеют место у большинства сотрудников. Всего у 11% сотрудников, оказывающих помощь пациентам с COVID-19, и у 15% сотрудников, не задействованных в этой работе, выявлен высокий уровень выгорания по шкале «Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)». Эти данные получены при распределении медицинских работников по интервалам, полученным в смешанной выборке до ситуации пандемии [2].

Согласно квартильным интервалам данной выборки, в группе специалистов, оказывающих помощь пациентам с COVID-19 (N=96), высокий уровень выгорания по шкале эмоционального истощения имеют 30 человек (38%), по шкале деперсонализации – 34 человека (35%), по шкале профессиональной успешности – 15 человек (16%). В группе специалистов, не оказывающих помощь пациентам с COVID-19 (N=152), высокие показатели выгорания по шкале эмоционального истощения имеют 20 человек (13%)

выборки), по шкале деперсонификации — 28 человек (18% выборки) и по шкале профессиональной успешности — 43 человека (28% выборки). Бросается в глаза разница в структуре показателей выгорания в обеих выборках. Более чем у трети специалистов, занятых в оказании помощи больным с COVID-19, отмечаются высокие показатели выгорания по шкале эмоционального истощения и деперсонификации, и лишь 13% этой группы попадают в зону высоких значений выгорания по критерию профессиональной успешности. То есть несмотря на эмоциональное истощение и формализацию отношений с больными, эти специалисты сохраняют высокую профессиональную мотивацию. В группе не занятых с больными COVID-19 отмечается противоположная картина: менее 20% имеют высокие показатели выгорания по шкалам эмоционального истощения и деперсонификации, но почти треть выборки отмечают снижение профессиональной мотивации и удовлетворения от работы. Это может быть связано с высокой неопределенностью положения врачей, не задействованных в работе с последствиями пандемии, перепрофилированием многих отделений и сложностями поступления в стационар других категорий пациентов.

В табл. 8 сравниваются средние значения всех трех показателей профессионального выгорания в двух выборках медицинских работников.

Таблица 8

Сравнение средних значений показателей профессионального выгорания у медицинских работников, оказывающих (N=96) и не оказывающих (N=152) помощь пациентам с COVID-19 в период пандемии (опросник профессионального выгорания К. Маслач)

Профессиональное выгорание	Медицинские работники, оказывающие помощь пациентам с COVID-19 (N=96), M (SD)	Медицинские работники других отделений медицинских учреждений (N=152), M (SD)	p
Эмоциональное истощение (высокий уровень выгорания)	34,51 (15,16)	28,26 (12,02)	0,001
Деперсонификация (высокий уровень выгорания)	19,67 (5,34)	16,72 (5,51)	0,000
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	39,68 (9,43)	36,97 (10,23)	0,018

Примечание: M — среднее; SD — стандартное отклонение; p — уровень значимости.

Согласно табл. 8, существуют статистически значимые различия между группами по всем шкалам. Медицинские работники, оказывающие помощь пациентам с COVID-19, отличаются значимо более высокими показателями по параметру эмоционального истощения и деперсонализации, т. е. у них сильнее выражены усталость и раздражение, связанные с работой, и они более формальны и дистанцированы в общении с пациентами. Что касается оценки своей успешности как профессионалов, то средний показатель выше в группе специалистов, оказывающих помощь пациентам с COVID-19. Высокие показатели по этой шкале говорят о росте ощущения своей профессиональной значимости и успешности, и наоборот, чем ниже показатели, тем более выражена редукция профессиональных достижений, а значит, выше уровень выгорания. Таким образом, медицинские работники, оказывающие помощь пациентам с COVID-19, чувствуют большую значимость своей профессии и более мотивированы.

Ниже сравниваются показатели депрессивной и тревожной симптоматики в двух группах сотрудников, а также выраженность суицидальных тенденций у работающих и не работающих с пациентами с COVID-19 в период пандемии (табл. 9, 10).

Таблица 9

Сравнение средних значений показателей депрессивной и тревожной симптоматики у медицинских работников, оказывающих (N=96) и не оказывающих (N=152) помощь пациентам с COVID-19 в период пандемии (шкалы депрессии и тревоги Бека)

Эмоциональная дезадаптация	Медицинские работники, оказывающие помощь пациентам с COVID-19 (N=96), M (SD)	Медицинские работники других отделений медицинских учреждений (N=152), M (SD)	p
Депрессия	14,83 (12,45)	10,95 (8,46)	0,034
Тревога	12,63 (12,86)	8,5 (8,65)	0,009

Примечание: M – среднее; SD – стандартное отклонение; p – уровень значимости.

Как видно из табл. 9, имеют место значимые статистические различия в показателях двух сравниваемых групп. У сотрудников, оказывающих помощь пациентам с COVID-19, более выражены симптомы и тревоги, и депрессии. Ниже представлена таблица с данными о выраженности суицидальной направленности в двух выборках (табл. 10).

Таблица 10

Выраженность суицидальных мыслей и намерений у медицинских работников, оказывающих (N=96) и не оказывающих (N=152) помощь пациентам с COVID-19 в период пандемии (шкала депрессии Бека)

Суицидальные мысли и намерения	Медицинские работники, оказывающие помощь пациентам с COVID-19, N (%)	Медицинские работники других отделений медицинских учреждений, N (%)
Суицидальные мысли	10 (11%)	11 (7%)
Суицидальные намерения	2 (3%)	2 (1%)

Согласно полученным данным, суицидальная направленность имеет место у 14% задействованных в работе с пациентами с COVID-19 (суицидальные мысли у 11% и намерения у 3%). Среди работающих в других отделениях показатели несколько меньше, но тоже вызывают тревогу: 7% медицинских работников имеют суицидальные мысли, 1% – намерения.

Ниже в виде диаграммы представлены результаты обработки методики «Термометр дистресса».

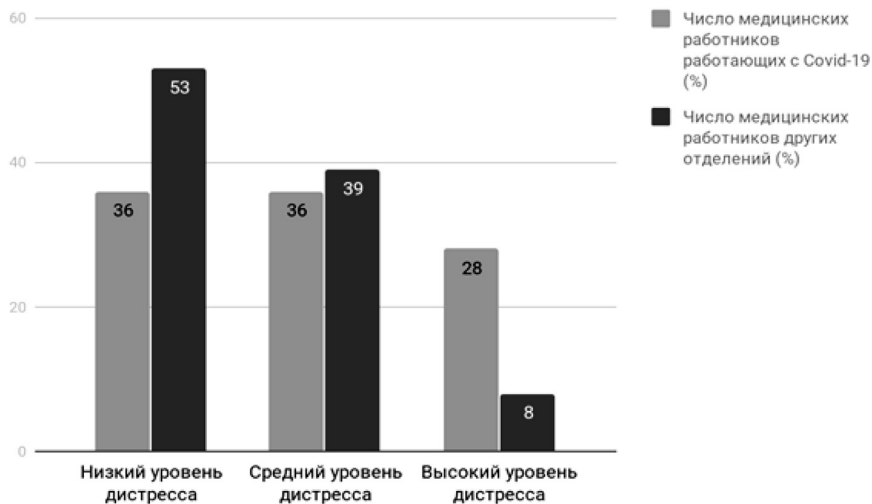


Рис. 4. Число (%) медицинских работников в группах, оказывающих (N=96) и не оказывающих (N=152) помощь пациентам с COVID-19, с разным уровнем дистресса в период пандемии (методика «Термометр дистресса»)

Как видно на рис. 4, среди сотрудников, работающих с COVID-19, более чем в три раза чаще встречается высокий уровень эмоционального дистресса.

В табл. 11 сравнивается вклад различных проблемных областей в общий уровень дистресса у медицинских работников обеих групп.

Таблица 11

Число (%) медицинских работников, оценивших уровень своего беспокойства в той или иной области эмоционального дистресса в «3» и «4» балла в группах, оказывающих (N=96) и не оказывающих (N=152) помощь пациентам с COVID-19 в период пандемии (методика «Термометр дистресса»)

Факторы	Медицинские работники, оказывающие помощь пациентам с COVID-19, N (%)	Медицинские работники других отделений медицинских учреждений, N (%)
Беспокойство/тревога	37 (39%)	35 (23%)
Нервозность	36 (38%)	28 (19%)
Грусть/депрессия	26 (27%)	21 (14%)
Сопrotивление/нежелание идти на работу	38 (39%)	32 (11%)
Пассивность	22 (23%)	26 (17%)
Одиночество/чувство изоляции	21 (22%)	27 (18%)
Страх заразиться/заразить	42(44%)	48 (32%)
Злость /раздражительность	36 (38%)	28 (19%)
Скука/апатия	25 (26%)	24 (16%)
Несогласие с руководством/недоверие	43 (45%)	40 (26%)
Физический дискомфорт	35 (37%)	24 (16%)
Организационные трудности	45 (47%)	26 (17%)
Необходимость быстро осваивать непривычную работу	23 (24%)	18 (12%)
Информационный шум	54 (56%)	61(40%)
Агрессивное поведение пациентов	23 (24%)	10 (11%)
Нехватка медицинских средств защиты	46 (48%)	53 (35%)

Как видно из табл. 11, значительно больший процент сотрудников, работающих с COVID-19, отметили целый ряд проблемных областей в качестве

значимых для уровня дистресса. Так, бóльший процент сотрудников высоко оценивают вклад в общее беспокойство таких параметров, как страх заразиться, недоверие руководству или несогласие с ним, организационные трудности и нехватка медицинских средств. Более половины работающих с COVID-19 оценивают вклад информационного шума в уровень дистресса как значимый, почти половина серьезно озабочены нехваткой медицинских средств.

Итак, медицинские работники, участвующие в оказании помощи пациентам с COVID-19, отличаются более высокими показателями профессионального выгорания, депрессии, тревоги и суицидальной направленности, более высоким уровнем эмоционального дистресса, в который вносят наиболее важный вклад такие области, как информационный шум и нехватка медицинских средств.

Сравнительный анализ показателей психологического неблагополучия в выборках медицинских работников из Москвы и из регионов

В табл. 12 приводятся результаты по высоким показателям профессионального выгорания в выборках медицинских работников из Москвы и регионов.

Таблица 12

Число (%) медицинских работников с высокими показателями выгорания (опросник профессионального выгорания К. Маслач) в группах из регионов (N=102) и из Москвы (N=146) в период пандемии, согласно интервальным значениям, полученным на смешанной выборке специалистов социальных профессий до пандемии (N=360, Водопьянова, 2009)

Различные параметры профессионального выгорания	Медицинские работники из регионов, N (%)	Медицинские работники из Москвы, N (%)
Эмоциональное истощение (высокий уровень выгорания)	68 (68%)	83 (57%)
Деперсонализация (высокий уровень выгорания)	97 (96%)	132 (90%)
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	15 (15%)	19 (13%)

В обеих группах более половины медицинских сотрудников испытывают выраженные симптомы эмоционального истощения. Рост количества

высоких оценок по деперсонификации у специалистов говорит о более формальном отношении к пациентам, которое может носить защитный характер. Различий в группах по параметрам профессионального выгорания не выявлено, что подтверждается сравнительным статистическим анализом с использованием критерия Манна–Уитни (табл. 13).

Таблица 13

Сравнение средних значений показателей профессионального выгорания в группах из регионов (N=102) и из Москвы (N=146) в период пандемии (опросник профессионального выгорания К. Маслач)

Профессиональное выгорание	Медицинские работники из регионов (N=102), M (SD)	Медицинские работники из Москвы (N=146), M (SD)	p
Эмоциональное истощение (высокий уровень выгорания)	30,62 (11,14)	29,63 (12,79)	0,343
Деперсонификация (высокий уровень выгорания)	18,09 (5,18)	17,76 (5,94)	0,865
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	37,59 (9,74)	38,34 (10,24)	0,494

Примечание: M – среднее; SD – стандартное отклонение; p – уровень значимости.

Согласно данным табл. 13, отсутствуют статистически значимые различия между средними показателями эмоционального истощения, деперсонификации и профессиональной успешности между сравниваемыми группами. Однако данные в следующей таблице показывают, что медицинские работники из регионов отличаются значимо более выраженными симптомами депрессии и тревоги по шкалам Бека (табл. 14).

Данные, приведенные в табл. 14, свидетельствуют о большем неблагополучии медицинских работников из регионов, что можно объяснить худшими условиями работы и более низкими зарплатами. Выраженность суицидальной направленности в обеих выборках примерно одинакова (табл. 15).

9% медицинских работников г. Москвы отмечают наличие суицидальных мыслей; 1% – суицидальных намерений. В регионах у 6% опрошенных есть суицидальные мысли, а у 3% – суицидальные намерения.

Ниже представлены результаты сравнения уровня эмоционального дистресса у сотрудников из регионов и из Москвы (рис. 5).

Таблица 14

Сравнение средних значений показателей депрессивной и тревожной симптоматики в группах медицинских работников из регионов (N=102) и из Москвы (N=146) в период пандемии (шкалы депрессии и тревоги Бека)

Эмоциональная дезадаптация	Медицинские работники из регионов N=102, M (SD)	Медицинские работники из Москвы N=146, M (SD)	p
Депрессия	14,34 (10,13)	11,14 (10,38)	0,003
Тревога	11,75 (10,48)	9,08 (10,71)	0,001

Примечание: M – среднее; SD – стандартное отклонение; p – уровень значимости.

Таблица 15

Выраженность суицидальных мыслей и намерений у медицинских работников в группах из регионов (N=102) и из Москвы (N=146) в период пандемии (шкала депрессии Бека)

Наличие суицидальных мыслей и намерений	Медицинские работники из регионов N (%)	Медицинские работники из Москвы N (%)
Суицидальные мысли	6 (6%)	13 (9%)
Суицидальные намерения	3 (3%)	1 (1%)

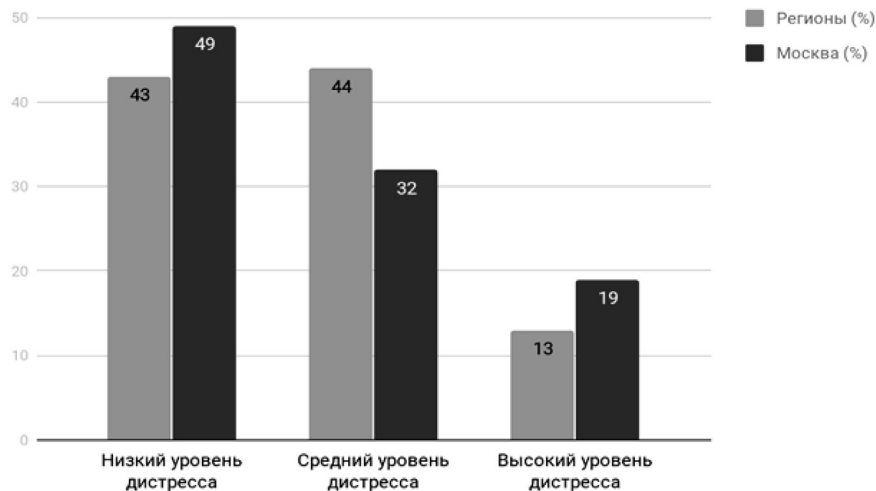


Рис. 5. Число (%) медицинских работников из регионов (N=102) и из Москвы (N=146) с разным уровнем дистресса (методика «Термометр дистресса»)

Как видно на рис. 5, медицинские работники из Москвы более полярно распределились по показателям высокого и низкого уровня дистресса, в то время как большинство сотрудников из регионов дали средние и низкие оценки своему уровню эмоционального дистресса.

В табл. 16 представлены следующие данные: наиболее высокие оценки в группе сотрудников из региональных медицинских учреждений получили факторы: «нехватка медицинских средств» (55%), «информационный шум» (49%), «страх заразиться/заразить» (37%). Среди медицинских работников Москвы наибольшее количество максимальных оценок получили факторы «информационный шум» (45%), «несогласие с руководством» (31%), «организационные трудности» (33%) и «страх заразиться/заразить» (36%). Наибольшие различия в оценках получены в области беспокойства, связанного с нехваткой медицинских средств. Эта область дистресса серьезно беспокоила более половины опрошенных специалистов из регионов.

Таким образом, медицинские работники из регионов отличаются от медицинских работников из Москвы более высокими показателями депрессии и тревоги. У них также чаще имеет место беспокойство, связанное с нехваткой средств защиты.

Прежде чем перейти к заключению и общим выводам по результатам проведенного исследования, представляется важным вернуться к фундаментальному анализу исследований психологической дезадаптации медицинских работников в периоды эпидемий, включая последнюю [11]. А именно к выделенным факторам-протекторам и рекомендациям по профилактике негативных последствий для психологического здоровья медиков, работающих в периоды эпидемий.

К таким факторам протекторам на основании обобщения целого ряда исследований в аналитическом обзоре Kisely et al. (2020) были отнесены следующие.

1. *Социально-психологические*: наличие поддержки со стороны родных и друзей; возможность безопасного контакта с ними; уверенность в своих силах и пользе своей работы; одобрение тяжести и важности работы со стороны общества; информация о выздоровлении заболевших коллег и общем снижении количества заболевших.

2. *Профессионально-организационные*: наличие продуктивного рабочего графика (с возможностью адекватного отдыха); возможность получить отпуск или перерыв при необходимости; наличие дополнительного образования и большого опыта работы; работа в качестве руководителя, а не исполнителя; наличие продуманных мер безопасности (доступной бесплатной сменной формы, жилья на время работы) и малого количества заболевших коллег; наличие возможности передать пожелания ру-

Таблица 16

Число (%) медицинских работников, оценивших уровень своего беспокойства в той или иной области эмоционального дистресса на «3» и «4» балла в группах из регионов (N=102) и из Москвы (N=146) в период пандемии (методика «Термометр дистресса»)

Проблемные области	Медицинские работники из регионов, N (%)	Медицинские работники из Москвы, N (%)
Беспокойство/тревога	33 (32%)	39 (27%)
Нервозность	27 (27%)	37 (25%)
Грусть/депрессия	13 (13%)	34 (23%)
Сопrotивление/нежелание идти на работу	31 (30%)	40 (27%)
Пассивность	18 (18%)	29 (20%)
Одиночество/чувство изоляции	16 (16%)	32 (22%)
Страх заразиться/заразить	38 (37%)	52 (36%)
Злость /раздражительность	29 (29%)	35 (24%)
Скука/апатия	18 (18%)	31 (21%)
Несогласие с руководством/недоверие	38 (37%)	45 (31%)
Физический дискомфорт	22 (22%)	37 (25%)
Организационные трудности	23 (23%)	48 (33%)
Необходимость быстро осваивать непривычную работу	20 (20%)	21 (14%)
Информационный шум	50 (49%)	65 (45%)
Агрессивное поведение пациентов	21 (21%)	19 (13%)
Нехватка медицинских средств защиты	55 (54%)	44 (30%)

ководителю (работнику профсоюза, например). Отдельно хотелось бы подчеркнуть, что важное место в качестве фактора-протектора играло наличие психологической службы в учреждении. При этом важным условием выступали именно поддержка сотрудников со стороны служб, мероприятия по психообразованию, а не просто сбор информации [11].

К наиболее продуктивным мерам предотвращения (профилактики) возможного психологического неблагополучия медицинского персонала в обзоре были отнесены следующие [11].

1. *Социально-психологические*: предоставление СМИ информации о трудности работы персонала и поддержка с их стороны; создание в учреждении менее формальной, дружеской обстановки, особенно между старшим и средним медицинским персоналом; большее количество поддержки персонала со стороны семьи.

2. *Профессионально-организационные*: возможность получения навыков продуктивной коммуникации (психологических тренингов) и дополнительного образования по работе с эпидемиями; наличие отработанного строгого контроля за самочувствием персонала, как на этапе до заражения (пробы на наличие вируса), так и после (минимальный возможный карантин); наличие отработанного алгоритма по приему новых пациентов и уходу за уже поступившими, который снижает риск распространения инфекции (входное тестирование, наличие вентиляции и прочего); свободный доступ к СИЗ и возможность отдельного проживания при риске заражения семьи; наличие времени и места для отдыха, организация питания и связи с близкими при дежурном графике; возможность отказаться от работы с инфицированными пациентами. Также особо отмечается доступ к службам психологического сопровождения и наличие охраны или иного персонала для работы с пациентами в аффективном состоянии [11].

Как уже отмечалось выше, в результате аналитического обзора большого количества данных *Kisely et al.* было выявлено, что несмотря на пока еще малое количество исследований психологического благополучия медицинского персонала, работающего с COVID-19, выделенные ранее при изучении последствий других эпидемий общие факторы риска и факторы-протекторы неизменны, вне зависимости от типа инфекционного заболевания с которым работает персонал [11]. Таким образом, описанные методы профилактики, полученные в ходе работы с другими вирусами, можно применять и сейчас, снижая количество и тяжесть последствий для персонала.

Обсуждение полученных результатов и ограничения проведенного исследования

Полученные данные о высокой степени профессионального выгорания и эмоционального неблагополучия у значительной части медицинских работников в период эпидемии в целом согласуются с данными других исследований. Правда, в отличие от многих исследований, не выявлено влияния возраста и пола на показатели психологического неблагополучия. Однако эти выводы нельзя считать окончательными, так

как в выборке преобладали испытуемые молодого возраста, а также более двух третей выборки составляли женщины. Выделенные в методике «Термометр дистресса» проблемные области эмоционального дистресса не включали в себя целый ряд других факторов, которые были описаны в аналитическом обзоре *Kisely et al.* и приводятся в обобщенном виде в начале данной публикации [11]. Однако полностью подтвердились данные о негативном влиянии информационного шума, недостаточной обеспеченности средствами защиты, коммуникативных трудностях с руководством и больными у медицинских работников в период пандемии.

У медицинских работников, оказывающих помощь пациентам с COVID-19, зафиксирован более высокий уровень всех показателей психологического неблагополучия по сравнению с теми сотрудниками, которые не задействованы в этой работе. Исключение составляет степень удовлетворенности профессиональной деятельностью, которая выше у сотрудников, работающих с COVID-19, что может быть связано с осознанием высокой общественной значимости своей работы, признанием многими людьми их героических усилий по оказанию помощи и выражением благодарности им со стороны разных групп населения. В регионах у медицинских сотрудников отмечается более высокий уровень симптомов депрессии и тревоги, однако нет значимых различий в показателях профессионального выгорания по сравнению с медицинскими работниками московских учреждений здравоохранения. Хотя процент участников исследования, работающих с COVID-19, выше в Москве (67%), такое неблагополучие у участников из регионов могут объяснять более сложные условия работы и высокие риски. Дальнейшее расширение выборки позволит сделать более обоснованные выводы о влиянии разных факторов на показатели психологического неблагополучия медицинских работников во время пандемии, а также позволит оценить динамику этих показателей на разных этапах развития эпидемиологической ситуации в стране.

Выводы

В связи с эпидемией COVID-19 деятельность медицинских работников проходит в экстремальных условиях. Специалисты переносят чрезвычайные физические нагрузки, текущие задачи являются испытанием профессиональных навыков. Безусловно, в этот период значительно вырастает риск профессионального выгорания, а также манифестации депрессивных и тревожных расстройств.

На данный момент существует мало исследований профессионального стресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19.

Однако в результате обобщения австралийскими и канадскими учеными [11] 59 наиболее надежных исследований, посвященных рискам психологической дезадаптации медработников во время различных эпидемий, выделяются следующие факторы риска: социодемографические (возраст респондента, низкий уровень дохода, наличие детей младшего возраста, хронические заболевания); профессиональные (например, контакт с больными COVID-19); организационные (недостаток СИЗ, ненормированный график, смена профессиональной деятельности, недостаточные выплаты) и психологические/психосоциальные (высокий уровень самокритицизма, сниженная самооэффективность, наличие психических расстройств, предшествующий опыт дистресса и стигматизация со стороны общества). Убедительно показано, что наличие доступа к психологической помощи и поддержке снижает риски профессионального выгорания и эмоциональной дезадаптации у специалистов.

В обследованной выборке большинство специалистов имеют высокие показатели профессионального выгорания по шкалам эмоционального истощения (61%) и деперсонализации (92%), согласно нормативным данным, полученным в смешанной выборке специалистов социальных профессий [2]. Исключение составляет показатель по шкале профессиональной успешности, по которой большинство специалистов (61%) имеют низкие показатели выгорания, что косвенно свидетельствует о высоком уровне мобилизации у специалистов и понимании ими своей важной роли в преодолении возникшей угрозы здоровью людей. Также выявлены высокие показатели симптомов тревоги, депрессии, эмоционального дистресса, в который особенно высокий вклад вносят негативные эмоции (такие как страх заражения, переживание одиночества и изоляции). Также усугубляют дистресс различные организационные проблемы, трудности в коммуникации с руководством и пациентами и физический дискомфорт, связанный с ношением защитного костюма и недостатком сна. У 10% участников исследования отмечается суицидальная направленность. Надежность полученных данных подтверждают высокозначимые сильные и умеренные корреляции между показателями всех использованных методик.

Медицинские работники, участвующие в оказании помощи пациентам с COVID-19, отличаются от не включенных в эту работу специалистов более высокими показателями профессионального выгорания по шкалам эмоционального истощения и деперсонализации, но при этом более низкими показателями выгорания по шкале профессиональной успешности, т. е., несмотря на крайнюю усталость при работе с потоком пациентов, они остаются высоко мотивированными и осознают значи-

мость и необходимость своей работы. При этом у них более высокие показатели симптомов депрессии и тревоги и более высокий уровень эмоционального дистресса, в который вносят важный вклад такие области, как страх заразиться, организационные трудности, недоверие (несогласие) руководству, информационный шум и нехватка медицинских средств. Медицинские работники из регионов отличаются от медицинских работников из Москвы более высокими показателями депрессии и тревоги, хотя среди них меньший процент задействован в работе с инфицированными пациентами, при этом у них также чаще имеет место беспокойство, связанное с нехваткой средств защиты, страхом заразиться, информационным шумом и с недоверием (несогласием) руководству.

Согласно зарубежным исследованиям, одно из ведущих мест в качестве фактора-протектора психического здоровья медицинских работников в условиях эпидемии играло наличие психологической службы в учреждении [11]. Таким образом, доступность психологического сопровождения и помощи медицинским работникам является важным фактором, наряду с другими перечисляемыми мерами профилактики: создание благоприятного социально-психологического фона в коллективе, меры социальной поддержки врачей (выплаты, предоставление в СМИ информации о трудностях работы персонала и поддержка с их стороны) и решение профессионально-организационных задач (обеспечение СИЗ, возможность получения навыков продуктивной коммуникации (тренингов), наличие отработанного строгого контроля за самочувствием персонала, возможность отдельного проживания при риске заражения семьи, наличие времени и места для отдыха, возможность отказаться от работы с инфицированными пациентами, наличие охраны или иного персонала для работы с пациентами в аффективном состоянии).

В заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть принципиальную значимость наличия психологической службы в учреждениях здравоохранения, что становится особенно ясно во время кризисных ситуаций. Так, сотрудники психологической службы НИИ СП имени Н.В. Склифосовского проводили тренинги по повышению психологической компетентности врачей до начала пандемии и активно включились в профилактическую работу после ее начала. Сразу после объявления карантина и первых сообщений о росте поступления пациентов с COVID-19 были подготовлены психообразовательные материалы для медицинских работников и пациентов. Главный акцент в этих методических рекомендациях делался на методах релаксации и снижении уровня стресса, а также на усилении мотивации проявлять заботу о себе и регулярно применять методы психологической разгрузки, не требующие сколько-нибудь значительных временных затрат. Также психологической службой Института была раз-

работана памятка для пациентов, в которой описаны этапы переживания болезни, психологические риски осложнения, рекомендации по совладанию с негативными переживаниями, предложены релаксационные техники и контакты психологической службы для консультаций по видеосвязи. Материалы были опубликованы на информационных площадках НИИ СП имени Н.В. Склифосовского и Московского государственного психолого-педагогического университета, а также раздавались специалистам и пациентам в НИИ СП имени Н.В. Склифосовского. Было также подготовлено и начато данное исследование профессионального выгорания и эмоциональной дезадаптации у медицинских работников с целью дальнейшей разработки мер профилактики психологической дезадаптации и реабилитации медицинских работников в период пандемии.

Литература

1. *Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. 223 с.
2. *Водопьянова Н.Е.* Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
3. *Говорин Н.В., Бодагова Е.А.* Психическое здоровье и качество жизни врачей. Томск, Чита: Иван Федоров, 2013. 126 с.
4. *Матюшкина Е.Я., Рой А.П., Рахманина А.А., и др.* Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Т. 9. № 1. С. 39–49. URL: https://psyjournals.ru/jmfp/2020/n1/Matyushkina_et_al.shtml (дата обращения: 15.05.2020). doi:10.17759/jmfp.2020090104
5. *Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Миронов А.Ю., и др.* Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика. М., 2020. 48 с.
6. *Олейникова И.Н., Генс Г.П., Сирота Н.А.* Исследование дистресса у женщин, больных злокачественными новообразованиями [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2014. № 3 (5). URL: http://medpsy.ru/climp/2014_3_5/article13.php (дата обращения: 18.04.2020).
7. *Рябова Т.В., Никольская Н.С., Стефаненко Е.А., и др.* Концепт «эмоциональный дистресс» как возможный показатель нарушений адаптации у детей/подростков с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями и ухаживающих за ними взрослых [Электронный ресурс] // Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2019. Т. 6. № 4. С. 76–82. doi:10.21682/2311-1267-2019-6-4-76-82
8. *Han S., Shanafelt T.D., Sinsky C.A., et al.* Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States // *Annals of Internal Medicine*. 2019. Vol. 170 (11). P. 784–790. doi:10.7326/M18-1422
9. *Holland J.C., Bultz B.D.* The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign // *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2007. Vol. 5 (1). P. 3–7. doi:10.6004/jnccn.2007.0003

10. Kang L., Ma S., Chen M., et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study [Электронный ресурс] // Brain, Behavior, and Immunity. 2020. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120303482> (дата обращения: 15.05.2020). doi:10.1016/j.bbi.2020.03.028
11. Kisely S., Warren N., McMahon L., et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis [Электронный ресурс] // BMJ. 2020. URL: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1642> (дата обращения: 15.05.2020). doi:10.1136/bmj.m1642
12. Lai J., Ma S., Wang Y., et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019 [Электронный ресурс] // JAMA Network Open. 2020. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229> (дата обращения: 15.05.2020). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

Информация об авторах

Петриков Сергей Сергеевич, член-корреспондент РАН, профессор, доктор медицинских наук, директор ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>, e-mail: petrikovss@sklif.mos.ru

Холмогорова Алла Борисовна, доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ; ведущий научный сотрудник ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

Суроегина Анастасия Юрьевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2616-8923>, e-mail: suroegina@gmail.com

Микита Олеся Юрьевна, кандидат психологических наук, заведующая учебно-клиническим отделом, научный сотрудник отделения трансплантации почки и поджелудочной железы ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>, e-mail: mikita-o@yandex.ru

Рой Анита Пранабовна, медицинский психолог, младший научный сотрудник ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7070-4973>, e-mail: anita010101@yandex.ru

Рахманина Анастасия Алексеевна, медицинский психолог, младший научный сотрудник ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: rakhmanina.a@mail.ru

Professional Burnout, Symptoms of Emotional Disorders and Distress among Healthcare Professionals during the COVID-19 Epidemic²

Sergey S. Petrikov

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>, e-mail: petrikovss@sklif.mos.ru

Alla B. Kholmogorova

Moscow State University of Psychology & Education, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

Anastasiya Yu. Suroegina

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2616-8923>, e-mail: suroegina@gmail.com

Olesya Yu. Mikita

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>, e-mail: mikita-o@yandex.ru

Anita P. Roy

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7070-4973>, e-mail: anita010101@yandex.ru

Anastasiya A. Rakhmanina

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: rakhmanina.a@mail.ru

The article presents the results of a synthesis by Australian and Canadian scientists (Kisely et al, 2020) of 59 reliable studies of the effects of work during various epidemics, including COVID-19, on mental health and well-being of medical workers in different countries. The research includes the level of professional burnout, symptoms of emotional ill-being, and distress data based on the analysis of a data sample from 248 involved healthcare professionals of Russian medical institutions. They anonymously and voluntarily filled up the Google-form that contained a methodical complex during the COVID-19 epidemic. The complex included: A. Beck Depression Scale, A. Beck Anxiety Scale, J. Golland Distress Rating Scale, K. Maslach Professional Burnout Inventory. The research showed that during the epidemic, most healthcare professionals experienced evidence of the professional burnout (60% com-

² Cited by: Petrikov S.S., Kholmogorova A.B., Suroegina A.Yu., Mikita O.Yu., Roy A.P., Rakhmanina A.A. Professional Burnout, Symptoms of Emotional Disorders and Distress among Healthcare Professionals during the COVID-19 Epidemic. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 8–45. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280202> (In Russ., abstr. in Engl.)

plain of emotional exhaustion), moderate and severe indicators of depression (23%), moderate and severe anxiety indicators (25%). Also, a suicidal trend was found (10%). Negative emotions (fear of infection, loneliness and isolation sense), organizational problems (personal protective equipment deficit), physical discomfort (inconvenience of protective clothing, lack of sleep), and communicative difficulties have a great influence on the emotional distress of healthcare professionals. Information “noise” and personal protective equipment deficit often performs as a problem area. Healthcare professionals involved in supporting COVID-19 patients have higher rates of professional burnout, depression, and anxiety. At the same time, high professional responsibility and motivation are maintained by the majority of specialists providing care to patients with COVID-19. Region healthcare professionals differ from Moscow healthcare professionals by higher rates of depression and anxiety and frequently complain about personal protective equipment deficit, leadership mistrust, or disagreement with them.

Keywords: COVID-19 epidemic, professional burnout among healthcare professionals, emotional exhaustion, depersonalization, professional efficacy, emotional distress, depression, anxiety, psychological help.

Acknowledgements. The authors express gratitude to all healthcare professionals of Moscow and regions who took part in the research. The authors are also grateful for assistance by the consultations in data processing period to A.A. Gerasimova, medical psychologist of the Moscow Service of Psychological Population Assistance.

References

1. Vodop'yanova N.E., Starchenkova E.S. Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika. 2-e izd. [Burnout Syndrome: Diagnosis and Prevention. 2nd ed.]. Saint Petersburg: Piter, 2008. 223 p.
2. Vodop'yanova N.E. Psikhodiagnostika stressa [Psychodiagnosis of stress]. Saint Petersburg: Piter, 2009. 336 p.
3. Govorin N.V., Bodagova E.A. Psikhicheskoe zdorov'e i kachestvo zhizni vrachei [Mental health and quality of life of medical doctors]. Tomsk, Chita: Ivan Fedorov, 2013. 126 p.
4. Matyushkina E.Ya., Roi A.P., Rakhmanina A.A., et al. Professional'nyi stress i burnout among healthcare professionals [Occupational stress and burnout among healthcare professionals] [Elektronnyi resurs]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya [Journal of Modern Foreign Psychology]*, 2020. Vol. 9 (1), pp. 39–49. Available at: https://psyjournals.ru/jmfp/2020/n1/Matyushkina_et_al.shtml (Accessed 15.05.2020). doi:10.17759/jmfp.2020090104. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Nikiforov V.V., Suranova T.G., Mironov A.Yu., et al. Novaya koronavirusnaya infektsiya (COVID-19): etiologiya, epidemiologiya, klinika, diagnostika, lechenie i profilaktika [Novel coronavirus infection (COVID-19): etiology, treatment and prevention]. Moscow, 2020. 48 p.

6. Oleinikova I.N., Gens G.P., Sirota N.A. Issledovanie distressa u zhenshchin, bol'nykh zlokachestvennymi novoobrazovaniyami [Studying distress in women with malignant tumors] [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika* [Clinical and Medical Psychology: Research, Education, Practice], 2014, no. 3 (5). Available at: http://medpsy.ru/climp/2014_3_5/article13.php (Accessed 18.04.2020).
7. Ryabova T.V., Nikol'skaya N.S., Stefanenko E.A., et al. Kontsept "emotsional'nyi distress" kak vozmozhnyi pokazatel' narushenii adaptatsii u detei/ podrostkov s onkologicheskimi i onkogematologicheskimi zabolevaniyami i ukhazhivayushchikh za nimi vzroslykh [The concept of "emotional distress" as a possible indicator of maladaptation in children/adolescents with oncological and oncohematological diseases and their caregivers] [Elektronnyi resurs]. *Rossiiskii zhurnal detskoj gematologii i onkologii* [Russian Journal of Pediatric Hematology and Oncology], 2019. Vol. 6 (4), pp. 76–82. doi:10.21682/2311-1267-2019-6-4-76-82
8. Han S., Shanafelt T.D., Sinsky C.A., et al. Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 2019. Vol. 170 (11), pp. 784–790. doi:10.7326/M18-1422
9. Holland J.C., Bultz B.D. The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 2007. Vol. 5 (1), pp. 3–7. doi:10.6004/jnccn.2007.0003
10. Kang L., Ma S., Chen M., et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study [Elektronnyi resurs]. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2020. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120303482> (Accessed 15.05.2020). doi:10.1016/j.bbi.2020.03.028
11. Kisely S., Warren N., McMahon L., et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis [Elektronnyi resurs]. *BMJ*, 2020. Available at: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1642> (Accessed 15.05.2020). doi:10.1136/bmj.m1642
12. Lai J., Ma S., Wang Y., et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019 [Elektronnyi resurs]. *JAMA Network Open*, 2020. Available at: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229> (Accessed 15.05.2020). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

Information about the authors

Sergey S. Petrikov, corresponding member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medicine, Professor, Director of the N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>, e-mail: petrikovss@sklif.mos.ru

Alla B. Kholmogorova, Doctor of Psychology, Professor, Head of the Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Dean of the Department of Counseling

and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education; Leading Researcher, N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

Anastasiya Yu. Suroegina, PhD in Psychology, Senior Researcher, N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2616-8923>, e-mail: suroegina@gmail.com

Olesya Yu. Mikita, PhD in Psychology, Head of Educational and Clinical Department, Researcher, Department of Kidney and Pancreas Transplantation, N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>, e-mail: mikita-o@yandex.ru

Anita P. Roy, Medical Psychologist, Junior Researcher, N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7070-4973>, e-mail: anita010101@yandex.ru

Anastasiya A. Rakhmanina, Medical Psychologist, Junior Researcher, N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: rakhmanina.a@mail.ru

Получена 18.05.2020

Received 18.05.2020

Принята в печать 19.05.2020

Accepted 19.05.2020