

УДК 159.99

*Н.В. Ванюхина, Г.Г. Семенова-Полях, С.Ю. Старовойтова, М.А. Филатова-Сафронова***ДИНАМИКА ТРЕВОЖНОСТИ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

В статье показано, что дефицит среднего медицинского персонала в российских медучреждениях усугубляется сложностями первичной и вторичной трудовой адаптации в период пандемии коронавирусной инфекции. Проблемам психического здоровья и эмоционального дисбаланса подвержено не только население страны, но и в особенности медработники, непосредственно контактирующие с COVID-больными или работающие в зонах риска заражения.

На выборке из 50 медицинских сестер в возрасте 24-45 лет ( $M = 32,8$ ;  $SD = 5,9$ ) эмпирически выявлена динамика уровня тревожности и показателей жизнестойкости (общей жизнестойкости, вовлеченности в дело, контроля и принятия риска) у среднего медицинского персонала больницы, работавшего в условиях первой и второй волны коронавируса. Обратная пропорциональная связь жизнестойкости и тревожности дает основание рассматривать данные показатели в качестве маркеров процесса трудовой адаптации. Статистически установлено, что уровень ситуативной тревожности и показатель принятия риска снизились, а общая жизнестойкость, вовлеченность в дело и контроль – повысились в условиях второй волны коронавируса по сравнению с первой. Полученные результаты могут свидетельствовать об адаптационных процессах к условиям деятельности медицинских работников в продолжительный период коронавирусной инфекции. Однако ситуативная тревожность продолжает оставаться на высоком уровне наряду со снижением показателей риска. Отмечается необходимость принятия мер по оптимизации психического состояния медицинских работников.

*Ключевые слова:* коронавирусная инфекция, деятельность в условиях коронавируса, тревожность, жизнестойкость, медсестры.

DOI: 10.35634/2412-9550-2022-32-1-57-66

**Введение**

Пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 (вирус COVID-19) неожиданно и стремительно ворвалась в нашу жизнь и вносит изменения в привычный ход вещей. Первые случаи новой инфекции, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2 (COVID-19 от COrona Virus Disease 2019), были обнаружены в ноябре 2019 года. Появившись в Ухане, она быстро распространилась по всему Китаю, а позже и по другим странам, включая Российскую Федерацию, что привело к глобальной чрезвычайной ситуации в области здравоохранения. Уже 11 марта 2020 года из-за высокой распространенности случаев вируса COVID-19 Всемирная организация здравоохранения признала текущую ситуацию как пандемию. В настоящее время человечество переживает очередную волну вирусной активности. К данной ситуации необходимо адаптироваться, так как весьма вероятно, что пандемия не прекратится в ближайшее время.

Пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 развилась в относительно благополучном мире, но тем не менее не все люди оказались готовы к этому вызову. Одним из важных критериев оценки происходящего является психоэмоциональное здоровье социума в XXI веке. Несомненно, эта ситуация сказалась на самоощущении человека в мире и некоторых его психологических чертах. Специалисты констатируют обострение негативных психических реакций и психопатологической симптоматики (состояние беспомощности, тревоги и танатофобии), изменение жизненных смыслов, появление новых стигм [4; 7; 20; 32; 36; 39]. Поскольку аксиома о «связи души и тела» сегодня не вызывает сомнения, очевидно, что сниженная психологическая устойчивость и негативный эмоциональный фон делают человека крайне уязвимым к инфекциям и вирусам, сокращают ресурсы личности, необходимые в процессе выздоровления. Психологи-практики доказывают, что первый шаг к выздоровлению — это принятие того, что не можешь изменить. То есть в сложившихся обстоятельствах адаптация — есть требование новой реальности, вслед за которой возможно и саморазвитие, как результат приобретения нового жизненного опыта. Первыми, кого затронула необходимость значительной перестройки профессиональной деятельности и образа жизни, стали медработники, от профессионализма и психоэмоционального состояния которых зависит здоровье заболевших людей.

Как показывают отчеты Федеральной службы государственной статистики РФ, одной из проблем в системе здравоохранения является нехватка медицинского персонала, включая среднего [37; 43]. До недавнего времени решению этого вопроса способствовал нацпроект «Здравоохранение», направленный на привлечение молодежи в профессию, создание условий для «удержания» ее на новых местах, оказание экономической, психологической и иной поддержки на этапе адаптации в трудовом коллективе [8; 13; 40]. Наличие тесной связи текучки кадров с неадаптированностью работников обнаруживалось в научных исследованиях на протяжении многих лет [12; 28; 30; 37]. Действительно, трудовая адаптация работника является ключевым этапом эффективной профессиональной деятельности, а ее успешность определяет планы адаптанта по построению трудовой карьеры, а также качество настоящей и дальнейшей работы [5; 10; 30].

Под трудовой адаптацией обычно понимают двусторонний процесс взаимного приспособления, с одной стороны, – работника, вливающегося в профессию и новые отношения с коллективом, с другой – производственной среды, включающей организацию с ее целями и требованиями к работнику, коллектив, организационную культуру и пр., которые тоже должны настроиться на нового работника [12; 28; 29; 30]. Таким образом, происходит не только профессиональная, но и социальная ориентация. Именно такая взаимная заинтересованность и взаимное движение навстречу друг другу обеспечивают, в конечном итоге, успешную адаптацию.

Процесс трудовой адаптации происходит одновременно на нескольких уровнях [9; 12; 24]. Профессиональный – связан с ознакомлением со спецификой труда, приобретением профессиональных навыков и умений, формированием профессионально-важных качеств личности, а также положительного отношения к профессии. Социально-психологический – обеспечивает вхождение в коллектив с его нормами, ценностями, характером отношений между коллегами. Организационно-административный – сопряжен с приспособлением к системе управления и организации труда. Культурно-бытовой внепроизводственный – позволяет наладить отношения с коллективом вне рабочего времени, воспользоваться внеуродовой инфраструктурой, выстроенной в организации. Психофизиологический – обеспечивается санитарно-гигиеническими условиями труда. Экономический – связан с настройкой на определенный уровень дохода и ресурсы, затрачиваемые при выполнении рабочих задач.

Также уместно отметить первичную и вторичную трудовую адаптацию [18; 24; 30]. Если первый вид возникает на этапе вхождения в профессию, то второй — когда необходимо приспособиться к новым условиям труда из-за смены места работы, профессии или в условиях изменяющейся среды, как в случае с COVID-19.

Пандемия новой коронавирусной инфекции стала настоящим испытанием для людей во всем мире и внесла значительные изменения в уклад профессиональной жизни медицинских работников [44]. Так появились новые правила, установленные Роспотребнадзором, которые регламентируют деятельность медицинского персонала. В число профилактических мер, необходимых к соблюдению медработниками, входят применение средств индивидуальной защиты, усиленная дезинфекция, в случае незащищенного взаимодействия с COVID-инфицированным ограничение контактов с людьми (включая семью) и обязательное обследование и пр. Соблюдение медицинским персоналом мер профилактики коронавируса необходимо не только для исключения собственного заражения, но и для снижения риска распространения инфекции, то есть фактически медработники обеспечивают сохранность не только здоровья своего и своих пациентов, но и населения всей страны. Подобная исключительно высокая мера ответственности выступает дополнительным стрессогенным фактором.

Следовательно, в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции проблема трудовой адаптации становится более актуальной, поскольку затрагивает все уровни этого процесса. Новые условия организации труда (автономия, изоляция, ограничительные меры, увеличение и изменение средств индивидуальной защиты) запускают вторичный процесс адаптации персонала, требующей приспособления к новому формату профессиональной деятельности, и осложняет первичный – для новичков в этой сфере. К тому же, власти принимают меры по наращиванию медицинских мощностей, разворачивая новые медучреждения, чтобы быть полностью готовыми к любым ситуациям, а значит, потребность в новых кадрах будет ощущаться еще острее.

Неотъемлемой частью процесса трудовой адаптации является диалектическое единство адаптационных и дезадаптационных явлений в организационной среде [12; 18; 29]. Какие из них будут преобладать, зависит исключительно от регуляторной сферы личности адаптанта и системы управления адаптацией, существующей в конкретной организации.

Профессиональная деятельность медицинского персонала всегда была сопряжена с нервно-психической напряженностью и стрессом, уровень которых варьировался от профиля труда [2; 3; 38; 41]. Среди множества факторов в работе медсестер, провоцирующих стресс, обычно называют: несбалансированный график работы относительно дня и ночи, сверхурочные, недостаточное техническое оснащение, физические нагрузки, невысокая оплата труда, непредсказуемое поведение и отрицательные эмоции пациентов, а также риск инфицирования. Медицинские работники постоянно имеют дело не просто с людьми, а с людьми, по-разному реагирующими на свое заболевание [41]. Постоянное эмоциональное напряжение, необходимость сочетать профессиональную деятельность с сопереживанием пациентам приводит к появлению хронической усталости и эмоционального выгорания, что отмечается как в зарубежных, так и в отечественных исследованиях [20; 22; 26]. В профессиях, связанных с работой с людьми, психологи также отмечают возможность появления профессиональной деформации личности [3]. С появлением COVID-19 ситуация усугубилась [42].

Труд медработников в условиях пандемии не может не отражаться на их психическом состоянии. Многочисленные исследования 2019–2021 гг. показывают, что значительное число медицинского персонала имеют симптомы депрессии и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), нарушения сна и фобии, включая страхи стигматизации, высокую тревогу и суицидальные мысли, панические реакции, проявляемые в семье [7; 20; 33; 42]. Отголосками такого стресса, как констатируют зарубежные авторы, являются нарушения психического здоровья: от подпороговых (36 %) до серьезных форм (6,2 %) [32]. Подобные неблагоприятные психические состояния обозначались медработниками в качестве триггеров, приводящих к профессиональным ошибкам и несвоевременности оказания медицинской помощи, негативным стереотипам поведения, употреблением психоактивных веществ [32; 35]. Обнаруживаются также явления деперсонализации (57,2 %) в форме формализации контактов с пациентами, как способ психологической защиты в условиях экстремальных нервно-психических и физических нагрузок, и эмоционального истощения [32]. При этом, стоит заметить, что чаще внимание в подобных исследованиях обращено к оценке состояния врачей. В связи с вышеизложенным, необходимо исследовать адаптацию среднего медицинского персонала к условиям коронавирусной инфекции.

Известно, что пандемия имеет специфику «волнового» развития, а человек, способный адаптироваться и извлекать опыт (уроки из прошлого), в последующем может обнаруживать иные психические феномены, задействуя эффективные копинг-стратегии и ресурсы личности. Поэтому целесообразно вести дальнейший научный анализ свойств и состояний личности для фиксации их изменений, несмотря на то, что, казалось бы, исследований негативных последствий в личностной и профессиональной сферах медработников достаточно.

### Теоретические основания исследования

Адаптация (в широком смысле слова) – есть приспособление к условиям среды. Психическая адаптация (в более узком значении) – это поиск оптимального соответствия между личностью и средой в процессе деятельности [5. С. 5]. Зачастую на начальном этапе этого процесса, не говоря уже о трудной жизненной ситуации (коей является пандемия) возникают переживания, которые можно идентифицировать как стресс.

Согласно Г. Селье, «...стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявляемое ему требование» [34. С. 16], а его триггеры, несмотря на различия «запускают одинаковую, в сущности, биологическую реакцию, суть которой состоит в актуализации приспособительных способностей организма» [25]. Следовательно, некоторые диагностические индикаторы стресса и психической адаптации могут совпадать. Так, например, рассогласование в системе «человек – среда» приводит к нарастанию эмоционального напряжения (из-за несоответствия эмоционального механизма индивида внешним условиям), которая, в свою очередь, становится источником тревоги [25]. Поскольку подобное состояние лежит в основе любых изменений, реактивная тревожность может выступать одним из маркеров уровня психоэмоционального напряжения человека [23], а личностная тревожность – одним из факторов, усиливающих его.

Согласно «Структуре стрессового события и переработки стресса» (по Cahen, 1992), социальные и личностные факторы определяют оценку ситуации («справлюсь – не справлюсь»), влияют на реакцию (психическую, физиологическую, поведенческую) и запускают (де)адаптивные копинги [1]. По мнению Д. А. Леонтьева, «жизнестойкие убеждения, с одной стороны, влияют на оценку ситуации

– благодаря готовности человека активно действовать и его уверенности в возможности на нее влиять, ситуация воспринимается им как менее травматичная. С другой стороны, жизнестойкость способствует активному преодолению трудностей. Она стимулирует заботу о собственном здоровье и благополучии (например, побуждает ежедневно делать зарядку, соблюдать диету и т. п.), за счет чего напряжение и стресс, испытываемые человеком, не перерастают в хронические и не приводят к психосоматическим заболеваниям» [16, с. 163].

Поэтому другим индикатором адаптационного процесса может стать жизнестойкость (“hardiness”). Данная характеристика личности обозначает «мужество творить» (по Р. Мэй) и, согласно С. Мадди, препятствуют негативным последствиям стресса. Именно поэтому Д. А. Леонтьев определяет ее как ресурс устойчивости (резилентности), который не позволяет личности воспринимать стресс как таковой, и как ресурс саморегуляции [14; 19; 31].

По результатам исследования Одинцовой М.А., Радчиковой Н.П., Степановой Л.В. (2020), проведенного на россиянах (не врачей), констатируется, что люди, обладающие жизнестойкостью, легче адаптируются к неопределенности в ситуации пандемии, считая ее подконтрольной, а с низким уровнем этого свойства – воспринимают ее как непредсказуемую и сложную [21]. Однако, среди обилия публикаций в академической литературе, посвященных проблемам COVID-19, где значительное место все же отведено психологическому анализу последствий пандемии на уровне здоровья и эмоционального состояния, исследования, показывающие ресурсы совладания с пандемией (тем более жизнестойкости) малочисленны и не связаны с деятельностью средних медработников [6; 11]. Этот пробел необходимо сократить.

Таким образом, целью эмпирического исследования стало описание процесса адаптации среднего медицинского персонала к условиям работы в ситуации новой коронавирусной инфекции первой и второй волны посредством таких маркеров как тревожность и жизнестойкость.

Поставленная **цель** достигалась путем поэтапного решения следующих **задач**:

1. Выявить связь между показателями тревожности и жизнестойкости медицинских работников, осуществляющих деятельность в продолжительных условиях коронавирусной инфекции.
2. Сравнить уровень тревожности, как индикатора трудовой адаптации среднего медицинского персонала, в условиях первой и второй волны новой коронавирусной инфекции.
3. Описать жизнестойкость среднего медицинского персонала в условиях новой коронавирусной инфекции первой и второй волны.

**Гипотеза исследования:** предполагается снижение тревожности и повышение жизнестойкости в деятельности медицинских работников в продолжительных условиях коронавирусной инфекции.

## Организация и методы исследования

Исследование проводилось на базе психологической лаборатории Казанского инновационного университета им. В.Г. Тимирязова. В нем приняли участие медицинские сестры ГАУЗ «Бугульминская ЦРБ» в количестве 50 человек женского пола в возрасте 24-45 лет ( $M = 32,8$ ;  $SD = 5,9$ ). Обследование проводилось 2 раза: во время первой и второй волны распространения коронавирусной инфекции (весна – начало лета 2020; осень – начало зимы 2020).

Основным методом сбора данных выступило тестирование. Тревожность оценивалась посредством «Шкалы тревоги» Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина [27], жизнестойкость – одноименным тестом С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой [15].

В обработке данных применялись статистические критерии на базе программ IBM SPSS Statistics 20: описательные статистики, t-критерий Стьюдента для связной выборки, коэффициент корреляции Спирмена. Нормальность распределения эмпирических данных подтверждалась критерием Колмогорова-Смирнова ( $p \leq 0,01$ ;  $0,001$ ).

## Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный анализ по критерию Спирмена еще на этапе «первой волны» пандемии показал, что параметры тревожности (ситуативная и личностная шкалы) обратно пропорционально коррелируют со всеми показателями теста «Жизнестойкость», включая интегральный ( $p \leq 0,05$ ;  $0,01$ ;  $0,001$ ) (см. табл. 1). То есть, поддерживая позицию Е.И. Рассказовой, жизнестойкость можно охарактеризовать как действенный ресурс в трудной жизненной ситуации, а его рост как показатель успешности

адаптационного процесса в труде [31]. Стоит отметить, что параметры «вовлеченность» и «принятие риска» обеспечивают наибольшую стойкость данного эффекта. Поэтому можно предположить, что увлеченность делом, а также готовность действовать на свой страх и риск, получать новый опыт наилучшим образом обеспечивают снижение тревоги медсестер в продолжительных условиях коронавирусной инфекции.

Таблица 1

**Коэффициенты корреляции шкал теста Ч. Спилбергера и методики «Жизнестойкость» (по критерию Спирмена), r**

Шкалы тестов	Жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска
Личностная тревожность	-0,2792*	-0,7550***	-0,0133	-0,3867**
Ситуативная тревожность	-0,3118*	-0,6465***	-0,3914**	-0,605***

Примечание: \*  $p \leq 0,05$  (0,279); \*\*  $p \leq 0,01$  (0,361); \*\*\*  $p \leq 0,001$  (0,451)

Выявленный по методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина уровень ситуативной тревожности медицинского персонала, как при первой, так и при второй волне распространения коронавирусной инфекции, был высоким (см. табл. 2). У медсестер с высоким уровнем личностной тревожности ситуационная тревога была повышенной. Вероятнее всего, это связано с тем, что данная ситуация являлась стрессовой сама по себе из-за высокой контагиозности и тяжелого течения заболевания, в связи с чем возникает особый страх заражения медицинского персонала пациентами. Кроме того, непомерно возросла нагрузка на медицинских работников в связи с увеличением потока пациентов, особыми мерами предосторожности, значительным количеством временно нетрудоспособного персонала больниц. Нельзя не отметить и искусственно подогреваемые СМИ (получившим название «инфодемии») панические настроения, которые в условиях неопределенности создают дополнительную психологическую нагрузку на общество, что отражается на психологическом состоянии как пациентов, так и медработников.

Таблица 2

**Результаты статистического сравнения показателей тревожности медсестер первой и второй волны пандемии (по тесту Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина), n=50**

Шкалы теста Спилбергера	Описательная статистика				Достоверность различий	
	1 срез (1 волна)		2 срез (2 волна)		t	p
	M	SD	M	SD		
Личностная тревожность	49,18	2,47	48,8	3,12	0,7	–
Ситуативная тревожность	51	8,85	47,72	4,05	2,4	0,01

Примечание: M – среднее арифметическое; SD – стандартное отклонение; t – величина вычисленного эмпирического критерия; p – уровень значимости различий.

Однако, во время второй волны коронавируса произошло значимое снижение уровня ситуативной тревожности ( $p \leq 0,01$ ), хотя показатель остался на высоком уровне, но приблизился к его нижней границе. Это говорит о том, что адаптация к работе в условиях коронавирусной инфекции среди медработников происходит. Показатель «личностная тревожность» изменился несущественно, вероятно, поскольку связан с более устойчивыми свойствами личности.

Жизнестойкость во время первой волны оказалась на среднем уровне, а к моменту второй волны поднялась на высокий уровень, что говорит о более стойком совладании со стрессом во время второй встречи с похожими условиями ( $p \leq 0,001$ ) (см. табл. 3). При первом столкновении с COVID-19 у медицинского персонала был нарушен внутренний баланс (именно он обеспечивается жизнестойкими установками личности, по мнению Д. А. Леонтьева): многократно возросла рабочая нагрузка и профессиональные риски. К началу второй волны была проведена серьезная реорганизационная работа: налажены поставки средств защиты, сформулированы и апробированы протоколы оказания медицинской помощи больным и профилактических мер для здоровых людей. Кроме того, вполне вероятно, что данным изменениям способствовало и изменение заработной платы: она значительно возросла. В случае заболевания сотрудников, при подтвержденной связи заражения с инфицированным

пациентом, стали производиться значимые разовые выплаты. По словам самих медсестер, у них «...появилось некое чувство социальной защищенности...»; «...стало возможным взятие кредитов, совершение дорогостоящих покупок». Немаловажным фактором, обуславливающим повышение жизнестойкости, стало и формирование иммунитета. Многие сотрудники, переболевшие вначале, полагали, что теперь они менее уязвимы.

Таким образом, приведенные факторы привели к восстановлению внутреннего баланса и тем самым – повышению жизнестойкости.

Вместе с жизнестойкостью у среднего медицинского персонала значимо повысилась вовлеченность ( $p \leq 0,01$ ), что свидетельствует об усилении чувства нужности, удовольствия от выполняемого дела, хотя как во время первой, так и во время второй волны значения оставались на высоком уровне. О работе медика, педагога, спасателя, часто говорят, что это профессии призвания, поэтому вовлеченность в выполняемое дело была на высоком уровне уже на первом этапе исследования. В течение всего периода пандемии наблюдается повышение общественного признания по отношению к медицинскому персоналу, которое выражают политики, СМИ, известные личности и рядовые граждане. Возможно, с этим связано еще большее увеличение вовлеченности, благодаря осознанию нужности, важности, а также удовлетворенности трудом.

Таблица 3

**Результаты статистического сравнения параметров жизнестойкости медсестер первой и второй волны пандемии (по тесту Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой), n=50**

Шкалы теста	Описательная статистика				Достоверность различий	
	1 срез (1 волна)		2 срез (2 волна)		t	p
	M	SD	M	SD		
Жизнестойкость	84,3	4,82	99,42	9,55	10	0,001
Вовлеченность	49,6	2,26	50,56	1,64	2,5	0,01
Контроль	33,68	11,17	44,58	3,89	6,5	0,001
Принятие риска	19,3	3,02	17,46	1,26	4	0,001

*Примечание:* M – среднее арифметическое; SD – стандартное отклонение; t – величина вычисленного эмпирического критерия; p – уровень значимости различий.

Уровень контроля значимо повысился ( $p \leq 0,001$ ), причем во время первой волны он находился в пределах средних значений, а во время второй волны поднялся до высокого уровня. Это свидетельствует о росте уверенности медицинских работников, что они могут повлиять на происходящее вокруг. Видимо, это связано с большим пониманием механизмов и средств борьбы с COVID-19, чем проявлялось во время первого столкновения с вирусом. Причем, данное понимание явилось результатом, как возникновения формальных протоколов лечения, так и накопления личного опыта наблюдений за больными COVID-19.

В противоположность этому, принятие риска снизилось с высокого уровня, выявленного у медсестер во время первой волны коронавируса, до среднего, обнаруженного во время второй волны ( $p \leq 0,001$ ). Если до пандемии медсестры полагали, что любой опыт способствует их развитию, то ко второй волне такая убежденность начала спадать и появилось стремление к четкому пониманию происходящего, потребность в действиях, гарантирующих успех, ценность комфорта и безопасности. Данный факт, несомненно, связан с осознанием тяжести заболевания в случае заражения. Если при первом столкновении с COVID-19 в обществе, в том числе среди врачей и медсестер, наблюдалось значительное количество людей, отрицавших данное заболевание в принципе или считавших, что оно опасно только для групп риска, то к приходу второй волны подобные настроения уменьшились. Соответственно, желание рисковать также уменьшилось, а ценность мер, принимаемых для безопасности и комфорта, увеличилась.

Снижение желания рисковать, по словам медсестер, вызвано также финансовыми причинами. В силу того, что многие медсестры за 2020 год взяли кредиты, то перспектива заболеть, лишала их возможности выплачивать ежемесячные отчисления в банк («...заболеешь – можешь надолго лишиться стабильно высокого дохода»). Это помогло формированию более ответственного отношения к своей защите, соблюдению санитарных и эпидемиологических требований.

Помимо этого, как признались в ходе проведения исследования медсестры, ко второй волне ощущение, что «мы на фронте» стало немного утихать; «...работа вошла в привычное русло», «...больше пошла рутинная, по накатанной колее», отсюда и снижение желания рисковать.

## Выводы

1. Ситуативная и личностная тревожность отрицательно коррелирует с показателями жизнестойкости медицинских работников. Вовлеченность в процесс труда, готовность действовать на свой страх и риск и получать новый опыт выступают действенным ресурсом саморегуляции в продолжительных условиях коронавирусной инфекции.

2. Ситуативная тревожность среднего медицинского персонала, как индикатор его трудовой адаптации к условиям новой коронавирусной инфекции, оставаясь на высоком уровне, значительно снизилась ко второй волне пандемии, что говорит об эффективности предпринятых реорганизационных мер в труде медработников.

3. В условиях новой коронавирусной инфекции к моменту второй волны общая жизнестойкость, вовлеченность и контроль медсестер повысились по сравнению с первой волной, показатели убежденности в необходимости принятия риска снизились до средних значений.

Таким образом, гипотеза о том, что происходит снижение тревожности и повышение жизнестойкости в деятельности медицинских работников в продолжительных условиях коронавирусной инфекции, подтверждена частично. Для снижения высокой ситуативной тревожности медицинских работников в сложной эпидемиологической обстановке им необходима психологическая поддержка.

Итогом данного исследования стали следующие рекомендации:

– для профотбора: жизнестойкость должна стать параметром, необходимым при оценке профессиональной пригодности медработника, поскольку она способствует совладанию с трудностями;

– для психологической службы в медучреждениях: необходимо внедрение системы мер, направленной на снижение тревоги, профилактики стресса и на развитие эмоциональной компетентности медперсонала, а также программ, формирующих ресурсы резилентности и саморегуляции (оптимизм, жизнестойкость, осмысленность жизни, удовлетворенность жизнью, субъективную витальность, автономную каузальность, принятие риска, ориентацию на действие и пр.);

– для управленческого звена системы здравоохранения: необходимо совершенствование организационных мер, обеспечивающих социально-психологическую защищенность среднего медперсонала и адаптацию работников к изменившимся условиям труда; обеспечение неукоснительного соблюдения санитарно-эпидемиологических рекомендаций по профилактике коронавирусной инфекции, бесперебойная поставка средств индивидуальной защиты, обеспечение выплат среднему медицинскому персоналу, установленных при работе с больными COVID-19; расширение просветительской работы среди среднего медицинского персонала по объективному освещению ситуации с распространением заболевания, его последствиями для здоровья и возможностями лечения для профилактики стигматизации медсестер, заболевших коронавирусом; проведение совместного с персоналом обсуждения мер повышения безопасности и комфорта (в том числе психологического), возможных в каждом конкретном лечебном учреждении.

Соблюдение данных рекомендаций будет способствовать психокоррекции эмоционального состояния и формированию ресурсов резилентности среднего медперсонала, обеспечивая адаптацию работников к изменившимся условиям труда.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абабков, В. А. Адаптация к стрессу: основы теории, диагностики, терапии / В. А. Абабков, М. Перре. – Москва; Санкт-Петербург: Речь, 2004. – 166 с.
2. Акарачкова, Е. С. Хронический стресс и нарушение адаптации у медицинских работников / Е. С. Акарачкова // Трудный пациент. – 2006. – Т. 4, № 8. – С. 70–72.
3. Психосоциальные факторы риска в профессиональной деятельности среднего медицинского персонала / Н. А. Акимова, Е. А. Андриянова, Р. Ю. Девличарова, Е. Н. Медведева // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2018. – Т. 11, вып. 4. – С. 420–438.
4. Оценка уровня тревожности и синдрома профессионального выгорания среди медицинского персонала специализированных COVID-госпиталей г. Саратова, и разработка путей их коррекции / Ю. Н. Беляева, Г. В. Губанова, Г. Н. Шеметова, Э. Н. Рамазанов, М. К. Агакеримов // MEDICAL SCIENCES. Научное обозрение. Медицинские науки. – 2021. – №3. – С. 56–61.

5. Березин, Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Ленинград: Наука, 1988. – 270 с.
6. Булыгина, В. Г. Симптоматическое реагирование на стресс и показатели жизнестойкости у медиков в ситуации эпидемии COVID-19 / В. Г. Булыгина, Г. М. Токарева, М. М. Проничева // Российский психиатрический журнал. – 2020. – № 5. – С. 24–33.
7. Голубева, Н. В. Панические расстройства во внутрисемейных отношениях, как последствия воздействия коронавирусной инфекции (обзор литературы) / Н. В. Голубева, Д. В. Иванов, М. С. Троицкий // Вестник новых медицинских технологий. 2020. № 2. С. 32–38.
8. Профессиоанально-психологическая адаптация медицинских работников / А. Д. Гольменко, В. П. Ильин, В. А. Хаптанова, Е. Л. Выговский // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2016. – № 2. – С. 56–58.
9. Ежукова, И. Ф. Трудовая адаптация сотрудников / И. Ф. Ежукова // Концепт. – 2017. – № S1. – С. 6–11.
10. Зеличенко, А. И. К вопросу о классификации мотивационных факторов трудовой деятельности и профессионального выбора / А. И. Зеличенко, А. Г. Шмелев // Вестник МГУ. Серия 14: Психология. – 1987. – № 4. – С. 33–42.
11. Иванова, Е. В. Пандемия и жизнестойкость личности: обзор психологических исследований / Е. В. Иванова // Психологическая газета. – URL: <https://psy.su/feed/8681/> (дата обращения: 03.11.2020).
12. Кибанов, А. Я. Управление персоналом организации: актуальные технологии найма, адаптации и аттестации: учебное пособие / А. Я. Кибанов, И. Б. Дуракова. – 2-е изд., стер. – Москва: КНОРУС, 2016. – 360 с.
13. Лаптиева, Л. Н. Профессиональная адаптация медицинских работников: этапы и их особенности / Л. Н. Лаптиева // Вестник МДПУ им. И. П. Шамякина. – 2015. – № 1 (45). – С. 80–86.
14. Леонтьев, Д. А. Многоуровневая модель взаимодействия с неблагоприятными обстоятельствами: от защиты к изменению // Психология стресса и совладающего поведения: материалы III Междунар. науч.-практ. конф. Кострома, 26–28 сент. 2013 г.: в 2 т. / отв. ред.: Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтяк, М. В. Сапоровская, С. А. Хазова. – Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2013. – Т. 1. – С. 258–261.
15. Леонтьев, Д. А. Тест жизнестойкости / Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова. – Москва: Смысл, 2006. – 63 с.
16. Личностный потенциал: структура и диагностика / под ред. Д.А. Леонтьева. – Москва: Смысл, 2011. – 680 с.
17. Матюшкина, Е. Я. Уровень профессионального выгорания врачей-ординаторов, проходящих стажировку в скорпомощном стационаре: данные до ситуации пандемии / Е. Я. Матюшкина, О. Ю. Микита, А. Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28, № 2. – С. 46–69.
18. Махина, Т. А. Адаптация работников в новых условиях / Т. А. Махина // Справочник кадровика. – 2001. – № 6. С. – 64–71.
19. Никитина, Е. В. Феномен жизнестойкости: концепция, современные взгляды и исследования / Е. В. Никитина // Academy. – 2017. – № 4 (19). – С. 100–103.
20. Одарущенко, О. И. Сравнительный анализ уровня ситуативной и личностной тревожности медицинских работников и других групп населения в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции – COVID-19 / О. И. Одарущенко, А. А. Кузюкова, С. М. Еремушкина // Вестник восстановительной медицины. – 2020. – № 3 (97). – С. 110–116.
21. Одинцова, М. А. Оценка пандемии COVID-19 россиянами с разным уровнем жизнестойкости / М. А. Одинцова, Н. П. Радчикова, Л. В. Степанова // Российский психологический журнал. – 2020. – № 3. – С. 76–88.
22. Орел, В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы / В. Е. Орел // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 1. – С. 90–101.
23. Панин, Л. Е. Биохимические механизмы стресса / Л. Е. Панин. – Новосибирск: Наука, 1983. – 232 с.
24. Панченко, Л. Л. Адаптация к профессиональной деятельности: учеб. пособие / Л. Л. Панченко. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2006. – 35 с.
25. Панченко, Л. Л. Диагностика стресса: учеб. пособие / Л. Л. Панченко. – Владивосток: Морской гос. ун-т, 2005. – 35 с.
26. Петриков, С. С. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 / С. С. Петриков, А. Б. Холмогорова, А. Ю. Суроегина // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28, № 2. – С. 8–45.
27. Практикум по психологии состояний: учеб. пособие / под ред. проф. О. А. Прохорова. – Санкт-Петербург: Речь, 2004. – 480 с.
28. Психологические проблемы профессиональной деятельности / под ред. Л. Г. Дикой. – Москва: Наука, 1991. – 166 с.
29. Психологическое обеспечение профессиональной деятельности: учебное пособие / ред. Г. С. Никифоров. – Санкт-Петербург: Изд-во СПбГУ, 1991. – 152 с.
30. Психология менеджмента / под ред. Никифорова Г. С. – Санкт-Петербург: Изд-во СПб ун-та, 2000. – 572 с.
31. Рассказова, Е. И. Пандемия как вызов субъективному благополучию: тревога и совладание / Е. И. Рассказова, Д. А. Леонтьев, А. А. Лебедева // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28, № 2. – С. 90–108.

32. Рекомендации для медицинских работников, находящихся в условиях повышенных психоэмоциональных нагрузок в период пандемии COVID-19 // авт-сост.: Н. В. Треушникова, Е. В. Бачило, В. И. Бородин, А. А. Антонова // Научно-образовательный центр современных медицинских технологий. – 2020. – 46 с.
33. Савченко, А. Тревожные переживания у медработников, связанные с COVID-19. Результаты исследования / А. Савченко // Медицинский вестник. – 2021. – URL: <https://medvestnik.by/news/trevozhnye-perezhivaniya-u-medrabotnikov-svyazannye-s-covid-19-rezul-taty-issledovaniya> (дата обращения: 22.03.2021).
34. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – Москва: Прогресс, 1979. – 124 с.
35. Серова, И. А. Самочувствие медицинских работников в период пандемии: этико-социологический анализ / И. А. Серова, А. Ю. Ягодина, С. А. Костенко // Федеральный научно-практический журнал «Биоэтика». – 2021. – 1 (27). – С. 59–62.
36. Сидячева, Н. В. Социально-психологические детерминанты психологического самочувствия в период пандемии COVID-19: данные международного исследования / Н. В. Сидячева, А. В. Губанов, Л. Э. Зотова // Вестник МГОУ. Серия: Психологические науки. – 2020. – № 4. – С. 82–98.
37. Созарукова, Ф. М. Кадровый дефицит специалистов здравоохранения: причины возникновения и пути решения / Ф. М. Созарукова // Вестник экспертного совета. – 2018. – № 4 (15). – С. 104–109.
38. Тарабрина, Н. В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности / Н. В. Тарабрина, Н. Е. Харламенкова, М. А. Падун. – Москва: Институт психологии РАН, 2017. – 344 с.
39. Федосенко, Е. В. Жизнь после карантина: психологи смыслов и коронавирус COVID-19 / Е. В. Федосенко // Психологические проблемы смысла жизни и акме. – 2020. – XXV. – С. 34–47.
40. Фролова, А. А. Особенности адаптации персонала в медицинской организации на примере Медицинского центра ДВФУ / А. А. Фролова // Молодой ученый. – 2016. – № 11 (115). – С. 1040–1043.
41. Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди. – Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1988. – 338 с.
42. Психическое здоровье и профессиональное выгорание врачей-ординаторов во время пандемии COVID-19: ситуационные и психологические факторы / А. Б. Холмогорова, А. А. Рахманина, А. Ю. Суроегина [и др.] // Консультативная психология и психотерапия. – 2021. – Т. 29, №2. – С. 9–47.
43. Численность среднего медперсонала на конец отчетного года // Сайт Федеральной службы государственной статистики РФ. – URL: [www.fedstat.ru/indicator/33458](http://www.fedstat.ru/indicator/33458) (дата обращения: 27.12.2021).
44. COVID-19 leaves surgical training in crisis / C. Munro, J. Burke, W. Allum [et al.] // BMJ. – 2021. – Vol. – 372. – URL: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n659> (дата обращения: 27.12.2021).

Поступила в редакцию 14.11.2021

Ванюхина Надежда Владимировна, кандидат психологических наук, доцент,  
заведующий кафедрой психологии развития и психофизиологии  
E-mail: [vanyuhina@ieml.ru](mailto:vanyuhina@ieml.ru)

Семенова-Поляк Галина Геннадьевна, кандидат психологических наук, доцент,  
заместитель декана по научной работе факультета психологии и педагогики  
E-mail: [semenovap@ieml.ru](mailto:semenovap@ieml.ru)

Старовойтова Светлана Юрьевна, старший преподаватель  
кафедры психологии развития и психофизиологии  
E-mail: [starovoytova@ieml.ru](mailto:starovoytova@ieml.ru)

Филатова-Сафронова Маргарита Александровна, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедр  
психологии развития и психофизиологии  
E-mail: [filatovas@ieml.ru](mailto:filatovas@ieml.ru)

Казанский инновационный университет им. В. Г. Тимирязева  
420100, Россия, г. Казань, ул. Московская, 42

***N.V. Vanyukhina, G.G. Semenova-Poliakh, S.Yu. Starovoitova, M.A. Filatova-Safronova***  
**DYNAMICS OF ANXIETY AND VITAL RESISTANCE IN THE ACTIVITY OF MEDICAL WORKERS  
UNDER PROLONGED CONDITIONS OF CORONAVIRUS INFECTION**

DOI: 10.35634/2412-9550-2022-32-1-57-66

The article shows that the shortage of nurses in Russian medical institutions is aggravated by the difficulties of primary and secondary labor adaptation during the coronavirus pandemic. Not only the population of the country is affected by mental health problems and emotional imbalance, but especially health workers who are in direct contact with COVID patients or work in areas at risk of infection.

A sample of 50 nurses aged 24-45 years ( $M = 32,8$ ;  $SD = 5,9$ ) empirically shows the dynamics of the level of anxiety and indicators of resilience (general resilience, involvement in the case, control and risk-taking) in the nurses of the hospital who worked in the conditions of the first and second waves of coronavirus. The inversely proportional correlation between resilience and anxiety gives reason to consider these indicators as markers of the process of labor adaptation. It is statistically justified that the level of situational anxiety and the risk-taking index decreased, and overall resilience, involvement in the case and control increased in the conditions of the second wave of coronavirus compared to the first. The results obtained may indicate adaptation processes to the conditions of work of medical workers during a long period of coronavirus infection. However, situational anxiety continues to remain at a high level along with a decrease in risk indicators. The necessity of taking measures to optimize the mental state of medical workers is noted.

*Keywords:* coronavirus infection, activity in the conditions of coronavirus, anxiety, resilience, nurses.

Received 14.11.2021

Vanyukhina N.V., Candidate of Psychology, Associate Professor,  
Head of the Department of Developmental Psychology and Psychophysiology,  
E-mail: vanyuhina@ieml.ru

Semenova-Poliakh G.G., Candidate of Psychology, Associate Professor,  
Deputy Dean for Scientific Work of the Faculty of Psychology and Education,  
E-mail: semenovap@ieml.ru

Starovoytova S.Yu., Senior Lecturer at Department of Developmental Psychology and Psychophysiology  
E-mail: starovoytova@ieml.ru

Filatova-Safronova M.A., Candidate of Psychology, Associate Professor,  
Associate Professor at Department of Developmental Psychology and Psychophysiology  
E-mail: filatovas@ieml.ru

Kazan Innovative University named after V. G. Timiryasov  
Moskovskaya st., 42, Kazan, Russia, 420101