

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ И ПЕРСОНАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ ВРАЧЕЙ «КРАСНЫХ ЗОН» КОВИД-ГОСПИТАЛЕЙ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Б. А. Ясько^{1,2} ✉, Б. В. Казарин¹, В. Н. Городин¹, Н. А. Чугунова³, Л. В. Покуль^{3,4}, Л. С. Скрипниченко², В. В. Скоробогатов²

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

² Кубанский государственный университет, Краснодар, Россия

³ Новороссийский клинический центр Федерального медико-биологического агентства, Новороссийск, Россия

⁴ Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

В связи с продолжающейся пандемией COVID-19 особенно актуален вопрос о состоянии психологических ресурсов у врачей, продолжительно работающих в условиях «красных зон». Целью работы было проанализировать специфику состояния жизнестойкости и персональных (витальных) ресурсов врачей, продолжительно работающих в «красной зоне», и проверить гипотезу о том, что продолжительная профессиональная деятельность врачей в «красной зоне» оказывает негативное влияние на систему экзистенциальных и витальных ресурсов, сокращая потенциал стрессоустойчивости личности. Группу 1 ($n = 94$) составили врачи, вовлеченные с мая 2020 г. по июнь 2021 г. в «красную зону» ковид-госпиталей; группу 2 ($n = 77$) — врачи, не участвовавшие в клиническом процессе с ковидными пациентами. По результатам диагностики, врачи группы 2 характеризуются высоким уровнем жизнестойкости и ее компонентов «Вовлеченность», «Контроль», «Принятие риска» (59,7%; 67,5%; 61,0%; 20,9% соответственно). В индексе ресурсности (ИР) (1,24) отражено преобладание персональных приобретений над потерями за прошедший год. Отсутствуют различия по полу. У 31,9% врачей «красных зон» (группа 1) значительно сократился потенциал жизнестойкости. Разрушительному воздействию подверглись все компоненты жизнестойкости: соотношение %-долей высоких/низких значений следующее: «Вовлеченность» — 8,5/27,7; «Контроль» — 9,6/34,0; «Принятие риска» — 10,6/35,1. ИР снижен (0,77). Наиболее выражено сокращение ресурсов у врачей женского пола. Установлено значимое взаимовлияние принятия риска и динамики персональных ресурсов у врачей «красной зоны», что может указывать на активизацию проактивного совладания с опорой на принятие нового профессионального опыта.

Ключевые слова: пандемия, COVID-19, пандемическое сознание, психологическое здоровье, жизнестойкость, персональные ресурсы

Благодарности: главному врачу Специализированной клинической инфекционной больницы МЗ Краснодарского края С. В. Зотову — за организационную поддержку процесса исследования начальнику отдела кадров Краевой клинической больницы № 2 МЗ Краснодарского края М. Г. Остроушко — за организацию процедур психодиагностики групп врачей.

Вклад авторов: Б. А. Ясько — идея и концепция публикации, систематизация эмпирических данных, обсуждение результатов; подготовка статьи; Б. В. Казарин — концепция эмпирического исследования, предоставление базы кафедры для аккумуляции массива данных психодиагностики; В. Н. Городин — подбор испытуемых, организация психодиагностических обследований, обсуждение теоретико-методологических основ исследования; Н. А. Чугунова — предоставление эмпирической базы, сбор материала, анализ данных; Л. В. Покуль — обсуждение дизайна исследования, подготовка черновика статьи; Л. С. Скрипниченко — обоснование актуальности исследования; обсуждение маршрутов психологической поддержки врачей «красных зон»; В. В. Скоробогатов — статистическая обработка данных.

Соблюдение этических стандартов: исследование одобрено этическим комитетом КубГМУ (протокол № 12 от 29 июня 2021 г. и протокол № 14 от 25 июня 2021 г.); все респонденты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

✉ **Для корреспонденции:** Бела Аслановна Ясько
ул. Ставропольская, д. 149, 350040, г. Краснодар; shabela@yandex.ru

Статья получена: 12.08.2021 **Статья принята к печати:** 26.08.2021 **Опубликована онлайн:** 30.08.2021

DOI: 10.24075/vrgmu.2021.042

HARDINESS AND PERSONAL RESOURCES OF RED ZONE STAFF: PSYCHOLOGICAL ANALYSIS

Yasko BA^{1,2} ✉, Kazarin BV¹, Gorodin VN¹, Chugunova NA³, Pokul LV^{3,4}, Skripnichenko LS², Skorobogatov VV²

¹ Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

² Kuban State University, Krasnodar, Russia

³ Novorossiysk Clinical Center of FMBA, Novorossiysk, Russia

⁴ Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia

In light of the ongoing COVID-19 pandemic, it is becoming increasingly important to address the problem of resourcefulness in the healthcare personnel of COVID-19 red zones. The aim of this study was to assess hardiness and the state of vital resources in physicians continuously working in red zones and to test a hypothesis that that long-term work in a COVID-19 red zone adversely affects the resourcefulness, reducing resistance to stress. Group 1 ($n = 94$) consisted of physicians with a history of employment in a COVID-19 red zone between May 2020 and June 2021; group 2 ($n = 77$) comprised physicians who were not involved in managing COVID-19 patients. The tests showed that hardiness and its components (commitment, control and challenge) were at high levels in group 2 (59.7%; 67.5%; 61.0%; 20.9%, respectively). The index of resourcefulness (RI; 1.24) reflected the prevalence of personal gains over losses in group 1 over the past year. In this group, there were no sex differences in the results. By contrast, hardiness was significantly reduced in 31.9% of the respondents in group 1 (red zone). Working in the red zone had a devastating effect on all hardiness components: the ratio of the percentages of high to low values was 8.5/27.7 for commitment, 9.6/34.0 for control and 10.6/35.1 for challenge. RI was reduced (0.77). The most pronounced loss of resources was observed in female physicians. The study found a significant mutual impact between challenge and the state of personality resources in red zone staff, which may indicate activation of proactive coping strategies and the acceptance of new professional experience.

Keywords: COVID-19, pandemic, pandemic consciousness, mental health, hardiness, personal resources

Acknowledgement: the authors thank Zotov SV, the Chief Medical Officer of the Specialized Clinical Hospital for Infectious Diseases for his assistance in organizing the study and Ostroushko MG, the Head of the HR Department of the Regional Clinical Hospital № 2, for her assistance in organizing psychological assessment.

Author contribution: Yasko BA proposed the idea and concept of the, systematized empirical data, discussed the results, and wrote the manuscript; Kazarin BV proposed the concept of the empirical study, provided tools to accumulate survey data; Gorodin VN recruited study participants, organized psychological assessment, proposed the theoretical and methodological basis of the study; Chugunova NA carried out data acquisition and analyzed the obtained data; Pokul LV participated in the discussion of the study design and wrote the draft version of the manuscript; Skripnichenko LS provided rationale for the study and participated in the discussion about delivering psychological counselling to red zone staff; Skorobogatov VV conducted statistical analysis.

Compliance with ethical standards: the study was approved by the Ethics Committee of Kuban State Medical University (Protocol № 12 dated June 29, 2021 and Protocol № 14 dated June 25, 2021); informed consent was obtained from all study participants.

✉ **Correspondence should be addressed:** Bella A. Yasko
Stavropolskaya, 149, 350040, Krasnodar; shabela@yandex.ru

Received: 12.08.2021 **Accepted:** 26.08.2021 **Published online:** 30.08.2021

DOI: 10.24075/brsmu.2021.042

Второй год биосоциальная среда человечества подвержена массивной агрессии коронавируса, на передовой борьбы с которым находятся медицинские работники. Актуальна и требует научного анализа проблема цены личностных потерь и приобретений, получаемых врачами из тяжелого опыта борьбы за жизнь пациентов, страдающих от COVID-19.

Надо отметить, что первые шаги в изучении влияния пандемии COVID-19 на различные популяционные сегменты уже сделаны. Переживание людьми опасности распространения COVID-19 в первые месяцы пандемии рассматривали специалисты в области психиатрии и психотерапии как явление психологического кризиса. Была отмечена необходимость оперативно организованных ответных мер общественного здравоохранения по психологической поддержке населения как часть мероприятий по борьбе с COVID-19 [1, 2]. Исследователи психологии человека рефлексируют данные, полученные по анкетным опросам, наблюдениям, проведенным на первом этапе пандемии. Наиболее активно изучаются ресурсы совладающего поведения, факторы риска переживания посттравматического стресса, изменения в индивидуальном и общественном сознании, происходящие в продолжающейся пандемии каронавирусной инфекции. Так, по результатам онлайн-опроса, проведенного по завершению периода самоизоляции (весна–лето 2020 г.), выделена специфика активизации проактивных ресурсов совладающего поведения в разных возрастных группах [3]. Опираясь на концепцию проактивного совладания [4], авторы установили, что в молодом возрасте, при условии невысокого стрессового напряжения, наиболее ресурсной стратегией совладания выступил поиск информационной поддержки. В зрелом же возрасте реализуются разнообразные проактивные стратегии, независимо от силы стрессового напряжения и уровня стресса, что говорит об устойчивой системе совладания в условиях самоизоляции в этом демографическом сегменте россиян. Анализ психологических факторов посттравматического стресса, вызванного пандемией COVID-19, на выборке китайских студентов, обучающихся в Китае и за рубежом, показал, что лица, предпочитающие активные стратегии совладания со стрессом, имеют менее выраженные симптомы посттравматического стрессового расстройства в связи с пандемией COVID-19, по сравнению со студентами, использующими пассивные копинг-стратегии [5].

В цикле экспертных опросов ведущих отечественных психологов [6] был проанализирован социально-психологический контекст пандемии. В выводах отмечено раздвоение экспертного сознания, характерное и для общества в целом. Выделены сегменты «ковид-диссидентов» и «ковид-ригористов», что, несомненно, является фактором, отягощающим конструктивность противоэпидемических мероприятий. Эти данные созвучны с выводом о недостаточном уровне приверженности прививкам в различных группах населения, что создает коммуникативные барьеры и трудности в их преодолении при общении медицинских работников с пациентами [7].

Обзор научных публикаций, посвященных исследованиям психологии человека в глобальном кризисе пандемии, показал, что еще недостаточно аналитических данных о состоянии персональных ресурсов медицинских работников, деятельность которых длительно проходит в ковид-стационарах. При этом методологию ресурсного подхода, основанную на принципах экзистенциальной

психологии и психотерапии В. Франкла, С. Мадди, С. Хобфолла [8–15], можно рассматривать в качестве теретико-методологической базы эмпирического поиска в данном направлении. В первую очередь, здесь выделяется категория жизнестойкости, рассматриваемая как убежденность личности, которая помогает ей оставаться активной, препятствует проявлению разрушающих последствий стресса [9, 16]. Как писал С. Мадди, жизнестойкость формирует мужество признавать (а не отрицать) стресс и мужество пытаться превратить его в преимущество [16]. В ряде исследований последних лет установлен ресурсный потенциал высоких показателей жизнестойкости у пациентов с сердечно-сосудистой патологией [17]; в коррекции бессонницы [18], депрессии [19]. С точки зрения предмета нашего исследования внимание привлекают публикации, в которых раскрывается ресурс жизнестойкости в противостоянии профессиональным стрессам клинической деятельности. Так, установлена обратная корреляция между низким уровнем жизнестойкости и высокими показателями симптомов профессионального выгорания врачей [20]. Показано, что у медицинских работников с уровнем жизнестойкости связано отношение к работе [21]. Жизнестойкость как интегральная личностная характеристика медицинского работника обусловлена вовлеченностью в процесс деятельности, удовлетворенностью трудом и не связана значимо с их возрастом [22].

Психологический ресурс жизнестойкости медицинских работников в противостоянии профессиональным стрессам рассматривают и в ряде зарубежных исследований. У медсестер жизнестойкость выступает психологическим «буфером» между воспринимаемым стрессом и чувством счастья [23]. Устойчивость и благополучие персонала хосписов, ощущение ими себя социально и психически здоровыми значимо коррелируют с высокой жизнестойкостью [24]. В исследовании, проведенном в Китае на большой выборке, также была выделена устойчивая положительная связь уровня жизнестойкости медсестер с показателями их физического и психического здоровья [25].

Помимо концепции жизнестойкости как экзистенциального ресурса устойчивости к стрессорам, большой круг исследователей в современной психологии объединяют концепции ресурсного обеспечения жизнедеятельности человека [26–28]. По С. Хобфоллу, ресурсная база человека многообразна и является психологической платформой, обеспечивающей устойчивость к стрессу [26]. Автор предлагает три признака классификации ресурсов, один из которых — «Значение для выживания». В этом классе витальных ресурсов выделены первичные (непосредственно необходимые для выживания человека), вторичные (содействующие первичным, в том числе — социальная поддержка) и третичные ресурсы (социальный статус и др.). Согласно такому подходу, была сформирована теоретическая база консультационной практики, позволяющая оказывать психологическую поддержку субъекта в условиях угрозы критической утраты ресурсов или при возникновении препятствий для адекватного восстановления истощенных ресурсов [28].

Опираясь на эвристичность концепций жизнестойкости и психологических ресурсов адаптации к стрессовым ситуациям или их преодолению, на концепцию психологического здоровья, сформулированную в Уставе ВОЗ [29], мы определили цель нашего исследования:

проанализировать специфику состояния жизнестойкости и персональных (витальных) ресурсов врачей, продолжительно работающих в «красной зоне», и проверить гипотезу о том, что продолжительная (в диапазоне календарного года) профессиональная деятельность врачей в «красной зоне» оказывает негативное влияние на систему экзистенциальных и витальных ресурсов, сокращая потенциал стрессоустойчивости личности.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью и для проверки гипотезы была сформирована эмпирическая выборка, включавшая врачей нескольких лечебных учреждений г. Краснодара и Краснодарского края. Исследование охватывало временной диапазон с мая 2020 по июнь 2021 г., отмеченный пандемией COVID-19.

Структура совокупной выборки представлена двумя группами респондентов: основная группа (группа 1) — врачи, вовлеченные в указанный период в «красную зону» ковид-госпиталей или отделений ($n = 94$), и группа сравнения (группа 2) — врачи, не участвовавшие в клиническом процессе с ковидными пациентами ($n = 77$). Состав групп по полу: группа 1 — женщин 60,0% ($n = 62$), мужчин 34,0% ($n = 32$); группа 2 — женщин 66,2% ($n = 51$), мужчин 33,8% ($n = 26$).

Критерии включения: наличие высшего профессионального образования по специальности «Лечебное дело»; возраст до 55 лет; отсутствие во временном периоде «май 2020 – июнь 2021 г.» критических (кризисных) жизненных событий, связанных с острыми эмоциональными переживаниями; наличие опыта работы в «красной зоне» — для группы 1; отсутствие опыта профессиональной деятельности в «красной зоне» — для группы 2.

Критерии исключения: возраст свыше 55 лет; переживание критических (кризисных) жизненных событий во временном диапазоне «май 2020 — июнь 2021 г.».

В качестве теретико-методологической базы эмпирического поиска принимали методологические принципы субъектно-деятельностной и ресурсных концепций в психологии [9, 10, 26, 27, 30]. В психодиагностике применяли методики опросного типа, основанные на теоретических конструктах жизнестойкости [9, 10] и психологии ресурсов человека [26–28]: «Тест жизнестойкости» [31]; опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» [32].

Методика «Тест жизнестойкости» включает анализ трех компонентов, образующих, согласно экзистенциальной концепции, интегральную переменную «Жизнестойкость человека»: «Вовлеченность»; «Контроль»; «Принятие риска». «Вовлеченность» (commitment) определена как убежденность в том, что личностная включенность в происходящее «дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности» [31]. Отсутствие подобной убежденности порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни. «Контроль» (control) показывает, насколько человек убежден в возможности влиять на результаты происходящего. Низкие показатели по данной шкале говорят об ощущении человеком чувства беспомощности в переживаемых жизненных обстоятельствах. «Принятие риска» (challenge) раскрывает убежденность человека: все, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из жизненного опыта, и их последующего использования [31]. В целом результаты теста позволяют оценить способность

и готовность человека активно и гибко действовать в ситуации жизненных трудностей или его уязвимость к переживаниям стресса.

В процессе опроса респонденту предлагали бланк, в котором перечислены 45 утверждений, описывающих разные стороны проявления качеств жизнестойкости. Он должен был оценить личное отношение к каждому утверждению, выбрав один из четырех вариантов ответа («нет»; «скорее нет, чем да»; «скорее да, чем нет»; «да»). Для обработки результатов вариантам ответов соответствуют баллы (от 0 до 3). Поскольку число пунктов, относящихся к каждой шкале, различно («Вовлеченность» — 18 пунктов; «Контроль» — 17; «Принятие риска» — 10), для сравнения результатов рассчитывали, помимо параметрических данных, показатель относительной (%) выраженности суммарного значения к максимальному по шкале.

Опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» [32], позволяет оценить динамическое взаимодействие жизненно значимых ресурсов с точки зрения субъекта за определенный период времени (в нашем исследовании за период «май 2020 – июнь 2021 г.»). Опросник включает два идентичных списка (две части) из 30 видов ресурсов (интраперсональных, социальных, материальных). Каждый ресурс следует оценить по степени выраженности личностных переживаний с двух точек зрения: потери (часть 1) и приобретения (часть 2). Оценка степени переживаний потерь и приобретений проводили по пятибалльной шкале. При обработке и интерпретации результатов рассчитывали индекс ресурсности (ИР), определяемый как частное от деления суммы баллов по второй части опросника («приобретения») к первой части («потери»). Авторы методики предлагают выделять три уровня ресурсности: низкий (ИР < 0,8); средний (ИР от 0,8 до 1,2); высокий (ИР > 1,2) [32].

Математико-статистическая обработка эмпирических данных проводили с применением программного пакета SPSS 26.0 (An IBM Company; США). Использовали методы параметрической, непараметрической статистики (расчет среднего и стандартного отклонения, t -критерий Стьюдента, корреляционный анализ по Пирсону — r -критерий; критерий углового преобразования Фишера — φ^* -критерий). Применение параметрической статистики обусловлено предварительной оценкой однородности дисперсий переменных с помощью F -критерия Ливиня. Показатели F -критерия в совокупной выборке и подвыборках соответствуют уровню значимости менее 95,0% ($p > 0,05$), что подтверждает однородность дисперсий и возможность использования параметрических методов анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показатели жизнестойкости врачей «красных зон» (группа 1)

Из 94-х обследованных респондентов высокий уровень интегрального показателя жизнестойкости был выявлен лишь у 9 человек (9,6% от выборки). У более половины опрошенных врачей «красной зоны» обнаружен средний уровень жизнестойкости (58,5%; $n = 55$), у трети врачей (31,9%; $n = 30$) снижена способность выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность (табл. 1).

В средних значениях диагностический показатель жизнестойкости по группе 1 составил 57 баллов (SD = 15,9),

Таблица 1. Описательная статистика анализа жизнестойкости в сравниваемых группах врачей

Группы	M ± SD, % от макс.	Уровни (абс./%)		
		высокий	средний	сниженный
ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ				
Группа 1 (n = 94)	57,0 ± 15,9* 42,2%	9/9,6% ^v	55/58,5% ^{vv}	30/31,9% ^{vvv}
Группа 2 (n = 77)	81,6 ± 16,07* 60,5	46/59,7% ^v	27/35,1% ^{vv}	4/5,2% ^{vvv}
ВОВЛЕЧЕННОСТЬ				
Группа 1 (n = 94)	21,1 ± 6,84** 39,1%	8/8,5% ^u	60/63,8% ^{uu}	26/27,7% ^{uuu}
Группа 2 (n = 77)	34,2 ± 7,39** 63,3%	52/67,5% ^u	19/24,7% ^{uu}	6/7,8% ^{uuu}
КОНТРОЛЬ				
Группа 1 (n = 94)	22,0 ± 5,58*** 43,1%	9/9,6% ^z	53/56,4% ^{zz}	32/34,0% ^{zzz}
Группа 2 (n = 77)	31,5 ± 7,61*** 61,9%	47/61,0% ^z	23/29,9% ^{zz}	7/9,1% ^{zzz}
ПРИНЯТИЕ РИСКА				
Группа 1 (n = 94)	13,9 ± 4,65**** 46,4%	10/10,6% ^Δ	51/54,3%	33/35,1%
Группа 2 (n = 77)	15,9 ± 5,25**** 52,9%	16/20,85% ^Δ	42/54,5%	19/24,7%

Примечание: *t*-критерий Стьюдента: * — $t = 9,99$; $p < 0,001$; ** — $t = 11,9$; $p < 0,001$; *** — $t = 9,13$; $p < 0,001$; **** — $t = 2,57$; $p < 0,05$. Критерий углового преобразования Фишера: ^v — $\varphi^* = 7,39$; $p \leq 0,001$; ^{vv} — $\varphi^* = 3,09$; $p \leq 0,001$; ^{vvv} — $\varphi^* = 4,81$; $p \leq 0,001$; ^u — $\varphi^* = 15,9$; $p \leq 0,001$; ^{uu} — $\varphi^* = 9,65$; $p \leq 0,001$; ^{uuu} — $\varphi^* = 6,47$; $p \leq 0,001$; ^z — $\varphi^* = 7,56$; $p \leq 0,001$; ^{zz} — $\varphi^* = 3,53$; $p \leq 0,001$; ^{zzz} — $\varphi^* = 4,14$; $p \leq 0,001$; ^Δ — $\varphi^* = 1,84$; $p \leq 0,033$.

что находится на диагностической границе средних-низких показателей (42,2%). Слабее всего выглядит активность компонента «Вовлеченность» (39,1% от максимального значения по данной шкале). Высокий уровень вовлеченности сохраняют только 8,5% врачей ($n = 8$). Остальные 86 респондентов имеют сниженный (27,7%; $n = 26$) или средний (67,8%; $n = 60$) уровни личностной включенности в происходящее. Показатели по двум другим компонентам жизнестойкости («Контроль» и «Принятие риска») находятся в нижнем диапазоне среднего уровня: 43,1 и 46,4% от максимальных значений по данным шкалам. По шкале «Контроль» 85 врачей обнаружили сниженные (34,0%; $n = 32$) и средние (56,4%; $n = 53$) показатели. Высокий уровень субъективного контроля процесса жизнедеятельности сохраняют в условиях рабочего стресса только 9,6% врачей ($n = 9$). Высокую готовность к принятию риска обозначили 10 респондентов (10,6%). Остальные 84 врача этой группы отметили низкими (35,1%; $n = 33$) или средними (54,3%; $n = 51$) оценками субъективную значимость готовности к саморазвитию за счет знаний, извлекаемых из жизненного опыта, принимая жизненные риски.

Имеется определенная гендерная специфика проявления жизнестойкости врачей «красной зоны» (табл. 2).

Среднегрупповые значения ($M \pm SD$) по интегральному показателю жизнестойкости преобладают в мужской подвыборке (при $t = 5,99$; $p < 0,001$). Низкий уровень жизнестойкости преобладает в группе женщин (при $\varphi^* = 1,54$; $p \leq 0,06$). Различия по полу установлены также в среднегрупповых данных по компоненту «Вовлеченность» (при $t = 3,1$; $p < 0,01$). У врачей женского пола значимо преобладает доля лиц, имеющих сниженные показатели вовлеченности (при $\varphi^* = 2,0$; $p \leq 0,03$) и контроля (при $\varphi^* = 1,85$; $p \leq 0,02$) процесса жизни.

Показатели жизнестойкости врачей, не включенных в клинический процесс «красных зон» (группа 2)

Интегральный показатель жизнестойкости по группе 2 составил 81,6 баллов ($SD = 16,07$), т. е. выходит в диапазон высокого уровня (60,5% от макс. значения; см. табл. 1).

В целом результаты согласуются с показателями, полученными на выборке врачей терапевтического профиля [33]. В этом исследовании интегральный показатель жизнестойкости у врачей, имеющих стаж более 5 лет, составил в среднем по выборке 70,4 балла, а показатели «Вовлеченность», «Контроль», «Принятие риска» — 33,2; 24,1; 13,08 соответственно.

В сравнении с показателем жизнестойкости в группе 1 выявлено статистически значимое различие (при $t = 9,99$; $p < 0,001$). Из 77 обследованных респондентов 59,7% ($n = 46$) обнаружили высокий уровень интегрального показателя жизнестойкости, что значительно выше, чем в группе 1 (при $\varphi^* = 7,39$; $p \leq 0,001$). Снижены способности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешности деятельности, только у 5,2% группы ($n = 4$), что статистически достоверно отличается от аналогичного показателя в группе 1 (при $\varphi^* = 4,81$; $p \leq 0,001$). Средний уровень жизнестойкости проявляют 35,1% опрошенных ($n = 27$); это значительно ниже, чем в группе 1 (при $\varphi^* = 3,09$; $p \leq 0,001$). Высокий уровень способности выдерживать стрессовую ситуацию имеют 59,7% ($n = 46$), что более выражено, чем в группе 1 (при $\varphi^* = 7,39$; $p \leq 0,001$).

В отличие от работающих в «красной зоне», врачи группы 2 имеют достоверно более высокие показатели по компонентам «Вовлеченность» и «Контроль» (см. табл. 1). Более половины респондентов этой группы (67,5%; $n = 52$) демонстрируют высокую вовлеченность в процесс

Таблица 2. Описательная статистика анализа жизнестойкости в среде мужчин и женщин группы 1

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ						
M ± SD	Мужчины: 71,8 ± 12,10*			Женщины: 54,4 ± 15,5*		
Уровни						
	высокий (всего; %)		средний (всего; %)		сниженный (всего; %)	
Мужчины	4	6,5	35	56,5	23	37,1 ^v
Женщины	5	15,6	20	62,5	7	21,9 ^v
ВОВЛЕЧЕННОСТЬ						
M ± SD	Мужчины: 23,8 ± 5,78**			Женщины: 19,7 ± 6,90**		
Уровни						
	высокий (всего; %)		средний (всего; %)		сниженный (всего; %)	
Мужчины	5	15,6	22	68,8	5	15,6 ^{vv}
Женщины	3	4,8	38	61,3	21	33,9 ^{vv}
КОНТРОЛЬ						
M ± SD	Мужчины: 23,5 ± 5,8			Женщины: 21,2 ± 5,3		
Уровни						
	высокий (всего; %)		средний (всего; %)		сниженный (всего; %)	
Мужчины	4	12,5	21	65,6	7	21,9 ^{vvv}
Женщины	5	8,1	32	51,6	25	40,3 ^{vvv}
ПРИНЯТИЕ РИСКА						
M ± SD	Мужчины: 14,7 ± 5,20			Женщины: 13,5 ± 4,33		
Уровни						
	высокий (всего; %)		средний (всего; %)		сниженный (всего; %)	
Мужчины	5	15,6	16	50	11	34,4
Женщины	5	8,1	35	56,4	22	35,5

Примечание: *t*-критерий Стьюдента: * — $t = 5,99; p < 0,001$; ** — $t = 3,1; p < 0,01$. Критерий углового преобразования Фишера: ^v — $\phi^* = 1,54; p \leq 0,06$; ^{vv} — $\phi^* = 2,0; p \leq 0,02$; ^{vvv} — $\phi^* = 1,85; p \leq 0,03$.

жизнедеятельности. Сниженные показатели обнаружены только в 7,8% случаев ($n = 6$). В сравнениях с группой 1 отмечается статистически значимое преобладание долей лиц высокого уровня вовлеченности в группе 2 и низкого — в группе 1 (при $\phi^* = 15,9$ и $\phi^* = 6,47; p \leq 0,001$).

Средний показатель убежденности в возможности влиять на результаты происходящего, заложенной в содержание шкалы «Контроль», в группе 2 имеет значение, соответствующее диапазону высокого уровня ($M = 31,5 \pm 7,61$; 61,9% от максимального показателя по данной шкале). Это достоверно выше, чем в группе 1 (при $t = 9,13; p < 0,001$). Только 7 респондентов группы 2 (9,1%) имеют сниженный уровень контроля в структуре жизнестойкости, а 61,0% ($n = 47$) считают, что обладают высоко выраженной способностью контролировать события жизни и влиять на них. Сравнение показателей по выраженности уровней контроля в группах 1 и 2 показывает статистически значимое преобладание врачей с высокими показателями в группе 2 (при $\phi^* = 7,56; p \leq 0,001$), а с низким и средним уровнями — в группе 1 (при $\phi^* = 3,53$ и $\phi^* = 4,14; p \leq 0,001$).

Убежденность в том, что все происходящее в жизни способствует персональному росту, развитию (шкала «Принятие риска») в средних значениях имеет показатель 15,9 баллов ($SD = 5,25$), что также достоверно выше, чем в группе 1 (при $t = 2,57; p < 0,05$), хотя оба сравниваемых показателя соответствуют диапазону среднего уровня. Высокий уровень готовности принятия риска обнаружили 20,8% группы ($n = 16$), что значимо превосходит аналогичный показатель в группе 1 (при $\phi^* = 1,84; p \leq 0,033$). Однако в долях выраженности среднего и сниженного уровней нет статистически значимых различий.

Особенностью группы 2 является отсутствие различий в анализируемых показателях между врачами мужского и женского пола (табл. 3).

Анализ оценки потерь и приобретений персональных ресурсов врачами «красных зон» (группа 1)

Средний показатель ИП врачей группы 1 составил 0,77 ед., что соответствует низкому уровню и свидетельствует о преобладании персональных потерь над приобретениями за прошедший год (табл. 4). В целом сниженный ИП обнаружен у 53 респондентов (56,4%), средний — у 32 (34,0%) и только у 9 врачей (9,6%) суммарные оценки приобретений несколько превысили оценки потерь, что в значительной степени обусловлено максимальными баллами (4; 5) приобретений по утверждениям: «Ощущение, что я нужен другим людям»; «Признание моих достижений со стороны значимых для меня людей»; «Поддержка от коллег».

В подгруппах по полу отмечено преобладание низкого уровня ИП в среде женщин по сравнению с мужчинами (61,3 и 37,5%; при $\phi^* = 2,21; p \leq 0,013$).

Анализ оценки потерь и приобретений персональных ресурсов врачами, не включенными в клинический процесс «красных зон» (группа 2)

Средний показатель ИП врачей группы 2 составил 1,24 ед., что соответствует высокому уровню и свидетельствует в целом о преобладании персональных приобретений над потерями за прошедший год. Низкий уровень выявлен у 26,0% опрошенных ($n = 20$). Более половины

Таблица 3. Описательная статистика анализа жизнестойкости в среде мужчин и женщин группы 2

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ						
M ± SD	Мужчины: 81,4 ± 17,10			Женщины: 81,7 ± 15,70		
Уровни						
	высокий (всего; %)		средний (всего; %)		сниженный (всего; %)	
Мужчины	14	53,8	10	38,5	2	7,7
Женщины	32	62,7	17	33,4	2	3,9
ВОВЛЕЧЕННОСТЬ						
M ± SD	Мужчины: 33,1 ± 8,29			Женщины: 34,7 ± 7,49		
Уровни						
	высокий (всего; %)		средний (всего; %)		сниженный (всего; %)	
Мужчины	16	61,5	7	26,9	3	11,6
Женщины	36	70,6	12	23,5	3	5,9
КОНТРОЛЬ						
M ± SD	Мужчины: 31,0 ± 7,55			Женщины: 31,8 ± 7,70		
Уровни						
	высокий (всего; %)		средний (всего; %)		сниженный (всего; %)	
Мужчины	13	50	10	38,5	3	11,5
Женщины	34	66,7	13	25,5	4	7,8
ПРИНЯТИЕ РИСКА						
M ± SD	Мужчины: 17,3 ± 5,42			Женщины: 15,2 ± 5,07		
Уровни						
	высокий (всего; %)		средний (всего; %)		сниженный (всего; %)	
Мужчины	7	26,9	13	50	6	23,1
Женщины	9	17,6	29	56,9	13	25,5

врачей группы 2 считают, что увеличили свой ресурсный потенциал за прошедший год (57,1%; $n = 44$). По сути, во всех показателях зафиксированы статистически значимые различия по сравнению с группой 1 (табл. 4).

Результаты корреляционного анализа

Установлены устойчивые взаимосвязи разной направленности (положительные и отрицательные) жизнестойкости и конструирующих ее переменных с оценками, данными опрошенными врачами ресурсным потерям и приобретением за прошедший год (табл. 5).

Значимые ($0,05 < p < 0,1$) отрицательные и положительные значения r -критерия в обеих выборках обнаружены по преобладающему числу анализируемых взаимосвязей. Установленные корреляции не имеют специфики в женской и мужской подгруппах обеих выборок. Вместе с тем в группе 2 отмечено своеобразие взаимовлияния переменной «Принятие риска» и оценки персональных ресурсов врачами. В отличие от показателей в группе 1, ресурсные потери и приобретения у врачей группы 2 не связаны значимо с приобретенным за рассматриваемый период жизненным опытом, возможностью последующего его использования. Как в целом по группе 2, так и в подгруппах по полу полученные показатели коэффициента корреляции ниже критических значений для соответствующих объемов выборок ($p > 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Проведенный анализ дает основание говорить о психологически негативном следствии продолжительной

работы врачей в «красной зоне». Сравнение с группой врачей, реализующих профессиональную деятельность в рамках актуальных специализаций, показывает достоверно выраженное ухудшение у врачей «красной зоны» всех исследованных показателей. При ежедневных высоких рабочих, эмоциональных перегрузках у врачей значительно утрачивается способность выдерживать профессиональный стресс, сохраняя внутреннюю сбалансированность (общая жизнестойкость). Наиболее выражено это в сниженной вовлеченности в жизненные процессы, появлении чувства отвергнутости, ощущения себя «вне» жизни; в формировании специфического элемента малопродуктивного пандемического сознания — растущей убежденности в невозможности осуществлять контроль жизни, влиять на результаты происходящего, чувстве беспомощности в переживаемых жизненных и профессиональных обстоятельствах.

Прямым следствием снижения жизнестойкости является низкий ИР, осознание врачами нарастающего сокращения персональных ресурсов, преобладание оценок понесенных за прошедший год потерь при пессимистическом оценивании личностных приобретений.

Выявленные в группе 1 различия по полу показывают, что мужчины-врачи несколько успешнее сохраняют ресурс вовлеченности в структуре жизнестойкости. Это находит отражение и в более высоких показателях у них ИР, который соответствует среднему уровню (0,82, против 0,71 у женщин).

Состояние ресурсной базы врачей группы сравнения (группа 2) свидетельствует о высоком потенциале жизнестойкости и витальных ресурсов в обследованном профессиональном сегменте. Данные научных публикаций [33] дают основание рассматривать результаты,

Таблица 4. Описательная статистика анализа персональных потерь и приобретений в сравниваемых группах врачей

	M ± SD			Уровень ИР (абс. / %)		
	Потери	Приобретения	ИР	низкий	средний	высокий
Группа 1	107,1 ± 15,5 ^{*1}	79,9 ± 23,1 ^{*2}	0,77	53/56,4 ^{°1}	32/34,0 ^{Δ2}	9/9,6 ^{Δ3}
Мужчины	107,3 ± 16,2 ^{*3Δ4}	87,8 ± 22,53	0,82	15/46,91 [°]	13/40,6 ^{Δ1}	4/12,5 ^{Y1}
Женщины	107,0 ± 15,3 ^{*4Δ4}	75,9 ± 22,51 ^{*5}	0,71	38/61,31 ^{°v1}	19/30,6 ^{Δ2}	5/8,1 ^{Y2}
Группа 2	88,4 ± 18,60 ^{*1}	102,05 ± 23,04 ^{*2}	1,24	20/26,0 ^{°1}	13/16,9 ^{Δ2}	44/57,1 ^{Δ3}
Мужчины	90,8 ± 18,7 ^{*3}	98,9 ± 22,7	1,17	8/30,8	4/15,4 ^{Δ1}	14/53,8 ^{Y1}
Женщины	87,2 ± 18,0 ^{*4}	103,7 ± 23,3 ^{*5}	1,2	12/23,5 ^{v1}	9/17,6 ^{Δ2}	30/58,8 ^{Y2}

Примечание: *t*-критерий Стьюдента: «потери»: ^{*1} — *t* = 7,03; *p* < 0,001; ^{*3} — *t* = 3,56; *p* < 0,01; ^{*4} — *t* = 6,22; *p* < 0,001; «приобретения»: ^{*2} — *t* = 6,24; *p* < 0,001; ^{*5} — *t* = 6,41; *p* < 0,001. Критерий углового преобразования Фишера. Уровни ИР. «низкий»: [°] — $\varphi^* = 2,21, p \leq 0,013$; ^{1°} — $\varphi^* = 2,41, p \leq 0,007$; ^{v1} — $\varphi^* = 4,16, p \leq 0,001$; «средний»: ^{Δ2} — $\varphi^* = 2,59, p \leq 0,004$; ^{Δ1} — $\varphi^* = 2,17, p \leq 0,015$; ^{Δ2} — $\varphi^* = 1,61, p \leq 0,05$; «высокий»: ^{Δ3} — $\varphi^* = 7,04, p \leq 0,001$; ^{Y1} — $\varphi^* = 3,50, p \leq 0,001$; ^{Y2} — $\varphi^* = 6,19, p \leq 0,001$.

полученные в группе 2, как элемент психологической характеристики профессиональной популяции российских врачей терапевтического профиля, содержательно дополняющей психологическую модель личности врача [34].

Установленные корреляции позволяют говорить о системной взаимосвязи экзистенциальных и витальных ресурсов в жизнедеятельности врача. Значимая роль принятия риска в оценке врачами «красной зоны» ресурсных потерь и приобретений (в отличие от врачей, не включенных в работу с ковид-пациентами) может отражать стремление найти смысл в выполняемой деятельности. Такое стремление можно рассматривать как активизацию проактивного совладания («трансформационного копинга» по С. Мадди) в сохранении потенциала стрессоустойчивости, что соответствует данным научных публикаций [35].

Высокая оценка врачами «красной зоны» потерь персональных ресурсов связана со слабостью экзистенциальных ресурсов, в то время как достаточная сформированность жизнестойкости и конструирующих ее компонентов у врачей, не занятых в клиническом процессе ковид-отделений, прямо взаимосвязана с

оптимистической оценкой динамики персональных ресурсов, преобладанием приобретений над их утратой.

ВЫВОДЫ

Проблема психосоциальных последствий пандемии COVID-19 является для современной психологии, в частности для психологии медицинского труда и медицинской психологии, высоко актуальной и требует безотлагательного системного научного анализа. В проведенном исследовании получила подтверждение гипотеза о негативном влиянии продолжительной (в диапазоне календарного года) профессиональной деятельности врачей в «красной зоне» на систему экзистенциальных и витальных ресурсов, ведущем к сокращению потенциала стрессоустойчивости личности. Наиболее выраженным проявлением этого процесса становятся значительное истощение персональных ресурсов, снижение жизнестойкости как способности выдерживать стрессовую ситуацию, сокращение адаптационного потенциала вовлеченности

Таблица 5. Корреляционная матрица (*r*) взаимосвязи показателей жизнестойкости и самооценок персональных потерь–приобретений в обследованных группах врачей

Группа 1			Группа 2		
В целом (<i>n</i> = 94)			В целом (<i>n</i> = 77)		
	Потери	Приобретения		Потери	Приобретения
Вовлеченность	-0,491	0,677	Вовлеченность	-0,661	0,74
Контроль	-0,508	0,597	Контроль	-0,624	0,701
Принятие риска	-0,556	0,561	Принятие риска	-0,128*	0,238*
Жизнестойкость	-0,551	0,663	Жизнестойкость	-0,641	0,75
Женщины (<i>n</i> = 62)			Женщины (<i>n</i> = 51)		
Вовлеченность	-0,501	0,623	Вовлеченность	-0,608	0,72
Контроль	-0,484	0,54	Контроль	-0,577	0,717
Принятие риска	-0,453	0,498	Принятие риска	-0,069*	0,258*
Жизнестойкость	-0,516	0,602	Жизнестойкость	-0,573	0,752
Мужчины (<i>n</i> = 32)			Мужчины (<i>n</i> = 26)		
Вовлеченность	-0,561	0,646	Вовлеченность	-0,74	0,777
Контроль	-0,583	0,646	Контроль	-0,711	0,666
Принятие риска	-0,733	0,65	Принятие риска	-0,295*	0,273*
Жизнестойкость	-0,665	0,723	Жизнестойкость	-0,766	0,757

Примечание: * — значение *t*-критерия ниже критического значения (*p* > 0,05).

в процесс жизни и его контроля. Негативное развитие установленных тенденций может привести к формированию экзистенциального вакуума — состояния психологического кризиса личности, не видящей смысла своего существования. Это явление чревато развитием у субъекта ноогенного невроза — нарушения душевного, психологического благополучия, одной из составляющих здоровья человека. Анализ результатов проведенного исследования позволяет говорить о направлениях работы по психологической поддержке врачей в условиях пандемии

COVID-19. В программах консультативной поддержки должны занимать особое место приемы, направленные на активизацию ресурса принятия риска как компонента жизнестойкости личности, осознание смысла труда и значимости приобретенного профессионального опыта; на восстановление расходуемых витальных ресурсов — физического самочувствия после отработанных смен; на овладение элементарными навыками психофизиологической саморегуляции, снятия стресса; на формирование проактивных стратегий совладающего поведения.

Литература

1. Твердохлебова Т. И., Ковалёв Е. В., Карпущенко Г. В., Кулак М. А., Думбадзе О. С., Литовко А. Р. и др. Социально-экономические аспекты COVID-19 на примере Ростовской области. *Инфекционные болезни*. 2020; 18 (4): 27–32. DOI: 10.20953/1729-9225-2020-4-27-32.
2. Сорокин М. Ю., Касьянов Е. Д., Рукавишников Г. В., Макаревич О. В., Незнанов Н. Г., Лутова Н. Б., и др. Структура тревожных переживаний, ассоциированных с распространением COVID-19: данные онлайн-опроса. *Вестник Российского Государственного Медицинского Университета [интернет]*. 2020; 3: 77–84.
3. Кувряк Е. В., Бехтер А. А. Стресс и проактивное совладающее поведение в период пандемии COVID-19: данные онлайн-опроса. *Медицинская психология в России*. 2020; 12; 6 (65) [cited 2021 July 13]. Доступно по ссылке: http://mprj.ru/archiv_global/2020_6_65/nomer05.php.
4. Aspinwall LG, Taylor SE. Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992; 63; 6: 989–1003. DOI: 10.1037//0022-3514.63.6.989.
5. Цзыхань Л., Сяо Ган В. Психологические факторы посттравматического стресса, вызванного пандемией COVID-19. *Психологический журнал*. 2021; 42; 1: 102–10.
6. Юревич А. В., Ушаков Д. В., Юревич М. А. COVID-19: результаты третьего экспертного опроса. *Психологический журнал*. 2021; 42; 3: 28–136.
7. Платонова Т. А., Голубкова А. А., Смирнова С. С., Дьяченко Е. В. Актуальные вопросы организации иммунопрофилактики населения. Коммуникативные риски — нерешенные проблемы и новые возможности. *Инфекционные болезни*. 2020; 18 (3): 112–8. DOI: 10.20953/1729-9225-2020-3-112-118.
8. Франкл В. *Человек в поисках смысла*. М.: Прогресс, 1990; 368 с.
9. Maddi S. Hardiness: an Operationalization of Existential Courage. *Journal of Humanistic Psychology*. 2007; 44; 3: 279–98.
10. Maddi S. Hardiness: The courage to grow from stressors. *The Journal of Positive Psychology*. 2006; 1 (3): 160–8.
11. Одинцова М. А. *Психология жизнестойкости*. М.: ФЛИНТА, 2015; 296 с.
12. Ярошук И. В. Психология жизнестойкости: обзор теоретических концепций, эмпирических исследований и методик диагностики. *Ученые записки СПбГИПСР*. 2020; 1; 33: 50–60.
13. Hobfoll SE. *Stress, culture, and community*. N.Y.: London, 1998; 296 p.
14. Водопьянова Н. Е. Противостояние синдрому выгорания в контексте ресурсной концепции человека. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия: Психология*. 2011; 3: 38–50.
15. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health — inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2011; 37 (1): 1–11.
16. Maddi S. The Courage and Strategies of Hardiness as Helpful in Coping Despite Major, Destructive Stresses. *American Psychologist*. 2008; 63; 6: 563–4.
17. Bartone PT, Valdes JJ, Sandvik A. Psychological Hardiness Predicts Cardiovascular Health. *Psychology, Health and Medicine*. 2016; 21 (6): 743–9.
18. Nordmo M, Hystad SW, Sanden S, Johnsen BH. The effect of hardiness on symptoms of insomnia during a naval mission. *International Maritime Health*. 2017; 68 (3): 147–52.
19. Maddi SR. The Role of Hardiness and Religiosity in Depress and Anger. *International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy*. 2004; 1; 1: 38–49.
20. Стецшин Р. И. Жизнестойкость как акмеологический ресурс личности врача. Психологические проблемы смысла жизни и акме. В сборнике: *Материалы XIII симпозиума*; 19 апреля 2008 г.; М.: ПИ РАО, 2008; 63–65.
21. Соболева А. Е. Взаимосвязь жизнестойкости и отношения к работе у медицинских работников. *Устойчивое развитие науки и образования*. 2018; 8: 46–50.
22. Фомина Н. Ф., Федосеева Т. Е. Исследование показателей жизнестойкости в аспекте личности профессионала. *Современные проблемы науки и образования [интернет]*. 2016; 6; [cited 2021 August 19]. Доступно по ссылке: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25947>.
23. Abdollahi A, Abu Talib M, Yaacob SN, Ismail Z. Hardiness as a mediator between perceived stress and happiness in nurses. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*. 2014; 21; 9: 789–96.
24. Ablett J. Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses experience of work. *Psycho-Oncology*. 2007; 16; 8: 733–740.
25. Lambert V, Lambert C, Petrini M, Xiao M, Zhang Y. Workplace and social factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nursing and Health Sciences*. 2007; 9: 120–6.
26. Hobfoll SE. *Stress, culture, and community*. N.Y.: London, 1998; 296 p.
27. Hobfoll SE, Lilly RS. Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*. 1993; 21: 128–48.
28. Водопьянова Н. Е. Противостояние синдрому выгорания в контексте ресурсной концепции человека. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия: Психология*. 2011; 3: 38–50.
29. Устав (Конституция) Всемирной Организации. 2020; [cited 2021 July 13]. Доступно по ссылке: <https://docs.cntd.ru/document/901977493>.
30. Носкова О. Г. Проблемы психологии деятельности и ее субъекта в творчестве Е. А. Климова (к 90-летию со дня рождения). *Психологический журнал*. 2021; 2; 42: 106–14.
31. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. *Тест жизнестойкости*. М.: Смысл, 2006; 63 с.
32. Водопьянова Н. Е. *Стресс-менеджмент*. М.: Юрайт, 2018; 283 с.
33. Костюченко Е. В., Романчук Л. Н. Связь жизнестойкости и оптимизма медицинских работников. Актуальные проблемы психологии развития личности. Сборник научных статей. Гродно: ГрГУ им. Янки Купалы [интернет]. 2017; 205–16 [cited 2021 August 19]. Доступно по ссылке: <https://elib.grsu.by/doc/23846>.
34. Ясько Б. А., Казарин Б. В. Модель личности специалиста:

методологическое обоснование и практическая востребованность. *Организационная психология*. 2020; 10; 4: 109–37. [cited 2021 August 19]. Доступно по ссылке: <https://orgpsyjournal.hse.ru/data/2021/01/03/1344689973/>

References

1. Tverdohlebova TI, Kovaljov EV, Karpushhenko GV, Kulak MA, Dumbadze OS, Litovko AR i dr. Social'no-jekonomicheskie aspekty COVID-19 na primere Rostovskoj oblasti. *Infekcionnye bolezni*. 2020; 18 (4): 27–32. DOI: 10.20953/1729-9225-2020-4-27-32. Russian.
2. Sorokin MYu, Kasyanov ED, Rukavishnikov GV, Makarevich OV, Neznanov NG, Lutova NB, et al. Structure of anxiety associated with COVID-19 pandemic: the online survey results. *Bulletin of RSMU*. 2020; 3: 70–76.
3. Kufťjak EV, Behter AA. Stress i proaktivnoe sovladajushhee povedenie v period pandemii Covid-19: dannye onlajn-oprosa. *Medicinskaja psihologija v Rossii*. 2020; 12; 6 (65) [cited 2021 July 13]. Доступно по ссылке: http://mprj.ru/archiv_global/2020_6_65/nomer05.php. Russian.
4. Aspinwall LG, Taylor SE. Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992; 63; 6: 989–1003. DOI: 10.1037//0022-3514.63.6.989.
5. Czyhan L, Sjaio Gan V. Psihologicheskie faktory posttraumaticeskogo stressa, vyzvannogo pandemiej COVID-19. *Psihologicheskij zhurnal*. 2021; 42; 1: 102–10. Russian.
6. Jurevich AV, Ushakov DV, Jurevich MA. COVID-19: rezul'taty tret'ego jekspertnogo oprosa. *Psihologicheskij zhurnal*. 2021; 42; 3: 28–136. Russian.
7. Platonova TA, Golubkova AA, Smirnova SS, D'jachenko EV. Aktual'nye voprosy organizacii immunoprofilaktiki naselenija. *Kommunikativnye riski — nereshennye problemy i novye vozmožnosti. Infekcionnye bolezni*. 2020; 18 (3): 112–8. DOI: 10.20953/1729-9225-2020-3-112-118. Russian.
8. Frankl V. *Chelovek v poiskah smysla*. M.: Progress, 1990; 368 s. Russian.
9. Maddi S. Hardiness: an Operationalization of Existential Courage. *Journal of Humanistic Psychology*. 2007; 44; 3: 279–98.
10. Maddi S. Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*. 2006; 1 (3): 160–8.
11. Odincova MA. *Psihologija zhiznestojkosti*. M.: FLINTA, 2015; 296 s. Russian.
12. Jaroshhuk IV. Psihologija zhiznestojkosti: obzor teoreticheskikh koncepcij, jempiricheskikh issledovanij i metodik diagnostiki. *Uchenye zapiski SPbGIPSR*. 2020; 1; 33: 50–60. Russian.
13. Hobfoll SE. *Stress, culture, and community*. N.Y.: London, 1998; 296 p.
14. Vodopjanova N. E. Protivodejstvie sindromu vygoranija v kontekste resursnoj koncepcii cheloveka. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Serija: Psihologija*. 2011; 3: 38–50. Russian.
15. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health — inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2011; 37 (1): 1–11.
16. Maddi S. The Courage and Strategies of Hardiness as Helpful in Crowing Despite Major, Destructive Stresses. *American Psychologist*. 2008; 63; 6: 563–4.
17. Bartone PT, Valdes JJ, Sandvik A. Psychological Hardiness Predicts Cardiovascular Health. *Psychology, Health and Medicine*. 2016; 21 (6): 743–9.
18. Nordmo M, Hystad SW, Sanden S, Johnsen BH. The effect of hardiness on symptoms of insomnia during a naval mission. *International Maritime Health*. 2017; 68 (3): 147–52.
19. Maddi SR. The Role of Hardiness and Religiosity in Depress and Anger. *International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy*. 2004; 1; 1: 38–49.
20. Stecishin RI. Zhiznestojkost' kak akmeologicheskij resurs lichnosti vracha. *Psihologicheskie problemy smysla zhizni i akme. V sbornike: Materialy XIII simpoziuma; 19 aprelya 2008 g.; M.: PIRAO, 2008; 63–65*. Russian.
21. Soboleva AE. Vzaimosvjaz' zhiznestojkosti i otnoshenija k rabote u medicinskih rabotnikov. *Ustojchivoe razvitie nauki i obrazovanija*. 2018; 8: 46–50. Russian.
22. Fomina NF, Fedoseeva TE. Issledovanie pokazatelej zhiznestojkosti v aspekte lichnosti professionala. *Sovremennye problemy nauki i obrazovanija [internet]*. 2016; 6; [cited 2021 August 19]. Доступно по ссылке: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25947>. Russian.
23. Abdollahi A, Abu Talib M, Yaacob SN, Ismail Z. Hardiness as a mediator between perceived stress and happiness in nurses. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*. 2014; 21; 9: 789–96.
24. Ablett J. Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses experience of work. *Psycho-Oncology*. 2007; 16; 8: 733–740.
25. Lambert V, Lambert C, Petrini M, Xiao M, Zhang Y. Workplace and social factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nursing and Health Sciences*. 2007; 9: 120–6.
26. Hobfoll SE. *Stress, culture, and community*. N.Y.: London, 1998; 296 p.
27. Hobfoll SE, Lilly RS. Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*. 1993; 21: 128–48.
28. Vodopjanova NE. Protivodejstvie sindromu vygoranija v kontekste resursnoj koncepcii cheloveka. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Serija: Psihologija*. 2011; 3: 38–50. Russian.
29. Ustav (Konstitucija) Vsemirnoj Organizacii. 2020; [cited 2021 July 13]. Доступно по ссылке: <https://docs.cntd.ru/document/901977493>.
30. Noskova OG. Problemy psihologii dejatel'nosti i ee sub'ekta v tvorčestve E. A. Klimova (k 90-letiju so dnja rozhdenija). *Psihologicheskij zhurnal*. 2021; 2; 42: 106–14. Russian.
31. Leontev D. A., Rasskazova E. I. *Test zhiznestojkosti*. M.: Smysl, 2006; 63 s. Russian.
32. Vodopjanova N. E. *Stress-menedzhment*. M.: Jurajt, 2018; 283 s. Russian.
33. Kostjuchenko EV, Romanchuk LN. Svjaz' zhiznestojkosti i optimizma medicinskih rabotnikov. Aktual'nye problemy psihologii razvitija lichnosti. *Sbornik nauchnyh statej. Grodno: GrGU im. Janki Kupaly [internet]*. 2017; 205–16 [cited 2021 August 19]. Доступно по ссылке: <https://elib.grsu.by/doc/23846>. Russian.
34. Jasko BA, Kazarin BV. Model' lichnosti specialista: metodologicheskoe obosnovanie i praktičeskaja vostrebovanost'. *Organizacionnaja psihologija*. 2020; 10; 4: 109–37. [cited 2021 August 19]. Доступно по ссылке: [https://orgpsyjournal.hse.ru/data/2021/01/03/1344689973/OrgPsy_2020_4_\(6\)_Yasko-Kazarin\(109-137\).pdf](https://orgpsyjournal.hse.ru/data/2021/01/03/1344689973/OrgPsy_2020_4_(6)_Yasko-Kazarin(109-137).pdf). Russian.
35. Rasskazova EI, Gordeeva TO. Koping-strategii v strukture lichnostnogo potenciala. *Lichnostnyj potencial: struktura i diagnostika*. M.: Smysl, 2011; 267–99. Russian.