



## Особенности устойчивости жизненного мира врачей с разными функциональными обязанностями в условиях госпиталя по борьбе с COVID-19<sup>1</sup>

ЛОГИНОВА Ирина Олеговна

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия*

*Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, Красноярск, Россия*

СЕВОСТЬЯНОВА Мария Сергеевна

*Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства, Красноярск, Россия*

**Аннотация.** *Цель:* изучить особенности устойчивости жизненного мира врачей с разными функциональными обязанностями в условиях госпиталя по борьбе с COVID-19. *Методология.* Методология исследования опирается на системную антропологическую психологию. Эмпирическое исследование построено на применении авторской методики «Исследование устойчивости жизненного мира человека» (Логинава, 2012), адекватной заявленной методологии. Общий объём выборки составил 78 врачей (58 дежурных врачей и 20 лечащих врачей). Сбор эмпирических данных проводился с 30 апреля по 28 августа 2020 года. Специфика организации работы госпиталей в этот период была организована по интернатному типу. Обработка, анализ и интерпретация осуществлялись с 01 сентября по 27 декабря 2020 года. *Результаты.* Особенности устойчивости жизненного мира дежурных врачей в отличие от лечащих врачей в условиях пандемии, связанной с COVID-19, являются: доминирование временного модуса «прошлое — настоящее»; нарушенная непрерывность личностной истории; биографичность как критерий выбора содержания описываемых (значимых) событий; доминирующий отрицательный эмоциональный фон событий; отсутствующее или ситуативное рефлексивное отношение к собственной жизни; значимые события чаще характеризуют центральную линию развития или завершение линии развития, а в некоторых случаях — значимые и важные события не удерживают общую линию развития. Выявлена достоверная значимость различий между устойчивостью жизненного мира у лечащих врачей и у дежурных врачей. Можно полагать, что изменения в образе жизни дежурных врачей в условиях пандемии еще не в полной мере можно считать критическими, но они указывают на предполагаемые мишени психологической помощи по завершению данного периода. *Выводы.* Нарушенные отношения с миром в условиях пандемии препятствуют сохранению устойчивости жизненного мира и более ярко проявляются у дежурных врачей. Специфика устойчивости жизненного мира дежурных врачей близка к состоянию устойчивости жизненного мира в кризисный период для человека. *Оригинальность.* Впервые получены данные об особенностях устойчивости жизненного мира врачей с разными функциональными обязанностями в условиях госпиталя интернатного типа во время пандемии, связанной с COVID-19.

**Ключевые слова:** системная антропологическая психология, устойчивость жизненного мира, жизненное пространство, пандемия, COVID-19.

<sup>1</sup> Статья опубликована при поддержке Программы НИУ ВШЭ «Университетское партнёрство».

## Введение

Влияние коронавируса — тяжёлого острого респираторного синдрома (SARSCoV-2, далее именуемого COVID-19) на систему здравоохранения Российской Федерации было беспрецедентным в самом глобальном масштабе. Мало того, что каждый человек, независимо от его пола, образования, социального статуса и других характеристик, оказался в ситуации нарушенных отношений с ранее таким привычным и понятным миром, которые обобщённо можно отнести к неблагоприятным последствиям для психического здоровья (Rajkumar, 2020), ещё и специфика профессии и условия жизни медицинских работников представляли и продолжают представлять угрозу для их здоровья, поскольку требуется, чтобы персонал работал дольше (длительность смен, отсутствие привычных выходных и так далее) при длительном контакте с вирусом, что ставит под угрозу отдых и способность восстанавливаться и быть устойчивыми (Holmes, O'Connor, Perry, Bullmore, 2020).

В связи с этим на первый план выходят вопросы стиля руководства, организационной культуры и реализации моделей бережливого менеджмента в здравоохранении, которые неразрывны и требуют поиска ответов на вызов пандемии для реализации устойчивых мер по обеспечению безопасности и благополучия медицинского персонала. Система здравоохранения потребовала значительной реорганизации больниц как в плане структурных изменений, так и в части распределения медицинского и немедицинского персонала (Rolandi, Villa, D'Aloia, Manara, 2021). Однако, для того чтобы обеспечить бесперебойное функционирование медицинских систем, необходимо понимать возможность влияния психических заболеваний и социального стресса на работников больниц, и выявлять тех из них, которые могут быть более уязвимы для этих проблем во время пандемии COVID-19.

На сегодняшний день существует ряд исследований (Lai, Ma, Wang, Hu, 2020; Pappa, Ntella, Giannakas, Katsaounou, 2020), в которых представлены данные о психических заболеваниях среди медицинских работников во время пандемии COVID-19 с использованием шкал общей тревожности и депрессии, например, Шкалы генерализованного тревожного расстройства из семи пунктов — GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams, Löwe, 2006) и вопросник о состоянии здоровья пациента из девяти пунктов — PHQ-9 (Kroenke, Spitzer, Williams, 2001). Исследования выявили несколько факторов риска, таких как женский пол и профессиональное воздействие COVID-19, на усиление тревожности и депрессивных симптомов (Lai et al., 2020; Pappa et al., 2020). Тем не менее, факторам, влияющим на социальный стресс<sup>2</sup>, уделялось мало внимания, отчасти потому, что шкалы общей тревожности и депрессии (например, GAD-7 и PHQ-9) не включают элементы, специфичные для пандемии (Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 2006).

Следует также отметить, что ограниченные знания о вирусе COVID-19, медицинских технологиях помощи и самопомощи, будучи связанными с уязвимостью на основе неопределённости, могут выступать предикторами депрессии. Поэтому важно распространять достаточную информацию об инфекции, надлежащей подготовке к самозащите и эффективных психологических вмешательствах всем работникам больницы (Matsumoto, Fujino, Shiwaku, Takahashi, 2021).

Таким образом, пандемия приносит много неопределённости, что затрудняет удовлетворение даже базовых потребностей людей (Fiedorowicz, 2020). Хотя большое количество людей во всем мире демонстрирует устойчивость к глубоким потерям, стрессу и страху, связанным с COVID-19, вирус, вероятно, усугубит существующие расстройства психического

2 **Социальный стресс** — психическое перенапряжение, связанное с необходимостью социальной адаптации, взаимодействия в обществе. В современной медицине предпринимаются попытки количественной оценки интенсивности социального стресса (см. напр.: Величковский, Б. Т. (2005). Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье. *Бюллетень сибирской медицины*, 4(3), 5–18). *Прим. ред.*

здоровья и будет способствовать возникновению новых расстройств, связанных со стрессом, для многих (Horesh, Brown, 2020). Одним из последствий кризиса может быть названо и сокращение горизонта долгосрочного планирования. При этом в ближайшие 20 лет, помимо пандемии, человечеству придётся отвечать и другие глобальные вызовы — рост социального неравенства, снижение доверия к внутристрановым социальным институтам и так далее (Нестик, 2020).

На фоне довольно широкого обсуждения проблем психологического порядка в период пандемии и многоаспектности рассмотрения нарушений психологического функционирования, возникает необходимость в определении в качестве предмета исследования такого феномена, который аккумулирует в себе различные проявления отношений с миром. Таковым, на наш взгляд может выступить «устойчивость жизненного мира», степень выраженности которой определяет конструктивность способа жизнеосуществления, обнаруживая тем самым прогрессивное и закономерное усложнение системной организации всей психологической системы «человек — мир». Принимая априори позицию, что мир динамичен, изменчив, приходится признать, что человеку постоянно приходится меняться, удерживая при этом основную линию собственной жизненной стратегии.

Многолетние наши собственные исследования (2009–2020 гг.) данного феномена позволяют приблизиться к пониманию того, что устойчивость жизненного мира человека позволяет обнаруживать, узнавать «своё, не ставшее своим, но так необходимое») для обеспечения целостности системы, а не «подгонки» себя под мир или мира под себя. Особенно ярко это проявляется в изменяющихся условиях, когда «старые» формы взаимодействия с миром не работают, они часто неадекватны условиям настоящей жизненной ситуации (Логинава, 2009, 2020). Поэтому, в критичных (даже экстремальных) изменяющихся условиях жизни, несомненно, повышается роль вопросов устойчивости жизненного мира человека, играющей решающую роль в восстановлении и поддержании эмоциональной стабильности (Wang, Zhao, Feng, Shi, 2020) психологического здоровья, в целом, а значит в определённой степени — устойчивости жизненного мира человека. Ранее мы выявили в собственном исследовании тот факт, что пребывание человека в кризисных условиях жизнедеятельности, приводит к снижению устойчивости жизненного мира (Логинава, 2011). Кроме этого, известно, что люди без опыта проживания кризисных ситуаций (например, без опыта работы в неотложной медицинской помощи) демонстрировали худшие показатели в области психического здоровья, устойчивости и социальной поддержки (Cai, Lian, Song, Li, 2020).

Цель исследования: изучить особенности устойчивости жизненного мира врачей с разными функциональными обязанностями в условиях госпиталя интернатного типа по борьбе с COVID-19.

## **Методология исследования**

Методология исследования опирается на системную антропологическую психологию (В. Е. Ключко, О. М. Краснорядцева, Э. В. Галажинский), которая позволяет рассматривать жизненное пространство человека как его (человеческое) не линейное, а многомерное будущее. В то же время появляется возможность рассматривать процессы самореализации в пространстве и времени (хронотоп), то есть в развёртке жизни, которая ещё не состоялась, но частью которой является человек. Это важные акценты в ситуации неопределённости для понимания того, как трансформируется жизнь человека, и возможно ли самоопределение собственных жизненных оснований в настоящем «из будущего», которое в условиях пандемии становится очень смутным. Методологический потенциал системной антрополо-

гической психологии в совокупности с концептуальными основами теории жизненного самореализации (И. О. Логинова) позволяет рассматривать устойчивость жизненного мира человека как возможность жизненной самореализации проекта своей жизни: «от «действовать, чтобы поддерживать свою жизнь» до «жить для того, чтобы делать дело своей жизни» (Леонтьев, 2001). Именно устойчивость жизненного мира человека позволяет удерживать целостность системы «человек — мир», обеспечивая переход возможности в действительность и сохранение человеком самоидентичности в динамично изменяющихся условиях его жизнедеятельности. Проблема состоит в том, что в динамично и одновременно непредсказуемо и на неопределённый срок изменяющихся условиях жизнедеятельности человек «вынужден» со скоростью тех же самых динамичных изменений (а порой, и быстрее) перестраивать основания собственного бытия, определяя собственную готовность отвечать на вызовы будущего. Случившаяся пандемия COVID-19 задала высокую степень изменчивости и неопределённости в первую очередь для работников системы здравоохранения.

### **Процедура исследования**

Сбор эмпирических данных проводился с 30 апреля по 28 августа 2020 г. в первую волну пандемии, когда степень неопределённости в отношении новой коронавирусной инфекции была достаточно высока, с использованием *Google*-формы, ссылка на которую была направлена участникам исследования на электронную почту. Кроме того, специфика организации работы госпиталей в этот период была организована по интернатному типу (с постоянным проживанием на территории госпиталя, без права выходить за пределы его территории и проводить время с семьей). Обработка, анализ и интерпретация осуществлялись с 01 сентября по 27 декабря 2020 г.

### **Метод исследования**

Для сохранения хронотопической логики жизни человека в контексте данного исследования мы использовали авторскую методику «Исследование устойчивости жизненного мира человека» (Логинова, 2012).

Инструкция: *Предлагаем Вам написать эссе на тему «Три дня моей жизни, которые...».* Для выполнения данного задания Вам следует:

- 1) выбрать три наиболее интересных дня, имеющих отношение к Вашему прошлому, настоящему или будущему;
- 2) определить их содержание и отразить его в названии Вашего эссе, продолжив начатое название;
- 3) описать в эссе события этих дней и Ваши переживания, эмоциональное отношение к этим событиям;
- 4) постарайтесь показать роль, значение этих дней в Вашей жизни.

### **Обработка результатов**

Обработка результатов осуществляется поэтапно:

1. Определяется временной модус событий, описываемых в эссе (все три дня относятся к прошлому, или настоящему, или будущему, или каким-то образом рассредоточены на временной оси жизни человека).

2. Подсчитываются все глаголы в эссе, фиксируется в процентном отношении количество глаголов прошедшего, настоящего и будущего времени (по результатам выбирается соответствующая графа).

3. Определяется критерий выбора содержания описываемых событий (биографический, когда описываются события собственной биографии, включённые в общую сюжетную линию жизни; топологический, когда отправной точкой описанных событий выступает определён-

ное пространство (географическое, культурное, ценностно-смысловое и так далее); хроно-топическое, когда совмещены биографический и топологический критерии, позволяющее описать события в призме единства пространства и времени жизни человека).

4. Определяется общий эмоциональный фон описываемых событий (через анализ используемых в тексте прилагательных, позволяющих выявить соотношение эмоционально нейтральных прилагательных, эмоционально отрицательных и эмоционально положительных).

5. Определяется значение описываемых событий в жизни человека (определяется в зависимости от места и роли событий относительно общей линии становления человека и её оценки в данный момент).

6. Определяется отношение к описываемым событиям (рациональное, определяется как разумное, наиболее целесообразное, обоснованное отношение к описанию; ответственное определяется как критичное, рефлексивное отношение к произошедшему и имеющее выводы относительно роли событий в жизни; ценностное определяется как «уплотнение мира вокруг человека» за счёт единства пространственных, временных и смысловых значимых контекстов).

7. Оценивается непрерывность личностной истории (отсутствует, когда человек отождествляет себя с отдельными конкретными событиями: жизнь — мозаика; проявляется на отдельных этапах, когда человек «протягивает» линию от конкретного события в пространстве и времени жизни; удерживается, когда человек в описании показывает взаимосвязанность различных событий, объединённых общей линией становления человека).

8. Анализируется рефлексивная позиция автора по отношению к описываемым событиям (отсутствует, когда человек не демонстрирует рефлексивную позицию по отношению к описываемым событиям; проявляется ситуативно, когда человек демонстрирует рефлексивную позицию по отношению к одному из описываемых событий или к одной из сторон жизнеописания; целостная рефлексивная позиция, когда описываемые события выступают предметом рефлексии в контексте жизни человека).

На основании выделенных данных подсчитывается сумма баллов по всем восьми позициям, представленным в диагностической форме.

### ***Интерпретация результатов***

24–39 баллов — устойчивость, которая характеризует таким образом организованный человеком процесс жизнедеятельности, который ориентирован на использование ранее сформированных форм взаимодействия с окружающим миром, зачастую неадекватных условиям настоящей жизненной ситуации. Стагнационный характер проявления устойчивости жизненного мира не способствует продуктивному и оптимальному жизненному самосовершенствованию. Чем ниже балл, тем выше степень выраженности стагнационного характера проявления устойчивости жизненного мира человека, которая определяет особенности таких характеристик, как отсутствие ценностного отношения к жизни, перспектив дальнейшего движения, снижение рефлексивной способности, доминирование стереотипных продуктов жизнедеятельности, неспособность к решению творческих задач, невозможность адекватно оценить собственные жизненные дефициты.

40–59 баллов — устойчивость, которая характеризует таким образом организованный человеком процесс жизнедеятельности, который не способствует сохранению здоровья, личностному росту и творчеству. Неконструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира снижает продуктивность и оптимальность жизнедеятельности человека. Чем ниже балл, тем выше степень выраженности неконструктивного характера проявления устойчивости жизненного мира человека, которая определяет особенности таких характеристик как потеря самоидентичности, недостаток ресурса (собственного потенци-

ала, условий среды) для разрешения противоречия между образом мира и образом жизни, нарушение непрерывности личностной истории, утрата целей и смыслов жизнедеятельности, отсутствие равновесия между реальностью и желаемой гармонией.

Таблица 1. Диагностическая форма методики «Исследование устойчивости жизненного мира человека»

| <b>1. Временной модус событий</b>              |                            |   |   |                                       |   |   |
|--|----------------------------|---|---|---------------------------------------|---|---|
| Прошлое  | Настоящее                  | Будущее                                       | Прошлое-настоящее   | Прошлое-будущее                       | Настоящее-будущее                             | Прошлое-настоящее-будущее                         |
| 3 балла  | 3 балла                    | 3 балла                                       | 5 баллов  | 5 баллов                              | 5 баллов                                      | 10 баллов   |
| <b>2. Соотношение глаголов</b>                 |                            |   |   |                                       |   |   |
| Доминируют                                     |                            |   | Процентное соотношение в равных долях                                     |                                       |   |   |
| Глаголы прошедшего времени                     | Глаголы настоящего времени | Глаголы будущего времени                      | Глаголов прошедшего и настоящего времен                                   | Глаголов настоящего и будущего времен | Глаголов прошедшего и будущего времен         | Глаголов прошедшего, настоящего и будущего времен |
| 3 балла  | 3 балла                    | 3 балла                                       | 5 баллов  | 5 баллов                              | 5 баллов                                      | 10 баллов   |
| <b>3. Критерий выбора содержания событий</b>   |                            |   |   |                                       |   |   |
| Биографический                                 |                            | Топологический                                |   |                                       | Хронотопический                               |   |
| 3 балла  |                            | 5 баллов                                      |   |                                       | 10 баллов                                     |   |
| <b>4. Общий эмоциональный фон событий</b>      |                            |   |   |                                       |   |   |
| Отрицательный                                  |                            | Нейтральный                                   |   |                                       | Положительный                                 |   |
| 3 балла  |                            | 5 баллов                                      |   |                                       | 10 баллов                                     |   |
| <b>5. Значение описываемых событий в жизни</b> |                            |   |   |                                       |   |   |
| Начало линии развития                          | Центральная линия развития | Завершение линии развития                     | Значимые и важные, но не удерживающие общую направленность линии развития |                                       | Удержание общей направленности линии развития |   |
| 3 балла  | 3 балла                    | 3 балла                                       | 5 баллов  |                                       | 10 баллов                                     |   |
| <b>6. Отношение к событиям</b>                 |                            |   |   |                                       |   |   |
| Рациональное                                   |                            | Ответственное                                 |   |                                       | Ценностное                                    |   |
| 3 балла  |                            | 5 баллов                                      |   |                                       | 10 баллов                                     |   |
| <b>7. Непрерывность личностной истории</b>     |                            |   |   |                                       |   |   |
| Отсутствует                                    |                            | Проявляется на отдельных этапах жизнеописания |   |                                       | Удерживается                                  |   |
| 3 балла  |                            | 5 баллов                                      |   |                                       | 10 баллов                                     |   |
| <b>8. Рефлексивная позиция автора</b>          |                            |   |   |                                       |   |   |
| Отсутствует рефлексивное отношение             |                            | Рефлексивное отношение проявляется ситуативно |   |                                       | Наличие целостной рефлексивной позиции автора |   |
| 3 балла  |                            | 5 баллов                                      |   |                                       | 10 баллов                                     |   |

60–80 баллов — устойчивость, которая характеризует особым образом организованный человеком процесс жизнедеятельности, способствующий сохранению здоровья, личностному росту и творчеству, отражает тенденцию к оптимизации своего потенциала, гармоничному самоосуществлению во всех жизненно важных для него сферах. Общая конструктивность (продуктивность и оптимальность) жизненного самоосуществления человека основывается на конструктивном характере проявления устойчивости жизненного мира человека. Конструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира человека определяет особенности таких характеристик как доминирование продуктов нового качества, способность к решению творческих задач, соответствие возможностей человека степени его ответственности за реализацию этих возможностей, ценностное отношение к жизни, наличие перспектив дальнейшего движения, отсутствие недостатка ресурса (собственного потенциала, условий среды) для разрешения противоречий между образом мира и образом жизни, самоотжественность.

Статистический анализ эмпирических данных проводился с использованием статистического пакета IBM SPSS Statistics v.19. Проверка количественных данных на подчинение закону нормального распределения проводилась с помощью *W*-теста Шапиро — Уилка. Количественные данные представлены в виде средних арифметических, качественные — в процентах. Сравнение качественных характеристик между исследуемыми группами проводилось с использованием точного критерия Фишера, количественные характеристики — *U*-критерия Манна — Уитни в связи с отсутствием нормального распределения переменных. За критическое значение уровня значимости было принято  $p < 0,05$ .

### **Выборка**

Общий объём выборки составил 78 врачей, работающих в госпиталях г. Красноярска, из них 58 дежурных врачей (первая группа) и 20 лечащих врачей (вторая группа). Разделение на данные группы в дизайне исследования обусловлено функциональными обязанностями докторов в госпитале интернатного типа:

1) для дежурных врачей — ответственность за жизни пациентов в ограниченный промежуток времени, возможность действовать по алгоритму, регламентирующему интервальность замеров жизненно важных показателей, таких как температура, сатурация и другие (при определённых показателях переводить в палату интенсивной терапии, реанимацию), работа по графику с чередованием дневных и ночных смен по 12-часовому пребыванию в «красной» зоне;

2) для лечащих врачей — длительное ведение пациентов и пролонгированная ответственность за их самочувствие, отсутствие гарантированной возможности действовать по методическим рекомендациям (индивидуальное течение заболевания разнообразнее описанного в методических рекомендациях), работа в дневное время с 8-часовым пребыванием в «красной» зоне, часть из которого — работа с документацией (назначения, ведение дневников, историй болезни пациентов).

Для нас было важно проверить предположение о том, что устойчивость жизненного мира врачей различается в зависимости от разных функциональных обязанностей в условиях госпиталя интернатного типа по борьбе с COVID-19.

На предварительном этапе из выборки исключались те, кто не заполнил предложенные анкеты в полном объёме, а также те, кто не соответствовал следующим критериям:

- добровольное согласие на участие в исследовании;
- высшее образование по специальностям «врач-лечебник», «врач-участковый терапевт» как соответствующие одному профессиональному стандарту «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»;
- работа в должности врача (вне зависимости от специальности интернатуры и ординатуры) в допандемийный период не менее полутора лет;
- мужчины и женщины в возрасте от 25 до 55 лет.

## **Результаты исследования**

Первый этап исследования был посвящён проверке групп на сопоставимость их в качестве групп сравнения. Следует отметить, что группы респондентов формировались в ограниченном временном промежутке, однако, при их формировании удалось достичь однородности выборок по полу, возрасту, длительности пребывания в госпитале на момент обследования (параметр «высшее образование» и «социальный статус» специально не проверялись, поскольку являлись критериями включения в исследовательскую выборку и присутство-

вали у всех респондентов). Распределение респондентов по социально-демографическим параметрам представлено в Таблице 2.

Проведённый анализ, подтверждающий однородность групп по полу, возрасту, длительности пребывания в госпитале на момент обследования, позволяет констатировать идентичность по составу групп дежурных врачей и лечащих врачей:

- уровень значимости при сравнении групп по полу ( $p = 0,893$ );
- уровень значимости при сравнении групп по возрасту ( $p = 0,617$ );
- уровень значимости при сравнении групп по длительности пребывания в госпитале на момент обследования ( $p = 0,704$ ).

Таблица 2. Социально-демографические характеристики выборки

| Группа        | Пол     |         | Возраст    | Длительность пребывания в госпитале на момент обследования (в днях) |
|---------------|---------|---------|------------|---|
|               | женский | мужской |            |   |
| Первая группа | 62%     | 38%     | 41,2 ± 0,7 | 31,4 ± 0,3  |
| Вторая группа | 60%     | 40%     | 40,6 ± 0,5 | 31,2 ± 0,5  |

В связи с этим нами была принята позиция о корректности проведения сравнительного анализа устойчивости жизненного мира врачей (таблица 3).

Таблица 3. Результаты оценки устойчивости жизненного мира врачей двух групп

| Параметры                            | Первая группа  | Вторая группа  |
|--------------------------------------|--|--|
| Временной модус событий              | Настоящее (20%)                                      | Настоящее — будущее (60%)                            |
|                                      | Прошлое (40%)  | Прошлое — настоящее — будущее (40%)                  |
|                                      | Прошлое — настоящее (40%)                            |  |
| Соотношение глаголов                 | Настоящее (20%)                                      | Настоящее — будущее (60%)                            |
|                                      | Прошлое (40%)  | Прошлое — настоящее — будущее (40%)                  |
|                                      | Прошлое и настоящее (40%)                            |  |
| Критерий выбора содержания событий   | Хронотопический (20%)                                | Хронотопический (30%)                                |
|                                      | Топологический (30%)                                 | Топологический (60%)                                 |
|                                      | Биографический (50%)                                 | Биографический (10%)                                 |
| Общий эмоциональный фон событий      | Положительный (20%)                                  | Положительный (60%)                                  |
|                                      | Нейтральный (30%)                                    | Нейтральный (30%)                                    |
|                                      | Негативный (50%)                                     | Негативный (10%)                                     |
| Значение описываемых событий в жизни | Общее направление развития сохраняется (10%)         | Общее направление развития сохраняется (50%)         |
|                                      | Общее направление развития не удерживается (20%)     | Общее направление развития не удерживается (30%)     |
|                                      | Начало линии развития (70%)                          | Начало линии развития (20%)                          |
| Отношение к событиям                 | Ценностное (20%)                                     | Ценностное (60%)                                     |
|                                      | Ответственное (60%)                                  | Ответственное (20%)                                  |
|                                      | Рациональное (20%)                                   | Рациональное (20%)                                   |
| Непрерывность личной истории         | Сохранена (0%)                                       | Сохранена (75%)                                      |
|                                      | Ситуационная (30%)                                   | Ситуационная (20%)                                   |
|                                      | Отсутствует (70%)                                    | Отсутствует (5%)                                     |
| Рефлексивная позиция автора          | Целостная рефлексивная позиция (10%)                 | Целостная рефлексивная позиция (60%)                 |
|                                      | Ситуационно проявляющаяся рефлексивная позиция (30%) | Ситуационно проявляющаяся рефлексивная позиция (25%) |
|                                      | Отсутствие рефлексивного отношения (60%)             | Отсутствие рефлексивного отношения (10%)             |

Сопоставительный данный анализ свидетельствует, что в условиях пандемии у дежурных врачей в большей степени выражено удержание линии прошлого (об этом свидетельствуют события, описываемые респондентами, и глаголы, которые они используют в рассказе). Доля прошлого у этих врачей в условиях пандемии существенно превышает пред-



ставленность настоящего. На подобные эффекты, проявляющиеся в проблемах управления временем в кризисных условиях жизнедеятельности (изоляция, тяжелая болезнь, резкая смена образа жизни), указывает ряд авторов (Mackolil, Mackolil, 2020; Lee, Wong, McAlonan, Chua, 2007). Опорой в нарастающем отрицательном эмоциональном фоне (50%) выступает ответственное отношение (60%) к событиям, происходящим в жизни. Снижение или полный отказ от ценностного отношения к событиям жизни в пользу ответственного приводит к нарушению личной истории, к значительной дефицитарности рефлексивной позиции (60%). Специфика изменения временного режима событий, эмоционального фона, непрерывности личной истории и снижения рефлексивности являются ключевыми. По вышеперечисленным параметрам достоверные различия показателей выявлены у группы дежурных врачей в сравнении с лечащими врачами.

Для оценки значимости различий в параметрах устойчивости жизненного мира человека в группах респондентов был применен *t*-критерий Стьюдента для несвязанных выборок при обязательной проверке нормальности распределения и расчете стандартного отклонения. Представленные в Таблице 4 результаты позволяют констатировать, что имеет место достоверная значимость различий между устойчивостью жизненного мира лечащих врачей и дежурных врачей. Можно полагать, что изменения в образе жизни дежурных врачей в условиях пандемии ещё не в полной мере можно считать критическими, но они указывают на предполагаемые мишени психологической помощи по завершению данного периода.

Таблица 4. Результаты исследования различий особенностей устойчивости жизненного мира респондентов методом *t*-критерия Стьюдента для несвязанных выборок

| Первая группа |          | Вторая группа |          | <i>t</i> -критерий ( <i>t</i> -test) | <i>p</i> |
|---------------|----------|---------------|----------|--------------------------------------|----------|
| $\mu$         | $\delta$ | $\mu$         | $\delta$ |                                      |          |
| 27.9          | 7.44     | 31.74         | 8.32     | -1.997                               | .05      |

### Обсуждение результатов

Полученные нами данные свидетельствуют, что особенностями устойчивости жизненного мира дежурных врачей в отличие от лечащих врачей в условиях пандемии COVID-19, являются следующие:

- доминирование временного модуса «прошлое — настоящее»;
- нарушенная непрерывность личной истории;
- биографичность как критерий выбора содержания описываемых (значимых) событий;
- доминирующий отрицательный эмоциональный фон событий;
- отсутствующее или ситуативное рефлексивное отношение к собственной жизни;
- значимые события чаще характеризуют центральную линию развития или завершение линии развития, а в некоторых случаях — значимые и важные события не удерживают общую линию развития.

Обнаруживается, что свобода жизненных проявлений находится у этих врачей в угнетённом состоянии; затруднено понимание параметра «место-время» собственной жизни, его приходится измерять происходящими событиями или их отсутствием (поступившими большими, тяжёлыми случаями, необходимостью задержаться на смене, или наоборот, неожиданным «затишьем»), что проявляет себя в нарушенной непрерывности личной истории и биографичности как критериях отбора событий. Это говорит о том, что в условиях работы в госпитале интернатного типа у дежурных врачей «страдает» темпоральная составляющая жизни, «сворачивая» вектор будущего до минимума и таким образом трансформируясь в образе жизни человека.

По мнению ряда авторов, ранее описывающих психологические последствия пандемии эпидемии респираторного синдрома на Ближнем Востоке, имеющиеся проблемы начинают минимизироваться через четыре-шесть месяцев после освобождения из изоляции наряду с оказанием психологической поддержкой лицам с уязвимым психическим здоровьем, а также предоставлением точной информации (Jeong, Yim, Song, Chae, 2016). Однако, уже сегодня можно утверждать, что пандемия нанесла тяжёлый урон медицинским работникам. В течение пандемии COVID-19 более высокий уровень встречаемости был обнаружен в большинстве представленных исследований (Matsumoto et al., 2021; Fiedorowicz, 2020; Mackolil et al., 2020; Wang et al., 2020), которые указывали на негативные личные и профессиональные симптомы, такие как повышенная бдительность, страх, усталость, проблемы со сном, удручённость и сомнения в знаниях и навыках, утрата чувства собственного достоинства и избегание рисков.

Значимым фактором выступает непосредственно работа в госпиталях интернатного типа, что является существенным ядром как настоящего исследования, так и исследований ряда авторов. Так, установлена связь между работой в госпиталях интернатного типа по борьбе с COVID-19 и психическим здоровьем в целом, при этом самая сильная связь была обнаружена исследователями в группе женщин возрастной группы 30–49 лет, что совпадает с медианой по возрасту в наших группах респондентов. Возможными причинами такого воздействия могут быть конкретные требования к балансу между работой и личной жизнью в этой возрастной группе женщин-врачей, для удержания жизненной многозадачности. Эта многозадачность может привести к дополнительному стрессу, который может оказывать влияние на их психическое благополучие (Vanhaecht, Seys, Bruyneel, Claes, 2020).

Кроме того, передислокация и отсутствие уверенности в отношении должностных ролей, перераспределения рабочих мест и смены функционала в ряде исследований часто упоминается как причина страданий, а также связывается с ущербом психическому здоровью. Передислокация также усугубила обеспокоенность отсутствием возможности контролировать ситуацию и предъявляемыми высокими требованиями. Забота о собственной безопасности и тревога по поводу «принести вирус домой» в семью также часто упоминаются как причины душевных страданий. Авторы отмечают, что такие состояния усугубляются отсутствием адекватной поддержки и обучения перед переводом в незнакомую среду (Ike, Durand-Hill, Elmusharaf, Awad, 2021).

Многочисленные данные, полученные на российской выборке врачей, осуществляющих деятельность в инфекционных госпиталях для пациентов с COVID-19, не противоречат результатам настоящего исследования, подчёркивая актуальность проблемы своевременной профилактики, диагностики и коррекции дисфункциональных расстройств и состояний медицинских работников. Очевидно, что в условиях эпидемии медицинские работники в РФ также столкнулись с дополнительными стрессовыми факторами — нехватка средств индивидуальной защиты, беспокойство за семью и детей, физический стресс (Худова и др., 2020). С одной стороны, врачи, выполняющие свою повседневную работу в напряжённых условиях труда (до пандемии), и так входят в группу риска развития дезадаптационных расстройств и состояний. Согласно полученным данным на выборке анестезиологов-реаниматологов у 67,3% уже сформирован синдром эмоционального выгорания, для 35,3% характерны усталость, вялость, инертность, низкая работоспособность, а у 24,4% диагностируются психотические реакции и состояния (Корехова и др., 2020). С другой стороны, результаты последних исследований обнаруживают более выраженное профессиональное выгорание врачей, работающих именно с пациентами с новой коронавирусной инфекцией (Титова, 2020). По некоторым данным, деперсонализация медицинских работников в условиях пандемии

достигает 93%. В свою очередь, меры по предотвращению «выгорания» носят неконкретный характер (Худова и др., 2020). При этом даже в условиях пандемии врачи стремятся быть социально желательными, отрицая у себя симптомы тревоги и депрессии, как при постановке прямых вопросов относительно их психологического самочувствия, так и при тестировании опросником HADS3, что может быть связано либо со стремлением продемонстрировать героический образ врача, либо с алекситимией (Титова, 2020).

Любопытные данные обнаруживает исследование, проведённое О. А. Овсяник, в котором сравнивалось актуальное психоэмоциональное состояние врачей, работающих в «красной» зоне и резервистов (проживающие дома, но в постоянной готовности к встрече с пациентами с COVID-19). Состояние депрессии было диагностировано у 28,6% врачей, из них 80% — резервисты. Тревогу по поводу пандемии отмечали все врачи без исключения, однако только 21,4% переживали за своё здоровье, в то время как 85,7% — за здоровье близких. Среди выводов исследования также наблюдение, что врачи не желают обращаться за помощью к психологам, несмотря на объективную необходимость психологической поддержки (Овсяник, 2020).

Аналогичные данные были получены и в другом исследовании в результате анализа мероприятий психологической интервенции для врачей, работающих в инфекционных госпиталях — несмотря на распространённость тревожной и депрессивной симптоматики, готовность сотрудников к участию в психопрофилактических, психодиагностических мероприятиях, индивидуальным консультациям, тренингам и так далее остаётся на невысоком уровне. Очевидным становится противоречие между объективной необходимостью (по результатам психодиагностики) и доступностью профессиональной психологической помощи, с одной стороны, и неготовностью к её получению, с другой (Севостьянова и др., 2020). Интересен также тот факт, что эмоциональное истощение (69%) и деперсонализация (85%) характерны для врачей-ординаторов, которые только начинают свой профессиональный путь даже в допандемийный период (Матюшкина, 2020). В связи с этим, очевидно, что умение врача осознать собственные психологические дефициты в условиях дистресса для принятия своевременных мер по стабилизации психоэмоциональной сферы и активизации необходимых жизненных ресурсов для осуществления эффективного, здоровьесберегающего копинга позиционируется как важнейшая профессиональная компетенция, формирование которой должно происходить ещё в момент обучения в ВУЗе (Севостьянова и др., 2020).

Кроме того, переживание ограничений, связанных с пандемией, которая ощущается как марафон без чётко очерченной финишной черты, может привести к обострению психических проблем на фоне чрезмерных рабочих нагрузок. Это серьёзная угроза непрерывности и качеству медицинского обслуживания. Дополнительными поводами для беспокойства являются большое количество плановых мероприятий, которые были прерваны или отложены из-за COVID-19, которые ещё и в настоящее время переносятся. Это также влияет на усталость и бросает вызов устойчивости обеих групп врачей и менеджерам системы здравоохранения. Поэтому руководители больниц и менеджеры по персоналу ответственны за доступность врачам разнообразных механизмов поддержки (организационной, психологической и тому подобной) (Marques, Bartuska, Cohen, Youn, 2020).

## Выводы

1. Выявлено, что у респондентов первой группы (дежурных врачей) в условиях работы в госпитале интернатного типа по борьбе с COVID-19 нарушенные отношения с миром препят-

3 Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) была разработана в 1983 г. с целью определения и оценки тяжести симптомов депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики году (Zigmond, Snaith, 1983).  
*Прим. ред.*

ствуют сохранению устойчивости жизненного мира, что проявляется в невозможности удерживать модус будущего, планировать и контролировать собственную жизнь (как в плане объёма работы с поступающими пациентами, тяжести их состояния, так и в плане собственного состояния здоровья, которое вызывает тревогу, настороженность, снижение эмоционального фона). Респонденты второй группы (лечащие врачи) имеют больший контроль как над профессиональной ситуацией, так и над собственной жизнью, что проявляется в специфике организации их режима в госпитале, их функциональными обязанностями, в рамках которых у них сохраняется возможность планирования.

2. Специфика устойчивости жизненного мира респондентов первой группы (дежурные врачи) по параметрам «Временной модус событий», «Непрерывность личностной истории», «Общий эмоциональный фон событий», «Отношение к событиям» близка к состоянию устойчивости жизненного мира в кризисный период для человека, что подтверждается ранее проведённым нами исследованием (Логинава, 2011).

3. Выявленные особенности устойчивости жизненного мира врачей с разными функциональными обязанностями в условиях госпиталя по борьбе с COVID-19 позволяют акцентировать внимание на необходимости организации психологической помощи и реабилитации врачей в условиях перехода к профессиональной деятельности постпандемийного периода. Это могут быть специально организованные групповые рефлексивные семинары, позволяющие оценить масштаб психологических потерь — наиболее «пострадавшие» в пандемийный период компоненты устойчивости жизненного мира, осознать полученный опыт и интегрировать его в целостную историю жизни. Опыт оказания таких форм помощи уже нарабатывается психологами, оказывающими помощь работникам системы здравоохранения.

## Ограничения

В настоящей статье представлены впервые полученные данные об особенностях устойчивости жизненного мира врачей во время пандемии, связанной с COVID-19, однако, исследование имеет несколько ограничений, которые следует учитывать.

Во-первых, исследование носит региональный характер, выполнено на базе одного из госпиталей г. Красноярск.

Во-вторых, защита конфиденциальности наших участников в ходе опроса не позволит нам вернуться к их идентификации, чтобы сопоставить их мнение представленного в данной статье опроса с любым последующим интервью ни в одной из последующих «волн». Это означает, что за участниками нельзя следить в нескольких «волнах» из-за поперечного характера исследования.

Даже при вышеперечисленных ограничениях результаты представленного исследования свидетельствуют, что специфика организации работы госпиталей по интернатному типу (с постоянным проживанием на территории госпиталя, без права выходить за пределы его территории и проводить время с семьей) с чётким распределением обязанностей и ответственностью между врачами оказывает значительное влияние на особенности устойчивости жизненного мира специалистов в области здравоохранения. Данные результаты могут быть использованы для разработки целевых стратегий и выработки мишеней для смягчения основных факторов психологического неблагополучия в сфере здравоохранения.

## Литература

- Корехова, М. В., Новикова, И. А., Соловьев, А. Г., Киров, М. Ю. (2020). Влияние негативных факторов труда на возникновение и развитие профессионального выгорания у врачей-анестезиологов-реаниматологов. *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*, 3, 96–106.
- Леонтьев, А. Н. (2001). *Лекции по общей психологии*. М.: Смысл.
- Логинова, И. О. (2011). Особенности устойчивости жизненного мира человека в кризисных условиях жизнедеятельности. *Вестник Московского государственного областного университета*, 2, 21–26.
- Логинова, И. О. (2012). Исследование устойчивости жизненного мира человека: методика и психометрические характеристики. *Психологическая наука и образование*, 3, 18–28.
- Логинова, И. О., Вишнякова, Н. Н., Наркевич, А. Н. (2020). Психологические реакции людей с различной устойчивостью жизненного мира в период пандемии COVID-19. *Сибирское медицинское обозрение*, 6, 101–107.
- Матюшкина, Е. Я., Микита О. Ю., Холмогорова, А. Б. (2020). Уровень профессионального выгорания врачей ординаторов, проходящих стажировку в скорпомощном стационаре: данные до ситуации пандемии. *Консультативная психология и психотерапия*, 28(2), 46–69. DOI: 10.17759/ crr.2020280203
- Нестик, Т. А. (2020). Психологические последствия пандемии и ресурсы жизнеспособности в условиях глобальных рисков. *Глобалистика-2020: Глобальные проблемы и будущее человечества* (808–813). М.
- Овсяник, О. А. (2020). Социально-психологические особенности адаптации врачей к возникновению пандемии. *Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки*, 4, 74–81. DOI: 10.18384/2310-7235-2020-4-75-81
- Севостьянова, М. С., Селезнева, Н. В., Черномурова, П. А., Харченко, З. С., Глушкова, К. В., Фетисов, А. О., Сапова, А. В., Семичев, Е. В. (2020). Актуальные проблемы реализации мероприятий психологического обеспечения деятельности медицинских работников инфекционных госпиталей для пациентов с COVID-19 на территории Красноярского края. *Медицина экстремальных ситуаций*, 3, 26–34. DOI: 10.47183/mes.2020.005
- Титова, В. В. (2020). Психическое здоровье и эмоциональное выгорание врачей в период пандемии COVID-19. *Детская медицина Северо-Запада*, 8(1), 330.
- Худова, И. Ю., Улумбекова, Г. Э. (2021). «Выгорание» у медицинских работников: диагностика, лечение, особенности в эпоху COVID-19. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. *Вестник ОРГЗДРАВ*, 7(1), 42–62. DOI: 10.33029/2411-8621-2021-7-1-42-62
- Cai, W., Lian, B., Song, X., Hou, T., Deng, G., Li, H. (2020). A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, e102111. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102111
- Fiedorowicz, J. G. (2020). New challenges in the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychosomatic Research*, 133, e110123. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2020.110123
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen, S. R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., Worthman, C. M., Yardley, L., Cowan, K., Cope, C., Hotopf, M., Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7, 547–560.
- Horesh, D., Brown, A. D. (2020). Covid-19 response: Traumatic stress in the age of Covid-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 331–335. DOI: 10.1037/tra0000592

- Ike, I. D., Durand-Hill, M., Elmusharaf, E., Asemota, N., Silva, E., White, E., Awad, W. I. (2021). NHS staff mental health status in the active phase of the COVID-19 era: a staff survey in a large London hospital. *General Psychiatry*, 34, e100368. doi:10.1136/gpsych-2020-100368
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y.-J., Ki, M., Min, J.-A., Cho, J., Chae, J.-H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and health*, 38, e2016048. DOI: 10.4178/epih.e2016048
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 16, 606–613.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3), e203976. DOI: 10.1001 / jamanetworkopen.2020.3976
- Lee, A. M., Wong, J. G., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., Chu, C.-M., Wong, P.-C., Tsang, K. W. T., Chua, S. E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 52(4), 233–240. DOI: 10.1177/070674370705200405
- Mackolil, J., Mackolil, J. (2020). Addressing psychosocial problems associated with the COVID-19 lockdown. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, e102156. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102156
- Marques, L., Bartuska, F. D., Cohen, J. N., Youn, S. J. (2020). Three steps to flatten the mental health need curve amid the COVID-19 pandemic. *Depression and Anxiety*, 1–2, e23031. DOI: 10.1002/da.23031
- Matsumoto, Y., Fujino, J., Shiwaku, H., Miyajima, M., Doi, S., Hirai, N., Jitoku, D., Takagi, S., Tamura, T., Maruo, T., Shidei, Y., Kobayashi, N., Ichihashi, M., Noguchi, S., Oohashi, K., Takeuchi, T., Sugihara, G., Okada, T., Fujiwara, T., Takahashi, H. (2021). Factors affecting mental illness and social stress in hospital workers treating COVID-19: Paradoxical distress during pandemic era. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 298–302. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.03.007
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V.G., Papoutsis, E., Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*, 88, 901–907.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, e102066. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102066
- Rolandi, S., Villa, G., D'Aloia, P., Gengo, V., Negro, A., Manara, D. F. (2021). COVID-19. An Italian Hospital Response From the Nursing Perspective. *Nursing Administration Quarterly*, 45(2), 94-101. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000467
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*, 166, 1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Vanhaecht, K., Seys, D., Bruyneel, L., Cox, B., Kaesemans, G., Cloet, M., Broeck, K. V. D., Cools, O., D'Witte, A., Lowet, K., Hellings, J., Bilsen, J., Lemmens, G., Claes, S. (2020). COVID-19 is having a destructive impact on health-care workers' mental well-being. *International Journal for Quality in Health Care*, 00(00), 1–6. DOI: 10.1093/intqhc/mzaa158
- Wang, Y., Zhao, X., Feng, Q., Liu L., Yao, Y., Shi, J. (2020). Psychological assistance during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Journal of Health Psychology*, 25(6), 733–737. DOI: 10.1177/1359105320919177

Поступила 05.04.2021



## Features of the doctor's life-world stability with different functional responsibilities in a hospital to combat COVID-19

**Irina O. LOGINOVA**

*Professor V. F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russian Federation*

*Federal State-Financed Institution Federal Center for Cardiovascular Surgery, Krasnoyarsk, Russian Federation*

**Mariya S. SEVOST'YANOVA**

*Federal State-Financed Institution Federal Siberian Research Clinical Centre under the Federal Medical Biological Agency, Krasnoyarsk, Russian Federation*

**Abstract.** *Purpose* is to study the features of the doctor's life-world stability with different functional responsibilities in a hospital to combat COVID-19. *Methodology.* The research methodology is based on systemic anthropological psychology. The empirical study is based on the use of the author's method "Research of the human life-world stability" (Loginova, 2012), which is adequate to the stated methodology. The total sample size was 78 doctors (58 — doctor on duty and 20 — attending doctors). The collection of empirical data was carried out from April 30 to August 28, 2020. The specifics of the organization of the work of hospitals during this period was organized according to the boarding type. Processing, analysis, and interpretation were carried out from September 01 to December 27, 2020. *Findings.* The features of the life-world stability of doctors on duty, in contrast to attending doctors in a pandemic associated with COVID-19, are: (1) dominance of the temporal modus "past — present"; (2) disrupted continuity of personal history; (3) biography as a criterion for choosing the content of the described (significant) events; (4) dominant negative emotional background of events; (5) absent or situational reflexive attitude to one's own life; (6) significant events more often characterize the central line of development or the completion of the line of development, and in some cases — significant and important events do not hold the general line of development. Revealed significant differences between the life-world stability of the attending doctors and doctors on duty. It can be assumed that changes in the lifestyle of doctors on duty in a pandemic cannot be called critical, but they indicate the alleged targets of psychological assistance at the end of this period. *Implications for practice.* Disturbed relations with the world in a pandemic impede maintaining the stability of the life world and are more clearly manifested among the doctors on duty. The specificity of the life-world stability of doctors on duty is close to the state of the human life-world stability in a crisis period. *Originality.* For the first time, data were obtained on the characteristics of the doctors life-world stability with different functional responsibilities in a residential hospital during a pandemic associated with COVID-19.

**Keywords:** systemic anthropological psychology, life-world stability, living space, pandemic, COVID-19.

### References

Cai, W., Lian, B., Song, X., Hou, T., Deng, G., Li, H. (2020). A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, e102111. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102111

- Fiedorowicz, J. G. (2020). New challenges in the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychosomatic Research*, 133, e110123. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2020.110123
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen, S. R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., Worthman, C. M., Yardley, L., Cowan, K., Cope, C., Hotopf, M., Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7, 547–560.
- Horesh, D., Brown, A. D. (2020). Covid-19 response: Traumatic stress in the age of Covid-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 331–335. DOI: 10.1037/tra0000592
- Hudova, I. Yu., Ulumbekova, G. Ye. (2021). «Vygoranie» u medicinskih rabotnikov: diagnostika, lechenie, osobennosti v jepohu COVID-19 [“Burnout” in healthcare workers: diagnosis, treatment, especially in the era of COVID-19]. ORGZDRAV: news, opinions, training. *Bulletin ORGZDRAV*, 7(1), 42–62. DOI: 10.33029/2411-8621-2021-7-1-42-62
- Ike, I. D., Durand-Hill, M., Elmusharaf, E., Asemota, N., Silva, E., White, E., Awad, W. I. (2021). NHS staff mental health status in the active phase of the COVID-19 era: a staff survey in a large London hospital. *General Psychiatry*, 34, e100368. doi:10.1136/gpsych-2020-100368
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y.-J., Ki, M., Min, J.-A., Cho, J., Chae, J.-H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and health*, 38, e2016048. DOI: 10.4178/epih.e2016048
- Korehova, M. V., Novikova, I. A., Solov'ev, A. G., Kirov, M. Yu. (2020). Vliyanie negativnyh faktorov truda na vzniknovenie i razvitie professional'nogo vygoranija u vrachej-anestezologov-reanimatologov [Influence of negative labor factors on the occurrence and development of professional burnout in anesthesiologists and resuscitators]. *Biomedical and socio-psychological problems of safety in emergency situations*, 3, 96–106.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 16, 606–613.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3), e203976. DOI: 10.1001 / jamanetworkopen.2020.3976
- Lee, A. M., Wong, J. G., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., Chu, C.-M., Wong, P.-C., Tsang, K. W. T., Chua, S. E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 52(4), 233–240. DOI: 10.1177/070674370705200405
- Leontiev, A. N. (2001). Lekcii po obshhej psihologii [General Psychology Lectures]. Moscow: Smysl.
- Loginova, I. O. (2011). Osobennosti ustojchivosti zhiznennogo mira cheloveka v krizisnyh usloviyah zhiznedeyatel'nosti [Features of the human life-world stability in crisis life conditions]. *Bulletin of Moscow State Regional University. Series: Psychological Sciences*, 2, 21–26.
- Loginova, I. O. (2012). Issledovanie ustojchivosti zhiznennogo mira cheloveka: metodika i psihometricheskie harakteristiki [Investigation of the human life-world stability: methodology and psychometric characteristics]. *Psychological Science and Education*, 3, 18–28.
- Loginova, I. O., Vishnjakova, N. N., Narkevich, A. N. (2020). Psihologicheskie reakcii ljudej s razlichnoj ustojchivost'ju zhiznennogo mira v period pandemii COVID-19 [Psychological reactions of people with different life-world stability during the COVID-19 pandemic]. *Siberian Medical Review*, 6, 101–107.
- Mackolil, J., Mackolil, J. (2020). Addressing psychosocial problems associated with the COVID-19 lockdown. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, e102156. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102156



- Marques, L., Bartuska, F. D., Cohen, J. N., Youn, S. J. (2020). Three steps to flatten the mental health need curve amid the COVID-19 pandemic. *Depression and Anxiety, 1-2*, e23031. DOI: 10.1002/da.23031
- Matjushkina, E. Ya., Mikita O. Yu., Holmogorova, A. B. (2020). Uroven' professional'nogo vygoranija vrachej ordinatorov, prohodjashhih stazhirovku v skoropomoshhnom stacionare: dannye do situacii pandemii [Burnout rate of resident physicians undergoing internship in emergency hospital: data prior to the pandemic situation]. *Counseling psychology and psychotherapy, 28(2)*, 46–69. DOI: 10.17759/cpp.2020280203
- Matsumoto, Y., Fujino, J., Shiwaku, H., Miyajima, M., Doi, S., Hirai, N., Jitoku, D., Takagi, S., Tamura, T., Maruo, T., Shidei, Y., Kobayashi, N., Ichihashi, M., Noguchi, S., Oohashi, K., Takeuchi, T., Sugihara, G., Okada, T., Fujiwara, T., Takahashi, H. (2021). Factors affecting mental illness and social stress in hospital workers treating COVID-19: Paradoxical distress during pandemic era. *Journal of Psychiatric Research, 137*, 298–302. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.03.007
- Nestik, T. A. (2020). Psihologicheskie posledstvija pandemii i resursy zhiznesposobnosti v uslovijah global'nyh riskov [Psychological consequences of the pandemic and resilience resources in the context of global risks]. *Globalistics-2020: Global Problems and the Future of Humanity* (808–813). M.
- Ovsjanik, O. A. (2020). Social'no-psihologicheskie osobennosti adaptacii vrachej k vozniknoveniju pandemii [Socio-psychological characteristics of the adaptation of doctors to the emergence of a pandemic]. *Bulletin of the Moscow State Regional University. Series: Psychological Sciences, 4*, 74–81. DOI: 10.18384/2310-7235-2020-4-75-81
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun, 88*, 901–907.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry, 52*, e102066. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102066
- Rolandi, S., Villa, G., D'Aloia, P., Gengo, V., Negro, A., Manara, D. F. (2021). COVID-19. An Italian Hospital Response From the Nursing Perspective. *Nursing Administration Quarterly, 45(2)*, 94-101. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000467
- Sevost'janova, M. S., Selezneva, N. V., Chernomurova, P. A., Harchenko, Z. S., Glushkova, K. V., Fetisov, A. O., Sapova, A. V., Semichev, E. V. (2020). Aktual'nye problemy realizacii meroprijatij psihologicheskogo obespechenija dejatel'nosti medicinskih rabotnikov infekcionnyh gospi talej dlja pacientov s COVID-19 na territorii Krasnojarskogo kraja [Actual problems of the implementation of measures for the psychological support of the activities of medical workers of infectious diseases hospitals for patients with COVID-19 in the Krasnoyarsk Territory]. *Emergency medicine, 3*, 26–34. DOI: 10.47183/mes.2020.005
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med, 166*, 1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Titova, V. V. (2020). Psihicheskoe zdorov'e i jemocional'noe vygoranie vrachej v period pandemii COVID-19 [Mental health and burnout of doctors during the COVID-19 pandemic]. *Children's medicine of the Northwest, 8(1)*, 330.
- Vanhaecht, K., Seys, D., Bruyneel, L., Cox, B., Kaesemans, G., Cloet, M., Broeck, K. V. D., Cools, O., D'Witte, A., Lowet, K., Hellings, J., Bilsen, J., Lemmens, G., Claes, S. (2020). COVID-19 is having a destructive impact on health-care workers' mental well-being. *International Journal for Quality in Health Care, 00(00)*, 1–6. DOI: 10.1093/intqhc/mzaa158
- Wang, Y., Zhao, X., Feng, Q., Liu L., Yao, Y., Shi, J. (2020). Psychological assistance during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Journal of Health Psychology, 25(6)*, 733–737. DOI: 10.1177/1359105320919177