Введение
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 группе 1 (n = 94) соотношение "Вовлеченности", "Контроль", "Принятие риска" было 9,6/34,0; 7,7/35,1 соответственно. В индексе ресурсности (ИР) (1,24) отражено преобладание персональных приобретений над потерями за прошедший год. Отсутствуют различия по полу. У 31,9% врачей "красной зоны" (группа 1) значительно сократился потенциал жизнестойкости. Разрушительному воздействию подверглись все компоненты жизнестойкости: соотношение "Высокие/Низкие" значений следующее: "Вовлеченность" — 8,5/27,7; "Контроль" — 9,6/34,0; "Принятие риска" — 10,6/35,1. ИР снизился (2,77). Наиболее выражено сокращение ресурсов у врачей женского пола. Установлено значимое взаимодействие принятия риска и динамики персональных ресурсов у врачей "красной зоны", что может указывать на активизацию проактивного совладания с опорой на принятие нового профессионального опыта.

В данной работе описана специфика состояния жизнестойкости и персональных ресурсов врачей "красной зоны". 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: COVID-19, пандемическое сознание, психологическое здоровье, жизнестойкость, персональные ресурсы.

Благодарности: Семье, за поддержку и понимание; научной работе— за руководство и непосредственное участие; семье и друзьям — за моральную поддержку и веру в результаты исследования; коллегам — за помощь в сборе и анализе данных; лаборатории — за предоставление оборудования и технической поддержки; организаторам — за создание возможности для проведения исследования; всем за настоящее исследование.

Соблюдение этических стандартов: исследование одобрено эфиопским 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.

Оригинальное исследование. Психология

HARDINESS AND PERSONAL RESOURCES OF RED ZONE STAFF: PSYCHOLOGICAL ANALYSIS

Yasko BA1,2, Kazarin BV1, Gorodin VN1, Chugunova NA1, Pokul LV4, Skripnichenko LS2, Skorobogatov VP3

1 Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia
2 Kuban State University, Krasnodar, Russia
3 Novorossysk 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 hardness and the state of vital resources in physicians continuously working in red zones and to test a hypothesis 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 hardness and its components (commitment, control and challenge) were at high levels in group 2 (59.7%; 67.5%; 61.0%; 20.9% respectively). In group 1 (n = 94) the index of resourcefulness (IR) (1.24) reflected the prevalence of personal gains over losses in the past year. In this group, there were no sex differences in the results. By contrast, hardness 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 9.6/34.0 for commitment, 9.6/34.0 for control and 10.6/35.1 for challenge. IR 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, hardness, 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 Ostroshko MG, the Head of the HR Department of the Regional Clinical Hospital No 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; Chugunova NA carried out data collection and analysis of 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 counseling to red zone staff; Skorobogatov VP conducted statistical analysis.

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

Correspondence should be addressed: Yasko BA
Stavropolskaya, 149, 350040, Krasnodar; shabelalyandex.ru

Received: 12.08.2021 Accepted: 26.08.2021 Published online: 30.08.2021
DOI: 10.24075/vrgmu.2021.042
Второй год биосоциальная среда человечества подвержена массированной агрессии коронавируса, на передовой борьбы с которым находятся медицинские работники. Актуальна и требует научного анализа проблема ценности 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 впервые месяц жизни пандемии рассматривали специалисты в области психиатрии и психологической поддержки. В целях возможности была отмечена необходимость оперативно организованных ответных мер общественного здравоохранения по психологической поддержке населения как часть мероприятий по борьбе с COVID-19 [1, 2]. Исследователи психологи человека рефлексируют данные, полученные по анкетным опросам, наблюдениям, проведенным на первом этапе пандемии. Наиболее актуально изучаются ресурсы сопротивляющего поведения, факторы риска переживания посттравматического стресса, изменения в индивидуальном и общественном сознании, происходящие в продолжающейся пандемии коронавирусной инфекции. Так, по результатам онлайн-опроса, проведенного по завершении периода самоизоляции (всена-лето 2020 г.), выделена специфика активизации проактивных ресурсов сопротивляющего 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 выступает поиск индивидуального решения. Об основности возможности 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, предпочтительно активные стратегии совладания со стрессом, имеют менее выраженные симптомы посттравматического стрессового расстройства в связи с пандемией COVID-19 по сравнению со студентами, использующими пассивные колибри стратегии [5].

В цикле экспертных опросов ведущих отечественных психологов [6] был проанализирован социально-психологический контекст пандемии. В выводах отмечено раздоение экспертного сообщества, характерное и для общества в целом. Выделены сегменты «ковид-динсидентов» и «ковид-ригистрс», что, несомненно, является фактором, отягощающим конструтивность противопандемических мероприятий. Эти данные созвучны с выводом о недостаточном уровне приверженности врачам в различных группах населения, что создает коммуникативные барьеры и трудности в их преодолении при обсуждении медицинских работников с пациентами [7].

Обзор научных публикаций, посвященных исследованиям психологи человека в глобальном кризисе пандемии, показал, что еще недостаточно аналитических данных о состоянии персональных ресурсов медицинских работников, деятельность которых длительное время проходит в коронавирусных ситуациях. При этом методология ресурсного подхода, основанная на принципах экзистенциальной психологии и психотерапии В. Франкла, С. Мадди, С. Хобфолла [8–15], можно рассматривать в качестве терапевтического инструмента, эффективного в поддержании психологического здоровья медицинского персонала в условиях пандемии. 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, была 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 критическим счастьем [23]. Устойчивость и благополучие медицинского работника обусловлена вовлеченностью в процесс деятельности, удовлетворенностью трудом и не связана значимо с их возрастом [22].

Психологический ресурс жизнестойкости медицинских работников в противостоянии профессиональному стрессу рассматривают и в ряде зарубежных исследований. У медсестер жизнестойкость выступает психологическим «буфером» между воспринимаемым стрессом и критическим счастьем [23]. Устойчивость и благополучие 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 критическим счастьем [23]. Устойчивость и благополучие медицинского работника обусловлена вовлеченностью в процесс деятельности, удовлетворенностью трудом и не связана значимо с их возрастом [22].
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»; контрольная группа (группа 2) — врачи, не участвовавшие в клиническом процессе с ковидными пациентами (n = 77). Состав групп по полу: группа 1 — женщины 60,0% (n = 62); мужчины 34,0% (n = 32); группа 2 — женщины 66,2% (n = 51); мужчины 33,8% (n = 26).

Критерии исключения: возраст свыше 55 лет; переживание критических (критических) жизненных событий во временной диапазон «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 психоdiagностике применяли методики опросного типа, основанные на теоретических концепциях 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]. Отсутствием убежденности порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни. «Контроль» (control) показывает, насколько человек убежден в возможности влиять на результаты происходящего. «Принятие риска» (challenge) раскрывает убежденность человека: все, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из жизненного опыта, и его 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 вариантов 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 рассчитывались, помимо параметрических, 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). Оценку степени переживаний потеря и приобретений проводили по 5-балльной 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 проводилась 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). Параметрическая статистика обусловлена предварительной оценкой однородности дисперсий переменных с помощью F-критерия Ливинга. 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),
что находится на диагностической границе средне-
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
контрольного процесса жизнедеятельности сохраняют в
условиях рабочего стресса только 9,6% врачей (n = 9).
Высокую готовность к принятию риска обнаружили 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, причем принимаемые жизненные риски.
Имеется определенная гендерная специфика проявления
жизнестойкости врачей в «красной зоне» (табл. 2).

### Таблица 1. Описательная статистика анализа жизнестойкости в сравниваемых группах врачей

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

Примечание: t-критерий Стьюдента: * = 9,99; p < 0,001; ** = 11,9; p < 0,001; *** = 9,13; p < 0,001; **** = 2,57; p < 0,05. Критерий углового преобразования Фишера: = 7,39; p ≤ 0,001; = 3,09; p ≤ 0,001; = 4,81; p ≤ 0,001; = 15,9; p ≤ 0,001; = 9,65; p ≤ 0,001; = 6,47; p ≤ 0,001; = 7,56; p ≤ 0,001; = 3,53; p ≤ 0,001; = 4,14; p ≤ 0,001; = 1,84; p ≤ 0,033.

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 p* = 7,39; p ≤ 0,001). Сниженные способности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю обсланвированность и не снижая успешности деятельности, только у 5,2% группы (n = 4), что статистически достоверно отличается от аналогичного показателя в группе 1 (при p* = 4,81; p ≤ 0,001). Средний уровень жизнестойкости проявляют 35,1% опрошенных (n = 27); это значительно ниже, чем в группе 1 (при p* = 3,09; p ≤ 0,001). Высокий уровень способности выдерживать стрессовую ситуацию имеют 5,9% (n = 46), что более выражено, чем в группе 1 (при p* = 7,39; p ≤ 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

| Уровень     | Мужчины | Женщины |
|-------------|---------|---------|
| Высокий     | 4       | 2       |
| Средний     | 5       | 5       |
| Сниженный   | 3       | 2       |

**Измерения не соответствуют данным таблицы.**

Примечание: критерий Стьюдента: * — t = 5,99; p < 0,001; ** — t = 3,1; p < 0,01. Критерий углового преобразования Фишера: ’ — φ = 1,54; p ≤ 0,06; ” — φ = 2,0; p ≤ 0,02; ‘ — φ = 1,84; p ≤ 0,03.

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

Средний показатель ИР 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 ИР 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»; «Поддержка от коллег».

В подгруппах по полу отмечено преобладание низкого уровня ИР в среде женщин по сравнению с мужчинами (61,3 и 37,5%; при φ = 2,21; p ≤ 0,013).

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

Средний показатель ИР 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
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 потери и приобретениям за прошедший год (табл. 5).

Значимые (0,05 < р < 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. Установленные корреляции не имеют специфичности в женской и мужской подгруппах обеих выборок.

Состояние ресурсной базы врачей группы сравнения (группа 2) свидетельствует о высоком потенциале жизнестойкости и витальных ресурсах в обследованном профессиональном сегменте. Данные научных публикаций [33] дают основание рассматривать результаты,
В целом (n = 94) В целом (n = 77)

|              | Группа 1 | Группа 2 |
|--------------|----------|----------|
| Вовлеченность | 0,491    | 0,677    |
| Контроль     | -0,508   | 0,597    |
| Принятие риска | -0,556  | 0,561    |
| Жизнестойкость | -0,551  | 0,663    |
| Женщины (n = 62) |        |          |
| Вовлеченность | -0,501   | 0,623    |
| Контроль     | -0,484   | 0,54     |
| Принятие риска | -0,453  | 0,498    |
| Жизнестойкость | -0,516  | 0,602    |
| Мужчины (n = 32) |        |          |
| Вовлеченность | -0,561   | 0,646    |
| Контроль     | -0,583   | 0,646    |
| Принятие риска | -0,733  | 0,65     |
| Жизнестойкость | -0,665  | 0,723    |

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

1. Твердохлебова Т. И., Ковалев Е. В., Карпюченко Г. В., Кулак М. А., Думбарев О. С., Литовко А. Р. и др. Социально-экономические аспекты COVID-19 на примере Ростовской области. Инфекционные болезни, 2020; 18 (4): 27–32. DOI: 10.20963/1729-9225-2020-4-27-32.

2. Сорокин М. Ю., Касьянов Е. Д., Рукавишников Г. В., Макаревич О. В., Незнанов Н. Г., Лугова Н. В., и др. Структура тревожных переживаний, ассоциированных с распространенностью COVID-19, данных онлайн-опроса. Вестник Российского Государственного Медицинского Университета [интернет]. 2020; 3: 77–84.

3. Кука Е. В., Беккер 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. Цыганан П., Сяо Ган В. Психологические факторы постпандемического 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: 126–126.

7. Плахотина Т. А., Голубкова А. А., Смирнова С. С., Дьяченко Е. В. Актуальные вопросы организации иммунофункционального состояния населения. Коммуникативные риски жизнестойкости личности, осознание смысла труда и активизации ресурса принятия риска как компонента жизнестойкости в контексте ресурсной концепции человека. Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия: Психология. 2011; 3: 112–118. DOI: 10.20963/1729-9225-2020-3-112-118.

8. Франк К. В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990; 388 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 stresses. The Journal of Positive Psychology. 2006; 1 (3): 160–8.

11. Адукува М. А. Психология жизнестойкости. М.: ФЛИНТА, 2015; 296 с.

12. Ярощук И. В. Психология жизнестойкости: обзор теоретических концепций, эмпирических исследований и методик диагностики. Учебное издание СПбГИСПС. 2020; 1; 33; 50–60.

13. Hobfoll SE. Stress, culture, and community. N.Y.: London, 1998; 296 p.

14. Hobfoll SE, Lilly RS. Resource conservation as a strategy for community psychology. Journal of Community Psychology. 1993; 21: 128–48.

15. Водопьянова Н. Е. Противодействие синдрому выгорания в контексте ресурсной концепции человека. Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия: Психология. 2011; 3: 38–50.

16. Ясько Б. А., Казарин Б. В. Модель личности специалиста в проективных условиях социального и акме. В сборнике: Материалы XIII симпозиума; 19 апреля 2021 г.; М: ПИ РАО, 2008; 63–65.

17. Фомина Н. Ф., Попова Е. 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.

18. Абдуллах А, Абу Талб М, Ясабб СН, Исмаил З. Hardiness as a mediator between perceived stress and happiness in nurses. Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, 2014; 21; 3: 779–96.

19. Ablent 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.

20. Lambert V, Lambert C, Petreni M, Xiao M, Zhang Y. Workplace and social factors associated with physical and mental health in hospice nurses in China. Nursing and Health Sciences. 2007; 9: 120–6.

21. Hobfoll SE, Stress, culture, and community. N.Y.: London, 1998; 296 p.

22. Hobfoll SE. Resource conservation as a strategy for community psychology, Journal of Community Psychology. 1993; 21: 128–48.

23. Абдуллах А, Абу Талб М, Ясабб СН, Исмаил З. Hardiness as a mediator between perceived stress and happiness in nurses. Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, 2014; 21; 3: 779–96.

24. Ablent 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. Абдуллах А, Абу Талб М, Ясабб СН, Исмаил З. Hardiness as a mediator between perceived stress and happiness in nurses. Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, 2014; 21; 9: 779–96.

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 освоение элементарными навыками психофизиологической саморегуляции, снятия стресса; на формирование проактивных стратегий совладающего поведения.
References
1. Tverdokhlebovea TI, Kovaljov EV, Karpuschenko GV, Kulak MA, Dumbadze OS, Litovko AR and dr. Social’no-jekonomicheskie aspekty COVID-19 na primere Rostovskoj oblasti. Infekcioznaya 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, Nazanov NG, Lutova NB, et al. Structure of anxiety associated with COVID-19 pandemic: the online survey results. Bulletin of RSMU. 2020; 3: 70–76. Russian.
3. Kutfjak EV, Belther AA. Stress and proaktivnoe sovladajushchee povedenie v period pandemii Covid-19: dannye onlajn-oprosa. Medicinskaja psihologija v Rossii. 2020; 12; 6 (65) [cited 2021 July 13]. Dostupno po ssylke: https://orgpsyjournal.hse.ru/data/2021/01/03/1344689973/OrgPsy_2020_4 (6)_Yasko-Kazarin (109-137).pdf. Russian.
4. Apsinwall 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, Sjao Gan V. Psihologicheskie faktory posttravmaticheskogo stressa, vyzvannogo pandemiej COVID-19. Psihologicheskij zhurnal. 2021; 42; 3: 102–10, Russian.
6. Jurevich AV, Ushakov DV, Jurevich VA. COVID-19: rezul’taty trett’ego eksperimenta. Psihologicheskij zhurnal. 2021; 42; 3: 28–136. Russian.
7. Platonova TA, Golubkova AA, Smirnova SS, D’jachenko EV, Jasko BA, Kazarin BV. Model’ lichnosti specialista: obzor tekhnologii, metode i rezultatov. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Serija: Psihologija. 2011; 3: 38–50. 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; 1; 3: 279–98. Russian.
10. Maddi S. Hardiness: the courage to grow from stresses. The use of hardness to assess adaptation in research and community psychology. Journal of Community Psychology. 1993; 1; 3: 120–6.
11. Lambert V, Lambert C, Petrini M, Xiao M, Zhang Y. Workplace Hardiness: A Predictor of Coping with Organisational Stress. Psychology, Health and Medicine. 2011; 37 (1): 1–11.
12. Bartone PT, Valdes JJ, Sandvik A. Psychological Hardiness Predicts Cardiovascular Health. Psychology, Health and Medicine. 2016; 21 (6): 743–9.
13. Nordmo M, Hystad SW, Sanden S, Johnsen BH. The effect of hardness on symptoms of insomnia during a naval mission. International Maritime Health. 2017; 68 (3): 147–52.
14. 20. Stecchini RI, Zhiznestojkost’ kak akmeologicheskij resurs lichnosti vychvach. Psihologicheskie problemy smysla zhizni i akme. V sbornike: Materijal’ XIII simposiuma; 19 aprelja 2008 g.; M.: RI RAO, 2008; 63–65. Russian.
15. Abdirov A, Turaev MA, Khojieva SS, Islamli Z. Hardiness as a mediator between perceived stress and happiness in nurses. Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing. 2014; 21; 9: 789–96.
16. Kostjuchenko R, Jurevich AV, Ushakov DV, Jurevich MA. COVID-19: rezul’taty tret’ego jekspertnogo oprosa. Psihologicheskij zhurnal. 2021; 42; 3: 128–48. Russian.
17. 21. 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.
18. Lambert V, Lambert C, Petrinii M, Xiao M, Zhang Y. Workplace stress, in the context of stress coping and resource conservation strategies. Journal of Positive Psychology. 2006; 1 (3): 160–8.