

# Результаты

## ВСЕРОССИЙСКОГО ИНТЕРНЕТ-ОПРОСА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ОТНОШЕНИИ ИХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

2020

---



**НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ  
ЦЕНТР** СОВРЕМЕННЫХ  
МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ



## Оглавление

<i>Введение</i> .....	- 3 -
<i>Цель исследования</i> .....	- 4 -
<i>Методология и дизайн исследования</i> .....	- 5 -
<i>Результаты</i> .....	- 6 -
<i>Выводы</i> .....	- 19 -
<i>Благодарности</i> .....	- 20 -
<i>Библиографический список</i> .....	- 21 -
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 1</b> .....	- 27 -
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 2</b> .....	- 31 -

## Введение

---

В настоящее время пандемия COVID-19, объявленная ВОЗ (WHO, 2020), затронула практически все страны мира. Быстрое распространение вируса, его высокая контагиозность вынудили правительства стран пойти на беспрецедентные меры с профилактической целью. Были введены режимы изоляции и карантина, что, как считается на сегодняшний день, является самыми эффективными подходами для нераспространения COVID-19 (Xiang Y.-T., 2020). Инфекционные заболевания стали одной из основных угроз для общественного здравоохранения в мире в XXI веке (Mak W. et al., 2010) и это влияет как на физическое, так и на психическое здоровье (Recknor F. et al., 2020).

К факторам, влияющим на психическое здоровье людей в период пандемии, согласно имеющимся в настоящий момент данным, относятся следующие: неопределенность, серьезность заболевания, дезинформация, социальная изоляция (Huremovic D., 2019; Brahmhatt M. et al., 2020; Zandifar A., Badrfam R., 2020), социальное дистанцирование (Simon N Williams et al., 2020), экономические последствия пандемии COVID-19 и их влияние на благосостояние (Huremovic D., 2019; Shigemura J. et al., 2020). Разные авторы относят к группам с высоким риском неблагоприятных последствий для психического здоровья следующие категории граждан: собственно пациенты с COVID-19 и их семьи, лица с существующей физической или психиатрической заболеваемостью (Shigemura J. et al., 2020; Yao H. et al., 2020), пожилые люди, бездомные (Modesto Leite Rolim Neto et al., 2020; Tsai J., Wilson M., 2020), трудящиеся-мигранты, беременные женщины (Ravi Philip Rajkumar, 2020), работники здравоохранения (Shigemura J. et al., 2020).

Очевидно, что медицинские работники подвержены большому стрессу и имеют высокие риски возникновения неблагоприятных последствий для психического здоровья во время вспышки COVID-19. Причинами этого называются следующие:

длительный рабочий день, риск заражения, нехватка средств индивидуальной защиты, одиночество, физическая усталость и разлука с семьями (Kang L., Li Y., Hu S., et al., 2020).

Предыдущий опыт показывает, что в период эпидемий и вспышек инфекционных заболеваний медицинские работники сообщали о негативных психологических реакциях и симптомах психических расстройств (Bai Y. et al., 2004; Chua SE. et al., 2004; Lee AM. et al., 2007; Maunder R., Hunter J., Vincent L., et al., 2003). В большинстве случаев отмечалось: боязнь заражения себя, своих близких, коллег, чувство неуверенности в себе, стигматизация (Maunder R., Hunter J., Vincent L., et al., 2003; Bai Y. et al., 2004; Wong T.W., Yau J.K., Chan C.L. et al., 2005), потеря контроля над ситуацией (Wong T.W., Yau J.K., Chan C.L. et al., 2005), высокие уровни стресса, симптомы тревоги и депрессии [17], что способствовало возникновению нежелания работать и мыслей об увольнении (Bai Y. et al., 2004). Возникающие проблемы с психическим здоровьем у медицинских работников в период эпидемий могут иметь долгосрочные последствия (Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, et al., 2007). В качестве последних называются посттравматическое стрессовое расстройство, депрессии и злоупотребление психоактивными веществами (Lancee W.J., Maunder R.G., Goldbloom D.S., 2008). При этом, в качестве факторов, препятствующих возникновению проблем с психическим здоровьем отмечались адаптивные реакции на стресс и обучение инфекционному контролю (Chua SE, Cheung V, Cheung C, et al., 2004).

## Цель исследования

---

Целью исследования было оценить психическое здоровье медицинских работников в период пандемии COVID-19, выявить потенциальные факторы риска и потребности в сфере психосоциальной поддержки.

## Методология и дизайн исследования

---

### *Дизайн исследования и участники*

Опрос проводился среди медицинских работников и немедицинских работников системы здравоохранения. Опрос был создан посредством сервиса Google Формы, ссылка на который распространялась в специализированных группах в социальных сетях, а также через e-mail среди медицинского сообщества. Группы и сообщества в социальных и мессенджерах, которые оказали содействие представлены в разделе «Благодарности». Анкета была апробирована на 15 респондентах, которые дали обратную связь в отношении понимания каждого вопроса в анкете, после чего вопросы были откорректированы для более четкого понимания опрашиваемых.

Все респонденты могли ознакомиться с информированным согласием до начала прохождения опроса и могли закончить отвечать на вопросы в любое время.

### *Сбор данных.*

Участники отвечали на вопросы анонимно, в сети Интернет в период с 21 апреля 2020 по 18 мая 2020 г. Каждый участник заполнял социально-демографический блок опроса (включающий пол, возраст, категория, уровень образования, специальность, семейное положение), стандартизированные опросники – опросник генерализованного тревожного расстройства – ГТР-7 (GAD-7), шкала депрессии «Опросника оценки здоровья человека» PHQ-9, блок субъективной оценки своего состояния, а также блок вопросов, посвященных наиболее оптимальным направлениям снижения психологического воздействия пандемии на психическое здоровье медицинских работников.

Всего в опросе приняли участие 812 респондентов из 77 регионов России.

Подробнее методология и методы статистического анализа полученного материала отражены в Приложении 1

# Результаты

---

## 3.1 Социально-демографические характеристики участников опроса

В опросе приняли участие 812 респондентов. 41,1% участников работали в зонах высокого риска заражения. Преимущественно в опросе приняли участие женщины (81%); большинство респондентов в возрасте 30-49 лет (51,6%), состоящие в браке (57,9%) и имеющие детей (64,5%), получившие высшее образование (специалитет) (67,1%) (Приложение 1).



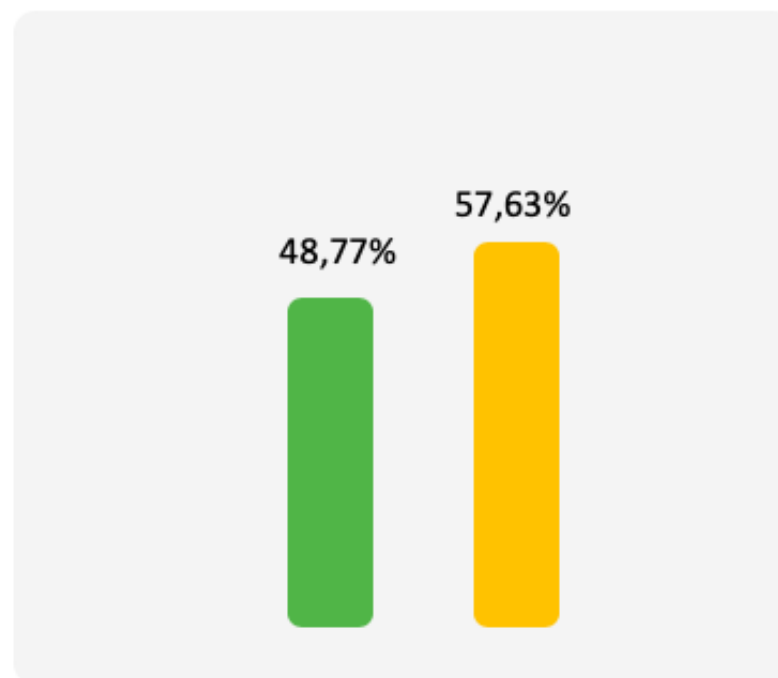
**3.1 Распространенность тревожных и депрессивных симптомов среди медицинских работников в период пандемии COVID-19 в зависимости от пола, возраста, должности в медицинском учреждении. (Приложение 2)**

● Общая распространенность симптомов тревоги составила (5 и более баллов по шкале ГТР-7) **48,77%**.  
В зависимости от степени:

- умеренный уровень – 32,4%,
- средний уровень – 10,71%,
- высокий уровень – 5,7%.

● Общая распространенность симптомов депрессии (5 и более баллов по шкале PHQ-9) составила **57,63%**.  
В зависимости от выраженности симптомов:

- легкая депрессия – 27%,
- умеренная депрессия – 17,4%,
- тяжелая депрессия – 9,6%,
- крайне тяжелая депрессия – 3,6%.





1

Не было отмечено статистически значимой разницы в распространённости по полу ( $P > 0,01$ ).

2

Более высокие показатели среднего и высокого уровней тревожности были характерны для более молодых лиц (в диапазоне 20 – 39 лет), а респонденты старше 50 лет в большинстве случаев показывали отсутствие или минимальный уровень тревожности.

3

Большинство респондентов из группы с умеренно выраженными симптомами депрессии относились к возрастному диапазону 20 – 39 лет.

4

Общий уровень распространённости депрессивных симптомов (5 и более баллов по шкале PHQ-9) среди врачей составил **59,75%**, среди медицинских сестер – **50,36%**, среди немедицинских работников – **56%**, среди санитарных работников – **14,29%**.



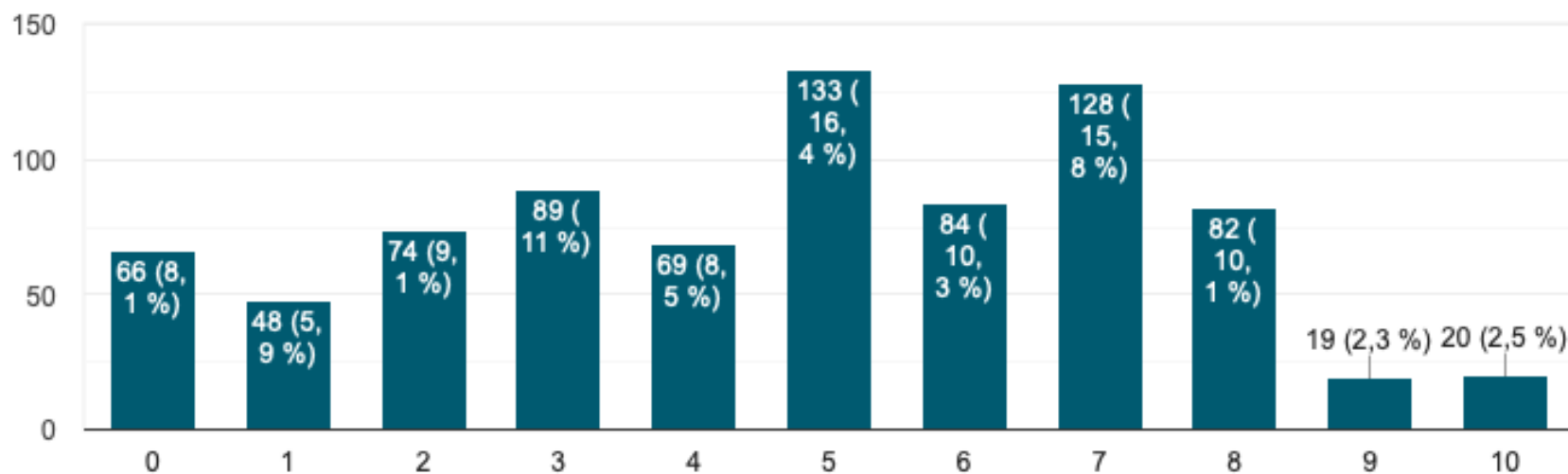
### 3.2 Субъективная оценка состояния и страх заражения

Согласно субъективной оценке (диаграмма 1) состояния 57,4% респондентов (466 человек) отмечали уровень тревоги на 5 баллов и выше, 2,5% указали на невыносимо сильную тревожность.

Диаграмма 1

Оцените, пожалуйста, уровень своей тревоги сейчас

812 ответов



На диаграмме 2 представлены результаты ответов на вопрос о качестве сна. 23,3% (189 участников) отметили, что отсутствуют какие-либо нарушения сна. 37,4 респондентов (305 человек) указали на нарушения сна от 0 до 5 баллов.

Диаграмма 2

Оцените, пожалуйста, качество своего сна сейчас

812 ответов

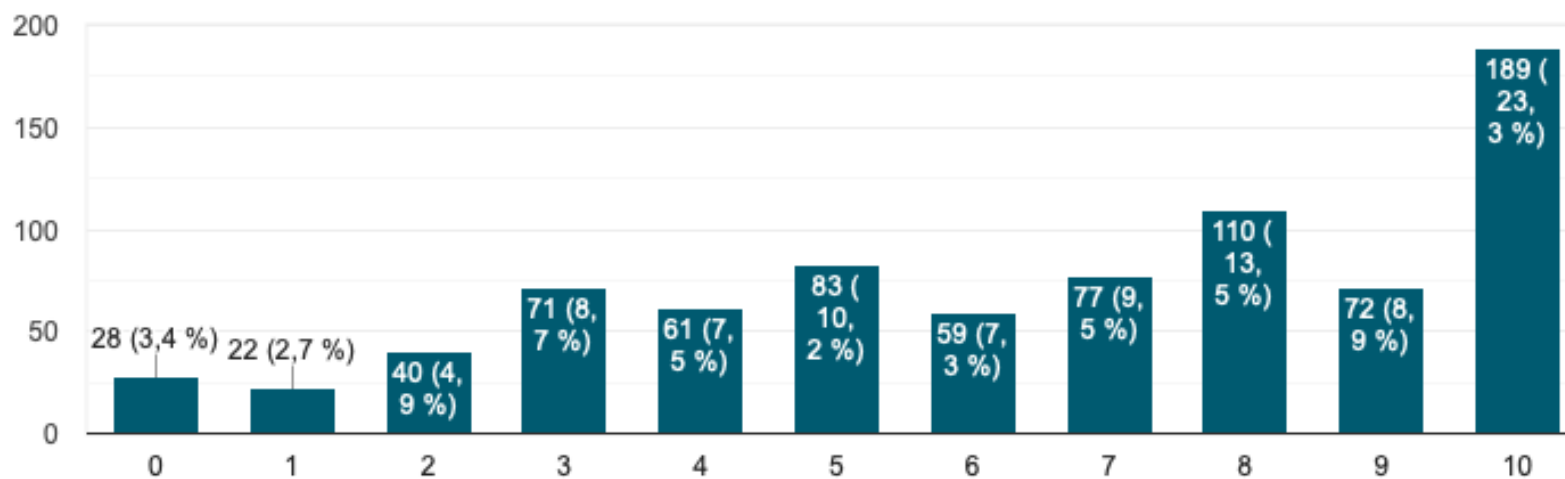
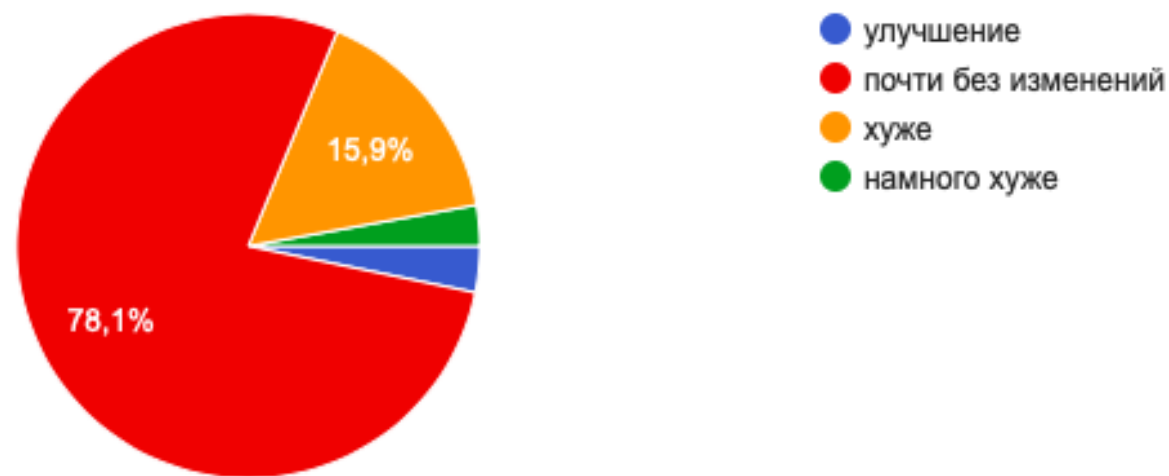


Диаграмма 3 показывают субъективную оценку своего состояния здоровья по сравнению с периодом до пандемии. Подавляющее большинство респондентов, 78,1% указали, что никаких изменений нет. 15,9% отметили ухудшение состояния.

Диаграмма 3

### Как Вы оцениваете свое текущее состояние здоровья по сравнению с периодом до вспышки COVID-19?

812 ответов

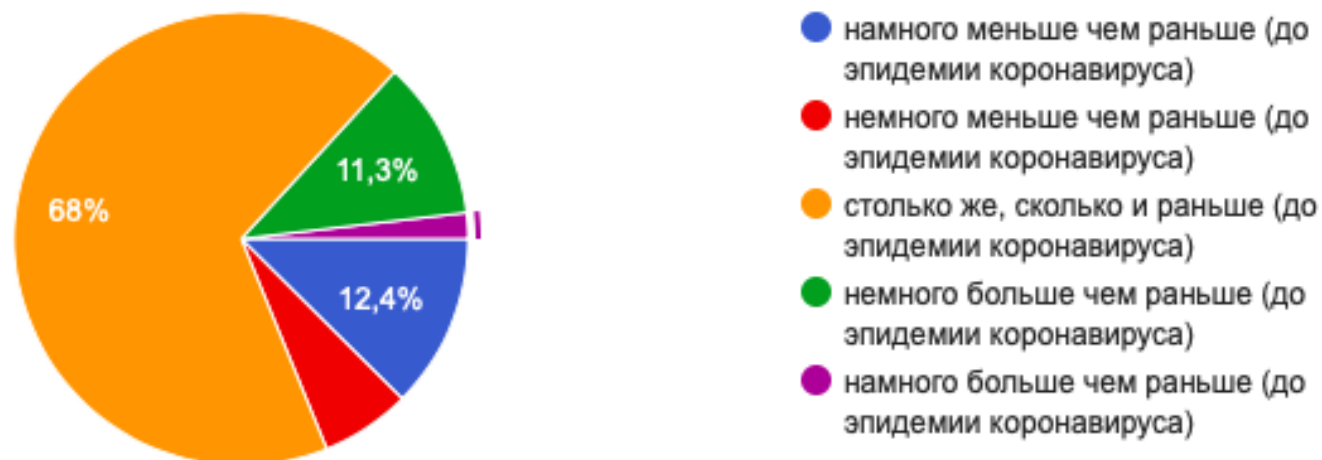


68% респондентов указали, что не произошло увеличения употребления алкоголя и психоактивных веществ (Диаграмма 4). Здесь стоит отметить, что этот вопрос также включал тех участников, кто не употребляет подобные вещества в принципе. 12,4% участников наоборот намного снизили потребление алкоголя и психоактивных веществ, а 11,3% - указали на немного увеличившееся потребление.

Диаграмма 4

Оцените, пожалуйста, свой уровень употребления алкоголя/других психоактивных веществ сейчас (ответ "столько же, сколько и раньше" подразумевает также нулевое употребление алкоголя/психоактивных веществ)

812 ответов

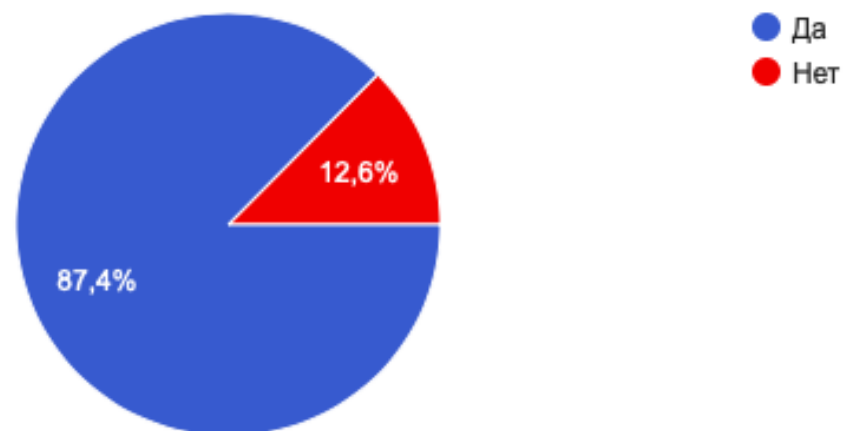


### 3.4 Потребность медицинских работников в психологической помощи в период пандемии COVID-19

Диаграмма 5. Необходима ли медицинским работникам, оказывающим помощь пациентам с COVID-19, психологическая поддержка?

Считаете ли Вы, что медицинским работникам, оказывающим помощь пациентам с COVID-19, необходима психологическая поддержка?

812 ответов



Ниже представлены данные в отношении наиболее оптимальных направлений и вариантов поддержки медицинских работников в период пандемии. 78,7% респондентов не обращались за помощью к специалистам в сфере психического здоровья, а 7,1% использовали рекомендации из сети Интернет/приложений. Обеспечение средствами индивидуальной защиты (69,2%), оптимизация режима труда и отдыха в рабочую смену (58%), поддержка руководства (52,7%) и близких (51,1%) – вот основные направления (которые отметили более 50 процентов респондентов) снижения психоэмоционального напряжения медицинских работников в период пандемии. В качестве вариантов поддержки наиболее востребованными стали – непосредственная консультация специалиста (психолога, психиатра, психотерапевта) (38,8%), кратковременные групповые занятия перед рабочей сменой с психологом (35,5%), сайты и приложения, позволяющие снять стресс и снизить тревожность (10,2%), брошюры/буклеты с советами о том, как снять стресс, снизить тревожность (4,7%), обращение по телефону на горячую линию по оказанию психологической поддержки (3,3%), организация труда и отдыха (1,8%).

**Результаты ответов на вопрос «Обращались ли Вы за последние 1,5 месяца (в период пандемии) за помощью к специалистам в сфере охраны психического здоровья в связи с ухудшением своего состояния?»**

Нет, не было необходимости	639 (78,7)
Нет, не доверяю таким специалистам. Решаю самостоятельно	106 (13,1)
Да, обращался к психологу	16 (2)
Да, обращался к психотерапевту	8 (1)
Да, обращался к психиатру	6 (0,7)
Нет, использовал(а) рекомендации из сети Интернет/приложений	58 (7,1)
Участвовал в групповых занятиях с психологом	4 (0,5)
Использовал брошюры и буклеты, раздаваемые на рабочем месте	7 (0,9)

## Наиболее оптимальные направления помощи медицинским работникам для сохранения своего психологического состояния в период пандемии

<b>Предложенные ответы</b>	
<b>Обеспечение средствами индивидуальной защиты</b>	<b>562 (69,2)</b>
<b>Оптимизация режима труда и отдыха в рабочую смену</b>	<b>471 (58)</b>
<b>Поддержка руководства</b>	<b>428 (52,7)</b>
<b>Поддержка близких</b>	<b>464 (51,1)</b>
<b>Поддержка коллег</b>	<b>329 (40,5)</b>
<b>Возможность изолировать себя от своих близких с целью профилактики заражения</b>	<b>310 (38,2)</b>
<b>Организация помощи специалистов (психологов, психотерапевтов, психиатров)</b>	<b>175 (21,6)</b>
<b>Выполнение упражнений для стабилизации своего психоэмоционального состояния</b>	<b>154 (19)</b>
<b>Возможность обратиться на телефонную линию за психологической поддержкой</b>	<b>44 (5,4)</b>
<b>Свободные ответы</b>	
<b>Материальное стимулирование</b>	<b>15 (1,85)</b>
<b>Компенсация в случае болезни</b>	<b>1 (0,1)</b>
<b>Правовая поддержка</b>	<b>1 (0,12)</b>
<b>Достойное отношение общества и пациентов</b>	<b>3 (0,37)</b>
<b>Обращение к религии</b>	<b>2 (0,25)</b>
<b>Снятие ограничительных мероприятия в связи с COVID-19</b>	<b>2 (0,25)</b>
<b>Четкие алгоритмы работы</b>	<b>1 (0,12)</b>

## Наиболее оптимальные варианты психологической поддержки медицинских работников, оказывающих помощь пациентам с COVID-19 по мнению самих специалистов

Непосредственная консультация специалиста (психолога, психиатра, психотерапевта)	315 (38,8)
Кратковременные групповые занятия перед рабочей сменой с психологом	287 (35,3)
Сайты и приложения, позволяющие снять стресс и снизить тревожность	83 (10,2)
Брошюры/буклеты с советами о том, как снять стресс, снизить тревожность	38 (4,7)
Обращение по телефону на горячую линию по оказанию психологической поддержки	27 (3,3)
Организация труда и отдыха	15 (1,8)
Не требуется	11 (1,4)
Материально стимулирование	6 (0,7)
Обеспечение безопасности	4 (0,5)
Фильтрация информации о ситуации с коронавирусом	4 (0,5)
Не знаю/нет ответа	5 (0,62)
Обеспечение безопасности, Организация труда и отдыха	3 (0,37)
Поддержка близких	3 (0,37)
Поддержка и общение с коллегами	3 (0,37)
Кратковременные индивидуальные занятия перед рабочей сменой	1 (0,12)
Групповые занятия после рабочей смены	1 (0,12)
Организация мест для психологической разгрузки	1 (0,12)
Поддержка со стороны населения	1 (0,12)
Санаторно-курортное лечение за счёт средств работодателя	1 (0,12)
Физические и дыхательные практики, разгрузочные дни	1 (0,12)
Обращение к Церкви и религии	1 (0,12)
Другое (чтение, изучение языков)	1 (0,12)



### 3.5 Результаты корреляционного анализа

- 1 Пожилой возраст (старше 60 лет) статистически ассоциирован с более низкими уровнями тревоги и депрессии, а также с более высокой субъективной оценкой качества сна.
- 2 Респонденты, не состоящие в браке, имели более высокий риск развития тревожных расстройств и депрессии, более низкое качество сна, при этом **в отношении субъективной оценки качества сна, семейное положение было статистически значимым независимым фактором риска.**
- 3 Непосредственная работа с пациентами с COVID-19 статистически значимо ассоциировано с высоким уровнем тревожности и депрессии и низким качеством сна.
- 4 На основании многофакторных моделей пропорциональных шансов, можно сделать вывод о **более высоком риске развития тревоги и депрессии и снижении качества сна у молодых сотрудников, работающих непосредственно в «красных зонах».**

В рамках однофакторных моделей возраст, семейное положение, наличие детей, образование, должность и работа в зонах повышенного риска были ассоциированы с уровнем тревоги и выраженностью симптомов депрессии. Так, более высокие уровни

тревоги были характерны для: молодых лиц (20 – 29 лет), не имеющих детей, имеющие неполное высшее образование (студенты), работающие в зонах с высоким риском заражения. Врачи и немедицинские работники имели примерно одинаковые ассоциации между выполняемой работой и уровнем тревожности. Более выраженные симптомы депрессии были ассоциированы с молодым возрастом (20 – 29 лет), отсутствием детей, образованием (неполное среднее, неполное высшее, высшее магистр), выполнение в системе здравоохранения работ, не связанных с непосредственным оказанием медицинской помощи (немедицинские работники), работа в зоне повышенного риска заражения инфекцией.

В рамках многофакторной модели возраст и работа в зонах повышенного риска были независимыми предикторами тревожности и депрессивных симптомов.

В моделях пропорциональных шансов было выявлено, что пожилой возраст (старше 60 лет) статистически ассоциирован с более низкими уровнями тревоги и депрессии. Пол не был связан с изучаемыми исходами. Респонденты, не состоящие в браке, имели более высокий риск развития симптомов тревожных расстройств и депрессии. Санитары (санитарки) имели наиболее низкий риск развития симптомов тревожных расстройств и депрессии. Работа в зонах повышенного риска заражения вирусом статистически значимо ассоциирована с высоким уровнем тревожности и депрессии.

Так, на основании многофакторных моделей пропорциональных шансов, можно сделать вывод о более высоком риске развития тревоги и депрессии у молодых сотрудников, работающих непосредственно в «красных зонах».

## Выводы

---

**01** Общая распространенность симптомов тревоги составила 48,77%, общая распространенность симптомов депрессии -57,63%.

**02** 78,1% не отметили ухудшений в своем здоровье по сравнению с периодом до пандемии.  
15,9% отметили ухудшение состояния.

**03** 37,4% респондентов отмечали субъективно низкое качество сна.

**04** Более высокий риск развития симптомов тревоги и депрессии и снижение качества сна характерно для молодых сотрудников, работающих непосредственно в «красных зонах».

**05** 87,4% респондентов отметили, что психологическая поддержка необходима медицинским работникам.

**06** Основные направления снижения психоэмоционального напряжения медицинских работников в период пандемии:

- обеспечение средствами индивидуальной защиты (69,2%),
- оптимизация режима труда и отдыха в рабочую смену (58%),
- поддержка руководства (52,7%) и близких (51,1%)

Основные варианты поддержки в период повышенных психоэмоциональных нагрузок:

- 07**
- непосредственная консультация специалиста (психолога, психиатра, психотерапевта) (38,8%),
  - кратковременные групповые занятия перед рабочей сменой с психологом (35,5%),
  - сайты и приложения, позволяющие снять стресс и снизить тревожность (10,2%),
  - брошюры/буклеты с советами о том, как снять стресс, снизить тревожность (4,7%),
  - обращение по телефону на горячую линию по оказанию психологической поддержки (3,3%)

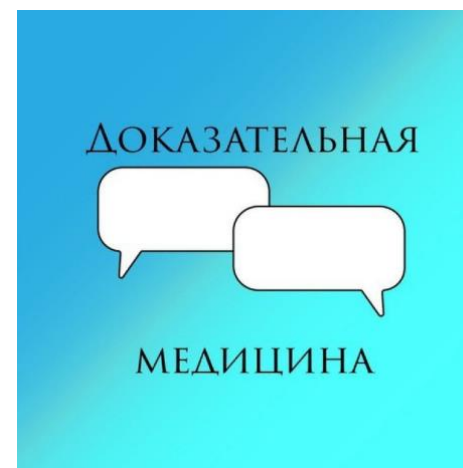
## Благодарности

---



Сообщества Вконтакте

Группа в Telegram



## Библиографический список

---

1. Anjana Rao Kavoor, Kripa Chakravarthy, Thomas John Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting. *Asian Journal of Psychiatry*. Volume 51, June 2020, 102074. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102074>
2. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2004;55(9):1055-1057. doi:10.1176/appi.ps.55.9.1055
3. Benjamin Y.Q. Tan, Nicholas W.S. Chew, Grace K.H. Lee, MD et al. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Ann Intern Med*. 2020 Apr 6 : M20-1083. Published online 2020 Apr 6. Doi: 10.7326/M20-1083
4. Bihlmaier I, Schlarb AA. Self-efficacy and sleep problems. *Somnologie*. 2016;20:275-80;
5. Brahmabhatt M, Dutta A. On SARS type economic effects during infectious disease outbreaks [Internet]. The World Bank. 2008. Available from <http://documents.worldbank.org/curated/en/101511468028867410/pdf/wps4466.pdf>. Accessed 7 Mar 2020
6. Cao W., Fang Z., Hou G. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*. 2020;287;
7. Chen Q., Liang M., Li Y., Guo J. et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e15-e16;

8. Chua SE, Cheung V, Cheung C, et al. . Psychological effects of the SARS outbreak in Hong Kong on high-risk health care workers. *Can J Psychiatry*. 2004;49(6):391-393. doi:10.1177/070674370404900609;
9. Chung J, Yeung W. Staff Mental Health Self-Assessment During the COVID-19 Outbreak. *East Asian Arch Psychiatry*. 2020
10. Das N. Psychiatrist in post-COVID-19 era - Are we prepared? [published online ahead of print, 2020 Apr 7]. *Asian J Psychiatr*. 2020;51:102082. doi:10.1016/j.ajp.2020.102082
11. Glozah FN. Exploring Ghanaian adolescents' meaning of health and wellbeing: A psychosocial perspective. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2015;10:26370;
12. Huremovic D. A mental health response to infection outbreak. Cham: Springer International Publishing; 2019;
13. Kang L, Ma S, Chen M, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study [published online ahead of print, 2020 Mar 30]. *Brain Behav Immun*. 2020;S0889-1591(20)30348-2. doi:10.1016/j.bbi.2020.03.028
14. Kang L., Li Y., Hu S., et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):e14;
15. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976. Published 2020 Mar 2. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
16. Lancee WJ, Maunder RG, Goldbloom DS; Coauthors for the Impact of SARS Study. Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2008;59(1):91-95. doi:10.1176/ps.2008.59.1.91

17. Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, et al. . Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry*. 2007;52(4):233-240. doi:10.1177/070674370705200405
18. Li W, Yang Y, Liu ZH, et al. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *Int J Biol Sci*. 2020;16(10):1732-1738. Published 2020 Mar 15. doi:10.7150/ijbs.45120
19. Liu Y., Li J., Feng Y. Critical care response to a hospital outbreak of the 2019-nCoV infection in Shenzhen, China. *Crit. Care*. 2020;24(1):56;
20. Liu S., Yang L., Zhang C., Xiang Y.T., Liu Z., Hu S., Zhang B. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e17–e18;
21. Mak W, Chu CM, Pan PC, Yiu MG, Ho SC, Chan VL. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in SARS survivors. *Gen Hosp Psychiat*. 2010;32:590–598. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.07.007
22. Maunder R, Hunter J, Vincent L, et al. . The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*. 2003;168(10): 1245–1251;
23. Modesto Leite Rolim Neto, Ricardo Ináciode Souza et al. When basic supplies are missing, what to do? Specific demands of the local street population in times of coronavirus – a concern of social psychiatry. *Psychiatry Research*. Volume 288, June 2020, 112939. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112939>
24. National Health Commission of China. Principles for emergency psychological crisis intervention for the new coronavirus pneumonia [in Chinese]. Available at <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adco8b966594253b2b791be5c3b9467.shtml>. Accessed 24 February 2020;

25. Rana W, Mukhtar S, Mukhtar S. Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak [published online ahead of print, 2020 Apr 7]. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102080. doi:10.1016/j.ajp.2020.102080
26. Ravi Philip Rajkumar COVID-19 and mental health: A review of the existing literature // *Asian J Psychiatr.* 2020 Aug; 52: 102066. Published online 2020 Apr 10. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102066
27. Recknor F, Gordon M, Coverdale J, Gardezi M, Nguyen PT. A Descriptive Study of United States-Based Human Trafficking Specialty Clinics. *Psychiatr Q.* 2020;91(1):1-10. doi:10.1007/s11126-019-09691-8
28. Rodolfo Rossi, Valentina Socci et al. Mental health outcomes among front and second line health workers associated with the COVID-19 pandemic in Italy. *MedRxiv.* 2020.04.16.20067801. <https://doi.org/10.1101/2020.04.16.20067801>
29. Shigemura J., Ursano R.J., Morganstein J.C., Kurosawa M., Benedek D.M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019 – nCoV): mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2020;(February) [Epub ahead of print];
30. Simon N Williams, Christopher J Armitage, Tova Tampe, Kimberly Dienes Public perceptions and experiences of social distancing and social isolation during the COVID-19 pandemic: A UK-based focus group study. *MedRxiv.* 2020.04.10.20061267. <https://doi.org/10.1101/2020.04.10.20061267>
31. Sun N, Wei L, Shi S, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients [published online ahead of print, 2020 Apr 8]. *Am J Infect Control.* 2020;50:196-6553(20)30201-7. doi:10.1016/j.ajic.2020.03.018
32. Tsai J. , Wilson M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. *Lancet Public Health* Mar, 11 (2020) S2468-2667 (20) 30053-0. [Epub ahead of print];



33. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. Published 2020 Mar 6. Doi:10.3390/ijerph17051729
34. Wen Lu, Hang Wang, Yuxing Lin, Li Li Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research* Volume 288, June 2020, 112936. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>
35. Wong T.W., Yau J.K., Chan C.L. et al. The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *Eur J Emerg Med*. 2005 Feb;12(1):13-8. DOI: 10.1097/00063110-200502000-00005
36. WHO Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. 2017. <https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/rapid-review-guide/en/> (accessed May 1, 2020);
37. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. 2020
38. Xiang Y.-T. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:228–229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
39. Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., Yang, N. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research* Volume 26, 5 March 2020, Page e923549. doi:10.12659/MSM.923549
40. Xu J, Xu QH, Wang CM, Wang J. Psychological status of surgical staff during the COVID-19 outbreak [published online ahead of print, 2020 Apr 11]. *Psychiatry Res*. 2020;288:112955

41. Yao H., Chen J.H., Xu Y.F. Rethinking online mental health services in China during the COVID-19 epidemic. *Asian J. Psychiatr.* 2020;51 [Epub ahead of print];
42. Yun Chen, Hao Zhou, Yan Zhou, Fang Zhou Prevalence of self-reported depression and anxiety among pediatric medical staff members during the COVID-19 outbreak in Guiyang, China. *Psychiatry Research.* Volume 288, June 2020, 113005. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113005>
43. Zandifar A., Badrfam R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian J. Psychiatr.* 2020;51:101990;
44. Zheng Wei. Mental health and a novel coronavirus (2019-nCoV) in China. *J. Aff. Disord.* 2020 published online 21 March 2020.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### *Определение социально-демографические характеристики респондентов*

Социально-демографические параметры включали: пол (мужской или женский); возраст (20-25; 26-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60 и старше); образование (неполное среднее, среднее, среднее специальное, неполное высшее, высшее бакалавр, высшее магистр, высшее (специалитет), кандидат наук, доктор наук); семейное положение (холост/не замужем, в гражданском браке, в браке, в разводе, вдова/вдовец, в отношениях); есть ли дети (да, нет); категория в системе здравоохранения (врач, медицинская сестра, санитар (санитарка), немедицинский работник); специальность;

### *Симптомы генерализованного тревожного расстройства*

Была использована русскоязычная версия шкалы GAD-7 – ГТР-7 для оценки наличия симптомов тревоги. Респондентам предлагалось ответить на 7 вопросов и оценить свое состояние за последние 2 недели выбирая один из ответов: «никогда», «несколько дней», «более половины дней», «почти каждый день». Далее баллы суммировались (сумма баллов могла быть от 0 до 21) и по итоговой сумме баллов производился расчет. Минимальный уровень тревоги – 0-4 балла; умеренный – 5-9 баллов; средний – 10-14; высокий уровень тревоги – 15-21 балл (Spitzer R.L. et al., 2006).

### *Депрессивные симптомы*

Для оценки депрессивных симптомов нами была использована переведенная на русский язык шкала PHQ (Patient Health Questionnaire — Опросник здоровья пациента) (Kroenke K, Spitzer RL., 2013; Погосова Н.В., Довженко Т.В., Бабин А.Г. с соавт., 2014). Баллы за каждый ответ суммировались. Результаты интерпретировались следующим образом: 1-4 балла – минимальная депрессия, 5-9 баллов – легкая депрессия, 10-14 баллов – умеренная депрессия, 15-19 баллов – тяжелая депрессия, 20 – 27 баллов – крайне тяжелая депрессия.

#### *Субъективная оценка состояния и страх заражения*

В анкете респондентам было предложено субъективно оценить свое состояние по следующим вопросам:

- «Как Вы оцениваете свое текущее состояние здоровья по сравнению с периодом до вспышки COVID-19?» (улучшение, почти без изменений, хуже, намного хуже);
- «Оцените, пожалуйста, свой уровень употребления алкоголя/других психоактивных веществ сейчас (ответ "столько же, сколько и раньше" подразумевает также нулевое употребление алкоголя/психоактивных веществ)» (намного меньше чем раньше (до эпидемии коронавируса); немного меньше, чем раньше (до эпидемии коронавируса); столько же, сколько и раньше (до эпидемии коронавируса); немного больше, чем раньше (до эпидемии коронавируса); намного больше, чем раньше (до эпидемии коронавируса));
- «Оцените, пожалуйста, уровень своей тревоги сейчас» (по шкале от 0 до 10, где 0 – отсутствует, 10 – невыносимо сильная);
- «Оцените, пожалуйста, качество своего сна сейчас» (от 0 до 10, где 0 – сон грубо нарушен, 10 – все в порядке, сон, как и раньше).

Для выявления страха в отношении заражения, респондентам был задан вопрос: Бойтесь ли Вы сами заразиться коронавирусом? Если да, то выберите, пожалуйста, чего именно Вы опасаетесь в этом случае?» и предложены варианты ответов: «да, опасаясь тяжелого протекания заболевания у себя», «да, боюсь, умереть от коронавируса», «да, боюсь заразить других людей», да, я боюсь

заразить других людей и непредумышленно стать причиной смерти», «да, боюсь, что ко мне ухудшится отношение со стороны коллег/близких», «нет, я не боюсь заразиться коронавирусом».

### *Потребности в психологической поддержке.*

Одной из задач опроса было получить информацию от медицинских работников в отношении их потребностей в психологической помощи. Были предложены вопросы:

- Считаете ли Вы, что медицинским работникам, оказывающим помощь пациентам с COVID-19, необходима психологическая поддержка?
- Какие варианты психологической поддержки Вы считаете наиболее оптимальными для медицинских работников, оказывающих помощь пациентам с COVID-19
- Что из нижеприведенного списка, в современных условиях, кажется Вам наиболее оптимальным для сохранения своего психологического состояния у медицинских работников?

По результатам опроса однотипные по смыслу ответы были объединены в группы.

### *Статистический анализ.*

Был проведен описательный анализ полученных данных для понимания социально-демографических характеристик опрошенных медицинских работников России в период пандемии COVID-19. Изучалась распространенность тревожных и депрессивных симптомов в зависимости от пола, возраста, должности в медицинском учреждении, и для сравнения различий между группами использовался критерий хи-квадрат ( $\chi^2$ ). Значения  $P$  менее 0,01 считались статистически значимыми.

Внутреннюю согласованность при использовании опросников PHQ-9 и GAD-7 оценивали с использованием альфа-статистики Кронбаха. Описательные статистики для количественных переменных представлены в виде среднего значения (стандартное отклонение) и медианы (1-ый и 3-ий квартили). Описательные статистики для категориальных переменных представлены в виде количества наблюдений, относящихся к категории (процент).

Для сравнения количественных переменных использовался тест Краскела-Уоллиса, для качественных – тест  $\chi^2$  с аппроксимацией распределения статистики с помощью метода Монте-Карло. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Ассоциацию потенциальных факторов риска с изучаемыми исходами (уровень тревоги и депрессии, субъективная оценка качества сна) оценивали с помощью одно- и многофакторных моделей пропорциональных шансов. Категоризацию оценок, полученных с помощью опросников не проводили, в моделях использовались количественные зависимые переменные (Springer., 2015.). Ассоциацию фактора риска с исходом считали статистически значимой при  $p < 0,05$ .

Для изучения структуры респондентов применялся агломеративный иерархический кластерный анализ с использованием метода Уорда (Murtagh, F., Legendre, P., 2014) для оценки расстояний. Кластеризация респондентов проводилась с включением стандартизованных сумм баллов, полученных с помощью опросников PHQ-9, GAD-7 и субъективной оценки качества сна.

Анализ и визуализация полученных данных проводились с использованием среды для статистических вычислений R 3.6.3 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия), Статистического пакета для социальных наук (SPSS) версии 24.0, Microsoft Excel.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Таблица 1. Социально-демографические характеристики выборки.

	n (%)
Всего	812 (100)
Пол	
Мужской	154 (19)
Женский	658 (81)
Возраст	
20-25	106 (13,1)
26-29	119 (14,7)
30-39	226 (27,8)
40-49	193 (23,8)
50-59	123 (15,1)
60 и более	45 (5,5)
Образование	
неполное среднее	1 (0,1)
среднее	7 (0,9)
среднее профессиональное	123 (15,1)
неполное высшее	32 (3,9)
высшее бакалавр	16 (2)
высшее магистр	14 (1,7)
высшее специалист	545 (67,1)
кандидат наук	64 (7,9)
доктор наук	10 (1,2)
Семейное положение	
холост/не замужем	157 (19,3)
в гражданском браке	54 (6,7)

в браке	470 (57,9)
в разводе	73 (9)
вдова/вдовец	20 (2,5)
в отношениях	38 (4,7)
Наличие детей	
Есть	524 (64,5)
Нет	288 (35,5)
Категория медицинского работника	
Врач	641 (79)
Медицинская сестра	138 (17)
Санитар (санитарка)	7 (0,9)
Немедицинский работник	25 (3,1)
Работа в зонах высокого риска	
Да	334 (41,1)
Нет	478 (58,9)



Таблица 2. Распространенность тревожных и депрессивных симптомов у медицинских работников в период пандемии COVID-19 (N=812).

Степень проявления	Всего (N=812), n(%)	
	Распределение по степени проявления	Общая распространенность (доля респондентов, набравших 5 и более баллов)
ГТР-7		
Отсутствие/Минимальный уровень тревожности (0 – 4 балла)	416 (51,23)	<b>51,23%</b>
Умеренный уровень тревожности (5 – 9 баллов)	263 (32,39)	<b>48,77%</b>
Средний уровень тревожности (10 – 14 баллов)	87 (10,71)	
Высокий уровень тревожности (15 – 21 балл)	46 (5,67)	
PHQ-9		
Нет проявлений депрессии (0 баллов)	101 (12,43)	<b>12,43%</b>
Минимальная депрессия (1 – 4 балла)	243 (29,93)	<b>29,93%</b>
Легкая депрессия (5 – 9 баллов)	220 (27,09)	<b>57,63%</b>
Умеренная депрессия (10 – 14 баллов)	141 (17,36)	
Тяжелая депрессия (15 – 19 баллов)	78 (9,61)	
Крайне тяжелая депрессия (20 – 27 баллов)	29 (3,57)	

**Таблица 3. Распространенность тревожных и депрессивных симптомов у медицинских работников в период пандемии COVID-19 с учетом пола (N=812).**

Степень проявления	Всего (N=812) n(%)	Мужчины (N=154) n(%)	Женщины (N=658) n(%)	$\chi^2$	p-value
ГТР-7				3,14	0,37
Минимальный уровень тревожности	416 (51,23)	86 (55,84)	329 (50)		
Умеренный уровень тревожности	263 (32,39)	46 (29,87)	214 (32,52)		
Средний уровень тревожности	87 (10,71)	17 (11,04)	70 (10,63)		
Высокий уровень тревожности	46 (5,67)	5 (3,25)	41 (6,23)		
PHQ-9				5,19	0,39
Нет проявлений депрессии	101 (12,43)	16 (10,39)	85 (12,92)		
Минимальная депрессия	243 (29,93)	53 (34,42)	190 (28,88)		
Легкая депрессия	220 (27,09)	41 (26,62)	179 (27,2)		
Умеренная депрессия	141 (17,36)	29 (18,82)	112 (17,02)		
Тяжелая депрессия	78 (9,61)	13 (8,44)	65 (9,88)		
Крайне тяжелая депрессия	29 (3,57)	2 (1,3)	27 (4,1)		

**Таблица 4. Распространенность тревожных и депрессивных симптомов среди медицинских работников в период пандемии COVID-19 с учетом возраста (N=812)**

Степень проявления	Всего (N=812) n(%)	20-25 (N=106) n(%)	26-29 (N=119) n(%)	30-39 (N=226) n(%)	40-49 (N=193) n(%)	50-59 (N=123) n(%)	60 и старше (N=45) n(%)	$\chi^2$	p-value
ГТР-7								19,72	0,00019
Минимальный уровень тревожности	416 (51,23)	48 (45,28)	51 (42,85)	114 (50,44)	100 (51,81)	72 (58,54)	31 (68,88)		
Умеренный уровень тревожности	263 (32,39)	37 (34,91)	45(37,82)	71 (31,41)	67 (34,72)	30 (24,39)	13(28,89)		
Средний уровень тревожности	87 (10,71)	14 (13,21)	15 (12,6)	26 (11,5)	16 (8,29)	15 (12,20)	1 (2,22)		
Высокий уровень тревожности	46 (5,67)	7 (6,60)	8 (6,72)	15 (6,64)	10 (5,18)	6 (4,88)	0 (0)		
PHQ-9								47,22	<0.001
Нет проявлений депрессии	101 (12,43)	8 (7,55)	10 (8,4%)	24 (10,62)	27 (13,99)	20 (16,26)	12 (26,67)		
Минимальная депрессия	243 (29,93)	21 (19,81)	33 (27,73)	62 (27,43)	66 (34,19)	43 (34,96)	18 (40)		
Легкая депрессия	220 (27,09)	32 (30,19)	31 (26,05)	65 (28,76)	49 (25,39)	32 (26,02)	11 (24,44)		
Умеренная депрессия	141 (17,36)	23 (27,7)	29 (24,37)	44 (19,47)	28 (14,51)	13 (10,57)	4 (8,89)		
Тяжелая депрессия	78 (9,61)	17 (16,04)	12 (10,08)	21 (9,29)	15 (7,77)	13 (10,57)	0 (0)		
Крайне тяжелая депрессия	29 (3,57)	5 (4,72)	4 (3,36)	10 (4,42)	8 (4,15)	2 (1,63)	0 (0)		

**Таблица 5. Распространенность тревожных и депрессивных симптомов среди медицинских работников в период пандемии COVID-19 с учетом должности (N=812)**

Степень проявления	Всего (N=812) n(%)	Врачи (N=641) n(%)		Медицинские сестры (N=139) n(%)		Немедицинские работники (N=25) n(%)		Санитары (N=191) n(%)		$\chi^2$	p-value
		По степени	Общая распространенность	По степени	Общая распространенность	По степени	Общая распространенность	По степени	Общая распространенность		
Минимальный уровень тревожности	416 (51,23)	31 (48,51)	31 (48,51)	84 (60,43)	84 (60,43)	14 (56)	14 (56)	7 (100)	7 (100)	16,22	0,001021
Умеренный уровень тревожности	263 (32,39)	222 (34,63)	330 (51,49)	33 (23,74)	55 (39,57)	8 (32)	11 (44)	0 (0)	0 (0)		
Средний уровень тревожности	87 (10,71)	68 (10,61)		17 (12,23)		2 (8)		0 (0)			
Высокий уровень тревожности	46 (5,67)	40 (6,24)		5 (3,6)		1 (4)		0 (0)			
PHQ-9										39,24	<0,001
Нет проявлений депрессии	101 (12,43)	67 (10,45)	67 (10,45)	26 (18,7)	26 (18,7)	3 (12)	3 (12)	5 (71,42)	5 (71,42)		
Минимальная депрессия	243 (29,93)	191 (29,8)	191 (29,8)	43 (30,94)	43 (30,94)	8 (32)	8 (32)	1 (14,29)	1 (14,29)		
Легкая депрессия	220 (27,09)	175 (27,3)		38 (27,34)		7 (28)		0 (0%)			
Умеренная депрессия	141 (17,36)	125 (19,5)		13 (9,35)		2 (8)		1 (14,29)			

Тяжелая депрессия	78 (9,61)	61 (9,52)	383 (59,75)	14 (10,07)	70 (50,36)	3 (12)	15 (56)	0 (0%)	1 (14,29)		
Крайне тяжелая депрессия	29 (3,57)	22 (3,43)		5 (3,6)		2 (8)		0 (0)			

Таблица 6. Оценки размеров эффекта (с соответствующими 95% доверительными интервалами), полученные в одно- и многофакторных моделях пропорциональных шансов («жирным» выделены статистически значимые предикторы,  $p < 0,05$ ).

Предиктор		GAD-7		PHQ-9		Качество сна	
		pOR	pORadj	pOR	pORadj	pOR	pORadj
Возраст	20-25	1,24 (0,83-1,86)	1,13 (0,67-1,88)	1,56 (1,04-2,34)	1,33 (0,79-2,23)	0,94 (0,62-1,40)	1,01 (0,60-1,69)
	26-29	1,29 (0,87-1,92)	1,15 (0,75-1,75)	1,16 (0,79-1,71)	1,02 (0,67-1,55)	1,17 (0,80-1,73)	1,16 (0,77-1,76)
	30-39	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	40-49	0,91 (0,65-1,27)	0,96 (0,68-1,36)	0,70 (0,50-0,99)	0,71 (0,50-1,01)	1,35 (0,96-1,90)	1,34 (0,94-1,91)
	50-59	0,75 (0,51-1,11)	0,78 (0,52-1,16)	0,59 (0,40-0,87)	0,62 (0,42-0,93)	1,77 (1,20-2,60)	1,64 (1,10-2,45)
	60 и старше	0,33 (0,19-0,59)	0,37 (0,21-0,68)	0,26 (0,15-0,45)	0,31 (0,17-0,54)	1,93 (1,07-3,49)	1,34 (0,72-2,52)
Пол	Ж	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	М	1,01 (0,75-1,37)	0,87 (0,63-1,19)	0,96 (0,71-1,29)	0,79 (0,58-1,09)	0,85 (0,63-1,15)	0,87 (0,64-1,19)
Семейное положение	В браке	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	В разводе	1,27 (0,83-1,95)	1,17 (0,75-1,80)	1,37 (0,89-2,11)	1,34 (0,87-2,07)	0,53 (0,34-0,84)	0,51 (0,33-0,80)
	Холост/не замужем	1,28 (0,93-1,76)	0,96 (0,64-1,43)	1,81 (1,32-2,49)	1,36 (0,91-2,04)	0,68 (0,50-0,94)	0,76 (0,51-1,14)
	Вдова/вдовец	0,24 (0,11-0,54)	0,41 (0,17-0,97)	0,17 (0,08-0,37)	0,30 (0,12-0,71)	3,19 (1,40-7,26)	2,33 (0,95-5,73)
	В отношениях	1,20 (0,69-2,08)	0,85 (0,46-1,56)	1,39 (0,78-2,48)	1,04 (0,57-1,92)	0,89 (0,49-1,61)	0,98 (0,52-1,84)
	В гражданском браке	1,20 (0,72-2,00)	1,14 (0,67-1,96)	1,41 (0,84-2,35)	1,32 (0,77-2,26)	1,21 (0,73-2,02)	1,20 (0,70-2,04)
Наличие детей	Да	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Нет	1,48 (1,15-1,90)	1,18 (0,81-1,71)	1,83 (1,42-2,36)	1,06 (0,72-1,57)	0,85 (0,66-1,09)	1,15 (0,78-1,68)
Образование	Неполное среднее	0,20 (0,01-3,25)	0,16 (0,01-2,78)	1,42 (0,09-22,91)	0,77 (0,05-12,94)	0,17 (0,01-2,87)	0,18 (0,01-3,11)
	Среднее	0,23 (0,06-0,93)	0,32 (0,06-1,61)	0,21 (0,04-1,08)	0,30 (0,05-1,82)	0,15 (0,02-1,16)	0,10 (0,01-0,79)
	Среднее	0,48 (0,34-0,68)	0,55 (0,27-1,12)	0,49 (0,35-0,70)	0,48 (0,24-0,99)	0,87 (0,62-1,24)	1,25 (0,60-2,63)

	специальное						
	Неполное высшее	1,55 (0,85-2,83)	1,42 (0,63-3,20)	1,67 (0,88-3,17)	1,03 (0,44-2,41)	0,54 (0,28-1,04)	0,90 (0,37-2,22)
	Высшее бакалавр	0,48 (0,20-1,16)	0,40 (0,16-0,98)	0,83 (0,34-2,02)	0,70 (0,28-1,72)	1,40 (0,64-3,10)	1,45 (0,63-3,32)
	Высшее специалист	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Высшее магистр	1,08 (0,40-2,93)	1,03 (0,40-2,68)	1,11 (0,40-3,08)	1,06 (0,40-2,75)	0,85 (0,35-2,04)	0,73 (0,30-1,76)
	Кандидат наук	0,81 (0,51-1,29)	0,91 (0,57-1,47)	0,71 (0,45-1,10)	0,91 (0,58-1,44)	1,14 (0,72-1,81)	1,07 (0,67-1,70)
	Доктор наук	0,68 (0,24-1,93)	1,06 (0,36-3,11)	0,78 (0,26-2,31)	1,28 (0,42-3,90)	2,27 (0,80-6,39)	1,94 (0,66-5,69)
Категория	Немедицинский работник	1,00 (0,50-1,99)	1,12 (0,54-2,29)	1,11 (0,54-2,29)	1,16 (0,54-2,48)	0,94 (0,45-1,94)	0,88 (0,42-1,84)
	Санитар/санитарка	0,12 (0,03-0,49)	0,26 (0,05-1,30)	0,05 (0,01-0,27)	0,14 (0,02-0,90)	16,02 (1,87-137,41)	17,38 (1,53-196,84)
	Медицинская сестра	0,62 (0,45-0,87)	0,89 (0,44-1,81)	0,64 (0,46-0,89)	0,99 (0,49-2,01)	0,66 (0,47-0,91)	0,59 (0,28-1,22)
	Врач	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Оказание помощи пациентам с COVID-19	Нет	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Да	1,48 (1,16-1,90)	1,43 (1,10-1,84)	1,50 (1,18-1,92)	1,41 (1,09-1,82)	0,69 (0,54-0,89)	0,72 (0,56-0,93)