

М.Г. Киселева¹, Д.В. Довбыш¹, Т.И. Бонкало²¹ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация² Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Российская Федерация

Особенности контакта с лечащим врачом и удовлетворенность получаемой медицинской помощью у пациентов, госпитализированных в связи с подтвержденным COVID-19

Обоснование. Численность госпитализированных пациентов с диагностированной коронавирусной инфекцией в марте—мае 2020 г. росла практически во всех странах. Безусловно, пандемия стала вызовом для всей системы здравоохранения. В сложившихся условиях соблюдение высоких стандартов качества медицинской помощи, установление контакта между специалистами и пациентом представляют отдельную сложную задачу. При этом именно контакт со специалистом и субъективно воспринимаемое качество помощи играют большую роль в установлении комплаенса, а значит, и в успешности лечения пациентов. Поискам путей решения этой задачи посвящено наше исследование. **Цель исследования** — изучить особенности эмоционального состояния пациентов, госпитализированных в связи с COVID-19, и описать вклад этих особенностей во взаимодействие в диаде «врач—пациент» и удовлетворенность получаемой медицинской помощью. **Методы.** В исследовании приняли участие 127 человек, госпитализированных в клинику в связи с подтвержденным диагнозом COVID-19. В качестве методик исследования использовались: 1) разработанная авторами анкета, включавшая социодемографические данные и блок вопросов о взаимодействии с лечащим врачом и медицинским персоналом; 2) русскоязычная версия опросника депрессии Бека; 3) русскоязычная версия опросника тревоги GAD-7. **Результаты.** 25,4% участников имеют выраженные признаки тревожности; 24,13% — признаки депрессии; 54% пациентов указывают, что получаемая ими в рамках госпитализации помощь достаточна; 7% говорят о необходимости поддержки психолога. Ключевым фактором в контакте с врачом оказывается доступно сформулированная информация о происходящем с пациентом (для 62,9%), а видимое улучшение самочувствия важно лишь для 43,4%. Наличие тревожной и депрессивной симптоматики вносит качественное отличие в построение контакта с врачом и оценку тяжести собственного состояния. **Заключение.** Результаты исследования позволяют формировать различные варианты работы с пациентами, демонстрирующими высокие показатели депрессивных и тревожных переживаний: подобные варианты должны учитывать значимость близкого контакта с врачом и подробной информации для пациентов. Также важно при выстраивании дальнейшей работы принимать во внимание возрастные особенности, время госпитализации и пол пациентов. Следует учитывать, что в ситуации COVID-19 решающими в контакте с врачом оказываются получение понятной и доступной информации о состоянии пациента и вовремя сделанные предписания, а не значимое улучшение самочувствия.

Ключевые слова: COVID-19, пациенты, тревожность, депрессия, комплаенс, удовлетворенность качеством оказания медицинских услуг

Для цитирования: Киселева М.Г., Довбыш Д.В., Бонкало Т.И. Особенности контакта с лечащим врачом и удовлетворенность получаемой медицинской помощью у пациентов, госпитализированных в связи с подтвержденным COVID-19. Вестник РАМН. 2020;75(5S):434–445. doi: <https://doi.org/10.15690/vramn1425>

Обоснование

Пандемия COVID-19, начавшаяся в 2020 г., однозначно стала вызовом как для специалистов в области здравоохранения, так и для всех людей, прямо или косвенно столкнувшихся с влиянием карантинных мер на свою повседневную жизнь и угрозой болезни. Многие исследования посвящены изучению и оценке психологического реагирования разных групп населения разных стран и регионов. Независимо от места жительства и скорости распространения COVID-19 данные метаанализа показывают связанные с пандемией средние уровни депрессии 33,7% и тревожности — 31,9% [1].

Но исследование особенностей реагирования на ситуацию COVID-19 среди пациентов с подтвержденным диагнозом представляет собой отдельную задачу и для научного сообщества, и для практикующих психологов и врачей. Однако даже проведенные метаобзоры, включающие анализ публикаций по проблеме COVID-19

и анализирующие реакцию общей популяции, уязвимых групп населения, работников здравоохранения, не всегда содержат информацию о том, что происходит с пациентами [2]. Ряд публикаций, включающих и обзорные теоретические статьи, и анализы случаев, утверждает о необходимости психологического сопровождения пациентов с COVID-19, отмечая, что тревожные и депрессивные симптомы, и без того распространенные среди госпитализированных пациентов независимо от диагноза, в данном случае могут быть усилены за счет специфических соматических ощущений — дыхательной недостаточности, сердечно-сосудистых симптомов, а также из-за дистанционности от социальной поддержки [3, 4]. В то же время другие авторы отмечают, что независимо от успешности медицинских протоколов лечения COVID-19 психологическая поддержка пациентов может снижать выраженность некоторых соматических симптомов, связанных с заболеванием [5]. Также китайские коллеги говорят о возможной связи

между депрессией, обнаруженной по самоотчетам пациентов, и спецификой иммунного ответа: в этом случае психологическая поддержка оказывается особенно значимой, так как потенциально связана с эффективностью медикаментозного лечения [6]. Существуют данные, показывающие эффективность онлайн-тренингов, направленных на снижение тревожности и депрессии у пациентов с COVID-19 за счет использования техник майндфулнесс, дыхательных техник, «refuge» skills and butterfly hug method [7]. Несмотря на доказанную продуктивность подобных мероприятий, исследовательская база, объясняющая, какие именно техники и стратегии регуляции и совладания оказываются наиболее эффективными для пациентов с COVID-19, все еще остается крайне скромной.

Наличие различных эмоциональных переживаний, связанных с COVID-19, у госпитализированных пациентов однозначно требует определенной реакции со стороны специалистов и учета психического состояния пациентов в существующих протоколах лечения. Но достаточно малое количество публикаций посвящено изучению специфики контакта пациентов, госпитализированных с COVID-19, и медицинского персонала. Так, говоря о поддержке пациентов и реабилитации, большая часть программ подразумевает постгоспитальное сопровождение и работу [8]. В качестве направлений такой реабилитации называют образовательные программы для повышения психологической и медицинской грамотности выздоровевших пациентов и их близких, работу полипрофессиональной команды вне стен больницы [8] и, безусловно, программы медицинского сопровождения,

особенно для пациентов группы риска [9]. Некоторые авторы все же останавливаются на отдельной важности психологической реабилитации, учитывая данные о высоких показателях депрессии и тревожности даже при отсроченных тестированиях спустя несколько лет, полученных в ситуации других массовых респираторных инфекций [10]. В качестве факторов, указывающих на потенциальную группу риска, выделяют наличие алкогольной зависимости у пациента, молодой возраст, женский пол, отсутствие работы и наиболее значимые — наличие расстройств настроения или любых иных психических заболеваний в анамнезе [10]. Тем не менее нами не было обнаружено масштабных исследований, а также конкретных рекомендаций для работников здравоохранения о том, какой формат взаимодействия с пациентами наиболее прогностически успешен в случае COVID-19.

Вместе с тем важная роль контакта между специалистом и пациентом, как и субъективная удовлетворенность пациента качеством получаемых услуг, в формировании приверженности лечению, а значит, и в выздоровлении пациента признается давно [11]. Именно поэтому в нашем исследовании в качестве центрального феномена для изучения были выбраны, во-первых, особенности контакта между пациентом и специалистами и, во-вторых, субъективная удовлетворенность пациентов получаемой помощью.

Цель исследования — изучить особенности эмоционального состояния пациентов, госпитализированных в связи с COVID-19, и описать вклад этих особенностей во взаимодействие врача и пациента и удовлетворенность получаемой медицинской помощью.

435

M.G. Kiseleva¹, D.V. Dovbysh¹, T.I. Bonkalo²

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

² Research Institute of Health Organization and Medical Management, Moscow, Russian Federation

Features Contact with the Doctor and Satisfaction with the Quality of Care for Patients Hospitalized with COVID-19

Background. The number of hospitalized patients diagnosed with coronavirus infection in March–May 2020 increased in almost all countries. Of course, such a pandemic has become a challenge for the entire health care system. In the current conditions, maintaining high standards of quality of medical care, establishing contact between specialists and the patient is a separate difficult task; at the same time, it is precisely the contact with specialists and the subjectively perceived quality of care that plays an important role in establishing compliance, and, therefore, in the success of patient treatment. Our research is devoted to the search for ways to solve this problem. **Aims** — to study the features of the emotional state of patients hospitalized for COVID-19 and describe the contribution of these features to interaction in the doctor-patient dyad and satisfaction with the medical care received. **Methods.** The study involved 127 people hospitalized with a confirmed diagnosis of COVID-19. The research methods used: 1) a questionnaire developed by the authors, which included socio-demographic data and a block of questions about interaction with a doctor and medical personnel; 2) the Russian-language version of the Beck Depression Inventory; 3) Russian-language version of the GAD-7 anxiety questionnaire. **Results.** 25.4% of participants have pronounced signs of anxiety, 24.13% — signs of depression; 54% of patients indicate that the help they receive in the framework of hospitalization is sufficient; 7% speak of the need for support from a psychologist. Formulated information about what is happening with the patient is the key factor in contact with a doctor (for 62.9%), and a visible improvement in well-being is important only for 43.4%. The presence of anxious and depressive symptoms makes a qualitative difference in establishing contact with a doctor and assessing the severity of one's own condition. **Conclusions.** Based on the results of the study, in the future, it is possible to formulate various strategies for working with patients showing high rates of depressive and anxious experiences: such strategies should take into account the importance of close contact with the doctor and detailed information for patients. It is also important when building further work to take into account age characteristics (for example, a greater focus on working with a psychologist among the young population group), the time of hospitalization (whether they coincide with the dates traditionally significant in culture) and the gender of patients. It is also important to take into account that in a COVID-19 situation, it is decisive in contact with a doctor to obtain clear and accessible information about the patient's condition and prescriptions made on time, and not a significant improvement in well-being.

Keywords: COVID-19, patients, anxiety, depression, patient compliance, quality of health care

For citation: Kiseleva MG, Dovbysh DV, Bonkalo TI. Features Contact with the Doctor and Satisfaction with the Quality of Care for Patients Hospitalized with COVID-19. *Annals of the Russian Academy of Medical Sciences.* 2020;75(5S):434–445. doi: <https://doi.org/10.15690/vramn1425>

Методы

Дизайн исследования

Для изучения был выбран дизайн перекрестного исследования. Исследование носило наблюдательный характер, проводилось одномоментно и являлось сплошным — принять участие в нем приглашались все госпитализированные пациенты с подтвержденным диагнозом COVID-19.

Критерии соответствия

Критериями включения участников в исследование являлись:

- 1) наличие подтвержденного анализа на COVID-19;
- 2) госпитализация в стационар клиники в связи с тяжестью симптомов COVID-19;
- 3) добровольное согласие на участие в исследовании с использованием валидных психологических методик.

Для всех участников опрос проводился на 10–14-й день пребывания в стационаре.

Условия проведения

Исследование проводилось на базе университетских клиник Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (часть коек в которых, согласно распоряжению Правительства РФ от 02.04.2020 № 844-р, была перепрофилирована для оказания помощи пациентам с коронавирусной инфекцией).

В исследовании участвовали: Университетская клиническая больница № 2 (Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко), г. Москва; Университетская клиническая больница № 3 (Клиника ревматологии, нефрологии и профпатологии им. Е.М. Тареева), г. Москва; Университетская клиническая больница № 4, г. Москва; Университетская клиническая больница № 1, г. Москва.

Продолжительность исследования

Исследование проводилось с 25 апреля по 31 мая 2020 г. В связи с ужесточением карантинных мер на территории г. Москвы, а также традиционно нерабочими днями с 1 по 12 мая 2020 г. весь период исследования был разделен на три временных отрезка: первый — с 25 апреля по 1 мая; второй — с 1 по 12 мая; третий — с 12 по 31 мая. Предполагалось, что более ранний этап госпитализации будет отличаться более высокими показателями тревожности среди пациентов, а значит, большим уровнем недовольства по отношению к работе клиники. Во время последнего этапа исследования, согласно нашему предположению, работа персонала становится более четкой и выстроенной, выраженность признаков тревожности у пациентов снижается благодаря уменьшению неопределенности ситуации пандемии COVID-19, а значит, удовлетворенность качеством медицинской помощи увеличивается.

Описание медицинского вмешательства

В рамках данного исследования медицинское вмешательство не предусматривалось — респонденты заполняли набор психологических методик.

Пациентов по телефону приглашали к участию в исследовании; согласившимся пройти опрос была отправлена ссылка на специально разработанную гугл-форму, а также разъяснялось, что ответы на вопросы не будут влиять на качество получаемой помощи, сроки пребывания в клинике; также участников предупреждали о том, что полное прохождение опроса займет около получа-

са. Все вопросы исследования являлись обязательными для заполнения.

В качестве методик в исследовании использовались:

- опросник депрессии Бека в русскоязычной адаптации Н. Тарабриной [12]. Данный опросник позволяет с помощью самоотчета оценить выраженность признаков депрессии, отдельно оценивая когнитивно-аффективный и соматический компоненты депрессивных переживаний. Опросник состоит из 21 утверждения, с которыми респондентам необходимо согласиться либо не согласиться;
- опросник исследования тревоги GAD-7 [13] в русскоязычной адаптации. Данная методика включает 7 вопросов, оценивающих основные признаки тревоги. В каждом вопросе респонденту необходимо выбрать степень согласия с утверждением (по шкале от 0 до 3);
- модифицированная методика Дембо–Рубинштейн [14], направленная на исследование представлений пациентов о себе. Для самооценки были предложены следующие шкалы: здоровье, удачливость, стрессоустойчивость, счастье, общительность. В данной версии методики испытуемым предлагалось оценить выраженность у себя представленных качеств по 10-балльной шкале, где 1 означает «совершенно отсутствует», а 10 — «присутствует максимально»;
- разработанная авторами анкета (всего 14 вопросов), которая включала несколько основных содержательных блоков:
 - 1) социальные и демографические вопросы (пол, возраст, полученное образование, диагноз, место госпитализации и пр.);
 - 2) меры, предпринятые до заболевания с целью снизить вероятность заражения, и оценка вероятности заражения;
 - 3) помощь, которую важно получать пациентам на этапе госпитализации;
 - 4) сложности, с которыми сталкиваются пациенты за время госпитализации, и их влияние на самочувствие;
 - 5) особенности контакта с лечащим врачом и наиболее важные аспекты установления этого контакта.

Часть вопросов анкеты относилась к категории закрытых, часть — открытых, основной же блок вопросов представлял собой мультिवыбор с возможностью указать до трех вариантов ответа. Варианты ответов были составлены на основе анализа литературы и предварительного общения с сотрудниками клиник.

После завершения заполнения опроса участникам исследования была предоставлена информация о возможностях получения психологической помощи по организованному телефону доверия.

Исходы исследования

Основной исход исследования — факт подтверждения или неподтверждения основных гипотез исследования.

В качестве основных нами были сформулированы следующие гипотезы исследования:

- среди пациентов, госпитализированных в связи с COVID-19, есть группы пациентов, демонстрирующих выраженные признаки депрессивных и тревожных переживаний;
- группы пациентов с различной выраженностью признаков депрессии и тревожности отличаются степенью удовлетворенности лечением, группы с более выраженными признаками в меньшей степени удовлетворены оказываемой помощью, в большей степени жалуются на нехватку контакта с врачом и психологом;

- выраженные различия в удовлетворенности полученной помощью, построении контакта с лечащим врачом и ключевом запросе на помощь наблюдаются у групп пациентов, госпитализированных на различных этапах пандемии, а также у групп пациентов разного возраста и пола.

Анализ в подгруппах

Основаниями для разделения участников на подгруппы являлись время госпитализации (выделены три временных этапа — с 25 апреля по 1 мая, с 1 по 12 мая, с 12 по 31 мая), возраст (выделены три возрастные группы — до 35 лет, от 35 до 50 лет, старше 50 лет) и пол участников. В указанных подгруппах исследовались представления о контакте с врачом, основные жалобы в процессе госпитализации, потребность в получении помощи от разных специалистов и близких.

Дополнительно нами была исследована степень выраженности признаков депрессии и тревожности у пациентов в соответствии с их полом, возрастом и временем госпитализации. Также в указанных группах были исследованы особенности самоотношения пациентов по модифицированным шкалам методики Дембо—Рубинштейн.

Методы регистрации исходов

Для регистрации и сбора ответов участников исследования из соображений мер безопасности использовалась специально созданная онлайн-форма (с использованием Google Forms service), ссылка на которую с помощью смс отправлялась на мобильный телефон пациентов, согласившихся пройти опрос.

Этическая экспертиза

Проверка протокола исследования этическим комитетом не проводилась. В анкету, заполняемую участниками исследования, был включен обязательный пункт о согласии на использование полученных данных в исследовательских целях в обезличенном виде. В конечном варианте обработки результатов использованы исключительно анкеты участников, подтвердивших свое согласие.

Статистический анализ

Принципы расчета размера выборки. Предварительного расчета требуемого размера выборки не проводилось, к участию в исследовании приглашались все пациенты, госпитализированные в указанный временной период.

Методы статистического анализа данных. Для обработки результатов исследования использовался пакет программ SPSS Statistics Base 22.0 (IBM). Данные об основных потребностях пациента в момент госпитализации и о специфике контакта с врачом являлись непараметрическими, статистические критерии для их обработки не использовались. Проверка распределения на нормальность проводилась с помощью критерия Колмогорова—Смирнова. По результатам проверки для обработки данных о выраженности признаков депрессии и тревожности у разных групп пациентов использовались *t*-критерий Стьюдента и однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA).

Результаты

Объекты (участники) исследования

Участниками исследования стали 127 больных (52,7% мужчин, 47,2% женщин), госпитализированные с под-

твержденным анализом на COVID-19 в стационар университетских клиник. Все пациенты дали добровольное согласие на участие в исследовании. Возраст участников — от 19 до 77 лет (средний возраст — 43,34; медиана — 42; стандартное отклонение — 11,91). Респонденты проживали в г. Москве. Обследование проводилось на 10–14-й день госпитализации.

Нами были также выделены три подгруппы участников в соответствии с датами госпитализации: на первом этапе (с 25 апреля по 1 мая) были опрошены 15 человек (11,8% участников); на втором (с 1 по 12 мая) — 71 человек (55,9% участников); на третьем этапе (с 12 по 31 мая) — 41 человек (32,3% участников).

Также участники были разделены на подгруппы по возрасту: в первую подгруппу попали участники в возрасте до 35 лет (33 человека; 25,9%), в вторую — от 35 до 50 лет (65 человек; 51,1%), в третью — старше 50 лет (30 человек; 23,6%).

Основные результаты исследования

На начальном этапе обработки результатов исследования были проанализированы общие представления госпитализированных пациентов о том, какая именно помощь необходима им в настоящий момент.

Так, среди пациентов, принимавших участие в исследовании, лишь 22,8% оценивали свою вероятность заболеть коронавирусной инфекцией как достаточно высокую; 30,7%, напротив, были уверены, что их шансы заболеть крайне малы; 38,5% считали, что их шансы заболеть примерно такие же, как у остальных людей вокруг, и зависят от случайных событий; 7,9% отвечавших вообще не оценивали свои шансы заболеть.

Общий срез представлений пациентов о том, чья помощь нужна пациентам в ситуации пандемии, выглядит так: 92,1% говорят о необходимости помощи врачей; 63,7% — о важности помощи медицинских сестер; 34,6% — о необходимости помощи близких и родственников и 10,2% — о помощи психологов.

Высокая доля респондентов — 57,4% общей выборки, — отвечая на прямой вопрос о том, какой помощи сейчас им не хватает, заявляет, что «достаточно той помощи, которая есть сейчас». Еще 13% говорят о недостатке помощи от близких и родственников. Только 18,9% госпитализированных пациентов говорят о том, что им не хватает помощи медицинского персонала (16,5% указывают на недостаточность врачебной помощи и 3,2% — на потребность в большей помощи от медицинских сестер); 7% пациентов также указывают на то, что в первую очередь им не хватает помощи психологов. Также встречаются единичные ответы о том, что важно было бы получать помощь священнослужителей, астрологов и экстрасенсов.

Далее в анализе результатов мы обратились к вопросу о том, что же влияет на ощущение «достаточности» помощи от медицинских сотрудников. 64,6% отвечавших указывают на то, что основа хорошего контакта с врачом — «вовремя сделанные назначения»; 62,9% пациентов в качестве одного из важнейших моментов в установлении продуктивного контакта с врачом называют «умение врача понятно объяснить, что со мной происходит»; 55,9% видят важным «внимание к пациенту и его самочувствию». Только 43,3% называют «видимое улучшение состояния» важным для формирования доверия между врачом и пациентом. Далее идут «регулярные обходы и осмотры» (их указывают как важный пункт 39,3% пациентов), «способность врача выслушать меня» (26,8%), «доступность врача в любое время» (28,3%). Та-

Таблица 1. Описательные статистики основных исследуемых параметров (признаки депрессии, тревожности, шкалы самооценки)

Параметр	<i>M</i>	<i>SD</i>
Депрессия	7,48	6,02
• Соматический компонент	4,01	3,25
• Когнитивно-аффективный компонент	3,72	3,77
Тревожность	4,75	5,41
<i>Шкалы методики Дембо–Рубинштейн</i>		
• Здоровье	7,22	1,73
• Удачливость	6,93	1,91
• Стрессоустойчивость	7,12	2,05
• Счастье	7,65	2,14
• Общительность	7,69	2,07

кие моменты, как внешний вид врача и его опрятность, возраст и стаж работы, наличие ученой степени и повышения квалификации, оказались важными для менее 5% отвечающих.

В качестве основных жалоб, возникших за время госпитализации, большая часть респондентов называет: «отсутствие четкой и понятной информации о происходящем с пациентом» (28,3%), «неудовлетворительные бытовые условия» (17,3%), «усталость сотрудников» (10,2%), «мало внимания к пациентам со стороны врачей» (10,2%). Отдельного внимания заслуживает тот факт, что 54,3% отвечающих говорят о том, что «не на что пожаловаться, все хорошо».

Также в ходе работы мы выяснили, что именно доставляет наибольший дискомфорт пациентам во время госпитализации: плохое физическое самочувствие (63,5% участников), тревога за состояние близких (51,9% пациентов), ограничение в передвижениях (38,5% участников). Такие моменты, как тревога за свое состояние, бытовые условия, оказались значимыми для менее 10% участников.

Важной задачей нашего исследования было оценить уровень признаков депрессии и тревожности в выборке пациентов. В табл. 1 приведена статистика основных исследуемых параметров — признаков депрессии и тревожности, шкал самооценки. Важно отметить, что средний уровень признаков тревожности превышает минимальные значения и попадает в группу «умеренной» тревожности: 25,4% респондентов имеют уровень тревожности, превышающий минимальный, а 11,43% — максимально высокий уровень тревоги; 24,13% респондентов имеют уровень симптомов депрессии, превышающий минимальный, из них 6,35% — признаки умеренной депрессии.

Пациенты с выраженными признаками депрессии реже удовлетворены помощью, которую получают сейчас (только 25% не считают необходимым получать иную помощь против 62% в группе без признаков депрессии). Им в большей степени не хватает помощи врачей (в ней нуждаются 25% против 14% в недепрессивной подгруппе) и психолога (о ней просят 20% респондентов этой группы против 4,7% участников без выраженных симптомов депрессии). Группа респондентов с признаками депрессии предъявляет большее количество жалоб, основная

направленность которых — дефицит внимания специалистов.

Схожие результаты мы можем увидеть и при сравнении групп более и менее тревожных пациентов. Значительно больше пациентов с признаками тревожности говорят о том, что им не хватает помощи, которая есть сейчас (70% неудовлетворенных против 30% в нетревожной группе). В большей степени им не хватает помощи врачей (32,6 против 13% в группе без симптомов тревоги), психологов (17,3 против 0% в нетревожной группе). При этом группа с симптомами тревоги оценивала свои шансы заболеть как менее значительные, чем группа сравнения (19,2% были уверены, что их шанс заболеть высок, против 40% в контрольной группе). Группа пациентов с признаками тревожности также предъявляет больше жалоб, определяющая тематика жалоб — дефицит информации о происходящем.

Дополнительные результаты исследования

Далее нам было важно посмотреть, отличаются ли различные подгруппы испытуемых по уровню удовлетворенности помощью, специфике контакта с врачом и основному запросу на помощь.

Сравнивая между собой группы мужчин и женщин, на уровне тенденции было отмечено, что женщины несколько чаще (60%) полностью удовлетворены получаемой помощью (против 53% в группе мужчин), а также в меньшей степени нуждаются в дополнительной помощи от врачей — о ней просят только 9,8% женщин (против 22,7% мужчин). Различий в желании получить дополнительную помощь от близких, медицинских сестер или психологов в этих подгруппах не выделено. Интересно, что на уровне тенденции женщины чаще, чем мужчины, оценивали свою вероятность заболеть как более высокую (29,5 против 16,7% у мужчин). Мужчины же, напротив, чаще были убеждены, что не заболеют (37,7 против 24,2% у женщин). В табл. 2 приводятся значимые различия по основным изучаемым параметрам (депрессия, тревожность, самооценка) между группами мужчин и женщин, полученные с использованием *t*-критерия Стьюдента. Наличие статистически значимых различий позволяет утверждать, что у женщин выше, чем у мужчин, выражены признаки депрессии (*M* = 8,76 и *M* = 6,32 соответственно), а также соматического компонента депрессии (*M* = 5,06 и *M* = 3,07 соответственно); женщины ниже, чем мужчины, оценивают свое состояние здоровья сейчас (*M* = 6,85 и *M* = 7,55 соответственно).

Описывая различия между участниками разного возраста, важно отметить, что в наибольшей степени удовлетворена всей получаемой помощью группа респондентов старше 50 лет (63% отвечавших не нуждаются ни в какой дополнительной помощи против соответственно 55 и 50% во второй и первой возрастных группах). Эта же группа в большей степени удовлетворена помощью врачей. О не-

Таблица 2. Различия между выборками мужчин и женщин (*t*-критерий)

Параметр	<i>t</i>	<i>p</i> (уровень значимости)
Депрессия	−2,31	0,02
• Соматический компонент	−3,6	0,00
<i>Шкалы методики Дембо–Рубинштейн</i>		
• Здоровье	2,31	0,02

достатке помощи от близких в основном говорят респонденты промежуточной возрастной группы (18,4% против 6,6% в первой группе и 10% во второй). О помощи психолога в основном говорят респонденты наиболее молодой группы — о ней просят 18,7% респондентов (против 4,6 и 0% во второй и третьей). Важно отметить, что ANOVA показал отсутствие статистически значимых различий между участниками разных возрастных групп по основным исследуемым параметрам (признаки депрессии, тревожности, различные шкалы самооценки).

Завершающий важный момент для описания подгрупп — сравнение потребностей у пациентов, госпитализированных на разных этапах пандемии. Единственными значимыми отличиями между этими группами была потребность в помощи психолога (наиболее актуальна на начальном этапе пандемии — о ней просят 26,6% респондентов, для остальных групп — менее 5%), а также потребность в большей помощи врачей во время майских праздников (актуально для 20% пациентов, в другие этапы — менее чем для 6% ответивших). Статистически значимых различий между описываемыми подгруппами по степени выраженности признаков тревожности, депрессии не обнаружено.

Нежелательные явления

Нежелательных явлений или побочных эффектов от участия в исследовании выявлено не было.

Обсуждение

Резюме основного результата исследования

В ходе исследования нами были получены данные об основных переживаниях пациентов, госпитализированных с подтвержденным заболеванием коронавирусной инфекцией, которые связаны с лечением и пребыванием в больнице. Так, было показано, что более половины участников полностью удовлетворены получаемой помощью, не имеют жалоб на организацию работы медицинского учреждения и специалистов, находятся в достаточном контакте со всеми людьми, чья помощь и поддержка им нужна. Для тех, кому подобной помощи не хватает, в наибольшей степени актуальна поддержка врачей и психологов. По результатам исследования выделены группы пациентов с признаками депрессии и тревожности и описаны их особенности контакта со специалистами — большой дефицит коммуникации с врачом, острая потребность в психологической работе, жалобы, направленные на нехватку информации в случае тревожных симптомов и на дефицит контакта со специалистом в случае депрессивных симптомов. Также нами были описаны различия в контакте со специалистами между группами пациентов разного пола, возраста и госпитализированных в разные временные периоды.

Обсуждение основного результата исследования

Данные, полученные в ходе нашего исследования, совпадают с данными зарубежных работ, указывающих на наличие признаков тревожности и депрессии у пациентов с COVID-19. Действительно в обследуемой нами выборке около четверти пациентов имеют выраженные тревожные и депрессивные переживания, хотя это несколько ниже, чем в других исследованиях. Совпадают с данными зарубежных коллег и с общими тенденциями полученные нами результаты о различии мужской и женской выборки: для женщин оказываются в большей степени характерны выраженные симптомы депрессии [15]. Данные же о том,

что женщины оценивали свое состояние здоровья как более тяжелое, напротив, можно назвать спорными: целый ряд авторов [16] указывает на то, что женщины обладают более низкой чувствительностью к болевым соматическим проявлениям и симптомам телесного дискомфорта; однако подобных данных о переживании соматических симптомов у женщин и мужчин с COVID-19 нами в литературе обнаружено не было. Кроме того, женщины в нашей выборке имели более выраженные баллы по шкале соматических симптомов депрессии, что логично сочетается с субъективно более тяжелым течением болезни. Однако данные о том, что депрессивные и тревожные пациенты с COVID-19 иначе, чем пациенты без подобных симптомов, оценивают качество предложенной им помощи, являются новыми и не могут быть сопоставлены с данными других работ. Тем не менее с опорой на общее знание клинической психологии и специфику реагирования на болезнь идеи о том, что для депрессивных и тревожных пациентов близость контакта с лечащим врачом, большое количество встреч являются особенно важным пунктом, нашли подтверждение в нашем исследовании. Важным замечанием, на наш взгляд, также является то, что врач и другие медицинские работники контактируют с пациентами только в средствах индивидуальной защиты (СИЗ), что мешает установлению глазного контакта, проявлению навыков активного слушания, а также зачастую сокращает время, которое специалист проводит с пациентом. Если пациентов, которые находятся в более стабильном эмоциональном состоянии, подобные изменения в построении работы оказываются менее значительными, то, имея тяжелые переживания, адаптироваться к такому общению со специалистами гораздо сложнее.

Значимыми для организации помощи пациентам с COVID-19 могут оказаться ответы пациентов о том, что в первую очередь важно для них в формировании доверительного контакта с врачами. В ситуации неопределенности, вызванной COVID-19, большее значение для пациентов имеет именно получение своевременной и достоверной информации из надежного источника; этот момент оказывается более важным, чем видимое улучшение состояния. Аналогично крайне важными становятся и регулярные осмотры, и вовремя сделанные предписания — вся эта медицинская рутина позволяет пациентам сделать пребывание в больнице более предсказуемым и понятным, а значит, способствует снижению тревоги.

Интересно, что различия в выраженности признаков депрессии и тревожности отсутствуют у пациентов разных возрастных групп и госпитализированных на разных этапах пандемии. Стабильность распространенности изучаемых величин в выборке пациентов позволяет предполагать, что за время пандемии у населения не появляется достоверно работающих механизмов совладания с ситуацией болезни.

Полученные нами результаты позволяют сформулировать следующие общие рекомендации, направленные на улучшение взаимодействия в диаде «врач — пациент с COVID-19».

1. **Информирование.** Получение четкой и понятной информации (например, о симптомах заболевания, медицинских процедурах, прогнозе лечения, реабилитации, способах контакта с родственниками и путях получения передач от близких, необходимых медицинских документах и многом другом) — важный момент в формировании доверительного контакта с врачом и снижении количества жалоб пациента.

2. **Получение комплексной помощи.** Для ряда пациентов требуется привлечение к работе не только врачей и медицинских сестер, но и смежных специалистов — психологов. В большей степени это актуально для молодых людей. Также важно отметить, что уровень рефлексии (глубины размышления о своем психическом состоянии, эмоциональных переживаниях) среди пациентов оказался достаточно высоким, и те, кто по результатам нашего опроса испытывал эмоциональные сложности, значимо чаще заявляли о необходимости поддержки психологов.

3. **Планирование контакта с близкими и родственниками.** Для многих пациентов поддержка, получаемая не только от специалистов, но и от близких людей, оказывается крайне важной. Карантинные меры и сама специфика коронавирусной инфекции препятствуют выстраиванию такого контакта между пациентами и их родными. В силах работников здравоохранения помочь в организации такого взаимодействия — обеспечить доступ к Интернету, место и время для звонков и общения и др.

4. **Поддержка близких и родственников.** Анализ литературы, равно как и ответы пациентов показывают, что тревога за близких оказывается одним из важных поводов для переживания у госпитализированных. Сотрудникам клиник важно обеспечивать понятный и простой контакт пациентов и их близких, при необходимости возможно предоставлять и одним, и другим корректную и своевременную информацию (например, о том, был ли родственник тоже госпитализирован, что делать, если родственник тоже заболел, и т.д.).

5. **Скрининговые исследования психологического благополучия пациентов.** С опорой на результаты проведенной работы мы можем утверждать, что пациенты, обладающие признаками депрессивных и тревожных расстройств, требуют иной специфики построения контакта с врачами и прочей помощи. Выделяя «группу риска» с помощью тестовых методик, сотрудники получают хорошую возможность по-другому вести таких пациентов и повышать качество оказываемой им помощи.

6. **Ориентация на потребности различных возрастных групп.** Действительно пациенты разного возраста ориентируются на разные моменты в контакте с лечащим врачом и имеют разные потребности и разный уровень ожидания от системы здравоохранения.

Ограничения исследования

Все участники нашего исследования являлись пациентами одной сети университетских клиник, что не позволяет однозначно обобщить результаты исследования на всех пациентов с COVID-19. Так, общая картина причин неудовлетворенности пациентов может меняться в других клиниках, например, из-за иных бытовых условий или иного количества работающих специалистов.

Схожие ограничения накладывает и тот факт, что все пациенты проживают и госпитализированы в г. Москве, и распространять наши выводы на другие города России также необходимо с осторожностью. Наконец, участники, проходившие опрос, очевидно находились в достаточно тяжелом состоянии, требовавшем госпитализации, но позволявшем им участвовать в работе; о переживаниях пациентов с более легким или, напротив, более тяжелым течением болезни необходимо судить с осторожностью.

Заключение

Проанализированная нами литература, посвященная специфике эмоциональных переживаний пациентов с COVID-19, госпитализированных в клиники, подтверждает наличие у них тревожной и депрессивной симптоматики. Однако в исследованиях имеется сравнительно мало рекомендаций для работников здравоохранения о специфике контакта с такими пациентами: как устанавливать рабочий альянс с пациентом, имея ограниченные временные ресурсы и препятствия в виде СИЗ, какие акценты в общении с пациентом необходимо сделать для снижения тревожности, как повысить комплаенс — многие из этих важных для дальнейшего выздоровления вопросов остаются без конкретных ответов. Полученные нами данные и сформулированные на их основе акценты психологической помощи пациентам позволяют ответить на часть этих вопросов и улучшить качество помощи, оказываемой пациентам с COVID-19. Внедрение изменений, основанных на результатах исследования, требует не дополнительных кадровых ресурсов или материальных затрат, а выстраивания иной логики пациент-центрированной работы даже в условиях пандемии. Безусловно, выделенные аспекты в дальнейшем следует применять в практической деятельности.

Дополнительная информация

Источник финансирования. Исследование и публикация статьи осуществлены на личные средства авторского коллектива.

Конфликт интересов. Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Участие авторов. М.Г. Киселева — разработка дизайна исследования, разработка авторской анкеты для пациентов, подготовка основных разделов статьи; Д.В. Довбыш — разработка дизайна исследования, разработка авторской анкеты для пациентов, подготовка основных разделов статьи; Т.И. Бонкало — систематизация результатов исследования.

ЛИТЕРАТУРА

- Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*. 2020;16(1):57. doi: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr*. 2020;52:102066. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Epstein D, Andrawis W, Lipsky A, et al. Anxiety and Suicidality in a Hospitalized Patient with COVID-19 Infection. *Eur J Case Rep Intern Med*. 2020;7(5):001651. doi: https://doi.org/10.12890/2020_001651
- Xiang Y-T, Yang Y, Li W, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228–229. doi: [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30046-8)

5. Renjun G, Ziyun L, Xiwu Y, et al. Psychological intervention on COVID-19: a protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(21):e20335. doi: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020335>
6. Yuan B, Li W, Liu H, et al. Correlation between immune response and self-reported depression during convalescence from COVID-19. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020;88:39–43. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.062>
7. Wei N, Huang B, Lu S, et al. Efficacy of internet-based integrated intervention on depression and anxiety symptoms in patients with COVID-19. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2020;21(5):400–404. doi: <https://doi.org/10.1631/jzus.b2010013>
8. Lew HL, Oh-Park M, Cifu DX. The War on COVID-19 Pandemic: Role of Rehabilitation Professionals and Hospitals. *Am J Phys Med Rehabil*. 2020;99(7):571–572. doi: <https://doi.org/10.1097/phm.0000000000001460>
9. Sheehy LM. Considerations for postacute rehabilitation for survivors of COVID-19. *JMIR Public Health Surveill*. 2020;6(2):e19462. doi: <https://doi.org/10.2196/19462>
10. Herridge MS, Moss M, Hough CL, et al. Recovery and outcomes after the acute respiratory distress syndrome (ARDS) in patients and their family caregivers. *Intensive Care Med*. 2016;42(5):725–738. doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4321-8>
11. Morris LS, Schulz RM. Patient compliance—an overview. *J Clin Pharm Ther*. 1992;17(5):283–295. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.1992.tb01306.x>
12. Тарабина Н.В. *Пактикум по психологии посттравматического стресса*. — СПб.: Питер, 2001. [Tarabrina NV. *Workshop on the psychology of posttraumatic stress*. St. Petersburg: Peter; 2001. (In Russ.)]
13. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092–1097. doi: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
14. Рубинштейн С.Я. *Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике*. — М.: Апрель Пресс, 2004. — 224 с. [Rubinshtejn SYa. *Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике*. Moscow: April' Press; 2004. 224 p. (In Russ.)]
15. Cavanagh A, Wilson CJ, Kavanagh DJ, Caputi P. Differences in the Expression of Symptoms in Men versus Women with Depression. *Harv Rev Psychiatry*. 2017;25(1):29–38. doi: <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000128>
16. Racine M, Tousignant-Laflamme Y, Kloda LA, et al. A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and pain perception. Part 2: Do biopsychosocial factors alter pain sensitivity differently in women and men? *Pain*. 2012;153(3):619–635. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.11.026>

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Киселева Мария Георгиевна, д.псих.н. [Maria G. Kiseleva, PhD in Psychology]; директор института психолого-социальной работы, заведующая кафедрой педагогики и медицинской психологии [Director of the Institute of Psychological and Social Work, Head of the Department of Pedagogy and Medical Psychology]; e-mail: ezenzench@yandex.ru, SPIN-код: 9228-2173, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9984-1090>

Довбыш Дарья Владимовна, старший преподаватель [Daria V. Dovbysh, Senior Lecturer]; адрес: 119991, Москва, ул. Трубевская, д. 8, стр. 2 [address: 8/2 Trubetskaya str., 119991, Moscow, Russia]; e-mail: dashadovbysh@gmail.com, SPIN-код: 9347-6571, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8980-3720>

Бонкало Татьяна Ивановна, д.психол.н. [Tatyana I. Bonkalo, PhD in Psychology]; e-mail: bonkalotatyanaivanovna@yandex.ru, SPIN-код: 6572-7417, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0887-4995>

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Опросник тревоги GAD-7

Пожалуйста, вспомните и ответьте, как часто за последние две недели Вас беспокоили следующие проблемы?

	Никогда	Несколько дней	Более половины дней	Почти каждый день
Повышенная нервная возбудимость, беспокойство или раздражительность				
Неспособность справиться с волнением				
Чрезмерное беспокойство по разным поводам				
Неспособность расслабиться				
Крайняя степень встревоженности: «не могу найти себе места»				
Легко поддаюсь чувству беспокойства и раздражительности				
Опасение чего-то страшного				

2. Опросник депрессии А. Бека

В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли все утверждения в каждой группе.

1.

- 0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.
- 1 Я расстроен.
- 2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.
- 3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2.

- 0 Я не тревожусь о своем будущем.
- 1 Я чувствую, что озадачен будущим.
- 2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.
- 3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3.

- 0 Я не чувствую себя неудачником.
- 1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.
- 2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.
- 3 Я чувствую, что как личность я полный неудачник.

4.

- 0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
- 3 Я полностью не удовлетворен жизнью, и мне все надоело.

5.

- 0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.
- 1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.
- 2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.
- 3 Я постоянно испытываю чувство вины.

6.

- 0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.
- 1 Я чувствую, что могу быть наказан.
- 2 Я ожидаю, что могу быть наказан.
- 3 Я чувствую себя уже наказанным.

7.

- 0 Я не разочаровался в себе.
- 1 Я разочаровался в себе.
- 2 Я себе противен.
- 3 Я себя ненавижу.

8.

- 0 Я знаю, что я не хуже других.
- 1 Я критикую себя за ошибки и слабости.
- 2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.
- 3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9.

- 0 Я никогда не думал покончить с собой.
- 1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.
- 2 Я хотел бы покончить с собой.
- 3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10.

- 0 Я плачу не больше, чем обычно.
- 1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.
- 2 Теперь я все время плачу.
- 3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11.

- 0 Сейчас я раздражителен не более чем обычно.
- 1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.
- 2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.
- 3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12.

- 0 Я не утратил интереса к другим людям.
- 1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.
- 2 Я почти потерял интерес к другим людям.
- 3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13.

- 0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.
- 1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.
- 2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.
- 3 Я больше не могу принимать решения.

14.

- 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
- 1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.
- 2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.
- 3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15.

- 0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.
- 1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.
- 2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.
- 3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16.

- 0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.
- 1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.
- 2 Я просыпаюсь на 1–2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.
- 3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17.

- 0 Я устаю не больше чем обычно.
 1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.
 2 Я устаю почти от всего, что я делаю.
 3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18.

- 0 Мой аппетит не хуже чем обычно.
 1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
 2 Мой аппетит теперь значительно хуже.
 3 У меня вообще нет аппетита.

19.

- 0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.
 1 За последнее время я потерял более 2 кг.
 2 Я потерял более 5 кг.
 3 Я потерял более 7 кг.

20.

- 0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше чем обычно.
 1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.
 2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.
 3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21.

- 0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.
 1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.
 2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.
 3 Я полностью утратил сексуальный интерес.

3. Модифицированная методика Дембо–Рубинштейн

Перед Вами несколько шкал, которые оценивают важные для каждого человека параметры его самочувствия или черты личности. Представьте, что на этих шкалах расположили всех людей на Земле, и на оценке 1 расположились люди с самой низкой выраженностью этого качества, а на 10 — с самой высокой. Определите, пожалуйста, Ваше место на этих шкалах.

443

Здоровье

1	10
---	----

Удачливость

1 10

Стрессоустойчивость

1

Счастье

10

1

Общительность

10

1

10

4. Разработанная авторами анкета

Ваше имя или псевдоним: _____

Ваш пол:

- Женский
- Мужской
- Другое

Ваш возраст: _____

Уровень полученного Вами образования: _____

До того, как Вы оказались в больнице, относили ли Вы себя к потенциальной «группе риска» — тем, кто имеет достаточно высокую вероятность заразиться вирусом COVID-19?

- Да, считал, что имею достаточно высокую вероятность заболеть.
- И да, и нет — считал, что вероятность заболеть для меня примерно такая же, как для большинства людей.
- Затрудняюсь ответить, не размышлял о том, что могу заболеть.
- Нет, был уверен, что моя вероятность заболеть крайне мала.

Сколько дней Вы находитесь в больнице?

До того, как Вы попасть в больницу, пробовали ли Вы делать что-то, что может снизить вероятность заражения? Если да, выберите, что именно Вы делали:

- Мыл руки чаще, чем обычно.
- Проводил уборку с использованием средств дезинфекции.
- Перестал пользоваться общественным транспортом (или существенно снизил его использование).
- Носил медицинскую маску и/или защитные очки в людных местах.
- Соблюдал меры карантина (не выходил из дома, не появлялся в людных местах).
- Перешел на удаленный режим работы.
- Заранее отказался от запланированных поездок за границу или по России.
- Заказывал продукты с доставкой на дом.
- Отказался от посещения родственников.
- Не предпринимал специальных мер.

Как Вам кажется, в ситуации госпитализации во время эпидемии COVID-2019 чья помощь и поддержка нужна пациентам больше всего? (Можно выбрать несколько вариантов ответа.)

- Лечащий врач.
- Медицинская сестра.
- Психолог.
- Родственник или близкий.
- Священнослужитель.
- Астролог, экстрасенс.

Чьей помощи больше всего не достаёт сейчас именно Вам? (Выберите только один вариант, чьего участия не хватает, чтобы Вы почувствовали себя чуть лучше.)

- Лечащий врач.
- Медицинская сестра.
- Психолог.
- Родственник или близкий.
- Священнослужитель.
- Астролог, экстрасенс.
- Мне достаточно той помощи, которую я получаю.

Выберите, пожалуйста, что для Вас оказывается самым важным в формировании хорошего рабочего доверительного контакта с врачом сейчас. (Выберите не больше трех пунктов.)

- Вовремя сделанные медицинские назначения.
- Внимание ко мне, моему самочувствию.
- Способность врача выслушать меня.
- Видимое улучшение моего состояния.
- Умение врача понятно объяснить мне, что со мной происходит.
- Учет моего мнения при выборе тактики лечения.
- Внешний вид врача: опрятность, аккуратность.
- Возможность позвать врача в любое время, задать ему вопрос напрямую.
- Наличие у врача ученой степени, курсов повышения квалификации и т.д.
- Возраст врача и стаж его работы.
- Регулярные обходы и осмотры.

За время госпитализации на что, как Вам кажется, могли бы пожаловаться пациенты, госпитализированные в ту же больницу, что и Вы? (Можно выбрать несколько вариантов ответа.)

- Долгая процедура оформления.
- Мало внимания к пациентам со стороны врачей.
- Мало внимания к пациентам со стороны младшего медицинского персонала.
- Усталость сотрудников.
- Невежливое или пренебрежительное отношение со стороны сотрудников.
- Невнимательность к родственникам пациентов.
- Неудовлетворительные бытовые условия.
- Отсутствие понятной и четкой информации о происходящем с пациентом.
- Невнимательность к эмоциональным переживаниям пациента.
- Не на что пожаловаться, все хорошо.

Как Вам кажется, влияют ли выбранные Вами в предыдущем вопросе пункты на эффективность лечения?

- Да, конечно, это снижает эффективность лечения.
- Нет, не влияет на эффективность лечения, но доставляет дискомфорт пациентам и вызывает напряжение.
- Нет, не влияет совсем.
- В предыдущем вопросе написал, что все хорошо.

Что для Вас является самым сложным в ситуации госпитализации? (Выберите не больше трех вариантов ответа.)

- Плохое физическое самочувствие.
- Невозможность видеться с близкими.
- Тревога за состояние близких и родственников.
- Тревога за свое состояние.
- Отсутствие конкретной информации о своем здоровье.
- Ограничение в перемещениях, невозможность выйти на прогулку и т.д.

- Бытовые условия в больнице.
- Необходимость есть больничную еду, отсутствие привычной еды.
- Скука, отсутствие интересных дел и занятий, безделье.
- Переживания за финансовую стабильность.
- Другое.

Какое послание Вы бы оставили своим родственникам, близким, друзьям, которые сейчас не болеют COVID-19? Напишите, пожалуйста, несколько строк или слов о том, что кажется Вам самым важным.
