

Вклад диспозициональной осознанности в сопротивление острому и хроническому стрессу у медицинского персонала в период пандемии COVID'19

И.В. Блинникова*¹, В.В. Матюшин², М.В. Гуцин³, М.Д. Ланге⁴

^{1,4} Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

¹ ir.vl.blinnikova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5163-6859>

² Медицинский центр психического здоровья, Москва, Россия, stoyik@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2403-3320>

³ Департамент здравоохранения города Москвы, Москва, Россия, maximbezdna@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9748-2338>

⁴ mk.lange@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0275-1142>

* Автор, ответственный за переписку: ir.vl.blinnikova@gmail.com

Актуальность. Внимание исследователей все больше привлекает осознанность как личностный ресурс профессионалов, позволяющий противостоять негативным воздействиям и поддерживать высокий уровень надежности и эффективности трудовой деятельности. Условия пандемии усилили актуальность исследований в этом направлении; появилась уникальная возможность изучить потенциал осознанности в сопротивлении формированию стрессовых состояний

Цель. Анализ вклада диспозициональной осознанности в общий уровень и отдельные проявления острого и хронического стресса в период борьбы с коронавирусной инфекцией.

Выборка. В исследовании приняли участие 66 сотрудников одного из московских медицинских центров, переоборудованных для помощи больным с COVID-19.

Методы. Респонденты онлайн заполняли опросник острого и хронического стресса А.Б. Леоновой и пятифакторный опросник диспозициональной осознанности (FFMQ).

Результаты исследования продемонстрировали в целом низкий и средний уровень острого и хронического стресса у специалистов, работавших с ковид-пациентами. По сравнению со средним медицинским персоналом у врачей более явно проявлялись некоторые симптомы острого и хронического стресса. Были установлены высокозначимые отрицательные корреляции диспозициональной осознанности с общими индексами острого ($r = -0,423$; $p < 0,01$) и хронического стресса ($r = -0,581$; $p < 0,01$), а также построены регрессионные модели, которые позволили выявить противодействующий вклад отдельных компонентов осознанности в выраженность острого и хронического стресса.

Выводы. Полученные данные продемонстрировали, что диспозициональная осознанность тесно связана с проявлением стрессовых состояний и может рассматриваться как один из факторов стресс-резистентности. Поэтому необходимо уделять внимание развитию этой личностной способности для предупреждения возникновения негативных состояний у врачей и среднего медицинского персонала.

Ключевые слова: диспозициональная осознанность, острый и хронический стресс, врачи, средний медицинский персонал, COVID-19.

Для цитирования: Блинникова И.В., Матюшин В.В., Гуцин М.В., Ланге М.Д. Вклад диспозициональной осознанности в сопротивление острому и хроническому стрессу у медицинского персонала в период пандемии COVID'19 // Национальный психологический журнал. 2022. № 4 (48). С. 53–64. doi: 10.11621/npj.2022.0406

Contribution of trait mindfulness in countering acute and chronic stress in medical professionals during COVID-19 pandemic

Irina V. Blinnikova^{*1}, Vadim V. Matiushin², Maxim V. Gushchin³, Michael D. Lange⁴

^{1,4} Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

¹ ir.vl.blinnikova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5163-6859>

² Mental Health Center, Moscow, Russia, stoyik@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2403-3320>

³ Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia, maximbezdna@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9748-2338>

⁴ mk.lange@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0275-1142>

* Corresponding author: ir.vl.blinnikova@gmail.com

Background. In extreme conditions the quality of work tasks performed by professionals depends on their ability to control their own states. One of these control instruments is mindfulness. The pandemic has created a unique opportunity to explore the potential of mindfulness in preventing the stressful states in healthcare workers.

Objective of this study was to identify the contribution of trait mindfulness as a self-regulating ability to the overall level and manifestations of acute and chronic stress.

Sample. The study involved 66 employees of one of the Moscow medical centers that was converted to provide care for patients with COVID-19.

Methods. The respondents filled in on-line questionnaires, aimed to assess the severity of acute and chronic stress manifestations (by A. Leonova), as well as the general level and facets of trait mindfulness (FFMQ).

Results. Low and medium degree of acute and chronic stress severity in specialists working with COVID-patients was revealed. Significant negative correlations were established between indicators of acute ($r = -0.423$; $p < 0.01$) and chronic stress ($r = -0.581$; $p < 0.01$) with a composite score of trait mindfulness. Regression analysis revealed the counteracting contribution of individual components of mindfulness to the severity of acute and chronic stress.

Conclusion. The trait mindfulness puts barriers to the acute and chronic stress. Therefore, it is necessary to pay attention to the development of this personality trait to prevent the occurrence of negative states in medical professionals.

Keywords: trait mindfulness, acute and chronic stress, medical professionals, COVID-19.

For citation: Blinnikova, I.V., Matiushin, V.V., Gushchin, M.V., Lange, M.D. (2022). Contribution of trait mindfulness in countering acute and chronic stress in medical professionals during COVID-19 pandemic. *Natsional'nyy psikhologicheskiy zhurnal (National psychological journal)*, 4 (48), 53–64. doi: 10.11621/npj.2022.0406

Введение

В этой статье мы рассмотрим осознанность как фактор, позволяющий снижать остроту и отсроченные последствия негативных состояний, продемонстрировав ее вклад в проявления острого и хронического стресса у медицинских работников в условиях пандемии вируса COVID-19. Ситуация с распространением опасного инфекционного заболевания оказалась мощным источником стресса для врачей и среднего медицинского персонала. Многие из них оказались в экстремальных условиях, и, прежде всего, те специалисты, которые работали в «красных зонах» госпиталей непосредственно с «ковид-пациентами». Высокая опасность заражения, повышенные нагрузки, давление социума, ожидающего от них героизма, — все это являлось стрессовыми факторами, которые усложняли и без того непростые профессиональные задачи медиков. Переживания постоянного страха, напряжения, усталости могут стать источником ошибок в профессиональной деятельности, а также привести к тяжелым психологическим и физиологическим последствиям, для предотвращения которых необходимо создавать условия, препятствующие формированию негативных стрессовых проявлений. Особое значение здесь приобретают умения специалиста контролировать и регулировать свои состояния (Кузнецова, Титова, Злоказова, 2019). Такие умения все чаще связывают с ресурсами осознанности (mindfulness) (Блинникова, Матюшин, 2020).

Существует много подходов к пониманию осознанности. К. Браун, Р. Райан, Д. Кресвелл описывают ее как «внимательное отслеживание и полное осознание текущих событий» (Brown, Ryan, Creswell, 2007, p. 212), другими словами, как осознанный (и/или когнитивный) контроль за содержанием сознания. Однако наиболее часто цитируется определение осознанности, в котором наряду с направленным вниманием и пониманием текущего момента упоминается безоценочное принятие переживаний (Kabat-Zinn, 1994). Здесь возникает более широкое толкование осознанности, которое включает не только когнитивный контроль, но и особого рода отношение к текущему опыту (Bishop et al., 2004). В дальнейшем к этим двум аспектам добавляется третий — особый осознанный модус регуляции действий (Jha et al., 2010). Такой комплексный подход был положен Рут Баэр и ее коллегами в основу разработки пятифакторного опросника диспозициональной осознанности, под которой понимается способность человека наблюдать и описывать текущие переживания, избегать поспешных оценок и импульсивных реакций на происходящее, действовать осознанно (Baer et al., 2006).

Изначально феномен осознанности изучался в рамках клинических исследований и в основном с привлечением выборок людей, страдающих психическими и соматическими заболеваниями (Федунина, Вихристюк, Банников, 2019). Однако в дальнейшем осознанность начинает рассматриваться как фактор повышения эффективности и психологической на-

дежности трудовой деятельности (Glomb et al., 2011; Virgilli, 2015). Накапливается все больше данных о роли осознанности в снижении количества ошибок и нарушений, соблюдении мер безопасности на рабочем месте (Zhang, Wu, 2014), а также в повышении эффективности выполнения трудовых задач у специалистов разного профиля (Robins, Roberts, Sarris, 2019). Но большинство авторов подчеркивает, что наиболее заметную роль осознанность играет в оптимизации деятельности, уязвимой к воздействию стресса¹ (Glomb et al., 2011).

В такую группу риска попадают все медицинские специальности (Леонова, Багрий, 2009), и поэтому неоднократно ставился вопрос о том, помогает ли осознанность в поддержании оптимального функционального состояния у врачей и среднего медицинского персонала? В недавних статьях был проведен обобщающий анализ большого числа работ и показано, что тренинги осознанности снижают проявления тревоги, депрессии, синдрома выгорания и повышают психологическое благополучие у медицинских специалистов (Burton et al., 2017; Riet, Levett-Jones, Aquino-Russell, 2018). В ряде исследований были выявлены негативные связи диспозициональной осознанности со стрессовыми состояниями у учащихся медицинских колледжей (Rayan, 2019) и уже работающих медбратьев и медсестер (Lu et al., 2019). Похожие данные были установлены для врачей, находящихся на разных этапах профессионализации (Shapiro, Lebeau, Tobia, 2019; Tomlinson et al., 2018). В целом, результаты не выходили за пределы данных, полученных на других группах, исключение составляли специалисты в области психического здоровья, обладающие большими возможностями применения навыков осознанности (Блинникова, Матюшин, 2021; Robins, Roberts, Sarris, 2019). Однако ни в одном из этих исследований не удавалось обратиться к медикам, находящимся в процессе выполнения своих обязанностей, тем более в условиях повышенного эмоционального напряжения. Именно эта задача была поставлена нами в данном исследовании.

Анализируя стрессовые состояния профессионалов, мы опирались на регуляторный подход, в рамках которого состояния не отделяются от характера трудовой деятельности, а их формирование рассматривается как динамичная система. «Острый стресс» возникает как комплекс непосредственных реакций на эмоциональные ситуации, накопление которых складывается в синдром «хронического стресса», а в дальнейшем приводит к таким отсроченным последствиям, как нарушения здоровья, а также личностные и поведенческие деформации. Особенности проявлений стресса на рабочем месте зависят, с одной стороны, от риск-факторов, присущих конкретной трудовой ситуации, и с другой — от индивидуальных адаптационных ресурсов работников (Леонова, 2004; Leonova et al., 2013). В нашей работе в качестве стресс-факторов выступали условия работы в «красной зоне», которая была связа-

¹ Именно в трудовой деятельности такого типа умения совладать со стрессовыми состояниями напрямую связаны с успешностью выполнения задач (Кузнецова, Титова, Злоказова, 2019).

на с повышенными нагрузками, необходимостью работать в масках и защитных костюмах и постоянной опасностью заражения. Также мы должны были принять во внимание различия в характере деятельности врачей и среднего медицинского персонала. В качестве индивидуальных ресурсов противодействия стрессу изучался вклад диспозициональной осознанности и отдельных ее компонентов.

Цель и гипотеза исследования

Цель. Цель данного исследования состоит в выявлении связи диспозициональной осознанности с общим уровнем и отдельными компонентами острого и хронического стресса у медицинских работников, оказывающих помощь ковид-пациентам.

Гипотезы исследования. Мы предполагали, что 1) у медицинских работников, оказывающих помощь больным с ковид-инфекцией, общий уровень острого и хронического стресса будет значимо превышать установленные ранее нормы; 2) общий уровень и отдельные компоненты осознанности негативно связаны с проявлениями острого и хронического стресса; 3) существуют различия в уровне острого и хронического стресса и его взаимосвязях с диспозициональной осознанностью у врачей и среднего медицинского персонала.

Выборка

В исследовании принимал участие медицинский персонал одной смены московского медицинского центра, переоборудованного для помощи больным с COVID-19. Использовался метод кластерной выборки. 30 респондентов были дипломированными врачами, а 36 относились к среднему медицинскому персоналу. Женщины составляли 85% выборки. Средний возраст респондентов был равен 40,94 ($SD = 9,67$), средний стаж по специальности равнялся 18 годам ($SD = 9,67$).

Процедура исследования

Респонденты были приглашены на исследование психологом-консультантом данного центра, и дали добровольное согласие на заполнение анкеты и опросников. Исследование проводилось дистанционно с помощью заполнения электронных форм на платформе Google.

Методы

Респонденты заполняли небольшую анкету, содержащую вопросы о возрасте, поле, образовании, уровне профессиональной компетенции, общем стаже работы, текущей профессиональной позиции, и два опросника: русскоязычная версия пятифакторного опросника осознанности (FFMQ) и опросник острого и хронического стресса А.Б. Леоновой.

Пятифакторный опросник осознанности (FFMQ). Пятифакторный опросник осознанности (Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)), созданный группой исследователей под руководством Рут Баэр в 2006 году (Baer et al., 2006), был адаптирован для русскоязычной выборки (Юмартова, Гришина, 2013) и наиболее часто используется в эмпирических исследованиях (Голубев, Дорошева, 2018). Он содержит 39 пунктов, сгруппированных в 5 шкал: 1) шкала «Описание» позволяет выявить возможности вербально описывать содержание сознания, обращать свои эмоции, ощущения, мысли в слова; 2) шкала «Безоценочность» означает неосуждающее отношение к текущему опыту; 3) шкала «Нереагирование» предусматривает отсутствие непосредственных реакций на происходящее; 4) шкала «Осознанность действий» определяет возможности сознательной концентрации на поведенческих актах, отказ от выполнения их «на автомате»; 5) шкала «Наблюдение» подразумевает направление внимания и проявление осведомленности в ощущениях, эмоциях, мыслях и т.п. Последующая факторизация опросника на выборке 172 человека позволила выявить трехфакторную структуру, в которой шкалы «Осознанность действий» и «Описание» вошли в один фактор (обозначенный как *осознанная включенность*), шкалы «Нереагирование» и «Безоценочность» — в другой фактор (получивший название *осознанная отстраненность*), а шкала «Наблюдение» — в третий (Блинникова, Матюшин, 2020).

Опросник острого и хронического стресса был разработан А.Б. Леоновой (Leonova, 2004) и состоит из двух 30-балльных шкал — острого и хронического стресса. Шкала острого стресса создавалась для оценки выраженности ситуативных проявлений профессионального стресса. Респондентов просят верифицировать предложенные утверждения в зависимости от того, как они чувствуют себя в данный момент времени. Шкала «Хронический стресс» используется для анализа выраженности состояния хронического стресса как внеситуативной части профессионального стресса. Респондентов просят верифицировать предложенные утверждения в зависимости от того, как они чувствуют себя на протяжении нескольких последних месяцев.

Обработка данных была выполнена с помощью пакета SPSS-21. Использовались методы параметрической статистики (дисперсионный, корреляционный, регрессионный анализ), поскольку все измеряемые величины имели нормальное распределение.

Результаты

Уровень острого и хронического стресса у медиков, вовлеченных в работу с ковид-инфицированными пациентами

Мы полагали, что уровень стресса у медицинского персонала, работающего в «красной зоне» медицинского центра, будет превышать допустимые нормы. Однако выраженность как острого, так и хронического стресса находилась в умеренном диапазоне.

Таблица 1. Сравнение проявлений острого стресса у врачей и среднего медицинского персонала

Проявления острого стресса (ОС) (Mean (SD))							
	Общий индекс ОС	Физиологический дискомфорт	Когнитивная напряженность	Эмоциональное напряжение	Трудности в общении	Затруднения в поведении	Общее самочувствие
<i>Вся выборка</i>	32,67 (6,47)	5,50 (1,40)	5,76 (1,40)	6,41 (1,82)	5,74 (1,50)	6,03 (1,68)	9,00 (2,49)
<i>Врачи</i>	33,55 (5,89)	5,28 (0,75)	5,83 (1,26)	6,57 (1,94)	5,93 (1,73)	6,55 (1,82)	9,38 (2,18)
<i>Средний медперсонал</i>	31,98 (6,89)	5,68 (1,75)	5,7 (1,52)	6,32 (1,75)	5,59 (1,30)	5,62 (1,46)	8,70 (2,71)
<i>Различия между группами</i>	<i>F(1;65)</i>	0,95	1,32	0,13	0,18	0,81	5,30
	<i>Знач.</i>	0,334	0,255	0,723	0,673	0,370	0,025

Table 1. Comparison of manifestations of acute stress in doctors and nurses

Manifestations of acute stress (AS) (Mean(SD))							
	General index of AS	Physiological discomfort	Cognitive tension	Emotional tension	Communication difficulties	Difficulties in behavior	General well-being
<i>Whole sample</i>	32.67 (6.47)	5.50 (1.40)	5.76 (1.40)	6.41 (1.82)	5.74 (1.50)	6.03 (1.68)	9.00 (2.49)
<i>Doctors</i>	33.55 (5.89)	5.28 (0.75)	5.83 (1.26)	6.57 (1.94)	5.93 (1.73)	6.55 (1.82)	9.38 (2.18)
<i>Nursing staff</i>	31.98 (6.89)	5.68 (1.75)	5.7 (1.52)	6.32 (1.75)	5.59 (1.30)	5.62 (1.46)	8.70 (2.71)
<i>Differences between groups</i>	<i>F(1;65)</i>	0.95	1.32	0.13	0.18	0.81	5.30
	<i>Significance</i>	0.334	0.255	0.723	0.673	0.370	0.025

Таблица 2. Сравнение проявлений хронического стресса у врачей и среднего медицинского персонала

Проявления хронического стресса (ХС) (Mean (SD))							
	Общий индекс ХС	Тревога	Агрессия	Депрессия	Астения	Психосом. реакции	Нарушения сна
<i>Вся выборка</i>	40,49 (8,89)	9,21 (2,51)	8,24 (2,14)	8,17 (2,18)	8,06 (2,13)	7,14 (1,76)	7,97 (2,52)
<i>Врачи</i>	43,18 (8,62)	10,24 (2,81)	8,79 (2,37)	8,45 (2,06)	8,41 (1,70)	7,55 (1,94)	8,59 (2,58)
<i>Средний медперсонал</i>	38,38 (8,64)	8,41 (1,92)	7,81 (1,87)	7,95 (2,27)	7,78 (2,39)	6,81 (1,56)	7,49 (2,39)
<i>Различия между группами</i>	<i>F(1;65)</i>	5,04	9,90	3,56	0,86	1,44	2,96
	<i>Знач.</i>	0,025	0,003	0,045	0,357	0,235	0,09

Table 2. Comparison of the manifestations of chronic stress in doctors and nurses

Manifestations of chronic stress (CS) (Mean(SD))							
	General index of CS	Anxiety	Aggression	Depression	Asthenia	Psychosomatic reactions	Sleep disturbance
<i>Whole sample</i>	40.49 (8.89)	9.21 (2.51)	8.24 (2.14)	8.17 (2.18)	8.06 (2.13)	7.14 (1.76)	7.97 (2.52)
<i>Doctors</i>	43.18 (8.62)	10.24 (2.81)	8.79 (2.37)	8.45 (2.06)	8.41 (1.70)	7.55 (1.94)	8.59 (2.58)
<i>Nursing staff</i>	38.38 (8.64)	8.41 (1.92)	7.81 (1.87)	7.95 (2.27)	7.78 (2.39)	6.81 (1.56)	7.49 (2.39)
<i>Differences between groups</i>	<i>F(1;65)</i>	5.04	9.90	3.56	0.86	1.44	2.96
	<i>Signif.</i>	0.025	0.003	0.045	0.357	0.235	0.09

В исследуемой выборке лишь в 6,1% случаев проявлялись выраженные симптомы острого стресса, и 24,2% случаях — хронического стресса, но ни высоких, ни предельно высоких значений обнаружено не было. Данные представлены в табл. 1 и 2.

Установленный уровень стресса был близок к данным, полученным на выборке врачей до начала пандемии (Кудрина, Леонова, 2019). Такой результат кажется удивительным, но только отчасти. Врачи и средний медицинский персонал не могли бы выполнять свои обязанности в ситуации высокого и предельно высокого стресса, поэтому они должны противостоять ему, обладать высоким уровнем стресс-резистентности (Леонова, Багрий, 2009). Возникает вопрос о конкретных факторах, обеспечивающих необходимый и достаточный уровень адаптационных ресурсов, и, в частности, является ли осознанность таким фактором?

Мы предполагали, что уровень переживаемого стресса различается у врачей и среднего медицинского персонала. Это предположение основывалось на разном характере деятельности этих специалистов и ряде полученных ранее данных (Зинченко и др., 2021), но оно нашло лишь частичное подтверждение. По общему уровню острого стресса эти две подгруппы существенно не различались (см. табл. 1), что отражает сходство их оценок стресс-факторов текущей деятельности. Однако стоит отметить, что врачи все-таки испытывают большее давление в критических

обстоятельствах: значимые различия между группами были выявлены по такому измерению острого стресса, как «нарушение в поведении», при этом наиболее заметные различия касались пункта «Выполнение привычных действий требует от меня дополнительного напряжения».

Незначительные различия в проявлениях острого стресса между врачами и средним медицинским персоналом увеличиваются в оценках хронического стресса. Это согласуется с регуляторной моделью стресса, где предполагается, что непреодоленность и аккумуляция негативных реакций на непосредственные события лежат в основе формирования синдрома хронического стресса (Леонова, 2004; Leonova et al., 2013). Различий в общем уровне осознанности и ее отдельных компонентов между врачами и средним медицинским персоналом установлено не было.

Связи между личностной осознанностью и проявлениями острого и хронического стресса

Для проверки основной гипотезы были вычислены корреляции между измерениями стрессовых проявлений и осознанности. Данные представлены в табл. 3 и 4. Общий уровень осознанности значимо связан со всеми показателями стрессовых состояний кроме шкалы физиологического дискомфорта. При этом корреляции по большей части носят отрицательный характер: чем выше осознанность, тем ниже стрессовые проявления. Это хорошо соотносится с

Таблица 3. Корреляции между шкалами пятифакторного опросника осознанности (FFMQ) и проявлениями острого стресса

Переменные (n = 66)		Осознанность					
		Наблюдение	Описание	Действия с осознанием	Безоценочность	Нереактивность	Общий индекс
Проявления острого стресса	Физиологич. дискомфорт	0,055	-0,082	-0,176	-0,006	0,101	-0,047
	Когнитивная напряженность	0,002	-0,283*	-0,431**	-0,110	0,026	-0,323**
	Эмоциональное напряжение	0,104	-0,220	-0,341**	-0,266*	0,001	-0,297*
	Трудности в общении	0,076	-0,310*	-0,363**	-0,117	-0,075	-0,317**
	Затруднения в поведении	0,025	-0,436**	-0,541**	-0,204	-0,003	-0,472**
	Общее самочувствие	0,060	-0,342**	-0,374**	-0,181	-0,099	-0,378**
	Общий индекс ОС	0,077	-0,380**	-0,496**	-0,216	-0,025	-0,423**

**p < 0.01; *p < 0.05.

Table 3. Correlations between the Five-Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ) scales and manifestations of acute stress

Variables (n = 66)		Mindfulness					
		Observation	Description	Actions with awareness	Non-judgmental	Non-reactivity	General index
Manifestations of acute stress	Physiological discomfort	0.055	-0.082	-0.176	-0.006	0.101	-0.047
	Cognitive tension	0.002	-0.283*	-0.431**	-0.110	0.026	-0.323**
	Emotional tension	0.104	-0.220	-0.341**	-0.266*	0.001	-0.297*
	Communication difficulties	0.076	-0.310*	-0.363**	-0.117	-0.075	-0.317**
	Difficulties in behaviour	0.025	-0.436**	-0.541**	-0.204	-0.003	-0.472**
	General well-being	0.060	-0.342**	-0.374**	-0.181	-0.099	-0.378**
	General Index of AS	0.077	-0.380**	-0.496**	-0.216	-0.025	-0.423**

**p < 0.01; *p < 0.05

Таблица 4. Корреляции между шкалами пятифакторного опросника осознанности (FFMQ) и проявлениями хронического стресса

(n = 66)		Осознанность					
		Наблюдение	Описание	Действия с осознав.	Безоценочность	Нереагирование	Общий индекс
Проявление хронического стресса	Тревога	0,267*	-0,405**	-0,454**	-0,373**	-0,348**	-0,521**
	Агрессия	0,197	-0,370**	-0,308*	-0,261*	-0,285*	-0,408**
	Депрессия	0,152	-0,329**	-0,347**	-0,332**	-0,105	-0,392**
	Астения	0,025	-0,459**	-0,507**	-0,184	-0,091	-0,491**
	Психосоматические реакции	-0,013	-0,459**	-0,438**	-0,175	-0,145	-0,495**
	Нарушения сна	0,023	-0,457**	-0,430**	-0,223	-0,157	-0,502**
	Общий индекс ХС	0,142	-0,510**	-0,514**	-0,326**	-0,238	-0,581**

**p < 0.01; *p < 0.05.

Table 4. Correlations between the scales of the Five-Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ) and manifestations of chronic stress

(n = 66)		Mindfulness					
		Observation	Description	Actions with awareness	Non-judgmental	Non-reactivity	General index
Manifestation of chronic stress	Anxiety	0.267*	-0.405**	-0.454**	-0.373**	-0.348**	-0.521**
	Aggression	0.197	-0.370**	-0.308*	-0.261*	-0.285*	-0.408**
	Depression	0.152	-0.329**	-0.347**	-0.332**	-0.105	-0.392**
	Asthenia	0.025	-0.459**	-0.507**	-0.184	-0.091	-0.491**
	Psychosomatic reactions	-0.013	-0.459**	-0.438**	-0.175	-0.145	-0.495**
	Sleep disturbance	0.023	-0.457**	-0.430**	-0.223	-0.157	-0.502**
	General Index of CS	0.142	-0.510**	-0.514**	-0.326**	-0.238	-0.581**

**p < 0.01; *p < 0.05.

данными, полученными в проведенных ранее исследованиях (Riet, Levett-Jones, Aquino-Russell, 2018).

Что касается отдельных компонентов осознанности, то из таблицы видно, что наибольшую нагрузку имеют два из них — «Осознанные действия» и «Описание». Здесь можно говорить об «осознанной вовлеченности» (Блинникова, Матюшин, 2020), направленной на управление текущим опытом. Неудивительно, что оба этих компонента связаны с контролем стрессовых переживаний у людей, включенных в сложную и эмоционально напряженную профессиональную деятельность.

Два остальных компонента относятся к «осознанной отстраненности» (Блинникова, Матюшин, 2020) и вступают в значимые негативные связи с проявлениями хронического стресса: чем выше принятие всего объема опыта, — и положительного, и отрицательного, — тем меньше проявляется тревога, агрессия и депрессия. Чем меньше проявляется склонность импульсивно реагировать на происходящее, тем слабее выражена тревога и агрессия. Это может говорить о том, что оба компонента осознанности не позволяют накапливать негативные переживания в текущих ситуациях. Эти данные согласуются с результатами, полученными в других работах (Lu et al., 2019).

Отдельно стоит отметить такой компонент осознанности как «Наблюдение». Эта субшкала практи-

чески не образует значимых связей с измерениями острого и хронического стресса, хотя установлена одна положительная корреляция с тревогой, как проявлением хронического стресса. Другими словами, чем больше медик отслеживает текущие впечатления, тем больше он подвержен формированию стрессовых состояний. Наличие слабых корреляций, скорее всего, говорит о том, что существуют противоречивые тенденции во взаимодействии этой шкалы с показателями стресса¹.

Также мы сравнили структуру связей, в которые вступает система диспозициональной осознанности с показателями острого и хронического стресса, в двух группах респондентов. У среднего медицинского персонала показатель острого стресса был связан только с уровнем осознанности действий ($r = -0,480$; $p < 0,001$): чем выше сознательный контроль за выполнением обязанностей, тем ниже проявления острого стресса. Общий уровень хронического стресса в этой группе значимо коррелировал как с общим индексом осознанности ($r = -0,535$; $p < 0,01$), так и с отдельными ее компонентами («Осознанные действия»

¹ Возможно также, что этот компонент имеет значение при соблюдении особых условий: например, было показано, что он коррелирует с проявлениями стресса только в связке с высокой нереактивностью (Ede, Walter, Hughes, 2020) или развитой медитативной практикой (Голубев, Дорошева, 2018).

($r = -0,682$; $p < 0,001$), «Описание» ($r = -0,491$; $p < 0,01$), «Безоценочность» ($r = -0,333$; $p < 0,05$). В группе врачей были установлены связи основного показателя острого стресса с общим показателем осознанности ($r = -0,612$; $p < 0,001$) и с такими компонентами как «Описание» ($r = -0,519$; $p < 0,01$), «Осознанные действия» ($r = -0,524$; $p < 0,01$). Показатель хронического стресса в группе врачей был значимо связан с общим показателем осознанности ($r = -0,544$; $p < 0,01$), также были обнаружены значимые корреляции этого показателя с такими шкалами как «Описание» ($r = -0,459$; $p < 0,01$), «Нереагирование» ($r = -0,383$; $p < 0,05$), «Безоценочность» ($r = -0,285$; $p = 0,05$).

Регрессионный анализ вклада разных компонентов осознанности в уровень остро и хронического стресса

Проверка основной гипотезы предполагала построение регрессионных моделей, которые определили бы вклад отдельных компонентов осознанности в выраженность острого и хронического стресса.

Для острого стресса было установлено, что наибольшей предсказательной силой обладает модель с учетом вклада двух компонентов осознанности — «Осознанные действия» и «Описание» ($R = 0,519$; $R^2 = 0,269$). Это свидетельствовало, что только четверть дисперсии общего уровня острого стресса определяется диспозициональной осознанностью. В целом это неудивительно, поскольку особенности текущих состояний медицинских специалистов зависят от конкретных ситуаций и начального функционального состояния человека (Леонова, 2004). В итоге получилось следующее регрессионное уравнение:

Показатель острого стресса = $53,326 - 0,462$ [осознанные действия] – $0,185$ [описание].

Был проведен регрессионный анализ и для двух анализируемых профессиональных групп. Для среднего медицинского персонала в качестве предиктора острого стресса выступал только компонент осознанности действий ($R = 0,485$; $R^2 = 0,235$). Для группы врачей была построена более сложная регрессионная модель ($R = 0,537$; $R^2 = 0,289$) и установлен вклад компонентов «Осознанные действия» ($\beta^1 = 0,457$) и «Описание» ($\beta = 0,339$).

Для хронического стресса наибольшей предсказательной силой обладала модель с привлечением четырех компонентов осознанности — «Осознанные действия», «Безоценочность», «Нереагирование» и «Описание» ($R = 0,644$; $R^2 = 0,414$). Вклад осознанности в уровень хронического стресса определяет чуть больше 40 процентов дисперсии данных. Итоговое уравнение приняло следующий вид:

Показатель хронического стресса = $92,450 - 0,343$ [осознаваемые действия] – $0,260$ [нереагирование] – $0,245$ [безоценочность] – $0,207$ [описание].

Общий уровень хронического стресса в группе среднего медицинского персонала может быть определен на основе трех предикторов ($R = 0,715$; $R^2 = 0,511$), в

качестве которых выступали «Осознанные действия» ($\beta = -0,650$), «Нереагирование» ($\beta = -0,237$) и «Безоценочность» ($\beta = -0,161$). В группе врачей модель имела более слабую детерминацию ($R = 0,618$; $R^2 = 0,382$), но также связывала общий уровень хронического стресса с тремя предикторами: «Описание» ($\beta = 0,213$), «Нереагирование» ($\beta = 0,410$) и «Безоценочность» ($\beta = 0,365$).

Выводы

В этой статье мы представили результаты опроса, проведенного среди медиков одного из московских медицинских центров, переоборудованного для помощи больным с COVID-19, который позволил оценить вклад осознанности в уровень сопротивляемости стрессу. Результаты, полученные в данном исследовании, продемонстрировали мощный человеческий потенциал, которым обладают врачи и средний медицинский персонал. Оказывая помощь больным с COVID-19, они смогли успешно контролировать негативные состояния, провоцируемые множеством факторов. При этом выраженность острого и хронического стресса была негативно связана с уровнем диспозициональной осознанности.

Результаты регрессионного анализа позволяют рассматривать диспозициональную осознанность как личностный предиктор противодействия негативным состояниям. Более того, с некоторыми оговорками можно заключить, что уровень развития этого качества усиливает возможности человека в сопротивлении стрессу, выступая фактором стресс-резистентности профессиональных медиков. Полученные данные достаточно хорошо согласуются с уже установленными закономерностями, полученными как в исследованиях с медицинскими работниками (Lu et al., 2019), так и в период пандемии (Mamede et al., 2022).

Итогом проведенного исследования является представление о диспозициональной осознанности как сложной системе ментальных средств, позволяющих управлять текущими состояниями и контролировать накопление их отсроченных проявлений. Подтверждается существование метаструктуры осознанности, которая отделяет компонент самонаблюдения от «осознанной вовлеченности» и «отстраненности» (Блинникова, Матюшин, 2020). Шкала «Наблюдение» не коррелировала ни с общим, ни с отдельными индексами острого стресса, более того, наблюдалась тенденция образования положительных связей с отдельными проявлениями хронического стресса. Возможно, это является следствием недостаточной тренированности наших респондентов в использовании навыков осознанности, без чего постоянный мониторинг текущего опыта приводит к избыточной трате ресурсов. Похожие результаты были получены и в других исследованиях (Harnett, 2016; Lu et al., 2019), но далеко не во всех (Bodenlos et al., 2015), и, конечно, они требуют внимательного анализа и перепроверки. Также было показано, что в процессе формирования

¹ Здесь и далее приводятся стандартизированные коэффициенты бета.

стрессовых состояний более заметную роль играет «осознанная вовлеченность» (включающая компоненты описания опыта и осознанных действий) по сравнению с «осознанной отстраненностью» (включающей компоненты безоценочного принятия и отказ от непосредственного реагирования на происходящее). При этом если первая подструктура имеет значение как для проявлений острого, так и хронического стресса, то вторая вносит вклад только в отсроченные проявления стресса, не позволяя накапливаться негативным переживаниям.

Сравнение показателей врачей и среднего медицинского персонала показало, что врачи оказываются более подверженными стрессу, чем средний медицинский персонал. Эти результаты согласуются с данными, полученными в исследовании Ю.П. Зинченко с коллегами и свидетельствуют о том, что уровень воспринимаемого стресса в период пандемии у врачей был выше, чем у медицинских сестер (Зинченко и др., 2021). Характерно, что врачи и средний медицинский персонал различаются и по структуре связей между проявлениями стресса и компонентами диспозициональной осознанности. Регрессионный анализ продемонстрировал, что для врачей большее значение име-

ет описание текущего опыта, он делает существенный вклад как в уровень острого, так и в уровень хронического стресса, в то же время для среднего медицинского персонала центральным оказывается сознательный контроль за действиями.

Весь объем полученных результатов хорошо укладывается в регуляторную модель стресса (Леонова, 2004). Нам удалось показать, что характер стресса зависит от сущностных особенностей деятельности, в частности признаки стрессовых проявлений отличаются у врачей и среднего медицинского персонала. Вдумчивый анализ результатов позволил утверждать, что невозможность преодоления избыточного эмоционального напряжения в текущих условиях ведет к накоплению стрессовых реакций и начинает складываться в симптомокомплексы хронического стресса. Было установлено, что диспозициональная осознанность вносит негативный вклад в общий уровень как острого, так и хронического стресса. Из литературы известно, что это личностное качество развивается за счет тренингов осознанности (Burtun et al., 2017). Поэтому было бы целесообразно включить такое психологическое обучение в практику работы медицинских учреждений.

Литература

- Блинникова И.В., Матюшин В.В. Осознанность (mindfulness) как ресурс совладания с деструктивными состояниями на рабочем месте. В сборнике Психология саморегуляции: Эволюция подходов и вызовы времени / Под ред. Ю.П. Зинченко, В.И. Моросановой. М.: Нестор-История Москва, 2020.
- Блинникова И.В., Матюшин В.В. Связь диспозициональной осознанности с проявлениями профессионального выгорания у специалистов сферы охраны психического здоровья. В сборнике Человек в ситуации изменений: реальный и виртуальный контекст: в 2-х т. Т. 1. М.: Изд-во РГГУ, 2021.
- Голубев А.М., Дорошева Е.А. Особенности применения русскоязычной версии пятифакторного опросника осознанности // Сибирский психологический журнал. 2018. № 69. С. 46–68.
- Зинченко Ю.П., Салагай О.О., Шайгерова Л.А., Алмазова О.В., Долгих А.Г., Ваханцева О.В. Восприятие стресса различными категориями медицинского персонала во время первой волны пандемии COVID-19 в России // Общественное здоровье. 2021. Т. 1, № 1. С. 65–89.
- Кудрина И.И., Леонова А.Б. Специфика профессионального стресса, индивидуальной стресс-резистентности и копинг-поведения у медицинских работников. В сборнике Психология стресса и совладающего поведения: Вызовы, ресурсы, благополучие: в 2-х т. Т. 1. / Под ред. М.В. Сапорова, Т.Л. Крюкова, С.А. Хазова. Кострома: Изд-во КГУ, 2019.
- Кузнецова А.С., Титова М.А., Злоказова Т.А. Психологическая саморегуляция функционального состояния и профессиональная успешность // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2019. № 1. С. 51–68.
- Леонова А.Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции // Психологический журнал. 2004. Т. 25, № 2. С. 75–85.
- Леонова А.Б., Багрий М.А. Синдромы профессионального стресса у врачей разных специализаций // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2009. № 3. С. 44–53.
- Федунина Н.Ю., Вихристюк О.В., Банников Г.С. Практики осознанности в профилактике суицидального поведения подростков (обзор зарубежных исследований) // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2019. № 2. С. 121–144.
- Юмартова Н.М., Гришина Н.В. Осознанность (mindfulness): Психологические характеристики и адаптация инструментов измерения // Психологический журнал. 2016. Т. 37, № 4. С. 105–115.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27–45.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 230–241.
- Bodenlos, J., Wells, S., Noonan, M., Mayrsohn, A. (2015). Facets of dispositional mindfulness and health among college students. *Journal of alternative and complementary medicine*, 21 (10), 645–652.
- Brown, K.W., Ryan, R.M., & Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18 (4), 211–237.

- Burton, A., Burgess, C., Dean, S., Koutsopoulou, G.Z., Hugh-Jones, S. (2017). How effective are mindfulness-based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stress Health*, 33 (1), 3–13.
- Ede, D.E., Walter, F.A., Hughes, J.W. (2020). Exploring how trait mindfulness relates to perceived stress and cardiovascular reactivity. *The International Journal of Behavioral Medicine*, 27 (4), 415–425.
- Glomb, T.M., Duffy, M.K., Bono, J.E., Yang, T. (2011). Mindfulness at work. In J. Martocchio, H. Liao, & A. Joshi (Eds.), *Research in personnel and human resource management* (pp. 115–157). Bingley: Emerald Group Publishing Limited.
- Harnett, P.H., Reid, N., Loxton, N.J., Lee, N. (2016). The relationship between trait mindfulness, personality and psychological distress: A revised reinforcement sensitivity theory perspective. *Personality and Individual Differences*, 99, 100–105.
- Jha, A.P., Stanley, E.A., Kiyonaga, A., Wong, L., Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion*, 10 (1), 54–64.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Leonova, A.B., Zlokazova, T.A., Kachina, A.A., Kuznetsova, A.S. (2013). The determinants of the development of professional distortions in medical personnel, teachers and psychologists working in an industrial-disaster zone. *Psychology in Russia: State of the Art*, 6 (3), 132–149.
- Lu, J., Mumba, M.N., Lynch, S., Li, C., Hua, C., Allen, R.S. (2019). Nursing students' trait mindfulness and psychological stress: A correlation and mediation analysis. *Nurse Education Today*, 75, 41–46.
- Mamede, A., Merkelbach, I., Noordzij, G., Denktas, S. (2022). Mindfulness as a protective factor against depression, anxiety and psychological distress during the COVID-19 pandemic: Emotion regulation and insomnia symptoms as mediators. *Frontiers in Psychology*, 13, 820959.
- Rayan, A. (2019). Mindfulness, self-efficacy, and stress among final-year nursing students. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57 (4), 49–55.
- Riet, P.V., Levett-Jones, T., Aquino-Russell, C.E. (2018). The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse education today*, 65, 201–211.
- Robins, T.G., Roberts, R.M., Sarris, A. (2019). The effectiveness, feasibility, and acceptability of a dialectical behaviour therapy skills training group in reducing burnout and psychological distress in psychology trainees: A pilot study. *Australian Psychologist*, 54, 292–301.
- Shapiro, P., Lebeau, R., Tobia, A. (2019). Mindfulness meditation for medical students: A student-led initiative to expose medical students to mindfulness practices. *Medical Science Educator*, 29, 439–451.
- Tomlinson, E.R., Yousaf, O., Vittersø, A.D., Jones, L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: a Systematic review. *Mindfulness*, 9 (1), 23–43.
- Virgili, M. (2015). Mindfulness-based interventions reduce psychological distress in working adults: A meta-analysis of intervention studies. *Mindfulness*, 6 (2), 326–337.
- Zhang, J., Wu, C. (2014). The influence of dispositional mindfulness on safety behaviors: A dual process perspective. *Accident Analysis & Prevention*, 70, 24–32.

References

- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27–45.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 230–241.
- Blinnikova, I.V., Matyushin, V.V. (2020). Mindfulness as a resource for coping with destructive states in the workplace. In Yu.P. Zinchenko, V.I. Morosanova (Eds.), *Psychology of self-regulation: Evolution of approaches and challenges of the time* (pp. 435–462). Moscow: Nestor-Istoriya. (In Russ.).
- Blinnikova, I.V., Matyushin, V.V. (2021). The relationship of dispositional mindfulness with the manifestations of professional burnout among mental health professionals. *Man in a Situation of Change: Real and Virtual Context* (1st ed.), (pp. 140–144). Moscow: Izd-vo RGGU. (In Russ.).
- Bodenlos, J., Wells, S., Noonan, M., Mayrsohn, A. (2015). Facets of dispositional mindfulness and health among college students. *Journal of alternative and complementary medicine*, 21 (10), 645–52.
- Brown, K.W., Ryan, R.M., & Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18 (4), 211–237.
- Burton, A., Burgess, C., Dean, S., Koutsopoulou, G.Z., Hugh-Jones, S. (2017). How effective are mindfulness-based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stress Health*, 33 (1), 3–13.
- Ede, D.E., Walter, F.A., Hughes, J.W. (2020). Exploring how trait mindfulness relates to perceived stress and cardiovascular reactivity. *The International Journal of Behavioral Medicine*, 27 (4), 415–425.
- Fedunina, N.Yu., Vikhristyuk, O.V., Bannikov, G.S. (2019). Mindfulness practices in the prevention of suicidal behavior in adolescents (A review of foreign studies). *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya (Moscow University Psychology Bulletin)*, 2, 121–144. (In Russ.).
- Glomb, T.M., Duffy, M.K., Bono, J.E., Yang, T. (2011). Mindfulness at work. In J. Martocchio, H. Liao, & A. Joshi (Eds.), *Research in personnel and human resource management* (pp. 115–157). Bingley: Emerald Group Publishing Limited.

- Golubev, A.M., Dorosheva, E.A. (2018). Psychometrical characteristics and applied features of a Russian version of Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal (Siberian Journal of Psychology)*, 69, 46–68.
- Harnett, P.H., Reid, N., Loxton, N.J., Lee, N. (2016). The relationship between triat mindfulness, personality and psychological distress: A revised reinforcement sensitivity theory perspective. *Personality and Individual Differences*, 99, 100–105.
- Jha, A.P., Stanley, E.A., Kiyonaga, A., Wong, L., Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion*, 10 (1), 54–64.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kudrina, I.I., Leonova, A.B. (2019). Specifics of professional stress, individual stress resistance, and coping behavior in medical professionals. In M.V. Saporovskaya, T.L. Kryukova, S.A. Khazova (Eds.), *Psychology of stress and coping behavior: challenges, resources, well-being* (1st ed.), (pp. 210–214), Kostroma: Izd-vo KGU. (In Russ.).
- Kuznecova, A.S., Titova, M.A., Zlokazova, T.A. (2019). Psychological functional state self-regulation and professional success. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya (Moscow University Psychology Bulletin)*, 1, 51–68. (In Russ.).
- Leonova, A.B. (2004). Complex strategy of professional stress analysis: From diagnostics towards prophylaxis and correction. *Psikhologicheskii zhurnal (Psychological journal)*, 25 (2), 75–85. (In Russ.).
- Leonova, A.B., Bagriy, M.A. (2009). Occupational stress syndromes in doctors of different specializations. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya (Moscow University Psychology Bulletin)*, 3, 44–53. (In Russ.).
- Leonova, A.B., Zlokazova, T.A., Kachina, A.A., Kuznetsova, A.S. (2013). The determinants of the development of professional distortions in medical personnel, teachers and psychologists working in an industrial-disaster zone. *Psychology in Russia: State of the Art*, 6 (3), 132–149.
- Lu, J., Mumba, M.N., Lynch, S., Li, C., Hua, C., Allen, R.S. (2019). Nursing students' trait mindfulness and psychological stress: A correlation and mediation analysis. *Nurse Education Today*, 75, 41–46.
- Mamede, A., Merkelbach, I., Noordzij, G., Denktas, S. (2022). Mindfulness as a protective factor against depression, anxiety and psychological distress during the COVID-19 pandemic: Emotion regulation and insomnia symptoms as mediators. *Frontiers in Psychology*, 13, 820959.
- Rayan, A. (2019). Mindfulness, self-efficacy, and stress among final-year nursing students. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57 (4), 49–55.
- Riet, P.V., Levett-Jones, T., Aquino-Russell, C.E. (2018). The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse education today*, 65, 201–211.
- Robins, T.G., Roberts, R.M., Sarris, A. (2019). The effectiveness, feasibility, and acceptability of a dialectical behaviour therapy skills training group in reducing burnout and psychological distress in psychology trainees: A pilot study. *Australian Psychologist*, 54, 292–301.
- Shapiro, P., Lebeau, R., Tobia, A. (2019). Mindfulness meditation for medical students: A student-led initiative to expose medical students to mindfulness practices. *Medical Science Educator*, 29, 439–451.
- Tomlinson, E.R., Yousaf, O., Vittersø, A.D., Jones, L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: a Systematic review. *Mindfulness*, 9 (1), 23–43. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0762-6>
- Virgili, M. (2015). Mindfulness-based interventions reduce psychological distress in working adults: A meta-analysis of intervention studies. *Mindfulness*, 6 (2), 326–337.
- Yumartova, N.M., Grishina, N.V. (2016). Mindfulness: psychological features and adaptation of questionnaires. *Psikhologicheskii zhurnal (Psychological Journal)*, 37 (4), 105–115. (In Russ.).
- Zhang, J., Wu, C. (2014). The influence of dispositional mindfulness on safety behaviors: A dual process perspective. *Accident Analysis & Prevention*, 70, 24–32.
- Zinchenko, Yu.P., Salagay, O.O., Shaigerova, L.A., Almazova, O.V., Dolgikh, A.G., Vakhantseva, O.V. (2021). Perception of stress by different categories of medical personnel during the first wave of the COVID-19 pandemic in Russia. *Obshchestvennoye zdorov'ye (Public Health)*, 1 (1), 65–89. (In Russ.).

Статья получена 30.08.2022;
принята 24.10.2022;
отредактирована 29.11.2022.

Received получена 30.08.2022;
accepted 24.10.2022;
revised 29.11.2022.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT AUTHORS



Блиникова Ирина Владимировна — кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии труда и инженерной психологии факультета психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, ir.vl.blinnikova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5163-6859>

Irina V. Blinnikova — PhD in Psychology, Associate Professor, the Department of Work and Engineering Psychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, ir.vl.blinnikova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5163-6859>



Матюшин Вадим Викторович — клинический психолог Центра психического здоровья, stoyik@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2403-3320>

Vadim V. Matiushin — Clinical Psychologist, Mental Health Center, stoyik@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2403-3320>



Гуцин Максим Владимирович — эксперт Регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи департамента здравоохранения города Москвы, maximbezdna@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9748-2338>

Maxim V. Gushchin — Expert, the Regional Center for the Organization of Primary Health Care, Moscow Health Department, maximbezdna@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9748-2338>



Ланге Михаил Дмитриевич — студент кафедры психологии труда и инженерной психологии факультета психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, mk.lange@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0275-1142>

Michael D. Lange — Student, the Department of Work and Engineering Psychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, mk.lange@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0275-1142>