



Złożenie pracy online:  
2026-02-06 16:01:32  
Kod pracy:  
39487/51625/CloudA

Angelika Dąbrowska-Jarmoc

(nr albumu: 31661 )

Praca magisterska

## **Związki między praktyką medytacyjną opartą na uważności a poziomem stresu, lęku oraz stylami radzenia sobie ze stresem u osób dorosłych**

### **Relationships between mindfulness-based meditation practice and levels of stress, anxiety, and coping styles in adults**

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-  
Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Alicja Czyrska

Pragnę złożyć serdeczne podziękowania Pani Promotor za merytoryczne wsparcie, cenne wskazówki oraz poświęcony czas, które przyczyniły się do powstania niniejszej pracy magisterskiej. Dziękuję również wszystkim osobom, które wzięły udział w badaniu, za zaangażowanie, otwartość oraz poświęcony czas. Wyrazy wdzięczności kieruję także do moich Bliskich za okazywane wsparcie, cierpliwość i motywację na każdym etapie realizacji pracy.



## Streszczenie

Celem niniejszej pracy było zbadanie związków między regularną praktyką medytacyjną opartą na uważności a poziomem stresu, lęku jako stanu oraz stylami radzenia sobie ze stresem u osób dorosłych. Badanie miało charakter ilościowy i zostało przeprowadzone w grupie osób dorosłych uczestniczących w 30-dniowej, codziennej praktyce mindfulness. Do pomiaru zmiennych wykorzystano standaryzowane narzędzia psychometryczne: Skalę Odczuwanego Stresu PSS-10, Kwestionariusz Poczucia Stresu KPS, Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI (arkusz X-1) oraz Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS, a także autorski dzienniczek praktyki medytacyjnej. Uzyskane wyniki wskazują, że udział w 30-dniowej praktyce medytacyjnej wiązał się z istotnym obniżeniem poziomu stresu subiektywnego oraz poczucia stresu. W odniesieniu do lęku jako stanu zaobserwowano zróżnicowane zmiany, sugerujące jego większą podatność na czynniki sytuacyjne oraz indywidualne różnice w przebiegu procesu regulacji emocjonalnej. Analiza stylów radzenia sobie ze stresem nie potwierdziła statystycznie istotnej roli stylu zadaniowego jako moderatora efektów praktyki, jednak wskazała na jego potencjalne znaczenie interpretacyjne w kontekście adaptacyjnych mechanizmów radzenia sobie. Wyniki badania sugerują, że krótkoterminowa, regularna praktyka mindfulness może stanowić istotny zasób wspierający regulację stresu oraz procesy adaptacyjne, przy jednoczesnym złożonym i dynamicznym charakterze zmian w zakresie lęku. Uzyskane rezultaty podkreślają potrzebę dalszych badań uwzględniających dłuższy czas trwania interwencji oraz rolę zmiennych pośredniczących.

## Słowa kluczowe

mindfulness, medytacja, stres, lęk, style radzenia sobie ze stresem, uważność, osoby dorosłe

## Abstract

The aim of the present study was to examine the relationships between regular mindfulness-based meditation practice and levels of stress, state anxiety, and coping styles among adults. The study employed a quantitative design and was conducted in a group of adults participating in a 30-day daily mindfulness practice. Standardized psychometric instruments were used, including the Perceived Stress Scale (PSS-10), the Sense of Stress Questionnaire (KPS), the State–Trait Anxiety Inventory (STAI X-1), the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), as well as an author-designed meditation practice journal. The results indicate that participation in the 30-day mindfulness practice was associated with a significant reduction in perceived stress and overall sense of stress. Changes in state anxiety were more variable, suggesting a more complex and context-dependent nature of this construct, as well as the influence of individual differences in emotional regulation processes. The analysis of coping styles did not confirm a statistically significant moderating role of task-oriented coping; however, its potential interpretative relevance for understanding adaptive coping mechanisms was noted. Overall, the findings suggest that short-term, regular mindfulness practice may serve as an important resource supporting stress regulation and adaptive functioning, while changes in anxiety appear to be dynamic and multifactorial. The results highlight the need for further research incorporating longer interventions and the role of mediating variables.

## Keywords

mindfulness, meditation, stress, anxiety, coping styles, adults

## Spis treści

Wstęp.....	4
Rozdział 1 Medytacja i uważność – ujęcie teoretyczne .....	7
1.1 Rys historyczny i rozwój praktyki medytacyjnej .....	7
1.2 Medytacja oraz uważność w ujęciu psychologicznym i klinicznym.....	11
1.3 Programy terapeutyczne oparte na uważności.....	15
1.4 Neurobiologiczne mechanizmy działania medytacji i mindfulness .....	21
1.5 Badania empiryczne nad efektami interwencji opartych na uważności (MBIs) .....	27
1.6 Znaczenie medytacji w psychologii zdrowia i dobrostanu.....	35
Rozdział 2 Stres, lęk i style radzenia sobie – ujęcie teoretyczne .....	40
2.1 Stres – definicje, modele, mechanizmy .....	40
2.1.1 Klasyczne modele stresu: definicje i mechanizmy .....	40
2.1.2 Subiektywny i ogólny poziom doświadczanego stresu.....	44
2.1.3 Strategie radzenia sobie ze stresem – mechanizmy i reakcje.....	45
2.2 Lęk – definicje, mechanizmy, komponenty .....	47
2.2.1 Lęk i zaburzenia lękowe – definicje, funkcje i uwarunkowania.....	47
2.2.2 Psychologiczne i neurobiologiczne mechanizmy lęku .....	50
2.2.3 Znaczenie stylu życia i praktyk medytacyjnych w redukcji lęku .....	52
2.3 Style radzenia sobie ze stresem – klasyfikacje, znaczenie i uwarunkowania.....	53
2.4 Powiązania między stresem, lękiem i stylami radzenia sobie – przegląd badań.....	56
2.5 Uzasadnienie badań własnych – podejście integrujące stres, lęk i style radzenia sobie	59
Rozdział 3 Metodologia badań własnych.....	62
3.1 Uzasadnienie podjęcia badań i cel badania .....	62
3.2 Przewidywania, pytania badawcze i wyprowadzenie hipotez.....	63
3.2.1 Uzasadnienie problemu badawczego i sformułowanie przewidywań .....	63
3.2.2 Pytania badawcze .....	66



3.2.3 Hipotezy .....	67
3.2.4 Zmienne .....	68
3.3 Charakterystyka grupy badanej .....	70
3.4 Przebieg i organizacja badania .....	70
3.4.1 Etapy badania i schemat pomiarów .....	72
3.5 Metoda badania.....	73
3.6 Narzędzia pomiarowe .....	74
3.6.1 Skala Poczucia Stresu (PSS-10) Cohen, Kamarck, Mermelstein .....	74
3.6.2 Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) Plopy i Makarowskiego .....	76
3.6.3 Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI Arkusz X-1) Spielbergera .....	79
3.6.4 Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) Endlera i Parkera .....	83
3.6.5 Dzienniczek praktyki medytacyjnej (narzędzie autorskie) .....	85
Rozdział 4 Analiza i interpretacja wyników badań własnych .....	87
4.1 Statystyki opisowe .....	87
4.2 Weryfikacja hipotez .....	93
4.2.1 Hipoteza pierwsza .....	93
4.2.2 Hipoteza druga .....	96
4.2.3 Hipoteza trzecia.....	98
4.2.4 Hipoteza czwarta.....	102
4.2.5 Hipoteza piąta .....	104
4.2.6 Hipoteza szósta .....	106
4.3 Dyskusja wyników .....	109
4.3.1 Interpretacja wyników dotyczących stresu subiektywnego (PSS-10) i poczucia stresu (KPS) .....	109
4.3.2 Interpretacja wyników w zakresie lęku jako stanu (STAI-X1).....	111
4.3.3 Interpretacja wyników dotyczących stylów radzenia sobie ze stresem (CISS).....	112
4.3.4 Rola stylu zadaniowego (SSZ) w analizie uzyskanych wyników.....	112



4.3.5 Spójność modelu teoretycznego w świetle wyników badań.....	113
4.3.6 Znaczenie dzienniczka samopoczucia w analizie zmian w czasie.....	115
4.4 Implikacje praktyczne i wnioski końcowe .....	116
4.5 Ograniczenia i perspektywy dalszych badań.....	119
Zakończenie .....	121
Bibliografia.....	123
Spis tabel .....	137
Spis rysunków .....	138
Załączniki .....	<b>Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.</b>



## Wstęp

Współczesne społeczeństwa funkcjonują w warunkach nieustannie rosnących wymagań adaptacyjnych, przyspieszonego tempa życia oraz nasilonej ekspozycji na stresory psychospołeczne. Dynamiczne zmiany cywilizacyjne, presja efektywności, nadmiar bodźców informacyjnych oraz niepewność związana z funkcjonowaniem w zmiennym środowisku społecznym i zawodowym sprawiają, że stres i lęk stają się jednymi z najczęściej doświadczanych stanów psychicznych w populacji osób dorosłych. Choć pełnią one istotną funkcję adaptacyjną, ich długotrwałe i nasilone oddziaływanie może prowadzić do zaburzeń równowagi psychicznej, obniżenia dobrostanu oraz rozwoju trudności emocjonalnych i somatycznych.

Istotnym czynnikiem determinującym wpływ stresu na funkcjonowanie jednostki jest sposób radzenia sobie z obciążeniem psychicznym. Style i strategie radzenia sobie ze stresem mogą sprzyjać adaptacji oraz regulacji emocji, stanowiąc ważny zasób ochronny, bądź przeciwnie – utrwaląc napięcie, reaktywność emocjonalną oraz objawy lękowe. W literaturze psychologicznej podkreśla się, że to nie samo występowanie stresorów, lecz sposób ich interpretacji oraz regulacji decyduje o długofalowych konsekwencjach dla zdrowia psychicznego jednostki.

W odpowiedzi na rosnącą skalę problemów związanych ze stresem i lękiem coraz większe zainteresowanie badaczy oraz praktyków wzbudzają interwencje psychologiczne oparte na uważności (*mindfulness*). Praktyki te, wywodzące się z tradycji kontemplacyjnych Wschodu, zostały w ostatnich dekadach zaadaptowane do świeckiego kontekstu psychologii klinicznej, psychologii zdrowia oraz neuronauki. Uważność rozumiana jest jako zdolność świadomego, nieoceniającego kierowania uwagi na doświadczenia chwili obecnej, którą można rozwijać poprzez systematyczną praktykę medytacyjną. Wyniki badań empirycznych wskazują, że regularna praktyka *mindfulness* wiąże się z obniżeniem poziomu stresu i lęku, poprawą regulacji emocji oraz modyfikacją nieadaptacyjnych wzorców reagowania.

Jednocześnie analiza literatury przedmiotu ujawnia istotne ograniczenia dotychczasowych ujęć badawczych. Znaczna część badań koncentruje się na pojedynczych zmiennych psychologicznych, takich jak stres lub lęk, bądź prowadzona jest w populacjach



klinicznych lub w ramach rozbudowanych programów terapeutycznych (np. Goyal i in., 2014; Khoury i in., 2013). Przykładowo, liczne badania nad *mindfulness* analizują jego związek z redukcją stresu (Creswell, 2017; Garland i in., 2015) lub obniżeniem objawów lękowych (Hofmann i in., 2010), rzadziej natomiast uwzględniają jednoczesną analizę stresu, lęku oraz stylów radzenia sobie ze stresem w jednej próbie badawczej. Ponadto wiele badań realizowanych jest w populacjach klinicznych lub w ramach długoterminowych, intensywnych interwencji terapeutycznych, takich jak MBSR czy MBCT (Segal, Williams, Teasdale, 2016), podczas gdy krótkoterminowe, regularne praktyki medytacyjne podejmowane przez osoby dorosłe bez formalnej diagnozy klinicznej pozostają relatywnie słabiej reprezentowane w literaturze.

Z powyższych względów zasadne wydaje się podjęcie badań nad związkami między praktyką medytacyjną opartą na uważności a funkcjonowaniem psychicznym osób dorosłych. W szczególności istotne staje się pytanie, czy i w jaki sposób regularna praktyka *mindfulness* wiąże się z poziomem doświadczanego stresu i lęku, a także z preferowanymi stylami radzenia sobie ze stresem. Analiza tych zależności pozwala na bardziej kompleksowe spojrzenie na mechanizmy adaptacyjne oraz potencjał uważności jako narzędzia wspierającego zdrowie psychiczne i rozwój zasobów regulacyjnych jednostki.

Celem niniejszej pracy jest zbadanie związków między praktyką medytacyjną opartą na uważności a poziomem stresu, lęku oraz stylami radzenia sobie ze stresem u osób dorosłych. Realizacja tego celu obejmuje określenie poziomu stresu i lęku w badanej grupie, analizę preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem oraz ocenę relacji zachodzących pomiędzy regularnością praktyki *mindfulness* a funkcjonowaniem emocjonalnym badanych, takich jak poziom doświadczanego stresu, nasilenie lęku jako stanu oraz dominujące strategie radzenia sobie ze stresem (styl zadaniowy, emocjonalny lub unikowy).

Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu, w tym metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących wpływu interwencji opartych na uważności na poziom stresu i lęku (Goyal i in., 2014; Khoury i in., 2013; Hofmann i in., 2010), a także badań podkreślających rolę uważności w regulacji emocji, elastyczności poznawczej oraz modyfikacji stylów radzenia sobie ze stresem (Baer, 2003; Bishop i in., 2004; Garland i in., 2015), sformułowano pytania badawcze oraz hipotezy zakładające istnienie istotnych zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi.

W części teoretycznej pracy przedstawiono zagadnienia związane z medytacją



i uważnością, ich psychologicznymi oraz neurobiologicznymi podstawami, a także współczesne koncepcje stresu, lęku i radzenia sobie z obciążeniem psychicznym. Część empiryczna poświęcona została prezentacji metodologii badań własnych, analizie uzyskanych wyników oraz ich interpretacji w świetle dotychczasowych doniesień badawczych. Uzyskane rezultaty mogą przyczynić się do lepszego zrozumienia roli krótkoterminowych praktyk *mindfulness* jako potencjalnych narzędzi wspierających dobrostan psychiczny i adaptacyjne formy reagowania na stres w populacji osób dorosłych.



## Rozdział 1 Medytacja i uważność – ujęcie teoretyczne

### 1.1 Rys historyczny i rozwój praktyki medytacyjnej

Historia praktyk medytacyjnych sięga kilku tysięcy lat i jest nierozzerwalnie związana z rozwojem myśli religijnej i filozoficznej. Najwcześniejsze formy medytacji wykształciły się w kulturach Wschodu, gdzie stanowiły integralny element systemów duchowych ukierunkowanych na zrozumienie natury umysłu, doświadczenia oraz cierpienia. W kontekstach tych medytacja pełniła funkcję soteriologiczną, czyli była narzędziem wyzwolenia od cierpienia i niewiedzy, a nie techniką relaksacyjną czy terapeutyczną w rozumieniu współczesnym. W tradycjach wedyjskich, z których wyłonił się buddyzm, praktyki medytacyjne były traktowane jako droga prowadząca do wglądu, akceptacji rzeczywistości oraz transformacji sposobu postrzegania świata (Wynne, 2007; Gethin, 1998).

W buddyzmie szczególne znaczenie przypisywano systematycznej pracy z uwagą i świadomością. Rozwinęły się tam klasyczne techniki medytacyjne, takie jak *samatha*, której celem było uspokojenie i stabilizacja umysłu, oraz *vipassanā*, rozumiana jako praktyka wglądu i uważnej obserwacji doświadczeń. Centralnym pojęciem stała się uważność (*sati*), odnosząca się do świadomego, nieoceniającego bycia obecnym wobec zjawisk pojawiających się w polu doświadczenia. Badania historyczne wskazują, że praktyki te miały charakter stopniowy i systematyczny, a ich celem nie było osiągnięcie nadzwyczajnych stanów świadomości, lecz rozwijanie trwałej obecności i klarowności poznawczej (Anālayo, 2013; Wynne, 2007).

W kolejnych wiekach buddyzm, wraz z rozwijającymi się tradycjami *mahajany* i *wadžrajany*, rozszerzał repertuar praktyk medytacyjnych, akcentując współczucie, etyczny wymiar uważności oraz związek medytacji z codziennym funkcjonowaniem jednostki. Współczesnymi przedstawicielami tej linii przekazu są m.in. XIV Dalajlama, który podkreślał znaczenie treningu umysłu i współczucia jako uniwersalnych wartości, możliwych do adaptacji również poza kontekstem religijnym (Dalajlama, 2001; Ricard, 2006).

Medytacja była również istotnym elementem innych tradycji Wschodu, takich jak hinduizm, taoizm czy zen. W nurtach tych traktowano ją jako ścieżkę duchowego przebudzenia oraz narzędzie samopoznania, służące przekraczaniu automatycznych reakcji umysłu i pogłębianiu relacji z własnym doświadczeniem. (McKenzie, Hassed, 2024; Kabat-Zinn, 2009). Pomimo różnic doktrynalnych, wspólnym mianownikiem tych podejść było



przekonanie, że umysł może być trenowany, a uważna obserwacja doświadczeń prowadzi do większej równowagi i zrozumienia (Gethin, 1998; Kabat-Zinn, 2009). Istotnym elementem tych tradycji była także ścisła relacja pomiędzy praktyką medytacyjną a etyką, dyscypliną umysłową oraz długofalowym procesem kształtowania postawy wobec siebie i świata.

Równolegle do rozwoju tradycji wschodnich, w kulturze Zachodu istniały formy praktyk kontemplacyjnych, które – choć osadzone w innym kontekście kulturowym – pełniły zbliżone funkcje. Już w filozofii starożytnej Grecji pojawiały się refleksje nad samopoznaniem, uważnym życiem i świadomym kształtowaniem postawy wobec doświadczenia. Myśliciele tacy jak Pitagoras, Platon czy Sokrates traktowali refleksję wewnętrzną jako drogę do mądrości i etycznego życia (Hadot, 1995). Hadot (1995) wskazywał, że filozofia starożytna miała charakter praktyczny i była zbiorem „ćwiczeń duchowych”, których celem było przekształcanie sposobu przeżywania rzeczywistości, a nie jedynie refleksja teoretyczna. W tradycjach religijnych Zachodu, zwłaszcza w chrześcijaństwie i mistycyzmie żydowskim oraz sufickim, rozwinęły się praktyki modlitwy kontemplacyjnej, oparte na ciszy, skupieniu i wewnętrznej obserwacji, które sprzyjały regulacji uwagi i pogłębieniu doświadczenia duchowego (McGinn, 1991).

Istotnym momentem w historii medytacji było stopniowe przenikanie idei i praktyk pomiędzy Wschodem a Zachodem, które nasiliło się w XIX wieku. Rozwój orientalistyki, globalizacji oraz dostępność tłumaczeń tekstów źródłowych przyczyniły się do wzrostu zainteresowania filozofiami Wschodu wśród zachodnich intelektualistów i badaczy. Popularyzację praktyk zawdzięczamy takim nauczycielom jak Jack Kornfield, Joseph Goldstein czy Alan Watts, którzy propagowali nauki Wschodu w sposób przystępny dla kultury Zachodu (Goldstein, 2013; McKenzie, Hased, 2024). Ich działalność miała kluczowe znaczenie dla oderwania praktyk medytacyjnych od ścisłego kontekstu religijnego i przygotowała grunt pod ich dalszą sekularyzację. W tym okresie medytacja zaczęła być postrzegana nie tylko jako praktyka religijna, lecz także jako potencjalne narzędzie pracy z umysłem, możliwe do reinterpretacji w świeckim kontekście (Lopez, 2012).

W XX wieku proces ten uległ dalszemu przyspieszeniu. W psychologii i naukach humanistycznych pojawiło się zainteresowanie doświadczeniami duchowymi oraz rolą uwagi w optymalnym funkcjonowaniu człowieka. Zagadnienia te podejmowali m.in. William James, Carl Gustav Jung czy Arthur Schopenhauer, którzy wskazywali na znaczenie świadomego doświadczania i refleksji nad procesami psychicznymi. Medytacja zaczęła być stopniowo



postrzegana jako praktyka dostępna poza kontekstem religijnym, a jej elementy przenikały do dyskursu naukowego i kulturowego (James, 1902/2002; Jung, 1969). Ten etap można uznać za początek naukowego zainteresowania medytacją jako zjawiskiem psychologicznym, możliwym do badania empirycznego i opisu w kategoriach procesów poznawczych oraz emocjonalnych.

Równocześnie praktyki medytacyjne zaczęły funkcjonować w kulturze masowej. Pod koniec lat 50. XX wieku na Zachodzie popularyzowana była medytacja transcendentalna oparta na mantrach, propagowana przez Maharishiego Mahesha Yogiego. W latach 60. XX wieku zainteresowanie medytacją wzrosło także za sprawą znanych postaci kultury popularnej, takich jak zespół The Beatles, który publicznie prezentował swoje zaangażowanie w praktyki medytacyjne. Zjawiska te przyczyniły się do zmiany społecznego wizerunku medytacji – z praktyki zarezerwowanej dla środowisk religijnych stała się ona elementem szeroko dostępnej kultury (McKenzie, Hased, 2024).

Przełomowym momentem w procesie naukowego zainteresowania medytacją były badania Herberta Bensaona prowadzone w latach 70. XX wieku. Benson (1975) wykazał, że praktyka medytacyjna wywołuje specyficzną reakcję fizjologiczną przeciwną do reakcji stresowej opisaną wcześniej przez Hansa Selye'a, określając ją mianem reakcji relaksacyjnej. Odkrycie to zapoczątkowało rozwój nurtu medycyny umysłu i ciała (*mind-body medicine*) oraz przyczyniło się do powstania psychoneuroimmunologii jako dziedziny badającej zależności pomiędzy procesami psychicznymi, układem nerwowym i odpornościowym. Dzięki temu medytacja zaczęła być postrzegana nie wyłącznie jako praktyka o charakterze filozoficznym czy duchowym, lecz jako zjawisko podlegające empirycznej weryfikacji i analizie naukowej. Zrozumienie roli świadomości oraz uwagi jako mechanizmów regulacyjnych umożliwiło włączenie praktyk medytacyjnych do obszaru badań nad zdrowiem i stresem, a tym samym poszerzyło ich zastosowanie poza kontekst kulturowo-religijny (Teasdale, Williams, Segal, 2016).

Równolegle z rozwojem badań nad fizjologicznymi aspektami medytacji następował proces zbliżenia tradycji kontemplacyjnych i środowisk naukowych. Szczególną rolę odegrał w tym dialog zapoczątkowany przez Dalajlamę, który od lat 80. XX wieku inicjował spotkania z przedstawicielami psychologii, medycyny i neuronauki, zachęcając do empirycznego badania praktyk medytacyjnych. Współpraca ta przyczyniła się do zaangażowania badaczy takich jak Richard Davidson czy Sara Lazar oraz do powstania



*Mind and Life Institute* – instytucji, której celem stało się tworzenie mostu pomiędzy praktyką kontemplacyjną a nauką akademicką. Działania te odegrały istotną rolę w procesie sekularyzacji uważności i jej stopniowym włączaniu do obszaru badań psychologicznych i medycznych, przygotowując grunt pod dalszy rozwój empirycznych analiz nad mechanizmami działania *mindfulness* (Teasdale, Williams, Segal, 2016; Davidson, 2003).

Od tego momentu medytacja zaczęła być coraz częściej kojarzona nie tylko z duchowością, lecz także z dobrostanem psychicznym i rozwojem osobistym. Proces ten stworzył podstawy do wyłonienia się świeckich programów opartych na uważności, które integrowały elementy tradycyjnych praktyk medytacyjnych z założeniami psychologii i medycyny. Ten etap rozwoju stworzył warunki do dalszej adaptacji praktyk medytacyjnych na gruncie psychologii i nauk o zdrowiu, prowadząc do powstania świeckich programów opartych na uważności oraz badań nad ich skutecznością i mechanizmami działania, które zostaną omówione w kolejnych rozdziałach pracy.

W Polsce praktyka medytacyjna i uważnościowa zaczęła zyskiwać popularność po 2000 roku, co wiązało się z rosnącym zainteresowaniem psychoterapią integrującą podejścia Wschodu i Zachodu oraz zwiększoną dostępnością tłumaczeń publikacji dotyczących *mindfulness* i jego zastosowań klinicznych. W porównaniu z krajami Europy Zachodniej oraz Stanami Zjednoczonymi rozwój ten miał charakter późniejszy i adaptacyjny, oparty głównie na implementacji istniejących programów terapeutycznych. Powstały pierwsze certyfikowane ośrodki, takie jak Fundacja Rozwoju *Mindfulness* oraz Polski Instytut *Mindfulness*, promujące kursy MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) i MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*), prowadzone zgodnie z oryginalnymi protokołami (SWPS, 2024; Fundacja Rozwoju *Mindfulness*, 2023).

Praktyki te zaczęły być stopniowo wdrażane w obszarach psychoterapii, edukacji, profilaktyki zdrowia psychicznego oraz rehabilitacji psychosomatycznej (Grygiel-Górniak, 2021). W wielu miastach Polski realizowane są kursy grupowe i indywidualne prowadzone przez nauczycieli posiadających międzynarodowe certyfikaty oraz wykształcenie psychologiczne, pedagogiczne lub medyczne. Równolegle podejmowane są inicjatywy wprowadzające elementy uważności do szkół i placówek wychowawczych jako narzędzia wspierającego rozwój emocjonalny, koncentrację uwagi oraz odporność psychiczną uczniów i nauczycieli (EduMind, 2023; Olszowy i in., 2019).



Coraz większą rolę odgrywają również programy i warsztaty realizowane w formie online, adresowane do szerokiego grona odbiorców, w tym rodziców, nauczycieli, pracowników ochrony zdrowia oraz środowiska biznesowego. W efekcie uważność w polskim kontekście przestała być postrzegana wyłącznie jako technika relaksacyjna, stając się elementem szerszego podejścia do zdrowia psychicznego i rozwoju osobistego, osadzonego w ramach naukowych i klinicznych (Radoń, 2020).

Przedstawiony rys historyczny ukazuje, że medytacja i uważność przeszły drogę od praktyk duchowych zakorzenionych w tradycjach religijnych do świeckich metod wspierania funkcjonowania psychicznego, stanowiących obecnie przedmiot badań naukowych i zastosowań klinicznych.

## 1.2 Medytacja oraz uważność w ujęciu psychologicznym i klinicznym

Najprościej uważność można opisać jako umiejętność zwracania uwagi, sztukę kierowania uwagi w wybraną stronę, będąc w chwili obecnej (Kabat-Zinn, 1994). Możemy spotkać się z różnymi pojęciami takimi jak trening uważności, trening mentalny lub też regulacja uwagi (Baer, 2003). To uważność uczy nas, jak być sobą, znać swoją tożsamość bez przenoszenia się w wyobraźni w inny czas czy miejsce i bez konieczności udawania czegoś lub kogoś (Kabat-Zinn, 2009). Uważność to forma medytacji, którą praktykuje się już od tysięcy lat. W literaturze podkreśla się, że praktyka ta jest uniwersalna i obecna zarówno w tradycjach religijnych, jak i w świeckich programach psychologicznych (Baer, 2003; Kabat-Zinn, 2009).

W stanie skupionej świadomości „tu i teraz” praktyka uważności może sprzyjać zwiększonej integracji doznań sensorycznych oraz większej klarowności ich percepcji, co wiąże się z bardziej świadomym doświadczaniem bodźców pochodzących z różnych modalności zmysłowych (Finck i in., 2023). Badania neuroobrazowe wskazują, że długoterminowa praktyka medytacji *mindfulness* wiąże się z koordynacją aktywności obszarów mózgu odpowiedzialnych za uwagę i przetwarzanie sensoryczne, a także z częstszym występowaniem stanów neuronalnych obejmujących sieci sensoryczne i uwagowe (Panitz i in., 2025). Zmiany te mogą sprzyjać ograniczeniu automatycznego zaangażowania w ruminacje (nawracające, uporczywe rozmyślanie o problemach i negatywnych doświadczeniach, bez prowadzenia do rozwiązania) dotyczące przeszłości i przyszłości oraz wspierać zakotwiczenie uwagi w bieżącym doświadczeniu. Każdy



z naszych zmysłów może posłużyć jako ośrodek skupienia uwagi i osadzenia w chwili obecnej (McKenzie, Hased, 2024).

Termin *mindfulness* wywodzi się z tradycji buddyjskiej, gdzie odpowiada pojęciu *sati*, oznaczającemu uważną, świadomą obecność wobec bieżącego doświadczenia. W języku polskim termin ten tłumaczony jest najczęściej jako uważność, choć w literaturze spotyka się również określenia takie jak „świadoma obecność” czy „uważna świadomość” (Kabat-Zinn, 2009; Radoń, 2020).

Do psychologii klinicznej i praktyki terapeutycznej pojęcie *mindfulness* zostało wprowadzone przez Jona Kabat-Zinna, twórcę programu *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), który dokonał jego świeckiej adaptacji i operacjonalizacji na potrzeby badań naukowych (Kabat-Zinn, 1994).

W ujęciu klinicznym i psychologicznym *mindfulness* rozumiany jest jako szczególny stan świadomości, a także proces poznawczy, który może być rozwijany i wzmacniany poprzez odpowiedni trening – zarówno indywidualny, jak i grupowy. Badania pokazują, że regularna praktyka wpływa na obniżenie poziomu stresu i zwiększenie dobrostanu psychicznego (Goyal i in., 2014).

Tak rozumiany *mindfulness* rozwija się poprzez stopniową naukę celowego kierowania uwagi na doświadczenie chwili obecnej, przy jednoczesnym przyjmowaniu postawy nieoceniającej wobec pojawiających się myśli, emocji i doznań. Nazywany jest często „medytacją uważności” (*mindfulness meditation*) i obejmuje zdolność świadomego dostrajania się do tego, co aktualnie dzieje się w umyśle, ciele oraz otoczeniu. W psychologii klinicznej *mindfulness* traktowany jest również jako technika terapeutyczna, stosowana m.in. w leczeniu depresji i zaburzeń lękowych (Hofmann i in., 2010).

Jest wiele praktyk medytacyjnych różniących się pod względem tego, na czym skupiamy swoją uwagę oraz co można dzięki nim osiągnąć. W części z nich celem jest rozwinięcie zdolności skupienia uwagi na konkretnym obiekcie, natomiast inne formy medytacji ukierunkowane są na otwartą, nieukierunkowaną świadomość bieżącego doświadczenia. Różne formy medytacji pozwalają także skupić uwagę na innych rzeczach niż ciało – np. obrazach mentalnych, werbalnych treściach poznawczych, poczuciu wyciszenia albo mantrach – jednak ich wspólnym celem pozostaje uzyskanie relaksu, poczucia więzi, zrozumienia, wiedzy o nas samych, polepszenia zdrowia i wydajności. W kontekście



religijnym czy filozoficznym praktyki te mogą prowadzić do jedności z Bogiem lub z własnym „ja”. Współczesne badania podkreślają, że niezależnie od kontekstu kulturowego, medytacja pełni funkcję narzędzia regulacji emocji i samopoznania (Davidson i Lutz, 2008).

Choć medytacja budzi kontrowersje w niektórych środowiskach religijnych, warto zauważyć, iż powtarzalne modlitwy, formuły werbalne o charakterze refleksyjnym czy mantry mają wiele wspólnego z praktykami medytacyjnymi. Stan głębokiej uważności, prowadzący do dobrostanu jednostki, można w tym ujęciu uznać za tożsamy z celem wielu religii (McKenzie, Hased, 2024). Badania nad funkcją medytacji pokazują także jej związek z aktywacją oraz zmianami funkcjonowania struktur mózgowych zaangażowanych w empatię, współczucie i regulację emocjonalną, takich jak kora przedczołowa, kora obręczy, wyspa oraz ciało migdałowate (*amygdala*), co wskazuje na potencjał terapeutyczny nawet w świeckim kontekście praktyki (Davidson, 2004; Lazar i in., 2005).

Uczucia i nastroje, a nie obiektywne fakty, mogą wyzwalać wzorce myślenia i uwagi, potęgując je i utrwalając. Uważność można rozumieć jako bezpośrednią, przedrefleksyjną świadomość bieżącego doświadczenia, opartą na obserwacji aktualnych stanów umysłu i ciała bez ich oceniania. Bycie uważnym oznacza, że w każdej chwili jesteśmy świadomi trybu mentalnego, w jakim funkcjonujemy, co może sprzyjać procesom zmiany i regulacji funkcjonowania psychicznego, ponieważ zyskujemy świadomość wpadania w tryb nawykowego działania lub ruminacyjnego myślenia (Teasdale, Williams, Segal, 2016).

W literaturze psychologicznej podkreśla się, że chociaż pojęcia „uważność” i „medytacja” bywają stosowane zamiennie, zasadne jest wprowadzenie ich rozróżnienia na gruncie badań naukowych (Baer, 2003; Bishop i in., 2004). Medytacja to szeroki zbiór praktyk – o charakterze duchowym, świeckim lub terapeutycznym – których celem jest skupienie uwagi, pogłębienie świadomości lub osiągnięcie stanu spokoju i harmonii. Uważność natomiast jest specyficzną formą medytacji, skoncentrowaną na świadomym, nieoceniającym doświadczeniu chwili obecnej. Może być rozumiana zarówno jako stan świadomości, proces psychologiczny, jak i kompetencja rozwijana w ramach terapii (Baer, 2003; Bishop i in., 2004).

Jednym z najbardziej znanych opisów uważności jest ten przedstawiany przez Jona Kabat-Zinna (1994), który opisuje uważność jako świadome kierowanie uwagi na chwilę obecną, prowadzoną celowo i bez oceniania. Równie istotny jest model uważności zaproponowany przez Scotta R. Bishopa i współpracowników (2004), twórców



dwukomponentowego modelu uważności którzy wyróżniają w nim: samoregulację uwagi (utrzymywanie jej na bieżących doświadczeniach) oraz postawę ciekawości i akceptacji wobec przeżywanych zjawisk. W ramach tego ujęcia autorzy wyróżniają dwa główne komponenty *mindfulness*, które obejmują cztery bardziej szczegółowe aspekty funkcjonowania uwagi i postawy wobec doświadczenia. Model Bishopa ma istotne znaczenie metodologiczne w badaniach nad skutecznością programów takich jak MBSR i MBCT, ponieważ pozwala precyzyjnie określić, jakie komponenty psychologiczne składają się na konstrukt *mindfulness*. Dzięki temu możliwe jest jego operacjonalizowanie jako zmiennej psychologicznej, czyli przekładanie pojęcia uważności na konkretne wskaźniki mierzalne w badaniach empirycznych.

Wyróżnia się również różne formy medytacji, zależne od przedmiotu koncentracji. Medytacja skupiona (*focused attention*) opiera się na koncentracji na jednym obiekcie, np. oddechu, płomieniu świecy lub mantrze. Medytacja otwartej obecności (*open monitoring*) polega na świadomym obserwowaniu przepływu doznań, myśli i emocji bez angażowania się w nie. Medytacja miłującej dobroci (*loving-kindness, metta*) opiera się na generowaniu pozytywnych uczuć wobec siebie i innych, natomiast medytacja transcendentalna wykorzystuje powtarzanie osobistych mantr w celu osiągnięcia stanu głębokiego relaksu i wewnętrznego spokoju (Kocur, Czabała, 2016). W badaniach wykazano, że każda z tych form wiąże się z odmiennymi efektami psychologicznymi, np. medytacja miłującej dobroci zwiększa empatię, a medytacja skupiona poprawia koncentrację uwagi (Garland i in., 2015). Inne formy medytacji, takie jak medytacja otwartej obecności czy medytacja transcendentalna, wiązane są m.in. z poprawą regulacji emocjonalnej, redukcją reaktywności poznawczej oraz pogłębieniem świadomości doświadczeń wewnętrznych, przy czym charakter i nasilenie tych efektów zależą od specyfiki praktyki oraz kontekstu jej stosowania (Garland i in., 2015).

W tradycji buddyjskiej wyróżnia się np. technikę *vipassany* (uważna obserwacja), która stanowi podstawę wielu współczesnych technik terapeutycznych oraz *samathę* – praktykę uspokajania umysłu. W ujęciu zachodnim pojęcia te przeszły transformację i zostały zaadaptowane m.in. w ramach programów takich jak MBSR autorstwa Kabat-Zinna oraz MBCT twórców takich jak Segal, Williams i Teasdale (2016). Praktyki te zyskały akceptację środowisk naukowych dzięki rosnącej liczbie badań potwierdzających ich skuteczność w leczeniu depresji, stanów lękowych i zaburzeń psychosomatycznych (Hofmann i in., 2010; Khoury i in., 2013).



Podsumowując, uważność i medytacja to konstrukty zakorzenione w tradycji wschodniej, jednak ich znaczenie we współczesnej psychologii zdrowia nabiera szczególnego wymiaru. Autorzy modelu Bishopa (2004) wyróżnili cztery aspekty uważności: zdolność do regulowania uwagi, orientację na terażniejsze doświadczenie, świadomość bieżącego przeżywania oraz postawę nieoceniającej akceptacji. W niniejszej pracy pojęcie uważności, a także medytacji opartej na uważności będzie rozpatrywane w tym właśnie kontekście.

Tak rozumiana uważność staje się nie tylko techniką medytacyjną, ale również podstawą interwencji psychologicznej zorientowanej na wzmacnianie dobrostanu, rezyliencji (odporności psychicznej) i samopoznania. Dlatego też w dalszej części rozdziału zostaną omówione programy terapeutyczne, w których *mindfulness* stanowi kluczowy element interwencji.

### 1.3 Programy terapeutyczne oparte na uważności

Uważność można rozumieć jako zdolność bycia obecnym oraz świadomego doświadczania własnych stanów psychicznych i somatycznych, przy jednoczesnym ograniczaniu tendencji do automatycznego odpływania uwagi w myśli, wyobrażenia lub fantazje. Paradoksem jest fakt, że wiele osób przejawia elementy uważnego skupienia w codziennym funkcjonowaniu, nie identyfikując jednak tych doświadczeń jako praktyki uważności ani nie nazywając ich w ten sposób.

Przypisywany relaksacyjny charakter uważności jest często nie celem, a konsekwencją praktykowania – celem samym w sobie jest ćwiczenie uwagi. Nastawienie się na osiągnięcie relaksu jako głównego efektu praktyki może prowadzić do napięcia i frustracji w sytuacji niespełnienia tych oczekiwań. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że instrumentalne traktowanie uważności wyłącznie jako techniki relaksacyjnej może ograniczać pełne zaangażowanie w praktykę oraz blokować naturalne doświadczanie chwili obecnej (Kabat-Zinn, 2009; Teasdale, Williams, Segal, 2016). Reagowanie uważnością na pojawiające się doświadczenia sprzyja natomiast obniżeniu poziomu lęku poprzez akceptację przeżywanych stanów, a nie ich ocenę.

Uważność jest zarówno formą medytacji – praktyką formalną, jak i sposobem na świadome życie – praktyką nieformalną. Elementem różnicującym te dwa podejścia jest zaplanowany, świadomy czas poświęcony na bycie uważnym (np. podczas medytacji siedzącej) oraz bycie uważnym w toku codziennych zajęć. Formalna praktyka medytacji



uważności polega najczęściej na nieruchomej pozycji (zwykle siedzącej) z zamkniętymi oczami i koncentrowaniu się na konkretnym bodźcu. Pomaga to budować wytrzymałość psychiczną, natomiast codzienna praktyka utrwala nawyk obserwacji wewnętrznych i zewnętrznych doświadczeń. Zaleca się rozpoczynanie praktyki od kilku minut dziennie, stopniowo wydłużając czas – do 40 minut w przypadku zaawansowanych interwencji terapeutycznych, np. w depresji czy przewlekłym bólu. Nie istnieją jednak naukowe dowody na istnienie „idealnego” czasu praktyki – rekomendacje opierają się na wieloletnim doświadczeniu klinicznym autorów programów opartych na uważności oraz obserwacjach wynikających z ich stosowania w pracy terapeutycznej z pacjentami, m.in. w ramach interwencji takich jak MBSR i MBCT (McKenzie, Hased, 2024; Teasdale, Williams, Segal, 2016).

Jak wskazują wyniki badań neuroobrazowych, już krótka codzienna praktyka medytacji może prowadzić do obserwowalnych zmian w strukturze i funkcjonowaniu mózgu, m.in. w obrębie kory przedczołowej i kory wyspy, obejmujących zmiany w objętości istoty szarej oraz modulację aktywności neuronalnej tych struktur (Lazar i in., 2005).

Nieformalna uważność oznacza skupienie się na codziennych czynnościach: myciu zębów, jedzeniu, chodzeniu. Wymaga świadomego kierowania uwagi na to, co się dzieje tu i teraz. „Myślenie o uważności” nie jest tym samym, co jej praktykowanie – nie chodzi o analizowanie, ale o bezpośrednie doświadczanie.

Jedną z najbardziej znanych technik jest skanowanie ciała (*body scan*), polegające na przenoszeniu uwagi od stóp ku głowie. Pomaga to rozwinąć bezstronną świadomość doznań cielesnych bez oceny. Inna popularna praktyka to uważność oddechu – prosty, ale skuteczny sposób na zakotwiczenie w teraźniejszości. Uważność można rozwijać przez wszystkie zmysły – smak, zapach, słuch, propriocepcję. Przykładem jest ćwiczenie z rodzynką (*raisin exercise*), które polega na celowym, powolnym i wielozmysłowym doświadczaniu jedzenia niewielkiego produktu spożywczego, z uwzględnieniem jego wyglądu, zapachu, struktury, smaku oraz towarzyszących doznań cielesnych i myśli. Celem tego ćwiczenia jest rozwijanie zdolności pełnego zaangażowania uwagi w proste, codzienne doświadczenie oraz uświadamianie automatycznych wzorców percepcji i reakcji (Kabat-Zinn, 2009; Teasdale, Williams, Segal, 2016).

Na oddzielną uwagę zasługuje Trening autogenny Schultza, opracowany w latach 30. XX wieku przez niemieckiego lekarza Johannesesa Heinricha Schultza, który pierwotnie



stanowił technikę relaksacyjną wykorzystywaną w leczeniu objawów nerwicowych i psychosomatycznych (Zubrzycki, 2006). Metoda ta polega na powtarzaniu w myślach określonych formuł autosugestywnych, odnoszących się do doznań cielesnych, takich jak ciężar, ciepło, rytm serca czy oddech. Celem jest osiągnięcie głębokiego odprężenia psychofizycznego oraz przywrócenie równowagi funkcjonowania autonomicznego układu nerwowego (Sęk, 2001). Chociaż trening autogenny wywodzi się z nurtu technik relaksacyjnych, to jego struktura i sposób prowadzenia są zbliżone do współczesnych praktyk uważności. Wskazuje się, że uczestnik treningu kieruje uwagę w sposób celowy na doznania płynące z ciała, obserwuje ich zmienność oraz nie ocenia ich treści, lecz jedynie rejestruje obecne wrażenia – co wpisuje się w definicję *mindfulness* jako świadomości chwili obecnej, rozwijanej poprzez nieosądzające doświadczanie (Kabat-Zinn, 2009). Tym samym trening autogenny może być postrzegany jako forma rozwijania uważności cielesnej, integrującej świadomość somatyczną z procesem regulacji emocji.

W praktyce trening autogenny stosowany jest zarówno w psychoterapii, jak i w profilaktyce zdrowia psychicznego. Badania wykazały, że regularne stosowanie tej metody może przyczyniać się do obniżenia poziomu lęku, poprawy jakości snu, redukcji napięcia mięśniowego oraz zwiększenia poczucia kontroli nad reakcjami ciała (Zubrzycki, 2006; Sęk, 2001). Włączenie tej techniki do szerszego programu uważności może poszerzać wachlarz doświadczeń somatycznych i pogłębiać kontakt z własnym ciałem – co stanowi istotny aspekt pracy z osobami doświadczającymi przewlekłego stresu, zaburzeń psychosomatycznych czy trudności w regulacji emocji. W badaniach Rivera i in. (2021) stwierdzono, że trening autogenny przyczynił się do istotnego obniżenia poziomu odczuwanego stresu, napięcia psychofizycznego oraz poprawy subiektywnego poczucia kontroli emocjonalnej podczas pandemii wirusa Covid-19 w Hiszpanii (Trenton, 2021).

Uważność łączy się z różnymi dziedzinami – od terapii poznawczo-behawioralnej (*Cognitive Behavioral Therapy*, CBT), przez terapię akceptacji i zaangażowania (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT) oraz terapię dialektyczno-behawioralną (*Dialectical Behavior Therapy*, DBT), po jogę czy fizjoterapię. Jest fundamentem metody Feldenkraisa (*Feldenkrais Method*, polegającej na zwiększaniu świadomości ciała poprzez ruch) czy metody Alexandra (*Alexander Technique*, ukierunkowanej na poprawę postawy i redukcję napięcia mięśniowego). Odgrywa również ważną rolę w edukacji i kulturze organizacyjnej – jako element wspierający dobrostan psychiczny i zdolność do samoregulacji. Jak podkreślają



McKenzie i Hased (2024), rozwijanie uważności wpływa pozytywnie na zdolność do autorefleksji i zmniejsza impulsywność w działaniu, co czyni ją wartościowym narzędziem zarówno w terapii, jak i edukacji.

Uważność stanowi także fundament wielu nowoczesnych programów terapeutycznych, znanych jako interwencje oparte na uważności (*Mindfulness-Based Interventions*, MBIs). Każdy z nich ma nieco inny cel, zakres i zastosowanie. Dwa najbardziej znane programy wcześniej już wspomniane kryją się pod skrótem MBSR oraz MBCT.

MBSR to ustrukturyzowany, ośmiotygodniowy program terapeutyczno-edukacyjny opracowany przez Jona Kabat-Zinna w latach 70. XX wieku na Uniwersytecie Massachusetts, pierwotnie z myślą o osobach zmagających się z przewlekłym stresem, bólem oraz chorobami somatycznymi. Jego celem jest redukcja stresu, bólu i napięcia psychofizycznego. Składa się z 8-tygodniowych sesji grupowych i obejmuje formalne praktyki medytacyjne, skanowanie ciała oraz elementy psychoedukacji. MBSR adresowany jest zarówno do osób zdrowych, jak i przewlekle chorych i bywa stosowany jako uzupełnienie innych form terapii (Kabat-Zinn, 2009). Program ten uznawany jest za najbardziej rozpowszechniony i najczęściej opisywany w literaturze prototyp interwencji opartych na uważności, który stał się punktem odniesienia dla rozwoju kolejnych programów MBIs (Teasdale, Williams, Segal, 2016).

MBCT to połączenie MBSR z terapią poznawczo-behawioralną, stworzone przez Segalą, Williamsa i Teasdale'a. Program skierowany jest do osób z nawracającą depresją, a jego celem jest zapobieganie nawrotom. Uzyskał rekomendacje Narodowego Instytutu Zdrowia i Doskonałości Klinicznej NICE w leczeniu depresji. W podręczniku MBCT wskazuje się, że uważność pozwala na szybsze wychwycenie sygnałów nawrotu depresji i przeciwdziałanie im (Teasdale, Williams, Segal, 2016). Zastosowanie MBCT zostało również pozytywnie ocenione w metaanalizach wykazujących jego skuteczność w zapobieganiu nawrotom depresji, m.in. w badaniach Piet i Hougaard (2011).

Kuyken i in. (2015) przeprowadzili jedno z największych randomizowanych badań klinicznych (RCT) nad skutecznością terapii poznawczej opartej na uważności (MBCT) w zapobieganiu nawrotom depresji. Badanie to wykazało, że MBCT, połączona z odstawieniem leczenia farmakologicznego, była równie skuteczna jak kontynuacja farmakoterapii podtrzymującej, a dodatkowo wiązała się z poprawą jakości życia uczestników oraz redukcją ryzyka ruminacji. Uzyskane rezultaty przyczyniły się do uwzględnienia MBCT



jako jednej z rekomendowanych metod profilaktyki nawrotów depresji w oficjalnych wytycznych klinicznych.

Dodatkowo uważność jest kluczowym elementem innych programów terapii. To programy mające zastosowanie w pracy terapeutycznej z zaburzeniami psychicznymi, takimi jak depresja, zaburzenia osobowości czy zaburzenia odżywiania, często głęboko osadzone w modelach poznawczo-behawioralnych. Znanym programem jest ACT – terapia akceptacji i zaangażowania, która łączy uważność z akceptacją trudnych doświadczeń i działaniem zgodnym z wartościami. W ACT nie tyle dąży się do zmiany treści myśli, co do zmiany relacji z nimi, a więc integracji uważności z działaniem w zgodzie z wartościami (McKenzie, Hased, 2024). Kolejnym znanym programem jest DBT – *Dialectical Behavior Therapy* – terapia dialektyczno-behawioralna opracowana przez Marsha Linehan dla osób z zaburzeniem osobowości borderline. Skupia się ona na regulacji emocji, akceptacji i uważności – integruje elementy CBT z praktykami uważności.

Do programów specjalistycznych, rozwijających uważność w kontekście pracy z trudnymi stanami wewnętrznymi, należą m.in.: program Bruno Cayoun MiCBT (*Mindfulness-integrated Cognitive Behavioral Therapy*) zintegrowany z terapią poznawczo-behawioralną. W czterostopniowym modelu opartym na neuroplastyczności łączy formalną medytację z technikami poznawczymi, kładąc nacisk na zmianę reakcji na stresory. Program MB-EAT (*Mindfulness-Based Eating Awareness Training*) – trening świadomości jedzenia autorki Jean Kristeller oparty na uważności, wykorzystywany w leczeniu zaburzeń odżywiania, takich jak jedzenie kompulsywne. Koncentruje się na odzyskaniu kontaktu z sygnałami głodu, sytości i emocji towarzyszących jedzeniu. Kolejny program to MSC (*Mindful Self-Compassion*) rozwijający współczucie wobec siebie, autorstwa Kristin Neff i Christophera Germera. Szczególnie pomocny dla osób z nasilonym wstydem, samokrytyką i niską samooceną, integruje medytację z elementami akceptacji i łagodności wobec własnych przeżyć.

Dostępne są również programy psychoedukacyjne i rozwojowe skierowane do populacji ogólnej lub konkretnych grup (dzieci, młodzież, pracownicy), koncentrujące się na rozwoju osobistym, emocjonalnym i poznawczym, a nie na leczeniu zaburzeń. Są to m.in. *MindUP* – program szkolny dla dzieci i młodzieży, rozwijający empatię, koncentrację i świadomość mózgu, *Search Inside Yourself* – program dla dorosłych, promujący inteligencję emocjonalną i efektywność zawodową, powstały w Google czy *Workplace Mindfulness* –



posiadający szerokie spektrum interwencji uważności wdrażanych w środowisku pracy dla poprawy dobrostanu i zmniejszenia wypalenia zawodowego. Dodatkowo dostępne są także narzędzia wspierające indywidualną praktykę uważności takie jak np. *Headspace* – aplikacja z prowadzonymi medytacjami, kursami i ścieżkami tematycznymi. Nie są to klasyczne programy terapeutyczne, ale platformy lub aplikacje, które mogą służyć jako wsparcie dla osób chcących rozwijać regularną praktykę.

W Polsce coraz częściej realizowane są programy medytacyjne i treningi uważności, zarówno w ramach opieki psychologicznej i psychiatrycznej, jak i profilaktyki zdrowia psychicznego oraz edukacji. Najczęściej wdrażanymi protokołami są programy MBSR oraz MBCT prowadzone w certyfikowanych ośrodkach i przez licencjonowanych nauczycieli, głównie pod auspicjami Polskiego Instytutu *Mindfulness* oraz Fundacji Rozwoju *Mindfulness* (Fundacja Rozwoju *Mindfulness*, 2023; Polski Instytut *Mindfulness*, 2024). Poza klasycznymi ośmiotygodniowymi kursami, coraz popularniejsze stają się również programy MBCL (*Mindfulness-Based Compassionate Living*), MiCBT (*Mindfulness-Integrated Cognitive Behaviour Therapy*), a także krótsze formy treningów, takie jak „Uważność dla dzieci i młodzieży”, prowadzone m.in. przez Fundację EduMind (EduMind, 2023). Dużą popularnością cieszy się także cykl książek opartych na założeniach uważności dla dzieci, zatytułowany „Uważność i spokój żabki” autorstwa Eline Snel. Zawarte w nim proste i przystępne ćwiczenia oddechowe oraz medytacyjne mają na celu pomoc dzieciom w rozwiewaniu niepokoju, poprawie koncentracji, a także w radzeniu sobie z trudnymi emocjami i stresem dnia codziennego (Snel, 2015). Program ten znajduje zastosowanie zarówno w domach, jak i w szkołach oraz gabinetach terapeutycznych, wspierając rozwój emocjonalny i samoregulację u dzieci. W edukacji coraz większe znaczenie zyskują programy adaptowane do środowisk szkolnych, takie jak „Krople Uważności”, bazujące na elementach MBSR i edukacji emocjonalnej. Wspierają one u dzieci i młodzieży rozwój kompetencji emocjonalnych, koncentracji oraz regulacji napięcia psychofizycznego. Programy te są dostosowywane do wieku uczestników, w tym również do potrzeb dzieci w spektrum autyzmu czy z ADHD (EduMind, 2023). W środowisku akademickim Uniwersytet SWPS prowadzi specjalistyczne studia podyplomowe z zakresu uważności i współczucia oraz inicjatywy edukacyjne takie jak „Eduważność”, promujące praktykę uważności w szkołach i kształceniu nauczycieli (SWPS, 2024). Rozwijane są także krótkie warsztaty i interwencje online dla osób dorosłych, w tym pracowników sektora ochrony zdrowia, edukacji, biznesu i administracji publicznej. Rosnąca liczba dostępnych programów, dopasowanych do specyfiki różnych grup



wiekowych i zawodowych, potwierdza trwałe miejsce uważności i medytacji w polskim systemie wspierania zdrowia psychicznego.

Uważność uczy nas myśleć w inny niż dotychczas znany sposób, co w psychoterapii ma ogromne znaczenie. Dostrzeganie, jakie myśli nami kierują i jakie wywołują reakcje, prowadzi do zrozumienia ich mechanizmów i zaprzestania bezrefleksyjnego poddawania się im. W podejściu poznawczo-behawioralnym zakłada się, że to nie samo wydarzenie, ale nasza interpretacja zdarzeń wpływa na emocje i reakcje (Padesky, Greenberger, 2016). Praktyka uważności i akceptacji pomaga w terapii lęku poprzez zakotwiczenie uwagi w chwili obecnej, co sprzyja ograniczeniu zamartwiania się przyszłością. Mózg skoncentrowany na doświadczeniu „tu i teraz” przetwarza bodźce potencjalnie zagrażające w sposób bardziej regulowany i mniej reaktywny niż w stanie rozproszenia, co z czasem umożliwia tolerowanie lęku oraz modyfikację utrwalonych wzorców reagowania.

#### 1.4 Neurobiologiczne mechanizmy działania medytacji i mindfulness

Medytacja i uważność, choć przez wiele lat postrzegane były głównie jako element praktyk duchowych, zyskały w ostatnich dekadach status metod terapeutycznych, których działanie można opisać i zmierzyć w kategoriach neurobiologicznych. Rozwój technik neuroobrazowania takich jak fMRI, EEG czy PET pozwolił dostrzec konkretne zmiany zachodzące w strukturach i funkcjonowaniu mózgu osób praktykujących uważność. Zjawiska te wpisują się w szerszą koncepcję neuroplastyczności mózgu, rozumianej jako zdolność układu nerwowego do reorganizacji strukturalnej i funkcjonalnej pod wpływem doświadczenia, uczenia się oraz praktyk mentalnych (Doidge, 2017). Badania wykazały, że praktyki *mindfulness* prowadzą do strukturalnych i funkcjonalnych zmian w mózgu – zarówno w zakresie regulacji emocji, jak i funkcji wykonawczych, pamięci oraz integracji somatyczno-poznawczej (Tang, Hölzel, Posner, 2015; Hased, McKenzie, 2024). Medytacja przestaje być wyłącznie narzędziem regulacji emocji – staje się przedmiotem badań nad neuroplastycznością, integracją poznawczą, pamięcią, kontrolą uwagi i równowagą emocjonalną. Wyniki te przyczyniły się do traktowania praktyk uważności jako interwencji opartej na dowodach naukowych, stosowanej w psychologii klinicznej i medycynie.

Jednym z kluczowych mechanizmów działania praktyk uważności jest regulacja emocji. Regularna praktyka wpływa na zmniejszenie reaktywności emocjonalnej poprzez zmianę funkcjonowania układu limbicznego, a zwłaszcza ciała migdałowatego, które odpowiada za detekcję zagrożeń i generowanie odpowiedzi lękowej. Badania wskazują, że



u osób regularnie medytujących ciało migdałowate wykazuje niższą aktywność w odpowiedzi na bodźce stresowe, a jego objętość może się zmniejszać wraz z praktyką (Lazar i in., 2005). Oznacza to lepszą regulację emocjonalną, obniżenie poziomu lęku i większą zdolność do odzyskiwania równowagi po sytuacjach stresowych. Tym samym praktyka uważności może przyczyniać się do mniejszej impulsywności emocjonalnej oraz większej odporności psychicznej (Davidson, Begley, 2012). To zjawisko może być również powiązane z obniżeniem poziomu aktywności osi HPA (podwzgórze–przysadka–nadnercza), co skutkuje mniejszym wyrzutem kortyzolu – hormonu stresu.

W kontekście uwagi i kontroli poznawczej niezwykle istotna jest rola kory przedczołowej (PFC – *prefrontal cortex*), która odpowiada za planowanie, podejmowanie decyzji, samokontrolę oraz tzw. funkcje wykonawcze. Praktyka uważności prowadzi do wzrostu aktywności tej struktury oraz jej większej integracji z innymi obszarami mózgu – m.in. zakrętem obręczy przednim (ACC – *anterior cingulate cortex*), odpowiedzialnym za monitorowanie konfliktów poznawczych, detekcję błędów i regulację zachowania. Funkcjonalne wzmocnienie połączeń między ACC a PFC sprzyja większej świadomości własnych reakcji oraz elastyczności poznawczej, co przekłada się na lepszą jakość podejmowanych decyzji i zdolność do refleksyjnego działania. Zwiększona aktywacja ACC i PFC została potwierdzona w badaniach EEG i fMRI, wskazując na rozwój refleksyjnego przetwarzania informacji (Tang i in., 2015). Badanie Chiesa i in. (2013 i 2014) wskazuje, że praktyka medytacji wzmacnia zarówno mechanizmy regulacji emocjonalnej typu *top-down*, czyli odgórnej regulacji poznawczej polegającej na świadomym monitorowaniu, reinterpretacji i kontroli reakcji emocjonalnych, jak i *bottom-up*, odnoszącej się do automatycznych, reaktywnych procesów emocjonalnych inicjowanych przez bodźce zmysłowe i afektywne, co prowadzi do efektywniejszego zarządzania emocjami i redukcji stresu psychicznego. Wzajemna komunikacja między sieciami kontroli poznawczej i emocjonalnej może stanowić fundament dla poprawy funkcjonowania osób z zaburzeniami afektywnymi, gdyż wyniki te sugerują, że medytacja angażuje złożone mechanizmy neuronalne, obejmujące zarówno procesy automatyczne, jak i świadome.

Zdolność do świadomego kierowania i podtrzymywania uwagi to kluczowy komponent praktyki uważności i ma swoje podstawy neurofizjologiczne w zjawisku zwanym synchronizacją fazową (*phase locking*). Odnosi się ono do procesu, w którym neurony w różnych obszarach mózgu synchronizują swoje wyładowania w czasie, w określonej fazie rytmu fal mózgowych, co umożliwia efektywną komunikację między strukturami, a tym



samym – sprawne funkcjonowanie poznawcze (Podgórska 2023; Teasdale, Segal, Williams 2009). W kontekście uważności szczególne znaczenie ma kora przedczołowa, a zwłaszcza jej grzbietowo-boczna część (dlPFC), odpowiedzialna za funkcje wykonawcze, hamowanie reakcji automatycznych oraz utrzymanie koncentracji. U osób praktykujących medytację uważności stwierdzono większą synchronizację między korą przedczołową a innymi obszarami związanymi z przetwarzaniem informacji zmysłowych i emocjonalnych, takimi jak kora zakrętu obręczy, wyspa czy ciało migdałowate (Tang i in., 2015; Goleman, 2014). Synchronizacja ta może sprzyjać tworzeniu spójnych reprezentacji poznawczych, co poprawia koncentrację, elastyczność myślenia oraz pamięć roboczą.

Synchronizacja fazowa, szczególnie w pasmach *theta* i *gamma*, sprzyja tzw. integracji sieci uwagowych i efektywnej selekcji bodźców istotnych w danej chwili – co jest podstawą bycia obecnym i reagowania na „tu i teraz”. Zaburzenia tego mechanizmu wiążą się z rozproszeniem, impulsywnością oraz trudnością w regulacji emocji (Başar, 2013; Jensen i Mazaheri, 2010). Praktyka uważności, poprzez regularne angażowanie uwagi wewnętrznej (np. skanowanie ciała, obserwacja oddechu), wzmacnia te połączenia i poprawia efektywność synchronizacji neuronów, co przekłada się na większą stabilność uwagi i elastyczność poznawczą (Hölzel i in., 2011). Obserwuje się również poprawę funkcjonowania w zakresie kontroli hamowania, co ma znaczenie w terapii uzależnień i zaburzeń impulsywności. W literaturze podkreśla się, że tego typu mechanizmy mogą odgrywać szczególną rolę w rehabilitacji poznawczej i emocjonalnej.

Z punktu widzenia pamięci oraz odporności na stres kluczową strukturą pozostaje hipokamp. Odpowiada on nie tylko za procesy zapamiętywania i uczenia się, ale także za hamowanie osi HPA (podwzgórze–przysadka–nadnercza), która aktywowana jest w sytuacjach stresowych. Badania wykazują, że regularna praktyka medytacyjna może prowadzić do zwiększenia objętości hipokampa, co wiąże się ze wzrostem zdolności do regulacji stresu oraz poprawą funkcjonowania pamięci roboczej i deklaratywnej (Hölzel i in., 2011). Obserwowane zmiany obejmują wzrost istoty szarej w rejonach hipokampa, co koreluje z liczbą godzin spędzonych na praktyce medytacyjnej (Lazar i in., 2005). Wskazuje to na potencjał medytacji w prewencji i terapii zaburzeń neurodegeneracyjnych oraz zaburzeń związanych z przewlekłym stresem (Podgórska, 2023; Chrousos, 2009; Sapolsky, 2022).

Inną strukturą silnie związaną z uważnością jest kora wyspy (*insula*), będąca ośrodkiem świadomości interoceptywnej, czyli odczuwania stanów wewnętrznych ciała.



Aktywność tego obszaru wzrasta u osób praktykujących uważność, co sprzyja lepszej integracji doznań cielesnych, emocji i myśli. Wyższa aktywność kory wyspy jest również powiązana ze zdolnością do empatii i współczucia – zarówno wobec siebie, jak i innych (Farb i in., 2007).

Badacze zwracają również uwagę na istotne zmiany w istocie szarej, której gęstość zwiększa się w obszarach związanych z samoświadomością, uczeniem się i regulacją emocjonalną. Obserwowane zmiany neuroplastyczne w obrębie kory przedczołowej, hipokampa i kory somatosensorycznej pokazują, że mózg pozostaje elastyczny i reaguje strukturalnie nawet na krótkoterminową praktykę medytacyjną (Hölzel i in., 2011; Doidge, 2017). To zjawisko może również wpływać na poprawę funkcji wykonawczych oraz zmniejszenie objawów depresji i lęku (Hassed, McKenzie, 2024). W kontekście klinicznym sugeruje się, że zmiany te mogą pełnić funkcję czynnika ochronnego wobec zaburzeń nastroju. Warto również zaznaczyć, że choć neuroplastyczność i neurogeneza są procesami ze sobą powiązanymi, nie są to pojęcia tożsame. Neurogeneza odnosi się do powstawania nowych komórek nerwowych, podczas gdy neuroplastyczność oznacza zdolność mózgu do tworzenia, modyfikowania i reorganizacji połączeń między neuronami (Żejmo, 2024).

Istotne zmiany dotyczą również sieci funkcjonalnych mózgu. Jedną z nich jest domyślna sieć aktywności (DMN – *default mode network*), która uaktywnia się podczas błędzenia myślami, ruminacji, autorefleksji i skupienia na sobie. Praktyka uważności prowadzi do zmniejszenia aktywności DMN, co wiąże się z redukcją tendencji do rozmyślenia, zamartwiania się i nieadaptacyjnych wzorców myślenia (Brewer i in., 2011). Natomiast sieć wykonawcza (*executive network* – EN) oraz przedni zakręt obręczy (ACC) wykazują wzrost aktywności w trakcie praktyk medytacyjnych, co wskazuje na zaangażowanie poznawcze i wzrost zdolności do zarządzania własnymi reakcjami emocjonalnymi oraz podejmowania refleksyjnych decyzji (Tang i in., 2015). Ponadto aktywizuje się tzw. sieć istotności (*salience network*), odpowiedzialna za wykrywanie bodźców znaczących – jej aktywność pozwala szybciej ocenić, co jest warte uwagi i jak na to zareagować, co sprzyja efektywnej regulacji emocjonalnej (Seeley i in., 2007). Wyniki badań nad sieciami funkcjonalnymi sugerują, że uważność sprzyja lepszej równowadze pomiędzy procesami introspekcji a koncentracją na bieżących zadaniach.

Ważnym układem neurofizjologicznym zaangażowanym w działanie uważności jest oś HPA, odpowiadająca za reakcję organizmu na stres. Praktyka medytacyjna sprzyja jej



„wyciszaniu”, co znajduje odzwierciedlenie w niższych poziomach kortyzolu – głównego hormonu stresu, szczególnie obserwowanych u osób doświadczających przewlekłego stresu oraz zaburzeń lękowych i depresyjnych. Obniżony poziom kortyzolu w dłuższej perspektywie przekłada się na poprawę funkcjonowania układu odpornościowego, zmniejszenie objawów psychosomatycznych i lepszą regulację emocjonalną (Sapolsky, 2022; Chrousos, 2009). Dzięki zmniejszeniu pobudliwości osi HPA, medytacja może zapobiegać skutkom chronicznego stresu, takim jak nadciśnienie, stany zapalne czy osłabienie odporności – co potwierdzają liczne badania kliniczne (Chrousos, 2009; Hased, McKenzie, 2024).

U podstaw neurobiologicznych efektów medytacji i uważności leży również działanie neuroprzekaźników. Praktyka sprzyja wzrostowi poziomu serotoniny – neuroprzekaźnika odpowiedzialnego za stabilność emocjonalną, dobre samopoczucie i sen. Wzrasta także aktywność dopaminergiczna, co wiąże się ze wzrostem motywacji i poczucia nagrody. Medytacja wpływa także na poziom GABA (kwasu gamma-aminomasłowego), który działa uspokajająco i przeciwlękowo (Hased, McKenzie, 2024). W kontekście neuroprzekaźników należy pamiętać, iż to ich równowaga jest odpowiedzialna za prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Serotonina, dopamina czy noradrenalina, a także ich połączenia są analizowane jako podstawa wystąpienia stanów zaburzeń psychicznych takich jak m.in. depresja, zaburzenia lękowe, choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia snu (Chojak, 2019). Niektóre badania sugerują również wzrost poziomu oksytocyny – hormonu związanego z więzią i zaufaniem – u osób praktykujących uważność, co może sprzyjać budowaniu relacji interpersonalnych oraz zwiększać zdolność do współczucia i empatii (Kok i in., 2013). Mechanizmy te podkreślają znaczenie praktyk medytacyjnych w kontekście psychiatrii biologicznej i psychofarmakologii, ponieważ wskazują, że uważność może modulować układy neuroprzekaźnikowe oraz neurohormonalne zaangażowane w patofizjologię zaburzeń psychicznych, takich jak depresja czy zaburzenia lękowe, a tym samym stanowić istotne uzupełnienie oddziaływań farmakologicznych.

Odrębną, lecz istotną osią działania uważności, jest wpływ na autonomiczny układ nerwowy – a szczególnie jego część przywspółczulną. Praktyka medytacyjna prowadzi do wzrostu aktywności nerwu błędnego, co skutkuje spowolnieniem rytmu serca, obniżeniem ciśnienia krwi i ogólnym stanem fizjologicznego odprężenia. Układ przywspółczulny przywraca organizm do równowagi po stresie, a jego pobudzenie wzmacnia zdolność do regeneracji, poprawia jakość snu i zmniejsza objawy psychosomatyczne (Podgórska, 2023; Źejmo, 2024; Thayer i Lane, 2009). Wzrost aktywności nerwu błędnego jest także powiązany



z tzw. wskaźnikiem zmienności rytmu serca (HRV), który uznaje się za biomarker zdrowia psychofizycznego. Medytacja poprawia HRV, co świadczy o większej elastyczności fizjologicznej i lepszej adaptacji organizmu do zmieniających się warunków środowiskowych (Thayer i Lane, 2009). Takie wyniki wskazują, że medytacja działa nie tylko na poziomie psychologicznym, ale i somatycznym.

Coraz więcej badań potwierdza również korzystny wpływ praktyk uważności na funkcje poznawcze, w tym pamięć roboczą, koncentrację, szybkość przetwarzania informacji oraz elastyczność poznawczą. Regularna medytacja sprzyja neuroplastyczności struktur odpowiadających za przetwarzanie informacji, co może być szczególnie istotne w kontekście prewencji poznawczej w starzeniu się. Badania sugerują, że praktyka uważności może spowalniać procesy degeneracyjne związane z wiekiem i wspierać zdolności poznawcze w późniejszym okresie życia (Goldberg i in., 2018). Uważność odgrywa także rolę w budowaniu rezyliencji – zdolności do adaptacji i powrotu do równowagi psychicznej po trudnych doświadczeniach. Dzięki wpływowi na sieci neuronalne odpowiedzialne za regulację emocji i samoregulację, medytacja przyczynia się do zwiększenia odporności psychicznej i przeciwdziała skutkom przewlekłego stresu (McKenzie, Hased, 2024). Dodatkowo, praktyka *mindfulness* wiąże się z poprawą tzw. metapoznania, czyli świadomości własnych procesów myślowych, co sprzyja autorefleksji, samoregulacji i umiejętności „zatrzymania się” przed impulsywną reakcją – aspekt kluczowy w pracy terapeutycznej oraz w prewencji nawrotów zaburzeń emocjonalnych (Teasdale, Williams, Segal, 2016).

W medycynie – w kontekście stosowania różnych leków i terapii należy zwrócić na działanie „efektu placebo” – już myślenie o tym, iż lek nam pomoże poprzez przejaw aktywności mózgowej prowadzi do poprawy stanu zdrowia (Padesky, Greenberger, 2016). Analogicznie, praktyki uważności mogą pełnić funkcję „świadomego placebo”, gdzie sama intencja i uwaga pacjenta wzmacniają proces leczenia.

Neurobiologiczne mechanizmy działania medytacji i *mindfulness* potwierdzają, że praktyka ta wykracza poza subiektywne odczucia relaksu czy „spokoju umysłu” – prowadzi do rzeczywistych, mierzalnych zmian w funkcjonowaniu mózgu i całego organizmu. Przemiany te mają kluczowe znaczenie w kontekście terapii zaburzeń lękowych, depresyjnych, uzależnień, przewlekłego bólu, a także w zapobieganiu nawrotom objawów i budowaniu odporności psychicznej. Dzięki integracji wiedzy z zakresu psychologii, neuronauk i medycyny, medytacja i uważność zostały włączone do rekomendacji klinicznych



oraz programów wspomagających leczenie w wybranych systemach opieki zdrowotnej krajów zachodnich, głównie jako uzupełnienie standardowych interwencji terapeutycznych, a nie ich alternatywa.

### 1.5 Badania empiryczne nad efektami interwencji opartych na uważności (MBIs)

Skuteczność praktyki medytacyjnej w kontekście redukcji stresu, lęku oraz rozwijania efektywnych strategii radzenia sobie z trudnościami życiowymi znajduje potwierdzenie w licznych badaniach empirycznych, obejmujących zarówno populacje kliniczne, jak i niekliniczne. Badania te koncentrują się na różnych obszarach funkcjonowania psychicznego i somatycznego, w tym zdrowiu psychicznym, regulacji emocji oraz funkcjonowaniu poznawczym. W ostatnich dwóch dekadach opublikowano wiele przeglądów systematycznych oraz metaanaliz, które wskazują na znaczące, statystycznie istotne efekty interwencji opartych na uważności w zakresie zdrowia psychicznego i funkcjonowania poznawczego. Coraz częściej podkreśla się również, że nawet krótkoterminowe programy (4-8 tygodni) mogą prowadzić do mierzalnych efektów w zakresie redukcji stresu i lęku (Creswell, 2017).

Pierwsze badania empiryczne nad interwencjami opartymi na uważności dotyczyły programów MBSR oraz później MBCT, które stały się podstawą dalszych analiz skuteczności *mindfulness* w kontekście klinicznym. Program MBSR, opracowany dla pacjentów z przewlekłym bólem i dolegliwościami psychosomatycznymi, wykazał znaczące zmniejszenie poziomu napięcia, stresu i objawów somatycznych. W latach 90. John Teasdale, Mark Williams i Zindel Segal, czerpiąc z doświadczeń Kabat-Zinna, stworzyli program MBCT, który wykorzystywany jest w profilaktyce nawrotów depresji. Program ten, oparty na ośmiotygodniowej praktyce, łączy elementy terapii poznawczo-behawioralnej z uważnością, umożliwiając pacjentom skuteczniejsze radzenie sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi i ruminacjami.

Wśród badań empirycznych szczególnie dobrze udokumentowane są efekty interwencji opartych na uważności w leczeniu i profilaktyce zaburzeń depresyjnych oraz lękowych, co potwierdzają zarówno badania randomizowane, jak i liczne metaanalizy.

Wyniki metaanalizy przeprowadzonej przez Piet i Hougaard (2011) na podstawie sześciu randomizowanych badań z udziałem 593 pacjentów wykazały, że MBCT zmniejsza ryzyko nawrotu depresji o 40-50% u osób z historią wystąpienia co najmniej trzech epizodów



depresyjnych. Co istotne, skuteczność programu była porównywalna z leczeniem farmakologicznym, a przy tym obciążona znacznie mniejszym ryzykiem skutków ubocznych i działań niepożądanych. MBCT zostało oficjalnie zarekomendowane przez brytyjski Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (NICE) jako metoda profilaktyki nawrotów depresji.

Kolejne metaanalizy potwierdziły skuteczność interwencji opartych na uważności w redukcji objawów lęku i depresji – m.in. analiza 39 badań przeprowadzona przez Hofmanna i in. (2010), obejmująca 1140 pacjentów. Analiza wykazała istotne statystycznie obniżenie poziomu lęku i depresji w grupach objętych interwencjami opartymi na uważności, przy czym efekty te utrzymywały się również po zakończeniu programu.

W kontekście zaburzeń lękowych szczególne znaczenie ma badanie przeprowadzone przez Hoge i in. (2013), w którym 93 osoby z rozpoznaniem zaburzenia lękowego uogólnionego (GAD) zostały losowo przydzielone do programu MBSR lub grupy edukacyjnej. Po ośmiu tygodniach uczestnicy programu medytacyjnego wykazali znaczny spadek poziomu lęku oraz obniżoną fizjologiczną reaktywność na bodźce stresowe. Oznacza to, że interwencje oparte na medytacji mogą przynosić korzyści zarówno w zakresie subiektywnego dobrostanu, jak i obiektywnych wskaźników fizjologicznych.

Ważnym dowodem empirycznym jest także badanie Farb i in. (2010), które z zastosowaniem fMRI wykazało, że osoby po treningu uważności cechowały się zwiększoną aktywnością w korze wyspy (*insula*) i przednim zakręcie obręczy (ACC), odpowiedzialnych za monitorowanie emocji i doznań cielesnych, oraz obniżoną aktywnością w domyślnej sieci aktywności mózgu (DMN), kojarzonej z ruminacjami i samokrytycznym myśleniem. Wyniki te wskazują na zmniejszenie tendencji do zamartwiania się i większą zdolność do emocjonalnej samoregulacji.

Kolejnym potwierdzeniem skuteczności są wyniki metaanalizy Goyal i in. (2014), obejmującej 47 randomizowanych badań klinicznych z udziałem 3515 uczestników. Autorzy wykazali, że medytacja uważności powoduje umiarkowaną poprawę w zakresie lęku, depresji i bólu, przy skuteczności porównywalnej do leczenia farmakologicznego, ale bez efektów ubocznych. Co istotne, największe korzyści obserwowano u osób praktykujących regularnie przez minimum cztery tygodnie. Podkreśla to znaczenie systematyczności praktyki, nawet jeśli czas trwania interwencji jest stosunkowo krótki.



Ważny głos w literaturze stanowi przegląd Khoury i in. (2013, 2015), obejmujący 209 badań z udziałem ponad 12 000 uczestników. Autorzy dowiedli, że interwencje oparte na uważności nie tylko redukują objawy stresu, lęku i depresji, ale również zwiększają poziom odporności psychicznej (rezyliencji), poprawiają zdolności poznawcze i wspierają zdrowe style życia. Medytacja okazała się również skuteczna w leczeniu nadużywania substancji psychoaktywnych, zaburzeń odżywiania i przewlekłego bólu.

W krótkoterminowych interwencjach (4–8 tygodni) obserwuje się istotne obniżenie stresu i lęku oraz wzrost wskaźników dobrostanu (Creswell, 2017; Goyal i in., 2014). Efekty te interpretowane są w literaturze empirycznej w kontekście regulacji fizjologicznej reakcji stresowej, a literatura dotycząca fizjologii stresu podkreśla kluczową rolę osi HPA i kortyzolu w reakcjach na obciążenie (Skórzewska, 2025). Trening medytacji prowadzi do znacznej poprawy wskaźników dobrostanu psychicznego nie tylko w zakresie spadku poziomu stresu i lęku, ale również wzrostu odporności psychicznej i świadomości emocjonalnej. Medytacja, poprzez rozwój uważności i akceptacji, wspiera bardziej zadaniowe i elastyczne style radzenia sobie, ograniczając skłonność do unikania czy nadmiernego reagowania emocjonalnego. Badania te są istotne, gdyż wskazują, że efekty mogą pojawiać się już po miesiącu regularnej praktyki, co ma duże znaczenie praktyczne dla krótkoterminowych interwencji.

Chiesa i in. (2009 i 2014) wykazali, że praktyka medytacyjna wpływa jednocześnie na mechanizmy regulacji oddolnej (*bottom-up*) i odgórną (*top-down*). Oznacza to, że uważność sprzyja zarówno neurobiologicznemu osłabieniu automatycznych reakcji lękowych (m.in. przez obniżenie aktywności ciała migdałowatego), jak i poznawczej reinterpretacji sytuacji stresowych. Efektem jest większa elastyczność poznawcza, niższa podatność na impulsywne reakcje oraz większe zaangażowanie w działania zgodne z wartościami. Osoby uczestniczące w programach medytacyjnych częściej wykazują dominację stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu, przy równoczesnym spadku stosowania stylu emocjonalnego i unikowego. Taka wielopoziomowa regulacja wspiera rozwój dojrzałych, refleksyjnych stylów radzenia sobie ze stresem.

Znaczące są także doniesienia dotyczące wpływu medytacji na funkcje poznawcze. Badania potwierdzają poprawę koncentracji, pamięci roboczej, elastyczności myślenia i zdolności podejmowania decyzji. Wzrost aktywności w korze przedczołowej oraz lepsza integracja tej struktury z innymi obszarami mózgu sprzyjają rozwijaniu tzw. funkcji



wykonawczych, kluczowych dla samoregulacji i adaptacyjnych działań. Praktyka uważności może również wpływać na spowolnienie procesów neurodegeneracyjnych i sprzyjać zachowaniu sprawności poznawczej w przebiegu starzenia się, co sugerują wyniki badań Goldberg i in. (2018). Takie efekty poznawcze mogą mieć szczególne znaczenie w kontekście starzejących się społeczeństw.

W kontekście neuroplastyczności niezwykle cenne są obserwacje Doidge'a (2017), który w literaturze popularnonaukowej opisał mechanizmy reorganizacji sieci neuronalnych, wskazując, że regularna praktyka medytacyjna może prowadzić do wzmacniania nowych połączeń synaptycznych. Potwierdzają to również dane dotyczące zwiększonej objętości hipokampa, wzrostu gęstości istoty szarej w korze przedczołowej oraz zmniejszenia reaktywności ciała migdałowatego. Zmiany te przekładają się na lepsze zarządzanie emocjami, większą odporność psychiczną i bardziej stabilne funkcjonowanie poznawcze.

Skuteczność interwencji opartych na uważności została także potwierdzona w kontekście leczenia uzależnień. Programy takie jak MB-EAT, MBCT czy MiCBT wspierają rozwój uważności w sytuacjach pokusy, zwiększają zdolność do monitorowania sygnałów ostrzegawczych i poprawiają kontrolę impulsów. Obserwuje się zmniejszenie głodu substancji oraz zwiększoną gotowość do stosowania strategii opartych na akceptacji i świadomym wyborze zachowań.

W przeglądach badań opublikowanych przez biura regionalne WHO (np. *Eastern Mediterranean Regional Office*), techniki *mindfulness* wykazują korzystne efekty w redukcji objawów depresyjnych, lękowych, poprawie jakości snu i funkcjonowania emocjonalnego u różnych grup – od dorosłych po dzieci, osoby w okresie menopauzy, pacjentów z chorobami przewlekłymi oraz opiekunów osób chorych (WHO 2022; WHO 2023). Potwierdza to szeroki zakres możliwych zastosowań interwencji *mindfulness*, które mogą być stosowane w szerokim zakresie populacji.

W badaniu Garland i in. (2015) wykazano, że interwencje oparte na uważności wpływają na tzw. pozytywne przewartościowanie poznawcze (*positive reappraisal*), prowadząc do modyfikacji interpretacji sytuacji stresowych. Osoby, które przeszły trening medytacyjny, częściej postrzegały trudne zdarzenia jako wyzwania, a nie zagrożenia, co wiązało się z obniżeniem aktywacji osi HPA i poziomu kortyzolu. W ten sposób medytacja wspierała procesy adaptacyjne i wzmacniała rezyliencję na poziomie biologicznym i poznawczym.



W metaanalizach porównawczych efektywność interwencji opartych na uważności MBIs jest porównywalna z terapią poznawczo-behawioralną (CBT) pod względem redukcji objawów lękowych i depresyjnych, a efekty utrzymują się w obserwacjach odroczonej (Goldberg i in., 2018). Wyniki te nie wskazują na wyższość jednej metody, lecz podkreślają ich odmienny, komplementarny charakter.

Na poziomie klinicznym CBT często działa szybciej, natomiast praktyka uważności sprzyja utrwalaniu umiejętności samoregulacyjnych. Sugeruje to, że praktyka medytacyjna może sprzyjać bardziej stabilnym zmianom w długofalowych mechanizmach psychicznych i neurobiologicznych. W praktyce klinicznej może to oznaczać, że *mindfulness* jest wartościowym uzupełnieniem klasycznej psychoterapii.

Badania wykazały także skuteczność medytacji w obszarze uzależnień. Witkiewitz i in. (2014) analizowali wpływ programu *Mindfulness-Based Relapse Prevention* (MBRP) wśród osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Interwencja oparta na uważności skutkowałą mniejszą liczbą nawrotów i większą świadomością czynników wyzwalających impulsy, w porównaniu z tradycyjną terapią grupową. Autorzy wskazali, że medytacja ułatwia „przestrzeń reakcji” między bodźcem a odpowiedzią – kluczową dla samoregulacji impulsów.

Kolejnym interesującym obszarem jest wpływ medytacji na dzieci i młodzież. Zenner, Herrnleben-Kurz i Walach (2014) w przeglądzie 24 badań przeprowadzonych w szkołach wykazali, że programy uważności prowadzą do poprawy uwagi, regulacji emocji, redukcji lęku oraz lepszych wyników edukacyjnych. Zwiększona aktywność kory przedczołowej i obszarów odpowiedzialnych za integrację emocjonalną – interpretowana jest jako potencjalny mechanizm wspierający rozwój funkcji poznawczo-emocjonalnych. Wyniki te potwierdzają, że uważność może być skutecznie adaptowana do kontekstu edukacyjnego.

W metaanalizie Goldberg i in. (2020) wykazali, że interwencje oparte na uważności przynoszą umiarkowane korzyści w zakresie objawów PTSD. W randomizowanym badaniu u weteranów z PTSD potwierdzono klinicznie istotną redukcję objawów po MBSR (Polusny i in., 2015), a wyniki uzyskane przez wielośrodkowe randomizowane badanie kontrolowane potwierdzają te obserwacje (Davis i in., 2018). Na poziomie neuronalnym badania fMRI wskazują, że trening uważności wiąże się ze zmianami aktywności i łączności w obszarach takich jak kora wyspy i ACC (Farb i in., 2010).



Nie bez znaczenia są również wyniki badań nad wpływem medytacji na zdrowie fizyczne. W randomizowanym badaniu Black i in. (2015) wykazano, że u starszych dorosłych udział w programie MBSR poprawiał jakość snu i zmniejszał objawy bezsenności. Wskazuje to, że interwencje oparte na uważności mogą stanowić wartościowe wsparcie terapeutyczne w problemach ze snem u osób starszych. Tym samym praktyka *mindfulness* znajduje zastosowanie nie tylko w psychologii, lecz także jako uzupełnienie interwencji w medycynie somatycznej.

Choć medytacja i praktyki *mindfulness* wykazują liczne pozytywne efekty zdrowotne, literatura naukowa wskazuje również na istnienie pewnych potencjalnych skutków ubocznych, szczególnie w przypadku intensywnych lub źle prowadzonych praktyk. Warto zaznaczyć, że każda skuteczna metoda terapeutyczna może mieć zarówno działanie korzystne, jak i niepożądane – zależnie od osoby, intensywności oraz kontekstu stosowania. Podobnie jak inne interwencje psychologiczne, również medytacja może nieść ryzyko nieprzewidzianych reakcji – szczególnie u osób z wrażliwym układem nerwowym lub zaburzeniami psychicznymi. Dlatego rekomenduje się, aby praktyka była wprowadzana stopniowo, z odpowiednim przygotowaniem psychoedukacyjnym.

W ostatnich latach coraz częściej zwraca się uwagę na tzw. „ciemną stronę medytacji”, czyli doświadczenia trudne, niepokojące, a czasem destabilizujące, które pojawiają się w trakcie praktyki – zwłaszcza intensywnej. Przeglądy badań dostępne w bazie *PubMed Central* (PMC, 2022) sugerują, że około 8–15% osób praktykujących medytację może doświadczyć skutków ubocznych – takich jak derealizacja, wzrost niepokoju, bezsenność, zmniejszenie motywacji, poczucie izolacji, myśli depresyjne, a także nadmierna introspekcja lub dezorientacja. Choć w większości przypadków mają one charakter przejściowy, u części uczestników mogą nasilać istniejące trudności psychiczne, szczególnie w przypadku braku odpowiedniego wsparcia lub psychoedukacji.

W badaniu obejmującym 96 uczestników kursów *Vipassany* aż 58% relacjonowało przynajmniej jedno trudne doświadczenie medytacyjne, a 7% uznało je za zagrażające ich dobrostanowi (Lindahl i in., 2017). Takie reakcje nie są typowe wyłącznie dla *Vipassany* – mogą pojawiać się również w innych programach tzw. medytacji „dekonstruujących” (*deconstructive*), których celem jest głęboka introspekcja, rozmontowanie schematów poznawczych i „rozpuszczenie ego”. Programy te, w odróżnieniu od bardziej ustrukturyzowanych form jak MBSR czy MBCT, są mniej przewidywalne w działaniu i mogą



skutkować nadmiernym kontaktem z trudnymi emocjami, wspomnieniami lub lękami egzystencjalnymi.

Dodatkowo, meta-analiza badań nad skutkami ubocznymi interwencji *mindfulness* wykazała, że występują one z podobną częstością jak w przypadku terapii poznawczo-behawioralnej CBT, a ich nasilenie jest zwykle niewielkie (Goldberg i in., 2022). Sugeruje to, że *mindfulness* nie wiąże się z podwyższonym ryzykiem w porównaniu z innymi interwencjami psychologicznymi, jednak – jak każda metoda – wymaga odpowiedniego przygotowania i uważnego wdrażania. W kontekście badań wskazuje się, że osoby z objawami PTSD, ciężkimi zaburzeniami lękowymi czy epizodami psychotycznymi powinny stosować praktyki uważności ostrożnie, najlepiej pod opieką specjalisty. W takich przypadkach konieczna jest adaptacja praktyki do aktualnego stanu psychicznego uczestnika, m.in. poprzez skrócenie sesji, ograniczenie ćwiczeń introspekcyjnych i silniejsze zakorzenienie w ciele (np. przez ćwiczenia oddechowe lub ruchowe), a to wymaga wiedzy i doświadczenia, więc zaleca się także, by programy *mindfulness* były prowadzone przez osoby posiadające odpowiednie przygotowanie kliniczne.

Warto też dodać, że nie wszystkie reakcje uznawane za „negatywne” są szkodliwe z klinicznego punktu widzenia. Niepokój, smutek, napięcie, labilność emocjonalna czy intensywna refleksja mogą być elementem procesu terapeutycznego – momentem konfrontacji z treściami wypartymi lub trudnymi. W tym sensie nie stanowią przeciwwskazania, lecz raczej wymagają obecności, uważności i odpowiedniej integracji. W badaniach nad terapiami poznawczo-behawioralnymi również obserwuje się nasilenie objawów w pierwszych tygodniach pracy – co nie oznacza ich nieskuteczności, lecz naturalny etap procesu.

Na podstawie przeglądu badań empirycznych można stwierdzić, że skuteczność medytacji znajduje coraz silniejsze potwierdzenie w badaniach naukowych – zarówno tych z zakresu psychologii klinicznej, jak i neuronauki. Redukcja stresu i lęku, poprawa funkcji poznawczych, zmniejszenie objawów depresyjnych i uzależnień, wzrost rezyliencji oraz neuroplastyczne zmiany w mózgu – to tylko niektóre z obszarów, w których systematyczna praktyka medytacyjna przynosi udokumentowane w literaturze korzyści. Wyniki badań takich autorów jak Goyal i in. (2014), Khoury i in. (2013), Goldberg i in. (2018), Hoge i in. (2013), Farb i in. (2010) czy Chiesa i in. (2009 i 2014) wskazują na wieloaspektowe korzyści zdrowotne i psychiczne wynikające z regularnej praktyki *mindfulness*. Efekty te dotyczą



zarówno regulacji emocji, jak i poprawy samoregulacji, funkcjonowania poznawczego oraz elastyczności psychicznej.

W ostatnich latach w Polsce przeprowadzono szereg badań potwierdzających skuteczność praktyk uważności w różnych obszarach funkcjonowania psychicznego i fizycznego. W przeglądzie sześciu randomizowanych badań z udziałem 337 pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS) wykazano, że uczestnicy kursów *mindfulness* odnotowali istotne zmniejszenie bólu, objawów depresji oraz poprawę wskaźników zapalnych (Grygiel-Górniak, 2021; Zhou i in., 2020). W innych badaniach potwierdzono redukcję stresu i wypalenia zawodowego u pracowników ochrony zdrowia po ukończeniu treningu MBSR. Na poziomie metodologicznym, Stanisław Radoń (2020) przeanalizował i opisał polskie adaptacje narzędzi do pomiaru uważności, takich jak MAAS, FFMQ, KIMS czy TMS, zwracając uwagę na różnice między uważnością jako cechą a stanem psychologicznym. W Laboratorium Psychologii Doświadczeń Medytacyjnych i Psychoterapii (e-MPAT Lab) Uniwersytetu Warszawskiego prowadzi się badania nad skutecznością kontemplacyjnych interwencji psychologicznych oraz e-terapii opartych na uważności (e-MPAT Lab, 2024). Z kolei Fundacja EduMind realizuje projekty z zakresu *mindfulness* w edukacji, takie jak „Krople Uważności”, badające wpływ regularnej praktyki u dzieci i młodzieży, także w grupach ze spektrum autyzmu i ADHD (EduMind, 2023). Uniwersytet SWPS angażuje się w rozwój tej tematyki poprzez studia podyplomowe, działalność naukową oraz popularyzację wiedzy – między innymi dzięki pracy dr. Pawła Holasa, który integruje *mindfulness* z psychoterapią poznawczo-behawioralną i neuronauką (SWPS, 2024). Świadczy to o systematycznym rozwoju badań nad uważnością w Polsce i rosnącym znaczeniu tej praktyki w kontekście klinicznym i edukacyjnym.

Równocześnie należy zaznaczyć, że jak każda technika oddziałująca na psychikę – również praktyki medytacyjne mogą wiązać się z doświadczeniami zarówno korzystnymi, jak i trudnymi. Ich wdrażanie powinno być dostosowane do poziomu gotowości uczestnika, a sam proces – nadzorowany przez osobę doświadczoną i kompetentną. Badania wskazują, że skutki uboczne występują stosunkowo rzadko i zazwyczaj mają charakter przejściowy (Goldberg i in., 2022), a ich nasilenie jest porównywalne z efektami obserwowanymi w innych formach psychoterapii. Pojawiające się objawy takie jak wzrost niepokoju, bezsenność czy silne emocje, nie muszą świadczyć o szkodliwości, lecz mogą być naturalną częścią procesu integracji emocjonalnej i introspekcji. Świadome włączenie tej tematyki do



refleksji naukowej i praktyki klinicznej zwiększa transparentność, rzetelność oraz bezpieczeństwo rozwoju podejść opartych na uważności.

Zważywszy na rosnące zainteresowanie zastosowaniem *mindfulness* w kontekście zdrowia psychicznego oraz doniesienia o szybkich, mierzalnych zmianach neurobiologicznych nawet po krótkoterminowej praktyce, w niniejszym badaniu zaplanowano 30-dniową interwencję medytacyjną. Celem takiego podejścia jest ocena skuteczności codziennej praktyki *mindfulness* w stosunkowo krótkim okresie czasu, zbliżonym do jednego cyklu terapeutycznego i jej wpływu na poziom stresu, lęku oraz style radzenia sobie z trudnościami. Zastosowanie ustrukturyzowanego, powtarzalnego i dostępnego programu medytacyjnego umożliwia nie tylko kontrolę zmiennych eksperymentalnych, lecz także potencjalne wykorzystanie wyników w praktyce terapeutycznej i profilaktyce zdrowia psychicznego.

## 1.6 Znaczenie medytacji w psychologii zdrowia i dobrostanu

Profilaktyka i promocja zdrowia mają swoje korzenie nie tylko w medycynie epidemiologii, ale także w psychologii klinicznej i społecznej wymuszając dialog pomiędzy szeroką rzeszą specjalistów w zakresie zarówno interwencji jak i prewencji zdrowia. Model biopsychospołeczny poszukuje wyjaśnienia czynników ryzyka i czynników ochronnych wpływających na odporność psychiczną społeczeństwa. Nowoczesne wyzwania, takie jak globalizacja świata, „macdonalizacja” społeczeństwa (rozumiana jako nasilona kultura konsumpcji i presja wydajności), świat wirtualny, dynamiczność środowiska kreują nowe rodzaje zaburzeń oraz zmieniają formę znanych nam już zjawisk (Grzegorzewska, Cierpiąłkowska, Borkowska, 2020).

Przyczyny problemów w dziedzinie zdrowia psychicznego są wielorakie. Oprócz tak oczywistych jak zdolność radzenia sobie z wyzwaniami i problemami, wychowanie, tryb życia czy wpływy środowiskowe wymienia się także brak uważności. Badania przeprowadzone przez Uniwersytet Harvarda mówią, iż jesteśmy najszczęśliwsi, gdy nasz umysł nie odrywa się od tego co robimy w tej chwili. a więc to nie wędrowanie umysłu we wspomnienia czy piękne plany daje nam szczęście (McKenzie, Hassed, 2024; Killingsworth i Gilbert, 2010).

Podsumowując dotychczasowe rozważania, można wskazać, że w obszarze zdrowia psychicznego do klinicznych korzyści wynikających z zastosowania praktyk uważności



należą: zapobieganie nawrotom depresji, obniżanie poziomu lęku, zmniejszenie częstości występowania ataków paniki, stresu. Praktyka uważności wspomaga regulację emocjonalną i sprzyja rozwojowi kompetencji emocjonalnych. Wyższy poziom odporności psychicznej oraz lepsza regulacja emocjonalna może pomóc w tworzeniu trwałych relacji interpersonalnych, co pośrednio sprzyja stabilizacji emocjonalnej i ograniczeniu negatywnych schematów myślenia (Pępiak-Kowalska, 2022). Poprawia ona także jakość snu. Dodatkowo praktyki uważności znajdują zastosowanie w terapii zaburzeń osobowości oraz uzależnień, a także wspierają rozwój kontroli poznawczej i zmniejszenie tendencji do unikania (McKenzie, Hased, 2024). W literaturze przedmiotu z zakresu psychologii zdrowia i medycyny psychosomatycznej zwraca się uwagę, że praktyki te mają również znaczenie w profilaktyce zaburzeń psychosomatycznych oraz wspierają proces zdrowienia po chorobach somatycznych.

W dziedzinie neurobiologii i neurologii praktyki uważności badane są pod kątem wpływu na funkcjonowanie struktur mózgowych oraz procesy neuroplastyczne. Poprzez wspieranie procesów neuroplastyczności, w tym sprzyjanie neurogenezie – szczególnie w obszarach związanych z pamięcią i funkcjami wykonawczymi – praktyka uważności może wspierać utrzymanie sprawności poznawczej. Badania sugerują również zmiany w zakresie regulacji uwagi i samoregulacji, a praktyka uważności wiąże się ze zmniejszeniem aktywności ciała migdałowatego, struktury zaangażowanej m.in. w przetwarzanie reakcji emocjonalnych, takich jak lęk czy pobudzenie (McKenzie, Hased, 2024).

W terapii klinicznej praktyki uważności znajdują zastosowanie jako interwencje wspomagające, szczególnie w pracy z bólem przewlekłym oraz w łagodzeniu objawów różnych schorzeń somatycznych. Badania wskazują, że *mindfulness* może wspierać proces radzenia sobie z chorobą, w tym z chorobami nowotworowymi oraz zaburzeniami hormonalnymi, głównie poprzez redukcję stresu, poprawę regulacji emocjonalnej oraz subiektywnego dobrostanu pacjentów (Goyal i in., 2014; Garland, 2017). W literaturze pojawiają się również doniesienia sugerujące, że obniżenie poziomu przewlekłego stresu może pośrednio wpływać na procesy metaboliczne i mechanizmy regulacyjne organizmu, w tym na funkcjonowanie osi stresu oraz obciążenie allostyczne (McEwen, 2007; Creswell, 2017). Zwraca się także uwagę na potencjalny związek między praktykami uważności a procesami biologicznymi związanymi ze starzeniem się organizmu i stabilnością genomu, jednak zagadnienia te wymagają dalszych, pogłębionych badań empirycznych. Dodatkowym obszarem zastosowania *mindfulness* jest redukcja ładunku allostycznego, rozumianego jako



długotrwała fizjologiczna reakcja organizmu na stres (McEwen, 2007). Praktykowanie uważności związane jest ponadto z poprawą koncentracji, samoregulacji oraz efektywności funkcjonowania w obszarach takich jak sport, nauka i środowisko pracy, w tym na stanowiskach kierowniczych (Good i in., 2016; McKenzie, Hased, 2024). Coraz częściej pojawiają się również doniesienia empiryczne dotyczące zastosowania *mindfulness* w rehabilitacji neurologicznej oraz w opiece paliatywnej, gdzie praktyki te służą poprawie jakości życia, regulacji emocjonalnej i redukcji cierpienia psychicznego pacjentów (Demarzo i in., 2015; Garland, 2017).

W kontekście medytacji opartej na uważności istotnym zagadnieniem łączącym ją z psychologią i psychoterapią jest rozwój samoświadomości oraz poczucia własnej skuteczności. Funkcjonalna samoświadomość obejmuje zdolność metapoznawczą do refleksji nad własnymi myślami, emocjami i działaniami, co sprzyja podejmowaniu działań w sposób bardziej sprawczy i odpowiedzialny. Poczucie własnej skuteczności stanowi jeden z kluczowych czynników adaptacyjnego funkcjonowania jednostki i jest istotnym zasobem w radzeniu sobie z wyzwaniami życiowymi oraz trudnościami psychicznymi (Pępiak-Kowalska, 2022). Praktyka uważności, poprzez rozwijanie zdolności obserwowania własnych doświadczeń bez nadmiernej identyfikacji z nimi, wspiera ten proces i wzmacnia poczucie wpływu na własne funkcjonowanie.

W literaturze zwraca się również uwagę, że uważność może pełnić funkcję narzędzia wspierającego radzenie sobie z cierpieniem, niezależnie od perspektywy, z jakiej jest ono doświadczane – psychologicznej, egzystencjalnej czy zdrowotnej. Choć *mindfulness* wywodzi się z tradycji kontemplacyjnych, we współczesnych ujęciach klinicznych i psychologicznych traktowana jest przede wszystkim jako świecka praktyka samoregulacji i wglądu, której celem nie jest rozwój duchowy sensu stricto, lecz zwiększenie integracji doświadczeń i poczucia spójności wewnętrznej (McKenzie, Hased, 2024).

Programy MBSR, opracowany przez Jona Kabat-Zinna w celu redukcji stresu i łagodzenia przewlekłego bólu, oraz MBCT, stworzony przez Johna Teasdale'a, Marka Williama i Zindela Segala jako metoda zapobiegania nawrotom depresji, stanowią obecnie jedne z najlepiej ugruntowanych klinicznie interwencji opartych na uważności. Programy te pełnią istotną rolę zarówno w leczeniu, jak i w profilaktyce zaburzeń psychicznych. W tym kontekście warto podkreślić, że MBCT uzyskało oficjalną rekomendację brytyjskiego



Narodowego Instytutu Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (NICE) jako skuteczna metoda zapobiegania nawrotom depresji (NICE, 2022).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) od kilku lat uznaje techniki uważności (*mindfulness*) oraz medytację za wartościowe narzędzia wspierające zdrowie psychiczne i radzenie sobie ze stresem. Szczególną uwagę przykładają do ich zastosowania w warunkach podwyższonego napięcia emocjonalnego oraz w obszarze prewencji i leczenia łagodnych do umiarkowanych zaburzeń psychicznych. W opublikowanym przez WHO przewodniku samopomocowym pt. „*Doing What Matters in Times of Stress*” (2020), przedstawiono uważność jako jedną z kluczowych, naukowo potwierdzonych metod radzenia sobie z napięciem psychicznym. Przewodnik zawiera praktyczne ćwiczenia oddechowe i techniki koncentracji na „tu i teraz”, które mają na celu poprawę dobrostanu psychicznego oraz redukcję reakcji stresowych u osób doświadczających trudnych emocji (*World Health Organization, 2020*). WHO wskazuje również, że praktykowanie medytacji i uważności nawet przez kilka minut dziennie może przynieść zauważalne efekty w zakresie redukcji stresu i poprawy ogólnego dobrostanu psychicznego.

Dodatkowo, w ramach programu *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP), WHO zaleca wprowadzanie technik uważności jako skutecznej interwencji psychologicznej w systemach ochrony zdrowia, szczególnie w krajach o ograniczonych zasobach. Treningi tego typu mogą być prowadzone przez przeszkolonych pracowników pierwszego kontaktu, takich jak lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki środowiskowe oraz pracownicy opieki społecznej, co czyni tę formę wsparcia bardziej dostępną i efektywną (WHO, 2023).

Dokonany dotychczasowy przegląd badań empirycznych oraz wyników badań neuroobrazowych potwierdza, że praktykowanie uważności prowadzi do wymiernych zmian w funkcjonowaniu mózgu człowieka. Zmiany te mają korzystny wpływ nie tylko na zdrowie psychiczne i fizyczne, lecz także na ogólną jakość życia. Analizując zagadnienie zdrowia i choroby, należy pamiętać, że współczesny model biopsychospołeczny wykracza poza tradycyjne podejścia oparte jedynie na analizie parametrów biochemicznych, wyników badań diagnostycznych czy zestawów objawów klinicznych. Uwzględnia on również sposób, w jaki jednostka postrzega swoje doświadczenia, emocje i reakcje. W tym kontekście praktyka uważności może stanowić istotne narzędzie wspierające proces leczenia – nie tylko poprzez redukcję objawów, lecz także poprzez zmianę podejścia pacjenta do własnego ciała i zdrowia.



Przesunięcie uwagi z „choroby” na „zdrowie” staje się możliwe dzięki rozwijaniu świadomości, akceptacji i obecności w chwili bieżącej. Perspektywa ta wzmacnia rolę uważności w psychologii zdrowia jako narzędzia integrującego wymiar somatyczny, psychiczny i społeczny.

W świetle powyższego, praktyka uważności staje się nie tylko metodą pracy terapeutycznej, lecz także istotnym komponentem zdrowia publicznego, promocji dobrostanu i edukacji psychologicznej. Uwzględniając jej neurobiologiczne podstawy, potwierdzone skuteczności oraz dostępność w codziennym życiu, zastosowanie medytacji i *mindfulness* w ramach 30-dniowej interwencji eksperymentalnej przyjętej w niniejszym badaniu jest w pełni uzasadnione zarówno pod względem teoretycznym, jak i praktycznym. Jednocześnie należy podkreślić, że uważność nie stanowi techniki relaksacyjnej ani metody unikania trudnych doświadczeń, lecz aktywny proces świadomego odnoszenia się do własnych przeżyć, co znajduje potwierdzenie w literaturze przedmiotu (Willard, 2021).



## Rozdział 2 Stres, lęk i style radzenia sobie – ujęcie teoretyczne

### 2.1 Stres – definicje, modele, mechanizmy

#### 2.1.1 Klasyczne modele stresu: definicje i mechanizmy

Stres jest złożonym zjawiskiem psychofizjologicznym, które stanowi naturalną reakcję organizmu na sytuacje postrzegane jako wymagające, zagrażające lub przekraczające dostępne zasoby jednostki. W literaturze psychologicznej stres definiowany jest zarówno jako bodziec, reakcja, jak i proces, co odzwierciedla wieloaspektowość tego pojęcia. Najbardziej klasyczne podejście wywodzi się z prac Hansa Selyego (1976), który ujmował stres jako niespecyficzną reakcję organizmu na stawiane mu wymagania. W tym ujęciu stres rozumiany jest przede wszystkim jako biologiczna reakcja fizjologiczna, prowadząca do mobilizacji organizmu w obliczu potencjalnego zagrożenia.

Model Selyego opisuje trzy podstawowe fazy reakcji stresowej: fazę alarmową (natychmiastowa mobilizacja organizmu, aktywacja osi HPA), fazę odporności (przystosowanie się do stresora i względna stabilizacja funkcjonowania) oraz fazę wyczerpania (utrata zdolności adaptacyjnych, prowadząca do zaburzeń zdrowotnych, zarówno somatycznych, jak i psychicznych). Prolongowana aktywacja stresu może doprowadzić do licznych konsekwencji zdrowotnych – takich jak nadciśnienie, obniżona odporność, choroby układu krążenia, depresja czy zaburzenia lękowe (Sapolsky, 2022).

Selye (1976, za: Strelau, 2006) dokonał również ważnego rozróżnienia między eustresem – stresem pozytywnym, który działa mobilizująco i adaptacyjnie, a dystresem – stresem negatywnym, zakłócającym funkcjonowanie i prowadzącym do przeciążenia. Dodatkowo, w literaturze wprowadzono pojęcia hiperstresu (nadmierna ilość stresorów przekraczająca możliwości adaptacyjne jednostki) oraz hypostresu/hipostresu (niedobór stymulacji, prowadzący do frustracji i apatii), podkreślając potrzebę zachowania optymalnego poziomu pobudzenia dla dobrostanu psychicznego (Strelau, 2006).

Obok ujęć fizjologicznych rozwinięto także poznawczo-transakcyjne modele stresu, które akcentują rolę subiektywnej oceny sytuacji oraz indywidualnych różnic w percepcji zagrożenia. Richard Lazarus i Susan Folkman (1984) zaproponowali model transakcyjny, w którym stres definiowany jest jako szczególny rodzaj relacji między jednostką a otoczeniem, oceniany przez osobę jako obciążający lub przekraczający jej zasoby



i zagrażający jej dobrostanowi. Kluczowe znaczenie odgrywa tu proces oceny poznawczej, który składa się z dwóch etapów: oceny pierwotnej (czy sytuacja jest istotna dla dobrostanu jednostki i czy stanowi zagrożenie, wyzwanie lub stratę) oraz oceny wtórnej (czy jednostka posiada wystarczające zasoby, aby poradzić sobie z wymaganiami sytuacji).

Model Lazarusa i Folkman (1984) wprowadza dynamikę i subiektywność do rozumienia stresu, uwzględniając fakt, że ten sam bodziec może być przez różne osoby interpretowany w odmienny sposób, w zależności od wcześniejszych doświadczeń, przekonań, poziomu lęku czy dostępnych strategii radzenia sobie. Konsekwencją takiego podejścia jest większe zainteresowanie interwencjami psychologicznymi, takimi jak treningi poznawcze, terapia poznawczo-behawioralna czy programy redukcji stresu oparte na uważności (MBSR), które modyfikują sposób interpretacji stresorów, a nie same stresory (Hassed i McKenzie, 2024).

Definiując stres warto zróżnicować dwa jego podstawowe typy – stres ostry oraz stres przewlekły, gdyż choć oba angażują intensywnie nasz organizm, prowadzą do odmiennych konsekwencji. Stres ostry stanowi reakcję na krótkotrwały stresor i może wiązać się zarówno z występowaniem objawów psychosomatycznych, jak i z pobudzeniem sprzyjającym mobilizacji do działania. Skuteczne poradzenie sobie z tego rodzaju stresem często wzmacnia poczucie sprawczości, pewności siebie oraz dojrzałości psychicznej. Stres przewlekły jest to reakcja na stresor bodźcujący nas dłużej, czasami w odczuciu niekończącej się traumy, bycia w stresującym środowisku czy toksycznej relacji prowadzący do ujścia napięcia poprzez ciało czy organy, prowadzący do różnych chorób (np. zaburzeń lękowych, nerwic czy depresji (McEwen i Stellar, 1993; Żejmo, 2024).

Kolejnym istotnym ujęciem jest teoria zachowania zasobów (*Conservation of Resources – COR*) autorstwa Stevana Hobfolla (2006), która zakłada, że jednostki dążą do gromadzenia, ochrony i pomnażania zasobów. Stres pojawia się wówczas, gdy zasoby są tracone, zagrożone utratą lub nie ma możliwości ich odzyskania. Zasobami w tym kontekście są zarówno dobra materialne (pieniądze, dom), jak i niematerialne (czas, energia, poczucie własnej skuteczności, wsparcie społeczne, kompetencje). Hobfoll (2006) podkreśla, że osoby posiadające więcej zasobów są bardziej odporne na stres i skuteczniejsze w radzeniu sobie, natomiast brak zasobów może prowadzić do spirali strat i pogłębiającego się stresu chronicznego.

Z kolei Jan Strelau (2006), reprezentujący nurt psychobiologiczny, rozwinął koncepcję



stresu jako procesu transakcyjnego, który zależy zarówno od cech sytuacyjnych, jak i temperamentalnych. Według Strelaua (2006) kluczowe znaczenie mają właściwości indywidualne, takie jak reaktywność emocjonalna, wytrzymałość oraz żwawość, które warunkują style radzenia sobie ze stresem. Osoby o wysokiej reaktywności szybciej i silniej reagują na stresory, co może prowadzić do większej podatności na zaburzenia psychosomatyczne, jeśli nie rozwijają odpowiednich strategii adaptacyjnych. Model Strelaua (2006) umożliwia integrację biologicznych podstaw stresu z jego psychologicznym i społecznym wymiarem.

Stres określany w literaturze jako złożona reakcja organizmu na bodźce zakłóca jego równowagę tzw. homeostazę. Pojęcie to pod koniec lat dwudziestych wprowadził Walter Bradford Cannon (1932) i można określić, iż jest to utrzymanie stałego poziomu wewnątrzustrojowej równowagi organizmu podczas mierzącego się ze sobą w trudnych sytuacjach stresu i motywacji. Organizm prowadzi do równowagi nawet, gdy doświadcza napięcia emocjonalnego dąży do utrzymania i regulowania właściwej temperatury, poziomu wody, soli, cukru, białka, tłuszczu, wapnia, a także tlenu we krwi. Stres daje mózgowi informację, iż musi chronić się przed utratą biologicznych zasobów wewnątrz organizmu. Kontrola zarządzania tymi zasobami to allostaza (McEwen i Stellar, 1993), która jest automatycznym przewidywaniem potrzeb organizmu i przygotowaniem się do ich zaspokojenia, zanim się pojawią. Różnicowanie tych pojęć jest znaczące w kontekście rozwiązań procesów i zrozumienie, że to właśnie allostaza dotyczy koordynowania zmian, włączając w to zmiany zachowania (Żejmo, 2024). W tym ujęciu kluczowe jest także „obciążenie allostacyjne” – koszt fizjologiczny długotrwałej regulacji, który kumuluje się przy przewlekłej aktywacji osi HPA i układu współczulnego. To właśnie obciążenie allostacyjne wyjaśnia, dlaczego długotrwały stres sprzyja zmianom strukturalnym (np. w hipokampie) oraz zaburzeniom somatycznym. (McEwen i Stellar, 1993).

Cannon (1932) jako pierwszy zidentyfikował wrodzone prowadzące do równowagi reakcje organizmu na stres, przygotowujące ciało do podjęcia wysiłku w obronie na przewidywane zagrożenie. To mechanizm walki (*fight*) oraz ucieczki (*flight*). Kolejni naukowcy rozszerzyli tę koncepcję o zamrożenie (*freeze*) oraz współcześnie o reakcję zadowalania innych (*fawn*), które pojawia się przy reakcjach na sytuacje traumatyczne. Koncepcja Pete’a Walkera (2013) zwana też czasami „zagubienie” jest również rodzajem ucieczki, ale motywacją tej reakcji jest unikanie konfliktów (Walker, 2013; Żejmo, 2024). Warto dodać, że „fawn” bywa traktowany jako rozszerzenie obecne głównie w literaturze



klinicznej/praktycznej dotyczącej traumy, a nie jako element klasycznego, modelu reakcji stresowych (Walker, 2013).

Zgodnie z klasycznym modelem ogólnego zespołu adaptacyjnego Hansa Selyego (1976) biologiczna reakcja organizmu na stres obejmuje trzy fazy: alarmową, przystosowania oraz wyczerpania, natomiast reakcja psychologiczna może przebiegać poprzez fazy mobilizacji, rozstrojenia i destrukcji. W reakcji neurobiologicznej szczególne znaczenie dla powstawania stresu mają ośrodki centralne mózgu oraz ośrodki centralno-obwodowe, czyli tzw. osie stresu (Chojak, 2019). Na gruncie neuronauki i psychofizjologii stresu, istotne jest działanie osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA) oraz układu współczulnego, które regulują odpowiedź organizmu na stresor. Aktywacja tych układów skutkuje m.in. wzrostem poziomu kortyzolu, adrenaliny, noradrenaliny oraz glukozy we krwi, przy równoczesnym hamowaniu funkcji trawiennych, odpornościowych i reprodukcyjnych. Przewlekła aktywacja osi HPA, jak podkreśla Sapolsky (2022), może prowadzić do redukcji objętości lub zaniku kolców dendrytycznych w hipokampie, osłabienia pamięci i integracji emocjonalnej, a także dysregulacji osi limbiczno-przedczołowej, związanej z kontrolą emocji (Podgórska, 2023).

W kontekście interwencji psychologicznych, coraz więcej badań wskazuje na korzystne działanie praktyk medytacyjnych i *mindfulness* w regulacji reakcji stresowej. Regularna medytacja obniża poziom kortyzolu, zwiększa aktywność przywspółczulnego układu nerwowego i poprawia zmienność rytmu serca (HRV), co przekłada się na lepszą równowagę autonomiczną i odporność na stresory. Medytacja wpływa także na plastyczność mózgu, prowadząc do zwiększenia gęstości istoty szarej w obrębie hipokampa i kory przedczołowej, oraz zmniejszenia aktywności ciała migdałowatego – co potwierdzają liczne badania neuroobrazowe (Davidson i in., 2003; Lazar i in., 2005; Chiesa i Serretti, 2009).

W świetle powyższych modeli i ujęć stres jawi się jako zjawisko wielopoziomowe, integrujące mechanizmy fizjologiczne, poznawcze, emocjonalne i społeczne. Zrozumienie go wymaga uwzględnienia zarówno cech sytuacyjnych, jak i indywidualnych predyspozycji jednostki, w tym stylów radzenia sobie, temperamentu i zasobów psychicznych. Dzięki integracji podejść biologicznych i psychologicznych możliwe jest skuteczniejsze projektowanie interwencji terapeutycznych, których celem jest nie tylko obniżenie poziomu stresu, lecz także wzmocnienie zasobów i rozwój odporności psychicznej.



## 2.1.2 Subiektywny i ogólny poziom doświadczanego stresu

Doświadczenie stresu jest zjawiskiem głęboko subiektywnym, zależnym nie tylko od rzeczywistego obciążenia sytuacyjnego, lecz przede wszystkim od sposobu, w jaki jednostka interpretuje i ocenia daną sytuację. Już w transakcyjnym modelu stresu Lazarusa i Folkman (1984) podkreślano, że stres nie jest właściwością samego zdarzenia, lecz relacji między jednostką a otoczeniem, ocenianej jako przekraczająca zasoby i zagrażająca dobrostanowi. Tym samym, subiektywny poziom stresu opiera się na indywidualnym odczuciu napięcia, przeciążenia i braku kontroli, które są modulowane przez czynniki poznawcze, emocjonalne i biologiczne.

Istotną rolę w kształtowaniu percepcji stresu odgrywają cechy osobowości, takie jak neurotyczność, skłonność do zamartwiania się, niska odporność psychiczna, ale także poczucie sprawczości, wcześniejsze doświadczenia i przekonania na temat własnych możliwości poradzenia sobie. Osoby o wysokim poczuciu własnej skuteczności oraz wysokim poziomie kontroli wewnętrznej zazwyczaj oceniają stresujące sytuacje jako mniej zagrażające, wykazując niższy poziom stresu subiektywnego (Bandura, 1997; Schwarzer, Jerusalem i in., 2000).

Pomiar subiektywnego stresu jest realizowany za pomocą narzędzi samoopisowych, które pozwalają uchwycić indywidualne odczucie przeciążenia i napięcia. Jednym z najczęściej wykorzystywanych narzędzi jest Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10), opracowana przez Cohena, Kamarcka i Mermelsteina (Cohen, Kamarck i Mermelstein, 1983), a w Polsce zaadaptowana przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik (2009) Narzędzie jest częścią zbioru Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem – NPSR. PSS-10 mierzy, jak często w ciągu ostatniego miesiąca badana osoba odczuwała brak kontroli, napięcie, frustrację i trudności w radzeniu sobie z codziennymi wyzwaniami. Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS), opracowany przez Plopę i Makarowskiego (2010), uwzględnia komponenty emocjonalne, motywacyjne i poznawcze stresu, co czyni go przydatnym w diagnostyce klinicznej i badaniach naukowych. Innym sposobem oceny subiektywnego poziomu stresu są skale oceny wizualnej (VAS), polegające na zaznaczeniu przez badaną osobę aktualnego natężenia stresu na ciągłej, najczęściej dziesięciocentymetrowej linii, której krańce odpowiadają minimalnemu i maksymalnemu poziomowi odczuwanego napięcia, pozwalające szybko oszacować natężenie stresu w danym momencie.

Równoległe do samoopisu rozwijają się metody obiektywnego pomiaru stresu,



bazujące na wskaźnikach biologicznych i fizjologicznych. Do najczęściej wykorzystywanych należą: poziom kortyzolu (we krwi, ślinie, moczu), który jest hormonalnym markerem aktywacji osi HPA, a także adrenalina i noradrenalina, odpowiadające za mobilizację układu współczulnego. Badania wskazują, że długotrwałe podwyższenie poziomu kortyzolu wiąże się z neurotoksycznością hipokampa, osłabieniem pamięci i wzrostem ryzyka depresji (Sapolsky, 2022). Inne wskaźniki obejmują poziom białka C-reaktywnego (*C-reactive protein*; CRP), związanego z reakcją zapalną organizmu, enzym alfa-amylaza jako wskaźnik aktywności autonomicznej, a także zmienność rytmu serca (*heart rate variability*; HRV) – im wyższa HRV, tym lepsza adaptacja organizmu do stresorów (Thayer i Lane, 2009; Podgórska, 2023).

Współczesne badania wskazują, że metody subiektywne i biologiczne uzupełniają się nawzajem, a ich integracja pozwala na pełniejszą ocenę stanu stresu i jego wpływu na zdrowie psychiczne oraz somatyczne. Co istotne, obie kategorie pomiaru wykorzystywane są w ocenie skuteczności interwencji redukujących napięcie, takich jak medytacja, *mindfulness*, joga czy techniki relaksacyjne. Badania wykazały, że regularna praktyka medytacyjna nie tylko obniża poziom kortyzolu, lecz także poprawia HRV oraz zmniejsza subiektywne odczucie napięcia i lęku (Davidson, 2003; Teasdale, Williams i Segal, 2016; Hassed i McKenzie, 2024). Zastosowanie takich narzędzi jak PSS-10 czy KPS przed i po treningu uważności umożliwia precyzyjną ocenę jego efektywności na poziomie psychologicznym.

Podsumowując, subiektywny i ogólny poziom stresu stanowią dwa uzupełniające się wymiary oceny zjawiska stresu – jeden skupia się na wewnętrznym przeżywaniu, drugi na reakcjach fizjologicznych organizmu. Oba mają istotne znaczenie w badaniach nad zdrowiem psychicznym, a także w projektowaniu skutecznych strategii interwencji, które powinny uwzględniać zarówno indywidualne odczucia jednostki, jak i obiektywne reakcje organizmu na obciążenie stresowe.

### **2.1.3 Strategie radzenia sobie ze stresem – mechanizmy i reakcje**

Radzenie sobie ze stresem (*coping*) to zespół świadomych i nieświadomych procesów psychicznych oraz działań behawioralnych, podejmowanych przez jednostkę w odpowiedzi na sytuacje oceniane jako trudne, zagrażające lub przekraczające jej zasoby. Jak wskazują Lazarus i Folkman (1984), *coping* nie odnosi się jedynie do eliminacji stresora, ale także do zmiany własnej reakcji emocjonalnej, sposobu interpretacji sytuacji lub prób przystosowania



się do niej w sposób możliwie konstruktywny. Strategia radzenia sobie ma kluczowe znaczenie dla zdrowia psychicznego i funkcjonowania psychospołecznego, dlatego została uwzględniona w niniejszej pracy – zwłaszcza że jednym z celów interwencji medytacyjnych i programów uważnościowych jest właśnie modyfikacja nieadaptacyjnych wzorców reagowania na stres.

Kolejnym istotnym modelem jest *COPE Inventory*, opracowany przez Carvera, Scheiera i Weintrauba (1989), który uwzględnia szersze spektrum strategii, m.in. reinterpretację pozytywną i wzrost (*positive reinterpretation and growth*), zwroty religijne, humor, koncentrację na emocjach, zaprzeczanie, a także nieadaptacyjne strategie takie jak zażywanie substancji psychoaktywnych. Model ten pozwala lepiej uchwycić różnorodność indywidualnych reakcji na stres i stanowi fundament dla wielu narzędzi pomiaru, w tym polskiej adaptacji przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik (2009) – Kwestionariusza CISS.

Strategie te dzieli się często na adaptacyjne (sprzyjające długofalowemu zmniejszeniu napięcia i poprawie funkcjonowania) oraz nieadaptacyjne (przynoszące krótkotrwałą ulgę, lecz pogłębiające trudności). Do pierwszych zalicza się m.in. poszukiwanie rozwiązań, akceptację, uważność, relaksację czy wsparcie społeczne, natomiast do drugich: zaprzeczanie, unikanie, projekcję, wyparcie, nadużywanie substancji, agresję lub izolację społeczną (Heszen i Sęk, 2003).

Warto podkreślić, że style radzenia sobie wiążą się z indywidualnymi różnicami osobowościowymi, poziomem lęku, stylem przywiązania oraz wcześniejszymi doświadczeniami. Osoby o wysokim poziomie neurotyzmu częściej stosują strategie unikowe, natomiast osoby o wysokiej sumienności i otwartości preferują styl zadaniowy (Costa i McCrae, 1992). Z kolei osoby o wysokim poziomie lęku cechuje tendencja do strategii emocjonalnych i unikania, co może zwiększać podatność na depresję i zaburzenia psychosomatyczne (Matud, 2004).

Na gruncie neurobiologicznym, długotrwałe stosowanie strategii nieadaptacyjnych wiąże się z chroniczną aktywacją osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA), nadmiernym wydzielaniem kortyzolu i osłabieniem reaktywności układu przywspółczulnego. Prowadzi to do rozregulowania układu odpornościowego i większej podatności na choroby psychosomatyczne oraz zaburzenia nastroju (Sapolsky, 2022; Podgórska, 2023).

W Stanach Zjednoczonych w 1998 roku zapytano 30 tysięcy dorosłych osób o poziom



stresu doświadczanego w minionym roku oraz o to, w jakim stopniu oceniali oni jego szkodliwy wpływ na zdrowie. Osiem lat później wykazano, że wysoki poziom doświadczanego stresu wiązał się ze wzrostem ryzyka śmiertelności o 43%, natomiast osoby deklarujące niski poziom postrzeganej szkodliwości stresu dla zdrowia charakteryzowały się niższym ryzykiem zgonu. Autorzy badania wskazali, że istotnym czynnikiem moderującym zależność między stresem a umieralnością było subiektywne przekonanie jednostki dotyczące wpływu stresu na zdrowie, co podkreśla znaczenie samoświadomości i poznawczej interpretacji stresu w rozumieniu jego oddziaływania na funkcjonowanie organizmu (Pępiak-Kowalska, 2022). Wyniki dużego badania kohortowego potwierdzają, że przekonanie o szkodliwości stresu pełni funkcję moderatora relacji między poziomem stresu a umieralnością (Keller i in., 2012).

Z perspektywy niniejszej pracy szczególnie istotne jest to, że regularna praktyka medytacji i uważności wpływa pozytywnie na wybór strategii radzenia sobie. Badania wskazują, że osoby praktykujące *mindfulness* częściej stosują strategie adaptacyjne, takie jak akceptacja, samowspółczucie, reinterpretacja poznawcza oraz styl zadaniowy (Baer, 2003; Teasdale, Williams i Segal, 2016). Uważność redukuje automatyczne reakcje emocjonalne, zwiększa tolerancję na dyskomfort i sprzyja refleksyjnej regulacji zachowań, co czyni ją efektywną metodą zmiany szkodliwych wzorców *copingowych*.

W świetle powyższego, strategie radzenia sobie nie tylko warunkują skuteczność adaptacji do stresu, ale są także punktem wyjścia dla interwencji psychologicznych i terapeutycznych, w tym programów MBSR i MBCT, których skuteczność będzie poddawana analizie w dalszej części niniejszej pracy. Warto jednak zaznaczyć, że strategie te są powiązane z bardziej trwałymi wzorcami reagowania – tzw. stylami radzenia sobie, które zostaną szczegółowo omówione w podrozdziale 2.3.

## **2.2 Lęk – definicje, mechanizmy, komponenty**

### **2.2.1 Lęk i zaburzenia lękowe – definicje, funkcje i uwarunkowania**

Lęk to jedna z podstawowych emocji człowieka, pełniąca funkcję sygnałową i adaptacyjną – ostrzega przed potencjalnym zagrożeniem oraz motywuje do zachowań zabezpieczających. W odróżnieniu od strachu, który pojawia się jako reakcja na rzeczywiste i bezpośrednie zagrożenie, lęk ma charakter bardziej uogólniony, przewlekły i odnosi się do przyszłości, nieokreślonych niebezpieczeństw lub wyobrażonych sytuacji (Kozielecki, 2006).



Sprawy i sytuacje, które budzą w nas lęk, nie są zakotwiczone w obecnej chwili. W przypadku obaw, trwogi związanej z czymś co dzieje się tu i teraz mówimy o strachu, który na ogół jest bardziej pożyteczny, gdyż wykazuje funkcję ochronną przed zagrożeniem, w przeciwieństwie do lęku, który za wszelką cenę usiłuje zneutralizować niepewność i jest przydatny w niewielkim stopniu (Wilson, DuFrene, 2021).

Jako podstawowy mechanizm adaptacji afektywnej, lęk pełni również istotną rolę mobilizacyjną i motywacyjną. Doświadczenie lęku może być prawidłową, normalną reakcją na pojawiające się sytuacje trudne. Lęk normatywny jest sygnałem realnego zagrożenia, umożliwia zróżnicowane reakcje adaptacyjne, a zmierzenie się z nim przynosi poczucie zadowolenia i satysfakcji. Może mieć także charakter patologiczny i dezadaptacyjny poprzez nadmierne nasilenie nieproporcjonalne do wywołującego go bodźca wewnętrznego bądź zewnętrznego przy współwystępowaniu uporczywych objawów fizjologicznych i somatycznych (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, Borkowska, 2020).

Zgodnie z klasyfikacją Spielbergera (1983), lęk może przyjmować postać stanu (*state anxiety*) – przejściowego, sytuacyjnego wzrostu napięcia emocjonalnego – oraz cechy (*trait anxiety*), czyli trwałej dyspozycji jednostki do reagowania lękiem w różnych sytuacjach życiowych. Osoby o wysokim poziomie lęku-cechy przejawiają tendencję do interpretowania neutralnych lub niegroźnych bodźców jako zagrażających, co prowadzi do zwiększonej podatności na stres i zaburzenia emocjonalne.

Zaburzenia lękowe różnią się od codziennego, normatywnego lęku tym, iż doświadczany w ich przebiegu lęk jest bardziej intensywny, utrzymuje się dłużej oraz prowadzi do istotnego pogorszenia codziennego funkcjonowania jednostki. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że funkcjonowanie we współczesnych społeczeństwach zachodnich wiąże się z nasileniem przewlekłych obciążeń psychospołecznych, takich jak tempo życia, presja wydajności, nadmiar bodźców czy niepewność ekonomiczna, co sprzyja utrzymywaniu się podwyższonego poziomu stresu i może zwiększać podatność na rozwój zaburzeń lękowych (Bourne, 2011). Jednocześnie należy podkreślić, że porównania poziomu stresu między odległymi epokami historycznymi są ograniczone ze względu na brak standaryzowanych narzędzi pomiarowych i danych empirycznych z wcześniejszych okresów. Dostępne badania epidemiologiczne z ostatnich dekad oraz raporty instytucjonalne wskazują jednak na wzrost częstości zaburzeń lękowych i problemów ze zdrowiem psychicznym w populacjach współczesnych, co sugeruje narastanie skali tego zjawiska (Keller i in., 2012;



*World Health Organization, 2022).*

Wśród zaburzeń lękowych jedną z najczęściej zgłaszanych form są fobie swoiste, które charakteryzują się nieadekwatnym, irracjonalnym lękiem przed konkretnymi obiektami lub sytuacjami, takimi jak zwierzęta, wysokość, podróż samolotem, przebywanie w zamkniętym pomieszczeniu czy widok krwi. Może on przybrać postać nasilonego lęku antycypacyjnego, a jego intensywność często prowadzi do strategii unikania, co znacząco ogranicza codzienne funkcjonowanie jednostki. W niektórych przypadkach obserwuje się reakcję wazowagalną (czyli nagłą aktywację nerwu błędnego prowadzącą do spadku ciśnienia krwi, zwolnienia akcji serca i omdlenia). Z badań wynika, że nawet 10% dorosłych Amerykanów doświadcza tego rodzaju lęku, choć nie zawsze spełniają oni formalne kryteria diagnostyczne zaburzenia według DSM-5, co utrudnia ocenę jego rzeczywistego rozpowszechnienia (*American Psychiatric Association, 2018*). Fobie swoiste najczęściej rozpoczynają się w dzieciństwie lub w okresie adolescencji, a ich geneza ma charakter zróżnicowany i może być związana zarówno z doświadczeniami traumatycznymi jak i procesami uczenia się, modelowania społecznego czy predyspozycjami indywidualnymi. W obrazie klinicznym często obserwuje się współwystępowanie innych trudności psychicznych, takich jak depresja czy nadużywanie substancji psychoaktywnych (*Morrison, 2016*).

Dodatkowo należy wskazać, iż oszacowanie występowania konkretnych zaburzeń lękowych według klasyfikacji jest trudne, gdyż następuje często ich współwystępowanie, a to nie dość, że zaburza obiektywność statystyk to powoduje trudność diagnozy samych zaburzeń lękowych. W sondażu z udziałem ludzi dotkniętych zaburzeniem lękowym z napadami paniki wykazano, iż 15% do 30% z nich cierpi także na fobię społeczną, od 10 do 20% cierpi na fobię swoistą, 25% na uogólnione zaburzenie lękowe, a od 8 do 10% na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (*Bourne, 2011*).

Marcin Matych (2022) wskazuje, że około 30% podatności na lęk może być związane z uwarunkowaniami genetycznymi, natomiast pozostała część odnosi się do czynników środowiskowych, takich jak wychowanie, doświadczenia życiowe, styl życia oraz sposób regulacji emocji i odnoszenia się do siebie. Takie ujęcie podkreśla znaczenie sprawczości jednostki w procesie pracy nad lękiem, akcentując rolę czynników modyfikowalnych.



## 2.2.2 Psychologiczne i neurobiologiczne mechanizmy lęku

W tradycji psychoanalitycznej lęk postrzegany jest jako wewnętrzny sygnał konfliktu między instancjami psychicznymi (id, ego, superego). Freud uznawał lęk za objaw tłumionych impulsów oraz nieświadomego napięcia, natomiast Karen Horney wskazywała na jego źródła w zaburzonych relacjach z opiekunami i braku poczucia bezpieczeństwa we wczesnym dzieciństwie (Freud, 1926/2003; Horney, 1945/2012). Współcześnie coraz częściej łączy się klasyczne podejścia z poznawczo-behawioralnym rozumieniem lęku, gdzie uznaje się go za efekt zniekształceń poznawczych, selektywnej uwagi, tendencji do katastrofizacji oraz niskiej tolerancji niepewności (Beck i Clark, 1997).

Z perspektywy poznawczej, lęk aktywuje tzw. błędy w przetwarzaniu informacji – osoby lękowe przeceniają ryzyko negatywnych wydarzeń i niedoszacowują własnych zasobów do poradzenia sobie z nimi. Kluczową rolę odgrywa tu „bias uwagi” – selektywne kierowanie uwagi na sygnały potencjalnego zagrożenia, a także tendencja do zapamiętywania negatywnych informacji (Bar-Haim i in., 2007).

Informacja o potencjalnym zagrożeniu jest odbierana przez zmysły, które przesyłają informację do struktury mózgu biorącej udział w przetwarzaniu emocji, czyli do ciała migdałowatego. Jest to parzysta struktura podkorowa, należąca do układu limbicznego, położona w przyśrodkowej części płata skroniowego. To tam następuje interpretacja zagrożenia – analiza obrazów i dźwięków, po czym sygnał o zagrożeniu wysłany jest do podwzgórza, które porozumiewa się z resztą ciała za pomocą autonomicznego układu nerwowego (AUN) umożliwiając regulowanie fizycznych reakcji na lęk. Autonomiczny układ nerwowy kontroluje odruchowe funkcje życiowe (np. oddychanie, przepływ krwi) i składa się z dwóch części: układu współczulnego i układu przywspółczulnego. Układ współczulny odpowiada za mobilizację organizmu w odpowiedzi na zagrożenie, prowadząc do przyspieszenia podstawowych funkcji fizjologicznych oraz wzrostu napięcia mięśniowego. Układ przywspółczulny pełni natomiast funkcję regulacyjną, sprzyjając obniżeniu poziomu pobudzenia i przywracaniu równowagi fizjologicznej po ustąpieniu bodźca stresowego. Dla uproszczenia mechanizmu działania układy te bywają obrazowo porównywane odpowiednio do „gazu” i „hamulca” w samochodzie, co ilustruje ich przeciwstawne role w regulacji pobudzenia organizmu (Seponara, 2024).

Mechanizmy neurobiologiczne lęku są złożone i angażują wiele struktur mózgowych. Centralne znaczenie przypisuje się wspomnianemu ciału migdałowatemu które pełni funkcję



detektora zagrożeń i inicjuje reakcję „walcz albo uciekaj” (układ współczulny). Ciało migdałowe jest połączone z hipokampem odpowiedzialnym za kontekstualizację doświadczeń oraz z korą przedczołową, która odpowiada za hamowanie reakcji emocjonalnych i ocenę poznawczą sytuacji (LeDoux, 2002). W warunkach nadmiernego lęku obserwuje się wzmożoną aktywność ciała migdałowatego i osłabioną funkcjonalność kory przedczołowej – zwłaszcza przyśrodkowej (*medial prefrontal cortex*; mPFC), co utrudnia racjonalną regulację emocji.

Neurochemicznie lęk wiąże się z dysregulacją układów neuroprzebieżnikowych, w tym serotoniny, noradrenaliny, dopaminy oraz GABA – głównego neuroprzebieżnika hamującego w ośrodkowym układzie nerwowym. Niedobór GABA prowadzi do wzmożonej aktywności neuronów pobudzających i utrudnia wyciszenie reakcji lękowej (Nutt i Malizia, 2001). Z kolei nadaktywność układu noradrenergicznego odpowiada za fizjologiczne objawy lęku: tachykardię, pocenie się, napięcie mięśni i suchość w ustach.

Z neuroendokrynologicznego punktu widzenia, przewlekły lęk prowadzi do ciągłej aktywacji osi HPA (podwzgórze-przysadka-nadnercza), czego skutkiem jest podwyższony poziom kortyzolu – hormonu stresu. Sapolsky (2022) zwraca uwagę, że utrzymujący się lęk i stres mogą prowadzić do neurotoksyczności, zwłaszcza w obrębie hipokampa, co skutkuje pogorszeniem pamięci, trudnościami w koncentracji i zwiększoną impulsywnością.

Dodatkowo należy wspomnieć także o celowym aktywowaniu przywspółczulnego układu nerwowego, które wymaga praktyki. W literaturze wskazuje się, iż najlepszym sposobem jest stosowanie metod mających na celu stymulację nerwu błędnego (*nervus vagus*), który jest głównym elementem odpowiadającym za komunikację między mózgiem, a ciałem. Nerw błędny nadzoruje m.in. trawienie, częstość uderzeń serca, oddychanie, kontrolowanie nastroju oraz reakcje immunologiczne. Miarą aktywności nerwu błędnego jest ton wagalny, który odzwierciedla HRV, czyli zmienność rytmu serca. Zwiększenie tonu wagalnego może doprowadzić do zmniejszenia stanu zapalnego w ciele i lepszej reakcji na stres (Seponara, 2024).

W klasyfikacjach klinicznych, takich jak ICD-11 i DSM-5, wyróżnia się szereg zaburzeń lękowych, m.in.: zaburzenia lękowe uogólnione (GAD), fobie specyficzne, zaburzenia paniczne, fobie społeczne, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i PTSD. Wspólną cechą tych zaburzeń jest nadmierna aktywność układu limbicznego, zaburzona regulacja emocji oraz deficyty w funkcjonowaniu poznawczym. Odróżnienie lęku klinicznego od



fizjologicznego wymaga uwzględnienia jego intensywności, czasu trwania oraz wpływu na codzienne funkcjonowanie.

W związku z obecnym modelem życia na świecie warto w ujęciu definicji lęku wyjaśnić zjawisko paraliżu analitycznego (tzw. *overthinking*). Dochodzi do niego wtedy, gdy nasze procesy myślowe wymykają się spod kontroli, powodując lęk. Niekończąca się analiza wszystkiego – życia, siebie, innych prowadzi do wyniszczających skutków psychicznych. Do paraliżu analitycznego prowadzą dwa główne źródła lęku – my sami (genetyczne predyspozycje do odczuwania większego niepokoju oraz błędne poczucie rozwiązywania problemu poprzez jedynie myślenie o nim) oraz środowisko – przestrzeń nas otaczająca oraz doświadczenia społeczno-kulturalne (Trenton, 2021).

Leki przeciwlękowe redukują lęk poprzez zmniejszenie nasilenia reakcji lękowej, niestety nie zmieniają one mechanizmów działania ciała migdałowatego. Rezultat nie jest więc długotrwały, gdyż nie pomagają w trwały sposób zmienić odpowiedzialnej za reakcję części mózgu (Pittman, Karle, 2018).

### **2.2.3 Znaczenie stylu życia i praktyk medytacyjnych w redukcji lęku**

W kontekście opisanych mechanizmów lęku istotne staje się omówienie czynników oraz interwencji sprzyjających jego redukcji. Leki są substancjami dodatkowymi mającymi obniżyć poziom lęku, jednak jak widać to zmiana wewnętrzna mechanizmów działania człowieka jest najistotniejszym elementem pracy nad nadmiernym stresem i lękiem. W związku z tym, ważne jest także, aby człowiek posiadał samoświadomość dotyczącą wpływu substancji nasilających lęk. Najbardziej znanym czynnikiem dietetycznym zaostrzającym lęk i wyzwalającym napady paniki jest kofeina, która zwiększa ilość neuroprzekaźnika noradrenaliny w mózgu powodując reakcję wzbudzenia, która jest wyzwalana pod wpływem stresu. Zbyt duża ilość kofeiny może powodować chroniczne napięcie oraz przyczynić się do stresu usuwając z organizmu tiaminę (witaminę B1), która jest jedną z witamin przeciwstresowych. Kofeina to nie tylko kawa, to także herbata, napoje typu cola, leki bez recepty, kakao czy czekolada. Również nikotyna ma tak silne działanie pobudzające jak kofeina. Nikotyna powoduje wzrost pobudzenia fizjologicznego, zwężenie naczyń i sprawia, iż serce ciężiej pracuje. Substancjami powodującymi stres jest również nadmierne spożycie soli, konserwantów oraz hormonów zawartych w mięsie. Wniosek jest jeden – zmiany dietetyczne – zdrowe żywienie sprzyjają redukcji stresu i lęku (Bourne, 2011). Wrażliwość na kofeinę jest jednak silnie zróżnicowana osobniczo (m.in. przez tempo



metabolizmu, np. aktywność enzymu wątrobowego cytochromu CYP1A2 odpowiedzialnego za metabolizm wielu leków), co częściowo tłumaczy, dlaczego u niektórych osób nawet niewielkie dawki wyraźnie nasilają objawy lękowe, a u innych – efekt ten jest minimalny.

W kontekście interwencji terapeutycznych, szczególne znaczenie przypisuje się technikom regulacji emocji oraz praktykom opartym na uważności i medytacji. Badania z wykorzystaniem neuroobrazowania (np. fMRI) wykazują, że regularna medytacja prowadzi do zmian strukturalnych w korze przedczołowej (np. grubość kory) oraz wzrostu gęstości/objętości istoty szarej, redukcji aktywności ciała migdałowatego i lepszej integracji między sieciami neuronalnymi odpowiedzialnymi za uwagę, świadomość i kontrolę emocjonalną (Lazar i in., 2005; Hölzel i in., 2011). Neuroplastyczność mózgu pozwala na tworzenie nowych neuronów i nowych produktywnych dróg nerwowych powiększających obszary odpowiedzialne za jasne myślenie – dzięki czemu stresory mogą być postrzegane jako wyzwania, z którymi można sobie poradzić, a nie zagrożenia nie do pokonania. Aktywność kory przedczołowej wiąże się z obniżeniem reaktywności limbicznej i bardziej kontrolowaną reakcją na bodźce stresowe (Greenberg, 2022).

Ćwiczenia oddechowe, które są podstawą praktyki uważności stanowią podstawę pobudzenia układu przywspółczulnego (stymulacja nerwu błędnego), a nawyk ich wykonywania w codziennym życiu stanowi ważną rolę w uwalnianiu się od stanów lękowych (Seponara, 2024).

Z punktu widzenia psychologii zdrowia, uważność pozwala osobom lękowym na przyjęcie postawy nieoceniającej wobec własnych doznań, obserwację emocji z dystansu i przerwanie błędnego koła katastroficznych myśli. Programy takie jak MBSR czy MBCT skutecznie redukują poziom lęku u pacjentów z zaburzeniami afektywnymi, przewlekłym bólem czy chorobami psychosomatycznymi (Teasdale, Williams i Segal, 2016; Baer, 2003). Ich skuteczność wynika z połączenia treningu uwagi, samoświadomości i akceptacji, co sprzyja neurobiologicznej równowadze i poprawie jakości życia.

### **2.3 Style radzenia sobie ze stresem – klasyfikacje, znaczenie i uwarunkowania**

W kontekście wcześniejszych rozważań na temat strategii radzenia sobie ze stresem, warto wyodrębnić odrębne, lecz powiązane pojęcie stylów radzenia sobie. O ile strategie *copingowe* odnoszą się do konkretnych działań podejmowanych w odpowiedzi na sytuacje stresowe – są zatem z natury sytuacyjne i elastyczne – o tyle style radzenia sobie mają



charakter bardziej trwałych, względnie stałych dyspozycji jednostki, odzwierciedlających jej charakterystyczny sposób reagowania na trudności życiowe. Styl stanowi pewnego rodzaju schemat interpretacyjny i wykonawczy, który kształtuje sposób postrzegania stresora, ocenę własnych możliwości poradzenia sobie oraz wybór konkretnych działań. W kontekście niniejszej pracy ma to szczególne znaczenie, ponieważ styl radzenia sobie – jako struktura bardziej stabilna niż pojedyncze strategie – może podlegać długofalowym zmianom w wyniku interwencji opartych na praktyce uważności i medytacji.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się kilka klasycznych ujęć stylów *copingowych*. W klasycznym ujęciu Lazarusa i Folkmana (1984) wyróżnia się dwa podstawowe style radzenia sobie: skoncentrowany na problemie (*problem-focused coping*) oraz skoncentrowany na emocjach (*emotion-focused coping*). Styl zorientowany na problem obejmuje aktywne działania mające na celu zmianę stresującej sytuacji, planowanie rozwiązania, poszukiwanie informacji lub wsparcia instrumentalnego. Tymczasem styl zorientowany na emocje odnosi się do regulacji napięcia psychicznego i obejmuje takie strategie jak unikanie, dystansowanie się, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, zaprzeczanie czy reinterpretacja poznawcza.

W Polsce dużą popularnością cieszy się również klasyfikacja zaproponowana przez Zofię Juczyńską i Nadzieję Ogińską-Bulik (2009) oraz wcześniejsze ujęcie Hanny Sęk i Heleny Heszen (2003), wyróżniające trzy główne style radzenia sobie: skoncentrowany na zadaniu (działanie ukierunkowane na rozwiązanie problemu), skoncentrowany na emocjach (koncentracja na własnym przeżywaniu sytuacji) oraz skoncentrowany na unikaniu (odwracanie uwagi od stresora, np. przez angażowanie się w inne czynności lub kontakty towarzyskie).

Bardziej rozbudowaną klasyfikację stylów radzenia sobie przedstawili Carver, Scheier i Weintraub (1989) w modelu COPE, który obejmuje zarówno strategie adaptacyjne (np. pozytywna reinterpretacja, koncentracja na działaniu, poczucie humoru), jak i nieadaptacyjne (np. zaprzeczanie, używanie substancji, wycofanie się). Model ten pozwala uchwycić znaczne zróżnicowanie indywidualnych wzorców reagowania i znajduje zastosowanie w psychometrii, między innymi w narzędziu CISS (Endler i Parker, 1990), którego polska adaptacja autorstwa Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (2009) stanowi jedno z narzędzi badawczych wykorzystanych w niniejszej pracy.

Wspomniany model Endlera i Parkera (1990) wyróżnia trzy podstawowe style: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na emocjach i skoncentrowany na unikaniu.



Styl zadaniowy jest zorientowany na aktywne podejmowanie działań i rozwiązywanie problemów, emocjonalny na ekspresję emocji oraz impulsywne reakcje afektywne, natomiast unikowy obejmuje tendencję do odwracania uwagi od problemu – poprzez działania zastępcze (np. oglądanie telewizji, jedzenie) lub angażowanie się w kontakty towarzyskie (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009). W polskiej literaturze psychologicznej ujęcie to zostało uzupełnione przez Sęk i Heszen (2003), które oprócz klasyfikacji stylów uwzględnia także ich konsekwencje zdrowotne i znaczenie dopasowania stylu do charakterystyki stresora.

Znaczenie stylu radzenia sobie dla funkcjonowania psychicznego jednostki jest nie do przecenienia. Badania wskazują, że dominujący styl radzenia sobie może pełnić rolę czynnika ochronnego lub ryzyka – zależnie od jego adaptacyjności. Styl zadaniowy koreluje pozytywnie z poczuciem skuteczności, lepszym funkcjonowaniem społecznym i niższym poziomem objawów depresyjnych. Styl emocjonalny i unikowy wiążą się z podwyższonym poziomem lęku, podatnością na zaburzenia nastroju, a także niższą jakością życia w sytuacjach przewlekłego stresu (Matud, 2004; Heszen i Sęk, 2003). Jednocześnie adaptacyjność stylu zależy od dopasowania do charakteru stresora: w warunkach względnie kontrolowalnych (np. problemy zadaniowe) bardziej korzystne bywa podejście zadaniowe, natomiast przy stresorach niekontrolowalnych (np. przewlekła choroba, strata) – strategie akceptacji i regulacji emocji (Heszen i Sęk, 2003). Co więcej, dominujący styl może wpływać na sposób korzystania z konkretnych strategii *copingowych* – osoby preferujące styl emocjonalny częściej stosują zaprzeczanie lub projekcję, natomiast osoby o stylu zadaniowym wykazują większą skłonność do reinterpretacji poznawczej i planowania działań.

Wybór stylu radzenia sobie nie jest procesem przypadkowym – uwarunkowany jest zarówno cechami osobowości (np. neurotyczność, ekstrawersja, sumienność), jak i wcześniejszymi doświadczeniami, stylem przywiązania, wpływem kultury i wzorcami wyniesionymi z rodziny. Osoby o wysokim poziomie neurotyczności częściej prezentują styl emocjonalny, natomiast ekstrawertycy częściej poszukują wsparcia i wykazują aktywność społeczną. Istotną rolę odgrywa również rozwój poznawczy i emocjonalny – dzieci i młodzież częściej stosują styl unikowy, natomiast dorośli częściej przejawiają zadaniowe podejście do trudności (Strelau, 2006; Heszen i Sęk, 2003).

Z punktu widzenia niniejszej pracy, kluczowe jest także to, że styl radzenia sobie może ulegać modyfikacji na skutek długotrwałych oddziaływań terapeutycznych i rozwojowych. Interwencje oparte na medytacji i uważności, takie jak MBSR czy MBCT, nie tylko wpływają



na bieżące strategie działania, ale mogą również modyfikować podstawowe wzorce reagowania – sprzyjając przesunięciu od stylów nieadaptacyjnych ku stylowi zadaniowemu. Poprzez rozwijanie uważności, samowspółczucia, akceptacji i świadomości własnych reakcji emocjonalnych, możliwa staje się głębsza zmiana w sposobie, w jaki jednostka interpretuje stresory i reaguje na nie, co będzie przedmiotem analizy empirycznej w dalszej części pracy (Baer, 2003; Teasdale, Williams i Segal, 2016). Proces ten jest wspierany m.in. przez *decentering* (zdystansowanie wobec treści poznawczych) oraz redukcję ruminacji, co ogranicza automatyczne reakcje unikowe. Na poziomie neurobiologicznym opisywano większą integrację układów odpowiedzialnych za kontrolę (kora przedczołowa) i reaktywność emocjonalną (układ limbiczny) oraz niższą reaktywność ciała migdałowatego, co ułatwia wybór strategii zadaniowych zamiast emocjonalno-unikowych (por. Farb i in., 2010; Hölzel i in., 2011).

Znaczenie stylu radzenia sobie ujawnia się szczególnie wyraźnie w procesie adaptacji psychicznej do sytuacji trudnych i przewlekłe stresujących. Styl skoncentrowany na zadaniu sprzyja wzrostowi poczucia sprawczości, podniesieniu samooceny oraz skutecznemu rozwiązywaniu problemów. Z kolei style emocjonalny i unikowy zwiększają podatność na zaburzenia nastroju, lęk, a także wyczerpanie psychiczne i somatyczne. Badania wskazują na współwystępowanie tych stylów z obniżoną jakością życia, szczególnie w kontekście chronicznego stresu, jak np. choroby przewlekłe, konflikty interpersonalne czy sytuacje kryzysowe. Wybór stylu radzenia sobie wpływa również na relacje społeczne – ułatwia lub utrudnia korzystanie ze wsparcia, wyrażanie emocji oraz utrzymywanie bliskich więzi. W tym kontekście coraz większą rolę przypisuje się praktykom uważności, które uczą rozpoznawania wzorców reakcji, samoregulacji emocjonalnej i elastyczności poznawczej. Dzięki temu możliwa staje się zmiana nieadaptacyjnych schematów radzenia sobie na bardziej konstruktywne i zintegrowane z aktualnymi potrzebami jednostki (Baer, 2003; Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009; Teasdale, Williams i Segal, 2016).

W związku z powyższym, niniejsze badanie ma na celu weryfikację, czy codzienna praktyka medytacyjna może przyczynić się do zmian w preferowanych stylach radzenia sobie ze stresem – szczególnie w kierunku bardziej adaptacyjnych i zadaniowych wzorców.

## **2.4 Powiązania między stresem, lękiem i stylami radzenia sobie – przegląd badań**

Współczesne badania jednoznacznie wskazują na silne i wielokierunkowe powiązania między poziomem stresu, nasileniem lęku oraz preferowanymi stylami radzenia sobie. Stres,



definiowany jako subiektywnie odczuwane przeciążenie, brak kontroli i napięcie emocjonalne, ma udokumentowany wpływ zarówno na zdrowie psychiczne, jak i fizyczne. W badaniach empirycznych wielokrotnie wykazano, że nie sam stresor, ale sposób jego interpretacji i styl radzenia sobie mają kluczowe znaczenie dla jakości życia i funkcjonowania jednostki (Lazarus i Folkman, 1984; Wrześniewski, 2001).

Badania prowadzone przez Sapolsky'ego (2022) pokazują, że przewlekły stres aktywuje układ współczulny i oś HPA, co prowadzi do wzrostu poziomu kortyzolu, podniesionego ciśnienia tętniczego oraz zwiększonego ryzyka zaburzeń psychosomatycznych i chorób cywilizacyjnych. Raport WHO (2024) potwierdza te wnioski, wskazując, że chroniczny stres znacząco zwiększa ryzyko cukrzycy typu II, chorób serca, obniża odporność i może wpływać na przebieg infekcji, a także zaburzać sen i apetyt. Jednocześnie dane WHO wykazują, że ponad 40% dorosłych doświadcza regularnego stresu, a 7% osób w Europie korzystało ze zwolnień lekarskich z powodu objawów depresyjnych lub lękowych związanych z przeciążeniem psychicznym (WHO, 2024).

Nowe badania z 2025 roku przeprowadzone przez *Imperial College London* ujawniły, że dzieci wychowujące się w ubóstwie wykazują średnio o 23% wyższy poziom kortyzolu w porównaniu z rówieśnikami z bardziej uprzywilejowanych środowisk, co przekłada się na przyspieszone starzenie komórkowe – nawet o dekadę (*Imperial College London*, 2025). Wyniki te wskazują na bezpośredni biologiczny wpływ stresu środowiskowego na zdrowie somatyczne i rozwój dziecka.

W kontekście stylów radzenia sobie ze stresem, osoby preferujące styl zadaniowy – obejmujący planowanie, analizę sytuacji i aktywne działanie – wykazują niższy poziom lęku i większą odporność psychiczną (Wrześniewski, 2001). Tymczasem styl emocjonalny i unikowy wiążą się ze zwiększoną impulsywnością, ruminacjami oraz ryzykiem rozwoju zaburzeń lękowych i depresyjnych (Endler i Parker, 1990; Spielberger i in., 1983). Systematyczny przegląd z 2025 roku dotyczący pacjentów z chorobami zapalnymi jelit (*inflammatory bowel disease*, IBD) wykazał, że stosowanie strategii aktywnego radzenia sobie znacząco poprawia jakość życia, natomiast unikanie pogarsza jej subiektywną ocenę (Zentiva, 2025). Zbieżne wnioski przynosi narracyjny przegląd literatury Popa i in. (2024), który wskazuje, że konstruktywne, aktywne strategie radzenia sobie u pacjentów z IBD sprzyjają lepszemu funkcjonowaniu psychicznemu i klinicznemu, podczas gdy strategie nieadaptacyjne, takie jak zaprzeczanie czy ruminacja, wiążą się z większym obciążeniem



chorobą. Podobnie w badaniach nad osobami z chorobami nowotworowymi w Chinach zaobserwowano, że strategie konfrontacyjne i wysoki poziom rezyliencji korelują z lepszym samopoczuciem i efektywniejszym przebiegiem leczenia (Zhou i in., 2022).

W czerwcu 2018 roku badacze brytyjscy Catharine Gale i Kyle McLachlan opublikowali badania, w których wykazali, iż wystarczy niewielki stres, aby wpłynąć negatywnie na nasze zdrowie. U osób odczuwających niski stres ryzyko zapalenia stawów jest wyższe o 57% niż u osób, u których stres praktycznie nie występuje. Przy umiarkowanym stresie to ryzyko wzrasta do 77 %, a przy wysokim poziomie stresu do 110%. Przy chorobach sercowo-naczyniowych i chorobie przewlekłej płuc ryzyko przy niskim stresie jest o 46% wyższe, a przy wysokim stresie sięga, aż do 189%. Statystyki pozwalają z pewnością uznać, iż wiele dolegliwości współczesnych ludzi nie ma jedynie bezpośredniej przyczyny w genetyce, środowisku, mikrobiologii a w odczuwaniu stresu (Żejmo, 2024).

Badania neuroobrazowe potwierdzają, że przewlekły stres osłabia funkcje wykonawcze poprzez zmniejszenie aktywności kory przedczołowej, a jednocześnie nasila aktywność ciała migdałowatego – struktury odpowiedzialnej za reakcje lękowe i przetwarzanie zagrożeń (Davidson, 2000; Sapolsky, 2022). Farb i in. (2010) wykazali, że osoby praktykujące regularnie *mindfulness* mają zwiększoną aktywność w obrębie przysiódkowej kory PFC i zakrętu obręczy, co sprzyja lepszej regulacji emocjonalnej i większej odporności na stresory.

W badaniu Goyal i in. (2014), obejmującym 47 randomizowanych prób kontrolowanych, potwierdzono, że interwencje oparte na uważności skutecznie redukują poziom stresu, lęku oraz objawów depresyjnych, a metaanaliza Khoury’ego i in. (2015) wykazała, że treningi *mindfulness* nie tylko redukują objawy zaburzeń nastroju, ale również zwiększają częstotliwość stosowania stylu zadaniowego i ograniczają stosowanie unikania i ruminacji.

Nowatorskie badania z zakresu *mHealth* pokazują, że nawet krótkie mikrointerwencje oparte na narzędziach sztucznej inteligencji (np. minutowe sesje z chatbotem) mogą znacząco obniżać natychmiastowy poziom stresu, o ile są spersonalizowane i kontekstowo dopasowane (Ben Yehuda, Gilad-Bachrach, i Udi, ArXiv, 2024). W krajowym raporcie z 2025 roku dotyczącym wypalenia zawodowego pracowników naukowych stwierdzono, że osoby stosujące aktywne strategie radzenia sobie wykazują niższy poziom stresu i mniejsze ryzyko wyczerpania emocjonalnego (IPSOS, 2025).



Warto też podkreślić znaczenie wsparcia społecznego. Badanie opublikowane w *Nature* (2024) potwierdziło, że osoby stosujące styl zadaniowy i jednocześnie korzystające z wysokiego poziomu wsparcia społecznego lepiej radzą sobie z wyzwaniami życiowymi – szczególnie w czasie pandemii. Wśród osób preferujących styl unikowy zaobserwowano większe nasilenie objawów depresyjnych, izolacji i zaburzeń snu.

Wskazane wyżej źródła obejmują zarówno publikacje recenzowane (np. czasopisma naukowe), jak i raporty instytucjonalne oraz preprinty, czyli prace udostępnione przed formalnym procesem recenzji naukowej. W niniejszym przeglądzie traktuję je pomocniczo – jako uzupełnienie klasycznych metaanaliz i przeglądów systematycznych – ze względu na ich aktualność i wartość opisową.

W Polsce dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 2022 roku wskazują, że zaburzenia psychiczne oraz zaburzenia zachowania stanowiły podstawę wystawienia około 1,3 mln zwolnień lekarskich, przy czym istotną część rozpoznań stanowiły reakcje na ciężki stres oraz zaburzenia adaptacyjne. Doktor Stanisław Gołba podał, iż ponad 40% wszystkich osób dorosłych w krajach rozwiniętych cierpi z powodu niepożądanych skutków stresu, a dolegliwości z nim związane stanowią 70-80% wszystkich powodów wizyt lekarskich w wieku produkcyjnym (Żejmo, 2024).

W świetle powyższych danych, zasadne staje się rozwijanie interwencji psychoprofilaktycznych, które nie tylko redukują objawy stresu i lęku, ale też kształtują bardziej konstruktywne sposoby radzenia sobie. Projekt badania opisanego w niniejszej pracy – zakładający ocenę wpływu 30-dniowej medytacji na poziom stresu (PSS-10, KPS), lęku (STAI-X1) oraz stylów radzenia sobie (CISS) – stanowi próbę empirycznej weryfikacji tego założenia. Jego celem jest nie tylko potwierdzenie skuteczności praktyk medytacyjnych w regulacji emocji, ale również ocena, czy taka forma interwencji może realnie zmieniać preferowany styl radzenia sobie, poprawiając tym samym odporność psychiczną i jakość życia.

## **2.5 Uzasadnienie badań własnych – podejście integrujące stres, lęk i style radzenia sobie**

Zintegrowane podejście do stresu, lęku i stylów radzenia sobie umożliwia dokonanie szerszej analizy sposobów funkcjonowania jednostki w obliczu trudnych doświadczeń. Współczesna psychologia zdrowia wskazuje na potrzebę łączenia perspektyw biologicznych, psychologicznych i społecznych w celu skuteczniejszej profilaktyki i interwencji.



W praktyce klinicznej coraz częściej wykorzystuje się techniki uważności jako narzędzia wspomagającego tradycyjne podejścia psychoterapeutyczne. Interwencje MBCT czy ACT kładą nacisk na akceptację doświadczeń, detekcję automatycznych schematów myślenia oraz rozwój postawy życzliwości wobec siebie i własnych emocji.

Pomimo rosnącej liczby badań nad skutecznością praktyk medytacyjnych w kontekście stresu lub lęku, niewiele z nich w sposób całościowy uwzględnia jednocześnie poziom stresu, lęku oraz preferowane style radzenia sobie ze stresem. Dotychczasowe prace skupiały się zazwyczaj na jednej zmiennej – np. redukcji lęku u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi (Baer, 2003), bądź na zmianie strategii *copingowych* po zakończonym treningu MBSR (Shapiro i in., 2006). Brakuje jednak badań, które łączyłyby te trzy obszary i jednocześnie oceniane byłyby na przestrzeni krótkiego, lecz regularnego programu medytacyjnego, co stanowi istotną lukę badawczą. Badaniom często poddane były osoby posiadające już diagnozę kliniczną, bądź przeprowadzano je w wybranym środowisku.

W Polsce badania nad skutecznością medytacji i uważności podejmowano m.in. w kontekście osób z chorobami przewlekłymi, studentów, a także grup zawodowych narażonych na stres. Przykładem jest analiza Grygiel-Górniak (2021), która wskazała, że praktyki uważności mogą wspierać zdrowie psychiczne i fizyczne, poprawiając m.in. odporność na stres i regulację emocji. Z kolei Radoń (2020) zwrócił uwagę na zastosowania treningu *mindfulness* w psychologii zdrowia, podkreślając jego rolę w redukcji napięcia i lęku. Olszowy, Olszowy i Chwaszcz (2019) przeanalizowali użycie treningu uważności w edukacji, wskazując na jego potencjał w obniżaniu poziomu lęku u studentów i poprawie koncentracji. Inne krajowe badania koncentrowały się na poziomie lęku (np. w populacji medyków), lecz bez zastosowania pełnej baterii psychometrycznej obejmującej KPS, STAI i CISS. W niniejszym badaniu wykorzystano podskalę STAI-X1 (lęk-stan), co pozwala uchwycić bieżące nasilenie lęku, wrażliwe na krótkoterminowe interwencje takie jak 30-dniowy trening uważności (Spielberger i in., 1983). Dlatego zaprojektowane w niniejszej pracy badanie wypełnia tę lukę, oferując spójną i empirycznie możliwą do weryfikacji koncepcję łączącą zmienne psychologiczne i neuroregulacyjne.

W kontekście badań własnych zawartych w niniejszej pracy, niniejszy rozdział stanowi syntetyczne uzasadnienie podjęcia badań empirycznych, które koncentrują się na relacjach między stresem, lękiem oraz stylami radzenia sobie ze stresem w perspektywie praktyki medytacyjnej. Dotychczasowe analizy teoretyczne i przegląd badań wskazują, że



regularna praktyka uważności może oddziaływać zarówno na subiektywne doświadczenie stresu i lęku, jak i na sposób regulacji emocji oraz preferowane strategie radzenia sobie ze stresem u osób dorosłych bez diagnozy klinicznej.

Celem planowanego badania jest zatem ocena, czy krótkoterminowy, regularny trening *mindfulness* wiąże się ze zmianami w poziomie odczuwanego stresu i lęku oraz w preferowanych stylach radzenia sobie ze stresem, mierzonych za pomocą standaryzowanych narzędzi psychometrycznych. Interpretacja uzyskanych wyników uwzględniać będzie ograniczenia metodologiczne projektu, w szczególności brak kontroli nad potencjalnymi zmiennymi zakłócającymi, takimi jak wcześniejsze doświadczenia medytacyjne, sen, aktywność fizyczna, spożycie kofeiny i nikotyny czy farmakoterapia.

Z perspektywy neuropsychologicznej przyjmuje się, że praktyka medytacyjna może sprzyjać poprawie regulacji emocji, obniżeniu reaktywności stresowej oraz bardziej adaptacyjnemu radzeniu sobie z lękiem, co stanowi spójne tło teoretyczne dla projektowanych pomiarów empirycznych. Ujęcie integracyjne pozwala tym samym na połączenie wymiaru subiektywnego dobrostanu z obserwowalnymi zmianami psychologicznymi, stanowiąc punkt wyjścia do dalszej, empirycznej weryfikacji założeń badawczych.

Obecnie w dziedzinie medycyny trwa rewolucja w myśleniu o chorobach nas dotykających ze względu na uwzględnienie interakcji między ciałem i umysłem. Zrozumienie, iż emocje i czynniki osobowościowe mogą wywierać olbrzymi wpływ na nasze zdrowie w każdej komórce ciała jest przełomem. Rola stresu w zwiększaniu podatności na choroby, zrozumienia znaczenia sposobów radzenia sobie ze stresem i rozumienia choroby w kontekście całej osoby otwiera drogę do leczenia stanu chorobowego holistycznie (Sapolsky, 2022).

Ujęcie integracyjne pozwala również na lepsze zrozumienie mechanizmów terapeutycznych – zarówno w odniesieniu do subiektywnego dobrostanu, jak i mierzalnych zmian psychofizjologicznych. Badanie przeprowadzone w niniejszej pracy może przyczynić się do dalszego rozwoju krótkoterminowych, niskokosztowych interwencji psychoprophylaktycznych, które będą mogły być z powodzeniem stosowane w środowiskach akademickich, zawodowych i klinicznych.



## Rozdział 3 Metodologia badań własnych

Niniejszy rozdział poświęcony jest prezentacji założeń metodologicznych badań własnych. Przedstawione zostaną w nim problemy badawcze, które stanowią punkt wyjścia do wyprowadzenia hipotez. W dalszej części opisane zostaną zastosowane metody badawcze, procedura przeprowadzonych badań oraz charakterystyka grupy osób uczestniczących w badaniu.

### 3.1 Uzasadnienie podjęcia badań i cel badania

Badania empiryczne wskazują, że medytacja jako interwencja psychologiczna może prowadzić do istotnego obniżenia poziomu stresu i lęku (Goyal i in., 2014; Khoury i in., 2015). Metaanaliza Goyal i in. (2014), obejmująca 3515 uczestników i 47 randomizowanych badań klinicznych, wykazała, że programy medytacyjne przynoszą efekty porównywalne do stosowania leków przeciwdepresyjnych o niskim ryzyku skutków ubocznych. Choć praktyki medytacyjne są obecne w różnych kulturach od tysięcy lat, intensyfikacja badań naukowych nad ich wpływem na funkcjonowanie psychiczne nastąpiła stosunkowo niedawno. Zjawisko to wiąże się z rosnącą potrzebą poszukiwania skutecznych, nefarmakologicznych strategii wspierających zdrowie psychiczne oraz przeciwdziałających negatywnym konsekwencjom przewlekłego stresu i lęku.

Przeglądy systematyczne i metaanalizy potwierdzają, że regularna praktyka medytacyjna, szczególnie realizowana w ramach programów opartych na uważności (*mindfulness*), sprzyja redukcji napięcia psychicznego, obniżeniu poziomu kortyzolu, zmniejszeniu objawów somatycznych oraz poprawie ogólnego dobrostanu (Creswell, 2017; Goldberg i in., 2018; Skórzewska, 2025). Badania wskazują, że szczególnie wyraźne efekty obserwowane są u osób praktykujących medytację systematycznie przez okres co najmniej kilku tygodni, co stanowi istotną przesłankę do prowadzenia badań obejmujących ciągłą, czasowo określoną interwencję.

Istotny wkład w adaptację praktyki medytacyjnej do nurtu psychologii akademickiej wniósł Kabat-Zinn (2003), twórca programu redukcji stresu opartego na uważności (*Mindfulness-Based Stress Reduction; MBSR*). Choć nie jest on twórcą samej idei medytacji, jego prace przyczyniły się do jej upowszechnienia w kontekście badań naukowych i praktyki klinicznej. Badania prowadzone w ramach programu MBSR wykazały, że ośmiotygodniowa praktyka sprzyja obniżeniu poziomu stresu, napięcia emocjonalnego oraz objawów



psychosomatycznych, a kluczową rolę w tym procesie odgrywa rozwój świadomości ciała, akceptacji oraz nieoceniającej obserwacji własnych doświadczeń emocjonalnych.

Zasadność podejmowania badań nad wpływem medytacji potwierdzają również wyniki badań klinicznych oraz neuroobrazowych. Hoge i in. (2013) wykazali, że udział w programie MBSR prowadzi do istotnego obniżenia poziomu lęku jako stanu oraz zmniejszenia reaktywności fizjologicznej na stresory. Z kolei badania Farb i in. (2010), wykorzystujące funkcjonalny rezonans magnetyczny, udokumentowały zmiany w aktywności struktur mózgowych odpowiedzialnych za samoregulację emocjonalną u osób praktykujących medytację. Ustalenia te wskazują, że praktyka medytacyjna oddziałuje nie tylko na subiektywne doświadczenie stresu i lęku, lecz również na mechanizmy neurobiologiczne związane z regulacją emocji.

Pomimo bogatej literatury przedmiotu dotyczącej wpływu medytacji na stres i lęk, zasadnym pozostaje dalsze badanie jej oddziaływania w kontekście krótkoterminowych, systematycznych interwencji realizowanych w populacji osób dorosłych niepraktykujących wcześniej medytacji. Szczególne znaczenie ma także potrzeba uwzględnienia różnych aspektów funkcjonowania psychicznego, takich jak subiektywny i ogólny poziom stresu oraz lęk jako stan, co pozwala na bardziej wielowymiarową ocenę efektów interwencji.

Celem niniejszego badania jest ocena wpływu 30-dniowej praktyki medytacyjnej na poziom stresu subiektywnego i ogólnego, lęku jako stanu oraz style radzenia sobie ze stresem u osób dorosłych. Badanie ma na celu określenie, czy krótkoterminowa, regularna praktyka medytacyjna może prowadzić do korzystnych zmian w zakresie funkcjonowania emocjonalnego i stanowić potencjalne narzędzie wspierające zdrowie psychiczne.

### **3.2 Przewidywania, pytania badawcze i wyprowadzenie hipotez**

#### **3.2.1 Uzasadnienie problemu badawczego i sformułowanie przewidywań**

Dotychczasowe badania empiryczne dostarczają licznych dowodów potwierdzających skuteczność interwencji opartych na uważności w redukcji stresu i lęku. Metaanalizy oraz badania kliniczne wskazują, że regularna praktyka medytacyjna prowadzi do obniżenia napięcia psychicznego, poprawy regulacji emocjonalnej oraz zmniejszenia reaktywności na stresory (Goyal i in., 2014; Khoury i in., 2015; Creswell, 2017). Jednocześnie znaczna część dostępnych badań koncentruje się na analizie pojedynczych zmiennych psychologicznych,



takich jak stres lub lęk, rozpatrywanych niezależnie, bez uwzględnienia ich wzajemnych powiązań oraz szerszego kontekstu funkcjonowania jednostki.

W literaturze przedmiotu zauważalny jest również niedobór badań obejmujących krótkoterminowe, systematyczne interwencje medytacyjne realizowane poza populacjami klinicznymi. Choć programy takie jak MBSR są szeroko opisywane w kontekście ośmiotygodniowych oddziaływań, mniej uwagi poświęca się analizie efektów krótszych, lecz intensywnych form praktyki medytacyjnej, które mogą być łatwiej adaptowane do codziennego funkcjonowania osób dorosłych. Luka ta ma istotne znaczenie praktyczne, ponieważ dostępność czasowa i regularność praktyki stanowią kluczowe czynniki warunkujące gotowość do podejmowania interwencji opartych na uważności.

Zgodnie z wynikami metaanaliz (Goyal i in., 2014; Khoury i in., 2015), udział w takich programach może przyczynić się do obniżenia poziomu stresu i lęku. Badania Kabata-Zinna (2003) potwierdzają skuteczność programu MBSR w redukowaniu napięcia emocjonalnego i objawów psychosomatycznych. Jak wskazują Strelau i Doliński (2010), manipulowanie zmienną niezależną w tego typu badaniach pozwala na określenie związków przyczynowo-skutkowych, co jest typowe dla badań eksplanacyjnych.

Kolejnym obszarem wymagającym pogłębionej analizy jest rola stylów radzenia sobie ze stresem w kontekście skuteczności praktyki medytacyjnej. Badania Chiesa i in. (2014) wskazują, że uczestnictwo w programach uważnościowych wiąże się z częstszym stosowaniem stylu zadaniowego oraz ograniczeniem stylów emocjonalnego i unikowego. Z kolei Endler i Parker (1990) oraz Strelau i Jaworowska (2020) podkreślają, że styl zadaniowy sprzyja lepszemu funkcjonowaniu psychicznemu, natomiast style emocjonalny i unikowy korelują z wyższym poziomem lęku i obniżonym dobrostanem. Pomimo tych ustaleń, wciąż niewiele badań analizuje style radzenia sobie nie tylko jako zmienne zależne, lecz także jako potencjalne czynniki modyfikujące efektywność interwencji psychologicznych.

Z perspektywy teoretycznej uzupełnienie wskazanych luk badawczych pozwala na lepsze zrozumienie mechanizmów regulacji emocji i adaptacyjnego funkcjonowania jednostki w sytuacjach stresowych. Integracja zmiennych takich jak stres, lęk oraz style radzenia sobie umożliwi bardziej kompleksowe ujęcie procesów psychologicznych zachodzących w trakcie praktyki medytacyjnej. Z kolei z perspektywy praktycznej może to przyczynić się do trafniejszego projektowania interwencji opartych na uważności oraz identyfikacji osób, które



mogą odnieść z nich największe korzyści. W tym kontekście istotne staje się nie tylko pytanie o to, czy praktyka medytacyjna „działa”, lecz także dla kogo i w jakich warunkach może być szczególnie efektywna.

Na podstawie przeglądu dostępnej literatury sformułowano przewidywania dotyczące wpływu 30-dniowej praktyki medytacyjnej na poziom stresu subiektywnego i ogólnego, lęku jako stanu oraz preferowane style radzenia sobie ze stresem. Wyniki metaanaliz (Goyal i in., 2014; Goldberg i in., 2018) oraz badań eksperymentalnych (Hoge i in., 2013) pozwalają przypuszczać, że systematyczna praktyka medytacyjna prowadzi do obniżenia poziomu stresu i lęku. Jednocześnie ustalenia dotyczące regulacji emocji i strategii radzenia sobie (Chiesa i in., 2014; Strelau, 2012) sugerują, że efekty te mogą być zróżnicowane w zależności od indywidualnych predyspozycji jednostki.

W związku z powyższym niniejsze badanie koncentruje się na sformułowaniu pytań badawczych odnoszących się zarówno do bezpośrednich efektów praktyki medytacyjnej, jak i do wzajemnych zależności pomiędzy badanymi zmiennymi. W szczególności zakłada się analizę tego, czy 30-dniowa praktyka medytacyjna wiąże się ze spadkiem poziomu stresu (subiektywnego i ogólnego) oraz redukcją lęku jako stanu, a także czy może wpływać na dominujące style radzenia sobie ze stresem. W obszarze zależności pomiędzy zmiennymi istotne staje się pytanie o to, czy poziomy stresu i lęku pozostają w związkach z określonymi strategiami radzenia sobie, zgodnie z dotychczasowymi ustaleniami dotyczącymi większego obciążenia emocjonalnego osób preferujących styl emocjonalny i/lub unikowy oraz bardziej adaptacyjnego funkcjonowania osób preferujących styl zadaniowy (Endler i Parker, 1990; Siudem, 2008).

Jednocześnie, w oparciu o koncepcje indywidualnych różnic w reagowaniu na stres, przyjęto założenie, że style radzenia sobie mogą pełnić funkcję moderatorów skuteczności interwencji medytacyjnej (Strelau, 2012). Oznacza to, że skuteczność 30-dniowej praktyki może nie mieć charakteru całkowicie uniwersalnego, lecz być zależna od predyspozycji jednostki – w szczególności od preferowanego stylu radzenia sobie, który sprzyja bądź utrudnia korzystanie z metod samoregulacji. Takie ujęcie uzasadnia sformułowanie hipotez obejmujących zarówno przewidywane zmiany w stresie i lęku po interwencji, jak i oczekiwane różnice w nasileniu tych zmian w zależności od stylów radzenia sobie.

Ponadto, uwzględniono możliwość analizy procesowej, odnoszącej się do zmian zachodzących w trakcie interwencji. Założono, że dzienniczek samopoczucia prowadzony



przez uczestników grupy eksperymentalnej może ujawnić dynamikę zmian w zakresie stresu i lęku w toku praktyki, co pozwala na lepsze zrozumienie mechanizmu zmiany oraz stanowi uzupełnienie wyników ilościowych. Takie podejście umożliwia integrację różnych źródeł informacji, łącząc dane ilościowe z bardziej bieżącą, subiektywną perspektywą uczestników (Strelau i Doliński, 2010).

Sformułowane na tej podstawie hipotezy stanowią przewidywania oparte na analizie literatury przedmiotu i dotychczasowych ustaleniach empirycznych. Obejmują one przewidywany spadek poziomu stresu i lęku po 30-dniowej praktyce medytacyjnej, możliwe przesunięcie dominującego stylu radzenia sobie w kierunku stylu zadaniowego, rolę stylu radzenia sobie jako czynnika modyfikującego skuteczność interwencji, a także zależności korelacyjne pomiędzy stresem, lękiem i strategiami radzenia sobie. Pytania badawcze oraz hipotezy zostaną szczegółowo sformułowane w następnym podrozdziale.

### **3.2.2 Pytania badawcze**

Pytanie ogólne:

Czy i w jaki sposób 30-dniowa medytacja oddziałuje na stres, lęk oraz style radzenia sobie ze stresem u badanych dorosłych?

Pytania szczegółowe:

Pytanie badawcze 1: Czy 30 dni codziennej medytacji wpływa na obniżenie poziomu subiektywnego i ogólnego stresu?

Pytanie badawcze 2: W jaki sposób 30-dniowa medytacja wpływa na poziom lęku jako stanu?

Pytanie badawcze 3: W jaki sposób zmienia się preferowany styl radzenia sobie ze stresem po 30 dniach medytacji?

Pytanie badawcze 4: Czy osoby o różnych stylach radzenia sobie ze stresem różnią się stopniem redukcji stresu i lęku po 30 dniach medytacji?

Pytanie badawcze 5: W jaki sposób stres i lęk wiążą się ze stylami radzenia sobie ze stresem oraz w jaki sposób styl radzenia sobie ze stresem wiąże się z lękiem i stresem?

Pytanie badawcze 6: Czy w trakcie 30-dniowej medytacji u osób z grupy eksperymentalnej następuje spadek poziomu deklarowanego lęku i stresu (na podstawie dzienniczka)?



### 3.2.3 Hipotezy

Hipoteza ogólna:

30-dniowa regularna praktyka medytacji obniża poziom stresu (subiektywnego i ogólnego) oraz lęku jako stanu, a także sprzyja korzystaniu ze stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu.

Hipotezy szczegółowe:

Hipoteza pierwsza:

Po 30 dniach codziennej medytacji uczestnicy grupy eksperymentalnej będą wykazywać istotnie niższy poziom subiektywnego i ogólnego stresu w porównaniu do grupy kontrolnej.

Hipoteza druga:

Uczestnicy grupy eksperymentalnej będą wykazywać istotnie niższy poziom lęku jako stanu po 30 dniach medytacji w porównaniu do uczestników grupy kontrolnej.

Hipoteza trzecia:

Uczestnicy grupy eksperymentalnej będą wykazywać po 30 dniach medytacji wyższy poziom stylu zadaniowego oraz niższy poziom stylów emocjonalnego i unikowego w porównaniu do grupy kontrolnej.

Hipoteza czwarta:

Styl zadaniowy mierzony przed rozpoczęciem interwencji (w pierwszym pomiarze) moderuje efektywność po 30 dniach medytacji – osoby o wyższym poziomie stylu zadaniowego osiągną większe obniżenie stresu i lęku po 30 dniach medytacji (w drugim pomiarze).

Hipoteza piąta:

Styl emocjonalny i unikowy, mierzone jako zmienne ciągłe, będą dodatnio skorelowane z poziomem stresu i lęku, natomiast styl zadaniowy – ujemnie.

Hipoteza szósta:



U uczestników grupy eksperymentalnej nastąpi spadek deklarowanego poziomu stresu i lęku w trakcie 30-dniowej praktyki medytacyjnej.

### 3.2.4 Zmienne

Zmienna niezależna:

Zmienna niezależna została zaprojektowana jako warunek eksperymentalny, różnicujący uczestników badania pod względem udziału w codziennej praktyce medytacyjnej. Osoby w grupie eksperymentalnej przez 30 dni codziennie praktykują medytację (zgodnie z założeniami treningu *mindfulness*), natomiast osoby z grupy kontrolnej nie podejmują żadnej nowej aktywności związanej z medytacją, uważnością bądź relaksacją.

Zmienne zależne

a. Subiektywny stres – jest rozumiany jako poznawczo-percepcyjna ocena stresujących sytuacji życiowych, przekraczających możliwości jednostki do radzenia sobie. Według S. Cohena (1988), subiektywny stres odnosi się do sposobu, w jaki osoba interpretuje i ocenia codzienne wydarzenia w kontekście swojej zdolności do ich opanowania. To wewnętrzne odczucie napięcia i przeciążenia, które niekoniecznie musi odpowiadać obiektywnym warunkom sytuacyjnym (Juczyński, 2001).

Poziom subiektywnego stresu będzie mierzony za pomocą Skali Odczuwanego Stresu – PSS-10 (*Perceived Stress Scale*) autorstwa Sheldona Cohena, Toma Kamarcka i Robin Mermelstein, w polskiej adaptacji Zygmunta Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik (2009). Kwestionariusz PSS-10 służy do oceny stopnia, w jakim badani postrzegają sytuacje życiowe jako stresujące w ciągu ostatniego miesiąca. Narzędzie posiada polskie normy oraz potwierdzone właściwości psychometryczne.

b. Ogólny poziom stresu – traktowany jako bardziej zintegrowany konstrukt psychiczny, który obejmuje zarówno komponenty emocjonalne (np. lęk, napięcie), poznawcze (np. trudności z koncentracją), jak i somatyczne (np. objawy fizjologiczne). Pojęcie to odzwierciedla chroniczne poczucie stresu, zakorzenione w szerszym kontekście funkcjonowania psychicznego jednostki (Płopa i Makarowski, 2010). Ogólny stres jest cechą bardziej trwałą niż stres subiektywny i może odgrywać istotną rolę w kształtowaniu dobrostanu psychicznego oraz jakości codziennego funkcjonowania.



Poziom ogólnego stresu będzie mierzony za pomocą Kwestionariusza Poczucia Stresu (KPS) autorstwa Jerzego Plopy i Pawła Makarowskiego (2010). Kwestionariusz umożliwia ocenę ogólnego poziomu stresu psychologicznego oraz jego wymiarów składowych. Narzędzie zostało opracowane i wystandaryzowane w Polsce oraz posiada polskie normy.

c. Lęk jako stan – definiowany jako przejściowy, sytuacyjny stan napięcia emocjonalnego, który pojawia się w odpowiedzi na bezpośrednio postrzegane zagrożenie. W modelu Spielberga (1983), lęk jako stan różni się od lęku jako cechy tym, że odnosi się do aktualnego doświadczenia jednostki i może ulegać zmianom w zależności od sytuacji. Jest to zmienna szczególnie wrażliwa na krótkoterminowe interwencje, takie jak medytacja (Wrześniewski i in., 2011).

Poziom lęku jako stanu będzie mierzony za pomocą Inwentarza Stanu i Cechy Lęku – STAI, wersja X-1, autorstwa Charlesa D. Spielberga. W badaniu zostanie wykorzystana polska adaptacja skali STAI-X1 autorstwa Kazimierza Wrześniewskiego, Bogdana Sosnowskiego i Elżbiety Jaworowskiej (2011), służąca do pomiaru aktualnie przeżywanego lęku jako stanu. Narzędzie posiada polskie normy i szerokie zastosowanie kliniczne oraz badawcze.

d. Style radzenia sobie ze stresem – to względnie trwałe, indywidualne sposoby reagowania na sytuacje stresowe, które jednostka stosuje niezależnie od rodzaju stresora. W klasyfikacji Endlera i Parkera (1990) wyróżnia się trzy podstawowe style: zadaniowy (skoncentrowany na rozwiązaniu problemu), emocjonalny (skoncentrowany na własnych przeżyciach) oraz unikowy (polegający na odsuwaniu się od problemu). Style te są silnie związane z cechami osobowości i stanowią ważny mechanizm adaptacyjny w obliczu stresu (Strelau i Jaworowska, 2020). Styl zadaniowy jest uważany za najbardziej adaptacyjny, podczas gdy styl emocjonalny i unikowy korelują z wyższym poziomem lęku i obniżonym dobrostanem.

Style radzenia sobie ze stresem będą mierzone za pomocą Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych – CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*) autorstwa Normana S. Endlera i Jamesa D. Parkera, w polskiej adaptacji Jana Strelaua i Aleksandry Jaworowskiej (2020). Kwestionariusz pozwala na ocenę trzech podstawowych stylów radzenia sobie ze stresem: skoncentrowanego na zadaniu, emocjach oraz unikaniu. Narzędzie posiada polskie normy oraz potwierdzoną rzetelność i trafność.



### 3.3 Charakterystyka grupy badanej

W badaniu uwzględniono łącznie 100 osób dorosłych. Struktura płci w całej próbie była zbliżona do równolicznej – odnotowano 51 kobiet (51,0%) oraz 49 mężczyzn (49,0%). Po przydziale do warunków badania zachowano porównywalność składu płciowego pomiędzy grupami. W grupie kontrolnej znalazło się 26 kobiet (52,0%) oraz 24 mężczyzn (48,0%), natomiast w grupie eksperymentalnej (medytującej) uczestniczyło po 25 kobiet i 25 mężczyzn (po 50,0%).

Charakterystyka wieku wskazywała na umiarkowane zróżnicowanie próby. W grupie kontrolnej średni wiek wyniósł 41,5 roku ( $Me = 40,0$ ;  $SD = 6,93$ ), a wartości mieściły się w przedziale od 25 do 61 lat. W grupie eksperymentalnej średni wiek uczestników wyniósł 41,0 roku ( $Me = 40,0$ ;  $SD = 7,89$ ), przy zakresie od 20 do 70 lat. Dane dotyczące wieku były kompletne w obu grupach, nie stwierdzono braków danych. Profile wiekowe grup uznano za zasadniczo porównywalne, przy nieco większym zróżnicowaniu wieku w grupie medytującej.

Podział uczestników na warunki badania przeprowadzono w sposób symetryczny. Do grupy eksperymentalnej oraz do grupy kontrolnej przydzielono po 50 osób, co zapewniło równoliczność ramion badania i umożliwiło prowadzenie analiz porównawczych między grupami.

Uczestnicy badania zostali dobrani w sposób celowy, na zasadzie dobrowolnego zgłoszenia. Rekrutacja prowadzona była za pośrednictwem mediów społecznościowych, w środowisku akademickim oraz wśród osób z kręgu znajomych. Kryterium włączenia do badania stanowił wiek powyżej 18 lat oraz brak regularnej praktyki medytacyjnej w okresie poprzedzającym badanie. Próba obejmowała osoby z populacji nieklinicznej, bez aktualnie diagnozowanych poważnych zaburzeń psychicznych.

### 3.4 Przebieg i organizacja badania

Badanie zostało przeprowadzone w dwóch etapach pomiarowych. Pierwszy pomiar odbył się w dniach 15-21 września 2025 roku, natomiast drugi pomiar w dniach 15-21 października 2025 roku. Zastosowano schemat z pomiarem powtarzanym (pre–post) z udziałem dwóch grup: eksperymentalnej oraz kontrolnej.

Procedura badania realizowana była w formie zdalnej oraz częściowo stacjonarnej. Część uczestników wypełniała zestaw kwestionariuszy w wersji elektronicznej za



pośrednictwem platformy Google Forms, natomiast pozostali korzystali z wersji papierowych, które po zebraniu zostały wprowadzone do formularzy elektronicznych przez badacza. We wszystkich przypadkach uczestnicy na początku badania otrzymywali informację o celu projektu, zasadach anonimowości oraz dobrowolności udziału. Uzyskanie świadomej zgody było warunkiem przystąpienia do badania (Załącznik 3).

Przydział uczestników do grup miał charakter naturalny (quasi-eksperymentalny) i opierał się na deklaracji badanych. Osoby, które wyraziły gotowość do codziennej praktyki medytacyjnej, zostały zakwalifikowane do grupy eksperymentalnej, natomiast uczestnicy, którzy nie planowali wdrażania medytacji do codziennego funkcjonowania, utworzyli grupę kontrolną.

Uczestnicy grupy eksperymentalnej realizowali 30-dniową praktykę medytacyjną. Czas trwania oraz forma praktyki nie były ściśle narzucone – badani mogli wybierać spośród różnych form medytacji, takich jak medytacja oddechu, skan ciała, medytacja prowadzona czy medytacja w ruchu, dostosowując je do własnych preferencji. Na początku badania uczestnicy otrzymali drogą mailową instrukcję (Załącznik 2) wraz z materiałami pomocniczymi, obejmującymi opis technik oraz nagrania audio. Regularność praktyki oraz subiektywne odczucia związane z medytacją były na bieżąco zapisywane w specjalnie przygotowanym dzienniczku samopoczucia (Załącznik 1).

Analiza zapisów w dzienniczkach praktyki medytacyjnej wykazała, że najczęściej wybieraną formą praktyki była medytacja prowadzona z wykorzystaniem nagrań audio, z której korzystano w około 49% wszystkich odnotowanych sesji. Kolejnymi najczęściej wybieranymi formami były medytacja oddechowa (ok. 26%) oraz skanowanie ciała (ok. 25%), natomiast medytacja w ruchu była wybierana najrzadziej – tylko 0,3% odnotowanych sesji. Uwzględniając dominującą formę na poziomie osób (tj. tę, którą dana osoba wybierała najczęściej w swoich 30 wpisach), u 39 osób najczęściej pojawiała się medytacja prowadzona, u 5 osób skanowanie ciała, a u 2 osób praktyka oddechowa. W przypadku 4 osób nie dało się wskazać jednej wyraźnie najczęściej wybieranej formy, ponieważ co najmniej dwie techniki miały identyczną, najwyższą liczbę wskazań. Zróżnicowanie stosowanych form praktyki odzwierciedlało indywidualne preferencje uczestników i stanowiło element naturalnego charakteru interwencji.



Uczestnicy grupy kontrolnej nie brali udziału w interwencji i w trakcie trwania badania nie podejmowali żadnych nowych praktyk relaksacyjnych ani uważnościowych, prowadząc codzienne życie w niezmienionej formie.

Po zakończeniu 30-dniowego okresu badania wszyscy uczestnicy ponownie wypełnili zestaw kwestionariuszy (PSS-10, KPS, STAI-X1, CISS). Drugi pomiar został przeprowadzony w analogicznej formie jak pomiar początkowy, co zapewniło porównywalność warunków zbierania danych.

Badanie miało charakter zdalny oraz częściowo stacjonarny. W przypadku pomiarów realizowanych online uczestnicy wypełniali kwestionariusze w warunkach własnych, zgodnie z otrzymanymi instrukcjami, co miało na celu zapewnienie możliwie porównywalnych warunków pomiaru. Wersje papierowe były wypełniane indywidualnie, bez obecności osób trzecich, z zachowaniem zasad anonimowości i standaryzacji procedury.

### **3.4.1 Etapy badania i schemat pomiarów**

Badanie miało charakter quasi-eksperymentalny z pomiarem powtarzanym (pre–post) oraz podziałem uczestników na dwie grupy: eksperymentalną i kontrolną. Procedura badania obejmowała dwa pomiary realizowane w odstępie 30 dni i przebiegała według następujących etapów:

Grupa eksperymentalna (medytująca):

- 1) Pomiar 1 (T1) – przed rozpoczęciem interwencji uczestnicy wypełniali zestaw kwestionariuszy psychometrycznych: PSS-10, KPS, STAI-X1 oraz CISS. Następnie otrzymywali instrukcję dotyczącą codziennej praktyki medytacyjnej oraz materiały pomocnicze (opisy technik i nagrania audio).
- 2) Okres interwencji – przez kolejne 30 dni uczestnicy realizowali codzienną, indywidualną praktykę medytacyjną opartą na uważności. Regularność praktyki oraz subiektywne obserwacje dotyczące samopoczucia, stresu i lęku zapisywane były w autorskim dzienniczku praktyki.
- 3) Pomiar 2 (T2) – po zakończeniu 30-dniowego okresu interwencji uczestnicy ponownie wypełniali ten sam zestaw czterech kwestionariuszy psychometrycznych.

Grupa kontrolna (niemedytująca):



- 1) Pomiar 1 (T1) – uczestnicy wypełniali zestaw kwestionariuszy psychometrycznych: PSS-10, KPS, STAI-X1 oraz CISS.
- 2) Okres między pomiarami – uczestnicy nie podejmowali żadnej nowej praktyki medytacyjnej, uważnościowej ani relaksacyjnej, funkcjonując w codziennym trybie życia.
- 3) Pomiar 2 (T2) – po upływie 30 dni uczestnicy ponownie wypełniali ten sam zestaw kwestionariuszy, co umożliwiło porównanie zmian w czasie oraz różnic między grupami.

### 3.5 Metoda badania

Badanie miało charakter ilościowy i zostało przeprowadzone w schemacie quasi-eksperymentalnym z pomiarem powtarzanym (pre–post) oraz podziałem uczestników na dwie grupy: eksperymentalną i kontrolną. W badaniu wykorzystano podejście kwestionariuszowe, a dane ilościowe analizowano z uwzględnieniem struktury dwóch pomiarów w czasie oraz przynależności do grupy.

Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu programu Jamovi. W pierwszym etapie wykonano statystyki opisowe dla wszystkich analizowanych zmiennych oraz zweryfikowano założenia normalności rozkładów za pomocą testu Shapiro-Wilka. Rzetelność zastosowanych narzędzi pomiarowych oceniono przy użyciu współczynnika alfa Cronbacha, uzyskując wartości wskazujące na satysfakcjonującą spójność wewnętrzną skal.

W celu weryfikacji hipotezy pierwszej i drugiej dotyczących poziomu stresu i lęku (H1 i H2) zastosowano dwuczynnikową analizę wariancji z powtarzanym pomiarem (mixed ANOVA) w układzie  $2 \times 2$  (czas  $\times$  grupa), osobno dla wyników kwestionariuszy PSS-10, ogólnego wyniku KPS oraz STAI-X1. Wybór tej metody był uzasadniony układem danych obejmującym dwa pomiary w czasie oraz dwie niezależne grupy, a także charakterem zmiennych mierzonych na skalach ilościowych. Pomimo odchyień od idealnej normalności rozkładów, przy liczebności 50 osób w każdej grupie oraz umiarkowanych wartościach skośności i kurtozy uznano analizę wariancji za metodę wystarczająco odporną na naruszenia założeń.

Analogiczną procedurę zastosowano w przypadku hipotezy trzeciej (H3) dotyczącej stylów radzenia sobie ze stresem. Dla trzech skal kwestionariusza CISS (styl zadaniowy; SSZ, styl emocjonalny; SSE, styl unikowy; SSU) przeprowadzono trzy odrębne analizy mixed



ANOVA w schemacie  $2 \times 2$  (czas  $\times$  grupa), aby ocenić, czy zmiany stylów radzenia sobie w czasie różnią się pomiędzy grupą medytującą a kontrolną.

Hipotezę czwartą (H4), dotyczącą moderującej roli stylu zadaniowego, weryfikowano przy użyciu modeli regresji liniowej. Zmienną zależną stanowiła zmiana wyniku (różnica pomiędzy pomiarem końcowym a początkowym), natomiast predyktorami były: przynależność do grupy (eksperymentalna vs kontrolna), wyjściowy poziom stylu zadaniowego (CISS-SSZ) oraz składnik interakcyjny grupa  $\times$  styl zadaniowy. Takie ujęcie umożliwiło ocenę, czy skuteczność interwencji była zróżnicowana w zależności od poziomu stylu zadaniowego mierzonego przed rozpoczęciem badania.

W hipotezie piątej (H5), dotyczącej związków pomiędzy poziomem stresu, lęku i stylami radzenia sobie, zastosowano współczynniki korelacji rang Spearmana. Decyzja ta była podyktowana stwierdzonymi odchyleniami rozkładów zmiennych od normalności, co czyniło metody nieparametryczne bardziej adekwatnymi. Analizy korelacyjne dotyczyły wyników PSS-10, KPS, STAI-X1 oraz skal CISS traktowanych jako zmienne ciągłe.

Hipotezę szóstą (H6), opartą na danych z dzienniczków samopoczucia, analizowano w ujęciu procesowym. Dla każdego uczestnika grupy eksperymentalnej obliczono nachylenie indywidualnego trendu liniowego opisującego zmiany deklarowanego stresu, lęku oraz samopoczucia w trakcie 30 dni praktyki. Następnie średnie nachylenia w grupie porównano z wartością zerową, oznaczającą brak systematycznej zmiany, za pomocą testu t dla jednej próby, stosowanego jednostronnie ze względu na kierunkowy charakter hipotezy.

We wszystkich analizach przyjęto poziom istotności  $\alpha = 0,05$ . Raportowano odpowiednie miary wielkości efektu, w tym częściowe eta-kwadrat ( $\eta^2p$ ) dla analiz wariancji, d Cohena dla porównań oraz testów jednopróbkowych, a także współczynniki  $\rho$  Spearmana dla analiz korelacyjnych. W przypadku naruszenia założeń jednorodności wariancji stosowano procedury odporne, takie jak korekta Welcha.

### 3.6 Narzędzia pomiarowe

#### 3.6.1 Skala Poczucia Stresu (PSS-10) Cohen, Kamarck, Mermelstein

Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10) autorstwa Cohena, Kamarcka i Mermelstein, w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik, służy do oceny natężenia subiektywnie odczuwanego stresu związanego z własną sytuacją życiową w ciągu ostatniego miesiąca.



Przez subiektywnie odczuwany stres rozumie się indywidualne poczucie przeciążenia, braku kontroli nad zdarzeniami oraz ich nieprzewidywalności, wynikające przede wszystkim z poznawczej oceny sytuacji, a nie z samej obecności obiektywnych stresorów. Skala została opracowana w paradygmacie poznawczo-transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkman (1984), zgodnie z którą to ocena znaczenia sytuacji i zasobów radzenia sobie decyduje o pojawieniu się reakcji stresowej. W tym ujęciu PSS-10 dostarcza globalnego wskaźnika obciążenia stresem w ostatnich 30 dniach, co czyni ją szczególnie użyteczną przy ewaluacji krótkoterminowych interwencji (np. 30-dniowej praktyki medytacyjnej).

Kwestionariusz obejmuje 10 twierdzeń ocenianych na pięciostopniowej skali częstości od 0 („nigdy”) do 4 („bardzo często”). Cztery pozycje (nr 4, 5, 7 i 8) mają odwrócony klucz punktowania; przy obliczaniu wyniku należy więc zamienić wartości (4-3-2-1-0). Suma punktów ze wszystkich pozycji daje wynik surowy w zakresie od 0 do 40, gdzie wyższy rezultat oznacza większe nasilenie odczuwanego stresu. Wynik surowy przelicza się na steny zgodnie z polskimi normami opracowanymi na dużej próbie normalizacyjnej (N = 2074). W badaniach tych analizowano płeć, wiek, wykształcenie i zawód; różnice nie osiągnęły istotności statystycznej, dlatego przyjęto jednolite normy dla dorosłych. Interpretacja kliniczna i psychologiczna opiera się na przedziałach: 1–4 stena – niski poziom stresu, 5–6 stenów – poziom przeciętny, 7–10 stenów – poziom wysoki. W praktyce raportuje się zarówno wynik surowy (do analiz statystycznych i porównań przed-po), jak i sten (dla zrozumiałej interpretacji indywidualnej).

Przeliczenie wyniku surowego na steny (normy polskie):

0 → 1 sten, 1–3 → 2 sten, 4–9 → 3 sten, 10–13 → 4 sten, 14–16 → 5 sten,

17–19 → 6 sten, 20–22 → 7 sten, 23–26 → 8 sten, 27–30 → 9 sten, 31–40 → 10 sten.

Właściwości psychometryczne PSS-10 oceniono jako bardzo dobre. Rzetelność wewnętrzna mierzona współczynnikiem alfa Cronbacha wyniosła w oryginale 0,84, a w polskiej adaptacji 0,86, co świadczy o wysokiej spójności pozycji. Powtarzalność (test-retest) kształtuje się na poziomie  $r = 0,90$  przy odstępnie dwudniowym oraz  $r = 0,72$  przy odstępnie czterotygodniowym, co potwierdza bardzo dobrą stabilność krótkoterminową oraz oczekiwany, umiarkowany spadek stabilności wraz z upływem czasu (wrażliwość na realne zmiany stanu). Wszystkie pozycje korelują dodatnio z wynikiem ogólnym, a szczególnie wysokie korelacje item-total odnotowano dla pozycji 3, 6 i 10 (ok.  $r = 0,55$ – $0,60$ ), co



wskazuje na ich dużą moc dyskryminacyjną i centralne znaczenie w konstrukcji percepcji stresu. Analizy czynnikowe w różnych próbach potwierdzają w praktyce jednowymiarowy charakter skali (kryterium Kaisera, test „osypiska”), choć nierzadko wyodrębnia się również dwa skorelowane czynniki: spostrzeganą bezradność i spostrzeganą własną skuteczność; łącznie wyjaśniają one około 49–55% wariancji, w zależności od próby i procedury rotacji.

Trafność PSS-10 jest dobrze udokumentowana na gruncie zależności zewnętrznych. W wielu badaniach wykazano dodatnie związki z objawami depresyjności i lęku, a ujemne z poczuciem własnej skuteczności, samooceną i satysfakcją z życia (np. korelacje z SES ok.  $-0,53$ , z GSES ok.  $-0,38$ , ze SWLS ok.  $-0,52$ ). Ponadto odnotowano ujemne zależności z ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych (ok.  $-0,35$ ) oraz z subiektywną oceną zdrowia (ok.  $-0,22$ ), co wskazuje, że wyższe obciążenie stresem wiąże się z mniej korzystnym stylem życia i gorszym dobrostanem somatycznym. W odniesieniu do strategii radzenia sobie (COPE) wyniki PSS-10 korelują ujemnie ze strategiami zadaniowymi (np. Aktywne Radzenie ok.  $-0,36$ ; Planowanie ok.  $-0,39$ ) i dodatnio ze strategiami unikowymi (np. Zaprzestanie działań ok.  $0,42$ ; Odwracanie uwagi ok.  $0,32$ ), co jest zgodne z założeniami teoretycznymi i przemawia za trafnością konstruktów.

Skala przeznaczona jest do badań osób dorosłych – zarówno w populacji ogólnej, jak i w grupach klinicznych – i może być stosowana indywidualnie lub grupowo. Jej atutami są krótki czas wypełnienia (ok. 5 minut), prostota obliczania wyników oraz czułość na krótkoterminowe zmiany, dzięki czemu stanowi narzędzie z wyboru przy ocenie efektów interwencji psychologicznych i medycznych. W niniejszym badaniu PSS-10 pełni rolę kluczowego wskaźnika subiektywnie odczuwanego stresu w pomiarze przed i po 30-dniowej interwencji medytacyjnej zarówno w grupie eksperymentalnej, jak i kontrolnej. Dla jakości oceny zaleca się dopilnowanie kompletności odpowiedzi we wszystkich 10 pozycjach oraz przypomnienie badanym o ramie czasowej „ostatni miesiąc”, co wzmacnia trafność treściową odpowiedzi. W analizach statystycznych zmian zastosowano wyniki surowe, które stanowiły podstawę do przeprowadzenia testów t oraz analiz wariancji z pomiarem powtarzanym.

### 3.6.2 Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) Plopy i Makarowskiego

Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) został opracowany przez Mieczysława Plopy i Ryszarda Makarowskiego w 2004 roku, a jego najnowsze opracowanie podręcznikowe ukazało się w 2010 roku. Narzędzie przeznaczone jest do badania natężenia i struktury doznań stresowych u osób dorosłych, w wieku od 16 do 70 lat. KPS umożliwia ocenę



zarówno ogólnego poziomu stresu psychologicznego, jak i trzech jego głównych wymiarów: napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego oraz stresu intrapsychnicznego. Autorzy uwzględnili w konstrukcji także tzw. skalę kłamstwa, która pozwala kontrolować tendencję osób badanych do przedstawiania siebie w zbyt korzystnym świetle.

Podstawą teoretyczną dla opracowania KPS była przede wszystkim poznawczo-transakcyjna koncepcja stresu Richarda Lazarusa i Susan Folkman (1984), w której stres definiowany jest jako dynamiczna relacja między jednostką a środowiskiem, oceniana poznawczo jako przekraczająca możliwości radzenia sobie i zagrażająca dobrostanowi. Autorzy kwestionariusza nawiązują również do klasycznej teorii stresu Hansa Selye'a (1956), koncepcji potrzeby aprobaty społecznej Crowne'a i Marlowe'a (1960) oraz idei poczucia koherencji Antonovsky'ego (1987). W efekcie KPS opiera się na zintegrowanym podejściu, które ujmuje stres nie tylko jako reakcję na bodziec, ale również jako proces subiektywnej oceny i regulacji emocjonalnej.

Kwestionariusz składa się z 27 twierdzeń, ocenianych na pięciostopniowej skali: od „prawda” (5 punktów) do „nieprawda” (1 punkt). Osoba badana dokonuje wyboru jednej odpowiedzi dla każdego stwierdzenia. W kilku pytaniach stosuje się odwrócony klucz punktowania (oznaczony w arkuszu obliczeniowym\*), co wymaga odpowiedniego przeliczenia wyniku (1-2-3-4-5).

KPS składa się z trzech głównych skal, każda po 7 pozycji, oraz dodatkowej skali kłamstwa (6 pozycji). Struktura kwestionariusza przedstawia się następująco:

- Napięcie emocjonalne (7 pozycji: m.in. 1, 5, 9, 13\*, 17, 21, 25) – obejmuje doznania związane z uczuciem niepokoju, nerwowości, drażliwości i napięcia w relacjach interpersonalnych. Osoby o wysokich wynikach w tym wymiarze często deklarują zmęczenie, brak energii oraz brak chęci do działania mimo braku wyraźnej przyczyny.
- Stres zewnętrzny (7 pozycji: m.in. 2\*, 6, 10, 14, 18\*, 22, 26) – odzwierciedla poczucie presji ze strony otoczenia, nadmiernych oczekiwań, braku sprawiedliwej oceny i wykorzystywania. Osoby uzyskujące wysokie wyniki często odczuwają frustrację i bezradność wobec nacisków ze strony środowiska społecznego.
- Stres intrapsychniczny (7 pozycji: m.in. 3, 7, 11, 15\*, 19, 23, 27) – wiąże się z tendencją do zamartwiania się, nadmiernych obaw, poczucia osamotnienia i obniżonego

sensu życia. Osoby z wysokim poziomem stresu intrapsychnicznego cechuje samokrytycyzm, niepokój o przyszłość i podatność na negatywne emocje.

- Skala kłamstwa (6 pozycji: m.in. 4\*, 8, 12\*, 16, 20\*, 24) – została opracowana w oparciu o teorię potrzeby aprobaty społecznej Crowne'a i Marlowe'a (1960) i służy do wykrywania tendencji do autoprezentacji w nadmiernie korzystnym świetle. Wysoki wynik może świadczyć o ukrywaniu własnych wad i wybielaniu się, co podważa wiarygodność całego wyniku KPS.

Sposób obliczania wyników jest przejrzysty. Każdy z trzech głównych wymiarów ma zakres od 7 do 35 punktów. Wynik ogólny KPS, będący sumą trzech skal podstawowych, zawiera się w przedziale od 21 do 105 punktów. Wynik skali kłamstwa mieści się w przedziale 6–30 punktów i interpretowany jest osobno. Otrzymane wyniki surowe przekształca się następnie na normy stenowe, co umożliwia normatywną ocenę poziomu stresu. Normy opracowano na podstawie wyników ponad 8800 osób zróżnicowanych pod względem wieku, płci, wykształcenia, stanu cywilnego i zawodu.

Uogólnione normy stenowe skali ogólnej (Tabela XVI) to:

21-36 punktów → sten 1, 37-45 → sten 2, 46-53 → sten 3, 54-62 → sten 4, 63-70 → sten 5  
71-78 → sten 6, 79-87 → sten 7, 88-95 → sten 8, 96-104 → sten 9, 105 → sten 10.

Interpretacja stenów przebiega następująco: 1–2 steny oznaczają wyniki bardzo niskie, 3–4 niskie, 5–6 przeciętne, 7–8 wysokie, a 9–10 bardzo wysokie. Dla skali kłamstwa wynik w przedziale 7–10 stenów świadczy o silnej tendencji do prezentowania się w nadmiernie korzystnym świetle i może wskazywać na niewiarygodność uzyskanych danych.

Rzetelność KPS oceniono na podstawie badań z udziałem 296 dorosłych (190 kobiet i 106 mężczyzn). Współczynniki alfa Cronbacha dla całej próby wyniosły: 0,81 dla skali napięcia emocjonalnego, 0,73 dla stresu zewnętrznego, 0,70 dla stresu intrapsychnicznego i 0,68 dla skali kłamstwa. Wyniki te potwierdzają wysoką spójność wewnętrzną każdej z podskal. Analiza mocy dyskryminacyjnej pozycji wykazała, że wszystkie itemy miały dodatnie wartości korelacji z wynikiem ogólnym, a ich usunięcie nie poprawiłoby rzetelności narzędzia, co dowodzi dobrego dopasowania treści pytań do mierzonych konstruktów.

Trafność kwestionariusza została potwierdzona zarówno w analizach czynnikowych, jak i kryterialnych. Analizy confirmacyjne wskazały na stabilny trójczynnikiowy model



odpowiadający trzem głównym wymiarom stresu, przy wskaźnikach dopasowania modelu świadczących o jego satysfakcjonującej jakości (np. RMSEA = 0,053; GFI = 0,935; AGFI = 0,919). Struktura czynnikowa okazała się równoważna dla kobiet i mężczyzn oraz niezależna od poziomu nasilenia stresu. Ponadto wykazano istotne korelacje wyników KPS z innymi miarami psychologicznymi. Dodatkowo zależności występowały z neurotyzmem (NEO-FFI), nasileniem objawów depresyjnych (BDI) i poziomem lęku (STAI), natomiast ujemne z ekstrawersją, sumiennością oraz wskaźnikami temperamentalnymi (PTS). Szczególnie silne korelacje dotyczyły objawów depresyjnych ( $r = 0,57-0,77$ ) i lęku (do  $r = 0,60$ ), co potwierdza zgodność teoretyczną pomiaru. W badaniach porównawczych osoby hospitalizowane osiągały istotnie wyższe wyniki KPS we wszystkich skalach niż osoby zdrowe, co potwierdza trafność kryterialną.

Przeznaczenie KPS jest szerokie. Może być stosowany zarówno w badaniach naukowych, jak i w praktyce klinicznej, diagnostycznej i profilaktycznej. Narzędzie nadaje się do oceny poziomu stresu w populacji ogólnej, w grupach zawodowych szczególnie narażonych na stres (np. nauczyciele, lekarze, ratownicy medyczni), a także u osób chorych somatycznie lub psychicznie. Umożliwia monitorowanie skuteczności interwencji psychologicznych, programów profilaktycznych czy terapii. Czas wypełnienia kwestionariusza wynosi około 20 minut, a badanie może być prowadzone indywidualnie lub grupowo.

Podsumowując, Kwestionariusz Poczucia Stresu jest narzędziem o dobrych właściwościach psychometrycznych, pozwalającym na rzetelną i trafną ocenę zarówno ogólnego poziomu stresu, jak i jego poszczególnych wymiarów. Uwzględnienie norm stenowych oraz skali kontrolnej umożliwia precyzyjną interpretację wyników i ocenę stopnia obciążenia stresem. W niniejszym badaniu KPS pełni rolę narzędzia komplementarnego wobec PSS-10, dostarczając pogłębionych informacji na temat struktury stresu i pozwalając na porównania wyników w grupie eksperymentalnej i kontrolnej przed i po 30-dniowym programie medytacyjnym.

### 3.6.3 Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI Arkusz X-1) Spielbergera

Arkusz STAI X-1 (State Anxiety Inventory – wersja do pomiaru lęku jako stanu), autorstwa Charlesa D. Spielbergera, w polskiej adaptacji Konrada Wrześniewskiego i współpracowników (2011; wcześniejsze polskie opracowanie: Strelau i in.), służy do oceny aktualnego (sytuacyjnego) poziomu lęku przeżywanego „tu i teraz”. Narzędzie mierzy



intensywność subiektywnie odczuwanego napięcia, obaw i niepokoju oraz towarzyszących im reakcji fizjologicznych, jakie pojawiają się w określonej chwili i konkretnym kontekście. Lęk jako stan ma charakter przejściowy i dynamiczny: nasila się w warunkach spostrzeganego zagrożenia/stresu, a obniża wraz ze zmianą sytuacji lub skuteczną regulacją emocji. Od lęku jako cechy (trwałej dyspozycji do reagowania lękiem) odróżnia go właśnie chwilowość i zależność od kontekstu – dlatego wymaga odrębnego pomiaru.

Podłoże teoretyczne inwentarza stanowi dwuwymiarowe ujęcie lęku Spielbergera (stan vs. cecha) oraz szerzej – poznawczo-transakcyjna koncepcja stresu Lazarusa i Folkmana (1984), w której znaczenie emocjonalnej reakcji (w tym lęku) wyznacza ocena poznawcza sytuacji oraz przekonanie o własnych zasobach radzenia sobie. Pomiar lęku-stanu w STAI X-1 pozwala zatem uchwycić natężenie reaktywności emocjonalnej wprost w odpowiedzi na bieżący stresor, z wysoką wrażliwością na krótkotrwałe zmiany.

Kwestionariusz składa się z 20 twierdzeń odnoszących się do aktualnego samopoczucia („w tej chwili”). Badany wybiera jedną z czterech odpowiedzi: „zdecydowanie nie”, „raczej nie”, „raczej tak”, „zdecydowanie tak”, kodowanych wartościami 1–4. Połowa pozycji ma brzmienie negatywne (objawy lęku; wyższa liczba = więcej lęku) i jest punktowana wprost, a połowa – pozytywne stany spokoju/rozluźnienia – jest odwrotnie punktowana (pozycje z tym kluczem są jednoznacznie oznaczone w arkuszu norm i kluczu, tak aby przy obliczeniach zamienić 1↔4 i 2↔3). Zestaw pozycji z odwracaniem w wersji X-1: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Suma 20 pozycji daje wynik surowy w zakresie 20–80 punktów; im wyższy wynik, tym większe nasilenie lęku sytuacyjnego. W praktyce badawczej i diagnostycznej bezwzględnie należy dopilnować kompletności odpowiedzi – brak nawet jednej pozycji może istotnie zniekształcić wynik całkowity.

Interpretacja opiera się na przeliczeniu wyniku surowego na normy stenowe lub centylowe właściwe dla grupy odniesienia. W polskiej adaptacji opracowano odrębne normy dla młodzieży 15–16 lat, młodzieży 17–18 lat oraz dorosłych 21–79 lat; dodatkowo dostępne są normy dla żołnierzy (z rozróżnieniem na wcielonych krótko oraz z dłuższym stażem służby). Normy podawane są osobno dla kobiet i mężczyzn. W analizowanych próbach rozkłady wyników były zbliżone do normalnych, a różnice między podgrupami wiekowymi uzasadniały oddzielne tabele. W interpretacji stenowej przyjmuje się, że 1–4 stena oznacza nasilenie lęku niskie, 5–6 stena – zakres przeciętny, a 7–10 stenów – poziom podwyższony/wysoki. W interpretacji centylowej np. wynik na poziomie 75 centyla oznacza,



że 75% osób z odpowiedniej grupy normatywnej uzyskało wynik równy lub niższy, a 25% – wyższy. W badaniach młodzieży zaobserwowano ponadto drobne różnice tła (np. miejsce zamieszkania), a u dorosłych podwyższone wartości u części kobiet w wieku średnim – stąd znaczenie doboru właściwej tabeli norm przy przeliczaniu.

Właściwości psychometryczne STAI X-1 są bardzo dobre. Rzetelność wewnętrzna (alfa Cronbacha) mieści się na wysokim poziomie zarówno u młodzieży, jak i u dorosłych. W grupie 15–18-latków alfa wynosiła u dziewcząt 0,88 (15–16 lat) i 0,87 (17–18 lat), u chłopców 0,84 i 0,90; u dorosłych kobiet 0,89–0,92, u mężczyzn 0,82–0,91 (najniżej w grupie 70–79 lat: 0,82). W populacji żołnierzy wartości alfa również były bardzo wysokie (0,90–0,93). Standardowe błędy pomiaru (SEM) zwykle lokowały się w przedziale ok. 2,7–3,3 punktu, co zapewnia zadowalającą precyzję. Stabilność bezwzględna (test–retest) jest – zgodnie z naturą mierzonego konstrukt – umiarkowanie wysoka w krótkim horyzoncie i obniża się wraz ze wzrostem odstępu między pomiarami oraz zmiennością sytuacji: współczynniki korelacji ok. 0,80 raportowano w klasycznych badaniach test–retest, przy niższych wartościach w niektórych podgrupach (np. mężczyźni 55–69 lat ~0,46), co interpretowano jako efekt sytuacyjności lęku-stanu. Dane z adaptacji amerykańskiej (0,83–0,94) są spójne z obserwacjami polskimi.

Trafność STAI X-1 potwierdzają liczne źródła. W badaniach eksperymentalnych i quasi-eksperymentalnych, w których indukowano stres (np. oczekiwanie na klasówkę, film awersyjny, zadania ryzyka, ekspozycja na warunki fizjologicznie obciążające), wyniki X-1 istotnie rosły względem warunków neutralnych (np. średnie rzędu ~63 vs. ~39 u uczniów oczekujących na klasówkę vs. w sytuacji neutralnej), co dowodzi wrażliwości narzędzia na zmiany sytuacyjne i wspiera trafność teoretyczną. Korelacje między X-1 (stan) a X-2 (cecha) są umiarkowane – typowo w zakresie 0,39–0,81 w zależności od próby – co zgodnie z teorią wskazuje na częściową współzmiennność, ale i odrębność pomiaru chwilowego stanu względem dyspozycji. Zgodność z innymi miarami lęku i niepokoju (np. MAS, skale specyficzne jak lęk przed zawałem) jest dobra (rzędu ~0,60–0,62). W badaniach korelacyjnych wykazano ponadto zgodne z teorią związku z radzeniem sobie (CISS): dodatnio ze stylem emocjonalnym (~0,45–0,51), umiarkowanie dodatnio z działaniami zastępczymi (~0,37), ujemnie ze stylem zadaniowym (np. ~-0,25), co potwierdza powiązanie podwyższonego lęku sytuacyjnego z mniej adaptacyjnymi strategiami. Dodatkowo korelacje STAI X-1 z miarami przystosowania/problemów (np. Test Niedokończonych Zdań Rottera;  $r \sim 0,48–0,52$ ) wskazują, że wyższy lęk-stan wiąże się z większymi trudnościami



adaptacyjnymi i bardziej negatywną narracją o sobie. Trafność różnicowa potwierdzona została wyższymi wynikami X-1 w grupach klinicznych i trudnych (osoby hospitalizowane, więźniowie, żołnierze karani, osoby z zaburzeniami zachowania) względem grup zdrowych/przystosowanych; różnice były istotne statystycznie (np. ANOVA:  $F = 14,009$ ;  $p < 0,001$ ).

Procedura stosowania jest prosta i szybka. STAI X-1 można podawać indywidualnie lub grupowo; w badaniach grupowych zaleca się głośne odczytanie instrukcji. Czas wypełniania pojedynczej skali wynosi zwykle 7–10 minut. Kluczowe jest przypomnienie badanym, że odpowiedzi mają odzwierciedlać samopoczucie „w tej chwili”, a w obliczeniach – staranne zastosowanie odwrotnego punktowania dla pozycji pozytywnie sformułowanych. Wynik surowy (20–80) po przeliczeniu na sten/centył interpretuje się względem właściwych norm (płeć, wiek, populacja). W interpretacji klinicznej zaleca się podawanie także przedziału ufności (uwzględniając SEM), zwłaszcza przy decyzjach indywidualnych.

Zakres zastosowań STAI X-1 jest szeroki: diagnostyka i monitorowanie zaburzeń lękowych, ocena lęku przedoperacyjnego, w psychologii zdrowia (hospitalizacja, interwencje medyczne, ciąża, onkologia), w psychologii pracy i stresu zawodowego, sporcie, a także w badaniach interwencyjnych (np. treningi relaksacyjne, *mindfulness*, CBT), gdzie czułość na krótkoterminowe zmiany jest dużą zaletą. W niniejszym badaniu STAI X-1 będzie stosowany dwukrotnie (przed i po 30-dniowej interwencji medytacyjnej) w grupie eksperymentalnej i kontrolnej, co umożliwi ocenę, czy medytacja wiąże się z istotnym spadkiem lęku sytuacyjnego zgodnie z hipotezą H2 oraz czy wielkość zmiany zależy od początkowego profilu radzenia sobie.

Podsumowując, STAI – Arkusz X-1 jest krótkim, łatwym w użyciu i bardzo dobrze wystandaryzowanym narzędziem do pomiaru chwilowego lęku. Dysponuje solidną rzetelnością, bogatymi normami (stenowymi i centylowymi) z rozbiciem na wiek i płeć, a jego trafność potwierdzają zarówno wyniki badań sytuacyjnych, jak i korelacje z miarami pokrewnych konstruktów oraz różnicowanie grup. Dzięki temu stanowi wiarygodny wskaźnik zmian emocjonalnych w krótkim horyzoncie czasowym i jest w pełni adekwatny do oceny skutków 30-dniowej praktyki medytacyjnej w badaniu własnym.



### 3.6.4 Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) Endlera i Parkera

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) autorstwa Endlera i Parkera służy do diagnozy stylów radzenia sobie ze stresem rozumianych jako względnie trwałe dyspozycje wpływające na to, jakie mechanizmy jednostka uruchamia w sytuacjach trudnych. W odróżnieniu od strategii (zmiennych i sytuacyjnych), styl jest traktowany jako cecha osobowościowa. Koncepcja leżąca u podstaw CISS odwołuje się do transakcyjnego ujęcia stresu (Lazarus, Folkman, 1984) oraz interakcyjnego modelu radzenia sobie, w którym zachowanie zaradcze jest efektem wzajemnego oddziaływania cech sytuacji i indywidualnych tendencji jednostki.

Aktualna wersja kwestionariusza zawiera 48 pozycji ocenianych na 5-stopniowej skali częstości (od „nigdy” do „bardzo często”). Pozycje grupują się w trzy główne skale po 16 itemów każda: SSZ – Styl Skoncentrowany na Zadaniu, SSE – Styl Skoncentrowany na Emocjach oraz SSU – Styl Skoncentrowany na Unikaniu. Dodatkowo SSU dzieli się na dwie podskale: ACZ – Angażowanie się w Czynności Zastępcze (8 pozycji) oraz PKT – Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich (5 pozycji; trzy pozostałe itemy należą do SSU, ale nie wchodzi do żadnej z podskal). Brak odwracanych punktowań – wszystkie pozycje koduje się zgodnie z zaznaczoną częstością. Wynik każdej skali to suma punktów z jej pozycji (zakres 16–80), a dla podskal: ACZ 8–40, PKT 5–25. Czas badania wynosi ok. 20 minut i może ono przebiegać indywidualnie lub grupowo (w badaniu grupowym zaleca się głośne odczytanie instrukcji i kontrolę kompletności odpowiedzi). Dopuszcza się opracowanie wyników wyłącznie przy kompletnych protokołach; w zastosowaniach naukowych braków danych nie imputuje się.

Interpretacja opiera się na porównaniu wyników surowych ze standaryzowanymi normami stenowymi (1–10). W praktyce klinicznej i badawczej przyjmuje się: 1–2 sten = bardzo niskie, 3–4 = niskie, 5–6 = przeciętne, 7–8 = wysokie, 9–10 = bardzo wysokie natężenie danego stylu. O stylu dominującym mówimy, gdy wynik w jednej skali istotnie przewyższa wyniki w dwóch pozostałych; możliwe są również profile „mieszane” (porównywalne nasilenie stylów) lub brak wyraźnej dominacji. W interpretacji pomocne bywa także spojrzenie na podskale SSU: wysokie ACZ sygnalizuje preferencję zachowań zastępczych (np. zajmowanie się rzeczami niezwiązanymi z problemem), a wysokie PKT – tendencję do szukania towarzystwa jako formy unikania.



**Rzetelność.** Zgodność wewnętrzna CISS w badaniach autorów mieści się w zakresie  $\alpha = 0,72\text{--}0,92$  (pięć niezależnych badań łącznie  $n = 2898$ ), a stabilność bezwzględna w odstępie 6 tygodni osiąga  $r = 0,51\text{--}0,73$  ( $n = 238$  studentów). W polskiej adaptacji uzyskano bardzo spójne wskaźniki dla trzech populacji (uczniowie, studenci, mężczyźni po zawale): SSZ/SSE  $\alpha \approx 0,82\text{--}0,88$ , SSU  $\alpha \approx 0,74\text{--}0,78$ ; podskala PKT bywa nieco niższa (ok.  $<0,70$ ) z racji mniejszej liczby pozycji. Test–retest w próbach młodzieży (2–3 tygodnie) dał SSZ  $r = 0,75$ , SSE  $r = 0,78$ , SSU  $r = 0,80$ , ACZ  $r = 0,79$ , PKT  $r = 0,73$ ; w próbie dorosłych ( $n = 99$ , wiek 25–79) stabilność mieściła się w  $r \approx 0,82\text{--}0,87$ . Dane te potwierdzają wysoką rzetelność skal podstawowych i satysfakcjonującą dla podskal.

**Trafność.** Trafność czynnikową potwierdzono w wielokrotnych analizach: rozwiązania trójczynnikowe (metoda głównych składowych z rotacją varimax) konsekwentnie wyodrębniały czynniki zbieżne z SSZ, SSE i SSU, przy zadowalających ładunkach pozycji; podobny układ uzyskano w próbach normalizacyjnych (16–79 r.ż.) oraz w grupach żołnierzy. Trafność kryterialną i teoretyczną weryfikowano, korelując CISS z narzędziami o zbliżonej treści: z WCQ (Folkman, Lazarus) SSZ koreluje dodatnio z radzeniem skoncentrowanym na problemie ( $r \approx 0,42\text{--}0,49$ ), a SSE – z podskalami radzenia emocjonalnego ( $r \approx 0,31\text{--}0,69$ ). Z CSI (Amirkhan) SSZ dodatnio wiąże się z „problem solving” ( $r \approx 0,46\text{--}0,53$ ), a SSE – z „avoidance” ( $r \approx 0,41\text{--}0,49$ ). W badaniach z DSQ (Bond, Vaillant) SSZ dodatnio koreluje z mechanizmami dojrzałymi, natomiast SSE – z niedojrzałymi i neurotycznymi; u kobiet SSU dodatnio wiąże się z niedojrzałymi i neurotycznymi obronami. Korelacje z BPI (Jackson) wskazują, że wyższe SSE współwystępuje z objawami psychopatologicznymi (umiarkowane/silne związki). Zależność od aprobaty społecznej (Marlowe-Crowne) jest niska/ujemna, co ogranicza ryzyko zniekształceń odpowiedzi. Wyniki związków z innymi konstruktami są spójne: lęk (STAI – stan i cecha) dodatnio koreluje z SSE (najwyżej), ujemnie – słabiej – z SSZ; depresja (BDI-II) dodatnio z SSE i ACZ, ujemnie z SSZ; cechy osobowości (NEO-FFI, EPQ-R) pokazują dodatnią relację neurotyczności z SSE i ujemne powiązania ekstrawersji/sumienności ze stylem emocjonalnym; w obszarze temperamentu (FCZ-KT) reaktywność emocjonalna i perseweratywność dodatnio łączą się z SSE, aktywność z SSU, a wytrzymałość ujemnie z SSE. Zebrane dane jednoznacznie potwierdzają trafność konstruktów oraz użyteczność CISS w różnicowaniu profili radzenia sobie.

**Normy i różnice demograficzne.** Polskie normalizacje (2003 i 2018) oparto na doborze kwotowym (wiek 16–79, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania). Z uwagi na przesunięcia wyników po ~15 latach zaktualizowano normy populacyjne (normy dla



żołnierzy pozostawiono bez zmian, N = 1167). Normy stenowe opracowano dla trzech grup wiekowych: 16–24, 25–54, 55–79; w wersji populacyjnej nie wprowadzono podziału na płeć. Zmienność demograficzna jest istotna: w SSZ wyżej wypadają osoby 25–54, z wyższym wykształceniem i z dużych miast; w SSE kobiety 16–54 uzyskują przeciętnie wyższe wyniki niż mężczyźni; SSU różnicuje wiek – młodszy dorośli mają zwykle wyniki wyższe niż osoby starsze. W praktyce interpretacyjnej zawsze należy odnieść wynik do właściwej tabeli norm (wiek × populacja), podając sten oraz – przy diagnozie indywidualnej – przedział ufności oparty o SEM.

Przeznaczenie i zastosowania. Polska wersja CISS może być stosowana w wieku 16–79 lat (w populacji ogólnej i klinicznej). Narzędzie jest przydatne w: diagnozie indywidualnej (identyfikacja stylu dominującego i obszarów ryzyka; planowanie interwencji/psychoedukacji), badaniach przesiewowych (wczesne wyłanianie osób o nieadaptacyjnych tendencjach radzenia sobie), ewaluacji programów (np. treningów radzenia sobie, interwencji redukujących stres), badaniach naukowych nad związkami stylów ze stresem, lękiem, depresją, cechami osobowości/temperamentu oraz funkcjonowaniem społecznym i zawodowym.

### **3.6.5 Dzienniczek praktyki medytacyjnej (narzędzie autorskie)**

Dzienniczek medytacyjny (Załącznik 1) został opracowany na potrzeby niniejszego badania i pełnił funkcję narzędzia uzupełniającego pomiary kwestionariuszowe. Jego celem było monitorowanie codziennej praktyki medytacyjnej uczestników grupy eksperymentalnej przez okres trzydziestu dni oraz rejestrowanie subiektywnych odczuć związanych z przebiegiem ćwiczeń. Konstrukcja dzienniczka umożliwiała zarówno kontrolę regularności wykonywania praktyki, jak i uchwycenie krótkoterminowych zmian w zakresie samopoczucia, stresu i lęku.

Dzienniczek składał się z pięciu części. W pierwszej uczestnicy zaznaczali, czy danego dnia medytowali, a w przypadku odpowiedzi pozytywnej określali czas trwania praktyki, porę dnia oraz rodzaj stosowanej medytacji (np. medytacja oddechowa, skanowanie ciała, medytacja prowadzona, medytacja w ruchu lub inna). Druga część dotyczyła samooceny ogólnego samopoczucia na dziesięciostopniowej skali (od 1 – bardzo źle do 10 – bardzo dobrze). W trzeciej uczestnicy oceniali poziom stresu, a w czwartej – poziom lęku/napięcia, również na dziesięciostopniowych skalach (odpowiednio: od 1 – brak stresu do 10 – bardzo silny stres oraz od 1 – spokojny do 10 – bardzo niespokojny). Ostatnia część



pozwalala uczestnikom określić, czy po wykonanej medytacji zauważyli zmianę samopoczucia, a w przypadku odpowiedzi twierdzącej – wskazać jej charakter (poczucie poprawy, pogorszenia) oraz, opcjonalnie, krótko opisać własne obserwacje.

Dane uzyskane z dzienniczka podlegały analizie ilościowej i jakościowej. W wymiarze ilościowym obliczano łączną liczbę dni, w których uczestnik wykonał medytację, średni czas trwania praktyki, a także średnie oceny ogólnego samopoczucia, stresu i lęku. Wyniki te umożliwiały ocenę stopnia zaangażowania uczestników w interwencję oraz zmian w zakresie subiektywnego funkcjonowania psychicznego w trakcie badania. W wymiarze jakościowym analizie poddawano opisowe komentarze dotyczące odczuwanych zmian samopoczucia po medytacji, co pozwalało lepiej zrozumieć indywidualne doświadczenia badanych i uchwycić dodatkowe efekty praktyki niewidoczne w danych liczbowych.



## Rozdział 4 Analiza i interpretacja wyników badań własnych

W celu udzielenia odpowiedzi na pytania badawcze oraz weryfikacji postawionych hipotez przeprowadzono analizę zgromadzonego materiału empirycznego. W rozdziale przedstawiono najpierw statystyki opisowe badanych zmiennych w dwóch punktach pomiarowych (pomiar wstępny i pomiar końcowy) z uwzględnieniem podziału uczestników na grupę osób praktykujących medytację oraz grupę niemedytującą, a następnie przeprowadzono weryfikację hipotez. W hipotezach dotyczących stresu i lęku analizowano wyniki PSS-10, wyniku ogólnego KPS oraz STAI X-1 z zastosowaniem dwuczynnikowej analizy wariancji z pomiarem powtarzanym w układzie mieszanym  $2 \times 2$ , obejmującym czynnik czasu oraz czynnik grupy (medytująca i kontrolna). Analogiczny schemat analityczny zastosowano w odniesieniu do hipotezy dotyczącej stylów radzenia sobie ze stresem, przeprowadzając odrębne analizy wariancji z pomiarem powtarzanym dla trzech głównych skal CISS (SSZ, SSE i SSU), aby ocenić, czy zmiany w czasie przebiegały odmiennie w obu grupach. W hipotezie moderacyjnej wykorzystano model regresji liniowej, w którym zmienną zależną była zmiana wyniku pomiędzy pomiarem końcowym a wstępnym, natomiast predyktorami były przynależność do grupy, wyjściowy poziom stylu zadaniowego (CISS SSZ) oraz składnik interakcyjny grupa  $\times$  SSZ, co umożliwiło ocenę czy zależność między uczestnictwem w programie a zmianą wyników różniła się w zależności od poziomu stylu zadaniowego. Zależności pomiędzy poziomem stresu, lęku i stylami radzenia sobie oceniono z wykorzystaniem współczynnika korelacji rang Spearmana, adekwatnego w warunkach odchylenia od snormalności rozkładów części zmiennych. We wszystkich analizach przyjęto poziom istotności statystycznej  $\alpha = 0,05$ .

### 4.1 Statystyki opisowe

W pierwszym kroku analizy sprawdzono rozkłady zmiennych ilościowych. W tym celu wyliczono podstawowe statystyki opisowe (średnia, mediana, odchylenie standardowe, wartości minimalne i maksymalne), a także miary kształtu rozkładu (skośność i kurtoza). Normalność rozkładu dla każdej zmiennej zweryfikowano testem Shapiro-Wilka, wykonanym osobno dla grupy niemedytującej i medytującej oraz oddzielnie dla pomiaru wstępnego i końcowego.

Następnie oceniono rzetelność wewnętrzną zastosowanych narzędzi, wyznaczając współczynnik alfa Cronbacha oddzielnie dla obu pomiarów oraz dla grupy medytującej



i niemedytującej. W pomiarze wstępnym rzetelność skali PSS-10 wynosiła  $\alpha = 0,80$  w grupie niemedytującej oraz  $\alpha = 0,87$  w grupie medytującej, natomiast w pomiarze końcowym odpowiednio  $\alpha = 0,86$  oraz  $\alpha = 0,78$ . Dla kwestionariusza KPS uzyskano wysokie wartości alfa w obu grupach i pomiarach (pomiar wstępny:  $\alpha = 0,90$  w grupie niemedytującej oraz  $\alpha = 0,87$  w grupie medytującej; pomiar końcowy:  $\alpha = 0,91$  oraz  $\alpha = 0,83$ ). Rzetelność pomiaru lęku jako stanu (STAI-X1) była bardzo wysoka i stabilna (pomiar wstępny:  $\alpha = 0,94$  w grupie niemedytującej oraz  $\alpha = 0,93$  w grupie medytującej; pomiar końcowy:  $\alpha = 0,95$  oraz  $\alpha = 0,87$ ). W przypadku CISS odnotowano rzetelność na poziomie dobrym w obu grupach i obu punktach pomiarowych (pomiar wstępny:  $\alpha = 0,80$  w grupie niemedytującej oraz  $\alpha = 0,82$  w grupie medytującej; pomiar końcowy:  $\alpha = 0,81$  oraz  $\alpha = 0,80$ ). Uzyskane wartości wskazywały, że pomiar był na ogół spójny wewnątrznie, przy czym relatywnie najniższą rzetelność zarejestrowano dla PSS-10 w pomiarze końcowym w grupie medytującej ( $\alpha = 0,78$ ), co nadal mieściło się w granicach akceptowalności w badaniach naukowych.

W grupie niemedytującej wyniki testu Shapiro-Wilka w pomiarze wstępnym okazały się istotne statystycznie dla wszystkich analizowanych zmiennych, co wskazywało na rozkłady odbiegające od rozkładu normalnego. Analogiczny obraz uzyskano w pomiarze końcowym: normalność rozkładu nie była spełniona dla większości zmiennych, a wyjątek stanowił jedynie styl skoncentrowany na emocjach (CISS SSE), dla którego nie stwierdzono istotnych odchyłeń od normalności. Oznaczało to, że w tej grupie rozkłady wyników odbiegały od normalnego niezależnie od punktu pomiarowego, natomiast nasilenie odchyłeń nie miało charakteru skrajnego – w większości przypadków wartości skośności pozostawały umiarkowane (najczęściej bliskie zera lub o niewielkiej dodatniej/ujemnej wartości), a ujemne wartości kurtozy występowały relatywnie często, co wskazywało na rozkłady spłaszczone względem rozkładu normalnego. Wyraźniejsze odstępstwa od normalności obserwowano w obrębie stylu unikowego CISS (SSU) oraz jego składowych, gdzie zaznaczała się większa asymetria rozkładów i częściej występowały dodatnie wartości kurtozy, co było spójne z istotnymi wynikami testu normalności.

Szczegółowe statystyki opisowe wraz z wynikami testu Shapiro-Wilka dla zmiennych analizowanych w grupie niemedytującej w pomiarze wstępnym przedstawiono w tabeli 1.



**Tabela 1** Statystyki opisowe wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka w grupie niemedytującej – pomiar wstępny

Zmienna	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	p
<b>PSS -10</b>									
PSS-10	20,9	20,0	5,27	0,12	-1,26	12	30	0,93	0,005
<b>STAI X-1</b>									
STAI X-1	47,6	45,0	9,62	0,38	-0,97	30	69	0,92	0,002
<b>KPS</b>									
KPS -(NE)	23,3	24,5	4,59	-0,39	-1,16	14	30	0,91	0,001
KPS - (SZ)	23,3	24,0	5,32	-0,14	-0,97	14	31	0,93	0,008
KPS - (SI)	22,1	22,0	5,49	0,01	-0,54	13	32	0,94	0,017
KPS - (KL)	16,7	17,0	3,96	-0,21	1,43	7	28	0,94	0,019
KPS - skala ogólna	68,8	71,5	14,51	-0,27	-0,93	44	91	0,94	0,011
<b>CISS</b>									
CISS - SSZ	50,1	48,0	10,02	0,18	-0,93	35	70	0,94	0,013
CISS - SSE	47,7	48,0	9,61	0,23	-0,68	32	67	0,95	0,025
CISS - SSU	46,5	45,0	13,18	0,63	0,38	22	74	0,89	<0,001
CISS - ACZ	22,2	21,0	7,89	0,60	-0,11	9	38	0,92	0,003
CISS - PKT	15,9	15,0	4,22	0,34	-0,25	9	25	0,93	0,008

Źródło: Opracowanie własne

Dane zestawione w tabeli 1 wskazują na istotne statystycznie odstępstwa od rozkładu normalnego dla większości analizowanych zmiennych w pomiarze wstępnym w grupie niemedytującej. Analogiczne statystyki opisowe oraz wyniki testu Shapiro-Wilka dla grupy niemedytującej w pomiarze końcowym przedstawiono w tabeli 2.



**Tabela 2** Statystyki opisowe wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka w grupie niemedytującej – pomiar końcowy

Zmienna	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	p
<b>PSS -10</b>									
PSS-10	22,1	22,0	5,89	0,14	-1,18	12	33	0,95	0,032
<b>STAI X-1</b>									
STAI X-1	50,6	49,0	10,96	0,09	-1,19	30	72	0,95	0,028
<b>KPS</b>									
KPS -NE)	23,9	26,0	4,51	-0,54	-1,20	15	30	0,87	<0,001
KPS - (SZ)	23,9	25,0	5,20	-0,29	-0,73	14	32	0,95	0,034
KPS - (SI)	22,9	24,0	5,38	-0,27	-0,43	13	32	0,94	0,009
KPS - (KL)	16,4	17,0	3,88	-0,17	1,64	7	28	0,94	0,010
KPS - skala ogólna	70,6	74,5	14,11	-0,49	-0,76	44	91	0,93	0,004
<b>CISS</b>									
CISS - SSZ	49,7	48,0	9,96	0,26	-0,83	34	70	0,95	0,023
CISS - SSE	50,9	52,0	10,02	-0,23	-0,85	32	67	0,96	0,076
CISS - SSU	46,9	45,0	13,25	0,64	0,43	22	75	0,89	<0,001
CISS - ACZ	22,4	21,0	7,83	0,55	-0,09	9	38	0,92	0,003
CISS - PKT	15,7	15,0	4,24	0,42	-0,18	9	25	0,92	0,003

Źródło: Opracowanie własne

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 2, rozkłady większości zmiennych w pomiarze końcowym również odbiegały od rozkładu normalnego, przy czym nasilenie odchyleń miało charakter umiarkowany.

W grupie medytującej rozkłady miały bardziej zróżnicowany charakter w zależności od zmiennej i momentu pomiaru. W pomiarze wstępnym nie stwierdzono istotnych odchyleń od normalności m.in. dla poziomu stresu mierzonego PSS-10, dla większości podskal KPS (napiecie emocjonalne, stres zewnętrzny, stres intrapsychoiczny) oraz dla wyniku ogólnego KPS, a także dla stylu zadaniowego i emocjonalnego CISS (SSZ i SSE). Jednocześnie w tym samym pomiarze istotne wyniki testu Shapiro-Wilka uzyskano dla STAI X-1 (lęk jako stan), dla skali kłamstwa KPS oraz dla stylu unikowego CISS (SSU) i jego składowych (angażowanie się w czynności zastępcze oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich), co wskazywało na rozkłady odbiegające od normalnego głównie w obszarze unikania oraz



w wybranych wynikach kwestionariuszy. W pomiarze końcowym sytuacja częściowo się odwróciła: dla STAI X-1 nie stwierdzono istotnych odchylenia od normalności, natomiast istotność testu pojawiła się m.in. dla PSS-10, dla stresu zewnętrznego KPS, dla skali kłamstwa KPS oraz dla wyniku ogólnego KPS. Jednocześnie ponownie utrzymały się istotne odstępstwa od normalności w stylu unikowym CISS (SSU) oraz jego składowych (ACZ, PKT). W tym układzie wyniki wskazywały, że w grupie medytującej rozkłady części zmiennych były zbliżone do normalnego w jednym pomiarze, ale niekoniecznie w drugim, natomiast najbardziej konsekwentne odchylenia dotyczyły obszaru stylu unikowego oraz czynności zastępczych i poszukiwania kontaktów towarzyskich.

**Tabela 3.** Statystyki opisowe wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka w grupie medytującej – pomiar wstępny

Zmienna	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	p
<b>PSS -10</b>									
PSS-10	16,7	17,5	4,31	-0,30	-0,53	8	24	0,96	0,098
<b>STAI X-1</b>									
STAI X-1	40,7	41,0	5,27	-0,15	1,40	30	55	0,90	<0,001
<b>KPS</b>									
KPS -(NE)	20,1	19,0	4,64	0,22	-0,48	11	29	0,96	0,072
KPS - (SZ)	19,2	19,0	3,82	0,25	-0,71	13	27	0,96	0,073
KPS - (SI)	18,5	18,0	3,97	0,10	-0,73	12	27	0,96	0,112
KPS - (KL)	19,9	19,0	3,67	0,63	-0,59	15	28	0,92	0,002
KPS - skala ogólna	57,8	55,0	10,87	0,16	-0,96	39	78	0,96	0,131
<b>CISS</b>									
CISS - SSZ	54,3	53,0	8,26	0,23	-0,88	40	72	0,97	0,174
CISS - SSE	44,0	44,5	5,92	0,01	-0,26	33	58	0,98	0,567
CISS - SSU	45,7	44,0	11,23	1,00	0,74	29	72	0,90	<0,001
CISS - ACZ	21,8	21,0	6,25	1,18	1,50	12	38	0,87	<0,001
CISS - PKT	16,4	16,0	4,54	0,55	-0,71	10	25	0,91	0,001

Źródło: Opracowanie własne

Szczegółowe statystyki opisowe oraz wyniki testu Shapiro-Wilka dla grupy medytującej w pomiarze wstępnym przedstawiono w tabeli 3. Dane te potwierdzają zróżnicowany charakter rozkładów, przy czym część zmiennych spełniała założenie



normalności, a istotne odstępstwa dotyczyły przede wszystkim obszaru stylu unikowego oraz wybranych skal kwestionariuszowych.

Analogiczne statystyki opisowe oraz wyniki testu Shapiro-Wilka dla grupy medytującej w pomiarze końcowym zaprezentowano w tabeli 4, co umożliwia porównanie zmian w kształcie rozkładów pomiędzy oboma punktami pomiarowymi.

**Tabela 4.** Statystyki opisowe wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka w grupie medytującej – pomiar końcowy

Zmienna	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	p
<b>PSS -10</b>									
PSS-10	21,7	22,0	6,26	-0,57	0,09	8	33	0,95	0,036
<b>STAI X-1</b>									
STAI X-1	48,8	46,0	10,53	0,44	-0,45	30	72	0,96	0,090
<b>KPS</b>									
KPS -(NE)	23,8	24,0	5,39	-0,23	-0,78	14	33	0,96	0,079
KPS - (SZ)	22,2	22,5	5,11	-0,25	-1,12	13	30	0,93	0,004
KPS - (SI)	21,7	21,0	4,44	-0,11	-0,58	14	30	0,96	0,057
KPS - (KL)	19,8	19,0	3,71	0,61	-0,52	14	28	0,93	0,007
KPS - skala ogólna	67,6	67,5	13,69	-0,11	-1,23	45	90	0,94	0,013
<b>CISS</b>									
CISS - SSZ	53,3	51,5	8,42	0,22	-0,82	38	71	0,97	0,203
CISS - SSE	50,4	49,0	10,36	0,37	-0,53	33	71	0,96	0,062
CISS - SSU	46,0	44,0	11,48	1,05	0,88	29	73	0,89	<0,001
CISS - ACZ	21,8	21,0	6,25	1,18	1,50	12	38	0,87	<0,001
CISS - PKT	16,2	15,0	4,62	0,65	-0,71	10	25	0,89	<0,001

Źródło: Opracowanie własne

Niezależnie od wyników testów normalności, miary skośności w większości zmiennych nie przekraczały bezwzględnej wartości 1, co wskazywało na brak silnej asymetrii rozkładów. Wyjątki dotyczyły przede wszystkim obszaru stylu unikowego w grupie medytującej (szczególnie składowej ACZ oraz SSU), gdzie skośność osiągała wartości około 1 lub nieco powyżej 1, co świadczyło o bardziej zaznaczonej asymetrii prawostronnej i było zgodne z istotnymi wynikami testu Shapiro-Wilka. Równocześnie w wielu zmiennych obserwowano ujemne wartości kurtozy (rozkłady spłaszczone), natomiast dodatnia kurtoza



pojawiła się częściej w tych podskalach, w których równocześnie występowały większe odchylenia od normalności, co wskazywało na bardziej „wysmukły” rozkład i obecność relatywnie wyższych wartości.

## 4.2 Weryfikacja hipotez

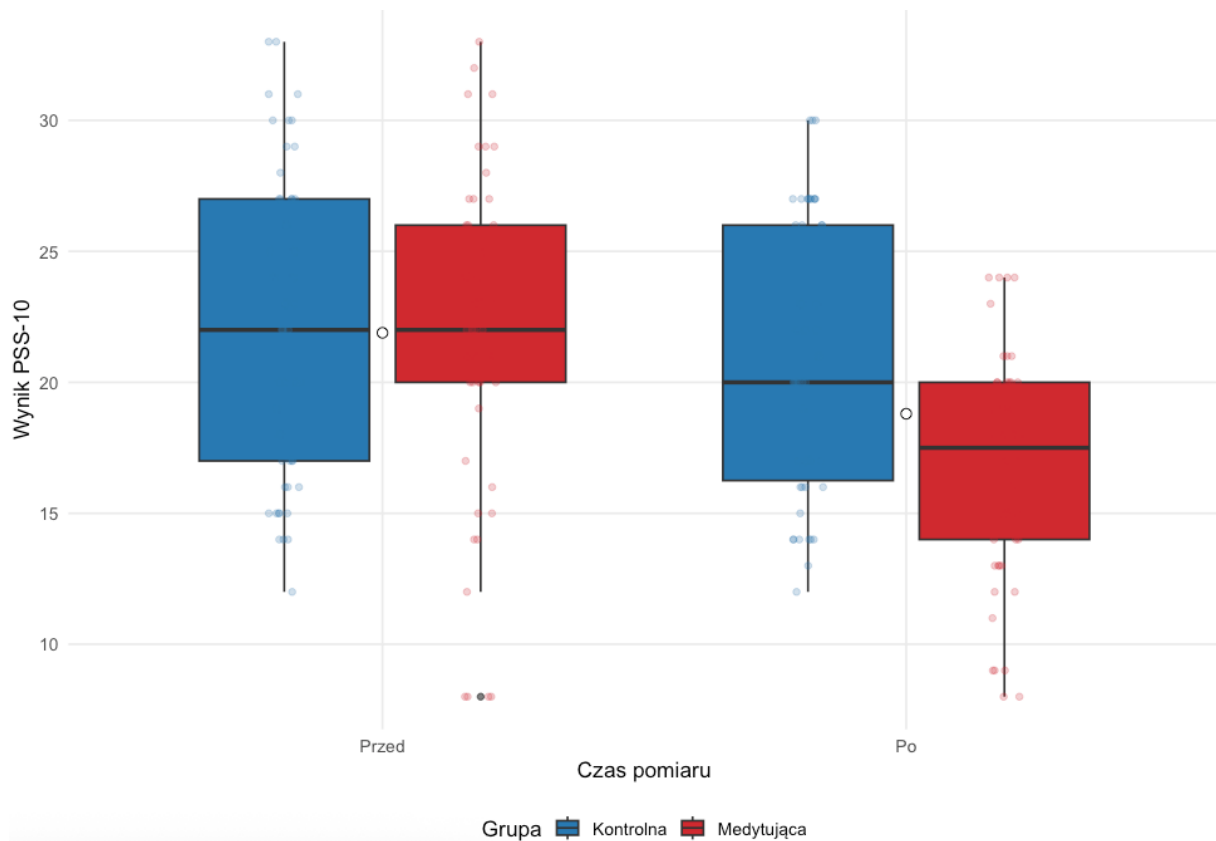
### 4.2.1 Hipoteza pierwsza

Hipoteza pierwsza zakładała, że po 30 dniach praktyki medytacyjnej poziom subiektywnie odczuwanego stresu (PSS-10) oraz ogólnego stresu (wynik ogólny KPS) w grupie eksperymentalnej będzie istotnie niższy niż przed interwencją, a ponadto niższy niż w grupie kontrolnej po zakończeniu interwencji.

Weryfikację przeprowadzono z zastosowaniem dwuczynnikowej analizy wariancji z pomiarem powtarzanym w układzie mieszanym  $2 \times 2$ , w którym czynnikiem wewnątrzobiektywnym był czas (pomiar wstępny vs pomiar końcowy), a czynnikiem międzyobiektywnym przynależność do grupy (medytująca vs kontrolna). Jako kluczowe dla oceny skuteczności interwencji traktowano wystąpienie interakcji czas  $\times$  grupa, wskazującej na odmienną dynamikę zmian w obu warunkach.

W odniesieniu do skali PSS-10 stwierdzono istotny efekt czasu,  $F(1, 98) = 83,8$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2p = 0,461$ , co wskazywało na zmianę poziomu stresu pomiędzy pomiarem wstępnym i końcowym w całej badanej próbie. Jednocześnie wykazano istotną interakcję czas  $\times$  grupa,  $F(1, 98) = 30,1$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2p = 0,235$ , co oznaczało, że przebieg zmian różnił się w zależności od przynależności do grupy. Wyniki analizy wariancji przedstawia tabela 5. Analiza oszacowanych średnich brzegowych przedstawionych na rysunku 1, potwierdziła, że w grupie medytującej redukcja poziomu stresu była wyraźnie większa niż w grupie kontrolnej; kierunek i wielkość zmian zostały zilustrowane na wykresie EMM z 95% przedziałami ufności. Dodatkowo odnotowano niewielki, lecz istotny efekt główny grupy,  $F(1, 98) = 4,73$ ;  $p = 0,032$ ;  $\eta^2p = 0,046$ , jednak w kontekście hipotezy kluczowe znaczenie miała interakcja, wskazująca na różnicę w zmianie w czasie między warunkami.

**Rysunek 1.** PSS-10: oszacowane średnie brzegowe w zależności od czasu i grupy



Źródło: Opracowanie własne

**Tabela 5.** PSS-10: wyniki analizy wariancji z powtarzanym pomiarem

	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p	$\eta^2_p$
<b>Czas</b>	477	1	477.40	83.8	<.001	0.461
<b>Czas * Grupa medytująca</b>	171	1	171.12	30.1	<.001	0.235
<b>Reszta</b>	558	98	5.69			

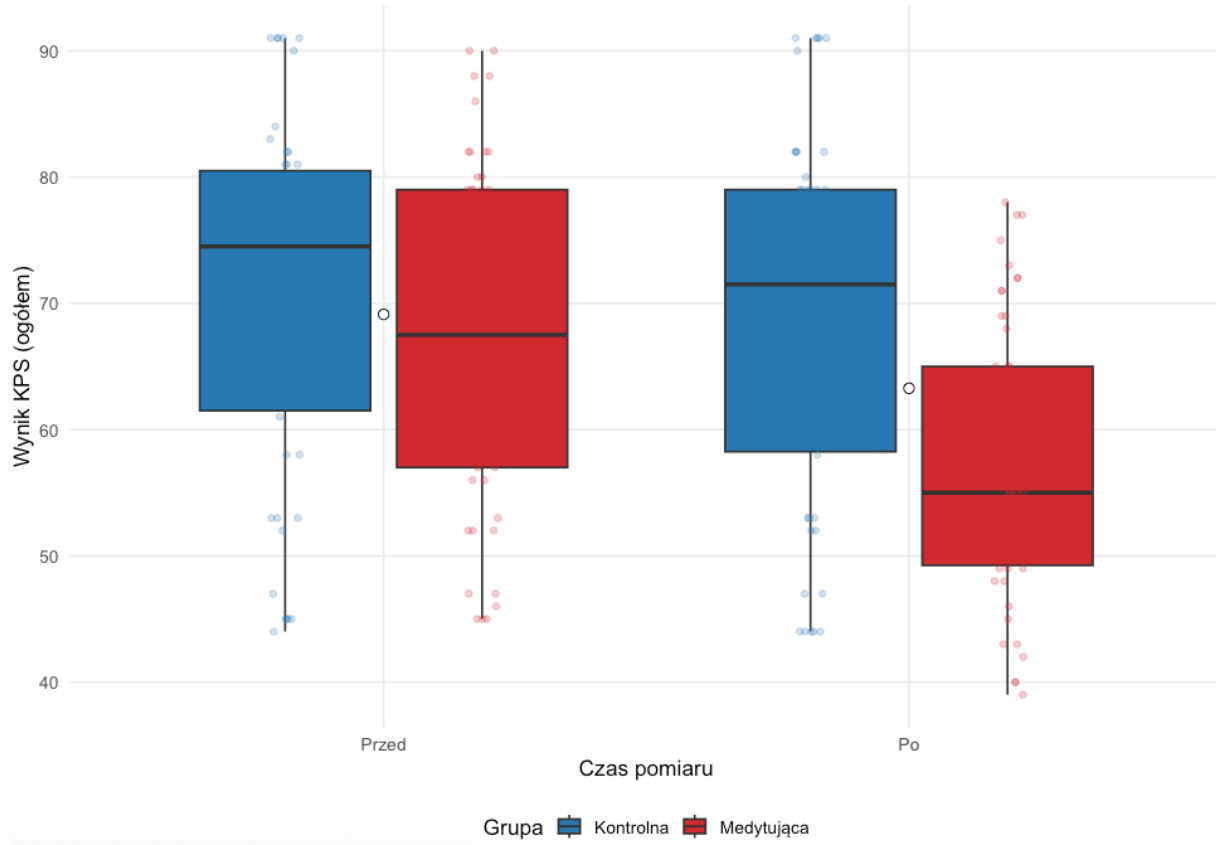
Źródło: Opracowanie własne

Analogiczny wzorzec uzyskano dla wyniku ogólnego KPS – przedstawiono go w tabeli 6. Wykazano istotny efekt czasu,  $F(1, 98) = 60,5$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2_p = 0,382$ , oraz istotną interakcję czas  $\times$  grupa,  $F(1, 98) = 27,9$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2_p = 0,222$ . Wynik interakcyjny wskazywał, że spadek ogólnego poziomu stresu w okresie 30 dni był istotnie większy w grupie praktykującej medytację niż w grupie kontrolnej, co pozostawało spójne



z rezultatami uzyskanymi dla PSS-10. Zbieżność wniosków dla dwóch niezależnych wskaźników stresu przemawiała za stabilnością zaobserwowanego efektu interwencji.

**Rysunek 2.** KPS: oszacowane średnie brzegowe w zależności od czasu i grupy



Źródło: Opracowanie własne

**Tabela 6.** KPS (wynik ogólny): wyniki analizy wariancji z powtarzaniem pomiarem

	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p	$\eta^2_p$
<b>Czas</b>	1717	1	1717.0	60.5	<.001	0.382
<b>Czas * Grupa medytująca</b>	792	1	792.0	27.9	<.001	0.222
<b>Reszta</b>	2782	98	28.4			

Źródło: Opracowanie własne



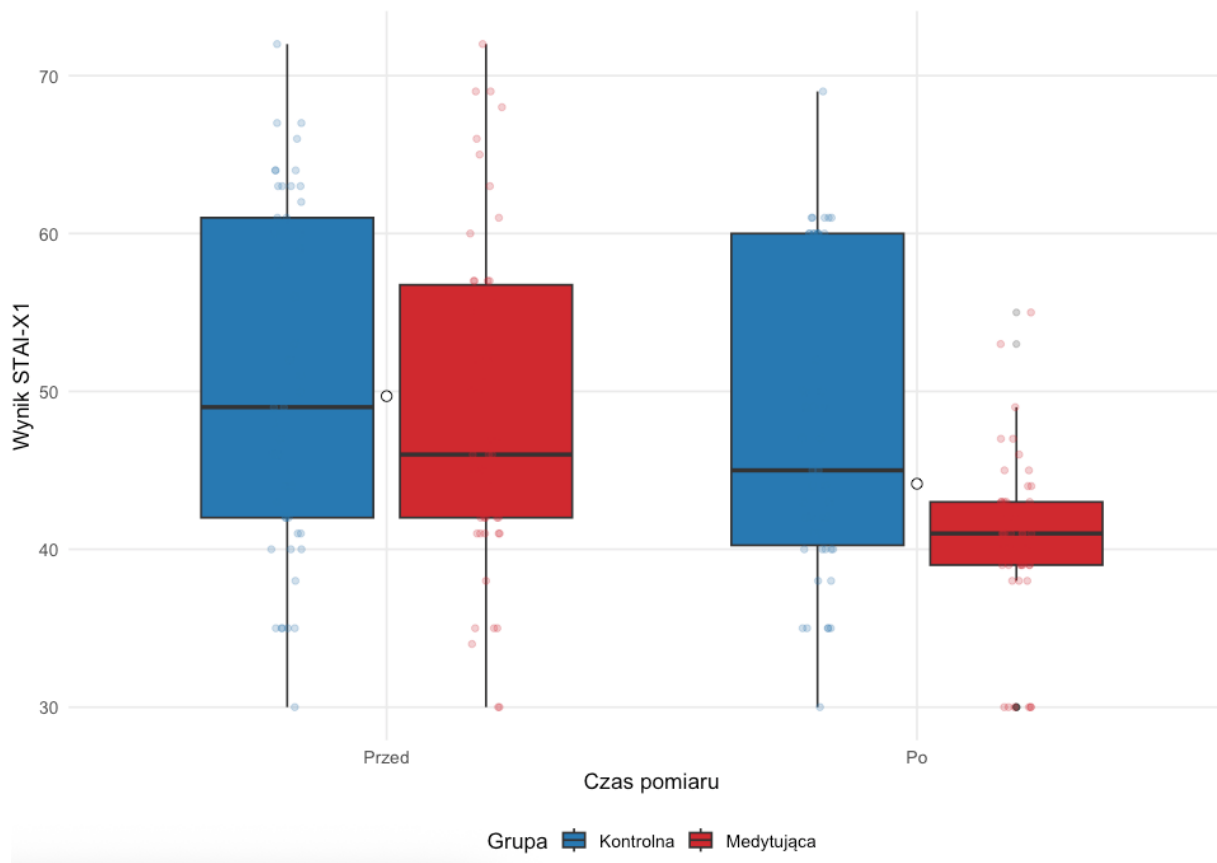
Uzyskane wyniki wskazywały, że 30-dniowa praktyka medytacyjna wiązała się z istotnie większą redukcją stresu w porównaniu z grupą kontrolną, zarówno w zakresie stresu subiektywnego mierzonego PSS-10, jak i ogólnego stresu ocenianego wynikiem ogólnym KPS. Tym samym hipoteza pierwsza została potwierdzona.

#### 4.2.2 Hipoteza druga

Hipoteza druga zakładała, że po 30 dniach medytacji poziom lęku jako stanu (STAI-X1) w grupie eksperymentalnej będzie istotnie niższy niż przed interwencją oraz niższy niż w grupie kontrolnej po zakończeniu interwencji.

Weryfikację przeprowadzono z zastosowaniem dwuczynnikowej analizy wariancji z pomiarem powtarzanym w układzie mieszanym  $2 \times 2$ , w którym czynnikiem wewnątrzobiektywnym był czas (pomiar wstępny vs pomiar końcowy), a czynnikiem międzyobiektywnym przynależność do grupy (medytująca vs kontrolna). Za rozstrzygający dla hipotezy uznano efekt interakcyjny czas  $\times$  grupa, wskazujący na odmienną dynamikę zmian w zależności od warunku badania.

Wyniki analizy wykazały istotny efekt czasu,  $F(1, 98) = 61,9$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2p = 0,387$ , co wskazywało na zmianę natężenia lęku pomiędzy pomiarem wstępnym a końcowym w całej badanej próbie. Jednocześnie stwierdzono istotną interakcję czas  $\times$  grupa,  $F(1, 98) = 13,5$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2p = 0,121$ , co oznaczało, że zmiana w czasie różniła się w zależności od przynależności do grupy. Wyniki analiz wariancji przedstawiono w tabeli 7. Oszacowane średnie brzegowe przedstawione na rysunku 3 (EMM) wskazywały na większą redukcję lęku w grupie medytującej niż w grupie kontrolnej, a kierunek zmian przedstawiono na wykresie EMM z 95% przedziałami ufności. Z punktu widzenia treści hipotezy oznaczało to, że po zakończeniu interwencji grupa medytująca osiągała niższy poziom lęku niż grupa kontrolna, przy jednoczesnym spadku względem pomiaru wyjściowego.

**Rysunek 3.** STAI-X1: oszacowane średnie brzegowe w zależności od czasu i grupy

Źródło: Opracowanie własne

**Tabela 7.** STAI-X1: wyniki analizy wariancji z powtarzaniem pomiarem

	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p	$\eta^2_p$
<b>Czas</b>	1540	1	1540.1	61.9	<.001	0.387
<b>Czas * Grupa medytująca</b>	335	1	335.4	13.5	<.001	0.121
<b>Reszta</b>	2437	98	24.9			

Źródło: Opracowanie własne

Wyniki analizy potwierdziły, że 30-dniowa praktyka medytacyjna wiązała się z istotnie większym spadkiem lęku jako stanu w porównaniu z grupą kontrolną, co było zgodne z założeniami hipotezy drugiej. Tym samym hipoteza druga została potwierdzona.

### 4.2.3 Hipoteza trzecia

Hipoteza trzecia zakładała, że po interwencji uczestnicy grupy eksperymentalnej będą charakteryzować się wyższym nasileniem stylu zadaniowego oraz niższym nasileniem stylu emocjonalnego i unikowego (CISS) w porównaniu z grupą kontrolną.

Weryfikację przeprowadzono z zastosowaniem dwuczynnikowej analizy wariancji z pomiarem powtarzanym w układzie mieszanym  $2 \times 2$ , w którym czynnikiem wewnątrzobiektywnym był czas (pomiar wstępny vs pomiar końcowy), a czynnikiem międzyobiektywnym przynależność do grupy (medytująca vs kontrolna). Z punktu widzenia treści hipotezy kluczowe znaczenie miała interakcja czas  $\times$  grupa, ponieważ wskazywała, czy zmiana w czasie przebiegała inaczej w grupie medytującej niż w kontrolnej.

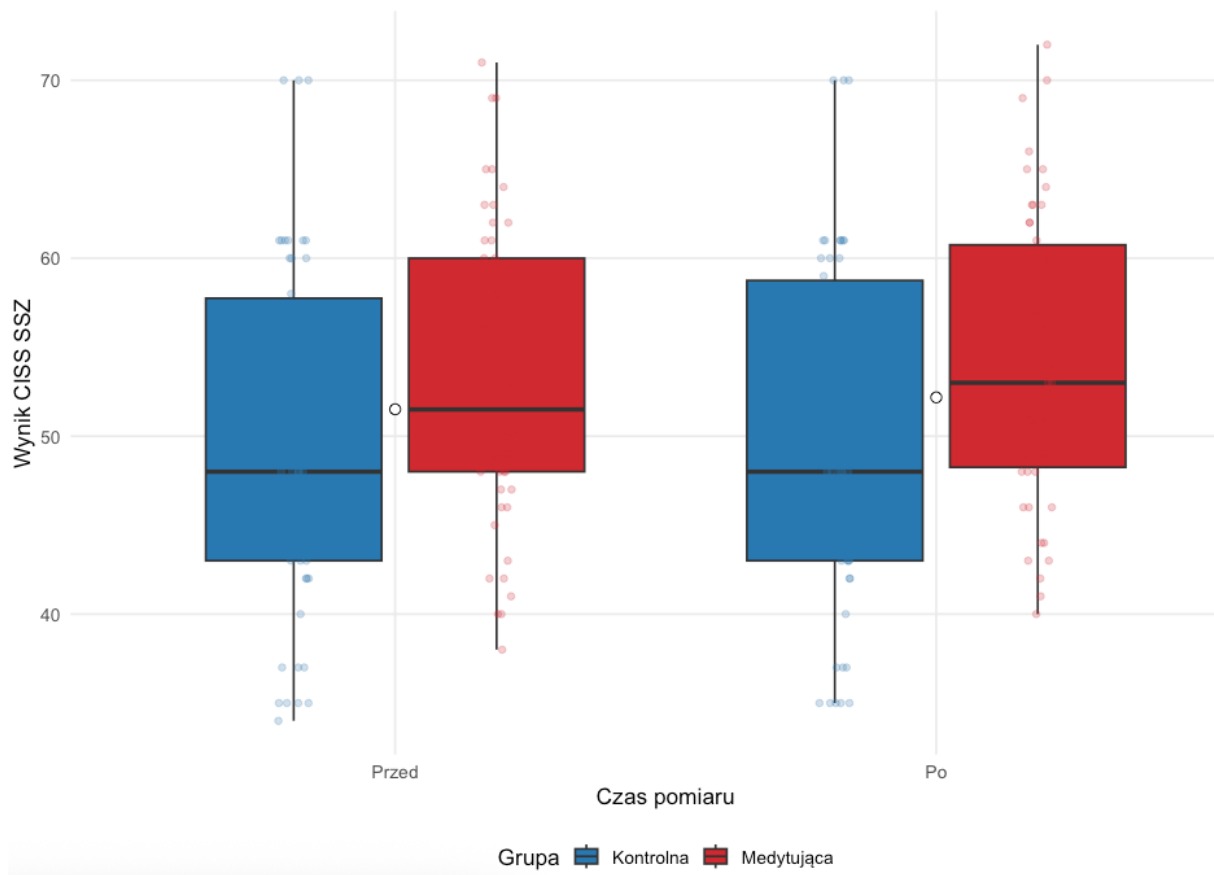
W przypadku stylu skoncentrowanego na zadaniu (CISS SSZ) odnotowano istotny efekt czasu,  $F(1, 98) = 6,01$ ;  $p = 0,016$ ;  $\eta^2_p = 0,058$ , co oznaczało niewielką zmianę poziomu SSZ pomiędzy pomiarem wstępnym i końcowym w całej badanej próbie. Jednocześnie nie wykazano istotnej interakcji czas  $\times$  grupa,  $F(1, 98) = 1,29$ ;  $p = 0,260$ ;  $\eta^2_p = 0,013$ , co wskazywało, że dynamika zmian SSZ nie różniła się istotnie w zależności od warunku badania. Uzyskane wyniki wariancji z powtarzanym pomiarem zawarto w tabeli 8. W ujęciu opisowym wartości w grupie medytującej pozostawały wyższe niż w kontrolnej zarówno przed, jak i po interwencji, jednak brak istotnej interakcji nie dostarczał podstaw do wniosku, że wzrost stylu zadaniowego miał charakter specyficzny dla interwencji.

**Tabela 8.** CISS-SSZ: wyniki analizy wariancji z powtarzanym pomiarem

	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p	$\eta^2_p$
Czas	22.45	1	22.45	6.01	0.016	0.058
Czas * Grupa medytująca	4.80	1	4.80	1.29	0.260	0.013
Reszta	366.25	98	3.74			

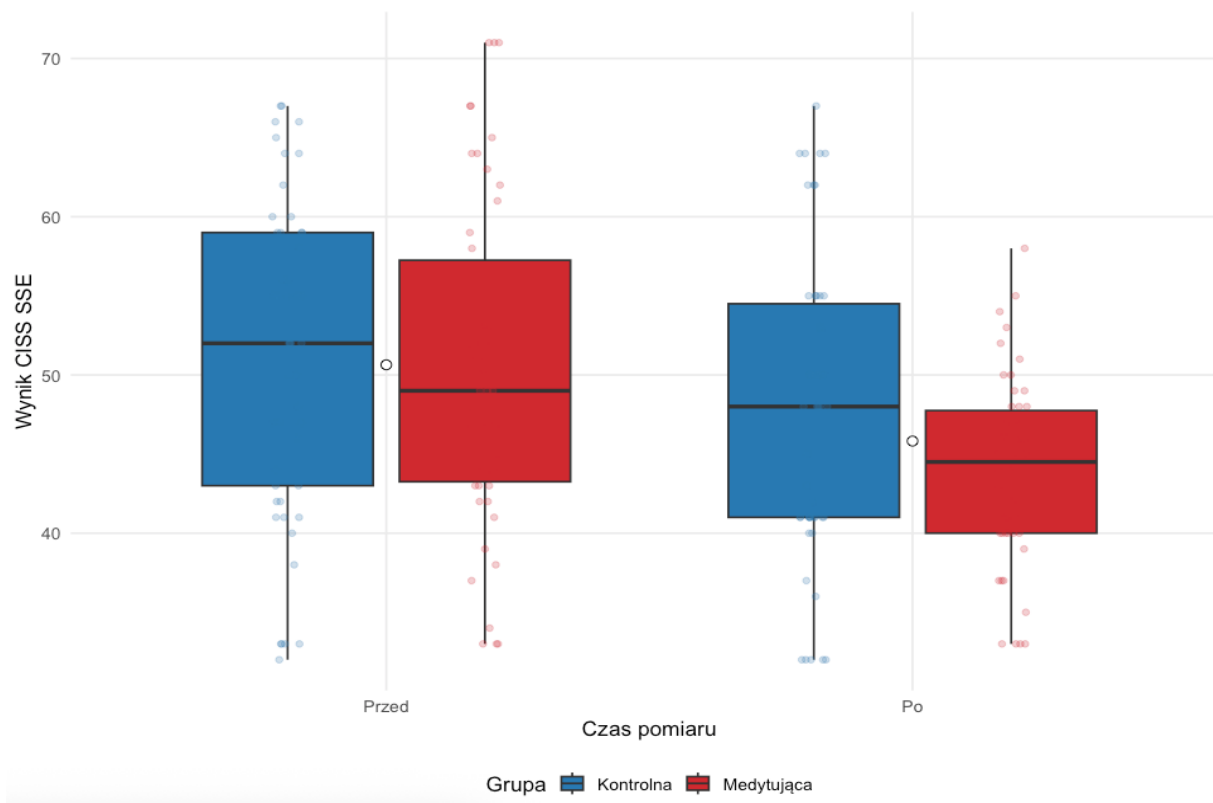
Źródło: Opracowanie własne



**Rysunek 4.** CISS-SSZ: oszacowane średnie brzegowe w zależności od czasu i grupy

Źródło: Opracowanie własne

W odniesieniu do stylu skoncentrowanego na emocjach (CISS SSE) uzyskano istotny efekt czasu,  $F(1, 98) = 78,85$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2p = 0,446$ , a także istotną interakcję czas  $\times$  grupa,  $F(1, 98) = 8,26$ ;  $p = 0,005$ ;  $\eta^2p = 0,078$ . Wyniki analizy wariancji z powtarzaniem pomiarem zawarto w tabeli 9. Wynik interakcyjny wskazywał, że zmiana SSE w czasie była różna w obu grupach. Oszacowane średnie brzegowe potwierdzały wyraźniejszy spadek SSE w grupie medytującej niż w kontrolnej, co było zgodne z kierunkiem przewidywanym w hipotezie w zakresie redukcji stylu emocjonalnego; kierunek tej różnicy został przedstawiony na wykresie EMM z 95% przedziałami ufności.

**Rysunek 5.** CISS- SSE: oszacowane średnie brzegowe w zależności od czasu i grupy

Źródło: Opracowanie własne

**Tabela 9.** CISS-SSE: wyniki analizy wariancji z powtarzaniem pomiarem

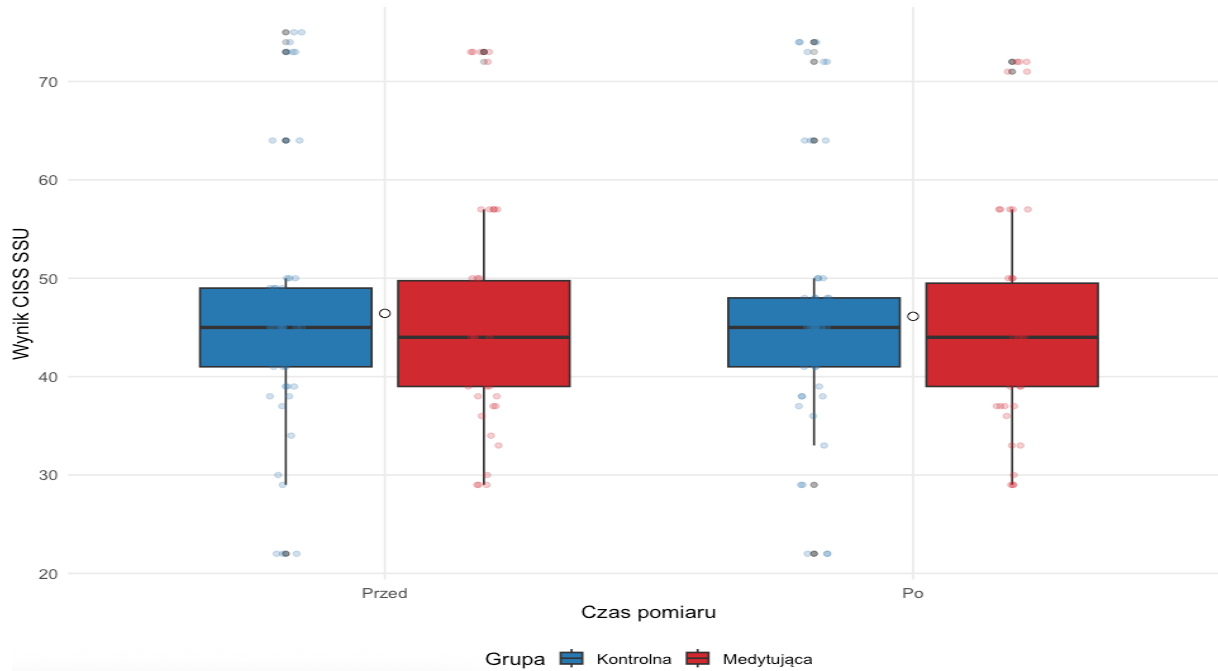
	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p	$\eta^2_p$
<b>Czas</b>	1162	1	1161.6	78.85	<.001	0.446
<b>Czas * Grupa medytująca</b>	122	1	121.7	8.26	0.005	0.078
<b>Reszta</b>	1444	98	14.7			

Źródło: Opracowanie własne

Dla stylu skoncentrowanego na unikaniu i danych zawartych w tabeli 10 (CISS SSU) stwierdzono istotny efekt czasu,  $F(1, 98) = 6,64$ ;  $p = 0,011$ ;  $\eta^2_p = 0,063$ , jednak nie wykazano istotnej interakcji czas  $\times$  grupa,  $F(1, 98) = 0,12$ ;  $p = 0,733$ ;  $\eta^2_p = 0,001$ . Oznaczało to, że obserwowana zmiana SSU miała charakter ogólny i nie różnicowała istotnie grupy medytującej i kontrolnej, a więc nie potwierdzała założenia o specyficzniej większej redukcji

stylu unikowego po interwencji w grupie eksperymentalnej.

**Rysunek 6.** CISS- SSU: oszacowane średnie brzegowe w zależności od czasu i grupy



Źródło: Opracowanie własne

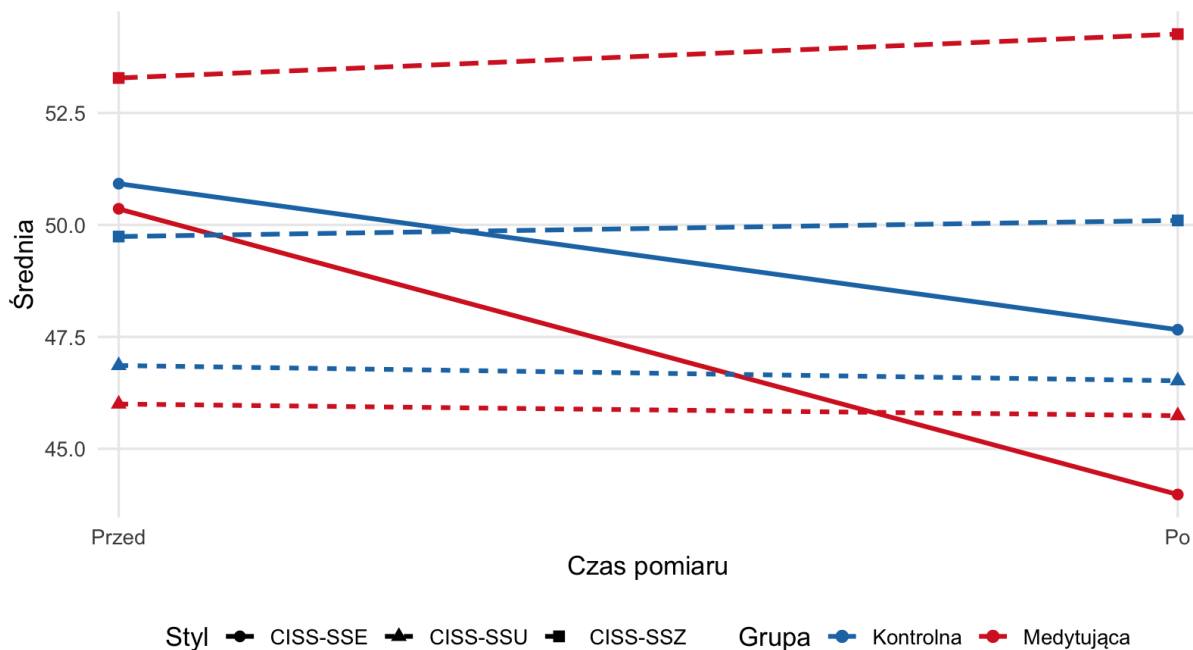
**Tabela 10.** CISS-SSU: wyniki analizy wariancji z powtarzaniem pomiarem

	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p	$\eta^2_p$
<b>Czas</b>	4.5000	1	4.5000	6.640	0.011	0.063
<b>Czas * Grupa medytująca</b>	0.0800	1	0.0800	0.118	0.732	0.001
<b>Reszta</b>	66.4200	98	0.6778			

Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 7 przedstawia zmiany średnich wyników stylów radzenia sobie ze stresem CISS – emocjonalnego, unikowego i zadaniowego w pomiarze przed i po interwencji w grupie medytującej oraz kontrolnej. W grupie medytującej zaobserwowano wyraźniejszy spadek wyników w stylu skoncentrowanym na emocjach (CISS-SSE) w porównaniu z grupą kontrolną, przy względnie stabilnych wynikach pozostałych stylów radzenia sobie ze stresem.

**Rysunek 7.** Zmiany średnich wyników stylów radzenia sobie ze stresem (CISS) w pomiarze przed i po badaniu w grupie medytującej oraz kontrolnej



Źródło: Opracowanie własne

Hipoteza trzecia została potwierdzona częściowo. Uzyskano potwierdzenie przewidywania dotyczącego spadku stylu emocjonalnego (SSE) w grupie medytującej względem kontrolnej, natomiast nie uzyskano podstaw do potwierdzenia założeń o specyficznym wzroście stylu zadaniowego (SSZ) oraz specyficznym spadku stylu unikowego (SSU) w wyniku interwencji, ponieważ w obu przypadkach interakcje czas  $\times$  grupa nie osiągnęły istotności statystycznej.

#### 4.2.4 Hipoteza czwarta

Hipoteza czwarta zakładała, że styl radzenia sobie w punkcie wyjścia moderuje skuteczność interwencji, tzn. wyższy poziom stylu zadaniowego (CISS SSZ) będzie wiązał się z większym spadkiem stresu i lęku po 30-dniowej praktyce.

Weryfikację przeprowadzono z wykorzystaniem modeli regresji liniowej z interakcją, w których zmienną zależną stanowiła zmiana wyniku (pomiar końcowy – pomiar wstępny), natomiast predyktorami były: przynależność do grupy (medytująca vs kontrolna), wyjściowy poziom CISS SSZ (zalecane centrowanie) oraz składnik interakcyjny grupa  $\times$  CISS SSZ. O moderacji wnioskowano na podstawie istotności składnika interakcyjnego.

**Tabela 11.** Zmiana PSS-10 (po – przed): regresja z moderacją CISS-SSZ – współczynniki i dopasowanie

Predyktor	Współczynnik	SE	t	p	$\beta$
Wyraz wolny <sup>a</sup>	-5.02119	2.4191	- 2.076	0.041	
Grupa medytująca:					
TAK - NIE	-4.42002	3.8900	- 1.136	0.259	-1.0381
CISS_SSZ	0.07602	0.0477	1.593	0.114	0.1851
CISS_SSZ * Gr.medytująca:					
CISS_SSZ * (TAK - NIE)	0.00846	0.0739	0.114	0.909	0.0206
$R = 0.521; R^2 = 0.271$					

Źródło: Opracowanie własne

W pierwszym modelu zawartym w tabeli 11, w którym zmienną zależną była zmiana PSS-10 (po – przed), interakcja okazała się nieistotna statystycznie ( $b = 0,008$ ;  $SE = 0,074$ ;  $t = 0,11$ ;  $p = 0,909$ ), co nie wskazywało na moderację efektu interwencji przez poziom stylu zadaniowego. Sam współczynnik dla grupy, po uwzględnieniu SSZ, przyjął wartość ujemną i nie osiągnął istotności ( $b = -4,42$ ;  $SE = 3,89$ ;  $t = -1,14$ ;  $p = 0,259$ ), a wyjściowe SSZ wykazywało jedynie nieistotną tendencję dodatnią ( $b = 0,076$ ;  $SE = 0,048$ ;  $t = 1,59$ ;  $p = 0,114$ ). Dopasowanie modelu było umiarkowane ( $R = 0,521$ ;  $R^2 = 0,271$ ), jednak brak interakcji wskazywał, że skala spadku PSS-10 nie zależała istotnie od natężenia stylu zadaniowego na starcie.

Analogiczny wniosek pokazany w tabeli 12 uzyskano dla zmiany STAI-X1. W tym modelu interakcja Grupa  $\times$  CISS\_SSZ również nie była istotna ( $b = 0,142$ ;  $SE = 0,153$ ;  $t = 0,93$ ;  $p = 0,356$ ).

Współczynnik dla grupy sugerował większą redukcję lęku w warunku medytacyjnym, lecz po włączeniu SSZ nie osiągnął poziomu istotności ( $b = -13,19$ ;  $SE = 8,04$ ;  $t = -1,64$ ;  $p = 0,104$ ). Sam SSZ na starcie nie przewidywał istotnie wielkości zmiany ( $b = 0,127$ ;  $SE = 0,099$ ;  $t = 1,29$ ;  $p = 0,200$ ). Wyjaśniona wariancja była mniejsza niż w modelu dla PSS-10 ( $R$



= 0,425;  $R^2 = 0,181$ ), co potwierdzało słabszą rolę rozpatrywanych predyktorów dla zmian lęku-stanu.

**Tabela 12.** Zmiana STAI-X1 (po – przed): regresja z moderacją CISS-SSZ – współczynniki i dopasowanie

Predyktor	Współczynnik	SE	t	p	$\beta$
Wyraz wolny <sup>a</sup>	-9.293	5.0013	- 1.858	0.066	
Grupa medytująca:					
TAK - NIE	-13.187	8.0423	- 1.640	0.104	-0.786
CISS_SSZ	0.127	0.0986	1.291	0.200	0.159
CISS_SSZ * Grupa medytująca:					
CISS_SSZ * (TAK - NIE)	0.142	0.1529	0.928	0.356	0.177
$R = 0.425; R^2 = 0.181$					

Źródło: Opracowanie własne

W żadnym z modeli nie uzyskano dowodów na moderację skuteczności interwencji przez wyjściowy poziom stylu zadaniowego: osoby o wyższym SSZ nie doświadczały istotnie większego spadku zarówno w PSS-10, jak i w STAI-X1. Kierunek współczynników był zgodny z oczekiwanym trendem (ujemny efekt przydziału do medytacji), jednak po kontroli SSZ nie osiągnął on progu istotności. W związku z powyższym hipoteza czwarta nie została potwierdzona.

#### 4.2.5 Hipoteza piąta

Hipoteza piąta zakładała, że styl skoncentrowany na emocjach oraz styl skoncentrowany na unikaniu będą dodatnio powiązane z poziomem stresu i lęku, natomiast styl skoncentrowany na zadaniu będzie powiązany ujemnie.

Zależności pomiędzy zmiennymi oceniono współczynnikiem korelacji rang Spearmana, ponieważ na podstawie wcześniejszej oceny rozkładów części zmiennych nie

spełniały w pełni założeń dla metod parametrycznych. Analizy przeprowadzono dla wyników uzyskanych w pomiarze wyjściowym, a poziom istotności przyjęto jako  $\alpha = 0,05$ .

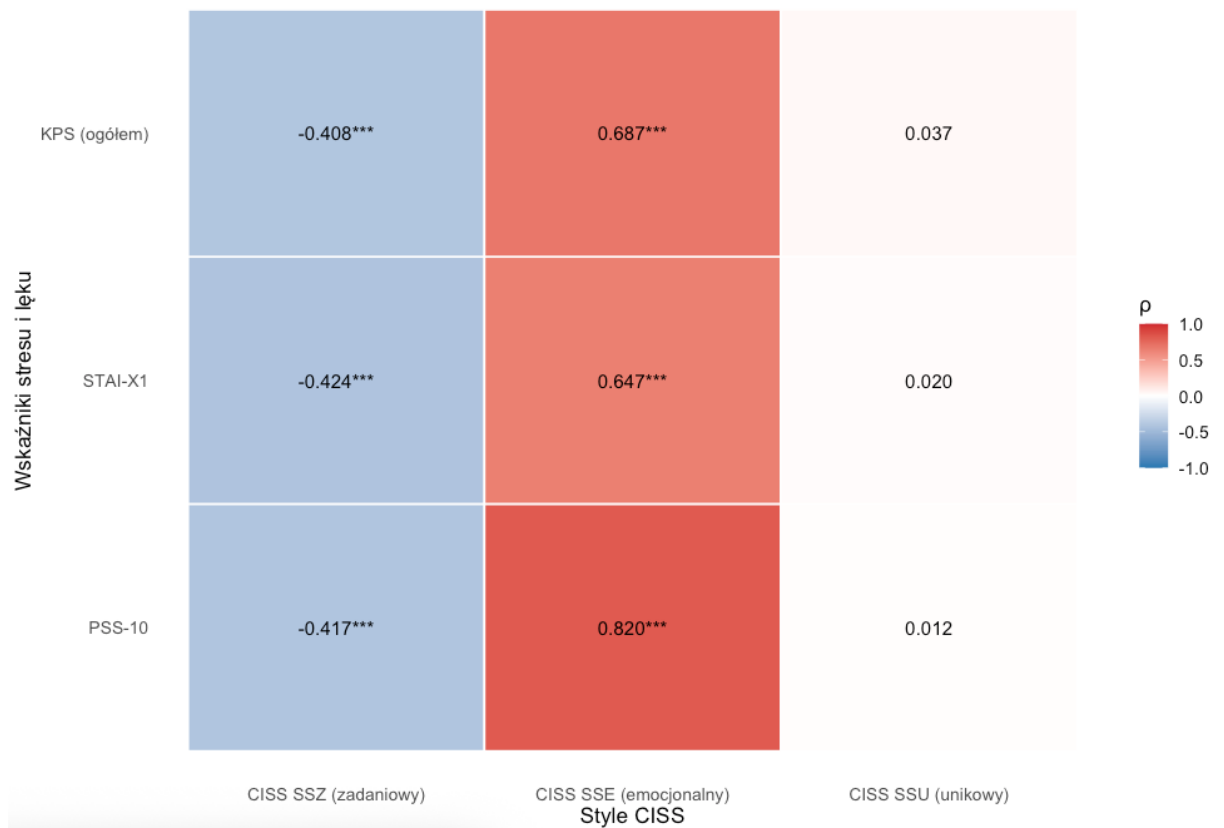
Wyniki wykazały silne dodatnie zależności pomiędzy wskaźnikami stresu i lęku. Poziom stresu subiektywnego (PSS-10) dodatnio korelował z lękiem jako stanem (STAI-X1),  $\rho = 0,745$ ;  $df = 98$ ;  $p < 0,001$ , oraz z ogólnym poziomem stresu (KPS),  $\rho = 0,760$ ;  $df = 98$ ;  $p < 0,001$ . Jednocześnie STAI-X1 pozostawał silnie dodatnio powiązany z KPS,  $\rho = 0,809$ ;  $df = 98$ ;  $p < 0,001$ , co potwierdzało spójność trzech miar opisujących obciążenie psychiczne.

W odniesieniu do stylów radzenia sobie uzyskano zróżnicowany wzorzec zależności. Styl skoncentrowany na zadaniu (CISS SSZ) wykazywał istotne ujemne związki zarówno ze stresem subiektywnym (PSS-10),  $\rho = -0,417$ ;  $df = 98$ ;  $p < 0,001$ , jak i z lękiem jako stanem (STAI-X1),  $\rho = -0,424$ ;  $df = 98$ ;  $p < 0,001$ , oraz z ogólnym stresem (KPS),  $\rho = -0,408$ ;  $df = 98$ ;  $p < 0,001$ . Oznaczało to, że wyższemu nasileniu stylu zadaniowego towarzyszyły niższe poziomy stresu i lęku. Odmienny kierunek zależności uzyskano dla stylu emocjonalnego (CISS SSE), który był dodatnio i istotnie powiązany z PSS-10,  $\rho = 0,820$ ;  $df = 98$ ;  $p < 0,001$ , z STAI-X1,  $\rho = 0,647$ ;  $df = 98$ ;  $p < 0,001$ , oraz z KPS,  $\rho = 0,687$ ;  $df = 98$ ;  $p < 0,001$ , wskazując, że większa skłonność do reagowania emocjami współwystępowała z wyższym poziomem stresu i lęku.

Nie potwierdzono natomiast przewidywań dotyczących stylu unikowego (CISS SSU) wprost w relacji do stresu i lęku. Związki SSU z PSS-10 ( $\rho = 0,012$ ;  $df = 98$ ;  $p = 0,907$ ), STAI-X1 ( $\rho = 0,020$ ;  $df = 98$ ;  $p = 0,843$ ) oraz KPS ( $\rho = 0,037$ ;  $df = 98$ ;  $p = 0,717$ ) okazały się nieistotne statystycznie. Jednocześnie odnotowano słabe zależności SSU z pozostałymi stylami: ujemną z SSZ ( $\rho = -0,205$ ;  $df = 98$ ;  $p = 0,041$ ) oraz dodatnią z SSE ( $\rho = 0,217$ ;  $df = 98$ ;  $p = 0,030$ ), co wskazywało na częściowe powiązanie komponentu unikowego z ogólnym profilem radzenia sobie, jednak bez bezpośredniego przełożenia na poziom stresu i lęku w badanej próbie. Przedstawione dane ilustruje rysunek 8.

### Rysunek 8. Macierz korelacji Spearmana: PSS-10, STAI-X1, KPS oraz CISS (SSZ, SSE, SSU)

Wartości:  $\rho$  Spearmana; oznaczenia istotności: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$



Źródło: Opracowanie własne

Hipoteza piąta została potwierdzona częściowo. Potwierdzono oczekiwany dodatni związek stylu emocjonalnego ze stresem i lękiem oraz ujemny związek stylu zadaniowego ze stresem i lękiem, natomiast nie uzyskano potwierdzenia dla przewidywanej dodatniej zależności stylu unikowego z poziomem stresu i lęku.

#### 4.2.6 Hipoteza szósta

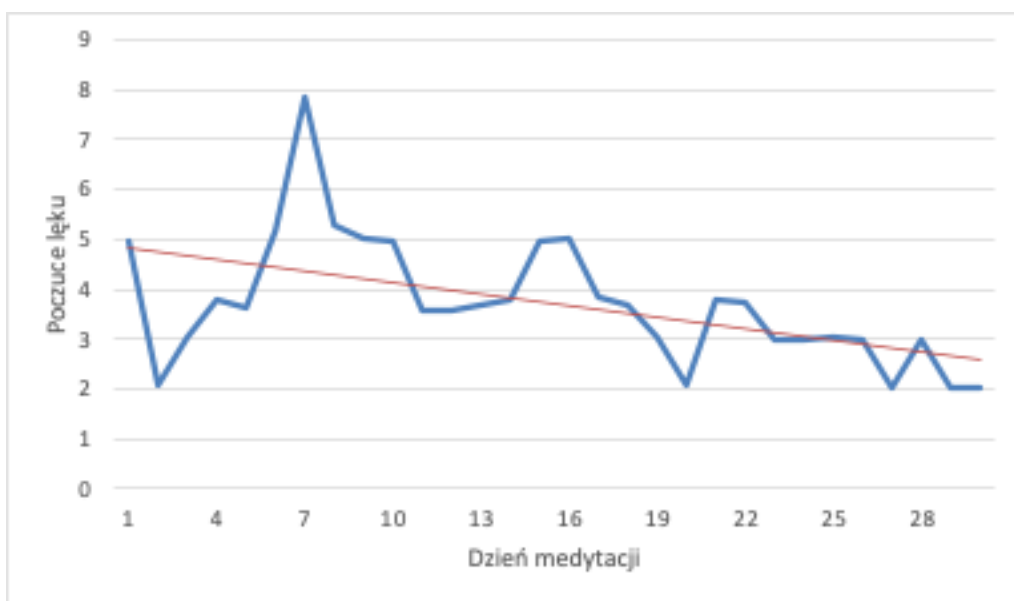
Hipoteza szósta zakładała, że analiza wpisów w dziennikach prowadzonych przez osoby z grupy medytującej ujawni trend spadkowy deklarowanego stresu i lęku w trakcie 30 dni praktyki. W celu oceny kierunku i systematyczności zmian wykorzystano podejście oparte na trendach indywidualnych: dla każdej osoby wyznaczono współczynnik nachylenia regresji liniowej opisującej zależność wyniku dziennego od kolejnego dnia praktyki (dzień 1-30). Tak uzyskane nachylenie interpretowano jako miarę tempa zmiany w czasie (wartości ujemne oznaczały spadek, dodatnie – wzrost). Następnie średnie nachylenie w grupie porównano z wartością 0 za pomocą testu t dla jednej próby, w wariancie jednostronnym zgodnym z kierunkiem hipotezy (dla stresu i lęku oczekiwano wartości ujemnych). Dodatkowo



raportowano wielkość efektu w postaci  $d$  Cohena, aby uzupełnić informację o istotności statystycznej o siłę obserwowanego trendu.

Analiza zapisów dziennikowych wykazała wyraźną, systematyczną poprawę dobrostanu w toku interwencji – dane zawarte są w tabeli 13. Średni trend liniowy dla stresu okazał się istotnie ujemny,  $t(50) = -51,2$ ;  $p < 0,001$ ;  $d = -7,17$ , co wskazywało, że wraz z upływem kolejnych dni deklarowany poziom napięcia konsekwentnie się obniżał. Ilustruje to także rysunek 9 – średnich dziennych, na którym po początkowych wahaniach krzywa trendu przyjmowała wyraźnie malejący przebieg.

**Rysunek 9.** Dzienny trend poczucia lęku w trakcie 30-dniowej praktyki (średnie dzienne i linia regresji)



Źródło: Opracowanie własne

**Tabela 13.** Test jednej próby nachylenia trendu dziennego – stres ( $t$ ,  $df$ ,  $p$ ,  $d$  Cohena)

		Statystyka	df	p		Wielkość efektu
Stres	t Studenta	-51.2	50.0	<.001	d Cohena	-7.17

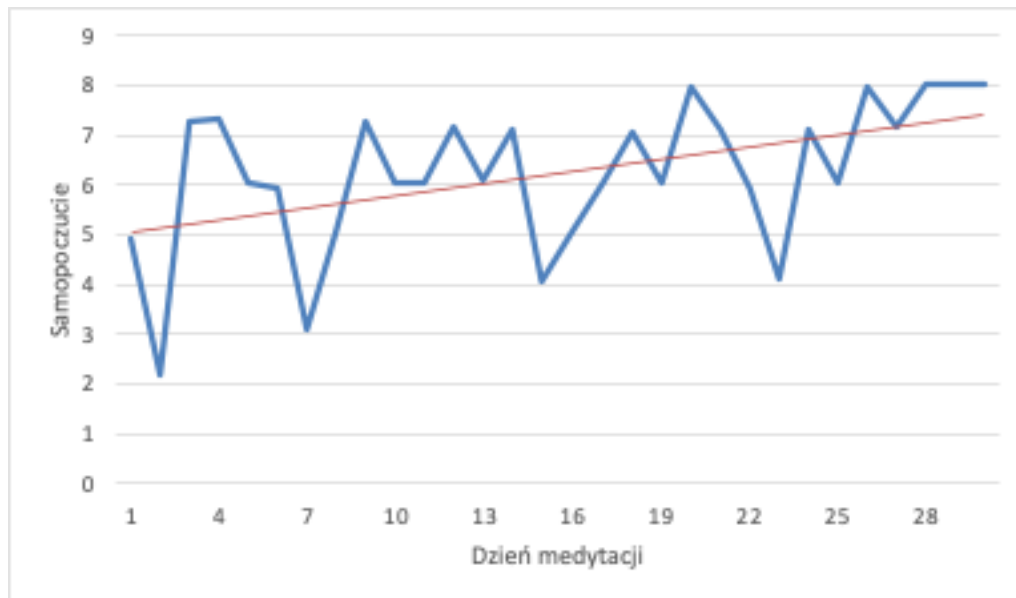
Uwaga.  $H_a \mu < 0$

Źródło: Opracowanie własne



Analogicznie, dla samopoczucia uzyskano jednoznacznie dodatni trend,  $t(50) = 86,9$ ;  $p < 0,001$ ;  $d = 12,2$ , co świadczyło o stopniowym wzroście ocen własnego funkcjonowania emocjonalnego w trakcie praktyki. Wyniki obrazuje rysunek 10 oraz tabela 14.

**Rysunek 10.** Dzienny trend samopoczucia w trakcie 30-dniowej praktyki (średnie dzienne i linia regresji)



Źródło: Opracowanie własne

**Tabela 14.** Test jednej próby nachylenia trendu dziennego – samopoczucie ( $t$ ,  $df$ ,  $p$ ,  $d$  Cohena)

	Statystyka	df	p	Wielkość efektu		
Samopoczucie	$t$ Studenta	86.9	50.0	$<.001$	$d$ Cohena	12.2

Uwaga.  $H_a \mu > 0$

Źródło: Opracowanie własne

Obie wielkości efektu przyjmowały bardzo duże wartości, potwierdzając, że obserwowane zmiany nie miały charakteru przypadkowych fluktuacji, lecz stanowiły stabilny kierunek przekształceń w przebiegu trzydziestu dni interwencji. W związku z powyższym hipoteza szоста została potwierdzona.

## 4.3 Dyskusja wyników

### 4.3.1 Interpretacja wyników dotyczących stresu subiektywnego (PSS-10) i poczucia stresu (KPS)

Celem przeprowadzonego badania była ocena wpływu 30-dniowej, codziennej praktyki medytacyjnej na: poziom stresu subiektywnego (PSS-10) i poczucia stresu ogólnego (KPS), poziom lęku jako stanu (STAI-X1) oraz preferowane style radzenia sobie ze stresem (CISS). Dodatkowo analizowano, czy styl zadaniowy (SSZ) mierzony przed rozpoczęciem interwencji modyfikuje (moderuje) skuteczność praktyki w zakresie spadku stresu i lęku, a także czy w obrębie grupy medytującej w dzienniczku samopoczucia pojawia się trend zmian w trakcie interwencji.

Wyniki pokazują obraz zróżnicowany: część hipotez znalazła wyraźniejsze wsparcie, a część potwierdziła się słabiej lub tylko częściowo. Taki układ rezultatów jest w praktyce typowy dla krótkich interwencji realizowanych w warunkach zbliżonych do naturalnych, ponieważ: mierzone konstrukty mają różną „sztywność” i różne tempo zmiany, duża część efektu zależy od regularności i jakości praktyki, a te w warunkach pozalaboratoryjnych są z natury zmienne, oraz narzędzia kwestionariuszowe różnią się wrażliwością na krótkoterminowe przesunięcia. Z perspektywy interpretacyjnej kluczowe jest więc nie tylko pytanie „czy medytacja działa?”, ale również „dla kogo działa lepiej, na co działa najszybciej i dlaczego w niektórych obszarach efekt może się nie ujawnić w 30 dni?”.

Najbardziej oczekiwanym i jednocześnie najczęściej replikowanym w literaturze efektem praktyk uważności jest obniżenie odczuwanego stresu. PSS-10 mierzy przede wszystkim poznawczą ocenę przeciążenia i poczucie braku kontroli w ostatnich tygodniach, czyli komponenty zgodne z transakcyjnym ujęciem stresu jako relacji jednostka-środowisko, ocenianej jako przekraczająca zasoby (Lazarus i Folkman, 1984). W tej perspektywie interwencja medytacyjna może działać nie przez „usunięcie stresorów”, lecz przez zmianę sposobu ich interpretowania oraz zmianę reaktywności na bodźce stresowe. *Mindfulness* sprzyja częstszemu zauważaniu automatycznych ocen (np. „nie dam rady”, „to za dużo”), co potencjalnie ogranicza wtórną eskalację napięcia. W rezultacie spadek PSS-10 można rozumieć jako przesunięcie w sposobie przeżywania i poznawczej oceny codziennych obciążeń, a nie jako dowód na zmniejszenie obiektywnej liczby trudnych wydarzeń.

W badaniu odnotowano istotny spadek PSS-10 w grupie medytującej (w porównaniu



z grupą kontrolną lub w interakcji grupa×czas) – można to interpretować jako efekt wzmacniania uważnej kontroli uwagi oraz redukcji automatycznych procesów podtrzymujących stres, takich jak ruminacja i katastrofizacja. W praktyce medytacja sprzyja częstszemu zauważaniu momentu, w którym „nakręca się” napięcie, i umożliwia przerwanie łańcucha reakcji (bodziec → interpretacja zagrożenia → pobudzenie → dalsza interpretacja). Taki mechanizm jest spójny z doniesieniami, że trening uważności poprawia regulację emocji i obniża percepcję stresu, nawet gdy stresory pozostają obecne (Goyal i in., 2014; Khoury i in., 2015).

Choć w analizie statystycznej uzyskano istotny efekt redukcji ogólnego poziomu stresu mierzonego KPS, jego charakter okazał się mniej jednorodny niż w przypadku PSS-10, co może wynikać ze złożonej struktury tego narzędzia, ponieważ KPS obejmuje szersze doznania stresowe, łącząc komponent emocjonalny, poznawczy i somatyczny, a dodatkowo pozwala analizować wymiary stresu. W sytuacji, gdy zakres zmian w poszczególnych wymiarach KPS okazał się zróżnicowany, można to wyjaśniać kilkoma mechanizmami. Po pierwsze, komponent somatyczny i intrapsychiczny bywa bardziej „bezwładny”: przy przewlekłym obciążeniu organizmu zmiana w zakresie objawów cielesnych może wymagać dłuższego czasu niż 30 dni, zwłaszcza gdy nie kontroluje się innych czynników (sen, aktywność fizyczna, choroby somatyczne). Po drugie, KPS może być w większym stopniu „zanurzony” w długoterminowym kontekście funkcjonowania jednostki, a więc krótsza interwencja może nie mieć wystarczającej „siły” do wykazania wyraźnego efektu. Po trzecie, elastyczna forma praktyki (różne techniki, różny czas) mogła powodować, że część osób doświadczyła zmian w samopoczuciu, ale nie na tyle stabilnych, by przełożyły się na wynik ogólny KPS.

Ważna interpretacyjnie jest też kwestia „dawki” interwencji, rozumianej nie wyłącznie jako czas jej trwania (30-dni), a jako rzeczywista intensywność praktyki, obejmująca częstotliwość ćwiczeń, ich długość oraz stopień zaangażowania uczestników. Nawet jeśli formalnie jest to „30-dniowa praktyka”, realna ekspozycja na trening może istotnie różnić się między osobami. PSS-10, jako miara globalnej oceny stresu, może reagować nawet na krótsze, ale regularne sesje (bo zmienia się codzienny nawyk zatrzymania i powrotu do oddechu), natomiast KPS może wymagać dłuższej lub intensywniejszej praktyki, aby „przekuć” zmianę poznawczą w stabilniejszą poprawę samopoczucia obejmującą również komponent somatyczny.



### 4.3.2 Interpretacja wyników w zakresie lęku jako stanu (STAI-X1)

Druga hipoteza zakładała obniżenie lęku jako stanu w grupie eksperymentalnej. Choć wyniki analizy wykazały istotny spadek lęku jako stanu w grupie medytującej w porównaniu z grupą kontrolną, efekt ten był słabszy niż w przypadku miar stresu, co jest interpretacyjnie spójne z naturą mierzonego konstruktów.

STAI-X1 jest wrażliwy na bieżące wydarzenia i krótkoterminowe stresory, a więc pojedynczy pomiar „po” może być silnie zdeterminowany tym, co działo się w tygodniu pomiaru. W badaniu prowadzonym poza kontrolowanym laboratorium nie da się wykluczyć, że część osób w okresie drugiego pomiaru doświadczała nasilonych obciążeń (np. obowiązki zawodowe, kryzysy rodzinne, choroby), które mogły osłabiać wielkość obserwowanego efektu, a nie eliminować go całkowicie.

Kolejnym wyjaśnieniem jest to, że *mindfulness* często zmienia przede wszystkim relację do lęku, a niekoniecznie jego natężenie w krótkim czasie. Osoba może wciąż odczuwać lęk (zwłaszcza w obliczu obiektywnie trudnych wyzwań), ale reagować na niego inaczej: mniej unikać, mniej go „karmić” myślami, szybciej wracać do równowagi. Taka zmiana bywa lepiej uchwytna w miarach procesowych lub w narzędziach oceniających ruminację, unikanie, tolerancję doznań czy samowspółczucie, niż w STAI-X1, które pyta o aktualne natężenie objawów. W tym sensie umiarkowana wielkość spadku STAI-X1 nie musi oznaczać ograniczonego wpływu interwencji, lecz może wskazywać, że efekt ma charakter bardziej jakościowy i dotyczy sposobu regulacji, a nie prostego obniżenia poziomu lęku w danym momencie.

Warto też uwzględnić, że interwencja trwała 30 dni, podczas gdy znacząca część badań pokazujących redukcję lęku dotyczy programów 8-tygodniowych lub dłuższych, często z elementami psychoedukacji i pracy grupowej. W krótszym treningu efekt może być selektywny: u osób o wysokiej motywacji i regularności praktyki – wyraźniejszy, a u osób praktykujących niesystematycznie – słabszy. Ten wniosek staje się szczególnie istotny w kontekście rozważań o różnicach indywidualnych: choć w niniejszym badaniu nie potwierdzono moderacji skuteczności interwencji przez wyjściowy poziom stylu zadaniowego, nie można wykluczyć, że inne cechy (np. motywacja, konsekwencja, czynniki sytuacyjne) mogą wpływać na tempo i stabilność efektów.



### 4.3.3 Interpretacja wyników dotyczących stylów radzenia sobie ze stresem (CISS)

Trzecia hipoteza zakładała, że po interwencji w grupie medytującej wzrośnie styl zadaniowy (SSZ), a spadną style emocjonalny (SSE) i unikowy (SSU). Choć wyniki dotyczące stylów radzenia sobie okazały się zróżnicowane, a hipoteza trzecia została potwierdzona częściowo, ich interpretacja pozostaje spójna z dyspozycyjnym charakterem konstruktów mierzonych kwestionariuszem CISS. Należy pamiętać, że CISS opisuje względnie stałe preferencje radzenia sobie, traktowane jako dyspozycje. W praktyce oznacza to, że krótkoterminowa interwencja może zmieniać raczej bieżące strategie w konkretnych sytuacjach, a nie profil dyspozycyjny ujmowany kwestionariuszowo.

Innymi słowy, osoba może w trakcie 30 dni częściej wybierać krótkie zatrzymanie, oddech, zauważenie myśli i powrót do zadania, ale nadal w kwestionariuszu deklarować podobne tendencje do reagowania emocjonalnego lub unikania, bo pytania odnoszą się do ogólnego stylu „zwykle tak mam”. Dodatkowo efekt w CISS może być opóźniony: *mindfulness* może najpierw obniżać pobudzenie i poprawiać wgląd, a dopiero wtórnice umożliwia trwałą reorganizację stylu (np. wzrost zadaniowości jako stabilniejszej dyspozycji). To sugeruje, że 30 dni może być wystarczające do zmiany odczuwanego stresu, ale niewystarczające do przesunięcia względnie stałych preferencji radzenia.

Warto też rozważyć, że styl zadaniowy nie zawsze rośnie po samym treningu uważności. Uważność może zwiększać elastyczność radzenia sobie, czyli zdolność do dopasowania strategii do sytuacji. W takim ujęciu zmiana polega nie na „przesunięciu skali” CISS, ale na szerszym repertuarze i lepszym dopasowaniu reakcji. CISS nie mierzy bezpośrednio elastyczności, dlatego realna zmiana funkcjonalna mogła nie zostać uchwycona przez narzędzie. To jest ważne, bo pozwala uniknąć pochopnego wniosku, że brak istotnych różnic w CISS oznacza „brak wpływu” medytacji na radzenie – możliwe, że wpływ dotyczył jakości procesu regulacji, a nie dyspozycyjnego profilu.

### 4.3.4 Rola stylu zadaniowego (SSZ) w analizie uzyskanych wyników

Czwarta hipoteza dotyczyła moderacji: oczekiwano, że osoby o wyższym stylu zadaniowym na starcie osiągną większe obniżenie stresu i lęku po 30 dniach. Analizy regresji z interakcją nie potwierdziły wystąpienia efektu moderacji, co oznacza, że wyjściowy poziom stylu zadaniowego nie różnicował istotnie skuteczności interwencji w zakresie redukcji stresu i lęku.



Styl zadaniowy może działać jako „wzmacniacz interwencji” z co najmniej trzech powodów. Po pierwsze, osoby bardziej zadaniowe łatwiej budują nawyk i utrzymują regularność (stała pora, plan, konsekwencja), więc otrzymują większą dawkę praktyki. Po drugie, styl zadaniowy wiąże się z większą gotowością do podejmowania działania mimo dyskomfortu, co jest szczególnie ważne na początku medytacji, gdy poprawa jest subtelna i łatwo o rozczarowanie. Po trzecie, osoby zadaniowe częściej traktują praktykę instrumentalnie: „robię to, żeby poprawić funkcjonowanie”, co może zwiększać cierpliwość w oczekiwaniu na efekt. Choć te mechanizmy są teoretycznie uzasadnione, w niniejszym badaniu nie znalazły one potwierdzenia na poziomie statystycznym.

Uzyskane wyniki sugerują, że skuteczność 30-dniowej praktyki medytacyjnej miała charakter względnie niezależny od wyjściowego poziomu stylu zadaniowego, a obserwowane efekty dotyczyły całej grupy medytującej. Brak efektu moderacji wskazuje, że uzyskane korzyści nie były ograniczone do osób o określonym profilu zadaniowości, lecz miały charakter bardziej ogólny. Brak efektu moderacji stanowi istotne ustalenie, ponieważ wskazuje, że korzyści płynące z praktyki *mindfulness* mogą być dostępne również dla osób o niższym poziomie zadaniowości, co ma znaczenie aplikacyjne.

To ustalenie jest też ważne poznawczo, ponieważ wnosi do dyskusji o *mindfulness* element „dla kogo?” W praktyce popularne przekazy bywają zbyt uproszczone („medytacja działa na wszystkich”), a uzyskane dane wskazują, że realna skuteczność może zależeć od cech i stylów funkcjonowania. Jednocześnie brak moderacji sugeruje, że styl zadaniowy nie jest warunkiem koniecznym do uzyskania efektów w krótkoterminowej interwencji uważnościowej.

#### **4.3.5 Spójność modelu teoretycznego w świetle wyników badań**

Analiza korelacji przeprowadzona w punkcie wyjścia badania (hipoteza piąta) pełniła istotną funkcję weryfikacji spójności przyjętego modelu teoretycznego, łączącego poziom stresu, lęku oraz style radzenia sobie ze stresem. Uzyskane wyniki potwierdziły, że badane zmienne tworzą logiczny i wewnętrznie spójny układ zależności, zgodny z dominującymi ujęciami teoretycznymi oraz wcześniejszymi doniesieniami empirycznymi.

Silne dodatnie korelacje pomiędzy stresem subiektywnym (PSS-10), ogólnym poziomem stresu (KPS) oraz lękiem jako stanem (STAI-X1) wskazują, że konstrukty te opisują wspólny obszar obciążenia psychicznego, różnicując go jedynie pod względem



zakresu i perspektywy pomiaru. Wynik ten jest zgodny z oczekiwaniami teoretycznymi i wspiera interpretację, że zastosowane miary opisują powiązane, lecz nie tożsame aspekty obciążenia psychicznego, co uzasadnia ich równoległe wykorzystanie w analizie funkcjonowania emocjonalnego osób dorosłych.

W odniesieniu do stylów radzenia sobie uzyskano wyraźny i teoretycznie spójny wzorzec zależności. Styl skoncentrowany na zadaniu wykazywał istotne ujemne związki zarówno z poziomem stresu, jak i z lękiem, co potwierdza jego adaptacyjny charakter. Osoby częściej sięgające po strategie zadaniowe charakteryzowały się niższym obciążeniem emocjonalnym, co pozostaje zgodne z koncepcjami Endlera i Parkera (1990) oraz późniejszymi ujęciami wskazującymi na ochronną rolę aktywnego, problemowego radzenia sobie.

Z kolei styl skoncentrowany na emocjach był silnie i dodatnio powiązany z poziomem stresu i lęku. Wynik ten potwierdza, że tendencja do koncentracji na własnych przeżyciach emocjonalnych, napięciu i reakcjach afektywnych sprzyja nasileniu subiektywnego obciążenia psychicznego. Styl emocjonalny może zatem stanowić istotne tło podatności na stres i lęk, co ma znaczenie zarówno interpretacyjne, jak i aplikacyjne w kontekście projektowania interwencji psychologicznych.

Odmienne obraz uzyskano w przypadku stylu skoncentrowanego na unikaniu, który w niniejszym badaniu nie wykazywał istotnych bezpośrednich związków z poziomem stresu ani lęku. Wynik ten sugeruje, że rola stylu unikowego może mieć bardziej złożony charakter i ujawniać się w specyficznych warunkach sytuacyjnych lub w dłuższej perspektywie czasowej, a niekoniecznie w postaci prostych korelacji z aktualnym poziomem obciążenia emocjonalnego. Jednocześnie zaobserwowane powiązania stylu unikowego z pozostałymi stylami radzenia sobie wskazują, że stanowi on element szerszego profilu regulacyjnego jednostki, choć nie pełni w tej próbie roli bezpośredniego predyktora stresu i lęku.

Uzyskany układ zależności wzmacnia interpretację wyników dotyczących skuteczności interwencji medytacyjnej. Korelacje w punkcie wyjścia pokazują bowiem, że poziom stresu i lęku jest osadzony w szerszym kontekście dyspozycyjnych sposobów radzenia sobie, co uzasadniało podjęcie analiz moderacyjnych oraz interpretację zróżnicowania efektów interwencji. Jednocześnie brak moderacji ze strony stylu zadaniowego sugeruje, że krótkoterminowa praktyka uważności może oddziaływać na funkcjonowanie emocjonalne względnie niezależnie od wyjściowego profilu radzenia sobie.



Całościowo wyniki potwierdzają, że przyjęty model teoretyczny jest spójny i adekwatny do opisu relacji pomiędzy stresem, lękiem i stylami radzenia sobie, a jednocześnie wskazują na złożoność mechanizmów leżących u podstaw skuteczności krótkoterminowych interwencji opartych na uważności. Wnioski te stanowią ważne tło interpretacyjne dla dalszych analiz oraz dla formułowania rekomendacji praktycznych.

#### **4.3.6 Znaczenie dzienniczka samopoczucia w analizie zmian w czasie**

Zastosowanie dzienniczka samopoczucia w grupie eksperymentalnej umożliwiło ujęcie zmian zachodzących w trakcie interwencji w sposób procesowy, uzupełniający klasyczny schemat pomiaru „przed–po”. Jest to szczególnie istotne w kontekście praktyk medytacyjnych, których efekty często narastają stopniowo i nie zawsze ujawniają się w pełni w jednorazowym pomiarze końcowym.

Analiza nachyleń indywidualnych trendów liniowych wykazała jednoznaczny i systematyczny kierunek zmian w trakcie 30-dniowej praktyki. W przypadku deklarowanego poziomu stresu średnie nachylenie trendu było istotnie ujemne, co oznacza, że wraz z kolejnymi dniami praktyki obserwowano konsekwentny spadek odczuwanego napięcia. Jednocześnie wielkość efektu przyjęła bardzo wysoką wartość, wskazując, że zaobserwowany trend miał charakter nie tylko statystycznie istotny, ale również praktycznie znaczący i stabilny.

Analogiczny, lecz przeciwny kierunkowo wzorzec uzyskano dla ocen samopoczucia, dla których średnie nachylenie trendu było istotnie dodatnie. Oznacza to, że wraz z upływem dni praktyki następował stopniowy wzrost subiektywnie ocenianego dobrostanu emocjonalnego. Również w tym przypadku wielkość efektu była bardzo duża, co potwierdza, że zmiana nie miała charakteru przypadkowych fluktuacji, lecz odzwierciedlała trwały proces poprawy funkcjonowania w toku interwencji.

Uzyskane wyniki wskazują, że praktyka medytacyjna oddziaływała na poziom stresu i samopoczucia w sposób ciągły, a nie wyłącznie punktowy. Dzienniczek samopoczucia pozwolił zatem uchwycić dynamikę zmiany, która mogłaby zostać częściowo utracona przy ograniczeniu analizy do porównań pomiarów początkowych i końcowych. Jest to szczególnie istotne w świetle wyników dotyczących lęku oraz stylów radzenia sobie, gdzie efekty interwencji okazały się słabsze lub bardziej zróżnicowane.

Z perspektywy interpretacyjnej dzienniczek dostarcza również wglądu w mechanizm



zmiany. Początkowe wahania wpisów, a następnie coraz wyraźniejszy spadek stresu i wzrost samopoczucia, sugerują proces adaptacyjny, w którym uczestnicy stopniowo uczą się regulować reakcje emocjonalne oraz korzystać z praktyki w codziennym funkcjonowaniu. Taki przebieg jest zgodny z założeniami teorii uczenia się samoregulacji oraz wcześniejszymi doniesieniami wskazującymi, że pierwsze dni praktyki *mindfulness* mogą wiązać się z większą świadomością napięcia, zanim pojawi się subiektywnie odczuwalna poprawa.

Dodatkowo analiza dzienniczka pozwala lepiej zrozumieć zjawisko przedwczesnego zniechęcenia lub rezygnacji z praktyki. Jeżeli poprawa nie jest natychmiastowa, osoby mogą interpretować brak szybkiego efektu jako nieskuteczność metody. Tymczasem uzyskane trendy pokazują, że korzystne zmiany mają charakter narastający i wymagają czasu oraz regularności. W tym sensie dzienniczek pełni nie tylko funkcję badawczą, ale także interpretacyjną, umożliwiając lepsze powiązanie wyników ilościowych z realnym doświadczeniem uczestników.

Podsumowując, analiza dzienniczka samopoczucia stanowi jedno z najmocniejszych potwierdzeń skuteczności 30-dniowej praktyki medytacyjnej w niniejszym badaniu. Ujawnia ona wyraźny, systematyczny i praktycznie istotny kierunek zmian w zakresie stresu i dobrostanu emocjonalnego, a jednocześnie uzupełnia i pogłębia interpretację wyników uzyskanych za pomocą narzędzi kwestionariuszowych.

#### **4.4 Implikacje praktyczne i wnioski końcowe**

Uzyskane rezultaty mają istotne znaczenie praktyczne w kontekście poszukiwania skutecznych, krótkoterminowych form wsparcia psychologicznego ukierunkowanych na redukcję subiektywnie doświadczanego stresu. Przeprowadzone badanie wskazuje, że 30-dniowa praktyka medytacyjna oparta na uważności może skutecznie sprzyjać obniżeniu poziomu stresu, szczególnie w jego subiektywnej, poznawczej ocenie. Efekty w zakresie lęku jako stanu oraz dyspozycyjnych stylów radzenia sobie ze stresem okazały się natomiast słabsze, bardziej zróżnicowane i w większym stopniu zależne od czasu trwania interwencji oraz charakteru mierzonych konstruktów.

Wyniki analiz moderacyjnych pokazują, że wyjściowy poziom stylu zadaniowego nie różnicował istotnie skuteczności interwencji w zakresie redukcji stresu i lęku. Oznacza to, że korzyści płynące z krótkoterminowej praktyki *mindfulness* mogą być dostępne również dla osób o niższym nasileniu zadaniowego stylu radzenia sobie, co ma istotne znaczenie



aplikacyjne. Jednocześnie uzyskane dane sugerują, że różnice indywidualne mogą odgrywać ważniejszą rolę na etapie wdrażania i utrzymania praktyki, a niekoniecznie w samym mechanizmie jej oddziaływania.

Z perspektywy praktycznej oznacza to, że rekomendacje dotyczące stosowania medytacji jako narzędzia samopomocowego powinny uwzględniać wsparcie procesu wdrożenia, zwłaszcza u osób mniej skłonnych do systematyczności. Krótkie, realistyczne cele, stała pora praktyki, przypomnienia, monitorowanie postępów oraz psychoedukacja dotycząca stopniowego charakteru zmian mogą zwiększać szanse na utrzymanie praktyki do momentu pojawienia się subiektywnie odczuwalnych efektów. Dane pochodzące z badań populacyjnych oraz raportów dotyczących zdrowia psychicznego w Polsce wskazują, że znaczna część osób dorosłych nie korzysta z profesjonalnej pomocy psychologicznej, a jako istotne bariery wymieniane są m.in. koszty, ograniczona dostępność świadczeń oraz czynniki związane ze stygmatyzacją (Kliniki.pl, 2025; *World Health Organization*, 2023). W tym kontekście praktyki o charakterze samopomocowym, takie jak medytacja oparta na uważności, mogą być postrzegane jako bardziej dostępne i akceptowalne formy pracy nad redukcją stresu. Wyniki niniejszego badania wspierają zatem realistyczną narrację, zgodnie z którą *mindfulness* może stanowić użyteczne narzędzie redukcji subiektywnie doświadczanego stresu, jednak nie powinno być traktowane jako uniwersalne ani natychmiastowe rozwiązanie wszystkich trudności emocjonalnych, szczególnie w przypadku bardziej utrwalonych problemów psychicznych.

Istotnym wkładem badania jest także wykorzystanie dzienniczka samopoczucia, który ujawnił wyraźny, systematyczny trend spadku deklarowanego stresu oraz wzrostu samopoczucia w trakcie interwencji. Pokazuje to, że zmiany zachodzą w sposób procesowy i narastający, a brak silnego efektu w jednorazowym pomiarze końcowym nie musi oznaczać braku skuteczności. Z praktycznego punktu widzenia ma to znaczenie dla zapobiegania przedwczesnej rezygnacji z praktyki, która często wynika z oczekiwania szybkiej poprawy.

W ujęciu badawczym uzyskane wyniki wskazują na zasadność dalszych badań uwzględniających wydłużony czas interwencji (np. 8 tygodni), lepszą kontrolę „dawki” praktyki, włączenie miar procesowych (takich jak ruminacja, unikanie czy samowspółczucie) oraz krótkich komponentów psychoedukacyjnych wspierających utrzymanie regularności. Takie kierunki rozwoju badań wynikają bezpośrednio z danych empirycznych i pozwalają przesunąć punkt ciężkości z pytania „czy medytacja działa?” na pytania „dla kogo, w jakich



warunkach i w jakim tempie przynosi korzyści?”.

Uzyskane wyniki będą również wykorzystywane w praktyce klinicznej i psychoedukacyjnej. W szczególności planowane jest ich zastosowanie w pracy z klientami gabinetu terapeutycznego jako element psychoedukacji dotyczącej realnych, krótkoterminowych efektów praktyk *mindfulness* oraz procesu zmiany w zakresie redukcji stresu. Prezentowanie wyników badań w formie uproszczonej i dostosowanej do odbiorcy może sprzyjać zwiększeniu motywacji do rozpoczęcia i utrzymania regularnej praktyki, a także realistycznemu kształtowaniu oczekiwań wobec interwencji opartych na uważności.

Ponadto rezultaty badania zostaną wykorzystane w działaniach popularyzujących wiedzę psychologiczną, w tym w przygotowywanych materiałach psychoedukacyjnych w formie krótkich opracowań informacyjnych, materiałów cyfrowych (np. infografik, postów edukacyjnych) oraz treści poradnikowych (e-book), skierowanych do osób dorosłych doświadczających przewlekłego stresu. Wyniki planowane są do przedstawienia w formie treści edukacyjnych publikowanych w mediach społecznościowych, docierających łącznie do ponad 20 tysięcy odbiorców, co umożliwi szerokie upowszechnienie rzetelnych informacji na temat skuteczności i ograniczeń krótkoterminowych praktyk *mindfulness*.

Dodatkowo przewiduje się przekazanie wyników badania specjalistom z obszaru psychologii i psychoterapii, w tym poradniom psychologicznym oraz osobom pracującym w obszarze zdrowia psychicznego na poziomie lokalnym i regionalnym w województwie podlaskim, jako materiału wspierającego refleksję nad wdrażaniem krótkich interwencji uważnościowych w pracy z klientami nieklinicznymi. Takie wykorzystanie wyników może sprzyjać bardziej świadomemu i odpowiedzialnemu stosowaniu *mindfulness* jako narzędzia wspierającego regulację stresu, a nie jako uniwersalnej techniki terapeutycznej.

Wreszcie, uzyskane dane mogą stanowić podstawę do opracowania autorskich materiałów edukacyjnych, takich jak krótkie programy wprowadzające do praktyki *mindfulness*, dzienniczki samopoczucia czy posty i cykle edukacyjne akcentujące procesowy charakter zmiany oraz znaczenie systematyczności, co odpowiada zarówno potrzebom praktyki terapeutycznej, jak i profilaktyki zdrowia psychicznego.

Podsumowując, przeprowadzone badanie pokazuje, że krótkoterminowa praktyka medytacyjna oparta na uważności najpewniej oddziałuje na poziom stresu, zwłaszcza w jego poznawczej ocenie, natomiast wpływ na lęk oraz dyspozycyjne style radzenia sobie jest



bardziej złożony i może wymagać dłuższej oraz bardziej strukturalnej interwencji. Częściowe potwierdzenie hipotez nie stanowi słabości badania, lecz jego wartość poznawczą, wskazującą na konieczność uwzględniania dynamiki procesu zmiany oraz różnic indywidualnych w ocenie skuteczności interwencji *mindfulness*.

#### 4.5 Ograniczenia i perspektywy dalszych badań

Przeprowadzone badanie, mimo istotnych walorów poznawczych, posiada ograniczenia, które należy uwzględnić przy interpretacji uzyskanych wyników. Ich wskazanie pozwala precyzyjniej określić zakres wnioskowania oraz wyznaczyć kierunki dalszych analiz, nie podważając jednocześnie wartości zrealizowanego projektu badawczego.

Jednym z ograniczeń badania jest możliwość wystąpienia efektu autoselekcji, polegającego na tym, że osoby deklarujące chęć podjęcia regularnej praktyki medytacyjnej mogły już na etapie wyjściowym charakteryzować się większą otwartością na tego typu oddziaływania, wyższą motywacją do pracy nad sobą lub większą gotowością do zmiany. Czynniki te mogły częściowo wpływać na obserwowane efekty, niezależnie od samej interwencji.

Kolejnym istotnym ograniczeniem jest czas trwania interwencji. Okres 30 dni okazał się wystarczający do zaobserwowania zmian w zakresie stresu subiektywnego, jednak może być niewystarczający do uchwycenia bardziej trwałych modyfikacji w obszarze lęku jako stanu oraz względnie stałych stylów radzenia sobie ze stresem. W literaturze przedmiotu częściej analizowane są programy trwające osiem tygodni lub dłużej, co sugeruje, że część efektów medytacji może ujawniać się dopiero w dłuższej perspektywie czasowej.

Zróznicowanie formy i czasu trwania praktyki medytacyjnej zwiększało trafność ekologiczną badania, jednak ograniczało możliwość precyzyjnego określenia zależności pomiędzy intensywnością praktyki a obserwowanymi efektami.

Ograniczeniem metodologicznym badania może być również ograniczona czułość zastosowanych narzędzi psychometrycznych, które w większości zostały zaprojektowane do pomiaru względnie trwałych cech i dyspozycji, a nie krótkoterminowych, sytuacyjnych zmian funkcjonowania psychicznego. Skale mierzące style radzenia sobie ze stresem oraz lęk cechowy mogą być mniej wrażliwe na subtelne modyfikacje zachodzące w wyniku krótkiej interwencji, co utrudnia uchwycenie niewielkich, lecz potencjalnie istotnych zmian. Wyjątkiem jest pomiar lęku jako stanu, który w większym stopniu odzwierciedla aktualne



doświadczenie emocjonalne i może reagować na krótkoterminowe oddziaływania.

Dodatkowym ograniczeniem jest fakt, że badanie obejmowało osoby z populacji nieklinicznej, co ogranicza możliwość generalizacji wyników na populacje kliniczne lub osoby doświadczające nasilonych zaburzeń lękowych i depresyjnych. Uzyskane rezultaty należy zatem interpretować przede wszystkim w kontekście profilaktyki oraz wspierania dobrostanu psychicznego, a nie jako dowód skuteczności medytacji w leczeniu zaburzeń psychicznych.

W świetle powyższych ograniczeń zasadne wydaje się prowadzenie dalszych badań o charakterze podłużnym, obejmujących dłuższe okresy interwencji medytacyjnej, co pozwoliłoby na ocenę trwałości obserwowanych efektów oraz lepsze uchwycenie zmian w obszarze stylów radzenia sobie ze stresem. W przyszłych projektach warto również precyzyjniej monitorować regularność i intensywność praktyki, na przykład poprzez codzienne rejestry czasu trwania medytacji lub zastosowanie narzędzi cyfrowych wspierających trening uważności.

Istotnym kierunkiem dalszych analiz jest pogłębienie badań nad czynnikami warunkującymi skuteczność interwencji medytacyjnych. Choć w niniejszym badaniu nie potwierdzono statystycznej moderacji efektów praktyki przez wyjściowy poziom stylu zadaniowego, uzyskane wyniki oraz dane procesowe wskazują, że różnice indywidualne mogą odgrywać istotną rolę na etapie wdrażania i utrzymania regularnej praktyki. Otwiera to możliwość projektowania interwencji uzupełnionych o elementy wspierające samoregulację, takie jak psychoedukacja, strukturyzacja praktyki czy krótkie instrukcje motywacyjne, szczególnie dla osób o niższych zasobach zadaniowych. Takie podejście pozwala oddzielić mechanizm samego oddziaływania *mindfulness* od czynników wpływających na gotowość do systematycznego korzystania z tej formy interwencji.

W przyszłych badaniach celowe byłoby również uwzględnienie zmiennych procesowych, takich jak ruminacja, unikanie doświadczania emocji, samowspółczucie czy elastyczność regulacyjna, które mogą pełnić funkcję mediatorów zmian zachodzących w trakcie praktyki medytacyjnej. Takie podejście pozwoliłoby lepiej zrozumieć mechanizmy leżące u podstaw obserwowanych efektów oraz precyzyjniej określić, dlaczego interwencja przynosi korzyści niektórym osobom szybciej niż innym.



## Zakończenie

Celem niniejszej pracy było zbadanie wpływu 30-dniowej, codziennej praktyki medytacyjnej na poziom stresu subiektywnego i ogólnego, lęku jako stanu oraz stylów radzenia sobie ze stresem u osób dorosłych z populacji nieklinicznej. Dodatkowym celem było sprawdzenie, czy styl radzenia sobie ze stresem, w szczególności styl zadaniowy, pełni rolę czynnika modyfikującego skuteczność interwencji medytacyjnej. Przeprowadzone analizy pozwoliły na częściowe potwierdzenie postawionych hipotez oraz sformułowanie pogłębionych wniosków dotyczących charakteru i uwarunkowań obserwowanych zmian.

Uzyskane wyniki wskazują, że praktyka medytacyjna może skutecznie przyczyniać się do obniżenia poziomu stresu, zwłaszcza w jego subiektywnym, poznawczo-percepcyjnym wymiarze. Efekty w zakresie lęku jako stanu oraz dyspozycyjnych stylów radzenia sobie ze stresem okazały się słabsze lub bardziej zróżnicowane, co potwierdza, że zmienne te charakteryzują się większą zależnością od kontekstu sytuacyjnego, czasu trwania interwencji oraz indywidualnych zasobów jednostki. Wyniki te są zgodne z przyjętymi w pracy modelami teoretycznymi, które zakładają, że medytacja oddziałuje przede wszystkim na procesy regulacji uwagi i interpretacji doświadczeń, a niekoniecznie prowadzi do szybkich i trwałych zmian dyspozycyjnych.

Istotnym wkładem pracy jest wykazanie, że skuteczność krótkoterminowej praktyki medytacyjnej nie była istotnie moderowana przez wyjściowy poziom stylu zadaniowego. Uzyskane wyniki wskazują, że korzyści w zakresie redukcji stresu mogą pojawiać się niezależnie od dyspozycyjnego profilu radzenia sobie, natomiast różnice indywidualne mogą odgrywać większą rolę na etapie wdrażania i utrzymania regularnej praktyki, co nie zostało uchwycone na poziomie analizy moderacji statystycznej. Jednocześnie dane procesowe oraz analiza dynamiki zmian wskazują, że różnice indywidualne mogą odgrywać większą rolę na etapie wdrażania i utrzymania regularnej praktyki niż w samym mechanizmie jej oddziaływania. Takie rozróżnienie wnosi istotny wkład do badań nad interwencjami opartymi na uważności, przesuując akcent z pytania „dla kogo medytacja działa” na pytanie „w jakich warunkach i przy jakim wsparciu może być skutecznie stosowana”.

Z perspektywy praktycznej uzyskane wyniki mają szczególne znaczenie w kontekście współczesnych wyzwań związanych z dostępnością wsparcia psychologicznego. Medytacja może stanowić niskoprogowe i dostępne narzędzie wspierające regulację emocjonalną oraz



redukcję stresu, zwłaszcza dla osób, które z różnych powodów nie korzystają z profesjonalnej pomocy. Jednocześnie wyniki badania podkreślają potrzebę realistycznego komunikowania charakteru tej praktyki, w tym stopniowego tempa zmian oraz znaczenia regularności i wytrwałości.

Podsumowując, przeprowadzone badanie potwierdza zasadność dalszego rozwijania i badania interwencji opartych na uważności, jednocześnie wskazując, że ich skuteczność nie ma charakteru uniwersalnego i zależy od cech oraz zasobów jednostki. Uzyskane rezultaty stanowią podstawę do dalszych badań nad mechanizmami działania medytacji, rolą czynników moderujących oraz warunkami sprzyjającymi trwałej zmianie w funkcjonowaniu psychicznym.



## Bibliografia

American Psychiatric Association. (2018). *Podręcznik diagnostyczno-statystyczny zaburzeń psychicznych. DSM-5* (wyd. pol.). Edra Urban i Partner.

Anālayo, B. (2013). *Perspectives on Satipaṭṭhāna*. Windhorse Publications.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg015>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. NY: W.H. Freeman.

Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., i van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133(1), 1–24. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.1>

Başar, E. (2013). A review of gamma oscillations in healthy subjects and in cognitive impairment. *International Journal of Psychophysiology*, 90(1), 99–117. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2013.07.005>

Beck, A. T., i Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49–58. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00069-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00069-1)

Benson, H. (1975). *The relaxation response*. William Morrow.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., i Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>

Black, D. S., O'Reilly, G. A., Olmstead, R., Breen, E. C., i Irwin, M. R. (2015). Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 494–501. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.8081>



Bourne, E. J. (2011). *Lęk i fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Brewer, J. A., Worhunsky, P. D., Gray, J. R., Tang, Y.-Y., Weber, J., i Kober, H. (2011). Meditation experience is associated with differences in default mode network activity and connectivity. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(50), 20254–20259. <https://doi.org/10.1073/pnas.1112029108>

Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. W.W. Norton.

Carver, C. S., Scheier, M. F., i Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

Chiesa, A., i Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593–600. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0495>

Chiesa, A., i Serretti, A. (2013). Mindfulness-based interventions and cognitive functions: A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 82–96. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.006>

Chiesa, A., i Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 492–512. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.770027>

Chiesa, A., Serretti, A., i Jakobsen, J. C. (2014). Mindfulness: Top-down or bottom-up emotion regulation strategy? *Clinical Psychology Review*, 34(1), 82–96. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.006>

Chojak, M. (2019). *Neuropedagogika, neuroedukacja i neurodydaktyka. Fakty i mity*. Difin.

Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology*, 5(7), 374–381. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.106>

Cohen, S., Kamarck, T., i Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>

Costa, P. T., i McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and*



*NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. FL: Psychological Assessment Resources.

Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual Review of Psychology*, *68*, 491–516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>

Dalajlama XIV. (2001). *An open heart: Practicing compassion in everyday life*. Little, Brown and Company

Davidson, R. J. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, *55*(11), 1196–1214. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1196>

Davidson, R. J. (2004). Well-being and affective style: Neural substrates and biobehavioural correlates. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *359*(1449), 1395–1411. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1510>

Davidson, R. J., i Begley, S. (2012). *The emotional life of your brain: How its unique patterns affect the way you think, feel, and live – and how you can change them*. Hudson Street Press. ISBN 9781594630897

Davidson, R. J., i Lutz, A. (2008). Buddha's brain: Neuroplasticity and meditation. *IEEE Signal Processing Magazine*, *25*(1), 174–176. <https://doi.org/10.1109/MSP.2008.4431873>

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., i in. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, *65*(4), 564–570. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3>

Davis, L. W., Strasburger, A. M., Brown, L. F., i Baron, K. G. (2018). Mindfulness-based interventions for adults with PTSD: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Psychology*, *74*(6), 1018–1030. <https://doi.org/10.1002/jclp.22596>

Demarzo, M. M. P., Montero-Marin, J., Cuijpers, P., Zabaleta-del-Olmo, E., Mahtani, K. R., Vellinga, A., Vicens, C., & García-Campayo, J. (2015). The efficacy of mindfulness-based interventions in primary care: A meta-analytic review. *Annals of Family Medicine*, *13*(6), 573–582. <https://doi.org/10.1370/afm.1863>

Doidge, N. (2017). *Mózg zmienia się sam*. Vital.



Endler, N. S., i Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>

Farb, N. A. S., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., i Anderson, A. K. (2007). Attending to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(4), 313–322. <https://doi.org/10.1093/scan/nsm030>

Farb, N. A. S., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., i Anderson, A. K. (2010). Minding one's emotions: Mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion*, 10(1), 25–33. <https://doi.org/10.1037/a0017151>

Finck, C., Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2023). Mindfulness meditation, sensory integration, and attentional networks: A neurocognitive perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 146, 105037. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105037>

Freud, S. (1926/2003). *Hamowanie, symptom i lęk*. Wydawnictwo KR.

Garland, E. L., Farb, N. A., Goldin, P. R., i Fredrickson, B. L. (2015). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. *Psychological Inquiry*, 26(4), 293–314. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1064294>

Garland, E. L., Geschwind, N., Peeters, F., i Wichers, M. (2015). Mindfulness training promotes upward spirals of positive affect and cognition: Multilevel and autoregressive latent trajectory modeling analyses. *Frontiers in Psychology*, 6, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00015>

Goldberg, S. B., Manley, A. R., Smith, S. S., Greeson, J. M., Russell, E., i Davidson, R. J. (2022). Adverse events in mindfulness-based interventions: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 92, 102111. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102111>

Goldberg, S. B., Riordan, K. M., Sun, S., i Davidson, R. J. (2020). The empirical status of mindfulness-based interventions: A systematic review of 44 meta-analyses of randomized controlled trials. *Perspectives on Psychological Science*, 15(4), 983–1002. <https://doi.org/10.1177/1745691620914218>



Goldberg, S. B., Riordan, K. M., Sun, S., i Davidson, R. J. (2022). Do mindfulness-based programs have adverse effects? A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE*, *17*(5), e0267640. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267640>

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., i Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *59*, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>

Goldstein, J. (2013). *Mindfulness: A practical guide to awakening*. Boulder: Sounds True.

Goleman, D. (2014). *Focus. Sztuka koncentracji jako ukryte dążenie do doskonałości*. Media Rodzina.

Good, D. J., Lyddy, C. J., Glomb, T. M., Bono, J. E., Brown, K. W., Duffy, M. K., Baer, R. A., Brewer, J. A., & Lazar, S. W. (2016). Contemplating mindfulness at work: An integrative review. *Journal of Management*, *42*(1), 114–142. <https://doi.org/10.1177/0149206315617003>

Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M. S., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., ... Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, *174*(3), 357–368. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018>

Greenberg, M. (2022). *Mózg odporny na stres: Zapanuj nad emocjonalną reakcją na stres, wykorzystując naturalne właściwości mózgu*. Dom Wydawniczy Rebis.

Grygiel-Górniak, B. (2021). Medytacja i praktyka uważności - skuteczność interwencji w chorobach zapalnych i wypaleniu zawodowym. *Postępy Fitoterapii*, *2*, 95–102. <https://doi.org/10.25121/PF.2021.2.7>

Grzegorzewska, I., Cierpiąłkowska, L., i Borkowska, A. (red.). (2020). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hadot, P. (1995). *Philosophy as a way of life: Spiritual exercises from Socrates to Foucault*. Blackwell

Hassed, C., i McKenzie, S. (2024). *Uważność. Trening mindfulness na co dzień*. Wydawnictwo RM.



- Heszen, I., i Sęk, H. (2003). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hobfoll, S. E. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., i Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Hoge, E. A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C. A., Morris, L. K., Robinaugh, D. J., ... Simon, N. M. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: Effects on anxiety and stress reactivity. *Journal of Clinical Psychiatry, 74*(8), 786–792. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m08083>
- Hoge, E. A., Bui, E., Palitz, S. A., Schwarz, N. R., Owens, M. E., Johnston, J. M., ... Simon, N. M. (2013). The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Psychiatry Research, 210*(3), 1119–1126. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.006>
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Evans, K. C., Hoge, E. A., Dusek, J. A., Morgan, L., Pitman, R. K., i Lazar, S. W. (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 5*(1), 11–17. <https://doi.org/10.1093/scan/nsp034>
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., i Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 191*(1), 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2010.08.006>
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., i Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science, 6*(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Horney, K. (1945/2012). *Nerwica a rozwój człowieka*. ENETEIA.
- Imperial College London. (2025). *Stress, cortisol and child development*. London: ICL Press.
- IPSOS. (2025). *Raport o stanie wypalenia zawodowego pracowników naukowych w Polsce*. IPSOS Polska.



James, W. (2002). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. Routledge. (Oryg. wyd. 1902)

Jensen, O., i Mazaheri, A. (2010). Shaping functional architecture by oscillatory alpha activity: Gating by inhibition. *Frontiers in Human Neuroscience*, 4, 186. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2010.00186>

Juczyński, Z., i Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP

Jung, C. G. (1969). *The structure and dynamics of the psyche*. Princeton University Press

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (2009). *Życie, piękna katastrofa. Medytacja uważności w codziennym życiu*. Czarna Owca.

Kabat-Zinn, J. (2014). *Gdziekolwiek jesteś, bądź*. Czarna Owca.

Keller, A., Litzelman, K., Wisk, L. E., Maddox, T., Cheng, E. R., Creswell, P. D., & Witt, W. P. (2012). Does the perception that stress affects health matter? The association with health and mortality. *Health Psychology*, 31(5), 677–684. <https://doi.org/10.1037/a0026743>

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Thérien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>

Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., i Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519–528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>

Killingsworth, M. A., i Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330(6006), 932. <https://doi.org/10.1126/science.1192439>

Kocur, D., i Czabała, J. C. (2016). Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. W: H. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria* (s. 183–202). Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S. B., ... Fredrickson, B. L. (2013). How positive emotions build physical health: Perceived positive



social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, 24(7), 1123–1132. <https://doi.org/10.1177/0956797612470827>

Kozielecki, J. (2006). *Psychologia lęku*. Wydawnictwo Akademickie Żak.

Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., ... Teasdale, J. D. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *The Lancet*, 386(9988), 63–73. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4)

Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., McGarvey, M., Quinn, B. T., Dusek, J. A., Benson, H., Rauch, S. L., Moore, C. I., i Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport*, 16(17), 1893–1897. <https://doi.org/10.1097/01.wnr.0000186598.66243.19>

Lazarus, R. S., i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

LeDoux, J. (2002). *Mózg emocjonalny*. Media Rodzina.

Lindahl, J. R., Fisher, N. E., Cooper, D. J., Rosen, R. K., i Britton, W. B. (2017). The varieties of contemplative experience: A mixed-methods study of meditation-related challenges in Western Buddhists. *PLOS ONE*, 12(5), e0176239. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176239>

Lopez, D. S. (2012). *The scientific Buddha: His short and happy life*. Yale University Press

Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401–1415. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>

Matych, M. (2022). *Jak żyć z lękiem. Poradnik*. Agora.

McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>

McEwen, B. S., i Stellar, E. (1993). Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093–2101. <https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410180039004>

McGinn, B. (1991). *The foundations of mysticism*. Crossroad



McKenzie, S., i Hased, C. (2024). *Uważność. Trening mindfulness na co dzień*. Wydawnictwo RM.

McLachlan, K. J. J., i Gale, C. R. (2018). The effects of psychological distress and its interaction with socioeconomic position on risk of developing four chronic diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 109, 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.04.004>

Meiklejohn, J., Phillips, C., Freedman, M. L., Griffin, M. L., Biegel, G., Roach, A., ... Saltzman, A. (2012). Integrating mindfulness training into K–12 education: Fostering the resilience of teachers and students. *Mindfulness*, 3, 291–307. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0094-5>

Morrison, J. (2016). *DSM bez tajemnic. Praktyczny przewodnik po klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-5* (J. W. Puszko, tłum.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Nature Human Behaviour. (2024). The role of social support in resilience during the pandemic. *Nature Human Behaviour*, 8(4), 512–520.

Nutt, D., i Malizia, A. (2001). New insights into the role of the GABA(A)-benzodiazepine receptor in psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 179(5), 390–396. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.5.390>

Olszowy, I., Chrzanowska, I., i Piotrowska, K. (2019). Zastosowanie uważności w edukacji - przegląd programów i badań. *Kultura i Edukacja*, 124(2), 91–106. <https://doi.org/10.15804/kie.2019.02.06>

Padesky, C., i Greenberger, D. (2016). *Umysł ponad nastrojem. Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Panitz, C., Tang, Y.-Y., & Posner, M. I. (2025). Mindfulness meditation and attentional network integration: Implications for emotion regulation and stress resilience. *Trends in Cognitive Sciences*, 29(2), 123–135. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2024.11.003>

Pępiak-Kowalska, K. (2022). *Jęczyng? Powiedz „dość!” i naucz się czerpać z optymizmu*. Onepress (Sensus).

Piet, J., i Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032–1040.



<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>

Pittman, C. M., i Karle, E. M. (2018). *Zalękniony mózg. Jak dzięki sile neuronauki pokonać zaburzenia lękowe, ataki paniki i zamartwianie się* (wyd. pol.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Plopa, M., i Makarowski, R. (2010). *Kwestionariusz Poczucia Stresu. Podręcznik*. Vizja Press i IT

Podgórska, A. (2023). *Tak działa mózg. Jak mądrze dbać o jego funkcjonowanie*. Foksal.

Polski Instytut Mindfulness. (2024). *Szkolenia i certyfikacja nauczycieli*. Pobrane 08.08.2025 z: <https://mindfulness.com.pl/>

Polusny, M. A., Erbes, C. R., Thuras, P., Moran, A., Lamberty, G. J., Collins, R. C., ... Lim, K. O. (2015). Mindfulness-Based Stress Reduction for posttraumatic stress disorder among veterans: A randomized clinical trial. *JAMA*, *314*(5), 456–465. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8361>

Popa, S. L., Luca, A. C., Zaharie, R., Negovan, A., Buzoianu, A. D., i Dumitrascu, D. L. (2024). Coping strategies and inflammatory bowel disease: A narrative review. *Journal of Clinical Medicine*, *13*(6), 1630. <https://doi.org/10.3390/jcm13061630>

Radoń, S. (2020). Mindfulness – koncepcja i zastosowania w psychologii zdrowia. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, *33*(3), 79–94.

Radoń, S. (2020). Skale uważności w języku polskim – przegląd adaptacji i właściwości psychometrycznych (MAAS, FFMQ, KIMS, TMS). *Psychologia Jakości Życia*, *19*(2), 1–22.

Radoń, S. (2020). Uważność – stan, cecha czy umiejętność? Problemy definicyjne i implikacje dla badań nad skutecznością treningów. *Psychologia – Etologia – Genetyka*, *40*(2), 55–69.

Ricard, M. (2006). *Happiness: A guide to developing life's most important skill*. Little, Brown and Company

Rivera, L., Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaría, M., & de Rivera-Monterrey, L. (2021). *Autogenic training improves the subjective perception of physical and psychological health and interpersonal relational abilities during the COVID-19 crisis in Spain*. *Frontiers in*



*Psychology*, 12, 616426. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.616426>

Sapolsky, R. M. (2022). *Dlaczego zebry nie mają wrzodów*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Schwarzer, R., i Jerusalem, M. (2000). Generalized Self-Efficacy Scale. W J. Weinman, S. Wright, i M. Johnston (red.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (s. 35–37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Seeley, W. W., Menon, V., Schatzberg, A. F., Keller, J., Glover, G. H., Kenna, H., ... Greicius, M. D. (2007). Dissociable intrinsic connectivity networks for salience processing and executive control. *Journal of Neuroscience*, 27(9), 2349–2356. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5587-06.2007>

Selye, H. (1976). *The stress of life* (Rev. ed.). McGraw-Hill.

Seponara, A. (2024). *Holistyczne sposoby uzdrawiania lęku*. JK Wydawnictwo.

Sęk, H. (2001). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., i Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>

Siudem, A. (2008). *Style radzenia sobie ze stresem a wybrane cechy osobowości*. Wydział Pedagogiki i Psychologii UMCS, Zakład Psychologii Społecznej.

Skórzewska, K. (2025). *Kortyzol. Jak oswoić hormon, który rządzi twoim życiem*. Znak Literanova.

Snel, E. (2015). *Uważność i spokój żabki*. Warszawa: CoJaNaTo.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., i Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. CA:Consulting Psychologists Press.

Strelau, J. (2006). *Psychologia temperamentu*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Strelau, J., i Jaworowska, A. (2020). *CISS – kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., i Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness



meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213–225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>

Teasdale, J., Segal, Z., i Williams, M. (2009). *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Teasdale, J., Williams, M., i Segal, Z. (2016). *Praktyka uważności. Ośmiotygodniowy program redukcji depresji oparty na uważności*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Thayer, J. F., i Lane, R. D. (2009). Claude Bernard and the heart–brain connection: Further elaboration of a model of neurovisceral integration. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33(2), 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.08.004>

Trenton, N. (2021). *Overthinking, czyli gdy myślisz za dużo. 23 techniki pokonywania paraliżu analitycznego i skupiania się na teraźniejszości*. Sensus.

Walker, P. (2013). *Complex PTSD: From surviving to thriving. A guide and map for recovering from childhood trauma*. Lafayette, CA: Azure Coyote.

WHO EMRO. (2022). *Mindfulness-based interventions for mental health and well-being: Review of evidence and policy implications*. Pobrane 11.08.2025 z: <https://www.emro.who.int/>

Willard, C. (2021). *Rosnąc z uważnością. Mindfulness dla dzieci, nastolatków i ich rodziców*. Samo Sedno.

Willson K. G., i DuFrene, T. (2021). *W sieci natrętnych myśli. Jak uwolnić się od bezustannej walki z lękiem i niepokojem*. GWP.

Witkiewitz, K., Bowen, S., Harrop, E. N., Douglas, H., Enkema, M., & Sedgwick, C. (2014). *Mindfulness-based relapse prevention for substance craving*. *Addiction*, 109(4), 538–549. <https://doi.org/10.1111/add.12494>

Wrześniewski, K. (2001). *Style radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Wynne, A. (2007). *The origin of Buddhist meditation*. Routledge

Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., i Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools – A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 5, 603. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00603>



Zentiva. (2025). *Coping and quality of life in patients with inflammatory bowel disease: Systematic review*. Prague: Zentiva Research.

Zhou, B., Wang, G., Hong, Y., Xu, S., Wang, J., Yu, H., Liu, Y., i Yu, L. (2020). Mindfulness interventions for rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101088. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101088>

Zhou, K., Ning, F., Wang, X., Wang, W., Han, D., i Li, X. (2022). *Perceived social support and coping style as mediators between resilience and health-related quality of life in women newly diagnosed with breast cancer*. *BMC Women's Health*, 22, 198. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01783-1>

Zubrzycki, J. (2006). Trening autogenny Schultza. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 305–312). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Żejmo, J. (2024). *Spokojny mózg. Neuronaukowe i psychologiczne narzędzia budowania odporności psychicznej*. Sensus.

### **Źródła internetowe**

Ben Yehuda, C., Gilad-Bachrach, R., i Udi, Y. (2024). Improving engagement and efficacy of mHealth micromicro-interventions for stress coping: An in-the-wild study. *arXiv*. Pobrane z: <https://arxiv.org/abs/2407.11612> (22.08.2025)

EduMind. (2023). *Krople Uważności – programy dla dzieci i młodzieży*. Pobrane 10.08.2025 z: <https://www.fundacjaedumind.pl/>

e-MPAT Lab (Uniwersytet Warszawski). (2024). *Laboratorium Psychologii Doświadczeń Medytacyjnych i Psychoterapii*. Pobrane 11.08.2025 z: <https://psych.uw.edu.pl/>

Fundacja Rozwoju Mindfulness. (2023). *O nas – kursy MBSR i nauczyciele*. Pobrane 08.08.2025 z: <https://fundacja-mindfulness.org/>

Fundacja Rozwoju Mindfulness. (2025). *Mindfulness – uważność to zdolność do obserwacji...* Pobrane 04.08.2025 z: <https://fundacja-mindfulness.org/mindfulness/>

Kliniki.pl. (2025). *Polska na kozetce 2025. Raport o zdrowiu psychicznym Polaków*. <https://www.kliniki.pl/raporty/polska-na-kozetce-2025/>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). *Depression in adults: Treatment and management (NG222)*. Pobrane 12.08.2025 z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>



- PubMed Central. (2022). Adverse effects of meditation: A review of current research. Pobrane 13.08.2025 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8629386/>
- SWPS. (2018). Mindfulness – jak być obecnym tu i teraz. Pobrane 05.08.2025 z: <https://web.swps.pl/strefa-psyche-2/blog/relacje/17648-mindfulness-jak-byc-obecnym-tu-i-teraz>
- SWPS. (2024). Mindfulness na SWPS – badania, edukacja, praktyka. Pobrane 0.08.2025 z: <https://www.swps.pl/>
- SWPS. (2024). Studia podyplomowe: Uwaga i współczucie w edukacji i terapii. Pobrane 06.08.2025 z: <https://www.swps.pl/>
- World Health Organization (WHO). (2022). Mindfulness-based interventions for mental health and well-being: Review of evidence and policy implications. Pobrane 11.08.2025 z: <https://www.emro.who.int/>
- World Health Organization. (2020). Doing what matters in times of stress: An illustrated guide. Pobrane 12.08.2025 z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>
- World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. Pobrane 11.08.2025 z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization. (2023). Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders (3rd ed.). Pobrane 12.08.2025 z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>
- World Health Organization. (2023). Giving mental health the attention it deserves: Poland adopts WHO tool to boost efforts to address mental health needs.
- <https://www.who.int/europe/news/item/10-10-2023-giving-mental-health-the-attention-it-deserves---poland-adopts-who-tool-to-boost-efforts-to-address-mental-health-needs>
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). (2022). Absencja chorobowa w 2022 roku (raport). Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Pobrane 20.08.2025 z <https://www.zus.pl>

## Spis tabel

<b>Tabela 1</b> Statystyki opisowe wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka w grupie niemedytującej – pomiar wstępny .....	89
<b>Tabela 2</b> Statystyki opisowe wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka w grupie niemedytującej – pomiar końcowy .....	90
<b>Tabela 3.</b> Statystyki opisowe wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka w grupie medytującej – pomiar wstępny .....	91
<b>Tabela 4.</b> Statystyki opisowe wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka w grupie medytującej – pomiar końcowy .....	92
<b>Tabela 5.</b> PSS-10: wyniki analizy wariancji z powtarzaniem pomiarem .....	94
<b>Tabela 6.</b> KPS (wynik ogólny): wyniki analizy wariancji z powtarzaniem pomiarem .....	95
<b>Tabela 7.</b> STAI-X1: wyniki analizy wariancji z powtarzaniem pomiarem .....	97
<b>Tabela 8.</b> CISS-SSZ: wyniki analizy wariancji z powtarzaniem pomiarem .....	98
<b>Tabela 9.</b> CISS-SSE: wyniki analizy wariancji z powtarzaniem pomiarem .....	100
<b>Tabela 10.</b> CISS-SSU: wyniki analizy wariancji z powtarzaniem pomiarem .....	101
<b>Tabela 11.</b> Zmiana PSS-10 (po – przed): regresja z moderacją CISS-SSZ – współczynniki i dopasowanie .....	103
<b>Tabela 12.</b> Zmiana STAI-X1 (po – przed): regresja z moderacją CISS-SSZ – współczynniki i dopasowanie .....	104
<b>Tabela 13.</b> Test jednej próby nachylenia trendu dziennego – stres (t, df, p, d Cohena) .....	107
<b>Tabela 14.</b> Test jednej próby nachylenia trendu dziennego – samopoczucie (t, df, p, d Cohena) .....	108



## Spis rysunków

<b>Rysunek 1.</b> PSS-10: oszacowane średnie brzegowe w zależności od czasu i grupy.....	94
<b>Rysunek 2.</b> KPS: oszacowane średnie brzegowe w zależności od czasu i grupy .....	95
<b>Rysunek 3.</b> STAI-X1: oszacowane średnie brzegowe w zależności od czasu i grupy .....	97
<b>Rysunek 4.</b> CISS-SSZ: oszacowane średnie brzegowe w zależności od czasu i grupy .....	99
<b>Rysunek 5.</b> CISS- SSE: oszacowane średnie brzegowe w zależności od czasu i grupy .....	100
<b>Rysunek 6.</b> CISS- SSU: oszacowane średnie brzegowe w zależności od czasu i grupy.....	101
<b>Rysunek 7.</b> Zmiany średnich wyników stylów radzenia sobie ze stresem (CISS) w pomiarze przed i po badaniu w grupie medytującej oraz kontrolnej .....	102
<b>Rysunek 8.</b> Macierz korelacji Spearmana: PSS-10, STAI-X1, KPS oraz CISS (SSZ, SSE, SSU) .....	106
<b>Rysunek 9.</b> Dzienny trend poczucia lęku w trakcie 30-dniowej praktyki (średnie dzienne i linia regresji) .....	107
<b>Rysunek 10.</b> Dzienny trend samopoczucia w trakcie 30-dniowej praktyki (średnie dzienne i linia regresji) .....	108

