

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
Katedra psychologie



Diplomová práce

Jaroslav Chýle

**Účinky klinického programu využívajícího mindfulness (MBSR)
na stres**

Effects of a mindfulness-based clinical program (MBSR) on stres

Praha, 2020

Vedoucí práce: doc. MUDr. Mgr. Radvan Bahbouh, PhD.

Rád bych na prvním místě poděkoval vedoucímu této diplomové práce, docentu Radvanu Bahbouhovi, za jeho pečlivé a trpělivé vedení a podporu během psaní této práce. Dále chci poděkovat Mgr. Ivaně Fabianové a Mgr. Ing. Marku Vrankovi za jejich úsilí, energii, rady a čas věnovaný revizím a konzultacím při psaní této práce.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 25. listopadu 2020

.....
Jaroslav Chýle

Abstrakt

Stres, zejména ten chronický, hraje zásadní roli v kvalitě lidského zdraví, práce, vztahů a života vůbec. V posledních letech se vědecký výzkum v takových oblastech jako lékařství, psychologie nebo neurovědy stále více zajímá o účinky tréninku mindfulness na lidskou psychiku a zdraví. V tomto kontextu jsou obvykle zkoumány klinické tréninkové programy založené na všímavosti. Cílem této práce bylo zmapovat vliv v zahraničí rozšířeného klinického programu Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) na úroveň stresu. Literárně přehledová část se zaměřuje na dosavadní poznatky o účincích programu MBSR na zdraví a osobní pohodu a navrhované mechanismy působení. Výzkumná část zase na poznatky o účincích tohoto programu na stres a kvalitu života účastníků tohoto programu pomocí kvantitativního výzkumu zaměřeného na měření změny úrovně stresu a výzkumu kvalitativního, analyzujícího s rozhovory s účastníky programu. Hlavním výsledkem výzkumné části je zjištění, že absolvování programu MBSR může vést ke snížení vnímaného stresu ($N = 190$, $p < .001$, $d = 0.81$). Kvalitativní výzkum zjistil, že vliv programu MBSR na stres je významnou součástí účinků této intervence, která kromě toho nejvíce ovlivňuje zvládání emocí, reakcí, vztahů a komunikace. Práce by mohla být přínosem při zkoumání programů založených na mindfulness u nás a jejich lepšího pochopení a přijetí odbornou veřejností a institucemi veřejného zdraví.

Klíčová slova: stres, coping, zdraví, well-being, mindfulness, všímavost, soucit se sebou, seberegulace, MBSR

Abstract

Stress, especially the chronic one, plays an essential role in the quality of human health, work, relationships and life in general. In recent years, scientific research in areas such as medicine, psychology or neuroscience has become increasingly interested in the effects of mindfulness training on the human psyche and health. In this context, clinical mindfulness-based training programs are usually examined. The aim of this work was to map the effect of the clinical program Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), which is widely used abroad, on the level of stress. The theoretical part focuses on the existing knowledge about the effects of the MBSR program on health and personal well-being and the proposed mechanisms of action. The research part, in turn, on the knowledge of the effects of this program on stress and quality of life of participants in this program through quantitative research aimed at measuring changes in stress levels and qualitative research, analyzing interviews with program participants. The main result of the research part is the finding that the effect of the MBSR program on stress is an important part of the effects of this intervention and its completion may lead to a reduction of perceived stress ($N = 190$, $p < .001$, $d = 0.81$). Qualitative research found that the intervention most often affects the management of stress, emotions, reactions, relationships and communication in participants. This thesis could contribute to researching programs based on mindfulness in our country and their better understanding and acceptance by the professional community and public health institutions.

Keywords: stress, coping, health, well-being, mindfulness, self-compassion, self-regulation, MBSR

Obsah

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | ÚVOD | 10 |
| 1.1 | POPIS ZKOUMANÉHO FENOMÉNU | 10 |
| 1.2 | SMYSL A VÝZNAM PRÁCE | 14 |
| 1.3 | MOTIVACE AUTORA | 17 |
| 2 | LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST | 19 |
| 2.1 | DEFINICE KLÍČOVÝCH POJMŮ | 19 |
| 2.1.1 | <i>Stres</i> | 19 |
| 2.1.2 | <i>Všímavost</i> | 20 |
| 2.1.3 | <i>Soucit se sebou</i> | 26 |
| 2.1.4 | <i>Program Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)</i> | 29 |
| 2.2 | TEORIE A TEORETICKÁ PERSPEKTIVA | 34 |
| 2.2.1 | <i>Stres a všímavost</i> | 34 |
| 2.2.2 | <i>Stres a soucit se sebou</i> | 38 |
| 2.2.3 | <i>Měření stresu</i> | 39 |
| 2.3 | PROVEDENÉ STUDIE | 43 |
| 2.3.1 | <i>Kvantitativní studie</i> | 43 |
| 2.3.2 | <i>Kvalitativní studie</i> | 47 |
| 2.3.3 | <i>Limity provedených studií a perspektiva dalšího zkoumání</i> | 49 |
| 3 | VÝZKUMNÁ ČÁST | 57 |
| 3.1 | VÝZKUMNÉ CÍLE | 57 |
| 3.2 | KVANTITATIVNÍ VÝZKUM | 58 |
| 3.2.1 | <i>Výzkumný design</i> | 58 |
| 3.2.2 | <i>Hypotézy</i> | 58 |
| 3.2.3 | <i>Výzkumný vzorek</i> | 59 |
| 3.2.4 | <i>Způsob získávání dat</i> | 62 |
| 3.2.5 | <i>Etické otázky</i> | 63 |
| 3.2.6 | <i>Průběh výzkumu</i> | 64 |
| 3.2.7 | <i>Použité nástroje</i> | 65 |
| 3.2.8 | <i>Ověření reliability škály vnímaného stresu PSS-10 metodou „test - retest“</i> | 67 |
| 3.2.9 | <i>Způsob zpracování dat</i> | 71 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 3.2.10 | <i>Analýza dat kvantitativního výzkumu</i> | 71 |
| 3.2.11 | <i>Deskriptivní statistika</i> | 74 |
| 3.2.12 | <i>Testová statistika</i> | 74 |
| 3.2.13 | <i>Výsledky kvantitativního výzkumu</i> | 83 |
| 3.3 | KVALITATIVNÍ VÝZKUM | 85 |
| 3.3.1 | <i>Výzkumný design</i> | 85 |
| 3.3.2 | <i>Výzkumný vzorek</i> | 85 |
| 3.3.3 | <i>Způsob získávání dat</i> | 86 |
| 3.3.4 | <i>Etické otázky</i> | 86 |
| 3.3.5 | <i>Průběh výzkumu</i> | 87 |
| 3.3.6 | <i>Použité nástroje</i> | 88 |
| 3.3.7 | <i>Analýza rozhovorů</i> | 89 |
| 3.3.8 | <i>Výsledky kvalitativního výzkumu</i> | 100 |
| 3.4 | DISKUZE | 104 |
| 3.4.1 | <i>Shrnutí postupu kvantitativního výzkumu</i> | 104 |
| 3.4.2 | <i>Závěry kvantitativního výzkumu</i> | 105 |
| 3.4.3 | <i>Závěry kvalitativního výzkumu</i> | 106 |
| 3.4.4 | <i>Porovnání výsledků kvantitativního výzkumu s obdobnými výzkumy</i> | 109 |
| 3.4.5 | <i>Souvislost zjištění kvalitativního výzkumu s kvantitativním výzkumem</i> | 111 |
| 3.4.6 | <i>Limity kvantitativního výzkumu</i> | 111 |
| 3.4.7 | <i>Limity kvalitativního výzkumu</i> | 114 |
| 3.4.8 | <i>Možná vylepšení výzkumu</i> | 115 |
| 3.4.9 | <i>Doporučení pro další výzkum</i> | 115 |
| 3.4.10 | <i>Potenciální využití výsledků výzkumu</i> | 116 |
| 4 | ZÁVĚR | 118 |
| 5 | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 119 |
| 6 | SEZNAM GRAFŮ | 133 |
| 7 | SEZNAM OBRÁZKŮ | 133 |
| 8 | SEZNAM TABULEK | 133 |
| 9 | SEZNAM ZKRATEK | 134 |
| 10 | PŘÍLOHA 1: SKÓROVÁNÍ PODLE PŘÍSTUPU GRADE (VIBE, BJØRNDAL, TIPTON, HAMMERSTRØM, & KOWALSKI, 2012) | I |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 11 | PŘÍLOHA 2: ČESKÁ VERZE ŠKÁLY PSS-10 | II |
| 12 | PŘÍLOHA 3: KVALITATIVNÍ VÝZKUM - PŘEPIS PŘÍKLADŮ STRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU | III |

„Je to způsob, jak cvičit mysl, srdce a tělo, aby byly plně přítomny v životě. Všímavost, i když je často spojena s meditací, je mnohem víc než meditační technika. Všímavost je v zásadě způsob bytí; způsob obývání našich těl, našich myslí a našeho prožívání v každém okamžiku s otevřeností a vnímavostí. Je to hluboké uvědomění; poznávání a prožívání života tak, jak vzniká a pomíjí v každém okamžiku.“

1 Úvod

1.1 Popis zkoumaného fenoménu

Tato práce si dala za úkol přispět k úrovni poznání o účinnosti ve světě rozšířených programů založených na všímavosti na snižování stresu o souvisejících efektech, a to v českém prostředí. Zahraniční literatura již delší dobu zaznamenává, že intervence založené na tréninku všímavosti jsou stále populárnější (Baer, 2003). V poslední době se o tréninku všímavosti začíná mluvit čím dál více i u nás a objevují se dostupné kurzy a programy, jejichž přístup, kvalita i výsledky mohou být různé kvality. Přitom se již desetiletí provádí vědecký výzkum účinnosti takových intervencí. Proto se v práci soustředím na program založený na mindfulness, jehož účinnost je silně podpořena vědeckými důkazy (*evidence-based*), a to konkrétně na program MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) jako pravděpodobně na nejrozšířenější a nejprozkoumanější trénink mindfulness.

Stres je v naší společnosti často skloňované slovo. Slyšíme ho v souvislosti s většinou oblastí života, ať jde o práci, zdraví, partnerské vztahy, výchovu, vzdělávání, bydlení, stravování nebo dokonce dovolenou. Stres je zkrátka neodmyslitelnou součástí života. To, jak stres ovlivňuje naše zdraví a osobní pohodu, zajímá vědce, lékaře, psychology i laickou veřejnost již dlouho (American Psychological Association, 2019). Otázkou vlivu emocí na zdraví se už zabýval například Hippokrates ve 4. století př. n. l. Stále více se zajímáme se o to, jak stres a emoce souvisí s nejrůznějšími duševními i tělesnými neduhy (Gloria & Steinhardt, 2016; Howell, Kern, & Lyubomirsky, 2007; Uskul & Horn, 2015). Lze říci, že poměrná složitost výsledků vědeckého bádání v této oblasti je něco, co na jednu stranu přitahuje, na druhou stranu je i výzvou, řady odborníků. Obecně lze dnes stres popsat jako reakci organismu na situaci či

událost, tj. stresový faktor či stresor. Stres se v organismu projevuje jak na úrovni fyziologické, tak na úrovni psychické.

Jak stres ovlivňuje zdraví a kvalitu života? Z psychologického hlediska je stres považován za původce negativních emocí, které jsou spojovány s narušením biologických systémů, které zase způsobují nástup nebo zhoršení nemoci. Existují důkazy plynoucí z řady oblastí vědeckého výzkumu, které spojují stres a zdravotní stav. Zatímco mechanismy, které tuto vazbu ovlivňují, nám nemusí být v této fázi ještě plně pochopitelné, je zřejmé, že prožívání události nebo situace, která je vnímána jako stresující, může mít negativní důsledky pro fyzické zdraví. Stres je dlouhodobě spojován s vážnými negativními zdravotními následky, jako je zvýšený výskyt kardiovaskulárních onemocnění, pomalejší hojení ran nebo narušení funkcí imunitního systému. Stresový proces zahrnuje zkušenost jak negativních, tak i pozitivních emocí a tyto pozitivní emoce mohou mít za následek přínos pro zdraví. Existují také některé důkazy, že některé akutní stresory mohou zlepšit fungování některých aspektů imunitního systému. Konečně, zkušenost se stresem po tom, co se objeví fyzické symptomy, je spojena s rychlejším vyhledáváním zdravotní péče, což umožňuje rychlý přístup k léčbě, pokud to je zapotřebí. Zatímco zkušenost se stresem má tendenci být spojována s negativními zdravotními následky, coping představuje možnost je zmírnit. Náprava nebo adaptace se týká pokusů o odstranění nebo snížení hrozby, kterou představuje stresující situace. Takové pokusy mohou zahrnovat kognitivní nebo behaviorální strategie zaměřené na samotný problém nebo na zvládnutí negativních emocí spojených se stresující zkušeností (Faasse & Petrie, 2015). Stres je také zásadním konceptem pro porozumění životu a evoluci. Všechny organismy zažívají ohrožení homeostázy a snaží se o adaptivní reakce. Jejich budoucnost, jak na individuální úrovni, tak na úrovni druhu, závisí na schopnosti adaptace na rozhodující stresory. Podle dostupných poznatků stres ohrožuje i pracovní účinnost tím, že negativně ovlivňuje pozornost a koncentraci

klinických pracovníků, oslabuje rozhodovací a komunikační schopnosti, zhoršuje empatii, snižuje důvěru pacienta v poskytovatele zdravotní péče a snižuje schopnost profesionálů navázat s pacienty smysluplné vztahy (Baer, 2014). Pracovní stres patří mezi nejnáročnější výzvy bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a významně ovlivňuje zdraví jednotlivců, organizací a národních ekonomik (Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci, 2020).

Jedním ze způsobů zvládnání stresu, který získal zvýšenou pozornost, je přístup všímavosti. Všímavost, kterou definoval Kabat-Zinn jako uvědomění z okamžiku na okamžik, je kultivována cíleným zaměřením pozornosti na přítomný okamžik, s neposuzujícím, neusilujícím postojem přijetí. Všímavost umožňuje člověku prožívat myšlenky a pocity způsobem, který zdůrazňuje jejich subjektivní a přechodnou povahu. Trénink všímavosti je spojován se zlepšením zdravotního stavu (Sharma & Rush, 2014). „Meditace všímavosti se stala běžnou metodou snižování stresu, psychopatologie spojené se stresem a některých fyzických příznaků“ (Hirshberg, Goldberg, Rosenkranz, & Davidson, 2020, s. 1).

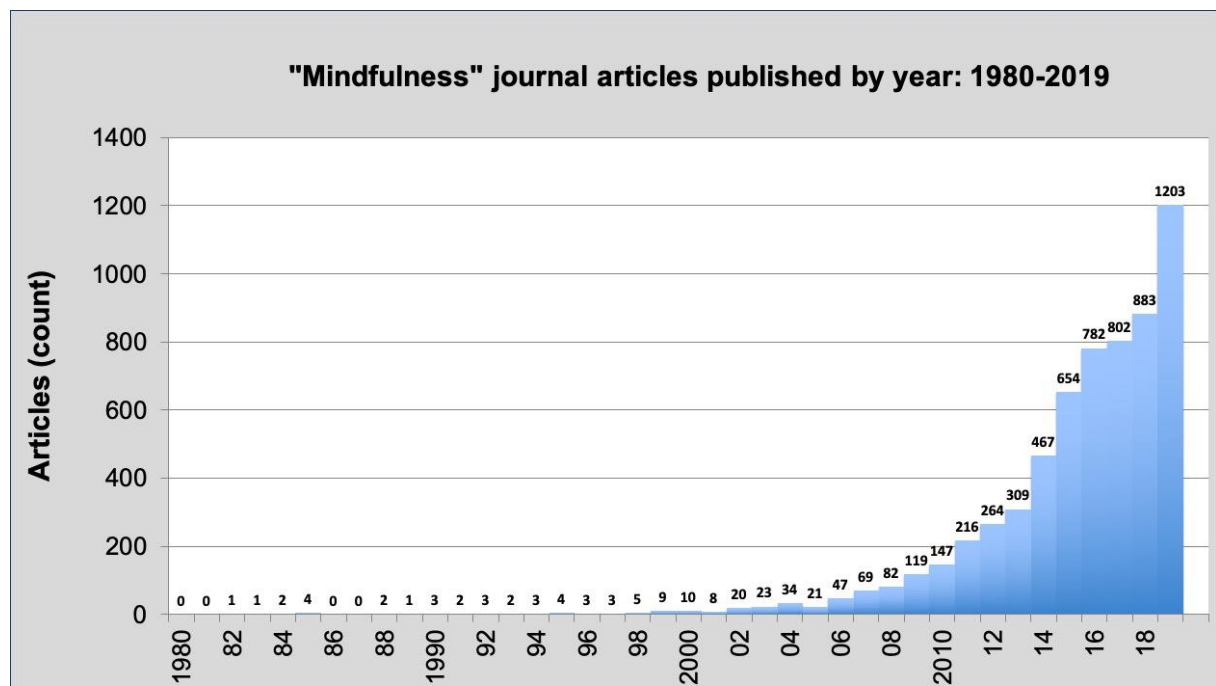
O všímavosti se dnes stále více hovoří i u nás, stává se čím dál více populárním tématem a postupem času rostou očekávání spojené s jejími efekty, především u laické veřejnosti. Ve Spojených státech amerických nebo v západně Evropě se již někdy hovoří o neopodstatněném módním trendu, *humbuku*¹ (anglicky „*hype*“) nebo dokonce o „kultu všímavosti“² spojeným s tímto tématem. V krajních případech může být všímavost chápána jako panacea nebo jako metoda vhodná prakticky pro každého.

¹ <https://www.mindful.org/getting-over-the-mindfulness-hype/>

² <https://www.spectator.co.uk/article/the-cult-of-mindfulness->

Jak to tedy je doopravdy? Existují kromě módních sloganů tvrdá data, která potvrzují aspoň některá z těchto tvrzení a do jaké míry? Výzkum účinků intervencí využívajících všímavost probíhá již dlouhou dobu, což dokládá níže uvedený Graf 1.

Graf 1: Roční frekvence článků publikovaných ve vědeckých časopisech, které mají v titulku slovo „mindfulness“ od roku 1980 do roku 2019 (“American Mindfulness Research Association,” 2019)



Graf 1 ukazuje, že výzkum účinků všímavosti probíhá již od 80. let minulého století a souvisel se vznikem první klinicky používané intervence, programu Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) v roce 1979. K publikaci prvního vědeckého článku o tréninku všímavosti tak jako ho dnes známe (v podobě MBSR) došlo v roce 1982 (Kabat-Zinn, 1982), určitý skok nastává po přelomu milénia, kdy začíná počet článků věnovaných tématu prudce stoupat. Toto opět může souviset jednak se vznikem dalšího, velmi rozšířeného programu založeného na všímavosti, Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), a postupného rozšíření výzkumu z oblasti medicíny do oblastí klinické psychologie a dalších oborů psychologie (pracovní, sportovní atd.) nebo, v poslední době, neurovědeckých disciplín. Z této poslední kategorie za

zmínku stojí například práce amerického neurovědce, psychiatra a psychologa Richarda J. Davidsona, působícího na Univerzitě ve Wisconsinu-Madison a psychologa Daniela Golemana. Davidson a Goleman nedávno provedli literární rešerši více než šesti tisíc vědeckých studií o meditaci, ze kterých vybrali pouhé jedno procento, které podle autorů splňuje nejvyšší metodologické standardy (Goleman & Davidson, 2017). Mezi prokázané účinky tréninku mindfulness, které tito autoři uvádějí, patří, v případě MBSR, například snížení stresové reaktivity, (zlepšení pozornosti, snížení úrovní prozánětlivých cytokinů nebo má podobnou účinnost jako léky při léčbě obtíží jako jsou deprese, úzkost nebo bolest, a to bez vedlejších příznaků. Zároveň poukazují na to, že existuje řada obtíží, které mohou být kontraindikací pro intenzivní praxi všímavosti.

1.2 Smysl a význam práce

Stres je v moderní společnosti všudypřítomným problémem a stal se z něj globální problém veřejného zdraví. Stres se stal běžným fenoménem bohužel již od dětského věku (Blahutková & Charvát, 2009). Potřeba účinných nástrojů ke zvládnutí stresu a zvyšování odolnosti v současném světě se zdá naléhavější než kdykoli dříve. Po celém světě sledujeme rostoucí trendy prevalence deprese, úzkosti a dalších běžných duševních poruch včetně kognitivních (Chung et al., 2019; Goodwin, Weinberger, Kim, Wu, & Galea, 2020; World Health Organization, 2017) obezity (von Ruesten et al., 2011) nebo užívání drog (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost EMCDDA, 2020). Souvislost těchto jevů s úrovněmi stresu, především toho chronického, není nutné příliš zdůrazňovat (Hammen, 2005; Kyrkou, Chrousos, & Tsigos, 2006; Marin et al., 2011; Sinha, 2001).

Přestože určité úrovně stresu mohou vést ke zlepšení fungování, existují důkazy, že vyšší úrovně stresu mohou snižovat odolnost a negativně ovlivnit fyzické i duševní zdraví (Sharma

& Rush, 2014). Setrvalý stres může vést k neproduktivní ruminaci, která spotřebovává energii a zpětně posiluje samotný proces stresu. Stres souvisí s řadou obtíží, jako jsou autoimunitní choroby, migréna, obezita, svalové napětí, bolesti zad, vysoký cholesterol, ischemická choroba srdeční, hypertenze, mrtvice, deprese, závislosti a s dalšími problémy týkající se kvality života (Hammen, 2005; Kyrrou et al., 2006; Marin et al., 2011; Sharma & Rush, 2014; Sinha, 2001).

V roce 2016 využilo více než 14 % dospělých Američanů (tj. asi 14 milionů osob) nějakou formu meditace, což je trojnásobný nárůst oproti roku 2012 (Hirshberg et al., 2020). Meditaci lze definovat jako formu mentálního tréninku, jejímž cílem je zlepšit základní psychologické schopnosti jednotlivce, jako jsou schopnost ovládat pozornost nebo emoční seberegulace. Patří sem celá řada praktik, mezi něž se řadí meditace všímavosti (která byla například dosud nejvíce zkoumána neurovědecky), meditaci pomocí manter, jógu, tai-či nebo či-kung (Tang, Hölzel, & Posner, 2015).

V roce 2003 byl nejčastěji citovanou metodou tréninku všímavosti program Mindfulness-Based Stress Reduction (Baer, 2003). Podle autorů přehledové studie (Wong, Chan, Zhang, Lee, & Tsoi, 2018) se intervence založené na všímavosti (MBI) staly za čtyři desetiletí (1979-2018) nejen populární léčebnou metodou pro zlepšení psychických a fyzických obtíží, ale také neterapeutickou intervencí pro podporu duševní pohody. Autoři uvádějí mezi dvě nejčastěji studované MBI právě programy Mindfulness-Based Stress Reduction a Mindfulness-Based Cognitive Therapy. Tyto MBI jsou nyní používány v psychiatrii jako primární nebo doplňková léčba stresu, deprese a abusu návykových látek. Šíření intervencí založených na všímavosti v klinickém i neklinickém prostředí koresponduje s rychlým vzestupem výzkumu všímavosti (Hirshberg et al., 2020).

Program MBSR je osmitýdenní, standardizovaný tréninkový kurz, který zahrnuje osm týdenních setkání o délce 2,5 až 3 hodin a jedno celodenní setkání o délce 7 až 8 hodin, přičemž účastníci cvičí mezi setkáními samostatně 45 až 60 minut denně. Najdeme ho široce implementovaný ve zdravotnictví i v dalších oblastech veřejného sektoru a byl rozsáhle zkoumán (Hirshberg et al., 2020). Standardní program MBSR v plné délce patří mezi nejvíce prozkoumávané postupy všímavosti, je účinný při podpoře emocionální pohody a snižování psychické tísně jak u zdravých jedinců, tak u osob trpících chronickými psychickými poruchami (Sharma & Rush, 2014).

Gotink et al. (2015) uvádějí, že v oblasti péče o chronické pacienty programy MBCT i MBSR pomáhají těmto pacientům vyrovnat se s bolestmi, depresivními příznaky, úzkostí a stresem, což zlepšuje jejich kvalitu života. V oblasti duševního zdraví jsou podle autorů ještě zajímavější výsledky: některé poruchy se zlepšují, jiné jako sociální fobie nebo schizofrenie lépe reagují na tradiční léčbu. Ze zjištění této přehledové práce vyplývá, že v prevenci je všímavost cenná při snižování stresu a dalších psychopatologických symptomů, které by se jinak mohly vyvinout v klinické stavy. Ve vzdělávání a rodičovství může dovednost, jak vědomě zvládat stres a znepokojivé situace, pomoci dětem vyrovnat se s těmito aspekty života v budoucnu. Podle autorů práce je třeba také vzít v úvahu význam velikost účinku v různých populacích: velikost účinku 0,5 u úzkosti může mít jiný význam u pacientů s úzkostí a u pacientů s rakovinou. V případě úzkosti, v závislosti na konkrétní úzkostné poruše, může být jiná intervence účinnější. U pacientů s rakovinou však může mít snížení úzkosti obrovský dopad na kvalitu jejich života. Takto je vhodné rozlišovat, kde uplatňovat trénink všímavosti jako doplňkovou léčbu. Podle autorů studie má kombinace tréninku všímavosti s obvyklými léčebnými postupy hned několik výhod:

1. programy MBSR a MBCT se dají snadno implementovat a umožňují pacientům brát na sebe při léčbě aktivnější roli,
2. představují nízké psychologické a fyzické riziko,
3. náklady jsou relativně nízké, protože jeden lektor může vést poměrně velkou skupinu a většinu cvičení lze provádět doma, bez pomoci externích prostředků.

Trénink všímavosti však také vyžaduje závazek co se týče adherence a času věnovaného pacientem i lektorem (Gotink et al., 2015).

Přes všechny slibné výsledky a zkušenosti ze zahraničí, autor cítí potřebu střízlivého přístupu při hodnocení účinnosti této intervence, tj. jejího ověření pomocí vědeckého zkoumání, při její aplikaci v české populaci. V tuzemsku zatím žádný podobný výzkum proveden nebyl, a navíc v zahraniční literatuře nenajdeme mnoho zjištění o vlivu věku, pohlaví nebo dodržování samostatných cvičení na účinek intervence (snížení stresu).

1.3 Motivace autora

Autor se rozhodl k provedení tohoto výzkumu především z důvodu svého zájmu o téma všímavosti a účinky jejího tréninku, kterým se sám dlouhodobě zabývá, a také díky svému zájmu o téma stresu a jeho zvládnání a snižování. Dlouhodobě se věnuje józe, meditační praxi, studiu a výzkumu intervencí založených na tréninku všímavosti a soucitu. Pravidelně medituje a od roku 2014 také pravidelně vyučuje program MBSR, poté co dokončil lektorský výcvik v Center for Mindfulness na Univerzitě v Massachusetts, kde program v roce 1979 vznikl. Jeho výcvik vedl, mimo jiné, autor programu, Jon Kabat-Zinn, a jeho nejbližší spolupracovník, Saki Santorelli.

Další specifickou motivací autora je fakt, že v českém prostředí žádný podobný výzkum proveden nebyl, a v dostupné literatuře není příliš často popisován vliv věku nebo pohlaví na efekt intervence (MBSR). Literatura se také relativně málo zabývala aspektem dodržování objemu každodenních samostatných cvičení (*adherence*) a subjektivního hodnocení intervence účastníky (*evaluate*) a jejich souvislosti především s měřeným efektem intervence. Tato zjištění považuji za důležitá pro pochopení efektivity a intervence a jejího přínosu pro různé části populace a pro osoby s různou úrovní motivace a disciplíny.

Další motivací pro provedení podobného výzkumu intervence je dosud relativně častý nedostatek kritického myšlení a aplikace vědecké metody a principů v oblasti psychoterapie, jak na straně pacientů, tak na straně terapeutů (Vranka, 2013). Ačkoli program MBSR není psychoterapií v pravém slova smyslu, ale spíše celoživotním tréninkem odolnosti, praxí duševní hygieny nebo jakýmsi „mentálním fitness“, týká se ho tato problematika podobně, protože u lektorů MBSR i u účastníků kurzů mohou působit podobná kognitivní zkreslení, iluze či nereálná očekávání (například tzv. iluze účinnosti nebo odbornosti). Stejně nebezpečí tedy hrozí i autorovi této práce, a proto je jedním z motivů pro realizaci výzkumu v této oblasti. Autor má zato, že proces vědeckého zkoumání je výbornou příležitostí rozvoji kritického myšlení a zároveň zdrojem cenné zpětné vazby ohledně možných zkreslení a iluzí, kterým by ve své práci mohl podléhat. Těmto zkreslením a nekritickému pohledu na vlastní praxi se autor této práce snaží, pokud možno, vyhýbat, což souvisí také s jeho vztahem ke všímavosti a jejímu rozvíjení u sebe.

2 Literárně přehledová část

2.1 Definice klíčových pojmů

2.1.1 Stres

Obecně řečeno, stres znamená zátěž, tlak nebo napětí. Život nás neustále vystavuje různým tlakům. U lidí lze rozlišovat stres fyzický (např. somatické onemocnění), emoční (např. smutek) nebo psychologický (např. ruminace). Dále se v psychologii typicky rozlišuje stres akutní nebo chronický a tzv. *eustres* (pozitivní, motivační, zvladatelný typ zátěže) nebo *distres* (negativní, škodlivý, nezvladatelný typ zátěže). „Chronický traumatický stres (*distres*) je potenciálně neobyčejně destruktivní a poškozuje psychické a tělesné zdraví a může ohrozit samotný život. Rozumná hladina *eustresu* zvyšuje výkonnost, zatímco vliv psychosociálního *distresu* na výkon je zhoubný“ (Večeřová-Procházková & Honzák, 2008, s. 189). V rámci společenských a behaviorálních věd je dobře známá práce Lazara a Folkmanové (Richard S. Lazarus & Folkman, 1984). Podle jejich modelu se stres odehrává v případech, kdy se člověk potýká se situací, která na něj klade požadavky, ale on nemá k dispozici potřebné zdroje ke zvládnutí těchto požadavků. Podstatné je, že tato situace musí být hodnocena jednotlivcem jako pro něj osobně relevantní, z čehož vyplývá, že stres je transakční proces mezi osobou a prostředím (Faasse & Petrie, 2015). Stres je výsledkem komplexní interakce mezi na jedné straně faktory prostředí, jimiž jsou pracovní a osobní okolnosti, a jednotlivcem na straně druhé (Janssen, Heerkens, Kuijer, van der Heijden, & Engels, 2018).

Definice stresu se stále vyvíjí. Autoři kritického hodnocení tohoto konceptu například navrhují, aby se termín „stres“ omezil na podmínky, kdy požadavky prostředí přesahují přirozenou regulační kapacitu organismu v konkrétních situacích, které zahrnují nepředvídatelnost a nekontrolovatelnost. Fyziologicky se může být stres charakterizován buď absencí předvídané

odpovědi (nepředvídatelné) nebo sníženým zotavením z (nekontrolovatelné) neuroendokrinní reakce (Koolhaas et al., 2011). Všeobecně přijímanou definicí stresu však bohužel stále k dispozici nemáme.

2.1.2 Všímavost

Pokusy o definici a operacionalizaci všímavosti (*mindfulness*) probíhají nejméně od osmdesátých let minulého století. V literatuře se nejčastěji setkáme s pracovní definicí Kabat-Zinna, který vytvořil první tréninkový program všímavosti v medicíně (*Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR*), v roce 1979 na Univerzitě v Massachusetts. Od vytvoření prvních sekulárních tréninkových programů založených na všímavosti výzkumníci pokračovali ve snahách o definici všímavosti, které by se daly shrnout, jak ukazuje Tabulka 1.

Tabulka 1: Vývoj definice všímavosti (Baer, Crane, Miller, & Kuyken, 2019)

| Kdy | Kdo | CO | JAK |
|------------|----------------------|--|--|
| 1993 | Kabat-Zinn | uvědomění vznikající záměrným pozorováním v přítomném okamžiku | s přijetím, bez hodnocení |
| 1999 | Marlatt & Kristeller | plná pozornost přítomnému prožívání z okamžiku na okamžik | s přijetím |
| 2003 | Brown & Ryan | pozornost a uvědomování si | s otevřeností, receptivně, prereflexivně |
| 2004 | Bishop et al. | záměrná seberegulace pozornosti vůči přítomnému okamžiku | s otevřeností, přijetím, zvědavostí |
| 2006 | Baer et al. | pozorování, popis, vědomé jednání | bez hodnocení, nereaktivně |

| | | | |
|------|-------------------|---|-------------------------------------|
| 2009 | Shapiro & Carlson | uvědomění vznikající záměrným pozorováním | s otevřeností, zájmem, rozlišováním |
| 2015 | Linehan | vědomá koncentrace na přítomný okamžik | bez hodnocení a připoutanosti |

Z výše uvedeného vyplývá, že se autoři v průběhu času více méně v základních rysech pojmu všímavosti shodují a zároveň se podobně pokoušejí definovat ho nejen jako duševní činnost (tedy pozornost, uvědomění, přítomné prožívání), ale zjišťují, že neméně podstatný je i způsob či přístup, jakým je tato činnost prováděna či aplikována, tj. bez hodnocení, s přijetím, otevřeností, rozhodností a zájmem.

Akademické definice všímavosti doplňuje autor programu MBSR, který napsal o svém hledání instrumentálního a operacionálního důrazu na to, co vlastně všechno zahrnuje toto „gesto uvědomění“. Několikrát po sobě se pokusil formulovat pracovní definice všímavosti, které jsou často citovány:

1. „věnování pozornosti určitým způsobem: záměrně, v přítomném okamžiku a bez posuzování,
2. uvědomění, které vzniká záměrným věnováním pozornosti, v přítomném okamžiku a bez posuzování“ (Kabat-Zinn, 2011, s. 291).

Na druhou stranu, v knize „Život samá pohroma“³ (Kabat-Zinn, 2016) autor neuvedl ani jedinou definici všímavosti. „Místo toho jsem se rozhodl jí operacionálně popsat z mnoha různých úhlů v závislosti na kontextu. V jistém smyslu je celá kniha definicí všímavosti“

³ V originále *Full Catastrophe Living*. Autorova stěžejní publikace podrobně popisující program MBSR, jeho vznik, obsah, účinky, výzkum, zkušenosti účastníků i lékařů (v češtině 616 stran).

(Kabat-Zinn, 2011, s. 291). Do pracovní definice všímavosti patří směřování se s věcmi takovými, jaké jsou.

Podobně autoři meta-analýzy (Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004) definují všímavost jako nezaujaté, nehodnotící a setrvalé uvědomování si vnímatelných duševních stavů a procesů z okamžiku na okamžik. To zahrnuje nepřetržité okamžité uvědomování si fyzických pocitků, vjemů, afektivních stavů, myšlenek a obrazů. Všímavost je nedeliberativní: představuje pouze trvalou pozornost věnovanou probíhajícímu mentálnímu obsahu, bez přemýšlení, porovnávání nebo jiného hodnocení probíhajících mentálních jevů, které vznikají během doby praxe. Všímavost lze tedy chápat jako formu naturalistického pozorování, ve kterém jsou předměty pozorování vnímatelné mentální jevy, které normálně vznikají v bdělém stavu. Základem tohoto konceptu a přístupu jsou následující předpoklady (Grossman et al., 2004):

1. lidé si obvykle neuvědomují své prožívání z okamžiku na okamžik, často fungují v režimu „automatického pilota“,
2. lidé jsou schopni rozvíjet schopnost udržovat setrvalou pozornost k duševnímu obsahu,
3. rozvoj této schopnosti je postupný, progresivní a vyžaduje pravidelnou praxi,
4. vědomí prožívání z okamžiku na okamžik poskytuje bohatší a vitálnější pocit ze života, protože zážitky jsou živější a aktivní vědomá účast nahrazuje nevědomou reaktivitu,
5. takové vytrvalé, nehodnotící pozorování mentálního obsahu postupně vede k větší pravdivosti (přesnosti) vnímání a
6. protože je dosahováno přesnějšího vnímání vlastních mentálních reakcí na vnější a vnitřní podněty, shromažďují se další informace, které posílí efektivní činnost ve světě a povedou k většímu pocitu kontroly.

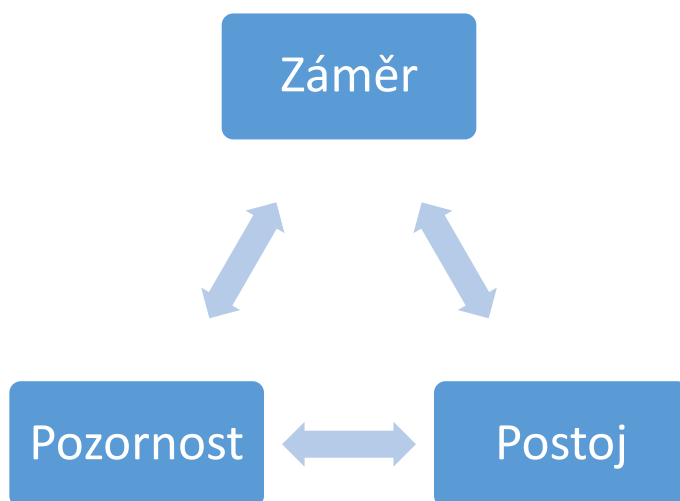
Všímavost byla konceptualizována jako stav, jako rysová nebo dispoziční schopnost a jako soubor dovedností (Baer, 2014). (Bishop et al., 2004) přišli s dvousložkovou definicí všímavosti jako stavu. První složkou je úmyslná autoregulace pozornosti tak, aby byla setrvale zaměřena na současné prožívání (tj. myšlenky a pocity), tak jak vznikají. Druhou složkou je přístup otevřenosti, přijetí a zvědavosti vůči všemu, co vyvstává. Obecně si člověk ve všímavém stavu záměrně a pružně uvědomuje a věnuje pozornost probíhajícímu proudu vnitřních a vnějších podnětů, ke kterému dochází v každém okamžiku, a sleduje je s otevřeným srdcem, zájmem, vstřícností a soucitem, bez ohledu na to, zda jsou příjemné, nepříjemné nebo neutrální. Dispoziční všímavost je obecná tendence navést všímavý stav vytrvale v průběhu času a v mnoha situacích: všímat si vnitřního a vnějšího prožívání; věnovat se mu s přijetím a otevřeností; a zůstat si vědom probíhajícího chování, spíše než jednat mechanicky nebo automaticky v čase, kdy se věnujeme jiným záležitostem (Brown & Ryan, 2003).

Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman (2006) přicházejí se třemi pilířemi všímavosti:

1. záměr
2. pozornost
3. postoj (vlastnosti všímavosti).

Záměr, pozornost a postoj podle autorů nejsou samostatné procesy nebo fáze, jsou to protkané aspekty jednoho cyklického procesu a vyskytují se současně (viz Obrázek 1).

Obrázek 1: Tři pilíře všímavosti (S. L. Shapiro et al., 2006)



Thupten (2019) hovoří o dvou současných proudech. Jednak o pokusu srovnávat nebo sladit význam slova „všímavost“, tak jak se používá v současné sekularizované praxi, s pálijským slovem *sati* (nebo *smṛti* v sanskrtu), jak je chápáno v nejstarších buddhistických pramenech jako je *Satipaṭṭhāna sutta* (Rozprava o ustanovení uvědomění). Druhý proud, tvořený především podnikatelskými marketéry, médii a vydavateli, používá slovo „všímavost“ jako zastřešující výraz, který v širším smyslu zahrnuje téměř celou oblast sekularizované kontemplativní praxe. Tento druhý přístup mohl být motivován chápáním „všímavosti“ (díky vnímané hojnosti důkazů o tomto fenoménu ve vědecké literatuře) jako hodnotově neutrálnějšího výrazu pro „meditaci“, což je pojem, který má nepopíratelně silnější kulturní spojení s asijskými náboženstvími (Thupten, 2019).

Grossman (2019) šel ještě dále a upozornil na trvající koncepční nejasnost ohledně definic všímavosti a intervencí založených na všímavosti (zejména v klinických studiích těchto intervencí). Definice všímavosti podle něj dosud představuje značnou výzvu, která komplikuje vědecké zkoumání všímavosti, protože samotná její definice je mnohorozměrná, „gestaltová“,

všímavost odolává rozboru a vyžaduje značné množství osobní praxe k získání odbornosti. Většina vědců zkoumajících všímavost však nedosáhla vysoké úrovně této odbornosti. Definice, operacionalizace a měření všímavosti v moderní vědě jsou podle něj příliš zapleteny do sítě složitých historických, sociálních, ekonomických, politických a technologických faktorů. V tomto procesu jsou často odkládána základní a přijímaná vědecká kritéria. Příkladem toho je masivní používání sebehodnocení ve výzkumu všímavosti pomocí dotazníků všímavosti, a to navzdory tomu, že řada studií ukázala, že tyto dotazníky mají zjevné a nemalé problémy s validitou i reliabilitou. Samotný význam slova „všímavost“ zůstal neuchopitelný, otevřený interpretaci, a v různých kontextech a prostředích se vlévá do různých dimenzí. Někdy je všímavost vnímána jako cesta k duševní pohodě, k nové duchovnosti, ke zlepšení kognitivních funkcí a fungování mozku, k výchově mládeže, k osobnímu rozvoji, k prodloužení doby života a zlepšení fyzického zdraví, ke kultivaci etických hodnot, ke zlepšení sociálních vztahů, k většímu ekologickému povědomí. „Ať vezmeme cokoli, všímavost lze definovat, zprovoznit a nabídnout jako svěží, nový příslib lepšího života.“ Protože je to fenomén naplněný velmi individuálními a subjektivními procesy a daleko od toho, co si představujeme jako tvrdá fyzikální fakta - může být obzvláště náročné všímavost vědecky zkoumat, studovat, měřit a definovat. Autor navíc tvrdí, že všímavost má tu nevýhodu, že její definice je příliš ovlivněna tím, kdo ji definuje, jeho záměry a tím, kdo tyto snahy financuje⁴ (Grossman, 2019).

1.1.1 ⁴ Například vojenští sponzoři výzkumu všímavosti se rádi zaměřují na měření pozornosti a koncentrace, takže pokud bude mít americká armáda zásadní zájem na financování výzkumu všímavosti, budou pravděpodobně obecná definice a měření všímavosti v jistých směrech tímto značně ovlivněny (Grossman, 2019).

2.1.3 Soucit se sebou

Soucit se sebou (*self-compassion*) je poslední dobou stále více zkoumaným fenoménem. Jen od roku 2003, kdy vyšly první dva články, které definovaly a operacionalizovaly soucit se sebou (Neff, 2003a; Neff, 2003b) vyšlo na toto téma vědeckých článků řádově tisíce. Portál informačních zdrojů UK našel od roku 2003 téměř 2 500 akademických článků se soucitem k sobě v titulu.

Neff definovala tři složky soucitu se sebou:

- 1) laskavost k sobě – vřelost k sobě a také snahu a schopnost pečovat o sebe a tišit prožívanou bolest
- 2) lidskou sounáležitost, která nám dovoluje vnímat vlastní zkušenosti jako něco obecně lidského a
- 3) všímavost – schopnost uvědomovat si se zájmem a otevřeností vlastní vjemy, myšlenky, pocity a nálady takové, jaké jsou, beze snahy je potlačovat nebo se jim vyhýbat (Neff, 2003a).

Soucit se sebou je popisován jako emočně pozitivní postoj k sobě, když prožíváme trápení, selhání nebo si uvědomujeme nějaký svůj nedostatek (Neff, 2003a, 2003b). Dovoluje nám přijímat vlastní chyby a potíže a věnovat si v daný okamžik péči, kterou potřebujeme, místo sebeodsuzování či sebekritiky. Autorka chápe soucit se sebou jako specifickou strategii regulace emocí. Takto se bolestivým či znepokojivým pocitům ani nevyhýbáme, ani do nich nezabředáme, ale uvědomujeme si je a prožíváme je s pochopením, laskavostí a vědomím, že i tyto zkušenosti patří k životu a občas je zažívá každý. Tím jsou negativní emoce nahrazeny pozitivnějšími stavy mysli, které pak umožňují jasnější hodnocení situace a také její zvládnání vhodným a efektivním způsobem. Soucit se sebou připomíná Rogersovo „bezpodmínečné

pozitivnímu přijetí“, Ellisovo „bezpodmínečné sebezpřijetí“, Maslowovu „B-kognici“ nebo další podobné koncepty, které představují zdravý postoj k sobě samému (Neff, 2003a).

Soucit se sebou nesouvisí s porovnáváním se s druhými a umožňuje dobrý vztah k sobě nezávisle na takovém srovnávání. Podle nedávných výzkumů vyšší míra soucitu se sebou souvisí s vyšší subjektivní pohodou, životní spokojeností, sociální propojeností, schopností regulace emocí a emoční inteligencí. Naopak záporně koreluje s neuroticismem, úzkostností, depresivitou, perfekcionismem, narcismem, strachem ze selhání či vyhořením (Benda & Reichová, 2016).

Vědecká literatura například konzistentně uvádí zjištění, že zvýšený soucit se sebou je spojen s nižší psychopatií (Barnard a Curry podle Germera & Neffové, 2013). Zkoumání souvislosti mezi soucitem se sebou a depresí, úzkostí a stresem ukázalo velkou sílu efektu napříč 20 studiemi (MacBeth a Gumley podle Germera & Neffové, 2013).

Soucit se sebou pozitivně koreloval s pocitem štěstí, optimismem, pozitivním afektem, moudrostí, osobní iniciativou, zvědavostí a zvědavostí, přívětivostí, extroverzí a svědomitostí (Neff et al., 2007). Podle této studie soucit se sebou záporně koreloval s negativním afektem a neuroticismem a také predikoval významný podíl rozptylu v pozitivním duševním zdraví nad rámec toho, co lze připsat osobnosti.

Soucit se sebou je také důležitý pro coping a emocionální regulaci (tyto termíny jsou často používány zaměnitelně (Brenner a Salovey podle Neffové, 2003a). Emocionální regulace se týká procesů, kterými jednotlivci věnují pozornost svým emocím, řídí intenzitu a trvání emocionálního vzrušení a transformují povahu a význam stavů pocitu, když čelí stresujícím

situacím (Thompson podle Neffové, 2003a). Tradičně bylo zvládání zaměřené na emoce chápáno vyhýbání se emocím (např. vysmívání se jevům jako nedůležitým), takže emocionální reakce na potíže byly chápány jako obranné mechanismy používané k popírání nebo odvedení pozornosti od problémů, na rozdíl od toho, aby jim subjekt čelil přímo (Lazarus podle Neffové, 2003a).

V mnoha ohledech je možné vnímat soucit se sebou jako užitečnou strategii zvládání stresu pomocí přístupu k emocím (emotional approach). Soucit se sebou vyžaduje všímavé uvědomění svých emocí (Bennett-Goleman, Kabat-Zinn, Kornfield, Salzberg podle Neffové, 2003a), takže bolestivým nebo úzkostným pocitům se subjekt nevyhýbá, ale přistupuje k nim s laskavostí, porozuměním a pocitem sdílené lidskosti. Negativní emoce se tak transformují na pozitivnější pocitový stav, který umožňuje jasnější pochopení bezprostřední situace a přijetí opatření, která se mění subjekt nebo prostředí vhodným a účinným způsobem. Z tohoto důvodu může být soucit se sebou důležitým aspektem emocionální inteligence, která zahrnuje schopnost sledovat vlastní emoce a dovedně používat tyto informace k řízení myšlení a jednání (Salovey a Mayer podle Neffové, 2003a)

Oblast sociálních vazeb, rodiny a vztahů s blízkými lze považovat za pro člověka jednu z nejdůležitějších. V nedávném průzkumu byla na otevřenou otázku „Co vám v životě poskytuje pocit smyslu?“ nejčastější odpověď „rodina“ (uvedlo jí 69 % ze 4 492 dotázaných Američanů) a v uzavřené otázce (výběr ze seznamu běžných činností) bylo na prvním místě „trávení času s rodinou“ (40 % respondentů označilo za nejdůležitější zdroj smyslu a 69 % za značný podíl na smyslu) (Pew Research Center, 2018). Lze obecněji uvažovat o tom, že zlepšení vztahů s nejbližšími tvoří lepší zázemí a má podstatný vliv kvalitu života i na vnímání stresu.

2.1.4 Program Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

Hlavní charakteristiky programu MBSR:

1. osmitýdenní standardizovaná intervence,
2. účastníci se zavazují ke každodenní samostatné praxi v délce alespoň 45 minut,
3. pozitivně ovlivňuje stres a well-being,
4. standardizovaný manuál, výcvik lektorů,
5. podpořen vědeckými důkazy,
6. nízké náklady a personální nenáročnost (velikosti skupiny až 40 os.),
7. relativně bezpečná intervence, existují důkazy, že program může chránit před újmou ve srovnání s absencí léčby (Wong et al., 2018; Hirshberg et al., 2020),
8. není pasivní edukací, je to systematický trénink se škálou praktických nástrojů, které účastníci po jejich osvojení mohou sami dál dlouhodobě využívat v pracovním i osobním životě.

Program MBSR je osmitýdenní kurz, jehož původním cílem bylo naučit pacienty se širokou škálou chronických stavů, jak se o sebe lépe starat a plně se podílet na zlepšování svého zdraví a kvality života, jako případný doplněk k tradičnějším léčebným postupům (Kabat-Zinn, 1982). Po úvodním orientačním setkání a vyhodnocení se lidé, kteří se rozhodli zaregistrovat se do osmitýdenního programu, účastní týdenních kurzů typicky s dalšími přibližně 10-40 účastníky, kteří byli všichni prověřeni podobným způsobem.

Program vytvořil Jon Kabat-Zinn v roce 1979 na Lékařské fakultě Univerzity v Massachusetts (Kabat-Zinn, 1982) a od té doby jím jen na tamním pracovišti prošlo přes 26 000 účastníků a další tisíce lidí na dalších stovkách pracovišť po celém světě. Jako **široce zkoumaný**

systematický trénink všímavosti (Hirshberg et al., 2020; Sharma & Rush, 2014) přivedl všímavost do hlavního proudu nejen ve zdravotnictví, ale již řadu let je široce aplikován i v mnoha dalších oborech (Crane et al., 2017), včetně firemního prostředí (Janssen et al., 2018), školství (Gold et al., 2010; Saltzman & Goldin, 2008) nebo vězeňství (Himmelstein, 2011; Samuelson, Carmody, Kabat-Zinn, & Bratt, 2007). Přínosy standardizovaného programu MBSR v jeho plné délce osmi týdnů jsou dobře zdokumentovány, je účinný v podpoře emoční pohody (*emotional well-being*) a snižování psychické úzkosti (*psychological distress*) u klinicky zdravých lidí i osob s chronickými psychologickými poruchami, pozitivní výsledky byly zjištěny u řady klinických i neklinických populací, včetně pacientů s rakovinou, populací se smíšenými nemocemi nebo u zdravotnických pracovníků (Sharma & Rush, 2014).

Tato intervence je založena na systematickém a intenzivním tréninku meditace všímavosti a všímavé hatha jógy a jejich aplikaci v každodenním životě a do celé škály výzev vyplývajících z chronických bolestivých stavů, chronických onemocnění a životního stresu účastníků. Program zahrnuje i práci ve skupině a edukaci. Náplň programu MBSR podle jeho autorů zapadá do kontextu psychosomatické medicíny. Jedním z hlavních cílů programu je rozvíjet životní návyky a dovednosti zvládnání stresu, které lze efektivně využít v průběhu celého života. Metody programu zahrnují učení se a zdokonalování řady seberegulačních dovedností zaměřených na zlepšení relaxace a proprioceptivního vědomí, jakož i uvědomění si prožívání mysli a těla v souvislosti s primárními zdravotními potížemi, emocemi a myšlenkami a jejich účinky na příznaky, pocity zdraví a pohody, stresovou reaktivitu, zvládnání stresu a na celkové vnímání sebe sama a vztah k sobě. Tento proces seberozvoje, který zahrnuje každodenní samostatnou praxi, má umožnit účastníkům programu mobilizovat jejich hluboké vnitřní zdroje učení, růstu, uzdravování se, péče o sebe a pozitivních změn životního stylu. Stručně řečeno, primárním cílem programu MBSR je rozvoj vlastních vnitřních zdrojů a získaných dovedností,

které lze pružně aplikovat v každodenním životě jako prostředek k účinnějšímu zvládnání stresu, bolesti a nemoci, a které mohou účastníci využívat dlouho po dokončení tohoto osmítýdenního kurzu.

Program MBSR se skládá z úvodního orientačního setkání včetně screeningu kontraindikací a z celkem devíti skupinových setkání o celkové délce přesahující třicet hodin a, protože rozvoj všímavosti je založen na pravidelném a opakovaném procvičování, také z každodenní samostatné praxe v délce 45 až 60 minut. Každé setkání i plán samostatné praxe na každý týden se liší, obecně zahrnují cvičení všímavosti v klidu i v pohybu, práci ve skupině, edukaci na téma stresu a jeho zvládnání, a také aplikaci všímavosti na situace v každodenním životě. Hlavními kontraindikacemi MBSR jsou aktuálně probíhající vážná psychiatrická onemocnění (například psychotická porucha, afektivní poruchy, kognitivní poruchy, závislost na látkách), sebevražedné úmysly v anamnéze, nedávné silné psychické trauma, a také nemožnost se pravidelně účastnit setkání.

Program MBSR není terapií, ale systematickým tréninkem všímavosti a soucitu se sebou. Z toho plynou určité výhody oproti tradiční terapii – kromě jeho relativně krátké délky, je odolnější vůči různým typům zkreslení terapeuta, jako je sebe-potvrzovací zkreslení, zkreslení zpětného pohledu, absence proto-diagnózy (předpojatosti), „diagnózy“, vůbec jakéhokoli posuzování klientů. Baer (2003) k tomu uvádí, že se trénink všímavosti významně odlišuje od tradiční kognitivně-behaviorální terapie. Například nezahrnuje hodnocení myšlenek buď jako racionálních nebo jako zkreslených, ani systematické pokusy měnit myšlenky považované za iracionální. Místo toho se účastníci učí své myšlenky pozorovat, všimnout si jejich nestálosti a zdržovat se jejich hodnocení. Dalším důležitým rozdílem je, na rozdíl od tradiční kognitivně-behaviorálních postupů, které mají obvykle jasný cíl, například změnit vzor chování nebo

myšlení, meditace všímavosti se praktikuje se zdánlivě paradoxním postojem neusilování. To znamená, že i když je zadán úkol (např. klidně sedět, zavřít oči a dávat pozor), není volen žádný konkrétní cíl. Účastníci se nesnaží uvolnit, zmírnit bolest, měnit své myšlenky nebo emoce, i když s tímto záměrem možná vyhledali léčbu. Prostě sledují, co se v každém okamžiku děje, aniž by to posuzovali. Praxe všímavosti tedy zahrnuje přijetí současné reality, spíše než systematické pokusy měnit realitu. Neméně důležitým rozdílem je, že efektivní výuka těchto dovedností vyžaduje, aby se vyučující zavázali k vlastní pravidelné praxi všímavosti (Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Od terapeutů, kteří používají tradičnější kognitivně-behaviorální strategie, se obecně neočekává, že by se sami zabývali pravidelným procvičováním dovedností, které učí (Baer, 2003).

Program MBSR není náboženský ani ezoterický (Grossman et al., 2004), jeho cílem není dosáhnout nirvány nebo osvícení. Místo toho, tím, že se naučí se rozpoznávat automatické reakce a bez hodnocení vypouštět reakce nefunkční, získávají účastníci nový copingový mechanismus, který, jak ukazuje dosavadní literatura, zlepšují vnímaný stres, úzkost, depresi a kvalitu života u všech typů pacientů (Gotink, Meijboom, Vernooij, Smits, & Hunink, 2016).

Na rozdíl od mnoha empiricky ověřených intervencí program MBSR nebyl vyvinut k léčbě žádné konkrétní poruchy. Obvykle se vyučuje ve skupinách lidí se širokou škálou potíží a jak naznačuje výraz „snížení stresu“, je navržen tak, aby snižoval strádání, zlepšoval zdraví a pohodu, a aby byl široce využitelný proti řadě problémů (Baer, 2003).

Divize 12 APA (klinická psychologie) stanovila kritéria pro terapie, které mohou být označeny jako „zavedené a empiricky podložené“ (Chambless & Ollendick, 2001). Program MBSR splňuje tako kritéria pro označení jako „dobře zavedený“ (*well-established*). Byly provedeny

experimenty s manuály léčby a účinnost byla zjištěna různými výzkumníky na velkých a jasně definovaných vzorcích populace (Fjorback, Arendt, Ornbøl, Fink, & Walach, 2011).

Podle Gotinkové et al. (2015) má kombinace programu založeného na všímavosti s obvyklou léčbou několik výhod:

1. programy MBSR a MBCT se dají snadno implementovat a umožňují pacientům hrát při své léčbě aktivnější roli,
2. nízké emoční a fyzické riziko,
3. relativně nízké náklady (jeden lektor může vést poměrně velkou skupinu, většinu cvičení lze provádět doma a bez zvláštního vybavení).

Vyžadují však angažovanost jak v adherenci, tak v časové dotaci pacienta i lektora (Gotink et al., 2015).

Nedávná systematická přehledová studie věnující se bezpečnosti intervencí založených na všímavosti (Wong et al., 2018) identifikovala celkem 36 randomizovaných studií, z toho 25 studií s programem MBSR a 11 studií s programem MBCT. V celé intervenční skupině (MBSR i MBCT) bylo hlášeno 19 (1 %) nežádoucích účinků a v kontrolní skupině 19 (0,9 %). Ve skupině MBSR žádná studie nehlásila závažné nežádoucí účinky a pouze tři (12,0 %) studie uváděly šest případů (0,49 %) nežádoucích účinků souvisejících s intervencí z celkového počtu 1231 účastníků. U skupiny MBSR nebyl pozorován žádný významný rozdíl mezi intervenční (6/1231) a kontrolní skupinou (2/1244), tj. rozdíl v podílu rizika nežádoucích účinků mezi oběma skupinami byl 0,0033; 95% CI [-0.01; 0.01].

Ve studii nežádoucích účinků programu MBSR se Hirshberg et al. (2020) na rozsáhlém vzorku (N = 2 429) zaměřili na průměrnou změnu ve dvou primárních doménách: globálních

psychologických a tělesných příznaků. Jak autoři zjistili, účast v programu MBSR nepredikuje zvýšení míry újmy v těchto doménách v porovnání s absencí léčby. Podle nich MBSR spíše může chránit proti více druhům újmy. Byly pozorovány preventivní přínosy MBSR zejména u některých potíží, tj. od úzkosti a depresivních symptomů až po vnímání sociálních vztahů, a také u závažnějších psychiatrických symptomů (paranoidní myšlenky a psychotismus). Tato studie nenašla žádné důkazy o zvýšené újmě, ale důkazy o prospěšných účincích MBSR. Získaná data naznačují, že MBSR není o nic škodlivější než absence léčby, a to ani u účastníků, kteří uvádějí vyšší počáteční úroveň psychologických a fyzických potíží (Hirshberg et al., 2020).

2.2 Teorie a teoretická perspektiva

2.2.1 Stres a všímavost

Stres bývá obvykle způsoben faktorem, který vyvolává strach, hněv nebo jiné stavy nespokojenosti (Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010). Stres je také chápán jako přímá úměra: čím větší je rozdíl mezi skutečnou a požadovanou situací, tím vyšší je úroveň stresu. Kromě spouštěcí události nebo situace (stresoru) máme tendenci zvyšovat stres tím, že se obáváme příčiny a důsledků této události/situace. Tyto kognitivní a emoční procesy často vyvolávají více stresu než samotná událost/situace. Mezi snahy o zvrácení negativních účinků stresu na psychiku i tělo a způsoby obrany proti nim patří různé metody, jako jsou sociální podpora, tělesná aktivita, pobyt v přírodě, time management, řešení konfliktů, komunikační dovednosti, humor, spiritualita, meditace, jóga, relaxace nebo masáže. Jedním ze způsobů zvládnutí stresu, který postupem času získal zvýšenou pozornost, je přístup všímavosti. Všímavost zasahuje do tohoto psychologického procesu tím, že vytváří jak s událostí/situací, tak s vnitřní reakcí na událost/situaci, odlišný vztah (Gotink et al., 2015). Praxe všímavosti může být užitečná pro

mnoho lidí v západní společnosti, kteří by nebyli ochotni přijmout buddhistické tradice nebo slovník (Kabat-Zinn, 2000).

Mezi účinky programu MBSR se nejčastěji uvádí snížení chronické bolesti, únavy, zlepšení vnímání těla, úrovní aktivity, zdravotních příznaků, nálady, afektu, somatizace a sebeúcty. MBSR je široce rozšířeným a často citovaným příkladem tréninku všímavosti, u kterého bylo prokázáno, že snižuje stres, depresi a úzkost. Program MBSR také prokazatelně pomáhá lépe se vyrovnat s řadou problémů doprovázejících různé choroby, jako rakovina, srdeční choroby, cukrovka typu 2, lupénka nebo nespavost (Sharma & Rush, 2014). Podle Tanga et al. (2015) prokázala meditace všímavosti různé pozitivní účinky na zpracování emocí, jako je snížení emoční interference nepříjemných podnětů, snížená fyziologická reaktivita, snadnější návrat k emočnímu normálu po stresové reakci a snížení potíží s regulací emocí. S tím souvisí snížená intenzita a frekvence negativního afektu a zlepšené stavy pozitivní nálady. Meditace všímavosti podle autorů připomíná expoziční situaci, protože praktikující obracejí pozornost ke svému emocionálnímu prožívání, přijímají tělesné a afektivní reakce a upouštějí od vnitřní reaktivity.

Trénink všímavosti působí zvláště dobře chronické stavy (na rozdíl od akutních), protože přijetí a reflexe mohou být účinnější na chronické symptomy než na ty akutní. V akutním případě může být nežádoucí situace stále změněna, takže přijetí může být předčasné. Předpokládá se, že intervence založené na všímavosti brání zkušenostním únikovým strategiím, které udržují a zhoršují emocionální poruchy, částečně tím, že učí pacienty reagovat na stresující situace a negativní emoce spíše reflektivně než reflexivně (Hofmann et al., 2010). Tato teorie snižování stresu vyrovnáním se s psychologickými stresovými faktory se opírá o prokázané fyziologické účinky všímavosti. Bylo prokázáno, že na trénink všímavosti reaguje například krevní tlak, srdeční frekvence, rychlost dýchání nebo spotřeba kyslíku. Podobné fyziologické účinky jsou

pozorovány v relaxační reakci. Všímavost aktivuje autonomní nervový systém k uvolňování endorfinů a serotoninu a parasympatickou odpověď ovlivňující endokrinní a imunitní reakce (Gotink et al., 2015).

Jak uvádějí (Tang et al., 2015), dosavadní výzkum stále více naznačuje, že meditace všímavosti by mohla mírnit negativní výsledky vyplývající z deficitů samoregulace a následně by mohla pomoci populaci pacientů trpících chorobami a poruchami chování. Meditace všímavosti podle těchto autorů nejspíš snižuje stres zlepšením samoregulace, což zvyšuje neuroplasticitu a vede ke zlepšení zdraví a může také přímo modulovat zpracování stresu cestou „zdola nahoru“, kterou ovlivňuje „stresové osy“ (sympato-adreno-medulární a hypotalamo-pituitárně-adrenální) zvýšením aktivity parasympatiku; meditace všímavosti by tedy mohla bránit sympatickým stresovým reakcím typu „útok-útěk“. Meditace všímavosti tedy dokáže měnit seberefrenční režim tak, že předchozí narativní, hodnotící forma seberefrenčního zpracování je nahrazena lepším uvědoměním. Tento posun v uvědomění si sebe sama je podle Tang et al. (2015) jedním z hlavních aktivních mechanismů příznivých účinků meditace všímavosti. Mechanismus, o kterém se uvažuje, může být role přisuzovaná defaultní síti (DMN) v seberefrenčním zpracování, přičemž je známo, že oblasti DMN (mediální prefrontální kůra a zadní cingulární kůra) vykazují při různých typech meditace relativně nízkou aktivitu u meditujících ve srovnání s kontrolními skupinami (Tang et al., 2015).

Smyslem tréninku všímavosti není vyvolat relaxaci, ale naučit pozorovat bez hodnocení aktuální prožívané stavy, které mohou zahrnovat vybuzení autonomní nervové soustavy, ruminativní myšlení, svalové napětí a další jevy neslučitelné s relaxací. Důkazy navíc naznačují, že relaxační účinky nejsou pro meditaci jedinečné, ale jsou společné mnoha relaxačním strategiím (D. H. Shapiro, 1982). Ačkoli tedy praxe všímavosti může vést k

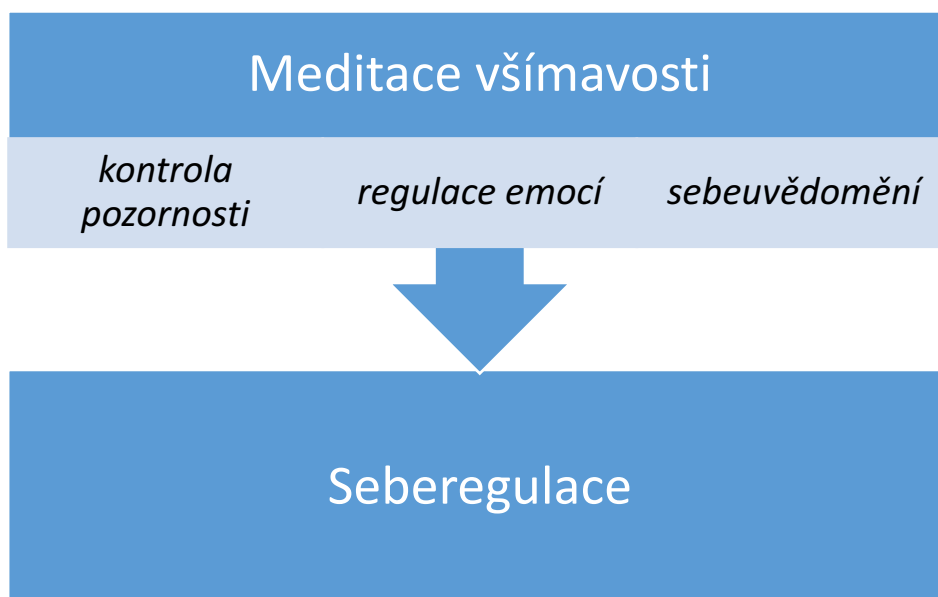
relaxaci, nemusí být tento výsledek primárním důvodem pro zahájení tréninku. Jde především o přijetí bolesti, myšlenek, pocitů, impulzů nebo jiných tělesných, kognitivních a emocionálních jevů, aniž bychom se je snažili změnit, uniknout jim nebo se jim vyhnout. Kabat-Zinn (2016) popisuje schopnost přijetí jako jeden ze základů praxe všímavosti. Podobně uvádějí Matousek & Dobkin (2010), že meditace všímavosti je jedním z prostředků, pomocí něhož se můžeme naučit přijímat to, co je v přítomném okamžiku, nereagovat podmíněně a efektivně zvládat stres tím, že čelíme současným tělesným stavům, emocím a myšlenkám, místo, abychom se jim vyhýbali. Pro udržení tohoto prostředku vztahu k sobě, ostatním a situacím (a tím umožňujícímu dosáhnout většího smyslu pro integritu) program MBSR povzbuzuje ke každodenní meditační praxi (Matousek & Dobkin, 2010).

Praxe všímavosti může vést ke změnám v myšlenkových vzorcích nebo v postojích k vlastním myšlenkám. Linehan (1993) naznačuje, že setrvalé pozorování přítomných myšlenek a emocí beze snahy se jim vyhnout nebo jim uniknout, lze považovat za příklad expozice, která by měla podporovat vyhasínání neefektivních, maladaptivních strategií, jako jsou reakce strachu nebo vyhýbavé chování, které dříve podněty vyvolávaly. Podle Baerové (2003) procvičování dovedností všímavosti tedy může zlepšit schopnost tolerance negativních emočních stavů a schopnost účinně se s nimi vyrovnat. Pozorování myšlenek a pocitů a jejich mentální označování umožňuje porozumění, že ne vždy jde o přesné odrazy reality. Decentrováný pohled na myšlenky díky působení všímavosti může interferovat s ruminativními vzorci, které jsou považovány za charakteristické pro depresivní poruchy. Zlepšení sebepozorování v důsledku tréninku všímavosti může podporovat využití celé řady zvládacích dovedností a umožnit různé zvládací odpovědi, včetně dovedností, které nejsou součástí programu MBSR (Baer, 2003).

Podle Tanga et al. (2015) přístupy meditace všímavosti lze rozdělit na dva základní „styly“, tj. ty, které používají soustředěnou pozornost a ty, které používají otevřené monitorování. I v rámci stejného stylu se mohou praktikující nacházet v různých fázích cvičení všímavosti. Meditace všímavosti podle autorů zahrnuje tři složky, které úzce spolupracují a tvoří proces posílené seberegulace (viz Obrázek 2):

1. posílení kontroly pozornosti,
2. zlepšení regulace emocí
3. změněné sebeuvědomění (snížené seberefrenční zpracování a posílené uvědomění těla)

Obrázek 2: Složky meditace všímavosti (Tang et al., 2015)



2.2.2 Stres a soucit se sebou

Soucit se sebou (*self-compassion*) může také souviset se samoregulací při zvládnání stresu. Strategie zvládnání stresu se tradičně klasifikují jako zaměřené na emoce versus zaměřené na problém (Endler & Parker, 1990; R. S. Lazarus, 1993), přičemž ty druhé jsou spíše chápány

jako vyhýbání se emocím. Nedávné práce však mají tendenci zdůrazňovat proaktivní formy zvládnání zaměřeného na emoce pomocí přístupu k emocím (*emotional approach*), které zahrnují identifikaci, porozumění a vyjádření emocí psychologicky adaptivním způsobem (Salovey & Mayer, 1990; Stanton, Kirk, Cameron, & Danoff-Burg, 2000). Proto by měl být soucit se sebou chápán jako vyšší úroveň zvládnání pomocí přístupu k emocím (*emotional approach*) proti zvládnání pomocí vyhýbání se emocím (*emotional avoidance*). Kromě toho, pokud mají lidé soucitní k sobě lepší porozumění sami sobě, měli by být schopni identifikovat způsoby, jakými mohou jejich vlastní činy udržovat nebo zhoršovat stresující situaci (například tím, že pochopí, že se ocitli ve stresující situaci a mají jí možnost opustit), což jim umožňuje podniknout ke snížení stresu kroky více „zaměřené na problém“ (Neff, 2003).

Faktorem, který přispívá k úspěchu a popularitě terapeutických postupů založených na všímavosti, může být to, že tyto přístupy inklinují k explicitnímu zaměření se na soucit (S. L. Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005). Gilbert & Procter (2006) vytvořili slibný terapeutický přístup založený na soucitu k léčbě osob se silnou sebekritikou, tzv. *Compassionate Mind Training*. Germer a Neff později vytvořili terapeutický přístup zaměřený přímo na soucit se sebou, nazvaný Mindful Self-Compassion (MSC) (Germer & Neff, 2013).

2.2.3 Měření stresu

Psychometricky lze stres měřit různými nástroji v závislosti na kontextu a typu stresu. Nabízí se tu například dotazník *SVF-78* (Janke & Erdmannová, 2003), škála *DASS* (Lovibond & Lovibond, 1995) nebo škála *PSS* (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). Pro zkoumání účinku programu MBSR vč. screeningu se v mnoha zemích používá škála vnímaného stresu

PSS. Tato škála je rychlým psychologickým nástrojem pro měření nespecifického vnímaného stresu. Používá se obecně ke zjišťování účinnosti intervencí snižujících stres, predikuje jak objektivní biologické markery stresu, tak zvýšené riziko onemocnění. *PSS-10* je desetipoložková varianta, sebesposuzující škála pro měření aktuální úrovně stresu vnímaného během uplynulého měsíce. Podle přehledové studie psychometrických důkazů (Lee, 2012) má verze *PSS-10* ze všech verzí *PSS* nejlepší psychometrické vlastnosti. Odpovědi jsou uvedeny na pětistupňové likertovské stupnici (0 až 4 body), hrubý skóre může tedy nabývat hodnoty 0 až 40 bodů. Položky škály *PSS* byly navrženy tak, aby ukázaly, nakolik nepředvídatelným, nekontrolovatelným a plným zátěže respondenti shledávají svůj život (Cohen & Williamson, 1988). Populační průměr hrubého skóre v původním výzkumu na americké populaci (Cohen & Williamson, 1988) byl 13,02 bodů ($SD = 6.35$; $N = 2\ 387$). Administrace škály zabere do 5 minut.

PSS-10 predikuje psychologické i somatické symptomy a potřebu zdravotní péče lépe, než nástroje vycházející z žebříčků stresujících životních událostí (Cohen et al., 1983; Cohen & Williamson, 1988). Vyšší skóre na této škále (naznačující chronický stres) například koreluje s biologickými markery stresu, tj. hladinou kortizolu a rychlostí hojení (Ebrecht et al., 2004) nebo příznaky deprese (Cohen et al., 1983). Například iránská studie (Momeni, Omid, Raygan, & Akbari, 2016) na 60 pacientech - kardiácích uzavřela, že program MBSR je účinný pro snižování systolického krevního tlaku, vnímaného stresu (měřeného pomocí škály *PSS-14*) a hněvu u těchto pacientů.

Ve studii zaměřené na zkoumání depresivity a stresu výsledek na škále *PSS* souvisel s vulnerabilitou vůči symptomům způsobovaným stresujícími životními událostmi (Kuiper, Olinger, & Lyons, 1986). Podle autorů jsou škály *PSS* také podstatně lepším prediktorem

probíhající deprese oproti stupnicím negativních životních událostí. *PSS* například lépe koreluje s Beckovou sebeposuzující škálou depresivity (*BDI*). Autoři uvádějí, že tato škála na měření celkově vnímaného stresu významně přispěla rozpoznávání symptomů deprese oproti zmíněným stupnicím negativních životních událostí.

Psychometrické vlastnosti, validita i reliabilita škály *PSS* byly mnohokrát ověřeny na různých populacích v řadě zemí po celém světě (Adrienne & Barna, 2006; Andreou et al., 2011; Cohen & Williamson, 1988; Jovanović & Gavrilov-Jerković, 2015; Katsarou et al., 2012; Lee, 2012; Örücü & Demir, 2009; Taylor, 2015; Wu & Amtmann, 2013).

Podle přehledové studie (Lee, 2012) je *PSS* krátký a snadno použitelný dotazník s přijatelnými psychometrickými vlastnostmi. Z hlediska vnitřní konzistence, koeficient Cronbachovo alfa u škály *PSS-10* dosáhlo vyhovujících hodnot, tj. větších než .70, ve všech dvanácti studiích, ve kterých bylo zjišťováno (Nunnally & Bernstein, 1994). Reliabilita škály *PSS-10* byla hodnocena také pomocí test-retestu ve čtyřech studiích a ve všech případech splňovala kritérium hodnoty větší než .70 (Pearsonův, Spearmanův korelační koeficient nebo ICC), přičemž prodleva mezi dvěma měřeními se pohybovala od dvou dnů do šesti týdnů. Studie také naznačila, že u škály *PSS-10* byla častěji zjištěna dvoufaktorová struktura, než struktura jednofaktorová (v poměru 6:2 u prací používající explorativní faktorovou analýzu a v poměru 1:0 u prací používající konfirmační faktorovou analýzu).

Řecká validizační studie (Andreou et al., 2011), zkoumala psychometrické vlastnosti *PSS*, tj. konstruktovou validitu, reliabilitu, vztah se škálou *DASS-21* (Henry & Crawford, 2005) a počtem symptomů ($N = 941$). V závěru tato studie shledala u škály *PSS-10* uspokojivé psychometrické vlastnosti a zaručila její využití pro účely výzkumu i zdravotní péče.

Podrobněji tato studie potvrdila dvoufaktorovou strukturu škály PSS-10, z hlediska reliability zjistila uspokojivou hodnotu koeficientu Cronbachovo alfa (.82), a také vysoké korelační koeficienty se skóry subškál nástroje DASS-21, tj. se subškálou stresu ($r = .64$), deprese ($r = .61$) a úzkosti ($r = .54$). Studie také zjistila silnou a statisticky významnou ($p < .001$) pozitivní korelaci mezi skórem vnímaného stresu a počtem symptomů uváděným respondenty.

Validizační studie (Jovanović & Gavrilov-Jerković, 2015), která zkoumala konstruktovou validitu, vnitřní konzistenci a konvergentní validitu srbské verze PSS-10 ($N = 605$), došla k závěru, že tato verze škály PSS-10 je reliabilním a validním měřítkem vnímaného stresu v klinických i neklinických vzorcích. Podrobněji, konstruktová validita byla zkoumána konfirmační faktorovou analýzou, která ukázala bifaktorový model s jedním obecným faktorem odrážejícím překrytí napříč všemi deseti položkami a dvěma specifickými faktory představujícími vnímanou tíseň (*perceived distress*, tj. negativně formulované položky) a vnímanou osobní účinnost (*perceived self-efficacy*, tj. pozitivně formulované položky). Autoři z tohoto usuzují, že škála PSS-10 zahrnuje jak obecný faktor vnímaného stresu, tak dva samostatné faktory. Toto zjištění je podle autorů konzistentní s výsledky předchozích studií, které používaly jak explorativní, tak konfirmační faktorovou analýzu pro testování konstruktové validity škály PSS-10 na různých vzorcích populace. Odhady reliability škály PSS-10 byly v souladu se zjištěními předchozích výzkumů a vykazují odpovídající vnitřní konzistenci (koeficient Cronbachovo alfa $> .70$). Autoři dokonce nenašli žádné významné rozdíly mezi pohlavími.

K časovému hledisku účinků programu MBSR na stres Baer, Carmody a Hunsinger (2012) zjistili, že ke strukturálním změnám ve vnímaném stresu dochází až ve čtvrtém týdnu programu

MBSR. Vysvětlují k tomu, že změna problematických automatických vzorců myšlení a chování vyžaduje čas a všímavost není žádným rychlým řešením.

2.3 Provedené studie

2.3.1 Kvantitativní studie

Z důvodu velkého množství dostupné (zahraniční) literatury zabývající se účinky programu MBSR jsem se zde soustředil především na přehledové studie a meta-analýzy účinků na stres. Zmiňuji tu také první českou práci v této oblasti.

Meta-analýza dvaceti publikovaných i nepublikovaných studií (Grossman et al., 2004) zjistila, že program MBSR je užitečnou intervencí pro celou řadu chronických poruch a problémů. Studie s kontrolní skupinou i bez ní prokázaly podobné velikosti efektu, tj. přibližně 0.5 ($p < .0001$) s homogenní distribucí účinků intervence napříč studiemi. Konzistentní a relativně silná úroveň efektů napříč velmi odlišnými typy výzkumných vzorků naznačuje, že trénink všímavosti by mohl zlepšit obecné charakteristiky zvládnání obtíží a omezení v každodenním životě, jakož i při vážných poruchách nebo velkém stresu.

Autoři přehledu a meta-analýzy deseti studií (Chiesa & Serretti, 2009) došli k závěru, že důkazy naznačují, že MBSR má nespecifický a možná i specifický účinek na snižování stresu u zdravých jedinců.

Výsledky meta-analýzy deseti studií zkoumající účinky programu MSBR u pacientů s rakovinou (Ledesma & Kumano, 2009) ukazují na účinnost MBSR u těchto pacientů při řešení psychosociálních stresů způsobených touto nemocí. Autoři upřesnili, že program konkrétně pomáhá pacientům při úlevě od úzkosti, stresu, únavy a obecně poruch nálady a spánku a pomáhá zlepšovat psychologické aspekty jejich kvality života.

Autoři přehledové práce zkoumající meta-analýzy a přehledové studie (Gotink et al., 2015) zjistili, že ve srovnání s kontrolní skupinou z čekací listiny a ve srovnání s obvyklou léčbou programy MBSR a MBCT výrazně zlepšily stres ($d = 0.51$; 95% CI [0.36; 0.67], na základě dvou přehledových studií, $N = 1\,570$). Důkazy zde podle autorů hovoří pro použití programů MBSR a MBCT ke zmírnění duševních i tělesných příznaků, v doplňkové léčbě rakoviny, kardiovaskulárních chorob, chronické bolesti, chronických somatických onemocnění, deprese, úzkostných poruch a jiných duševních onemocnění, a v prevenci u zdravých dospělých i dětí.

Přehledová studie (randomizovaných studií a kvaziexperimentů s kontrolní skupinou) účinků programu MBSR na duševní zdraví zaměstnanců ukázala na to, že mezi nejsilnějšími výsledky byly snížené úrovně stresu (Janssen et al., 2018). Přesněji, tato studie uvádí, že pokud jde o úroveň stresu, měřenou jako vnímaný stres (většinou pomocí škál PSS), osm z devíti zahrnutých studií zjistilo významné snížení hladiny stresu. V souhrnu považuje za pravděpodobné, že program MBSR pomáhá snižovat úroveň stresu. Kromě toho, dvě studie konkrétně měřily pracovní stres (tj. stres zaměstnanců při práci). Obě zjistily významné snížení pracovního stresu po intervenci MBSR. V souhrnu uvádí jako pravděpodobné, že MBSR způsobuje snížení úrovně pracovního stresu. Podobně další přehledová studie (Fjorback et al., 2011) zjistila, že při porovnání s kontrolní skupinou program MBSR v sedmi z osmi randomizovaných studií významně snížil vnímaný stres a/nebo psychologickou úzkost. Tato

přehledová studie uzavírá, že program MBSR je doporučen, mimo jiné, jako užitečná metoda pro zlepšení duševního zdraví a snížení příznaků stresu.

Přehledová studie (Vibe et al., 2012) zkoumající účinky programu MBSR (26 studií s celkem 1 456 účastníky) došla k závěrům, že program MBSR jasně zmírnil příznaky stresu a duševní tísně a může být atraktivní možností pro ty, co hledají zlepšení způsobu, jakým zvládají stres. (Hedgeovo $g = 0.56$; 95% CI [0.44; 0.67], $N = 1\,214$, skór kvality důkazů podle přístupu GRADE: vysoký⁵ (viz také příloha č. 1).

Meta-analýza 29 studií s celkem 2 668 zdravými účastníky (Khoury, Sharma, Rush, & Fournier, 2015) uzavírá, že program MBSR je středně účinný při snižování stresu zdravých jedinců. Konkrétněji k tomu uvádí, že program MBSR je středně účinný v intraskupinových (26 studií; Hedgeovo $g = 0.55$; 95% CI [0.44; 0.66], $p < .00001$) i v meziskupinových analýzách (18 studií; Hedgeovo $g = 0.53$; 95% CI [0.41; 0.64], $p < .00001$). Získané výsledky přetrvávaly v průměru 19 týdnů následně po intervenci. Tyto výsledky tedy naznačují velký a dlouhodobý účinek programu MBSR na stres.

Přehledová studie a meta-analýza (43 studií s celkem 1 427 účastníky) výsledků programu MBCT a MBSR v závislosti na adherence (Parsons, Crane, Parsons, Fjorback, & Kuyken,

⁵ Tj. „*Jsmě si velmi jistí, že skutečný účinek leží blízko odhadu účinku.*“ Přístup GRADE (Grading of Assessments Assessment, Development and Evaluation) je metoda hodnocení jistoty v důkazech (známé také jako kvalita důkazů nebo odhady důvěry v efekt) a síly doporučení ve zdravotní péči (<https://www.gradeworkinggroup.org>). Poskytuje strukturované a transparentní hodnocení důležitosti výsledků alternativních strategií řízení, uznání pacientů a veřejných hodnot a preferencí a komplexní kritéria pro snížení a zvýšení jistoty v důkazech. Má důležité důsledky pro ty, kteří shrnují důkazy pro systematické kontroly, hodnocení zdravotnických technologií a pokyny pro klinickou praxi, jakož i pro další osoby s rozhodovací pravomocí. Více než 100 organizací (včetně Světové zdravotnické organizace, Britského národního institutu pro vynikající péči (NICE), Kanadské pracovní skupiny pro preventivní zdravotní péči, mimo jiné) schválilo a/nebo používá GRADE k vyhodnotit kvalitu důkazů a sílu doporučení zdravotní péče.

2017) uzavírá, že účastníci programů MBSR a MBCT uvádějí, že během osmitýdenní intervence dodržovali značnou míru adherence, i když cvičili méně než v požadovaném rozsahu. Mezi mírou adherence a pozitivními výsledky intervence pro značnou část účastníků existuje malá, ale významná souvislost. Podrobněji k tomu uvádí, že společný odhad adherence všech účastníků byl 64 % (95% CI [60, 69%]) požadovaného rozsahu samostatné praxe, což odpovídá přibližně třiceti minutám denně, šest dní v týdnu. Napříč 28 studiemi (z celkových 43, $N = 898$) existovala malá, ale významná souvislost mezi účastníky uváděnou mírou adherence a výsledky intervence ($r = .26$, 95% CI [0.19, 0.34], $p < .0001$). Oproti tomu výše citovaná, dřívější přehledová studie (26 článků, $N = 1\,456$) zkoumající účinky programu MBSR (Vibe et al., 2012) podobnou souvislost mezi objemem každodenního samostatného cvičení a výsledky intervence nenašla.

Přehledová studie zkoumala účinnost MBSR (celkem 17 intervencí od ledna 2008 do prosince 2013) při snižování stresu u zdravých jedinců (Sharma & Rush, 2014). Podle autorů je stres bezprostředním problémem v oblasti veřejného zdraví a jedním z přístupů k řešení tohoto problému je MBSR. Ve zkoumaných studiích se po všech intervencích objevily pozitivní účinky na psychologických nebo fyziologických proměnných souvisejících se stresem. Tato práce dochází k závěru, že *Mindfulness-Based Stress Reduction* je slibnou metodou zvládnání stresu u zdravých jedinců a podle jejích autorů všichni, kdo vyučují zvládnání stresu, musí jako jeden z přístupů k jeho snižování uvádět MBSR.

Podle meta-analýzy osmnácti studií zkoumajících vliv intervencí založených na všímavosti na posttraumatický stres (Hopwood & Schutte, 2017), proměnné jako pohlaví nebo věk neměly ovlivnit účinky intervence.

Česká pilotní studie osmítýdenního programu MBSR se skupinou pacientů ($N = 11$) s chronickou nenádorovou bolestí (Černý, Chýle, Kozák, & Marčišová, 2019) zjistila pokles úrovně vnímaného stresu na škále *PSS-10*, a zároveň významné snížení spotřeby analgetik, pokles skóre bolesti a příznivý vliv na kvalitu života. Tyto účinky se podle autorů rozvíjely pozvolna, byly nejvýraznější při kontrole za tři měsíce po ukončení programu MBSR. Tato práce naznačila jednak dlouhodobější účinky intervence u populace s chronickou bolestí, jednak korelaci efektu snížení vnímaného stresu měřeného pomocí škály *PSS-10* s dalšími příznivými zdravotními účinky měřenými kvantitativně, zavedenými nástroji (tj. snížení bolesti a medikace, zvýšení kvality života), což podporuje validitu nástroje *PSS-10*. Autoři program MBSR doporučují „jako vhodný doplněk léčby chronických bolestivých stavů, podporující lepší zvládnání dlouhodobých potíží a snížení stresové zátěže, kterou onemocnění podmiňuje“ (Černý et al., 2019, s. 33).

2.3.2 Kvalitativní studie

Kvalitativní studie účinků programu MBSR u smíšené skupiny pacientů s rakovinou (Mackenzie, Carlson, Munoz, & Speca, 2007) využívající metodu zakotvené teorie zjistila pět hlavních témat, jak uvádí Tabulka 2.

Tabulka 2: Pět hlavních témat programu MBSR podle Mackenzie et al., 2007

| | Téma | Souvislosti |
|---|--|---|
| 1 | „otevřenost ke změně“ | schopnost uvidět věci z úplně jiné perspektivy |
| 2 | „sebeovládání prostřednictvím sebeuvědomění“ | schopnost vidět své možnosti a reakce a poté se rozhodnout reagovat vhodnějšími způsoby |

| | | |
|---|---------------------|---|
| 3 | „sdílená zkušenost“ | pocit komunity, sociální podpora |
| 4 | „osobní růst“ | proces popisovaný v literatuře jako hledání přínosů (<i>benefit-finding</i>) nebo posttraumatický růst; změna ve vnímání stresujících událostí (rakovina) prostě jako událostí, nikoli jako charakteristik definujících pacienta |
| 5 | „spiritualita“ | smysl života, víra, účel a spojení s ostatními a vyšší mocí; zvýšení soucitu se sebou i empatie k ostatním; pocit základní důvěry, otevřenosti a péče; pozitivní pocit propojení s něčím větším, než je vlastní já |

V britské kvalitativní studii na 92 onkologických pacientkách (s rakovinou prsu), které podstoupily osmítýdenní program MBSR respondentky uváděly jako své nejvíce pozitivní zkušenosti:

- 1) zklidnění, soustředění, větší propojení a sebevědomí,
- 2) hodnotu praxe všímavosti,
- 3) lepší uvědomění,
- 4) zvládání stresu, úzkosti a paniky,
- 5) přijímání věcí takových, jaké jsou, méně posuzování sebe i ostatních,
- 6) lepší komunikaci a osobní vztahy,
- 7) skutečnost, že si našli čas a prostor sami pro sebe.

Polovina respondentek uvedla, že po tréninku MBSR byly všímavější (Hoffman, Ersser, & Hopkinson, 2012).

Podle japonské meta-analýzy (Ledesma & Kumano, 2009) uvádějí kvalitativní studie zkušeností pacientů s rakovinou praktikujících meditaci všímavosti, že všímavost je disciplinovaným přístupem, který pacientům pomohl zlepšit kvalitu života a pomohl jim, aby se cítili otevřenější novým zážitkům, byli méně náchylní ke stresu, snášenlivější vůči negativním aspektům sebe samých i ostatních a lépe si cenili života jako smysluplného procesu. Také se snižuje emocionální reaktivita pacientů, kteří získávají větší toleranci k silným emocím v momentu, kdy je prožívají.

Kvalitativní studie ve Spojených státech amerických (Cohen-Katz et al., 2005) zjistila, že účastníci s relativně stresujícím povoláním (zdravotní sestry, $N = 25$) hodnotili osmítýdenní program MBSR jako užitečný. Průměrné hodnocení programu byla známka 9.2 bodu z 10 ($SD = 0.97$). Mezi nejčastější přínosy programu patřily lepší schopnost relaxovat a pečovat o sebe, a také zlepšení pracovních a rodinných vztahů.

2.3.3 Limity provedených studií a perspektiva dalšího zkoumání

Kvalita studií je proměnlivá a u některých existuje vysoké riziko předpojatosti. Odstupňování kvality vědeckých důkazů (pomocí přístupu GRADE) ukázalo, že existuje vysoká kvalita pro důkazy o vlivu na složené skóre duševního zdraví i pro měření stresu/tísne, ale je nízká u měření vlivu na kvalitu života a střední u dalších účinků (Vibe et al., 2012). Mezi omezení dosavadních výzkumných studií patří, riziko publikačního zkreslení, zkreslení způsobeného samovýběrem, zkreslení očekávání, problémem bývá i výběr vzorku populace (například typickým účastníkem intervence bývá relativně mladá běloška, studentka nebo zdravotnická pracovnice), většina studií používá čekací listinu nebo nespecifické kontrolní skupiny, což ztěžuje vyvození jednoznačných závěrů o velikosti srovnávacího účinku s aktivními kontrolními skupinami, jako

je psychoedukace nebo podpůrná skupina a většina studií také postrádala dlouhodobá sledování (např. období jednoho roku nebo delší), což ztěžuje posouzení stability účinků MBSR dlouhodoběji po ukončení programu (Gotink et al., 2015; Janssen et al., 2018; Khoury et al., 2015; Pascoe, Thompson, Jenkins, & Ski, 2017). Častým nedostatkem podobných studií bývá také to, že neudávají negativní účinky intervence nebo nedostatečně popisují míru nedokončení (Cramer, Lauche, Paul, & Dobos, 2012). Gotink et al. (2015) také zmiňují jako nedostatek heterogenitu výzkumných vzorků, což je však zejména způsobeno původním určením MBSR.

U samovýběru se podle Janssen et al. (2018) charakteristiky probandů (např. motivace, citlivost na program MBSR, disciplína) mohou lišit od těch, kteří se ho nezúčastní, čímž se komplikuje vyhodnocení programu MBSR a interpretace výsledků. Vzhledem k potřebě aktivní účasti je však žádoucí a nevyhnutné, aby byla tato intervence zvolena aktivně. Protože tedy vzorkům populace vzniklých samovýběrem je vlastní určité zkreslení, výsledky mohou být extrapolovány pouze na pacienty nebo účastníky, kteří mají zájem a mohou se účastnit intervence. To však platí i pro většinu typů psychoterapie: motivace a důvěra v techniku jsou zásadní (Gotink et al., 2015).

Poměr studií „terapií založených na všímavosti“ (tj. zde se nejedná jen o MBSR) se statisticky významnými výsledky může být nadnesený oproti výsledkům ve skutečné praxi (Coronado-Montoya et al., 2016). Hlavním zjištěním této práce bylo, že u 124 randomizovaných studií intervencí založených na všímavosti, které zkoumala, bylo při publikaci téměř 90 % prezentováno jako studie s pozitivními výsledky. Kromě toho autoři našli pouze tři studie, které byly jednoznačně prezentovány jako negativní, tj. bez alternativních interpretací nebo

zdůvodnění negativních výsledků, které by naznačovaly, že by léčba mohla být i tak účinná⁶.

Dalšími výtkami autorů této studie byly:

1. nízké zastoupení předregistrovaných studií,
2. podezření na selektivní publikování výsledků, „bagrování dat“⁷ a selektivní publikování jednotlivých analýz⁸,
3. absence úvah o možných zkresleních, nebo závěr, že zkreslení nebyla přítomna u většiny studií.

Bohužel, výrazným omezením této obsáhlé práce je vysoká heterogenita zkoumaných studií, intervencí i jejich účinků.

Za hlavní omezení české pilotní studie programu MBSR s pacienty s chronickou bolestí (Černý et al., 2019) její autoři považují malý počet účastníků ($N = 11$) a počet z nich, co intervenci nedokončili (3). Výsledky podle autorů ukazují potřebu rozsáhlejší a déle trvající, nejlépe longitudinální studie na dostatečně velkém souboru pacientů. Autoři také soudí, že znalost faktorů, které by predikovaly rizika nedokončení intervence, by pomohla správné indikaci MBSR. Těmto okolnostem se podle autorů dosud v literatuře věnovala malá pozornost, a proto v dalším výzkumu doporučují věnovat zvýšenou pozornost faktorům, které způsobují neúspěch tréninku a jeho předčasné ukončení. Ačkoli je porozumění motivaci účastníků i důvodům jejich

⁶ Negativní výsledky jsou při publikaci často „pootočený“ tak, že se jeví jako nejednoznačná nebo dokonce pozitivní zjištění (Coronado-Montoya et al., 2016).

⁷ Zneužívání analýzy dat zejména prováděním mnoha statistických testů na datech a vykazování pouze těch, které dávají významné výsledky (Davey Smith & Ebrahim, 2002).

⁸ „Schopnost selektivně publikovat z více variant výsledku nebo z více analýz by mohla snadno vést k přehnaným odhadům účinku a zastoupení pozitivních studií, které už přestává být hodnověrné. Zveličované účinky jsou problémem ve studiích, které pracují s ‚měkkými‘ výsledky, jak je tomu obvykle v psychologickém nebo behaviorálním výzkumu, a ve srovnání s ‚tvrdšími‘ vědami mohou být selektivní vykazování pouze některých výsledků a analytická flexibilita v psychologických studiích ještě většími problémy, než klasické publikační zkreslení“ (Coronado-Montoya et al., 2016, s. 13).

předčasného ukončení intervence velmi důležité, podle autora této práce se však diskutovaná míra nedokončení programu výrazně nelišila například od průměrné hodnoty (23 %, $N = 607$), publikované v meta-analýze účinků programu MBSR u pacientů trpících rakovinou (Ledesma & Kumano, 2009) nebo od hodnoty dlouhodobě sledované autorem u jím vedených kurzů (22.2 %, $N = 483$) a zároveň se diskutovaná hodnota pohybuje v rozmezí míry nedokončených psychoterapií, kterou udávají dostupné meta-analýzy: 46,8 % (Wierzbicki & Pekarik, 1993) a nověji 19,7 %⁹, 95% CI [18.7%; 20.7%] (Swift & Greenberg, 2012). Navíc, jak je uvedeno výše, oproti psychoterapii se v MBSR považuje za nedokončení absence na více jak dvou setkáních z celkových devíti, přestože účastník v programu setrvává až do jeho konce.

Budoucí výzkum by se měl soustředit na účinky placebo a nespecifické účinky intervence, které se odlišují od jejích skutečných účinků. Měl by se zaměřit se na srovnání s aktivní léčbou a na mechanismy, jakými intervence působí. Kromě zkoumání mechanismů působení by studie měly rovněž zkoumat nákladovou efektivitu těchto intervencí, protože existuje jen málo vedlejších účinků a zdá se, že jsou přínosné pro pacienty s chronickými obtížemi, bude pro další praktické využití ve zdravotnictví užitečné chápat finanční důsledky (Gotink et al., 2015).

Další studie by měly zkoumat způsoby, jak zlepšit účinky intervencí MBSR. K dosažení tohoto cíle se mohou při získávání vhledu do vnímání účastníků ukázat jako cenné kvalitativní studie a pomáhat identifikovat způsoby, jak účastníky více zapojit, a tak posílit účinky intervence. Při hodnocení skutečných účinků však musí z hlediska designu dostat přednost randomizované studie s kontrolní skupinou. K posouzení dlouhodobých účinků jsou rovněž zapotřebí delší období sledování. Naléhavě je také zapotřebí lepší ohlašování randomizovaných

⁹ Značné rozmezí zjištěných výsledků těchto dvou meta-analýz by se dalo vysvětlit jejich rozdílnou metodologií i časovým posunem mezi nimi.

kontrolovaných studií a budoucí výzkum by měl zahrnovat přímé srovnávání s jinými intervencemi. Dobře navržené primární studie by měly prozkoumat účinky délky intervence, a také objemu samostatné praxe. Vhodná je kombinace aplikovaného i základního výzkumu. Experimenty mohou například zahrnout sledování změn mozkových a tělesných funkcí. Takové typy designu by mohly vrhnout nové světlo na mechanismy působení a změny (Vibe et al., 2012).

Janssen et al. (2018) navrhuje, aby studie také používaly větší výzkumné vzorky z důvodu statistické významnosti. Pro budoucí výzkum by se podle autorů hodil i přístup smíšených metod, které kombinují kvantitativní a kvantitativní údaje. Dosud taková kombinace v literatuře chybí. Podle autorů jsou kvalitativní data také potřebná k důkladnému prozkoumání klíčových aspektů tréninkového programu všímavosti a k prozkoumání těch faktorů, které vedou k jeho úspěšné implementaci v konkrétním prostředí. Účinnost MBSR mohou ovlivnit i specifické okolnosti, jako je úroveň zkušeností a dovedností lektorů, ale jen nemnoho studií k tomu zatím uvádí data. Budoucí studie by tedy měly zkoumat i vliv úrovně dovedností lektorů programu MBSR (Janssen et al., 2018).

Ve výzkumu všímavosti jsou stále relativně vzácné longitudinální studie. Je důležité více kontrolovat nežádoucí proměnné, které mohou být zaměňovány s meditačním tréninkem, jako jsou změny v životním stylu a stravě, které by mohly doprovázet meditační praxi nebo očekávání a záměr, které začátečníci meditace přinášejí do své praxe. Je nutné pečlivěji určit, které proměnné jsou nedílnou součástí meditačního tréninku a které lze ovládat a kontrolovat faktory, jako je očekávání, tělesné pozice a pozornost učitele. K tomu by měly být více využívány aktivní intervence v kontrolních skupinách – programy na zlepšení zdraví, jako například edukace o zvládání stresu nebo relaxační techniky, které mohou kontrolovat

proměnné, jako jsou sociální interakce se skupinou a učitelem, objem domácího cvičení, tělesná cvičení a psychoedukace (Tang et al., 2015).

V randomizovaných studiích všímavosti nelze, vzhledem k povaze intervence, použít dvojité zaslepení, což může představovat riziko předpojatosti (*bias*). Podle Gotink et al., (2015) u randomizovaných studií s nezaslepenou intervencí může i samotný postoj pacientů ke všímavosti vést k účinku: efektu placeba ve skupině s aktivní intervencí a zklamání v kontrolní skupině z toho, že nedostává intervenci všímavosti, tzv. *frustrebo* reakce („*frustrebo response*“). Zatímco placebo efekt by nadhodnocoval velikost účinku, *frustrebo* reakce může podle autorů vést k tomu, že účastníci kontrolní skupiny budou trénovat všímavost sami a tím se sníží zjištěná velikost účinku. Může se však také stát, že frustrace z nepodstoupení intervence povede v kontrolní skupině k horšímu skóre deprese nebo úzkosti, což povede k nadhodnocení zjištěného účinku. (Gotink et al., 2015).

Většina studií účinnů MBSR/MBCT nesleduje samostatnou praxi účastníků. Tyto údaje od všech účastníků (dokončivších i těch, co program nedokončili) by umožnily lepší pochopení chování účastníků mimo dobu ve skupině a jeho dopad na jejich výsledky. Odhady samostatné praxe všímavosti se dosud opírají spíše o retrospektivní sebehodnocení účastníků, takže to nevrhá příliš světla na jejich skutečné dodržování praxe. Používání standardních formulářů a nových technologií (aplikace v mobilním telefonu, webová aplikace) při hlášení samostatné praxe v reálném čase by pomohlo zajistit konzistenci zkušeností účastníků napříč studiemi. Budoucí studie by měly také zkoumat, jak konkrétní techniky (např. procházení těla, všímavá jóga atd.) korelují s výsledky intervence. Podobně by se měly zohlednit při výzkumu proměnné jako jsou „kvalita praxe“ účastníků (což představuje velkou výzvu) a míra její integrace do každodenního života účastníků, jejich neformální praxe, kompetence lektorů a jejich formativní a motivující

zpětná vazba (Parsons et al., 2017). Je stále nutné zkoumat vztah mezi délkou intervence a její účinností. Zajímat bychom se měli také o kvalitu učebních materiálů a vlastní schopnosti všímavosti lektora (Virgili, 2015).

Je zapotřebí více dobře navržených, důsledných a velkých randomizovaných studií, aby se vytvořila základna důkazů, která bude rozhodněji poskytovat odhady účinnosti intervence. Studie by měly mít dostatečně velké vzorky, aby detekovaly statistické rozdíly ve výsledcích, a měly by sledovat účastníky po dobu 6 až 12 měsíců, aby bylo možné posoudit dlouhodobé účinky meditace. Mělo by být častěji monitorováno dodržování praxe všímavosti a současné používání jiných terapií. Také dosud nebyly přesvědčivě stanoveny důležité charakteristiky intervence, včetně optimální dávky. Aby bylo možné detekovat specifické účinky, musí mít studie kontrolní prvky zaměřené na pozornost. Protože dopad všímavosti může souviset s hodnocením bolesti, může být pro budoucí studie užitečné zaměřit se na příznaky spojené s bolestí, jako je kvalita života, interference související s bolestí, tolerance bolesti, spotřeba analgetik a související problémy, jako je touha po opiátech. Budoucí publikace randomizovaných studií tréninku všímavosti by měly dodržovat standardy *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT)¹⁰. Budoucí výzkum by měl aktivně shromažďovat údaje o nežádoucích účincích praxe všímavosti. V této oblasti chybí systematický přehled observačních studií a kazuistik. Potřebujeme také lepší porozumění tomu, zda existuje minimální frekvence nebo doba trvání meditační praxe. Odhalit nejúčinnější prvky těchto intervencí by mohly srovnávací studie s odchylkami v jednotlivých složkách nebo dávkách intervence (Hilton et al., 2017).

¹⁰ Tyto standardy podporuje v současnosti více než 600 akademických časopisů a redakčních skupin po celém světě, včetně *The Lancet*, *BMJ*, *JAMA*, *New England Journal of Medicine*, *World Association of Medical Editors* a *International Committee of Medical Journal Editors*.

Studie obsahují nejasnosti ohledně výsledných proměnných, zejména proto, že stejné účinky jsou měřeny pomocí různých nástrojů. Kromě publikačního zkreslení není ani jasný vliv délky programu na účinky. Podobně nebyl systematicky studován vliv délky hodin ve skupině na účinky intervence.

Bylo by vhodné zjistit které části programu je obtížné dodržovat (např. pravidelná účast ve skupině, každodenní samostatná praxe, formální a neformální praxe atd.). Je zapotřebí dalšího výzkumu v této oblasti a zjistit, zda by například zkrácená verze programu MBSR přinesla stejné krátkodobé i dlouhodobé účinky.

3 Výzkumná část

3.1 Výzkumné cíle

Výzkumný projekt se soustředil na účinek standardizovaného klinického programu založeného na všímavosti vůči stresu (MBSR). Výzkum má kvantitativní a kvalitativní část. Kvantitativní výzkum pracuje s psychometrickými nástroji a zkoumá několik parametrů a jejich vzájemnou souvislost. Zkoumá především změnu míry vnímaného stresu v souvislosti s intervencí, což považuji za hlavní účinek intervence pro účely této práce. Měření efektivity intervencí je důležité z několika důvodů. Především je tu etický aspekt poskytování služeb, ať už psychoterapie nebo tréninku, kdybychom se měli zajímat o to, jaké a jak silné účinky má daná intervence, kterou klientům nabízíme, tj. jestli skutečně má účinky klientům deklarované. Dalším etickým důvodem zjišťování efektivity intervencí je otázka finanční, kdybychom se měli zajímat o to, zda klient skutečně platí za intervenci, která má prokázané žádoucí účinky. Dále by nás mělo také podrobněji zajímat, pro koho (populace, věk, pohlaví, vzdělání atd.) je daná intervence účinná a za jakých podmínek.

Kvalitativní část výzkumu má za úkol doplnit a případně pomoci přesněji interpretovat zjištění z kvantitativního výzkumu a přinést pohled na účinky této intervence z širší perspektivy.

3.2 Kvantitativní výzkum

3.2.1 Výzkumný design

Jedná se o výzkumný design zjištění účinků intervence pomocí měření psychologických proměnných před a po intervenci s absencí kontrolní skupiny. Hlavní výzkumnou otázkou, na kterou měl výzkum odpovědět, je, zda absolvování programu založeného na všímavosti skutečně souvisí se změnou míry vnímaného stresu účastníků. Literatura se dlouhodobě touto otázkou zabývá a výzkum se na ní snaží odpovědět přímo v kvantitativní části. Kvantitativní část výzkumu se zabývá dalšími otázkami, které s touto hlavní souvisí. K některým z těchto otázek neexistuje dostatek dostupné literatury.

Dále se výzkum zabývá otázkou, jestli existuje souvislost mezi mírou vnímaného stresu a dalšími zjištěnými údaji, tj. evaluací a mírou adherence, tj. dodržováním předepsaného objemu tréninku. Výzkum hledá i případné rozdíly ve zjištěném efektu, evaluaci a míře adherence podle věku nebo pohlaví. Výzkum také zjišťuje, zda existuje souvislost mezi evaluací a mírou adherence, tj. souvislost mezi subjektivním hodnocením po dokončení programu s mírou dodržování stanoveného rozsahu každodenních samostatných cvičení účastníků během tréninku.

3.2.2 Hypotézy

Hlavní výzkumná hypotéza (H_1) tvrdí, že absolvování programu MBSR snižuje vnímaný stres účastníků.

Oproti hlavní nulové hypotéze (H_0): absolvování programu MBSR programu nepředpokládá významnou změnu vnímaného stresu účastníků.

Doplňující nulové hypotézy:

H_2 : Změna míry vnímaného stresu po absolvování programu nesouvisí s mírou adherence, tj. dodržováním předepsaného objemu tréninku.

H_3 : Věk účastníka nemá vliv na změnu míry vnímaného stresu po absolvování programu.

H_4 : Věk účastníka nemá vliv na míru adherence.

H_5 : Pohlaví účastníka nemá vliv na změnu míry vnímaného stresu po absolvování programu.

H_6 : Pohlaví účastníka nemá vliv na míru adherence.

H_7 : Změna míry vnímaného stresu po absolvování programu zjištěná psychometricky nesouvisí se subjektivním hodnocením programu MBSR účastníky (evaluací).

3.2.3 Výzkumný vzorek

Výzkumný projekt byl proveden v České republice a bylo do něj zařazeno celkem 190 subjektů starších 18 let. Účastníci experimentu se sami do programu MBSR přihlásili. Účastníci nebyli osloveni za účelem výzkumu, ale všem, kteří se přihlásili do programu MBSR, byla účast ve výzkumu nabídnuta. Šlo tedy o samovýběr vzorku populace a studie má tedy povahu kvaziexperimentu. Vzhledem k povaze intervence, kdy je nutná vlastní motivace jak k jejímu započatí, tak k jejímu dokončení, a dostupnosti probandů a finančních prostředků, však v rámci této práce metoda náhodného výběru vzorku populace nebyla prakticky uskutečnitelná.

Účastníci mého výzkumu byli podle pravidel MBSR při náboru do programu podrobně informováni o charakteru, průběhu a obsahu osmitýdenního kurzu zaměřeného na snižování stresu pomocí všímavosti a zdravotní prevenci.

3.2.3.1 Odhad minimální velikosti výzkumného vzorku (power analysis)

Na počátku jsem pomocí analýzy síly testu provedl odhad velikosti výzkumného vzorku, který by zaručoval minimální sílu testu při dosažení významného efektu účinku intervence, tj. rozdílu standardizovaných průměrů hrubých skóre na počátku a na konci intervence (Cohenovo d) při jednostranném t -testu ve výši alespoň 0.8 (tj. velký účinek/klinicky významný rozdíl), pravděpodobnosti chyby I. typu $\alpha = .01$ (99 % interval spolehlivosti) a při předpokladu normálního rozdělení.

Z dostupné literatury lze poměrně dobře získat přehled o přibližné očekávané hodnotě hrubého skóre vnímaného stresu na škále *PSS-10* a jejím snížení po intervenci MBSR. Tak například studie zkoumající efekty osmitýdenního programu MBSR u populace bydlící v komunitách napříč čtrnácti státy Spojených států amerických ($N = 185$, průměrný věk 49.6 let, $SD = 13$, 68 % žen a 17 % mužů) zjistila průměrný hrubý skóre vnímaného stresu na škále *PSS-10* před intervencí **19.9 bodů**, $SD = 7.15$, a po intervenci **14.6 bodů**, $SD = 5.76$, tj. statisticky významný **rozdíl 5.3 bodů** (Cordon, Brown, & Gibson, 2009). Efekt intervence na vnímaný stres zjištěný v tomto výzkumu byl vysoký (Cohenovo $d = 0.82$). Kanadská studie účinků osmitýdenního programu MBSR na psychicky zdravých ženách ($N = 57$, průměrný věk 56.4 let, $SD = 10.2$) po léčbě rakoviny (Matousek & Dobkin, 2010) ukázala snížení vnímaného stresu na škále *PSS-10* o **3.88 bodu**, tj. z **18 bodů**, $SD = 6.05$, před intervencí na **14.1 bodu**, $SD = 6.17$, po intervenci (opět statisticky významný rozdíl). Byla zde zjištěna střední síla efektu (Cohenovo $d = 0.64$). Čínská studie (Bao, Xue, & Kong, 2015) zjišťující, mimo jiné, hodnoty vnímaného stresu

pomocí škály *PSS-10* u běžné populace ($N = 380$, průměrný věk 27.2 let, $SD = 5.1$, 58,7 % žen a 41,3 % mužů) změřila průměrný hrubý skór **17.9 bodů**, $SD = 6.25$. Americká studie (Carmody, Baer, Lykins, & Olendzki, 2009) na 309 účastnících osmítýdenního programu MBSR ve věku od 19 do 77 let (průměrný věk 49.5 let, $SD = 11.4$, 68 % žen) v celkem 17 kurzech v *Center for Mindfulness* na lékařské fakultě Univerzity v Massachusetts (tj. na pracovišti, kde byl program MBSR v roce 1979 vytvořen a poprvé spuštěn), zjistila podstatné snížení vnímaného stresu na škále *PSS-10* o **6.31 bodu**, tj. snížení hrubého skóru ze **20.9 bodů** ($SD = 6.73$) před intervencí na **14.6 bodu** ($SD = 5.94$) po intervenci. Účastníci studie uváděli celou řadu problémů, včetně stresu spojeného s nemocí, chronické bolesti, úzkosti, stresu v osobním životě a stresu spojeného se zaměstnáním. Byla zde nalezena vysoká síla účinku (Cohenovo $d = 1.02$). Jiná americká studie (Baer et al., 2012) na 87 účastnících programu MBSR s problematickými úrovněmi stresu v souvislosti s chronickou nemocí, chronickou bolestí a jinými životními okolnostmi (průměrný věk 49 let, 67 % žen) ukázala významné snížení vnímaného stresu na škále *PSS-10* o **5.88 bodu**, tj. snížení hrubého skóru ze **20.2 bodů** ($SD = 6.17$) před intervencí na **14.3 bodu** ($SD = 6.5$) po intervenci. I v tomto výzkumu byla zjištěna vysoká síla účinku (Cohenovo $d = 1.04$). Přehled výše uvedených výsledků nabízí Tabulka 11 níže.

Očekávané základní výsledné hodnoty měření vnímaného stresu na škále *PSS-10* jsem na základě dostupných dat odhadl takto:

1. očekávaný průměrný hrubý skór před intervencí: **18.4 bodu**, $SD = 6.5$
2. očekávaný průměrný hrubý skór po intervenci: **14.4 bodu**, $SD = 6$
3. očekávaný rozdíl průměrů hrubých skórů před a po intervenci: **4 body**

Z výše uvedeného jsem vypočetl, že pro požadovanou sílu testu postačí experimentální skupina o velikosti 49 probandů. Do výzkumného vzorku jsem se však snažil zahrnout co nejvíce probandů, a to v zájmu maximálního zúžení intervalu spolehlivosti (99% CI) síly účinku intervence (Cohenova d).

3.2.4 Způsob získávání dat

Účinky programu MBSR na stres byly zjištěny pomocí škály vnímaného stresu *PSS-10*. Do výzkumu byly zařazeny pouze výsledky účastníků, kteří program MBSR řádně dokončili, tj. absolvovali nejméně sedm setkání z devíti, souhlasili se zařazením do výzkumu a řádně vyplnili dotazník. Data jsem v kvantitativním výzkumu získával pomocí dotazníků, které jsem nechal vyplnit účastníky před počátkem intervence (den až několik dnů) a na konci intervence (na posledním setkání programu, tj. sedm týdnů po začátku intervence, nebo do několika dnů po konci intervence). Administrace škály *PSS-10* i evaluačního dotazníku probíhala u většiny účastníků vyplněním papírových dotazníků na setkání s lektorem, u menší části vzorku vyplněním internetového formuláře.

Měření vnímaného stresu pomocí škály *PSS-10* bylo provedeno:

1. před začátkem intervence (t_0),
2. na konci intervence, na posledním setkání programu MBSR po sedmi týdnech od jeho začátku (t_1).

Dále, na posledním setkání nebo krátce po něm, byl administrován evaluační dotazník. V něm bylo zaznamenáno jednak závěrečné subjektivní hodnocení programu MBSR účastníky, tj. *evaluace*, jednak zaznamenali svoji míru *adherence*.

Následující tabulka ukazuje kategorie dat, která jsem od účastníků, ve kterém čase a jakými nástroji.

Tabulka 3: Výzkumná data kvantitativního výzkumu

| Nástroj | Škála <i>PSS-10</i> | Evaluační dotazník |
|-----------------------------------|---|----------------------------|
| Čas administrace | Před (t_0) i po intervenci (t_1) | Po intervenci (t_1) |
| Získaná kvantitativní data | Hrubý skór vnímaného stresu, věk, pohlaví | Evaluační a míra adherence |

3.2.5 Etické otázky

Vzhledem k tomu, že se tohoto výzkumu účastnili v experimentálních podmínkách skuteční účastníci intervence, bylo nutno uplatňovat etické standardy pro psychologický výzkum. Ústřední zásadou tu byl princip *primum non-nocere*, tj., především neuškodit a vždy stavět potřeby pacienta (klienta) nad své vlastní, který je ústřední zásadou přístupu MBSR (Kabat-Zinn, 2011). Účastníci se do studie hlásili dobrovolně, byli předem informovaní, že jsou součástí výzkumu, a jejich účast na intervenci samotné nezávisela na jejich účasti ve výzkumu. Informovaný souhlas byl udělen konkludentně (vyplněním dotazníku).

Důležitou roli ve výzkumu hrál možný vliv výzkumníka, který byl zároveň v roli osoby poskytující intervenci. Jako autorovi výzkumného záměru mi byly předem známy cíle a hypotézy výzkumu, a proto nebylo možné studii směrem ke mně jako k výzkumníku zaslepit. Tento postup je výhodnější z organizačního hlediska, ale existuje tu určité riziko, že by mohlo nevědomě dojít k ovlivnění výsledků výzkumu nebo jejich interpretace.

3.2.6 Průběh výzkumu

Po přípravě diagnostických nástrojů (česká verze škály *PSS-10* včetně test-retestu a evaluačního dotazníku) byl proveden výběr výzkumného vzorku. Před intervencí se všichni účastníci zúčastnili setkání, na kterém získali důležité informace o intervenci a zároveň jim byla nabídnuta účast ve výzkumu, tj. stát se součástí experimentální skupiny. Pokud s účastí ve výzkumu souhlasili, byla od nich následně získána data o vnímaném stresu pomocí škály *PSS-10* před intervencí. Skupina poté podstoupila standardní osmitýdenní program MBSR v celkem dvaceti šesti bžích. Z celkového počtu 274 účastníků intervence ji dokončilo 190 probandů, kteří odevzdali dotazníky před začátkem i na konci intervence.

Na konci intervence byla získána od účastníků experimentální skupiny data o vnímaném stresu pomocí škály *PSS-10* po intervenci, o dodržování každodenního samostatného cvičení (*adherence*) a také subjektivní hodnocení intervence účastníky (*evaluate*). Sledoval jsem také míru nedokončení programu (*drop-out*). Získaná data byla podrobena statistické analýze, byly vyhodnoceny výsledky a nakonec na jejich základě vyvozeny závěry.

V kvantitativním výzkumu jsem získal následující data:

1. věk (N = 190)
2. pohlaví (N = 190)
3. skór vnímaného stresu před zahájením programu MBSR (t0) (N = 190)
4. skór vnímaného stresu na konci programu MBSR (t1) (N = 190)
5. evaluaci (N = 108)
6. míru adherence (N = 68)
7. míru nedokončení programu (*drop-out*) (N = 274)

Obrázek 3: Znáznornění průběhu kvantitativního výzkumu



3.2.7 Použité nástroje

3.2.7.1 Intervence

Zkoumanou intervencí byl osmitýdenní program MBSR ve standardním formátu, tak jak je popsán v literárně přehledové části této práce, tj. zejména týdenní setkání ve skupině v délce dvou a půl až tří hodin, jedno celodenní setkání v délce sedm a půl hodiny, samostatná každodenní praxe účastníků v délce 45-60 minut podle instrukcí, nahrávek a manuálu).

Poskytnutí programu MBSR zajistil kvalifikovaný lektor MBSR s odpovídající přípravou, výcvikem a praxí s vedením tohoto programu (autor této práce). Experimentální skupina podstoupila standardní osmitýdenní program MBSR v celkem dvaceti šesti bžích. Velikost jednotlivých skupin se pohybovala od tří do devatenácti účastníků (průměrná velikost skupiny byla 10.5 osob ($SD = 4.02$)).

3.2.7.2 Diagnostika

3.2.7.2.1 Vnímaný stres

Pro stanovení míry vnímaného stresu účastníků intervence jsem zvolil **škálu vnímaného stresu PSS-10**. Tento nástroj je podrobně popsán v literárně přehledové části této práce. **Česká verze škály PSS-10** vznikla pečlivým překladem z původní anglické verze autorem, a tento překlad byl následně ověřen zpětným překladem do češtiny jinou osobou (příloha č. 2). Tento dotazník účastníci vyplňovali poprvé krátce před začátkem intervence a podruhé na jejím konci nebo krátce po něm.

3.2.7.2.2 Evaluace a adherence

Evaluační dotazník sloužil k získání dat o:

1. závěrečném subjektivním hodnocení intervence účastníky (*evaluace*)
2. dodržování každodenního samostatného cvičení (*adherence*)

Evaluační dotazník účastníci experimentální skupiny vyplňovali na konci intervence, nejčastěji na posledním setkání (tj. po sedmi týdnech intervence) nebo krátce po něm. Při této *evaluaci* účastníci hodnotili na lineární škále od jedné do deseti, jak významný pro ně program snižování stresu byl. Hodnota jedna znamená bezvýznamnost, hodnota deset znamená velký význam. Tato známka tedy představuje subjektivní hodnocení programu účastníkem. Míra *adherence* je údaj, kterým účastník vyznačil svoje dodržování každodenního samostatného cvičení během celého programu na lineární škále od nuly do desítky (z toho je odvozena míra *adherence* 0 až 100 %).

Pro změření účinku programu MBSR na stres jsem v kvantitativním výzkumu zvolil celosvětově velmi rozšířený psychometrický nástroj, škálu vnímaného stresu *PSS-10*, jejíž vlastnosti jsou popsány v literárně přehledové části.

3.2.8 Ověření reliability škály vnímaného stresu *PSS-10* metodou „test - retest“

Tento nástroj nebyl zatím, dle dostupných informací, oficiálně přeložen do češtiny a validizován na české populaci. Proto jsem přistoupil k ověření reliability jeho české verze pomocí metody test - retest. Při ověření reliability jsem test administroval u skupiny 42 respondentů, kteří vyplnili škálu *PSS-10* dvakrát za sebou (měření 1 a měření 2), a to v rozmezí dvou až pěti dnů (průměrný odstup 2.89 dne, $SD = 0.91$). 32 (76.19 %) respondentů byly ženy, 10 respondentů (23.81 %) byli muži. Průměrný věk respondentů byl 26 let ($SD = 6.6$). Rozmezí několika dnů odpovídá účelům test - retestu nejlépe, u delšího odstupu by se ve výsledcích respondentů významněji projevila řada rušivých faktorů z jejich života, jako je vliv významných stresujících životních událostí či dostupnost copingových zdrojů (Cohen et al., 1983).

Výsledky ověření reliability škály *PSS-10* metodou test - retest byly statisticky analyzovány v programu SPSS. V prvním měření respondenti dosáhli průměrného hrubého skóru 16,7 bodů ze 40 (směrodatná odchylka 6,4 bodu), ve druhém měření 16,3 bodu (směrodatná odchylka 7,4 bodu). Průměrný rozdíl v hrubém skóru mezi dvěma měřeními byl 0,43 bodu (směrodatná odchylka 2,96 bodu). Korelace mezi výsledky obou měření byla zjištěna pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, jenž dosáhl hodnoty 0,92. Pro kontrolu jsem ještě provedl párový *t*-test a výpočet síly efektu (Cohenovo *d*). Výsledek párového *t*-testu těchto dvou měření se neblížil statistické významnosti ($p = 0.353$). Síla efektu je extrémně slabá (Cohenovo $d =$

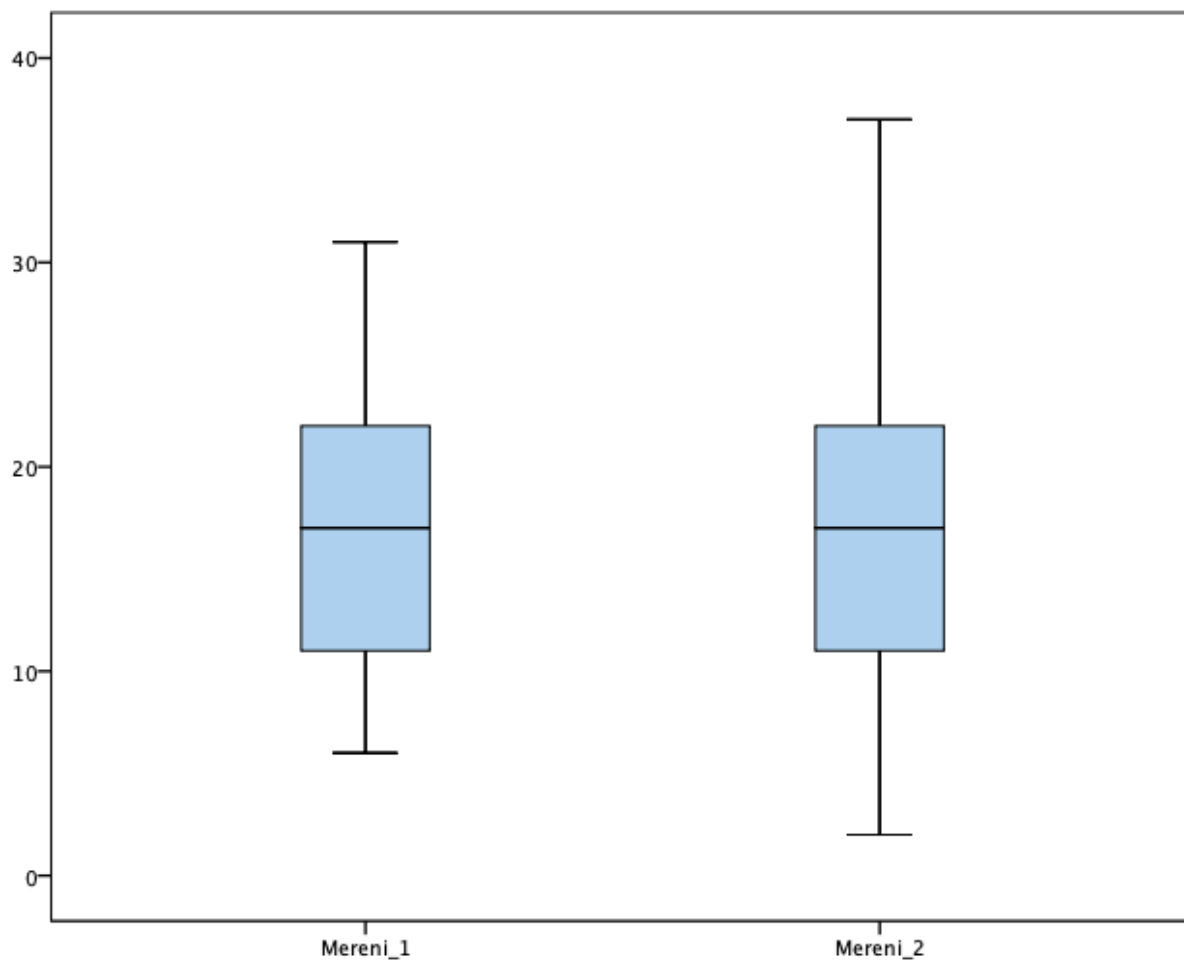
0,06, 95% CI [-1,88; 2,3]). Podle Kolmogorov-Smirnovova testu se rozdělení vzorků u obou měření neliší od normálního rozdělení. Tento výsledek znamená velmi silnou korelaci mezi výsledky obou měření. Celkově ze statistické analýzy dat tohoto test - retestu tedy vyplývá **velmi vysoká reliabilita použité české verze škály vnímaného stresu PSS-10**, zjištěná pomocí metody „test - retest“. Tento výsledek je v souladu s dřívějšími zjištěními u cizojazyčných verzí této škály. Výsledky statistické analýzy dat popisují Tabulka 4 a

Graf 2.

Tabulka 4: Výsledky ověření reliability škály PSS-10 metodou test - retest s odstupem 3 dnů

| Měření ($N = 42$) | Průměr hrubého skóru <i>PSS-10</i> | Směrodatná odchylka | Kolmogorov-Smirnovův test normálního rozdělení | Párový t -test | Pearsonův korelační koeficient |
|------------------------|--|------------------------|---|---------------------|--------------------------------------|
| 1 | 16.7 | 6.39 | $D(42) = 0.92, p = .83$ | $t(41) = 0.94$ | $r = .92$ |
| 2 | 16.3 | 7.45 | $D(42) = 0.85, p = .9$ | $p = .35$ | $p < .001$ |

Graf 2: Diagram výsledků ověření reliability české verze škály PSS-10 metodou test-retest



3.2.9 Způsob zpracování dat

Naměřené údaje byly vneseny do tabulek v programu MS Excel a následně převedeny do statistického programu SPSS, kde byla provedena analýza dat, deskriptivní i testová statistika.

Statistické testy u experimentu byly provedeny pomocí porovnání průměrů pomocí párových *t*-testů a souvislosti mezi efektem intervence a věkem účastníků, mezi efektem intervence a jejím subjektivním hodnocením (evaluací) nebo věkem a mírou adherence účastníků pomocí Pearsonovy korelace. Případná role pohlaví byla zjišťována pomocí *t*-testu pro dva nezávislé výběry. Statistické testy u ověřování validity škály *PSS-10* (test-retest) byly provedeny pomocí párového *t*-testu a Pearsonova korelačního koeficientu (při potvrzení normálního rozdělení).

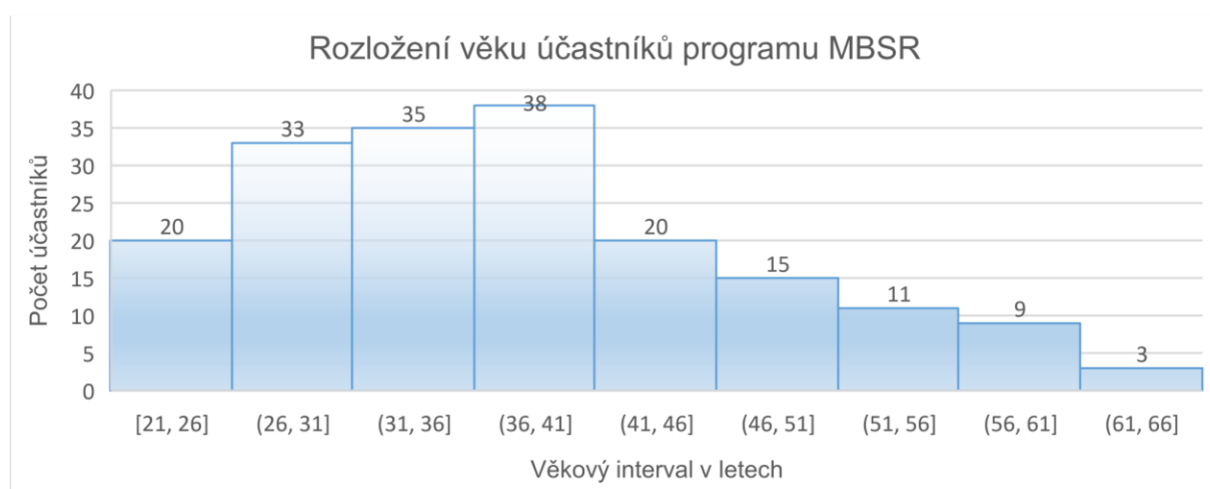
3.2.10 Analýza dat kvantitativního výzkumu

Celkem se podařilo získat základní data od 190 účastníků, kteří všichni dokončili standardní osmítýdenní program MBSR. Průměrný věk respondentů byl 38.2 let ($SD = 10.1$), medián 37 let. Nejmladšímu účastníkovi programu bylo 21 let a nejstaršímu 66 let. 112 respondentů (59 %) byly ženy, 78 respondentů (41.1 %) byli muži. Výběr subjektů do souboru probíhal standardním způsobem, tj. účastníci se sami přihlásili do programu MBSR a prošli nezbytným úvodním setkáním a screeningem před zahájením samotného programu. Evaluaci se podařilo získat od 108 účastníků a míru adherence od 68 účastníků z celkových 190 respondentů¹¹.

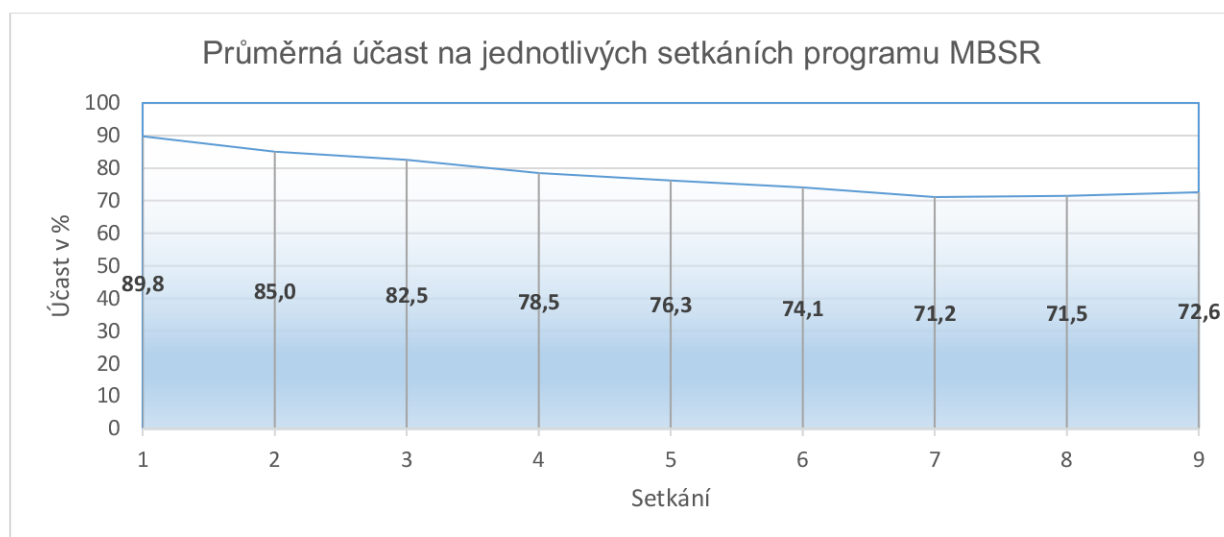
¹¹ Data evaluace a adherence jsem začal sbírat až po určité době po začátku experimentu.

Průměrná velikost skupiny na začátku kurzu byla 10.5 osob ($SD = 4.02$). Průměrnou účast na jednotlivých setkáních kurzu zobrazuje Graf 4. Program nedokončilo 69 účastníků z celkového počtu 274 účastníků, tj. míra nedokončení (*drop-out*) byla 25.2 %¹². Mezi těmito 274 účastníky bylo 190 respondentů výzkumu, kteří program MBSR dokončili. Za nedokončení programu jsem považoval i případy, kdy účastník sice setrval v programu až do jeho konce, ale vynechal více jak dvě setkání z celkových devíti¹³.

Graf 3: Rozložení věku účastníků kvantitativního výzkumu



Graf 4: Průměrná účast na jednotlivých setkáních kurzu



¹² Dlouhodobě sledovaná míra nedokončení v programu MBSR vedeného autorem je 22.2% ($N = 483$).

¹³ Neabsolvování podstatné části programu se podle jeho pravidel považuje za důvod pro jeho předčasné ukončení.

Číslo setkání představují setkání v odpovídajících týdnech kurzu, s výjimkou setkání č. 7, které je celodenním setkáním v 6. týdnu, setkání č. 8, které je setkáním v 7. týdnu a setkání č. 9. je setkáním v 8., tj. posledním týdnu kurzu.

Míru vnímaného stresu, kterou jsem získal v čase t_0 , jsem porovnal s hodnotou naměřenou v čase t_1 . Pro srovnání dat účastníků jedné skupiny mezi měřeními v čase t_0 a měřeními v čase t_1 jsem použil párový t-test pro dva závislé, resp. korelované výběry. Koreloval jsem *efekt*, tj. rozdíl vnímaného stresu (hrubý skóre v čase t_1 snížený o hrubý skóre v čase t_0) na straně jedné s věkem, evaluací, resp. mírou adherence na druhé straně. Zjistil jsem také korelaci věku s mírou adherence a dále korelaci míry adherence s evaluací. Analyzoval jsem také případné rozdíly těchto proměnných podle pohlaví. Analýza dat byla provedena v programu SPSS.

3.2.11 Deskriptivní statistika

Deskriptivní statistiku naměřených proměnných obsahuje Tabulka 5.

Tabulka 5: Deskriptivní statistika naměřených proměnných v kvantitativním výzkumu

| | Hrubý skór před intervencí | Hrubý skór po intervenci | Věk v letech | Evaluace (1-10) | Adherence (%) | Efekt intervence (změna hrubého skóru) |
|------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------|--------------------|------------------|--|
| <i>N</i> | 190 | 190 | 190 | 108 | 68 | 190 |
| Průměr | 18.1 | 13.5 | 38.2 | 7.95 | 70.6 | 4.6 |
| Medián | 18 | 13.5 | 37 | 8 | 75 | 5 |
| Mód | 16 | 14 | 40 | 8 | 80 | 5 |
| Směrodatná odchylka | 6.06 | 5.2 | 10.1 | 1.87 | 19.6 | 5.67 |
| Rozsah hodnot | 31 | 28 | 45 | 8 | 70 | 33 |
| Minimum | 1 | 2 | 21 | 2 | 30 | -11 |
| Maximum | 32 | 30 | 66 | 10 | 100 | 22 |
| Percentil 25 | 14 | 10 | 30 | 7 | 50 | 1 |
| 50 | 18 | 13.5 | 37 | 8 | 75 | 5 |
| 75 | 22 | 17 | 45 | 9 | 90 | 8 |

3.2.12 Testová statistika

Před začátkem programu MBSR účastníci dosahovali průměrného hrubého skóru na škále *PSS-10* 18.1 bodu ze 40 ($SD = 6.06$), po ukončení programu 13.5 bodu ($SD = 5.23$). Průměrný rozdíl

v hrubém skóru mezi dvěma měřeními byl 4.6 bodu ($SD = 5.67$, 95% CI [3.79; 5.41]). Tento rozdíl tedy mírně překročil očekávaný rozdíl 4 bodů hrubého skóru. Očekávaná hodnota vnímaného stresu před intervencí byla odhadnuta s vysokou přesností.

3.2.12.1 Párový *t*-test

Výsledek oboustranného párového *t*-testu hrubého skóru vnímaného stresu před začátkem intervence (t_0) a na konci intervence (t_1) dosáhl statistické významnosti: $t(189) = 11.2$, $p < .001$.

3.2.12.2 Síla efektu

Statistická síla efektu změny vnímaného stresu před začátkem intervence (t_0) a na konci intervence (t_1) je velká neboli klinicky významná (Cohenovo $d = 0.81$, 99% CI [-0.32; 1.79]).

Výsledky statistické analýzy dat obsahují Tabulka 6 **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.**, Graf

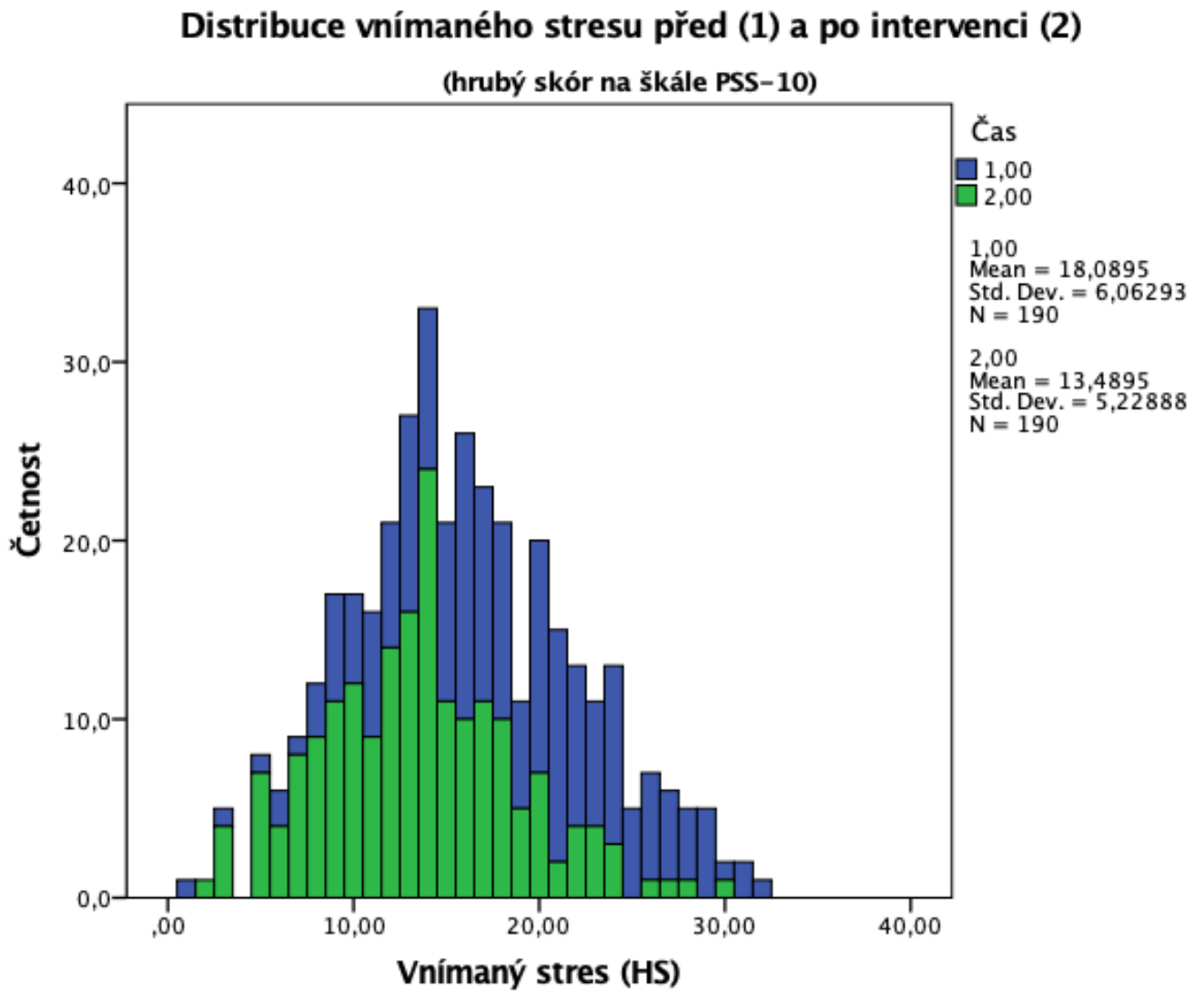
5 a

Graf 6.

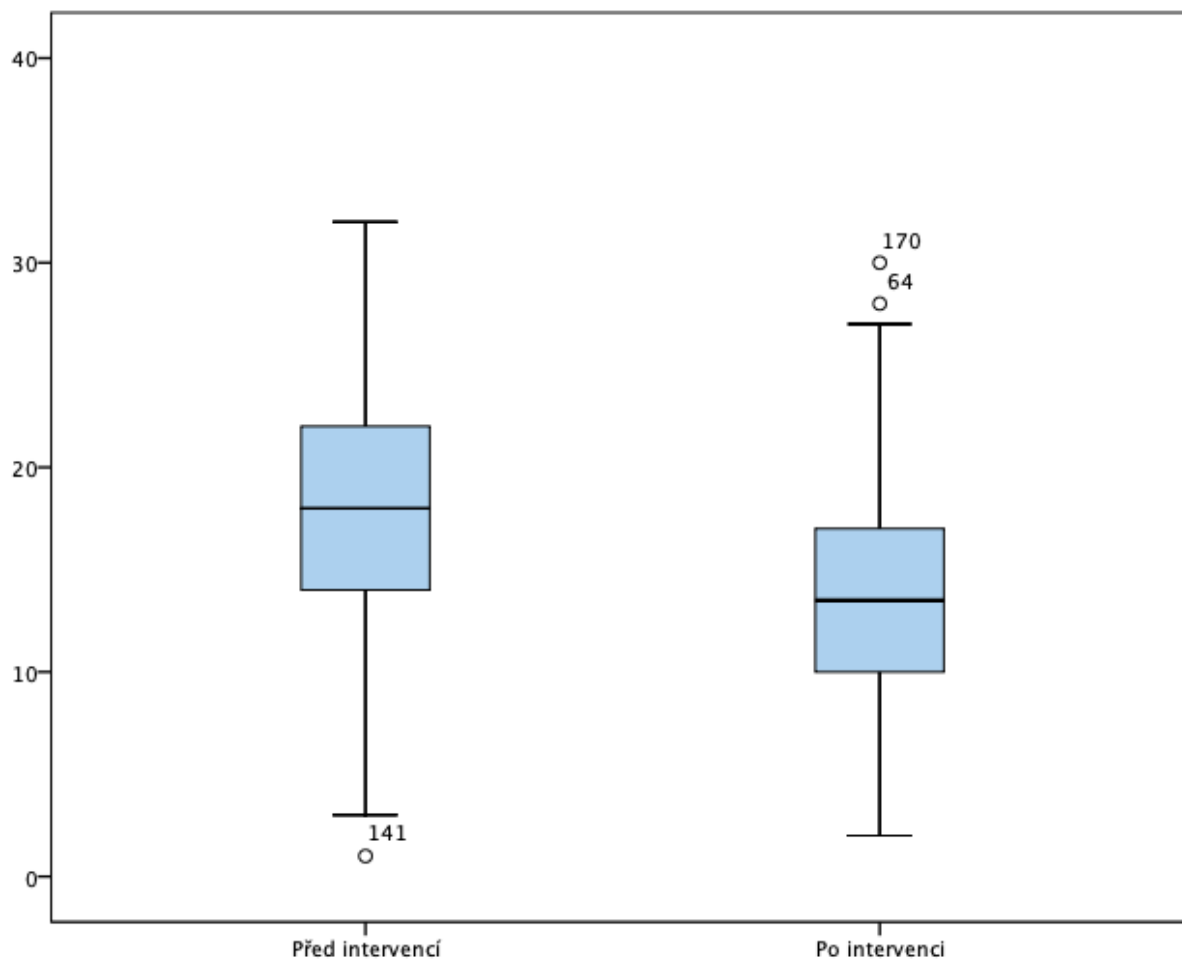
Tabulka 6: Výsledky měření změny vnímaného stresu před a po intervenci pomocí škály PSS-10

| Měření ($N = 190$) | Průměr hrubého skóru PSS-10 | Směrodatná odchylka | Párový t -test | Síla efektu Cohenovo d |
|-------------------------|--------------------------------|------------------------|---------------------|-----------------------------|
| Před | 18.1 | 6.06 | $t(189) = 11.2,$ | 0.81 |
| Po | 13.5 | 5.23 | $p < .001$ | 99% CI [-0.32; 1.79] |

Graf 5: Distribuce vnímaného stresu před intervencí a po intervenci



Graf 6: Vnímání stresu před intervencí a po intervencí (hrubý skóre na škále PSS-10)



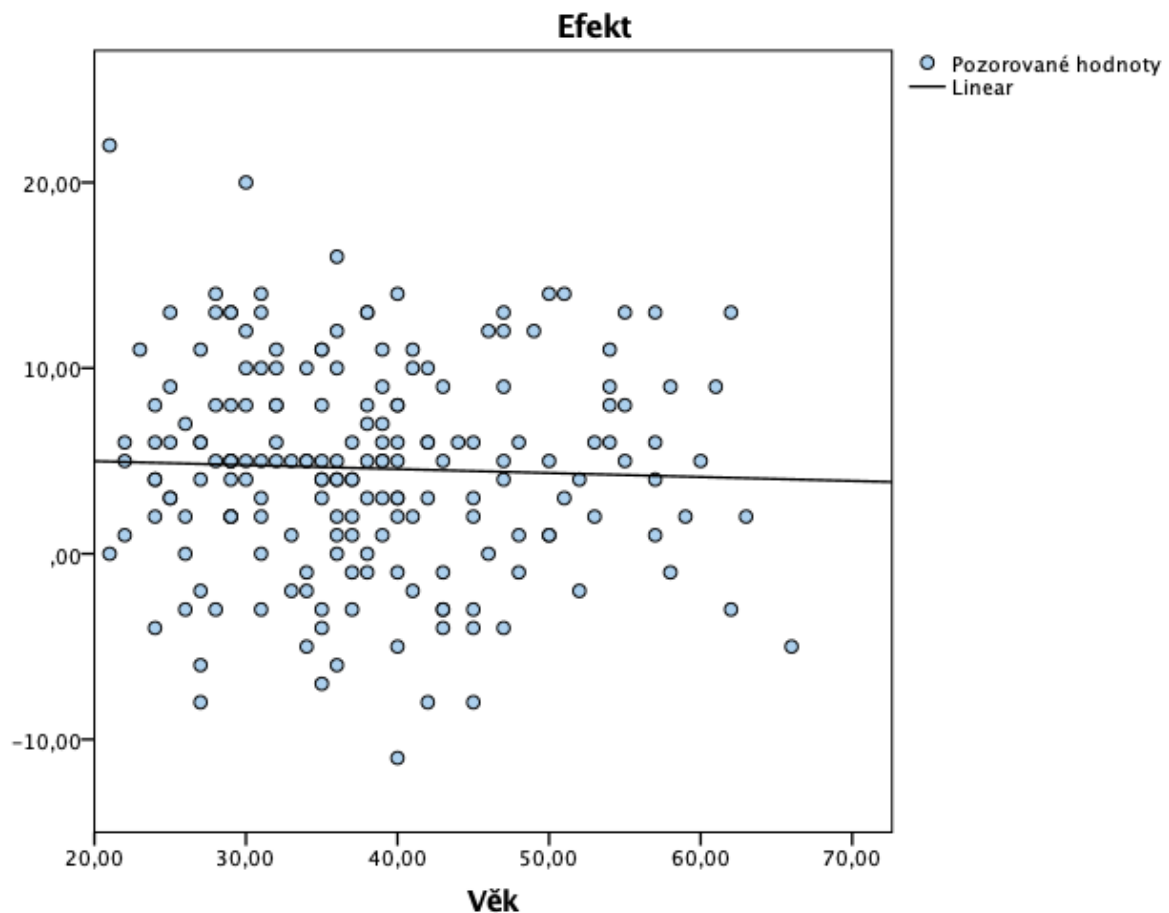
Odlehle hodnoty v grafu představují čísla probandů.

3.2.12.3 Korelace

Následující korelace byly zjištěny pomocí Pearsonova korelačního koeficientu:

1. Korelace míry adherence a míry snížení stresu ($N = 68$) byla pozitivní a dosáhla malé až střední, ale významné úrovně ($r = .283, p = .019$).
2. Korelace věku účastníků a míry snížení stresu podle škály *PSS-10* ($N = 190$) byla nízká a nedosáhla statistické významnosti ($r = -.038, p = .605$]. Graf 7 znázorňuje lineární regresi těchto dvou proměnných.

Graf 7: Lineární regrese efektu vůči věku účastníků



- (1) Korelace věku účastníků a míry adherence ($N = 190$) byla nízká a nedosáhla statistické významnosti ($r = .148, p = .229$).
- (2) Korelace evaluace programu MBSR a míry snížení stresu ($N = 108$) byla pozitivní a dosáhla střední úrovně ($r = .394, p < .001$).
- (3) Korelace míry adherence a evaluace ($N = 68$) byla pozitivní a silná ($r = .535, p < .001$).

Tabulka 7: Korelace

| | | Věk | Evaluaace | Adherence | Efekt |
|-----------|-------------------------|-------|-----------|-----------|--------|
| Věk | Pearsonova korelace | 1 | .009 | .148 | -.038 |
| | Sig. (dvoustranný test) | | .928 | .229 | .605 |
| | <i>N</i> | 190 | 108 | 68 | 190 |
| Evaluaace | Pearsonova korelace | 0.009 | 1 | .535** | .394** |
| | Sig. (dvoustranný test) | 0.928 | | < .001 | < .001 |
| | <i>N</i> | 108 | 108 | 68 | 108 |
| Adherence | Pearsonova korelace | .148 | .535** | 1 | .283* |
| | Sig. (dvoustranný test) | .229 | < .001 | | .019 |
| | <i>N</i> | 68 | 68 | 68 | 68 |
| Efekt | Pearsonova korelace | -.038 | .394** | .283* | 1 |
| | Sig. (dvoustranný test) | .605 | < .001 | .019 | |
| | <i>N</i> | 190 | 108 | 68 | 190 |

** Korelace je statisticky vysoce významná na hladině významnosti .01 (dvoustranný test).

* Korelace je statisticky významná na hladině významnosti .05 (dvoustranný test).

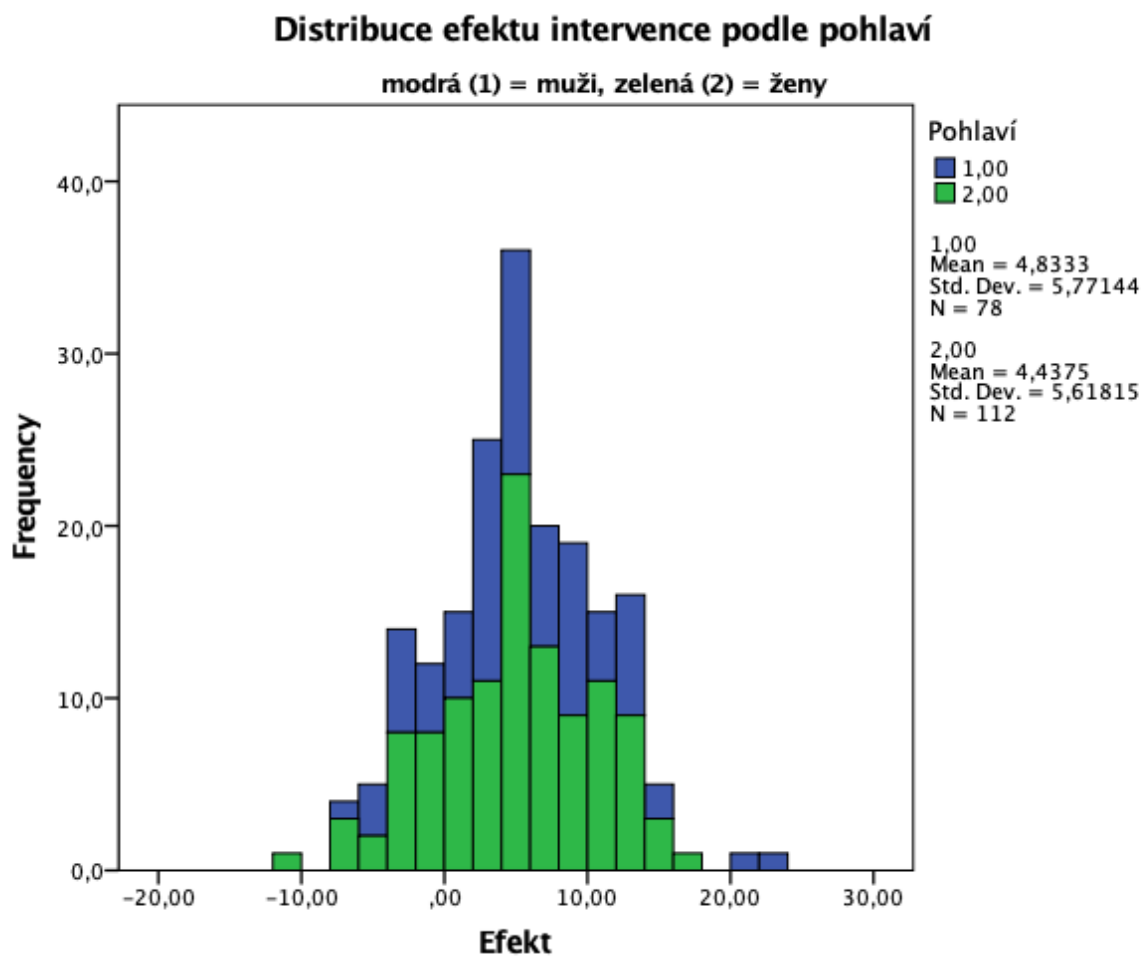
3.2.12.4 Rozdíly výsledků podle pohlaví

Vliv pohlaví jsem analyzoval dvouvýběrovým *t*-testem. Přestože průměry naměřených hodnot vykazovaly rozdíly jak u hlavního efektu intervence (u mužů bylo průměrné snížení míry vnímaného stresu o 0,4 bodu vyšší než u žen), u evaluaace (ženy hodnotily program MBSR známkou průměrně o 0,74 bodu vyšší než muži) tak i v případě adherence (ženy uváděly průměrně o 5,94 % vyšší míru adherence než muži), ***t*-testy nepotvrdily statistickou významnost žádného z těchto rozdílů**. Deskriptivní statistiku naměřených proměnných podle pohlaví uvádí Tabulka 8 a Graf 8 ukazuje distribuci efektu intervence podle pohlaví.

Tabulka 8: Deskriptivní statistika naměřených proměnných podle pohlaví

| | Pohlaví | N | Průměr | Směrodatná odchylka | Standardní chyba průměru |
|-----------|---------|-----|--------|---------------------|--------------------------|
| Efekt | muži | 78 | 4.83 | 5.77 | 0.65 |
| | ženy | 112 | 4.44 | 5.62 | 0.53 |
| Evaluace | muži | 43 | 7.51 | 2.05 | 0.31 |
| | ženy | 65 | 8.25 | 1.67 | 0.21 |
| Adherence | muži | 26 | 66.9 | 19.6 | 3.83 |
| | ženy | 42 | 72.9 | 19.5 | 3.02 |

Graf 8: Distribuce efektu intervence podle pohlaví



3.2.13 Výsledky kvantitativního výzkumu

3.2.13.1 Zamítnuté hypotézy

Hlavní nulová hypotéza H_0 nebyla potvrzena, a to na hladině významnosti 0.01. Platí tedy alternativní hypotéza: **absolvování osmitýdenního programu MBSR snižuje vnímaný stres účastníků se statisticky vysokou významností.**

Hypotézu H_2 , že změna míry vnímaného stresu po absolvování programu nesouvisí s mírou adherence, je také možno zamítnout. Korelace míry adherence a míry snížení stresu je středně silná, což znamená, že **existuje zjevný vztah mezi dodržováním předepsaného objemu tréninku a efektem snížení vnímaného stresu účastníků programu MBSR.**

Hypotézu H_7 , že změna míry vnímaného stresu po absolvování programu zjištěná psychometricky nesouvisí se subjektivním hodnocením programu MBSR účastníky (evaluací), lze rovněž zamítnout. Finální evaluace programu MBSR účastníky středně koreluje s mírou snížení jejich stresu. Dále evaluace programu také silně koreluje s mírou adherence, což podtrhuje korelaci evaluace s efektem snížení stresu. Lze tedy konstatovat, že platí alternativní hypotéza, že **snížení míry vnímaného stresu po absolvování programu zjištěné psychometricky souvisí se subjektivním hodnocením programu MBSR účastníky.**

3.2.13.2 Hypotézy, které nelze zamítnout

Ostatní hypotézy se podle výsledků statistické analýzy dat nepodařilo zamítnout. Ze zjištění výzkumu tedy vyplývá, že:

1. Nepodařilo se prokázat, že by byl efekt intervence, tj. se snížení míry vnímaného stresu, ovlivněn věkem (hypotéza H₃).
2. Nepodařilo se prokázat, že by věk ovlivňoval míru adherence, tj. to, jak účastník dodržuje předepsaná každodenní samostatná cvičení (hypotéza H₄).
3. Nepodařilo se prokázat, že by pohlaví ovlivňovalo efekt intervence (hypotéza H₅).
4. Nepodařilo se prokázat, že by pohlaví ovlivňovalo míru adherence (hypotéza H₆).

3.3 Kvalitativní výzkum

3.3.1 Výzkumný design

Pro kvalitativní výzkum jsem zvolil průzkum strukturovaným rozhovorem s bývalými účastníky programu MBSR. Kvalitativní výzkum se zaměřil na vnímání stresu a celkovém ovlivnění účastníků programem MBSR. Kromě vnímání a prožívání stresu tedy záměrem výzkumu měla být také zjištění, co program MBSR pro jeho absolventy znamená v širším smyslu, tj. co jim z dlouhodobého hlediska přinesl, jak zasáhl do jejich života a prožívání a jak případně pokračují dál v praxi všímavosti, jejíž základy získali během programu. Do kvalitativního výzkumu byli zahrnuti pouze respondenti, kteří v minulosti navštěvovali a úspěšně dokončili celý program MBSR. Nástroj ve formě strukturovaného rozhovoru jsem sám vytvořil. Otázky týkající se přímo stresu v rozhovoru nebyly záměrně zahrnuty v zájmu případných spontánních odpovědí na toto téma.

3.3.2 Výzkumný vzorek

Ke strukturovanému rozhovoru jsem náhodně vybral celkem devět respondentů, kteří úspěšně dokončili osmitýdenní program MBSR a kteří byli ochotni se anonymně výzkumu touto formou zúčastnit. Kvalitativního výzkumu se zúčastnilo devět bývalých účastníků programu, kteří dodržovali předepsaná cvičení v rámci programu a účastnili se alespoň sedmi z celkem devíti setkání, z toho pět mužů a čtyři ženy, různých věkových kategorií (průměrný věk této skupiny byl 38.3 let, $SD = 7.3$) a s různou časovou prodlevou od dokončení programu. Nejmladší osobě bylo 26 let a nejstarší osobě bylo 47 let. Jedna osoba absolvovala kurz dvakrát s odstupem tří let. Průměrná prodleva mezi konáním rozhovoru a dokončením programu činila 13.8 měsíců, $SD = 10.9$ (Tabulka 9).

Tabulka 9: Přehled výběru respondentů kvalitativního výzkumu

| Osoba | Věk | Pohlaví | Počet měsíců od dokončení programu MBSR |
|-------|-----|---------|---|
| 1 | 44 | muž | 5 |
| 2 | 42 | žena | 3 |
| 3 | 32 | muž | 39 |
| 4 | 30 | žena | 10 |
| 5 | 26 | muž | 13 |
| 6 | 43 | muž | 22 |
| 7 | 38 | muž | 8 |
| 8 | 47 | žena | 12 a 48 (2 kurzy) |
| 9 | 43 | žena | 12 |

3.3.3 Způsob získávání dat

Strukturované rozhovory jsem vedl po domluvě s respondenty v neutrálním prostředí (kavárna, park). Každý rozhovor byl celou dobu nahráván. Data z nahrávek rozhovorů jsem extrahoval prostým poslechem.

3.3.4 Etické otázky

V kvantitativním výzkumu jsem rovněž uplatňoval etické standardy pro psychologický výzkum. Účastníci s rozhovorem souhlasili a byli předem informovaní o jeho obsahu, o tom,

že jsou součástí výzkumu a že nahrávky nebudou zveřejněny. Rozhovory byly natočeny anonymně, tj. bez udání osobních údajů.

Důležitou roli ve výzkumu hrál možný vliv výzkumníka, který byl zároveň v roli osoby, která poskytla intervenci i osoby vedoucí strukturovaný rozhovor. Jako autorovi výzkumného záměru mi byly předem známy cíle a hypotézy výzkumu, a proto nebylo možné studii směrem ke mně jako k výzkumníku zaslepit. Rozhovor byl strukturovaný také z toho důvodu, abych všichni respondenti měli stejné podmínky a abych jako tazatel mohl co nejméně ovlivnit jejich odpovědi. Tento postup je výhodnější z organizačního hlediska, ale existuje tu určité riziko, že by mohlo nevědomě dojít k ovlivnění výsledků výzkumu nebo jejich interpretace.

3.3.5 Průběh výzkumu

Po promyšlení výzkumného designu jsem připravil otázky strukturovaného rozhovoru. Následně jsem oslovil vybrané účastníky a provedl s nimi rozhovory, které jsem nahrával. Nahrávky rozhovorů jsem poté podrobil tematické analýze a identifikoval opakující se, zajímavé motivy a vazby. Na základě analýzy jsem zpracoval diskuzi. Průběh kvalitativního výzkumu je znázorněn také graficky (Obrázek 4: Znázornění průběhu kvalitativního výzkumu

).

Obrázek 4: Znáznornění průběhu kvalitativního výzkumu



3.3.6 Použité nástroje

Strukturovaný rozhovor obsahoval těchto 12 otázek:

- *Proč jste šel/šla do programu MBSR?*
- *Co se stalo s Vašimi očekáváními během programu?*
- *Co pro Vás znamená všímavost?*
- *Co pro Vás znamená program MBSR? Co jste získal/a?*
- *Kdy se u Vás začaly projevovat nějaké účinky programu MBSR?*
- *Kde ve Vašem životě se účinky tréninku mindfulness projevují nejvíc, v jakých oblastech?*
- *Jak trénink mindfulness ovlivňuje Vaše chování, cítění, prožívání?*
- *Jak teď po ukončení programu dál pokračujete ve cvičení mindfulness?*
- *Proč pokračujete ve cvičení mindfulness?*
- *Co jste se dozvěděl/a díky praxi mindfulness o sobě?*
- *Koho Váš trénink mindfulness ovlivnil kromě Vás a jak?*

- *Co udělal program MBSR pro laskavost a soucit s Vámi samotnými a s ostatními?*

Otázky strukturovaného rozhovoru byly zvoleny s cílem prozkoumat důvody, proč se absolventi programu MBSR v první řadě zúčastnili, a dále jeho výsledné účinky na jejich vnímání stresu, zvládání emocí, kvalitu života, vztahů a zdraví. Otázky také zjišťovaly dobu trvání účinků programu a případnou míru a vzniklou vnitřní motivaci k pokračování praxe všímavosti. Poslední otázka mířila na účinky rozvíjení pozitivního vztahu k vlastní osobě (soucitu se sebou/laskavosti, self-compassion), která se jako důležitý prvek programu empiricky ukazuje jako významný prediktor žádoucích změn v kvalitě života, vztahů i celkovém zvládání náročnosti programu MBSR. Toto téma nebylo v západní kultuře příliš zdůrazňováno, ale poslední dobou je této oblasti věnována rostoucí pozornost vědců v zahraničí i u nás (Benda & Reichová, 2016; Germer & Neff, 2013; Hofmann, Grossman, & Hinton, 2011). Podle MacBetha a Gumleyho (2012) je soucit významnou vysvětlující proměnnou v porozumění duševnímu zdraví a psychické odolnosti. Otázky ve strukturovaném rozhovoru záměrně neobsahovaly termíny jako „stres“ nebo „zvládání stresu“, tj. zjišťovaly, mimo jiné, vliv programu MBSR na vnímání stresu účastníky nepřímým způsobem.

Přepis příkladů strukturovaného rozhovoru je v příloze č. 3.

3.3.7 Analýza rozhovorů

Strukturované rozhovory jsem nahrával na diktafon při zachování anonymity respondentů. Nahrávky rozhovorů jsem poté opakovaně poslouchal a při tom je analyzoval dle výzkumného záměru. Jeden z těchto rozhovorů jsem přepsal, aby sloužil jako ilustrační příklad uvedený v příloze této práce.

Provedl jsem tematickou kvalitativní analýzu kvalitativních dat s cílem zachytit zajímavá a opakující se témata a vztahy. V odpovědích jsem identifikoval témata jako opakující motivy, tj. stejné či významově obdobné klíčové výrazy, které jsou zvýrazněny tučně (Tabulka 10). Výrazy obsažené v samotné otázce jsem z tohoto přehledu vynechal. Všiml jsem si především frekvence používaných výrazů, spoluvýskytu slov, slovních spojení a případných podobností v odpovědích různých respondentů.

Odpovědi respondentů kvalitativního výzkumu jsem přeformuloval s dodržáním významu do kratších sdělení a pro přehlednost zpracoval do tabulky (Tabulka 10) a dvou grafů (

Graf 9 a Graf 10).

Tabulka 10: Stručný přehled nejčastěji uváděných odpovědí respondentů kvalitativního výzkumu

| Otázka č. 1: Proč jste šel/šla do programu MBSR? | Opakované výrazy |
|---|------------------|
| <p>Doporučení kouče (vliv na vyrovnanost a stres)</p> <p>Snižování stresu</p> <p>Naučit se pracovat se stresem</p> <p>Nezvládaná stresová zátěž</p> <p>Nespavost a s ní související únava, nepohoda a podrážděnost</p> <p>Úzkost</p> <p>Depresivní nálady</p> <p>Hledání sebe sama</p> <p>Hledání spokojenosti</p> <p>Potřeba změny v životě, pracovat pro to sám na sobě</p> <p>Ucelený komplex znalostí a dovedností o všímavosti</p> <p>Informace z literatury</p> <p>Zkušenosti s jógou a meditací</p> <p>Potřeba praktického cvičení</p> <p>Potřeba „se sebou něco dělat“</p> | <p>stres 4x</p> |

| Otázka č. 2: Co se stalo s Vašimi očekáváními během programu? | Opakované výrazy |
|--|------------------|
| <p>Splnila se: vnitřní klid, zklidnění</p> <p>Vyplnila se nad limit, nižší stres, možnost vybírat si reakce</p> <p>Prožívat realitu místo být ponořený do myšlenek (povedlo se)</p> <p>Uvědomil jsem si během kurzu, že očekávání mohou být překážkou.</p> | |

| | |
|---|--|
| <p>Zahodila jsem očekávání hned na začátku</p> <p>Bez očekávání</p> <p>Efekt nemusí nastoupit hned, důležitá je dlouhodobá praxe, nejde o to, jestli jsou zážitky při cvičení příjemné nebo nepříjemné</p> <p>Očekávání se v průběhu hodně změnila. Chtěla jsem se změnit a zbavit se různých strachů. Zjistila jsem, že v životě mohu fungovat úplně jinak a že je to vždy o mně a že mám více síly a možností svůj život ovlivnit, než si do té doby myslela.</p> | |
|---|--|

| Otázka č. 3: Co pro Vás znamená všímavost? | Opakované výrazy |
|--|------------------|
| <p>Vědomí toho, co se děje ve mně a kolem mě bez posuzování</p> <p>Všímání si toho, co se děje tady a teď především ve mně (tělo a mysl)</p> <p>Cesta k vyrovnanosti a svobodě (od automatických reakcí)</p> <p>Vnímat v plném rozsahu teď a tady</p> <p>Odosobnění a nadhled nad prožitkem, není nutně si brát prožívání osobně</p> <p>Sebepoznání</p> <p>Seberegulace, schopnost relaxace</p> <p>Vychutnání si přítomného okamžiku</p> <p>Naladění se na realitu nakolik to je možné</p> <p>Synonymum žití (bez všímavosti prostě nežiji)</p> <p>Když jsem všímavá, tak jsem sama se sebou. Jsem více v souladu se svým nitrem.</p> <p>Postoj žasnutí a otevřenosti, obohacení mého života, radost</p> | |

| Otázka č. 4: Co pro Vás znamená program MBSR? Co jste získal/a? | Opakované výrazy |
|---|--|
| <p>Zklidnění 3x</p> <p>Nadhled 2x</p> <p>Jiný náhled na sebe</p> <p>Vhled, náhled do sebe, do různých situací</p> <p>Techniky za zvládání stresu</p> <p>Uvědomění si míru stresu (v mém životě)</p> <p>Přijímání, neposuzování, porozumění sobě, svoboda volby reakce</p> <p>Práce na sobě, životní změna, radikální posun: osvobození z vlastního vězení, znovunalezení sama sebe, aha momenty o svých vzorcích</p> <p>Spánek</p> <p>Uvědomění si směřování v životě</p> <p>Záruka kvality a evidence-based přístupu, zkušenosti lektorů MBSR</p> <p>Mindfulness je těžko uchopitelné a předatelné téma a vyučuje se s různou kvalitou. MBSR je solidní platforma, má jasné, vědecky ověřené postupy.</p> <p>(Schopnost) být trpělivá, bez očekávání, začala jsem vnímat svoje tělo, zlepšil se můj zdravotní stav</p> <p>První třetinu programu mě někteří lidé hrozně, úplně neskutečně rozčilovali a musela jsem věnovat hodně energie, abych to zvládla.</p> <p>Ale v průběhu se to hrozně proměnilo, a zjistila jsem, že i ty jejich „kecy“, které mi přišly o ničem, mi hrozně moc dávají a až v průběhu jsem pochopila, jak je důležité, dělat to tímto způsobem, a pro mě to</p> | <p>zklidnění 3x</p> <p>nadhled 2x</p> <p>svoboda/osvobození</p> <p>2x</p> <p>náhled 2x</p> <p>uvědomění 2x</p> <p>stres 2x</p> |

| | |
|---|--|
| <p>byl ten efekt, že se ti najednou otevřou oči a zjistíš, že ono to opravdu funguje, aniž by si to člověk před tím byl schopen připustit.</p> <p>Velmi mě to posílilo.</p> <p>Začátek praxe všímavosti</p> <p>Úvod do „nepsychoanalytických směrů“</p> | |
|---|--|

| | |
|--|---|
| <p>Otázka č. 5: Kdy se u Vás začaly projevovat nějaké účinky programu MBSR?</p> | Opakované výrazy |
| <p>V posledních dvou týdnech</p> <p>Po prvním týdnu</p> <p>Po první třetině programu</p> <p>Po třech až čtyřech týdnech</p> <p>V polovině programu</p> <p>Po skončení programu</p> | <p>poslední dva týdny</p> <p>3x</p> <p>po prvním týdnu 2x</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Otázka č. 6: Kde ve Vašem životě se účinky tréninku mindfulness projevují nejvíc, v jakých oblastech?</p> | Opakované výrazy |
| <p>Snížení stresu</p> <p>Komunikace s blízkými, s manželem je největší rozdíl, chvíle s blízkými, rodinou, dětmi</p> <p>Vztahy s rodinou 2x</p> <p>Otevřenější, empatičtější a laskavější komunikace s dětmi, s kolegy, partnerem s lépe zvládnutými emocemi, zásadní změny ve vztazích, duchovní růst</p> <p>Pomáhá ve vztazích, v sociálním stresu (proti sociální fobii až panice)</p> | <p>vztahy 6x</p> <p>emoce 4x</p> <p>snížení stresu 3x</p> <p>rodina 3x</p> <p>děti 2x</p> <p>komunikace 2x</p> <p>práce 2x</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Vztahy a komunikace v práci</p> <p>Vztahu k sobě, větší sebedůvěra, víc si věřím a možná neodsuzuji sama sebe.</p> <p>Schopnost relaxace</p> <p>Zlepšení psychické i fyzické kondice, úleva od symptomů</p> <p>Sebepoznání (odstup od silných negativních emocí, i s humorem)</p> <p>Odolnost proti stresu (například při veřejném vystupování)</p> <p>Menší egoismus, naopak větší zájem o ostatní a jejich potřeby, snížení osobní důležitosti, větší ohledy na druhé</p> <p>Pomáhá v práci</p> <p>Vyšší sebevědomí</p> <p>Práce s emocemi</p> <p>Neztotožňování se s emocemi a myšlenkami, vidění jejich relativity</p> <p>Vím, jak se chovám, vím, co prožívám</p> | |
|--|--|

| | |
|---|------------------|
| <p>Otázka č. 7: Jak trénink mindfulness ovlivňuje Vaše chování, cítění, prožívání?</p> | Opakované výrazy |
| Vhodnější reakce , zvládání emocí | reakce 3x |
| Schopnost odstupu od silných emocí | emoce 3x |
| Jasně uvědomování si prožívaných emocí , vím, jak s nimi pracovat | tělo 2x |
| Lepší kontrola reakcí | vědomí/ |
| Rychlejší zaznamenání stresové reakce v těle a jak je to důležité | uvědomování 2x |
| Silnější vědomí sama sebe | |
| Nejsem jen ve vleku událostí, ale aktivně se podílím na svém životě | |
| Prožívání je reálnější, intenzivnější | |

| | |
|---|--|
| <p>Místo souboje, hraní s tělem (jóga)</p> <p>Skoč do té vlny (neodmítej jí, neboj s ní)</p> <p>Jsem všímavější a otevřenější vůči sobě i vůči situacím okolo, rozšířily se obzory</p> | |
|---|--|

| | |
|---|------------------|
| <p>Otázka č. 8: Jak teď po ukončení programu dál pokračujete ve cvičení mindfulness?</p> | Opakované výrazy |
| <p>Cvičím formálně každý den třicet až čtyřicet pět minut, je to priorita v životě, cítím efekt, když pokračuji ve cvičení</p> <p>Formálně sezení, také na zklidnění, neformálně při sportu, při stresu nárazově</p> <p>Třikrát až čtyřikrát týdně formální praxe, neformální jde s tím (jídlo, chůze)</p> <p>Pravidelná praxe, minimálně pětkrát týdně, aspoň dvacet minut a déle, střídám nahrávky a bez nahrávek</p> <p>Cvičení několikrát týdně, nejčastěji body scan a meditace v sedě</p> <p>Cvičení každý den patnáct až dvacet minut, bez nahrávek, meditace v sedě, jóga, jóga, někdy intenzivnější období podle nahrávek, tj. čtyřicet pět minut denně po dobu týdnů</p> <p>Nepravidelně, nejčastěji body scan a pak také jógu</p> <p>Nepravidelně, hlavně neformální praxe v každodenním životě</p> <p>Praxe vipassana neboli meditace všímavosti</p> | |

| | |
|---|------------------|
| <p>Otázka č. 9: Proč pokračujete ve cvičení mindfulness?</p> | Opakované výrazy |
|---|------------------|

| | |
|---|------------------------------------|
| <p>Dělá mi to dobře, smysl, větší vhled, jasnost, srozumitelnost situací i sebe sama</p> <p>Vidím efekty, smysl, základní dovednost člověka v dnešním světě, prevence psychických potíží</p> <p>Díky prodlévání v přítomnosti, nemyšlení na budoucnost ani minulost, cítím příznivý účinek i na těle i na duši, uvolnění</p> <p>Pokračuji, protože musím (nový standard, také návyk), cítím oslabení účinku, když polevím</p> <p>Dává mi to lepší pocit samotné ze sebe a uvolnění.</p> <p>Součást života, viditelné výsledky, sebepřijetí, přijímání životních výzev</p> <p>Chci si udržet kvalitu života, kterou jsem získala díky cvičení</p> <p>Udržení nízké míry stresu</p> <p>Svoboda v reakcích, nebýt hříčkou impulzů</p> <p>Kultivace mysli (tj. sama sebe), cesta, jak se stávat lepším člověkem</p> <p>Protože bych to nechtěla úplně vypustit, úplně zapomenout. Pořád mám tendenci se k tomu vracet a některé postupy používat.</p> | <p>smysl 2x</p> <p>uvolnění 2x</p> |
|---|------------------------------------|

| | |
|--|---|
| <p>Otázka č. 10: Co jste se dozvěděl/a díky praxi mindfulness o sobě?</p> | <p>Opakované výrazy</p> |
| <p>Lépe rozlišovat emoce a vlastnosti, které jsou prospěšné pro práci nebo vztahy a naopak ty, které nejsou prospěšné pro mne a pro druhé, chci se s nimi naučit dál lépe pracovat</p> <p>Jsem pracovitá a vytrvalá, nejsem takový introvert, jak jsem myslela, jak důležité je se aktivně ptát a sdílet</p> <p>Že nejsem svými pocity, nebát se obsahů</p> | <p>emoce/emoční 3x</p> <p>rozpoznání 2x</p> <p>introvert 3x</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Vím, jak reaguji v různých situacích</p> <p>Citlivost k rozpoznání emočních stavů v těle</p> <p>Rozpoznání konkrétních emocí v konkrétních situacích</p> <p>Vhled, ujasnění si způsobu svého myšlení, reakcí</p> <p>Schopnost všimnout si a přiznat si a přijmout, že jsem introvert (dosud snaha o extraverci, introverzi jsem neuznával) – zorientoval jsem se v tom, přenastavil strategie a celkově je moje fungování v tomto smyslu lepší (respekt a tolerance sám k sobě)</p> <p>Vyšší uvědomění si svých nedostatků</p> <p>Jsem úplně dokonalý introvert (smích), ač se to nezdálo před tím (smích), ale musím říci, že mi to velmi vyhovuje. Přišla jsem na to asi tím, jak jsem se spojila sama se sebou.</p> <p>Že mám spoustu síly a že si mohu více věřit.</p> <p>Jediným limitem sám sobě jsem já.</p> | |
|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>Otázka č. 11: Koho Váš trénink mindfulness ovlivnil kromě Vás a jak?</p> | <p>Opakované výrazy</p> |
| <p>Bývalá manželka, děti, odpuštění</p> <p>Rodina, nejbližší: děti rozkvetly, změnilo to vztah, jsou šťastné a vděčné (protože jsem opravdu duchem s nimi), manžel je rád, že jsem našla opět sama sebe</p> <p>Blízcí i cizí lidé, vyšší empatie</p> <p>Blízké (přítel), dávám více najevo emoce (nepotlačuji)</p> <p>Členové rodiny teď také praktikují</p> | <p>rodina 5x</p> <p>blízcí/nejbližší 4x</p> <p>manžel/ka 4x</p> <p>dítě/děti 4x</p> <p>vztah 3x</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Rodina, manželka a dítě, otevřenější a vyrovnanější vztah, společně strávený čas je smysluplnější</p> <p>Manželku (byla v programu se mnou), její všímavý porod, u kterého jsem byl, díky programu proběhl hladce a zároveň s obrovskou intenzitou, vztah s dítětem</p> <p>Nejbližší rodina, kamarádi poznali změnu, vliv na okolí, už tolik neodsuzují a nemám zbrklé reakce</p> <p>Celou rodinu</p> | |
|--|--|

| | |
|---|--|
| <p>Otázka č. 12: Co udělal program MBSR pro laskavost a soucit s Vámi samotnými a s ostatními?</p> | Opakované výrazy |
| <p>Důležitost sebelásky a její pozitivní reflexe okolím</p> <p>Nečekané, ale zásadní téma, jeden z největších účinků, osvobozující pocit, chci na tom dál pracovat</p> <p>Překvapil mne rychlý a silný účinek meditace laskavosti, význam a obrovský potenciál sebelásky a sebe přijetí, chci dál rozvíjet</p> <p>Poznání, že se dá laskavost cvičit, meditace laskavosti mi dělá dobře, pomáhá mi v kontaktu s lidmi, získávám další informace</p> <p>Daří se mi být laskavější, ale mohl bych být víc</p> <p>Lepší vztah sama k sobě (méně se kritizuji)</p> <p>Lepší kontakt se sebou</p> <p>Laskavost k sobě i k ostatním</p> <p>Přijetí svých emocí</p> <p>Větší respekt sám k sobě</p> <p>Je to normální droga, euforie a optimismus</p> | <p>sám/sama k sobě</p> <p>3x</p> <p>sebeláska 2x</p> <p>přijetí 2x</p> <p>kontakt 2x</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Výcvik mindfulness mě naučil laskavosti a soucitu samotné k sobě. Myslela jsem si, že jsem laskavá a soucitná k ostatním, ale tak to nebylo, protože když to nemám já sama v sobě, tak to nemůžu ze sebe vydávat. Teď to cítím a vnímám jinak.</p> <p>Už se sama tolik nebičuju a jsem na sebe hodnější. Přístup sama k sobě se odráží v tom, jak se chovám k ostatním</p> | |
|--|--|

3.3.8 Výsledky kvalitativního výzkumu

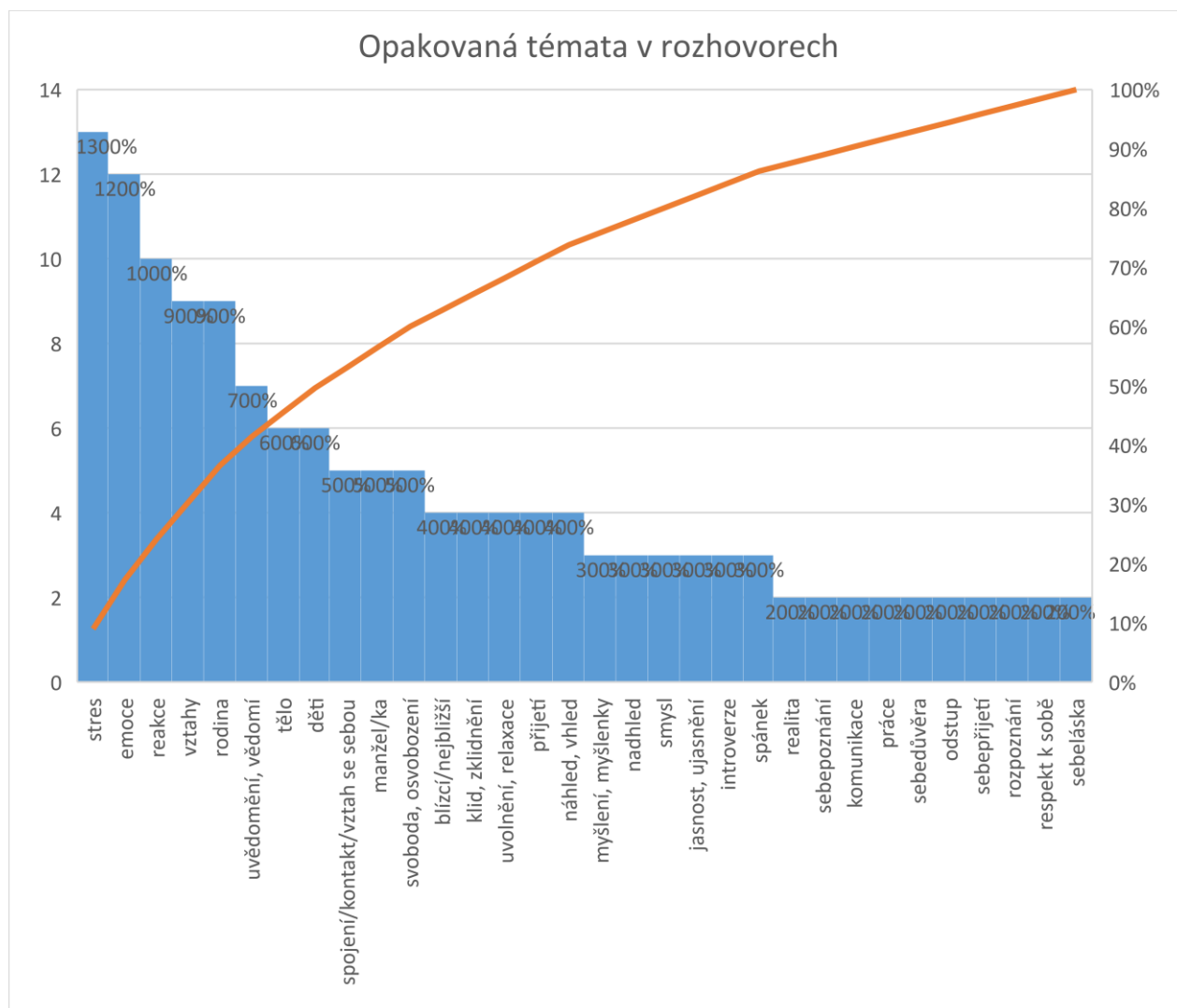
Analýzou strukturovaných rozhovorů jsem dospěl k následujícím zjištěním. Pro většinu respondentů byl program MBSR významným životním zážitkem, v souvislosti se kterým pozorovali pozitivní změny či posun v řadě důležitých oblastí svého života. Tyto změny se nejčastěji týkaly následujících oblastí.

Celkově jsem identifikoval třicet dva opakujících se témat. Zásadním tématem, které se vyskytovalo nejčastěji, byl **stres**, a to z různých hledisek. Podstatné místo zaujala také témata uvědomování a zvládání **emocí, reakcí, vztahů a komunikace** s blízkými, vztahu k sobě, vztahů s lidmi obecně. Dále se ve většině odpovědí vyskytovala témata **uvědomění**, vnímání **těla**, tělesných reakcí, **vztahu k sobě** a **svobody**. Zájmena týkající se vlastní osoby a z nich složená slova se vyskytují nejčastěji: vztah k sobě, respekt k sobě, kontakt/spojení se sebou, náhled na sebe, přístup sama k sobě, tolerance sama k sobě, nalezení sama sebe, sebevědomí, sebedůvěra, sebpřijetí, sebeláska.

Celkem často se v odpovědích vyskytovala témata **zklidnění, uvolnění, přijetí, náhledu** či **vhledu, smyslu**, schopnosti **nadhledu**, uvědomování si **myšlenek, jasnosti** či **ujasnění** a **introverze**.

V rozhovorech se také opakovaně (více než jednou) objevovala témata **sebepoznání, sebedůvěry, sebepřijetí, sebelásky, respektu k sobě, rozpoznávací** či **rozlišovací** schopnosti, vnímání **reality**, schopnosti **odstupu** a kvality **spánku**.

Graf 9: Paretův graf opakovaných témat v rozhovorech



Paretova analýza (Graf 9): Modré sloupce představují různá opakující se témata v rozhovorech (stres, emoce...), která jsou seřazena zleva doprava od nejčetnějších po nejméně se vyskytující. Levá osa ukazuje četnost výskytu jednotlivých témat. Oranžová křivka představuje kumulovaný součet výskytů jednotlivých témat a pravá osa ukazuje pravděpodobnost; kumulovaný součet z hodnoty 0 % postupně nabývá hodnoty 100 %. Například respondenti nejčastěji (50 % případů) zmiňují osm z celkově třiceti dvou zachycených opakovaných témat:

stres, emoce, reakce, vztahy, rodina, uvědomění, tělo a děti. Nebo čtyři nejčastější témata, **stres, emoce, reakce a vztahy**, se vyskytují ve třetině odpovědí.

Graf 10: Dlaždicový graf opakovaných témat v rozhovorech



Dlaždicový graf (Graf 10) slouží k dalšímu znázornění výsledků strukturovaných rozhovorů, tj. četnosti opakujících se témat v rozhovorech s účastníky kvalitativního výzkumu. Velikost dlaždice odpovídá četnosti tématu, barva dlaždic je náhodná a slouží jen ke grafickému odlišení.

3.4 Diskuze

3.4.1 Shrnutí postupu kvantitativního výzkumu

Nejprve byl vytvořen výzkumný záměr, zformulovány hypotézy a vypracován design výzkumu. Jako první krok praktické realizace výzkumu byla přeložena původní anglická verze škály *PSS-10* do češtiny a ověřena zpětným překladem. Reliabilita české verze dotazníku byla ověřena pomocí metody test-retest. Výsledek test-retestu na 42 respondentech v rozmezí dvou až pěti dnů ukázal velmi vysokou reliabilitu ($r_{Pearson} = .92, p < .001$). Škála *PSS-10* dosahovala v dřívějším ověřování reliability metodou „test - retest“ koeficientu Cronbachovo alfa 0.86 u sedmidenního odstupu, 0.77 u dvoutýdenního odstupu a 0.53 až 0.61 u dvanáctiměsíčního odstupu (Wu & Amtmann, 2013). Byl vytvořen a závěrečný dotazník, který zkoumal dodržování předepsaného objemu cvičení v programu (*adherence*) a subjektivní hodnocení programu účastníky (*evaluaci*) pomocí jednoduchých škál. Dále byl proveden výběr výzkumného vzorku. U výzkumného vzorku byla následně získána data o vnímaném stresu pomocí škály *PSS-10* před intervencí. Experimentální skupina podstoupila standardní osmitýdenní program MBSR v celkem dvaceti šesti bžích. Na konci této intervence byla získána od účastníků, kteří program dokončili, data o vnímaném stresu pomocí škály *PSS-10* po intervenci, jejich míra *adherence* a také jejich závěrečná *evaluace* programu. Získaná data byla podrobena statistické analýze, byly vyhodnoceny výsledky a nakonec na jejich základě vyvozeny závěry.

Po vytvoření výzkumného záměru a vypracování výzkumného designu jsem připravil dvanáct otázek strukturovaného rozhovoru. Následně jsem oslovil celkem devět bývalých účastníků programu MBSR a provedl s nimi rozhovory podle plánu. Nahrávky rozhovorů jsem poté

podrobil tematické analýze a identifikoval opakující se, zajímavé motivy a vazby. Na základě analýzy odpovědí všech respondentů jsem zpracoval závěry výzkumu.

3.4.2 Závěry kvantitativního výzkumu

3.4.2.1 Změna vnímaného stresu

Výsledky statistické analýzy ukázaly, že **absolvování osmitýdenního programu MBSR může mít vliv na snížení vnímaného stresu účastníků**. Zjištěné snížení míry vnímaného stresu téměř o jednu směrodatnou odchylku u standardizované intervence v daném časovém rozmezí je významné. Podle dostupné literatury (Carlson, Speca, Faris, & Patel, 2007; Elimimian et al., 2020; Solhaug et al., 2019) i zkušeností autora s dlouhodobým sledováním účinků programu (Černý et al., 2019) je možné, že se toto zlepšení v čase po dokončení ještě prohlubuje.

3.4.2.2 Další zjištění

1. Korelace míry adherence a snížení míry vnímaného stresu je střední, což by mohlo znamenat, že existuje určitá **souvislost mezi objemem každodenního cvičení v programu a účinkem programu na vnímaný stres**.
2. Ze slabé korelace věku účastníků a snížení míry vnímaného stresu podle škály *PSS-10* lze usuzovat, že **věk účastníka neměl vliv na dosažený hlavní účinek intervence**.

3. Korelace věku účastníků a míry adherence byla velmi slabá. Lze tedy konstatovat, že **věk účastníků neměl souvislost s mírou adherence.**
4. Střední korelace *evaluace* programu MBSR a snížení míry vnímaného stresu ukazuje na **možnou souvislost mezi objektivním a subjektivně vnímaným účinkem intervence.**
5. Ze síly korelace míry adherence a evaluace lze usuzovat, že **subjektivní účinek po dokončení programu zřejmě souvisí s mírou dodržování každodenního programu samostatných cvičení během tréninku, osobní disciplínou a cílevědomostí.**

3.4.2.3 Rozdíly výsledků podle pohlaví

Lze konstatovat, že statistická analýza nepotvrdila významné rozdíly snížení míry vnímaného stresu u žen a u mužů, podobně se tyto genderové rozdíly nevyskytly ani u adherence, konečně ani u *evaluace*. Ženy i muži tedy pravděpodobně profitovali z programu MBSR srovnatelným způsobem.

3.4.3 Závěry kvalitativního výzkumu

Lze konstatovat, že analýza rozhovorů a četnosti výskytu tématu stresu doplňují a potvrzují zjištění výzkumu kvantitativního. Z výsledků podobně vyplývá, že **vliv programu MBSR na snížení stresu je významnou součástí účinků této intervence.**

Podstatné místo v rozhovorech měla témata zvládnání **emocí, reakcí, vztahů, sociálních vazeb** a jejich **uvědomování**. Tyto pojmy, schopnosti a dovednosti jsou významnou součástí konceptu emoční inteligence (Salovey & Mayer, 1990). Podle dostupné literatury spolu všímavost a emoční inteligence souvisejí (Bao et al., 2015; Hill & Updegraff, 2012).

Z četnosti výskytu tématu **vztahu k sobě a sebezřetiví** se dá usoudit, že významnou složkou tréninku všímavosti může být lepší porozumění sobě, svým emocím, impulzům, tendencím, reakcím, vzorcům myšlení, chování, jejich přijetí (zejména těch, které jsou vnímané jako nepříjemné, obtížné nebo nežádoucí) a s tím související zlepšení vztahu k vlastní osobě. Tento posun ve vztahu k vlastní osobě může souviset i s účastníky popisovaným posunem ve vztazích obecně a v kvalitě komunikace s jinými lidmi. Obecně jde o znaky zvýšeného soucitu se sebou nebo laskavosti k sobě.

Celkově lze konstatovat, že účastníci uvádějí mnohem širší okruh účinků programu MBSR, než pouze ty, které se týkají stresu a jeho zvládnání. Podle tvrzení účastníků lze usoudit, že program u řady z nich pozitivně ovlivnil v důležitých aspektech kvalitu jejich života, což mělo zřejmě, mimo jiné, zpětně posilující vliv na jejich celkovou odolnost a zvládnání stresu.

Podle Neff (2003a) soucit se sebou zahrnuje tři hlavní složky: (a) **laskavost k sobě** - postoj laskavosti a pochopení vůči sobě i v případech bolesti nebo neúspěchu, oproti kruté sebekritice, (b) **všeobecná lidskost** - vnímání svého prožívání jako součást širší lidské zkušenosti, spíše než jako oddělujícího a izolujícího, a (c) **všímavost** - držení obtížných myšlenek a pocitů ve vyrovnaném uvědomění, oproti přílišnému ztotožňování se s nimi. Tyto všechny znaky lze v obsahu sdělení řady účastníků v rozhovorech vyzorovat. Soucit se sebou je podle autorky emocionálně pozitivní postoj k vlastní osobě, který má chránit před negativními důsledky

vlastního úsudku, izolací a ruminací (jako u deprese). Díky svému nehodnotícímu charakteru, který zohledňuje i vzájemnou propojenost, má také pomoci čelit tendencím k narcismu, sebestřednosti a méněcennému sociálnímu srovnávání.

Často uváděnou oblastí života ovlivněnou účastní v programu byla oblast sociálních vazeb, rodiny a vztahů s blízkými. Tuto oblast můžeme považovat za pro člověka jednu z nejdůležitějších, ne-li často nejdůležitější.

3.4.4 Porovnání výsledků kvantitativního výzkumu s obdobnými výzkumy

3.4.4.1 Snížení stresu

Snížení hrubého skóru vnímaného stresu na škále *PSS-10* zjištěné ve kvantitativním výzkumu je v souladu se dříve provedenými studii a meta-analýzami, tj. že program MBSR pomáhá snižovat úroveň stresu (Janssen et al., 2018), je doporučen, mimo jiné, jako užitečná metoda pro snížení příznaků stresu (Fjorback et al., 2011) nebo má velký účinek programu MBSR na stres (Khoury et al., 2015). Konkrétněji jsou výsledky snížení vnímaného stresu porovnány níže s podobnými publikovanými výzkumy (Tabulka 11):

Tabulka 11: Porovnání výsledků snížení vnímaného stresu s obdobnými výzkumy

| Zdroj | <i>N</i> | Vzorek | HS před ^{a)} | HS po ^{a)} | Síla účinku ^{b)} |
|-------------------------|------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------|
| Smith et al., 2008 | 36 | běžná populace | - | - | 0.736 |
| Cordon et al., 2009 | 185 | komunitní bydl. | 19.9 | 14.6 | 0.82 |
| Carmody et al., 2009 | 309 | vysoký stres | 20.9 | 14.6 | 1.02 |
| Matousek & Dobkin, 2010 | 57 | onkologická o. | 18 | 14.1 | 0.64 |
| Baer et al., 2012 | 87 | vysoký stres | 20.2 | 14.3 | 1.04 |
| Bao et al., 2015 | 380 | běžná populace | 17.9 | - | - |
| Tato práce | 190 | běžná populace | 18.1 | 13.5 | 0.81 |

^{a)} Hrubý skór vnímaného stresu na škále *PSS-10*

^{b)} Cohenovo *d*

3.4.4.2 *Dodržování předepsaného objemu samostatných cvičení účastníky intervence*

Průměrná míra adherence u experimentální skupiny (70.6%, SD = 19.6) a malá, ale významná souvislost mezi účastníky uváděnou mírou adherence a výsledky intervence ($r_{\text{Pearson}} = .283$, $p = .019$) odpovídají zjištěním přehledové studie a meta-analýzy (43 studií s celkem 1 427 účastníky) výsledků programu MBCT a MBSR v závislosti na adherence (Parsons et al., 2017). Zmíněná práce uvádí celkovou míru adherence účastníků 64 % (95% CI [60; 69%]) a podobnou souvislost mezi mírou adherence a mírou snížení stresu jako $r_{\text{Pearson}} = .26$, 95% CI [0.19; 0.34], $p < .0001$. To znamená, že i účastníci experimentální skupiny během osmitýdenního programu MBSR v průměru podobně dodržovali značnou (dokonce mírně vyšší) míru adherence, ačkoli cvičili méně než v požadovaném rozsahu, a také, že míra adherence podobně souvisela s dosaženým účinkem intervence.

3.4.4.3 *Vliv věku nebo pohlaví na účinek intervence*

V souladu s meta-analýzou zahrnující 18 studií, které zkoumaly vliv intervencí založených na všímavosti na posttraumatický stres (Hopwood & Schutte, 2017), lze konstatovat, že na základě zjištěných korelací a velikosti a složení výzkumného vzorku (N = 190, věk 21 až 66 let, průměrný věk 38.2 let (SD = 10.1), 59 % ženy), proměnná pohlaví ani proměnná věku účastníka neměly souvislost s účinky intervence.

3.4.4.4 *Kvalitativní zjištění*

Zajímavé srovnání nabízí realizovaný kvalitativní výzkum s dostupnými kvalitativními studiemi (Cohen-Katz et al., 2005; Hoffman et al., 2012). Respondenti realizovaného výzkumu

zmiňovali, podobně jako ve výše uvedených studiích, mezi svými nejčastějšími zkušenostmi s programem MBSR následující témata: zklidnění, spojení/propojení, sebedůvěra/sebevědomí, uvědomění, zvládání stresu, přijetí, vztahy.

3.4.5 Souvislost zjištění kvalitativního výzkumu s kvantitativním výzkumem

Zjištění realizovaného kvalitativního výzkumu jsou v souladu s výsledky doplňujícího výzkumu kvantitativního. V tomto smyslu ze zjištění obou typů výzkumů vyplývá, že stres je účastí v programu MBSR významně ovlivněn. Stres ovlivňuje mnoho oblastí života a zdraví a z kvalitativního výzkumu dále vyplývá, že kromě stresu samotného, na který je kladen v programu velký důraz, účastníci v souvislosti s účinky programu nejčastěji uvádějí témata jako jsou **reakce, emoce, vztahy a sociální vazby**, které s prožívaným stresem a spolu navzájem velmi souvisejí a také se navzájem ovlivňují.

3.4.6 Limity kvantitativního výzkumu

Jsem si vědom skutečnosti, že realizovaný výzkum má určitá omezení. Jedním z nich je fakt, že do intervence nebyli účastníci vybíráni náhodně, ale sami se do ní přihlásili. Toto je způsobeno charakterem tréninku všímavosti obecně a programu MBSR konkrétně, kde je zapotřebí určitá míra vlastní motivace každého účastníka. Zkreslení samovýběru je hlavním omezením daného výzkumu, protože dobrovolnost účasti v programu může vést k poněkud zkresleným vzorkům. Konkrétně se charakteristiky účastníků výzkumu (např. motivace, citlivost na program MBSR, disciplína), mohou lišit od těch, kteří tak neučiní. Zkreslení samovýběru tak komplikuje hodnocení efektů programu MBSR a interpretaci výsledků. Z důvodu potřeby aktivní účasti je však aktivní výběr intervence účastníkem žádoucí, přičemž

předpojatost je samovýběrovým vzorkům vlastní a výsledky lze extrapolovat jen na účastníky, které intervence zajímá a je pro ně dostupná (Fjorback et al., 2011).

Skutečnost, že výzkumník sám poskytuje zkoumanou intervenci je také omezením, které by mohlo ovlivňovat výsledky výzkumu (například formou konfirmačního nebo publikačního zkreslení). Problém reciprocitu, tj. snahy účastníků zavděčit se lektorovi poskytováním pozitivní zpětné vazby, by neměl hrát v kvantitativním výzkumu významnou roli, jelikož dotazníky byly vyplňovány anonymně.

Dalším omezením realizovaného výzkumu byla absence kontrolní skupiny v designu, a jež by podstatně zvýšila vypovídající hodnotu zjištění. Bylo by vhodnější, aby sběr dat evaluace a adherence začal na začátku výzkumu, nikoli až v jeho průběhu.

Skutečnost, že hlavní psychometrický nástroj, škála vnímaného stresu *PSS-10* nebyla validizována pro českou populaci, lze také považovat za omezení kvalitativního výzkumu. Dle dostupných informací tato práce nebyla dosud vykonána a tento úkol nebyl ani v možnostech autora.

Výzkum mohly limitovat některé intervenující proměnné, jako například stresové nebo naopak pozitivní životní události (úspěch v práci, dokončení školy apod.), vliv jiných terapií, v průběhu osmi týdnů programu MBSR. Vliv těchto faktorů mohl naopak snížit počet účastníků výzkumu a výběr vzorku z různých populací (rozličný věk, pohlaví, vzdělání, zaměstnání, sociokulturní prostředí). Vliv případných duševních onemocnění je eliminován počátečním screeningem.

Výsledky kvantitativního výzkumu mohly také ovlivňovat nespecifické faktory intervence, jako například osobní charakteristiky jediného poskytovatele intervence, interpersonální

kontakt a prostor pro vyjádření problémů a emocí účastníků oproti specifickým účinkům terapie. Podle některých autorů tvoří nesespecifické faktory dokonce nejméně 40 % rozptylu konečných účinků některých terapií (Greenberg, Constantino, & Bruce, 2006). Zejména se v této souvislosti nabízejí role očekávání účastníků intervence, vliv placebo efektu nebo efektu reciprocity.

Očekávání pacientů jsou považována za proměnnou ovlivňující průběh psychoterapie již více než půl století a mobilizace naděje a pozitivního očekávání je v mnoha případech klíčovým faktorem mnohých forem léčení (Greenberg et al., 2006). Někteří autoři připisují faktorům specifickým pro daný terapeutický přístup pouze 8 % účinků psychoterapie, naproti tomu očekávání nejspíše hrají v psychoterapeutickém procesu a jeho účincích ještě větší roli než oněch 15 %, která jim připisoval Michael J. Lambert, který se dlouhodobě zabýval účinností a efektivitou psychoterapií (Greenberg et al., 2006). V programu MBSR mohou hrát roli například očekávání snížení stresu nebo úlevy od různých psychických i tělesných obtíží. Jedním ze zásadních doporučení účastníkům MBSR hned na počátku programu (a dále připomínaným) však je, nemít žádná očekávání ohledně jejich „pokroku“, ať si ho představují jakkoli, ani ohledně konkrétních účinků tréninku. Účastníci programu se tímto doporučením většinou snaží řídit, mimo jiné i pomocí rozvoje všímavosti. Ukazuje se také, že může záležet na typu očekávání. Role očekávání účastníků programu MBSR sice dosud nebyla příliš prozkoumána, nabízí se však postřehy kvalitativní studie zkoumající podobnou intervenci, Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) pro léčení deprese (Mason & Hargreaves, 2001), která si všímala, mimo jiné, i očekávání účastníků programu MBCT. Tato studie například zjistila, že několik účastníků považovalo svá původní očekávání za důležitá pro jejich pozdější vhléd a praxi. Účastníci uvedené studie, kteří měli otevřená a flexibilní očekávání, se setkávali s menšími překážkami a méně negativními počátečními zkušenostmi, oproti těm s

rigidními a příliš optimistickými očekáváními. V případě vysoce nerealistických očekáváníí ohledně meditace všímavosti dokonce účastník nezaznamenal žádné terapeutické zlepšení.

Je také možné, že účinky intervence lze částečně připsat působení placebo. Dnes se považuje za dostatečně prokázané, že účinky placebo se projevují i na neurofyziologické úrovni (Vranka, 2013). Zároveň je pravděpodobné, že intervence založené na všímavosti jako MBSR mají specifické účinky. Jak ukázaly přehledové studie, účinky těchto intervencí bývají lepší než u kontrolních skupin na čekací listině, skupin podstupující obvyklou léčbu nebo léčbu placebem a ve většině případů jsou stejně účinné jako zavedené, empiricky prokázané léčebné postupy (Baer, 2014).

Pro dosažení robustnějších zjištění by bylo vhodnější zkoumat účinky intervence dlouhodobě, tj. po uplynutí určité doby po intervenci. Toto také bohužel nebylo v rámci této práce v silách autora.

3.4.7 Limity kvalitativního výzkumu

Kvalitativní výzkum mohl být omezen podobně jako výzkum kvantitativní tím, že výzkumník sám poskytoval zkoumanou intervenci (konfirmační zkreslení, publikační zkreslení a navíc reciprocita). Reciprocitou je myšlena případná snaha účastníka zavděčit se lektorovi poskytováním nereálné, pozitivní zpětné vazby v rozhovoru, který v kvalitativním výzkumu nemohl být veden anonymně. „Pokud pacient vnímá, že se mu terapeut snaží pomoci a léčebný proces hodnotí obecně pozitivně, reaguje automaticky snahou zavděčit se poskytováním zpětné vazby, o níž předpokládá, že bude v souladu s terapeutovým očekáváním“ (Vranka, 2013, s. 26).

3.4.8 Možná vylepšení výzkumu

Pro zlepšení kvality výzkumu a vyloučení možných intervenujících proměnných by bylo vhodné uvažovat o následujících zlepšeních. Kvalitu kvantitativního výzkumu by zlepšila kontrolní skupina, která v designu chyběla, a jež by podstatně zvýšila vypovídající hodnotu zjištění. Ideálním designem by byla kontrolní skupina aktivní, tj. podstupující se jinou intervenci podobného formátu, která by, pokud možno, měla mít pouze minimální vliv na zkoumané jevy a proměnné u programu MBSR. Rozdělení do experimentální a kontrolní skupiny by mělo být náhodné. Náhodný výběr výzkumného vzorku u kvantitativního výzkumu je u intervencí snižujících stres problematický, protože k jejich započítání, dodržování každodenních cvičení i dokončení je třeba určitá dávka motivace. Podobně zaslepení účastníků a poskytovatelů není možné zajistit ve studiích, kde účastníci podstupují intervence ke snižování stresu (Vibe et al., 2012). V dalším podobném výzkumu by však bylo vhodné zaslepit alespoň hodnotitele. Pro minimalizaci nežádoucích jevů, jako jsou konfirmační zkreslení, publikační zkreslení nebo problém reciprocity, by bylo vhodné, kdyby se budoucí výzkumníci sami nepodíleli na intervenci.

3.4.9 Doporučení pro další výzkum

Další výzkum by bylo vhodné zaměřit na to, jak posílit účinky intervencí založených na všímavosti, jako je MBSR. Za tímto účelem by mohly pomoci kvalitativní studie, které by mohly získat vhledu do zkušeností účastníků a jejich prospěchu z intervence, a identifikovat způsoby, jak účastníky lépe motivovat. Tento přístup by také mohl vrhnout nové světlo na mechanismy účinku těchto intervencí. Ověřené nástroje, jako je škála vnímaného stresu *PSS-10*, by měly být validizovány pro českou populaci. Použití psychometrických nástrojů by také bylo vhodné ve výzkumu kombinovat s biologickými markery nebo se zkoumáním korelátů

mozkových a tělesných funkcí (například v poslední době čím dál více zkoumané procesy v defaultní síti mozku a dalších mozkových sítích). Pro porozumění dlouhodobým účinkům intervence by bylo vhodné ji zkoumat v delší časové perspektivě, provádět sběr dat s delším časovým odstupem po jejím konci. Pro přesnější zjištění specifického účinku tréninku všímavosti by se budoucí výzkum měl více zaměřovat na srovnání intervencí založených na všímavosti se zavedenými léčebnými postupy. Zde bychom se měli také více soustředit na otázku, zda je všímavost rozhodujícím účinným prvkem těchto intervencí. Velmi užitečné by bylo také dále podrobněji zkoumat vliv délky intervence, objemu samostatné domácí praxe, docházky, on-line forem intervence, a, v neposlední řadě, kvalifikace a zkušeností lektora. Také by bylo žádoucí více zkoumat nežádoucí účinky těchto intervencí¹⁴, míru nedokončení programu (drop-out) a jeho důvody. Jak vyplývá z kvalitativního výzkumu v této práci, účastníci v souvislosti s účinky programu nejčastěji uvádějí témata jako jsou reakce, emoce, vztahy a sociální vazby, které s prožívaným stresem a spolu navzájem velmi souvisejí a také se navzájem ovlivňují. Tyto širší perspektivy účinků programu MBSR by mohly být předmětem budoucího výzkumu. Budoucí výzkum by také mohl více těžit z kombinace kvantitativních a kvantitativních výzkumných metod, podobně jak se o to snaží tato práce.

3.4.10 Potenciální využití výsledků výzkumu

Tato práce může být praktickým přínosem při zkoumání programů založených na všímavosti u nás a jejich lepšího pochopení a přijetí odbornou veřejností. Výsledky výzkumu by mohly sloužit jako zdroj pilotních dat pro další výzkum účinků MBSR v České republice. Tento

¹⁴ Nedávný přehled randomizovaných studií účinků programů MBSR/MBCT (N = 36) zjistil, že nežádoucí účinky monitorovala méně než jedna z pěti studií, což je o něco nižší míra tohoto sledování (21%) než ta zjištěná ve studiích psychologických intervencí u duševních poruch a poruch chování (Wong et al., 2018).

výzkum je žádoucí především z hlediska uplatnění programu ve zdravotnictví, podobně jak je to mu v zahraničí. Program MBSR zatím v českém zdravotnictví není dostupný,) a lokální výzkum by mohl pomoci překonat jistou bariéru v tomto ohledu, která u nás existuje. Navíc, je zde otázka úhrady této intervence zdravotními pojišťovny, především v rámci prevence chorob, podobně jako se to děje v jiných zemích (například Německo, Nizozemí). Jak k tomu poznamenává Vranka,

ve svobodném prostředí vzniká nabídka líbivých a kriticky neprozkoumaných terapií vždy, když o ně lidé projeví zájem. Ze strany zdravotních pojišťoven by nicméně měla vycházet snaha hradit i v psychoterapii pouze použití léčebných technik podrobených kritickému zkoumání, a tak alespoň částečně snižovat poptávku po těch neověřených (Vranka, 2013, s. 28).

4 Závěr

Cílem této práce bylo zmapovat vliv programu Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) na úroveň stresu. Literárně přehledovou část jsem zaměřil na dosavadní poznatky o účincích programu MBSR na stres, zdraví a osobní pohodu a navrhované mechanismy působení. Zabýval jsem se popsánymi účinky tréninku všímavosti v programu MBSR a popsal jeho specifické charakteristiky. V výzkumné části jsem se snažil rozšířit poznatky o účincích na stres a kvalitu života účastníků tohoto programu. Navrhl jsem dva výzkumné projekty, tj. kvantitativní a kvalitativní výzkum. Kvantitativní výzkum zkoumal změny úrovně stresu účastníků před intervencí a po ní, výzkum kvalitativní zjišťoval dlouhodobější působení intervence pomocí strukturovaného rozhovoru s jeho absolventy. Předním cílem výzkumu kvantitativního bylo přispět k empirickým poznatkům o účinku programu MBSR na vnímaný stres jeho účastníků. Hlavním zjištěním kvantitativního výzkumu je, že absolvování osmítýdenního programu MBSR pravděpodobně má vliv na snížení vnímaného stresu. Úlohou kvalitativní části výzkumu bylo doplnit a případně pomoci efektivněji interpretovat zjištění z kvantitativního výzkumu.

Z výsledků kvalitativní části také vyplývá, že vliv programu MBSR na snížení stresu je významnou součástí účinků této intervence. S ohledem na stav současného poznání a realizovaný výzkum jsem nastínil směry, kterými by se mohl vydat budoucí výzkum účinků programů založených na všímavosti. Mám za to, že se mi vytyčené cíle podařilo naplnit. Přestože byly možnosti mého výzkumu do jisté míry omezeny, věřím, že se mi povedlo nastínit danou problematiku, v relativní stručnosti toto široké téma čtenáři představit a při tom přispět alespoň malou troškou k poznání o účincích a potenciálu programů založených na všímavosti.

5 Seznam použité literatury

- Adrienne, S., & Barna, K. T. (2006). Characteristics of the Hungarian version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Az Eszlelt Stressz Kerdoiv (PSS) Magyar Verziojanak Jellemzoi*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.4>
- American Mindfulness Research Association. (2019). Retrieved October 30, 2019, from <https://goamra.org/resources/>
- American Psychological Association. (2019). *Stress in America: Stress and Current Events. Stress in America™ Survey*. Retrieved from <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2019/stress-america-2019.pdf>
- Andreou, E., Alexopoulos, E. C., Lionis, C., Varvogli, L., Gnardellis, C., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2011). Perceived Stress Scale: Reliability and validity study in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(8), 3287–3298. <https://doi.org/10.3390/ijerph8083287>
- 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>
- Baer, R. A. (2014). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications. Second Edition. Practical Resources for the Mental Health Professional*. <https://doi.org/10.1016/B978-012088519-0/50004-6>
- Baer, R. A., Carmody, J., & Hunsinger, M. (2012). Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 755–765. <https://doi.org/10.1002/jclp.21865>
- Baer, R. A., Crane, C., Miller, E., & Kuyken, W. (2019). Doing no harm in mindfulness-based programs: Conceptual issues and empirical findings. *Clinical Psychology Review*, (January), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.001>

- Bao, X., Xue, S., & Kong, F. (2015). Dispositional mindfulness and perceived stress: The role of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 78*, 48–52.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.007>
- Benda, J., & Reichová, A. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze Self-Compassion Scale (SCS-CZ). *Československá Psychologie, LX(2)*, 120–136. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/306910813>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11(3)*, 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bph077>
- Blahutková, M., & Charvát, M. (2009). Stres ve škole. *Aktuální Otázky Výchovy Ke Zdraví, (2001)*, 69–74.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84(4)*, 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Carlson, L. E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K. D. (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, Behavior, and Immunity, 21(8)*, 1038–1049.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2007.04.002>
- Carmody, J., Baer, R. A., Lykins, E. L. B., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 613–626. <https://doi.org/10.1002/jclp.20579>
- Černý, R., Chýle, J., Kozák, J., & Marčišová, H. (2019). MEDITACE VŠÍMAVOSTI V LÉČBĚ CHRONICKÉ BOLESTI. *Bolest, (1)*, 29–34.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological

- interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, *52*, 685–716.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, *15*, 593–600.
<https://doi.org/10.1089/acm.2008.0495>
- Chung, W., Jiang, S. F., Paksarian, D., Nikolaidis, A., Castellanos, F. X., Merikangas, K. R., & Milham, M. P. (2019). Trends in the Prevalence and Incidence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adults and Children of Different Racial and Ethnic Groups. *JAMA Network Open*, *2*(11), e1914344.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14344>
- Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D. M., Deitrick, L., & Shapiro, S. (2005). The Effects of Mindfulness-based Stress Reduction on Nurse Stress and Burnout: A Qualitative and Quantitative Study, Part III. *Holistic Nursing Practice*, *19*(2), 78–86.
<https://doi.org/10.1097/00004650-200503000-00009>
- Cohen, S., Kamarck, T., & 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>
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In *The Social Psychology of Health* (Vol. 13, pp. 31–67).
<https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1983.tb02325.x>
- Cordon, S. L., Brown, K. W., & Gibson, P. R. (2009). The role of mindfulness-based stress reduction on perceived stress: Preliminary evidence for the moderating role of attachment style. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *23*(3), 258–269.
<https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.3.258>
- Coronado-Montoya, S., Levis, A. W., Kwakkenbos, L., Steele, R. J., Turner, E. H., &

- Thombs, B. D. (2016). Reporting of positive results in randomized controlled trials of mindfulness-based mental health interventions. *PLoS ONE*, *11*(4), 1–18.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153220>
- Cramer, H., Lauche, R., Paul, A., & Dobos, G. (2012). Mindfulness-based stress reduction for breast cancer- A systematic review and meta-analysis. *Current Oncology*, *19*(5).
<https://doi.org/10.3747/co.19.1016>
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G. G., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, *47*(06), 990–999. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>
- Davey Smith, G., & Ebrahim, S. (2002). Data dredging, bias, or confounding. *British Medical Journal*, *325*(7378), 1437–1438. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7378.1437>
- Ebrecht, M., Hextall, J., Kirtley, L.-G., Taylor, A., Dyson, M., & Weinman, J. (2004). Perceived stress and cortisol levels predict speed of wound healing in healthy male adults. *Psychoneuroendocrinology*, *29*(6), 798–809. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00144-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00144-6)
- Elimimian, E., Elson, L., Bilani, N., Farrag, S. E., Dwivedi, A. K., Pasillas, R., & Nahleh, Z. A. (2020). Long-Term Effect of a Nonrandomized Psychosocial Mindfulness-Based Intervention in Hispanic/Latina Breast Cancer Survivors. *Integrative Cancer Therapies*, *19*. <https://doi.org/10.1177/1534735419890682>
- Endler, N. S., & 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>
- Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci. (2020). Psychosocial risks and stress at work. Retrieved December 7, 2020, from <https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-stress>

- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost EMCDDA. (2020). *Evropská zpráva o drogách*. Lisabon. Retrieved from https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001_CSN_PDF.pdf
- Faasse, K., & Petrie, K. J. (2015). Stress , Coping and Health. In J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences* (2nd ed., Vol. 23, pp. 551–555). Waltham: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14133-9>
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ornbøl, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *124*, 102–119. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01704.x>
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(8), 856–867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *13*(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gloria, C. T., & Steinhardt, M. A. (2016). Relationships among Positive Emotions, Coping, Resilience and Mental Health. *Stress and Health*, *32*(2), 145–156. <https://doi.org/10.1002/smi.2589>
- Gold, E., Smith, A., Hopper, I., Herne, D., Tansey, G., & Hulland, C. (2010). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for primary school teachers. *Journal of Child and Family Studies*, *19*(2), 184–189. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9344-0>
- Goleman, D., & Davidson, R. J. (2017). *Altered Traits*. New York: Penguin Random House LLC.
- Goodwin, R. D., Weinberger, A. H., Kim, J. H., Wu, M., & Galea, S. (2020). Trends in

- anxiety among adults in the United States, 2008–2018: Rapid increases among young adults. *Journal of Psychiatric Research*, *130*(August), 441–446.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.08.014>
- Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J. V., Benson, H., Fricchione, G. L., & Hunink, M. G. M. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: An overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS ONE*, *10*(4), 1–17.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124344>
- Gotink, R. A., Meijboom, R., Vernooij, M. W., Smits, M., & Hunink, M. G. M. (2016). 8-week Mindfulness Based Stress Reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice – A systematic review. *Brain and Cognition*, *108*, 32–41.
<https://doi.org/10.1016/j.bandc.2016.07.001>
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, *26*(6), 657–678. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.03.002>
- Grossman, P. (2019). On the porosity of subject and object in ‘mindfulness’ scientific study: challenges to ‘scientific’ construction, operationalization and measurement of mindfulness. *Current Opinion in Psychology*, *28*, 102–107.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.11.008>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(1), 35–43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 293–319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression anxiety stress scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical

- sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227–239.
<https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
- Hill, C. L. M., & Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12(1), 81–90. <https://doi.org/10.1037/a0026355>
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., ... Maglione, M. A. (2017). Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2>
- Hirshberg, M. J., Goldberg, S., Rosenkranz, M., & Davidson, R. (2020). Prevalence of harm in Mindfulness-Based Stress Reduction. *Psychological Medicine*, 1–9.
<https://doi.org/10.31234/osf.io/d26m4>
- Hoffman, C. J., Ersser, S. J., & Hopkinson, J. B. (2012). Mindfulness-based stress reduction in breast cancer: a qualitative analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 18(4), 221–226. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2012.06.008>
- Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.003>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2010). The empirical status of the “new wave” of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 701–710.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.006>
- Hopwood, T. L., & Schutte, N. S. (2017). A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on post traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 57, 12–20. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.002>
- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1(1), 83–136. <https://doi.org/10.1080/17437190701492486>

- Janke, W., & Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládnání stresu – SVF 78*. Praha: Testcentrum.
- Janssen, M., Heerkens, Y., Kuijer, W., van der Heijden, B., & Engels, J. (2018). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review. *PloS One*, *13*(1), 1–37. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191332>
- Jovanović, V., & Gavrilov-Jerković, V. (2015). More than a (negative) feeling: Validity of the Perceived Stress Scale in Serbian clinical and non-clinical samples. *Psihologija*, *48*(1), 5–18. <https://doi.org/10.2298/PSI1501005J>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, *4*(1), 33–47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (2000). Indra's net at work: The mainstreaming of Dharma practice in society. In *The psychology of awakening: Buddhism, science, and our day-to-day lives* (pp. 225–249).
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, *12*(1), 281–306. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564844>
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Život samá pohroma. Jak čelit stresu, nemoci a bolesti pomocí moudrosti těla a mysli*. Brno: Jan Melvil Publishing. Retrieved from <https://www.melvil.cz/kniha-zivot-sama-pohroma/>
- Katsarou, A., Panagiotakos, D., Zafeiropoulou, A., Vryonis, M., Ioannis Skoularigis, Filippos Tryposkiadis, & Papageorgiou, C. (2012). Validation of a Greek version of PSS-14; A global measure of perceived stress. *Central European Journal of Public Health*, *20*(2), 104–109.

- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & 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>
- Koolhaas, J. M., Bartolomucci, a, Buwalda, B., de Boer, S. F., Flügge, G., Korte, S. M., ... Fuchs, E. (2011). Stress revisited: a critical evaluation of the stress concept. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(5), 1291–1301. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.02.003>
- Kuiper, N. A., Olinger, L. J., & Lyons, L. M. (1986). Global perceived stress level as a moderator of the relationship between negative life events and depression. *Journal of Human Stress*. <https://doi.org/10.1080/0097840X.1986.9936781>
- Kyrou, I., Chrousos, G. P., & Tsigos, C. (2006). Stress, visceral obesity, and metabolic complications. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1083, 77–110. <https://doi.org/10.1196/annals.1367.008>
- Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44(1–21). <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
- Lazarus, Richard S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping - Richard S. Lazarus, PhD, Susan Folkman, PhD. Health Psychology: A Handbook*. New York: Springer Publishing Company.
- Ledesma, D., & Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 18(6), 571–579. <https://doi.org/10.1002/pon.1400>
- Lee, E. H. (2012). Review of the Psychometric Evidence of the Perceived Stress Scale (vol 6, pg 121, 2012). *Asian Nursing Research*, 6, 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.08.001>
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*.

New York: The Guilford Press.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*.

Psychology Foundation Monograph. Psychology Foundation of Australia.

MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>

Mackenzie, M. J., Carlson, L. E., Munoz, M., & Speca, M. (2007). A qualitative study of self-perceived effects of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) in a psychosocial oncology setting. *Stress and Health*, 23, 59–69. <https://doi.org/10.1002/smi.1120>

Marin, M. F., Lord, C., Andrews, J., Juster, R. P., Sindi, S., Arsenault-Lapierre, G., ...

Lupien, S. J. (2011). Chronic stress, cognitive functioning and mental health.

Neurobiology of Learning and Memory, 96(4), 583–595.

<https://doi.org/10.1016/j.nlm.2011.02.016>

Mason, O., & Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology*, 74(2), 197–212.

<https://doi.org/10.1348/000711201160911>

Matousek, R. H., & Dobkin, P. L. (2010). Weathering storms: A cohort study of how participation in a mindfulness-based stress reduction program benefits women after breast cancer treatment. *Current Oncology*, 17(4), 62–70.

<https://doi.org/10.3747/co.v17i4.572>

Momeni, J., Omid, A., Raygan, F., & Akbari, H. (2016). The effects of mindfulness-based stress reduction on cardiac patients' blood pressure, perceived stress, and anger: a single-blind randomized controlled trial. *Journal of the American Society of Hypertension*, 10(10), 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.jash.2016.07.007>

Neff, K. D. (2003a). *Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy*

- Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.
<https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(793220055), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric Theory*, 3rd edn, 1994. McGraw-Hill, New York.
- Örücü, M. Ç., & Demir, A. (2009). Psychometric evaluation of perceived stress scale for Turkish university students. *Stress and Health*, 25(1), 103–109.
<https://doi.org/10.1002/smi.1218>
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., & Kuyken, W. (2017). Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 29–41.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.004>
- Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Jenkins, Z. M., & Ski, C. F. (2017). Mindfulness mediates the physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 95, 156–178. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.004>
- Pew Research Center. (2018). Where Americans Find Meaning in Life. Retrieved August 25, 2019, from <https://www.pewforum.org/2018/11/20/where-americans-find-meaning-in-life/>
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

- Saltzman, A., & Goldin, P. (2008). Mindfulness-based stress reduction for school-age children. *Acceptance and Mindfulness Treatments for Children and Adolescents: A Practitioner's Guide*.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, D. H. (1982). Overview: Clinical and physiological comparison of meditation with other self-control strategies. *American Journal of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1176/ajp.139.3.267>
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*, *12*, 164–176. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.2.164>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(3), 373–386.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Sharma, M., & Rush, S. E. (2014). Mindfulness-Based Stress Reduction as a Stress Management Intervention for Healthy Individuals: A Systematic Review. *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, *19*(4), 271–286.
<https://doi.org/10.1177/2156587214543143>
- Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, *158*(4), 343–359. <https://doi.org/10.1007/s002130100917>
- Smith, B. W., Shelley, B. M., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., & Bernard, J. (2008). A pilot study comparing the effects of mindfulness-based and cognitive-behavioral stress reduction. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *14*(3), 251–258.

<https://doi.org/10.1089/acm.2007.0641>

- Solhaug, I., de Vibe, M., Friberg, O., Sørli, T., Tyssen, R., Bjørndal, A., & Rosenvinge, J. H. (2019). Long-term mental health effects of mindfulness training: A 4-year follow-up study. *Mindfulness*, *10*(8), 1661–1672. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01100-2>
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*(6), 1150–1169. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1150>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Tang, Y.-Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, *16*(4), 1–13. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Taylor, J. M. (2015). Psychometric analysis of the ten-item perceived stress scale. *Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1037/a0038100>
- Thupten, J. (2019). The question of mindfulness' connection with ethics and compassion. *Current Opinion in Psychology*, *28*, 71–75. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.10.016>
- Uskul, A. K., & Horn, A. B. (2015). Emotions and Health. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.25006-X>
- Večeřová-Procházková, A., & Honzák, R. (2008). STRES , EUSTRES A DISTRES. *INTERNÍ MEDICÍNA PRO PRAXI*, *10*(4), 188–192. Retrieved from <http://www.internimedica.cz>
- Vibe, M., Bjørndal, A., Tipton, E., Hammerstrøm, K., & Kowalski, K. (2012). Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) for Improving Health, Quality of Life, and Social Functioning in Adults. *Campbell Systematic Reviews*, *8*(1), 1–127.

<https://doi.org/10.4073/csr.2012.3>

Virgili, M. (2015). Mindfulness-Based Interventions Reduce Psychological Distress in Working Adults: a Meta-Analysis of Intervention Studies. *Mindfulness*, 6(2), 326–337.

<https://doi.org/10.1007/s12671-013-0264-0>

von Ruesten, A., Steffen, A., Floegel, A., van der A, D. L., Masala, G., Tjønneland, A., ...

Boeing, H. (2011). Trend in obesity prevalence in European adult cohort populations during follow-up since 1996 and their predictions to 2015. *PLoS ONE*, 6(11).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0027455>

Vranka, M. (2013). Bariéry kritického myšlení v psychoterapii. In A. Neusar, M. Charvát, M.

Dolejš, D. Janečková, & R. Procházka (Eds.), *Sborník příspěvků z PhD konference III: Česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech*.

(pp. 24–30). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Wierzbicki, M., & Pekarík, G. (1993). A Meta-Analysis of Psychotherapy Dropout.

Professional Psychology: Research and Practice, 24(2), 190–195.

<https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190>

Wong, S. Y. S., Chan, J. Y. C., Zhang, D., Lee, E. K. P., & Tsoi, K. K. F. (2018, October 1).

The Safety of Mindfulness-Based Interventions: a Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Mindfulness*. Springer New York LLC.

<https://doi.org/10.1007/s12671-018-0897-0>

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders*.

(World Health Organization, Ed.). World Health Organization. <https://doi.org/CC BY-NC-SA 3.0 IGO>

Wu, S., & Amtmann, D. (2013). Psychometric Evaluation of the Perceived Stress Scale in

Multiple Sclerosis. *ISRN Rehabilitation*, 2013, 9. <https://doi.org/10.1155/2013/608356>

6 Seznam grafů

| | |
|---|-----|
| Graf 1: Roční frekvence článků publikovaných ve vědeckých časopisech, které mají v titulku slovo „mindfulness“ od roku 1980 do roku 2019 (“American Mindfulness Research Association,” 2019)..... | 13 |
| Graf 2: Diagram výsledků ověření reliability české verze škály PSS-10 metodou test-retest | 70 |
| Graf 3: Rozložení věku účastníků kvantitativního výzkumu | 72 |
| Graf 4: Průměrná účast na jednotlivých setkáních kurzu..... | 72 |
| Graf 5: Distribuce vnímaného stresu před intervencí a po intervenci..... | 77 |
| Graf 6: Vnímaný stres před intervencí a po intervenci (hrubý skór na škále PSS-10) | 78 |
| Graf 7: Lineární regrese efektu vůči věku účastníků | 79 |
| Graf 8: Distribuce efektu intervence podle pohlaví | 82 |
| Graf 9: Paretův graf opakovaných témat v rozhovorech..... | 102 |
| Graf 10: Dlaždicový graf opakovaných témat v rozhovorech | 103 |

7 Seznam obrázků

| | |
|--|----|
| Obrázek 1: Tři pilíře všímavosti (S. L. Shapiro et al., 2006)..... | 24 |
| Obrázek 2: Složky meditace všímavosti (Tang et al., 2015)..... | 38 |
| Obrázek 3: Znázornění průběhu kvantitativního výzkumu..... | 65 |
| Obrázek 4: Znázornění průběhu kvalitativního výzkumu..... | 88 |

8 Seznam tabulek

| | |
|---|----|
| Tabulka 1: Vývoj definice všímavosti (Baer, Crane, Miller, & Kuyken, 2019)..... | 20 |
| Tabulka 2: Pět hlavních témat programu MBSR podle Mackenzie et al., 2007 | 47 |
| Tabulka 3: Výzkumná data kvantitativního výzkumu | 63 |
| Tabulka 4: Výsledky ověření reliability škály PSS-10 metodou test - retest s odstupem 3 dnů | 69 |
| Tabulka 5: Deskriptivní statistika naměřených proměnných v kvantitativním výzkumu..... | 74 |
| Tabulka 6: Výsledky měření změny vnímaného stresu před a po intervenci pomocí škály PSS-10..... | 76 |

| | |
|--|-----|
| Tabulka 7: Korelace | 81 |
| Tabulka 8: Deskriptivní statistika naměřených proměnných podle pohlaví | 82 |
| Tabulka 9: Přehled výběru respondentů kvalitativního výzkumu..... | 86 |
| Tabulka 10: Stručný přehled nejčastěji uváděných odpovědí respondentů kvalitativního výzkumu | 91 |
| Tabulka 11: Porovnání výsledků snížení vnímaného stresu s obdobnými výzkumy..... | 109 |

9 Seznam zkratk

| | |
|---------|---|
| APA | American Psychological Association |
| BDI | Beck's Depression Inventory |
| CONSORT | Consolidated Standards of Reporting Trials |
| CI | konfidenční interval |
| DASS | Depression, Anxiety and Stress Scale |
| DMN | default mode network |
| FFMQ | Five-facet Mindfulness Questionnaire |
| GRADE | Grading of Assessments Assessment, Development and Evaluation |
| ICC | intraclass correlation coefficient |
| KBT | kognitivně-behaviorální terapie |
| MBI | Mindfulness-based intervention |
| MBSR | Mindfulness-based Stress Reduction |
| MBCT | Mindfulness-based Cognitive Therapy |
| MSC | Mindful Self-Compassion |
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence |
| PSS | Perceived Stress Scale |

10 Příloha 1: Skórování podle přístupu GRADE (Vibe, Bjørndal, Tipton, Hammerstrøm, & Kowalski, 2012)

Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social function in adults

Patient or population: both patients and healthy people

Settings: All settings, Intervention: MBSR; Comparison: Wait-list or TAU

| Outcomes | Hedges' g | Hedges' g (95% CI) | No of Participants | Quality of the evidence (GRADE) |
|--|-----------|--------------------|--------------------|-------------------------------------|
| Mental Health Outcome Pooled estimate of 79 mental health outcomes in 26 studies using robust SE | 0.53 | (0.46, 0.61) | 1456 | ⊕⊕⊕⊕ high ^{1,2,3,4,5,8} |
| Stress Outcome Pooled estimate of 28 stress outcomes in 20 studies using robust SE | 0.56 | (0.44, 0.67) | 1214 | ⊕⊕⊕⊕ high ^{1,2,3,5} |
| Anxiety Outcome Pooled estimate of 12 anxiety outcomes in 10 studies using robust SE | 0.53 | (0.43, 0.63) | 584 | ⊕⊕⊕⊖ moderate ^{2,3,5,8} |
| Depression Outcome Pooled estimate of 9 depression outcomes in 9 studies using standard SE | 0.54 | (0.35, 0.74) | 649 | ⊕⊕⊕⊖ moderate ^{2,8} |
| Somatic Health Outcome Pooled estimate of 18 somatic health outcomes in 10 studies using robust SE | 0.31 | (0.10, 0.52) | 556 | ⊕⊕⊕⊖ moderate ⁷ |
| Personal development Outcome Pooled estimate of 21 personal development outcomes in 12 studies using robust SE | 0.50 | (0.35, 0.66) | 530 | ⊕⊕⊕⊖ moderate ⁸ |
| Quality of Life Outcome Pooled estimate of 13 personal development outcomes in 4 studies using robust SE | 0.57 | (0.17, 0.96) | 370 | ⊕⊕⊖⊖ low ^{8,9} |

GRADE Working Group grades of evidence

High quality: Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.

Moderate quality: Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.

Low quality: Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.

Very low quality: We are very uncertain about the estimate.

¹ 14 studies did not specify sequence generation. 22 studies did not specify whether concealment of allocation was adequate. 15 studies did not report on blinding. Not rated down as there was no significant influence of increasing risk of bias score on the effect size, $p=.29$

² Results consistent across studies using different populations and different lengths of MBSR intervention, ³ $\tau^2 = 0.0$ and $I^2 = 0\%$ for mental health and anxiety and 0.009 and 11% for stress, showing low heterogeneity. ⁴ All studies in meta-analysis entered data, ⁵ Some small studies, but effect sizes adjusted for sample size, robust SE used in meta-analysis and CI acceptable

⁶ 23 studies without reporting bias, ⁷ Very different somatic outcomes used, and wider CIs, more studies with similar outcomes necessary to assess certain effect ⁸ Relatively

few studies, ⁹ $\tau^2 = 0.065$ and $I^2 = 47\%$ showing risk of heterogeneity

11 Příloha 2: Česká verze škály PSS-10

Prosím uveďte, jak často jste se za poslední měsíc cítili nebo jste mysleli způsobem popsaným v otázce:

0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = celkem často 4 = velmi často

1. Jak často Vás během posledního měsíce rozrušila nějaká nečekaná událost?
2. Jak často jste během posledního měsíce měli pocit, že nemáte kontrolu nad důležitými stránkami Vašeho života?
3. Jak často jste se během posledního měsíce cítili nervózní či ve stresu?
4. Jak často jste si byli během posledního měsíce jisti, že jste schopní zvládat osobní problémy?
5. Jak často jste měli v posledním měsíci pocit, že Vám věci vycházejí podle Vašich představ?
6. Jak často jste během posledního měsíce zjistili, že nezvládáte všechny Vaše povinnosti?
7. Jak často jste v posledním měsíci dokázali mít pod kontrolou podráždění, která jste zažívali?
8. Jak často jste během posledního měsíce cítili, že máte věci pod kontrolou?
9. Jak často jste se během posledního měsíce hněvali kvůli něčemu, co jste nemohli nijak ovlivnit?
10. Jak často jste měli v posledním měsíci pocit, že se obtíže hromadí natolik, že nejste schopni je překonat?

12 Příloha 3: Kvalitativní výzkum - přepis příkladů strukturovaného rozhovoru

I. Žena, 43 let, program MBSR dokončila před rokem:

1. Proč jste šla do programu MBSR?

Měla jsem pocit, že potřebuji se sebou něco dělat, že jsem taková třtina větrem se klátící, že se potřebuji posílit jako člověk. O MBSR jsem četla v časopise a když jsem o tom začala přemýšlet, tak ke mně přišel leták a řekla jsem si „tak to asi tak má být“ a přesvědčila mě i ta úvodní schůzka, že do toho chci jít.

2. Co se stalo s Vašimi očekáváními během programu?

Mě se očekávání v průběhu hodně změnila. Šla jsem (do programu) s tím, se změním, že se zbavím takových těch strachů, které jsem začala mít, že bude válka a nevím co všechno. A najednou, ne že bych se toho zbavila, ale zjistila jsem, že v životě mohu fungovat úplně jinak a že když budu prožívat ten svůj život více naplno i autentičtěji, takže to zafunguje, ale že je to vždy o mně a že mám více síly a možností ten svůj život ovlivnit, než si do té doby myslela.

3. Co pro Vás znamená všímavost?

Takový postoj žasnutí a otevřenosti. Ono to asi souvisí s tím, že jsem věřící. Asi nejvíc obohacení mého života. Asi také radost.

4. Co pro Vás znamená program MBSR? Co jste získala?

Já jsem ještě nikdy předtím ještě nezažila takovou terapeutickou nebo nevím, jak to říct, skupinu a mě tak tu první třetinu někteří ti lidé tady hrozně rozčilovali, úplně neskutečně, a musela jsem věnovat hodně energie, abych to skousla. A najednou jsem zjistila, že se to v průběhu hrozně proměnilo, a že i ty jejich „kecy“, které mi přišly o ničem, že mě hrozně moc dávají a najednou jsem až v průběhu pochopila, jak je důležité, dělat to tímto způsobem, a pro mě to byl ten efekt, že se ti najednou otevrou oči a zjistíš, že ono to opravdu funguje, aniž by si to člověk před tím byl schopen připustit. No a je to pro mě takový úžasně praktický návod a pomůcka.

5. Kdy se u Vás začaly projevovat nějaké účinky programu MBSR?

V podstatě asi tak po té první třetině, když jsem jednak skousla ty lidi a pochopila ten způsob, že je dobrý, jak se to tu dělá, a zjistila jsem, že ta pravidelnost nastolená těmi meditacemi a těmi cvičeními jak je pro ten den výborná a pro ten můj život, protože jsem tehdy řešila složitou situaci, myslela jsem si, že to nezvládnou, že na to nebudu mít čas a najednou člověk měl čas i na ty meditace a ten čas věnovaný tomu se mi hrozně pozitivně vrátil v tom, že jsme to celé zvládli, celá rodina. (Upřesňující otázka: „Takže si musela získat nějakou důvěru a pak se to celé změnilo?“) V podstatě ano.

6. Kde ve Vašem životě se účinky tréninku mindfulness projevují nejvíc, v jakých oblastech?

Mě se to asi nejvíc změnilo ve vztahu ke mně samotné. Taková nějaká větší sebedůvěra, že si víc věřím a možná neodsuzuji sama sebe. Přijde mi, že v tom mi to pomohlo asi nejvíc. Jinak samozřejmě ta práce určitě, takové ty stresy, které člověk zvládá lépe. A ona i ta sebedůvěra se projevuje vlastně i v té rodině. Ale asi nejvíc ve vztahu sama k sobě.

7. Jak trénink mindfulness ovlivňuje Vaše chování, cítění, prožívání?

Myslím si, že jsem všímavější a otevřenější vůči sobě i vůči těm situacím okolo. Dalo by se říci, že asi se rozšířily obzory.

8. Jak teď po ukončení programu dál pokračujete ve cvičení mindfulness?

Bídně, já se snažím, jak jsme měli jednou za domácí úkol takové to, když člověk někam jde nebo jede, všímat si toho prostředí kolem sebe, té přírody (není součástí programu), tak to dělám, že jako vědomě cestuju (smích). To si myslím, že je úplně konkrétně z toho, ale jinak je to vždycky ve vlnách, že začnu a pak zase nic. Měli jsme jednou za měsíc setkávání. To bylo báječné a už není, tak se domlouváme, že by zas třeba mohlo být.

9. Proč pokračujete ve cvičení mindfulness?

Protože bych to nechtěla úplně vypustit, úplně zapomenout. Takže pořád mám tendenci se k tomu vracet a některé ty postupy používat. Třeba vědomé čištění zubů, to ano. Takovou tu vědomost v tom každodenním životě. Protože si myslím, že mi to prospívá a že když bych byla poctivější, že mi to prospěje ještě víc.

10. Co jste se dozvěděla díky praxi mindfulness o sobě?

Já jsem se dozvěděla, že mám asi spoustu síly a že si mohu více věřit. Posílilo mě to hrozně.

11. Koho Váš trénink mindfulness ovlivnil kromě Vás a jak?

Teď nevím, jestli je to míněno tak, že jsem cvičila a nevěnovala jsem se rodině (smích). (Vážně) já jsem cvičila, když děti spaly, manžel byl v té době v nemocnici, tak si myslím, že to ovlivnilo celou rodinu tím, že jsme to prostě zvládli.

12. Co udělal program MBSR pro laskavost a soucit s Vámi samotnými a s ostatními?

Já se sama už tolik nebičuju a jsem, myslím si, na sebe hodnější, ale ono se to odráží k těm ostatním. To chování nebo ten přístup sama k sobě se odráží v tom, jak já se potom chovám k těm ostatním. A spíš si myslím, že asi vím tu cestu, a ne že bych byla tam, kde bych chtěla být.

II. Žena, 47 let, program MBSR absolvovala dvakrát, tj. před 4 lety a před rokem:

1. Proč jste šla do programu MBSR?

Poprvé jsem šla, protože měla nějaké složité období a věděla jsem, že chci nějakou změnu, ale praktickou, protože všechny osobnostní knihy jsem měla načteny, ale teorie bohužel nepřinášela nějaké výsledky. Já jsem to sice chápala, ale prostě změna nebyla. A o tomto

(programu) jsem náhodně četla v časopise, že tedy existuje něco jako mindfulness, a hlavně co mě zaujalo je to, že to je praktické cvičení. Teorii jsem opakovat nechtěla. Po druhé jsem (do programu) už šla ze zvědavosti. Byla jsem zvědavá, že když už to mám za sebou, že už bych jako někde měla být asi, ale říkala jsem si, co to jako přinese. I když se jeví, že je to to samé, je to pokaždé jiné.

2. Co se stalo s Vašimi očekáváními během programu?

U prvního (běhu) jsem neměla očekávání. Já jsem prostě chtěla něco změnit, ani jsem sama asi pořádně nevěděla co. Já jsem neměla (očekávání), tak nemohu říci, že je to předčilo (*smích*). Ale ta změna nastala. To, co jsem chtěla, se stalo, ale nebylo tam očekávání. U druhého (běhu), tam zas je to zvláštní, když si to teď zpětně vyhodnotím, že když jsem tam šla ze zvědavosti, tak bych zpětně řekla, že mi to přineslo, že jsem přestala vnímat věci a události s očekáváním. Druhý běh mě naučil víc vnímat.

3. Co pro Vás znamená všímavost?

Pro mě to je určitě, že ve chvíli, kdy jsem všímavá, tak vím, že jsem sama se sebou. Před tím jsem to právě takto neměla. Spousty věcí jsem si nevšimla, jenom protože jsem byla nějak oddělená. Pro mě osobně to znamená, že když jsem všímavá, tak jsem sama se sebou. V některých situacích, když si na to vzpomenu, jsem si říkala: „Ježiš, jak tohle já můžu udělat? Vždyť to vůbec nejsem já. Třeba nějaká reakce na něco, ale zpětně jsem si říkala: „Vždyť já to mám vevnitř jinak.“ Ale vůbec jsem nebyla schopna pobrat, že moje nitro je opravdu někde jinde než to, co já tady teď provádím. Tak teď tyhle věci mám jinak. Jsem více v souladu se svým nitrem.

4. Co pro Vás znamená program MBSR? Co jste získala?

Tak pro mě je to úžasný fenomén. Kdybych to, co umím teď, uměla ještě dřív (*smích*). Škoda, ale zaplaťpánbůh, že mě to potkalo. Přejde mi to perfektně vymyšlené, a hlavně mi přijde, že když člověk k tomu poctivě přistupuje a učí se to, tak to má efekt. Získala jsem (schopnost) být trpělivá, bez očekávání, začala jsem vnímat svoje tělo, zlepšil se mi potom zdravotní stav, začala jsem mít jinak vztahy. Nevím, jestli se dá říci lepší, ale sama to vnímám tak, že to mám jinak. Ale není to těmi lidmi z venku, ale je to mnou, jak já se na to podívám, jak v té situaci já zareaguji. Tohle já tedy беру za úžasný dar.

5. Kdy se u Vás začaly projevovat nějaké účinky programu MBSR?

Když se vrátím k tomu prvnímu (kurzu), tak si myslím, že prakticky asi hned, možná po prvním týdnu, protože pro mě všechny ty věci byly hrozně nové. A tím, jak to bylo nové a začala jsem to zkoušet, buď to cvičení, třeba jógu, já jsem nechtěla jógu, ale ta tedy není na začátku, ale když jsme měli jenom pozorovat ty situace přes den, v těch pozitivních nebo negativních, tak to bylo pro mě hrozně nové, protože jsem před tím tělo vůbec nebrala. A já když jsem si to pak vyhodnocovala sama večer a nebo po týdnu, že jsem si říkala „aha, aha, tak když je taková situace...“. Já bych řekla, že hned.

6. Kde ve Vašem životě se účinky tréninku mindfulness projevují nejvíc, v jakých oblastech?

Nejvíce, já jsem to vlastně udělala kvůli rodině, takže tam určitě, protože mi přijde, že ty vztahy s rodinou se mi zlepšily velmi. A pak v práci, protože tam jsem taky měla nějaké zatěžkávací

osoby (smích), se kterými se mi těžko komunikovalo, a musím říci, že tam se to také velmi zlepšilo. Takže v práci a pak třeba i cizí lidi, protože mi přijde, že když někam přijdu a neznám ty lidi a hned ho nezačnu odsuzovat, hned jak ho vidím, že ten bude takový nebo takový, tak je ta situace prostě někdy jinak. Buď běžná činnost, třeba prodavačka. Tak to je, všude.

7. Jak trénink mindfulness ovlivňuje Vaše chování, citění, prožívání?

Já bych řekla, že velmi, hodně, že to je u mě zásadní změna, to že já jsem se naučila to vnímat jinak a že opravdu pozoruji věci, situace, lidi a teď si to vyhodnotím, co to udělá s mým tělem, protože třeba někdo mě vyruší a já to hned cítím na těle. Takže vím, že třeba tady je nějaké nebezpečí nebo něco a teď si začnu sama přemýšlet proč to nebezpečí mám, z čeho, co tak asi od toho člověka mohu očekávat. Ale pak si řeknu „ne, to je jenom tvoje, když si to vezmeš jinak, tak ono to nebude“. A pak to prožívám tak, že se to rozplyne a že najednou to není tak, jak bych to udělala dřív, že třeba bych tam najela na nějaký vztekly nebo odmítavý, úplně stačí odmítavý (postoj), že by mi byl někdo jenom nesympatický a že už bych s ním ani nechtěla mluvit. Teď naopak, mě se hrozně líbí, je to z té knihy¹⁵, jak je ta vlna, že skoč do té vlny, jdi do té vlny. Tak toto mi tam skočí hned. Takže velmi.

8. Jak teď po ukončení programu dál pokračujete ve cvičení mindfulness?

Byla jsem velmi poctivá a od posledního běhu (listopad) jsem to do konce června dělala skoro každý den. Pak přišly prázdniny, byla jsem pryč, ale musím říci, že na té mé dovolené, že já jsem některé všímavé věci dělala denně. Ne v té formě, třeba body scan nebo tak, ale tím, že jsem byla na té pouti (do Santiaga de Compostela), teď ty prázdniny, teď je to špatné. Ale já už se zase těším, že udělám ta měsíční (setkání) nějak. Já mám nejradši body scan. Já prostě miluju body scan. A když se cítím stažená, tak cvičím jógu.

9. Proč pokračujete ve cvičení mindfulness?

Mě to dává lepší pocit samotné ze sebe a hlavně v některých stresových situacích nebo třeba když mám stres přes den v práci a pak doma provedu nějaké cvičení, tak mě to přináší uvolnění.

10. Co jste se dozvěděla díky praxi mindfulness o sobě?

Největší můj objev, ale musím říci, že jsem si to uvědomila až zpětně, že jsem úplně dokonalý introvert (smích), ač se to nezdálo před tím (smích), ale musím říci, že mi to velmi vyhovuje. Přišla jsem na to asi tím, jak jsem se spojila sama se sebou a zjistila jsem, že ta póza nebo ten stav mi vyhovuje a pak jsem si o tom i četla jiné věci a je to introvert (smích).

11. Koho Váš trénink mindfulness ovlivnil kromě Vás a jak?

U mě určitě nejbližší rodina, pak v práci určitě a i kamarádi a tak, protože oni mi pak sami dávali zpětnou vazbu, že sami říkali: „hele, ty to máš nějak jinak, co jsi se sebou udělala?“ apod. Tak já jsem řekla, že jsem byla na takovém kurzu (smích). Takže myslím, že ti lidé kolem mě a i spousta lidí, teď to vnímám zpětně, vždycky se někde něco řeší a oni: „tak co ty na to

¹⁵ Pozn. autora: Život samá pohroma (Kabat-Zinn, 2016)

řekneš?“ (smích). Tak já se na to podívám trochu jinak trochu, než to vidí oni. Ale kolikrát se vidím, jak jsem byla v té tlupě s nimi, jak jsem všechno odsoudila a tak, a teď říkám: „ono zas to není až tak...“. Já smyslím, že to má vliv, i ten jeden člověk, který to absolvuje, má na to okolí velký vliv.

12. Co udělal program MBSR pro laskavost a soucit s Vámi samotnými a s ostatními?

Já bych řekla, že mě výcvik mindfulness laskavosti a soucitu samotné k sobě naučil, že jsem to neměla. Já bych řekla, že sama k sobě jsem to neměla a myslela jsem si, že jsem, dejme tomu, laskavá a soucitná k ostatním, ale to tak nebylo, protože když to nemám já sama v sobě, tak to nemůžu ze sebe vydávat. Teď to cítím a vnímám jinak, že je to fakt jinak, že jsem se sebou pohnula.