

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra Psychologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vztah mezi empatií a dimenzemi profesionální kvality života u klinických
psychologů a psychologů ve zdravotnictví

Relationship between empathy and dimensions of professional quality of life
in clinical psychologists and psychologists in healthcare

Barbora Dvořáková

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. David Heider, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie s rozšířením o speciální pedagogiku

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Vztah mezi empatií a dimenzemi profesionální kvality života u klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 16.4.2023

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Mgr. Davidovi Heiderovi, Ph.D. za skvělé vedení této práce, empatický přístup a podnětné připomínky, které mě vždy motivovaly k lepším výkonům. Velké díky patří také všem blízkým, rodině a přátelům za obrovskou podporu během celého studia a zejména během tvorby této závěrečné práce.

ABSTRAKT

Cílem této práce je nahlédnout, jaké existují souvislosti mezi empatií, únavou ze soucitu, uspokojením ze soucitu a syndromem vyhoření u klinických psychologů a psychologů pracujících ve zdravotnickém zařízení. Teoretická část práce se věnuje konceptu empatie, konceptu únavy ze soucitu a syndromu vyhoření. Dále jsou představena specifika profese klinického psychologa a psychologa ve zdravotnictví. V závěru teoretická část představuje souhrn aktuálních poznatků o souvislostech mezi empatií a dimenzemi profesionální kvality života u pomáhajících profesí. Na teoretickou část navazuje část empirická, která představuje vlastní kvantitativní výzkum, kterého se zúčastnilo 105 respondentů. Sběr dat byl realizován elektronickou formou pomocí dotazníků IRI a ProQol. Data byla zpracována prostřednictvím korelační analýzy a pro lepší porozumění vztahu mezi proměnnými byla následně spočítána regresní analýza. Výsledky naznačují, že kliničtí psychologové a psychologové ve zdravotnictví dosahují nižších hodnot únavy ze soucitu, než například lékaři a zdravotní sestry v ČR, kterým se věnoval předchozí výzkum. Hodnoty syndromu vyhoření se u těchto profesí ovšem nijak výrazně neliší. Dále byla zjištěna vyšší míra únavy ze soucitu u žen než u mužů. Výsledky korelačních a regresních analýz ukazují, že složka afektivní empatie – osobní distres představuje významný rizikový faktor rozvoje únavy ze soucitu. Empatický zájem, druhá ze složek afektivní empatie významně pozitivně predikuje uspokojení ze soucitu a negativně syndrom vyhoření. Přejímání perspektivy, složka kognitivní empatie se v této práci neukazuje jako významný prediktor žádné z dimenzí profesionální kvality života. Dle výsledků práce se tedy pro eliminaci rozvoje jevů jako je únava ze soucitu nebo syndrom vyhoření zdá být klíčové, učit se rozlišovat mezi projevy afektivní empatie, tedy osobní tísní a empatickým zájmem.

KLÍČOVÁ SLOVA

Empatie, únava ze soucitu, syndrom vyhoření, uspokojení ze soucitu, klinický psycholog, psycholog ve zdravotnictví, profesionální kvalita života

ABSTRACT

The aim of this paper is to look at the relationships between empathy, compassion fatigue, compassion satisfaction and burnout syndrome in clinical psychologists and psychologists working in health care. The theoretical part of the thesis focuses on the concept of empathy, the concept of compassion fatigue and burnout syndrome. Furthermore, the specifics of the profession of clinical psychologist and psychologist in health care are presented. Finally, the theoretical part presents a summary of current knowledge on the relationship between empathy and dimensions of professional quality of life in helping professions. The theoretical part is followed by the empirical part, which represents the actual quantitative research in which 105 respondents participated. Data collection was conducted electronically using the IRI and ProQol questionnaires. The data was processed through correlation analysis and regression analysis was subsequently calculated to better understand the relationship between the variables. The results suggest that clinical psychologists and health care psychologists have lower compassion fatigue scores than, for example, physicians and nurses in the Czech Republic, who have been the focus of previous research. However, burnout syndrome scores are not significantly different for these professions. In addition, compassion fatigue was found to be higher in women. The results of correlation and regression analyses indicate that the personal distress, component of affective empathy is a significant risk factor for the development of compassion fatigue. Empathic concern, the second of the components of affective empathy, significantly positively predicts compassion satisfaction and negatively predicts burnout syndrome. Perspective-taking, a component of cognitive empathy, did not emerge as a significant predictor of any of the dimensions of professional quality of life in this study. Thus, according to the results of this thesis, learning to distinguish between manifestations of affective empathy (personal distress and empathic concern), seems to be crucial for eliminating the development of compassion fatigue or burnout syndrome.

KEYWORDS

Empathy, compassion fatigue, burnout syndrome, compassion satisfaction, clinical psychologist, psychologist in health care, professional quality of life

Obsah

Úvod	10
Literárně přehledová část.....	12
1 Empatie.....	12
1.1 Vymezení pojmu empatie	12
1.2 Multidimenzionální přístup.....	14
1.3 Odlišení konceptu empatie od příbuzných jevů.....	16
1.3.1 Teorie mysli (Theory of mind)	17
1.3.2 Sympatie	17
1.3.3 Soucit.....	19
1.4 Empatie v kontextu této bakalářské práce	20
1.5 Měření empatie	21
1.6 Empatie a prosociální chování.....	22
1.7 Trénink Empatie	24
2 Únava ze soucitu.....	26
2.1 Vymezení únavy ze soucitu	26
2.2 Soucit nezpůsobuje únavu, empatie ano	27
2.3 Odlišení únavy ze soucitu od sekundárního traumatického stresu a syndromu vyhoření.....	28
2.4 Rizikové a protektivní faktory	30
2.5 Měření únavy ze soucitu	32
3 Syndrom vyhoření	34
3.1 Vymezení syndromu vyhoření.....	34
3.2 Projevy syndromu vyhoření.....	36

3.3	Stádia syndromu vyhoření	37
3.4	Rizikové a protektivní faktory	38
3.5	Prevence a léčba.....	39
3.6	Diagnostika syndromu vyhoření	39
3.7	Syndrom vyhoření v povolání klinického psychologa a psychologa ve zdravotnictví	40
4	Specifika profese klinického psychologa a psychologa ve zdravotnictví	42
5	Současné výzkumy vzájemných vztahů empatie, únavy ze soucitu, spokojenosti se soucitem a syndromu vyhoření u pomáhajících profesí	45
	Empirická část	50
6	Výzkumný problém	50
6.1	Výzkumné cíle	50
6.2	Výzkumné otázky	51
6.3	Výzkumné hypotézy	51
6.3.1	Operacionalizace proměnných	52
6.4	Metody získávání dat	52
6.4.1	Překlad dotazníku	53
6.4.2	Interpersonal Reactivity Index (IRI).....	54
6.4.3	Professional Quality of Life Scale (ProQOL)	55
6.4.4	Demografické údaje.....	57
6.5	Metody zpracování a analýzy dat	57
7	Výzkumný soubor	58
8	Výsledky.....	61
8.1	Deskriptivní statistika a normalita rozložení	61
8.2	Porovnání dimenzí Profesionální kvality života na základě zjišťovaných demografických údajů (t-test).....	64

8.3	Korelační analýza	66
8.4	Regresní analýza	69
9	Diskuse	72
9.1	Limity výzkumu a doporučení pro další výzkum	76
	Závěr.....	79
	Seznam použitých informačních zdrojů	81
	Seznam zkratk.....	90
	Seznam tabulek.....	92
	Příloha 1 – Průvodní dopis emailu	94
	Příloha 2 – dotazník IRI	95
	Příloha 3 – dotazník ProQol	97
	Příloha 4 – demografický dotazník.....	99

Úvod

V posledních letech ve společnosti témata jako stres, vyhoření, spokojenost, duševní zdraví či duševní hygiena zaznívají stále častěji z řad mnoha oborů, povolání a s nimi spojených jedinců. Ve spojitosti s pandemií COVID-19, sociální izolací, válečným konfliktem na Ukrajině a obecně nestabilní situací v české společnosti stále více narůstá poptávka po službách psychosociální podpory, které jsou poskytovány nejčastěji krizovými interventy, lékaři, psychoterapeuty, sociálními pracovníky, psychology či klinickými psychology.

Tito pracovníci se při své praxi denně setkávají s klienty či pacienty procházejícími náročnými životními situacemi. Jsou v každodenním kontaktu s osobnostním růstem, ale také s trápením, stresem a dalšími negativními emocemi klientů a pacientů. Řada těchto zážitků poznamenává nejen klienty a pacienty, ale také samotného pomáhajícího pracovníka, jeho osobní život a zprostředkovaně i jeho okolí. Se zvýšenou poptávkou v reakci na současné události tak u těchto pracovníků neustále narůstá pracovní vytížení a tlak na výkon. Tento náročný a stresující aspekt práce pak často představuje riziko pro vznik negativních psychických stavů, kterými mohou být například syndrom vyhoření, sekundární traumatický stres či únava ze soucitu.

Schopnost empatie, tj. schopnost vcítění se a nahlédnutí na pocity a zkušenosti pacientů či klientů jejich perspektivou je bez pochyb důležitým prvkem praxe pomáhajících profesí, ať už se jedná o psychology, psychoterapeuty, lékaře, zdravotní sestry nebo sociální pracovníky. Výzkumy ukazují, že schopnost empatie hraje roli v kvalitě péče a je spojena se zvýšenou spokojeností pacientů, ale také samotných pomáhajících odborníků (Shanafelt et al., 2005). Také bylo prokázáno, že terapeutický proces je efektivnější u psychoterapeutů, kteří vykazují vyšší míru empatie (Moudatsou et al., 2020). Ačkoliv je důležitost empatie v praxi psychologa či psychoterapeuta nepochybná, zdá se, že v určité míře může každodenní empatické cítění představovat také zátěž. Vystavení emocionálně intenzivním situacím často spojeným s trápením a negativními emocemi klientů může pro pomáhajícího pracovníka představovat vysoké emoční napětí, které může být jedním z rizikových faktorů pro vznik syndromu vyhoření a únavy ze soucitu (Simionato & Simpson, 2018).

Empatie, její složky a projevy s nimi spojené tedy na jedné straně představují základní hodnotu léčebného, či terapeutického procesu, ovšem na straně druhé jsou s empatií spojeny i jisté náklady a ukazuje se, že v některých případech může mít i škodlivé účinky (Duarte et al., 2016).

V současné literatuře není role empatie ve spojitosti s jevy jako je syndrom vyhoření, únava ze soucitu a spokojenost se soucitem jednoznačně ukotvena. Souvislost těchto jevů je nejčastěji studována u lékařů a zdravotních sester. Dosud však neexistuje mnoho empirických studií, které by tuto problematiku zkoumaly v kontextu psychoterapie či klinické psychologie. Z tohoto důvodu jsem se ve své závěrečné práci rozhodla prozkoumat a ověřit souvislosti mezi empatií a dimenzemi profesionální kvality života právě u klinických psychologů a psychologů pracujících ve zdravotnictví.

Cílem bakalářské práce je tedy nahlédnout, jaké existují souvislosti mezi jednotlivými složkami a projevy empatie, syndromem vyhoření, únavou ze soucitu a spokojeností se soucitem u této specifické profese. Prozkoumání těchto souvislostí může přinést nové možnosti rozvoje prevence a specifických intervencí směřujících k eliminaci syndromu vyhoření a únavy za soucitu u pomáhajících profesí.

Literárně přehledová část

1 Empatie

Empatie je psychologický pojem, který většina z nás běžně užívá ve svém každodenním životě. Pomáhá nám vytvářet a udržovat mezilidské vztahy, ulehčuje komunikaci a s tím pomáhá vytvářet pocit sounáležitosti s druhými. Je to schopnost, která podporuje altruismus, prosociální chování, ale také se může podílet na sociálním vyloučení. Když se řekne empatie, z mých zkušeností všichni jaksi intuitivně chápeme, co empatie znamená. Máme pocit, že se jedná o jev, který je nám dobře známý. Myslím, že jakmile se ale ponoříme do tématu empatie hlouběji, tato myšlenka se zdá být poněkud mylná. Tuto úvahu podporuje fakt, že v dostupných vědeckých pramenech se zdá být nemožné nalezení jednotné a všeobecně přijímané definice empatie. Stále chybí systematické rozpracování tohoto jevu a uspokojivá shrnující reflexe dosavadních empirických výzkumů věnujících se tomuto tématu. Z tohoto důvodu se kapitola bude dále zabývat vymezením empatie, její definicí a zejména jejím současným vědeckým pojetím.

1.1 Vymezení pojmu empatie

Definice empatie v literatuře existuje nepřehledné množství. Prakticky to vypadá, že existuje tolik definic empatie, kolik je autorů empatii zkoumajících. Zdá se, že každý autor, který se empatií zabývá, ji vymezuje trochu po svém. Pojetí empatie se odlišuje dle jednotlivých oborů, které se jejím zkoumáním zabývají, přičemž každý z nich klade důraz na různé aspekty. V kontextu sociální psychologie se zdůrazňuje její teoretické pojetí, zejména emoční a kognitivní procesy při interakci s druhými. Naopak v psychoterapii se nejčastěji zkoumá její praktické využití. Neurovědy se zabývají empatií na úrovni neurobiologických procesů.

Na začátku 20. století poprvé použil Theodor Lipps pojem *Einfühlung* (*vcítění*), který byl užíván především v oblasti estetiky. E. Titchner následně vytvořil anglický ekvivalent „*empathy*“, čímž zavedl tento pojem do oboru psychologie. Empatii přitom chápal jako

„projekci, při níž si člověk uvědomuje a sdílí své pocity s jinou vnímanou osobou“ (Mlčák, 2010, s. 35).

Dle psychologického slovníku lze empatii všeobecně charakterizovat jako schopnost vcítit se do pocitů a jednání jiné osoby (Hartl & Hartlová, 2000). Téměř každá definice empatie sebou nese charakteristiky, kterými se odlišuje od definicí ostatních. Někteří autoři zahrnují do svého vymezení empatie i následné behaviorální reakce. Baron-Cohen (2014) mluví o empatii v případě, kdy se jedinec dokáže zaměřit na svou mysl a na mysl druhého, dokáže identifikovat to, co si druhý myslí a co cítí, ale především na to dokáže adekvátně reagovat. Pokud jedinec ovládá rozpoznání, ale neumí na situaci adekvátně reagovat, nemůžeme ho dle autorů označit za empatického.

Prekopová (2004) také mluví o empatii nejen jako o schopnosti představit si situaci druhého, ale i jaké o schopnosti takové mentální akce, která povede k nabídnutí vhodné pomoci druhému. Někteří dokonce mluví o empatii jako o prosociálním chování: „Schopnost soucítit s druhými lidmi, porozumět jejich pocitům a myšlenkám, oddělit naše vlastní myšlenky a emoce od těch pozorovaných a reagovat přiměřeným prosociálním chováním“ (Oliveira-Silva & Gonçalves, 2011, s. 201). V této definici si můžeme všimnout také zahrnutí soucítění a důrazu na odlišení vlastních pocitů a myšlenek od pocitů a myšlenek druhých. Odlišení vlastního já od druhých v definici empatie zdůrazňuje také Rogers (1998), který uvádí, že ačkoliv vnímáme pocity druhého tak, jako bychom jím byli, stále víme, že jím nejsme.

K nejasnostem ohledně definice empatie dále přispívá, že empatie může být chápána jako osobnostní vlastnost, schopnost či dovednost, ale také jako situační psychický stav (reakce na podnět) nebo jako proces. Zmíněné tři způsoby konceptualizace se navíc mohou více či méně překrývat. Ke zmírnění těchto obtíží navrhuji Duanová a Hillová (1996, podle Zášková & Mlčák, 2009) sjednotit terminologii a užívat k vyjádření výše uvedené triády významově přesnější pojmy: 1) dispoziční empatie, 2) empatické prožitky a 3) empatický proces.

Problematikou nejednoznačnosti definice empatie se zabývali Cuff et al. (2016) ve své metaanalýze, ve které identifikovali 8 nejčastěji diskutovaných oblastí a sporných

bodů, objevujících se napříč definicemi empatie. Na základě této analýzy navrhli vlastní definici:

Empatie je emoční reakcí (afektivní empatie), která je závislá na interakci mezi osobnostními vlastnostmi a vlivy prostředí. Procesy empatie vznikají automaticky, ale lze je také ovlivnit vlastní kontrolou. Výsledkem je emoce podobná té, kterou vnímáme u druhé osoby (přímo jí prožíváme, nebo si ji představujeme). Zároveň jsme si vědomi (kognitivní empatie) podnětu emoce s tím, že chápeme, že zdroj této emoce přichází z vnějšího prostředí a není náš (Cuff et al., 2016, s. 150).

Za zajímavý v této definici považuji důraz na možnost regulace empatické reakce.

1.2 Multidimenzionální přístup

Současné přístupy se více či méně shodují v tom, že empatii nepovažují za jedinou schopnost, ale za komplexní fenomén, který zahrnuje různé, ale vzájemně se ovlivňující komponenty (Baron-Cohen, 2004; Davis, 1983). Nejčastěji se setkáváme s rozdělením empatie na afektivní a kognitivní složku, které dominuje napříč literaturou a výzkumy posledních desetiletí.

Emocionální složka (afektivní) empatie bývá nejčastěji definována jako reakce pozorovatele na pozorované emoce jiné osoby (Zášková & Mlčák, 2009). Jedná se zejména o naše vlastní emocionální reakce na vnímaný podnět, k čemuž nepotřebujeme nutně tento stav chápat (kognitivní empatie) a zároveň nám tato reakce nemusí zprostředkovat totožnou emoci, kterou zažívá pozorovaný subjekt a tím se liší od tzv. emocionální nákazy (Leiberg & Anders, 2006; Reniers et al., 2011).

Kognitivní složka empatie je vymezována jako mechanismus vmýšlení se do psychiky druhých osob (Zášková & Mlčák, 2009). Hogan (1969, podle Zášková & Mlčák, 2009) kognitivní empatii rozumí proces intelektuálního chápání stavů či myslí druhého člověka bez skutečného prožívání jeho citů. Je možné ji charakterizovat jako

„pochopení či predikci toho, co si druhý myslí, dělá či cítí“ (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004, s. 165).

Většina současných empatických vymezení zahrnuje jak kognitivní, tak afektivní složku, zdůrazňují jejich neoddělitelnost a zejména kladou důraz na jejich interakci (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Batson, 2009; Davis 1983). Například Lamm et al., (2007) uvádí, že změnou v kognitivním vnímání podnětu (kognitivní empatii) je možné ovlivňovat afektivní reakce neboli afektivní empatii. Někteří autoři ale naopak zastávají názor, že se jedná o dva fenomény na sobě nezávislé, které je třeba rozlišovat. Tento pohled je podpořen výzkumy, které ukazují, že emocionální a kognitivní empatie mohou mít rozdílný vliv na interpersonální chování (Zášková & Mlčák, 2009).

Na rozlišení těchto složek poukazují i výzkumy empatie u klinické populace. Blair (2005) ve své studii poukazuje na to, že lidé s poruchou autistického spektra mívají problémy s kognitivní empatií, kdežto afektivní složka u nich zůstává neporušena. Psychopatičtí pacienti naopak dosahují velmi nízkých hodnot afektivní empatie, přičemž kognitivní složka u nich většinou bývá zachována.

Jedno z multidimenzionálních pojetí empatie představil Davis (1980, 1983, 1996), který je autorem tzv. organizačního modelu empatie. Empatii chápe jako soubor konstruktů, jenž souvisí s kognitivními, emocionálními a behaviorálními reakcemi jedince, který má možnost pozorovat zážitky druhé osoby. V tomto kontextu diferencuje mezi čtyřmi soubory konstruktů, jimiž jsou a) antecedenty b) procesy c) intrapersonální důsledky a d) interpersonální důsledky, přičemž tyto konstrukty se mezi sebou navzájem ovlivňují.

- Antecedenty představují soubor konstruktů, které souvisejí s osobnostními vlastnostmi pozorovatele a s parametry situace. Jedná se například o emoční intenzitu situace. Antecedenty mohou ovlivňovat empatické procesy i jejich intrapersonální a interpersonální důsledky.
- Dalším konstruktem modelu jsou Procesy, které reprezentují empatické děje vznikající na straně pozorovatele, např. napodobování mimiky pozorovaného, nebo také rozvinutější kognitivní procesy, např. přejímání perspektivy druhého.
- Intrapersonální důsledky jsou konstrukty, které zahrnují reakce pozorovatele. Tyto důsledky mohou obsahovat jakoukoliv emocionální reakci. Jsou členěny na 1)

paralelní důsledky, při nichž dochází k reprodukci emocí pozorované osoby a 2) reaktivní důsledky, při nichž dochází na straně pozorovatele k prožitkům odlišných emocí, než zažívá pozorovaná osoba. V souvislosti s reaktivními důsledky mluví nejčastěji o dvou konstruktech. Jedním z nich je empatický zájem neboli soucit s druhými a prožitky sympatie k druhým. Druhým je osobní distres, tj. úzkost či neklid, které jsou pociťovány vůči pozorovaným osobám, jež se nacházejí ve výrazné zátěži, nouzi či stresu.

- Interpersonální důsledky tvoří konstrukty týkající se behaviorálních reakcí pozorovatele, kterými může být např. pomáhání, ale také agresivní a vyhýbavé chování (Davis, 1996).

Interpersonální i intrapersonální důsledky jsou závislé na úrovni procesů neboli stupni kognitivního vývoje jedince. Např. jedinec, který ještě není schopen odlišit sám sebe od druhých, bude pravděpodobně prožívat osobní tíseň. A opačně, rozvinutá schopnost přejímání perspektivy druhého bude predikovat spíše vznik empatického zájmu, který následně povede k empatické reakci, například nabídnutí pomoci (Davis, 1996).

Na základě tohoto modelu Davis (1980) vytvořil Index interpersonální reaktivity (IRI) jako sebe-posuzovací nástroj, měřící 4 konstrukty empatie. Tento nástroj je blíže popsán v kapitole Metody získávání dat v empirické části této práce.

1.3 Odlišení konceptu empatie od příbuzných jevů

Jak bylo nastíněno, je důležité upozornit na to, že se empatie významově překrývá s jinými psychologickými fenomény a v čem se od nich naopak odlišuje. Většina současných badatelů v oblasti empatie se snaží o oddělení jiných, jakkoliv souvisejících a přidružených konceptů (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Reniers et al., 2011). Nicméně odlišení empatie od jí příbuzných konstruktů se nezdá být vůbec jednoduché. Pozornost vědců se zaměřuje zejména na konstrukt sympatie, prosociálního chování, emoční nákazy, soucitu, nebo teorii mysli.

1.3.1 Teorie mysli (Theory of mind)

V současné psychologii bývá kognitivní složka empatie často označována jako součást teorie mysli (Theory of Mind). V některých definicích tyto pojmy splývají v jeden a běžně se používají jako synonyma.

Termín teorie mysli poprvé použili Premack & Woodruff (1978), kteří jí označili schopnost jedince uvědomovat si mentální stavy sebe a druhých. Richard-Mornas et al. (2014) ztotožňují kognitivní empatii s afektivní ToM a definují ji jako „schopnost obout si boty druhého a pochopit jeho pocity“ (s. 667). Mikoška a Novák (2017) představují mentalizaci (ToM) jako jeden z druhů empatie a tyto pojmy také ztotožňují.

Někteří autoři poukazují naopak na to, že je třeba rozlišovat nuanci v tom, že ToM nás informuje o myslích druhých, ovšem kognitivní empatie se orientuje spíše na pochopení emocí druhých a zdůrazňuje nutnost od sebe tyto koncepty oddělovat (Reniers et al., 2011). Singer (2006) uvádí, že mentalizace spolu s empatií zakládají na schopnosti porozumět mentálním a emočním stavům, přičemž mentalizace se soustředí primárně na mentální procesy a empatie se vyznačuje porozuměním a sdílením emočních stavů druhých.

1.3.2 Sympatie

Sympatie je koncept, který bývá zaměňován s pojmem empatie jak běžnými lidmi, tak také profesionálními vědci. Pravděpodobně se tak děje z důvodu, že tyto dva jevy se velmi často vyskytují současně. Řada autorů, kteří se zabývali vývojem konceptualizace empatie, se shodují, že pojem sympatie je pojmem, který historicky předcházel dnešnímu pojmu empatie (Zášková & Mlčák, 2009). Anglický filosof H. Spencer (1870, podle Zášková & Mlčák, 2009) pojem sympatie definoval jako schopnost člověka soucítit s druhými a vyjadřovat svou spoluúčasť na jejich osudu, přičemž rozlišoval mezi instinktivní sympatií (tj. emocionální nákazou) a intelektuální sympatií (tj. soucitem).

Ryzyczková (2002) podotýká, že v dnešní psychologické literatuře se pojmy empatie a sympatie pojímají zcela odlišně. Zatímco pojmu sympatie se užívá převážně k vyjádření tendence jedince prožívat pocity náklonnosti vůči jiné osobě a klade se důraz převážně na její interpersonální podstatu, empatie bývá chápána jako spoluúčasť jedince na prožívání

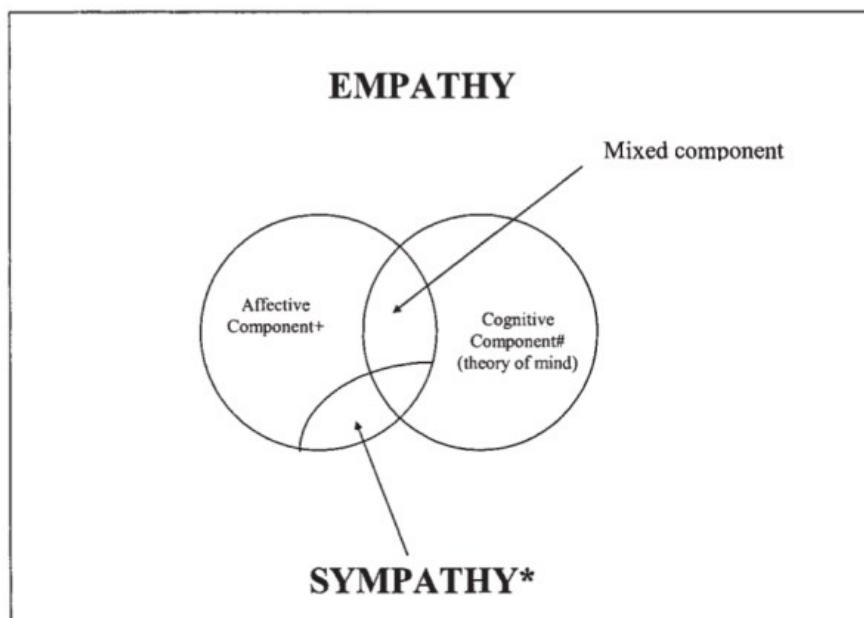
druhé osoby. U empatie se tak zdůrazňuje propojení její intrapersonální a interpersonální stránky.

Pojem sympatie vznikl z původně latinského slova *sympatheia*, v překladu „cítit s někým“. Bývá definována jako emocionální reakce, která se skládá z obavy o trpící osobu (Stevens & Woodruff, 2018).

Baron-Cohen a Wheelwright (2004) používají k rozlišení empatie a sympatie následující příklad: „Když procházíte v zimě kolem bezdomovce a tato situace vás nenechá chladným a dotkne se vás tak, že byste mu chtěli pomoci, pak by se toto počítalo jako sympatie. Nicméně pokud jste prožili určitou emoci (lítost, soucit) vzhledem k emoci tohoto bezdomovce (zoufalství, beznaděj), ale nepocítíte žádnou touhu mu pomoci, něco udělat, abyste ho zbavili jeho utrpení, pak by se toto počítalo jako empatie“ (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004, s. 165). Dle tohoto pojetí sympatie na rozdíl od empatie vyústí v přímou akci. Pro přehlednější ilustraci pak autoři používají následující znázornění.

Obrázek 1

Ilustrace vzájemné souvislosti empatie a sympatie (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004)



Nicméně, v publikaci z roku 2014 zároveň autoři uvádí, že pokud jedinec ovládá rozpoznání, ale neumí na situaci druhého adekvátně reagovat, nemůžeme ho označit

za empatického (Baron-Cohen, 2014). A tak se odlišení empatie a sympatie zdá být opět nejasné.

Pro účel této práce jsem se rozhodla vycházet především z definice dle Gilberta (2015), který pojem sympatie charakterizuje jako „emoční pohnutku, jež závisí na senzitivitě k utrpení a je složen z obavy o druhého“ (s.246). Autor dodává, že při prožitku sympatie nemusí být jedinec kognitivně srozuměn se situací, ale může být pouze emočně vyveden z míry.

1.3.3 Soucit

Na rozdíl mezi empatií a soucitem je možné nahlédnout pomocí etymologie. Slovo soucit se z latinského *compati* doslovně překládá jako „spolutrpět s“, kdežto latinské *empathia* nese význam „vstoupit do něčí zkušenosti“ či „vcítit se do“. Soucit zahrnuje také motivaci pomoci druhému, kdežto empatie je spíše kompetencí porozumění a vcítění se (Gilbert, 2015).

Dle Výrosta a Slaměníka (2008) je vztah empatie a soucitu jako příčina a následek. Dalo by se říct, že empatie je jakýmsi předpokladem pro soucit a také jeho nezbytnou součástí. Empatie poskytuje a rozvíjí pochopení, porozumění a vcítění se, soucit pak pokračuje i k přání zmírnit negativní stav trpícího.

Dalším zmiňovaným rozdílem mezi soucitem a empatií je také druh emoční situace, ve které soucit či empatii zažíváme. Dle Batsona (2017) empatii můžeme prožívat v různorodých situacích (pozitivních i negativních) a nelze ji redukovat na výhradně specifický kontext. Zatímco soucit se pojí se specifickými situacemi, které jsou spojeny s utrpením a podstatou je zde převážně sledování negativních emocí a zážitků druhých.

Někteří naopak dávají mezi soucit a empatii rovnítko. Mikoška a Novák (2017) definují soucit jako jeden z druhů empatie. Ve své knize uvádí: „Soucit v širším slova smyslu lze charakterizovat jako porozumění tomu, jak se cítí druhý člověk. Součástí tohoto druhu empatie je i intence pomoci“ (Mikoška & Novák, 2017, s. 54). Zároveň jako synonymum soucitu uvádí tzv. „empatické zaujetí“, což je dále synonymem Davisova (1983)

„empatického zájmu“, jehož definice v sobě též obsahuje prvky soucitu, zejména snahu zmírnit utrpení druhého.

Pojem soucit je spíše než empatii možná ještě blíže pojmu sympatie. Dle předchozí kapitoly, sympatie je nejčastěji definována jako emocionální prožitek, který se skládá z obavy o trpící osobu a zdůrazňuje se zde převážně její interpersonální podstata. Eisenberg et al. (2007) uvádí, že na soucit je dnes na rozdíl od sympatie pohlíženo jako na komplexní fenomén, zahrnující i jiné aspekty (např. kognitivní) než pouze aspekty emocionální. Dále uvádí, že sympatie na rozdíl od soucitu nevyvolává přání a motivaci pomoci. Nicméně, nelze si zde nevíšimnout rozporu s definicí Baron-Cohena a Wheelwrighta (2004), dle kterých je naopak kritériem sympatie vyústění v přímou reakci.

1.4 Empatie v kontextu této bakalářské práce

Z důvodu různorodosti a nejasností objevujících se mezi různými přístupy k empatii jsem se rozhodla vymezit pojetí, které bude klíčové pro zpracování této práce. Pro svou komplexnost v práci budu vycházet zejména z multidimenzionálního pojetí, definovaného dle Davise (1980, 1983, 1996) a jeho organizačního modelu, který byl představen v předchozích kapitolách. Empatie v tomto kontextu tedy bude zahrnovat kognitivní, emocionální, ale také behaviorální faktory a reakce, které někteří autoři od konceptu empatie naopak striktně oddělují (Baron-Cohen 2004; Gilbert, 2015). Zároveň bude zohledněna vzájemná interakce těchto složek empatie. Pro účely této práce nepovažuji za klíčové striktně oddělovat příbuzné psychologické konstrukty, jelikož se ukazuje a jak je také v souladu s Davisovým (1996) pojetím, ze které tato práce vychází, tyto konstrukty jsou s empatií velmi úzce propojené, velmi často se vyskytují současně a je téměř nemožné je od sebe oddělit. Pro příklad uvádím Davisovu (1996) definici empatického zájmu, který ho definuje jako „tendenci zažívat pocity sympatie a soucitu vůči druhým“ (s. 137). Vzájemná propojenost soucitu, sympatie a empatie je zde zjevná.

V poslední řadě budu také zohledňovat myšlenku představenou v definici dle Cuff et al. (2016), konkrétně že empatické procesy pravděpodobně vznikají automaticky, ale také mohou být trénovány a regulovány vlastní vědomou kontrolou.

1.5 Měření empatie

Jak vyplývá z předcházejících kapitol, empatie je velmi speciální a abstraktní pojem, který vyjadřuje komplikované souvislosti mezi různými psychologickými jevy. Reálný obsah tohoto pojmu dosud nebyl jednoznačně stanoven. Tato problematika komplikuje také adekvátnost měření empatie, neboť na ni každý nahlíží trochu jinak.

Při měření empatie u dospělých osob se nejčastěji využívají sebeposuzovací dotazníkové nástroje. Zde se objevují nejasnosti zejména ohledně toho, zda by měla být empatie pojímána spíše jako jednodimenzionální konstrukt, nebo zda se jedná o konstrukt složený z více faktorů. V současnosti existují metody založené na unidimenzionálním přístupu, měřící empatii jako celek („čistá empatie“), ale také metody podporující multidimenzionální přístup, měřící různé složky či projevy empatie. V nadcházejících řádcích uvádím pouze výčet nepoužívanějších a nejčastěji citovaných nástrojů pro měření empatie. Záměrně je vynechán v současné době pravděpodobně nejužívanější inventář měřící kognitivní a afektivní složku empatie, Interpersonal Reactivity Index (IRI) (Davis, 1980), který následně přiblížím v empirické části práce.

Nejvýznamnější metodou měřící kognitivní empatii je Hoganova škála empatie (Hogan's Empathy Scale) z roku 1969. Podle Hogana (1969, podle Zášková & Mlčák, 2009) empatie spočívá v intelektuálním nebo imaginativním chápání podmínek jiných, bez aktuálního zažívání pocitů osoby. Škála má 64 položek, které jsou rozdělené do 4 subškál: *social self-confidence*, *even-temperedness*, *sensitivity a non-conformity*. Proband má na výběr pouze ze dvou možností: *true* nebo *false*. Metoda byla hojně užívána zejména v 80. letech, přičemž dnes se objevují pochybnosti o jejich psychometrických vlastnostech, zejména její nedostatečné korelaci s jinými podobnými inventáři (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004).

Nejužívanější metodou k zjišťování úrovně emocionální empatie je Dotazníkové měření emocionální empatie (Questionnaire Measure of Emotional Empathy – QMEE) A. Mehrabiana a N. Epsteina z roku 1972, které je určeno k měření trvalých tendencí reagovat emocionálně na pozorované zkušenosti druhých osob. I když dotazník obsahuje celkem 7 subškál, většina výzkumů používá pouze jeho celkové skóre, jež tvoří součet všech 33

položek. Celá škála vykazuje velmi dobré psychometrické vlastnosti (Zášková & Mlčák, 2009).

Kvocient empatie (Empathy Quotient – EQ) vyvinuli v roce 2004 Simon Baron-Cohen a Sally Heelwright. Jedná se o sebesuzovací škálu určenou pro dospělé obsahující 40 položek měřících empatii a 20 kontrolních položek. Respondent odpovídá na škále 1-4 (*strongly agree – disagree strongly*). Autoři původně plánovali rozdělit položky podle dnes obecně přijímaného konceptu na kognitivní a afektivní složku, nicméně nakonec zvolili jednodimenzionální přístup, jelikož „se nejčastěji afektivní a kognitivní složka projevují současně, a proto nemohou být tak jednoduše odděleny (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004, s. 166). Škála ukazuje dobré psychometrické vlastnosti, ověřování pomocí test-rest reliability dosáhlo vysokých hodnot, stejně jako vnitřní validita nástroje. Škála EQ také pozitivně koreluje se subškálami nástroje IRI, konkrétně s přejímáním perspektivy, empatickým zájmem a negativně s osobním distresem (Lawrence et al., 2004).

Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy (QCAE) je sebesuzovací škála, která obsahuje 31 položek, měřící 5 faktorů: přejímání perspektivy, přímá simulace, emoční nákaza, periferní odpověď a proximální odpověď. První dva sytí kognitivní složku empatie, zbylé tři sytí složku afektivní. Autoři se tvorbou tohoto inventáře pokusili překročit nedostatky dosud existujících metod a zejména se snažili reflektovat aktuální přístup ke konceptu empatie. Škála dosahuje velmi dobrých hodnot z hlediska validity a reliability (Reniers et al., 2011).

Empatii lze kromě dominujících sebesuzovacích škál dále zkoumat pomocí měření autonomních fyziologických reakcí (např. galvanická reakce), projektivních metod (TAT, ROR) či pomocí neurovizuálních metod a přístrojů, například funkční magnetické rezonance.

1.6 Empatie a prosociální chování

V posledních letech se o empatii často uvažuje jako o prostředku ke zvýšení prosociálního chování (Stevens & Taber, 2021). Mnozí autoři považují empatii vedle teorie sociální výměny (náklady – zisk) a sociálních norem (reciprocity a odpovědnosti) za třetí

princip vysvětlující prosociální chování (Výrost & Slaměník, 2008). Prosociální chování je nejčastěji označováno jako „akt chování vykonaný ve prospěch druhého člověka nebo skupiny osob, jako pomáhající chování, jehož cílem je přinést užitek jiným“ (Výrost & Slaměník, 2008, s. 289).

Při empatii se vžíváme do situace druhého, čímž můžeme lépe rozpoznat jeho prožívání a snadněji působit ve smyslu redukce nepříjemného stavu. Chování napomáhající druhé osobě může na jedné straně pomáhat redukovat její nepříjemný stav (strach, úzkost, bolest), ale zároveň vede také k redukci vlastního emocionálního napětí. Empatii tedy můžeme označit za motivující faktor prosociálního chování, obsahující aspekt prosociální a aspekt egoistický (Výrost & Slaměník 2008).

Batson (1991) je autorem empaticko-altruistické hypotézy, podle které empatie prožívaná vůči jedinci nacházejícím se ve stavu potřeby pomoci vyvolává prosociální chování, které může mít 4 motivy:

1. Egoistický, který směřuje k odstranění vlastního nepříjemného stavu.
2. Altruistický, jehož cílem je konat ve prospěch jiných bez ohledu na vlastní zisk.
3. Kolektivní, zaměřený ve prospěch skupiny, bez ohledu, zda je či není pomáhající jejím členem.
4. Principiální, vyznačující se podporou konkrétních principů, ideálů a hodnot.

Zatímco některé výzkumy ukazují, že empatie je cestou ke zvýšení prosociálního chování (Light et al., 2016; Morelli et al., 2015), jiné ukazují opak. Existují výzkumy, které naznačují, že empatie může naopak prosociální chování snižovat (Bloom, 2017; Decety & Yoder, 2016).

Davis (1983) uvádí, že různé dimenze empatie mohou mít také různé vlivy na následné chování. Například se ukazuje, že empatický zájem může vést k pocitům sympatie, soucitu a bývá spojen s altruismem a pomocí druhým. Naopak prožívání osobního distresu je spojeno s únikem ze situace a sníženou motivací poskytnout druhým pomoc a podporu.

Eisenberg & Fabes (1990) říkají, že jedinec při empatickém sdílení pomáhá ostatním do doby, než jejich pomoc a empatické prožívání začne přinášet přílišné osobní náklady.

Příliš extrémní míra afektivní empatie vede jednotlivce k odpoutání od situace, protože se musí vyrovnávat se svými vlastními pocity. Autoři navrhli, že pro podporu prosociálního chování je důležitá zejména optimální úroveň afektivní empatie.

Některé výzkumy naznačují, že důležitým zprostředkujícím procesem pro přeměnu afektivní empatie na prosociální chování může být regulace emocí (Decety et al., 2010; Gleichgerrcht a Decety (2013, 2014). Klimecki (2015) uvádí, že trénink soucitu zvyšuje altruismus, zlepšuje regulaci emocí a posiluje pozitivní emoce. Důležitá je zmínka, že trénink soucitu nesnižuje ani neodstraňuje negativní emoce. Zvyšuje aktivaci mozkových oblastí spojených s láskou, vztahem, pozitivními emocemi, nadějí a odměnou. Z tohoto důvodu působí jako ochranný faktor proti osobnímu empatickému distresu.

1.7 Trénink Empatie

Ve výzkumu oblasti tréninku a rozvoje empatie je stále mnoho neznámého a neprobádaného. V současnosti se ale většina autorů zkoumajících empatii shodují, že empatii lze v průběhu života alespoň částečně rozvíjet (Cuff et al., 2016).

Hatcherová et al. (1994) sledovali míru empatie před a po skončení rogeriánského tréninku u 104 středoškolských a vysokoškolských studentů. Skóre v oblasti empatického zájmu a přejímání perspektivy vzrostlo, ovšem skóre osobní tísně se vlivem tréninku nezměnilo.

Pecukonis (1990) zkoumal vliv tréninkového programu afektivní a kognitivní empatie u agresivních dívek ve věku 14-17 let, které pobývaly v léčebném centru. Autor využil tříložkový model tréninku empatie, který rozvíjí 1) schopnost diskriminovat emocionální podněty (kognitivní empatie) 2) schopnost přijímat perspektivu druhých osob (kognitivní empatie) a za 3) schopnost emocionálně reagovat (afektivní empatie). Vlivem tohoto tréninku došlo ke zvýšení afektivní empatie, zatímco zvýšení kognitivní empatie bylo velmi mírné.

Ererová (1997) srovnávala vliv kognitivně orientovaného tréninku s emocionálně orientovaným tréninkovým programem u 51 studentů sociální práce. Sice nebyly zjištěné významné rozdíly ve výsledcích (především emoční empatie) před a po ukončení obou

forem tréninku, ovšem na základě následných kvalitativních analýz se autorka domnívá, že k určitému zlepšení empatie u studentů přeci jen došlo.

Goleman (2014) referuje o programu, kdy lékaři prostřednictvím bráničního dýchání trénovali soustředěnost a tím se učili pozorovat interakci s pacientem z nadhledu, namísto toho, aby se nechali pohltit svými myšlenkami a pocity. Lékaři se také učili rozpoznávat pozorované emoce pomocí vnímání obličejových výrazů, postojů a intonace. Ukázalo se, že absolvování tohoto programu vedlo k častějšímu referování pacientů o tom, že ze strany lékaře pociťují empatii a zájem. Autor uvádí, že tato forma tréninku vede k přesnější identifikaci emocí pacienta, vlastních emocí a dále k prohlubování interakce a soucitu. Přináší tak benefity pacientovi, ale také lékaři.

Jak bylo nastíněno výše, způsobem, kterým zde dosáhnout optimální míry empatie se ukazuje být emoční regulace, trénink soucitu a soucitu se sebou samým (Klimecki, 2015). Účinným způsobem tréninku soucitu je například meditace všímavosti, nebo meditace milující laskavosti (LKM) (Laneri et al., 2017). Hofmeyer et al. (2019) pro trénink sebesoucitu doporučují zejména meditační techniky od autorky Kristin Neff, které jsou volně dostupné na jejích webových stránkách.

Je patrné, že výzkum tréninku empatie obsahuje spoustu otázek a tím si zasluhuje výzkumnou a teoretickou pozornost, zejména pak přenesení poznatků do aplikace specifických intervencí zabývajících se optimálním rozvojem empatie v praxi.

2 Únava ze soucitu

2.1 Vymezení únavy ze soucitu

Termín únava ze soucitu se poprvé objevil na počátku 90. let 20. století, kdy ho Joinson (1992) při výzkumu syndromu vyhoření mezi sestrami na pohotovostní jednotce definoval jako „ztráta schopnosti pečovat“ (s. 119). Od té doby byla únava ze soucitu studována po celém světě, převážně v kontextu pečovatelských a pomáhajících profesí.

Rohwetter (2022) charakterizuje únavu ze soucitu následovně: „Terapeut trpící únavou ze soucitu je nadále schopen vykonávat svou práci, zanikla ovšem jedna z důležitých složek, která utváří jádro pomáhajícího vztahu. Terapeut ztrácí schopnost vcítit se, zůstat v kontaktu s utrpením pacienta, aniž by sám trpěl nebo začal být znuděný či netrpělivý“ (s. 21).

Další definici nabízí Harrer (2013, podle Rohwetter, 2022), který v knize *Burnout und Achtsamkeit* píše: „Stěží se lze vyhnout dopadům, které vyplývají z úzkého kontaktu s trpícími lidmi. Pokud se do nich vcítíme, naši přirozenou reakcí je soucit definovaný jako snaha zmírnit jejich utrpení a pomoci jim. Únava ze soucitu pak znamená vymizení tohoto popudu“ (s. 21).

Figley (1995) předpokládá, že pro spojení a kontakt s klienty je vyžadována empatická spoluúčast a silné emoční sdílení. Vývoj únavy ze soucitu popisuje jako proces, který pramení z prožívání stresu ze soucitu (compassion stress), který se objevuje jako reakce na neustálé sdílení emocionální energie. Tento stres lze minimalizovat dvěma způsoby – uspokojením ze soucitu (compassion satisfaction), nebo odpojením se (disengagement). Při nepřetržitých interakcích s traumatizovanými klienty a dlouhotrvajícím stresu, který není zvládnutý dosažením pocitu uspokojení ze soucitu dochází k rozvinutí únavy ze soucitu. Symptomy pak zahrnují nedostatek empatie, úzkost, podrážděnost, hněv, trvalé vzrušení, strach z práce a vyhýbání se. V tomto modelu autor používá únavu ze soucitu jako synonymum pojmu sekundární traumatický stres, čímž se odlišuje od autorů, kteří tyto pojmy naopak striktně odlišují (Coetzee & Klopper, 2010).

Coetzee a Klopper (2010) ve své konceptuální analýze pojmají únavu ze soucitu jako proces, který je způsoben nepřetržitým a intenzivním kontaktem s pacienty, vystavováním stresu a používáním sebe sama jako nástroje. Únava ze soucitu se dle jejich definice vyvíjí ze stavu soucitného nepohodlí, které, pokud není odstraněno adekvátním odpočinkem, vede k soucitnému stresu. Ten, pokud přesahuje úroveň odolnosti jedince vede k nepohodlí ze soucitu, které nakonec může vyústit v únavu ze soucitu. Unikátní v tomto koncepčním rámci je přidání tohoto středového vstupního bodu (nepohodlí ze soucitu) do vývoje únavy ze soucitu.

V modelu Profesionální kvality života vyvinutým Stammem (2010) se únava ze soucitu skládá ze dvou různých aspektů, kterými je syndrom vyhoření a primární či sekundární expozice traumatu. Autor rovněž přidává i pojem uspokojení ze soucitu, jako pozitivní protipól únavy ze soucitu.

2.2 Soucit nezpůsobuje únavu, empatie ano

Teprve když Sabo (2006) poprvé diskutoval o únavě ze soucitu ve vztahu k soucitu a empatii, začali výzkumníci zpochybňovat absenci základních konstruktů (soucitu a únavy) v definici tohoto konceptu. Dowlingová (2018) ve své studii uvádí, že na základě nových výzkumů v oblasti sociálních neurověd se ukazuje, že únava ze soucitu je nesprávné pojmenování a že poskytovatele péče unavuje empatie, nikoli soucit. Poukazuje tak na fakt, že trénink soucitu naopak vede ke zvýšení altruismu a prosociálního chování. Soucit by tak neměl být používán k pojmenování tohoto konstruktu.

Hofmeyer (2020) také vyzívá k tomu, že únava ze soucitu by se měla nazývat spíše „únava z empatické tísně“ z toho důvodu, protože účinnou strategií ke zmírnění či odstranění únavy z empatické tísně může být právě trénink soucitu.

Singer & Klimecki (2014) definují koncept únavy ze soucitu jako empatický distres, který „odkazuje na silnou averzivní reakci na utrpení druhých, doprovázenou touhou stáhnout se ze situace, odpojit se od těch, kteří trpí, aby se jedinec ochránil před nadměrnými negativními pocity“ (Singer & Klimecki, 2014, s. 875). Tento empatický distres lze dle autorů zvrátit přeměnou empatie na soucit prostřednictvím tréninku soucitu. Autoři

v tomto modelu naznačují, že únava ze soucitu je synonymum pro osobní distres a emoční nákazu, což je v rozporu s názory jiných odborníků (Hofmeyer, 2020).

Ačkoliv považují výše představené námitky pro změnu terminologie za relevantní, rozhodla jsem se i přes to v této práci používat pojmy únavy ze soucitu a uspokojení ze soucitu, zejména kvůli jejich dominanci v ostatních současných výzkumech a dále pro dosažení větší přehlednosti a srozumitelnosti pro čtenáře.

2.3 Odlišení únavy ze soucitu od sekundárního traumatického stresu a syndromu vyhoření

Od té doby, co Joinson (1992) poprvé použil termín únava ze soucitu začal být tento pojem používán jako náhradní termín pro téměř každý výsledek pracovního stresu souvisejícího s pečovatelskými a pomáhajícími profesemi, včetně zástupné traumatizace, sekundárního traumatického stresu (STS), protipřenosu nebo syndromu vyhoření (Coetzee & Klopper, 2010).

Nejčastěji lze v literatuře pozorovat záměnu pojmů únava ze soucitu a sekundární traumatický stres, jejich ztotožňování a používání jako synonym. Například Figley (1995, 1996) představil únavu ze soucitu jako uživatelsky přívětivější termín pro popis jevů sekundárního traumatického stresu.

Coetzee a Klopper (2010) uvádí, že ačkoli pro únavu ze soucitu i sekundární traumatizaci je společná péče o traumatizované klienty, zátěžový faktor této péče se přeci jenom liší. Sekundární traumatizace vzniká, pokud je jedinec vystaven traumatickým zážitkům svých klientů po určité období. Charakteristickým znakem je zde spoluprožívání, které se může rozvinout ve sdílené symptomy traumatu nebo PTSD. Únava ze soucitu vzniká spíše na základě dlouhodobé, intenzivní a nepřetržité péče s využíváním sám sebe jako nástroje. Zatímco důsledkem STS je rozvoj symptomů traumatu, únava ze soucitu se projevuje spíše deficitem v poskytování soucitné péče.

El-bar et al. (2013) upozorňují na silný korelační vztah mezi únavou ze soucitu a syndromem vyhoření. Uvádí, že zatímco únava ze soucitu je koncept pramenící z

vystavování se a práci s trpícími, vyhoření má hlavní příčinu v neadekvátní vnější pracovní zátěži, bezmoci a snížené pracovní spokojenosti.

Duarte a Pinto-Gouveia (2017) také oddělují únavu ze soucitu od syndromu vyhoření. Ve své studii píše, že vyhoření může postihnout každého profesionála, zatímco únavu ze soucitu zažívají profesionálové, kteří jsou dlouhodobě svědky utrpení druhých.

Rohwetter (2010) považuje za nutné diferenciovat mezi únavou ze soucitu, vyhořením, depresí a sekundární traumatizací. Uvádí, že na rozdíl od únavy ze soucitu se syndrom vyhoření neomezuje pouze na pomáhající profese, ale může k němu docházet v různých odvětvích v důsledku náročných aspektů pramenících z pracovního prostředí. Při sekundárním traumatickém stresu na rozdíl od únavy ze soucitu pracovník netrpí tím, že by jej klienti nudili, zpravidla nebývá ani netrpělivý. Častou charakteristikou STS je identifikace se zážitky klienta a intenzivní sebepožívání. Tímto se sekundární traumatizace odlišuje od únavy ze soucitu, je totiž vychýlena opačným směrem – pracovník zde naopak ztrácí schopnost vcítit se a zůstat v kontaktu s utrpením pacienta. Pro lepší orientaci při rozlišování mezi únavou ze soucitu a podobnými psychologickými jevy autorka vypracovala následující tabulku.

Tabulka 1

Diferenciální diagnostika únavy ze soucitu (Rohwetter, 2010)

Projevy/pocity	Vyhoření	Deprese	Sekundární traumatizace	Únava ze soucitu
Nechuť k práci	X	X		X
Hněv				X
Vnitřní prázdnota, i v soukromí		X	X	
Ztráta smyslu		X	X	
Přetížení	X	X	X	X
Výrazné výkyvy nálad	X		X	
Tělesné příznaky	X		X	
Pocit dezorientace			X	
Bezmocnost			X	X

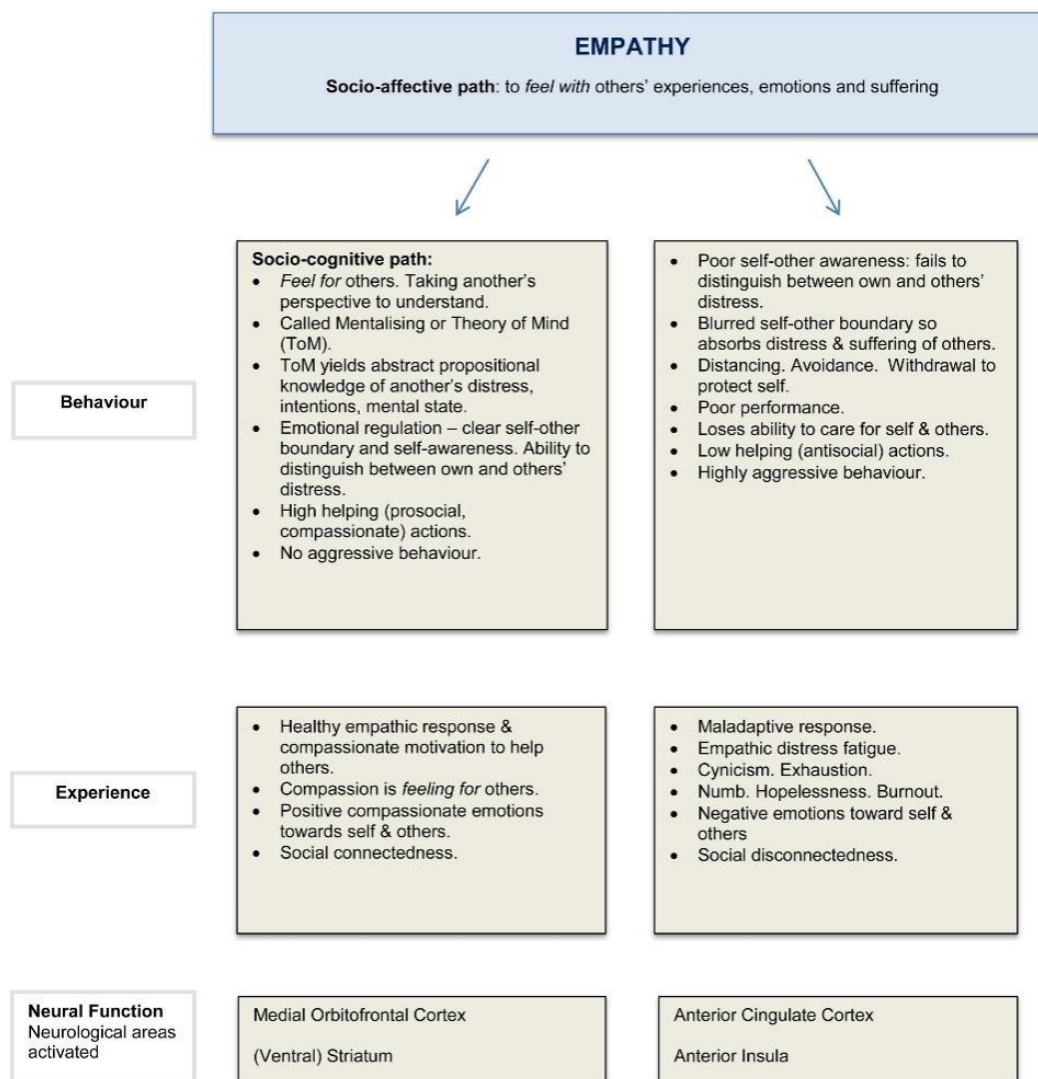
2.4 Rizikové a protektivní faktory

Aspektem, který způsobuje největší rozpor v chápání únavy ze soucitu, je empatie. Dostupné studie jsou nejednoznačné a spojují empatii na jednu stranu s rozvojem únavy ze soucitu, na druhou stranu naopak s ochranou před ní (Hofmeyer, 2020).

Figley (1995) tvrdí, že empatie je hlavním předchůdcem a rizikovým faktorem pro vznik únavy ze soucitu. Novější studie se shodují, že empatie v profesi pomáhajícího pracovníka se spíše může rozběhnout dvěma směry a není tak vůbec snadné určit, zda se jedná o protektivní či naopak rizikový faktor. Tyto možné cesty empatie znázornil Klimecki (2015).

Obrázek 2

Znázornění afektivních a kognitivních projevů empatie (Klimecki, 2015)



Singer & Klimecki (2014) také uvádí, že významným rizikovým faktorem pro rozvoj únavy ze soucitu může být nedostatečná emoční regulace, která je spojena se zastíráním rozdílů mezi „já“ a „druzí“.

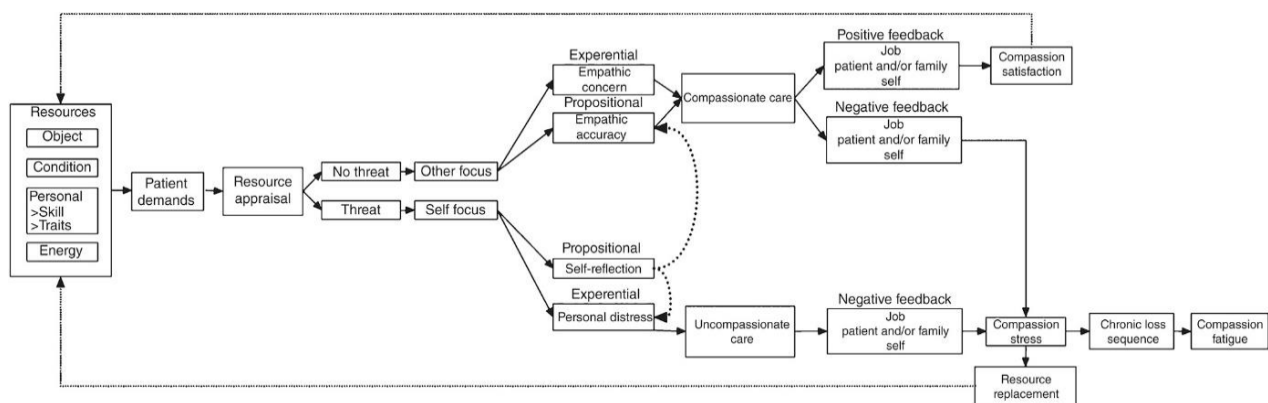
Figley (1995) kromě empatického prožívání považuje za velmi významný rizikový faktor charakteristiky klinického prostředí spojované zejména s pacienty a jejich traumatickými a zdrcujícími zážitky.

Hofmeyer (2020) ve své studii uvádí čtyři strategie, které je třeba podpořit a zařadit do praxe a vzdělávání odborníků v pomáhajících profesích, aby nedocházelo k rozvoji jevů jako je syndrom vyhoření nebo únava ze soucitu. Jsou jimi soucit, soucit se sebou samým, sebezpečí a soucinné vedení ve zdravotnických organizacích.

Coetzee et al. (2017) na základě zhodnocení existujících konceptů vyvinuli vlastní teoretický model, který vychází z Teorie zachování zdrojů a neurovědeckých poznatků o empatii a soucitu. Skrz jejich model je také možné nahlédnout na protektivní a rizikové faktory únavy ze soucitu. Za klíčové považují dostatečnou rovnováhu osobních zdrojů. Pečovatel, který má vysoké osobní zdroje, nebude pravděpodobně vnímat potřeby pacienta jako hrozbu pro sebe samého, což mu umožní empatické zaměření a následné projevení soucitu vůči pacientovi. Naopak pečovatel s nízkými osobními zdroji bude vnímat pacientovo utrpení jako sobě ohrožující a je zde pravděpodobnější zaměření na sebe a tendence k úniku ze situace. Dalším důležitým protektivním faktorem je dle jejich modelu přijímání pozitivní zpětné vazby (např. pochvala od pacienta, jeho rodiny, kolegů apod.).

Obrázek 3

Znázornění protektivních a rizikových faktorů únavy ze soucitu s využitím modelu Zachování zdrojů (Coetzee et al., 2017)



2.5 Měření únavy ze soucitu

Únava ze soucitu bývá měřena zejména pomocí sebeposuzovacích škál. Existují standardizované nástroje vyvinuté speciálně pro měření únavy ze soucitu, ovšem existují také výzkumníci, kteří únavu ze soucitu měří spíše pomocí nástrojů určených k měření sekundárního traumatického stresu či sekundární traumatizace.

První nástroj určený k měření únavy ze soucitu představil Figley (1995). Compassion Fatigue Self Test (CFST) je sebeposuzovací metoda obsahující 40 položek rozdělených do dvou subškál: únava ze soucitu (23 položek) a vyhoření (17 položek). Respondenti odpovídají pomocí škály (1-5) jak často zažívají uvedené pocity nebo situace (1 = nikdy, 5 = velmi často). Hodnoty vnitřní konzistence se pohybují od 0,86 do 0,94. Stamm a Figley (1996) dále rozvinuli CFST přidáním řady pozitivně orientovaných otázek určených k měření spokojenosti se soucitem. Tato revidovaná verze poskytuje spolehlivé hodnoty vnitřní konzistence všech tří subškál: spokojenost ze soucitu (0,87), vyhoření (0,90) a únava ze soucitu (0,87). Další rozvoj CFST vyústil v přejmenovaný nástroj Professional Quality of Life Scale (ProQOL), který je v současnosti dominující metodou pro měření únavy ze soucitu a který bude blíže popsán v kapitole Metody sběru dat.

Gentry et al. (2002) navrhli škálu Compassion Fatigue Scale – Revised (CFS-R). Tato škála obsahuje 30 položek, z nichž 22 měří únavu ze soucitu a 8 z nich měří vyhoření. Adams et al. (2006) provedli psychometrické ověření tohoto nástroje. Na základě pochybných výsledků z hlediska faktorové validity vytvořili revizi nástroje nazvanou Compassion Fatigue-Short Scale (CF-Short Scale), která obsahuje 13 položek a měří syndrom vyhoření a sekundární traumatizaci. Součet těchto dvou škál pak měří únavu ze soucitu. Hodnoty vnitřní konzistence byly následující: 0,90 pro syndrom vyhoření, 0,80 pro sekundární traumatizaci a 0,90 pro tyto dvě škály dohromady, tedy únavu ze soucitu.

Eng et al. (2021) se snažili poukázat na nejasnosti ohledně definice pojmů syndrom vyhoření, sekundární traumatizace a únava ze soucitu. Z tohoto důvodu vytvořili nástroj, který je určen výlučně k měření únavy ze soucitu, nazvaný Compassion Fatigue Inventory (CFI). Nástroj obsahuje 16 položek rozdělených do tří subškál: snížený soucit, sociální život a pracoviště, které dohromady poskytují skóre pro únavu ze soucitu. Tato metoda dosahuje velmi vysoké vnitřní konzistence ($\alpha = .906$).

Z nástrojů měřících sekundární traumatizaci je nejčastěji využívána Secondary Traumatic Stress Scale (STSS). Bride et al. (2004) vyvinuli tuto škálu za účelem měření frekvence projevů PTSD po nepřímém vystavení se traumatickým zkušenostem skrz klinickou práci s traumatizovanou populací. Nástroj obsahuje 17 položek na které respondenti odpovídají pomocí Lickertovy škály (1-5) jak často zažili uvedené situace či pocity za posledních 7 dní. Odhady vnitřní konzistence pro STSS a její subškály jsou následující: narušení = 0,80, vyhýbání se = 0,87, vzrušení = 0,83 a celkové skóre = 0,93.

3 Syndrom vyhoření

3.1 Vymezení syndromu vyhoření

Přibližně od sedmdesátých let 20. století se psychologové a lékaři zabývají stavy celkového, a zejména psychického vyčerpání, které se projevuje v oblasti motivace, kognice, v oblasti emocí a které zasahuje prožívání, postoje, ale i výkonnost a následně celé vzorce především profesionálního chování daného jedince. Tyto stavy se označují jako syndrom vyhoření (Kebza & Šolcová, 2003).

Poprvé tento jev definoval Freudenberg v roce 1974 v jeho stati publikované v časopise *Journal of Social Issues* a to v podstatě v rozměrech současného pojetí. Syndrom vyhoření charakterizuje jako „stav selhání sil, opotřebení, vyčerpání z důvodů nadměrných nároků na energii, sílu a zdroje“ (Freudenberg, 1974, s. 159). Syndrom je spojován se stavem psychického i fyzického vyčerpání následujícího po náročném a dlouhotrvajícím stresu. O vyhoření mluví jako o vyčerpání veškerých energetických zdrojů původně velice intenzivně a nadšeně pracujícího člověka. Autor popisuje tento stav u personálu amerických bezplatných „Free Clinics“, vztahuje jej tak k pomáhajícím profesím a za zásadní považuje tlak naplňovat potřeby druhých.

Od konce 70. let do poloviny 90. let prudce vzrostl počet publikací věnujících se tématu vyhoření, řada pokusů o objasnění, definování a popis symptomů tohoto jevu především v souvislosti s vyčerpaností a sníženou výkonností pracovníků v pomáhajících profesích. Jednotná definice vyhoření však dodnes neexistuje (Poschamp, 2013). Existují definice orientované spíše na konečný stav, tj. míru emočního, fyzického a mentálního vyčerpání. Jiné jsou definovány jako proces, který má vlastní vývoj. Odborníci se také liší v počtu dimenzí, pomocí kterých syndrom vyhoření definují. Někteří na syndrom vyhoření nahlíží jako na unidimenzionální konstrukt, jiní ho naopak považují za multidimenzionální konstrukt, složený z více dimenzí (Maslach, 2003).

Christine Maslach pojímá syndrom vyhoření jako konstrukt zahrnující tři dimenze: cynismus (depersonalizace), vyčerpání a snížený pracovní výkon. V roce 1981 charakterizovala vyhoření jako „psychologický syndrom emočního vyčerpání, citového

stažení a ztráty důvěry v osobní výkonnost, který se může projevit u osob, jejichž profesí je práce s lidmi“ (Maslach & Jackson, 1981, s.99). Nicméně její definice vztažená původně výhradně k pomáhajícím profesím se v průběhu doby mění. O 20 let později akcentuje skutečnost, že vyhoření mohou prožívat lidé nezávisle na typu pracovní profese. Vyhoření popisuje jako „prolongovanou odpověď“ na chronické emocionální a personální stresory spojené s pracovní činností, charakteristické dimenzemi vyčerpání, cynismu a neefektivity“ (Maslach et al., 2001, s. 402)

Řada studií zvláště z posledních let také akcentuje možnosti výskytu vyhoření i mimo oblast pomáhajících profesí. Vyhoření se vyskytuje v řadě dalších oborů, např. u advokátů, poštovních úředníků, nebo vrcholových sportovců. Spousta studií rozšiřuje možnost výskytu také mimo pracovní prostředí, například do oblastí rodinných a partnerských vztahů, nebo dokonce do studentského prostředí (Kebza & Šolcová, 2003).

V českém prostředí se téma vyhoření objevuje na začátku 90. let 20. století, kdy se tématu věnovali například Haškovcová (1994), Křivohlavý (1998), Kebza a Šolcová (1998, 2003) a další. Kebza a Šolcová (1998) definují syndrom vyhoření jako stav emocionálního vyčerpání a depersonalizace, či ztrátu profesního zájmu nebo osobního zaujetí vedoucí k poklesu efektivity práce. Zároveň ho považují za postupně vynořující se důsledek dlouhodobého psychického vyčerpání a působení stresových faktorů.

Ačkoliv se definice syndromu vyhoření v určitých aspektech liší, lze nalézt také body, ve kterých ve většina současných definic shodují:

1. Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání.
2. Vyskytuje se zvl. u profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“.
3. Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální.
4. Klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava.
5. Všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického dlouhotrvajícího stresu (Kebza & Šolcová, 2003).

3.2 Projevy syndromu vyhoření

Existuje mnoho kategorizací různých autorů, skrz které je možné na projevy a příznaky syndromu vyhoření nahlédnout. Maroon (2008) uvádí, že projevy vyhoření se u jednotlivých osob různí. Mohou být mírné, částečné a dočasné v závislosti na fázi v níž se jedinec nachází. Nebo také mohou ležet velmi hluboko a způsobovat jedinci velké škody. Někteří jedinci mohou reagovat pouze emocionálně, jiní zase reagují převážně fyzicky a u některých se projeví reakce na obou rovinách.

Maslach a Schaufeli (1993) se pokusili popsat společné prvky většiny příznaků, které se vyskytují u syndromu vyhoření:

1. Zviditelní se dysforické příznaky, jako je mentální a emocionální vyčerpání, únava a deprese.
2. Těžiště je v rovině mentální a behaviorální, méně ve fyzických příznacích, i když v některých případech to může být obráceně.
3. Příznaky se projevují u osob bez psychopatologické minulosti.

Maslach a Jackson (1981) také vytvořili nástroj k vyšetření vyhoření, ve kterém dělí příznaky do třech kategorií: emocionální vyčerpání, cynismus (depersonalizace) a snížená výkonnost. Za emocionální vyčerpání označují pocity bezmoci, beznaděje, deprese a v těžkých případech myšlenky na sebevraždu. Druhou kategorií je depersonalizace neboli cynismus, ztráta pozitivních citů – např. respektu vůči klientovi až do bodu, kdy klient přestane být považován za lidskou bytost. Tento příznak se pojí také s chladem a negativním sebepojetím. Poslední kategorií je pocit nízké výkonnosti. Jedinec se domnívá, že nemá dostatek vědomostí a schopností a k seberealizaci v dané, především pracovní oblasti se staví negativně. Autoři také uvádí, že vyhoření nepostihuje všechny ve stejné míře a také časová perioda, ve které tento proces probíhá, se u každého postiženého jedince liší. Kromě nepříznivých vnějších vlivů zde roli hrají také osobnostní vlastnosti dané osoby.

Kebza a Šolcová (2003) dělí symptomy do tří kategorií, a to podle oblastí, ve kterých se vyskytují, jimiž jsou: psychická úroveň, fyzická úroveň a sociální úroveň. Mezi symptomy na psychické úrovni uvádí například pocity duševního vyčerpání, únavu, útlum celkové aktivity, depresivní ladění, pocity smutku, pokles nebo ztráta zájmu o témata

spojená s profesí, sebelítost, pocity bezmoci a beznaděje. Do fyzických symptomů řadí široké spektrum somatických obtíží – např. bolesti hlavy, poruchy spánku, trávení, celková ochablost, vegetativní obtíže, bolesti ve svalech a zvýšené riziko vzniku závislosti. Do úrovně sociálních vztahů zařazují sociální stažení, sníženou potřebu socializace, snížení míry empatie a postupné narůstání konfliktů v pracovním i mimopracovním prostředí.

3.3 Stádia syndromu vyhoření

Dalším způsobem, jakým je možné syndrom vyhoření definovat je sledovat jeho průběh a nahlédnout na něj jako na permanentně se vyvíjející proces. V literatuře existuje několik přístupů ke stanovení různého počtu fází vzniku a utváření tohoto syndromu. Někteří popisují tento proces jako hierarchický, jiní jako cyklus uvnitř uzavřeného kruhu.

Jedním z přístupů ke stanovení fází burnout syndromu je koncepce čtyř základních fází vyhoření dle Maslach (2003). Podstatou první fáze je prvotní nadšení a zaujetí pro věc, spojené s déletrvajícím přetěžováním. Ve druhé fázi se postupně objevuje psychické a částečně i fyzické vyčerpání, ve třetí nastupují počátky dehumanizované percepce okolí jako obranného mechanismu před dalším vyčerpáním a konečně ve čtvrté převažuje totální vyčerpání, negativismus, nezájem a lhostejnost.

Poschamp (2013) chápe vyhoření jako proměnlivý proces, při němž na sebe vnitřní postoje a reakce a vnější požadavky a reakce vzájemně působí, přičemž tento proces rozděluje do 5 fází:

1. Nadšení – tuto fázi určuje počáteční osobní postoj, očekávání, nadšení, angažovanost, přílišné zaujetí a nereálně vytyčené cíle, čímž se spouští proces vyhoření.
2. Šok z praxe – zde idealizovaný obraz naráží na neuspokojivou realitu. První reakcí je ještě snaha o dosažení vytyčených cílů a intenzivnější úsilí. Jako následek se pak objevuje zahořknutí vůči práci a všemu, co s ní souvisí. Zaujetí se snižuje a narůstá tendence stáhnout se od práce, klientů či kolegů. V této fázi není obvyklá depresivní nálada nebo agresivní chování.

3. Únava – nadměrné množství práce a otřesené sebepojetí způsobují pokles pracovního výkonu, pocit demotivace a únavy.
4. Skleslost – dochází k přibývajícimu zploštění emocionálního života, emoční vyčerpání, které se projevuje emoční hluchotou a neustálou skleslostí. Schopnost pociťovat např. radost, soucit, sexuální vzrušení atd. se stále více snižuje.
5. Existencionální beznaděj – objevují se psychosomatické obtíže, sebepojetí je více a více narušené, hrozí ztráta emocionální podpory ze strany kolegů, rodiny i přátel, která může vést až k existencionálnímu zoufalství.

3.4 Rizikové a protektivní faktory

Vznik syndromu vyhoření ovlivňují rizikové faktory, které se v literatuře dělí na tzv. vnější a vnitřní. Vnější faktory jsou nejčastěji spojovány se špatnými pracovními podmínkami a organizací práce. Leiter a Maslach (2003) na základě poznatků získaných z výzkumů prováděných napříč různými povoláními charakterizovali šest klíčových oblastí pracovního prostředí, které mohou zvyšovat riziko syndromu vyhoření: pracovní zátěž, kontrola nad vlastní prací, ocenění práce, vztahy v organizaci, spravedlnost v organizaci a hodnoty zastávané organizací, jejími členy a jedincem.

Rush (2004) se ve své práci zabýval vnitřními rizikovými faktory, mezi které řadí například neschopnost zpomalit a odpočívat, tendence udělat vše sám, přílišná pozornost věnovaná druhým lidem a nadměrné zabývání se jejich problémy, perfekcionismus, cílevědomost, soutěživost a nepřiměřené požadavky vůči sobě samému. Autor naznačuje, že na základě uvedených charakteristik těchto výkonných jedinců je zřejmé, že nejhoršími nepřáteli z hlediska rozvoje vyhoření jsou si často oni sami.

Z rizikových faktorů a příčin syndromu vyhoření vyplívají zároveň protektivní faktory a preventivní opatření, která mohou zabránit vzniku, nebo alespoň částečně riziko rozvoje snižovat. Kebza a Šolcová (2003) v přehledu protektivních faktorů zmiňují například odolnost (resilience), vhodný time-management, self-efficacy, dispoziční optimismus, schopnost relaxovat, zažívání „flow“ prožitků, sociální oporu a pocit osobní pohody (well-being).

3.5 Prevence a léčba

Podle mnohých autorů je v prevenci syndromu vyhoření důležité zejména udržování podporujícího pracovního prostředí a sociální opora, která zahrnuje podporu od spolupracovníků a nadřízených, ale také vztahy rodinné a vztahy s blízkými přáteli (Peeters et al., 1995).

Z hlediska prevence syndromu vyhoření je dále důležité zaměřit se na úpravu podmínek, jež nás zatěžují, což je záležitost jednak životního stylu jedince samotného (životospráva, úprava denního režimu, copingové strategie apod.), ale také záležitost organizace, jelikož vyhořelí pracovník je ztrátou také pro organizaci samotnou. Napomáhat může především dobrá pracovní organizace, ujasnění očekávání, práv a povinností, stanovení cílů, které jsou v souladu s kompetencemi pracovníků, poskytování zpětné vazby a uznání, spolupráce nebo flexibilní jednání. Dále může být nápomocná také úprava fyzikálních podmínek, například zajištění dostatečného klidu a soukromí, omezení hluku, vhodné osvětlení a teplota (Křivohlavý, 1998). V poslední řadě mohou organizace pracovníkům umožňovat účast na různých vzdělávacích kurzech zaměřených na prevenci syndromu vyhoření, na zvládání zátěžových situací obecně či na osobní rozvoj (Kebza & Šolcová, 2003).

V léčbě syndromu vyhoření se nejčastěji setkáváme s kognitivně-behaviorální terapií, která je zaměřena zejména na nácvik efektivnějšího zvládání stresových situací. Dále se ukazuje být účinná například existenciální psychoterapie, která pomáhá jedinci s hledáním nových hodnot a smyslu života obecně (Kebza & Šolcová, 2003).

3.6 Diagnostika syndromu vyhoření

Pro diagnostiku syndromu vyhoření lze využívat například metodu pozorování nebo rozhovoru. Nicméně nejčastěji používanými metodami jsou sebeposuzovací dotazníky.

Maslach Burnout Inventory (MBI) publikován autorkami Maslach a Jackson v roce 1981 je dosud nejrozšířenějším nástrojem pro diagnostiku syndromu vyhoření. Dotazník obsahuje 22 položek rozdělených do třech škál: depersonalizace, emocionální vyčerpání a snížený pracovní výkon. Položky jsou posuzovány ve dvou dimenzích: z hlediska

frekvence výskytu prožitků na šestibodové škále a z hlediska intenzity prožitků na sedmibodové škále. Tento nástroj je určen pouze pro pomáhající profese. Z tohoto důvodu byly později vyvinuty alternativní verze, například MBI General Survey (MBI-GS), jejímž cílem bylo přizpůsobit původní dotazník pro profese bez přímého osobního kontaktu s klienty (Ptáček et al., 2013).

Pinesová et al., (1981) publikovala inventář Burnout Measure, který se skládá z 21 položek posuzovaných na sedmibodové škále a zjišťuje tři hlavní složky vyhaslosti: pocity tělesného vyčerpání, emocionálního vyčerpání a duševního vyčerpání.

Z novějších metod je známý například Copenhagen Burnout Inventory (CBI), který se soustřeďuje především na vyčerpání (exhausti) jako klíčovou rozvojovou komponentu syndromu vyhoření a tím pádem vyřazuje ve srovnání s MBI složku depersonalizace a snížený pracovní výkon. Autoři rozlišují pracovní vyhoření, osobní vyhoření a vyhoření ve směru ke klientovi (Ptáček et al., 2013).

3.7 Syndrom vyhoření v povolání klinického psychologa a psychologa ve zdravotnictví

Povolání psychologa spadá do oblasti tzv. pomáhajících profesí, jejichž hlavní charakteristikou je to, že výkon daného povolání je založen na častém a úzkém kontaktu s druhými. Jak již bylo uvedeno, práce v oblasti pomáhajících profesí patří k těm, u nichž bývá zvýšené riziko syndromu vyhoření.

V zahraničí se syndromem vyhoření u australských klinických psychologů zabýval Hammond (2018). V jeho kvalitativní analýze uvedli 3 z 6 psychologů, že mají přímé zkušenosti se syndromem vyhoření, tito účastníci také následně splnili kritéria pro diagnostiku syndromu vyhoření dle MBI. Také studie, kterou provedl Ackerley (1988) na vzorku 562 klinických psychologů ukázala, že více než třetina vzorku vykazuje vysokou míru emočního vyčerpání a depersonalizace. Hannigan (2009) identifikoval specifické stresové faktory klinických psychologů, které přispívají ke vzniku syndromu vyhoření, jimiž jsou vlastnosti klienta, nadměrné pracovní vytížení, nízké profesionální sebevědomí a špatný přístup vedení. Metaanalýza, kterou provedl McCormack (2018) ukazuje, že nejrizikovější

dimenzí syndromu vyhoření v rámci profese klinického psychologa je emocionální vyčerpání.

V české republice existuje mnoho výzkumů syndromu vyhoření v pomáhajících profesích jako jsou pedagogové, lékaři, zdravotní sestry či sociální pracovníci (Ptáček et al., 2013). Cílem této práce je zmapovat některé jevy související s rizikem výskytu syndromu vyhoření u klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví, kterým byl v rámci tématu věnován prozatím výrazně menší prostor oproti výše uvedeným profesím.

4 Specifika profese klinického psychologa a psychologa ve zdravotnictví

Tato kapitola se zabývá profesí klinického psychologa a psychologa ve zdravotnictví a jejími specifiky. Nejprve se zaměřuji na představení způsobilosti k výkonu této profese, průběhu vzdělávání a pracovní náplň klinických psychologů. Poté se zaměřím na specifické zátěžové faktory doprovázející tuto profesi.

Asociace klinických psychologů (AKP) vymezuje klinickou psychologii následovně:

Klinická psychologie je samostatným aplikovaným vědním oborem, jehož předmětem je duševní život člověka v bio-psycho-sociálních souvislostech v kontinuu zdraví-nemoc, které je pojímáno vývojově, a to v projevech vnějších (chování, jednání, interakce) a vnitřních (prožívání, vědomí, nevědomí, sebepojetí atd.) i v projevech bio-sociálních (vlivy duševních pochodů na procesy psychické a sociální) (Baštecká & Mach, 2015, s. 34).

Podmínky pro výkon profese klinického psychologa upravuje zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Klinickým psychologem se v České republice může stát absolvent jednooborového akreditovaného magisterského studia psychologie, který úspěšně složil atestační zkoušku ve specializačním vzdělávání v oboru klinická psychologie. Do té doby se pracovník nazývá „psychologem ve zdravotnictví“. Ještě před nástupem do zdravotnického zařízení a zařazením do specializačního vzdělávání v klinické psychologii musí totiž student absolvovat akreditovaný kurz Psycholog ve zdravotnictví, který má studenty připravit obecně pro práci ve zdravotnictví. Absolvent psychologie s tímto kvalifikačním kurzem může pod supervizí klinického psychologa zahájit specializační studium, které probíhá při výkonu praxe na akreditovaných pracovištích. Pověřenou institucí, která toto vzdělávání koordinuje a kontroluje je Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ). Specializační příprava při plném úvazku trvá 5 let. Kromě této základní specializace může psycholog pokračovat ještě v navazujícím studiu dětské klinické psychologie, které trvá další 2 roky (Baštecká & Mach, 2015).

Pracovní náplň klinického psychologa popisují Baštecká a Mach (2015) následovně:

Klinický psycholog v rámci systému zdravotní péče a péče o duševní zdraví provádí v souladu s § 3, odst. 1,2 a § 22 zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních tyto činnosti:

- Psychologickou diagnostiku, psychoterapii a socioterapii.
- Neodkladnou péči v případě akutních krizí a traumat.
- Rehabilitaci, reedukaci a resocializaci psychických funkcí.
- Školení zdravotnických pracovníků v oblasti psychologie zdraví a nemoci.
- Psychologickou prevenci včetně prevence psychologických problémů u zdravotnických pracovníků.
- Poradenskou činnost v oblasti péče o psychický stav tělesně i duševně nemocných pacientů včetně paliativní péče a přípravy na lékařské zákroky.
- Odbornou konziliární, posudkovou a dispenzární činnost, činnost výukovou a výzkumnou“ (s. 49).

V rámci programu specializačního vzdělávání se frekventanti povinně účastní vzdělávacích aktivit, za něž dostávají kredity. Patří sem například psychiatrické minimum (20 dní), jednodenní teoretické semináře pořádané akreditovaným zařízením, účast na kazuistických seminářích (min 10 seminářů za semestr, tj. 20 hodin), kurz první pomoci a základy zdravotnické legislativy. Další částí specializačního vzdělávání je povinná praxe na několika specializovaných pracovištích, kam patří psychologické pracoviště poskytující péči o děti (min 160 hodin), pracoviště poskytující služby psychiatrickým pacientům (160 hodin), pracoviště lůžkového oddělení poskytující své služby pacientům jiných lékařských oborů (160 hodin) a doplňková praxe, dle vlastní volby. Dále by v rámci specializačního vzdělávání měli frekventanti získat certifikaci v několika základních psychodiagnostických metodách (např. Rorschachova metoda, MMPI-2, WAIS-III apod.) Pro vykonávání psychoterapeutických služeb v rámci praxe ve zdravotnictví zaměstnavatelé také většinou vyžadují absolvování akreditovaného psychoterapeutického výcviku, jehož doba se pohybuje také kolem 5 let.

Nutno podotknout, že většina z těchto kurzů, seminářů a výcviků jsou zpoplatněny a většinu z nich si také frekventanti hradí z vlastních finančních zdrojů, přičemž se často jedná o vysoké částky. K získání atestace v klinické psychologii vede velmi náročná a dlouhá cesta, jedinec musí být připraven věnovat vzdělávání většinu svého času, úsilí a zároveň musí být připraven do vzdělávání také investovat vlastní náklady. Samotný výkon práce však není nijak vysoce finančně ohodnocen.

Současné výzkumy naznačují, že frekventanti specializační přípravy v klinické psychologii jsou vystaveni velmi vysokému stresu (Hannigan et al., 2009; Pakenham et al., 2012). Pica (1998) identifikoval několik stresových faktorů, mezi hlavní z nich patří například časté nejasnosti ohledně řešení komplikovaných symptomů těžko zařaditelných do přesných diagnostických kategorií nebo nejasnosti ohledně etických dilemat. Dalším zdrojem stresu se ukazuje být realita klinického procesu, která často zaostává za „okouzlenými očekáváními“ ohledně úspěšnosti a rychlosti léčby či terapie (Skovholt & Ronnestad, 2003). Mezi další stresory patří časová náročnost, velké množství pacientů, nutnost často střídat mezi několika různými rolami (navštěvování přednášek a kazuistických seminářů, kurzy psychodiagnostických metod, výzkumná činnost, terapeutická práce, administrativní činnosti) a nízké profesionální sebevědomí, přičemž mnohým z těchto faktorů čelí také již kvalifikovaní kliničtí psychologové (Cushway & Tyler, 1994). Mezi stresory, se kterými se setkávají zejména kvalifikovaní odborníci, patří dlouhodobé vystavování náročným interpersonálním situacím, přístup vedení zdravotnického zařízení k profesi psychologa a komplikovaná finanční situace (Jenaro et al., 2007).

5 Současné výzkumy vzájemných vztahů empatie, únavy ze soucitu, spokojenosti se soucitem a syndromu vyhoření u pomáhajících profesí

V předchozích kapitolách byly představeny základní teoretické poznatky týkající se konceptů empatie, únavy ze soucitu, spokojenosti ze soucitu a syndromu vyhoření. Byla také představena specifika profese klinického psychologa a psychologa ve zdravotnictví. Následující kapitola se dále bude zabývat provázáním a vzájemnými vztahy zmíněných konceptů.

Z předchozích kapitol je patrné, že u pracovníků v pomáhajících profesích existuje zvýšené riziko jevů jako je syndrom vyhoření nebo únava ze soucitu (Cushway & Tyler, 1994; Figley, 1995; Hannigan et al., 2009; Pakenham et al., 2012).

Studie zkoumající únavu ze soucitu u sociálních pracovníků ukazuje, že s počtem odpracovaných let se riziko rozvinutí únavy ze soucitu snižuje (Cunningham, 2003). Podobná zjištění byla získána ve studii na psychoterapeutech, kde bylo prokázáno, že únava ze soucitu klesá s rostoucí délkou praxe (Kabunga et al., 2016). Dlouhá pracovní doba, počet odpracovaných hodin týdně (velikost pracovního úvazku) a vysoká frekvence pacientů se také ukazují jako rizikové pro rozvoj syndromu vyhoření a sekundárního traumatického stresu (Sprang et al., 2007). Thompson et al. (2014) ve své studii zkoumající pracovníky v oblasti duševního zdraví poukazují na to, že ženy zažívají únavu ze soucitu častěji než muži, jiné výzkumy ale naopak rozdíl z hlediska pohlaví nenašly (Thomas, 2013).

Rossi et al. (2012) se ve své studii zabývali demografickými faktory, které mohou souviset se syndromem vyhoření, únavou ze soucitu a spokojeností ze soucitu u pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví. Jejich studie ukazuje, že vysoké riziko únavy ze soucitu se objevuje zejména u žen, které v minulosti zažili vlastní traumatickou událost. Výsledky tohoto výzkumu dále ukázaly pozitivní korelaci mezi únavou ze soucitu a syndromem vyhoření. Ačkoliv odborníci označují tyto dva jevy jako koncepčně odlišné, výsledky této studie naznačují, že jsou zároveň úzce propojeny.

Na Slovensku se problematikou zabývala Ondrejková a Halamová (2022), jejichž výzkumným cílem bylo porovnat míru prevalence únavy ze soucitu u různých pomáhajících

profesí. Mezi profese s nejvyšší vykazovanou mírou vyhoření a únavy ze soucitu patřili lékaři, pedagogové a zdravotní sestry. Naopak profesí s nejnižší uváděnou úrovní CF byli psychoterapeuti a koučové. Autorky uvádí, že tento výsledek může být způsoben dlouhodobým psychoterapeutickým výcvikem psychoterapeutů, supervizí či dokonce schopností lépe zvládat a zpracovávat vlastní emoce.

Dalším z významných rizikových faktorů únavy ze soucitu a vyhoření se ukazuje být neustále vystavování se velmi emocionálně intenzivním a stresujícím situacím spojeným s nemocí či trápením druhých, potřebou velké pozornosti a neustálého empatického naslouchání pacientům či klientům (Decety et al., 2010).

Empatie hraje důležitou roli nejenom ve vztahu mezi pomáhajícím pracovníkem a pacientem, ale podílí se také na výsledcích léčebného procesu a je spojena se zvýšenou spokojeností všech zúčastněných (Epstein et al., 2007). Figley (2002) uvádí, že vysoká schopnost empatie je nezbytným nástrojem pro psychoterapeutickou práci, zejména pro navázání terapeutického vztahu a úspěšnost celého psychoterapeutického procesu. Na druhou stranu ale současné výzkumy ukazují, že s empatií mohou být spojeny určité náklady. Přílišná citlivost na trápení druhých může být vyčerpávající. Při poskytování péče a podpory lidem v nouzi se mohou emocionální a empatické zdroje pečovatele vyčerpat a tím přispět ke vzniku únavy ze soucitu, sekundárního traumatického stresu nebo syndromu vyhoření (Duarte et al., 2016; Figley, 2002).

Zde vyvstává otázka, do jaké míry je schopnost empatie pro práci pomáhajícího přínosem, vedoucím k efektivitě léčebného procesu a spokojenosti všech zúčastněných jedinců a v jaké míře již působí spíše opačným směrem? Existuje bod zlomu, kde se empatie mění na nežádoucí mechanismus přispívající ke vzniku výše popsanych negativních jevů?

V historii byly emocionální reakce mezi lékaři a pacienty považovány za ohrožení objektivity. Odborníci se snažili o odpoutanost od empatického cítění a osobních pocitů. Například Blumgart (1964) ve své definici tzv. „neutrální empatie“ říká, že aby mohl lékař udělat „co je třeba“ nesmí pociťovat smutek, lítost, či jiné obtížné emoce. Na základě tohoto konfliktu mezi emocemi a objektivitou někteří autoři mluví o tzv. „profesionální empatii“ vycházející čistě z kognitivního základu (Hojat, 2002). Zdůrazňují zejména schopnost nahlédnout do situace a prožívání druhého bez toho, aniž bychom tento stav sami prožívali.

Takto definovaná empatie pak představuje žádoucí stav mezi léčitелеm a pacientem. Z těchto myšlenek je patrné, že mírou, ve které by bylo možné odlišit empatii jako protektivní faktor a empatii vedoucí spíše k negativním psychickým jevům by mohlo být její rozdělení na kognitivní a emocionální složku.

Tématem se podrobně zabýval Gleichgerrcht a Decety (2013) ve studii zkoumající empatii, alexithymii, altruismus a demografické údaje ve vztahu k profesionální kvalitě života na vzorku 7 584 praktických lékařů. V této studii nebyly nalezeny žádné významné rozdíly mezi pohlavím ani délkou praxe na pozitivní či negativní aspekty profesionální kvality života. Výsledky regresních analýz ukazují, že empatický zájem, přejímání perspektivy a altruismus statisticky významně souvisí s uspokojením ze soucitu. Na druhé straně negativní aspekty profesního života, tj. syndrom vyhoření a sekundární traumatický stres byly významně pozitivně spojeny s osobním distresem. Tato zjištění podporují myšlenku, že empatický zájem a schopnost usuzovat na myšlenky a pocity druhých a zároveň schopnost umět je odlišit od svých vlastních mohou vést k vřelým pocitům a pomoci druhým. Naopak když je schopnost zaujímání perspektivy nízká a doprovázená vysokou úrovní osobního utrpení, mohou se objevit spíše opačné pocity a jevy jako syndrom vyhoření, sekundární traumatický stres a únava ze soucitu.

Gleichgerrcht a Decety (2014) dále zkoumali empatické vzrušení lékařů u v reakci na vnímání bolesti druhých pomocí fMRI. Výsledky ukazují, že lékaři, kteří jsou úspěšní při regulaci negativního afektivního vzrušení, lépe tlumí vlastní pocity nepříjemnosti neboli empatickou reakci tzv. osobní tíseň, která vzniká při pozorování bolesti druhých. Autoři uvádí, že tato regulace nepříjemných pocitů může mít příznivé důsledky při uvolňování kognitivních zdrojů nezbytných pro řešení klinických problémů a pravděpodobně zde dochází k tomu, že snížení jedné složky empatie (osobní tíseň) může vyvolat zvýšení složek dalších, zejména kognitivní složky empatie, zaujímání perspektivy. Z těchto myšlenek vyplývá, že lékaři, kteří jsou nejvíce zranitelní vůči rozvinutí únavy ze soucitu mohou být zejména ti, kteří mají potíže s regulací svého emočního vzrušení.

Duarte et al. (2016) ve své studii zkoumal vztah mezi empatií sester, sebesoucitem a dimenzemi profesionální kvality života. V jeho studii byla spokojenost ze soucitu pozitivně spojena s empatickým zájmem ($p = 0,41$) a přejímáním perspektivy ($p = 0,32$)

a negativně spojena s osobním utrpením ($p = -.22$). Naproti tomu syndrom vyhoření byl pozitivně spojen s osobní tísní ($p = 0.18$) a negativně s empatickým zájmem ($p = -.19$) a přejímáním perspektivy ($p = -.15$). Únava ze soucitu byla pozitivně spojena s osobní úzkostí ($p = 0.21$) ale také s empatickým zájmem ($p = 0.18$). Tento výsledek naznačuje, že nejen prožívání negativních pocitů jako je osobní tíseň, ale možná také prožívání silných pozitivních pocitů, například empatického zájmu o druhé může při určité míře způsobit emocionální vyčerpání a vést k únavě ze soucitu. Zároveň výsledky mnohonásobných regresních ukazují, že složky empatie a sebesoucitu významně predikují změny v uspokojení ze soucitu, únavu ze soucitu a syndrom vyhoření.

Thomas (2013) se ve své studii zaměřoval na koncept osobní tísně a tří dalších složek empatie ve vztahu k únavě ze soucitu, uspokojení ze soucitu a vyhoření u sociálních pracovníků. V této studii se ukázala osobní tíseň jako jediná složka konstruktů empatie s významnými asociacemi se závislými proměnnými. Vyšší osobní tíseň byla spojena s vyšší únavou ze soucitu ($p = 0.364$) a vyhořením ($p = 0.646$) a nižší spokojeností ze soucitu ($p = -.368$).

Cílem studie, kterou provedl Ruiz-Fernández et al. (2021) bylo analyzovat profesionální kvalitu života zdravotních sester a lékařů a její vztah k empatii, odolnosti a sebesoucitu během pandemie COVID-19 ve Španělsku. Odolnost ($p = 0.55$) a soucit se sebou samým ($p = 0.41$) se ukázaly jako významné zdroje pro dosažení spokojenosti se soucitem. Afektivní empatie ($p = 0.44$) byla označena jako největší prediktor únavy ze soucitu. Nadměrná identifikace, která je dimenzí soucitu se sebou, byla silně spojena s únavou ze soucitu, což podporuje tvrzení, že vysoké prožívání vlastních emocí ve vztahu k prožívání druhých je jeden z hlavních předchůdců únavy ze soucitu.

Zhang et. Al (2021) zkoumali vztah sebeorientované empatie, únavy ze soucitu a potenciální zprostředkující roli dispoziční všímavosti a sebeúčinnosti u pracovníků krizové linky. Autoři našli významně pozitivní asociace mezi sebeorientovanou empatií a oběma koncepty únavy ze soucitu, tj. sekundárním traumatickým stresem ($p = 0,52$) a vyhořením ($p = 0,44$), přičemž tato asociace je zprostředkována všímavostí a sebeúčinností poradce.

Hunt et al. (2019) provedli studii, jejímž cílem bylo prozkoumat vztahy mezi konstrukty emoční empatie, kognitivní empatie a profesionální kvality života u pracovníků

na onkologickém oddělení v Irsku. V této studii nebyl prokázán žádný vztah mezi přejímáním perspektivy a profesionální kvalitou života, což je v rozporu se zjištěním předchozích výzkumů (Duarte et al., 2016; Gleichgerrcht & Decety, 2013). Byl prokázán pozitivní vztah mezi osobní tísní, syndromem vyhoření ($p = 0.29$) a sekundárním traumatickým stresem ($p = 0.32$). Negativní vztah byl nalezen mezi osobním distresem a spokojeností se soucitem ($p = -0.77$). Empatický zájem pozitivně souvisel se sekundárním traumatickým stresem ($p = 0.27$), což je v souladu s výsledky studie, kterou provedl Duarte et al. (2016) na vzorku zdravotních sester. Autoři uvádějí, že sdílení emocí s druhým vede k prožívání empatického zájmu, ale pokud se objeví osobní identifikace s emocemi druhého, empatický zájem se může proměnit v prožívání osobní úzkosti.

Výzkumů empatie a jejího vlivu na profesionální kvalitu života není mnoho. Také samotný koncept únavy ze soucitu je v odborné literatuře poměrně novým a málo probádaným. Navíc, jak bylo nastíněno v teoretické části této práce, jeho přesné ukotvení, definice a odlišení od podobných konceptů nejsou zcela jasné a jeho pojetí se mezi jednotlivými autory různí. Nicméně autoři, kteří se problematikou zabývali se shodují, že vztahy mezi těmito koncepty nejsou jednoduché a pravděpodobně se na nich podílí množství dalších faktorů. Shodují se v myšlence, že pro těžení z pozitivních aspektů kvality života je nezbytná minimální míra empatie, ovšem bod, kdy empatický zájem a osobní tíseň začínají směřovat spíše k negativním aspektům, stále není jasný. Z tohoto důvodu doporučují podrobněji zkoumat a ověřovat tyto souvislosti na větších vzorcích, dalších pomáhajících i jiných profesích, ve větším časovém rozmezí a také v různých kulturách (Duarte et al., 2016; Gleichgerrcht & Decety, 2013; Hunt et al., 2019; Thomas, 2013).

Ve většině zmíněných a současných studií zabývajících se se vztahem empatie, únavy ze soucitu a vyhořením dominuje multidimenzionální pojetí Davise (1980, 1983) představené v předchozích kapitolách. Většina studií využívají pro měření empatie autorem vytvořený Index Interpersonální reaktivity (IRI), který měří čtyři konstrukty empatie rozdělené do dvou subškál – kognitivní a afektivní empatie. Výhodou tohoto pojetí je, že díky jasnému definování těchto empatických reakcí lze prozkoumat podobnosti a rozdíly mezi nimi a zejména mezi jejich důsledky pro další chování. Z tohoto důvodu a z důvodu možnosti porovnání s předchozími výzkumy je nástroj použit také pro účel této práce.

Empirická část

6 Výzkumný problém

Výzkumným problémem této práce je prozkoumat souvislosti mezi empatií, únavou ze soucitu, uspokojením ze soucitu a syndromem vyhoření. Rozhodla jsem se tyto souvislosti zmapovat u specifické skupiny, kterou jsou kliničtí psychologové a psychologové ve zdravotnictví (v předatestační přípravě) pracující ve státním či soukromém zdravotnickém zařízení. Odrejková a Halamová (2022) zkoumali únavu ze soucitu na vzorku českých a slovenských pomáhajících profesích, mezi které patřili např. lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, psychoterapeuti či policisté. Dle mého názoru je populace klinických psychologů a psychologů pracujících ve zdravotnickém zařízení velmi specifickou skupinou, co se týče stresových faktorů spojených s pracovním prostředím a výkonem této profese. Z tohoto důvodu považuji za přínosné prozkoumat výše zmíněné souvislosti také u těchto pracovníků a umožnit tak porovnání s ostatními pomáhajícími profesemi. Formulace výzkumného problému pramení ze studií, které byly představeny v literárně přehledové části této práce (Duarte, 2016; Gleichgerrcht & Decety, 2013; Hunt et al., 2019; Ruiz-Fernández et al., 2021; Thomas, 2013; Zhang et al., 2021)

6.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem tohoto výzkumu je prozkoumat souvislosti mezi empatií, únavou ze soucitu, uspokojením ze soucitu a syndromem vyhoření u specifické pomáhající profese, kterou jsou kliničtí psychologové a psychologové pracující ve zdravotnickém zařízení.

Dalším cílem je rozšíření povědomí o výskytu únavy ze soucitu u této profese, jejich možných rizikových a protektivních faktorech a tím přispět k možnostem rozvoje intervencí zaměřených na eliminaci únavy ze soucitu a jí příbuzných jevů. Pochopení specifických souvislostí mezi jednotlivými aspekty empatie a aspekty profesionální kvality života může pomoci rozšíření programů pro pracovníky v pomáhajících profesích, které jim mohou pomoci rozpoznat odlišné projevy empatie či dokonce regulovat množství míry empatické

reakce, aby se vyhnuli únavě ze soucitu či vyhoření a zároveň zajistit empatickou reakci dostatečně silnou, aby byli motivováni pomáhat pacientům či klientům dle jejich potřeb.

6.2 Výzkumné otázky

Na základě cílů této práce byly stanoveny následující výzkumné otázky:

VO1. Jaký je vztah mezi jednotlivými složky empatie a uspokojením ze soucitu?

VO2. Jaký je vztah mezi jednotlivými složky empatie a únavou ze soucitu?

VO3. Jaký je vztah mezi jednotlivými složky empatie a syndromem vyhoření?

VO4. Jaká je míra výskytu únavy ze soucitu, uspokojení ze soucitu a syndromu vyhoření u klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví v ČR?

6.3 Výzkumné hypotézy

Na základě stanovení výzkumných otázek byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Mezi škálou Osobní tísně a škálou Uspokojení ze soucitu existuje negativní korelační vztah.

H2: Mezi škálou Empatického zájmu a škálou Uspokojení ze soucitu existuje pozitivní korelační vztah.

H3: Mezi škálou Přejímání perspektivy a škálou Uspokojení ze soucitu existuje pozitivní korelační vztah.

H4: Mezi škálou Osobní tísně a škálou Únava ze soucitu existuje pozitivní korelační vztah.

H5: Mezi škálou Empatického zájmu a škálou Únava ze soucitu existuje negativní korelační vztah.

H6: Mezi škálou Přejímání perspektivy a škálou Únava ze soucitu existuje negativní korelační vztah.

H7: Mezi škálou Osobní tísně a škálou Vyhoření existuje pozitivní korelační vztah.

H8: Mezi škálou Empatického zájmu a škálou Vyhoření existuje negativní korelační vztah.

H9: Mezi škálou Přejímání perspektivy a škálou Vyhoření existuje negativní korelační vztah.

H10: Ženy dosahují vyšších hodnot na škále Únava ze soucitu než muži.

H11: Psychologové s více lety praxe dosahují nižších hodnot na škále Únava ze soucitu než psychologové s méně lety praxe.

H12: Psychologové, kteří absolvovali sebezkušnostní část psychoterapeutického výcviku dosahují nižších hodnot na škále Únava ze soucitu než psychologové, kteří ji neabsolvovali.

H13: Psychologové, kteří pracují na úvazek 0.8 či nižší dosahují nižších hodnot na škále Únava ze soucitu než psychologové pracující na vyšší úvazek.

H14: Složky empatie predikují jednotlivé dimenze profesionální kvality života.

6.3.1 Operacionalizace proměnných

- Empatický zájem – skóre škály EC dotazníku IRI
- Osobní distress – skóre škály PD dotazníku IRI
- Přejímání perspektivy – skóre PT dotazníku IRI
- Syndrom vyhoření – skóre škály BO dotazníku ProQol
- Únava ze soucitu – součet skóre škál BO a STS dotazníku ProQol

6.4 Metody získávání dat

Po prostudování teoretických poznatků, současných výzkumů a po posouzení výzkumných otázek byl pro tento výzkum vybrán kvantitativní výzkumný design.

Sběr dat probíhal od 15.11.2022 do 31.12.2022. Zpracování dat následně proběhlo během ledna. Před samotným sběrem dat byla provedena pilotáž, které se zúčastnili 3 respondenti a která objasnila informace zejména o době potřebné pro vyplnění celého dotazníku. Dále byla ověřena srozumitelnost jednotlivých položek. Žádný ze tří respondentů neuvedl žádné nejasnosti týkající se položek dotazníku.

Data byla sbírána anonymně prostřednictvím elektronického formuláře Google Forms. K vyplnění dotazníku byli nejprve osloveni kliničtí psychologové a psychologové ve zdravotnictví uvedeni v elektronické databázi Národní registr poskytovatelů zdravotnických služeb zveřejněné na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Součástí průvodního dopisu byla také prosba o rozeslání dotazníku svým kolegům v oblasti zdravotnictví a klinické psychologie. Následně byl dotazník zveřejněn také na sociálních sítích. Podmínkou k účasti na výzkumu bylo složení atestační zkoušky v oboru klinické psychologie, nebo započetí předatestační přípravy v oboru klinická psychologie (tedy dokončené magisterské studium jednooborové psychologie + absolvování kurzu Psycholog ve zdravotnictví). Zároveň bylo podmínkou vykonávání současné praxe na pozici klinického psychologa či psychologa ve zdravotnictví v soukromém či státním (veřejném) zdravotnickém zařízení.

Respondenti byli vybráni pomocí metody příležitostného výběru. Výběr výzkumného vzorku nebyl proveden náhodně, záleželo na ochotě a zájmu jedinců, zda se budou chtít dotazníkového šetření zúčastnit.

Na úvod elektronického formuláře byli respondenti seznámeni s cíli a podmínky účasti na výzkumu. Respondenti byli dále seznámeni s informací ohledně přibližného času potřebného pro vyplnění dotazníku a na závěr byl předložen kontaktní email pro případné dotazy či připomínky.

Dotazník obsahuje tři části. První část se zaměřuje na měření různých aspektů empatie pomocí dotazníkové metody Index interpersonální reaktivity (IRI), druhá část předkládá dotazníkovou metodu ProQol, měřící syndrom vyhoření, únavu ze soucitu a spokojenost se soucitem. Poslední část zahrnuje položky zjišťující demografické údaje.

6.4.1 Překlad dotazníku

Vzhledem k tomu, že jsem v této práci u obou použitých metod vycházela převážně z anglických originálů, bylo nutné nejprve provést překlad do českého jazyka. Oslovila jsem dva nezávislé překladatele – studentku překladatelství prvního ročníku navazujícího magisterského studia a profesionálního překladatele. Následně jsme tyto dvě verze společně

posoudili, a vybrali nejlepší verze jednotlivých položek. Poté byl soubor zaslán nezávislému bilingvnímu jedinci (anglický rodilý mluvčí), který pomocí metody zpětného překladu provedl překlad zpět do anglického jazyka. Následně jsme společně zpětně přeloženou verzi porovnali s anglickým originálem. Verze byly téměř totožné. Objevilo se pouze pár nepatrných drobností, které jsme na základě spolupráce všech zmíněných osob společně upravili do finální verze. Tato verze byla v poslední řadě zaslána a prokonzultována s vedoucím bakalářské práce.

6.4.2 Interpersonal Reactivity Index (IRI)

Davis (1983, s. 113) definoval empatii jako „reakci jedince na vnímané zážitky druhých.“ Interpersonal Reactivity Index (IRI) vytvořil jakožto dotazník měřící některé aspekty empatie s cílem podpořit pohled na empatii jako na multidimenzionální konstrukt. Jedná se o sebe-posuzovací dotazník, který obsahuje celkem 28 výroků. Respondent odpovídá pomocí pětistupňové škály, kde na kontinuu od 1 do 5 hodnotí, do jaké míry ho konkrétní tvrzení vystihuje (1 = *does not describe me well* do 5 = *describes me very well*). Dotazník je rozdělen na 4 subškály, přičemž každé subškále odpovídá vždy 7 položek:

- Škála Přejímání perspektivy („perspective-taking scale“, PT) odráží schopnost pohlížet na věci z pohledu druhého člověka a při hodnocení zvažovat, jak situace vypadá z odlišného úhlu pohledu. Příklad výroku: „Před tím, než někoho kritizuji, snažím se představit, jak bych se cítil/a, kdybych byl/a na jeho/jejím místě“.
- Škála Fantazie („fantasy scale“, FS) měří, jak snadno se člověk vcítí do pocitů a činů fiktivních knižních či filmových postav. Příklad výroku: „Když sleduji dobrý film, velmi snadno se vcítím do hlavní postavy.“
- Škála empatického zájmu („emotion concern scale“, EC) vyjadřuje tendenci prožívat pocity vřelosti, soucitu a starostlivosti k ostatním. Příklad výroku: „Když vidím, že je někdo využíván, cítím se vůči němu tak trochu ochranně.“
- Škála osobního distresu („personal distress scale“, PD) zahrnuje vlastní pocity nepříjemnosti a neklidu v reakci na pozorované emoce ostatních

lidí. Příklad výroku: „Když vidím někoho, kdo nutně potřebuje pomoc v nouzi, mám tendenci se hroutit.“ (Davis, 1980, s. 10-11).

Subškála Přejímání perspektivy druhého a subškála Fantazie měří kognitivní složku empatie, subškály Empatický zájem a Osobní distress měří naopak složku afektivní. Na rozdíl od některých dalších nástrojů sloužících k měření empatie zde nejsou skóre jednotlivých subškál sčítány v jednotné skóre „celkové empatie“ (Davis, 1983). Představený nástroj tedy umožňuje hledání souvislostí a bohatou interpretaci získaných skóre v rámci každé subškály zvláště, což je jedním z důvodů, proč jsem se ho rozhodla pro tuto práci použít. Dalším důvodem pro použití nástroje byla jeho častá administrace v zahraničních studiích, věnujících se souvislostem mezi empatií a profesionální kvalitou života. Použití právě tohoto nástroje tedy umožní porovnání zjištěných výsledků s již existujícími výzkumy, například u jiných pomáhajících profesí. V poslední řadě byl dotazník zvolen pro své poměrně silné psychometrické vlastnosti.

Koeficient vnitřní konzistence (Cronbachova alfa) se u všech subškál pohyboval v rozmezí 0,70-0,78. Ověření pomocí test-retest metody dosahovalo hodnot v rozmezí 0,61-0,79 pro muže a 0,62-0,81 pro ženy (Davis, 1980). Také faktorová analýza potvrdila, že položky dotazníku měří 4 hlavní faktory, což odpovídá teoretickým předpokladům a zvyšuje tak validitu měřicího nástroje (Pulos et al., 2004).

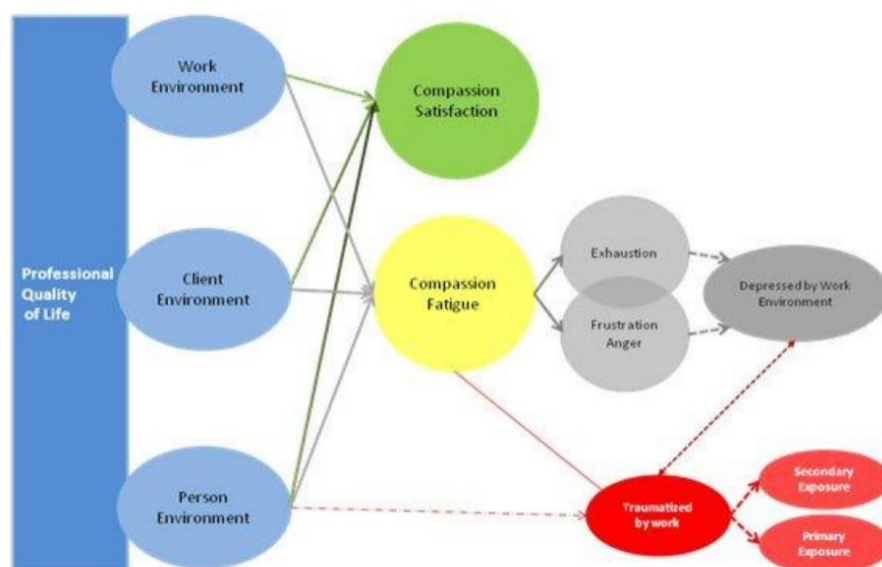
6.4.3 Professional Quality of Life Scale (ProQOL)

Druhým použitým nástrojem byla Škála profesionální kvality života (The Professional Quality of Life Scale, ProQOL-5), konkrétně její pátá verze. Do českého jazyka dotazník přeložila Jarošová a Čurdová (2012). Z důvodu drobných nepřesností překladu jsem se ale pro tuto práci rozhodla provést vlastní překlad, jehož průběh byl popsán v předchozí kapitole. ProQOL-5 sebe-posuzovací nástroj, který se skládá ze 30 položek a je rozdělen na 3 subškály. První subškála měří spokojenost se soucitem („Compassion Satisfaction – CS“), definovanou jako potěšení pramenící z pomáhání druhým a pocitu spokojenosti z toho, že mohu dobře vykonávat svou práci pomáhajícího pracovníka („Možnost pomáhat lidem, mi přináší pocit spokojenosti.“). Druhá subškála měří syndrom vyhoření („Burnout – BO“) neboli pocity beznaděje, vyčerpání a potíže s efektivním vykonáváním své práce („Cítím se být zahlcený/á svou prací.“). Poslední subškála měří

sekundární traumatický stres („Secondary Traumatic Stress—STS“), který je definován jako druhotné vystavování se traumatickým či emocionálně vyčerpávajícím a velice stresujícím zážitkům klientů či pacientů, které mohou mít za následek negativní pocity, strach, potíže se spánkem a vyhýbání se myšlenkám na náročné zážitky dané osoby („Příliš se zaměstnávám myšlenkami na lidi, kterým pomáhám.“). Každá subškála se skládá z 10 položek hodnocených na Lickertově škále v rozmezí od 1 do 5 (1 = „Nikdy“, 5 = „Velmi často“) udávající frekvenci zažívání pozitivních a negativních důsledků poskytování pomoci druhým v posledních 30 dnech. Únavu ze soucitu („Compassion fatigue – CF“) tvoří společně subškály Sekundárního traumatického stresu a Syndromu vyhoření (Stamm, 2010). Níže uvedený diagram ilustruje jednotlivé prvky profesionální kvality života.

Obrázek 4

Grafické znázornění Profesionální kvality života (Stamm, 2010)



Koeficient vnitřní konzistence (Cronbachova alfa) pro se pro jednotlivé škály dotazníku pohyboval následovně: 0,88 pro škálu CS, 0,75 pro škálu BO a 0,81 pro škálu STS (Stamm, 2010). Zatím neexistuje česká verze Škály profesionální kvality života (ProQOL-5). Nicméně Köverová (2016) provedla slovenskou adaptaci, která se ukázala jako dostatečně spolehlivá a validní. Cronbachova alfa dosahovala hodnot 0,80 u škály CS, 0,75 u škály STS a 0,55 u škály BO. Autorka uvádí, že nízká hodnota subškály vyhoření byla pravděpodobně způsobena přílišnou heterogenitou jejích položek. Následně byla také

spočítána vnitřní konzistence škály CF, která dosahovala hodnoty 0,78. Dalo by se uvažovat nad tím, že ve slovenské verzi je spolehlivější škála Únavy ze soucitu spíše jako celek než její rozdělení na dvě samostatné části.

Z hlediska konstruktové validity se potvrdily očekávané vztahy mezi únavou ze soucitu, spokojeností ze soucitu, sekundárním traumatickým stresem, vyhořením a souvisejícími proměnnými, kterými byl optimismus, sebehodnocení, pozitivní a negativní emocionalita, úzkostnost a depresivita (Köveroová, 2018).

6.4.4 Demografické údaje

Poslední část dotazníku zjišťovala demografické údaje respondentů, které jsou dle dosavadních výzkumů relevantní k dané problematice. Z demografických údajů byl zjišťován věk, pohlaví a místo bydliště (kraj). Otázka na nejvyšší dosažené vzdělání nebyla v dotazníku obsažena, jelikož podmínkou pro vstup do předatestační přípravy v oblasti klinické psychologie je dokončení vysokoškolského magisterského studia jednooborové Psychologie. Lze tedy předpokládat, že respondenti jsou absolventi magisterského, či doktorského studia. Dále byli respondenti v rámci pracovního kontextu dotázáni na délku praxe na pozici klinického psychologa či psychologa ve zdravotnictví a velikost pracovního úvazku. Poslední otázka zjišťovala, zda respondenti absolvovali sebezkušenostní část psychoterapeutického výcviku. Uvedené údaje byly zjišťovány zejména kvůli možné souvislosti s dalšími zkoumanými proměnnými.

6.5 Metody zpracování a analýzy dat

Analýza dat byla provedena ve statistickém programu JAMOVI. K popisu výzkumného souboru byla použita deskriptivní statistika. Normalita byla ověřována pomocí Shapiro-Wilk testu. Vnitřní konzistence byla ověřována pomocí Cronbachova α . Následně byl využit neparametrický Mannův-Whitneyho t-test pro porovnání hodnot proměnných u dvou různých skupin. Dále byla provedena korelační analýza a pro výpočet korelačních vztahů byl využit Pearsonův korelační koeficient. Následně byla pro lepší porozumění vztahu mezi jednotlivými proměnnými spočítána regresní analýza.

7 Výzkumný soubor

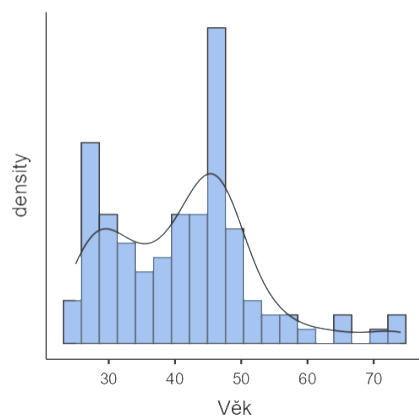
Výzkumný soubor tvořila populace klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví pracujících v soukromém či státním zdravotnickém zařízení. Klinický psycholog a psycholog ve zdravotnictví je absolvent jednooborového magisterského studia psychologie. Kliničtí psychologové mají úspěšně složenou atestační zkoušku ve specializačním vzdělávání v oboru klinická psychologie a psychologové ve zdravotnictví mají úspěšně absolvovaný akreditovaný kurz Psycholog ve zdravotnictví.

Z celkového počtu (n=105) se výzkumu zúčastnilo 76 žen (72,4 %) a 29 mužů (27,6 %). Tento nepoměr lze interpretovat obecně vyšší zástupností žen v pomáhajících profesích. Průměrný věk výzkumného souboru byl 41.2 let (SD=10.7), medián 42, minimum 25 let a maximum 74 let. Deskriptivní statistiku proměnných věk a délka praxe lze nalézt v Tabulce 2 a rozložení věku znázorňuje Graf 1. Tabulka 3 informuje o četnosti krajů, ve kterých participanti žijí.

Tabulka 2

Deskriptivní statistika proměnných věk a délka praxe

Descriptives		
	Věk	Délka praxe
N	105	105
Mean	41.2	12.5
Median	42	11.0
Mode	47.0	8.00
Standard deviation	10.7	10.1
Minimum	25	0.0800
Maximum	74	50.0
Skewness	0.624	0.991
Std. error skewness	0.236	0.236
Kurtosis	0.634	1.44
Std. error kurtosis	0.467	0.467

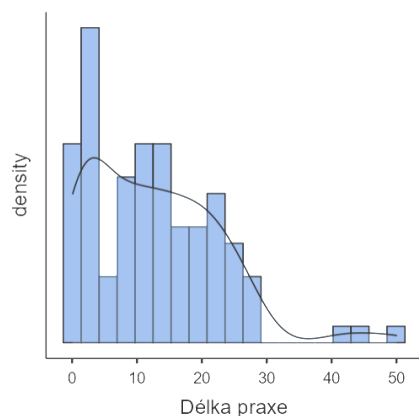


Graf 1
Histogram věku v letech

Tabulka 3
Četnost krajů, ve kterých participanti žijí

Frequencies of Kraj bydliště		
Levels	Counts	% of Total
Hlavní město Praha	21	20.0 %
Jihomoravský kraj	17	16.2 %
Jihočeský kraj	1	1.0 %
Karlovarský kraj	1	1.0 %
Kraj Vysočina	1	1.0 %
Královéhradecký kraj	6	5.7 %
Liberecký kraj	8	7.6 %
Moravskoslezský kraj	12	11.4 %
Olomoucký kraj	4	3.8 %
Pardubický kraj	4	3.8 %
Plzeňský kraj	5	4.8 %
Středočeský kraj	12	11.4 %
Zlínský kraj	8	7.6 %
Ústecký kraj	5	4.8 %

Průměrná délka praxe participantů je 12.5 let ($SD=10.1$), medián 11 s minimem 0,08 roku a maximem 50 let. Na Grafu 2 lze vidět zešikmení zprava, které poukazuje na větší koncentraci hodnot pod průměrem.



Graf 2

Histogram délky praxe v letech

Četnost velikostí jednotlivých úvazků je zobrazena v Tabulce 4, přičemž nejvíce participantů pracuje na úvazek o velikosti 0.81-1 (77.1 %). Druhým nejvíce zastoupeným byl úvazek 0.41-0.6 (10.5 %).

Tabulka 4

Četnost velikostí úvazku

Frequencies of Velikost úvazku		
Levels	Counts	% of Total
128–160 hodin měsíčně (pracovní úvazek 0,81- 1)	81	77.1 %
32 - 64hodin měsíčně (pracovní úvazek 0,21 - 0,4)	3	2.9 %
65–96 hodin měsíčně (pracovní úvazek 0,41- 0,6)	11	10.5 %
96–128 hodin měsíčně (pracovní úvazek 0,61- 0,8)	10	9.5 %

Jak lze vidět v Tabulce 5, sebezkušenostní část psychoterapeutického výcviku absolvovalo 83.9 % z celkového počtu participantů.

Tabulka 5

Četnost absolvování sebezkušenostní části psychoterapeutického výcviku

Frequencies of Sebezkušenostní část psychoterapeutického výcviku		
Levels	Counts	% of Total
Ano	88	83.8 %
Ne	17	16.2 %

8 Výsledky

8.1 Deskriptivní statistika a normalita rozložení

Jednotlivé složky empatie byly měřeny čtyřmi subškálami dotazníku IRI. Na škále Osobního distressu (PD) respondenti dosahovali průměrné hodnoty 18.9 (SD=5.46). Na škále Empatického zájmu (EC) byla naměřena průměrná hodnota 26.8 (SD=3.77), na škále Přejímání perspektivy (PT) 26.4 (SD=4.23) a na škále Fantazie (FS) 23.0 (SD=4.88). Výsledky deskriptivní statistiky jednotlivých aspektů empatie jsou zobrazeny v tabulce 6.

Normalita jednotlivých škál empatie byla zjišťována pomocí Shapiro-Wilk testu. Hodnoty škál Fantazie, Přejímání perspektivy a Empatický zájem vykazují nesignifikantní výsledek ($p > 0.05$), což napovídá, že tyto škály odpovídají normálnímu rozložení. Škála Osobního distressu dosahuje hodnoty $p < 0.001$. Tato škála naopak normální rozložení nevykazuje.

Tabulka 6

Deskriptivní statistika jednotlivých škál empatie

	Descriptives			
	Osobní distres (PD)	Empatický zájem (EC)	Přejímání perspektivy (PT)	Fantazie (FS)
N	105	105	105	105
Mean	18.9	26.8	26.4	23.9
Median	18	27	27	24
Standard deviation	5.46	3.77	4.23	4.88
Minimum	9	15	13	7
Maximum	33	35	34	35
Skewness	0.667	-0.312	-0.439	-0.486
Std. error skewness	0.236	0.236	0.236	0.236
Kurtosis	0.156	-0.0494	-0.0493	0.921
Std. error kurtosis	0.467	0.467	0.467	0.467
Shapiro-Wilk W	0.949	0.980	0.975	0.972
Shapiro-Wilk p	< .001	0.125	0.062	0.064

Vnitřní reliabilita škály Přejímání perspektivy dosahuje hodnoty Cronbachova $\alpha = .753$. Škála Osobního distressu dosahuje hodnoty Cronbachova $\alpha = .770$. Škála Fantazie značí Cronbachovu $\alpha = .743$ a škála Empatického zájmu Cronbachovu $\alpha = .622$.

Jednotlivé složky Profesionální kvality života byly měřeny pomocí čtyř škál. Na škále Syndromu vyhoření dosahovali respondenti průměrné hodnoty 24.3 (SD=4.74), na škále Sekundárního traumatického stresu 20.5 (SD=5.77) a na škále Uspokojení ze soucitu 39.6 (SD=5.23). Škála Únavy ze soucitu byla vypočtena sečtením položek pro škály STS a BO a dosahuje průměrné hodnoty 44.9 (SD=9.03). Výsledky jsou znázorněny v Tabulce 7.

Normalitu rozložení dle Shapiro-Wilk testu nevykazuje žádná z dílčích subškál Profesionální kvality života (ProQol).

Tabulka 7

Deskriptivní statistika Profesionální kvality života (ProQol)

Descriptives				
	Syndrom vyhoření (BO)	Sekundární traumatický stres (STS)	Uspokojení ze soucitu (CS)	Únava ze soucitu (CF)
N	105	105	105	105
Mean	24.3	20.5	39.6	44.9
Median	24	19	40	43
Standard deviation	4.74	5,77	5.23	9.03
Minimum	14	12	27	28
Maximum	37	39	49	71
Skewness	0.504	1.25	-0.435	1.21
Std. error skewness	0.236	0.236	0.236	0.236
Kurtosis	0.113	1.75	-0.255	1.62
Std. error kurtosis	0.467	0.467	0.467	0.467
Shapiro-Wilk W	0.973	0.898	0.972	0.898
Shapiro-Wilk p	0.029	< .001	0.024	< .001

Z hlediska reliability škála Sekundárního traumatického stresu dosahuje hodnoty Cronbachova $\alpha = .795$. Cronbachova α škály Uspokojení ze soucitu značí hodnotu $\alpha = 0.846$. Škála Syndromu vyhoření dosahuje hodnoty Cronbachova $\alpha = .668$. Reliability škály Únava ze soucitu značí hodnotu Cronbachova $\alpha = .800$.

VO4. Jaká je míra výskytu únavy ze soucitu, uspokojení ze soucitu a syndromu vyhoření u klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví v ČR?

U škály Vyhoření Stamm (2010) považuje skór >41 za známku přítomnosti projevů typických pro syndrom vyhoření. Skór ≤ 23 naopak značí pozitivní pocity o vlastních schopnostech a efektivitě v práci a skór od >23 do ≤ 41 značí mírné riziko rozvoje negativních projevů spojených se syndromem vyhoření. U škály Sekundárního traumatického stresu se hodnoty pohybují následovně: >43 velké riziko sekundárního traumatického stresu, >23 do ≤ 43 mírné riziko, ≤ 23 absence rizika. Na škále Uspokojení ze soucitu je naopak skór ≤ 23 z hlediska pracovního uspokojení považován za velmi rizikový, skór od >23 do ≤ 41 značí mírné riziko a skór >41 odpovídá vysokému profesnímu uspokojení. Únava ze soucitu je počítána jako součet skórů STS a BO: ≤ 46 žádné riziko, od >46 do ≤ 84 mírné riziko a >84 velké riziko.

V našem výzkumném vzorku nebyly naměřeny žádné hodnoty odpovídající vysokému riziku na škále Syndromu vyhoření, Sekundárního traumatického stresu, Uspokojení ze soucitu a Únavy ze soucitu. Na škále Syndromu vyhoření vykazuje mírné riziko 59 % participantů, zbylých 41 % naopak vykazuje pozitivní pocity pramenící z profesního uspokojení. Na škále Sekundárního traumatického stresu mírné riziko vykazuje 21.0 % a žádné riziko 78.1 %. 40 % participantů vykazuje vysoké skóre na škále Uspokojení ze soucitu a 60 % je z hlediska profesního uspokojení mírně ohroženo. Únavou ze soucitu je mírně ohroženo 35.2 % a 64.8 % nevykazuje žádné riziko. Četnosti jednotlivých jevů znázorňuje Tabulka 8, 9, 10 a 11.

Tabulka 8*Četnost míry vyhoření (BO)*

Frequencies of BO		
Levels	Counts	% of Total
>23 do ≤41	62	59.0 %
≤23	43	41.0 %

Tabulka 9*Četnost míry sekundárního traumatického stresu (STS)*

Frequencies of STS		
Levels	Counts	% of Total
>23 do ≤43	23	21.9 %
≤23	82	78.1 %

Tabulka 10*Četnost míry uspokojení ze soucitu (CS)*

Frequencies of CS		
Levels	Counts	% of Total
>23 do ≤41	63	60.0 %
>41	42	40.0 %

Tabulka 11*Četnost míry únavy ze soucitu (CF)*

Frequencies of CF		
Levels	Counts	% of Total
>46 do ≤84	37	35.2 %
≤46	68	64.8 %

8.2 Porovnání dimenzí Profesionální kvality života na základě zjišťovaných demografických údajů (t-test)

H10: Ženy dosahují vyšších hodnot na škále Únava ze soucitu než muži.

V tomto výzkumu byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami z hlediska míry Únavy ze soucitu ($p = 0.017$). Konkrétně, ženy dosahovaly vyšších hodnot Únavy ze soucitu než muži a hypotéza 10 je potvrzena.

Tabulka 12

Výsledky Mann-Whitney U testu pro porovnání míry únavy ze soucitu z hlediska pohlaví

Independent Samples T-Test – Pohlaví			
		Statistic	P
Únava ze soucitu (CF)	Mann-Whitney U	768	0.017

H11: Psychologové s více lety praxe dosahují nižších hodnot na škále Únava ze soucitu než psychologové s méně lety praxe.

Participantů byli rozděleni na dvě skupiny podle délky (roků) praxe, konkrétně podle toho, zda jejich jednotlivé roky praxe byli pod průměrem, či nad průměrem. Výsledky ukazují, že nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly na základě délky praxe ($p=0.214$), tím pádem je hypotéza H11 zamítnuta.

Tabulka 13

Výsledky Mann-Whitney U testu pro porovnání míry únavy ze soucitu z hlediska délky praxe

Independent Samples T-Test – Více zkušeností X méně zkušeností			
		Statistic	P
Únava ze soucitu (CF)	Mann-Whitney U	1175	0.214

H12: Psychologové, kteří absolvovali sebezkušenostní část psychoterapeutického výcviku dosahují nižších hodnot na škále Únava ze soucitu než psychologové, kteří ji neabsolvovali.

Mezi účastníky, kteří absolvovali sebezkušenostní část psychoterapeutického výcviku a těmi, kteří tuto část neabsolvovali, nebyl nalezen z hlediska skóre únavy ze soucitu statisticky významný rozdíl ($p=0.508$). Hypotéza H12 je tedy zamítnuta.

Tabulka 14

Výsledky Mann-Whitney U testu pro porovnání míry únavy ze soucitu z hlediska absolvování sebezkušenostní části psychoterapeutického výcviku

Independent Samples T-Test – Sebezkušenostní část psychoterapeutického výcviku			
		Statistic	p
Únava ze soucitu (CF)	Mann-Whitney U	672	0.508

H13: Psychologové, kteří pracují na úvazek 0.8 či nižší dosahují nižších hodnot na škále Únava ze soucitu než psychologové pracující na úvazek vyšší.

Mezi participanty, kteří pracují na úvazek 0.81 a vyšší a participanty pracujícími na úvazek 0.8 či menší nebyl nalezen statisticky významný rozdíl z hlediska míry únavy ze soucitu ($p = 0.326$). Hypotéza 13 je zamítnuta.

Tabulka 15

Výsledky Mann-Whitney U testu pro porovnání míry únavy ze soucitu z hlediska velikosti pracovního úvazku

Independent Samples T-Test – Velikost úvazku			
		Statistic	P
Únava ze soucitu (CF)	Mann-Whitney U	833	0.326

8.3 Korelační analýza

Korelační analýza ověřuje hypotézy stanovené v kapitole Výzkumné hypotézy. Korelační vztah je vyjádřený Pearsonovým r ($r \geq .50$ = vysoká korelace, $r \geq .30$ = středně vysoká korelace, $r \geq .10$ = nízká korelace a $r \geq 0$ = zanedbatelná korelace) (Cohen, 1988). O hodnotách korelačních koeficientů v našem souboru informuje Tabulka 16.

H1: Mezi škálou Osobní tísně a škálou Uspokojení ze soucitu existuje negativní korelační vztah.

Mezi škálou Osobní tíseň a škálou Uspokojení ze soucitu byl nalezen nízký negativní korelační vztah ($r = -0.229$, $p = 0.019$). Hypotéza 1 je tedy částečně podpořena.

H2: Mezi škálou Empatického zájmu a škálou Uspokojení ze soucitu existuje pozitivní korelační vztah.

Mezi škálou Empatického zájmu a škálou Uspokojení ze soucitu byl nalezen středně vysoký korelační vztah ($r = 0.460$, $p = < .001$) a hypotéza 2 je tím pádem podpořena.

H3: Mezi škálou Přejímání perspektivy a škálou Uspokojení ze soucitu existuje pozitivní korelační vztah.

Mezi škálou Přejímání perspektivy a škálou Uspokojení ze soucitu byl nalezen nízký pozitivní korelační vztah ($r = 0.254$, $p = 0.009$). Hypotéza 3 je tedy částečně podpořena.

H4: Mezi škálou Osobní tísně a škálou Únava ze soucitu existuje pozitivní korelační vztah.

Mezi škálou Osobní tíseň a škálou Únava ze soucitu byl nalezen signifikantně středně vysoký korelační vztah ($r = 0.429$, $p = < .001$). Hypotéza 4 je podpořena.

H5: Mezi škálou Empatického zájmu a škálou Únava ze soucitu existuje negativní korelační vztah.

Mezi škálou Empatického zájmu a škálou Únava ze soucitu byl nalezen zanedbatelný korelační vztah ($r = -0.017$, $p = 0.861$). Hypotéza 5 je tedy zamítnuta.

H6: Mezi škálou Přejímání perspektivy a škálou Únava ze soucitu existuje negativní korelační vztah.

Mezi škálou Přejímání perspektivy a škálou Únava ze soucitu byl nalezen signifikantně nízký negativní korelační vztah ($r = -0.111$, $p = 0.261$), tedy hypotéza 6 je částečně podpořena.

H7: Mezi škálou Osobní tísně a škálou Vyhoření existuje pozitivní korelační vztah.

Mezi škálou Osobní tísně a škálou Vyhoření byl nalezen středně vysoký korelační vztah ($r = 0.325$, $p < .001$). Hypotéza 7 je podpořena.

H8: Mezi škálou Empatického zájmu a škálou Vyhoření existuje negativní korelační vztah.

Mezi škálou Empatického zájmu a škálou Vyhoření byl nalezen statisticky nízký korelační vztah ($r = -0.223$, $p = 0.022$). Hypotéza 8 je tedy částečně podpořena.

H9: Mezi škálou Přejímání perspektivy a škálou Vyhoření existuje negativní korelační vztah.

Mezi škálou Přejímání perspektivy a škálou Vyhoření byl nalezen nízký korelační vztah ($r = -0.266$, $p = 0.006$) a hypotéza 9 je tedy částečně podpořena.

Tabulka 16

Korelační analýza dimenzí profesionální kvality života (ProQol) a subškál empatie (IRI)

Correlation Matrix									
		Osobní distres (PD)	Empatický zájem (EC)	Přejímání perspektivy (PT)	Fantazie (FS)	Syndrom vyhoření (BO)	Sekundární traumatický stres (STS)	Uspokojení ze soucitu (CS)	Únava ze soucitu (CF)
Osobní distres (PD)	Pearson's r	—							
	p-value	—							
Empatický zájem (EC)	Pearson's r	0.035	—						
	p-value	0.724	—						
Přejímání perspektivy (PT)	Pearson's r	-0.181	0.381	—					
	p-value	0.064	< .001	—					
Fantazie (FS)	Pearson's r	0.131	0.424	0.355	—				
	p-value	0.181	< .001	< .001	—				
Syndrom vyhoření (BO)	Pearson's r	0.325	-0.223	-0.266	-0.022	—			
	p-value	< .001	0.022	0.006	0.820	—			
Sekundární traumatický stres (STS)	Pearson's r	0.404	0.156	0.045	0.284	0.471	—		
	p-value	< .001	0.111	0.645	0.003	< .001	—		
Uspokojení ze soucitu (CS)	Pearson's r	-0.229	0.460	0.254	0.214	-0.649	-0.387	—	
	p-value	0.019	< .001	0.009	0.028	< .001	< .001	—	
Únava ze soucitu (CF)	Pearson's r	0.429	-0.017	-0.111	0.170	0.826	0.886	-0.588	—
	p-value	< .001	0.861	0.261	0.083	< .001	< .001	< .001	—

8.4 Regresní analýza

H14: Složky empatie predikují jednotlivé dimenze profesionální kvality života.

Pro lepší porozumění vztahu mezi jednotlivými složky empatie a únavou ze soucitu, uspokojením ze soucitu, sekundárním traumatickým stresem a syndromem vyhoření byly provedeny 4 regresní modely.

Variabilitu proměnné Únava ze soucitu vysvětlují navržené prediktory (proměnné empatie) z 22 %. Zbývajících 78 % variace rozptylu je tedy způsobeno jinými faktory než prediktory v tomto modelu. Únavu ze soucitu statisticky významně predikovala pouze proměnná Osobní distres ($p < .001$), přičemž vyšší skóre na škále Osobního distresu predikuje vyšší skóre únavy ze soucitu. Dosažené hodnoty jsou znázorněny v Tabulce 17 a 18.

Tabulka 17

Variace rozptylu proměnné Únava ze soucitu

Model Fit Measures – Únava ze soucitu (CF)		
Model	R	R ²
1	0.457	0.229

Tabulka 18

Vliv prediktorů na závislou proměnnou Únava ze soucitu

Model Coefficients – Únava ze soucitu (CF)				
Predictor	Estimate	SE	t	P
Intercept	33.784	7.331	4.608	< .001
Osobní distres (PD)	0.654	0.153	4.270	< .001
Přejímání perspektivy (PT)	-0.154	0.218	-0.705	0.482
Empatický zájem (EC)	-0.188	0.245	-0.770	0.443
Fantazie (FS)	0.327	0.190	1.723	0.088

Dále proměnné empatie vysvětlují 27 % rozptylu proměnné Uspokojení ze soucitu. Statisticky významně proměnnou Uspokojení ze soucitu predikují Osobní distres ($p = 0.006$) a Empatický zájem ($p < .001$), ovšem různými způsoby. Vyšší skóre škály Empatický zájem predikuje vyšší skóre škály Uspokojení ze soucitu, a naopak nízké hodnoty škály Osobního distresu predikují vysoké hodnoty na škále Uspokojení ze soucitu.

Tabulka 19*Variace rozptylu proměnné Uspokojení ze soucitu*

Model Fit Measures – Uspokojení ze soucitu (CS)		
Model	R	R ²
1	0.525	0.275

Tabulka 20*Vliv prediktorů na závislou proměnnou Uspokojení ze soucitu*

Model Coefficients – Uspokojení ze soucitu (CS)				
Predictor	Estimate	SE	t	P
Intercept	25.5953	4.0672	6.293	< .001
Osobní distres (PD)	-0.2364	0.0850	-2.782	0.006
Empatický zájem (EC)	0.6071	0.1357	4.474	< .001
Přejímání perspektivy (PT)	0.0298	0.1208	0.246	0.806
Fantazie (FS)	0.0564	0.1054	0.535	0.594

V dalším modelu proměnné empatie vysvětlují 18 % proměnné Syndrom vyhoření. Statisticky významné se opět ukázaly proměnné Osobní distres ($p = 0.003$) a Empatický zájem ($p = 0.049$). Osobní distres souvisí se Syndromem vyhoření pozitivně a Empatický zájem negativně.

Tabulka 21*Variace rozptylu proměnné Syndrom vyhoření*

Model Fit Measures – Syndrom vyhoření (BO)		
Model	R	R ²
1	0.428	0.183

Tabulka 22*Vliv prediktorů na závislou proměnnou Syndrom vyhoření*

Model Coefficients – Syndrom vyhoření (BO)				
Predictor	Estimate	SE	t	P
Intercept	29.4429	3.9122	7.526	< .001
Osobní distres (PD)	0.2528	0.0817	3.092	0.003
Empatický zájem (EC)	-0.2602	0.1305	-1.993	0.049
Přejímání perspektivy (PT)	-0.1850	0.1162	-1.592	0.114
Fantazie (FS)	0.0833	0.1014	0.822	0.413

V poslední řadě proměnné empatie vysvětlují 22 % rozptylu proměnné Sekundární traumatický stres. Statisticky významnou proměnnou se ukázal být pouze Osobní distres ($p < .001$), který se Sekundárním traumatickým stresem souvisí pozitivně.

Tabulka 23

Variace rozptylu proměnné Sekundární traumatický stres

Model Fit Measures – Sekundární traumatický stres (STS)		
Model	R	R ²
1	0.470	0.221

Tabulka 24

Vliv prediktorů na závislou proměnnou Sekundární traumatický stres

Model Coefficients – Sekundární traumatický stres (STS)				
Predictor	Estimate	SE	T	P
Intercept	4.3408	4.6505	0.933	0.353
Osobní distres (PD)	0.4013	0.0972	4.130	< .001
Empatický zájem (EC)	0.0717	0.1552	0.462	0.645
Přejímání perspektivy (PT)	0.0314	0.1381	0.227	0.821
Fantazie (FS)	0.2441	0.1206	2.024	0.056

Hypotéza 14 je tedy podpořena pouze částečně, jelikož v našich modelech predikují únavu ze soucitu pouze složky osobní distres a empatický zájem, složky přejímání perspektivy a fantazie se ani v jednom modelu neukázaly jako statisticky významné.

9 Diskuse

Hlavním cílem výzkumu bylo prozkoumat vztah mezi jednotlivými složky empatie, únavou ze soucitu, uspokojením ze soucitu a syndromem vyhoření u klinických psychologů a psychologů pracujících ve zdravotnickém zařízení. Dalším cílem bylo rozšíření povědomí o výskytu únavy ze soucitu u této profese a jejich možných rizikových a protektivních faktorech, mezi které lze jednotlivé složky empatie zařadit. V poslední řadě lze tímto výzkumem přispět k možnostem rozvoje specifických intervencí zaměřených na eliminaci popsaných psychických jevů.

Průměrné hodnoty škál profesionální kvality života v našem vzorku byly podobné předchozím studiím zkoumající různé pomáhající profese (Duarte, 2016; Gleichgerrcht & Decety, 2013; Hunt et al., 2019; Thomas, 2013). Ve výzkumu Ondřejkové (2022), která zkoumala únavu ze soucitu na českém a slovenském vzorku mezi profesí s nejvyšší mírou únavy ze soucitu patřili lékaři (CF = 52.09), zdravotní sestry (CF = 48.82) a pedagogové (CF = 49.66). V našem vzorku dosahovalo skóre škály Únava ze soucitu hodnoty CF = 44.9, což napovídá, že kliničtí psychologové a psychologové pracující ve zdravotnictví nejsou únavou ze soucitu ohroženi v takové míře, jako například lékaři a zdravotní sestry. Zároveň ale hodnoty škály Uspokojení ze soucitu byli u našeho vzorku a vzorku lékařů, zdravotních sester a pedagogů téměř totožné. Z hlediska škál Sekundárního traumatického stresu a Vyhoření byli ve výzkumu Ondřejkové (2022) nejohroženější skupinou opět lékaři, zdravotní sestry a pedagogové. Hodnoty těchto profesí na škále Sekundárního traumatického stresu byli vyšší než hodnoty naměřené na našem vzorku, ovšem na škále Vyhoření byly hodnoty lékařů, zdravotních sester a pedagogů s naším vzorkem opět téměř totožné. Lze usoudit, že psychologové pracující ve zdravotnictví zažívají nižší únavu ze soucitu než jiné pomáhající profese, například lékaři, zdravotní sestry či pedagogové, ovšem z hlediska vyhoření a uspokojení ze soucitu jsou tyto profese srovnatelné.

Hypotéza 1 o negativním korelačním vztahu mezi škálou Osobní tíseň a škálou Uspokojení ze soucitu byla částečně podpořena. Dále byla podpořena hypotéza 2 o pozitivním korelačním vztahu mezi škálou Empatického zájmu a Uspokojení ze soucitu. Částečně byla podpořena hypotéza 3 o pozitivním korelačním vztahu mezi škálou Přejímání perspektivy a Uspokojením ze soucitu. Hypotéza 4 o pozitivním korelačním vztahu mezi

škálou Osobní tísně a škálou Únava ze soucitu byla také podpořena. Dále byla částečně podpořena hypotéza 6 o negativním korelačním vztahu mezi škálou Přejímání perspektivy a škálou Únava ze soucitu. Byla také podpořena hypotéza 7 o pozitivním korelačním vztahu mezi škálou Osobní tísně a Vyhořením. Hypotéza 8 o negativním vztahu mezi škálou Empatického zájmu a škálou Vyhoření byla částečně podpořena a hypotéza 9 o negativním korelačním vztahu mezi škálou Přejímání perspektivy a škálou Vyhoření byla také podpořena částečně. Tyto výsledky jsou v souladu s výsledky výzkumů představených v teoretické části této práce, které zkoumaly vztah empatie a únavy ze soucitu u dalších pomáhajících profesí (Duarte, 2016; Gleichgerrcht & Decety, 2013; Hunt et al., 2019; Ruiz-Fernández et al., 2021; Thomas, 2013)

V předchozím výzkumu se objevují nekonzistentní výsledky ohledně vlivu pohlaví na profesionální kvalitu života. V této práci byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami z hlediska únavy ze soucitu. Konkrétně, ženy dosahovaly vyšších hodnot na škále Únava ze soucitu než muži a hypotéza 10 byla potvrzena. Podobné výsledky našli také Gleichgerrcht a Decety (2013), kteří poukazují na to, že ženy dosahují také vyšších hodnot na škále Empatického zájmu, jsou tedy více emocionálně vyčerpané a tím pádem ohroženější únavou ze soucitu než muži. Výsledky jsou také v souladu se studií, kterou provedli Thompson et al. (2014).

Mezi hypotézy, které byly zamítnuty, patří hypotéza 5 o negativním korelačním vztahu mezi škálou Empatického zájmu a Únavou ze soucitu, kde byl nalezen pouze zanedbatelný korelační vztah ($r = -0.017$, $p = 0.861$). Většina studií uvádí negativní korelační vztah mezi škálou Empatický zájem a Únavou ze soucitu (Gleichgerrcht & Decety, 2013; Ruiz-Fernández et al., 2021). Ovšem někteří další autoři (Duarte, 2016; Hunt et al., 2019) našli naopak pozitivní korelační vztah mezi těmito jevy. Empatický zájem v těchto výzkumech statisticky významně souvisel s uspokojením ze soucitu, ale také s únavou ze soucitu. Toto zajímavé zjištění napovídá, že za určitou úrovní může být empatický zájem a vnímavost k utrpení druhých jedním z rizikových faktorů pro rozvoj únavy ze soucitu. Jelikož empatický zájem a osobní distres společně tvoří afektivní složku empatie a zároveň se statisticky ukazují jako rizikové pro rozvoj únavy ze soucitu, lze z výsledků těchto výzkumů usoudit, že pro rozvoj únavy ze soucitu je riziková zejména převaha afektivní

složky. Výsledky regresní analýzy provedené v tomto výzkumu ale zároveň ukazují, že empatický zájem statisticky významně predikuje proměnnou uspokojení ze soucitu ($p < .001$). Nelze ho tedy označit pouze jako rizikový faktor, jelikož je také nezbytný pro dosažení pozitivních pocitů pramenících z profese pomáhajícího odborníku. Můžeme usoudit, že pro udržení pozitivních pocitů jako je uspokojení ze soucitu je za potřebí alespoň minimální úroveň afektivní empatie, zejména empatického zájmu, která se ale zároveň v určité zvýšení míře může stát riziková a může vést až k únavě ze soucitu. Budoucí výzkum by se měl zabývat právě tímto bodem zlomu.

Dále byla zamítnuta hypotéza 11, která očekávala, že míra únavy ze soucitu bude nižší u psychologů s více lety praxe. Toto zjištění je v rozporu s většinou předchozích zahraničních studií (Cunningham, 2003; Kabunga et al., 2016; Sprang et al., 2007). Ovšem stejné výsledky ukázal výzkum únavy ze soucitu, který provedla Ondřejková (2022) na vzorku českých a slovenských pomáhajících profesionálů. Dalo by se uvažovat, že délka praxe sama o sobě nemusí být klíčová, ale že důležitější roli v rozvoji únavy ze soucitu mohou hrát spíše další faktory, které nebyly v tomto výzkumu zahrnuty. Mezi tyto faktory patří například soucit se sebou samým, frekvence kontaktu s pacienty, osobnostní charakteristiky jedinců, přítomnost patologie, nebo praktikování mindfulness (Duarte, 2016; Malíková, 2022; Ondřejková, 2022).

Hypotéza 12, předpokládající nižší míru únavy ze soucitu u psychologů, kteří absolvovali sebezkušenostní část psychoterapeutického výcviku byla taktéž zamítnuta. Ondřejková (2022) předpokládá, že dlouhodobý psychoterapeutický sebezkušenostní výcvik souvisí se schopností jedinců lépe zvládat a zpracovávat vlastní emoce a tím snižuje riziko výskytu únavy ze soucitu. Zde je možné diskutovat, zda absolvování sebezkušenostního výcviku opravdu zaručuje vyšší schopnost regulace emocí. Pro další výzkum by tedy mohlo být přínosné spíše než souvislost se sebezkušenostním výcvikem prozkoumat samotnou souvislost únavy ze soucitu a emoční regulace jako jeden z možných protektivních faktorů únavy ze soucitu.

Zamítnuta byla také hypotéza 13 o nižší míře únavy ze soucitu u participantů, kteří pracují na úvazek 0.8 či nižší, což je v nesouladu s výzkumem, který provedl Sprang et al. (2007). Většina dalších studií zahrnula místo velikosti úvazku faktor frekvence přímého

kontaktu s pacienty, který se také ukazuje jako statisticky významný z hlediska míry únavy ze soucitu (Jacobowitz et al., 2015; Ondřejková, 2022). Z velikosti úvazku nelze usoudit přesnou frekvenci přímého kontaktu s pacienty či klienty a z tohoto důvodu se možná v této práci neprokázala velikost úvazku jako statisticky významná. Pro další výzkum by tedy bylo přínosnější zaměřit se spíše na faktor frekvence přímého kontaktu s pacienty či klienty.

Zároveň byl v tomto výzkumu zaznamenán velmi silný korelační vztah mezi únavou ze soucitu a syndromem vyhoření ($p = 0.826$), což je v souladu s dalšími výzkumy (Ondřejková, 2022; Rossi et al., 2012). Tento vztah naznačuje, že společně se snížením soucitu s pacienty a vyhořením ve smyslu vztahu k pacientovi může docházet také k vyhoření z práce jako takové, jelikož soucitný kontakt je jejím základem.

Výsledky regresních analýz naznačují, že osobní distres a empatický zájem jsou v tomto modelu jedinými složkami empatie, které významně predikují únavu ze soucitu, syndrom vyhoření a uspokojení ze soucitu, což je v nesouladu s výsledky některých dalších studií, kde se jako významná ukazovala také proměnná přejímání perspektivy (Duarte, 2016; Gleichgerrcht & Decety, 2013), ale zároveň v souladu s výzkumem, který provedl Thomas (2013) a kde se naopak jako jedinou složkou empatie predikující popsané jevy ukázal osobní distres. Tento výsledek podporuje také výzkum, který provedl Yan et al. (2021) a který našel signifikantní pozitivní korelaci mezi afektivní složkou empatie a depresí, ale nikoliv se složkou kognitivní. Nicméně, v této práci byl ale nalezen pozitivní korelační vztah škály Přejímání perspektivy se škálou Uspokojení ze soucitu a negativní korelační vztah se škálou Únava ze soucitu, Vyhoření a Sekundární traumatický stres. Tyto výsledky mohou naznačovat, že kognitivní složka empatie sama o sobě nepredikuje únavu ze soucitu ani uspokojení ze soucitu, ale spíše přiměřená a adekvátně regulovaná úroveň afektivní empatie predikující uspokojení ze soucitu může uvolňovat kapacitu pro zapojení kognitivní složky empatie, zhodnocení a oddělení vlastních pocitů od pocitů druhých.

Z hlediska zamezení rozvinutí jevů jako je únava ze soucitu, a naopak k dosažení pozitivních pocitů pramenících z profese pomáhajícího lidem v nouzi se na základě tohoto výzkumu zdá být nezbytné učit se regulovat afektivní složku empatie. Zejména je důležité odlišení osobní tísně od širšího kontextu empatie a pochopení, že různé aspekty empatie mohou vyžadovat rozdílné strategie sebeřízení.

K diskuzi o výsledcích této práce je třeba dodat, že se jedná pouze o výběrový vzorek populace klinických psychologů a psychologů pracujících ve zdravotnickém zařízení a není možné tyto výsledky zobecnit na celou populaci těchto pracovníků. Další limity výzkumu jsou diskutovány v následující kapitole.

9.1 Limity výzkumu a doporučení pro další výzkum

Jeden z limitů tohoto výzkumu představuje online sběr dat pomocí elektronického dotazníku. U této metody není možné ověření identity a zejména ověření, zda účastníci opravdu splňují požadavky pro účast ve výzkumu. Dále může být rizikem nepochopení jednotlivých položek v dotazníku. Účastníci nemají možnost doptat se na jejich význam, což může způsobit, že odpověď vyplní nesprávně.

Jelikož se jednalo o příležitostný výběr a vyplnění dotazníků bylo dobrovolné, lze se domýšlet, že tato skutečnost může ovlivnit to, jaké osoby se do šetření zapojí. Například může docházet k tomu, že osoby nacházející se ve vysokém stupni ohrožení únavou ze soucitu či vyhořením účast ve výzkumu pravděpodobně odmítnou. Zároveň ale také může docházet k opaku. Je možné, že jedinci, kteří sami na sobě pozorují známky negativních psychických jevů budou mít naopak zvýšený zájem se do výzkumu zapojit. Specifika motivačních faktorů k účasti na výzkumu ovšem nebyly zjišťovány.

Dalším limitem je využití dotazníků, které jsou založeny na sebe posuzování a které spoléhají na adekvátní schopnost sebereflexe a sebezpozorování. Odpovědi respondentů jsou tak velmi subjektivní a závislé na individuálním pohledu konkrétního jedince. V tomto případě mohou být odpovědi ovlivněné také aktuálním situačním kontextem či aktuálním psychickým rozpoložením. Zde je také na místě zdůraznit, že dotazník ProQol využitý v této práci záměrně zjišťuje pocity, které jedinci zažívají během posledních 30 dní. Výsledky tedy není spolehlivé zobecňovat z hlediska dlouhodobého kontextu.

V rámci výzkumu byly použité metody, které dosud nebyly validované na české populaci. Z tohoto důvodu není možné výsledky účastníků porovnávat s oficiálními normami, což považují za další limit tohoto výzkumu.

Za limit výzkumu je dále možné označit nerovnoměrné zastoupení žen a mužů, čemuž je ovšem ve vzorku pomáhajících profesí těžké předcházet.

V této práci nebyli dostatečně rozlišeni psychologové, kteří již úspěšně absolvovali atestaci z klinické psychologie a psychologové, kteří jsou aktuálně teprve v průběhu předatestační přípravy, což považují za jeden z dalších limitů. V rámci budoucího výzkumu by mohlo být zajímavé porovnání, zda se liší hodnoty Únavy ze soucitu nebo Syndromu vyhoření v průběhu plnění předatestační přípravy a ve vykonávání praxe již po dokončené atestaci.

Dále bylo v tomto výzkumu pracováno pouze s jednotlivými složky empatie, a ne se skóre schopnosti empatie jako celku. V budoucím výzkumu by mohlo být zajímavé hledání souvislosti právě schopnosti empatie jako celku a aspektů profesionální kvality života.

Dalším limitem této práce může být ovlivnění získaných výsledků dalšími faktory, které nebyly do výzkumu zahrnuty. Do těchto faktorů lze zařadit například prožití vlastní traumatické události v minulosti, praktikování mindfulness meditace, či možnost využívat supervizi (Duarte et. Al., 2016; Rossi et. Al., 2012). Další výzkum by se mohl zaměřit na prozkoumání dalších faktorů, které mohou mít na rozvoj Únavy ze soucitu či Uspokojení ze soucitu významný vliv. Z výsledků tohoto významu se takovým významným faktorem ukazuje být zejména schopnost regulace emocí. Cestou k eliminaci výskytu jevů jako je Únava ze soucitu by mohlo být nalezení strategií sebepozorování a seberežnění, které by pomohly regulovat míru afektivní složky empatie tak, aby jedinci byli schopni oddělit perspektivu a prožívání pacientů od sebe samého a tím zamezili výskytu negativních psychických jevů, jako je únava ze soucitu. Zejména je nezbytné v dalším výzkumu prozkoumat odlišení složky osobní tísně od širšího konstruktů empatie, poté pak klást výzkumný zájem na to, zda a jak konkrétně mohou pomáhající odborníci ve skutečnosti tuto reakci (osobní tíseň) ovládat či eliminovat její důsledky a jak zároveň zachovávat empatický zájem nezbytný pro angažovanost a motivaci pomáhat druhým.

Dále by se mohl budoucí výzkum zaměřit například na kvalitativní analýzu zkušeností různých pomáhajících pracovníků jednak s konceptem osobní tísně, ale také s konceptem samotné únavy ze soucitu. V takovém případě by mohlo dojít k lepšímu

porozumění faktorům, které přispívají k rozvoji únavy ze soucitu, k porozumění tomu, jak ji prožíváme, ale také k lepšímu porozumění tomu, jak se s ní odborníci vypořádávají. Přesnější a spolehlivější výsledky by přinesly také větší a reprezentativní vzorky.

V poslední řadě by se měl budoucí výzkum zaměřit na rozvoj specifických intervencí založených právě na rozlišování mezi různými projevy empatie či na schopnost regulace vlastních emocí, zejména osobní tísně. Dále by bylo přínosné ověření již existujících intervencí a jejich případná účinnost v eliminaci projevů spojených s únavou ze soucitu nebo syndromem vyhoření. Mezi takové intervence by bylo možné zařadit například programy zvyšování psychické odolnosti, programy zaměřené na práci se sebekritikou a sebesoucitem, nebo programy zaměřené na mindfulness techniky a meditaci (Hunt, 2019). Nezbytné poté je začít zařazovat programy, které se ukáží být účinné do praxe psychologů a dalších pomáhajících profesí.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo nahlédnout, jaké existují souvislosti mezi jednotlivými projevy empatie, syndromem vyhoření, únavou ze soucitu a spokojeností se soucitem u specifické skupiny klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví. V teoretické části práce jsem se věnovala konceptu empatie, únavy ze soucitu a syndromu vyhoření. Dále byla představena specifika práce klinického psychologa a psychologa ve zdravotnictví. V závěru teoretická část přispívá souhrnem aktuálních poznatků o souvislostech mezi empatií a dimenzemi profesionální kvality života u pomáhajících profesí.

Kvantitativní výzkum realizovaný v empirické části práce přinesl informace ohledně míry výskytu únavy ze soucitu, uspokojení ze soucitu a syndromu vyhoření u klinických psychologů a psychologů pracujících ve zdravotnictví v ČR. Výsledky ukazují, že žádný z respondentů nedosahuje vysokého rizika z hlediska syndromu vyhoření a únavy ze soucitu. U syndromu vyhoření získalo 59 % respondentů skóre odpovídající mírnému riziku a 35.2 % vykazuje mírné riziko rozvinutí únavy ze soucitu. Vysokého skóre uspokojení ze soucitu dosáhlo 40 % účastníků a zbylých 60% se pohybují v průměrném pásmu. Tyto výsledky jsou velmi podobné hodnotám, kterých dosahovali pracovníci jiných pomáhajících profesí v dalších výzkumech. V porovnání s českými a slovenskými lékaři a zdravotními sestrami se ukázalo, že kliničtí psychologové a psychologové ve zdravotnictví jsou únavou ze soucitu ohroženi o něco méně, ovšem v míře ohrožení syndromem vyhoření se riziko neliší. Lze usoudit, že trénink soucitu a empatie je většinou velkou součástí dlouhodobé profesní přípravy pro výkon profese psychologa, z tohoto důvodu možná mohou být psychologové odolnější únavě ze soucitu než jiné zdravotnické profese.

Ukázalo se, že míra únavy ze soucitu je vyšší u žen než u mužů. Ženy v tomto souboru zároveň dosahovaly vyšších hodnot afektivní složky empatie a bylo by možné předpokládat, že jsou více emocionálně vyčerpané a tím pádem více ohroženější únavou ze soucitu než muži. Mezi dalšími demografickými údaji nebyly z hlediska dimenzí profesionální kvality života nalezeny významné rozdíly.

Výsledky této práce naznačují, že osobní distres, jedna ze složek afektivní empatie představuje rizikový faktor pro rozvoj únavy ze soucitu. Osobní distres se také v regresní analýze prokázal jako jediný významný prediktor únavy ze soucitu. Empatický zájem, druhá

složka afektivní empatie významně pozitivně predikoval uspokojení ze soucitu, se kterým byl také nalezen středně vysoký korelační vztah. Empatický zájem také negativně predikoval syndrom vyhoření. Pro udržení pozitivních pocitů pramenících z práce pomáhajícího je tedy nezbytná určitá míra empatického zájmu. Učit se rozlišovat mezi projevy afektivní empatie, tedy osobní tísní a empatickým zájmem se dle výsledků této práce zdá být klíčové pro eliminaci rozvoje negativních psychických jevů, jako je únava ze soucitu a syndrom vyhoření.

Výsledky regresních modelů navzdory předpokladům dále ukázaly, že kognitivní složka empatie nepředstavuje významný prediktor vyhoření ani únavy ze soucitu a neprokázala se tedy jako významný protektivní faktor těchto jevů. Nicméně její složka přejímání perspektivy pozitivně korelovala s uspokojením ze soucitu a negativně s únavou ze soucitu a vyhořením. Jelikož se přejímání perspektivy v příbuzných výzkumech ukazuje jako významný prediktor únavy ze soucitu a uspokojení ze soucitu, je otázkou, zda není výsledek našeho výzkumu zkreslen například menší velikostí vzorku. Na druhou stranu mohou tyto výsledky naznačovat, že kognitivní složka empatie sama o sobě nepredikuje zmíněné jevy, ale spíše přiměřená a adekvátně regulovaná úroveň afektivní empatie možná umožňuje uvolnění kapacity pro zapojení kognitivní složky a oddělení vlastních pocitů od pocitů druhých.

Výsledky tohoto výzkumu mohou přispět zaměřením pozornosti na vnímání rozdílů v prožívání různých složek empatie a jejich důsledků, zejména mezi složkami afektivní empatie. Další výzkum by si mohl pokládat například otázku, zda existují strategie, které by pracovníkům pomáhali zvládat a regulovat vlastní empatickou reakci, aby byli schopni efektivního a uvážlivého využívání empatie v pracovním pomáhajícím prostředí. Otázkou by také mohlo být, jaké další faktory mají vliv na míru vyhoření a únavy ze soucitu a jaké preventivní strategie a intervence jsou účinné v boji s jevy jako je syndrom vyhoření nebo únava ze soucitu.

Seznam použitých informačních zdrojů

- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C., & Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(6), 624–631. <https://doi:10.1037/0735-7028.19.6.624>
- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion Fatigue and Psychological Distress among social Workers: A Validation Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 103-108. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>
- Baron-Cohen, S. (2014). *Věda zla: nová teorie lidské krutosti*. Brno: Emitos
- Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Portál.
- Batson, C. D., Batson, J. G., Slingsby, J. K., Harrell, K. L., Peekna, H. M., & Todd, R. M. (1991). Empathic joy and the empathy-altruism hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 413–426. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.3.413>
- Batson, C. D. (2009). These Things Called Empathy: Eight Related but Distinct Phenomena. *The Social Neuroscience of Empathy*, 3–16. <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0002>
- Batson, C. D. (2017). The Empathy-Altruism Hypothesis: What and So What? In E. M., Seppälä, E. Simon-Thomas, S. L. Brown, M. C., Worline, C. D. Cameron, & J. R. Doty (Eds.). *The Oxford Handbook of Compassion Science*. (27-40). Oxford University Press.
- Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition*, 14(4), 698–718. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.06.004>
- Bloom, P. (2017). Empathy and Its Discontents. *Trends in Cognitive Sciences*, 21(1), 24–31. <https://doi:10.1016/j.tics.2016.11.004>
- Blumgart, H. L. (1964). Caring for the Patient. *New England Journal of Medicine*, 270(9), 449–456. <https://doi:10.1056/nejm196402272700906>
- Brems, C. (1989). Dimensionality of Empathy and Its Correlates. *The Journal of Psychology*, 123(4), 329–337. <https://doi:10.1080/00223980.1989.1054298>
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14, 27–35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 235–243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>

- Coetzee, S. K., & Laschinger, H. K. S. (2017). Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: An integrative literature review. *Nursing & Health Sciences*, 20(1), 4–15. <https://doi:10.1111/nhs.12387>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Erlbaum.
- Cuff, B. M. P., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy: A Review of the Concept. *Emotion Review*, 8(2), 144–153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>
- Cunningham, M. (2003). Impact of Trauma Work on Social Work Clinicians: Empirical Findings. *Social Work*, 48(4), 451–459. <https://doi.org/10.1093/sw/48.4.451>
- Cushway, D., & Tyler, P. A. (1994). Stress and coping in clinical psychologists. *Stress Medicine*, 10(1), 35-42. <https://doi.org/10.1002/smi.2460100107>
- Decety, J., Yang, C.-Y., & Cheng, Y. (2010). Physicians down-regulate their pain empathy response: An event-related brain potential study. *NeuroImage*, 50(4), 1676–1682. <https://doi:10.1016/j.neuroimage.2010.01>.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi:10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Davis, M. H. (1996). *Empathy: A social psychological approach*. Madison, WI: Brown & Benchmark.
- Decety, J., & Cowell, J. M. (2014). Friends or Foes. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 525–537. <https://doi:10.1177/1745691614545130>
- Dowling, T. (2018). Compassion does not fatigue! *The Canadian Veterinary Journal*, 59(7), 749.
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 1–11. <https://doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 114–121. <https://doi:10.1016/j.ejon.2017.04.002>

- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1990). Empathy: Conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior. *Motivation and Emotion*, 14(2), 131–149.
<https://doi.org/10.1007/bf00991640>
- Eisenberg, N., Michalik, N., Spinrad, T. L., Hofer, C., Kupfer, A., Valiente, C., Liew, J., Cumberland, A., & Reiser, M. (2007). The relations of effortful control and impulsivity to children's sympathy: A longitudinal study. *Cognitive Development*, 22(4), 544–567. <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2007.08.003>
- El-bar, N., Levy, A., Wald, H. S., & Biderman, A. (2013). Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area – a cross-sectional study. *Israel Journal of Health Policy Research*, 2(1), 31. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-2-31>
- Eng, L., Nordström, J., & Schad, E. (2021). Incorporating compassion into compassion fatigue: The development of a new scale. *Journal of clinical psychology*, 77(9), 2109–2129. <https://doi.org/10.1002/jclp.23113>
- Engen, H. G., & Singer, T. (2015). Compassion-based emotion regulation up-regulates experienced positive affect and associated neural networks. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(9), 1291–1301. <https://doi.org/10.1093/scan/nsv008>
- Epstein, R. M., Hadee, T., Carroll, J., Meldrum, S. C., Lardner, J., & Shields, C. G. (2007). “Could this Be Something Serious?” *Journal of General Internal Medicine*, 22(12), 1731–1739. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0416-9>
- Erera, P. (1997). Empathy training for helping professionals: Model and evaluation. *Journal of Social Work Education*, 33(2), 245–260.
<https://doi.org/10.1080/10437797.1997.10778868>
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. Routledge.
- Figley, C. R. (1996). Review of the Compassion Fatigue Self-Test. In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation*. Baltimore: Sidran Press.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists’ chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Francová, V., & Hnilica, K. (2014). Empatie v lékařské etice. In R. Ptáček, & P. Bartůněk (Eds.), *Etické problémy medicíny na prahu 21. století* (401–410). Praha: Grada.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159–165.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

- Gentry, J. E. (2002). Compassion fatigue: A crucible of transformation. *Journal of Trauma Practice*, 1(3-4), 37-61. https://doi.org/10.1300/J189v01n03_03
- Gilbert, P. (2015). The Evolution and Social Dynamics of Compassion: The Evolution and Social Dynamics of Compassion. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(6), 239–254. <https://doi.org/10.1111/spc3.12176>
- Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2013). Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout, and Emotional Distress in Physicians. *PLoS ONE*, 8(4), e61526. <https://doi:10.1371/journal.pone.0061526>
- Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2014). The relationships between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, Article 243. <https://doi:10.3389/fnbeh.2014.00243>
- Goleman, D. (2014). *Destructive emotions*. Bloomsbury Publishing.
- Graves, J., Joyce, C., & Hegazi, I. (2022). From Empathy to Compassion Fatigue: A Narrative Review of Implications in Healthcare. *Empathy – Advanced Research and Applications*. <https://doi:10.5772/intechopen.107399>
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 670–674. <https://doi:10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x>
- Hammond, T. E., Crowther, A., & Drummond, S. (2018). A Thematic Inquiry into the Burnout Experience of Australian Solo-Practicing Clinical Psychologists. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi:10.3389/fpsyg.2017.01996>
- Hannigan, B., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review. *Journal of Mental Health*, 13(3), 235–245. <https://doi:10.1080/09638230410001700871>
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hatcher, S. L., Nadeau, M. S., Walsh, L. K., Reynolds, M., Galea, J., & Marz, K. (1994). The teaching of empathy for high school and college students: Testing Rogerian methods with the Interpersonal reactivity index. *Adolescence*, 29(116), 961-974.
- Hofmeyer, A., Kennedy, K., & Taylor, R. (2019). Contesting the term “compassion fatigue”: Integrating findings from social neuroscience and self-care research. *Collegian*. <https://doi:10.1016/j.colegn.2019.07.001>
- Hojat, M., Gonnella, J.S., Nacsa, T.J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002) Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender

and Specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1563-1569.

<https://doi:10.1176/appi.ajp.159.9.1563>

Hunt, P., Denieffe, S., & Gooney, M. (2019). Running on empathy: Relationship of empathy to compassion satisfaction and compassion fatigue in cancer healthcare professionals. *European Journal of Cancer Care*, e13124. <https://doi:10.1111/ecc.13124>

Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services*.

Jacobowitz, W., Moran, C., Best, C., & Mensah, L. (2015). Post-Traumatic Stress, Trauma-Informed Care, and Compassion Fatigue in Psychiatric Hospital Staff: A Correlational Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(11), 890–899.

<https://doi:10.3109/01612840.2015.1055020>

Jenaro, C., Flores, N., & Arias, B. (2007). Burnout and coping in human service practitioners. *Professional psychology: research and practice*, 38(1), 80.

<https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.80>

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–121.

Kebza, V., & Šolcová, I. (1998). Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie*, 42(5), 429-448.

Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav.

Klimecki, O. M. (2015). The plasticity of social emotions. *Social Neuroscience*, 10(5), 466–473. <https://doi:10.1080/17470919.2015.1087427>

Köveroová, M. (2016). Psychometric properties of the Slovak version of the professional quality of life scale: Preliminary results. *Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues*, 6(2), 88-96. <https://doi.org/10.18844/gjpr.v6i2.561>

Köveroová, M. (2018). Konfirmačná faktorová analýza slovenskej verzie škály profesijnej kvality života (ProQOL). *Československá psychologie*, 62(6), 565-578.

Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.

Lamm, C., Batson, C.D., & Decety, J. (2007). The neural substrate of human empathy: Effects of perspectivetaking and cognitive appraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, 42-58. <https://doi:10.1162/jocn.2007.19.1.42>

Laneri, D., Krach, S., Paulus, F. M., Kanske, P., Schuster, V., Sommer, J., & Müller-Pinzler, L. (2017). Mindfulness meditation regulates anterior insula activity during empathy for social pain. *Human Brain Mapping*, 38(8), 4034–4046.

<https://doi:10.1002/hbm.23646>

- Lawrence, E. J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S., & David, A. S. (2004). Measuring empathy: Reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine*, 34(5), 911–920. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001624>
- Leiberg, S., & Anders, S. (2006). The multiple facets of empathy: a survey of theory and evidence. *Progress in Brain Research*, 419–440. [https://doi:10.1016/s0079-6123\(06\)56023-6](https://doi:10.1016/s0079-6123(06)56023-6)
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2003). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies* (Vol. 3, pp. 91-134). Emerald Group Publishing Limited.
- Light, S. N., Moran, Z. D., Swander, L., Le, V., Cage, B., Burghy, C., Davidson, R. J. (2015). Electromyographically assessed empathic concern and empathic happiness predict increased prosocial behavior in adults. *Biological Psychology*, 104, 116–129. <https://doi:10.1016/j.biopsycho.2014.11.015>
- Malíková, G. (2022). *Soucit se sebou v krizové intervenci: Vztah mezi soucitem se sebou, vyhořením a únavou ze soucitu u krizových interventů* [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/176345>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi:10.1146/annurev.psych.52.1.39>
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current directions in psychological science*, 12(5), 189-192. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258>
- McCormack, H. M., MacIntyre, T. E., O’Shea, D., Herring, M. P., & Campbell, M. J. (2018). The Prevalence and Cause(s) of Burnout Among Applied Psychologists: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi:10.3389/fpsyg.2018.01897>
- Michálková, G. (2021). *Projevy a způsoby prevence pracovního stresu a syndromu vyhoření u zaměstnanců v pedagogicko-psychologických poradnách* [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/148052/120396497.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mikoška, P., & Novák, L. (2017). *Jak současná věda objevuje empatii: transdisciplinární pohled na klíč k lidské duši*. Červený Kostelec: Pavel Mervart.

- Mlčák, Z. (2010). *Prosociální chování v kontextu dispozičních aspektů osobnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě
- Morelli, S. A., Lieberman, M. D., & Zaki, J. (2015). The Emerging Study of Positive Empathy. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(2), 57–68. <https://doi:10.1111/spc3.12157>
- Moudatsou, Stavropoulou, Philalithis, & Koukouli. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare*, 8(1), 26. <https://doi:10.3390/healthcare8010026>
- Oliveira-Silva, P., & Gonçalves, Ó. F. (2011). Responding Empathically: A Question of Heart, not a Question of Skin. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 36(3), 201–207. <https://doi.org/10.1007/s10484-011-9161-2>
- Ondrejková, N., & Halamová, J. (2022). Prevalence of compassion fatigue among helping professions and relationship to compassion for others, self-compassion and self-criticism. *Health & Social Care in the Community*, 30, 1680–1694. <https://doi.org/10.1111/hsc.13741>
- Pakenham, K. I., & Stafford-Brown, J. (2012). Stress in Clinical Psychology Trainees: Current Research Status and Future Directions. *Australian Psychologist*, 47(3), 147–155. <https://doi:10.1111/j.1742-9544.2012.00070.x>
- Pecukonis, E. V. (1990). A cognitive/affective empathy training program as a function of ego development in aggressive adolescent females. *Adolescence*, 25(97), 59–76.
- Peeters, M. C. W., Buunk, B. P., & Schaufeli, W. B. (1995). Social interactions and feelings of inferiority. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(12), 1073-1089. <https://doi:10.1111/j.1559-1816.1995.tb00618.x>
- Pines, A. M., & Aronson, E. (1983). Combatting burnout. *Children and Youth Services Review*, 5(3), 263–275. [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(83\)90031-2](https://doi.org/10.1016/0190-7409(83)90031-2)
- Poschkamp, T. (2013). *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika.
- Prekopová, J. (2004). *Empatie: vcítění v každodenním životě*. Praha: Grada
- Ptáček, R., Raboch J., & Kebza, V. (2013). *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada, Edice celoživotního vzdělávání ČLK.
- Pulos, S., Elison, J., & Lennon, R. (2004). The Hierarchical Structure of the Interpersonal Reactivity Index. *Social Behavior and Personality*, 32, 355-360. <https://doi.org/10.2224/sbp.2004.32.4.355>
- Reniers, R. L. E. P., Corcoran, R., Drake, R., Shryane, N. M., & Völlm, B. A. (2011). The QCAE: A Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy. *Journal of Personality Assessment*, 93(1), 84–95. <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.528484>

- Rohwetter, A., & Prešlová, K. (2022). *Únava ze soucitu: jak předcházet vyčerpání v pomáhajících profesích*. Portál.
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Carmona-Rega, M. I., Sánchez-Ruiz, M. J., & Ortega-Galán, Á. M. (2021). Professional quality of life, self-compassion, resilience, and empathy in healthcare professionals during COVID-19 crisis in Spain. *Research in Nursing & Health*. <https://doi:10.1002/nur.22158>
- Rush, M. D. (2004). *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů.
- Sabo, B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12(3), 136–142. <https://doi:10.1111/j.1440-172x.2006.00562.x>
- Shanafelt, T. D., West, C., Zhao, X., Novotny, P., Kolars, J., Habermann, T., & Sloan, J. (2005). Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among. *Journal of General Internal Medicine*, 20(7), 559–564. <https://doi:10.1007/s11606-005-0102-8>
- Simionato, G. K., & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi:10.1002/jclp.22615>
- Singer, T. (2006). The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: review of literature and implications for future research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(6), 855-863. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.06.011>
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), 875–878. <http://doi:10.1016/j.cub.2014.06.054>
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of career development*, 30(1), 45-58. <https://doi.org/10.1177/089484530303000103>
- Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, 2nd Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Stevens, L., & Woodruff, C. C. (2018). What Is This Feeling That I Have for Myself and for Others? Contemporary Perspectives on Empathy, Compassion, and Self-Compassion, and Their Absence. *The Neuroscience of Empathy, Compassion, and Self-Compassion*, 1–21. <https://doi:10.1016/b978-0-12-809837-0.00001-5>
- Telle, N.-T., & Pfister, H.-R. (2015). Positive Empathy and Prosocial Behavior: A Neglected Link. *Emotion Review*, 8(2), 154–163. <https://doi:10.1177/1754073915586817>

Thompson, I., Amatea, E., & Thompson, E. (2014). Personal and contextual predictors of mental health counselors' compassion fatigue and burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, 36(1), 58-77. <https://doi.org/10.17744/mehc.36.1.p61m73373m4617r3>

Výrost, J., & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie – 2., přepracované a rozšířené vydání*. Grada Publishing as.

Yan, Z., Zeng, X., Su, J., & Zhang, X. (2021). The dark side of empathy: Meta-analysis evidence of the relationship between empathy and depression. *PsyCh Journal*.
<https://doi:10.1002/pchj.482>

Zálesáková, M. (2017). *Stres a syndrom vyhoření u sociálních pracovníků a psychoterapeutů* [Bakalářská práce, Pražská vysoká škola psychosociálních studií]. Knihovna pražské vysoké školy psychosociálních studií.
https://www.pvsps.cz/data/2017/11/20/12/zlesakova_marie.pdf

Zášková, H., Mlčák, Z. (2009). *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Praha: Triton

Zhang L, Ren Z, Jiang G, Hazer-Rau D, Zhao C, Shi C, Lai L and Yan Y (2021) Self-Oriented Empathy and Compassion Fatigue: The Serial Mediation of Dispositional Mindfulness and Counselor's Self-Efficacy. *Frontiers in Psychology*, 9.
<https://doi:10.3389/fpsyg.2020.613908>

Seznam zkratek

AKP	Asociace klinických psychologů
BO	Burnout Syndrome
CBI	Copenhagen Burnout Inventory
CF	Compassion Fatigue
CFI	Compassion Fatigue Inventory
CFS-R	Compassion Fatigue Scale – Revised
CFST	Compassion Fatigue Self-Test
CS	Compassion Satisfaction
EC	Emotion Concern Scale
EQ	Empathy Quotient
fMRI	Funkční magnetická rezonance
FS	Fantasy Scale
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
IRI	Interpersonal Reactivity Index
JSPR	Jefferson Scale Physician Empathy
LKM	Loving Kindness Meditation
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-GS	MBI General Survey
MMPI-2	Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2
PD	Personal Distress Scale
ProQol	Professional Quality of Life
PT	Perspective-taking Scale
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
QCAE	Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy
QMEE	Questionnaire Measure of Emotional Empathy
ROR	Rorschach Test
STS	Secondary Traumatic Stress
TAT	Thematic Apperception Test

ToM	Theory of Mind
WAIS-III	Wechsler Adult Intelligence Scale – III

Seznam tabulek

Tabulka 1 – <i>Diferenciální diagnostika únavy ze soucitu</i>	29
Tabulka 2 – <i>Deskriptivní statistika proměnných věk a délka praxe</i>	58
Tabulka 3 – <i>Četnost krajů, ve kterých participanti žijí</i>	59
Tabulka 4 – <i>Četnost velikostí pracovního úvazku</i>	60
Tabulka 5 – <i>Četnost absolvování sebezkušnostní části psychoterapeutického výcviku</i>	60
Tabulka 6 – <i>Deskriptivní statistika jednotlivých škál empatie</i>	61
Tabulka 7 – <i>Deskriptivní statistika Profesionální kvality života (ProQol)</i>	62
Tabulka 8 – <i>Četnost míry vyhoření (BO)</i>	64
Tabulka 9 – <i>Četnost míry sekundárního traumatického stresu (STS)</i>	64
Tabulka 10 – <i>Četnost míry uspokojení ze soucitu (CS)</i>	64
Tabulka 11 – <i>Četnost míry únavy ze soucitu (CF)</i>	64
Tabulka 12 – <i>Výsledky Mann-Whitney U testu pro porovnání míry únavy ze soucitu z hlediska pohlaví</i>	65
Tabulka 13 – <i>Výsledky Mann-Whitney U testu pro porovnání míry únavy ze soucitu z hlediska délky praxe</i>	65
Tabulka 14 – <i>Výsledky Mann-Whitney U testu pro porovnání míry únavy ze soucitu z hlediska absolvování sebezkušnostní části psychoterapeutického výcviku</i>	65
Tabulka 15 – <i>Výsledky Mann-Whitney U testu pro porovnání míry únavy ze soucitu z hlediska velikosti pracovního úvazku</i>	66
Tabulka 16 – <i>Korelační analýza dimenzí profesionální kvality života (ProQol) a subškál empatie (IRI)</i>	68
Tabulka 17 – <i>Variace rozptylu proměnné Únava ze soucitu</i>	69
Tabulka 18 – <i>Vliv prediktorů na závislou proměnnou Únava ze soucitu</i>	69
Tabulka 19 – <i>Variace rozptylu proměnné Uspokojení ze soucitu</i>	70

Tabulka 20 – <i>Vliv prediktorů na závislou proměnnou Uspokojení ze soucitu</i>	70
Tabulka 21 – <i>Variace rozptylu proměnné Syndrom vyhoření</i>	70
Tabulka 22 – <i>Vliv prediktorů na závislou proměnnou Syndrom vyhoření</i>	70
Tabulka 23 – <i>Variace rozptylu proměnné Sekundární traumatický stres</i>	71
Tabulka 24 – <i>Vliv prediktorů na závislou proměnnou Sekundární traumatický stres</i>	71

Příloha 1 – Průvodní dopis emailu

Vážená kolegyně, Vážený kolego,

tímto bych se na Vás ráda obrátila s laskavou prosbou o zodpovězení několika otázek v podobě dotazníku, který naleznete na následujících stranách.

Jsem studentkou třetího ročníku jednooborové Psychologie na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Součástí ukončení mého studia je bakalářská práce s názvem „Vztah mezi empatií a profesionální kvalitou života u klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví v ČR“.

Úkolem šetření je zmapovat souvislosti mezi složky empatie, únavou ze soucitu, uspokojením ze soucitu a syndromem vyhoření u klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví. Vedlejší výzkumnou otázkou je také to, v jaké míře se výše popsané jevy vyskytují u klinických psychologů a psychologů pracujících ve zdravotnickém zařízení v České republice.

Data získaná z dotazníku jsou anonymní. Vyplnění by Vám nemělo zabrat více než 10 minut. Věřím, že čas nad nimi strávený může být i prostor pro zastavení a reflexi – nad tím, jak mi v práci aktuálně je, a co potřebuji.

Za sdílení dotazníku ostatním kolegům či přátelům v oboru budu velmi vděčná!

Dotazník: <https://forms.gle/SA4yK27vErdmjMQ66>

V případě otázek, doplnění či zájmu o zaslání výsledků výzkumu mě můžete kdykoliv kontaktovat na emailové adrese barbora.dvorak2@gmail.com

Předem děkuji za Váš čas!

Se srdečným pozdravem

Barbora Dvořáková

Příloha 2 – dotazník IRI

První část dotazníku obsahuje otázky mapující různé aspekty konceptu empatie. Následující tvrzení se týkají Vašich pocitů a myšlenek v různých situacích. U každého výroku vyberte, jak dobře Vás vystihuje na škále od 1 (nevystihuje mě dobře) do 5 (vystihuje mě velmi dobře). Každou položku si prosím poctivě přečtěte a odpovídejte co nejupřímněji.

1. Pravidelně sním a fantazíruiji o věcech, které by se mi mohly stát.
2. Často myslím na lidi, kteří mají v životě méně štěstí než já.
3. Někdy je pro mě těžké vidět věci z úhlu pohledu druhého člověka.
4. Občas mi není moc líto druhých lidí, když mají problémy.
5. Opravdu se dokážu vcítit do pocitů postav v románu.
6. V krizových situacích se cítím znepokojeně a jsem celý nespokojen (celá nespokojená).
7. Obvykle jsem objektivní, když sleduji film nebo hru a moc se mi nestává, že bych se nechal/a zcela vtáhnout do děje.
8. Předtím než se rozhodnu, se snažím brát v úvahu rozdílné názory všech zúčastněných.
9. Když vidím, že je někdo využíván, cítím se vůči němu tak trochu ochranně.
10. Někdy se cítím bezradně, když se ocitnu uprostřed velmi vypjaté emocionální situace.
11. Někdy se snažím lépe porozumět svým přátelům tím, že si představuji, jak věci vypadají z jejich úhlu pohledu.
12. Nestává se mi často, že bych byl/a zcela vtážen/a do děje nějaké knihy nebo filmu.
13. Když vidím, že se někdo zranil, mám tendenci zůstat klidný/á.
14. Neštěstí druhých lidí mě obvykle příliš nezneklidňuje.
15. Pokud jsem přesvědčen/a, že mám v něčem pravdu, neztrácím moc času posloucháním argumentů druhých lidí.
16. Po zhlédnutí hry nebo filmu jsem se cítím tak, jako bych byl/a jednou z postav.
17. Být v emočně napjaté situaci mě děsí.
18. Někdy necítím lítost, když vidím, jak je s někým zacházeno nespravedlivě.
19. Obvykle si velmi dobře poradím s krizovými situacemi.
20. Často se mě dotýkají věci, které se dějí kolem.
21. Věřím, že každá otázka má dvě strany a snažím se dívat na obě z nich.

22. Sám (sama) sebe bych popsal/a jako docela dobrosrdečnou osobu.
23. Když sleduji dobrý film, velmi snadno se vcítím do hlavní postavy.
24. V nouzových situacích mám tendenci ztrácet kontrolu.
25. Když jsem na někoho rozčilený/á, obvykle se snažím alespoň na chvíli „vžít do jeho kůže“.
26. Když čtu zajímavou povídku nebo román, představuji si, jak bych se cítil/a, kdybych se ocitl/a ve stejné situaci, kterou popisuje příběh.
27. Když vidím někoho, kdo nutně potřebuje pomoc v nouzi, mám tendenci se hroutit.
28. Před tím, než někoho kritizuji, snažím se představit, jak bych se cítil/a, kdybych byl/a na jeho/jejím místě.

Příloha 3 – dotazník ProQol

Součástí práce klinického psychologa je přímý kontakt s pacienty a jejich životy. Pravděpodobně již máte zkušenost, že soucit s lidmi, kterým pomáháte, na Vás může mít pozitivní, ale také i negativní vliv. Níže jsou uvedena tvrzení týkající se Vašich zkušeností jako pomáhajícího. Zamyslete se nad každým tvrzením o Vás a Vaší současné pracovní situaci v oblasti práce s lidmi a pomáhání druhým. Označte na škále od 1 do 5, jak často jste zažil/a popsané situace a pocity v posledních 30 dnech (1 = nikdy, 2 = zřídka, 3 = někdy, 4 = často, 5 = velmi často).

1. Jsem šťastný/a.
2. Příliš se zaměstnávám myšlenkami na lidi, kterým pomáhám.
3. Možnost pomáhat lidem, mi přináší pocit spokojenosti.
4. Cítím se propojený/á s druhými osobami.
5. Při neočekávaných zvucích sebou trhnu nebo se polekám.
6. Po práci s lidmi, kterým pomáhám, se cítím nabuzený/á.
7. Je pro mě náročné oddělit svůj osobní a pracovní život.
8. Nejsem v práci příliš produktivní, protože po traumatických zážitcích lidí, kterým pomáhám, často špatně spím.
9. Myslím si, že mě můžou ovlivňovat traumatické zážitky lidí, kterým pomáhám.
10. Cítím se být zahlcený/á svou prací.
11. Kvůli tomu, že pomáhám druhým se cítím být v různých situacích ve velkém napětí.
12. Mám rád/a svou práci.
13. Cítím se depresivně kvůli traumatickým zážitkům lidí, kterým pomáhám.
14. Cítím se depresivně kvůli traumatickým zážitkům lidí, kterým pomáhám.
15. Mám přesvědčení (víru), která mi pomáhají vydržet v mé práci.
16. Těší mě, že dokážu držet krok s technikami a postupy týkající se mé práce.
17. Jsem člověkem, kterým jsem vždycky chtěl/a být.
18. Má práce mě uspokojuje.
19. Cítím se vyčerpaný/a ze své práce.
20. Mám příjemné myšlenky a pocity o těch, kterým pomáhám, a o tom, jak bych jim mohl/a

pomoci.

21. Cítím se zahlceně, protože moje pracovní vytížení se zdá být nekonečné.
22. Věřím, že mohu něco změnit prostřednictvím své práce.
23. Vyhýbám se některým činnostem nebo situacím, protože mi připomínají traumatické zážitky lidí, kterým pomáhám.
24. Jsem hrdý/á na to, že mohu pomáhat.
25. V důsledku své práce mám vtíravé a děsivé myšlenky.
26. Cítím se zahlcený/á systémem.
27. Myslím si, že jsem jako pomáhající úspěšný/á ve své práci.
28. Někdy si nedokážu vzpomenout na některé důležité části své práce při práci s oběťmi traumat.
29. Jsem velmi starostlivý a pečující člověk.
30. Jsem rád/a, že jsem si vybral/a tuto práci.

Příloha 4 – demografický dotazník

1. Uveďte prosím Váš věk v letech:

.....

2. Uveďte Vaše pohlaví:

- Muž
- Žena

3. Kraj, ve kterém v současnosti bydlím:

- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Jihočeský kraj
- Plzeňský kraj
- Karlovarský kraj
- Ústecký kraj
- Liberecký kraj
- Královéhradecký kraj
- Pardubický kraj
- Kraj Vysočina
- Jihomoravský kraj
- Zlínský kraj
- Olomoucký kraj
- Moravskoslezský kraj
- Jiné

4. Doplňte prosím délku Vaší praxe jako klinického psychologa/psychologa ve zdravotnictví v letech (pozn.: začátek praxe = nástup do předatestační přípravy)

.....

5. Jaký typ praxe vykonáváte?

- Veřejný sektor
- Soukromá praxe
- Kombinace dvou výše zmíněných typů

6. Doplňte prosím přibližnou velikost Vašeho pracovního úvazku na pozici klinického psychologa/psychologa ve zdravotnictví
- maximálně 32h měsíčně (odpovídá pracovní úvazek <0,2)
 - 32 - 64hodin měsíčně (odpovídá pracovní úvazek 0,21 - 0,4)
 - 65–96 hodin měsíčně (odpovídá pracovní úvazek 0,41- 0,6)
 - 96–128 hodin měsíčně (odpovídá pracovní úvazek 0,61- 0,8)
 - 128–160 hodin měsíčně (odpovídá pracovní úvazek 0,81- 1)
7. Absolvoval/a jste sebezkušnostní část psychoterapeutického výcviku?
- Ano
 - Ne