

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Kateřina Tobiášová

**Empatie, soucit se sebou a syndrom vyhoření u lékařů
v atestační přípravě**

**Empathy, Self-Compassion and Burnout in junior doctors
during preparation for a postgraduate specialty**

Praha, 2023

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph.D.

Poděkování

Ráda bych vyjádřila svoji opravdovou vděčnost PhDr. Kataríně Lonekové, Ph.D., Mgr. Kláře Brousilové a Mgr. Kateřině Moric za jejich odborné vedení, vstřícný přístup a čas strávený při konzultacích v rámci mé diplomové práce. Velice si cením jejich cenných rad a připomínek, které mi byly nápomocné při zpracovávání výzkumné části. Dále chci upřímně poděkovat svým kamarádům lékařům, kteří i přes časovou náročnost, ochotně vyplnili dotazníky a umožnili tak úspěšnou realizaci výzkumné části diplomové práce. Díky jejich pomoci, jsem mohla dotazníky rozšířit i k jejich kolegům. V neposlední řadě bych chtěla vyjádřit vděk své rodině za jejich neutuchající podporu a trpělivost během psaní mé diplomové práce.

Prohlášení

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

V Praze dne 4.12.2023

.....

Kateřina Tobiášová

Abstrakt

Východiska. Za jednu z klíčovou dovedností lékařů je považováno empaticky se chovat a jednat. Předpokládáme, že pomáhající profese mají velmi dobrou schopnost empatie a umí se snadno vcítit do druhých. Zároveň se v poslední době často objevují názory, že pod tíhou časového tlaku a administrativní zátěže, jsou lékaři pouze stroje bez špetky empatie. U empatie se jedná o schopnost, která vede k poznání vnitřního světa druhých a v souvislosti s tím nás zajímal i vztah lékařů k sobě samým. V posledních letech se na světlo dostává koncept soucit se sebou. Soucit se sebou zahrnuje způsob, jak reagujeme na své emoční trápení, strasti či selhání, jak je kognitivně chápeme a jakou pozornost jim věnujeme. Soucit se sebou by mohl představovat zdravou podobu sebevztahu. V lékařském pracovním prostředí se často objevují zmínky o vyhoření a že nedokážou plnohodnotně pracovat. Tato obtíž může výrazně narušit kvalitu života lékařů, což může mít za následek snížení kvality péče o pacienty. V této profesi je vysoký tlak na perfekcionismus a nemožnost chybovat. Není tedy překvapivé, že se objevují snahy předejít vzniku syndromu vyhoření nebo alespoň zmírnit jeho projevy. Jednou ze zkoumaných strategií je i rozvíjení soucitu se sebou. *Cíle.* V této diplomové práci si kladu za cíl teoreticky rozebrat a následně empiricky ověřit předpokládané vztahy mezi empatií, soucitem se sebou a syndromem vyhoření u lékařů v atestační přípravě. *Výzkumný vzorek a postup.* Sedmdesát pět dospělých respondentů odpovědělo na online dotazník obsahující demografické otázky, Jeffersonskou škálu empatie pro lékaře (JSPE-HP), Sussexsko-Oxfordskou škálu soucitu k sobě (SOCS-S) a Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). *Statistická analýza.* Pro statistickou analýzu dat byl použit program Jamovi. Díky programu Jamovi jsme zjistili hodnoty deskriptivní statistiky a Pearsonovy korelační koeficienty. *Výsledky.* Zjištění ve výzkumné části naznačují, že existují statisticky významné vztahy mezi empatií, soucitem se sebou a mírou vyhoření u zkoumané skupiny lékařů v atestační přípravě. *Omezení.* V rámci výzkumného projektu byly použity především sebeposuzovací dotazníky a výběr respondentů probíhal formou dobrovolného zapojení přes samovýběr. Výzkumník nebyl přítomen během vyplňování dotazníků.

Klíčová slova: Lékaři v atestační přípravě, empatie, soucit se sebou, syndrom vyhoření

Abstract

Background. The ability to empathize and interact empathetically is considered a key skill for doctors. There is an assumption that helping professions possess a strong capacity for empathy, and junior doctors, in particular, can easily empathize with others. However, recent opinions suggest that, under the pressure of time constraints and administrative burdens, junior doctors are becoming mechanized, devoid of empathy. Empathy involves the ability to understand the inner world of others, and in this context, we are also interested in junior doctors' relationship with themselves. In recent years, the concept of self-compassion has emerged, encompassing how individuals respond to their emotional distress, suffering, or failures, how they cognitively understand them, and the attention they give to these aspects. Self-compassion may represent a healthy form of self-relating, and this study aims to investigate its presence among junior doctors. In the medical work environment, references to burnout are common, suggesting an individual's inability to function fully. This difficulty significantly disrupts the quality of life for junior doctors, resulting in decreased work performance and a decline in the quality of patient care. Given the high pressure for perfectionism and the inability to make mistakes in the medical profession, efforts to prevent burnout or mitigate its effects are not surprising. One of the strategies under investigation is the development of self-compassion. *Aims:* This thesis aims to theoretically analyze and subsequently empirically verify the assumed relationships between empathy, self-compassion, and burnout syndrome among junior doctors. *Data and Procedure:* Seventy-five adult respondents completed an online questionnaire consisting of demographic questions, the Jefferson Scale of Empathy for Doctors (JSPE-HP), the Sussex-Oxford Self-Compassion Scale (SOCS-S), and the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS). *Statistical Analysis:* Statistical analysis was conducted using the Jamovi program, providing descriptive statistics and Pearson correlation coefficients. *Results:* Findings from the research section indicate statistically significant correlations between empathy, self-compassion, and the level of burnout among the studied group of junior doctors. *Limits:* The research project primarily utilized self-report questionnaires, and participant selection was based on voluntary engagement through self-selection. The researcher was not present during the completion of the questionnaires.

Keywords: Junior doctors during preparation for a postgraduate specialty, Empathy, Self-Compassion, Burnout

Obsah

Úvod	11
Literárně přehledová část.....	13
1. Empatie.....	13
1.1 Vymezení pojmu empatie	13
1.2 Různá pojetí empatie	16
1.3 Možnost rozvíjení a měření empatie.....	20
1.4 Empatie v lékařské profesi.....	26
1.5 Výzkumy empatie u lékařů	29
2 Soucit se sebou	33
2.1 Vymezení pojmu soucit se sebou.....	33
2.2 Soucit se sebou a soucit k druhým.....	36
2.3 Využití soucitu se sebou	37
2.4 Možnosti rozvíjení a měření soucitu se sebou	39
2.5 Výzkumy soucitu se sebou u lékařů	42
3 Syndrom vyhoření	45
3.1 Vymezení pojmu syndrom vyhoření.....	45
3.2 Fáze a příznaky syndromu vyhoření.....	49
3.3 Faktory rizikové a protektivní u syndromu vyhoření	53
3.4 Možnosti prevence a léčba syndromu vyhoření	55
3.5 Měření syndromu vyhoření.....	58
3.6 Syndrom vyhoření v lékařské profesi	60
4 Souvislosti mezi syndromem vyhoření, empatií a soucitem se sebou.....	64
5 Lékař v atestační přípravě.....	68
5.1 Role lékaře a jeho vztah s pacientem.....	68
5.2 Postgraduální vzdělávání lékařů v ČR.....	70
Výzkumná část	74

6	Výzkumný cíl, výzkumné otázky a hypotézy.....	74
7	Design výzkumného projektu.....	78
7.1	Metody získávání dat.....	78
7.2	Metody zpracování a analýzy dat.....	80
7.3	Etika výzkumu.....	81
8	Výzkumný soubor.....	82
9	Výsledky.....	88
9.1	Deskriptivní statistika.....	88
9.2	Korelační analýza dat.....	89
10	Diskuse.....	97
	Závěr.....	101
	Seznam použité literatury.....	102
	Seznam grafů.....	134
	Seznam obrázků.....	135
	Seznam tabulek.....	136
	Příloha 1. Histogramy.....	I
	Příloha 2. Korelační matice.....	II

Úvod

Lékaři v atestační přípravě a jejich pracovní podmínky, nespočet přesčasů a velký důraz na pracovní výkon jsou rozebírány již řadu let. Dosavadní české psychologické výzkumy nebývají často zaměřeny konkrétně na lékaře v atestační přípravě, a proto jsem se rozhodla soustředit na tuto cílovou skupinu a detailněji u nich prozkoumat koncepty empatie, soucit se sebou a syndrom vyhoření. Tyto tři koncepty jsem si zvolila z určitých důvodů. Syndrom vyhoření je velmi rizikovým faktorem u zdravotnických profesí a není se čemu divit, když mnohdy není dostatek personálu a i neatestovaný lékař má na svých bedrech povinnosti, které mu zatím nepřísluší (Pešek & Praško, 2016). Není zde prostor pro chybu a při nezvládnutí všech povinností, hrozí ztráty na lidských životech. Zároveň u lékařů v atestační přípravě je velmi těžké udržet si osobní a pracovní život, když se ve svém volném čase se připravují k atestační zkoušce. Po šesti letech zdárně dostudují lékařskou fakultu a rovnou jdou mnohdy zase do studujícího života, ale zároveň i pracujícího. Je tedy důležité, zaměřit se i na tuto problematiku. Empatie je považována za klíčovou kompetenci při lékařské profesi. Soucit se sebou je psychologický konstrukt, který se k nám dostal z buddhistické psychologie poměrně nedávno a v kontextu psychologie se jedná o relativně nové myšlenky. Soucit se sebou je důležitým aspektem regulace emocí a předpokladem duševního zdraví a pohody, což můžeme taky považovat za důležitý faktor u lékařů v atestační přípravě.

Tato diplomová práce by měla přispět k otázce a možnostem prevence syndromu vyhoření. Dále ke zmapování míry empatie a soucitu se sebou u lékařů v atestační přípravě a tím přispět k možným zjištěním souvislostí se syndromem vyhoření. Cílem empirické části práce je zmapování možných souvislostí mezi empatií, soucitem se sebou a mírou vyhoření a detailněji tyto 3 koncepty prozkoumat mezi sebou u lékařů v atestační přípravě.

Diplomová práce je rozdělena na literárně přehledovou a výzkumnou část. V první kapitole literárně přehledové části je vymezen pojem empatie. Jsou zde popsány empatii podobné koncepty a celkově různé pojetí konceptu empatie. Dále se v první kapitole soustředíme na roli empatie ve vztahu lékař-pacient a na empatii v komunikaci s pacientem. Trošku jsme se dotkli i dehumanizace v medicíně. Zaměřili jsme se i na možnosti měření empatie a konkrétní výzkumy empatie u lékařů. V druhé kapitole jsme si vymezili pojem soucit se sebou. Prošli jsme možnosti využití soucitu se sebou a možnosti rozvíjení. Opět jsme dohledali výzkumy ohledně soucitu se sebou u lékařské profese. Třetí kapitola pojímá

koncept syndromu vyhoření, jeho vymezení, příznaky a fáze. Prošli jsme i faktory protektivní a rizikové ve vztahu k syndromu vyhoření. Nesmíme zapomenout ani na možnosti prevence a diagnostické metody. Vztahovali jsme syndrom vyhoření i konkrétně k lékařské profesi a snažili se dohledat relevantní výzkumy. Ve čtvrté kapitole se věnujeme pouze výzkumům a souvislostem mezi těmito koncepty. Poslední kapitola v literárně přehledové části nám přibližuje postavení lékaře ve společnosti a jaká je jeho role ve vztahu k pacientovi. Obsáhli jsme zde i koncepci postgraduálního vzdělávání lékařů v ČR. Obsahem literárně přehledové části je tedy vymezení konceptů empatie, soucit se sebou a syndrom vyhoření. Jednotlivé koncepty jsou zmíněny především ve vztahu k lékařské profesi. Součástí teoretické části jsou dosavadní výzkumy a zjištění týkající se možných souvislostí mezi empatií, soucitem k sobě a syndromem vyhoření, a to i v oblasti zdravotnictví.

Výzkumná část popisuje studii na lékařích v atestační přípravě. Cílem výzkumné části je zmapování možných souvislostí mezi empatií, soucitem se sebou a mírou vyhoření a detailněji tyto 3 koncepty prozkoumat mezi sebou u lékařů v atestační přípravě. Výzkumný soubor tvoří lékaři v atestační přípravě. V této práci je realizován kvantitativní design výzkumu. V rámci kvantitativního měření byly předloženy respondentům dotazníkové metody zaměřené na zjištění míry empatie, soucitu se sebou a syndromu vyhoření.

V diplomové práci jsem pracovala s českými i zahraničními zdroji, monografiemi i články z vědeckých časopisů. Kladla jsem důraz na využití novějších a aktuálnějších zdrojů, ale i přesto jsou v práci využity publikace staršího data vydání. Některé poznatky byly již představeny v dřívějších letech. V práci je citováno podle normy APA (2010). V přílohách nejsou přiloženy dotazníky, protože jsou veřejně dostupné a snadno k dohledání.

Literárně přehledová část

1. Empatie

V první kapitole se budeme zabírat empatií, jakožto velice rozšířeným mezioborovým fenoménem zaujímajícím velmi důležité postavení v lidské společnosti. Základním atributem kvalitní lidské komunikace je právě empatické porozumění mezi jednotlivými osobami nebo skupinami osob. V této kapitole se zaměříme na vymezení pojmu empatie, její různá pojetí, měření tohoto konceptu, a především empatii v lékařské profesi a s tím spojeny i výzkumy v této oblasti. Honzák (2017) zmiňuje, že obecně empatie v jakémkoliv léčebném vztahu vede k vytvoření emočně korektivní zkušenosti a lékařská populace by mohla pracovat pomocí empatie na zvýšení efektivity léčby.

1.1 Vymezení pojmu empatie

První zmínky o konceptu empatie jsou z roku 1873, kdy Robert Vischer pomocí německého termínu „Einführung“ odkazoval na pocity, jež v pozorovateli vyvolávají umělecká díla. V roce 1897 Theodor Lippe převedl tento pojem do psychologie (Hojat, 2007). V roce 1909 E.B Titchener zavedl do psychologie anglický výraz „empathy“, pocházející z řeckého slova „empathia“ (Kožený & Tišanská, 2011). Empatie pochází tedy z řeckých slov *en* (v, do) a *pathos* (velké city a vášně, které v sobě soustředí zároveň utrpení). Často se překládá jako schopnost vcítit se do situace druhého člověka (Ptáček & Bartůněk, 2011). Jedná se o schopnost, která vede k poznání vnitřního světa druhého a k umění vnímat svět z jeho úhlu pohledu (Beran, 2010). E.B. Titchener zdůrazňoval dvě různá pojetí empatie – jako způsob vědění o emocích druhých a jako druh sociálně kognitivního svazku (Výrost & Slaměník, 2011).

„Empatie je emocionální stav vyvolaný přiblížením se emocionálnímu stavu druhé osoby. Výsledný stav vychází z přijetí úhlu pohledu druhého a pochopení jeho pocitů“ (Hewstone & Stroebe, 2006, s.340)

V definování konceptu empatie existuje stále značný nesoulad, který brání jednotné definici a problémům při měření empatie. Vědci zkoumají empatii více než 100 let, a přesto doposud vyvstávají nejasné otázky ohledně povahy empatie a její odlišnosti od příbuzných

jevů např. emoční nákaza a sympatie (Koukolík, 2010). Teoretická propracovanost tohoto psychologického fenoménu a konzistence výzkumných výsledků je doposud velice nízká (Mlčák, 2010). Není jednoduché určit jednotnou definici empatie, protože kdo se empatií zabývá, má na ní jiný pohled, i když je většina definic postavená v základu na podobném principu. Empatie je velmi subjektivní prožitek, jenž se odvíjí od toho, jak člověk vnímá, jak je nastaven a jak přistupuje k vlastnímu rozvoji a jeho introspektivnímu vnímání. Můžeme se tedy obávat toho, že pravděpodobně empatie nebude ustálená v jednotném významu.

Cuff et al. (2014) ve svém přehledu uvádějí více než čtyřicet definic konceptu empatie od různých autorů. Na základě analýzy odlišných koncepcí empatie vyvodili vlastní definici empatie. Uvádí, že empatie je citovou reakcí, jenž je ovlivněna osobnostními rysy i okolnostmi. Empatické reakce jsou vyvolávány automaticky, ale zároveň se však při nich uplatňují řídicí procesy. Výsledná emoce je přímo zažívána či představována a je podobná té vnímané, ale nejsou identické. Dochází k uvědomění, že zdrojem emoce není jedinec osobně (Cuff et al., 2014). Rogers (2015) definuje empatii jako schopnost správně vnímat vnitřní vztahový rámec druhých lidí prostřednictvím jejich významů a emoční složky. Tvrdí, že empatie není pouze emocionálním procesem, ale také procesem kognitivním. Dále se domnívá, že empatie jako taková posiluje léčebný proces při terapeutickém procesu. O empatii uvažuje jako o nejkřehčím a nejlivnější nástroji, který máme k vzájemné komunikaci. Empatii považoval za jednu ze tří klíčových komponent jeho terapie zaměřené na klienta (Neumann et al., 2011). Mlčák (2010) uvádí, že empatie je základnou všech existujících psychologických fenoménů a mluví tak o důležitosti tohoto psychologického konceptu. Batson (2014) tvrdí, že empatický zájem vede k altruistické motivaci. Dále je empatie mnohdy považována za součást emoční inteligence a odborníci se nemohou shodnout, jestli můžeme emoční inteligenci (tím pádem i empatii) chápat jako osobnostní rys nebo jako schopnost (Schulze & Roberts, 2007). Konyk a Olson (2001) se snažily empatii objasnit v oboru péče a ošetřovatelství a prokázaly celkem pět konceptualizací empatie jako osobnostní vlastnost, profesionální stav, komunikační proces, proces pečování, a speciální vztah.

Z aktuálních definic empatie můžeme ještě uvést formulaci empatie podle Baron-Cohena. Proces empatie v jeho pojetí představuje zaměření člověka na dvě mysli. Uvažujeme-li tedy o vlastní mysli, tak ve stejném okamžiku do těchto úvah zahrnujeme i mysl druhého. Empatie snižuje riziko nedorozumění a dáváme s ní druhému najevo, že

vnímáme a respektujeme jeho myšlenky i jeho samotného. Empatii chápe jako schopnost, která nám umožňuje efektivně komunikovat a zapojovat se v sociálním světě. Považuje empatii za „lepidlo“ sociálního světa, které nás má vést k pomoci druhým a zároveň má vytvořit ochrannou bariéru, abychom druhým neubližovali. Dále tvrdí, že u každého člověka existuje empatický mechanismus, který funguje na základě empatického obvodu v mozku, který nám určuje, jakou mírou empatie člověk disponuje (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004).

Batson (2014) uvádí, že empatie se významově neliší od empatického zájmu. Empatie tedy znamená určitou neurologickou, sociální i psychologickou reakci empatizujícího jedince na utrpení jedince jiného. V posledních letech byl empatický koncept popisován následujícími způsoby (Batson, 2009):

- 1) Znalost cizích myšlenek a emocí.
- 2) Zrcadlení postojů nebo naladění neuronální odpovědi jeden na druhého.
- 3) Přicházení na to, co druhý cítí.
- 4) Pociťování distresujících emocí při dosvědčení cizího utrpení.
- 5) Představa toho, jak bych se mohl cítit a jak bych mohl myslet, kdybych byl na místě druhého.
- 6) Představa toho, jak ostatní myslí a cítí.
- 7) Obecná dispozice k tomu, abychom mohli cítit s ostatními.

Neuropsychologickému pozadí empatie se věnuje Koukolík (2010), který hovoří o empatii jako o druhu psychologického usuzování, v němž se slučuje pozorování, paměť, zkušenost i uvažování, za účelem vhledu do myšlenek a pocitů jiných lidí. Také chápe empatii jako stav, kdy se objekt a subjekt nachází v podobném citovém stavu, aniž by mezi nimi byly setřeny hranice (Koukolík, 2010). Decety a Jackson (2004) vytvořili model funkční architektury empatie, jehož podklady můžeme nalézt v neurálních systémech, které jednotlivé kroky umožňují. Proces pak v sobě zahrnuje tyto jednotlivé mechanismy: neurální reprezentace, sebeuvědomování, mentální flexibilitu a řízení emocí. Hlavním hnacím motorem samotné empatie jsou zrcadlové neurony, které jsou spojovány s určitou genetickou dispozicí pro adaptaci člověka na druhé a pochopením pro druhé (Cook et al., 2014). Ramachandran (2009) během TED konference vyjádřil, že díky zrcadlovým neuronům získáváme úhel pohledu druhého člověka a tím se od něj učíme. Zrcadlové neurony pojmenoval jako „Ghandí neurony“. Zobrazovací metody (např. fMRI) vytvořily

jasný obraz o tom, které části mozku se zapojují do empatického procesu. Neurovědci se shodli na tom, že na empatii se nepodílí celý mozek, ale minimálně deset jeho částí: mediální prefrontální kortex (MPFC), orbitofrontální kortex (OFC), frontální operculum (FO), gyrus frontalis inferior (IFG), kaudální anteriorní cingulární kortex (cACC), temporoparietální junkce (RTPJ), sulcus temporalis superior (pSTS), somatosenzorický kortex (SMC), lobulus parietalis inferior (IPL) a amygdala (Baron-Cohen, 2014).

1.2 Různá pojetí empatie

Dříve než si řekneme různá pojetí a druhy empatie, tak si nejdříve odlišíme pojem empatie oproti jiným psychologickým konceptům, které se nám mohou zdát velmi blízkými, a dokonce i identickými. Pojmy, které popisují lidské sociální vztahy a subjektivní emoce se velmi špatně definují a často mezi nimi vznikají obsahové překryvy (Beran, 1997). Empatie může být považována za zastřešující pojem, který zahrnuje všechny přidružené pojmy jako je emoční nákaza, sympatie a soucit (Cuff et al., 2014). Můžeme si všimnout, že v buddhistické teorii je soucit („*Karunā*“) brán nejen jako empatie, ale také jako aktivní sympatie k člověku. Dalo by se říct, že je to aktivní, vysoce expresivní forma sympatie, která je opřena o autentický pocit soucitu k druhým bytostem (Gilbert & Tirsch, 2009). V této teorii jsou zahrnuty pojmy empatie, soucit i sympatie a jsou zde potírány rozdíly mezi těmito pojmy. Opačným pólem empatie je apatie, což znamená netečnost. Jedná se o stav, kdy nám je druhý člověk naprosto lhostejný a vylučuje se tak empatické porozumění druhému člověku (Křivohlavý, 2015).

Dále si uvedeme jednotlivé rozdíly mezi těmito pojmy. Soucit (compassion) oproti empatii neznamena sdílení utrpení druhých. Soucit je spíše vyznačován pocíty vřelosti, zájmu a péče o druhé, jakož i silnou motivací zlepšit jejich osobní pohodu. Soucit představuje tedy „cít pro“ a ne „cítit s“ ostatními“ (Singer & Klimecki, 2014). Honzák (2017) tvrdí, že si nemůžeme plést soucit a empatii, protože soucit člověka pohltí a není schopen svou pomoc racionálně zaměřit, zatímco u empatie pochopíme, jak se člověk cítí a svou pomoc můžeme navést správným směrem. V medicínském kontextu jsou empatie a soucit pocíťovány ve chvíli, kdy někdo trpí. Soucit je však svým dosahem silnější. Během soucitu se jedinec vcíťuje do druhého a pocíťuje ve stejný moment silnou touhu mu pomoci. Do jeho trápení je angažován a chce zásahem utrpení zmírnit, což odráží naši potřebu sociálních vztahů (Jeffrey, 2016). S empatií je mnohdy také spojována citlivost (tenderness). Citlivost je popisována jako rozsáhlý, srdečný a vřelý pocit, který je vyvolaný křehkostí a

bezbranností (Lishner et al., 2011). O empatii hovoříme tehdy, když dokážeme vnímat emoce druhých a cítit s nimi, ale zároveň nedochází k záměně cizích emocí za vlastní. Pokud toto rozlišení chybí, jedná se o emoční nákazu. Emoční nákaza je považována za předchůdce empatie, jenž je přítomna již u malých dětí (Singer & Klimecki, 2014). Beran (1997) v kontrastu s empatií popisuje sympatii. Sympatie je dle něho založena na sdílení a společném pocíťování emocí druhého člověka. Empatie je naopak charakterizována kognitivní operací, porozuměním situace a emocím druhého člověka. Pokud sympatizujeme s druhým, tak cítíme, co cítí on, ale pokud jsme empatictí, tak pouze víme, co druhý pocíťuje, aniž by se tento emoční proces děl v nás samotných (Colliver et al., 2010). Dle Křivohlavého (2015) pojmem sympatie označujeme soucítění a emocionální náklonnost. V praxi se jedná o stav, kdy je nám druhá osoba příjemná, milá a rozumíme si s ní. Vzájemné interakce s osobou, která je nám sympatická, probíhají tak, že se smějeme stejným věcem a dokážeme být smutní ze stejných věcí a můžeme i plakat, když pláče druhá osoba. Naopak slovem antipatie neboli odpor je označováno disharmonické soucítění s druhými. V různých situacích se nám může stát, že budeme komunikovat s člověkem, který je nám nepříjemný, protivný a necítíme se s ním dobře. V případě antipatického vztahu je však stále možné empatické porozumění druhému člověku (Křivohlavý, 1993).

Empatie představuje jeden z nejpodivnějších a zároveň nejvíce fascinujících jevů v rámci sociálního života. Jedná se o mnohostranný prožitek, který může být pozorován v různých kontextech a na různých úrovních také analyzován. V odborné literatuře bývá empatie chápána jako vlastnost, stav i proces. Zřejmě nejčastěji diskutovaným tématem týkajícím se empatie je otázka, zda se jedná o koncepci emocionální (afektivní), kognitivní, emocionálně-kognitivní, multifázovou či multidimenzionální (Mlčák, 2010).

Prvně se tedy zaměříme na emocionální (afektivní) koncepci empatie. Emocionální složka empatie zahrnuje kapacitu sdílet pocity a zkušenosti druhého. Emocionální reakce je spontánní a vztahuje se více ke konceptu sympatie. Empatický lékař se svým pacientem sdílí porozumění (chápe pacientovu interpretaci situace) a projevuje sympatizující emoce (Kožený & Tišanská, 2011). V této souvislosti se používá i pojem simulační perspektiva, což odkazuje na jev odrážení či replikaci duševního stavu druhého uvnitř pozorovatele, a to dokonce na neurální úrovni. Právě tento jev je často spojován s funkcí zrcadlových neuronů (Shamay-Tsoory, 2009). Hoffmanův model empatie zdůrazňuje založení kvalitního pomáhajícího vztahu s empatickou emoční reakcí u pomáhajícího. Touto emoční reakcí

může být soucit s trpícím, empatický hněv, nespravedlnost a v případě nepomoci taktéž pocit viny (Zášková & Kubicová, 2008). Baron-Cohen a Wheelwright (2004) vymezili emocionální empatii na základě vnímání reakcí pozorovatele. Představili čtyři způsoby chápání empatie:

- 1) Pocity pozorovatele poměrně shodně odpovídají pocitům pozorované osoby.
- 2) U pozorovatele se vyskytují podobné pocity a zážitky jako u pozorované osoby, avšak za přítomnosti dalších prožitků.
- 3) Pocity pozorovatele neodpovídají pocitům, které má pozorovaná osoba.
- 4) Empatie se u pozorovatele projevuje tím, že jeho emoce obsahují zároveň emoce soucitu s distresem pozorované osoby.

U žen byla zjištěna vyšší emocionální reaktivita než u mužů a zároveň bylo prokázáno, že ženy jsou více schopny emocionální empatie (Christov-Moore et al., 2014). Několik studií se shoduje na tom, že anatomický základ pro afektivní empatii tvoří dolní frontální gyrus a pro kognitivní empatii především ventromediální prefrontální kortex (Shamay-Tsoory, 2009; Walter, 2012).

U mužů byla naopak prokázána existence rozvinutějších oblastí mozku pro kontrolu kognitivní empatie (Christov-Moore et al., 2014). Navážeme tedy na emocionální koncepci empatie a zaměříme se na kognitivní empatii. Kognitivní složkou empatie je schopnost porozumět situaci druhého, jeho myšlení a jeho psychickému stavu v dané situaci. Dochází k imaginárnímu přenesení do vnitřního světa druhé osoby. Na základě předvídání jejich psychických stavů, je možné přizpůsobit vlastní chování možnostem druhé osoby (Zášková & Kubicová, 2008). Někteří autoři uvádějí, že kognitivní empatie ve skutečnosti představuje „teorii mysli“ (např. Blair, 2005). Kognitivní empatie je také označována za přijímání mentální perspektivy druhých a vyvinula se během lidské evoluce jako jedna z podmínek sociálního fungování člověka (Zášková & Kubicová, 2008). Zášková a Mlčák (2009) uvádějí, že kognitivní empatie je pojímána jako percepční vlastnost, sociální vhled nebo komunikační proces. Koukolík (2010) zmiňuje, že člověk v případě kognitivní empatie dospívá k empatickému porozumění s druhou osobou za pomoci využití svých poznávacích procesů. Využívá tedy své poznávací schopnosti („kognitivní perspektivu“) k projekci do objektu, aby s ním empatizoval a popř. mu poskytl pomoc.

Někteří autoři zabývající se empatií, jsou přesvědčeni, že empatie zahrnuje jak složku kognitivní tak i afektivní. Baron-Cohen (2014) ve své definici odkazuje na dvě složky empatie, a to rozpoznání a reagování. Empatii popisuje jako schopnost identifikovat, co si někdo jiný myslí nebo cítí a reagovat na myšlenky a pocity druhého člověka přiměřenou emocí (Baron-Cohen, 2014). Decety a Jackson (2004) také předpokládají, že empatie nepředstavuje jen citové prožívání emočního stavu druhých osob, ale zahrnuje i poznání a porozumění těmto emocím. Mlčák (2010) uvádí, že kognitivní procesy zprostředkovávají vznik emoční aktivity. V průběhu empatického procesu daný jedinec pozoruje druhou osobu a na základě kognitivní interpretace významů se u něho vytváří emocionální reakce, která následně vede k přijímání jeho perspektivy. Empatie může být tedy chápána jako neegocentrické porozumění druhým lidem, které je doprovázeno emocionální souhrou (Kubicová, 2006; Zášková & Mlčák, 2009). Mlčák a Zášková (2006) objevili, že faktor otevřenosti ke zkušenosti a faktor přívětivosti pozitivně koreluje s kognitivní a emocionální empatií.

Kromě předchozích pohledů se můžeme setkat s koncepcemi, které bývají označovány jako multifázové či multidimenzionální. Jejich autoři předpokládají, že kromě emocionální a kognitivní složky zahrnuje empatie i jiné dimenze. Davise (1980) představuje jednu z nejpropracovanějších multidimenzionálních koncepcí empatie. Podle Davise (2006) je možné empatii chápat v širším pojetí a uvádí, že empatie zahrnuje 3 složky a to kognitivní, emocionální a behaviorální. Empatie tedy představuje vcítění se, porozumění i postoj. Vytvořil organizační model, který rozlišuje čtyři základní konstrukty: antecedenty, procesy, intrapersonální důsledky a interpersonální důsledky. Ve zdravotnictví se studentům medicíny a odborníkům doporučuje udržovat „klinickou empatii“, která zahrnuje afektivní a kognitivní porozumění pacientovým reakcím, myšlenkám nebo pocitům s následnou behaviorální demonstrací tohoto porozumění zpět k pacientovi (Larson & Yao, 2005). Morse et al. (1992, in Aomatsu et al., 2013) uvádí 4 složky empatie: (1) emotivní - schopnost subjektivně zažít a sdílet psychologický stav a emoce jiného; (2) morální - vnitřní altruistická síla, která motivuje k empatii; (3) kognitivní - intelektuální schopnost identifikovat a porozumět emocím a perspektivě druhého z objektivního postoje a (4) behaviorální - komunikativní odpověď sdělující pochopení perspektivy druhého.

Dalším možným dělením je rozlišení přímé a nepřímé empatie. Přímá složka empatie je uplatňována ve chvíli, kdy popisujeme pocity, které v nás vzbuzuje situace někoho

druhého např. „Cítím se rozhořčen, že ho šikanují.“ Naopak nepřímou složku využíváme tehdy, když popisujeme naše tělesné projevy spojené s prožívanou situací druhé osoby – „Úplně mi z toho buší srdce, jak ho šéf ponížil.“ (Guadagni et al., 2014). Dutton (2013) empatii rozdělil na vřelou a chladnou. Chladná empatie se vyznačuje tím, že řeší neosobní morální dilema a zabývá se hodnocením objektivní zkušenosti, racionálním myšlením a uvažováním. Do kategorie chladné empatie zahrnoval pracovníky, kteří ke své práci potřebují velmi přesné soustředění, chladnokrevný přístup a značnou sebedůvěru (např. neurochirurgové či pyrotechnici). Na druhou stranu vřelá empatie řeší osobní morální dilema a dochází u ní k zapojení amygdaly (mozkového emočního centra). Zde se řadí ošetrovatelský personál, kde je vřelá empatie velmi rozšířená. Main et al. (2017) zdůraznil interpersonální a relační povahu empatie. Empatie je dynamický proces, který je vysoce závislý na charakteristikách empatické osoby, vztazích mezi interagujícími osobami a dalšími kontextovými prvky.

1.3 Možnost rozvíjení a měření empatie

Konstrukt empatie je definován poměrně krátkou dobu, ale i přesto bylo vytvořeno velké množství metod, které na empatii pohlíží různými způsoby, a proto je empatie mnohdy měřena skrze jiné jevy. Hlavním rozdílem je chápání empatie jako osobnostního rysu nebo jako schopnosti. Uvádí se, že empatie je pojímána jako schopnost vcítit se do pocitů a jednání druhé osoby a tím, je považována za součást emoční inteligence, kterou lze cíleně rozvíjet nácvikem (Hartl & Hartlová, 2010). Někteří z nás jsou přirozeně empatictější než jiní, ale ukazuje se, že empatické chování se dá zlepšit a rozvíjet (Silverman et al., 2005). V dnešní době se empatické dovednosti dětí i dospělých nejen studují, ale dochází taky k jejich diagnostice a rozvoji. Někteří autoři se domnívají, že empatii u zdravotnických pracovníků, lze zlepšit a rozvíjet cílenými vzdělávacími aktivitami (Beckman et al., 2012; Krasner et al., 2009). Na druhou stranu existují i názory jiných, kteří jsou přesvědčeni, že empatie je nezměnitelný rys osobnosti (Hojat et al., 2002). Empatie může ovlivnit v medicínském prostředí spokojenost pacienta, dodržování lékařských doporučení, klinické výsledky a profesionální spokojenost, a proto je důležité zaměřit se na zlepšení a rozvoj empatie (Stepien & Baernstein, 2006). Na druhou stranu na samotnou empatii má vliv mnoho různých faktorů, mezi které můžeme například zařadit věk, pohlaví, neurobiologické faktory, profesi, životní zkušenosti a události v průběhu života. Věk je stále sporným faktorem ohledně vlivu na empatii. Neapanuje shoda, zda se empatie s věkem snižuje nebo

zvyšuje. Lopéz-Perez a Fernandez-Pinto (2010) doporučili, aby intervenční programy byly přizpůsobeny určité věkové kategorii, neboť kognitivní složky empatie mají tendenci se snižovat s věkem. Oproti tomu Beadle et al. (2013) uvádí, že se empatie s přibývajícím věkem zvyšuje. Vysvětlují to tím, že starší lidé se snaží držet rodinu pohromadě a udržet si kvalitní vztahy s blízkými osobami.

V roce 2015 byla uskutečněna velká metaanalýza, která zjišťovala, jaký je efekt tréninku empatie. Do metaanalýzy bylo zahrnuto 18 studií a všechny reportovaly zvýšení úrovně empatických dovedností po tréninku (Teding van Berkhout et al., 2016). Brunero et al. (2010) také provedli review studií empatie u pregraduálních i postgraduálních studentů lékařské fakulty. Účastníci výzkumu se zúčastnili různých programů pro posílení empatie. Celkem 11 studií prokázalo statisticky významné zlepšení empatie. Zároveň zjistili, že 6 studií neprokázalo žádné zlepšení v empatii. Důležité je říct, že nejlépe se osvědčily modely vzdělávání, které používaly zážitkové styly učení (Brunero et al., 2010). Zde radíme např. metodu hraní rolí, která slouží k nácviku a zdokonalování se v empatii. Během hraní rolí mohou vytvořit situaci, kdy lékař sděluje svému pacientovi závažnou diagnózu. Je důležité sledovat, jak se člověk v roli lékaře verbálně a mimoslovně blíží tomu, co právě prožívá druhá osoba - pacient. Nejedná se pouze o vcítění se do pacienta, ale i o slovní vyjádření tohoto zážitku přiměřeným způsobem. Prokázalo se, že člověk, který prošel obdobnou situací, je schopen lépe druhému porozumět, citlivě s ním situaci probrat a harmonicky s ním vycházet (Křivohlavý & Pečenková, 2004).

Wundrich et al. (2017) zkoumali, zda mohou studenti medicíny zlepšit své empatické dovednosti pomocí speciálního tréninku empatie s využitím simulovaných pacientů (buď je hrají natatí herci nebo vyučující). Studenti absolvovali trénink empatie složen z přednášek o empatii a její roli ve vztahu s pacientem a praktické části využívající simulované situace. Dosahovali lepších výsledků v testu OSCE (Objective Clinical Structured Examination) než kontrolní skupina, konkrétně v části zaměřené na komunikační dovednosti spojené s empatií. Kontrolní skupina prošla kurzem historie medicíny a nevykazovala žádné signifikantní zlepšení (Wundrich et al., 2017). Rezidenti ze Spojeného Království byli vedeni k tomu, aby trávili čas s pacienty posloucháním jejich příběhů. Tato strategie přímého a pečlivého poslouchání se snaží zabránit depersonalizaci. Rezidenti ocenili možnost vyslechnout si celý pacientův příběh jeho slovy. Tato zkušenost jim umožnila navázat s pacientem lepší vztah, více se do něj vcítit, porozumět mu, a tak lépe pochopit emoční podhoubí perspektiv

pacientů. Na rozhovory s pacienty měli dostatek času. Na těchto příbězích se naučili, na co se pacientů ptát, na co dávat důraz a také jakým způsobem svoje otázky klást. Oceňovali dostatek času na rozhovory, ale obávali se, že v praxi na to nebude dostatek času. Naslouchání příběhům pacientů by mělo být tedy součástí běžné výuky, ale zároveň by mělo být doprovázeno zpětnou reflexí v rámci supervizí (Gidman, 2013). Dále Winning a Boag (2015) zjistili, že krátký trénink všímavosti (brief mindfulness training) vede k nárůstu schopnosti empatie. U respondentů došlo ke zlepšení kognitivní empatie, ale nebyl nalezen žádný důkaz podporující účinnost této metody v případě afektivní empatie.

Výzkumníci z Bostonu se pokusili na empatii podívat z pohledu neurověd. Lékaři byli po dobu 4 týdnů trénováni v rozpoznávání emocí, empatickém zacházení s pacientem a s tím spojenou komunikací. Během výcvikových lekcí byl jak lékař, tak jeho pacient napojen na přístroj měřící galvanický odpor kůže. Lékaři mohli sledovat fyziologickou shodu nebo neshodu (concordance) mezi sebou a svými pacienty. Kontrolovali, jak moc byli oni i pacienti aktivováni různými komunikačními obraty. Došlo k uvědomění, že jejich odmítavé chování a arogance vyvolávají v pacientech přímou a relativně silnou emoční reakci. Pacienti hodnotili lékaře, kteří prošli tímto tréninkem, jako empatictější. Zároveň lékaři zaznamenali výrazné zlepšení ve schopnosti dekodovat jemné výrazy emocí v tváři. Vzhledem k tomu, byla objevena významná pozitivní korelace mezi schopností naučit se dekodovat jemné výrazy v obličejí a tím, jak pacienti hodnotili lékařovu empatii (Riess et al., 2012).

Jedná se o velmi složitý proces vcítění, který zahrnuje schopnosti: spolehlivě vnímat sama sebe, sebereflexi, vědomí vlastní identity, úcty ke druhým lidem, schopnost představit si situaci druhého a schopnost mentální kombinace potřebné k nabídnutí adekvátní pomoci. Mezi nejvýznamnější východiska pro empatii patří aktivní naslouchání (Prekop, 2004). Pozor na chyby při empatickém naslouchání, mezi které patří: popírání pocitů, zobecňující a hodnotící reagování, předsudky, nedůvěryhodné vyjadřování soucitu či nevhodné nonverbální projevy (Poláchová, 2009).

Pro vytváření různých teorií o empatii a určování míry empatie u jedince či skupiny osob je velmi důležité realizovat studie, jejichž nedílnou součástí je právě vývoj nástrojů k měření. Empatie je nejčastěji zkoumána pomocí sebesuzovacích metod, což je poslední dobou mnohdy kritizováno a zdůrazňuje se důležitost výzkumů i z pohledu pacienta. Okrajově se při diagnostice používají i metody projektivní. Zároveň vzhledem k různým pojetím empatie a jejich nejednotnosti v definici se objevilo velké množství diagnostických

metod empatie. V této diplomové práci si uvedeme v přehledu pouze některé z diagnostických metod empatie.

Mezi jedny z prvních testů patří např. Sociální test inteligence od George Washingtona, Chapinův test sociálního vhledu (Chapin Social Insight Test) z roku 1942, Hodnotící test vhledu a empatie (Rating test of Insight and Empathy) z roku 1949 od R.F. Dymondové, a Test empatie (The Empathy test) z roku 1954 od W. A. Kerr a B. J. Speroff (Mlčák, 2010).

Prvně si uvedeme metody, které měří kognitivní empatii. Patří zde např. Hoganova škála empatie (The Empathy Scale) z roku 1969, která zahrnuje 4 faktory (sociální sebedůvěru, vyrovnanost, sensitivitu a nonkonformitu). Celkový počet položek je 64. Hogan se při tvorbě inspiroval kombinací dvou metod – MMPI (Minnesotský multifázový osobnostní inventář) a CPI (Kalifornský psychologický inventář). Podle některých autorů tato škála neměří pouze empatii, ale spíše sociální dovednosti a s empatií ve skutečnosti souvisí pouze citlivost (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Davis, 1983). V českém prostředí byl dále vyvinut Dotazník empatie (DE14), který vydali autoři Tišanská a Kožený (2012). Celkový počet položek je 14 (hodnoceny na sedmibodové Likertově škále). Dle autorů empatie zahrnuje porozumění podnětům, zkušenostem, orientaci, obavám a směřování druhých. Definovali 3 nezávislé domény: vnímavost (potřeba rozšiřovat svůj intelektový a citový potenciál prostřednictvím všech dostupných příležitostí), otevřenost (ochota měnit vlastní stereotypy v oblasti myšlení a chování, schopnost přiměřené reakce na nové podněty ze sociálně odlišného prostředí) a respekt (celkový respekt k planetě a ke všem ostatním živým organismům). Ještě zde patří Jeffersonova škála empatie (JSPE), která byla využita ve výzkumné části této práce. Primárně je určena pro odhad empatie ve vztahu lékař-pacient. Autoři uvádí, že empatie je založena především na kognitivním základu, zahrnuje porozumění pacientově hledisku, jeho stanovisku, motivům a obavám (Hojat et al., 2001; Kožený, 2011). Dotazník JSPE existuje ve dvou variantách: JSPE-HP (The Jefferson Scale of Physician Empathy-Health Providers) určený pro poskytovatele lékařské péče a JSPE-S (The Jefferson Scale of Physician Empathy-Student) pro studenty zdravotnických oborů (Kožený & Tišanská, 2011). Byla provedena konstruktová validita a reliabilita tohoto nástroje a byly stanoveny 3 hlavní faktory lékařské empatie: soucitná péče, přijímání perspektivy/umění „postavit se do pacientových bot“ a citový odstup/emocionální odloučení (Hojat et al. 2002). Kožený, Tišanská a Höschl (2013) administrovali verzi JSPE-HP u

lékařů (N = 1305). Zařazené proměnné byly region, obor specializace, věk a pohlaví. Výsledek poukázal na podstatně nižší průměrnou míru empatie českých lékařů ve srovnání s americkými lékaři.

Uvedli jsme si příklady metod měřících kognitivní empatii a nyní se zaměříme na diagnostiku emocionální empatie. Za významnou metodu je považováno Dotazníkové měření emocionální empatie (QMEE – The Questionnaire Measure of Emotional Empathy) autorů Mehrabian a Epstein (1972) obsahující 33 položek. Zahrnuje 4 faktory: humanistická orientace, ohleduplnost, fiktivní zapojení a emocionální nákaza. Dále také vytvořili škálu EETS - Emotional Empathic Tendency Scale a BEES – Balanced Emotional Empathy Scale (Caruso & Mayer, 1998).

Dále si uvedeme metody, které měří obě složky, a to kognitivní i emocionální empatii. Často používanou metodou je Davisův (1983) Index interpersonální reaktivity (IRI- The Interpersonal Reactivity Index). Celkový počet položek je 28 a jsou rozděleny rovnoměrně do 4 subškál (empatický zájem, přejímání perspektivy, osobní distres a fantazie) (Davis, 1980). Za zmínění stojí také škála Basic Empathy Scale (BES) autorů Jolliffe a Farrington (2006). Původně o 40 položkách, ale následně díky faktorové analýze redukována na 20 položek. Jolliffe a Farrington poukazují na to, že metody IRI a QMEE nerozlišují mezi empatií a sympatií, ačkoli jsou to dva odlišné koncepty. Vossen et al. (2015) následně reagovali na nedostatky metody BES zkonstruováním nástroje k měření empatie a sympatie u adolescentů (AMES-Adolescent Measure of Empathy and Sympathy). Upozorňovali na vágnost formulace jednotlivých položek dotazníků u metod BES a také IRI. Novější metodou k měření kognitivní a afektivní empatie je metoda QCAE – A Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy (Reniers et al., 2011). Ještě zde zahrneme E škálu (The E Scale) vytvořenou v Německu (Leibetseder et al., 2007). Zahrnuje 4 aspekty empatie: kognitivní citlivost, emocionální citlivost, emocionální zájem a kognitivní zájem (Tran et al., 2013). Tyto aspekty jsou výsledkem interakce dvou dimenzí: reálnost situace (reálný život vs. fiktivní situace) a způsob zprostředkování empatie (kognitivní vs. emocionální). Zároveň byl zjištěn obecný faktor empatie neboli general empathy factor (G factor) (Leibetseder et al., 2007).

Uvedeme si i metodu k měření multidimenzionálního konceptu empatie, kterou vydal Simon Baron-Cohen se svými kolegyněmi. Jedná se o metodu Kvocient empatie (EQ-Empathy Quocient), která měří kognitivní, afektivní a také behaviorální aspekty empatie.

Autoři reagovali na metodu IRI, která dle nich empatii vůbec neměří. EQ byl vyvinut ve verzi jak pro děti, tak i pro dospělé. Celkový počet položek je 40 (Baron-Cohen, 2014). Zkratka EQ taky představuje emocionální kvocient, který je ukazatelem míry emocionální inteligence, kde empatie představuje pouze jeden aspekt. Tyto zkratky proto nelze zaměňovat (Preti et al., 2011).

Mimo toto členění si uvedeme ještě zajímavé metody, které se objevily ve výzkumech. Wang at al. (2003) vytvořili metodu The Scale of Ethnocultural Empathy (SEE). Zaměřili se na hodnocení empatie vůči lidem, kteří se liší rasou či etnickou příslušností. Etnokulturní empatii chápou jako naučenou schopnost i osobnostní vlastnost. Dle nich se skládá z intelektuální empatie, empatických emocí a z komunikační složky empatie (Wang et al., 2003). Příkladem odlišné metody měření empatie je PONS (Profile of Nonverbal Sensitivity – profil neverbální vnímavosti) vytvořený Rosenthalem (1977, in Goleman, 1997). Rosenthal považoval schopnost porozumění neverbálním projevům za klíč k intuitivnímu rozpoznání pocitů druhého člověka. Otázkou diagnostiky empatie se zabýval také Rogers (2014), který pro analýzu terapeutického rozhovoru používal Truaxovu škálu přesné empatie (Accurate Empathy Scale, 1967). Považoval ji také za nástroj k zhodnocení přesnosti terapeutovy interpretace klientových pocitů (tzv. zrcadlení). Škála zahrnuje 8 úrovní empatického porozumění.

Sebeuposuzovací metody sebou přináší riziko špatného posouzení sebe sama. Např. u psychopatů nelze sebeuposuzovací metodou zjistit pravdivé informace, jelikož psychopati záměrně lžou (Baron-Cohen, 2014). Za alternativní projektivní metody k měření empatie se používají ROR (Rorschachova metoda) nebo TAT (Tématický apercepční test). Jejich výhodou je minimální možnost záměrného zkreslení výsledků zkoumanou osobou, jelikož neví, na co se daný test zaměřuje a jak by měly znít žádoucí odpovědi. Zároveň tyto metody kladou vyšší nároky na psychologa ohledně skórování a vyhodnocení (Svoboda et al., 2013).

V psychologii se zaměřujeme na odhalení míry situační nebo dispoziční empatie. Situační empatie představuje empatickou reakci v konkrétních situacích. Hodnotí se dle dotazování subjektů na jejich prožívání bezprostředně po vystavení dané situaci, zkoumáním hlasových projevů a gest nebo sledováním různých fyziologických ukazatelů. Použití kterékoliv z uvedených metod může přinášet řadu potíží či nepřesností. Například řadu interferujících faktorů, které mohou ovlivnit sebehodnocení. Dále nepřesnost a neurčitost, které doprovázejí fyziologická měření, neboť nelze přesně určit, zda jsou skutečně ukazateli

právě empatické reakce. Naopak dispoziční empatie považuje empatii jako stálou osobnostní vlastnost. Bývá posuzována na základě hodnocení druhými lidmi (klienty, znalci, spolupracovníky) nebo pomocí nejrůznějších dotazníků (Stueber, 2017). Pacienti mohou hodnotit empatii lékařů pomocí dotazníku CARE - Consultation and Relation Empathy (Howick et al., 2017).

1.4 Empatie v lékařské profesi

Lékař by měl být profesionálem ve své profesi a přitom by měl být především lidskou osobností (Honzák, 2017). Pederson (2010) zdůrazňuje roli empatického porozumění ve vztahu lékař-pacient a doporučuje, aby na empatické porozumění byl kladen stejný důraz, jako na klinickou práci s pacientem a došlo tak k vzájemnému propojení. Empatie je považována jako esenciální aspekt medicíny (Hojat et al., 2002). Zvyšuje ochotu pomáhat druhým, čímž se řadí mezi podmínky všech dalších relevantních sociálních vztahů. Včetně těch nejdůvěrnějších, kam se řadí mimo jiné také vztah mezi zdravotníkem a pacientem (Hájek, 2012). Dnes je pozornost orientována na poznání člověka jako bio-psycho-sociálního celku, a to díky holistickému pojetí současného zdravotnictví. Umění empatie by se mělo stát ve zdravotnictví základním kamenem pro zlepšení vztahů mezi pacientem a zdravotníkem a mělo by vést k pochopení a vzájemnému porozumění (DeVito 2008; Zacharová & Šimíčková-Čížková, 2011). Podle Eisenberga (2000) empatie zahrnuje jak aspekt altruistický (empatie vychází ze soucitu s druhým), tak i egoistický (empatie pramení z tendence redukovat vlastní distres pocházející z prožívání utrpení druhého). V medicíně se vyzdvihuje humanismus, který se definuje jako vcítění se, podělení se o pacientovo utrpení a jeho zmírnění. Empatický lékař pacienta nejvíce uspokojí a pozitivně ovlivní jeho zdravotní stav (Hořejší, 2015; Opatrná, 2017; Raudenská & Javůrková, 2011). Lékař by měl umožnit pacientovi prožít emoce, vyjádřit obavy a následně je směřovat správným směrem (Ptáček et al., 2015). Vzhledem k tomu, že je empatie uváděna jako významný faktor v souvislosti s pozitivním působením na úspěšnost léčby, naskýtá se tak i možnost užívání termínu evidence based empatie (Ptáček & Bartůněk, 2014). Podle Asociace amerických lékařských vysokých škol (AAMC) empatie představuje zhodnocení emocí pacienta a expresi jejich poznání pacientovi (Stepien & Baernstein, 2006).

Empatie je jedním ze základních předpokladů efektivní komunikace. Pomocí empatie a naslouchání lze poznat potřeby pacienta, jeho preference a psychologickou připravenost. V případech, že je toto ignorováno, tak rozhovor může být velmi škodlivý (Beran, 2010; Sheu,

et al., 2006). Zároveň je podstatné, aby lékař nenaslouchal pouze pacientovi, ale také sám sobě. Je přirozené, že někteří pacienti se mu mohou zdát méně sympatičtější, ale je potřeba, aby si tohoto faktu byl lékař vědom a dokázal s ním pracovat (Beran, 2010). Ptáček (2011) uvádí, že není vhodné, aby lékař potlačoval své emoce a místo toho se snažil prožívat emoce pacienta. Stejně tak nemůže lékař budovat s pacientem důvěrný a hluboký vztah, neboť povaha kontaktu je z podstaty věci epizodická. Být empatický klade velké nároky na lékaře po stránce studijní a hlavně empirické a psychické (Ptáček et al., 2011). Lékaři se mohou obávat pohlčení a neradi se ptají na to, co sami nemůžou ovlivnit. Empatie se tedy může jevit jako přítěž, ale není třeba, aby lékaři empatií sršeli na všechny strany. Empatický lékař ví, co prožívá pacient, ale jeho vlastní prožitky nejsou totožné s pacientovými (Beran, 2010).

Decety et al. (2010) uvádí, že zdravotníci bez dovedností regulace emocí, kteří jsou opakovaně vystavení utrpení ostatních mohou trpět nepříznivými důsledky v podobě vlastní úzkosti, vyčerpání (až vyhoření) a únavy z pomáhání. To může mít neblahý vliv na jejich zdraví. Coetzee a Klopper (2010) v souvislosti s empatií zdůrazňují význam schopnosti jedince uvědomovat si oddělenost svého stavu od emočního stavu druhého a to především v kontaktu s negativními emocemi druhých nebo jejich utrpením. Lékaři se těchto negativních dopadů obávají, a proto může docházet k tomu, že si pacienty a jejich emoce nepřipouští k tělu (depersonalizace). Tato regulace emocí se u lékařů velmi brzy projeví, což může mít za následek bránění bottom-up procesů, které vedou ke zpracování vnímání bolesti u druhých (Decety et al., 2010). Ukazuje se, že proces depersonalizace souvisí s narušením rovnováhy mezi představovanou praxí profese a její reálnou podobou, která se považuje jako jeden z hlavních faktorů vzniku syndromu vyhoření (Pešek & Praško, 2016). Dalším faktorem neblahého důsledku depersonalizačního procesu je, že narušuje pocit dobře odvedené práce. Pokud totiž lékař pacienta bere jen jako případ, nemůže se mu nikdy dostat řádného poděkování, protože vyléčené nemoci neděkují, ale vyléčení nemocní ano (Gleichgerrcht & Decety, 2013). Posledním faktorem, který v této souvislosti zmíníme, je fakt, že pokud lékaři s pacienty nesdílejí své negativní emoce smutku a lítosti, které v nich kontakt s pacientovou nemocí vyvolává, často se v nich tyto negativní emoce zapouzdří a jsou podhoubím pro stále se stupňující negativní stres (distress). Ten pak téměř vždy vede k syndromu vyhoření (Lamothe et al., 2014).

Neempatičtí lékaři vykazují zvýšené užívání různých lékařských testů a metod. Zároveň častěji své pacienty posílají i k dalším specialistům (Bertakis & Azari, 2011). S

poklesem empatie v medicíně tedy narůstá její dehumanizace. Zajímavé je, že empatie klesá již u studentů čtvrtého ročníku medicíny a možné příčiny jsou nedostatek času při práci lékaře a orientace na odborné medicínské kompetence a znalosti (Irmiš, 2015).

Naopak významným ukazatelem empatického projevu je neverbální kontakt. Důležité je, aby se lékař nevyhýbal pohledu do pacientových očí. Někdy se jedná tedy o pohled, jindy o fyzické naklonění směrem k pacientovi nebo dokonce jemný dotek, např. položení ruky na pacientovo rameno. Pacient potřebuje cítit zájem, ale neměla by se překročit určitá mez, aby nevznikl dojem naléhání. Dále díky technikám aktivního naslouchání lze vyjádřit snahu porozumět pacientovi. Patří zde např. přeformulování hlavních myšlenek, povzbuzení, vyjasnění, shrnutí a ocenění. Aktivní naslouchání napomáhá k ujasnění, co pacient z rozhovoru pochopil (Beran, 2010; Ptáček et al., 2011). Pomáhá také překonat stud a ponížení, které se objevuje při různých lékařských prohlídkách a zákrocích. Díky tomu je usnadněna spolupráce pacienta s lékařem a jsou přemoženy pocity izolace. Aktivní naslouchání je emočním povzbuzením a posiluje adaptivní postoje. Jedná se o unikátní podpůrný fenomén (Hořejší, 2015; Praško & Látalová, 2010).

Pozitivní aspekty v rámci empatického přístupu lékaře:

- 1) Pacienti jsou spokojenější, méně úzkostní a obecně lépe skórují v dotaznících na well-being (Blatt et al., 2010; Kim et al., 2004; Verheul et al., 2010; Yuguero et al., 2018).
- 2) Dochází ke zvýšení adherence pacientů k léčbě = compliance. Pacient dodržuje doporučení lékaře a pravidelně užívá předepsané léky atd. (Batt-Rawden et al., 2013; Canale et al., 2012; Dal Santo et al., 2014; Kelm et al., 2014; Mahmoudian et al., 2017).
- 3) Empatie lékařů má pozitivní vliv i na pozitivní změnu životního stylu. Pacienti snadněji vklouzávají do nového režimu a daří se jim v něm setrávat delší dobu, nežli natrvalo (Buszewicz et al., 2006).
- 4) Přesnější diagnostika – pacienti sdělí lékařovi více informací o svém zdravotním stavu a tyto informace jsou navíc konkrétnější a pravdivější (Halpern, 2012; Verheul et al., 2010). Dochází ke snížení diagnostických chyb, snížení využití zdrojů a nákladů na zdravotní péči (Chen & Forbes, 2014; Kelm et al., 2014; West et al., 2006; Yuguero et al., 2018).

- 5) Pacienti empatických lékařů se uzdravují rychleji, a proto lékaře navštěvují méně často a zdravotnický systém tak zatěžují méně (Hojat et al., 2011; Rakel et al., 2011). Pacienti se v průměru o víc jak den rychleji uzdravovali a také jejich onemocnění bylo méně závažné (Rakel et al., 2011).
- 6) Méně stížností od pacientů na zanedbávání povinné péče lékařů a zároveň zlepšení zdraví lékařů, zvýšení profesionální spokojenosti a pohody (Gleichgerrcht & Decety, 2013; Huntington & Kuhn, 2003; Riess et al., 2012).

Naopak negativní stránkou vysoké úrovně empatie může být dlouhotrvající emoční deprese způsobena příliš silným emocionálním závazkem lékaře k problémům pacienta a nedostatkem samoregulačních dovedností. Neschopnost vypořádat se s emoční zátěží a neochota využívat pomoc psychoterapeutů může vést k rozvoji syndromu vyhoření (Królak, 2017).

Dále zmíním na závěr jednu zajímavost. Doktor Stephen Trzeciak hovoří o novém vědním oboru Compassionomics, který definuje jako obor plný poznatků a vědeckých studií zabývajících se efektem soucitné/empatické medicíny (compassionate healthcare). Compassionomics se zabývá právě dopady soucitné medicíny na zdraví pacientů, poskytovatele zdravotní péče a zdravotnictví jako systému. Empatické chování a jednání patří mezi měkké dovednosti (softskills), které jsou stále obtížně zkoumatelné a měřitelné. Compassionomics se snaží vytvořit pevnější rámec pro empatické chování a jednání a umožnit tak této oblasti, aby se stala součástí evidence-based medicíny (Trzeciak, 2018).

1.5 Výzkumy empatie u lékařů

Pacienti přicházejí do kontaktu s lékaři s nejrůznějšími požadavky, problémy i symptomy. Existuje tak řada oblastí, v nichž byly potvrzeny pozitivní aspekty. Pacienti léčící se s HIV navštěvující lékaře s vyšší empatií, kteří prozrazovali více psychosociálních i biomedicínských informací a byla u nich zjištěna vyšší self-efficacy (Flickinger et al., 2016). Praktičtí lékaři, kteří dosahovali vyššího skóre empatie, tak působili lépe na pacienty trpící nachlazením, kdy se doba nachlazení ukázala signifikantně kratší a samotné nachlazení bylo dle laboratorních výsledků méně závažné (Rakel et al., 2009). V případě pacientů s diagnostikovanou migrénou, kdy je léčili doktoři se zvýšenou empatií, docházelo k poklesu příznaků migrény a zároveň k zvýšení dodržování diety, cvičení, ochoty spolupracovat a modifikaci spánkového režimu (Attar & Chandramani, 2012). U pacientů s diabetem, kteří

navštěvovali lékaře s dosaženým vyšším skóre empatie, byla naměřena signifikantně významně lepší hladina hemoglobinu A1c, nežli u pacientů, kteří navštěvovali lékaře s dosaženým nižším skóre empatie. Hodnoty cholesterolu LDL-C byly signifikantně lepší u pacientů, kteří navštěvovali lékaře s vyšším skóre empatie. Předpokládá se tak, že empatie lékaře je důležitým faktorem pro pacientovy klinické výsledky (Hojat et al., 2011). V Itálii výzkumníci porovnávali empatické skóre lékařů s výskytem akutních metabolických komplikací diabetu u pacientů (hyperosmolární stav, diabetická ketoacidosa a kóma). Pacienti navštěvující lékaře s vyšší mírou empatie, měli signifikantně nižší incidenci metabolických komplikací. Empatie je tedy považována za velmi významnou klinickou kompetenci (Del Canale et al., 2012).

Na oddělení urgentního příjmu výzkumníci zjistili, že mladší lékaři (do 3 let po skončení studia) měli nižší skóre empatie než ti starší (s praxí nad 5 let). Zjistili dále existenci pozitivní korelace mezi sebehodnocením empatie a spokojeností pacientů (Wang et al., 2018). Starší lékaři mohou být sebejistější a pacienti je mohou vnímat jako zkušenější, což může také zvýšit jejich důvěru a spokojenost. Neumann et al. (2011) provedli metaanalýzu. Vyhledali články, které byly publikované v letech 1990 až 2010, které se týkaly změny empatie u studentů a mladých lékařů. Celkem zahrnuli 18 studií, kdy 11 studií se týkalo změny empatie u studentů a 7 studií u začínajících lékařů (během prvních tří let po ukončení studia). Celkem 15 studií bylo z USA, 2 z Velké Británie a 1 z Polska. Empatie byla měřena různými standardizovanými dotazníky. V 16 studiích došlo v průběhu studia a po nástupu do praxe ke statisticky významnému snížení empatie, ve 2 nebyly zjištěny rozdíly a žádná studie nepotvrdila zvýšení empatie. Ukázalo se, že k nejmarkantnějšímu poklesu empatie dochází během 3. roku studia, když studenti začali být v kontaktu s pacienty během své předatestační přípravy. Dalších sedm studií pak upozornilo na totéž u mladých lékařů během prvních roků v zaměstnání. Na teoretické hlavní příčině tohoto poklesu se všechny studie shodly. Jednalo se o distress pod kterým se míní například burn-out syndrom, nízký pocit pohody, snížená kvalita života nebo deprese (Neumann et al., 2011). Kožený, Tišanská a Höschl (2013) ve studii se souborem více než 700 studentů z 3. lékařské fakulty UK a cca 900 studentů z lékařské fakulty v Olomouci, zjistili signifikantní pokles empatie mezi 1. a 2. ročníkem a dále mezi 2. a 3. ročníkem. Rozdíl empatie mezi 1. a 3. ročníkem činil takřka jednu směrodatnou odchylku. Od 3. ročníku se již empatie studentů signifikantně neměnila. K poklesu došlo tehdy, kdy se studenti více seznamovali s reálnou praxí a přicházeli do kontaktu s pacienty a lékaři (Kožený & Tišanská, 2011). Jiné výzkumy ale naznačují, že se

nemusí jednat o všeobecný jev a ukazují jiný trend. Empatie byla měřena u studentů medicíny jihokorejské univerzity od 1. do 4. ročníku. Výsledky ukázaly, že empatie každý ročník rostla a nejvyšší míry tak empatie dosahovala ve čtvrtém (posledním) ročníku (Hong et al., 2012). Dále Kožený a Tišanská (2013) testovali dimensionalitu české verze Jefferson škály empatie pro poskytovatele léčebné péče (JSPE-HP) na podkladě údajů získaných od reprezentativního souboru 1305 českých lékařů. Zjistili cronbachův koeficient alfa 0,842 a nezjistili statisticky závažný efekt věku, pohlaví, typu praxe a profesionální orientace na empatii. Čeští lékaři vykazovali relativně nízkou průměrnou hodnotu skóre empatie ve srovnání s americkými lékaři. Závěrem bylo, že česká verze JSPE-HP je psychometricky srovnatelná s US verzí a použitelná pro odhad empatického chování českých lékařů.

Z výzkumů zaměřených na empatii u lékařů vyplývají důležité tvrzení. Neprokázalo se, že lékaři dosahují nižší skóre v předpokladech k empatii než jiné profese. U lékařů, kteří vykonávají bolestivé odborné zákroky, dochází k aktivování procesů, jež vedou k vyblokování empatické reakce již v jejich prvních stádiích. Emocionální reakce při výkonu bolestivého zákroku spočívá u lékařů zejména v regulaci emocí než v jejich prožívání. Snížení empatie umožňuje lékařům efektivněji pracovat. Tím, že lékař vyblokuje empatickou reakci, uvolní svou mentální kapacitu pro kvalitní výkon při zákroku a může se lépe soustředit. Jedná se i o ochrannou funkci před stresem, který je obecně ve zdravotnictví silným faktorem při syndromu vyhoření. (Ptáček et al., 2014). Chenga et al. (2007) zjistili, že u kontrolní skupiny došlo při spatření bolestivých vpichů k signifikantně silnější reakci v oblastech souvisejících s empatickým prožíváním bolesti (anteriorní insulární kortex a anteriorní cingulární kortex) než u skupiny lékařů, kde naopak došlo k signifikantně silnější reakci v oblastech souvisejících s regulací empatického arousalu (mediální prefrontální kortex a dorzolaterální insulární kortex). Kontrolní skupina hodnotila vpichy jako bolestivější a pohled na vpich jim byl více nepříjemný než u skupiny lékařů. U lékařů dlouhodobé setkávání se s bolestí vede ke spuštění kontrolovaných procesů, které souvisejí s regulací empatické reakce. To ovlivňuje v omezené míře spoluprožívání bolesti a tendenci snižovat míru utrpení pacientů (Ptáček et al., 2014).

Patel et al. (2019) v systematickém přehledu o 52 studiích (celkem N = 5316) zjistili, jaké chování lékaře zlepšuje vnímání lékařské empatie a/nebo soucitu s pacientem. Identifikovali klíčová účinná chování: 1) sezení (versus stání) během pohovoru; 2) rozpoznávání neverbálních emočních projevů pacientů; 3) rozpoznávání a reagování na příležitosti pro

vyjádření soucitu; 4) neverbální komunikace při péči ze strany lékaře (např. oční kontakt, sociální dotek, pozice čelem k pacientovi, klidný tón hlasu); a 5) verbální porozumění vyjadřující podporu, dostatek informací.

Pacienti mohou hodnotit empatii lékařů pomocí dotazníku CARE - Consultation and Relation Empathy (Howick et al., 2017). Howick et al. (2017) provedli metaanalýzu zahrnující 64 studií, které používali dotazník CARE. Výsledky 22 studií uvádí, že v případě delších konzultací dávali pacienti o 15% vyšší skóre empatie zdravotníkům než v případě kratších konzultací. Ženy ve 12 studiích dosahovaly o 16% vyššího skóre v empatii než muži. Chung et al. (2012) zjistili pomocí dotazníku CARE, že lékaři v bílém plášti působili nejempatičtěji a nejdůvěryhodněji. Oblečení lékaře hraje důležitou roli pro vnímání vztahu pacient – lékař.

2 Soucit se sebou

Soucit a empatie, jak již bylo řečeno dříve jsou často zaměňovány. Dříve byl soucit ztotožňován s empatickým distresem, ale tento názor se v psychologii nesetkal s podporou. Zmiňovalo se, že jedinec prožívající empatický distress může inklinovat k vyhýbavému chování, zatímco u soucitu se předpokládá zaměřenost pozornosti na potřeby druhého (Batson, 2014). Straussová et al. (2016) tvrdí, že oproti empatii se soucit neredukuje pouze na sdílení stavu a vzniká konkrétně v reakci na utrpení. Empatie by měla být nezbytnou součástí soucitu, ale zároveň se při soucitu především zdůrazňuje přání, zmírnit negativní stav trpícího a zároveň ukázat zvláštní laskavost těm, kteří trpí (Capper, 2008). Ve snaze poskytnout jasnost k urychlení výzkumu soucitu byla vytvořena jedna mnohostranná operativní definice soucitu, která pojímá soucit jako kognitivní, afektivní a behaviorální proces. Skládá se z 5 prvků: 1) rozpoznání utrpení; 2) porozumění univerzálnosti přítomnosti utrpení v lidské zkušenosti; 3) spoluprožívání trápení trpící osoby a emoční propojení s jejím nepohodlím; 4) tolerance jakýchkoli nepříjemných pocitů vyvolaných v reakci na utrpení (např. strach, znechucení, úzkost), které se vytváří prostřednictvím soucitu tak, že zůstaneme otevřeni vůči trpící osobě a přijímáme ji i s jejím trápením a 5) jednání nebo motivace jednat za účelem zmírnění daného utrpení (Strauss et al., 2016). V literatuře se můžeme setkat s pojmem *compassion fatigue*, který představuje únavu popř. až chronickou podobu syndromu vyhoření vlivem dlouhodobého vystavení jedince situacím utrpení druhých např. při práci lékaře (Coetzee & Klopper, 2010). Důležité je zaměřit pozornost na soucit směrem k druhým, ale i k sobě samotnému. Soucit se sebou zvyšuje odolnost proti syndromu vyhoření a pomáhá zdravotníkům lépe snášet stres (Lown, 2014). Reichová (2016) doporučuje soucit se sebou zařadit do výuky ošetřovatelství, pečovatelských, psychoterapie a dalších pomáhajících oborů. Soucit je často považován za základní složku ošetřovatelské péče (Capper, 2008).

2.1 Vymezení pojmu soucit se sebou

Po roce 2000 se objevil prudký nástup zájmu o buddhistické metody a učení v souvislosti se všímavostí a zhruba od roku 2010 se pak zvedá podobná vlna zájmu o soucit (Benda, 2012). V západní kultuře evokuje pojem soucit často pouze soucit směrem k druhým osobám, ale v buddhismu tento pojem zahrnuje i soucit směrem k sobě. Kristin Neff v americkém časopise představila komplexní pojetí soucitu se sebou spojené s buddhistickou

psychologií, čímž o něj mezi mnohými vědci vyvolala silnou vlnu zájmu (Neff, 2003a,b). V literatuře se můžeme setkat s odlišnými překlady self-compassion a to buď soucit se sebou, soucit k sobě nebo sebesoucit. Pro tuto práci jsem zvolila použít překlad soucit se sebou, který ve svých pracích používá i Jan Benda (Benda & Reichová, 2016). Pro jasnou přehlednost budu používat pouze terminologii soucit se sebou.

Soucit se sebou je dle Kristin Neff (2003a,b) emočně pozitivní postoj k sobě v okamžicích, kdy prožíváme nějaké trápení, selhání nebo jsme si vědomi nějakého osobního nedostatku. Soucit se sebou nám umožňuje, abychom smířlivě přijali vlastní chyby a obtíže a poskytli si v daný okamžik péči, jakou potřebujeme. Jedná se o opak sebekritičnosti, sebeodmítání, přísnosti či chladu vůči sobě samému. Neff chápe soucit se sebou jako specifickou strategii regulace emocí. Zmiňuje, že díky soucitu se sebou se bolestivým či znepokojivým pocitům nevyhýbáme ani na nich neulpíváme, ale uvědomujeme si je a prožíváme je s pochopením a s vědomím, že podobné zkušenosti jsou součástí lidského života a mohou je prožívat všichni lidé. Přijetím takového postoje dochází dle Neff v naší mysli ke změně a negativní emoce střídá pozitivnější stav mysli. Pozitivnější stav mysli nám pomáhá s jasnějším a moudřejším uvážením konkrétní situace a také s jejím zvládnutím vhodným a efektivním způsobem (Benda & Reichová, 2016; Germer, 2009; Neff, 2003b). Neff odlišila ve své definici tři aspekty soucitu se sebou, které jsou zmíněny později u dotazníkové metody SCS – The Self Compassion Scale (Neff, 2003a).

Existují řada pojmů, které můžeme připodobnit k soucitu se sebou. Koncept soucitu se sebou má blízko k pojmu bezpodmínečné pozitivní přijetí od Rogerse. Dle Rogerse (2015) se jedná při přijetí o zachycení svého pravého já, schopnost autenticky myslet a prožívat. Jedinec by měl plně prožívat své reakce včetně pocitů a emocí a nezkresleně si uvědomovat, co prožívá. Přijetí obsahuje i oproštění se od porovnávání s očekáváními druhých. V první řadě by si měl pokládat otázku, co to znamená pro něho samého a jaké on z toho má pocity. Jedná se o postoj, který je nutnou podmínkou k vytvoření funkčního terapeutického vztahu, jenž umožní klientovi aktivovat jeho vlastní bohaté vnitřní zdroje a dosáhnout změny (Rogers, 2015). Bezpodmínečné pozitivní přijetí vede ke zlepšení vztahů s ostatními a nejedná se tedy o sebestřednost (Hamrová, 2016). Dále má blízko k termínu bezpodmínečné sebezpřijetí od Ellise a B-kognice od Maslowa, ale i k dalším pojmům popisujícím salutogenní důsledky zdravého postoje k sobě samému (Benda & Reichová, 2016; Neff, 2003a).

Soucit se sebou je dále potřeba odlišit od podobných pojmů jako sebeúcta, sebehodnocení, sebelítost a sebevědomí. Paul (2001) uvádí, že sebeúcta je popisována jako globální vztah k sobě nebo vědomí vlastní hodnoty a je spojována s duševním zdravím. Nové studie tento vztah s duševním zdravím problematizují (Barnard & Curry, 2011). Vědomí vlastní hodnoty si jedinec často utváří na základě dosažených výsledků a sociálního srovnávání, a je proto velmi křehké (Benda, & Reichová, 2016). Dle Neff (2003a) vysoká sebeúcta bývá spojována se sebepovyšováním, ponižováním druhých a narcismem a nízká sebeúcta je spojována s negativními psychologickými projevy (např. nedostatek motivace či deprese). Soucit se sebou naopak nesouvisí s porovnáváním se s druhými z hlediska jakýchkoliv výsledků či standardů. Jedinec má k sobě dobrý vztah nezávisle na takovém srovnání (Benda & Reichová, 2016). Jedná se o postoj k jednotlivým prožívaným fenoménům (např. vjemům, pocitům, myšlenkám, náladám), a nikoli o postoj ke konceptuálnímu, narativnímu Já (Benda, 2019). Důležité je také odlišení soucitu se sebou od sebehodnocení. Sebehodnocení je chápáno jako opak soucitu se sebou. Při soucítění je podstatné přestat posuzovat a hodnotit (Paul, 2001). Zmíníme si i rozdíly mezi soucitem se sebou a sebelítostí. Neff (2015) uvádí, že jedním z největších omylů je pokládat soucit se sebou za sebelítost. Soucit se sebou je ve skutečnosti chápán jako „lék“ na sebelítost. Sebelítost je pojem, který v sobě skrývá pocit výlučnosti, výjimečnosti neboli nadřazenosti a také obviňování druhých. Soucit se sebou naopak vychází z pochopení skutečnosti, že každý člověk někdy pocítuje trápení a může chybovat. Během soucítění se sebou přijímáme fakt, že nejsme dokonalí a přebíráme odpovědnost za své chyby. Soucit se sebou nám v těžkých chvílích umožňuje o sebe pečovat, chránit se, nezavrhovat se a říct si o pomoc. Soucit nás propojuje a sebelítost odděluje (Šťastná & Benda, 2020). Jako poslední si uvedeme sebevědomí, které pozitivně korelovalo s narcismem oproti soucitu se sebou (Neff & Vonk, 2009).

Na soucit se sebou se vědci zaměřují také ze stránky neurovědního hlediska. Zmiňují, že neexistuje dostupný neurovědní výzkum soucitu se sebou jako jednotného faktoru (Stevens et al., 2018). Při soucitu se sebou dochází k celé kaskádě neurologických aktivit a deaktivací paralelně u všech souvisejících složek soucitu k sobě (laskavost se sebou, všímavost, lidská sounáležitost). Při soucítění dochází k aktivaci centra empatie, emoční vřelosti, péče a připravenosti jednat ve prospěch druhých nebo sebe sama (Goodman et al., 2018; Preckel et al., 2018). Soucit se sebou a k druhým je ovlivňován vyplavováním neurotransmiterů a hormonů jako je např. oxytocin nebo vazopresin (Birkett & Sasaki, 2018)

i aktivitou autonomního nervového systému především bloudivého nervu (Stelar & Keltner, 2017). Oxytocin stimuluje především prosociální chování a projevy štědrosti, náklonnosti a vřelosti. V tíživých situacích také snižuje aktivitu amygdaly, hladinu kortizolu a krevní tlak, což vede k tlumení stresové reakce. Podobný vliv má i aktivita bloudivého nervu, která je schopna regulovat i srdeční frekvenci (Benda, 2019). Benda (2019) uvádí, že soucit se sebou netlumí negativní pocity, ale spíše zvyšuje odolnost jedince vůči nim a dodává mu energii, aby na ně mohl patřičně reagovat s žádoucí vřelostí a přijetím.

2.2 Soucit se sebou a soucit k druhým

Mnoho psychologických teorií předpokládá, že lidé jsou primárně sobečtí a mají více starostí o sebe než o ostatní. Běžná zkušenost však uvádí opak, že jedinec je často tvrdší a chladnější k sobě než k ostatním. Chlad směrem k sobě může někdy pramenit z obavy ze sebestřednosti a z egoismu. Projevovat soucit se sebou neznamená být sebestředný. Jedinec nesoudící sám sebe nemá potřebu ani soudit druhé. Sám sobě přiznává hodnotu nezávisle na svých výkonech, nedostatcích a tím se nemusí stavět do nadřazené pozice vzhledem k ostatním a není závislý na porovnávání s ostatními (Neff, 2003a). Může se zdát, že existuje jasný vztah mezi soucitem k druhým a soucitem k sobě, ale není tomu tak. Těsnost vztahu mezi soucitem se sebou a soucitem k druhým je pro některé vědce velmi inspirativní a vedou se diskutovat, zda lze dokonce aplikovat stejný model soucitu k sobě podle Neff na soucit k druhým.

Neff a Pommier (2013) zmiňují, že v daném ohledu může hrát důležitou roli věk. V jejich výzkumu se u skupiny studentů neprokázala statisticky významná souvislost mezi soucitem se sebou a empatickým zájmem (IRI), ale byla nalezena pozitivní korelace mezi těmito fenomény u populace dospělých a dlouhodobě meditujících respondentů. Lopéz et al. (2018) ve své studii nenalezli signifikantně významnou korelaci mezi soucitem se sebou a soucitem k druhým. Soucit k druhým byl zjišťován pomocí dotazníku Dispositional Positive Emotions Scale. Prokázalo se, že ženy a jedinci s nižší úrovní ukončeného vzdělání mají významně vyšší průměrné skóre soucitu k druhým. Objevili nízké, střední až vysoké korelace mezi soucitem se sebou a lepším duševním zdravím a zvýšenou osobní pohodou. Zároveň takové vztahy nebyly prokázány mezi soucitem k druhým a těmito konstrukty (srov. Durkin et al., 2016). Durkin et al. (2016) zjistili negativní středně velkou korelaci mezi soucitem se sebou a syndromem vyhoření, ale mezi soucitem s ostatními a vyhořením nebyla

prokázána korelace. Je otázkou, zda by se výsledky výzkumu lišily, kdyby se použily nově zavedené dotazníky, které popisují soucit jako multidimenzionální konstrukt.

Za použití fMRI bylo zjištěno, že soucit se sebou aktivuje podobné oblasti mozku jako projev soucitu s ostatními (Longe et al. 2010; Lutz et al., 2008). Jedinci, kteří jsou soucitnější k ostatním, tak mohou být soucitnější k sobě samým (Breines & Chen, 2013). V souladu s teorií, že proces soucitu je víceméně stejný, ať už je zaměřen na sebe nebo na ostatní (Feldman & Kuyken, 2011; Gilbert, 2014) platí již zmíněná pětičlenná definice od Strauss et al. (2016) pro obě možnosti. Tato pětičlenná definice získala také podporu od Gu et al. (2017). Gu et al. (2020) provedli srovnání soucitu se sebou (dotazník SOCS-S) a soucitu k druhým (dotazník SOCS-O). Dotazníky vyplnilo kolem 1 200 zdravotnických pracovníků. Dle jejich výsledků ženy zaznamenali vyšší skóre v SOCS-O než muži, ale u skóre SOCS-S nebyl zjištěn významný rozdíl. Jedinci s meditační zkušeností od 1 do 5 let měli pouze u skóre SOCS-S signifikantně vyšší výsledky než ti, kteří neprojektují meditaci. Zjistili, že soucit se sebou a soucit k druhým souvisí se zvýšenou všímavostí, pohodou a sníženým syndromem vyhoření, stresem, depresí a úzkostí. Výsledky jsou v kontrastu se studii, které nenašly vztah mezi soucitem k druhým a těmito konstrukty (např. Durkin et al., 2016; López et al. 2018; Pommier, 2010). Objevili malé, střední a významné korelace mezi SOCS-O a SOCS-S. Jejich zjištění jsou v souladu s představou, že soucit odkazuje na proces, který může být orientován jak na sebe, tak i směrem k druhým a naznačují, že se mohou vzájemně překrývat. To je v kontrastu s předchozími výzkumy, které zjistily nepatrné nebo žádné vazby mezi soucitem se sebou a soucitem k druhým (Durkin et al., 2016, López et al., 2018, Neff & Pommier, 2013; Pommier, 2010). Zjištění jsou v souladu s tvrzením, že intervence k pěstování soucitu by mohly zlepšit výsledky „emocionálního“ zdraví (Kirby et al., 2017).

2.3 Využití soucitu se sebou

Od roku 2003 je možné dohledat více než 1600 studií na téma soucitu se sebou (Bluth & Neff, 2018), které upozorňují na to, že nedostatek soucitu se sebou je možným společným faktorem působícím při vzniku a rozvoji duševních poruch. Nedostatek soucitu se sebou byl potvrzen u poruch nálady (Diedrich et al., 2017; López et al., 2018), u poruch příjmu potravy (Braun et al., 2016; Scheibner et al., 2017), u úzkostných poruch (Boersma et al., 2015; Căndea & Szentágotai-Tatar, 2018), u poruch osobnosti (Kramer et al., 2018), u závislosti (Phelps et al., 2018; Platt, 2018), u schizofrenie (Eicher et al., 2013) i u traumatu (Hiraoka et al., 2015; Winders et al. 2020).

Dále si uvedeme, že vyšší míra soucitu se sebou je spojena s vyšší životní spokojeností a osobní pohodou, štěstím, optimismem, životní spokojeností, motivací, úspěchem, sociální propojeností a schopností uspokojivé emoční regulace (např. Barnard & Curry, 2011; Hollis-Walker & Colosimo, 2011; Neff & Germer, 2017; Neff et al., 2007; Neff & Seppälä, 2016; Finlay-Jones, 2017; Trompeter et al., 2017; Van Dam et al., 2011). Zároveň negativně koreluje s neuroticismem, depresivitou, stresem, úzkostí, strachem ze selhání, či projevy syndromu vyhoření (např. MacBeth & Gumley, 2012; Neff et al., 2007; Neff & Vonk, 2009; Raes, 2010; Stutts et al. 2018; Van Dam et al., 2011; Zessin et al., 2015). Sirois (2020) v metaanalýze 26 studií (N = 6127) zjistila pozitivní korelaci mezi soucitem se sebou a fyzickým zdravím ($r = 0,25$). Zessin et al. (2015) zjistili v metaanalýze o počtu 79 studií (N=16 416) celkovou velikost vztahu mezi soucitem se sebou a pohodou $r = 0,47$. Neff a Beretvas (2013) zmiňují, že partneři s vyšší mírou soucitu k sobě hodnotí sami sebe ve vztazích jako partnery autentické, otevřené intimitě a schopné vyjadřovat vlastní názory. Jsou vnímáni protějšky jako partneři pečující, akceptující a neagresivní. Rozvoj soucitu se sebou může tedy předcházet patologickým vztahům.

Zatímco výzkumy naznačují silnou souvislost soucitu se sebou s duševním zdravím a pohodou, tak si zmíníme, zda existují i genderové rozdíly. Metaanalýza (71 článků a 88 disertačních prací) týkající se genderových rozdílů ukázala, že muži uvádějí mírně vyšší úroveň soucitu se sebou než ženy ($d = 0,18$) (Yarnell et al., 2015). Toto zjištění se může jevit jako překvapivé, ve světle literatury naznačující, že ženy mají sklon projevovat empatictější zájem a soucit k druhým než muži (Mestre et al. 2009; Sprecher & Fehr 2005; Van der Graaff et al., 2014). Setkáváme se tedy s různými výsledky.

Dále si ještě zmíníme výzkum od Teleb et al. (2013), kteří uskutečnili výzkum u 185 univerzitních studentů. Mezi soucitem se sebou (použili SCS) a emoční inteligencí (Emotional Intelligence Questionnaire) konstatovali korelaci $r = 0,49$. Castilho et al. (2017) u 1101 adolescentů zjistili mezi soucitem se sebou (SCS) a emoční inteligencí (Trait Meta-Mood Scale) korelaci $r = 0,58$. U zdravotních sester byla zjištěna korelace soucitu se sebou a emoční inteligencí $r = 0,55$ (Hefferman et al., 2010) a $r = 0,46$ (Kousar et al., 2017). Zmiňujeme tyto výzkum z toho důvodu, že empatie může být vnímaná jako součást emoční inteligence.

Dále v souvislosti se zdravotnictvím a pohledem na pacienty si uvedeme, že vyšší soucit se sebou je spojen s lepším dodržováním cvičení (Magnus et al., 2010), zdravými

stravovacími návyky (Schoenefeld & Webb, 2013), udržováním „zdravé“ hmotnosti (Mantzios & Wilson, 2015), snadnějším odvykáním kouření (Kelly et al., 2010), účinnějším vyhledáním lékařské péče (Terry et al., 2013), kvalitnějším spánkem (Hu et al., 2018; Sirois et al., 2015). Soucit se sebou může být velikým přínosem pro podporu samoregulace zdravotního chování v kontextu chronických zdravotních stavů (Sirois & Rowse, 2016). Pro příklad si uvedeme výzkum od Sirois a Hirsch (2019), kde zjistili, že soucit se sebou je spojen s lepší lékařskou adherencí u lidí s fibromyalgií, syndromem chronické únavy a rakovinou, částečně kvůli nižšímu stresu (podobné výsledky Dowd & Jung, 2017). Soucit se sebou může být tedy přínosem pro usnadnění dodržování lékařských doporučení u pacientů. Špatné dodržování lékařských doporučení je spojováno s náklady ve stovkách miliard dolarů ročně v USA a je klíčovým přispěvatelem k nemocnosti a úmrtnosti (Martin et al., 2005).

Soucit se sebou neodstraňuje špatné věci v našem životě, ale činí nás ochotnějšími věci přijímat, prožívat je s laskavostí a tím nám umožňuje jejich lepší zpracování (Benda, 2019). Podle Gilberta (2009) z řady výzkumů vyplývá, že soustředění se na soucit s druhými a soucit se sebou má pozitivní účinky na zdraví a mezilidské vztahy. Nedostatek soucitu se sebou je dle Paul (2001) hlavní příčinou vnitřního neštěstí a nedostatek soucitu k druhým je příčinou vztahového neštěstí. Blízká přátelství a láskyplné vztahy představují důležitý faktor v duševním zdraví a ovlivňují fungování tělesných orgánů. Jedinci v láskyplných vztazích vykazují nižší hladiny stresových hormonů a vyšší hodnoty "šťastných" hormonů než ti ve vztazích charakterizovaných konfliktem. Důležité je zmínit, že způsob, jakým se sami k sobě vztahujeme – ať se budeme vnímat vlídně nebo kriticky, přátelsky a milovaně nebo nepřátelsky – mohou mít velký vliv na naši schopnost projít životními obtížemi a vytvořit v sobě smysl pro pohodu (Gilbert, 2009).

2.4 Možnosti rozvíjení a měření soucitu se sebou

V posledních letech vznikla celá řada terapeutických intervencí, které umožňují rozvíjet soucit se sebou. Benda (2019) chápe soucit se sebou, jako obecný, transdiagnostický a psychoterapeutický faktor, který s velkou pravděpodobností hraje roli prakticky v každé psychoterapii a předpokládá, že v budoucnu měření soucitu se sebou bude rutinou při měření efektivity nejrůznějších terapeutických programů. Uvedeme si výčet terapeutických intervencí, které se podílejí na rozvoji soucitu se sebou:

- MBCT- Mindfulness-Based Cognitive Therapy /Kognitivní terapie založená na všímavosti (Proeve et al., 2018)
- ACT-Acceptance and Commitment Therapy/Terapie přijetí a odevzdání (Yadavaia et al., 2014)
- CFT-Compassion Focused Therapy/Terapie zaměřená na soucit (Leaviss & Uttley, 2015)
- CCT-Compassion Cultivation Training/Trénink rozvíjení soucitu (Jazaieri et al. 2018)
- CMT-Compassionate mind training/Terapie zaměřená na soucit (Gilbert & Procter, 2006)
- MBSR-Mindfulness-Based Stress Reduction/Snižování stresu založené na všímavosti (Raab et al., 2015)
- CBCT-Cognitively-Based Compassion Training/Kognitivně zakotvený trénink soucitu (Gonzalez-Hernandez et al., 2019)
- MBCL-Mindfulness-Based Compassionate Living/Soucitný život založený na všímavosti (Van den Brink et al., 2018)
- MSC-Mindful Self-Compassion Training/Trénink všímavého soucitu se sebou (Neff & Germer, 2013)
- EFT-SCP-Emotion Focused Training for Self-Compassion and Self-Protection/Trénink zaměřený na emoce pro soucit se sebou a sebeobranu (Halamová, 2018)
- EFT-Emotion-Focused Therapy /Terapie zaměřená na emoce (Greenberg, 2015)
- SCHC- Program Self-Compassion for Healthcare Communities (Greenberg, 2015)

Můžeme zde zahrnout i experiment od Shapira a Mongrain (2010) v němž byli účastníci požádáni, aby každý den po dobu 7 dní napsali sami sobě dopis, v němž by projevíli soucit se sebou. Po 7 dnech míra prožívaného štěstí ve srovnání s kontrolní skupinou signifikantně vzrostla. Intervence měla dlouhotrvající vliv i při opakovaném měření po jednom, třech a šesti měsících. Zde jsme si demonstrovali, že i krátká intervence na rozvoj soucitu se sebou může být dlouhodobě úspěšná.

Metod k měření soucitu se sebou stále existuje pouze malé množství. Nejpoužívanější metodou je sebeposuzovací dotazník SCS – Self Compassion Scale. Celkový počet položek je 26, které jsou hodnoceny na pětibodové škále od téměř nikdy po téměř vždy. Jedná se o

šestifaktorový model dotazníku, který se skládá ze 3 vzájemně souvisejících komponent vytvářejících sebe-soucitný rámec mysli. Každá komponenta má pozitivní a negativní valenci, charakterizující soucitné a sebekritické reakce v období utrpení nebo jinak náročné životní situace (Neff, 2003b; Neff, 2016):

- 1) Laskavost k sobě x Sebekritičnost či sebeodsuzování
- 2) Lidské souznělosti x Izolace
- 3) Všímavost x Přílišná identifikace s pocity a myšlenkami

Vychází tedy z rozlišení 3 aspektů soucitu se sebou dle Neffové (2003a):

- 1) Laskavost k sobě – představuje vřelost k sobě a také snahu a schopnost pečovat o sebe a tišit prožívanou bolest.
- 2) Lidská souznělost (angl. common humanity) - zprostředkovává vnímání vlastní zkušenosti jako něco obecně lidského, co někdy prožívá každý.
- 3) Všímavost – jedinec je schopný se zájmem a otevřeností uvědomovat si své myšlenky, pocity, vjemy a nálady takové, jaké jsou, bez úsilí je utlumit nebo se jim vyhnout.

Benda (2019) v této tříložkové definici naopak považuje soucit se sebou za jeden z aspektů všímavosti. Na základě výzkumu Benda a Reichové (2016) byl dotazník SCS zkrácen na 20 položek. Vznikla tedy zkrácená verze Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF) obsahující 12 položek (Raes et al., 2011). V posledních letech je metoda celkem kritizována. Za velkou slabost dotazníku SCS jsou považovány negativní škály, které představují protipóly dimenzí soucitu k sobě. Jedinec, který skóruje nízko v negativních škálách, tak nemusí automaticky skórovat vysoko na škálách pozitivních. Polemizuje se nad tím, že negativní škály popisují pouze symptomy psychopatologie a zda je tedy potřeba, aby tato negativní dimenze byla vůbec v dotazníku (Benda, 2018). Halamová et al. (2020) ve studii použili různé modely faktorové analýzy k otestování dotazníku SCS u 11 odlišných populací (N = 15 266) v různých zemích. Výsledky silně naznačily, že nejvhodnějším použitím dotazníku SCS je oddělené měření úrovní Self-Compassionate responding (pozitivní položky) a Self-Uncompassionate responding (negativní položky) (Halamová et al., 2020). López et al. (2015) také zdůrazňují, že je důležité rozlišovat mezi soucitem se sebou a sebekritikou a výsledky jejich studie nedoporučují požívat celkové skóre SCS. Dalším kritizovaným dotazníkem je Fear of Self-Compassion (FoSC), který je využíván

pro zjištění strachů a obav z projevení soucitu se sebou. Obsahuje 15 tvrzení, které respondent hodnotí na pětibodové škále od „vůbec neodpovídá“ až po „zcela odpovídá“. Psychometrické vlastnosti tohoto dotazníku jsou problematické a nedoporučuje se jeho využití při diagnostice. Nabízí se pouze možnost využití při rozhodování, zda u klienta využít terapii zaměřenou na rozvoj soucitu se sebou (Gilbert et al., 2011). V souvislosti s touto kritikou bylo tedy podstatné utváření nového nástroje měření soucitu se sebou.

Věda o soucitu tedy vyžaduje nástroj, který může nabídnout platné a spolehlivé měření konstruktů, aby bylo možné zkoumat příčiny, koreláty a důsledky. Současné studie zahrnuly a zkoumaly psychometrické vlastnosti nových měřítek soucitu s ostatními - Sussex-Oxford Compassion for Others Scale (SOCS-O) a soucitu se sebou - Sussex-Oxford Compassion for the Self Scale (SOCS-S). Byly založeny na teoreticky a empiricky podporované definici soucitu, která zahrnuje pět dimenzí od Strauss et al. (2016). Strauss et al. (2016) doporučuje tedy pohlížet na soucit jako na kognitivní, afektivní a behaviorální proces o 5 faktorech. Nálezy podporují pětifaktorovou strukturu pro SOCS-O i SOCS-S. Skóre na obou stupnicích vykazovaly adekvátní vnitřní konzistenci, interpretovatelnost, efekt podlahy/stropu a konvergentní a diskriminační platnost (Gu et al., 2020). Dotazník SOCS-S byl zvolen pro výzkumný záměr této diplomové práce a bude ještě dále detailněji rozebírán v empirické části.

2.5 Výzkumy soucitu se sebou u lékařů

U kanadských lékařů byla zjišťována souvislost soucitu se sebou a profesní spokojeností (pracovní angažovanost, vyčerpání a spokojenost s profesionálním životem). Výsledky byly takové, že lékaři s vyšší mírou soucitu se sebou dosahují vyššího skóre v pracovní angažovanosti a menšího vyčerpání z práce než lékaři, kteří dosáhli nižšího skóre soucitu se sebou. Dále lékaři s vyšší mírou soucitu se sebou zažívají větší spokojenost s profesním životem prostřednictvím vyšší pracovní angažovanosti a menší vyčerpání oproti lékařům s nízkou mírou soucitu se sebou. Celkový vzorek činilo 57 lékařů a výzkumné šetření probíhalo online. Použité výzkumné metody byly dotazník Self-Compassion Scale-Short Form a Oldenburg burnout inventory. Zvyšování míry soucitu se sebou by tedy mohlo mít pozitivní vliv na zlepšení životní spokojenosti lékařů, ale i na zvýšení kvality péče o pacienty (Babenko et al., 2019).

V lékařském vzdělání se zdá, že ti studenti, kteří mají vyšší skóre soucitu se sebou, mají větší zájem o studium. Oproti tomu studenti s nízkým skóre soucitu se sebou se cítí více vyčerpaní ze studia (Babenko et al., 2018). Soucit se sebou také zlepšuje vyhoření a sekundární traumatický stres u studentů medicíny a rezidentů (Richardson et al., 2016).

Kemper et al. (2015) provedli průzkum u 213 praktikantů a lékařů. Zjistili, že vyšší skóre soucitu se sebou negativně korelovalo se skórem narušení spánku. Soucit se sebou může hrát ochrannou roli při zmírnění negativního vlivu stresorů na kvalitu spánku (Butz & Stahlberg, 2018). Brown et al. (2020) v metaanalýze o 17 studiích našli významné důkazy o pozitivní korelaci mezi soucitem se sebou a kvalitou spánku.

Lékaři a pediatričtí rezidenti vykazující vyšší úroveň soucitu se sebou a mají větší důvěru ve své schopnosti, poskytovat klidnou a soucitnou péči ostatním (Kemper et al., 2019; Olson & Kemper, 2014). Dále zdravotníci s vyšším soucitem se sebou hlásí méně stresu, poruch spánku, větší odolnost a lepší duševní zdraví (Kemper et al., 2019). Důležité je, že vyšší soucit se sebou u zdravotníků je spojen s nižší úrovní syndromu vyhoření (Duarte et al., 2016; Gracia & Blazquez, 2017). Soucit se sebou zvyšuje schopnost přiznávat chyby a zvyšuje motivaci k jejich nápravě (Zhang & Chen, 2016). Zdravotníci s vysokým soucitem se sebou, mohou být schopni více přijímat, uznávat a přebírat odpovědnost za lékařské chyby, a tak zlepšit péči o pacienta (Carroll & Quijada, 2004; Kapp, 2001).

Vzhledem k tomu, že vysoká míra stresu a syndromu vyhoření se objevuje na počátku lékařského výcviku (Dyrbye et al., 2014), je důležité, aby programy na rozvoj soucitu se sebou byly součástí osnov školení zdravotnických pracovníků. Výzkumy prokázaly, že soucit se sebou lze u zdravotníku zvýšit prostřednictvím 8 týdenních tréninkových programů jako jsou MSC, CCT nebo MBSR (např. Burton et al., 2017; Delaney, 2018; Scarlet et al., 2017). Dále program SCHC výrazně u zdravotníků snížil sekundární traumatický stres, syndrom vyhoření, vyčerpání a depersonalizaci (Neff et al., 2020). V systematickém přehledu z roku 2017 bylo vyhledáno 16 empirických studií o intervencích, jejichž cílem bylo zvýšit soucit se sebou u poskytovatelů zdravotní péče. Výsledky těchto intervenčních studií byly smíšené, kdy 13 studií (např. Duarte & Pinto-Gouveia, 2016; Finlay-Jones et al., 2016; Kemper & Rao, 2017) prokázalo významné zvýšení soucitu se sebou a 3 studie (Dos Santos et al., 2016; Gauthier et al., 2015; Moore, 2008) neuváděly žádnou významnou změnu (Sinclair et al., 2017). Samozřejmě nesmíme zapomínat, že programy pro rozvoj soucitu se sebou mohou pomoci zdravotníkům lépe se vyrovnávat s pracovním stresem.

Zejména s empatickým utrpením, které je nedílnou součástí péče o trpící jedince. Není možné odpovědnost za snižování vyhoření přenášet pouze na zdravotníky. Změna musí být začleněna na organizační, mezilidské a osobní úrovni (Maslach & Leiter, 2017).

3 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je stále považován za aktuální téma a jeho další prozkoumání je velmi žádoucí. Vyskytují se stále nejednotnosti v chápání tohoto pojmu a příliš mnoho úhlů pohledu. Syndrom vyhoření je také zařazován do širších společenských souvislostí a je zkoumán společně s výskytem finančních a ekonomických krizí. Je to nekončící bádání po nových vztazích ovlivňujících jeho vznik, rozvoj a nové diagnostické a intervenční metody (Kebza, 2005). Důležité je zmínit, že se vyhoření neomezuje jen na pečující profesionály, kde spadají i lékaři, ale může se objevit u kohokoli (Schaufeli et al., 2009).

3.1 Vymezení pojmu syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je koncept, který se v odborné literatuře popisuje zhruba od poloviny 70. let 20. století, kdy jej nezávisle na sobě použili dva američtí psychologové Freudenberger a Maslach (Schaufeli & Buuk, 2003). Anglická metafora „to burn“ (silně hořící oheň) symbolizuje velkou motivaci, zájem angažovanost a zapálení. Jedinec se syndromem vyhoření z původně silného planutí upadá do uhasínajícího ohně, jehož energie postupně klesá až vyhasne a nastane burned-out (Kebza, 2005).

Přes početné studie nebyla stále vytvořena a ustálena jednotná definice tohoto syndromu, a proto si uvedeme pouze malý výčet definic. Poschkamp (2013) zmiňuje, že syndrom vyhoření zahrnuje ztrátu energie, idealismu a nadšení, jako následek obtížných pracovních podmínek a prožitých zklamání v pracovní oblasti. V českém prostředí se vyhoření věnoval Křivohlavý, který vyhoření vymezuje jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, což je způsobeno dlouhodobým vystavením situacím, které jsou emocionálně mimořádně náročné, vlivem spojení velkého očekávání s chronickými situačními stresy (Křivohlavý, 2012). Kallwass (2007) uvádí, že vyhoření je stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance a silného poklesu výkonnosti a provází jej různé psychosomatické obtíže. Syndrom vyhoření je chápán jako stav celkového vyčerpání, vznikající v důsledku dlouhodobého intenzivního chronického stresu. Vyskytuje se u jedinců, kteří pravidelně v práci přicházejí do kontaktu s jinými lidmi. Odhadem se 20-30% jedinců pracujících s lidmi setkala se syndromem vyhoření nebo alespoň s jeho příznaky (Pešek & Praško, 2016). Stock (2010) spíše než na vymezování vyhoření klade důraz na jeho tři základní symptomy: vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti. Vyhoření zahrnuje úbytek

zájmu, ideálů, energie, smysluplnosti, radosti ze života a představuje i záporné sebeocnění a postoj k zaměstnání. Je ovlivňován na základě zvyšujících se požadavků od samotného jedince či jeho okolí (Venglařová, 2011). Maslach a Jackson (1981, in Ptáček et al, 2013) vyhoření vymezuje jako psychologický syndrom emočního vyčerpání, citové uzavřenosti a ztráty důvěry v osobní výkonnost, který se může objevit u jedinců pracujících s lidmi. Janáčková (2008) vyhoření popisuje jako selhávání v profesionální oblasti vlivem zvyšujících se požadavků od okolí nebo od sebe samotného. Uvedené požadavky vedou k vyčerpání, ztrátě zájmu, energie i smyslu a objevuje se negativní sebehodnocení a negativní postoj ke zaměstnání. Längle (2003) vychází z existenciálně-analytického hlediska a uvádí, že s pokračujícím rozvojem vyhoření dochází u člověka k rozvoji pocitů prázdnoty, jež jsou doprovázeny celkovým pocitem bezvýznamnosti. Na základě těchto dvou příznaků pak vyhoření může být chápáno jako zvláštní forma „existenciálního vakuu“.

Definice a pojetí syndromu vyhoření jsou tedy nejednotné, ale dle Kebzy a Šolcové (2003) se většina definic shoduje alespoň v několika ohledech. Za prvé jde primárně o psychický stav a prožitek vyčerpání. Za druhé je jeho výskyt hlavně u profesí, kde je součástí pracovní náplně práce s lidmi. Dále je charakterizován symptomy zejména v rovině psychické, fyzické a sociální. Klíčovou složkou syndromu vyhoření je vyčerpanost, a to emoční i mentální, a často také celková únava. Posledním charakteristickým rysem tohoto syndromu je, že všechny hlavní složky vyhoření pramení z chronického stresu.

Ohledně klasifikace syndromu vyhoření, tak v ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. revize; World Health Organization, 1992) je veden jako vyhasnutí (vyhoření) v kapitole Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, kategorie Z73.0 zároveň s dalšími problémy spojenými s těžkostmi při vedení života. Syndrom vyhoření je zde chápán jako stav životního vyčerpání. V následné revizi ICD-11 (International Classification of Diseases, 11. revize; World Health Organization, 2018) je syndrom vyhoření ponechán ve stejné kapitole, kde je zavedena nová kategorie, která obsahuje kromě vyhoření i další problémy spojené se zaměstnáním nebo nezaměstnaností. Detailněji jsou zde popsány diagnostická kritéria syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření je zde popisován jako důsledek působení chronického stresu v pracovních podmínkách, který nebyl úspěšně zvládnut. Je definován pocitem úbytku energie či vyčerpání, zvýšením mentálního odstupů od práce, negativismem, cynismem souvisejícím s prací a sníženou pracovní výkonností. Vzhledem k této klasifikaci by se tedy měla tato diagnóza

používat pouze v pracovním kontextu. V současné době není diagnóza syndromu vyhoření zahrnuta v DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. edice; American Psychiatric Association, 2013). Pelclová (2019) zjistila ve výzkumu, že v rámci 23 zemí Evropské unie může být zatím syndrom vyhoření uznán jako nemoc z povolání v Dánsku, Francii, Estonsku, Maďarsku, Lotyšsku, Nizozemsku, Portugalsku, Slovensku a ve Švédsku.

Důležité je také vymezení syndromu vyhoření oproti jiným fenoménům, které mohou být podobné a tedy svádět k nesprávné diagnostice. V souvislosti se samotným stresem je patřičné zmínit, že se stresem se během života setkáváme každý, avšak riziko vyhoření je pouze u jedinců nadměrně zaujatých svou prací, s vysokými očekáváními a vykonávající práci v kontaktu s druhými lidmi. Stres nemusí vést až do fáze vyhoření (Křivohlavý, 2012). Krátkodobé stresory mohou vyvolat stres, zatímco syndrom vyhoření je vyvolán dlouhodobým procesem (Stock, 2010). Existují názory, že v každém případě je stres z práce přítomen na počátku vývoje syndromu vyhoření (Maslach & Leiter, 2016). Na druhé straně existují studie, které naznačují, že stres není hlavní příčinou syndromu vyhoření a samotný pracovní stres nezpůsobuje syndrom vyhoření, i když může urychlit jeho vývoj (Iacovides et al., 2003). Emoce spojené se stresem jsou nadměrně reaktivní, ale emoce spojené s vyhořením jsou otupělejší. Stres obvykle vede k hyperaktivitě a vyvolává pocity naléhavosti. Oproti tomu syndrom vyhoření vyvolává pocity beznaděje a bezmocnosti (Korunka et al., 2010). Stresové reakce oproti vyhoření existují mimo kontext související s prací (Chirico, 2017). Chirico (2016) upozorňuje na to, že současné diagnostické nástroje nejsou schopny jasně odlišit stresové poruchy od syndromu vyhoření, zejména v raných fázích procesu vyhoření, kdy jsou příznaky velmi podobné.

Syndrom vyhoření a deprese mají podobné příznaky, mezi které patří např. smutná nálada, ztráta energie a motivace, ale liší se především v kontextu. Syndrom vyhoření je spojován s pracovní oblastí života, ale deprese zasahuje všechny oblasti života (Křivohlavý, 2012). Nachází se rozdíly i během spánku, kdy lidé trpící vyhořením mají problémy s usínáním, zatímco lidé trpící depresí mají brzké probouzení. Jedinec trpící vyhořením je mnohdy i přes nedostatek energie schopen se z něčeho radovat oproti depresivnímu jedinci. Při vyhoření jedinci obviňují své okolí, ale depresivní jedinci obviňují sebe. Depresi můžeme zdárně léčit medikací, ale u vyhoření jsou účinnější psychoterapeutické prostředky (Kebza & Šolcová, 2003). Vztah mezi vyhořením a depresí je velmi úzký, kdy Pearsonův korelační

koeficient dosahuje hodnoty $r = 0,4$. Nezapomínejme, že deprese může být vedlejším příznakem vyhoření (Křivohlavý, 1998). Bianchi et al. (2017) uvádí, že nelze jasně odlišit depresi od vyhoření, zejména v posledních fázích procesu vyhoření, kdy příznaky silně připomínají klinickou depresi.

S vyhořením se dále zaměňuje alexithymie, se kterou má společnou emoční oploštělost, snížení kreativity a ochuzení v sociálních vztazích. Alexithymie je trvalý osobnostní rys, kdy jedinec obtížně nachází slova k vyjádření svých emocí. Syndrom vyhoření představuje přechodný stav či proces, ze kterého se může jedinec dostat. Je zde taky narušena emocionalita, ale oproti alexithymie mají k popisu svých emocí dostatečnou slovní zásobu (Kebza & Šolcová, 2003). Nedávná zjištění naznačují, že prevalence alexithymie může souviset se syndromem vyhoření, zejména s jeho složkou emoční vyčerpání, ale také s disociací a depersonalizací (Grabe et al., 2000; Iorga et. al., 2016; Mattila et al., 2007). Podobnost se nachází i u trvalé poruchy nálady s názvem dystimie, která je doprovázená vleklým depresivně laděným stavem, kdy se pokles nálady váže ke všem oblastem života nikoliv pouze k pracovnímu prostředí (Kebza, 2005).

Dále si zmíníme běžnou únavu, která se většinou objevuje po fyzické zátěži a po krátkém čase odezní. Mohou ji doprovázet příjemné pocity. Naproti tomu únava, která je příznakem vyhoření rychle neodezní a jedná se o negativní prožitek spojovaná s pocity selhání a marnosti (Křivohlavý, 2012). Zmíníme si i chronický únavový syndrom, který je chápán spíše jako problém medicínský oproti vyhoření, které je chápáno jako jev psychologický. Uvedeme si pár příkladů, které rozlišují chronický únavový syndrom od vyhoření. Mezi příklady patří: zvýšená tělesná teplota, zduřelé a přecitlivělé uzliny, bolest v krku, bolesti svalů a kloubů. Vlivem poruch imunitního systému jsou náchylnější na zánětlivá onemocnění a alergické projevy (Vašina, 2008). Velmi náročné je od vyhoření odlišit syndrom vyčerpání, který je taktéž brán za psychickou poruchu vlivem dlouhodobého působení stresu. Oba pojmy jsou spojovány se zaměstnáním, ale syndrom vyčerpání není s pracovní oblastí spjat výhradně (Maroti et al., 2017). Jedinec trpící syndromem vyčerpání není na svou práci nadměrně emočně vázán. Dokáže mít náhled na své problémy a je si vědom toho, že by měl více relaxovat a nesnaží se svou únavu skrývat (Vašina, 2008). Dále si zmíníme neurastenii, která je popisována jako nervová slabost způsobená přílišnou námahou nebo vyčerpáním. Vzhledem k popisovaným spouštěčům a příznakům, je podobnost se

syndromem vyhoření velmi vysoká a rozdíl je nacházen pouze v přiřazení syndromu vyhoření k pomáhajícím profesím (Poschkamp, 2013).

Křivohlavý (2012) dále odlišuje syndrom vyhoření od existencionální neurózy. K existencionální neuróze se vážou pocity nesmyslnosti života a beznaděje. Naopak syndrom vyhoření v prvotních fázích u jedinců zaznamenává pocit smysluplnosti života a až pouze v závěrečných fázích se vyskytují pocity beznaděje a nesmyslnosti života. V poslední fázi se také vyskytují příznaky podobné stavu odcizení (Křivohlavý, 1998). V souvislosti s pracovním prostředím si dále můžeme zmínit pojem *copout*, který se popisuje jako útěk před odpovědností a zjevným selháním. Také zde můžeme vidět podobnost u syndromu vyhoření v závěrečných fázích, ale v počáteční fázi jedinec představuje vysoký výkon (Kebza, 2005). S pracovním prostředím si ještě zmíníme syndrom *job withdrawal*, který vzniká vlivem chronické pracovní nespokojenosti. Příčinami jsou např. nepříznivé pracovní prostředí, špatné vztahy na pracovišti a neadekvátní systém odměňování. Následkem dochází ke ztrátě motivace a poklesu pracovního výkonu. Oproti tomu syndrom vyhoření nezahrnuje hluboké emoční vyčerpání a vychází ze vztahu pracovník - zaměstnavatel nikoliv pracovník - klient (Pilařová, 2004).

Syndrom vyhoření má stejně jako většina jevů i své protipóly, mezi které se řadí *flow*, spokojenost a dobré duševní zdraví (Křivohlavý, 1998). Dále se uvádí konstrukty „*vigor*“ (vitalita a energie) a „*engagement*“ (zaujetí, angažovanost, zapálenost, chuť do práce, velké množství energie a nasazení (Kebza, 2005).

3.2 Fáze a příznaky syndromu vyhoření

Většina autorů se shoduje na tom, že syndrom vyhoření nevzniká ihned, ale jedná se o proces, který prochází určitými fázemi a může se rozvíjet řadu měsíců či let. Tyto fáze je obtížné přesně určit, protože celý proces je značně ovlivněn individualitou jedince, jeho okolím a *copingovými* strategiemi. Fáze se mohou střídat, opakovat i být zcela vynechány. Existuje více modelů vývoje syndromu vyhoření od různých autorů, které se liší jak v popisu jednotlivých fází, tak i v počtu fází (Stock, 2010).

Jedno z novějších pojetí podává Poschkamp (2013), který rozlišuje 5 fází. Za spouštěcí fázi považuje nadšení, kdy si jedinec vytváří vysoká očekávání a cíle, kterých není schopen dosáhnout. Navazuje na ni šok z praxe, kdy realita neodpovídá očekáváním jedince a stává

se zklamaným. Následuje únava, kdy jedinec ztrácí motivaci a dochází ke klesání výkonu. Další fáze je skleslost, kdy se jedinec začíná stahovat, izoluje se a je vyčerpán fyzicky, psychicky i emočně. Chybí mu pocity radosti a nadšení. Závěrečnou fází je existenciální beznaděj. Dochází k pocitům zoufalství jak v osobní, tak pracovní rovině, které není schopen jedinec řešit.

Zmíníme si taky rozdělení od Maslach (1997), které obsahuje 4 fáze. Jako první se objevuje idealistické nadšení a přetěžování, kdy jedinec přetěžuje sám sebe a do práce vkládá nadměrné úsilí a energii. Druhé se objevuje emocionální a fyzické vyčerpání, kdy problémy se zdají neřešitelné a vstřícnost vůči pacientům ustupuje. Třetí je dehumanizace jako obrana před vyčerpáním, kdy jedinec přestává vnímat druhé lidi jako živé bytosti a chová se k nim spíše jako k neživým věcem. Konečnou fází je vyčerpání, kdy se jedinec staví proti všem a odmítá veškeré pokusy okolí o kontakt či nabídky pomoci. Podobný třífázový model vypracoval také Längle (2003), který se zabývá syndromem vyhoření z existencionálního hlediska. V první fázi nadšení je práce chápána jako smysluplná činnost a jedinec má vytyčené cíle, které chce splnit. Ve druhé fázi utilitárního zájmu se vytrácí radost a smysl z práce a práce přestává být prostředkem k dosažení vytyčených cílů. Žádoucím se stává vedlejší produkt práce jako finanční ohodnocení. Vede to k odcizení, které je předstupněm prázdnoty bytí. Vítězí frustrace a smysluplné cíle ustupují do pozadí. Poslední fáze představuje život v popeli, kdy dochází ke ztrátě úcty k sobě i k ostatním. Dochází k jednání s lidmi jako s věcmi, které ústí v ironii, cynismus a nerespektování ostatních. Neuspokojuje se existenciální potřeba a potřeba smysluplnosti (Lange, 2003).

Dále Edelwich a Brodsky (in Stock, 2010) stanovili 4 fáze. První fázi nazvali idealistické nadšení a odpovídá předchozím pojetí. Druhou fázi nazvali stagnace, kdy jedinec ztrácí prvotní nadšení a důležitější se pro něj stávají faktory jako plat a kariérní postup. Ve třetí fázi frustrace již dochází k pochybám o svých vlastních výkonech a uvědomení si toho, že již není schopen zvládnout to, co by si představoval. Závěrečná fáze je apatie, kdy se jedinec začíná vyhýbat náročným úkolům a kontaktům s klienty. Dělá jen to, co je nezbytné a práce mu nepřináší žádné uspokojení a nastupují pocity rezignace a zoufalství. Tošner a Tošnerová (2002) mají podobné rozdělení na 5 fází: nadšení, stagnace, frustrace, apatie a syndrom vyhoření. Přidávají tedy poslední fázi syndrom vyhoření, která představuje úplné vyčerpání, ztrátu smyslu práce, cynismus, odcizení, odosobnění a vymizení reflexe vnitřních norem. Uvádí, že nejlepší předpoklad k tomu, aby se syndromu vyhoření dalo předcházet, je ve fázi stagnace (Tošner & Tošnerová, 2002).

Složitější členění fází syndromu vyhoření nabízí Freudenberger (1974) a James (1982, in Krivohlavý, 1998), kteří zvolili model o 12 fázích. Tyto modely jsou si velmi podobné, a proto je zakombinujeme do sebe. V případě, že se bude jednat o Freudenberga uvedeme zkratku F a u Jonese zkratku J. Dvanáct fází tedy rozdělíme na:

- 1) F-potřeba prosadit se, J-snaha pozitivně se osvědčit v pracovním procesu
- 2) F-zvýšené úsilí a zvyšování nasazení, J-snaha udělat vše sám bez delegování na druhé
- 3) F+J-opomíjení vlastní péče a svých potřeb
- 4) F-přehlížení vnitřních konfliktů, J-práce stává tím jediným, o co jedinec projevuje zájem
- 5) F+J-zmatení žebříčku hodnot, odlišné chápání potřeb
- 6) F+J-popírání problémů a rodícího se vnitřního napětí
- 7) F-stáhnutí se zpět, J-dezorientace, ztráta naděje, cynismus
- 8) F+J-velmi nápadné změny chování (např. nesnášení rad a kritiky)
- 9) F+J-depersonalizace, ztráta kontaktu se sebou
- 10) F+J-vnitřní prázdnota, zoufalství ze selhání
- 11) F+J-deprese
- 12) F+J-naprosté vyčerpání (fyzické, emocionální a mentální)

Ještě zmíníme alternativní model rozvoje procesu syndromu vyhoření od Gil-Monte a Peiro (1998). Dle nich může vyhoření postupovat zároveň od nedostatku či snížené výkonnosti k emočnímu vyčerpání, od snížené výkonnosti k depersonalizaci, a od emočního vyčerpání k depersonalizaci.

Na základě uvedeného výčtu můžeme říct, že většina autorů se shoduje s tím, že na začátku vyhoření se objevuje nadšení a zapálení pro práci, které jsou dále provázeny ztrátou energie vlivem nedosažitelných cílů a nedostatkem vlastních sil, což vede k vyčerpání, rezignaci a nechuti k profesi a dalším. V novějších studiích je ještě možné najít závěrečnou fázi intervenční, která představuje čin vykonávaný za účelem obnovení pozitivních postojů k práci, klientům a k sobě (Vlachovská, 2011).

Vyhořelý jedinec se nemusí ihned výrazně projevovat charakteristickou psychopatologií. Vlivem syndromu vyhoření až postupem času není schopný odpovídajícího pracovního výkonu (Dynáková et al., 2010). V první řadě je důležité všimnout si varovných

signálů, abychom mohli syndromu vyhoření předcházet. Jedinec působí nervózně, nespokojeně a má ze své práce pocit, že ji nezvládá nebo začíná zpochybňovat smysl práce (Venglářová, 2011). Jedním z prvních příznaků syndromu vyhoření je angažovanost, kdy jedinec pracuje téměř neustále a předstírá, že nepotřebuje odpočinek. Dochází u něho k popírání vlastních potřeb, vzdává se relaxace a uvolnění a považuje své pracovní nasazení za ukázkové (Schmidbauer, 2008). Stock (2010) se soustředil na tři hlavní příznaky, tedy na vyčerpání, odcizení a na pokles výkonnosti. Příznaky vyčerpání dělí ještě na emoční a fyzické. Rush (2003) rozdělil příznaky vyhoření na vnitřní a vnější, ale uvádí, že jsou vzájemně propojené. Křivohlavý (2010) naopak uvádí dělení příznaků na subjektivní a objektivní. Kebza a Šolcová (2003) dělí příznaky na úrovni psychické, fyzické a sociálních vztahů.

Nebudeme se držet jednotlivých uvedených rozdělení a uvedeme si výčet příznaků syndromu vyhoření, které se vlivem pracovního prostředí objevují: nedostatek energie, chronická únava, slabost, poruchy spánku, poruchy paměti a soustředění, náchylnost k nehodám a infekčním onemocněním, bolest u srdce, změny srdeční frekvence, dýchací problémy, bolesti hlavy, zažívací problémy, ztuhlost svalů, prudké změny nálad, vyhýbání se kontaktu s druhými, rušení setkání a schůzek, trápení se nepodstatnými věcmi, náchylnost k nadužívání návykových látek, ztráta sebeovládání, ztráta sebeúcty, pokles výkonnosti, snížená kvalita rozhodování, redukce spontaneity/kreativity/iniciativy, vyšší spotřeba času a energie, ztráta nadšení a zájmu, zvýšená nerozhodnost, zvýšená podrážděnost, stáhnutí se do sebe, neschopnost projevit náklonnost a sympatie, neochota riskovat, ztráta odvahy a soutěživého ducha, ztráta osobní identity, snížené sebeocenení a sebehodnocení, negativismus, cynismus a hostilita směrem k druhým, redukce na rutinní postupy/stereotypní fáze/klišé, nízká empatie, narůstání konfliktů a chyb, nárůst aktivity bez zvýšení produktivity, nespravedlivé kritické postoje, nechť k vykonávané profesi, nuda, rezignace, ztráta smyslu. Dále se objevují pocity-jsem na dně, nic nemá smysl, selhání, marnosti, neocenění, strachu, sebelítosti, osamocení, sklíčenosti, prázdnoty, méněcennosti a nedostatečnosti (Kebza & Šolcová, 2003; Křivohlavý, 2010; Pešek & Praško, 2016; Prieß, 2015; Rush, 2003; Stock, 2010).

3.3 Faktory rizikové a protektivní u syndromu vyhoření

Vznik syndromu vyhoření je ovlivněn počtem rizikových faktorů v životě každého z nás. Faktory či působící činitele se nachází jak ve sféře pracovní, tak i mimopracovní (Pešek & Praško, 2016). Rizika rozvoje syndromu vyhoření závisí tedy na individuálních charakteristikách jedince, na pracovní organizaci a na faktorech spojených s výkonem práce. Může docházet k jejich kumulaci a tím se jejich vliv znásobuje a způsobuje o to vážnější úroveň vyhoření (Jeklová & Reitmayerová, 2006). Syndrom vyhoření může postihnout kohokoliv, ať se jedná o člověka úspěšného, oblíbeného či neúspěšného a neoblíbeného (Kallwass, 2007). Obecně se nejvíce ohroženými stávají jedinci velmi zodpovědní a schopní, kde se řadí i lékaři (Pešek & Praško, 2016). Pelclová (2019) uvádí, že nejohroženější profesí napříč zeměmi Evropské unie jsou vrcholoví manažeři a na druhém místě lékaři. Je důležité chápat příčiny a rizikové faktory, které mohou vést k syndromu vyhoření, abychom jsme mu mohli lépe porozumět a případně předcházet.

Mezi rizikové faktory tedy zahrnujeme: rostoucí životní tempo spolu s nároky na jedince, chronický stres, prožívání časové tísně, počáteční vysoký entuziasmus a vysoká angažovanost/empatie/obětavost, intenzivní dlouhodobý kontakt s lidmi, nereálná očekávání od práce i od sebe, vysoké požadavky na výkon, pracovní podmínky neumožňující rozvoj schopností, nízká asertivita, negativní ladění, depresivní ladění, úzkostné rysy, fobické rysy, obsedantní rysy, pracovní přetěžování, velký přísun mimořádných požadavků, nedostatečná zpětná vazba, neodpovídající pracovní ohodnocení, monotónní náplň práce, nedostatečné personální zajištění, málo prostoru k odpočinku, špatný tělesný stav, neschopnost požádat druhého o pomoc, externí lokalizace kontroly, nedostatek autonomie, neschopnost přibrzdit v pracovním tempu, neschopnost relaxace, vysoký perfekcionismus, vysoký neuroticismus, souběh zátěže z pracovního a soukromého života, přehnané pedantství, vnímaná neadekvátnost společenského uznání, nedostatečná sociální opora, nízké nestabilní sebepojetí a sebehodnocení, finanční ohodnocení, nedostatečná pozitivní zpětná vazba, nejasné vymezení kompetencí, špatný kolektiv, nedostatek autonomie, vysoká byrokracie, nejistota zaměstnání, vysoká úroveň emoční zátěže, neférový přístup nadřízeného, rozpor mezi individuálními hodnotami jedince a firemními hodnotami, nedostatek vnitřní struktury organizace, syndrom „hopelessness – helplessness“ (prožitek bezmoci a beznaděje), nedostatek respektu, vysoká pečlivost a svědomitost, neustálé vyrušování, vývoj nových

technologií a nedostatečné zaškolení (Iacovides et al., 2003; Kebza & Šolcová, 2003; Krivohlavý, 1998; Lucká & Koblíček, 2007; Rush, 2003; Stock 2010).

Kromě stresu a stres vyvolávajících či zesilujících jevů můžeme ještě mezi rizikové faktory zahrnout některé osobnostní rysy. Osobnost jedince je dokonce někdy brána za klíčový vnitřní faktor rozvoje syndromu vyhoření (Šeblová, 2012). Za nejvíce ohrožené jedince jsou považováni lidé s tzv. typem chování A. Jedinci typu chování A se vykazují nadměrným pracovním nasazením, vysokými ambicemi a perfekcionistickými sklony. Dále se u nich projevuje netrpělivost, soutěživost, silně vyvinutý smysl pro povinnost a sklony k agresivitě. Jsou považováni za workoholiky. Postupně u nich dochází k vyplýtvání energie a k fyzické reakci, která je často zakončena právě syndromem vyhoření (Stock, 2010). Můžeme se setkat i s názory, že syndrom vyhoření je nakažlivý v týmu a je chápán jako systémový problém vlivem špatného fungování organizace (Maslach, 2003; Schaufeli et al., 2017)

V pracovním prostředí může ještě riziko syndromu vyhoření zvyšovat zátěž pracovníku a to buď (Ptáček & Čeladová, 2011):

- Fyzická (např. monotónnost pohybů, dlouhé stání či sezení, prostorová omezení)
- Biologická (např. ovlivňování spánkového režimu, nedostatek času na odpočinek a pravidelnou stravu)
- Senzorická (např. zhoršená viditelnost, snížení zrakových či sluchových podnětů, dlouhodobé sledování jednoho místa)
- Mentální (např. velké množství nových informací, schopnost pružně reagovat, vysoká náročnost na přípravu)

Dále nesmíme opomíjet další rizika: kontakt s léky, vystavení hluku, nesprávné osvětlení, radiační záření, kontakt s dezinfekčními prostředky, vibrace, nutnost učit se novým postupům, časté změny vyhlášek, složitější přístroje (Bartošíková, 2006; Ptáček et al., 2013). Matoušek (2013) klade důraz na to, že k rozvoji syndromu vyhoření přispívají pracoviště, kde: se nevěnuje dostatečná pozornost potřebám personálu, noví členové nejsou dostatečně proškoleni zkušeným personálem, nejsou nastaveny plány osobního rozvoje, není zajištěna dostatečná supervize, dochází k nemožnosti poradit se s někým kompetentním o možných

řešeních pracovních potíží, vládne konkurenční prostředí, vyskytuje se rivalita mezi pracovními skupinami, je silná byrokratická kontrola chování personálu.

Práce ve zdravotnictví je jedno z nejnáročnějších povolání, kdy je zdravotník neustále vystavován různým stresorům. Zmíníme si tedy rizikové faktory a příčiny syndromu vyhoření, které jsou specifické pro oblast zdravotnictví. Patří zde: nepřetržitý kontakt s lidmi, vysoká pracovní zátěž, nutnost okamžitě jednat a rozhodovat, vysoká míra odpovědnosti, vysoké pracovní tempo, přesčasové hodiny, zvládání emočních reakcí pacientů, neustálý kontakt s utrpením/bolestí/smrtí, nedostatek času na volnočasové aktivity, omezené sociální kontakty, strach z profesionálního selhání, profesní nejistota, nárůst administrativní zátěže a další (Brown & Ryan, 2003; Ptáček & Čeladová, 2011; Venglářová, 2011). Ptáček et al. (2018, in Pelclová, 2019) zmiňují i důvod syndromu vyhoření postupnou ztrátou kontaktu s pacientem vlivem administrativy i technologií a nárůst odpovědnosti z důvodu žalob ze stran pacientů.

Za protektivní faktory v případě syndromu vyhoření můžeme v podstatě brát opaky předchozích zmíněných rizikových faktorů. Nižší riziko vzniku syndromu vyhoření je tedy u jedince s chováním typu B, který je orientován na pohodu, vnitřní klid a eliminaci stresu (Bedrnová et al., 2015). Dále si uvedeme např. vhodný time-management, schopnost dostatečně relaxovat, interní locus of control, pracovní autonomie, zajímavá a pestrá práce, odpovídající finanční ohodnocení, pocit osobní pohody, přiměřená sebedůvěra a sebehodnocení, sociální opora a další (Kebza & Šolcová, 2003; Švingalová, 2006). Nejen u lékařů je za protektivní faktor brán pocit smysluplnosti z profese. Společnost považuje lékařské povolání za velmi prestižní, což může tomuto protektivnímu faktoru často přispívat na významnosti (Nešpor, 2007). Protektivním faktorem je také schopnost uvědomit si své schopnosti a možnosti, nepřeceňovat své síly a dovolit si i někdy selhat nebo být schopen předat úkol spolupracovníkům (Maslach, 2003).

3.4 Možnosti prevence a léčba syndromu vyhoření

Samozejmě jako u jiných negativních fenoménů, tak i u syndromu vyhoření jsou preventivní opatření klíčová a přínosná. Nezapomínejme na metaforický obraz, že je důležité hořet, ale nevyhořet. Syndrom vyhoření vede ke ztrátě smyslu života, ztrátě pozitivního

vnímání sebe, k pocitům osamocení, zášti, zahořklosti, pocitům celkové beznaděje a dehumanizaci (Rush, 2003). Jedním ze základních preventivních opatření je žít smysluplným životem. Jedná se o to, že v životě máme určitý řád, ujasněný žebříček hodnot a máme konkrétní, hodnotný a reálný cíl. Během definování tohoto cíle musíme brát v potaz vlastní potřeby, zájmy a spokojenost, ale i potřeby lidí se kterými žijeme v osobním kontaktu (Křivohlavý & Pečenková, 2004). Syndrom vyhoření je důsledkem nerovnováhy mezi pracovním očekáváním a realitou, což platí ve zdravotnictví víc než kde jinde. Můžeme tuto nevyváženost snížit, jak na straně jedince, tak na straně organizace (Bartošíková, 2006). Největším úskalím bývá, že jedinec předstírá, že se ho tento problém netýká, že se dobře zná a ví, co má dělat. Opak bývá pravdou (Venglářová, 2011). Je tedy důležité uvědomit si, že není něco v pořádku. Následně vyhledat pomoc, aby došlo ke správné diagnostice syndromu vyhoření. Ze strany jedince zde musí být ochota na tomto problému zapracovat a pochopení, že se jedná o závažný stav (Jeklová & Reitmayerová, 2006).

Preventivní opatření syndromu vyhoření často vychází z technik zvládnání stresu a relaxace. Je tedy vhodné naučit se vyhýbat enormnímu stresu, nepřenášet pracovní problémy mimo pracovní prostředí, pravidelně cvičit, dbát na zdravou výživu a pravidelně relaxovat. Odpočinek si dopřávat pravidelně a ne až tehdy, když už je jedinec na pokraji své energie a sil. Nezapomínat na kvalitní spánek, který napomáhá regeneraci po fyzické i psychické stránce. Nepřehlížet varovné signály a včas pracovat na jejich zmírnění či odstranění (Šnýdrová, 2006). Krátkodobá řešení nejsou příliš efektivní, a proto se preferuje dlouhodobější přístup. Řešení problémů pomocí dovolené nemá tížený dlouhodobý efekt. Ukazatele syndromu vyhoření jsou po několika týdnech na stejné úrovni jako před dovolenou (Ashakar et al., 2010). Veliká pozornost by měla být věnována pravidelné psychohygieně ve smyslu zvyšování osobní pohody, spokojenosti a smysluplnosti práce. Soustředit se na „pozitivní myšlení“, které představuje pozitivní přístup k sobě i k ostatním (Vávrová & Pastucha, 2013). To co se odehrává v našem těle, má vliv na náš psychický život. Nezapomínejme na cvičení nejen těla, ale i psychiky např. formou cvičení paměti (Křivohlavý & Pečenková, 2004). Existuje množství relaxačních metod např. meditace, jóga, hypnóza, metoda uvolnění svalů dle Jacobsona, autogenní trénink podle Schulze (Stock, 2010). Venglářová (2011) ještě zdůrazňuje, že v boji proti syndromu vyhoření je důležité udržování kontaktu s přáteli, pěstování koníčků, osobní rozvoj, péče o sebe a především supervize ze strany organizace. Supervize představuje systém podpory a poradenství pro pomáhající profese. Během supervize se někdy používá psychoterapeutická

metoda tzv. Balintovská skupina, která má svou danou strukturu – expozice případů, otázky, fantazie, praktické doporučení a rekapitulace (Ferenczi, 2014).

V terapii syndromu vyhoření je úspěšná kognitivně-behaviorální terapie, kdy se pacient učí, jak efektivněji zvládat stresové situace. Zaměřuje se většinou pouze na řešení dílčích problémů. V případě syndromu vyhoření se ale uvádí, že je efektivnější komplexní přístup, který se snaží odhalit podstatu problému. Nejvhodnější terapeutickou metodou se zdá být logoterapie a existenciální psychoterapie, která se soustředí na jednu z hlavních příčin syndromu vyhoření, a to je ztráta smysluplnosti života. Během terapie se jedinec snaží najít a naplnit nové hodnoty a smysl života obecně (Kebza & Šolcová, 2003). Nedostatečné naplnění smyslu života vede k rozvoji syndromu vyhoření, což potvrdilo několik studií (např. Loonstra et al., 2009; Nindl et al., 2003; Tomic & Tomic, 2008). Existují názory, že rekreační a relaxační techniky, ani samotné programy zvládání stresu nemohou vyplnit nedostatek naplňujících zkušeností a vnitřního smyslu (Längle & Künz, 2016; Pines & Keinan, 2005). Při zvládání syndromu vyhoření je dále důležité udržovat si profesionální přístup ke klientovi a nepřekračovat osobní hranice. Nepotlačovat své pocity a otevřeně se o nich snažit mluvit. Nebát se životních změn, které vyplývají z terapie a aktivně přijímat stresové situace. Být otevřený k tomu, co se kolem nás děje. Udržovat příznivé prostředí a dobré sociální vztahy. Najít si přirozený vztah k práci a smysluplné pracovní činnosti. Významné při léčbě je získání profesní autonomie (Ptáček & Čeledová, 2011).

Honzák (2018) uvádí, že je důležité mít v životě rovnováhu, umět se soustředit na podstatné věci, vnímat poměr a výkon, zamyslet se nad životními změnami a mít schopnost zastavit se. Svět se neustále točí a tím dochází k jeho pravidelným změnám. My se točíme s ním, a proto je důležité vnímat a podchytit své změny. Nezapomínejme ve světě ani na humor, který vstříkuje pozitivní ladění a energii do jinak bezvýchodné situace (Maslach, 2003).

Ptáček et al. (2018, in Pelclová, 2019) uvádí, že syndrom vyhoření může vést k vyššímu výskytu profesních chyb, odchodů kvalifikovaných odborníků ze zdravotnictví, rozvoji duševních poruch a nadměrné konzumaci alkoholu, a to i u studentů medicíny. Prokázalo se, že během studia medicíny se až u 50% studentů zhoršuje duševní zdraví (Brazeau et al., 2010). Pravděpodobnost výskytu sebevražedných sklónů je u studentů lékařských fakult o 5,8% vyšší než u studentů z jiných fakult. Studenti trpící vyhořením prožívají sebevražedné myšlenky 2-3krát častěji (Dyrbye et al., 2008). V českém prostředí

v roce 2018 vznikl v Brně projekt Nevyhořím, který založily absolventky lékařské fakulty. Hlavními cíli projektu jsou zvýšení povědomí o existenci syndromu vyhoření, zvýšení sebereflexe, zbavení se studu a správně pojmenování obtíží, které studenty trápí a nemají prostor k jejich řešení na půdě fakulty. Snaží se tedy o účinnou prevenci a jejich mottem je „Nejsme v tom sami“ (Novotný, 2018). Několik profesních skupin, včetně Americké akademie pediatrie a Akreditační rady pro postgraduální lékařské vzdělávání (ACGME), vyzvalo k systematictějšímu přístupu k řešení stresu, syndromu vyhoření a zároveň k vypracování osnov wellness a odolnosti (Jennings & Slavin, 2015; McClafferty et al., 2018; Ripp et al., 2015). Dále požadavky stanovené Výborem pro kontrolu rezidencí (RRC) nastiňují určité aspekty blahobytu, jako je například úroveň stresu rezidenta, mentální nebo emoční podmínky brzdící výkon/učení a dysfunkce související s drogami nebo alkoholem. Nejsou však stanoveny konkrétní nástroje nebo metody pro použití při hodnocení a monitorování rezidentů (Hill & Smith, 2009).

3.5 Měření syndromu vyhoření

Od počátku zaměření se na syndrom vyhoření, bylo vytvořeno mnoho metod a postupů, jak tento fenomén měřit. Můžeme při diagnostice syndromu vyhoření vycházet z informací, které nám poskytne sám jedinec trpící vyhořením. Tento jedinec však nemusí být vždy dobrý v diagnostice vlastního stavu a schopen sebereflexe. Důležité je také usuzování na základě pozorovaných příznaků či rozhovorů s blízkými. Nesmíme opomíjet ani použití dotazníkových diagnostických metod na odhalení syndromu vyhoření. Hezký přehled a porovnání jednotlivých diagnostických metod je obsaženo v diplomové práci od Vlachovské (2011). Nebudeme si tedy zmiňovat veškeré metody na měření vyhoření, ale zmíníme pouze ty metody, mezi kterými jsme se rozhodovali při využití v empirickém šetření.

Jako první si uvedeme dotazník s názvem Burnout Measure (BM) od autorů Pines a Aronson (1988), který měří syndrom vyhoření jako jediný psychický jev a to exhausce (celkové vyčerpání). V češtině je považován za Dotazník psychického vyhoření. Soustředí se na 3 aspekty vyčerpání: fyzické, emocionální a duševní. Fyzické vyčerpání zahrnuje pocity únavy, celkové slabosti, ztráty sil a náchylnosti k onemocnění. Oblast duševního vyčerpání se zaměřuje na pocity bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, ztráty iluzí a pocity

marnosti vlastní existence. Emocionální vyčerpání zahrnuje pocity deprese, tísně, beznaděje, a bezvýhodnosti. Považuje se za jednodimenzionální metodu. Obsahuje 21 tvrzení, které respondent hodnotí na sedmibodové škále. Později byla vyvinuta kratší verze Burnout Measure Short (BMS) pouze o 10 položkách. Pro rychlejší administraci může být používán jako screeningová metoda. Dotazník není určen pro specifickou profesi a má tedy plošnější využití (Křivohlavý, 2012; Malach-Pines, 2005).

Za nejznámější a pravděpodobně nejužívanější je dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI), který vytvořily v roce 1981 přední americké psychologičky Maslach a Jackson (Honzák, 2018). Původně byl MBI určen k měření rizika syndromu vyhoření v pomáhajících profesích, ale později byly vyvinuty alternativní verze - pro učitele (MBI Educators Survey, MBI-ES) a pro profese bez přímého osobního kontaktu s klienty (MBI General Survey, MBI-GS). Tato diagnostická metoda byla použita v empirickém výzkumu, a proto bude podrobněji představena ve výzkumné části. V reakci na nedostatky dotazníku MBI vznikl dotazník Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), který měří dvě základní dimenze syndromu vyhoření. Tyto dimenze jsou vyčerpání a „disengagement“ (nezaujetí, nechut' k profesi a distancování se od práce). Oproti MBI dimenze vyčerpání zahrnuje nejen emoční složky, ale také aspekty fyzické a kognitivní. Zahrnuje 16 tvrzení hodnocených na čtyřstupňové škále (Demerouti & Bakker, 2008).

Kristensen et al. (2005) vytvořili Copenhagen Burnout Inventory (CBI) také v reakci na nedostatky MBI. Základem pro vyhoření je zde únava a vyčerpání. Obsahuje 19 položek, které jsou rozděleny do 3 subškál: osobní vyhoření (dle autorů zakoušení fyzické a psychické únavy a vyčerpání), s prací související vyhoření (únava a vyčerpání prožívané v souvislosti s výkonem povolání) a vyhoření směrem ke klientovi. Tento dotazník oproti MBI upouští od faktorů depersonalizace a snížení pracovní výkonnosti. Upozorňují na to, že podle MBI se syndrom vyhoření skládá ze tří odlišných teoretických aspektů a měly by být studovány samostatně. MBI kombinuje tedy individuální stav (emocionální vyčerpání), strategii zvládání stresu (depersonalizaci) a důsledek (míra pracovního uspokojení). Zmiňují tedy nejasný vztah mezi konceptem vyhoření a dotazníkem MBI (Kristensen et al., 2005).

Široce uznávaným dotazníkem je také Shirom-Melamed Burnout Measure, který zjišťuje nejen celkovou míru vyhoření, ale také dílčí výsledky v subškálách fyzická únava, emoční vyčerpání a kognitivní opotřebovanost. Osahuje 14 položek hodnocených na sedmibodové škále (Honzák, 2018; Vlachovská, 2011). Další metody určené pro

zdravotnický personál jsou např. Dotazník burnout syndromu (DBS) od Libigerové (1999) a Dotazník The Staff Burnout Scale for Health Professional (SBS-HP) (Schaufeli et al., 2017).

3.6 Syndrom vyhoření v lékařské profesi

V České republice se konal v roce 2013 jeden z velkých výzkumů zkoumající syndrom vyhoření u lékařů. Výzkum probíhal za spolupráce České lékařské komory a Psychiatrické kliniky 1.LF a VKF v Praze. Jednalo se o zmapování situace a úrovně vyhoření u lékařů. Této studii se zúčastnilo celkem 7428 respondentů. Výsledky byly překvapivé a v některých případech šly proti již zjištěným poznatkům. Autoři této studie Raboch a Ptáček (2013) zjistili, že syndrom vyhoření byl vyšší u mužů. Jiné studie naopak zmiňují vyšší syndrom vyhoření u žen (např. Geneia, 2015; Ogundipe et al., 2014). Možnou příčinou tohoto výsledku může být to, že ženy jsou častěji schopny si přiznat syndrom vyhoření, vyhledat pomoc a začít s tím něco dělat. Dále se prokázalo, že nejohroženější skupinou jsou mladí lékaři čekající na atestaci (s nízkou délkou praxe). Drtivá většina lékařů ve výzkumu byla s délkou praxe 1 až 6 let. Jedná se o pozitivní zjištění, že mladí lékaři se o tuto problematiku zajímají. Mezi ochranné faktory syndromu vyhoření tedy patřil vyšší věk (srov. Ogundipe et al., 2014). Důležitou roli hrál také rodinný stav, kdy svobodní lékaři byli postiženi syndromem vyhoření mnohem více než jejich sezdaní spolupracovníci. Alarmující bylo zjištění, že více jak 80% lékařů pociťuje ohrožení syndromem vyhoření (odpovědi spíše ano a rozhodně ano). Ukázalo se, že téměř ¼ lékařů pozoruje aspoň nějaké projevy syndromu vyhoření. Pouze 8% respondentů nepociťovali žádné příznaky. Zaměřili se i na jednotlivé specializace, kdy nejohroženějším oborem byla prokázána chirurgie a následně klinická stomatologie, klinická onkologie, pracovníci hemodialýzy, ortopedie, infekční lékařství, soudní lékařství a interní lékařství. Na druhou stranu pracovní lékařství je obor s nejnižší mírou syndromu vyhoření. Další obory se sníženým rizikem syndromu vyhoření jsou: adiktologie, mamografie, algeziologie, dětská dermatologie a foniatrie. Ayers a De Visser (2015) mezi nejohroženější obory řadí paliativní péči, onkologické oddělení, jednotky intenzivní péče (JIP, ARO, urgentní příjmy), psychiatrické oddělení a obecně práci s dětmi a seniory. V USA ještě zařazují rodinné lékaře. Zdravotníci nevkládají do své profese pouze své schopnosti a dovednosti, ale taky část sebe sama (Honzák, 2018).

Bylo zjištěno, že syndrom vyhoření ovlivňuje poskytování kvalitní lékařské péče. Může tak docházet např. k nárůstu špatných rozhodnutí a následně k většímu počtu lékařských pochybení. Syndrom vyhoření dále vede ke zvýšení absencí, snížení pracovního výkonu, nízké angažovanosti a nízké pracovní spokojenosti (Wu et al., 2013). Vyhořelí lékaři mají tendenci projevovat vůči pacientům nepřátelský přístup a nízkou úroveň empatie. Vytváří nepříznivý vliv na vztah pacient-lékař, což může vést dokonce k soudním sporům (Blanchard et al., 2010).

Evropská studie o syndromu vyhoření mezi lékaři uvádí zjištění, že 43% lékařů zasahuje emoční vyčerpání, 35 % depersonalizace a 32% snížení osobního úspěchu. Vysoké skóre v jedné dimenzi má 65% respondentů a 12% respondentů má vysoké skóre ve všech třech dimenzích (Brečka et al., 2018). Meerten et al. (2014) zjistili, že 61% lékařů skórovalo nad prahovou hodnotu psychické tísně a 59% z nich hlásilo vysoké skóre syndromu vyhoření. Kvůli syndromu vyhoření až 51% lékařů zvažovalo kariéru mimo klinickou praxi. Kolem 87% lékařů uvádí, že podnikání a nejrůznější předpisy změnily medicínu k horšímu (Geneia, 2015). Dvouletá longitudinální studie u pediatriů, zjistila mezi začátkem a střední dobou rezidence, zvýšení emočního vyčerpání z 15, 8 na 24, 5, depersonalizace ze 4,5 na 9, 2 a snížení osobního úspěchu ze 40, 2 na 38,3. Celková prevalence syndromu vyhoření se zvedla ze 17% na 46% (Pantaleoni et al., 2014). Měli bychom se zamyslet, protože čísla jsou alarmující vzhledem k tomu, že poměr lékařů k běžné populaci se pohybuje od 1:280 až 1:640 (Wu et al., 2013).

U mladších lékařů může být rizikové při vzniku syndromu vyhoření to, že přebírají role, na které nebyli vyškoleni a u toho musí řešit velké množství administrativy (Kumar, 2016). Dalším faktorem je pocit, že mohou udělat chybu, která může být velmi finančně nákladná a může výrazně ovlivnit život jiných jedinců nebo je stát dokonce život (Ptáček et al., 2014). Mladší lékaři také často dostávají malý nebo žádný respekt od kolegů, což je taky rizikovým faktorem (Light, 2015). Britští (68%) a australské (54%) juniorní lékaři se domnívají, že jejich pracovní doba je nadměrná (Lambert et al., 2000; Markwell a Wainer 2009). Ve studii v USA uvedlo 66% rezidentů, že spali průměrně 6 hodin za noc nebo méně (Baldwin & Daugherty 2004). Shanafelt et al. (2002) uvádějí, že 76% ze 115 rezidentů vnitřního lékařství v USA zažívalo syndrom vyhoření. V Austrálii splnilo kritéria pro syndrom vyhoření 69% vzorku juniorních lékařů (Markwell & Wainer 2009). Rogers et al. (2014) zjistili, že pokud mladší lékaři (349 australských lékařů v postgraduálních letech) interagují se svými pacienty na neautentické nebo povrchní úrovni, tak je pravděpodobné,

že to bude spojeno s pocitem emocionální zátěže, která vyvrcholí v syndrom vyhoření. Dále zjistili pozitivní korelaci mezi syndromem vyhoření a depresí u mladších lékařů. V hierarchii lékařské profese jsou mladší lékaři identifikováni jako nejvíce ohroženi syndromem vyhoření a depresí (Miller, 2009; Pesce, 2009). Výzkumy syndromu vyhoření mezi rezidenty jsou vzácné, méně než 1% literatury o syndromu vyhoření se zaměřuje na mladší lékaře. Navíc kvalita těchto studií je obecně slabá kvůli metodickým omezením a nízkého počtu respondentů (Rogers et al., 2014).

V rámci prevence syndromu vyhoření se u mladých lékařů doporučuje, aby si „seniorní“ doktoři uvědomili, že jsou to nezkušení doktoři a nebrali je jako zkušené (Siu et al., 2012). Dále jim pomáhat postupně přebírat odpovědnost krok za krokem a pomáhat zlepšovat jejich dovednosti tréninkem (Galam et al., 2013). Zajistit podporu během jejich prvního roku a ujistit je, že jsou součástí dobře fungujícího týmu a zajistit takový režim, který je uchrání před spánkovou deprivací (Paice & Hamilton-Fairley, 2013). Zajišťovat podpůrné skupiny, intenzivnější koučování, pravidelné hodnocení, adekvátní podporu z vedení, vzdělávání o psychické pohodě a programy na snižování stresu (Brečka et al., 2018). Dále se upozorňuje na účinnost tréninkového programu všímavosti, který prokázal mezi profesionály na JIP pokles emočního vyčerpání (-3,78 bodu) a zvýšení soucitu se sebou (+3,7 bodu) (stejně výsledky Demarzo et al., 2017). Trénink všímavosti může u této zranitelné skupiny vyvolat blahobyt a mít pozitivní dopad na syndrom vyhoření (Gozalo et al., 2019).

Solms et al. (2019) ve své studii (124 rezidentů a 69 specialistů) upozorňují na to, že pro prevenci syndromu vyhoření je důležité zaměřit se na požadavky a zdroje, které jsou nejdůležitější pro konkrétní skupiny lékařů. Specialisté mohou zvláště těžit z intervencí, které zvyšují jejich psychologický kapitál, podporují soudržnost a podporu týmu. Rezidenti naopak mohou více těžit z intervencí, které zvyšují jejich soucit a flexibilitu. Důležitost flexibility a soucitu mezi rezidenty může být způsobena jejich konkrétní fází kariéry, která se vyznačuje nejistotou, neustálou zpětnou vazbou, kritikou a přizpůsobováním se novým organizačním změnám. Je důležité, aby přijali svou nezkušenost, odpustili svým nedostatkům (tj, soucit se sebou) a zůstali efektivní i přes obavy a pochybnosti o sobě (tj. psychologická flexibilita).

Na závěr si shrneme, jaké dopady má syndrom vyhoření na systém zdravotnictví: zvýšený odchod ze zaměstnání (především profesně mladších lékařů), nižší ochota lékařů k profesnímu růstu, nárůst „cirkulace“ lékařů především na exponovaných pracovištích,

nárůst nákladů vlivem neochoty lékařů k jiným než zaběhlým postupům, větší počet lékařů měnící profesi, pokles efektivity systému z důvodu zvýšeného počtu lékařských chyb, pokles důvěry veřejnosti ve zdravotnictví vlivem zjevných projevů syndromu vyhoření u lékařů (např. snížená ochota komunikovat, odosobněný přístup a deklarovaný cynismus). Dále ovlivňuje vztah mezi pacientem a lékařem: pokles výkonnosti lékaře, nárůst počtu medicínských chyb, volba kompromisů v souvislosti s bezpečím pacienta, neefektivní a rigidní vzorce při předepisování medikace a léčby obecně, nevěle ke kreativnímu a alternativnímu myšlení, horší výsledky pacientů, vnímání pacienta jako „neosobního předmětu“ a narušení kontinuity péče o pacienta (Bodenheimer & Sinsky, 2014; Dyrbye et al., 2010; Raboch & Ptáček, 2013; Spinelli, 2013).

4 Souvislosti mezi syndromem vyhoření, empatií a soucitem se sebou

Vztah mezi empatií a syndromem vyhoření je složitý. Lékaři, kteří prožívají vyčerpání jsou méně schopní projevit empatii. Například v subškálách postavení v pacientově kůži a empatické naslouchání (Anagnostopoulos et al., 2012; Balch et al., 2011). Zajímavé je, že účinek empatie na syndrom vyhoření je méně jasný. Studie prokázaly, že empatie může vytvářet i předcházet syndromu vyhoření. „Soucitná únava“ může vést k emočnímu vyčerpání lékařů (Thirioux et al., 2016). Na druhé straně je empatie často spojována s pracovní spokojeností, která chrání lékaře před emočním vyčerpáním (Gleichgerrcht & Decety, 2013). Black a Weinreich (2000) zmiňují, že především afektivní empatická reakce (versus kognitivní nebo behaviorální) může zhoršit příznaky, které vedou k „soucitné únavě“ a syndromu vyhoření. Jsou tedy zjištěny tři vztahy mezi empatií a syndromem vyhoření:

- empatie snižuje vyhoření (Lee et al., 2003; Raiziene & Endriulaitiene, 2007; Šeblová, 2013; Tei et al., 2014; Wilczek-Ruzyczka, 2011; Zenasni et al., 2012)
- empatie zvyšuje vyhoření (Dal Santo et al., 2014; Gandi et al., 2011).
- empatie funguje jako protektivní faktor před syndromem vyhoření (Ferri et al., 2015; Gleichgerrcht & Decety, 2013; Halpern, 2003; Lamothe et al., 2014).

Větší počet výzkumu tedy zjišťuje negativní korelace mezi empatií a emočním vyčerpáním, depersonalizací a pozitivní korelace mezi empatií a osobní efektivitou (Brazeau et al., 2010; Ferri et al., 2015; Park et al., 2016; Thomas et al., 2007).

Další studie prokázaly, že úroveň empatie klesá u rezidentů procházejících svým speciálním tréninkem vlivem zvyšujícího se stresu a výskytu syndromu vyhoření (Bellini, 2002; Bellini & Shea, 2005; Rosen et al., 2006; Shanafelt et al., 2005; West et al., 2006). Tyto studie zjistily, že špatný spánek, vyčerpání, syndrom vyhoření, nízká kvalita života a deprese byli u rezidentů běžné a mohli by potenciálně zmírnit schopnost rezidenta poskytovat empatickou péči (Bellini, 2002; Bellini & Shea, 2005; Rosen et al., 2006; Shanafelt et al., 2005; West et al., 2006). Rezidenti s vysokou duševní pohodou, sociální podporou a péčí o sebe měli vyšší úroveň empatie (Shanafelt et al., 2005).

V Lisabonu proběhla v roce 2019 studie mezi lékaři (N = 104), kde se zaměřili na spojitost mezi empatií (dotazník JSPE) a syndromem vyhoření (dotazník MBI). Zjistili, že zvýšení úrovně MBI je spojeno se snížením úrovně empatie. Dále zjistili, že resident

(průměr 116,4, SD 12,8) měli nižší hodnoty empatie než specialisté (průměr 120,78, SD 12,84). Zjistili pozitivní korelaci mezi věkem a empatií a také mezi empatií a roky klinické praxe. Ve skóre MBI a JSPE nebyly zjištěny žádné rozdíly založené na pohlaví. Objevili negativní vztah mezi skóre JSPE a depersonalizací ($r = -0,390$) a nedostatkem osobního uspokojení ($r = -0,447$). Roky praxe negativně korelovaly se subškálami MBI. U mladších lékařů jim může prevence proti syndromu vyhoření pomoci být empatictější (Ferreira et al., 2020).

Dále studie zkoumající empatii a syndrom vyhoření u residentů ($N = 446$) v Singapuru poukázala na to, že lékaři s vyšší empatií měli vyšší osobní uspokojení, nižší emoční vyčerpání a depersonalizaci. Zjistili, že 80,7% residentů mělo vyšší skóre aspoň v jedné dimenzi syndromu vyhoření (Lee et al., 2018).

Tei et al. (2014) došli k závěrům, že syndrom vyhoření u lékařů, lze vysvětlit sníženou mozkovou aktivitou související s empatií. Tato snížená mozková aktivita byla spojena s většími obtížemi při rozpoznávání vlastního emočního stavu a také s větší empatickou dispozicí. Výsledky podporují zjištění, že syndrom vyhoření souvisí s oslabenou emoční regulací. Studie dále vrhá nové světlo na potenciál předpovídat budoucí vyhoření u zdravotnických profesionálů aplikací zobrazovacích metod mozku, což může silně doplnit stávající psychologická vyšetření (Tei et al., 2014).

Zmíníme i studii, která zkoumala vztah mezi všímavostí a empatií prostřednictvím soucitu se sebou. Autoři této studie zjistili silné korelace mezi všímavostí a pohledem na perspektivu. Jedinci, kteří vykazovali vysokou úroveň všímavosti byli ve vyšší míře schopni proniknout do perspektivy druhých. V regresní analýze zjistili, že soucit se sebou zprostředkovává vztah mezi všímavostí a pohledem na perspektivu (Kingsbury & Hickman, 2009). Dále studie ukázala, že při pohledu na všímavost jako na formu péče o sebe, je praxe všímavosti spojena s redukcí stresu, zlepšením kvality spánku a schopností zklidnění u postgraduálních studentů (Tarrasch, 2014). Intervence všímavosti snižují ukazatele vyhoření v zaměstnání, deprese, úzkosti a stresu u lékařů primární péče (Fortney et al., 2013). Tyto problémy se týkají konceptu „vyčerpání ze soucitu“. Zjištění naznačují, že rozvoj soucitu se sebou prostřednictvím postupů všímavosti může zvýšit odolnost vůči tomuto typu syndromu vyhoření (Raab, 2014). McCollum a Gehart (2010) shrnuli výzkum Shapira a Izetta z roku 2008, který poukazuje na to, že všímavost může usnadnit empatii vlivem snížení stresu, zvyšováním soucitu a „ztrátou identifikace s našimi osobními subjektivními

zkušenostmi, což vede k lepšímu přijímání a vnímání zkušenosti ostatních bez úsudku a obrany“. Nakonec studenti uváděli zvýšený pocit soucitu se sebou a přijímání vlastních zkušeností, což mělo vliv i na jejich pacienty (McCollum & Gehart, 2010). Praxe všímavosti podporuje větší vhled do konkrétních zkušeností druhých a na člověka obecněji (Turner, 2009). Všímavost také prokázala pozitivní korelaci s odolností, empatií, pracovním nasazením a menším emocionálním vyčerpáním (Olson & Kemper, 2014; Silver et al., 2018). Krasner et al. (2009) uvádí, že intervence založené na všímavosti zvyšují pozornost, uvědomění, komunikační dovednosti, empatii a zlepšují pohodu a emoční stabilitu lékaře.

Existují studie spojující syndrom vyhoření s nižším soucitem (Alkema et al., 2008; Barnard a Curry, 2012) a vyšší soucit s nižším „vyčerpáním ze soucitu“ (Alkema et al., 2008; Figley, 2002). Jako zdroj typu odolnosti byl navržen soucit se sebou, protože jedinec se zvýšeným soucitem se sebou zvládá stres efektivněji (Alkema et al., 2008; Figley, 2002; Neff & McGehee, 2010; Vigna et al., 2017). Soucit je pozitivně spojen se svědomitostí (Baker & McNulty, 2011; Neff et al., 2007). Svědomitost má zase známé vazby na perfekcionismus (Stoeber et al., 2009), což je vlastnost, o které je známo, že předpovídá větší „vyčerpání ze soucitu“ (Benoit et al., 2007; Lee et al., 2015). Soucitnější zdravotníci mohou mít větší perfekcionistické rysy, které jsou mezi zdravotníky spojeny s tendencí pohlížet na sebe jako na „všemocného záchranáře“ (Benson & Magraith, 2005). Tyto rysy mají potenciál bránit vhledu do časných známek pracovní dysfunkce, a tak se uvádějí jako bariéry soucitu. Z důvodu toho, že jednotlivci ospravedlňují své osobní chování jako nezbytné ve prospěch pacientů (Benson & Magraith, 2005).

Dále si uvedeme systematický přehled od Sinclair et al. (2017), kteří zahrnuli celkem 69 studií o celkovém počtu respondentů 2183. Studie se zaměřovaly na soucit se sebou u pracovníků ve zdravotnictví včetně psychologů. Z celkového počtu pouze 23 studií potvrdilo negativní korelaci mezi soucitem se sebou a vyhořením „vyčerpáním ze soucitu“ a/nebo příznaky stresu. Jedna studie potvrdila pozitivní korelaci mezi soucitem se sebou a duševním zdravím ($r = 0,83$), především odolnosti zdravotníků ($r = 0,89$) (Olson & Kemper, 2014). Předpokládaná spojitost mezi soucitem se sebou a mírou empatie nebo soucitem k druhým u zdravotníků dle autorů studie zatím nebyla přesvědčivě potvrzena (Sinclair et al., 2017). Ve výzkumné části se touto spojitostí budeme zabývat.

Jako zmínku si ještě uvedeme vysvětlení pojmu „vyčerpání ze soucitu“ ve zdravotnictví. Vědci nedávno poukázali na to, že tento pojem je trochu zavádějící. Uvádí, že empatická

únava nebo empatické utrpení je vhodnějším způsobem, jak popsat emoční odliv, který je výsledkem empatie s pacienty, kteří trpí silnými psychickými nebo fyzickými bolestmi (např. Hofmeyer et al., 2019). Empatie k druhým může být únavná, ale soucit není (Klimecki & Singer, 2012). Egan et al. (2019) zmiňují, že zdravotníci uváděli, že nebyli unaveni soucitem („vyčerpání ze soucitu“), ale byli unaveni tím, že museli překonávat organizační překážky soucitu. Unavuje je, že se nemohou starat o pacienty tak, jak by chtěli. Výskyt „vyčerpání ze soucitu“ se uvádí v rozmezí 7,3 až 40%, zatímco prevalence sekundárního traumatického stresu se uvádí v rozmezí 0 až 38,5% na jednotkách intenzivní péče (Van Mol et al., 2015). Zjištění ukazují, že intervence všímavosti mohou být užitečné při zmírňování negativního aspektu „vyčerpání ze soucitu“, který je zase prediktivním faktorem pro syndrom vyhoření (Brown et al., 2017). V metaanalýze z roku 2020, která zahrnovala 27 studií u zdravotníků (N = 1020), z toho 14 u studentů zdravotnických oborů, bylo zjištěno, že intervence založené na všímavosti mohou podporovat zlepšení soucitu se sebou mezi různými zdravotníky. Autoři dále upozorňují na to, že by měl být zkoumán soucit se sebou jako ochranný faktor pro vyhoření a „vyčerpání ze soucitu“ (Wasson et al., 2020).

5 Lékař v atestační přípravě

5.1 Role lékaře a jeho vztah s pacientem

Definice základního klinického a etického imperativu pro lékařství 21. století je taková, aby byl pacient stále chápán jako osoba, nikoliv pouze jako souhrn nálezů a aby lékař zůstal člověkem a léčba se odehrávala ve vzájemné interakci. V rámci medicíny se hovoří o 4 základních etických principech. Jedná se o neškodění (nonmaleficence), dobřečinění (beneficence), autonomie a spravedlnost (Ptáček et al., 2015). Lékařské povolání je společností vnímáno jako jedno z nejvíce náročných povolání a můžeme spíše hovořit o tom, že se jedná o celoživotní poslání (Vašková, 2006). Lékař na základě svých odborných znalostí a způsobilosti provádí a svobodně volí diagnostické, léčebné či preventivní úkony, které jsou v souladu se současným pojetím lékařské vědy a pro pacienta nejvhodnější. Moderní medicína by se měla zabývat celostním pohledem na pacienta a to ve všech rovinách biologické, psychologické, sociální i ekonomické. Pacient je v tomto pojetí brán za celistvého a jedinečného (Jankovský, 2003). Největším dilematem současného lékařství je hledání spravedlivého kompromisu mezi „neomezenými“ možnostmi lékařské vědy a na druhou stranu omezenými finančními zdroji a zároveň zachovat nejdůležitější faktor-bezpečnost pacientů. Lékařství se stává hospodářským odvětvím s obrovským finančním obratem (Ptáček & Bartůněk, 2011).

Vztah lékaře a pacienta je spíše živá a neustále se vyvíjející interakce dvou lidských bytostí. Jedná se o proces vytváření důvěry a vzájemného respektu. Faktory, které interakci ovlivňují a formují jsou znalosti, zkušenosti, obratnost a laskavost lékaře, tak i životní situace, zdravotní stav a osobnost pacienta (Ptáček et al. 2015). To co zdravotníka charakterizuje, není neomylnost, ale profesionální závazek usilování o excelentní znalosti a dovednosti, humanismus, odpovědnost a altruismus (Stern, 2005). Humanismus v sobě zahrnuje principy respektu soucitu, empatie, cti a poctivosti. Veloski a Hojat (2006) uvádí, že profesionalitu zdravotníka určuje empatie, týmová práce a celoživotní vzdělávání.

Pacienti očekávají, že lékař bude ctít jejich lékařské tajemství, projeví podporu i vcítění a vynasnaží se pacientovi sdělit, co nejvíce informací o jejich stavu a možnostech léčby. V případě naplnění těchto předpokladů, začíná pacient cítit důvěru k lékaři. Dále očekávají, že lékař zmírní jejich obtíže a nejlépe je úplně vyléčí. Na druhou stranu lékař od

pacientů očekává podřízenost, poslušnost, upřímnost ve sdělování informací o vlastním stavu, rychlé uzdravování se a především spolupráci. V případě nenaplnění těchto očekávání může docházet ke zklamání a projevům smutku, strachu, vzteku a v nejhorším případě i rezignaci jak na straně lékaře, tak i na straně pacienta (Tate, 2005; Vymětal, 2003).

Ting et al. (2016) uvádí, že pacienti preferují komunikaci zaměřenou na pacienta a s tím očekávají u lékaře empatický přístup a dobré komunikační dovednosti. Dále vyžadují dostatečný čas s lékařem a prostor pro sdílení informací. Vysoce vzdělaní pacienti upřednostňují partnerský model než paternalistický přístup. Paternalistický model se řídí direktivním procesem, kdy je lékař v roli otce (pater) a pacient v roli dítěte. Neobjevuje se zde téměř žádný dialog a lékař tedy dává příkazy a pacient je má poslušně přijímat. Můžeme nad ním přemýšlet, jako o opaku empatického přístupu, protože nemocný je zájmem lékařské péče, nikoliv lidské péče. Nedochází u něj k problémům autenticity, jako v novějším partnerském modelu. Partnerský model se řídí nedirektivním přístupem, kdy vztah mezi lékařem a pacientem je na stejné úrovni. V tomto modelu je významná empatická složka v komunikaci, která vede k vědomým i nevědomým terapeutickým tendencím. Jedná se o kombinaci prvků z východních přístupů, které mají holistický směr (Vácha et al. 2012; Ting et al., 2016; Vymětal, 2003).

V ČR se většina pacientů ztotožňuje s názorem, že odborná úroveň zdravotnictví je velmi dobrá, ale zároveň uvádí nespokojenost s chováním lékařů a upozorňují na lhostejnost, aroganci, neochotu sdělit kompletní diagnózu, neporozumění ze strany lékaře a nezájem o pochopení jejich obtíží. Zmíněné faktory mohou vést k nižší spokojenosti pacienta, nedodržování léčby a k její vyšší nákladnosti (Ptáček & Bartůněk, 2011). Lékaři mnohdy zapomínají na možnost pomoci pacientovi svou přítomností, nasloucháním a zájmem (Beran, 2010). Naslouchání představuje soubor dovedností, mezi které patří pozornost, soustředění, porozumění, zapamatování, zhodnocení a zpětná vazba (DeVito, 2008). Ptáček et al. (2013) zmiňují dvě hlavní příčiny nedostatečné ochoty ke komunikaci Prvním je nedostatečné vzdělání a trénink v komunikaci a druhým je nadměrná pracovní zátěž, syndrom vyhoření i neuspokojivé pracovní podmínky. Dále se můžeme setkat s pojmem „mlčení medicíny“, který je dáván do souvislosti s prudkým technickým vývojem, především zobrazovacích metod, které svádí lékaře k podceňování komunikace (Ptáček & Bartůněk, 2011). Ptáček et al. (2011) zmiňují, že je mylné předpokládat, že lékař má schopnost empaticky komunikovat se svými pacienty nebo že tuto schopnost získá během

praxe. Zdůrazňuje, že by tato komponenta měla být vyučována stejně jako vyšetření pacienta. V Indii byl například zaveden program Attitude, communication and ethics, ve kterém učí studenty komunikovat s pacienty empaticky (D'souza et al., 2019; Ptáček et al., 2011). Důležitá je v lékařství i nenásilná komunikace, se kterou přišel Rosenberg roku 2008. V rámci lékařství se chápe jako aktivně zaměřená a naslouchavá forma komunikace na pacienta, která je vytvořena pro přítomný okamžik (Ptáček et al., 2015).

Je důležité nezapomínat na to, že lékaři nejsou nadpřirozené bytosti. Nemůžeme tedy na ně mít nadlidská očekávání a nároky. Lékař by měl být stále klidný, vyrovnaný, vlídný, obětavý, plný elánu, trpělivý, empatický, soucítící, plný znalostí, stále k dispozici a schopný aplikovat stále nové objevy ve své praxi. Jsou to opravdu velké nároky, které se mohou zdát až nesplnitelné (Beran, 2010). Vondráček (1975, in Ptáček et al., 2015) zmiňuje, že v silách lékaře není zvládnout každou situaci dokonale medicínsky, ale vždy by ji měl zvládnout psychologicky. Mnohdy jen správné působení lékaře může být tou nejsprávnější medikací. Pacient nevyhledává lékaře jen pro medikaci, ale aby mu byla podána útěcha a podpora. Vztah mezi lékařem a pacientem je velmi křehký a lékař drží v rukách „porcelánovou vázu“, která se může kdykoliv roztrítit (Ptáček et al., 2015). Bezpodmínečné přijímání pacienta vede ke zvýšené tvorbě oxytocinu a pacient je více motivován k léčbě, jelikož si sám vypracuje emočně korektivní zkušenost (Honzák, 2017).

5.2 Postgraduální vzdělávání lékařů v ČR

Nejdříve si uvedeme, co znamená postgraduální vzdělávání u lékařů. Jedná se o období mezi ukončením lékařské fakulty a získáním specializované způsobilosti ve zvoleném oboru, obecně známé jako atestace. Krejčíková (2005) zmiňuje, že pojetí lékařského vzdělávání, jako celoživotního procesu vzdělávání se utváří již od začátku 20. století. Své aktuálnosti nabylo, zejména v druhé polovině minulého století, právě v souvislosti s prudkým rozvojem biomedicínských věd. Vzdělávání lékařů můžeme rozdělit na pregraduální, postgraduální a kontinuální. Pregraduální vzdělávání lékařů zahrnuje šestileté studium na lékařských fakultách, jehož absolvováním mladý lékař získá tzv. odbornou způsobilost. Tato způsobilost je nedostačující pro samostatný výkon lékařské profese. Absolvent se pak tedy vydává na další dráhu postgraduálního studia. V rámci postgraduálního vzdělávání existují dvě volby. První volbou je získání specializované

způsobilosti a druhou je vědecké příprava, která vede k získání akademického titulu Ph.D. Poslední kontinuální neboli celoživotní fáze probíhá průběžně během celého studia a výkonu povolání, kdy dochází ve vědě k novým poznatkům a rozvíjení léčebných metod (Krejčíková, 2005).

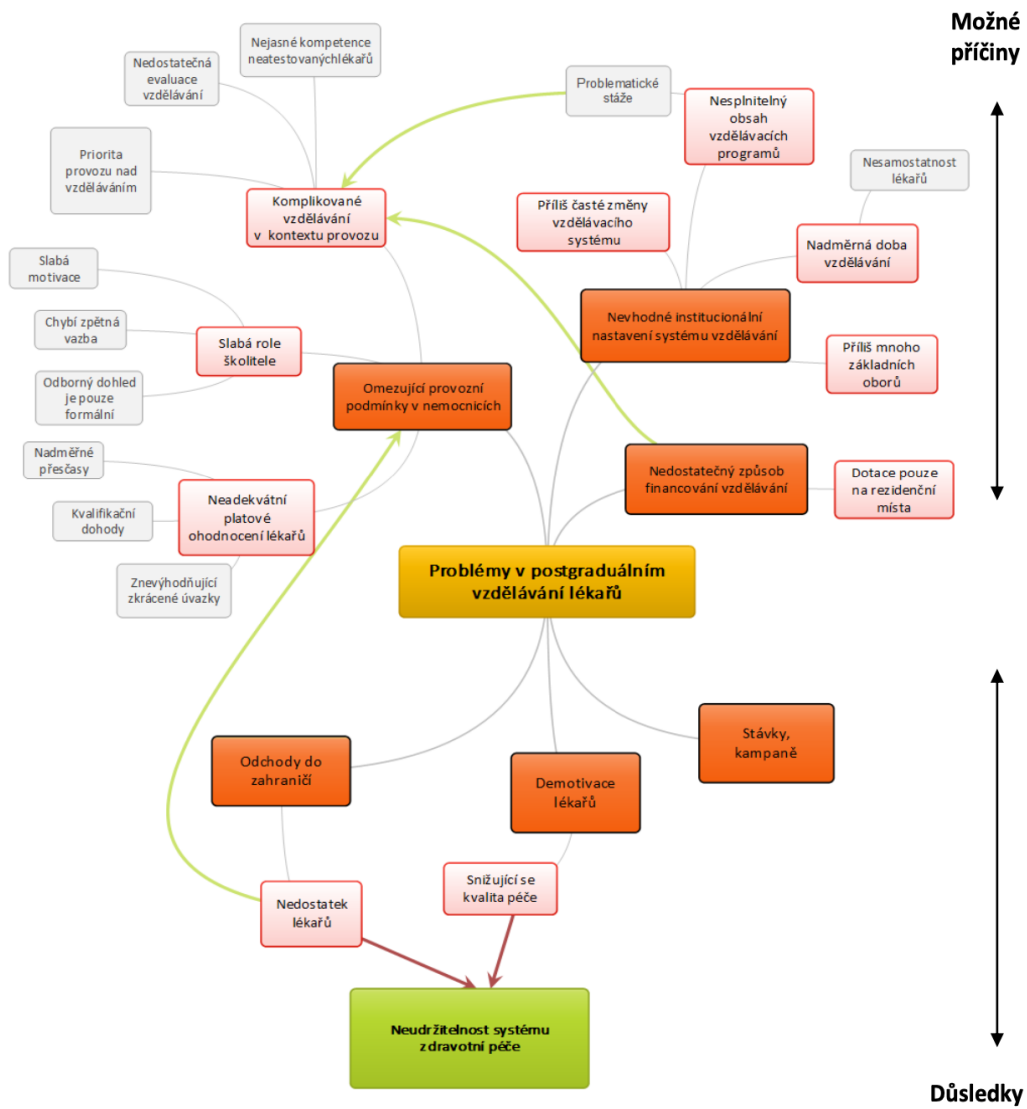
Téma postgraduálního vzdělávání se současně nachází v problematice jak zdravotní, tak i vzdělávací. Profesionální zdravotničtí pracovníci jsou bráni, jako finální produkt vzdělávacího systému, který se zároveň stává klíčovým vkladem do systému zdravotnictví (Dubois et al., 2006). Specializační vzdělávání se skládá ze základního kmene, na který pak navazuje vlastní specializační výcvik. Lékař může volit mezi vícero základními kmeny, jejichž délka je 30 měsíců. Po úspěšném zvládnutí základního kmene, může lékař pokračovat ve vlastním specializovaném výcviku. Délka tohoto výcviku záleží na zvoleném oboru, ale pohybuje se od 12 do 60 měsíců. Specializovaný výcvik je zakončen atestační zkouškou. Po úspěšném složení atestace, se lékař stává způsobilým k samotnému vykonávání lékařského povolání. Do složení atestační zkoušky není lékař způsobilý vykonávat své povolání samostatně a je omezen dvěma způsoby. Na jedné straně je oprávněn v závislosti na svých znalostech, schopnostech a dovednostech a délce specializační přípravy (tj. zda již získal certifikát o absolvování základního kmene) vykonávat některé činnosti samostatně. Tyto činnosti mu však dle platné legislativy musí být písemně stanoveny nejčastěji školitelem. Na druhé straně všechny neuvedené činnosti musí vykonávat pod dozorem nebo odborným dohledem lékaře s atestací (Mladí lékaři, 2014; 2015).

Objevuje se v rámci odborného diskurzu existence nesouladu v institucionálním nastavení pravidel specializačního vzdělávání a jeho reálným fungováním. Osnovy a požadavky vzdělávacích programů, stejně jako výkony požadovány po neatestovaných lékařích, sice zohledňují náročnost a zodpovědnost lékařského povolání, ale v současných podmínkách českého zdravotnictví jsou mnohdy prakticky nerealizovatelné. Zároveň časté změny v legislativě vyvolávají chaos a nejistotu (Bezděková, 2015). V posledních letech se upozorňuje na to, že situace ve zdravotnictví je mnohdy pro personál neúnosná. V roce 2009 vznikla iniciativa Mladí lékaři, která dlouhodobě jedná s Ministerstvem zdravotnictví ČR. Zaměřuje se na podobu změn v legislativě zdravotnictví a hlavně na problematiku specializačního vzdělávání a aktuálně i na systém přesčasů ve zdravotnictví u mladých lékařů (Mladí lékaři, 2014; 2015). Spolek Mladí lékaři v květnu 2016 představil dokument s názvem „Desatero námětů k řešení personální krize a klesající kvality vzdělávání lékařů“

(Šedo, 2016). Lékař Milan Kubek dlouhodobě upozorňuje na problémy postgraduálního vzdělávání a zmiňuje, že specializační vzdělávání jsme si rozbili my sami a my sami si jej také musíme opravit (Kubek, 2014).

Efektivita zdravotnických systémů a kvalita poskytované péče je založena na výkonu těchto pracovníků a je zcela závislá na jejich znalostech, schopnostech a motivaci. Základem je, aby politici a manažeři byli schopni zajistit dostatečně početný, vzdělaný a kvalifikovaný zdravotnický personál, který adekvátně rozmístí. Dále vytvoření podmínek pro dobré vedení a zvyšování motivace, aby mohli poskytovat kvalitní péči (WHO, 2006). Důležité je mít ve zdravotnictví lékaře, kteří mohou povolání vykonávat samostatně a je tedy v našem zájmu, aby co nejvíce lékařů úspěšně vykonalo atestační zkoušky ve vybraném oboru. Délka vzdělávacího cyklu (zpravidla 5 až 7 let) vede k prohlubování nedostatku atestovaných lékařů. Současně se tím prodlužuje doba ekonomické nesamostatnosti těchto mladých lékařů. Naprostá většina lékařů přiznává, že požadavky počtů různých výkonů nelze splnit a neberou v potaz reálné možnosti (Mrozek, 2014). Dalším problémem je nedostatek akreditovaných pracovišť (Kubek, 2014). Neatestovaní lékaři také v reálu často slouží pohotovosti bez řádného dozoru atestovaného lékaře, což by se taky nemělo odehrávat (Rozsypal, 2016).

V souvislosti s personální krizí ve zdravotnictví nemají školitelé dostatek času a prostoru věnovat se zaučování mladých lékařů. Požadované výkony ve specializační přípravě se někdy sdílí mezi více lékaři nebo dojde k zápisu do logbooku bez výkonu. Není stanovena maximální délka specializačního vzdělávání, a proto někteří lékaři o atestaci přestanou usilovat a zůstanou i nadále pod odborným dohledem atestovaného lékaře (Šíchová, 2017). Dle mého rozhovoru s kamarádkou doktorkou můžu zmínit, že její prohlášení ohledně atestace znělo: „Jsem už z toho nekonečného učení unavená a stejně k čemu atestace, když není personál, tak stejně to dělám já i kdybych neměla. Za ty peníze ve srovnání s odpovědností se mi do toho nechce a školitele taky skoro vůbec nevidím.“



Obrázek 1. Problémy v postgraduálním vzdělávání lékařů (Šíchová, 2017, s. 4)

Výzkumná část

V literárně přehledové části byla popsána empatie, soucit se sebou, syndrom vyhoření a informace o lékařích v atestační přípravě. V předchozích kapitolách byl taktéž podán přehled nejzajímavějších studií týkajících se těchto tří konceptů především u lékařů. V této výzkumné práci provádíme kvantitativní výzkum u lékařů v atestační přípravě, a to pomocí tří dotazníků (JSPE-HP, SOCS-S, MBI-HSS). Společně jsou tyto dotazníky poprvé v České republice využívány u lékařů v atestační přípravě. Práce tak může přinést nové pohledy na spojitost mezi jednotlivými koncepty.

6 Výzkumný cíl, výzkumné otázky a hypotézy

Primárním účelem tohoto výzkumu je zmapování možných souvislostí mezi empatií, soucitem se sebou a mírou vyhoření a detailněji tyto 3 koncepty prozkoumat mezi sebou u lékařů v atestační přípravě. Výzkumný soubor tedy tvoří lékaři v atestační přípravě. Výzkum bude realizován pomocí kvantitativního designu. V rámci kvantitativního měření, budou předloženy respondentům dotazníkové metody, zaměřené na zjištění míry empatie, soucitu se sebou a syndromu vyhoření. Zvolení lékařů v atestační přípravě nebylo náhodné. Lékařské studium je všeobecně považováno za jedno z nejnáročnějších a nejdéších. Po dokončení lékařské fakulty jejich studium nekončí a pozvolna začíná jejich specializační příprava. Od mladých lékařů se očekává, že budou brát veškeré směny, přesčasy a zároveň budou odvádět velmi precizní výkon. Existuje u nich velké množství stresových situací, s kterými se musí vyrovnávat a zároveň nesmí chybovat. Ve výzkumu u lékařů v atestační přípravě jsme si stanovili zjistit 2 cíle na které navazuje devět výzkumných otázek

C1: Zjistit, zda mezi koncepty empatie, soucitu se sebou a syndromem vyhoření u lékařů v atestační přípravě existují statisticky významné vztahy.

VO₁: Jaký je vztah mezi empatií a soucitem se sebou u lékařů v atestační přípravě?

VO₂: Jaký je vztah mezi empatií a syndromem vyhoření u lékařů v atestační přípravě?

VO₃: Jaký je vztah mezi soucitem se sebou a syndromem vyhoření u lékařů v atestační přípravě?

V návaznosti na výzkumné otázky byly formulovány následující hypotézy:

H1: Celková míra empatie pozitivně koreluje s mírou soucitu se sebou.

H1₁: Soucitná péče (CC) pozitivně koreluje s mírou rozpoznání utrpení.

H1₂: Soucitná péče (CC) pozitivně koreluje s mírou porozumění univerzálnosti utrpení.

H1₃: Soucitná péče (CC) pozitivně koreluje s mírou soucítění s trpícím člověkem.

H1₄: Soucitná péče (CC) pozitivně koreluje s mírou snášení nepříjemných pocitů.

H1₅: Soucitná péče (CC) pozitivně koreluje s mírou jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení.

H1₆: Náhled na situace z hlediska pacienta (PT) pozitivně koreluje s mírou rozpoznání utrpení.

H1₇: Náhled na situace z hlediska pacienta (PT) pozitivně koreluje s mírou porozumění univerzálnosti utrpení.

H1₈: Náhled na situace z hlediska pacienta (PT) pozitivně koreluje s mírou soucítění s trpícím člověkem.

H1₉: Náhled na situace z hlediska pacienta (PT) pozitivně koreluje s mírou snášení nepříjemných pocitů.

H1₁₀: Náhled na situace z hlediska pacienta (PT) pozitivně koreluje s mírou jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení.

H1₁₁: Vcítění se do pacienta (ED) pozitivně koreluje s mírou porozumění univerzálnosti utrpení.

H1₁₂: Vcítění se do pacienta (ED) pozitivně koreluje s mírou soucítění s trpícím člověkem.

H1₁₃: Vcítění se do pacienta (ED) pozitivně koreluje s mírou snášení nepříjemných pocitů.

H1₁₄: Vcítění se do pacienta (ED) pozitivně koreluje s mírou jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení.

- H1₁₅:** Vcítění se do pacienta (ED) pozitivně koreluje s mírou rozpoznání utrpení.
- H2₁:** Celková míra empatie negativně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.
- H2₂:** Celková míra empatie negativně koreluje s mírou depersonalizace.
- H2₃:** Celková míra empatie pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.
- H2₄:** Soucitná péče (CC) pozitivně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.
- H2₅:** Soucitná péče (CC) negativně koreluje s mírou depersonalizace.
- H2₆:** Soucitná péče (CC) pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.
- H2₇:** Náhled na situace z hlediska pacienta (PT) pozitivně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.
- H2₈:** Náhled na situace z hlediska pacienta (PT) negativně koreluje s mírou depersonalizace.
- H2₉:** Náhled na situace z hlediska pacienta (PT) pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.
- H2₁₀:** Vcítění se do pacienta (ED) negativně koreluje s mírou emočního vyčerpání.
- H2₁₁:** Vcítění se do pacienta (ED) negativně koreluje s mírou depersonalizace.
- H2₁₂:** Vcítění se do pacienta (ED) pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.
- H3:** Celková míra soucitu se sebou negativně koreluje s mírou vyhoření v práci.
- H3₁:** Celková míra soucitu se sebou negativně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.
- H3₂:** Celková míra soucitu se sebou negativně koreluje s mírou depersonalizace.
- H3₃:** Celková míra soucitu se sebou pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.
- H3₄:** Rozpoznání utrpení pozitivně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.
- H3₅:** Rozpoznání utrpení negativně koreluje s mírou depersonalizace.
- H3₆:** Rozpoznání utrpení pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.

H37: Porozumění univerzálnosti negativně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.

H38: Porozumění univerzálnost negativně koreluje s mírou depersonalizace.

H39: Porozumění univerzálnost pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.

H310: Mít soucit s trpícím člověkem negativně koreluje s mírou depersonalizace.

H311: Mít soucit s trpícím člověkem pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.

H312: Mít soucit s trpícím člověkem negativně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.

H313: Snášet nepříjemné pocity negativně koreluje s mírou depersonalizace.

H314: Snášet nepříjemné pocity negativně koreluje s mírou osobního uspokojení.

H315: Snášet nepříjemné pocity negativně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.

H316: Jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení negativně koreluje s mírou depersonalizace.

H317: Jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.

H318: Jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení negativně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.

7 Design výzkumného projektu

Před spuštěním oficiálního sběru dat jsme realizovali ještě pilotní výzkum. Během pilotního průzkumu jsme se snažili podchytit nesrovnalosti a případné chyby, zjistit názory a časovou náročnost. Během pilotního vzorku bylo odhaleno pár gramatických překlepů a špatné grafické znázornění jednotlivých stupňů škály. Z toho důvodu jsme se nerozhodli použít lineární stupnici, ale volbu jednotlivých odpovědí. Každou otázku jsem tedy zvlášť rozepsali, protože to bylo původně nepřehledné a nejasné. Chtěli jsme tím i zvýšit možnost vyplnění přes mobilní telefon. U otázky na délku praxe jsme přidali informaci - odpovědi uvádějte v rocích po dokončení lékařské fakulty. Původně jsme měli vyšší odhad na časovou náročnost dotazníků a odhadovali jsme kolem 45 minut. Respondenti uváděli, že dotazník vyplnili zhruba za 30 minut. Tento údaj jsme následně zahrnuli do instrukcí pro vyplnění dotazníku. Celkem se pilotního testování zúčastnilo 7 lékařů, kteří již měli atestaci splněnou a nemohli být tedy zařazeni do výzkumu. Jejich výsledky nebyly zahrnuty do výzkumů, protože nesplňovali kritéria a zvolili jsme je pouze pro pilotní testování. Pilotní výzkum probíhal již v březnu roku 2022.

Oficiální sběr dat byl realizován v září a říjnu roku 2023. Původním cílem bylo získat 100 vyplněných dotazníků. Vzhledem k našim kritériím, se nám toto vysoké číslo nepodařilo naplnit. V nemocnicích dotazník nebyl vše přijat vzhledem k časové náročnosti. V předchozí kapitole jsme si vydefinovali výzkumné otázky a vzhledem k jejich povaze jsme se rozhodli pro kvantitativní výzkumný design, přesněji pro korelační výzkum. V této diplomové práci je tedy využita kvantitativní strategie.

7.1 Metody získávání dat

Získávání dat probíhalo formou dotazníků, které byly předkládány pouze v elektronické podobě. Časový limit pro vyplnění dotazníků nebyl stanoven. Respondentům byl zasílán dotazník pomocí odkazu na online formulář, který obsahoval celkem 4 sekce. První sekce obsahovala otázky na základní demografické údaje. Druhá sekce byla zaměřena na empatii a v třetí sekci následoval dotazník na soucit se sebou. Poslední sekce zahrnovala dotazník na syndrom vyhoření.

V úvodních informacích k vyplnění dotazníků jsme respondenty informovali ohledně účelu sběru dat pro výzkumnou část diplomové práce. Dále proběhlo informování ohledně anonymity, dobrovolnosti a informace o kritériích pro zařazení do výzkumu. Komu je dotazník určen, jsme již rovnou obsáhli v názvu diplomové práce, ať se vyhneme případným nedorozuměním. V informacích jsme zmínili i odhadovaný čas pro vyplnění kompletního dotazníku. Při jednotlivých sekcích jsme připsali krátké informace a instrukce k vyplnění.

V první sekci dotazníků jsme zjišťovali základní demografické údaje respondentů, které jsme vyselektovali jako relevantní z hlediska zaměření výzkumu. Dotazovali jsme se na pohlaví, věk, rodinný stav, počet dětí, profesní specializaci, délku praxe, průměrný počet služeb za měsíc, průměrný počet odpracovaných hodin za měsíc. Dále jsme se ptali na tvrzení ohledně časového tlaku, administrativní zátěže a zda dostatečně dokážou relaxovat mimo práci.

Dále jsme již využívali standardizované metody. K měření míry empatie jsme zvolili The Jefferson Scale of Physician Empathy-Health Providers (JSPE-HP) neboli v češtině Jeffersonská škála empatie pro lékaře. Tato škála je složen z dvaceti položek (tvrzení) a respondenti se vyjadřují na Likertově sedmibodové stupnici od 1-rozhodně nesouhlasím až po 7-rozhodně souhlasím. Jednotlivé položky vyjadřují postoje ke vztahu lékař-pacient. V České republice byl proveden výzkum Koženým a Tišanskou (2013) za použití nástroje JSPE-HP. Během výzkumu prokázali faktorovou analýzou 3 faktory: perspective taking (kognitivní složka empatie), compassionate care (soucitná péče) a empathetic understanding (schopnost vcítit se do situace pacienta). Polovina položek je negativně skórována (položky 1,3,6,7,8,11,12,14,18,19) a celkový skór je prostý součet. Získání vyššího skóre představuje vyšší míru empatie. Byly měřeny i hodnoty Cronbachova koeficientu 0.842 (95%CI 0.829 – 0.854), což tedy prokázalo přesvědčivou vnitřní míru konzistence dotazníku (Kožený & Tišanská, 2013). Českou verzi dotazníku mi poskytl prof. PhDr. Jiří Kožený, CSc., kterému za to mockrát děkuji. Škálu jsme zvolili kvůli dostupnosti české verze, přijatelným psychometrickým vlastnostem a že reflektuje přímý vztah lékař-pacient.

K měření míry soucitu k sobě byla využita Sussexsko-Oxfordská škála soucitu k sobě (angl. *Sussex-Oxford Compassion for the Self Scale, SOCS-S*; Gu et al., 2019; český překlad Benda, 2020). Sebeuposuzovací škála obsahuje celkem 20 položek, které jsou rozděleny do pěti subškál. Respondenti se vyjadřují na Likertově pětibodové škále od 1-nikdy až po 5-

vždy. Celkové skóre soucitu se sebou se určí prostým součtem bodů. Vyšší skóre představuje vyšší míru soucitu se sebou. Měří celkem 5 aspektů soucitu se sebou: rozpoznávání utrpení, chápání univerzální přítomnosti utrpení, spoluprožívání trápení s trpící osobou, toleranci vůči nepříjemným pocitům a jednání/vůli jednat s cílem zmírnit utrpení. Škála SOCS-S byla zveřejněna teprve v lednu roku 2020 a bohužel v současné chvíli jsem nedohledala české normy. Stále nejsou tedy k dispozici. Zvažovali jsme ještě Škálu Soucitu se sebou (angl. Self-Compassion Scale, SCS, Neff, 2003a ; česká adaptace Benda & Reichová, 2016) , ale škále je poslední dobou vytýkána její validita a zároveň obsahuje tři negativní subškály (sebeodsuzování, izolace a přílišné ztotožnění), u kterých se diskutuje nad tím, zda by měli být vůbec zahrnuty či nikoliv (Benda et al., 2021; Chio et al., 2021; Muris & Otgaar, 2020). Z tohoto důvodu jsem se rozhodla použít škálu SOCS-S, ve které tyto tři subškály nejsou zahrnuty.

V literárně přehledové části jsme si uváděli širokou škálu psychodiagnostických metod, které jsou zaměřeny na měření syndromu vyhoření. Pro účely tohoto výzkumu jsem zvolila nejznámější a nejrozšířenější metodu na měření syndromu vyhoření Maslach Burnout Inventory (MBI). Dotazník posuzuje 3 dimenze syndromu vyhoření: emocionální vyčerpání (9 položek), depersonalizaci (5 položek) a míru pocitu pracovní úspěšnosti (9 položek) (Maslach et al., 1997). Dotazník obsahuje 22 položek, které jsou posuzovány z hlediska frekvence a to na sedmibodové Likertově škále od 0-*nikdy* do 6-*každý den*. Emocionální vyčerpání celkem zahrnuje 9 položek. Tento dotazník vykazuje relativně vysokou reliabilitu v rozpětí $r = 0,53$ až po $r = 0,82$ (Kebza & Šolcová, 2013). U prvních dvou dimenzí odpovídá vyšší skóre vyšší míře pocíťovaného vyhoření, ale u třetí dimenze se jedná o negativní úměru, kdy vyšší skóre odpovídá nižší míře vyhoření. Vyhodnocení spočívá v součtu hrubých skóre ve třech dimenzích. Pro účely této práce používám v dotazníku pojem pacient, což se používá v dotazníku MBI-HSS (MP). Chtěli jsme zjistit možné signifikantní vztahy mezi depersonalizací a soucitem se sebou.

7.2 Metody zpracování a analýzy dat

Ke statistickému zpracování dat jsme se rozhodli použít program Jamovi. Data byla sbírána přímo do programu Microsoft Excel, kde byla následně vyčištěna a vyhodnocena dle metodických pokynů jednotlivých dotazníků. Zároveň v programu Microsoft Excel

probíhala tvorba jednotlivých grafů a tabulek. Prvně jsme provedli testování normality rozložení dat pomocí Shapiro-Wilkova testu. Zároveň jsme normalitu rozložení dat vizuálně posoudili skrze histogramy, které jsou uvedeny v Příloze 1. Pro korelační analýzu jsme použili Spearmanův korelační koeficient a hlavním důvodem je to, že je robustní vůči odlehlým hodnotám a podchycuje i nelineární závislosti. Zvolili jsme tak kvůli rozložení dat. Hodnoty korelací jsou interpretovány podle Pearsonova korelačního koeficientu: $r_s \geq 0,5$ (vysoká korelace), $r_s \geq 0,3$ (středně vysoká korelace), $r_s \geq 0,1$ (nízká korelace), $r_s \geq 0$ (zanedbatelná korelace) (Cohen, 1988). Při zpracování dat byly použity hypotézy a hladina významnosti byla stanovena na 5 %.

7.3 Etika výzkumu

Výzkum byl pečlivě koncipován tak, aby otázky nenaznačovaly či přímo nevedly k možné identifikaci respondentů. Byla plně zachována jejich anonymita. Respondenti se výzkumu dobrovolně zúčastnili a byli předem informováni o tématu a účelu sběru dat. Dotazníky byly označeny zkratkou svého názvu a před každou sekcí byly uvedeny krátké pokyny k vyplnění. Všichni respondenti pokořili věkovou hranici plnoletosti. Za souhlas s účastí ve výzkumném šetření lze považovat přímo to, že dotazník dobrovolně sami vyplnili. Účastníkům výzkumu bylo sděleno, že nedostanou přímo svoje výsledky dotazníků empatie, soucit se sebou a syndrom vyhoření. Nebyli bychom schopni zachovat kompletně jejich anonymitu ani ošetřit negativní dopady z výsledků jednotlivých dotazníků a poskytnout kompletní interpretaci pro jednotlivce. S ohledem na etickou zásadu nonmaleficence jsme zahrnuli pouze dotazníky, které jsou relevantní k cíli této práce. Zásadu beneficence dodržíme následným zveřejněním diplomové práce a rozesláním odkazu na respondenty, kde si budou moci přečíst kompletní výsledky výzkumné práce.

8 Výzkumný soubor

Jako cílovou skupinu pro tento výzkum jsme zvolili lékaře v atestační přípravě, kteří jsou v přímém kontaktu s pacienty. Zvolili jsme následující cílovou skupinu i s ohledem na to, že se jedná o rizikovou skupinu vzhledem k syndromu vyhoření a zároveň se u nich kladou veliké očekávání na empatický přístup směrem k pacientům. Předpokládali jsme, že vzhledem k povaze práce, mohou být i vlídněji nakloněni k soucitu se sebou. Kritéria pro zařazení do tohoto výzkumu byly celkem 3 – (1) nemají ještě hotovou atestaci a jsou zároveň ve specializační přípravě ke složení atestace, (2) jsou v přímém kontaktu s pacienty (nezahrnovali jsme specializaci Patologie) a (3) aktivně vykonávají svou práci a mají měsíčně průměrně více než 40 hodin. Další proměnné jako věk, délka praxe, rodinný stav, počet dětí sice byly získávány v dotaznících, ale nebyly limitující pro zařazení do vzorku.

Lékaře jsme oslovovali přes konkrétní kontakty v nemocnicích. Dříve jsem studovala chvíli všeobecné lékařství, a proto jsem využila svých kontaktů ze studia a poprosila je o rozšíření v nemocnicích. Došlo tedy ke sběru dat díky metodě sněhové koule a přes doporučení na další lékaře, jsem zasílala online dotazníky. Využila jsem i sílu sociálních sítí, kde jsem účastníky jednotlivých lékařských skupin kontaktovala přímou zprávou s prosbou o vyplnění dotazníků a se zařazením do výzkumu. Kontaktovala jsem i spolek Mladí lékaři, které jsem poprosila o distribuci dotazníku. Rozesílala jsem e-maily a zároveň i přímé zprávy na konkrétní lékaře. Jednalo se o samovýběr tedy nenáhodný výběr.

Dotazník vyplnilo celkem 79 respondentů. Celkem 4 respondenti byli z výzkumu vyřazeni. Důvodem pro jejich vyřazení bylo, že nesplnili vstupní kritéria a měli odpracováno méně než 40 hodin měsíčně. Ve výzkumné práci jsme tedy pracovali s odpověďmi od 75 respondentů.

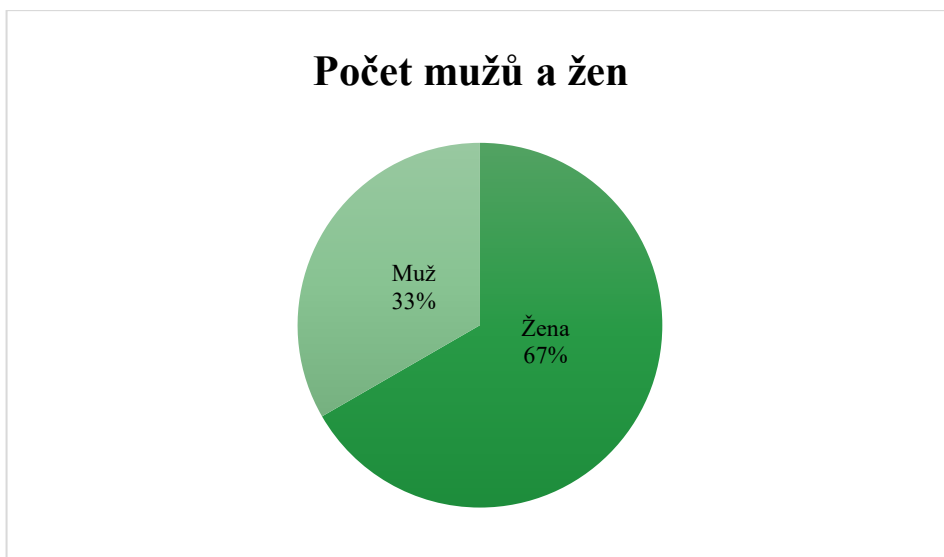
Lékaři zařazení do výzkumného souboru vykonávají celkem 20 různých specializací. Konkrétně si je tedy uvedeme: Oftalmologie, Otorinolaryngologie, Vnitřní lékařství, Anesteziologie a intenzivní medicína, Urologie, Neurologie, Pneumologie, Radiologie a zobrazovací metody, Gynekologie a porodnictví, Psychiatrie, Infekční lékařství, Cévní chirurgie, Chirurgie, Všeobecné praktické lékařství, Dermatovenerologie, Ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, Kardiologie, Pediatrie, Onkologie, Hematologie a transfuzní lékařství. V následující Tabulce 1 si ukážeme celkové zastoupení jednotlivých specializací a počet lékařů, kteří ji vykonávají. Celkem tedy 20 odborných specializací a 75

lékařů. Nejvíce jsou ve výzkumném souboru zastoupeno lékaři se specializací Vnitřní lékařství, Anesteziologie a intenzivní medicína, Psychiatrie.

Specializace	Počet lékařů
Anesteziologie a intenzivní medicína	12
Cévní chirurgie	1
Dermatovenerologie	1
Gynekologie a porodnictví	5
Hematologie a transfúzní lékařství	1
Chirurgie	5
Infekční lékařství	2
Kardiologie	4
Neurologie	4
Oftalmologie	3
Onkologie	1
Ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí	2
Otorinolaryngologie	4
Pediatric	2
Pneumologie	2
Psychiatrie	8
Radiologie a zobrazovací metody	2
Urologie	2
Vnitřní lékařství	11
Všeobecné praktické lékařství	3

Tabulka 1: Zastoupení lékařů dle specializace

Z hlediska pohlaví máme výzkumný soubor nerovnoměrně vyvážený a dotazník vyplnilo více žen než mužů. Dotazník vyplnilo 50 žen a 25 mužů. Převahu žen ve výzkumném vzorku jsme očekávali, protože v lékařské profesi a obecně mezi zdravotnickým personálem je více žen než mužů (Garkish, 2019). Můžeme tedy říct, že 2/3 respondentů tvoří muži a 1/3 ženy.



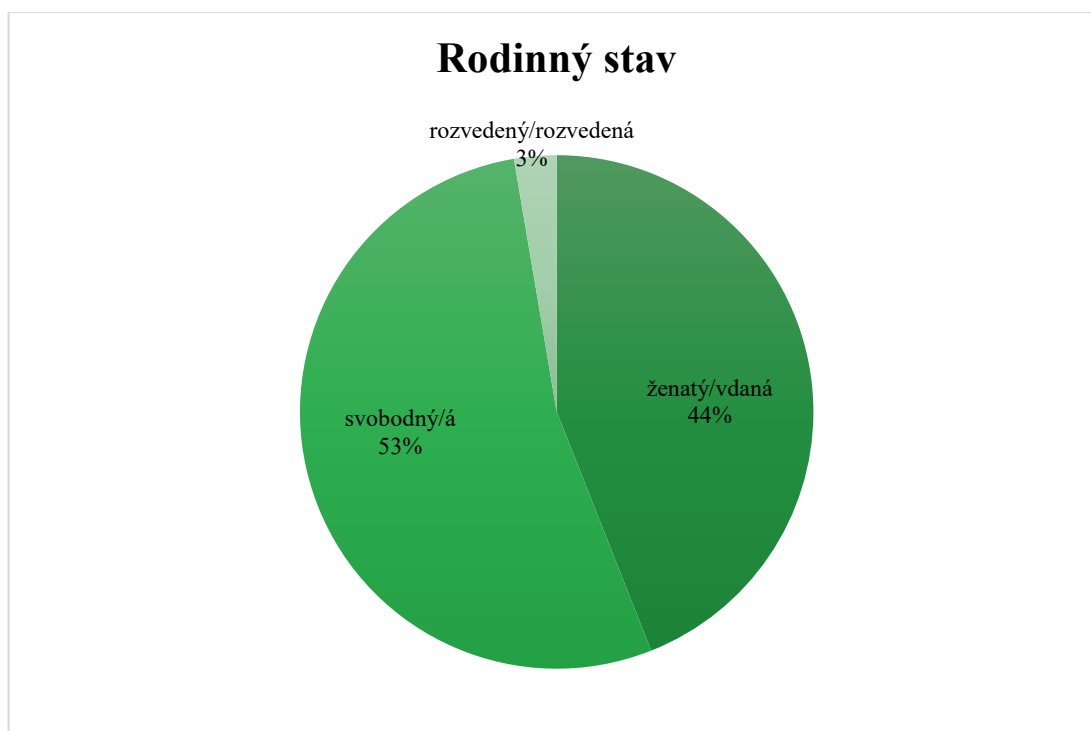
Graf 1: Zobrazení poměru zastoupení dle pohlaví

Věkové rozložení výzkumného souboru jsme neměli příliš s velkým rozptylem, protože jedním z našich hlavních kritérií bylo, že musí být ještě lékařem v atestační přípravě. Věk lékařů se tedy pohybuje v rozpětí od 25 - 40 let. Nejvíce zastoupeným věkem ve výzkumném vzorku je 30 a 31 let. Nejméně zastoupeny skupiny jsou nad 34 let a tam si to můžeme vysvětlit tím, že většina lékařů nad 34 již má hotovou atestaci. Lékaři pod věkovou hranici 25 let nejsou zastoupeny a to si můžeme odvodit tím, že se ještě připravují na lékařských fakultách na výkon budoucího povolání.

Věkové rozložení	Počet lékařů
25 let	2
26 let	3
27 let	3
28 let	8
29 let	9
30 let	20
31 let	20
32 let	6
34 let	2
37 let	1
40 let	1

Tabulka 2: Zastoupení lékařů dle věku

Zjistili jsme, že nejvíce respondentů je svobodných a celkem to bylo číslo 40. O 7 méně respondentů tedy 33 je ženatých nebo vdaných. Pouze dva respondenti uvedli, že jsou rozvedeni. Celkem 49 respondentů uvedlo, že nemají děti, což je skoro třetina všech respondentů. Děti již má celkem 26 respondentů. V detailnějším rozpadu má nejvíce z nich 1 dítě.



Graf 2: Zobrazení procentuálního poměru zastoupení dle rodinného stavu

Počet dětí	Počet lékařů
nemám dítě	49
1 dítě	19
2 děti	5
3 děti	1
5 dětí	1

Tabulka 3: Zastoupení lékařů dle počtu dětí

U výzkumného souboru jsme zjišťovali, kolik let již pracují jako lékaři. Ptali jsme se na délku jejich praxe po dokončení lékařské fakulty. Nejvyšší bylo zastoupení lékařů s délkou praxe 5 let a jedná se o absolutní počet 23, což představuje skoro 1/3 z výzkumného vzorku.

Druhé největší zastoupení měla délka praxe 3 až 3,5 roku, kterou uvedlo celkem 22 lékařů. Celkové rozpětí délky praxe, u výzkumného souboru, se pohybovalo od 0,5 roku do 13 let.

Délka praxe	Počet lékařů
0,5 roku	2
1 rok	2
1,5 roku	1
2 roky	6
2,5 roku	4
3 roky	11
3,5 roku	4
4 roky	11
4,5 roku	1
5 roků	23
5,5 roku	2
6 roků	2
7 roků	2
8 roků	2
13 roků	2

Tabulka 4: Rozložení podle počtu let v lékařské profesi

U lékařů jsme zároveň zjišťovali jejich průměrný počet služeb za měsíc, průměrný počet odpracovaných hodin za měsíc a zda prožívají v práci pocity časového tlaku/tísne. Pocity časového tlaku/tísne jsme měřili na škále 1-naprosto nesouhlasím až 5-naprosto souhlasím. Respondenti nejčastěji uváděli, že mají v průměru 4 služby za měsíc. Kdybychom se podívali na větší celek, tak nejčastěji se počet měsíčních služeb pohybuje mezi 3 až 5. Dle průměrného počtu odpracovaných hodin za měsíc jsme zjistili, že pouze 10 respondentů pracuje na zkrácený úvazek a 65 pracuje na plný úvazek. Medián u počtu hodin za měsíc je 210 hodin. U plných úvazků se rozpětí hodin pohybuje od 170 – 280 hodin. Zkrácené úvazky se pohybují od 40 do 120h. Na tvrzení, zda prožívají v práci pocity časového tlaku/tísne na škále 1 – 5, tak odpověděl pouze jeden respondent, že zcela nesouhlasí s tímto tvrzením. 20 respondentů odpovědělo, že naprosto souhlasí s tímto tvrzením a škálu 4 uvedlo celkem 32 respondentů. Výsledky naplnili naše očekávání, že pocit časového tlaku/tísne bude aktuální téma a problém u lékařů v atestační přípravě.

Průměrný počet služeb za měsíc	Počet lékařů
0	6
2	2
3	16
4	22
5	19
6	3
7	4
8	1
10	1
11	1

Tabulka 5: Rozložení podle průměrného počtu služeb u respondentů

Prožívám v práci pocit časového tlaku/tísň.	Počet lékařů
1 - naprosto nesouhlasím	1
2	8
3	14
4	32
5 - naprosto souhlasím	20

Tabulka 6: Rozložení lékařů dle škály na pocit časového tlaku/tísň

Zároveň jsme zkoumali, zda respondenti pociťují na pracovišti velkou administrativní zátěž. Skoro 50% respondentů uvedlo, že naprosto souhlasí s tvrzením a na pracovišti pociťují velkou administrativní zátěž. Škálu 4 zvolilo dalších 19 respondentů, tak můžeme z výsledků vyvodit, že 2/3 respondentů pociťují velkou administrativní zátěž.

Velká administrativní zátěž	Počet lékařů
1 - naprosto nesouhlasím	4
2	7
3	9
4	19
5 - naprosto souhlasím	36

Tabulka 7: Rozložení lékařů dle škály na pocit administrativní zátěži.

Došli jsme k výsledkům, že u našich respondentů je palčivým tématem administrativní zátěž a časový tlak/tíseň. Ptali jsme se našich respondentů, jestli dokážou dostatečně relaxovat mimo práci, když jsou pod časovým tlakem a administrativní zátěží. V Tabulce 8 vidíme, že nejvíce respondentů odpovídalo na škále 3, tak jsme se podívali na hodnoty dále a celkově více respondentů odpovědělo nad hodnotu škály 3. Rozdíl je sice pouze o 7 respondentů, ale můžeme to tedy považovat za pozitivní indikaci toho, že si respondenti mimo práci najdou prostor i na relaxaci. Ještě zmíníme, že celkem 8 respondentů s tvrzením zcela nesouhlasilo a tedy dostatečný prostor na relaxaci mimo práci nemají.

Dokážu mimo práci dostatečně relaxovat	Počet lékařů
1 - naprosto nesouhlasím	8
2	14
3	24
4	19
5 - naprosto souhlasím	10

Tabulka 8: Rozložení lékařů dle škály na relaxaci mimo práci

9 Výsledky

9.1 Deskriptivní statistika

Ve statistické programu Jamovi jsme zpracovali hodnoty deskriptivní statistiky sledovaných proměnných, které jsou znázorněny v Tabulce 9. Shapiro – Wilkův test neukázal významné odchylky od normálního rozložení u Jeffersonské škály empatie ani u Oxfordské škály soucitu k sobě. Normalita rozložení byla i u subškál Emocionálního vyčerpání, Depersonalizace a Osobního uspokojení. U Osobního uspokojení je hodnota hraniční, tak jsme normalitu ověřili ještě pomocí vizuální kontroly histogramu a odchylka od normálního rozložení se neukázala (Příloha 1).

	JSPE-HP	SOCS-S	EE	DP	PA
Průměr	104	70.9	44956	45028	34.1
Medián	107	70	31	12	35
Směrodatná odchylka	16,7	8,43	11,6	6,50	6,48
Minimum	64	54	5	0	19
Maximum	139	96	54	28	45
Šikmost	-0.296	0.350	-0.0860	0.0946	-0.449
Špičatost	-0.437	-0.161	-0.557	-0.401	-0.402
Shapiro-Wilk p	0.207	0.256	0.333	0.406	0.056

Tabulka 9: Deskriptivní statistika (N=75)

9.2 Korelační analýza dat

Pro zjištění vztahu mezi jednotlivými koncepty jsme provedli korelační analýzu a závěry plynoucí z korelační analýzy si postupně představíme dle hypotéz, které byly formulovány v předchozí kapitole. Hypotézy jsou označeny podle toho, zda se podařilo (zeleně) nebo nepodařilo (červeně) vyvrátit nulové hypotézy nepředpokládající signifikantní vztah mezi proměnnými.

K interpretaci budeme používat Pearsonův korelační koeficient: $r_s \geq 0,5$ (vysoká korelace), $r_s \geq 0,3$ (středně vysoká korelace), $r_s \geq 0,1$ (nízká korelace), $r_s \geq 0$ (zanedbatelná korelace) (Cohen, 1988). Při zpracování dat byly použity hypotézy a hladina významnosti byla stanovena na 5 %.

V návaznosti na výzkumné otázky byly formulovány následující hypotézy:

H1: Celková míra empatie pozitivně koreluje s mírou soucitu se sebou.

Mezi celkovou mírou empatie a mírou soucitu se sebou byla podle očekávání zjištěna středně silná pozitivní korelace $r_s = 0.348$ ($p < 0.001$). Čím vyšší je tedy míra empatie, tím vyšší je míra soucitu se sebou a naopak.

H1₁: Soucitná péče (CC) pozitivně koreluje s mírou rozpoznání utrpení.

Mezi soucitnou péčí a mírou rozpoznání utrpení nebyl zjištěn signifikantní vztah $r_s = 0.136$ ($p < 0.246$).

H1₂: Soucitná péče (CC) pozitivně koreluje s mírou porozumění univerzálnosti utrpení.

Mezi soucitnou péčí a mírou porozumění univerzálnosti byla podle očekávání zjištěna nízká pozitivní korelace $rs = 0.263$ ($p < 0.022$). Čím vyšší je tedy soucitná péče, tím vyšší je míra porozumění univerzálnosti.

H13: Soucitná péče (CC) pozitivně koreluje s mírou soucítění s trpícím člověkem.

Mezi soucitnou péčí a mírou soucítění s trpícím člověkem byla podle očekávání zjištěna středně silná pozitivní korelace $rs = 0.383$ ($p < 0.001$). Čím vyšší je tedy soucitná péče, tím vyšší je míra soucítění s trpícím člověkem.

H14: Soucitná péče (CC) pozitivně koreluje s mírou snášení nepříjemných pocitů.

Mezi soucitnou péčí a mírou snášení nepříjemných pocitů nebyl zjištěn signifikantní vztah $rs = 0.092$ ($p < 0.432$).

H15: Soucitná péče (CC) pozitivně koreluje s mírou jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení.

Mezi soucitnou péčí a mírou jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení byla podle očekávání zjištěna středně silná pozitivní korelace $rs = 0.346$ ($p < 0.002$). Čím vyšší je tedy soucitná péče, tím vyšší je míra jednání nebo motivace ke zmírnění utrpení.

H16: Náhled na situace z hlediska pacienta (PT) pozitivně koreluje s mírou rozpoznání utrpení.

Mezi náhledem na situaci z hlediska pacienta a mírou rozpoznání utrpení nebyl zjištěn signifikantní vztah $rs = 0,045$ ($p < 0.699$).

H17: Náhled na situace z hlediska pacienta (PT) pozitivně koreluje s mírou porozumění univerzálnosti utrpení.

Mezi náhledem na situaci z hlediska pacienta a mírou porozumění univerzálnosti utrpení nebyl zjištěn signifikantní vztah $rs = 0,118$ ($p < 0.314$).

H18: Náhled na situace z hlediska pacienta (PT) pozitivně koreluje s mírou soucítění s trpícím člověkem.

Mezi náhledem na situaci z hlediska pacienta a mírou soucítění s trpícím člověkem byla podle očekávání zjištěna středně silná pozitivní korelace $rs = 0.341$ ($p < 0.003$). Čím vyšší je tedy nadhled nad situací pacienta, tím vyšší je míra soucítění s trpícím člověkem.

H19: Náhled na situace z hlediska pacienta (PT) pozitivně koreluje s mírou snášení nepříjemných pocitů.

Mezi náhledem na situaci z hlediska pacienta a mírou snášení nepříjemných pocitů nebyl zjištěn signifikantní vztah $r_s = 0,222$ ($p < 0.055$).

H110: Náhled na situace z hlediska pacienta (PT) pozitivně koreluje s mírou jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení.

Mezi náhledem na situaci z hlediska pacienta (PT) a mírou jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení nebyl zjištěn signifikantní vztah $r_s = 0.187$ ($p < 0.108$).

H111: Vcítění se do pacienta (ED) pozitivně koreluje s mírou porozumění univerzálnosti utrpení.

Mezi vcítěním se do pacienta (ED) a mírou porozumět univerzálnosti utrpení nebyl zjištěn signifikantní vztah $r_s = 0.225$ ($p < 0.053$).

H112: Vcítění se do pacienta (ED) pozitivně koreluje s mírou soucítění s trpícím člověkem.

Mezi vcítěním se do pacienta (ED) a mírou soucítění s trpícím člověkem byla zjištěna podle očekávání středně silná pozitivní korelace $r_s = 0.338$ ($p < 0.003$). Čím vyšší je tedy nadhled nad situací pacienta, tím vyšší je míra soucítění s trpícím člověkem.

H113: Vcítění se do pacienta (ED) pozitivně koreluje s mírou snášení nepříjemných pocitů.

Mezi vcítěním se do pacienta (ED) a mírou snášení nepříjemných pocitů nebyl zjištěn signifikantní vztah $r_s = 0.065$ ($p < 0.579$).

H114: Vcítění se do pacienta (ED) pozitivně koreluje s mírou jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení.

Mezi vcítěním se do pacienta (ED) a mírou jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení byla zjištěna podle očekávání nízká pozitivní korelace $r_s = 0.254$ ($p < 0.028$). Čím vyšší je vcítění se do pacienta, tím vyšší je míra jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení.

H115: Vcítění se do pacienta (ED) pozitivně koreluje s mírou rozpoznání utrpení.

Mezi vcítěním se do pacienta (ED) a mírou rozpoznání utrpení nebyl zjištěn signifikantní vztah $r_s = 0.141$ ($p < 0.226$).

H2₁: Celková míra empatie negativně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.

Mezi celkovou mírou empatie a mírou emocionálního vyčerpání byla zjištěna podle očekávání nízká negativní korelace $r_s = -0.288$ ($p < 0.012$). Čím vyšší je tedy celková míra empatie, tím nižší je míra emocionálního vyčerpání a naopak.

H2₂: Celková míra empatie negativně koreluje s mírou depersonalizace.

Mezi celkovou mírou empatie a mírou depersonalizace byla zjištěna podle očekávání středně silná negativní korelace $r_s = -0.383$ ($p < 0.001$). Čím vyšší je tedy celková míra empatie, tím nižší je míra depersonalizace.

H2₃: Celková míra empatie pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.

Mezi celkovou mírou empatie a mírou osobního uspokojení byla zjištěna podle očekávání středně silná pozitivní korelace $r_s = 0.496$ ($p < 0.001$). Čím vyšší je tedy celková míra empatie, tím vyšší je míra osobního uspokojení.

H2₄: Soucitná péče (CC) pozitivně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.

Mezi soucitnou péčí a mírou emocionálního vyčerpání byla zjištěna podle očekávání nízká negativní korelace $r_s = -0.283$ ($p < 0.0014$). Čím vyšší je tedy soucitná péče, tím nižší je míra emocionálního vyčerpání a naopak.

H2₅: Soucitná péče (CC) negativně koreluje s mírou depersonalizace.

Mezi soucitnou péčí a mírou depersonalizace byla zjištěna podle očekávání středně vysoká negativní korelace $r_s = -0.370$ ($p < 0.001$). Čím vyšší je tedy soucitná péče, tím nižší je míra depersonalizace a naopak.

H2₆: Soucitná péče (CC) pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.

Mezi soucitnou péčí a mírou osobního uspokojení byla zjištěna podle očekávání středně vysoká pozitivní korelace $r_s = 0.374$ ($p < 0.001$). Čím vyšší je tedy soucitná péče, tím vyšší je míra osobního uspokojení..

H27: Náhled na situace z hlediska pacienta (PT) pozitivně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.

Mezi náhledem na situaci z hlediska pacienta (PT) a mírou emocionálního vyčerpání nebyl zjištěn signifikantní vztah $r_s = -0.148$ ($p < 0.206$).

H28: Náhled na situace z hlediska pacienta (PT) negativně koreluje s mírou depersonalizace.

Mezi náhledem na situaci z hlediska pacienta a mírou depersonalizace byla zjištěna nízká negativní korelace $r_s = -0.240$ ($p < 0.038$). Čím vyšší je tedy náhled na situaci z hlediska pacienta, tím nižší je míra depersonalizace.

H29: Náhled na situace z hlediska pacienta (PT) pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.

Mezi náhledem na situaci z hlediska pacienta a mírou osobního uspokojení byla zjištěna podle očekávání vysoká pozitivní korelace $r_s = 0.531$ ($p < 0.001$). Čím vyšší je tedy náhled na situaci z hlediska pacienta, tím vyšší je míra osobního uspokojení.

H210: Vcítění se do pacienta (ED) negativně koreluje s mírou emočního vyčerpání.

Mezi vcítěním se do pacienta a mírou emočního vyčerpání byla zjištěna středně vysoká negativní korelace $r_s = -0.428$ ($p < 0.001$). Čím vyšší je tedy vcítění se do pacienta, tím nižší je míra emočního vyčerpání.

H211: Vcítění se do pacienta (ED) negativně koreluje s mírou depersonalizace.

Mezi vcítěním se do pacienta a mírou depersonalizace byla zjištěna středně vysoká negativní korelace $r_s = -0.499$ ($p < 0.001$). Čím vyšší je tedy vcítění se do pacienta, tím nižší je míra depersonalizace.

H212: Vcítění se do pacienta (ED) pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.

Mezi vcítěním se do pacienta a mírou osobního uspokojení byla zjištěna podle očekávání středně vysoká pozitivní korelace $r_s = 0.348$ ($p < 0.002$). Čím vyšší je tedy vcítění se do pacienta, tím vyšší je míra osobního uspokojení.

H3: Celková míra soucitu se sebou negativně koreluje s mírou vyhoření v práci.

H3₁: Celková míra soucitu se sebou negativně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.

Mezi celkovou mírou soucitu se sebou a mírou emočního vyčerpání byla zjištěna středně vysoká negativní korelace $rs = -0.303$ ($p < 0.008$). Čím vyšší je soucit se sebou, tím nižší je míra emočního vyčerpání.

H3₂: Celková míra soucitu se sebou negativně koreluje s mírou depersonalizace.

Mezi celkovou mírou soucitu se sebou a mírou depersonalizace byla zjištěna nízká negativní korelace $rs = -0.252$ ($p < 0.029$). Čím vyšší je tedy soucit se sebou, tím nižší je míra depersonalizace.

H3₃: Celková míra soucitu se sebou pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.

Mezi soucitem se sebou a mírou osobního uspokojení byla zjištěna podle očekávání středně vysoká pozitivní korelace $rs = 0.374$ ($p < 0.001$). Čím vyšší je soucit se sebou, tím vyšší je míra osobního uspokojení.

H3₄: Rozpoznání utrpení pozitivně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.

Mezi rozpoznáním utrpení a mírou emocionálního vyčerpání nebyl zjištěn signifikantní vztah $rs = 0.066$ ($p < 0.573$).

H3₅: Rozpoznání utrpení negativně koreluje s mírou depersonalizace.

Mezi rozpoznáním utrpení a depersonalizací nebyl zjištěn signifikantní vztah $rs = -0.160$ ($p < 0.171$).

H3₆: Rozpoznání utrpení pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.

Mezi rozpoznáním utrpení a osobním uspokojením nebyl zjištěn signifikantní vztah $rs = 0.166$ ($p < 0.154$).

H3₇: Porozumění univerzálnosti negativně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.

Mezi porozuměním univerzálnosti a mírou emocionálního vyčerpání byla zjištěna podle očekávání středně vysoká negativní korelace $rs = -0.308$ ($p < 0.007$). Čím vyšší porozumění univerzálnosti, tím vyšší je míra osobního uspokojení.

H38: Porozumění univerzálnost negativně koreluje s mírou depersonalizace.

Mezi porozuměním univerzálnosti a mírou depersonalizace byla zjištěna podle očekávání nízká negativní korelace $rs = -0.264$ ($p < 0.022$). Čím vyšší porozumění univerzálnosti, tím nižší je míra depersonalizace.

H39: Porozumění univerzálnost pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.

Mezi porozuměním univerzálnosti a mírou osobního uspokojení byla zjištěna nízká pozitivní korelace $rs = 0.237$ ($p < 0.041$). Čím vyšší porozumění univerzálnosti, tím vyšší je míra osobního uspokojení.

H310: Mít soucit s trpícím člověkem negativně koreluje s mírou depersonalizace.

Mezi soucitem s trpícím člověkem a depersonalizací nebyl zjištěn signifikantní vztah $rs = -0.198$ ($p < 0.089$).

H311: Mít soucit s trpícím člověkem pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.

Mezi soucitem s trpícím člověkem a osobním uspokojením byla zjištěna nízká pozitivní korelace $rs = 0.229$ ($p < 0.049$). Čím vyšší porozumění univerzálnosti, tím vyšší je míra osobního uspokojení.

H312: Mít soucit s trpícím člověkem negativně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.

Mezi soucitem s trpícím člověkem a emocionálním vyčerpáním nebyl zjištěn signifikantní vztah $rs = -0.200$ ($p < 0.085$).

H313: Snášet nepříjemné pocity negativně koreluje s mírou depersonalizace.

Mezi soucitem s trpícím člověkem a depersonalizací nebyl zjištěn signifikantní vztah $rs = -0.187$ ($p < 0.109$).

H314: Snášet nepříjemné pocity negativně koreluje s mírou osobního uspokojení.

Mezi snášením nepříjemných pocitů a osobním uspokojením byla zjištěna nízká pozitivní korelace $rs = 0.277$ ($p < 0.016$). Čím vyšší snášení nepříjemných pocitů, tím vyšší je míra osobního uspokojení.

H315: Snášet nepříjemné pocity negativně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.

Mezi snášet nepříjemné pocity a emocionálním vyčerpáním byla zjištěn nízká negativní korelace $rs = -0.229$ ($p < 0.048$). Čím vyšší snášení nepříjemných pocitů, tím nižší je míra emocionálního vyčerpání.

H316: Jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení negativně koreluje s mírou depersonalizace.

Mezi jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení a depersonalizací nebyl zjištěn signifikantní vztah $rs = -0.144$ ($p < 0.219$).

H317: Jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení pozitivně koreluje s mírou osobního uspokojení.

Mezi jednat a být motivován ke zmírnění utrpení a mírou osobního uspokojení byla zjištěna středně vysoká pozitivní korelace $rs = 0.371$ ($p < 0.001$). Čím vyšší jednání a motivace ke zmírnění utrpení, tím vyšší míra osobního uspokojení.

H318: Jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení negativně koreluje s mírou emocionálního vyčerpání.

Mezi jednat nebo být motivován ke zmírnění utrpení a emocionálním vyčerpáním nebyl zjištěn signifikantní vztah $rs = -0.214$ ($p < 0.065$).

10 Diskuse

Provedli jsme velmi detailní korelační analýzu, kde se nám potvrdily výrazné signifikantní pozitivní vztahy mezi empatií a soucitem se sebou. Můžeme si z toho vyvodit, že rozvoj těchto dovedností a specifické zaměření se na ně, nám může přinést krásný preventivní faktor před syndromem vyhoření. Mezi empatií a soucitem se sebou se sice potvrdily pozitivní signifikantní vztahy, ale důležité je i zmínit, že klíčově je o tom mluvit s v souvislosti s negativními signifikantními vztahy se syndromem vyhoření. Pozitivní signifikantní korelační vztahy byly pouze se subškálou osobního uspokojení, protože je zde obráceno vyhodnocování.

Z korelační analýzy jsme mohli vyčíst, že soucit se sebou působil na všechny zkoumané faktory syndromu vyhoření a to: Emocionální vyčerpání, Depersonalizace a Osobní uspokojení. Mezi soucitem se sebou a osobním uspokojením byla dokonce pozitivní signifikantní korelace $rs = 0.374$ ($p < 0.001$). Jedná se tedy o středně vysokou korelaci. Vyzvedneme ještě jednu signifikantní středně vysokou korelaci mezi celkovou mírou empatie a mírou soucitu se sebou $rs = 0.348$ ($p < 0.001$). Pokud bych měl ještě vyzdvihnout pár údajů, které nechci aby zapadli v množství hypotéz, tak to jsou signifikantní korelace mezi celkovým skóre empatie a depersonalizací, kdy se opět prokázala negativní středně vysoká korelace $rs = -0.383$ ($p < 0.001$). Prokázal se ještě kladný signifikantní vztah mezi celkovým skóre empatie a osobním uspokojením, kdy byla prokázána pozitivní středně vysoká korelace $rs = 0.348$ ($p < 0.001$). Tak jsem ještě jednou vypíchl 4 čísla z korelační matice (Příloha 2).

V předchozích kapitolách jsem psala o vztahu empatie a syndromu vyhoření. Přeci jen pár zahraničních výzkumů proběhlo a rozdělily se tak na 3 kategorie. První z nich potvrzovala, že empatie zvyšuje vyhoření a může zhoršit příznaky, které vedou k soucité únavě (Dal Santo et al., 2014; Gandi et al., 2011). My jsme se s našimi výsledky zařadili mezi výzkumy, které říkají, že empatie snižuje vyhoření (Lee et al., 2003; Raiziene & Endriulaitiene, 2007; Šeblová, 2013; Tei et al., 2014; Wilczek-Ruzyczka, 2011; Zenasni et al., 2012). Zároveň jsme se úplně nezaměřovali na to, jestli empatie funguje jako protektivní faktor před syndromem vyhoření (Ferri et al., 2015; Gleichgerrecht & Decety, 2013; Halpern, 2003; Lamothe et al., 2014), ale věříme, že určitě nácvik empatie může přinést nové obzory. Nás se tedy spíše týkají výzkumy, které zjišťovaly negativní korelace mezi empatií a

emočním vyčerpáním, depersonalizací a pozitivní korelace mezi osobní efektivitou (Brazeau et al., 2010; Ferri et al., 2015; Park et al., 2016; Thomas et al., 2007). K nim se teď budeme řídit. Jako limit výzkumné práce považuji nízký vzorek respondentů. Zajímali by mě i rozdíly v délce praxe, jak ovlivňují empatii, případně zda jsou rozdíly ve výsledcích empatie u rozdílných odborných specifikací. Původní záměr byl nechat se inspirovat výzkumy, ve kterých zjistili, že úroveň empatie klesá u rezidentů procházejících speciální přípravou vlivem zvyšujícího se stresu (Bellini, 2002; Bellini & Shea, 2005; Rosen et al., 2006; Shanafelt et al., 2005; West et al., 2006).

Naše výsledky ohledně empatie a syndromu vyhoření jsou podobné výzkumu v Singapuru (N=446), kde poukázali na to, že lékaři s vyšší empatií měli vyšší osobní uspokojení, nižší emoční vyčerpání a depersonalizaci. Pro ověření jejich výsledku, jsem ještě přidávala vyhodnocení konkrétně pro dotazník MBI, kde jsem zjistila, že vyhoření v emočním vyčerpání uvedlo 50 respondentů a osobní uspokojení 25 a depersonalizaci celkem 33. 2/3 tedy našich respondentů uvedlo vyhoření v emočním vyčerpání, což je opravdu vysoké číslo. Během výzkumu v Singapuru totiž uvedli, že 80 % rezidentů mělo vyšší skóre aspoň v jedné dimenzi syndromu vyhoření (Lee et al., 2018). Ještě mě zaujal výzkum, ve kterém došli k závěrům, že syndrom vyhoření u lékařů, lze vysvětlit sníženou mozkovou aktivitou související s empatií (Tei et al., 2014).

Ještě zmíním už jen okrajově, protože jsem již o tom psala, ale Sinclair et al. (2017) shrnuli 69 studií do systematického přehledu s celkovým počtem respondentů 2183. Pouze 23 studií potvrdilo negativní korelaci mezi soucitem se sebou a syndromem vyhoření. My se tedy s našimi výsledky řadíme mezi tyto studie. Předpokládaná spojitost mezi soucitem se sebou a mírou empatie nebo soucitem k druhým u zdravotníků dle autorů studie zatím nebyla přesvědčivě potvrzena (Sinclair et al., 2017).

Jsem ráda, že validní data podporují aspoň zamyšlení se nad tím, co nám může pomoci v boji proti syndromu vyhoření. Ty zdroje máme každý sám u sebe! Samozřejmě existují i specializované kurzy, o kterých jsem psala v přehledově literární části, ale vy jste sami pro sebe vždy na blízku.

Během výzkumné práce jsem narazila na pár úskalí a limitů. První a hlavní je asi nízká response rate dotazníků. Zajímali by mě i rozdíly v délce praxe, jak ovlivňují empatii, případně zda jsou rozdíly ve výsledcích empatie u rozdílných odborných specifikací. Původní záměr byl nechat se inspirovat výzkumy, ve kterých zjistili, že úroveň empatie klesá

u rezidentu procházejících speciální přípravou vlivem zvyšujícího se stresu (Bellini, 2002; Bellini & Shea, 2005; Rosen et al., 2006; Shanafelt et al., 2005; West et al., 2006).

Kdybych volila dotazníky znova, tak šáhnu určitě po zkrácených verzích. Zároveň mě někdy brzdili i zásady etického průzkumu, protože jsem se chtěla ptát i v jaké finanční situaci se nacházejí a jak probíhá specializační vedení od starších lékařů, ale to jsou spíše oblasti na kvalitativní průzkum. Velkým úskalím pro mě bylo nastavit odlišné škály v online dotazníku tak, aby to nepletlo respondenty. Další limity jsem měla u dotazníku na míru empatie, protože jsem nemohla nikde sehnat, jak se vyhodnocuje a ani český překlad, ale pan profesor mi nakonec odepsal a i mi vysvětlil interpretaci a vyhodnocování dat.

Další limit vidím v nevyužití dotazníku zkoumající okolnosti kolem atestační přípravy.

1. Pracovní požadavky na výkon jsou přiměřené a zvladatelné.
2. Neprožívám v práci pocit časového tlaku/tísně.
3. Mé pracovní kompetence jsou jasně vymezeny a dodržovány.
4. Víím, že mám dostatek vlastních kompetencí ke zvládnutí zátěžových situací.
5. Mé komunikační dovednosti byly dostatečně trénovány během studia medicíny.
6. Jsem schopný/á v práci pružně reagovat.
7. Mám dostatek času na vzdělávání/samostudium k atestační přípravě.
8. Náročnost atestační přípravy snadno zvládám.
9. Jsem schopný/á zachovat rovnováhu mezi prací a odpočinkem.
10. Během atestační přípravy mám dostatek podpory a vedení od supervizorů.
11. Fyzická zátěž je na pracovišti přiměřená.
12. Psychická zátěž je na pracovišti přiměřená.
13. Administrativní zátěž je na pracovišti přiměřená.
14. Mám dostatek času na sociální kontakty a volnočasové aktivity/koníčky mimo práci.
15. Jsem schopný/á dodržovat na pracovišti pravidelnou stravu.

16. Mám dobrou fyzickou kondici.
17. Dokážu mimo práci dostatečně relaxovat.
18. Využívám metodu mindfulness.
19. Nepocit'uji narušení spánkového rytmu mimo práci.
20. Jsem spokojený/á s finančním ohodnocením.

Z důvodu časových kapacit respondentů jsem dotazník nakonec neuplatnila, ale nebráním se pokračování někdy v budoucnu. Chtěla bych jít více do kvalitativního designu přes rozhovory a prozkoumat tak další okolnosti kolem mladých lékařů. Zároveň bych jednou chtěla mít vyvážený vzorek specializací, at' mohu prozkoumat, zda by se výsledky u jednotlivých specializací odlišovaly.

Závěr

Tato diplomová práce se věnuje prozkoumání souvislostí mezi empatií, soucitem se sebou a syndromem vyhoření. Podařilo se prokázat statisticky významnou negativní korelaci mezi empatií a syndromem vyhoření. Zároveň se prokázaly statisticky významné negativní vztahy i mezi soucitem se sebou a syndromem vyhoření. V oblasti prevence syndromu vyhoření je i klíčové zjištění, že mezi empatií a soucitem se sebou jsou pozitivní statisticky významné vztahy. Pro nás je to prostor proto, abychom se v obou těchto dovednostech zdokonalili a správně je pak využívali i u sebe. Po přečtení budete mít rovnou dva protektivní faktory proti syndromu vyhoření, ale je důležité myslet i na další proměnné, specializační kurzy a lepší výuku komunikačních dovedností např. na lékařských fakultách. Cílovou skupinou pro tento výzkum byli lékaři v atestační přípravě. Jsem ráda, že jsem měla možnost zase trošku nakouknout pod pokličku, kde se nachází zdravotnická síť, propletená různými pravidly a je mnohdy těžké se v tom zorientovat.

Když už jsem práci psala, tak mě napadlo, proč se neposílá na mladé lékaře jednou za čas jen nějaký rychlý dotazník měřící teplotu/náladu. Zajímali by mě jejich odpovědi a ideálně se zaznamenáním v čase. Zároveň jsem si uvědomila, že soucit se sebou a empatie jsou témata, kterým by se mělo dávat více prostoru. Po Mindfulness běhu v práci uvažujeme, že bychom udělali osvětu soucitu se sebou. Je to opravdu veliké téma ve firmách, jak udržet zaměstnance v psychické pohodě, protože cíle na každý rok se zvedají, ale kapacitně se lidi nenabírají. Zároveň je po tom stále větší poptávka, ale chtějí vždy rychlé účinné metody, které jsou ověřené. Nacházím tam více témat, které bych chtěla třeba ještě jednou někdy otevřít, ale teď by se mi líbilo, sledovat lékaře delší dobu přes rychlé dotazníky na teplotu/náladu.

Zároveň nesmíme zapomínat na to, že ani empatie a soucit se sebou nejsou všemocní a že stále existuje xy proměnných, které nás budou v pracovním i v tom soukromém životě ovlivňovat. Proč to ale nezkusit? Udělat něco pro sebe, podchytit věci včas a myslet na prevenci.

Seznam použité literatury

Alkema, K., Linton, J. M., & Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4(2), 101- 119. doi:10.1080/15524250802353934.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Revision). Washington, DC: Author.

Anagnostopoulos, F., Liolios, E., Persefonis, G., Slater, J., Kafetsios, K., & Niakas, D. (2012). Physician burnout and patient satisfaction with consultation in primary health care settings: evidence of relationships from a one-with-many design. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 19(4), 401-410.

Aomatsu, M., Otani, T., Tanaka, A., Ban, N., & van Dalen, J. (2013). Medical students' and residents' conceptual structure of empathy: a qualitative study. *Education for Health*, 26(1), 4.

Ashkar, K., Romani, M., Musharrafieh, U., & Chaaya, M. (2010). Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country. *Postgraduate Medical Journal*, 86(1015), 266-271.

Attar, H. S., & Chandramani, S. (2012). Impact of physician empathy on migraine disability and migraineur compliance. *Annals Of Indian Academy Of Neurology*, 15, 89-94.

Ayers, S., & De Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně* (přeložila Helena HARTLOVÁ). Praha: Grada Publishing.

Babenko, O., Mosewich, A., Abraham, J., & Lai, H. (2018). Contributions of psychological needs, self-compassion, leisure-time exercise, and achievement goals to academic engagement and exhaustion in Canadian medical students. *Journal of educational evaluation for health professions*, 15.

Babenko, O., Mosewich, A. D., Lee, A., & Koppula, S. (2019). Association of Physicians' Self - Compassion with Work Engagement, Exhaustion, and Professional Life Satisfaction. *Medical Sciences*, 7(2), 29.

Baker, L.R., & McNulty, J.K. (2011). Self-compassion and relationship maintenance: the moderating roles of conscientiousness and gender. *J. Pers. Soc. Psychol.* 100, 853–873. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021884>.

Baldwin Jr, D. C., & Daugherty, S. R. (2004). Sleep deprivation and fatigue in residency training: results of a national survey of first-and second-year residents. *Sleep*, 27(2), 217-223.

Balch, C. M., Oreskovich, M. R., Dyrbye, L. N., Colaiano, J. M., Satele, D. V., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2011). Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *Journal of the American College of Surgeons*, 213(5), 657-667. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2011.08.005.

Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303. <https://doi.org/10.1037/a0025754>.

Barnard, L., & Curry, J. (2012). The relationship of clergy burnout to self-compassion and other personality dimensions. *Pastoral psychology*, 61(2), 149-163.

Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). Empathy quotient: An investigation of adults with asperger syndrome or high functioning autisms, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163-175. doi: 10.1023/B:JADD.0000022607.19833.00.

Baron-Cohen, S. (2014). *Věda zla*. Brno: Emitos.

Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Batson, C. D. (2009). These things called empathy: eight related but distinct phenomena. In J. Decety, & W. Ickes (Eds.), *The Social Neuroscience of Empathy* (3-15). London: The MIT.

Batson, C. D. (2014). *The altruism question: Toward a social-psychological answer*. Psychology Press.

Batt-Rawden, S. A., Chisolm, M. S., Anton, B., & Flickinger, T. E. (2013). Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Academic Medicine*, 88(8), 1171-1177.

Beadle, J. N., Tranel, D., Cohen, N. J., & Duff, M. (2013). Empathy in hippocampal amnesia. *Frontiers in psychology*, 4, 69.

Beckman, T. J., Reed, D. A., Shanafelt, T. D., & West, C. P. (2012). Resident physician well-being and assessments of their knowledge and clinical performance. *Journal of general internal medicine*, 27(3), 325-330.

Bedrnová, E., & Pauknerová, D. (2015). *Management osobního rozvoje: duševní hygiena, seberřízení, efektivní životní styl* (2., aktualizované a doplněné vydání). Management Press.

Bellini, L. M., & Shea, J. A. (2005). Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Academic Medicine*, 80(2), 164-167. doi:10.1097/00001888-200502000-00013.

Bellini, L. M. (2002). Variation of mood and empathy during internship. *Journal of the American Medical Association*, 287(23), 3143. doi:10.1001/jama.287.23.3143.

- Benda, J., & Reichová, A. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze Self-Compassion Scale (SCS-CZ). *Československá psychologie*, 60(2), 120-136.
- Benda, J. (2012). Buddhismus a psychoterapie: Meditace není všelék. *Dingir*, 15(1), 12-15.
- Benda, J. (2018). Alternative models of the Czech version of the Self-Compassion Scale (SCS-26-CZ). Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/325908787>.
- Benda, J. (2019). *Všímavost a soucit se sebou: Proměna emocí v psychoterapii*. Praha: Portál.
- Benda, J. (2020). Škála nepřipoutanosti k Já (NTS-CZ): Pilotní studie české verze. *E-psychologie*, 14(4), 57–67. <https://doi.org/10.29364/epsy.385>
- Benda, J., Kořínek, D., Vyhnánek, A., & Nemlahová, T. (2021). *Differences in self-compassion and shame-proneness in patients with borderline personality disorder, eating disorders, alcohol-addiction and in healthy controls: Is the narrative self at fault for everything?* PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/ncjax>
- Benoit, L. G., Veach, P. M., & LeRoy, B. S. (2007). When you care enough to do your very best: genetic counselor experiences of compassion fatigue. *Journal of Genetic Counseling*, 16(3), 299-312.
- Benson, J., & Magraith, K. (2005). Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. *Australian Family Physician*, 34, 497–498. <https://doi.org/10.2267/0300-8495.34.6.1815>.
- Beran, J. (1997). *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Karolinum.
- Beran, J. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada.
- Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229-239.
- Bezděková, I. (2015). Lékaři: musíme v předatestační přípravě podvádět. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/35988-lekari-musime-v-predatestacni-priprave-podvadet>.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2017). “Burnout syndrome” – from nosological indeterminacy to epidemiological nonsense. *BJPsych Bulletin*, 41(6), 367–368.
- Birkett, M., & Sasaki, J. (2018). Why does it feel so good to care for others and for myself? Neuroendocrinology and prosocial behavior. In L. Stevens, & C. Ch. Woodruff (Eds.). *The neuroscience of empathy, compassion, and self-compassion*. London: Academic Press.
- Black, S., & Weinreich, P. (2000). An exploration of counselling identity in counsellors who deal with trauma. *Traumatology*, 6(1), 25-40.

- Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typic and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition*, 14, 698–718. doi: 10.1016/j.concog.2005.06.004.
- Blanchard, P., Truchot, D., Albiges-Sauvin, L., et al. (2010). Prevalence and causes of burnout among oncology residents: a comprehensive nation wide cross-sectional study. *Eur J Cancer*, 46(15):2708-2715. doi: 10.1016/j.ejca.2010.05.014.
- Blatt, B., LeLacheur, S. F., Galinsky, A. D., Simmens, S. J., & Greenberg, L. (2010). Does perspective-taking increase patient satisfaction in medical encounters? *Acad. Med.* 85, 1445–1452. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181eae5ec.
- Bluth, K., & Neff, K. D. (2018). New frontiers in understanding the benefits of self-compassion. *Self and Identity*, 17(6), 605-608. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1508494>.
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12 (6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>.
- Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 89-98. <https://doi.org/10.1007/s10879-014-9286-8>.
- Braun, T. D., Park, C. L., & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: *A review of the literature*. *Body Image*, 17, 117-131. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>.
- Brazeau, C., Schroeder, R., Rovi, S., & Boyd, L. (2010). Relationship between Medical Students Burnout, Empathy and Professionalism Climate. *Complexities in Behavior and Assessment*, 533- 536.
- Brečka, T. A., Vňuková, M., Raboch, J., & Ptáček, R. (2018). Burnout Syndrome Among Medical Professionals: Looking for Solutions. *Activitas Nervosa Superior*, 60(2), 33-39.
- Breines, J. G., & Chen, S. (2013). Activating the inner caregiver: the role of support-giving schemas in increasing state self-compassion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49, 58–64.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-844.
- Brown, L., Houston, E. E., Amonoo, H. L., & Bryant, C. (2020). Is Self-compassion Associated with Sleep Quality? A Meta-analysis. *Mindfulness*, 1-10.

- Brown, J. L. C., Ong, J., Mathers, J. M., and Decker, J. T. (2017). Compassion fatigue and mindfulness: comparing mental health professionals and MSW student interns. *J. Evid. Inform. Soc. Work*, 14, 1–12. doi: 10.1080/23761407.2017.1302859.
- Brunero, S., Lamont, S., & Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nursing inquiry*, 17(1), 65-74.
- Burton, A., Burgess, C., Dean, S., Koutsopoulou, G. Z., & Hugh-Jones, S. (2017). How effective are mindfulness-based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis. *Stress Health*, 33, 3–13. doi: 10.1002/smi.2673.
- Buszewicz, M., Pistrang, N., Barker, C., Cape, J., & Martin, J. (2006). Patients experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 56(528), 496-503.
- Butz, S., & Stahlberg, D. (2018). Can self-compassion improve sleep quality via reduced rumination? *Self and Identity*, 17(6), 666–686. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1456482>.
- Cain, D. J., et al. (2006). *Humanistická psychoterapie*, 2. díl. Praha: TRITON.
- Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic medicine*, 87(9), 1243-1249.
- Cândeia, D. M., & Szentágotai-Tătar, A. (2018). The impact of self-compassion on shame-proneness in social anxiety. *Mindfulness*, 9(6), 1816-1824.
- Capper, C. (2008). Compassion. In E. Mason-Whitehead, A. McIntosh-Scott, A. Bryan, & T. Mason (Eds.). *Key Concepts in Nursing* (s. 69-73). London: Sage.
- Carroll, J. S., & Quijada, M. A. (2004). Redirecting traditional professional values to support safety: Changing organisational culture in health care. *BMJ Quality & Safety*, 13(2), 16–21.
- Caruso, D. R., & Mayer, J. D. (1998). A Measure of Emotional Empathy for Adolescents and Adults. University of New Hampshire.
- Castilho, P., Carvalho, S. A., Marques, S., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Self-compassion and emotional intelligence in adolescence: A multigroup mediational study of the impact of shame memories on depressive symptoms. *Journal of Child and Family Studies*, 26(3), 759-768. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0613-4>.
- Coetzee, S. K. & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & health sciences*, 12(2), 235-243.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Erlbaum.

- Colliver, J. A., Conlee, M. J., Verhulst, S. J., & Dorsey, J. K. (2010). Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: A reexamination of the research. *Academic Medicine*, 85(4), 588-593.
- Cook, R., Bird, G., Catmur, C., Press, C., & Heyes, C. (2014). Mirror neurons: From origin to function. *Behavioral And Brain Sciences*, 37(2), 177-192.
- Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P. K. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in health*, 11 (1), 44-47.
- Cuff, B. M. P., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2014). Empathy: A review of concept. *Emotion Review*, 8 (2), 144–153. doi: 10.1177/1754073914558466.
- D'souza, P.C., Rasquinha, S.L., D'souza, T.L. et al. (2019). Effect of a Single-Session Communication Skills Training on Empathy in Medical Students. *Acad Psychiatry*.
- Dal Santo, L., Pohl, S., Saiani, L., Battistelli, A., 2014. Empathy in the emotional interactions with patients. Is it positive for nurses too? *J. Nurs. Educ. Pract*, 4 (2), 74–81. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n2p74>.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Davis, M. H. (1983). The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach. *Journal of Personality*, 52(2) .
- Davis, M. H. (2006). Empathy. In J. E. Stets & J. H. Turner (Eds.), *Handbook of the sociology of emotion*, 443–466.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, 3(2), 71-100.
- 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.
- Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, 87(9), 1243-1249.
- Delaney, M. C. (2018). Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses compassion fatigue and resilience. *PLOS One*, 13(11), 0207261.
- Demarzo, M., Montero-Marin, J., Puebla-Guedea, M., Navarro-Gil, M., Herrera-Mercadal, P., Moreno-González, S., ... & Garcia-Campayo, J. (2017). Efficacy of 8-and 4-session mindfulness-based interventions in a non-clinical population: A controlled study. *Frontiers in psychology*, 8, 1343.

- Demerouti, E. & Bakker, A. B. (2008). The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. In J. Halbesleben (Ed.). *Handbook of Stress and Burnout in Health Care* Nova Science (s. 65-78). New York: Hauppauge.
- DeVito, J. A. (2008). *Základy mezilidské komunikace* (6. vydání). Praha: Grada.
- Diedrich, A., Burger, J., Kirchner, M., & Berking, M. (2017). Adaptive emotion regulation mediates the relationship between self-compassion and depression in individuals with unipolar depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 247-263. <https://doi.org/10.1111/papt.12107>.
- Dos Santos, T. M., Kozasa, E. H., Carmagnani, I. S., Tanaka, L. H., Lacerda, S. S., & Nogueira-Martins, L. A. (2016). Positive effects of a stress reduction program based on mindfulness meditation in Brazilian nursing professionals: Qualitative and quantitative evaluation. *Explore*, 12(2), 90-99.
- Dowd, A. J., & Jung, M. E. (2017). Self-compassion directly and indirectly predicts dietary adherence and quality of life among adults with celiac disease. *Appetite*. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.02.023>.
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 98–107. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002.
- 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.
- Dubois, C. A., McKee, M., & Nolte, E. (2006). Human resources for health in Europe. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Durkin, M., Beaumont, E., Hollins Martin, C.J., & Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgment, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse Education Today*, 46, 109–114. doi:10.1016/j.nedt.2016.08.030.
- Dutton, K. (2013). *Moudrost psychopátů: praktická lekce od svatých, špiónů a sériových vrahů*. Brno: Emitos.
- Dynáková, Š., Kožnar, J., & Hermanová, M. (2010). Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků. *Praktický lékař*, 90(6), 365-367.
- Dyrbye L. N., Thomas M. R., Massie F. S., et al. (2008). Burnout and suicidal ideation among US medical students. *Ann Intern Med*, 149:334–41.

- Dyrbye, L., Massie, S., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S., & Shanafelt, T. (2010). Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students. *JAMA*, 304(11), 1173-1180.
- Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2014). Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Academic Medicine*, 89(3), 443–451.
- Egan, H., Keyte, R., McGowan, K., Peters, L., Lemon, N. E., Parsons, S., et al. (2019). You Before Me: a qualitative study of Health Care Professionals and students understanding and experiences of compassion in the workplace, self-compassion, self-care and health behaviours. *Health Profess. Educ.* 5, 225–236. doi: 10.1016/j.hpe.2018.07.002.
- Eicher, A. C., Davis, L. W., & Lysaker, P. H. (2013). Self-compassion: a novel link with symptoms in schizophrenia? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(5), 389-393. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31828e10fa>.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annu. Rev. Psychol.*, 1, 665–697.
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12, 143-155.
- Ferenczi, S. (2014). *Klinický deník*. Praha: Portál.
- Ferreira, S., Afonso, P., & Ramos, M. D. R. (2020). Empathy and burnout: A multicentre comparative study between residents and specialists. *Journal of evaluation in clinical practice*, 26(1), 216-222.
- Ferri, P., Guerra, E., Marcheselli, L., Cunico, L., Di Lorenzo, R. (2015). Empathy and burnout: An analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. *Acta Biomed for Health Professions*, 86(S.2), 104–115. Dostupné z: <http://mattioli1885journals.com/index.php/actabiomedica/article/viewFile/4792/3529>.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Finlay-Jones, A.L., Kane, R.T., & Rees, C.S. (2016). Self-compassion online: A pilot study of an internet-based self-compassion cultivation program for psychology trainees. *Journal of Clinical Psychology*. doi:10.1002/jclp.22375.
- Finlay-Jones, A. L. (2017). The relevance of self-compassion as an intervention target in mood and anxiety disorders: A narrative review based on an emotion regulation framework. *Clinical Psychologist*, 21(2), 90-103. <https://doi.org/10.1111/cp.12131>.
- Flickinger, T. E., Saha, S., Roter, D., Korthuis, P. T., Sharp, V., Cohn, J., ... & Beach, M. C. (2016). Clinician empathy is associated with differences in patient–clinician communication

behaviors and higher medication self-efficacy in HIV care. *Patient education and counseling*, 99(2), 220-226.

Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., & Rakel, D. (2013). Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: A pilot study. *Global Advances in Health and Medicine*, 2(Suppl), 5. doi:10.7453/gahmj.2013.097cp.s05.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159– 165.

Galam, E., Komly, V., Le Tourneur, A., & Jund, J. (2013). Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *British Journal of General Practice*, 63(608), e217-e224. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X664270>.

Gandi, J. C., Wai, P. S., Karick, H., & Dagona, Z. K. (2011). The role of stress and level of burnout in job performance among nurses. *Mental health in family medicine*, 8(3), 181.

Garkisch, D. (2019). Zbudou nám jen sestry a lékařky? Muži o medicínu ztrácejí zájem. In: Naše zdravotnictví. Česká lékařská komora. Dostupné z: <https://www.nasezdravotnictvi.cz/aktualita/zbudou-nam-jen-sestry-a-lekarky-muzi-o-medicinu-ztraceji-zajem>

Gauthier, T., Meyer, R. M., Grefe, D., & Gold, J. I. (2015). An on-the-job mindfulness-based intervention for pediatric ICU nurses: a pilot. *Journal of pediatric nursing*, 30(2), 402-409. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.005>.

Geneia (2015) Retrieved May 15, 2017, from <https://www.geneia.com/news-events/press-releases/2015/march/geneia-survey-finds-physicians-believe-quality-patient-time-may-be-gone>.

Germer, Ch. K. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. New York: Guilford.

Gidman, J. (2013). Listening to stories: Valuing knowledge from patient experience. *Nurse education in practice*, 13(3), 192-196.

Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 4(1), 165–179. Dostupné z: http://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Articulos/01_SQT/1998_Portugal.pdf.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379.

Gilbert, P., & Tirch, D. (2009). Emotional memory, mindfulness and compassion. In *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 99-110). New York: Springer.

- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of com-*passion*: development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy*, 84, 239–255.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.
- 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*, Accessed from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061526>.
- 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.org/10.1371/journal.pone.0061526>.
- Goleman, D. (1997). *Emoční inteligence*. Praha: Columbus.
- Gonzalez-Hernandez, E., Harrison, T., & Fernandez-Carriba, S. (2019). CBCT®: A program of Cognitively-Based Compassion. In Laura Galiana & Noemi Sanso (Eds), *The Power of Compassion*. New York: Nova Science Publishers.
- Goodman, R. J., Plonski, P. E., & Savery, L. (2018). Compassion Training from an Early Buddhist Perspective: The Neurological Concomitants of the Brahmavihāras. In L. Stevens, & C. Ch. Woodruff (Eds.). *The neuroscience of empathy, compassion, and self-compassion*. London: Academic Press.
- Gozalo, R. G., Tarrés, J. F., Ayora, A. A., Herrero, M. A., Kareaga, A. A., & Roca, R. F. (2019). Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: Effect on burnout, empathy and self-compassion. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 43(4), 207-216.
- Grabe, H. J., Rainermann, S., Spitzer, C., Gänricke, M., & Freyberger, H. J. (2000). The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(3), 128-131.
- Gracia-Gracia, P., and Oliván-Blázquez, B. (2017). Burnout and mindfulness self-compassion in nurses of intensive care units. *Holist. Nurs. Pract.* 31, 225–233. doi: 10.1097/HNP.0000000000000215.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-Focused Therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Gu, J., Cavanagh, K., Baer, R., & Strauss, C. (2017). An empirical examination of the factor structure of compassion. *PLoS One*, 12(2), e0172471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172471>.
- Gu, J., Baer, R., Cavanagh, K., Kuyken, W., & Strauss, C. (2019). Development and Psychometric Properties of the Sussex-Oxford Compassion Scales (SOCS). *Assessment*, 27(1), 3-20. <https://doi.org/10.1177/1073191119860911>
- Gu, J., Baer, R., Cavanagh, K., Kuyken, W., & Strauss, C. (2020). Development and psychometric properties of the Sussex-Oxford compassion scales (SOCS). *Assessment*, 27(1), 3-20. <https://doi.org/10.1177/1073191119860911>.
- Guadagni, V., Burles, F., Ferrara, M., & Iaria, G. (2014). The effects of sleep deprivation on emotional empathy. *Journal of sleep research*, 23(6), 657-663.
- Hájek, K. (2012): *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. 3.vyd. Praha: Portál.
- Halamová, J., Kanovský, M., Petrocchi, N., Moreira, H., López, A., Barnett, M. D., Yang, E., Benda, J., Brähler, E., Zeng, X., & Zenger, M. (2020). Factor structure of the Self-Compassion Scale in 11 international samples. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. <https://doi.org/10.1080/07481756.2020.1735203>.
- Halamová, J. (2018). *Sebasúcit a sebakritickosť: Tvorba a meranie efektu intervencie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy?. *Journal of general internal medicine*, 18(8), 670-674.
- Halpern, J. (2012). Halpern, J. (2012). "Clinical empathy in medical care," in Empathy: From Bench to Bedside, ed J. Decety (Cambridge: MIT Press), 229–244. Clinical empathy in medical care. In: Decety J, editor. Empathy: from Bench to Bedside. Cambridge: MIT Press. 229–244.
- Hamrová, K. (2016). *Sebepřijetí jako jeden z hlavních činitelů osobní pohody*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/136363>.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Heffernan, M., Quinn Griffin, M. T., McNulty, S. R., & Fitzpatrick, J. J. (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 366-373. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01853.x>.
- Hewstone, M., & Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie: moderní učebnice*. Praha: Portál.
- Hill, J. D., & Smith, R. J. (2009). Monitoring stress levels in postgraduate medical training. *The Laryngoscope*, 119(1), 75-78.

- Hiraoka, R., Meyer, E. C., Kimbrel, N. A., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., & Morissette, S. B. (2015). Self-compassion as a prospective predictor of PTSD symptom severity among trauma-exposed US Iraq and Afghanistan war veterans. *Journal of Traumatic Stress, 28*(2), 127–133.
- Hofmeyer, A., Kennedy, K., & Taylor, R. (2019). Contesting the term compassion fatigue: Integrating findings from social neuroscience and self-care research. *Collegian, 27*, 232–237.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., Veloski, J. J., Erdmann, J. B., ... & Magee, M. (2002). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical education, 36*(6), 522-527.
- Hojat, M., Mangione, S., Gonnella, J. S., Nasca, T., Veloski, J. J., & Kane, G. (2001). Empathy in medical education and patient care. *Academic Medicine, 76*(7), 669.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Academic Medicine, 86*(3), 359-364.
- Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York: Springer.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine, 86*(3), 359-364.
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences, 50*(2), 222-227. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.09.033>.
- Hong, M., Lee, W. H., Park, J. H., Yoon, T. Y., Moon, D. S., Lee, S. M., & Bahn, G. H. (2012). Changes of empathy in medical college and medical school students: 1-year follow up. *BMC Medical Education, 12*(1).
- Honzák, R. (2017). *Psychosomatická prvouka*. Praha: Vyšehrad.
- Honzák, R. (2018). *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad.
- Hořejší, J. (2015). Vztah lékaře a pacienta z pohledu pacienta. In Ptáček, R., Bartůněk, P. et al. (Eds.), *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. (31 - 42). Praha: Grada.
- Howick, J., Steinkopf, L., Ulyte, A., Roberts, N., & Meissner, K. (2017). How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. *BMC medical education, 17*(1), 1-9.

- Hu, Y., Wang, Y., Sun, Y., Arteta-Garcia, J., & Purol, S. (2018). Diary study: the protective role of self-compassion on stress-related poor sleep quality. *Mindfulness*, 9(6), 1931–1940. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0939-7>.
- Huntington, B., & Kuhn, N. (2003). Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. *Proc. (Bayl. Univ. Med. Cent.)* 75201, 157–161.
- Chen, I., & Forbes, C. (2014). Reflective writing and its impact on empathy in medical education: systematic review. *Journal of educational evaluation for health professions*, 11.
- Cheng, Y., Lin, C., Liu, H. L., Hsu, Y., Lim, K., Hung, D., et al. (2007). Expertise modulates the perception of pain in others. *Current Biology*, 17, 1708–1713.
- Chio, F. H. N., Mak, W. W. S., & Yu, B. C. L. (2021). Meta-analytic review on the differential effects of self-compassion components on well-being and psychological distress: The moderating role of dialecticism on self-compassion. *Clinical Psychology Review*, 85, 101986. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101986>
- Chirico, F. (2016). Job stress models for predicting burnout syndrome: a re- view. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 52(3), 443-456.
- Chirico, F. (2017). Is it time to consider Burnout Syndrome an occupational disease? *British Journal of Psychiatry*, eLetter July 17.
- Christov-Moore, L., Simpson, E. A., Coudé, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M., & Ferrari, P. F. (2014). Empathy: Gender effects in brain and behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 46, 604-627.
- Chung, H., Lee, H., Chang, D. S., Kim, H. S., Lee, H., Park, H. J., & Chae, Y. (2012). Doctor's attire influences perceived empathy in the patient–doctor relationship. *Patient education and counseling*, 89(3), 387-391.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The Relationship between Job Stress, Burnout and Clinical Depression. *Journal of Affective Disorder*, 209-221.
- Iorga, M., Dondas, C., Beatrice-Gabriela, I. O. A. N., & Petrariu, F. D. (2016). The contribution of alexithymia to burnout in forensic physicians. *The Medical-Surgical Journal*, 120(4), 900-908.
- Irmiš, F. (2015). Stres ve vztahu lékaře a pacienta. In Ptáček, R., Bartůněk, P. et al. (Eds.), *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty. Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. (145 - 153) Praha: Grada.
- Janáčková, L. (2008). *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton.
- Jankovský, J. (2003). *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton.

- Jazaieri, H., McGonigal, K., Lee, I. A., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2018). Altering the trajectory of affect and affect regulation: The impact of compassion training. *Mindfulness*, 9(1), 283-293. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0773-3>.
- Jeffrey, D. (2016). Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(12), 446-452.
- Jeklová, M., & Reitmayerová, E. (2006). *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Jennings, M. L., & Slavin, S. J. (2015). Resident wellness matters: Optimizing resident education and wellness through the learning environment. *Academic Medicine*, 90(9), 1246-1250. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000842>.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of adolescence*, 29(4), 589-611.
- Kallwass, A. (2007). *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál.
- Kapp, M. B. (2001). Medical mistakes and older patients: Admitting errors and improving care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(10), 1361–1365.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2013). Podstata konstruktů a možnosti jeho diagnostiky. In R.
- Raab, K., Sogge, K., Parker, N., & Flament, M. F. (2015). Mindfulness-based stress reduction and self-compassion among mental healthcare professionals: a pilot study. *Mental Health, Religion & Culture*, 18(6), 503-512. <https://doi.org/10.1080/13674676.2015.1081588>
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Foa, C. L., & Gilbert, P. (2010). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 727–755.
- Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K., & Feudtner, C. (2014). Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC medical education*, 14(1), 1-11.
- Kemper, K. J., & Rao, N. (2017). Brief Online Focused Attention Meditation Training: Immediate Impact. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 22(3), 395–400. <https://doi.org/10.1177/2156587216663565>.
- Kemper, K. J., Mo, X., & Khayat, R. (2015). Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(8), 496–503.

- Kemper, K. J., McClafferty, H., Wilson, P. M., Serwint, J. R., Batra, M., Mahan, J. D., ... & Pediatric Resident Burnout-Resilience Study Consortium. (2019). Do mindfulness and self-compassion predict burnout in pediatric residents?. *Academic Medicine*, 94(6), 876-884.
- Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the health professions*, 27(3), 237-251.
- Kingsbury, E., & Hickman, S. D. (2009). The relationship between empathy and mindfulness: understanding the role of self-compassion (Doctoral dissertation) [Abstract].
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48, 778-792.
- Klimecki, O. M., & Singer, T. (2012). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. *Pathological Altruism*, 368–383.
- Korunka, C., Tement, S., Zdrehus, C., & Borza, A. (2010). *Burnout: Definition, recognition and prevention approaches*. Boit.
- Koukolík, F. (2010). *Lidství: neuronální koreláty* (1. vyd). Praha: Galén.
- Kousar, S., Perveen, M. K., Afzal, M. M., Waqasr, M. A., & Gilani, S. A. (2017). The Impact of Self-Compassion and Emotional-Intelligence among registered nurses. *Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences*, 3(6A), 493-499. <https://doi.org/10.21276/sjmpps>.
- Kožený, J., & Tišanská, L. (2013). The Structure of the Jefferson Scale of Physician Empathy in Czech Physicians. *Československá psychologie*, 57(6), 521-532.
- Kožený, J., Tišanská, L., & Höschl, C. (2013). Assessing empathy among Czech medicalstudents: A cross-sectional study. *Československá psychologie*, 57, 246-254.
- Kožený, J., & Tišanská, L. (2011). Postoje studentů medicíny k roli empatie v léčebném kontextu: měření, rozdíly z hlediska pohlaví a délky studia. *Československá psychologie*, 55(2), 126–138.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Rohde, K. B., & Sachse, R. (2018). The role of shame and self-compassion in psychotherapy for narcissistic personality disorder: An exploratory study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(2), 272-282. <https://doi.org/10.1002/cpp.2160>.
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 302(12), 1284-1293.

- Krejčíková, J. (2005). Systém celoživotního vzdělávání lékařů v České republice. Praha: Centrum pro studium vysokého školství, 13, 20-25. Dostupné z: <http://www.csvs.cz/aula/clanky/05-2005-3-system-celozivotniho.pdf>.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207.
- Królak, S. (2017). Empathetic doctor—the role and the significance of the empathy in the doctor–patient relation. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 15(4), 288-298.
- Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. & Pečenková, J. (2004). *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Křivohlavý, J. (1993). *Povídej naslouchám*. Praha: Návrat domů.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2015). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Kubek, M. (2014). Zdravotnictví i lékaři v pasti. *Tempus Medicorum*, 23 (6),3 – 4.
- Kubicová, A. (2006). Empatie jako kvalita v pomáhajícím vztahu. Dostupné z: <http://conferences.jcu.cz/affiliation200.6/Articles/kubicova>.
- Kumar, S. (2016). Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. *In Healthcare* (Vol. 4, No. 3, p. 37). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- Kunyk, D., & Olson, J. K. (2001). Clarification of conceptualizations of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 309–470. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01848.x.
- Lambert, T. W., Goldacre, M. J., & Evans, J. (2000). Views of junior doctors about their work: survey of qualifiers of 1993 and 1996 from United Kingdom medical schools. *Medical education*, 34(5), 348-354.
- Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F., & Sultan, S. (2014). To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC family practice*, 15(1), 1-7.
- Längle, A. (2003). Burnout – existential mening and possibilities of prevention. *European Psychotherapy*, 4(1), 107–122. Dostupné z <http://www.laengle.com/downloads/Burnout%20-%20EP%2003.pdf>.
- Längle, A. & Künz, I. (2016). *Leben in der Arbeit?* Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG facultas Universitätverlag.

- Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*, 293(9), 1100-1106.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45, 927–945. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>.
- Lee, H., Song, R., Cho, Y. S., Lee, G. Z., & Daly, B. (2003). A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of advanced nursing*, 44(5), 534-545.
- Lee, W., Veach, P.M., MacFarlane, I.M., & LeRoy, B.S., (2015). Who is at risk for compassion fatigue? An investigation of genetic counselor demographics, anxiety, compassion satisfaction, and burnout. *J. Genet. Couns.* 24, 358. <http://dx.doi.org/10.1007/s10897-014-9716-5>.
- Lee, P. T., Loh, J., Sng, G., Tung, J., & Yeo, K. K. (2018). Empathy and burnout: a study on residents from a Singapore institution. *Singapore medical journal*, 59(1), 50.
- Leibetseder, M., Laireiter, A. R., & Köller, T. (2007). Structural analysis of the E-scale. *Personality and Individual Differences*, 42(3), 547-561.
- Libigerová, E. (1999). Syndrom profesionálního vyhoření. *Praktický lékař*, 79, 186-190.
- Light, D. W. (2015). Alienation and stress among doctors: dilemmas and possible solutions. *Professions and Professionalism*, 5(1).
- Lishner, D. A., Batson, D., & Huss, E. (2011). Tenderness and sympathy: Distinct empathic emotions elicited by different forms of need. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(5), 614–625. doi: 10.1177/0146167211403157.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49, 1849–1856.
- Loonstra, B., Brouwers, A., & Tomic, W. (2009). Feelings of existential fulfillment and burnout among secondary school teachers. *Teaching and Teacher Education*, 25(5), 752-757.
- López, A., Sanderman, R., Smink, A., Zhang, Y., van Sonderen, E., Ranchor, A., & Schroevers, M. J. (2015). A reconsideration of the Self-Compassion Scale's total score: self-compassion versus self-criticism. *PloS One*, 10(7), e0132940. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132940>.
- López, A., Sanderman, R., & Schroevers, M. J. (2018). A close examination of the relationship between self-compassion and depressive symptoms. *Mindfulness*, 9(5), 1470–1478. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0891-6>.
- López-Pérez, B., & Fernández-Pinto, I. (2010). Age differences in empathy: From adolescence to old age. *Ansiedad y Estrés*, 16(2), 139,150.

- Lown, B. A. (2014). Toward more compassionate healthcare systems Comment on "Enabling compassionate healthcare: perils, prospects and perspectives". *International journal of health policy and management*, 2(4), 199.
- Lucká, Y., & Koblí, L. (2007). Syndrom vyhoření, práce s ním a jeho prevence. In D. Vodáčková (Ed.). *Krizová intervence* (s. 174-179). Praha: Portál.
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., & Davidson, R. J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: effects of meditative expertise. *PLoS One*, 3, e1897.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>.
- Magnus, C. R., Kowalski, K. C., & McHugh, T. F. (2010). The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise-related outcomes. *Self & identity*, 9(4), 363-382.
- Mahmoudian, A., Zamani, A., Tavakoli, N., Farajzadegan, Z., & Fathollahi-Dehkordi, F. (2017). Medication adherence in patients with hypertension: does satisfaction with doctor-patient relationship work? *J. Res. Med. Sci.* 22, 48. <https://doi.org/10.4103/>
- Main, A., Walle, E. A., Kho, C., & Halpern, J. (2017). The interpersonal functions of empathy: A relational perspective. *Emotion Review*, 9(4), 358-366.
- Malach-Pines, A. (2005). The burnout measure, short version. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 78.
- Mantzios, M., & Wilson, J. C. (2015). Exploring mindfulness and self-compassion-centered interventions to assist weight loss: theoretical considerations and preliminary results of a randomized pilot study. *Mindfulness*, 6(4), 824-835. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0325-z>.
- Markwell, A. L., & Z. Wainer. (2009). The Health and Wellbeing of Junior Doctors: Insights from a National Survey. *Medical Journal Australia*, 191: 441-444.
- Maroti, D., Molander, P., & Bileviciute-Ljungar, I. (2017). Differences in alexithymia and emotional awareness in exhaustion syndrome and chronic fatigue syndrome. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(1), 52-61. doi: 10.1111/sjop.12332.
- Martin, L. R., Williams, S. L., Haskard, K. B., & DiMatteo, M. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1(3), 189-199.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. P. (1997). Maslach burnout inventory. In C. P. Zalaquet & R. J. Wood (Eds.) *Evaluating stress: a book of resources* (s. 191-218). London: The scarecrow press.

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Medical Teacher*, 39(2), 160–163.
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The cost of caring*. Cambridge, MA: Malor Books.
- Matoušek, O., a kol. (2013). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
- Mattila, A. K., Ahola, K., Honkonen, T., Salminen, J. K., Huhtala, H., & Joukamaa, M. (2007). Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *Journal of psychosomatic research*, 62(6), 657-665.
- McClafferty, H., Brooks, A. J., Chen, M. K., Brenner, M., Brown, M., Esparham, A., ... & Maizes, V. (2018). Pediatric integrative medicine in residency program: relationship between lifestyle behaviors and burnout and wellbeing measures in first-year residents. *Children*, 5(4), 54.
- McCullum, E. E., & Gehart, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: A qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy*. doi:10.1111/j.1752-0606.2010.00214.x
- Meerten, M., Rost, F., Bland, J., & Garelick, A. I. (2014). Self-referrals to a doctors' mental health service over 10 years. *Occupational Medicine*, 64(3), 172–176. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt177>.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40(4), 525–543. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1972.tb00078.x>.
- Mestre, M. V., Samper, P., Frías, M. D., & Tur, A. M. (2009). Are women more empathetic than men? A longitudinal study in adolescence. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 76–83.
- Miller, L. (2009). Doctors, their mental health and capacity for work. *Occupational Medicine*, 59(1), 53-55.
- Mladí lékaři, o.s. (2015). O nás [online]. Dostupné z :<http://www.mladilekari.com/o-nas/>.
- Mladí lékaři, o.s. (2014). Aktuální podmínky specializačního vzdělávání v ČR pohledem Mladých lékařů o.s. Dostupné z: <http://www.mladilekari.com/2011/06/aktualni-podminky-specializacniho-vzdelavani-pohledem-mladych-lekaru-o-s/>.
- Mlčák, Z. (2010). *Prosociální chování v kontextu dispozičních aspektů osobnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- Mlčák, Z., & Záškodná, H. (2006). Prosociální tendence, empatie a osobnostní dimenze u studentek vybraných pomáhajících oborů. *Sociálne procesy a osobnosť*, 30-42.

- van Mol, M. M., Kompanje, E. J., Benoit, D. D., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLoS ONE*, 10, Article e0136955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955>
- Moore, P. (2008). Introducing mindfulness to clinical psychologists in training: An experiential course of brief exercises. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 331–337. doi:10.1007/s10880-008-9134-7.
- Mrozek, Z. (2014). Jaké změny potřebuje systém postgraduálního vzdělávání lékařů? *Tempus Medicorum: roč. 23, 6, 5 – 6*.
- Muris, P., & Otgaar, H. (2020). The Process of Science: A Critical Evaluation of more than 15 Years of Research on Self-Compassion with the Self-Compassion Scale. *Mindfulness*, 11(6), 1469–1482. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01363-0>
- Neff, K. D. (2003a). Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>.
- Neff, K. D. (2015). The 5 Myths of Self-Compassion. *Psychotherapy Networker Magazine*, 39(5), 30-47.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Neff, K., & Germer, C. (2017). Self-Compassion and Psychological. 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*. New York: Oxford University Press.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9(3), 225-240. doi:10.1080/15298860902979307.
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and identity*, 12(2), 160-176.
- Neff, K. D., & Seppälä, E. (2016). Compassion, wellbeing, and the hypo-egoic self. In K. W. Brown & M. Leary (Eds.), *The Oxford handbook of hypo-egoic phenomena*. New York: Oxford University Press.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23–50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>.

- Neff, K. D. & Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, 12(1), 78-98.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>.
- Neff, K. D., Knox, M. C., Long, P., & Gregory, K. (2020). Caring for others without losing yourself: An adaptation of the Mindful Self-Compassion Program for Healthcare Communities. *Journal of Clinical Psychology*, 76(9), 1543-1562.
- Neff, K. D. (2016). The Self-Compassion Scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274.
- Nešpor, K. (2007). Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicína pro praxi*, 4(9), 371-373.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., ... & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic medicine*, 86(8), 996-1009.
- Nindl, A., Längle, A., Gamsjäger, E., & Sauer, J. (2003) The Relationship between Existential Fulfillment and Burnout. *European Psychotherapy*, 4(1), 145-149.
- Novotný, R. (2018). Medici chtějí bojovat se syndromem vyhoření. *Muni: měsíčník Masarykovy univerzity*, 14(6), 13.
- Ogundipe, O. A., Olagunju, A. T., Lasebikan, V. O., & Coker, A. O. (2014). Burnout among doctors in residency training in a tertiary hospital. *Asian Journal of Psychiatry*, 10, 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.02.010>.
- Olson, K., & Kemper, K. J. (2014). Factors associated with well-being and confidence in providing compassionate care. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 19(4), 292–296.
- Opatrná, M. (2017). *Etické problémy v onkologii. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Mladá fronta.
- Paice, E., & Hamilton-Fairley, D. (2013). Avoiding burnout in new doctors: sleep, supervision and teams. *Postgraduate Medical Journal*, 89(1055), 493–494. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2013-132214>.
- Pantaleoni, J. L., Augustine, E. M., Sourkes, B. M., & Bachrach, L. K. (2014). Burnout in pediatric residents over a 2-year period: a longitudinal study. *Academic Pediatrics*, 14(2), 167–172. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.12.001>.
- Park, C., Lee, Y. J., Hong, M., Synn, Y., Kwack, Y. S., Ryu, J. S., Park, T. W., Lee, S. A. & Bahn, G. H. (2016). A multicenter study investigating empathy and burnout characteristics

in medical residents with various specialties. *Journal of Korean Medical Science*, 31 (4): 590–597.

Patel, S., Pelletier-Bui, A., Smith, S., Roberts, M. B., Kilgannon, H., Trzeciak, S., & Roberts, B. W. (2019). Curricula for empathy and compassion training in medical education: a systematic review. *PLoS One*, 14(8), e0221412.

Paul, M. (2001). *Self-pity or self-compassion*. Dostupné z: http://www.huffingtonpost.com/margaret-paul-phd/having-selfpity_b_1097973.html.

Pedersen, R. (2010). Empathy development in medical education—a critical review. *Medical teacher*, 32(7), 593-600.

Pelclová, D. (2019). *Syndrom vyhoření jako další nemoc z povolání u zdravotníků (?)*. Dostupné z: <http://www.zdravotnickeodborny.cz/files/Article/2082/TextDocument/syndrom-vyhoreni-jako-dalsi-nemoc-z-povolani-u-zdravotniku---prof.-mudr.-daniela-pelclova--csc---15.-5.-2019.pdf>

Pesce, A. (2009). *Healthy Doctors: Better Medicine Speech to 6th National Doctors' Health Conference Adelaide*. Dostupné z: <http://ama.com.au/node/4934>.

Pešek, R., & Praško, J. (2016). *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Pasparta.

Phelps, C. L., Paniagua, S. M., Willcockson, I. U., & Potter, J. S. (2018). The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 183, 78–81.

Pilařová, I. (2004). *Základy psychologie práce a organizace pro policejní manažery*. Praha: Management Press.

Pines, A. M., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: The significant difference. *Personality and individual differences*, 39(3), 625-635.

Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press.

Platt, K. A. (2018). Mindfulness and self-compassion based interventions for substance use disorders: A literature review. *Journal of Social Science Research*, 12(1), 2619–2633.

Polachová, E. (2009). Empatie v ošetrovatelském kontextu. *Sestra*, roč. 19, 10-18.

Pommier, E. A. (2010). *The compassion scale* (Doctoral dissertation). Dostupné z: <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2015/02/POMMIER-DISSERTATION-compassion.pdf>.

Poschkamp, T. (2013). *Vyhoření: Rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika.

- Praško, J. & Látalová, K. (2010). Základy komunikace s pacientem. In Praško, J. et al. (Ed.). *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. (123 - 145) Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Preckel, K., Kanske, P., & Singer, T. (2018). On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.07.010>.
- Prekop, J. (2004). *Empatie: Vcítění v každodenním životě* (1. vyd.). Praha: Grada.
- Preti, A., Vellante, M., Baron-Cohen, S., Zucca, G., Petretto, D. R., & Masala, C. (2011). The Empathy Quotient: A cross-cultural comparison of the Italian version. *Cognitive neuropsychiatry*, 16(1), 50-70.
- Prieß, M. (2015). *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada.
- Proeve, M., Anton, R., & Kenny, M. (2018). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(4), 434-449.
- Ptáček, R., & Čeledová, L. (2011). *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum.
- Ptáček, R., & Raboch, J. (2013). Diagnóza českého zdravotnictví – Z 73.0? *Tempus medicorum*, 22(9), 3-8.
- Ptáček, R., Stefano, G. B., Kuželová, H., Raboch, J., Harsa, P., & Kream, R. M. (2013). Burnout syndrome in medical professionals: a manifestation of chronic stress with counterintuitive passive characteristics. *Neuroendocrinology Letters*, 34(4), 259-264.
- Ptáček, R., Raboch, J., & Kebza, V. (2013). *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada.
- Ptáček, R., Bartůněk, P., & Mach, J. (2013). *Lege artis v medicíně*. Praha: Grada.
- Ptáček, R., Raboch, J., Kebza, V., Kuželová, H., Šolcová, I., Čeledová, L., & Čevela, R. (2014). EPA-0792–Burnout syndrome and depression in czech medical doctors–national study. *European Psychiatry*, 29(S1), 1-1.
- Ptáček, R., Bartůněk, P., Bártlová, S., Calda, P., Mach, J., Irmiš, F., ..., & Žaloudík, J. (2015). *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada.
- Ptáček, R., Bartůněk, P., Bojar, M., Býma, S., Čeledová, L., Čevela, R., Čírtková, L., ..., & Zlatohlávková, B. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2014). *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada.

- Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: A review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 95–108. doi:10.1080/08854726.2014.913876.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(3), 250-255.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757-761. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.023>.
- Raižienė, S., & Endriulaitienė, A. (2007). The relations among empathy, occupational commitment, and emotional exhaustion of nurses. *Medicina*, 43(5), 425.
- Rakel, D. P., Hoeft, T. J., Barrett, B. P., Chewning, B. A., Craig, B. M., & Niu, M. (2009). Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Family medicine*, 41(7), 494.
- Rakel, D., Barrett, B., Zhang, Z., Hoeft, T., Chewning, B., Marchand, L., & Scheder, J. (2011). Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effects on the common cold. *Patient Education And Counseling*, 85.
- Ramachandran, V. (2009). *The neurons that shaped civilization*. [Video]. Dostupné z: https://www.ted.com/talks/vilayanur_ramachandran_the_neurons_that_shaped_civilization
- Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
- Reichová, A. (2016). *Ověření konvergentní a diskriminační validity české verze dotazníku Self-compassion Scale*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/165873>
- Reniers, R. L. E. P., Corcoran, R., Drake, R., Shryane, N. M., & Vollm, B. A. (2011). The QCAE: A Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy. *Journal of Personality Assessment*, 93 (1), 84-95. doi: 10.1080/00223891.2010.528484.
- Riess, H., Kelley, J. M., Bailey, R. W., Dunn, E. J., & Phillips, M. (2012). Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1280-1286.
- Richardson, D. A., Jaber, S., Chan, S., Jesse, M. T., Kaur, H., & Sangha, R. (2016). Self-compassion and empathy: impact on burnout and secondary traumatic stress in medical training. *Open Journal of Epidemiology*, 6(03), 167.
- Ripp, J. A., Bellini, L., Fallar, R., Bazari, H., Katz, J. T., & Korenstein, D. (2015). The impact of duty hours restrictions on job burnout in internal medicine residents: a three-institution comparison study. *Academic medicine*, 90(4), 494-499.
- Rogers, C. R. (2014). *Způsob bytí*. Praha: Portál.

- Rogers, C. R. (2015). *Být sám sebou: terapeutův pohled na psychoterapii*. Praha: Portál.
- Rogers, M. E., Creed, P. A., & Searle, J. (2014). Emotional labour, training stress, burnout, and depressive symptoms in junior doctors. *Journal of Vocational Education & Training*, 66(2), 232-248.
- Rosen, I. M., Gimotty, P. A., Shea, J. A., & Bellini, L. M. (2006). Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Academic Medicine*, 81(1), 82-85. doi:10.1097/00001888-200601000-00020.
- Rozsypal, M. (2016). *Do českého zdravotnictví podle odborářů i činovníků ČLK proudí tak málo peněz, že hrozí kolaps nemocnic*. In: Interview Plus. Radio, ČRo Plus. Dostupné z: www: <http://prehovac.rozhlas.cz/audio/3616432>.
- Rush, M. D. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů.
- Scarlet, J., Altmeyer, N., Knier, S., & Harpin, R. E. (2017). The effects of compassion cultivation training (CCT) on health-care workers. *Clinical Psychologist*, 21(2), 116-124.
- Shamay-Tsoory, S. G. (2009). Empathic processing: its cognitive and affective dimensions and neuroanatomical basis. In J. Decety, & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (215-232). London: The MIT.
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of internal medicine*, 136(5), 358-367. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>.
- 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. doi:10.1007/s11606-005-0102-8.
- Sheu, S., Huang, S., Tang, F., & Huang, S. (2006). Ethical decision making on truth telling in terminal cancer: Medical students' choices between patient autonomy and family paternalism. *Medical Education*, 40(6), 590-598. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02477.x.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. *The handbook of work and health psychology*, 2, 282-424.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, Ch. (2009). Burnout: 35 years of research and practice, *Career Development International*, 14(3), 204-220. doi: 10.1108/13620430910966406.
- Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (2017). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. London, UK: Routledge.
- Scheibner, H. J., Daniels, A., Guendelman, S., Utz, F., & Bermppohl, F. (2017). Self-Compassion Mediates the Relationship Between Mindfulness and Borderline Personality Disorder Symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 31, 1-19. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_331.

Schmidbauer, W. (2008). *Syndrom pomocníka-Podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích* (1. vyd.). Praha: Portál.

Schoenefeld, S. J., & Webb, J. B. (2013). Self-compassion and intuitive eating in college women: examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. *Eating Behaviors*, 14(4), 493–496. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.09.001>.

Schulze, R., & Roberts, R. (2007). *Emoční inteligence*. Praha: Portál.

Silver, J., Caleshu, C., Casson-Parkin, S., & Ormond, K. (2018). Mindfulness among genetic counselors is associated with increased empathy and work engagement and decreased burnout and compassion fatigue. *J. Genet. Couns.* 27, 1175–1186. doi: 10.1007/s10897-018-0236-6.

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2005). *Skills for communicating with patients* (2nd ed.). Oxford: Radcliffe Publishing.

Sinclair, S., Kondejewski, J., Raffin-Bouchal, S., King-Shier, K. M., & Singh, P. (2017). Can self-compassion promote healthcare provider well-being and compassionate care to others? Results of a systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 9(2), 168-206.

Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875-R878.

Sirois, F. M. (2020). The association between self-compassion and self-rated health in 26 samples. *BMC Public Health*, 20(1), article: 74. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8183-1>.

Sirois, F. M., & Rowse, G. (2016). The role of self-compassion in chronic illness care. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 23, 521–527.

Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2019). Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness*, 10(1), 46-54.

Sirois, F. M., Molnar, D. S., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.996249>.

Siu, C., Yuen, S. K., & Cheung, A. (2012). Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey. *Hong Kong Medical Journal*, 18(3), 186–192.

Solms, L., van Vianen, A. E., Theeboom, T., Koen, J., De Pagter, A. P., & de Hoog, M. (2019). Keep the fire burning: a survey study on the role of personal resources for work engagement and burnout in medical residents and specialists in the Netherlands. *BMJ open*, 9(11), e031053.

Spinelli, W. M. (2013). The phantom limb of the triple aim. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(12), 1356–1357. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.08.017>.

Sprecher, S., & Fehr, B. (2005). Compassionate love for close others and humanity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, 629-651.

Stellar, J. E., & Keltner, D. (2017). Compassion in the autonomic nervous system: The role of the vagus nerve. In P. Gilbert (Ed.). *Compassion: Concepts, Research and Applications*. New York: Routledge.

Stepien, K. A., & Baernstein, A. (2006). Educating for empathy. *Journal of general internal medicine*, 21(5), 524-530.

Stern, D. T. (2005). *Measuring Medical Professionalism*. New York: Oxford University Press.

Stevens, L., Gauthier-Braham, M., & Bush, B. (2018). The Brain That Longs to Care for Itself: The Current Neuroscience of Self-Compassion. In L. Stevens, & C. Ch. Woodruff (Eds.). *The neuroscience of empathy, compassion, and self-compassion*. London: Academic Press.

Stock, C. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.

Stoeber, J., Otto, K., & Dalbert, C. (2009). Perfectionism and the Big Five: Conscientiousness predicts longitudinal increases in self-oriented perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 47(4), 363-368.

Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15-27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>

Stueber, K. (2017). Empathy. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Dostupné z <https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/empathy>

Stutts, L. A., Leary, M. R., Zeveney, A. S., & Hufnagle, A. S. (2018). A longitudinal analysis of the relationship between self-compassion and the psychological effects of perceived stress. *Self and Identity*, 17(6), 609-626.

Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Univerzita JE Purkyně.

Šedo, J. (2010). *Desatero námětů k řešení personální krize a klesající kvality vzdělávání lékařů*. Dostupné z [www: http://www.mladilekari.com/wp-content/uploads/Desatero-nametu-k-reseni-personalni-krize-2016_05_16-DEF.pdf](http://www.mladilekari.com/wp-content/uploads/Desatero-nametu-k-reseni-personalni-krize-2016_05_16-DEF.pdf).

Šíchová, T. (2017). *Postgraduální vzdělávání lékařů v ČR: Mladí lékaři v zajetí formálních a neformálních institucí* [diplomová práce]. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Katedra veřejné a sociální politiky.

Šnýdrová, I. (2006). *Manažerka a stres*. Praha: Grada.

- Šťastná, B., & Benda, J. (2020). *Nejjemnější štěstí*. Dostupné z <https://psychologie.cz/nejjemnejsi-stesti>.
- Švingalová, D. (2006). *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.
- Tarrasch, R. (2014). Mindfulness meditation training for graduate students in educational counseling and special education: A qualitative analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 24(5), 1322–1333. doi:10.1007/s10826-014-9939-y.
- Tate, P. (2005). *Komunikace pro lékaře. Jak získat důvěru pacienta*. Praha: Grada.
- Teding van Berkhout, E., & Malouff, J. M. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of counseling psychology*, 63(1), 32.
- Tei, S., Becker, C., Kawada, R., Fujino, J., Jankowski, K. F., Sugihara, G., ... & Takahashi, H. (2014). Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity?. *Translational psychiatry*, 4(6), e393-e393.
- Teleb, A. A., & Al Awamleh, A. A. (2013). The relationship between self compassion and emotional intelligence for university students. *Current Research in Psychology*, 4(2), 20-27. <https://doi.org/10.3844/crsp.2013.20.27>.
- Terry, M. L., Leary, M. R., Mehta, S., & Henderson, K. (2013). Self-compassionate reactions to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(7), 911–926. <https://doi.org/10.1177/0146167213488213>.
- Thirioux, B., Birault, F., & Jaafari, N. (2016). Empathy is a protective factor of burnout in physicians: new neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Frontiers in Psychology*, 7, 763.
- Thomas, M.R., Dyrbye, L.N., Huntington, J.L., Lawson, K.L., Novotny, P.J., Sloan, J.A. & Shanafelt, T.D. (2007). How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *Journal of General Internal Medicine*, 22 (2): 177–183.
- Ting, X., Yong, B., Yin, L., & Mi, T. (2016). Patient perception and the barriers to practicing patient-centered communication: A survey and in-depth interview of Chinese patients and physicians. *Patient education and counseling*, 99(3), 364-369.
- Tišanská, L., & Kožený, J. (2012). Vývoj a Psychometrická Analýza Dotazníku Empatie - DE14. *Československá Psychologie*, 56(2), 157–166.
- Tišanská, L. & Kožený, J. (2012). Měření empatické citlivosti českých lékařů. *Československá psychologie*, 54(6), 518–528.
- Tomic, W. & Tomic, E. (2008), Existential fulfillment and burnout among principals and teachers, *Journal of Beliefs & Values*, 29:1, 11-27.
- Tošner, J., & Tošnerová, T. (2002). *Burn-out syndrom*. Praha: Hestia.

- Tran, U. S., Laireiter, A.-R., Schmitt, D. P., Neuner, Ch., Leibetseder, M., Szente-Voracek, S. L., & Voracek, M. (2013). Factorial structure and convergent and discriminant validity of the E (Empathy) Scale. *Psychological Reports*, 113 (2), 441-463. doi: 10.2466/03.02.PR0.113x20z9.
- Trompetter, H. R., de Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 459-468. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9774-0>.
- Trzeciak, S. (2018). *How 40 Seconds of Compassion Could Save a Life* (TEDxPenn). Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=eIW69hyPUuI>.
- Turner, K. (2009). Mindfulness: The present moment in clinical social work. *Clinical Social Work Journal*, 37, 95-103.
- Vácha, M. O., Königová, R., & Mauer, M. (2012). *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.011>
- Van den Brink, E., Koster, F., & Norton, V. (2018). *A Practical Guide to Mindfulness-Based Compassionate Living: Living with heart*. New York: Routledge.
- Van der Graaff, J., Branje, S., De Wied, M., Hawk, S., Van Lier, P., & Meeus, W. (2014). Perspective taking and empathic concern in adolescence: Gender differences in developmental changes. *Developmental Psychology*, 50(3), 881.
- Vašina, L. (2008). *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií.
- Vašková, Z. (2006). Lékaři a sestry... máme v sobě empatii. *Sestra: ročník* 16, 11-23.
- Vávrová, P., & Pastucha, D. (2013). Psychohygienu (nejen) jako prevenci syndromu vyhoření u zdravotnického managementu. *Pracovní lékařství*, 65, 53-58.
- Veloski, J., & Hojat, M. (2006). Measuring specific elements of professionalism: Empathy, teamwork, and lifelong learning. In D.T. Stern, *Measuring Medical Professionalism* (pp. 117–145). New York: Oxford University Press.
- Venglářová, M. (2011). *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada.
- Verheul, W., Sanders, A., & Bensing, J. (2010). The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies. *Patient education and counseling*, 80(3), 300-306.

- Vigna, A. J., Poehlmann-Tynan, J., & Koenig, B. W. (2017). Does self-compassion facilitate resilience to stigma? A school-based study of sexual and gender minority youth. *Mindfulness* 1–11. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-017-0831-x>.
- Vlachovská, B. (2011). *Syndrom vyhoření - diagnostické možnosti (srovnávací studie)*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/91456>
- Vossen, H. G. M., Piotrowski, J. T., & Valkenburg, P. T. (2015). Development of the Adolescent Measure of Empathy and Sympathy (AMES). *Personality and Individual Differences*, 74, 66-71. doi: 10.1016/j.paid.2014.09.040
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Výrost, J., & Slaměnik, I. (2011). *Sociální psychologie*. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Grada.
- Walter, H. (2012). Social cognitive neuroscience of empathy: concepts, circuits, and genes. *Emotion Review*, 4(1), 9-17.
- Wang, Y-W., Davidson, M. M., Yakushko, F. Y., Savoy, H. B., Tan, J. A., & Bleier, J. K. (2003). The scale of ethnocultural empathy: Development, validation, and reliability. *Journal of Counselling Psychology*, 50(2), 221–234. doi: 10.1037.0022- 0167.50.2.221
- Wang, H., Kline, J. A., Jackson, B. E., Laureano-Phillips, J., Robinson, R. D., Cowden, C. D., ... & Zenarosa, N. R. (2018). Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction. *PLoS One*, 13(9), e0204113.
- Wasson, R. S., Barratt, C., & O'Brien, W. H. (2020). Effects of mindfulness-based interventions on self-compassion in health care professionals: a meta-analysis. *Mindfulness*, 11(8), 1914-1934.
- West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*, 296(9), 1071-1078.
- WHO (2006). Human resources for health in the WHO European Region. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2006). Human resources for health in the WHO European Region. Copenhagen: WHO.

- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems(11th Revision)*. [vid. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Wilczek-Rużyczka, E. (2011). Empathy vs. professional burnout in health care professionals. *Journal of US-China medical science*, 8(9), 526-532.
- Winders, S. J., Murphy, O., Looney, K., & O'Reilly, G. (2020). Self-Compassion, Trauma and Post-traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2429>.
- Winning, A. P., & Boag, S. (2015). Does brief mindfulness training increase empathy? The role of personality. *Personality and Individual Differences*, 86, 492–498. DOI: 10.1016/j.paid.2015.07.011.
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., & Mathé, A. A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7 (10). 1-15. doi:10.3389/fnbeh.2013.00010.
- Wündrich, M., Schwartz, C., Feige, B., Lemper, D., Nissen, C., & Voderholzer, U. (2017). Empathy training in medical students—a randomized controlled trial. *Medical teacher*, 39(10), 1096-1098.
- Yadavaia, J. E., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of contextual behavioral science*, 3(4), 248-257.
- Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., & Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and Identity*, 14(5), 499-520.
- Yuguero, O., Melnick, E. R., Marsal, J. R., Esquerda, M., & Soler-Gonzalez, J. (2018). Cross-sectional study of the association between healthcare professionals' empathy and burnout and the number of annual primary care visits per patient under their care in Spain. *BMJ open*, 8(7), e020949.
- Zacharová, E., & Šimíčková-Čížková, J. (2011). *Základy psychologie pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.
- Zášková, H., & Kubicová, A. (2008). Prosociální chování u pomáhajících profesí. *Kontakt*, 10(1), 150–158.
- Zášková, H., & Mlčák, Z. (2009). *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Praha: Triton.
- Zenasni, F. et al. (2012). Burnout and empathy in primary care: free hypotheses. *The British Journal of General Practice*. 62(600), 346–347. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3381244/>.

Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>

Zhang, J. W., & Chen, S. (2016). Self-compassion promotes personal improvement from regret experiences via acceptance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 42(2), 244–258.

Zolnierok, K. B. H., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*, 47(8), 826.

Seznam grafů

Graf 1: Zobrazení poměru zastoupení dle pohlaví.....84

Graf 2: Zobrazení procentuálního poměru zastoupení dle rodinného stavu.....85

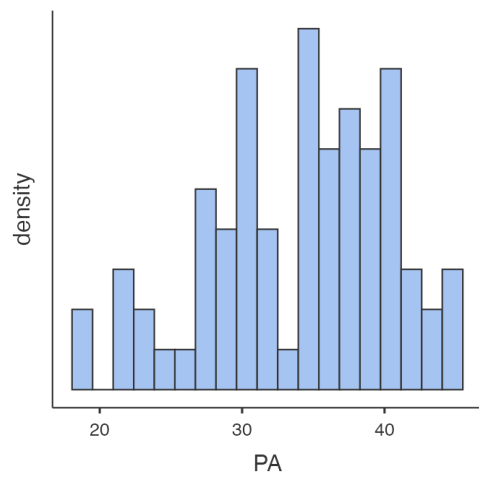
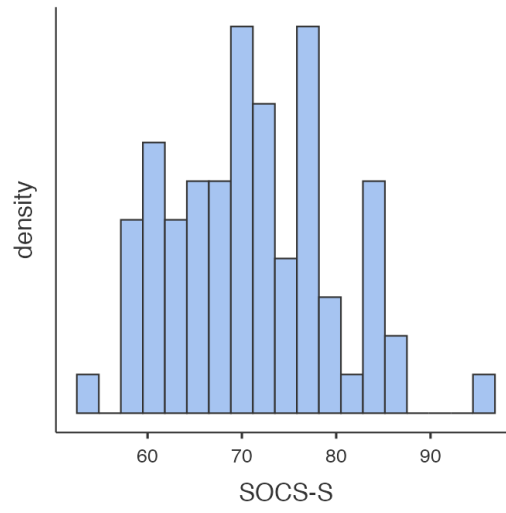
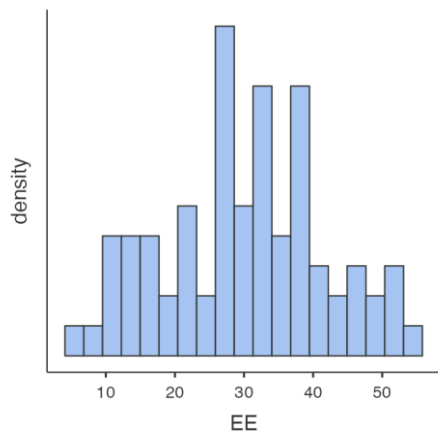
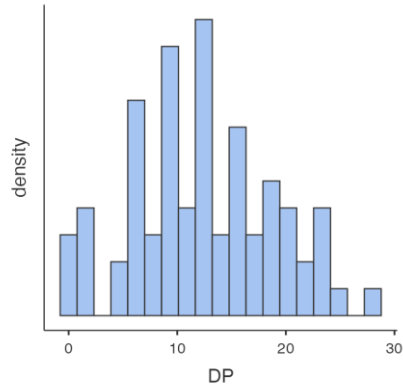
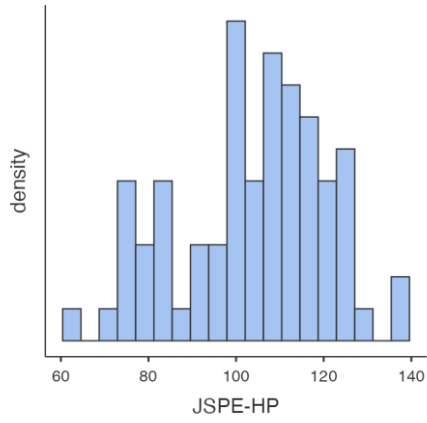
Seznam obrázků

<i>Obrázek 1.</i> Problémy v postgraduálním vzdělávání lékařů.....	73
--	----

Seznam tabulek

Tabulka 1: Zastoupení lékařů dle specializace.....	83
Tabulka 2: Zastoupení lékařů dle věku.....	84
Tabulka 3: Zastoupení lékařů dle počtu dětí.....	85
Tabulka 4: Rozložení podle počtu let v lékařské profesi.....	86
Tabulka 5: Rozložení podle průměrného počtu služeb u respondentů.....	87
Tabulka 6: Rozložení lékařů dle škály na pocit časového tlaku/tísně.....	87
Tabulka 7: Rozložení lékařů dle škály na pocit administrativní zátěži.....	87
Tabulka 8: Rozložení lékařů dle škály na relaxaci mimo práci.....	88
Tabulka 9: Deskriptivní statistika (N=75).....	89

Příloha 1. Histogramy



Příloha 2. Korelační matice

Correlation Matrix

		JSPE-HP	SOCS-S	EE	DP	PA
JSPE-HP	Spearman's rho	—				
	df	—				
	p-value	—				
SOCS-S	Spearman's rho	0.348 **	—			
	df	73	—			
	p-value	0.002	—			
EE	Spearman's rho	-0.288 *	-0.303 **	—		
	df	73	73	—		
	p-value	0.012	0.008	—		
DP	Spearman's rho	-0.383 ***	-0.252 *	0.669 ***	—	
	df	73	73	73	—	
	p-value	<.001	0.029	<.001	—	
PA	Spearman's rho	0.496 ***	0.374 ***	-0.168	-0.248 *	—
	df	73	73	73	73	—
	p-value	<.001	<.001	0.149	0.032	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001