

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

EMPATIE A DŮLEŽITOST  
EMPATICKÉHO CHOVÁNÍ  
U LÉKAŘŮ

THE EMPATHY AND THE IMPORTANCE OF EMPATHY  
IN MEDICAL PROFESSION (/DOCTOR PROFESSION)



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Natálie Wollerová**

Vedoucí práce: **MUDr. PhDr. Miroslav Orel, PhD.**

Olomouc

2020

Věnováno všem duším, které jsem za svou dosavadní cestu potkala.

Věnováno všem duším, které hledají bilanci mezi světy.

### **Poděkování**

Děkuju mému vedoucímu, panu MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, PhD., za jeho nekonečnou trpělivost, přívětivé chování a cenné rady. Rodičům za to, že jsou tak skvělí a podporují mě ve všem, na co sáhnu. Mému bratrovi, jenž mě rozptyloval jeho neustálým filozofováním, které mě drží při životě a podporuje mé well-being. Mým holkám, spolubydlícím a zároveň nejlepším kamarádkám, že jsme se celou dobu při psaní vzájemně motivovaly a podporovaly, i když nám všem bylo v jednu chvíli docela zle. Dále jmenovitě Antonii za to, že mě celou dobu drží nad vodou a Štěpánovi za všechnu jeho podporu. A v neposlední řadě mým respondentům, kteří mi věnovali čas a byli ochotni poskytnout informace pro úplnost mé práce.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Empatie a důležitost empatie u lékařů“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 7. 4. 2020

Podpis .....

# OBSAH

| Číslo    | Kapitola  | Strana    |
|----------|---|-----------|
|          | <b>OBSAH</b> .....  | <b>4</b>  |
|          | <b>ÚVOD</b> .....   | <b>6</b>  |
|          | <b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....                                    | <b>7</b>  |
| <b>1</b> | <b>Empatie</b> .....  | <b>8</b>  |
| 1.1      | Emoční inteligence .....  | 9         |
| 1.2      | Kořeny a charakteristika empatie .....                          | 11        |
| 1.3      | Druhy empatie .....   | 12        |
| 1.4      | Rogers a jeho pohled na empatii .....                           | 13        |
| 1.5      | Batsonova hypotéza ve srovnání s Dawkinsonovou teorií .....     | 14        |
| 1.6      | Neurologické koreláty emocí .....                               | 16        |
| 1.6.1    | Limbický systém .....   | 17        |
| 1.6.2    | Zrcadlové neurony.....  | 18        |
| <b>2</b> | <b>Problematika zdraví</b> .....                                | <b>19</b> |
| 2.1      | Charakteristika zdraví.....                                     | 19        |
| 2.2      | Tělo a duše.....  | 20        |
| <b>3</b> | <b>Lékař a pacient</b> .....                                    | <b>21</b> |
| 3.1      | Humanizace medicíny a etické principy.....                      | 21        |
| 3.1.1    | Etické principy a etický kodex České lékařské komory.....       | 22        |
| 3.2      | Vztah lékař a pacient .....                                     | 24        |
| 3.2.1    | Proměnné negativně ovlivňující vztah lékař a pacient.....       | 25        |
| 3.3      | Komunikace v medicíně .....                                     | 26        |
| 3.3.1    | Typy komunikace mezi lékařem a pacientem .....                  | 27        |
| 3.4      | Empatický lékař.....  | 28        |
| 3.5      | Role pacienta .....   | 29        |
|          | <b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....                                      | <b>30</b> |
| <b>4</b> | <b>Výzkumný problém, výzkumné cíle, otázky</b> .....            | <b>31</b> |
| 4.1      | Vymezení výzkumného problému a argumentace k jeho zkoumání..... | 31        |
| 4.2      | Výzkumné cíle.....  | 32        |
| 4.3      | Výzkumné otázky .....   | 32        |
| <b>5</b> | <b>Výzkumný soubor</b> .....                                    | <b>33</b> |
| 5.1      | Způsob výběru vzorku z populace.....                            | 33        |
| 5.2      | Charakteristika výzkumného souboru .....                        | 33        |
| <b>6</b> | <b>Metodologie výzkumu</b> .....                                | <b>35</b> |
| 6.1      | Typ výzkumu.....  | 35        |
| 6.2      | Metoda získávání dat.....                                       | 35        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 6.3      | Proces fixace a analýzy dat.....                                  | 37        |
| 6.4      | Etické aspekty výzkumu.....                                       | 37        |
| <b>7</b> | <b>Výsledky .....</b>   | <b>39</b> |
| 7.1      | Výsledky kódování a utváření kategorií.....                       | 39        |
| 7.2      | Hlavní témata vyplývající z analýzy .....                         | 52        |
| 7.2.1    | Důležitost empatické komunikace.....                              | 53        |
| 7.2.2    | Nedostatek času v medicínském procesu .....                       | 55        |
| 7.2.3    | Řešení problematického pacienta empatickým přístupem .....        | 57        |
| 7.2.4    | Nedostatečná příprava na medicínskou praxi ze studia medicíny.... | 61        |
| 7.2.5    | Humanizace medicíny .....   | 63        |
| 7.3      | Odpovědi na výzkumné otázky .....                                 | 65        |
| <b>8</b> | <b>Diskuze .....</b>  | <b>67</b> |
| <b>9</b> | <b>Závěry.....</b>  | <b>71</b> |
|          | <b>SOUHRN .....</b>   | <b>73</b> |
|          | <b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY .....</b>                 | <b>76</b> |
|          | <b>SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK A GRAFŮ .....</b>                     | <b>82</b> |
|          | <b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>   | <b>83</b> |

# ÚVOD

Empatie, vcítění, je bezesporu jednou z nejdůležitějších schopností vnímajícího člověka. Ukrývá své krásy a zároveň bolesti pod rouškou vnímavosti, citlivosti a jemnosti. Empatická bytost cítí utrpení druhých mnohem více a tyto bóly dokáže vnímat v mnohých případech opravdu tak, jak je ve skutečnosti trpící osobnosti prožívají. Předpokládáme, že lidé, kteří se rozhodli působit ve zdravotnictví (nebo jakékoliv jiné pomáhající profesi), budou tady tuto vlastnost vcítění mít nebo alespoň budou vlastnit snahu ji nadále rozvíjet. Lékaři mají velkou moc nad životy druhých, proto považujeme za důležité, aby lidskou bytost v jejich rukou vnímali jako lidskou bytost se všemi jejími fyzickými i osobnostními vlastnostmi, bolestmi, myšlenkami a energiemi. Nejen jako diagnózu jejich těla.

Autorka toto téma zvolila z velké části díky její osobnostní charakteristice. Sama má k empatickému vnímání velice blízký vztah. Jako vysoce empatická bytost se narodila. Empatii se i nadále snaží poznávat, korigovat a dávat jí hranice vlastním sebepoznáním. Také jí přišlo velice vhodné spojit empatii se zdravotnictvím, které jí je jako téma také osobně blízké, protože se setkala s názory, že lékaři nejsou dostatečně empatictí a lidskost je v medicíně postrádanou složkou. V neposlední řadě vidí další potenci pokračujícího výzkumu v rozšíření empatické komunikace na lékařských fakultách.

**Hlavním výzkumným cílem** předložené práce je zmapování názorů lékařů na důležitost empatie v medicínské praxi. **Vedlejším výzkumným cílem** je zmapování názoru na využitelnost potenciálního rozšíření praktického ukotvení empatie a empatické komunikace v rámci studia medicíny.

**Teoretická část** se bude skládat ze třech kapitol. První kapitola se bude zabývat popisem empatie jako takové. Druhá kapitola se bude okrajově zmiňovat o problematice zdraví a komplexním přístupu. Třetí kapitola se bude zabývat tím, jak vypadá vztah mezi lékařem a pacientem.

**Výzkumná část** této práce bude postavena na několikastranném zmapování názoru lékařů na důležitost empatie v medicínské praxi pomocí tematické analýzy.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 EMPATIE

Předloženou bakalářskou práci uvádíme jejím stěžejním tématem s názvem empatie. V této části rozebereme základní poznatky o emoční inteligenci, zmíníme charakteristiku empatie, její kořeny, druhy empatie, rozebereme Rogersův náhled na empatii, popíšeme Batsonovu hypotézu o altruismu a empatii ve srovnání se sobeckým genem a v neposlední řadě se zaměříme na neurologické koreláty emocí.

Téma empatie se začíná ve 21. století zmiňovat čím dál víc. Řešíme mnohem více potřebu bytí v přítomnosti, býti laskavými k sama sobě, býti empatickými druhý sobě i ostatním. Empatie se stala v očích společnosti relativním trendem. Konkrétně psychoterapeutický přístup zaměřený na člověka, který je založený na **vlastním sebepoznání a sebeaktualizaci** a jehož nenahraditelnou složkou je právě empatické cítění, prokázal **obrovskou efektivitu** v rámci celkové terapie a ve srovnání s ostatními psychoterapeutickými směry (Cain et al., 2006).

Tuto hypotézu taktéž potvrzuje Watson (2006, in Cain et al.) svým souhrnem výzkumů od počátku zkoumání problematiky empatie až do roku 1997, kde tvrdí, že žádná ze studií neprokázala negativní vliv empatie na terapeutický vztah, zatímco valná **většina studií prokázala pozitivní vliv** na terapeutický vztah mezi klientem a terapeutem za podmínky přítomnosti empatického chování.

Cílem humanistické terapie totiž není vyřešení jednoho konkrétního problému, ale rozvíjet jedince tak, aby byl schopen se s přítomným problémem vyrovnat (Kirschenbaum, 1979). A obecně empatie v jakémkoliv léčebném vztahu vede k vytvoření **emočně korektivní zkušenosti**, s čím by široká lékařská populace mohla pracovat v rámci zvýšení efektivity léčby (Honzák, 2017).



## 1.1 Emoční inteligence

*„Poznej sám sebe!“ – Sokrates*

Emoční inteligence je **vrozeným konstruktem** stejně jako intelekt (IQ). Jeden z předních psychologů zabývajících se o tematiku emoční inteligence Goleman (2011) tvrdí, že emoční inteligence je podstatněji důležitější než samotný intelekt. Člověk, který je vysoce inteligentní v emoční sféře a dokáže kognitivně rozpoznat jednotlivé pohnutky vlastních emocí, je v životě mnohem šťastnější než člověk s pouze vysokým intelektem. Domníváme se, že je to díky lepší komunikaci a sebepoznání člověka, s čímž se pojí tvorba pevných a zdravých vztahů. Avšak musíme brát v potaz, že je daná hypotéza utvořena v extrémních pólech, kdy člověk je buď extrémně inteligentní nebo má extrémně vyvinutou emoční inteligenci. Průměrná populace má většinou dané konstrukty relativně vyrovnané a může s nimi i nadále pracovat.

Nejstarší model emoční inteligence byl nejdříve zrealizován v roce 1990, z čehož potom Goleman vytvořil svůj model. Byl popsán Peterem Saloveyem, Yale University a Johnem Mayerem, Stanford University, kteří vytvořili vysoce signifikantní výzkum. Později se k nim připojil David Caruso a v roce 2016 vytvořili následující model emoční inteligence, který se skládá do čtyř stěžejních bodů (Green R., 2. března 2020).

### - **Vnímání emocí**

Rozeznání klamně nebo neupřímně emoční exprese, rozlišení přesné a nepřesné emoční exprese, pochopení kulturního a časového projevu emocí, vyjadřování emocí, vnímání emocí napříč prostředím, uměním a hudbou, vnímání emocí pomocí nonverbální komunikace, identifikování emocí napříč vlastním fyzickým, pocity a myšlenkami.

### - **Umožnit myšlence využívat emoce**

Výběr problému, který díky emočnímu náboji ovlivňuje kognici, vliv emočních změn na generaci jiných kognitivních perspektiv, upřednostnění zaměřeného myšlení na úkor přítomného pocitu, vytvoření vlastního pocitu na základě zkušenosti druhé osoby, vytvoření emoce jako pomůcky pro úsudek a paměť.

### - **Pochopení emocí**

Rozlišení kulturních rozdílů ve vyhodnocování emocí, pochopení emocí druhé osoby v rámci budoucnosti a jiných podmínek (např. počasí), rozeznat přesuny emocí z jedné sféry do druhé (např. vztek do uspokojení), pochopení smíšených a komplexních emocí, rozlišení

mezi emocemi a náladami, zhodnocení situace a jejich potenciálu k vyvolání určité emoce, předpokládání původu, významu a shody emocí, onálepkování emocí a rozpoznání vztahu mezi nimi.

- **Manipulace s emocemi**

Efektivní práce s výslednými emocemi druhých, efektivní práce s vlastními výslednými emocemi, vyhodnocení strategie udržet, redukovat nebo zintenzivnit emoční odpověď, monitorování bezvýznamné (bezdůvodné) emocionální reakce, zapojení pomáhajících emocí a nezapojení, pokud by ničemu nepomohly, být otevřený k příjemným i nepříjemným emocím a být ochotný je sdělit dál.

Goleman (2011) rozpracoval teorii Petera Saloveye a Johna Mayera do pěti stěžejních bodů

- **Znalost vlastních emocí**

Neboli také sebeuvědomění, je jedním z nejdůležitějších prvků personální inteligence. Je to v podstatě taková vstupní brána pro hlubší pochopení psychologie samotné a obecně pro emoční inteligenci.

- **Zvládání emocí**

Pro zvládání emocí je důležité vysoce rozvinuté sebeuvědomění. Zde můžeme vidět velké rozdíly u jedinců, kteří mají sebeuvědomění rozvinuté a u jedinců, kteří v sebeuvědomění zůstali na primární příčce. Jedinci, jež jsou na tom lépe s vlastním sebeuvědoměním, dokáží i lépe zvládat vlastní emoce a z těžkých životních situací se zotavují mnohem rychleji.

- **Schopnost motivovat sám sebe**

Salovey se zmiňuje i o formě „flow“, kde je jedinec schopen prokazovat mnohem lepších výsledků než za běžného stavu mysli. Jedinci, kteří jsou schopni motivovat sami sebe jsou schopni ovládat své tužby a stavy, které jsou pro určitou činnost nežádoucí, a jsou schopni dosahovat mnohem lépe dlouhodobých cílů.

- **Vnímavost k emocím druhých lidí**

Neboli také „empatie“ je jednou ze základních lidských kvalit, které se budeme podrobněji věnovat v dalších kapitolách mé bakalářské práce. Stručně a jinak řečeno slovo empatie znamená vcítit se do druhého člověka a vnímat s ním jeho emoční pochody aj.

## - Umění mezilidských vztahů

Je jednou z brilantních lidských dovedností, kdy jde vidět, že jedinec zvládl již výše zmiňované čtyři pozice. Je schopen navazovat hluboké a bezproblémové vztahy, kdy je v nich sám šťastný a vztahy nevykazují známku toxicity.

## 1.2 Kořeny a charakteristika empatie

Slovo empatie bylo poprvé použito E. B. Titchenerem (in Bozarth, 1997), jenž jej odlišil od významu z estetiky, kdy empatie znamená pouhé „**vcítění se**“ a vychází ze slova *empathia*. Titchener tvrdí, že empatie vychází z napodobování fyzického utrpení člověka druhým člověkem, kdy je druhý člověk schopen cítit stejné pocity jako ten první (in Goleman, 2011).

Bohart & Greenberg (1997); Duan & Hill (1996) a Feschbach (1997) tvrdí, že jde o **vícemdimenzionální proces**, který je epistemologický a zapojuje, jak kognitivní, tak afektivní stranu vnímání člověka.

Kohut (1977) a Rogers (2015) se mimo jiné také domnívají, že empatie jako taková **posiluje léčebný proces terapeutického procesu**.

Rogers (2015) definuje empatii jako **schopnost správně vnímat vnitřní vztahový rámec druhých lidí** prostřednictvím jejich významů a emoční složky, což upozorňuje na to, že empatie není pouze emocionálním procesem, ale také procesem kognitivním.

Hogan (1969) popisuje empatické jedince jako **imaginativní, vnímavé osoby, které si uvědomují, jak na druhé lidi působí a zároveň, co to v nich vyvolává**. V podstatě je formuluje jako osoby s vnitřním vhladem. Domníváme se, že jedinec musí nejdříve pochopit sám sebe a vlastní pocity, aby byl schopen pochopit druhé. Najít pomocí introspekce svůj svět a ponořit se do něj.

Není snadné určit jednotnou definici empatie, protože každý, kdo se empatií zabývá, na ni má jiný pohled, i přestože je jeho definice v základu postavená na podobném principu. Empatie je natolik **subjektivní prožitek**, jenž se odvíjí od toho, jak **člověk vnímá**, jak je **nastaven** a jak přistupuje k vlastnímu rozvoji a jeho **introspektivnímu vnímání**, že pravděpodobně nikdy nebude ustálená v jednotném významu.

## 1.3 Druhy empatie

Uvádíme několik typů empatie, a to **emoční nákazu**, **mentalizaci** a **soucit**. Je důležité každou z nich odlišit, protože významově se od obecného pojetí pojmu empatie relativně liší.

### Emoční nákaza

Emoční nákaza je vymezena jako **vnímavost vůči emocím druhých lidí** ve smyslu emoční indukce (Caruso & Mayer, 1998 in Seitzl et al., 2017).

Emoční nákaza neboli „*afektivní empatie*“, *emoční empatie* nebo *sdílení afektu* je *mentální proces a současně stav, který kopíruje emoce druhého. Víme také, že sdílení afektu může být navozeno i pouhou představou emočního stavu druhého člověka*“ (C. Lamn et al. in Mikoška & Novák, 2017, 39).

Bion (1959, in Arizmendi, 2011) emoční nákazu popsal opačným pohledem oproti předchozí tezi. Tvrdí, že emoční zkušenost nemůže vzniknout, pokud je člověk v určitém stavu izolace. Dalo by se říct, že emoční nákaza je naprosto běžná v jakékoliv společnosti, ať už to je společnost patologická nebo zdravá. Je naprosto obvyklé přechytit emoce od druhých lidí, když jsme fyziologicky uzpůsobeni pro to, abychom se učili od druhých a vnímali, a zároveň se bránili před potenciální hrozbou z externího prostředí.

### Mentalizace

Koukolík (2017) tvrdí, že je mentalizace jakýmsi procesem **uvědomováním si sebe sama v rámci socializace**. Uvědomování si toho, že lidé okolo jsou lidmi a ne věcmi. Zároveň tvrdí, že má dvě složky: „afektivní“, která má za vinu citovou stranu vnímání a empatii a „kognitivní“, která zabírá funkci chladně racionálního vnímání. Dle jeho tvrzení jsou obě složky rovnoměrně vyrovnané, pokud nenastane nějaká extrémně polaritní situace, kdy jedna složka vysoce převýší tu druhou.

Mentalizace, jinak také „**kognitivní empatie**“, může být definována z několika stran. Může zahrnovat „teorii mysli“, posouzení jednotlivých emocí, interpersonální inferenci, atribuční teorie nebo braní jednotlivých perspektiv a jejich zpracování. Výzkumy se v této části empatie zabývají přesností empatického chování a detekcí klamných jevů. V podstatě zpracovávají jednotlivé prvky i z nonverbálního chování a pracují se znalostí EQ (Hull, Powers & Buck, 2017, 1120-1136).

## Soucit

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 podepřena autentickým pocitem soucitu k druhým bytostem (Gilbert & Tirsch, 2009).

Mimo jiné Goleman (2007) při TED konferenci naznačil **souvislost s prosociálním chováním**, které vyvolává soucit, a korelačním vztahem EQ. Také tvrdí, že mezi EQ a IQ není žádný vztah, který by byl potvrzený korelací.

Honzák (2017) však uvádí, že si nemůžeme plést soucit a empatii, protože soucit člověka **pohlí** a nedokáže svou pomoc racionálně zaměřit, zatímco u empatie pochopíme, jak se člověk cítí a svou pomoc můžeme navést správným směrem.

## 1.4 Rogers a jeho pohled na empatii

Carl R. Rogers byl významným americkým psychologem, jenž byl jedním ze zakladatelů humanistické psychologie a jenž byl zakladatelem „na klienta zaměřené terapie“. Empatie byla jedním z předních témat Rogerse, který ji definoval jako schopnost „*vnímat vnitřní referenční rámec druhého člověka s přesností, emocionálními složkami a významy, které k němu patří, jako bych byl oním člověkem, avšak aniž bych kdy ztratil onu dimenzi*“ (Rogers, 2015, 210). To můžeme pochopit jako vnímání člověka očima druhého. Vnímající prožívá stejné emoční, vegetativní a jiné pochody jako člověk prožívající daný komplex situačních událostí.

Rogers (2015) často odkazuje na to, že **je nutné** pacienta (v jeho slovním vymezení klienta) **přijmout**, což nazývá jako **bezpodmínečné přijetí**. Pokud pacienta přijmeme tak, jak bytostně je, umožníme mu tak dojít k emočně korektivní zkušenosti, kdy si pacient prožije dosud neprožité emoce a dojde k propojení racionální i emocionální strany problému. Avšak abychom mohli pacienta stoprocentně **přijmout**, musíme jemu samotnému **porozumět**, ať už by to dle našeho vlastního subjektivního rámce a úsudku bylo pro nás samotné, jakkoliv bizarní a nepřijatelné, musíme k němu přistoupit bez předsudků a očekávání. Také mluví o určité **svobodě** ve vztahu, kde je stoprocentní porozumění bez předsudků a jakéhokoliv typu hodnocení na vědomé i nevědomé úrovni, jelikož předsudky a jakýkoliv typ **hodnocení vztah** omezuje a pacienta (nebo i jiné lidi okolo nás) **rámcem ohrožuje**.

V podstatě podobně k tomu přistoupila i Halkides (1958, in Cain, 2006), jejíž studie se řadí mezi studie o terapeutickém vztahu, kam můžeme mimo jiné zařadit i vztah lékař pacient. Stanovila si čtyři hypotézy, že bude nalezen konstruktivní vztah mezi mírou konstruktivní změny osobnosti klienta a osobnostních charakteristik poradce, které se vyznačují mírou projeveného empatického **porozumění** klientovi, mírou **pozitivního afektivního postoje**, mírou **kongruence** v názorech a pocitech a mírou, jež se shoduje reakce poradce s projevem klienta v intenzitě afektivního projevu

Nesmíme také opomenout samotnou **kongruenci**, které Rogers věnoval podstatnou část svého bádání z hlediska učení o empatii. Kongruenci popisuje **jako vnímání vlastních prožitků, chování a uvědomění samotného terapeuta** (v případě této práce je v této roli lékař). Dalo by se říci, že terapeut je v autonomii s vlastním nitrem a jeho nitro souhlasí s tím, co sám vyjadřuje a je sám sobě otevřený. Není možné naplnit tyto věci dokonale, ale čím víc terapeut naslouchá sám sobě, tím víc se mu daří naslouchat ostatním. Dynamika kongruence dokáže být opravdu rozsáhlá a správný, a kongruentní, terapeut by se měl umět adaptovat téměř každému, v jakémkoliv vztahu nehledě na situaci nebo osobnost druhého (Rogers, 2014).

Domníváme se, že by zde mohl nastat argument, nebo snad otázka: „Jde kongruence u lékaře využít stejně jako u terapeuta?“. Mohli bychom říci, že kongruence je v učení Rogerse vytyčena spíše jako osobnostní znak, nikoliv jako specifikum terapeuta z hlediska profese. V tom případě nám z toho vyplývá, že je kongruence stejně využitelná, jak u terapeuta, tak u lékaře.

## 1.5 Batsonova hypotéza ve srovnání s Dawkinsonovou teorií

Jednou z hypotéz, která se zabývá konceptem empatie, je **Batsonova hypotéza o empatii a altruismu**, jež má svůj záběr převážně v psychologii osobnosti a sociální psychologii a zakládá na tom, že empatický zájem probouzí altruistickou motivaci.

Také se v této podkapitole zaměříme na **sobecký gen**, který nám popisuje altruismus z hlediska biologického a evolučního. Budu vycházet z teorie neodarwinismu, kterou pojal Richard Dawkins.

Hlavní rozdíl mezi Batsonovou hypotézou a Dawkinsonovou teorií o sobeckém genu je v tom, že Batson dokázal, že jsou **lidé schopni altruistického zájmu** i bez toho,

aniž by byla mezi lidmi těsná blízká vazba a že mnohdy existuje prosociální vazba jednoho jedince čistě jako uspokojení potřeb toho druhého, což překračuje záběr egoistické motivace. Dawkins tvrdí, že si sobecký gen, který je částí genetické informace člověka, vybírá výhradně sobě podobný gen, nejlépe ten, který je nepoškozený, kvůli zachování pravidel přirozeného výběru (aneb silnější vyhraje), aby se mohl dále kopírovat, a to způsobuje altruistické chování u jedinců (Batson, 1991; Dawkins, 1998).

## **Empatický zájem**

Empatický zájem můžeme považovat za jeden ze zdrojů altruistické motivace, který vzniká jako odpověď na prožívání emocí druhého člověka v nouzi. Tuto odpověď ve své hypotéze označuje jako „**jiným směrem orientované emoce**“, kam také řadí **vinu, soucit, něhu a sympatie**. Uvádí, že empatie je to významově stejná jako empatický zájem. To znamená určitou neurologickou, sociální i psychologickou reakci empatizujícího jedince na utrpení jedince jiného (Batson, 1991).

V této stati hypotézy popsal jednu z nejdůležitějších věcí. Empatie (empatický zájem) není jedna diskrétní emoce, ale celá **konstelace emocí**. Uvádí zde tyto emoce: **sympatie, soucit, dobrosrdečnost, něžnost, zármutek, smutek, vztek, distres, zájem a žal**. Také se domnívá, že je potřeba jakési sebezkušenosti vidět emoce ostatních kongruentně. Kongruenci popisuje také Rogers (2015) jako souhru toho, co člověk cítí a říká nebo dělá.

V posledních letech byl **empatický koncept** popisován následujícími způsoby (Batson, 1991).

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

## Altruistická motivace

Batson (1991) ve své teorii popisuje **dva motivy**. Jeden motiv je altruistický a ten druhý egoistický. **Altruistický** motiv (altruistická motivace) má za úkol **pomoci druhému** (neboli zvýšit jeho blaho), zatímco **egoistický** motiv **vyvolává blaho v jedinci samotném**. Domnívá se, že oba dva motivy mají stejný základ, jenž nazývá jako „*ultimátní*“ cíl. V tomto případě je to ten cíl, který má jasně danou volbu a může to být např. blaho druhého jedince (bez egoistické složky) nebo jedince samotného (s egoistickou složkou) a ten jej dosahuje pomocí imperativních cílů, které se mohou vyskytovat samostatně, ale i tak se po nějaké době přesunou do cíle „*ultimátního*“. Bez něj nemůže existovat motivace a celý model se rozpadá.

Na druhou stranu se Dawkins (1998) domnívá, že člověk funguje na základě vlastní genetiky. Nebere jedince jako lidi, nýbrž jako *replikátory*, jež chtějí co nejvíce naklonovat svou vlastní genetickou informaci. Sobecký gen si takto vyhledává sobě podobný gen, díky kterému pak v jedinci (replikátoru) vzniká altruistická tendence. Dalo by se říci, že v novější Batsonově hypotéze hovoříme o formě ultimátního cíle, jenž sídlí v egoistické složce, která má za úkol blaho jedince, jenž altruistický záměr vykonává, nikoliv jedince, kterému je altruistický záměr poskytnut.

Batson (1991) tvrdí, že **empatický zájem vede k altruistické motivaci**. Za altruistickou motivaci můžeme považovat tu, která nemá ve svém ultimátním cíli daný prospěch jedince čili postrádá egoistickou složku, která obsahuje prospěch jedince samotného. Také se ve své práci často obrací na výrok, který v sobě významově obsahuje to, **že kdyby se ve společnosti vyskytovalo mnohem více altruistického chování (bez egoistické složky)**, tak by byla společnost mnohem více láskyplnější a teoreticky by **mohlo dojít k částečné eliminaci kriminálního a sobeckého chování**, z čehož vyplývá progresivní potřeba empatického zájmu ve společnosti a zároveň to, že je jen na člověku, zda bude empatický či ne.

## 1.6 Neurologické koreláty emocí

„*Vy jste vaše synapse. Synapse jsou tím, čím jste vy.*“ – Joseph LeDoux in Orel, 2009

Tělo a duše je neoddělitelnou součástí komplexního celku. Naše kognice vede k emočním reakcím, které jsou vždy založeny na neuronálním podkladu. Často nejsou pocity vědomé, ale ve své podstatě by se dalo říct, že jsou nevědomými vnitřními pohnutkami, které jsou nepřetržitě vytvářeny (Carter, 2010).



Goleman (2011) uvádí, že to, jak je základní struktura nervových okruhů a spojení utvořena, utvářela sama evoluce několik miliónů let. Evoluce lidského mozku dala vzniknout tomuto obdivuhodně komplexnímu celku.

Naše emoční vnímání je výsledkem mozkových procesů, proto je nutné popsat základní části mozku, u kterých bylo dokázáno, že mají spojitost s emocemi nebo s empatií. Těmito částmi jsou **limbický systém a zrcadlové neurony**. V této podkapitole se zaměříme především na limbický systém a zrcadlové neurony jakožto na hlavní koreláty neurologického podkresu empatie.

### 1.6.1 Limbický systém

**Limbický systém** je jedním z nejsložitějších a zároveň nejstarších systémů mozku. Skládá se z korových a podkorových struktur, které procházejí celým koncovým mozkem (*telencephalon*). Je pro člověka jedním z nejdůležitějších (nejzásadnějších) systémů vůbec díky jeho komplexnosti a mnohostrannosti. Zpracovává všechny informace z vnějšího i vnitřního prostředí a je důležitý pro vnímání emocí a ukládání paměťových stop. Z korových struktur je třeba uvést **Brocův velký limbický lalok** a dále pak z podkorových struktur mají zásadní význam **amygdalární komplex** a **hippokampální formace**. Do limbického systému mimo jiné spadá také *allocortex*, jenž je vývojově nejstarší mozkovou kůrou, který se následně dělí na *archicortex* a *paleocortex* (Orel, 2009; Martin, 2006).

**Brocův velký limbický lalok** je tvořen cingulárním závitem (*gyrus cinguli*) obkružující shora vazník (*corpus callosum*), a závitem parahippokampálním (*gyrus hippocampalis*), který se nachází zhruba nad oblastí hipokampu (Orel, 2015).

**Amygdalární komplex** je tvořena především **amygdalou** (*nucleus amygdalae*). Amygdala je uskupení šedé hmoty o velikosti a tvaru mandle. Leží ve spánkových lalocích před hipokampální formací. Amygdala se vnitřně dělí na řadu podjader (*subnuclei*). Do amygdalárního komplexu se řadí s amygdalou funkčně spjaté oblasti. Amygdala po zpracování informací a srovnání s minulou zkušeností, paměťovými stopami a vrozenými mechanismy zhodnotí význam prožívané události a přiřadí jí emoční náboj. Amygdala zpracovává informace ještě dříve, než je mozek může zpracovat na vědomé úrovni (Orel, 2015).

**Amygdala** bývá často označována jako „první varování“ a její funkce popisována jako „učení strachem“. Jakmile se člověk dostane do nebezpečné, a tedy stresové situace, je prvním spouštěčem reakce, jež vede ke kardiovaskulárním změnám a k imunitní reakci. Spouští reakční mechanismus útok nebo útek. Je spojena s úzkostí a také je nejvíce aktivní částí mozku při neaktivitě jiných mozkových částí. Amygdala zpracovává a může predikovat budoucí chování nebo jen popsat, co jednotlivé vjemy znamenají (Lidquist et al., 2012).

**Hipokampální formace** je podkorovou strukturou ležící ve spánkových lalocích. Je tvořena **hipokampem** a k němu přilehlými oblastmi. Jeho dominantní role spočívá v genezi paměti (Orel, 2015). V emočně významných situacích interaguje hipokampální formace s amygdalou, která může modulovat jak vštěpování, tak uchovávání vzpomínek závislých na hipokampu. Hipokampální formace, která formuje epizodické znázornění emočně významné události a interpretuje události, může ovlivnit reakci amygdaly, pokud je přítomen emoční stimul. Tyto samostatné paměťové systémy interagují v momentě, když se emoce střetne s pamětí (Phelps, 2004).

## 1.6.2 Zrcadlové neurony

Zrcadlové neurony jsou neurony senzitivního a motorického rázu, které jsou spojovány s určitou genetickou dispozicí pro adaptaci člověka na druhé a pochopením pro druhé. Také jsou spojeny s učení se od druhých lidí a pravděpodobně jsou také hlavním hnacím motorem samotné empatie (Cook et al., 2014).

Zrcadlové neurony byly objeveny v roce 1992 při zkoumání opic, ale byly pojmenovány až o čtyři roky později, kdy byly provedeny výzkumy i u lidí. Rozdíl mezi zrcadlovými neurony, které byly zjištěny u opic (prosté porozumění činnosti) a těmi lidskými je ten, že u lidských je přítomno **napodobování (imitace)** pantomimy a bezpředmětové činnosti (Buccino et al., 2001; Greezes et al., 2003)

Rizzolatti et al. (1996) zjistili, že zhruba **20 % motorických neuronů**, jenž jsou umístěny právě v **prefrontálním laloku mozku**, jsou právě **zrcadlové neurony**, které neslouží pouhému motorickému napodobení, ale také k pochopení činnosti.

Ramachandran (2009) při TED konferenci vyjádřil, že díky zrcadlovým neuronům získáváme **úhel pohledu druhého člověka** a tím se od něj učíme. Pojmenoval je jako „Ghandí neurony“.

## 2 PROBLEMATIKA ZDRAVÍ

Důvodem, proč do této bakalářské práce zařazeno i téma „Problematika zdraví“, jsou základní teze psychosomatiky a jakýsi holistický náhled na celkovou problematiku zdraví a nemoci. Domníváme se, že spousta lidí přemýšlí nad tím, jak být normální, jak být zdravý a jak se neodchylovat od normálu společnosti.

Honzák (2017) tvrdí, že stav „normálnosti“ je velice záludným slovem. Pro každého je normální něco jiného. Každý má standardy nastavené jinak. Dost často podle primární výchovy nebo sekundárního učení, ve kterém člověk vyrůstal. Možná právě vystoupení z predikce určitého „normálu“ by spoustě lidem mohlo pomoci, uvědomit si vlastní self, vlastní emoce, vlastní prožívání, bez jakýchkoliv stereotypů a norem. V tomto případě bychom mohli užít pořekadlo „sto lidí, sto chutí“.

Tato kapitola je věnována pro uvědomění si lidskosti, propojení těla a duše a provázání filozofie, psychologie a biologie.

### 2.1 Charakteristika zdraví

Definice zdraví podle WHO<sup>1</sup> je „*je stav kompletní fyziologické, duševní a sociální pohody, nejen absence nemoci nebo nějaké slabosti*“. Dle této teorie můžeme vidět, že zdraví je opravdu komplexním stavem, na který působí mnoho vlivů.

Tuto teorii můžeme podepřít **bio-psycho-sociálním** rámcem Engela (1977), který tvrdí, že jedno ovlivňuje druhé, což je také základním kamenem psychosomatické medicíny a holistického přístupu. Pokud se objeví problém v jedné sféře a bude na tuto sféru příliš velký, vyústí i v jiné sféře. Zde můžeme např. uvést přesuny problémů ze sociální a psychologické sféry do biologické a naopak.

Seedhouse (2001) zase zahrnul do svého konceptu zdraví čtyři proměnné, které zdraví ovlivňují a to: interní fyziologické problémy, interní psychické problémy, externí vlivy a patogeny z prostředí. Také tvrdí, že zdraví není stavem bez problémů a momentální

---

<sup>1</sup> WHO – World Health Organization: Světová organizace zdraví

nemoci, ale spíše stavem, kde je určitá autonomie a čím víc autonomní jsme, tím více stavu zdraví dosahujeme.

## 2.2 Tělo a duše

„*Cogito ergo sum.*“ – Descartes

Jak je důležité vnímat tělo a duši jako celek, na to lze nahlédnout se skrz taoistickou filozofii. Taoistická filozofie vychází především z filozofie protikladů – yin a yang – a zároveň z jejich sjednocení a jednoty. Z psychologického pohledu můžeme taoistickou filozofii vidět jako sjednocení vnitřních a vnějších komponent a pracovat s ní i ve významu těla a duše. Nejdůležitějším prvkem je zde vyrovnaní neboli **balance** mezi vším, co na světě je, mezi dobrem a zlem, **mezi mentálním a fyzickým zdravím**, ad. (Sun, 2009).

S problematikou těla a duše nejvíce pracuje novější **psychosomatická medicína a tradiční čínská medicína**, která je jednou z nejstarších na světě právě díky komplexnímu a holistickému přístupu. Obojí se na problém dívají z hlediska jeho příčiny a vzniku, přičemž západní medicína mnohdy řeší jen vzniklý problém, který má vysokou tendenci *relapsovát* (onemocnění se opakuje, vrací zpátky). V psychosomatické medicíně i tradiční čínské medicíně pracujeme s problematikou, kdy se problém z psychické stránky často přenáší do somatické a naopak. Oba směry jsou si vědomy důležitosti komplexního náhledu na onemocnění – na řešení psychologické a biologické, které jsou vzájemně provázány. Také bylo dokázáno, že **holistický přístup** posiluje **self-efficacy**, což je Bandurovo označení pro vlastní účinnost (Bassman, 1997).

Honzák (2017) se zmiňuje o situacích, kdy není výjimkou, že člověk přijde k lékaři, který nemá absolutní ponětí o tom, jaký je jeho pacient jako člověk, ale to, jaký má „žlučník“, ví naprosto perfektně. Navíc říká, že je lékař mnohdy fascinován jeho onemocněním, namísto toho, aby si uvědomil, že je před ním živá bytost a ne pouhá diagnóza. Toto tvrzení nám potvrzuje častý rozdíl mezi západní medicínou a východními přístupy, jako jsou taoistický přístup nebo tradiční čínská medicína, popř. psychosomatická medicína, jež se v posledních letech stala pomyslným trendem. Lékaři západní medicíny jsou mnohdy orientovaní pouze na diagnózu namísto toho, aby se zaměřili na nemoc člověka jakožto na komplexní souvislost mnoha událostí, jež se nemocnému v životě dějí a jaký vliv to má např. na jeho psychický a fyziologický stav.

## 3 LÉKAŘ A PACIENT

*„Primum non nocere.“ – „Hlavně neškodit.“*

V této kapitole se zaměříme na lékařskou problematiku, která obsahuje vztah lékaře a pacienta, komunikaci mezi lékařem a pacientem, humanizaci medicíny a základní etické principy. Mimo jiné taky rozebereme, jak by měl vypadat empatický lékař a roli pacienta v západní medicíně.

Hledání ideálu v neideálním světě je těžkým soubojem. Nic není ideální, a přesto bychom chtěli ideální zcela všechno. Chceme víc od ostatních, od sebe a nároky zvyšujeme každým dnem. Dle mého názoru se tyto tendence ve velké míře odráží ve zdravotnických profesích, zejména v lékařství a pravděpodobně nejvíce znatelné jsou tyto tendence v psychologii. Pacient přijde k lékaři s určitým očekáváním. Toto očekávání je a priori vyléčit se a dosáhnout určité stability zdraví. Lékař se a priori snaží, aby se pacient vyléčil a dosáhl určité stability zdraví. V tomto vztahu se však mísí tolik perspektiv. Vysoká očekávání, neustálý tlak společnosti, otázka komunikace mezi pacientem a lékařem a osobnosti lékaře samotného.

Zde pokládáme za důležité citovat pohled na vztah lékaře a pacienta: *„Je to spíše živá a neustále vyvíjející se interakce dvou lidských bytostí, proces vytváření důvěry a vzájemného respektu. Interakce ovlivňována a formovaná jak znalostmi, zkušenostmi, obratností a laskavostí lékaře, tak i osobností pacienta, jeho životní situací a zdravotním stavem. Zahrnuje duši i tělo pacienta (Ptáček et al., 2015, 34-35).“*

### 3.1 Humanizace medicíny a etické principy

*„Medicína musí zachovat tradiční humánní principy, aby mohla lépe sloužit nemocným lidem“ (Ptáček et al., 2015, 34).*

Humanizací nebo jinými slovy „**zlidštěním**“ se zabývá v medicíně převážně Česká lékařská komora, která dbá na etické principy v medicíně a jejich správné provádění lékaři. Není výjimkou, že si pacienti často stěžují na chování lékařů, na jejich přístup obecně a jejich celkovou aroganci a zneužívání moci. Konkrétně se na Českou lékařskou komoru obrací se

stížnostmi jako je právě nedostatek empatie, který se projevuje právě nevhodností projevu nebo zanedbáním zdravotnické péče (Ptáček et al., 2011).

V medicíně pojednáváme v první řadě o **zachování důstojnosti** člověka jako takového. Dalo by se říct, že by to mělo být nadřazeným principem všech ostatních principů. V takovém případě se domníváme, že nejvyšším morálním principem by zde mohl být **kategorický imperativ** od Kanta, jenž nepojednává jen o tom, že objektivní rozumové, zároveň morální jednání, je určeno pro celkovou společnost, ale také pro subjektivního jedince. Tvrdí, že se jedinec má chovat tak, abych dosahoval maxima svých morálních možností, u kterých by chtěl, aby se staly zákonem (Kant, 1990).

Pro příklad v Irsku roku 1944 a 1987 docházelo v porodnictví k *pubiotomii*, což je v podstatě přerušování stydkých kostí pánve. Tento zákrok nedobrovolně podstoupilo zhruba 1500 žen, které následně po zákroku popisovaly neskutečné bolesti po fyzické i po psychické stránce. OSN tady tyto zákroky popsalo jako zmrzačení a začalo se to řešit jako kriminální přestupek lékaře. V tomto případě můžeme vidět opak důstojného chování a zároveň poškození etických přístupů, ba dokonce ublížení na zdraví. Děsivým faktem je to, že je v České republice *pubiotomie* stále běžná, až nadužívaná (Candigliota, 2014).

### 3.1.1 Etické principy a etický kodex České lékařské komory

V rámci medicíny pojednáváme o čtyřech základních principech, a to: o principu **neškodění** (*nonmaleficence*), který v podstatě potvrzuje základní historické pravidlo „*primum non nocere*“, **dobřečinění** (*beneficence*), **autonomie** a **spravedlnosti**. První dva principy neschodění a dobřečinění jsou staré jako medicína sama, již z dob *corpus hippocraticum*, zatímco principech autonomie a spravedlnosti by se dalo říct, že jsou relativně nové (Ptáček et al., 2015).

První principy **neškodění** a **dobřečinění** na první pohled vypadají banálně, ale když se na ně podíváme blíže, tak zjistíme, že je zde přítomen dvojí účinek, kdy může léčba působit příznivě i nepříznivě. Tradiční formulací těchto etických principů je: „1. *Jednání těchto principů je samo o sobě dobré nebo přinejmenším indiferentní. 2. V úmyslu jedajícího je dobrý efekt, a nikoliv špatný efekt. 3. Dobrý efekt není docílen prostřednictvím špatného efektu. 4. Jsou velmi závažné důvody k dovození či připuštění špatného efektu*“ (Mangan in Ptáček et al., 2015, 56).

V medicíně je komplikovanějším etickým principem **princip autonomie**, protože se zde často stává, že pacient má právo odmítnout léčbu, i přestože to pro něj potenciálně může znamenat trvalé poškození nebo smrt. V tomto principu má pacient právo na to vyřknout vlastní zájem a také si jej prosadit. Je zde přítomen partnerský přístup v medicíně, kdy pacient a lékař jsou v rovnocenném vztahu a pacient s lékařem buduje vlastní léčbu a má právo ji kdykoliv odmítnout nebo vynutit její změnu. Také má právo na svobodnou volbu lékaře a kdykoliv může lékaře změnit a od toho svého odejít. V tomto principu nastává problém tehdy, kdy se lékař domnívá, že pacient jedná proti svému vlastnímu dobru a zdraví (Ptáček et al, 2015).

Posledním principem je **princip spravedlnosti**, který pracuje s rovnocenným přístupem ke všem pacientům. Respektive říká, že každý člověk má právo na poskytnutou péči, což ale neznamena, že je vyložene právním principem, i přestože má v našem právním systému ochrana zdraví člověka své místo a každému jedinci musí být zdravotnická péče stejně spravedlivě poskytnuta. Bez ohledu na původ člověka, pohlaví, sexuální orientaci, barvu kůže a jiné specifické faktory, které by mohly úsudek lékaře jakýmkoliv směrem ovlivnit (2. lékařská fakulta: etika, 31. července 2014).

**Česká lékařská komora** učinila **etický kodex** právně závazným na základě §9 odst. 2 písm. a) zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře , který uvádí, že „*každý člen komory má povinnost vykonávat své povolání odborně v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony* zároveň je zde také přítomno generální ustanovení pro Českou lékařskou komoru v §2 odst. 1 písm. a) téhož zákona, který uvádí, že „*komory dbají, aby členové komor vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor*“ . Pokud lékař poruší ustanovení etického kodexu, koná se disciplinární řízení vztahované k lékaři, který provinění údajně spáchal.

Máca a Ptáček (2015) popsali tento **stavovský předpis** strukturovaně do **5 hlavních kapitol**:

1. Lékař má primárně jednat z hlediska lidskosti, důstojnosti a duchu úcty k pacientovi (od začátku až do konce léčebného procesu) a jeho hlavním zájmem je zdraví a život jedince, kterého léčí. Lékař jedná ze zásady bez jakýchkoliv předsudků a ke každému jedinci se staví stejně bez ohledu na jeho sebemenší odchylku vůči normálu. Lékař také uznává pacientovo právo autonomie a toho, že se může svobodně rozhodnout pro jiného lékaře,

pokud mu lékař nebude dostatečně vyhovovat. Lékař musí zachovat svou odbornost a profesionalitu. Nemůže být závislý a nezodpovědný.

2. Lékař by měl provádět veškeré diagnostické, preventivní a léčebné procesy, které odpovídají aktuálním trendům medicíny a podle lékaře jsou nejvýhodnější. Lékař je povinen poskytnout neprodleně zdravotnickou péči, pokud jde o život pacienta. Také je povinen respektovat vůli pacienta. V rámci živelných katastrof a jiných globálních ohroženích je také povinen poskytnout zdravotnickou péči.
3. Lékař by se měl pokaždé chovat k pacientovi humánně, trpělivě a s respektem. Nikdy se nesnížit k despektu a být na pacienta hrubý. Je nucen zasahovat okamžitě, bez prodlení, vždy včas s tolerancí k pacientovi a jeho vůli. Pacient musí být informován o jeho léčbě a lékař by jej měl seznámit s podrobným.
4. Mezi lékaři musí panovat společensky korektní chování a lékaři se k sobě vzájemně musí chovat s respektem, s otevřeností k novým názorům a také dbát na své odborné kompetence v rámci řešení pacientova zdraví. Lékař je odpovědný sám za sebe a nikdo jiný za něj nemůže vykonávat jeho funkci. Záznamy vyšetření musí být vždy písemně vedeny. Pokud je pacient předán k jinému lékaři, lékař je povinen přesměrovat veškerou dosavadní dokumentaci k lékaři novému.
5. Lékař nesmí spolupracovat s osobou, jež není lékařsky kompetentní. Tato osoba by neměla být přítomna při jakémkoliv lékařském úkonu. Výjimkou jsou osoby, kterou jsou proškoleny v rámci zdravotnictví.

## **3.2 Vztah lékař a pacient**

Vztah lékaře a pacienta je velice organickým procesem, který se neustále vyvíjí a proměňuje. Stejně jako lidská duše obecně. Je dokázáno, že při správném navázání vztahu mezi pacientem a lékařem bývá léčba efektivnější.

Honzák (2017) uvádí, že při každé léčbě má být navázán terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem, protože když je pacient bezpodmínečně přijímán, je zvýšená tvorba oxytocinu („hormon lásky“) a pacient je i více motivován směrem k léčbě a vlastnímu uzdravení se, jelikož si sám vypracuje emočně korektivní zkušenost.



Navázání správného vztahu mezi lékařem a pacientem je velice důležité, vzhledem k tomu, jak křehké vztahy dokážou být. Lékař drží v ruce „porcelánovou vázu, která se může kdykoliv rozbít“, jelikož k němu přichází člověk s nemocí. Křehký člověk, jenž se objevil v bezmocné situaci polapen mnoha pocity. Na tento fakt se medicína musí zaměřit. Je důležité vidět člověka jako člověka, nejen jako nemoc a diagnózu. Už jen díky tomu, že navázání správného terapeutického, v tomto smyslu jinými slovy léčebného, vztahu mezi lékařem a pacientem je samo o sobě tou správnou medikací. Správným faktorem, který může velice progresivně posunout celou léčbu (už jen kvůli tomu, že pacient dodržuje léčebný proces a lékařův předpis). U správně navozeného vztahu hraje významnou roli empatická komunikace a holistický pohled na člověka (Ptáček et al., 2015).

### 3.2.1 Proměnné negativně ovlivňující vztah lékař a pacient

Na vztah lékař a pacient musíme také nahlédnout ze strany, kdy může být terapeutický vztah ohrožen. Po lékaři se od široké společnosti vyžaduje, aby byl **expertem ve všech směrech**, nikoliv jen v té medicínské sféře. Aby rozuměl všemu, co pacient explicitně vyjadřuje i co implicitně projevuje. Na lékaře je velký tlak v tom, aby se se udrželi v rámci možností ve světovém pokroku, zároveň také, aby se lékaři, jež vystudovali medicínu v devadesátých letech 21. století v poznacích nových technologiích vyrovnali těm, kteří vystudovali medicínu nedávno. To znamená obrovský tlak a stres, který může vést buď k drobným chybám a k neempatickému chování (Ptáček et al., 2015).

Také se musíme zmínit o tom, kdy jsou lékaři pod tlakem **stížností** ze strany **pacientů**. Statistiky říkají, že se v roce 2005 v České republice, zvedly od roku 2003 stížnosti na lékaře skoro o 25 %, přestože podle odborníků tyto stížnosti ze strany pacientů nebyly zcela oprávněné. Byly zde stížnosti na chování lékařů, konkrétně na bezcitné chování a na odbornou nepřipravenost. Zároveň byla v ČR také založena Asociace pro medicínské právo a bioetiku na obranu lékařů (Petrášová, 2005).

Vyústěním přehnaných nároků na odbornost lékařů může být tzv. **burnout syndrom**, což bychom také mohli nazvat jako syndrom vyhoření, který se projevuje jak psychickým (hlavně emocionálním), tak fyzickým vyčerpáním. Charakteristickým znakem burnoutu je značné zvýšení míry cynismu, depresivity a letargie. Člověk ztrácí vlastní zaujetí pro povolání a klesá zde určitá efektivita ve výkonu. Znamky lékaře, jenž je ve fázi vyhoření, můžou být znát v tom, že lékař předepisuje mnohem více medikací, prodlužuje si přestávky v pracovní době nebo pracovní dobu výrazně zkracuje. Řešením burnoutu může být

uvědomění si, proč lékař toto povolání dělá nebo jiný motivačně burcující faktor. V nejhorším případě se lékař svého povolání vzdá nebo syndrom vyhoření neřeší a pracuje dál neefektivně (Aten et al., 2020; Ptáček et al., 2015).

### 3.3 Komunikace v medicíně

Komunikace v medicíně je stejně důležitá jako komunikace v každodenním životě. Podstatou lidské komunikace je **dorozumět se** a případně pozměnit svoje vnitřní nastavení, **obohatit se o nové poznatky** z okolí a **najít nové poznatky sama v sobě**. Určité formy komunikace nám pomáhají zpracovat vlastní emoce a zároveň pomoci zpracovat emoce druhým lidem okolo nás (takovým formám říkáme *intrapersonální* a *interpersonální*) (Vybíral, 2005). Dle Tubbsa (1991) je komunikace proces mezilidského vytváření významu, ať už mezi jedním nebo více jedinci.

Ptáček a kolektiv (2011) tvrdí, že je komunikace **klinickým nástrojem**, který je nezbytnou komponentou klinické kompetence lékaře, protože se vyšetření zakládají převážně na tom, jak člověk komunikuje. Zároveň také tvrdí, že je komunikace sérií dovedností, které se člověk dokáže naučit a **není jen vrozenou vlohou** a že je nutné, aby tato komponenta byla vyučována stejně jako vyšetření pacienta.

*„Je mylné předpokládat, že lékař má schopnost empaticky komunikovat se svými pacienty nebo že tuto schopnost získá během lékařské praxe“* (Ptáček et al., 2011, 41).

V rámci medicíny musíme rozeznávat stejnou vahou **nonverbální** i **verbální fluenci**. Non-verbální z hlediska vyjadřování nevyjádřených emocí pacienta a verbální velice vysokou naslouchavou formou, otevřeně, bez jakýchkoliv uzavřených scénářů tak, aby pacient mohl vyjádřit veškeré své tenze, které v sobě chová. V lékařství se nejvíce snažíme dosáhnout tzv. **compliance**, kdy se vyhoví požadavkům obou stran. Přirozeně by ji měl určovat lékař, ale měl by brát ohledy na pacienta a jeho potřeby (Vymětal, 2003).

Pro příklad v roce 2015 byl medicínským koncilium v Indii zaveden program pro budoucí lékaře *Attitude and communication (AETCOM)*, v českém překladu přístup a komunikace, který byl později v roce 2018 rozšířen o etickou složku: *Attitude, communication and ethics*. Studenti medicíny se zde učí komunikovat s pacienty empatickým přístupem a je dokázáno, že v praxi jsou úspěšnější než studenti bez tohoto modulu. Je důležité, aby se studenti učili komunikovat empaticky, i přes časové indispozice. Empatická komunikace je důležitá pro

sdělování závažných diagnóz i pro banální informace. Měla by být bezpodmínečná. (D'souza et al., 2019; Ptáček et al., 2011).

### 3.3.1 Typy komunikace mezi lékařem a pacientem

Každý člověk komunikuje dle jeho vlastních nejvyšších morálních uvážení a možností. Ve společnosti je komunikace prostředkem lidské socializace. Rozebereme dva modely, které jsou v medicíně nejvíce užívané, a to **paternalistický a partnerský model**. Také se v této části kapitoly zmíníme o **nenásilné komunikaci Rossenberga**.

**Paternalistický model** je tradičním modelem, který se řídí direktivním procesem, kdy je lékař v roli otce (*pater*) a pacient je jeho dítětem. Tento přístup je víceméně veden pouze lékařem a není zde téměř žádný dialog. Lékař dává příkazy a pacient má poslouchat. Je zde také přítomen věcný, racionální přístup. V podstatě bychom nad paternalistickým přístupem mohli přemýšlet jako nad opakem empatického přístupu. Zde je pacient pouze zájmem lékařské péče, nikoliv lidské péče. Na druhou stranu z etického hlediska zde neprobíhá problematika autenticity, jako v modelu partnerském (Vymětal, 2003; Vácha, Königová & Mauer, 2012).

**Partnerský model** je novějším modelem, a zároveň budoucností, který se řídí nedirektivním přístupem, kdy je vztah mezi lékařem a pacientem vyrovnaný. Je zde přítomna významná empatická složka v komunikaci, která vede k vědomým i nevědomým terapeutickým tendencím. Tvrdí se, že tento model je pro současný svět stěžejní, už jen díky tomu, že se zde kombinují prvky z východních přístupů, které mají holistický směr (Vymětal, 2003; Vácha, Königová & Mauer, 2012).

#### Nenásilná komunikace

*„Nenásilná komunikace nám pomáhá navázat kontakt s ostatními lidmi i se sebou samými způsobem, který rozvíjí naši přirozenou schopnost vcítit se“* (Rosenberg, 2008, 26).

Nenásilná komunikace je koncept komunikace, se kterým přišel roku 2008 Rosenberg, jenž byl přímým žákem Carla R. Rogerse. Tento koncept zakládá převážně na tom, že člověk komunikuje empaticky, dává svému pacientovi prostor a zároveň na aktivním naslouchání a ideální volbě slov. V rámci medicíny by se dalo říct, že je to **aktivně zaměřená a naslouchavá forma komunikace na pacienta**, která je vytyčena pro přítomný okamžik (Ptáček et al., 2015).

Sám Rosenberg (2008) tvrdí, že člověk vskutku nepotřebuje žádné vzdělání, aby mohl vést nenásilnou komunikaci na hluboké úrovni a následně ji rozvíjet, stačí se držet jejich základních pravidel. Jediným faktorem, který se zde nachází, je vnitřní motiv, jenž jako jediný vede k empatické komunikaci a k vlastnímu sebepochopení. Proces nenásilné komunikace se skládá ze čtyř složek: z pozorování, pocitů, potřeb a prosby. S tím, že pomocí prvních třech složek zjistíme aktuální situaci a prosbou zjistíme, co by člověka, na kterého uplatňujeme tuto formu komunikace, obohatilo. Také vytyčil faktory, které jednoznačně zastavují (blokují) vcítění se a empatickou spolupráci, a to moralizování, srovnávání a odmítání odpovědnosti.

### 3.4 Empatický lékař

Je poněkud těžké vytvořit jakýsi typ ideální osobnosti lékaře, vzhledem k tomu, že by se jeho osobnost měla **adaptovat na** jednotlivého **pacienta**, kde hraje vysoký význam samotná empatická složka. Medicína má explicitní i implicitní pravidla ve vztahu lékař-pacient. Lékař by měl být profesionálem ve své profesi, přitom by měl být především lidskou osobností (Honzák, 2017).

Pro pacienta je beze sporu významné, aby jej lékař pochopil a projevil mu zájem o jeho osobnost. **Empatičtí lékaři** také vykazují nejvíce **pozitivních výsledků**, co se týče léčby. Lékař by měl vzít na vědomí nejen pacientovu diagnózu, ale také celou jeho osobnost, jak se projevuje, co od něj v mezilidském rozměru potřebuje. Je hodně důležité si uvědomit podstatu své moci, jelikož mnohdy jen správné působení lékaře může být tou nejsprávnější medikací. Pacient jde k lékaři nejen kvůli tomu, aby dostal správnou medikaci, ale aby mu mimo jiné byla podána útěcha a podpora. Lékař by měl umožnit pacientovi prožít emoce, vyjádřit obavy a směřovat je správným směrem (Ptáček et al., 2015).

Je důležité, aby lékař sám dokázal rozpoznat hranici mezi empatií a sympatií, aby nedocházelo k tzv. terapeutické horlivosti, což můžeme také nazvat jako jakousi nevědomost o tom, že pacient nemusí jednat dle našich rad a že jsou terapeutické možnosti mnohdy omezené (Smith, 1983). V tomto hledisku na danou problematiku můžeme nahlížet i z perspektivy sebepoznání, kdy jedinec, jenž si uvědomuje sám sebe a vlastní nedostatky, jedná přiměřeně a má předpoklad ke správné sebeprojekci, dokáže vidět správně sebe i vlastní cíle. Také má další předpoklad k odhadnutí druhých osobností tak, jak jsou, nedělá si domněnky a nevytváří rychlé úsudky. Nechává si tzv. otevřenou hlavu zkušenostem. Sebeznalý jedinec se také učí ze svých chyb, protože si je sám reflektuje a dokáže vnímat

i negativní stranu věci. Má ucelený sebeobraz, který dokáže využívat jak v dalším seberozvoji, tak ve vytváření vztahů s druhými lidmi (Štěpaník, 2003).

*“Není v silách lékaře zvládnout každou situaci dokonale medicínsky, ale vždy by ji měl zvládnout psychologicky“* (Vondráček, 1975 in Ptáček et al., 2015, 67).

### 3.5 Role pacienta

Lidská povaha je **vysoce individuální**. Každý klient či pacient potřebuje jiný přístup a kdokoliv, kdo je na straně pomáhajícího, musí své pohnutky směřovat k osobnosti člověka, jenž stojí před ním. Na jednoho člověka zabere to, že mu lékař správně vysvětlí medikaci, na druhého zase to, že jej třeba jen vyslechne a tu pozornost tímto způsobem pacientovi věnuje. Opět uvádíme tvrzení, u kterého se domníváme, že by mohlo být použitelné v jakékoliv pomáhající profesi, i přestože je mířeno na čistě terapeutickou praxi: *“Proces psychoterapie, jak jsme ho poznali z přístupu zaměřeného na klienta, je jedinečná a dynamická zkušenost, u každého člověka odlišná, přesto však vykazuje zákonitost a řád udivující svou obecností“* (Rogers, 2015, 92).

#### **Problémový pacient**

Honzák (2017) uvádí několik typů **problematických pacientů**, např. hypersenzitivního, rozhořčeného, agresivního, pasivně agresivního. Jeho rozdělení je vysoce přínosné, ale mnohem více jsou přínosné jeho myšlenky, které mají danou problematiku řešit. Popisuje trpělivost lékaře a to, že lékař nemůže soudit. Lékař by se měl snažit vykomunikovat veškeré problémy s pacientem a sám si uvědomit vlastní vnitřní pochody. Měl by si uvědomit vlastní agresi, špatně mířené pohnutky, či vlastní problémy, jež si případně do pacienta projektuje nebo naopak pacient do něj. Řešit pacienta s klidem, udržet si vlastní hranice a vyrovnat se s náročností situace, do které jej pacient svým chováním dostal.

Na problematiku problémových pacientů můžeme nahlížet i z hlediska *attachmentu*, kdy je nutné vytvořit bezpečnou vazbu mezi matkou a dítětem. Pokud lékař poskytne pacientovi stejný prostor „v rámci teorie attachmentu“ a pokusí se vytvořit jakýsi bezpečný kruh mezi ním a pacientem, tak v podstatě proběhne emočně korektivní zkušenost. A byť je vazba uměle vytvořená, má stejný hormonální vliv (hojná tvorba oxytocinu a endorfinu) jako vytvoření vazby v dětství. Dalo by se říci, že je to cesta, jak překonat ty nejproblematičtější pacienty, jen je důležité si tato fakta uvědomit a dále s nimi pracovat (Honzák, 2017; Bowlby, 2010).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

# 4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, VÝZKUMNÉ CÍLE, OTÁZKY

V této kapitole se zaměříme na popis výzkumného problému, výzkumných cílů a otázek.

## 4.1 Vymezení výzkumného problému a argumentace k jeho zkoumání

Empatie je sama o sobě velice důležitým prvkem pro utváření dobrých vztahů člověka ve společnosti. Po podrobném prozkoumání dosavadních poznatků můžeme říct, že je empatie svou podstatou jedním z největších ukazatelů lidskosti.

Zaměřené studie poukazují na to, že jedinci, jež svým jednáním prokazují vyšší úroveň empatického chování, které nepochybně přímo úměrně souvisí s vyšší emoční inteligencí, jsou úspěšnější a hlavně spokojenější ve svém životě. Jsou úspěšnější jak ve tvorbě zdravých vztahů v rámci interpersonální reakce, tak už v počátečním vytváření důvěrných rozhovorů. Také nesmíme opomenout složku vnímání vlastních emocí a rozpoznávání vhodného chování ke vztahu k druhým lidem na základech vlastní introspekce, což samo o sobě k empatické reakci vede, jelikož člověk nachází pochopení pro emoce druhého.

V předkládané práci se snažíme o propojení těchto poznatků s medicínskou praxí. Empatie jako taková je nezbytně důležitá pro běžný život, avšak v medicíně je o to důležitější. Zásadním argumentem je zde predikce altruistického chování lékaře k pacientovi, které by bezvýhradně mělo vést k empatickému jednání lékaře. Domníváme se, že je beze sporů jedním z postulátů bezpodmínečnosti a všudypřítomnosti empatie. V případě medicíny a medicínském procesu samotném studie dokazují, že empatická léčba je mnohem úspěšnější už jen kvůli tomu, že je empatickým jednáním navázán důvěrný vztah mezi lékařem a pacientem, což je samo o sobě léčebným efektem a progresí. Díky tomu je přítomna, jak tvorba pozitivních hormonů, tak i vytváření důvěry samotné, která vede např. k pacientově plnění povinností při procesu léčby a zároveň pacient dostane větší možnost instrukce k léčbě lépe pochopit.

Výzkumným problémem předkládané práce je realita důležitosti empatie u lékaře v praxi. Jak lékaři reálně nahlíží na empatii v léčbě, jak pacienta vnímají a zda empatii jako takovou opravdu váží hodnotově výš.

Rozvoj poznatků o důležitosti empatie u lékařů může být nápomocný v realizaci dalšího výzkumu díky explorativní formě výzkumné části práce.

## 4.2 Výzkumné cíle

Formulace výzkumných cílů byla vytvořena převážně z výše zmíněné argumentace.

**Hlavním výzkumným cílem** je zjištění názorů lékařů na důležitost empatie v medicínském procesu.

**Vedlejším výzkumným cílem** je zmapování názoru na využitelnost potenciálního rozšíření praktického ukotvení empatie a empatické komunikace v rámci studia medicíny.

## 4.3 Výzkumné otázky

Po dlouhém zvažování stanovených cílů došlo k formulaci třech výzkumných otázek, které znějí následovně:

### **Výzkumná otázka č. 1: Jak vnímají lékaři empatii?**

U této otázky zkoumáme, jak lékaři vnímají empatii v praxi a snažíme se o zmapování všech aspektů, které k empatii v medicínském procesu vedou a těch aspektů, které jí můžou bránit a empatický proces zastavovat.

### **Výzkumná otázka č. 2: Jak je důležitá empatie v léčebném procesu z pohledu lékaře?**

U této otázky zkoumáme, jak lékaři vnímají důležitost empatie v léčebném procesu. Jak vypadá empatická léčba a jaký má vliv na zdraví pacienta.

### **Výzkumná otázka č. 3: Jaká je role sebepoznání ve vztahu k empatii u lékaře?**

U této otázky zkoumáme, jakou roli hraje sebepoznání lékaře ve vztahu k empatii. Tato otázka je položena z důvodu druhého vedlejšího cíle a potenciálního pokračování v následujícím výzkumu.



## 5 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor předložené práce se skládá čistě jen z lékařské populace. V České republice máme dle České lékařské komory 42 012 lékařů. V akutní péči (lůžkové) je 21 193 lékařů a v nelůžkové péči je 19 389 lékařů (Bošková, 2019).

### 5.1 Způsob výběru vzorku z populace

Respondenti byli osloveni na základě namixování **příležitostného** a **záměrného výběru**. Příležitostný výběr je charakteristický tím, že se do souboru vezme ten, kdo je právě v tu chvíli k dispozici a je ochoten data poskytnout. Díky záměrném výběru byli vybráni jen ti respondenti, jenž odpovídali kritériím (Ferjenčík, 2000).

Vzhledem k tomu, že je lékařská populace časově velice vytížená, tak vzorek nebylo snadné sehnat, a to je dalším aspektem toho, proč jsme na příležitostný výběr přistoupili. Autorka osobně za lékaři přišla a otázala se, zda by byli ochotni poskytnout data do jejího výzkumu, s jehož cíli a náplní je důkladně seznámila. Pokud lékaři autorku přijali, domluvili se na datu a místě provedení rozhovoru. Tímto způsobem se utvořil výzkumný soubor této práce.

Z hlediska cílů a obsahu samotného výzkumu, který se zakládá převážně na heterogenním vzorku, kvůli předpokládané diverzitě názorů, se **kritérium výběru** ustálilo na dva body. Prvním bodem je, že každý respondent musel být lékař s vysokoškolským titulem MUDr., popř. s vysokoškolským titulem MDDr. a druhým bodem, že každý lékař pracovat v přímém kontaktu s pacienty. Druhým bodem se vyloučili všichni možní lékaři, kteří nepracují v přímém kontaktu s pacientem.

### 5.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří 10 lékařů, 8 žen a 2 muži. Všichni respondenti jsou českého původu a doposud pracují v lékařské praxi. Věk respondentů se pohybuje od 28 do 60 let.

Ani jeden lékař záměrně není ze stejného pracoviště, jelikož vzhledem k obsahu výzkumu není vědomě zachována homogenita skupiny z hlediska specializace lékařů. Obsah výzkumu si zakládá na různorodosti názorů lékařů, a proto je zachována heterogenní povaha skupiny.

**Tabulka 1: Výzkumný soubor**

| <b>Respondent</b> | <b>Pohlaví</b> | <b>Věk</b> | <b>Specializace</b>                         | <b>Doba praxe</b> | <b>Kraj působení</b> |
|-------------------|----------------|------------|---|-------------------|----------------------|
| <b>1</b>          | Muž            | 60         | Stomatologie,<br>stomatochirurgie           | 35 let            | Zlínský              |
| <b>2</b>          | Žena           | 51         | Dermatovenerologie                          | 26 let            | Olomoucký            |
| <b>3</b>          | Žena           | 30         | Dětské praktické<br>lékařství               | 5 let             | Zlínský              |
| <b>4</b>          | Žena           | 33         | Anesteziologicko –<br>resuscitační oddělení | 8 let             | Středočeský          |
| <b>5</b>          | Žena           | 33         | Anesteziologicko –<br>resuscitační oddělení | 4<br>roky         | Středočeský          |
| <b>6</b>          | Žena           | 34         | Urologie                                    | 5,5 let           | Olomoucký            |
| <b>7</b>          | Muž            | 35         | Praktické lékařství<br>pro dospělé          | 10 let            | Středočeský          |
| <b>8</b>          | Žena           | 28         | Interní lékařství                           | 1 rok             | Olomoucký            |
| <b>9</b>          | Žena           | 55         | Dětské praktické<br>lékařství               | 26 let            | Zlínský              |
| <b>10</b>         | Žena           | 52         | Praktické lékařství<br>pro dospělé          | 15 let            | Středočeský<br>kraj  |

# 6 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této kapitole se zaměříme na metodologii výzkumu předložené práce.

## 6.1 Typ výzkumu

Pro účely této studie byl zvolen **kvalitativní výzkum**, který se zaměřuje hlavně na osobní zkušenosti respondentů, jejich názory a prožitky.

Hendl (2008) tvrdí, že kvalitativní výzkum je klenotem díky jeho možnosti jít v tématu do hloubky a nebýt nucen mapovat pouze povrchová témata. Výzkumník tak získává bohatou složku informací, které jsou osobní a vztahují se ke zkoumanému tématu či více zkoumaným tématům.

Dle Creswella (1998 in Hendl, 2008) je kvalitativní výzkum procesem hledání porozumění mezi jednotlivými tématy založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného lidského nebo sociálního problému.

Jako konkrétní metoda je zvolena **tematická analýza**. Tematická analýza je jedna z nejstarších metod obsahové analýzy, která analyzuje témata, jež se vztahují k výzkumným otázkám napříč výzkumnými daty. Nemá žádný ustálený proces. Výzkumník opakovaně pročítá data, pracuje s otevřeným kódováním, kategoriemi a z deskripce pak interpretuje témata, a tím odpovídá na výzkumné otázky. Tematická analýza může být jak esenciální, realistickou, tak kontextuální metodou. Může být přirovnána k fenomenologické analýze nebo zakotvené teorii, s rozdílem toho, že nemá předepsaný žádný předem existující rámec a nechává výzkumníka dojít k tématům napříč daty (Braun & Clarke, 2006). Fine (2002) říká, že výzkumník dostává jakousi příležitost vlastního hlasu a vyjádření, protože není svázaný žádnými aspekty, které má např. zakotvená teorie nebo fenomenologická analýza (IPA). Také vyjadřuje to, že výzkumník svým editováním a opakovaným čtením dat dává tematické analýze hranice a strukturu.

## 6.2 Metoda získávání dat

Metodou získávání dat byl zvolen osobní **polostrukturovaný rozhovor**, který se vyznačuje tím, že má předem určené schéma, podle kterého se výzkumník následně dotazuje

respondenta. Avšak u polostrukturovaného rozhovoru, na rozdíl od strukturovaného dotazníku, je možné, aby se dotazující doptal na otázky, které mu v tu chvíli přijdou zajímavé anebo nesou energii, která je pro výzkum jakýmkoliv způsobem podstatná (Miovský, 2006).

Po seznámení s etickou stranou výzkumu byli respondenti v důvěrné a uvolněné atmosféře empaticky vedeni k tomu, aby byli co nejvíce otevření a upřímní. Aby se zaměřili na reálnou podstatu empatie v lékařské praxi, mluvili přímo o ní a nebáli se vyjádřit jakoukoli myšlenku, byť by měla být i negativní. Nejkratší rozhovor trval 40 minut a nejdelší hodinu a půl. V rozhovorech se povedlo jít do hloubky, kterou kvalitativní, konkrétně tematická analýza potřebuje.

Sběr všech dat proběhl od 5. února do 15. února 2020. Všechny rozhovory proběhly v klidném prostředí bez rušivých vlivů. Byly provedeny buď u respondentů doma nebo u nich v ordinaci bez přítomnosti jiných osob. Rozhovory byly nahrávány a fixovány na mobilní telefon. Autorka je následně sama přepsala do písemné formy.

**Hlavní mapovaná témata** v polostrukturovaném rozhovoru jsou následující.

- **Empatie**

Tento okruh zjišťuje, jak je pro lékaře důležitá empatie v praxi. Jaké jsou limity empatického přístupu a jak vypadá empatický přístup lékaře v praxi.

- **Medicínská praxe**

Tento okruh zjišťoval nejméně informací, ale za to informace poměrně důležité. Byla zde mimo jiné položena otázka: „Kolik máte v průměru času na pacienta?“. Tento okruh mapuje možnost negativního působení na empatii v medicínském procesu.

- **Sebereflexe lékaře**

Tento okruh je věnován hlavně pro třetí výzkumnou otázku, která se váže k druhému vedlejšímu cíli. Je čistě zjišťovací a předpokládáme, že v souhrnu témat vyplývajících z tematické analýzy, může být postulátem pro další výzkum.

- **Humanizace medicíny**

Do tohoto okruhu otázek byly zakomponovány jak otázky na alternativní a východní medicínu, tak na humanizaci celkově. Vycházíme z předpokladu, že alternativní léčba hojně

užívá empatický přístup v rámci holistických teorií a lidé, kteří uznávají tyto principy jsou i více otevření novým věcem.

Schéma celého polostrukturovaného rozhovoru je v příloze č. 2.

### 6.3 Proces fixace a analýzy dat

Prvním bodem analýzy dat byl již samotný přepis **polostrukturovaných rozhovorů**. Autorka se snažila o co nejpřesnější přepis z **audionahrávek** na mobilní telefon, aby rozhovory neztratily svou kvalitu a rozsah. Také však pracovala se svým **dojmem pozorovatele**, což je pro kvalitativní analýzu další často opomíjenou kvalitou.

Dalším krokem analýzy bylo **otevřené kódování** veškerých dat. V této části proběhlo nalezení základních záchytných bodů v rozhovorech. Pro příklad můžeme uvést kódy jako jsou „trpělivost, pochopení, nacítní se na pacienta, a další“. Následně autorka vytvořila **velké kategorie**, které pojmenovala jako „Empatický proces v medicíně“, „Empatie a její vliv na léčebný proces“, „Empatický přístup a jeho limity“ a „Empatický lékař“. Z práce s těmito kategoriemi (a opakovaného čtení rozhovorů) následně **vyplynula hlavní témata**. Vzhledem k cílům práce se autorka rozhodla pro co nejširší analýzu, která bude popisovat empatii a její důležitost u lékařů z několika stran a aspektů. V analýze byla přítomna snaha o co největší logické odvození od obecného ke konkrétnímu a celkovou provázanost témat. Analýza začíná pohledy lékařů na důležitost empatie a končí nastíněním pohledů lékařů na humanizaci medicíny.

### 6.4 Etické aspekty výzkumu

Všichni respondenti **byli seznámeni s podstatou výzkumu**, jeho cíli a postupy. Byli informováni také o tom, že mohou výzkum kdykoliv opustit a že jejich data nebudou zveřejněna, pokud nebudou chtít. Byli také srozuměni s **anonymizací získaných dat** a jejich využití pouze k účelům této bakalářské práce a zároveň byly zodpovězeny všechny jejich dotazy, které se výzkumu týkaly. Avšak vzhledem k tomu, že zkoumané téma není svou podstatou citlivé, **žádný respondent z výzkumu neodstoupil**.

Všichni lékaři ve výzkumném souboru podepsali informovaný souhlas s účastí ve výzkumu, který zároveň také obsahoval svolení nahrávání průběh rozhovoru na mobilní telefon. Respondentům bylo řečeno, že rozhovor bude smazán ihned po jeho transkripci, aby došlo,

co k největší, již výše zmíněné, anonymizaci dat. Autorka si není vědoma žádného etického pochybení. Vzor informovaného souhlasu bude vložen do přílohy č. 3.

# 7 VÝSLEDKY

V této části předkládané práce se dostáváme k její hlavní podstatě. Deskripci dat, která byla sledována v průběhu analýzy rozhovorů.

Zde si popíšeme detaily výsledků procesu kódování a utváření kategorií. Následně přejdeme na opakované vzorce, které utváří hlavní témata v celém souboru analyzovaných dat. Část hlavních témat stojí na stejné úrovni jako odpovědi na výzkumné otázky, na které budeme reagovat až v úplně poslední části výsledků analýzy.

## 7.1 Výsledky kódování a utváření kategorií

V následující podkapitole budou popsány kódy a kategorie, které z analýzy vplynuly. Tato část byla důležitá pro zmapování hlavních témat, která jsou pro výzkumnou část stěžejní. Pro lepší orientaci v textu jsou použity schémata kategorií pomocí diagramů a následné příklady kódování, které jsou uvedeny v tabulkách. Tabulky pokaždé obsahují příklad z textu, konkrétní slovní spojení a jim přiřazený kód.

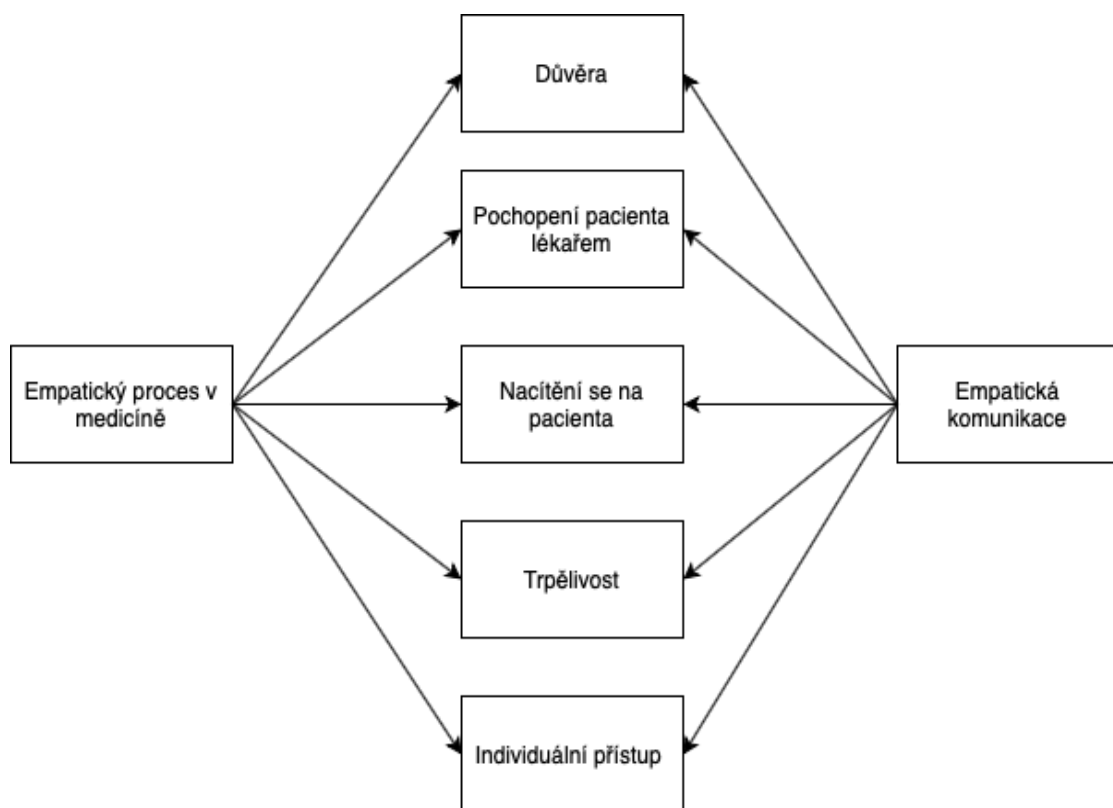
Vzhledem k výzkumnému problému, který se týká zmapování důležitosti empatie a důležitosti empatického chování u lékařů je v přední řadě pozorována samotná empatie. V tomto kroku vplynuly pomocí otevřeného kódování kódy, které pod empatii jako takovou spadají. Tímto krokem nám vznikly **čtyři kategorie**, které si podrobněji přiblížíme na následujících stranách:

1. **Empatický proces v medicíně**
2. **Empatie a její vliv na léčebný proces**
3. **Empatický přístup a jeho limity**
4. **Empatický lékař**

## Empatický proces v medicíně

Empatickým procesem je myšleno všechno chování, které můžeme definovat jako empatické. Z kódování vyplynulo, že empatický proces v medicíně je ekvivalentem empatické komunikace. Tím pádem můžeme říct, že je klíčové, jakým způsobem lékař s pacientem komunikuje, protože se domníváme, že empatie skutečně proudí skrz komunikaci. Následující schéma nám pro lepší přehlednost poskytuje všechny kódy, které se objevily v kategorii „Empatický proces v medicíně“.

**Diagram 1.: Empatický proces v medicíně**





**Tabulka 2: Příklady kódování I**

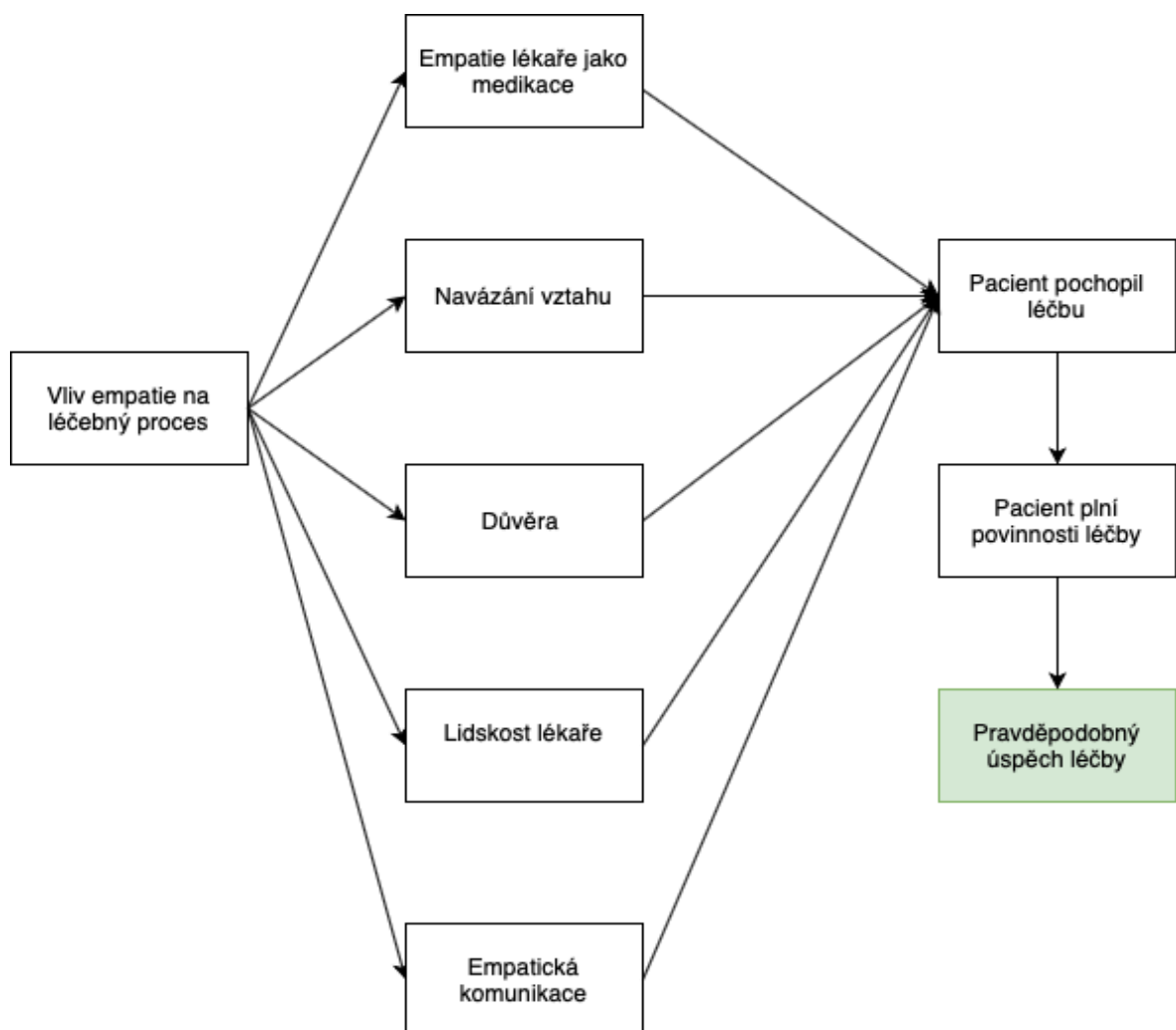
| Výpovědi respondentů   | Význam slovního spojení   | Kód  |
|--|---|--|
| <p>„Snažím se být prostě trpělivá se staršími pacienty. Chápat, že jim všechno nejde tak snadno, že si hůř pamatují, že se svlíkají delší dobu a že jim všechno trvá delší dobu. Stejně jako u matek s malými dětmi se snažím pochopit, že mají o to dítě strach a potom reagují třeba zbytečně přecitlivěle.“</p> | <p><b>trpělivá se staršími pacienty</b></p> <p><b>se snažím pochopit starší pacienti a matky – rozdílnosti pacientů</b></p> | <p><b>Pochopení</b></p> <p><b>Trpělivost</b></p> <p><b>Nacítění se na pacienta</b></p> <p><b>Individuální přístup</b></p>              |
| <p>„Ano, snažím se vcítit se do jejich role „ležáků“ a chovat a mluvit na ně tak, jak bych chtěla, aby bylo mluveno se mnou, popovídáme si s nimi o jejich zájmech, řeknu jim i něco o sobě...“</p>  | <p><b>snaží se vcítit do role „ležáků“</b></p> <p><b>chovat a mluvit tak, jak bych chtěla, aby bylo mluveno se mnou</b></p> | <p><b>Nacítění se na pacienta</b></p> <p><b>Pochopení pacienta lékařem</b></p>   |
| <p>„Teď jsem měla pacientku, která je onkologicky nemocná... tak jsem jí začala vysvětlovat, jak to onemocnění probíhá, jak jej léčíme a tak... a</p>  | <p><b>tak jí začala vysvětlovat lidem začnou povídat a je tam empatie extrémně důležitá</b></p>                             | <p><b>Individuální přístup</b></p> <p><b>Nacítění se na pacienta</b></p> <p><b>Důvěra</b></p> <p><b>Pochopení pacienta lékařem</b></p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p><i>řekla jsem jí, že ty zánětlivé parametry klesají a ona se toho chytla a řekla, že se to vlastně dá léčit... a pak teda odešla, relativně zdravá a s nadějí. Je to hrozně zajímavé... že jak tam ti lidi jsou, tak začnou hodně povídat a je tam ta empatie extrémně důležitá.“</i></p>                     |  |  |
| <p><i>„Snažím se vcítit do potřeb pacienta, vyslechnout je. Často mi vyšetření zabere trojnásobek času než kolegům. Ne proto, že bych déle vyšetřovala, ale proto, že s pacienty rozmlouvám, snažím se přijít na to, kde je podstata jejich potíží (protože často to není urologická příčina, ale jiná)“</i></p> | <p><b>snažím se vcítit,<br/>vyslechnout je<br/>vyšetření zabere<br/>trojnásobek času<br/>snažím se přijít na to, kde<br/>je podstata</b></p> | <p><b>Nacítění se na pacienta</b><br/><b>Trpělivost</b><br/><b>Individuální přístup</b><br/><b>Pochopení</b></p> |

## Empatie a její vliv na léčebný proces

Ve této kategorii jsme kódovali všechna data nesoucí kontext empatie a jejího vlivu na léčebný proces. V tomto bodě můžeme vidět kódy, jenž vypovídají o značné úspěšnosti léčby při přítomnosti empatického procesu. Musíme však uvážit fakt, že máme pouze malý rozsah souboru lékařů a že zcela důvěřujeme jejich výpovědím. Následující schéma nám pro lepší přehlednost poskytuje všechny kódy, které se objevily v kategorii „*Empatie a její vliv na léčebný proces*“.

**Diagram 2.: *Empatie a její vliv na léčebný proces***



**Tabulka 3: Příklady kódování II**

| Výpovědi respondentů   | Význam slovního spojení  | Kód  |
|--|--|--|
| <p>„Určitě, protože navázání vztahu je důležité v tom, kdy ten člověk má brát určitou medikaci a je důležité, aby poslouchal lékaře. Když tam ta důvěra není, tak člověk medikaci nebere a pak ani ta léčba nemůže být dobrá. Jakmile je tam důvěra, tak je z části skoro hotova. Velmi podstatná funkce empatie.“</p> | <p><b>navázání vztahu je důležité</b></p> <p><b>jakmile je tam důvěra, tak je z části skoro hotovo</b></p> <p><b>velmi podstatná funkce empatie</b></p> <p><b>když není důvěra, léčba není úspěšná</b></p> | <p><b>Navázání vztahu</b></p> <p><b>Důvěra</b></p> <p><b>Lidskost lékaře</b></p> |
| <p>„Komunikace je hlavně o empatii. Spousta případů zkolabuje na špatné komunikaci, protože když je to dobře vysvětlené, tak mnohdy člověk může udělat nějakou blbost, ale když je to dobře vysvětlené a je to správně vykomunikováno, tak je léčba úspěšná.“</p>  | <p><b>komunikace je hlavně o empatii</b></p> <p><b>léčba je úspěšná, když je to správně vykomunikováno</b></p>   | <p><b>Empatická komunikace</b></p>   |
| <p>„S empatií je léčba hodnotnější. Člověk líp spolupracuje. Ale jsou dva typy lidí... lidi, kteří chtějí komunikovat a lidi kteří si vyloženě přijdou pro medikaci. Ale většinou mám pocit, že i když lidi přijdou</p>  | <p><b>s empatií je léčba hodnotnější</b></p> <p><b>člověk líp spolupracuje komunikovat</b></p> <p><b>když mají čas léčbu vysvětlit, tak to pacient chápe a snaží se</b></p>                                | <p><b>Empatická komunikace</b></p>   |

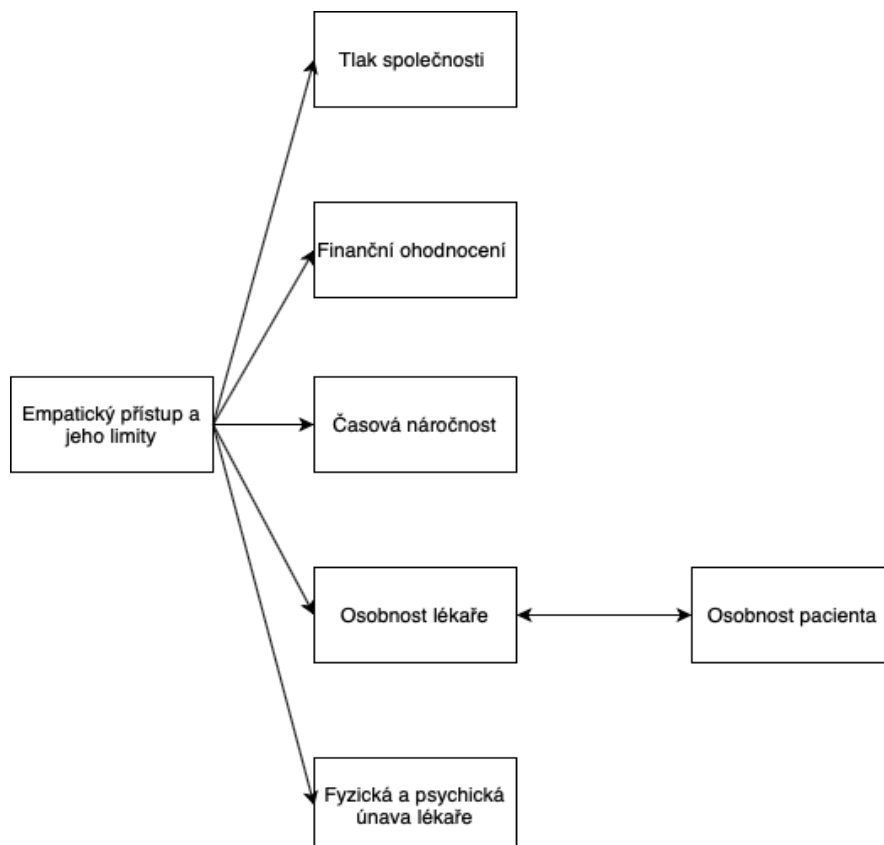
|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><i>s hotovou věcí a člověk má čas jim to vysvětlit, proč to děláme tak a tak, tak většinou odchází s tím, že to chápe a ví, jak se v průběhu léčby má chovat a snaží se.“</i></p>   |   |   |
| <p><i>„Je tam, myslím si, jedna zásadní věc... pacient se může vztekat, může být agresivní... anebo prostě jen být vyloženě hnusný na doktora a když si to ten doktor uvědomí, že ten pacient vlastně není v tu chvíli úplně svéprávný. Je frustrovaný, úzkostný, tak to jde mimo něj a lékaře se to nedotýká, tím pádem s ním může lépe pracovat. A když toto klapne dohromady a lékař si empatii zachová, tak je to víceméně ideální vazba. Protože mnohdy, když i lékař udělá nějakou chybu a je tam bezpečná vazba, (a každé občas udělá chybu) tak mu to nedají tak moc sežrat a ten pacient je potom hodnější a léčba může, i přesto pokračovat a je úspěšná.“</i></p> | <p><b>pacient je frustrovaný a úzkostný, ale lékaře se to nedotýká a tím pádem s ním může lépe pracovat, když toto klapne dohromady a lékař si empatii zachová, tak je to víceméně ideální vazba a léčba může pokračovat a je úspěšná</b></p> | <p><b>Empatická komunikace</b><br/><b>Navázání vztahu</b><br/><b>Důvěra</b><br/><b>Empatie lékaře jako medikace</b></p> |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>„Určitě ano, protože když je člověk empatický, tak má léčba znatelně lepší průběh a lidé lépe berou medikaci např. a tak. Léčba je účinnější, když člověk spolupracuje, a to nastane jen z hlediska empatie.“</p> | <p><b>když je člověk empatický, tak má léčba znatelně lepší průběh</b></p> <p><b>lidé lépe berou medikaci spolupracuje</b></p> <p><b>léčba je účinnější</b></p> | <p><b>Empatická komunikace</b></p> <p><b>Empatie lékaře jako medikace</b></p> <p><b>Důvěra</b></p> <p><b>Navázání vztahu</b></p> |
|--|---|--|

### Empatický přístup a jeho limity

Dalšími sledovanými a následně analyzovanými daty jsou veškerá data obsahující kontext empatického přístupu a jeho limitů. Zajímalo nás, zda vůbec nějaké limity lékaři vnímají a jak intenzivně tyto limity empatického přístupu vnímají. Základním předpokladem je fakt, že je lékař pouze člověkem stejně jako jeho pacient. Někteří lékaři žádné limity nevnímají. Následující schéma nám pro lepší přehlednost poskytuje všechny kódy, které se objevily v kategorii „Empatický přístup a jeho limity“.

**Diagram 3.: Empatický přístup a jeho limity**



**Tabulka 4: Příklady kódování III**

| Výpovědi respondentů  | Význam slovního spojení  | Kód  |
|---|--|--|
| <p>„U postižených lidí nebo u malých dětí. Tam někdy může být člověk empatický, jak chce, ale někdy to prostě nejde díky nespolupráci. Někdy také empatický přístup spotřebuje příliš času, který se nedostává a když víte, že v čekárně sedí 10-12 lidí a vy napotřetí empaticky něco vysvětlujete, tak to občas drhne a je to časově náročnější. Aby člověk dokázal vysvětlit něco empaticky a člověk to správně pochopil.“</p> | <p><b>u postižených lidí nebo malých dětí to občas prostě nejde také empatický přístup spotřebuje příliš času když v čekárně sedí 10-12 lidí a ona napotřetí něco empaticky vysvětluje, tak to občas drhne</b></p> | <p><b>Osobnost pacienta</b><br/><b>Osobnost lékaře</b><br/><b>Časová náročnost</b><br/><b>Fyzická a psychická únava lékaře</b></p> |
| <p>„Podle mě to končí u toho, kdy ten člověk se nechová ke mně dobře nebo mnou třeba opovrhne nebo dává najevo svoji nadřazenost. Nespolupracuje, nesouhlasí. V tento moment empatie končí.“</p>  | <p><b>končí u toho, kdy jí pacient opovrhne nebo dává najevo svou nadřazenost</b></p>  | <p><b>Osobnost lékaře ve střetu s osobností pacienta</b></p>   |
| <p>„Nastavení z dřívějšíka. Každý má svého doktora... a mnohdy chodí k lékaři lidi, kteří jsou naprosto zdraví a jen léčebného</p>  | <p><b>lidi, kteří jsou zdraví jdou k lékaři</b><br/><b>pak je člověk unavený a je to těžké</b></p>   | <p><b>Zneužívání systému pacienty</b><br/><b>Psychická i fyzická únava lékaře</b></p>  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p><i>procesu zneužívají. Třeba lidi přijdou na pohotovost s třítydenním problémem a pak jsou lékaři v situaci, kdy musí řešit i tady tohle... a je tam mnohem více lidí, než by mělo být. Lidi jsou pak víc protivní – empatie je složitější a není na ni ani čas. Pak je člověk unavený a je to těžké... lékaři jsou taky jenom lidi.“</i></p> | <p><b>není na ni čas</b></p>   | <p><b>Časová náročnost</b></p>   |
| <p><i>„To, že pacienti jdou do hrozně osobní roviny a mnohdy je to nepříjemné, takže se to snažím držet na rovině pacienta. Tady jsou pro mě limity, jinak limity asi nevidím.“</i></p>  | <p><b>osobní rovina</b><br/><b>jinak limity asi nevidí</b></p>   | <p><b>Osobnost lékaře</b><br/><b>Bez limitů</b></p>                                    |
| <p><i>„Žádné limity mě nenapadají.“</i></p>  | <p><b>žádné limity ji nenapadají</b></p>   | <p><b>Bez limitů</b></p>   |
| <p><i>„Limity nastaví přístup a odpovědi pacienta, časová náročnost a mimo jiné také individualita každého zdravotníka.“</i></p>   | <p><b>přístup pacienta</b><br/><b>odpovědi pacienta</b><br/><b>časová náročnost</b><br/><b>individualita zdravotníka</b></p> | <p><b>Osobnost pacienta</b><br/><b>Časová náročnost</b><br/><b>Osobnost lékaře</b></p> |
| <p><i>„Člověk jede jen za hranice, např. do Německa, kde má lékař dvojnásobný plat a dvojnásobně méně práce. To je potom prostoru</i></p>  | <p><b>v Německu má dvojnásobný plat a dvojnásobně méně práce</b></p>   | <p><b>Finanční ohodnocení</b></p>  |

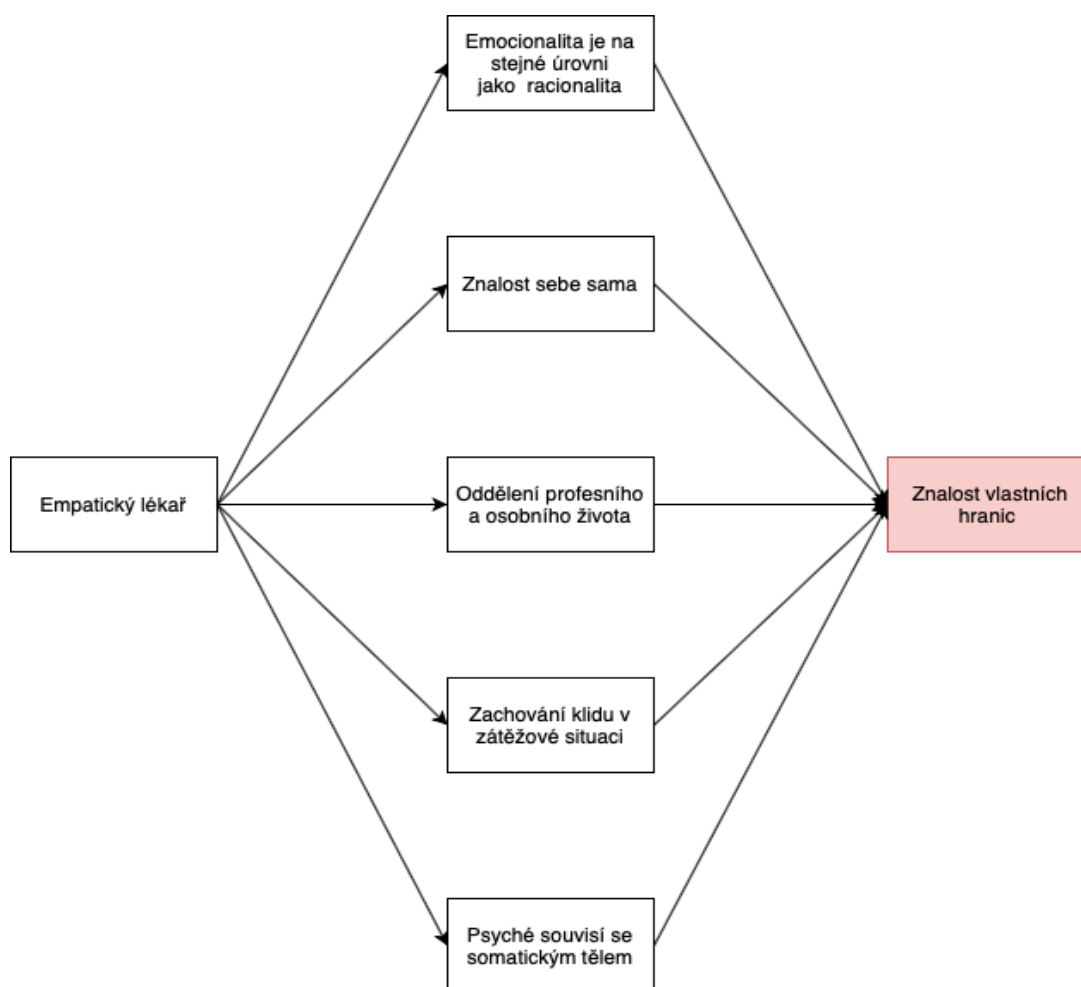


|                                 |  |  |
|---------------------------------|--|--|
| na empatické vnímání<br>hodně.“ |  |  |
|---------------------------------|--|--|

### Empatický lékař

V této kategorii byly analyzovány všechny znaky, které vedou k charakteristice empatického lékaře. Je těžké určit ideální osobnost lékaře, na to se tato práce ani svou podstatou nezaměřuje, avšak když se u lékaře prokázaly následující vlastnosti, které jsme v našem případě kódovali, byla z pohledu lékaře léčba úspěšnější a lékař empatii v léčbě užíval bezpodmínečně. Kódy v kategorii empatický lékař směřují k jednomu z hlavních témat, znalost vlastních hranic, kterým se budeme zabývat v další části analýzy dat, a to v mapování hlavních témat. Všechny výše zmíněné aspekty nám shrnuje následující diagram.

**Diagram 4.: Empatický lékař**



**Tabulka 5: Příklady kódování IV**

| Výpovědi respondentů  | Význam slovního spojení   | Kód  |
|---|---|--|
| <p>„Řekla bych, že jsem racionálně emocionální typ. V určitých věcech jsem silně emocionální, v určitých zase silně racionální. Je fakt, že když jde do tuhého, tak si řeknu, že se nesmím složit a snažím se to jakýmkoliv způsobem vyřešit. A musím zachovat chladnou hlavu, jinak tomu pacientovi nepomůžu vůbec... Většinou poznám, kdy už jde do tuhého a začínám to řešit brzy, aby to nedošlo do té největší krize.“</p> | <p><b>racionálně emocionální typ</b></p> <p><b>řekne si, že se nesmí složit a musí těžkou situaci vyřešit</b></p> <p><b>většinou poznám, kdy už jde do tuhého a začíná to řešit</b></p> | <p><b>Racionalita je na stejné úrovni jako emocionalita</b></p> <p><b>Zachování klidu v zátěžové situaci</b></p> <p><b>Znalost sebe sama</b></p> |
| <p>„Hmmm. To je velice těžká otázka. Asi bych se ale popsala jako člověk, kterej stejnou měrou cítí emoce a vlastní myšlenky. Jsem klid'as, ale nepřipadám si jako úplně vyrovnaný člověk, protože emoce cítím opravdu hodně. Je důležité zachovat si profesionální poker face a vlastní emoce si nechat na doma. Nedokážu říct,</p>  | <p><b>člověk, který cítí stejnou mírou emoce i myšlenky</b></p> <p><b>je klid'as</b></p> <p><b>nedokáže říct, zda zná sama sebe, ale nakonec tvrdí, že asi jo</b></p>                   | <p><b>Racionalita je na stejné úrovni jako emocionalita</b></p> <p><b>Zachování klidu v zátěžové situaci</b></p> <p><b>Znalost sama sebe</b></p> |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p><i>zda znám sama sebe, ale asi jo. Asi se znám dost. “</i></p>   |   |  |
| <p><i>„Emoce na mě nejsou často vidět. Myslím si, že i v zátěžových situacích působím jako klidný a vyrovnaný člověk. Uvnitř vždy emoci pojmenuji, uvědomím si, kde ji v těle cítím a pokud to situace dovolí, snažím se ji procítit každou buňkou těla. To je ideál. Pokud bude krizová situace, emoce přicházejí, ale kontrolu má raciono.“</i></p> | <p><b>uvnitř emoce pojmenuje, procítí, uvědomí si emoce přicházejí, ale kontrolu má raciono působí jako klidný a vyrovnaný člověk</b></p> | <p><b>Racionalita je na stejné úrovni jako emocionalita</b></p> <p><b>Zachování klidu v zátěžové situaci</b></p> |
| <p><i>„Doufám, že jsem někde na pomezí. Nebo nejlépe kombinace obou typů. I o smrti lze informovat empaticky. Aneb říct a říct je rozdíl. Asi se dokonce i sama jako empatická osobnost vnímám, ale také znám vlastní hranice a to, kam můžu a nemůžu zajít.“</i></p>   | <p><b>kombinace obou typů</b></p>   | <p><b>Racionalita je na stejné úrovni jako emocionalita</b></p>  |

Proces kódování byl stěžejní pro vytvoření a zmapování hlavních témat. Po tomto procesu byly rozhovory znova přečteny a v analýze se pokračovalo dál.

## 7.2 Hlavní témata vyplývající z analýzy

V této části si popíšeme jednotlivá témata, která se v průběhu analýzy objevila. Pro výzkumnou část jsou témata klíčová. Prostupují napříč všemi rozhovory a zároveň v sobě nesou opakující se vzorce, které výzkumníka dovedou k tomu, aby nad nimi přemýšlel a následně je rozebral.

Po analýze dat vzniklo 5 hlavních témat a 5 subtémat. Některá z nich byla sloučena dohromady, jelikož spolu úzce souvisela nebo byla vytvořena subtémata.

**Tabulka 6: Hlavní témata a subtémata**

| <i>Číslo tématu</i> | <i>Téma</i>  | <i>Subtéma</i>                                       |
|---------------------|--|--|
| 1                   | <b>Důležitost empatické komunikace</b>                               | Urychlení léčebného procesu                          |
| 2                   | <b>Nedostatek času v medicínském procesu</b>                         | Zneužívání zdravotnického systému pacienty           |
| 3                   | <b>Řešení problematického pacienta empatickým přístupem</b>          | Znalost sama sebe<br>Vymezení osobních hranic lékaře |
| 4                   | <b>Nedostatečná příprava na medicínskou praxi ze studia medicíny</b> | Model empatické komunikace pro studenty medicíny     |
| 5                   | <b>Humanizace medicíny</b>   | -  |

V následujících řádcích budeme interpretovat hlavní témata a subtémata, která z analýzy vyplynula. Pro lepší odlišení vybraných výpovědí jednotlivých respondentů použijeme písmo v *kurzívě*. Autorčin text bude také obsahovat **ztučněná klíčová slova** pro zvýšenou přehlednost s ohledem na vysoký obsah informací.

## 7.2.1 Důležitost empatické komunikace

Prvním pojmenovaným tématem je „Důležitost empatické komunikace“. Všichni respondenti vyjádřili názor, že je **empatie bezpodmínečně důležitá** pro rozvoj vztahu lékař a pacient i pro následující indikaci léčby. Jako identifikované subtéma je „Urychlení léčebného procesu“, které dokazuje, že léčba s empatií probíhá lépe než bez ní a její proces je rychlejší.

*„Vzhledem k tomu, že mám pod sebou další lékaře, sedm mladých lékařů, kteří tam nastoupili, pracovali a já je mohl srovnávat. Byli tam lidé, kteří nebyli úplně na vrcholku, co se týče současných dovedností, ale byli empatictí, uměli komunikovat, byli oblíbení... byli nádherní lékaři. Jedna z těch paní doktorek byla skvělým odborníkem, řekl bych, že byla až vědeckým typem. [...] Neznám lepšího zubaře a tou komunikací si to vlastně kazila, jelikož jí ti pacienti neměli rádi... a já s ní to téma navázal sám. Protože když člověk dokáže navázat tu nit s pacientem, tak je léčba hned úspěšnější... každé je jiné, a když máte ten dar její odhadnout, tak máte v podstatě ze 70 % vyhráno a ona, kdyby se přetrhla, tak se s nima bavila víceméně na úrovni dospělého a dospělého. A jí to bránilo v tom, aby mohla pracovat empaticky, protože se jí ty věci dotýkaly na příliš osobní úrovni a nedokázala vytvořit bezpečnou vazbu a bezpečné prostředí“ (Respondent 1).*

Samotná empatie hraje pro respondenty **velkou roli**. Respondent 1 vyjádřil, že je léčba bez empatie a priori horší nehledě na to, jak velkým odborníkem lékař ve své profesi je. Z analyzovaných dat vyplývá, že je navázání empatické komunikace klíčové pro **vytvoření bezpečné vazby** mezi lékařem a pacientem a lékař se tak stává formou medikace.

Respondentka 10 empatickou komunikaci zhodnotila slovy: *„Myslím, že jsem se narodila s velmi vyvinutou empatií a cestou životem jsem ji rozvíjela. Stejně jako empatickou komunikací. Pro mne je empatie nedílnou součástí mého každodenního života osobního i pracovního. Bez ní si svůj život neumím představit.“* U takového jedince jako je respondentka 10 v podstatě neexistuje jiná možnost chování, než je to empatické.

Je však na místě také zmínit názor, že se stává, že přijde k lékaři pacient, který jde záměrně jen pro medikaci, a empatie zde není vyloženě nutná. Na druhou stranu i přes tady tento úsudek, který vyslovila Respondentka 3, můžeme podotknout, že empatický přístup léčbu minimálně navodí lehčí atmosféru a bude příjemně jak pacientovi, tak lékaři. Pacient neutrpí trauma z léčebného procesu a lékař se nevystaví nežádanému konfliktu. Respondentka 8 se k tématu vyjádřila slovy: *„Empatie se hodí vždy.“*

Respondentky 4, 5, 9 tvrdily, že by se **mnoho problémů pacienta vyřešilo** jen tím, kdyby **lékař více naslouchal** slovům, které pacient říká, ale zároveň podotkly, že na empatii mnohdy není čas a tlak ze společnosti je občas neúnosný. Podobnost názoru pravděpodobně můžeme přirovnat k tomu, že Respondentka 4 a Respondentka 5 pracují na oddělení ARO a mají stejnou specializaci.

### **Urychlení léčebného procesu**

Všichni respondenti vyslovili názor, že je **léčba** mnohem **účinnější s empatií** než bez ní. Pravděpodobně je tato teze zapříčiněná tím, že **pacient lépe spolupracuje**, když je mezi ním a lékařem vytvořen **důvěrný vztah**, který má progresivní tendenci. Pacient pak lékaře bere vážně, vyslechne jeho rady a přistoupí k léčbě zodpovědněji.

*„Léčba je hodnotnější. Člověk líp spolupracuje. [...] Když má člověk čas jim to vysvětlit, proč to děláme tak a tak, tak většinou odchází s tím, že to chápe a ví, jak se v průběhu léčby má chovat a snaží se. Pak je i ta léčba účinnější, protože jim člověk empaticky věnoval pozornost. Je to lepší ve všem“* (Respondentka 3).

Dotazovaní lékaři potvrdili domněnku, že se pacientovi musí všechno **důkladně vysvětlit**, jelikož je informací o léčbě povětšinou spousta a tyto informace jsou pro pacienta často obtížné na pochopení. Není výjimkou situace, kdy pacienti neužívají medikace správně nebo je neužívají vůbec, když není empatie přítomna a důvěrný vztah mezi pacientem a lékařem nevznikl. Za takové podmínky je jasné, že léčba nemůže být úspěšná, protože ze strany pacienta nevznikla a reálně neexistuje.

*„Určitě, protože ta důvěra, je důležitá v tom, kdy ten člověk má brát určitou medikaci a je důležité, aby poslouchal lékaře. Když tam ta důvěra není, tak člověk medikaci nebere a pak ani ta léčba nemůže být dobrá. Jakmile je tam důvěra, tak je z části skoro hotovo“* (Respondentka 8).

Mimo jiné musíme vzít také v úvahu **vyváženost empatické komunikace s odborností lékaře**. Je důležité, aby lékař zůstal lidskou bytostí, ale stejně tak je důležité, aby na pacientův problém nahlížel i okem profesionála. To je ideální stav, který progresivně vede k úspěšnosti léčby.

*„Empatii vnímám jako pomocný faktor léčby, ale zaručeně nemůže nahradit lékařské postupy. Obojí musí fungovat zároveň a pak je stav ideální.“* (Respondent 7)

Je zjevné, že subtéma „Urychlení léčebného procesu“ úzce souvisí se samotným tématem „Důležitost empatické komunikace“. Jakmile je přítomna empatická komunikace a empatický přístup obecně, tak je **léčba**, dle výpovědí respondentů, **urychlena**.

### 7.2.2 Nedostatek času v medicínském procesu

Následující pojmenované téma je „Nedostatek času v medicínském procesu“. Domníváme se, že je toto téma možným negativním fenoménem v medicíně. Na nedostatek času si stěžovali všichni lékaři napříč rozhovory. Byla vyslovena idea, že není čas na vyšetření a administraci, natož na empatický proces, který si vezme víc času než jen „obyčejná“ medicínská diagnostika. Zjištěným subtématem je v tomto případě „Zneužívání léčby pacienty“. Rozhovory se infiltuje tato varující myšlenka dotazovaných lékařů, u které se domníváme, že má vliv na nedostatek času v medicínském procesu.

**Empatie** v medicínském procesu **zabere více času**, protože předpokládá, že lékař bude více citlivý k prožívání pacienta, který je ve velké části případů vyděšen vlastním zdravotním stavem a nachází se ve stavu bezmoci z nemoci, bude mu všechno dopodrobna vysvětlovat a jeho čas mu věnuje.

*„Často mi vyšetření zabere trojnásobek času než kolegům. Ne proto, že bych déle vyšetřovala, ale proto, že s pacienty rozmlouvám, snažím se přijít na to, kde je podstata jejich potíží (protože často to není urologická příčina, ale jiná). Zatím je to tolerováno, ale do budoucna je to asi neudržitelné, protože já si opravdu na pacienty dělám čas, ale ten čas mi pak chybí jinde. Budu muset vymyslet nějaké řešení, abych si empatický přístup mohla zachovat i nadále.“* (Respondentka 6)

Respondentka 2 si stěžovala na to, že musí vykazovat mnohem více pacientů, než by měla. Tvrdila, že je to z důvodu vlastní obživy a financí, protože působí ve vlastní praxi a pro pojišťovnu vykazuje skoro až trojnásobný počet. Stejný případ byl i u Respondentky 9, 3 a Respondenta 7. Kvantita by neměla přehlušovat kvalitu, ale bohužel se tomu tak v realitě děje a dle výpovědi respondentů jsou **lékaři nuceni brát více pacientů, než jsou schopni zvládnout**.

Dotazovaní lékaři vyjádřili, že kdyby měli více času, tak by byla situace v medicíně hodnotnější a lepší.

Pro zajímavost uvádíme **průměrný čas vyšetření**, který vyplynul z rozhovorů. Počítáme veškerý čas, který stráví lékař s pacientem (dle výpovědi dotazovaných lékařů se pojišťovna domnívá, že je průměrný čas vyšetření 20 minut). Pro větší přehlednost jsou tyto časy uvedeny v tabulce.

**Tabulka 7: Doba vyšetření lékařem**

| <b>Respondent</b> | <b>Doba vyšetření</b>   | <b>Ambulantní lékař</b> |
|-------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>1</b>          | proměnlivá<br>(zubař)   | Ano                     |
| <b>2</b>          | 6 minut                 | Ano                     |
| <b>3</b>          | 10 minut                | Ano                     |
| <b>4</b>          | 5 až 60 minut           | Ne                      |
| <b>5</b>          | 2 až 45 minut           | Ne                      |
| <b>6</b>          | 60 minut                | Ano                     |
| <b>7</b>          | 10 minut                | Ano                     |
| <b>8</b>          | proměnlivá<br>(interna) | Ne                      |
| <b>9</b>          | 10 minut                | Ano                     |
| <b>10</b>         | 20 minut                | Ano                     |

### **Zneužívání zdravotnického systému pacienty**

„Zneužívání zdravotnického systému pacienty“ je subtématem, které nás vede k úvaze, proč je v medicíně málo času. Léčba je pro všechny obyvatelé České republiky volně dostupná. Z rozhovorů vyplývá, že **každý má svého lékaře** a mnoho lidí dochází ke specializovanému lékaři s nulovými příznaky. Tímto chováním tak berou lékařův čas pro podrobnější vyšetření ostatních pacientů, kteří mohou mít opravdové potíže. Konkrétní specializace z našeho vzorku, která je tímto projevem postižena nejvíce, je zmiňovaná interní medicína a pohotovost.



*„Každý má svého doktora... a mnohdy chodí k lékaři lidi, kteří jsou naprosto zdraví a jen léčebného procesu zneužívají. Třeba lidi přijdou na pohotovost s třítydenním problémem a pak jsou lékaři v situaci, kdy musí řešit i tady tohle... a je tam mnohem více lidí, než by mělo být. Lidi jsou pak víc protivní – empatie je složitější a není na ni ani čas. Pak je člověk unavený a je to těžké... lékaři jsou taky jenom lidi.“ (Respondentka 3)*

Respondentka 8 pronesla podobný názor jako Respondentka 3, že na pohotovost mnohdy přijde člověk, který opravdu není v ohrožení života nebo nemá žádný větší zdravotní problém a zabírá tím prostor pro pacienty, kteří mají velký reálný zdravotní problém. Často se také stává (byť to z jejich strany není oprávněné), že si tito lidé na lékaře stěžují, protože jimi nejsou upřednostněni a místo nich jsou upřednostněni lidé, kteří závažný zdravotní problém mají.

### **7.2.3 Řešení problematického pacienta empatickým přístupem**

Dalším z pojmenovaných témat je „Řešení problematického pacienta empatickým přístupem“. Jako v každém mezilidském vztahu, tak i **ve vztahu lékař a pacient** se občas vyskytují **konfliktní situace**. Může to být vyvoláno přístupem pacienta, přístupem lékaře, oboustrannou únavou nebo dokonce jen pouhou neshodou rolí mezi lékařem a pacientem. Aspektů je v tomto případě hodně. Pro zachování empatického přístupu v medicíně je podstatné, aby lékař zvládl i problémového pacienta, udržel si odstup a neidentifikoval se s ním. Identifikovaná subtémata jsou v tomto tématu dvě: „Znalost sebe sama“ a „Vymezení vlastních hranic“. Níže podrobně projdeme hlavní téma i obě subtémata.

Toto téma je uvedeno jako třetí z prostého důvodu. Abychom mohli popsat, jak lékař reaguje empaticky i v zátěžové situaci, museli jsme si vykreslit důležitost komunikace, která funguje mnohem lépe díky vytvoření důvěrného vztahu mezi lékařem a pacientem. Také jsme si museli vyobrazit i velký negativní fenomén, který medicínu provádí, nedostatek času a zneužívání léčby pacienty.

Lékaři jsou denně vystavováni tlaku ze společnosti, kdy společnost očekává, že lékař okamžitě uzdraví pacientův zdravotní problém téměř bez žádného procesu. Bez jeho vlastní snahy. V tuto chvíli nastává situace, kdy lékař musí pacientovi vysvětlit, proč je důležité léčbu dodržet a jak má léčba vypadat, aby byla úspěšná. Tímto přístupem pacienta motivuje k tomu, aby léčbu dodržoval a sám v sobě podnítil svůj vlastní motiv, vlastní smysl. V tuto chvíli čas od času dochází ke střetu rolí. Pacient může být tvrdohlavý nebo nemusí léčbu správně chápat.

Téměř všichni respondenti až na Respondentku č. 3 pronesli názor, že **je důležité zachovat si klidnou hlavu**. Nenechat se smést pacientovou úzkostí, která může pramenit už jen z toho, že pacient musí vůbec k lékaři dojít, může mít strach. A jak pronesl Respondent 1: „*Úzkost a agrese sedí na stejné větvi.*“ Pacient se mnohdy agresivním chováním jen brání a projektuje tak vlastní obavy na lékaře.

Možným řešením problematického pacienta, které vyplývá z rozhovorů, je naslouchat pacientovi, opakovaně mu vysvětlit průběh léčby a uklidnit jeho projev. Utěšit úzkost, obavu, která z jeho chování pramení.

*„Snažím se ho uklidnit po dobrém, nemá smysl s ním být na jedné vlně, nabídnout řešení a zklidnit ho“* (Respondentka 5).

Podobný přístup zvolila i Respondentka 2.

*„Ale většinou, když je člověk klidnej a všechno jim hezky vysvětlí, tak to z nich spadne, protože to je většinou jen jejich nervozita“* (Respondentka 2).

### **Znalost sebe sama a vymezení vlastních hranic**

Tato subtémata míří na osobnosti lékařů. Z rozhovorů vyplývá, že **znalost sama sebe** pomáhá lékařům **odhadnout vlastní hranice**. Dotazovaní lékaři si mnohem více uvědomují, co zvládnou a co už ne. Také lépe komunikují s pacientem a když přijde problémová situace, tak jsou schopni pacienta ustát s nadhledem a nestaví sama sebe do ještě více konfliktní situace.

Respondent 1 o této problematice hovořil jako o vztahu dospělý – dospělý, který dle něj není funkční, protože se lékaře agrese pacienta může více dotknout. Tvrdil, že člověk musí znát své hranice, aby nebyl příliš vztahovačný.

*„Pacient je tam dost často ve stavu ponížení, bolesti, sám neví, co bude, tak se některý tento stav překloupí do té agrese a občas, kdyby lékař se choval k pacientovi jako dospělý s dospělým, tak se jej to hodně dotkne“* (Respondent 1).

Respondent 1 vnímá komunikaci lékaře a pacienta spíše paternalisticky, kde převyšuje hlas lékaře. Avšak musíme podotknout, že zároveň používá empatický přístup, takže je rovnováha mezi pacientem a lékařem zachována. Paternalistický přístup používá pro uvědomění si situace, ve které se ve vztahu lékaře a pacienta nachází, a vytvoření vlastních hranic, aby mohl i nadále empaticky pracovat.

Respondentka 2 o znalosti sama sebe z počátku pochybovala, avšak po chvíli usoudila, že sama sebe a své limity zná. Začala hovořit o tom, že je pro ni velice důležité vlastní hranice používat, protože je mnohdy počtem pacientů za den přetížena. Vytvoření jasných hranic použije u pacienta, který je proti ní verbálně agresivní. Tvrdí, že v tomto jediném případě mu hranice ukáže, zvedne hlas a požádá ho, aby se zklidnil. Jakmile se pacient zklidní pokračuje i nadále v empatickém přístupu a komunikuje klidným a vyrovnaným hlasem. Pokud se i přes tuto snahu nezlepší, pacienta požádá, aby si našel jiného lékaře, který bude schopen mu pomoci lépe než ona. Sama sebe označila jako racionálně emocionální typ.

Respondentka 4 sama sebe ihned označila jako empatickou osobnost, která zná své hranice a meze. Tvrdí, že je pro ni velice důležité znát sama sebe pro to, aby byla schopna komunikovat empaticky s pacientem. Říkala, že se lépe dokáže nacítit na jeho osobnost a emoce. Vymezení jejich hranic spočívá v tom, že je pacientovi schopna říct, jaký je postup, když nebude spolupracovat a nebude se snažit i přestože se k němu staví empaticky a citlivě. Sama sebe označila na pomezí racionálního a emocionálního typu.

Respondentka 5 se snaží pacienta uklidnit po dobrém, vysvětlit mu, jaká je situace a proč se mu nepříjemné pocity dějí. Vnímá vlastní hranice, když cítí, že je na ni zátěžových situací příliš. Zachová v zátěžové situaci klidnou hlavu, ale pak ji musí filtrovat kolegům nebo manželovi doma, aby ji zcela zpracovala. Sama sebe označila za racionální typ v práci a za emocionální typ v domácím prostředí.

Respondentka 6 tvrdila, že je nezbytně důležité znát sama sebe, aby mohl být vztah lékaře a pacienta ideální. Vlastní hranice pocituje v tom, že dokáže oddělit pracovní a osobní život, zachovat „profesionální tvář“. V zátěžové situaci jedná s klidem a snaží se zjistit, co stojí za agresí pacienta a jaká je jeho skrytá potřeba. Snaží se pracovat sama se sebou, aby dosahovala lepších výsledků ve svém poslání. Sama sebe označila jako racionální typ v práci a za emocionální typ v soukromí.

Respondent 7 parafrázoval Radkina Honzáka: „*Lidi nejsou racionem, co má emoce, ale emoce, co mají racion.*“ Popisoval, že je důležité mít vlastní hranice, aby se to jej samotného příliš nedotýkalo na osobní úrovni a aby nedošlo k tomu, že jej situace pohltí a on vyhoří. K pacientovi se vždy snaží chovat shovívavě a ukázat mu, že je lepší cestou řešit těžké situace s klidem. Sám sebe označil jako emocionálně racionální typ.

Respondentka 8 nejvíce pocítuje své hranice, když jde pacient v konverzaci do příliš osobní úrovně, která se vztahuje k její osobě. To se pak snaží ovládnout konverzaci a nasměrovat ji zpátky na pacienta. V tu chvíli je pro ni důležité zachovat si hranice, aby mohla být empatická, a přitom nevytvářela vztah na příliš osobní úrovni. Také popisovala, že je důležité, aby člověk znal sám sebe, protože mu to otevře více pohledů a bude mít mnohem méně předem vytvořeného úsudku. Sama sebe označila jako racionální osobnost postavenou na emocionálním základu.

Respondentka 10 vyjádřila, že jsou pro ni hranice velice podstatné, protože se jako empatická osobnost narodila a cestou životem empatii rozvíjela. Tím pádem je na některé věci citlivější a musí si dávat pozor na to, aby měla v zátěžových situacích odstup. Podstata sebepoznání je pro ni velice důležitá, protože úzce souvisí s vytvářením hranic. Popisovala to jako „co ještě unesu a co už ne“. Stejný přístup užívá i u pacientů, protože se jí tak lépe daří rozeznávat, co od léčby vyžadují a jak budou reagovat na podněty z její strany. Vždy se snaží jednat s klidem. Sama sebe označila jako emocionálně racionální osobnost.

Respondentky 3 a 9 se značně odlišovaly osobnostním nastavením od ostatních respondentů. V následujících dvou odstavcích můžeme vidět, jak se jejich názory na empatii liší už jen tím, že sama sebe hodnotily jen jako racionální osobnosti. Všichni předešní respondenti sama sebe hodnotili jako emocionálně racionální osobnosti a jejich vztah k empatii směřuje kladným směrem. Zároveň také v konfliktní situaci jednali s klidem, snažili se pacientovi ukázat cestu přes jejich problém, nešli do konfrontace, a i přesto všechno byli i nadále empatičtí.

Respondentka 3 se od ostatních respondentů odlišovala větší měrou. Sama o sobě řekla, že dostatečně nezná sama sebe a má s vyjadřováním vlastních emocí problém. Také přiznala, že nezvládá zátěžové situace a má tendenci jít do konfrontace s pacientem. Agresivní pacienty popisovala jako lidi, co si jí neváží a nevidí její hodnotu. Potkala se již s několika stížnostmi ze strany pacientů a jejich rodičů. Sama sebe označila za čistě racionální osobnost, která má tendenci nad vším moc přemýšlet.

Respondentka 9 tvrdí, že si myslí, že není důležité znát sama sebe, aby se člověk dokázal chovat empaticky. V průběhu rozhovoru bylo cítit, že je vůči empatii skeptická a že si myslí, že nemá takovou váhu jako správná diagnóza, což je pouze úsudek výzkumnice. Přesto však tvrdila, že je empatie v léčbě důležitá. U problémových pacientů má potřebu ukázat vlastní autoritu. Označila sama sebe jako čistě racionální osobnost.

## 7.2.4 Nedostatečná příprava na medicínskou praxi ze studia medicíny

Dalším z identifikovaných témat je „Nedostatečná příprava na medicínskou praxi ze studia medicíny“. Toto téma nás vede k úvaze o obsahu studia medicíny. Studium medicíny je bez dlouhých úvah jedno z nejtěžších studií vůbec. Studium medicíny obsahuje stovky až tisíce přečtených stránek v učebnicích a jak už i sami dotazovaní lékaři zmiňovali, chronický stres. **Centrálním rysem** tohoto tématu je **sjednocený souhlas** dotazovaných, že **na praxi ze studia medicíny nebyli připraveni**, protože dle jejich výpovědí jen teorie a pár týdnů praxí na oddělení nestačí. Někteří z nich po nástupu do praxe nevěděli, jak se v určitých situacích k pacientovi postavit a jak s ním komunikovat, vyjednat podmínky léčby atd. Pojmenovaným subtématem je „Model empatické komunikace pro studenty medicíny“, protože dílčím rysem tohoto subtématu byl vyjádřený názor, že by se lékařům příprava v rámci empatické komunikace hodila a spouště z nich by tato příprava pomohla.

Pro Respondentku 4 a 5 bylo **studium na medicíně příliš rozsáhlé** a obě tvrdily, že by se některé předměty nemusely učit tak do hloubky. Každý budoucí lékař by si měl vybrat svou specializaci a té pak určitou hloubku věnovat.

Respondentka 4 zhodnotila studium na medicíně slovy:

*„Bylo velice náročné, i po psychické stránce, což by mohlo vyřešit snížení kvanta detailního učiva, jež si stejně bude každý muset dostudovat po studiu ve svém specializovaném oboru“* (Respondentka 4).

V podobném naladění povídala i Respondentka 5:

*„Studium medicíny z pohledu učení byla hrůza, dle mého názoru. Do třetíáku teoretické předměty, bez praxe. Praxe ve vyšších ročnících byla lepší, ale očekávala bych, že člověk po škole už bude něco umět... a ne jako my, co nevěděli téměř nic o běžném provozu v nemocnicích. Poslední ročník by měl být už dle mě téměř shodný s pracovním nasazením po škole. Navíc první tři ročníky by se daly o půlku zkrátit, nechápu, proč některé předměty jsou brány tak do hloubky“* (Respondentka 5).

Na otázku, zda byla Respondentka 3 připravena na praxi, odpověděla slovy:

*„Určitě ne. Myslím si, že celá teorie v podstatě zbytečná a člověk to nebere jako důležité. Celkově při té škole je to zbytečné. Je to hodně o teorii a člověk moc neví, co bude potřebovat. Zkrátila bych to na půlku. [...] Přípravu na komunikaci s pacientem bych teď ocenila, ale předtím by mě to určitě nenapadlo“* (Respondentka 3).

Z toho nám vyplývá, že by Respondentka 3 ocenila, kdyby věděla, co bude potřebovat v praxi a následně dle toho jednala ve svých studiích, což souvisí s tvrzením Respondentky 4 a 5.

Respondentka 6 vykreslovala mnohem lépe studium ve Francii, kde měla mnohem více praxe než tady v České republice. Studium ve Francii je sice postaveno na teoretických základech, ale přesto nutí budoucí lékaře přemýšlet. Respondentka 6 teď v praxi jedná velice empaticky a neustále se samo vzdělává v oblasti komunikace a alternativní medicíny, protože to vidí jako velice podstatný faktor léčby.

*„Je nutné se hodně věci učit zpaměti, přitom spousta znalostí se dá logicky odvodit, kdyby nás lékaři učili více přemýšlet a nejen memorovat. Pár světlých výjimek se našlo, ale ti pak byli znechucení, že si neumíme nic odvodit (jak asi, když nás k tomu nikdo nevedl). [...] Byla jsem dvakrát ve Francii na Erasmu. Ve Francii je studium koncipováno trochu jinak – také hodně teorie, ale již od 2. ročníku je nutí přemýšlet a dávat si dohromady souvislosti a mají rozhodně mnohem víc praxe než my! To mi přišlo mnohem lepší“ (Respondentka 6).*

### **Model empatické komunikace pro studenty medicíny**

Toto subtéma je nalezeným a možným řešením problematiky nedostatečné připravenosti na praxi. Všem respondentům byla dána otázka, zda by zpětně uvítali podobný modul při vlastním studiu. Všichni respondenti souhlasili a někteří z nich dokonce navrhovali, jak by modul měl vypadat, aby byl prospěšný a nebyl jeden z mnoha teoretických předmětů, které byly podobného rázu, ale nic si z nich neodnesli. Jmenovitě např. lékařská etika, kterou vyzvedla Respondentka 2 se slovy:

*„Byl tam nějaký předmět lékařská etika, ale na to si pamatuju jako na nějaký hrozný nesmysl, že to bylo jen takové nějaké kolokvium. Rychlovka. (smích)“ (Respondentka 2).*

Respondentka 8 je čerstvá lékařka, která dostudovala medicínu před rokem. Také tvrdila, že je teorie až přespříliš, a tento **předmět** musí být **praktický** a hodně dobře zakomponovaný. Dle jejího úsudku by studenti měli být motivováni tím, že by jim předmět potenciálně mohl v budoucnu pomoci.

*„Myslím si, že by bylo určitě super začlenit něco takového do výuky, ale myslím si, že by to muselo být vyloženě koncipované dobře, aby to nebyla ztráta času.“ (Respondentka 8).*

Respondentka 2 by tento modul dokonce ráda zavedla i jako nevolitelný, tzv. **povinný předmět**. Pokorně vyjádřila, že by i jí tento modul velice pomohl při začátcích lékařské praxe.

*„Dala bych to i jako nevolitelný předmět, aby to měli formou praktických nácviků a situací. Např. jak mluvit s nervózní matkou malého pacienta, jak mluvit s onkologickým pacientem a jiné...“* (Respondentka 2).

Respondentka 9 a Respondent 1 pronesli podobnou myšlenku, že se **empatický přístup dá stoprocentně naučit** a že by i hraná empatie (falešná empatie) mohla pacientovi pomoci.

Konkrétně Respondent 1 podotkl:

*“Myslím si, že by empatie šla naučit. A když ne na 100 %, tak aspoň na 90 %“* (Respondent 1).

Respondent 7 začal hovořit o tom, že pacient přijde a odejde, za to lékař pořád zůstává a denně řeší problémy s pacienty. Aby dokázal správně empaticky komunikovat, tak musí i nacházet odpočinek mimo práci. Vyslovil, že se domnívá, že by mladým lékařům i pomohlo, **jak zvládat** správně svůj vlastní **stres**.

Z prostudování rozhovorů vyplývá, že by takový model měl být vyloženě praktický. V podobě nácviků situací, které nejsou pro lékaře jednoduché a mladý lékař při nich může zmatkovat nebo si v nich vůbec nemusí vědět rady. To nás vede k další z úvah, že by mohlo pomoci, i kdyby byl tento předmět veden formou sebe zkušenosti, aby si lékaři možné krizové situace zkusili prožít sami na sobě. Lékaři by tuto vlastní zkušenost pak mohli volně a hojně využívat v praxi.

## **7.2.5 Humanizace medicíny**

Posledním jmenovaným tématem je „humanizace medicíny“. Humanizace neboli také zlidštění medicíny je velice sporným tématem, protože zde byly názory velice rozdílné. Většina oslovených lékařů řekla, že si myslí, že medicína dehumanizována není a že se v dnešní době všichni lékaři snaží chovat k lidem s úctou a respektem. Zatímco menšina lékařů vyjádřila názor, že medicína je i nadále dehumanizovaná a potřebuje víc lidského přístupu. V následujících řádcích si uvedeme vybrané názory lékařů na humanizaci medicíny.

První si rozebereme názory, které směřují k **humánní medicíně**.

*„Hmmm. Často pacienti požadují hlouposti a mnohdy to není úplně o té péči... ale je pravda, že já na to nahlížím z hlediska dětských pacientů a se seniory se jedná trochu jinak. A já nikdy nepracovala na oddělení, kde by byla medicína neuctivá vůči pacientům... a s některými lidmi se domluvit nejde. A v dnešní době se hodně dbá na to, aby byla kvalita vztahů dobrá. A pro obě strany je to lepší, když jsou všichni spokojeni“ (Respondentka 3).*

V tomto názoru si však můžeme všimnout, že se jedná humánně s dětmi, ale se seniory jinak. Respondentka 3 pak ještě v průběhu rozhovoru vyjádřila, že je potřeba se zaměřit na **humanizaci léčby se seniory**. Bohužel tento názor pak dále v analyzovaných datech nezazněl, tak se jím momentálně nemůžeme zabývat více.

Respondentka 2 vyjádřila, že medicína dle jejího názoru dehumanizovaná není.

*„Nemyslím si, že je dehumanizovaná. Záleží na přístupu věci a každého člověka... a naopak myslím si, že v některých oborech to vlastně není vůbec špatně, např. v urgentu, když člověk operuje a přivezou mu člověka, který není úplně ideální a je zde riziko života a smrti. Tak je to lehčí bez emočního přístupu a humanizace“ (Respondentka 2).*

Také posléze dodala, že se stoprocentně operuje lépe lékařům, kteří nejsou tak citliví jako lékaři v ambulanci.

*„Člověk nemůže přemýšlet nad tím, kolik má pacient dětí, když mu umírá pod rukama...“ (Respondentka 2).*

Respondentka 8 zase promluvila o **problematice nepřirozeného přežívání**, jelikož pracuje na oddělení interní medicíny.

*„Na kolik je empatické nechat člověka na hadičkách, když by jinak zemřel přirozenou smrtí?“ (Respondentka 8)*

Podobný názor, který se týkal problematiky nepřirozeného přežívání, se objevil i u Respondentek 4 a 5. Podobnost názoru přikládáme jejich specializaci. Obě respondentky pracují na oddělení anesteziologické a resuscitační medicíny, kde jsou tyto případy více časté.

Respondentky 6 a 10 jako jediné promluvily o **dehumanizaci medicíny**. Udávaly to jako důsledek toho, že obě byly v poslední době v roli pacientek a viděly, jak se k nim lékaři chovali. Obě chování lékařů popisovaly jako lhostejné. Také obě vyřkly tvrzení, že kvantita



přehlušuje kvalitu a lékaři jednali tzv. „od stolu“, kdy je ani pořádně nevyšetřili a dali jim diagnózu a medikaci.

Z rozhovorů vyplývá, že medicína humánní z určité části je. Otázkou však zůstává, co můžeme udělat pro to, aby byla medicína ještě více humanizována. Je možné, aby se zvýšila lidskost mediků po zařazení specializovaného výukového modelu empatické komunikace? Tyto otázky necháváme otevřené jako námět pro další (potencionálně navazující) výzkum.

## 7.3 Odpovědi na výzkumné otázky

V následující podkapitole si odpovíme na předem vymezené otázky.

### **Výzkumná otázka č. 1: Jak je důležitá empatie z pohledu lékaře?**

Empatii téměř všichni lékaři ve výzkumném souboru hodnotili jako velice podstatnou. Lékaři považují za důležité vytvořit důvěrnou atmosféru ve vztahu lékař a pacient. Jakmile je vytvořena důvěrná atmosféra, tak se jim s pacientem mnohem lépe pracuje. Lékaři v důvěrném prostředí pacientovi vždy důkladně vysvětlí průběh léčby a nechávají mu prostor pro vyjádření jeho obav. Pacient tak dostává prostor, aby sám sebe namotivoval a léčbu plnil dle požadavků lékaře.

Empatii může zabraňovat chování problematického pacienta, lékařova únava, nedostatek času v medicíně a dalších mnoho aspektů, na které je také odpovězeno převážně v tématu „Nedostatek času v medicíně“.

Na tuto otázku mimo jiné také odpovídá celé hlavní téma s názvem „Důležitost empatické komunikace“.

### **Výzkumná otázka č. 2: Jak je důležitá empatie v léčebném procesu z pohledu lékaře?**

Stejně jako u první otázky i zde lékaři empatii hodnotili jako velice důležitou. Jakmile je přítomna empatie, tak je vytvořen důvěrný vztah mezi lékařem a pacientem a pacient lépe plní léčebné předpisy. Dle výpovědí lékařů bývá léčba s empatií úspěšnější a pacienti prokazují větší snahu a motivaci k vlastnímu uzdravení se.

Na tuto otázku odpovídá hlavní téma s názvem „Důležitost empatické komunikace“ a subtéma „Urychlení léčebného procesu“.

### **Výzkumná otázka č. 3: Jaká je role sebepoznání ve vztahu k empatii u lékaře?**

Role sebepoznání ve vztahu k empatii je zásadní ve vytvoření vlastních hranic. Dotazovaní lékaři, kteří sama sebe označili za osobnost, která zná sama sebe, prokazovali jednoznačně větší klid a empatii v zátěžové situaci než lékaři, kteří se za tuto osobnost neoznačili. Role sebepoznání je důležitá pro to, aby si lékař zachoval klidnou hlavu a empatický přístup, i přestože nastává krizová situace, kdy se objeví v konfliktní situaci s pacientem. Z názorů lékařů také vyplývá, že sebepoznání je také důležité rozvíjet, aby lékař nastavil své hranice mezi osobním a profesním životem.

Tuto otázku mimo jiné také zodpovídá hlavní téma s názvem „Řešení problematického pacienta empatickým přístupem“ a jeho subtémata „Znalost sebe sama“ a „Vymezení osobních hranic lékaře“.

## 8 DISKUZE

V následujících řádcích budeme diskutovat nad výsledky práce a nad jejími limity.

Hlavním výzkumným cílem této bakalářské práce bylo zmapovat názory lékařů na empatii. Při analýze vzniklo pět hlavních témat, které empatii popisují z mnoha úhlů pohledu. Do diskuze v následujících řádcích uvedeme všechna témata a ke každému z nich se také vyjádříme.

Prvním vzniklým tématem je „Důležitost empatické komunikace“ a jeho subtéma „Urychlení léčebného procesu“. Toto téma popisuje realitu důležitosti empatie u lékařů a její vliv na léčbu. Z analýzy vyplývá, že je pro všechny lékaře z výzkumného souboru empatie velmi důležitá. Také z ní vyplývá, že je klíčová hlavně pro vytvoření důvěrného vztahu mezi lékařem a pacientem, což dokazují i teorie Honzáka (2017), jenž tvrdí, že je důvěra pro vztah lékaře a pacienta nezbytná i z hlediska vytvoření pozitivní zpětné hormonální vazby ze strany pacienta. Ptáček a kolektiv (2015) se ve svých studiích zmiňují o tom, že už jen samotný lékař může být tou správnou medikací, protože když lékař s pacientem naváže pomocí empatického procesu důvěrný vztah, tak pacient lépe plní požadavky léčby a léčba má větší potenci být úspěšnou. Pomocí analýzy dat jsme k podobnému názoru dospěli také, jelikož dotazovaní lékaři potvrdili vyšší úspěšnost léčby při přítomnosti empatie, která ve výsledcích značně vede k navázání důvěrného vztahu mezi lékařem a pacientem. Dle názorů lékařů by měla být empatie užívána bezpodmínečně, protože je nezbytným doplňkem léčby, ba dokonce stejně důležitým terapeutickým nástrojem jako je samotná medicínská diagnostika.

Druhým vzniklým tématem je „Nedostatek času v medicíně“. Toto téma je dle názoru autorky bakalářské práce velkým negativním faktorem v empatickém přístupu a v medicíně obecně. Již při kódování bylo toto téma u všech lékařů označeno jako limit. Z analýzy vyplývá, že je empatický přístup založený na naslouchání, podrobném vysvětlení požadavků léčby pacientovi a vytvoření důvěry mezi pacientem a lékařem. Bohužel však musíme vzít na pováženou, že tento precizní přístup opravdu spotřebuje více času než pouhá diagnostika a předepsání medikace. V našem souboru se tento fenomén objevil u Respondentky 6, která vyjádřila, že jí diagnostika trvá mnohem déle než jejím kolegům (tříkrát déle). V průměrném čase by na komplexní vyšetření mělo být zhruba 20 minut, avšak realita je

naneštěstí taková, že většina lékařů zkoumaného souboru má času mnohem méně (tato tabulka průměrných časů jednotlivých vyšetření respondentů se nachází v hlavním tématu analýzy „Nedostatek času v medicíně“. Přes celkovou analýzu však zůstává otázkou, jak tuto problematiku časové nedostatečnosti řešit? Měli bychom snad navýšit počty lékařů ve zdravotnictví, přestože statistiky tvrdí, že je lékařů v České republice dost? Nebo bychom měli zavést opatření, která by zabránila lidem zneužívat zdravotnický systém, což se samo ukázalo jako zmiňované subtéma v tématu „Nedostatek času v medicíně“.

Třetím pojmenovaným tématem je „Řešení problematického pacienta“ a jeho subtémata „Znalost sama sebe“ a „Vymezení vlastních hranic“. Z teorií Daniela Golemana (1995) si můžeme vytvořit obrázek o emočně inteligentním člověku. Tento člověk umí nakládat s vlastními emocemi a umí je rozpoznat jak u sebe, tak u druhých. Z teorie Štěpánika (2003) si zase můžeme odnést, že člověk, jenž zná sám sebe, dělá mnohem méně chyb a ze svých chyb (zkušeností) se také učí. Dokáže jasněji interpretovat svůj vnitřní svět a dokáže lépe vnímat i vnitřní svět druhých lidí. Ze studie Rogerse (1959) můžeme zmínit kongruenci, která tvrdí, že člověk, jenž zná sám sebe, je ve větším spojení sám se sebou a s vlastním vnitřním světem. Tento člověk je ve větším spojení se svým reálným self a zároveň by měl mít přirozený předpoklad umění se přizpůsobit světu ostatních lidí. Tyto teorie a studie uvádíme do diskuze, protože analýza odkryla, že lékaři, kteří sama sebe hodnotili jako sebeznalou osobnost, prokazovali mnohem větší klid v práci s problematickým pacientem. Dokázali si udržet hranice a také zvládli být, i přes zátěžovou situaci, empatictí. Autorka na danou problematiku nahlíží jako na fenomén toho, že je nezbytné při empatickém procesu důkladně znát sama sebe a vlastní hranice, aby člověk sám sebe neztratil (v rámci vlastní osobnosti a identity) nebo se neztotožnil s druhou osobou a jejím problémem. Také nás analýza vede k úvaze, že je pro empatické chování podstatné, aby lékař znal své hranice, tím zabránil vlastnímu vyhoření a udržoval si tak vlastní well-being.

Čtvrtým pojmenovaným tématem je „Nedostatečná příprava na medicínskou praxi ze studia medicíny“. Všichni lékaři ze souboru vyjádřili názor, že je medicína na praxi připravit nedokázala a že by ocenili, kdyby měli více praktického zázemí již při studiích. Také vyjádřili, že absolutně vůbec nebyli připraveni na praxi z hlediska komunikace s pacienty. Autorka této práce již při rozhovorech s lékaři přemýšlela, jak tuto problematiku řešit a přišla s nápadem zavést na lékařských fakultách „model empatické komunikace“. Tento nápad se všem lékařům líbil. Vyjádřili názory, že by to mnohým budoucím lékařům pomohlo a také že by to mohlo utužit humanizaci samotné medicíny. Respondent 1 pronesl, že autorce

moc drží palce v jejím dalším bádání a výzkumu, protože by to mohlo změnit mnohé. Respondentka 6 zase vyjádřila, že autorka dle jejího názoru dělá velice podstatný výzkum pro další vývoj české medicíny. Podobný model s názvem AETCOM zavedli v Indii. Model se jim osvědčil a lékaři s tímto modelem prokazovali mnohem lepší výsledky v léčbě, než lékaři bez tohoto modelu (D'souza et al., 2019). Model empatické komunikace v medicíně vidíme jako další možný směr vědeckého bádání. V představě autorky je rozvést toto téma v diplomové práci.

Pátým a posledním pojmenovaným tématem je „humanizace medicíny“. Zde byly výpovědi respondentů velice sporné. Většina tvrdila, že medicína lidská je a že se na lidskost dbá čím dál víc. Zatímco menšina tvrdila, že medicína humánní není. Respondentky, které vypovídaly o tom, že medicína humánní není, samy byly v nedávné době pacientkami. Mluvily o tom, že se k nim lékaři nechovali hezky a jejich jednání bylo mnohdy až lhostejné. Také zmínily tzv. „jednání od stolu“, kdy lékaři neprovedli vyšetření důkladně. Domníváme se, že humanizace medicíny by mohla být samostatným tématem stejně jako téma „modelu empatické komunikace“, proto autorka doporučuje obě témata k důkladnějšímu vědeckému prozkoumání.

Limity této práce leží v rozsahu výzkumného souboru. Na druhou stranu, i když zkoumaný vzorek nebyl příliš velký a rozhodně není zobecnitelný, výsledek je zásadní. Z analýzy rozhovorů vyplývá, že je empatie pro lékaře opravdu důležitou esencí. Dle autorky by bylo vhodné soubor v příštím výzkumu rozšířit a plošně mapovat přímo jen názory na „model empatické komunikace v medicíně“.

Možným limitem tohoto výzkumu může být i povaha výzkumného vzorku. Většina lékařů, které autorka zpovídala, byli opravdu velice empatickými bytostmi, a to neumožňovalo pokrýt komplexně i negativní názor na empatii. Jediné dvě výjimky v souboru tvořily Respondentky 3 a 9, které nebyly zcela empatické jako zbytek zkoumaného souboru. Je možné, že je limitem i nemožnost ověření přítomnosti empatie ve vztahu lékaře a pacienta, jelikož je tato práce čistě postavena na výpovědích lékařů. V příštím výzkumu by bylo zajisté přínosné zmapovat obě strany vztahu lékaře a pacienta.

Dalším limitem této práce je autorčina dřívější nedostatečná znalost kvalitativního výzkumu. Autorka analyzovala data pomocí tematické analýzy poprvé a až při procesu analýzy intuitivně zjišťovala, jakým způsobem vlastně data analyzovat. Beze sporu by výsledky mohly být lépe vykresleny v další akademické tvorbě autorky, protože se obecně

domníváme, že tato analytická činnost potřebuje cvik úplně stejně jako jakákoliv jiná činnost, kterou se musíme naučit.

Z realizace výzkumu je zřejmé, že příští výzkum s vyšším počtem respondentů bude vyžadovat mnohem větší časový rozsah, aby analýza mohla být rozvedena do ještě větší hloubky.

Domníváme se, že silnou stránkou výzkumu jsou jednotlivé rozhovory s lékaři. V těchto rozhovorech se autorce povedlo jít do hloubky, která byla schopna pokrýt několik úhlů pohledu na důležitost empatie u lékařů. Lékaři vypovídali s velkou energií a téma je zajímalo. A svým zapálením autorce potvrzovali, že je téma skutečně důležité.

Případný přínos výzkumu leží ve zmapování názorů lékařů na důležitost empatie v praxi a zároveň v možném pokračování navazujícího výzkumu autorky v rozvinutí tématu do „modelu empatické komunikace pro medicínské obory“.

## 9 ZÁVĚRY

Kvalitativního výzkumu této bakalářské práce se zúčastnilo deset lékařů, osm žen a dva muži. Hlavním výzkumným cílem bylo zmapovat jejich názory na důležitost empatie v medicínském procesu. Vedlejším výzkumným cílem bylo zmapování názoru na využitelnost potenciálního rozšíření praktického ukotvení empatie a empatické komunikace v rámci studia medicíny. Centrálním rysem všech názorů oslovených lékařů byl názor, že je v medicínském procesu empatie bezpodmínečně důležitá.

Dotazovaní lékaři hovořili o vytvoření bezpečné a důvěrné vazby mezi nimi a pacienty, pokud je empatie přítomna. Také můžeme říct, že dle názorů lékařů, je empatie úzce navázána na úspěšnost léčebného procesu. Oslovení lékaři vyjádřili, že je ideální, když pacient lékaři věří z hlediska užívání medikace a dodržování léčebných postupů. Pacient bývá více namotivován k sebeuzdravení.

Dle oslovených lékařů je zmiňovaným negativním fenoménem v medicíně nedostatek času. Vyjádřili, že je na empatii potřeba více času, protože důkladné vysvětlení léčby pacientovi, pochopení pacienta a vyslechnutí jeho potřeb trvá déle než samotná diagnostika jeho nemoci. Také se zde projevil fenomén toho, že jsou někteří z dotazovaných lékařů nuceni brát více pacientů, a to je důsledek toho, že nemají tolik času na pacienta jako individuální osobnost. Zároveň vyslovili, že kdyby měli více času, tak by v medicíně ubylo tolik stresorů a měli by na práci s pacienty více prostoru a klidu.

Bezesporu náročnou situací pro zapojené lékaře bývají problémoví pacienti, kteří vyžadují klidnou a vyrovnanou reakci lékaře. V těchto situacích se projevilo, že je pro zachování empatické pozice lékaře nezbytně nutné znát sama sebe a udržet si vlastní hranice. Oslovení lékaři, kteří projevili tuto schopnost, vyjádřili, že jsou schopni empaticky pracovat, i přes konfliktní situaci s pacientem.

Dalším identifikovaným tématem byla nepřipravenost lékařů na medicínskou praxi. Oslovení lékaři se jednotně shodli v názoru, že by bylo lepší, kdyby měli méně teorie a více praxe již na univerzitě. Také dodali, že by bylo nesmírně cenné, kdyby se začala vyučovat „empatická komunikace s pacientem“, protože by to ulehčilo práci spoustě budoucím lékařům.

Z výzkumu mimo jiné také vyplynulo, že je situace z hlediska humanizace medicíny sporná. Většina oslovených lékařů vyslovila, že je medicína humánní a menšina zase vyjádřila, že se obává, že lidskost medicíny není pořád tak běžná, jak se společnost domnívá, že je.

Závěrem výzkumu předložené práce je, že je empatie pro všechny dotazované lékaře velice důležitou složkou a vnímají ji jako podstatnou pro léčbu. Výsledky výzkumu korespondují s východisky odborné literatury v teoretické části. Předložená práce poskytuje jedinečné zpracování esenciální zkušenosti lékařů a zároveň nese energii pro pokračování ve výzkumu z hlediska „modelu empatické komunikace pro lékaře“.



# SOUHRN

Předložená práce se zaměřuje na zmapování empatie a důležitosti empatického chování u lékařů. O empatii nebo jinými slovy také „o vcítění se“ můžeme přemýšlet jako o schopnosti převzít emocionální i kognitivního rámec druhé osoby. V předkládané práci je tato schopnost pozorována ve vztahu lékaře a pacienta.

První kapitola teoretické části je tematicky zaměřena na popis empatie. V této kapitole je jako první rozebrána emoční inteligence, následně jsou vykresleny kořeny empatie, její charakteristika a druhy. Dále je také popsán Rogersův náhled na empatii a specificky vymezenou podkapitolou je Batsonova hypotéza ve srovnání s Dawkinsonovou teorií, která obsahuje tezi, že je empatické chování svobodnou volbou člověka, nikoliv genetickým předpokladem. Poslední částí této kapitoly je podkapitola, která vykresluje neurologický podkres empatického chování.

Druhá kapitola teoretické části je věnována pouze pro uvědomění si propojenosti těla a duše. Je zde krátce popsán náhled na problematiku zdraví a balanci mezi tělem a duší.

Třetí kapitola teoretické části pojednává o vztahu lékaře pacienta. Následující kapitolu otevírá téma humanizace v medicíně a její souvislosti s etikou. Velice podstatnou částí této kapitoly je zaměření se na vztah lékaře a pacienta, kde jsou vykresleny i negativní proměnné, které na tento vztah působí. Nechybí zde ani zmínka o důležitosti vytvoření bezpečné vazby mezi lékařem a pacientem. Následně je uvedeno téma komunikace a typy komunikace mezi pacientem a lékařem. Komunikace je v této části uvedena jako klinický nástroj, který stojí na stejné úrovni jako samotná lékařská diagnostika. Tuto kapitolu uzavírá charakteristika empatického lékaře, u kterého hraje role jeho vlastní sebepoznání, a role pacienta v medicíně, kde je rovněž nastíněn i problematický pacient.

Začátek výzkumné části je věnován pro vymezení výzkumného rámce, cílů a výzkumných otázek. Centrálním bodem a hlavním cílem výzkumu bylo zmapování názorů lékařů na důležitost empatie v medicíně. Vedlejším cílem bylo zmapování názoru na využitelnost potenciálního rozšíření praktického ukotvení empatie a empatické komunikace v rámci studia medicíny. Podnětem k realizaci výzkumu byly poznatky, které jsou výše popsány v teoretické části práce.

Výzkumný soubor obsahoval deset lékařů, dva muže a osm žen, ze tří následujících krajů: Zlínského, Olomouckého a Středočeského. Vzhledem k povaze výzkumného problému byl

zvolen kvalitativní výzkum, který byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Jako konkrétní metoda byla zvolena tematická analýza. Sběr dat proběhl od 5. února do 19. února roku 2020. Všechny rozhovory proběhly buď u respondentů doma nebo v jejich ordinacích. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a následně byly v domácím prostředí autorky přepisovány.

Výsledky výzkumu prokázaly jednoznačnou důležitost empatického chování u lékařů. Dotazovaní lékaři hovořili o vytvoření bezpečné a důvěrné vazby mezi nimi a pacienty, pokud je empatie přítomna. Také můžeme říct, že dle názorů lékařů, je empatie úzce navázána na úspěšnost léčebného procesu. Oslovení lékaři vyjádřili, že je ideální, když pacient lékaři věří z hlediska užívání medikace a dodržování léčebných postupů. Pacient bývá více namotivován k sebeuzdravení.

Dle oslovených lékařů je zmiňovaným negativním fenoménem v medicíně nedostatek času. Vyjádřili, že je na empatii potřeba více času, protože důkladné vysvětlení léčby pacientovi, pochopení pacienta a vyslechnutí jeho potřeb trvá déle než samotná diagnostika jeho nemoci. Také se zde projevil fenomén toho, že jsou někteří z dotazovaných lékařů nuceni brát více pacientů, a to je důsledek toho, že nemají tolik času na pacienta jako individuální osobnost. Také vyjádřili, že kdyby měli více času, tak by v medicíně ubylo tolik stresorů a měli by na práci s pacienty více prostoru a klidu.

Bezesporu náročnou situací jsou pro zapojené lékaře problémoví pacienti, kteří vyžadují klidnou a vyrovnanou reakci lékaře. V těchto situacích se projevilo, že je pro zachování empatické pozice nezbytně nutné znát sama sebe a udržet si vlastní hranice. Oslovení lékaři, kteří projevili tuto schopnost, vyjádřili, že jsou schopni empaticky pracovat, i přes konfliktní situaci s pacientem.

Dalším vyjádřeným tématem byla nepřipravenost lékařů na medicínskou praxi. Oslovení lékaři jednotně vyjádřili, že by bylo lepší, kdyby měli méně teorie a více praxe již na univerzitě. Také dodali, že by bylo nesmírně cenné, kdyby se začala vyučovat „empatická komunikace s pacientem“, protože by to ulehčilo práci spoustě budoucím lékařům.

Z výzkumu mimo jiné také vyplynulo, že je situace z hlediska humanizace medicíny sporná. Většina oslovených lékařů vyslovila, že je medicína humánní a menšina zase vyjádřila, že se obává, že lidskost medicíny není pořád tak běžná, jak se společnost domnívá, že je.

Závěrem výzkumu předložené práce je, že je empatie pro všechny dotazované lékaře velice důležitou složkou a vnímají ji jako podstatnou pro léčbu. Výsledky výzkumu korespondují

s východisky odborné literatury v teoretické části. Předložená práce poskytuje jedinečné zpracování esenciální zkušenosti lékařů s empatií a zároveň nese energii pro pokračování ve výzkumu z hlediska „modelu empatické komunikace pro lékaře“.

Limitem realizovaného výzkumu je velikost výzkumného souboru a nemožnost zobecňovat jakékoliv závěry. Možným limitem může být i povaha výzkumného souboru, protože se téměř všichni oslovení lékaři jeví jako silně empatické osobnosti. Autorka tedy nedostala možnost nahlédnout na vyloženě neempatického člověka v medicíně. Dalším z limitů je autorčina dřívější neznalost tematické analýzy.

Případný přínos výzkumu leží v jedinečném zmapování názorů lékařů na důležitost empatie v praxi a zároveň v možném pokračování navazujícího výzkumu autorky v rozvinutí tématu do „modelu empatické komunikace pro medicínské obory“.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

2. lékařská fakulta UK. (31. července 2014). *Etika*. Získáno 4. února 2020 z <https://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny-2-lf-k/etika>

Arizmendi, T. G. (2011). Linking mechanisms: Emotional contagion, empathy, and imagery. *Psychoanalytic Psychology*, 28(3), 405–419.

Aten, J., Davis, D. L., Witkin, G., & Aron, E. (2020). *Burnout*. Získáno 6. února 2020 z <https://www.psychologytoday.com/us/basics/burnout>

Bassman, R. (1997). The mental health system: Experiences from both sides of the locked doors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(3), 238–242.

Batson, C. D. (1991). *The Altruism Question: Toward a Social-Psychological Answer*. Lawrence Erlbaum.

Bošková, V. (2019). *Kolik máme lékařů?* Získáno 1. ledna 2020 z <https://boskova.blog.idnes.cz/blog.aspx?c=726511>

Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.

Bozarth, J. D. (1997). Empathy from Framework od client-centered theory and Rogerian hypothesis. In a Bohart & L.S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered*, 81-102. Washington, DC: American psychological Association

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Buccino, G., Binkofski, F., Fink, G., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V., Zilles, ..., & Hans-Joachim. (2001). Action observation activates premotor and parietal areas in a somatotopic manner: an fMRI study. *The European journal of neuroscience*, 13(2), 400-404.

Buck, R., Powers, S. R., & Hull, K. S. (2017). Measuring emotional and cognitive empathy using dynamic, naturalistic, and spontaneous emotion displays. *Emotion*, 17(7), 1120–1136.

Cain, D. J., et al. (2006). *Humanistická psychoterapie, 1. Díl*. Praha: TRITON.

Cain, D. J., et al. (2006). *Humanistická psychoterapie, 2. Díl*. Praha: TRITON.

Candigliota, Z. (2014). *OSN chce trestat lékaře za porodnické násilí*. Získáno 3. února 2020 z <https://zdravotnickepravo.info/osn-chce-trestat-lekare-za-porodnicke-nasili/>

Carter, R. (2010). *Lidský mozek*. V Praze: Knižní klub.

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.

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*.

Dawkins, R. (1998). *Sobecký gen*. Praha: Mladá fronta.

Duan C. & Hill, C.E. (1996). The current state of empathy research. *Journal of counseling psychology*, 43(3), 261–274.

Engel, G. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedical science. *Science*, 196(4286), 129-136.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Feshbach, N. (1997). *Empathy: The formative years implications for clinical practice*. In a Bohart & L.S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered* (pp33-59). Washington DC: American Psychological Association

Fine, M. (2002). *Disruptive Voices: The Possibilities for Feminist Research*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Gilbert P., Tirsch D. (2009) Emotional Memory, Mindfulness and Compassion. In: Didonna F. (eds) *Clinical Handbook of Mindfulness*. Springer, New York, NY

Goleman, D. (2007). *Why aren't we more compassionate?* [Video]. Získáno z [https://www.ted.com/talks/daniel\\_goleman\\_why\\_aren\\_t\\_we\\_more\\_compassionate](https://www.ted.com/talks/daniel_goleman_why_aren_t_we_more_compassionate)

Goleman, D. (2011). *Emoční inteligence* (Vyd. 2.). V Praze: Metafora.

Green, R. (2. března 2020). *The Emotional Intelligence*. Získáno 5. března 2020 z <http://www.theeiinstitute.com/what-is-emotional-intelligence/4-mayer-and-salovey-model-of-emotional-intelligence.html>

Grezes J., Armony, J. L, Rowe J., & Passingham, R. E. (2003). Activations related to „mirror“ and „canonical“ neurones in the human brain: an fMRI study. *Neuroimage*, 18(4), 928-937.

Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (2., aktualiz. vyd). Praha: Portál.

Hogan, R. (1969). Development of empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(3), 307-316.

Honzák, R. (2017). *Psychosomatická prvouka*. V Praze: Vyšehrad.

Kant, I. (1990). *Základy metafyziky mravů* (2. vyd). Praha: Svoboda.

Kirschenbaum, H. (1979). *On becoming Carl Rogers*. Michigan: Delacorte Press.

Kohut H. (1977) *The restoration of self*. New York: International universal press

Koukolík, F. (2003). *Já: o vztahu mozku, vědomí a sebeuvědomování*. V Praze: Karolinum.

Lindquist, K. A., Wager, T. D., Kober, H., Bliss-Moreau, E., & Barrett, L. F. (2012). The brain basis of emotion: A meta-analytic review. *Behavioral And Brain Sciences*, 35(3), 121-143.

Martin, G. N. (2006). *Human neuropsychology* (2nd ed). New York: Pearson/Prentice Hall.

Mikoška, P., & Novák, L. (2017). *Jak současná věda objevuje empatii: transdisciplinární pohled na klíč k lidské duši*. Červený Kostelec: Pavel Mervart.

Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Orel, M. (2015). *Nervové buňky a jejich svět*. Praha: Grada.

Orel, M., Facová, V., & kol. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Havlíčkův Brod: Grada.

Petrášová, L. (19. srpna 2005). *Stížnosti pacientů na lékaře přibývá*. iDNES.cz. Získáno 15. února 2020 z [https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/stiznosti-pacientu-na-lekare-pribyva.A050818\\_204759\\_domaci\\_miz](https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/stiznosti-pacientu-na-lekare-pribyva.A050818_204759_domaci_miz)

Phelps, E. A. (2004). Human emotion and memory: interactions of the amygdala and hippocampal complex. *Current Opinion In Neurobiology*, 14(2), 198–202.

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., 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.

Ramachandran, V. (2009). *The neurons that shaped civilization*. [Video]. Získáno z [https://www.ted.com/talks/vilayanur\\_ramachandran\\_the\\_neurons\\_that\\_shaped\\_civilization](https://www.ted.com/talks/vilayanur_ramachandran_the_neurons_that_shaped_civilization)

Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The Mirror-Neuron System. *Annual review of neuroscience*, 27(1), 169-192.

Rogers, C. R. (2014). *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál.

Rogers, C. R. (2015). *Být sám sebou: terapeutův pohled na psychoterapii*. Praha: Portál.

Seedhouse, D. (2001). *Health: The Foundations for Achievement* (2nd ed.). England, Chichester: John Wiley.

Seitl, M., Charvát, M., & Juřicová, K. (2017). Česká verze škály emocionální empatie. *E-psychologie*, 11(2), 47-70. Dostupné z [http://e-psycholog.eu/pdf/seitl\\_etal.pdf](http://e-psycholog.eu/pdf/seitl_etal.pdf)

Smith, R. J, Steindler, E. M. (1983) The Impact of Difficult patients upon Treaters. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 47, 107-116.

Sun, K. (2009). Using Taoist principle of the unity of opposites to explain conflict and peace. *The Humanistic Psychologist*, 37(3), 271-286.

Štěpaník, J. (2003). *Umění jednat s lidmi: [cesta k úspěchu]*. Praha: Grada.

Tubbs, S., & Moss, S. (1983). "A Model of Human Communication". 3<sup>rd</sup> ed. New York: Random House, 23-49.

Vácha, M. O., Königová, R., & Mauer, M. (2012). *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál.

Vybíral, Z. (2005). *Psychologie komunikace*. Praha: Portál.

Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.



Zákon České národní rady o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České  
lékárnické komoře, 220/1991 § (1991). Získáno 1. ledna 2020  
z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-220>

# SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK A GRAFŮ

## **TABULKY**

Tabulka 1: Výzkumný soubor

Tabulka 2: Příklady kódování I

Tabulka 3: Příklady kódování II

Tabulka 4: Příklady kódování III

Tabulka 5: Příklady kódování IV

Tabulka 6: Hlavní témata a subtémata

Tabulka 7: Doba vyšetření lékařem

## **GRAFY**

Diagram 1: Empatický proces v medicíně

Diagram 2: Empatie a její vliv na léčebný proces

Diagram 3: Empatický přístup a jeho limity

Diagram 4: Empatický lékař

# SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Český a cizojazyčný abstrakt bakalářské práce

Příloha 2: Schéma rozhovoru

Příloha 3: Informovaný souhlas

## **Příloha 1. Český a cizojazyčný abstrakt bakalářské práce**

### **Abstrakt diplomové práce**

**Název práce:** Empatie a důležitost empatického chování u lékařů

**Autor práce:** Natálie Wollerová

**Vedoucí práce:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, PhD.

**Počet stran a znaků:** 81, 131 491

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 58

Předložená bakalářská práce si klade za cíl zmapovat názory lékařů na empatii a její důležitost v medicínském procesu. Vedlejším výzkumným cílem je zmapování názoru na využitelnost potenciálního rozšíření praktického ukotvení empatie a empatické komunikace v rámci studia medicíny. Teoretická část je uvedením do problematiky empatie, v níž je popsána samotná empatie, její kořeny, charakteristika a typy empatie. Přítomnými specifickými tématy, zabývajících se empatií, jsou Rogersův pohled na empatii, Batsonova hypotéza ve srovnání s Dawkinsovou teorií a popis neurologických korelátů empatie. Následuje krátké uvedení do problematiky zdraví, které přechází do velkého tématu lékař a pacient. Toto téma je z velké části zaměřeno na popis vztahu lékaře a pacienta, komunikace v medicíně, role empatického lékaře, role pacienta a také je nastíněno téma humanizace v medicíně. Výzkum má kvalitativní charakter a je založen na tematické analýze polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor se skládá z rozhovorů s deseti lékaři, kteří jsou v přímém kontaktu s pacienty. Ti byli vybráni na základě kombinace příležitostného a záměrného výběru. Výzkumné otázky se týkaly názoru lékařů na empatii, její důležitost v léčbě a role sebepoznání lékaře ke vztahu k empatii. Dotazovaní lékaři vidí empatii jako bezpodmínečně důležitou, kvůli vytvoření bezpečné vazby mezi nimi a pacientem. Empatie má dle názoru oslovených lékařů pozitivní vliv na léčbu. Pacient lépe dodržuje léčbu a zároveň ji díky empatickému přístupu lékaře lépe rozumí, tím je léčba urychlena. Role sebepoznání lékaře ve vztahu k empatii leží ve vytvoření jeho hranic.

**Klíčová slova:** empatie, lékař, pacient, vztah lékaře a pacienta, zdravotnická péče

## Abstract of thesis

**Title:** The empathy and the importance of empathy in medical profession (*/doctor profession*)

**Author:** Natálie Wollerová

**Supervisor:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, PhD.

**Number of pages and characters:** 81, 131 491

**Number of appendices:** 3

**Number of references:** 58

The aim of this thesis is to describe doctors' approach towards empathy and its importance in medical practise. The side product of this thesis aims to map possible practical application of empathy and empathic communication in medicine studies. The theoretical part serves as an introduction to problematics of empathy and describes its origins, characteristics and individual types. The work further describes various approaches towards empathy – namely the views adopted by Rogers, Batson and Dawkins. This part of the thesis also outlines the neurological correlates of empathy. The following chapter provides an introduction to problematics of healthcare and the doctor-patient relationship. This part describes the importance of communication in medical practice and different roles taken on by doctor and patient. It also provides an insight on the humanization in the healthcare. The qualitative research is based on thematic analysis of semi-structured interviews. The corpus of this research encompasses interviews done with ten doctors whose profession presupposes the direct contact with their patients. The respondents were chosen by mix by occasional and intentional selection. The research questions were oriented towards the individual respondent's opinion on the role of empathy in medical care and his/her individual approach to it. The research concludes that the respondents see empathy as an important aspect for building the doctor-patient relationship. The empathy helps to establish mutual understanding between patient and doctor and improves patient's acceptance of given medication and medical advice. This may significantly speed up the process of recovery. Relationship between doctor's self-knowledge and empathy is in building doctor's own boundaries in her/his behaviour. **Key words:** empathy, doctor, patient, doctor-patient relationship, health service, medical care, clinical empathy

## **Příloha 2: Schéma rozhovoru**

### **ROZHOVOR**

#### **EMPATIE A DŮLEŽITOST EMPATICKÉHO CHOVÁNÍ U LÉKAŘŮ**

##### **Úvodní otázky: „ice-breakery“**

1. Kolik Vám je let, jak dlouho pracujete v praxi a jaká je vaše specializace?
2. Baví Vás povolání lékaře?
3. Proč jste se rozhodl/a pro lékařskou profesi?
4. Jaké pro Vás bylo studium medicíny? Co byste změnil/a?
5. Připadá Vám, že jste byli na medicíně dostatečně připraveni na praktickou činnost medika? Měli jste nějakou průpravu komunikace s pacientem?

Podotázka: Myslíte si, že by byl tento předmět užitečný pro budoucí mediky?

##### **Otázky směřovány na empatii**

6. Znáte pojem empatie? (Pravděpodobně jej znají – pokud ne, bude vysvětlen)
7. Hodnotíte svůj postoj k pacientům jako empatický?
  - a. Ano. – Jak u Vás probíhá empatický přístup? Popis situace.
  - b. Ne. – Jak Váš postoj hodnotíte?
8. Jaký máte postoj k empatické komunikaci obecně? Vidíte ji jako podstatnou? Je na ni čas?
9. Myslíte si, že se přistupujete ke všem pacientům stejně citlivě? Je to podle Vás reálně možné? Jak to vypadá?  
(Jak důležité je navázat správně terapeutický vztah mezi vámi a pacientem? Jaký to má na průběh léčby vliv?)
10. Jak byste se zachoval/a v situaci, kdy je pacient verbálně agresivní nebo minimálně nepříjemný?
11. Vnímáte empatii jako podstatnou pro léčbu a průběh léčby?
12. Jaké limity má podle Vás empatický přístup?

##### **Otázky směřovány na sebereflexi**

13. Vnímáte sebe sama jako empatickou osobnost?
14. Cítíte se spíše jako emocionální nebo racionální typ?
15. Jak pracujete s emocemi a zátěžovou situací?

16. Jak velkou váhu dáváte emocím v rámci vlastního zdraví?

17. Je podle vás důležité znát dostatečně sama sebe, abyste byl/a schopna vyjadřovat racionální úvahy empaticky?

### **Praktické poznatky**

18. Kolik máte v průměru času na pacienta?

19. Pamatujete si některé pacienty lépe nebo znáte některé jménem? Chodí k Vám někteří pacienti často?

### **Otázky na humanizaci medicíny – ukončovací**

20. Jaký postoj máte k alternativním směrům v medicíně?

21. Souvisí podle Vás tělo s duší? Jak nahlížíte na psychosomatiku?

22. Je podle Vás medicína v 21. století dehumanizována?

### **Příloha 3. Informovaný souhlas s účastí na výzkumu**

## **Informovaný souhlas s účastí na výzkumu**

Vážená paní/vážený pane,

jmenuji se Natálie Wollerová a jsem studentkou 3. ročníku psychologie na filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Obracejím se na Vás s žádostí o účast v mém výzkumu, který je součástí mé bakalářské práce s názvem **Empatie a důležitost empatického chování u lékařů**.

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat názory na empatii a její důležitost v medicínském procesu.

Souhlasím s účastí na výzkumu, který je součástí bakalářské práce Natálie Wollerové, která se zabývá empatií a důležitostmi empatického chování u lékařů.

Jsem seznámen/seznámena s cíli a metodami výzkumu. Souhlasím s nahráváním rozhovoru.

Všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu. Nebudou zveřejněny žádné osobní údaje. Nahrané rozhovory budou po jejich transkripci neprodleně smazány.

Byly mi zodpovězeny veškeré mé dotazy. Mám svobodnou volbu kdykoliv od účasti na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Svým podpisem vyjadřuji souhlas s účastí na tomto výzkumu.

**Jméno:**

**Podpis:**

**Dne:**

**V:**

**Autorka výzkumu:** Natálie Wollerová

**E-mail:** wollerovanatalie@gmail.com

**Telefon:** +420 739 724 947