

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

MOŽNÉ SOUVISLOSTI POSTOJŮ KE SMRTI S  
EMPATIÍ SE ZAMĚŘENÍM NA POPULACI  
STUDENTŮ MEDICÍNY A ZAČÍNÁJÍCÍCH LÉKAŘŮ

TEMPLATE OF THESIS



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Dominika Ullmannová**

Vedoucí práce: **Mgr. Klára Machů, Ph.D.**

Olomouc

2022

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Kláře Machů, Ph.D. za cenné rady, vedení práce a laskavou oporu. Děkuji všem respondentům, kteří si ve svém nabitém programu našli prostor věnovat se zamyšlení a vyplnění dotazníků a všem ochotným lidem a organizacím, kteří dotazník šířili dále a publikovali jej na svých profilech. Mé obrovské díky patří také milující rodině i přátelům, kteří mi byli během studia zázemím, a to dokonce déle, než jsem sama plánovala. Mé díky patří partnerovi Christosovi, který mi byl nejen oporou, ale také oslovil pro výzkum velké množství respondentů. Speciální poděkování za podporu, rady i konzultace v průběhu celého studia i psaní práce patří mým skvělým přátelům a studijním „partákům“ Petru Vlachopulosovi, Karin Pečonkové a Sáře Lakomé, bez kterých si studium nedokážu představit.

Děkuji mnohokrát!

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Možné souvislosti postojů ke smrti s empatií se zaměřením na populaci studentů medicíny a začínajících lékařů“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 20.11.2022

Podpis

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
<b>OBSAH</b> .....		<b>3</b>
<b>ÚVOD</b> .....		<b>5</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....		<b>6</b>
<b>1 Smrt a postoje ke smrti</b> .....		<b>7</b>
1.1 Problematika smrti a umírání .....		7
1.2 Postoje ke smrti jako téma vědeckého zkoumání .....		10
1.3 Vybrané možnosti měření postojů ke smrti.....		18
1.4 Postoje ke smrti v kontextu lidského života .....		20
1.5 Postoje ke smrti v kontextu medicíny .....		24
<b>2 Empatie</b> .....		<b>26</b>
2.1 Pojem empatie jako téma vědeckého zkoumání.....		26
2.2 Vybrané možnosti měření empatie .....		33
2.3 Empatie v kontextu medicíny .....		35
2.4 Možné souvislosti postojů ke smrti a empatie.....		39
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....		<b>41</b>
<b>3 Výzkumný problém</b> .....		<b>42</b>
3.1 Výzkumné cíle a otázky .....		44
3.2 Formulace hypotéz ke statistickému testování .....		46
<b>4 Typ výzkumu a použité metody</b> .....		<b>47</b>
4.1 Interpersonal Reactivity Index (IRI) .....		48
4.2 Death attitudes profile- Revised (DAP-R) .....		49
<b>5 Sběr dat a výzkumný soubor</b> .....		<b>50</b>
5.1 Sběr dat .....		50
5.2 Výzkumný soubor a jeho charakteristiky .....		51
5.3 Populace .....		53
5.4 Etické hledisko a ochrana soukromí.....		54
<b>6 Práce s daty a její výsledky</b> .....		<b>55</b>
6.1 Výsledky vztahující se k cíli 1.....		57
6.2 Výsledky vztahující se k cíli 2.....		61
6.3 Výsledky vztahující se k cíli 3.....		72

<b>7</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>86</b>
<b>8</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>95</b>
<b>9</b>	<b>Souhrn.....</b>	<b>97</b>
	<b>LITERATURA.....</b>	<b>101</b>
	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>111</b>

# ÚVOD

Postoje ke smrti jsou tématem, jež mě provází celým obdobím studia, osobním životem, ale také v podobě intenzivních zážitků z praxí. Právě během praxe na onkologickém oddělení, která měla na můj osobní i studijní život velký vliv, jsem přemýšlela nad tím, jak vlastně lékaři prožívají intenzivní emoce strachu ze smrti či bolesti u svých pacientů. O tomto tématu jsem mluvila s lékaři na oddělení a také se svými přáteli z řad lékařů, kdy se k tématu postojů ke smrti často přidalo slovo empatie. Zaujalo mě, jak se některé názory napříč debatami prolínají. Mnohokrát jsem slyšela výroky jako emoční oploštělost či otupělost, jež přátelé zažívali během druhé poloviny studia a také názor, že právě náročnost jejich studia člověka nějakým způsobem obrní a míra zažívaného stresu přiměje člověka stres vnímat jako určitou normu, přičemž někdy může přestat vnímat jeho intenzitu.

V této práci se budeme věnovat právě propojení konceptu empatie s postoji ke smrti a zároveň se zaměříme na empatii a postoje ke smrti u studentů lékařských fakult a začínajících lékařů před atestací.

V teoretické části práce se zaměříme na popis dosavadních nastudovaných poznatků a proběhlých výzkumů v oblasti postojů ke smrti, empatie a možnou souvislost těchto fenoménů. Zároveň se budeme krátce věnovat oběma fenoménům v kontextu medicíny, tedy prostředí, ve kterém se pohybují začínající lékaři i studenti lékařských fakult. Na základě těchto informací se budeme ve výzkumné části věnovat výsledkům u populace studentů medicíny a začínajících lékařů v České republice.

Cílem výzkumné části práce je prozkoumání možných souvislostí obou fenoménů a také zmapování fenoménu empatie a postojů ke smrti mezi studenty lékařských fakult a začínajících lékařů. Abychom však poskytli hlubší průnik do problematiky, budeme také kvalitativně pracovat s odpověďmi na otevřené otázky. V závěru práce poté porovnáme výsledky kvantitativního zpracování dat s výsledky kvalitativního zpracování písemných odpovědí studentů lékařských fakult a začínajících lékařů, kteří se k tématu vyjádřili komplexněji svými vlastními slovy.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 SMRT A POSTOJE KE SMRTI

V této kapitole se zaměříme na v současné době poměrně tabuizované téma smrti a postojů ke smrti. Uvedeme porovnání vnímání smrti staršími generacemi se současným vnímáním a zaměříme se také na to, co jsou to postoje ke smrti a jaký vliv mají na náš život. V této práci vztahujeme popisované fenomény k prostředí studentů medicíny a začínajících lékařů, tudíž se i v této kapitole budeme věnovat postojům ke smrti v tomto kontextu.

## 1.1 Problematika smrti a umírání

Podle Říčana (2014, s. 405) je smrt: „*přeměna, kterou živý tvor ztrácí život, stává se mrtvým tělem, všechny životní projevy se nenávratně ztrácejí.*“ Zároveň píše: „*Smrt je jedno z nejzákladnějších lidských témat. Každá kultura, každá doba se s tímto tématem vyrovnává jinak, každá hledá jeho smysl jinak – a vždycky těžce, bolestně.*“

Smrt je pro člověka něčím nevyhnutelným a přirozeným, přesto bývá toto téma ve společnosti tabuizováno. Můžeme se setkat s ostychem rodičů, kteří neví, jak by ztrátu blízké osoby vysvětlili svým dětem. A můžeme se také setkat s dospělými, kteří při zavedení tématu na smrt svých rodičů odvádí téma jinam. Touto problematikou se zabývá Yurevich (2018), který uvádí, že tabuizaci tématu smrti můžeme považovat za obranný mechanismus dnešní společnosti.

V současné společnosti se lidé dožívají poměrně vysokého věku a zdravotnická péče je na takové úrovni, že dokážeme zachránit velké množství lidí, kteří by nemoc či úraz v dřívějších dobách nepřežili. Možná je to jeden z důvodů, proč bylo vnímání smrtelnosti v preindustriálním období tolik odlišné (Grof, 2009). Yuverich (2018) zároveň zdůrazňuje, že společnost, ve které převládá důraz na mládí, zdraví a spokojený život, nedává prostor myšlenkám na smrt a toto téma staví do ústraní jako něco nepatřičného. Lidé jsou zvyklí pozorovat smrt v médiích, v počítačových hrách, či filmech. Často si však nepřipouští vlastní smrtelnost a vnímané informace o smrti nevztahují sami na sebe a na vlastní existenci.

Říčan (2014) zmiňuje smrt jako přirozenou a běžnou součást života. V historii byly hřbitovy v centrech měst a jejich návštěvy byly časté. S tím souhlasí i Langmeier a Krejčířová (2006), kteří v knize *Vývojová psychologie* zmiňují, že téma smrti nebylo

tabuizované vždy. Dříve byla smrt naopak součástí života rodiny, rodinní příslušníci umírali doma, stejně tak, jako se doma rodili.

Smrt můžeme na jednu stranu vnímat jako něco naprosto přirozeného, co nás svým způsobem fascinuje, ale zároveň můžeme ve smrti vidět něco hrůzného. Jak zmiňuje Křivohlavý (2002), v nedávné historii bylo dokonce období, ve kterém pohřební služby nemohly jezdit během dne, aby nekazily dojem radostiplného života. Dnes se na našem území s takovýmto pravidlem již nesetkáváme, ale stále si můžeme všimnout jiné formy tabuizace tohoto tématu.

Tabuizace či negace smrti mohou být obranou proti úzkosti, která pramení z této představy. Například při komunikaci s nemocným člověkem řešíme hned několik nepříjemných dilemat. Tím zásadním je zde otázka, zda nemocného mylně ujišťovat o tom, že bude v pořádku, nebo otevřeně mluvit o tom, co se děje. Podle Říčana (2014) je rozhodně nejlepší variantou dát umírajícímu či nemocnému prostor a pozornost, aby mohl mluvit o svých prožitcích i obavách. Pro člověka je otevřená konverzace o těchto tématech velmi náročná, jelikož smrt blízkého člověka je často emočně náročnější než ta vlastní. Náročnost těchto situací je způsobena také tím, že jednání a prožívání smrti někoho jiného je zároveň přípravou na naši vlastní smrt.

Existuje mnoho obecných pravd o smrti, se kterými se můžeme setkat například v lidové slovesnosti i v literatuře. Otázkou je, nakolik tyto pravdy aplikujeme na svůj život. Např. nevíme dne ani hodiny; každý je smrtelný; smrt platí pro všechny stejně, nemine chudého ani bohatého. Všechna tato rčení se o smrti nějakým způsobem vyjadřují, často je však používáme v obecnosti nebo namířené na někoho druhého a nepřipouštíme si, že platí i na nás. Křivohlavý (2002) vysvětluje naši neochotu přiznat si či přemýšlet nad vlastní smrtelností na příkladu lékaře, kterého se pacient s ostychem zeptá, jak vážný je jeho stav, protože chce vědět, zda umře. Pro lékaře nastává nepříjemná situace. Ve chvíli, kdy se s pacientem pustí do debaty, může mu být položena otázka, zda je on sám připraven na vlastní smrt. Taková otázka by lékaře dovedla do situace, kdy se musí konfrontovat s představou vlastní smrtelnosti, a proto jsou tyto konverzace často vedeny velmi obecně a s určitou mírou tabuizace. Dalším příkladem může být potřeba seniorů bavit se o tom, že brzy zemřou. Mladší generace tyto řeči uzavírá s tím, že senior bude žít ještě dlouho nebo obrací téma jinam. Přestože pro seniora je toto téma důležité a potřebuje se svěřit, pro komunikační partnery může být zdrojem velké úzkosti, a proto téma odkládají, tabuizují či negují (Křivohlavý, 2002).



Přestože téma smrti zůstává ve společnosti tabuizované, můžeme zaznamenat, že tento trend se postupem času prolamuje, a to například tím, že v několika zemích zařadili problematiku smrti do osnov na lékařských, filosofických nebo dokonce právnických fakultách. Zároveň vychází časopis Omega (*Journal of Death and Dying*), který se problematice smrti věnuje z mnoha hledisek a tím rozšiřuje povědomí o její důležitosti. Pozitivní je také to, že zejména psychologové a sociologové tomuto tématu věnují pozornost. (Yurevich, 2018).

Tabuizaci tématu smrti považují mnozí autoři (Langmeier & Krejčířová, 2006; Říčan, 2014) za důsledek zaměření společnosti na výkon. Od minulých generací bychom si ale jako výkonová společnost měli odnést fakt, že: *"vytlačení každého pomýšlení na umírání a smrt z mysli však neodstraní jejich realitu. Místo toho oplošťuje plné prožívání celého života, k němuž patří první i poslední chvíle."* (Langmeier & Krejčířová, 2006, s. 215) Zároveň je důležité uvědomit si, že smrt není fenoménem veskrze negativním, či pozitivním. Přestože smrt často vnímáme jako symbol děsivé konečnosti, Yalom (2006) ve své knize mnohokrát zdůrazňuje důležitost smrti například ve smyslu výrazné motivace žít plně.

Kast (1998; in Moor, 2004) upozorňuje, že když se zaměříme na lidskou smrtelnost, není velký rozdíl mezi člověkem nemocným a zdravým, protože oba stejně jednoho dne zemřou. Rozdíl tedy není kvalitativní, ale kvantitativní, záleží na tom, kolik času života těmito lidem zbývá. Jinými slovy si z těchto myšlenek můžeme odnést postřeh, že mezi zdravými a nemocnými není až tak velký rozdíl z hlediska jejich smrtelnosti, umřít může kdokoli, kdykoli, důležité je tuto skutečnost přijmout a nežít ve strachu ze smrti, jelikož strachováním sami sobě ochuzujeme život.

Lidé mohou různě pracovat s představou vlastní smrtelnosti a také různě reagovat na zjištění blížícího se konce. Podle Bouchala (1993) můžeme rozlišit několik základních modelů reakce na blížící se exitus: smíření a vyrovnání se, pasivní rezignace, únik do vzpomínek na minulost, únik do fantazie a myšlenky o nesmrtelnosti, pozitivní kompenzace - snaha o dokončení rozdělaného díla, negativní kompenzace - propadnutí alkoholu, drogám, atp.

Ať už člověk reaguje na zjištění blížící se smrti jakkoli, je v něm určitá míra úzkosti, která se liší vlivem mnoha okolností. Touto úzkostí se zabývali už například antičtí filosofové, kteří se ji snažili pochopit, popsat a pomocí mnoha různých způsobů také překonat (Křivohlavý, 2002).

## 1.2 Postoje ke smrti jako téma vědeckého zkoumání

Přestože je smrt nevyhnutelnou realitou konce našeho života, každý jedinec může s touto skutečností pracovat jinak. To, jak se stavíme k představě vlastní smrtelnosti, nebo jak s tímto faktem pracujeme v našich životech, se odráží v našich postojích ke smrti.

Postoje, které ke smrtelnosti zaujmeme, jsou velmi individuální, ale můžeme zaznamenat snahy najít v těchto postojích společné rysy a na základě nich je určitým způsobem kategorizovat. Tématem smrti se zabývalo mnoho autorů (např. Neimeyer, Wittkowski & Moser, 2004; Yalom, 2006).

Psychologové se pokouší o výzkumné popsání problematiky postojů ke smrti a prvotní studie zkoumající toto téma využívaly především projektivní techniky jako například *Thematic Apperception Test Stories*. V průběhu 60. let pak došlo ke zvyšování zájmu o toto téma a v důsledku toho začali výzkumníci pro lepší průkaznost výzkumů využívat metody navržené konkrétně pro testování postojů ke smrti. V pozdějších výzkumech se můžeme kromě rozhovorů, kazuistik či zmiňovaných projektivních testů také setkat se standardizovanými metodami v podobě dotazníků (Neimeyer et al., 2004), z nichž některé vybrané uvedeme v této práci.

Mezi průkopníky výzkumu postojů ke smrti patří Feifel (1956; in Neimeyer et al., 2004), který tyto postoje zkoumal na mnoha sociálních skupinách a jako první provedl empirický výzkum postojů ke smrti, kdy na základě výzkumu na vzorku 40 amerických veteránů zjistil, že jejich názory odpovídají třem základním postojům ke smrti. První velká skupina respondentů vnímala smrt jako konec života, druhá, podobně velká skupina, ji považovala za jakýsi přechod do posmrtného života. Znatelně nejmenší skupina respondentů vnímala smrt jako vysvobození od bolesti. Při výzkumu autor nevyužíval standardizované metody, ale vlastní sady rozhovorových otázek. Zajímavým zjištěním bylo, že přestože respondenti nebyli dotazováni, výzkumníci tehdy předpokládali, že nejvyšší míru strachu pociťují lidé v období stáří. Například Kisvetrová a Králová (2014) s tímto předpokladem však nesouhlasí.

Na smrt nemusíme pohlížet však jen negativně, protože její vědomí může naopak pozitivně ovlivnit kvalitu našeho života. Yalom (2006) je fascinován postojem lidí nemocných rakovinou, kteří dokáží tento negativní aspekt života, vedoucí často k myšlenkám na konečnost, využít k osobnímu růstu. U těchto pacientů si všímá především

přeskupení životních hodnot či pocitu osvobození. Vědomí konečnosti u těchto lidí vedlo také například k hlubší komunikaci s blízkými, menšímu strachu z odmítnutí, radostnému ocenění maličkostí či všedních věcí a často také ke schopnosti daleko intenzivněji prožívat současnost.

Tématem smrti a postoji k ní se nezabývají pouze psychologové, ale filosofická rovina této oblasti zajímala už i velké myslitele, jakým byl například Heidegger, který došel k závěru, že vědomí konečnosti změni člověku vnímání vlastního života a posune jej do jiné roviny. Člověk by bez vědomí konečnosti vlastního života nežil tak plně jako při uznání tohoto faktu (Yalom, 2006).

### **Faktory ovlivňující postoje ke smrti.**

Ne každý jedinec tedy reaguje na existenci smrti stejně, ale postoje lidí k vlastní smrtelnosti můžeme členit do různých kategorií a z mnohých výzkumů zjišťujeme, že tyto postoje nejsou statické. Člověk vnímá smrt v různých obdobích života jinak, odlišná je dětská představa od představy seniora a mění se také intenzita našich myšlenek na smrt. Lidé mohou příčinou různých okolností zemřít náhle, ale každý je v průběhu života na smrt připravován. Na smrt nás připravují různé nemoci nebo například setkání se s úmrtím blízkých osob. Ve stáří je tato psychická příprava intenzivnější než kdykoli dříve (Říčan, 2014).

Lehto a Stein (2009) se zabývaly kvalitativní analýzou konceptu strachu či úzkosti ze smrti. Na základě jejich zjištění můžeme usuzovat, že větší strach ze smrti může být způsoben například působením stresového prostředí, zjištěním života ohrožující diagnózy či osobní zkušeností s umíráním blízké osoby. Větší strach ze smrti můžeme pozorovat například u lidí s diagnózou depresivní poruchy či poruchy příjmu potravy. Některé symptomy těchto poruch mohou souviset právě s nezpracovaným strachem ze smrti. Faktory, které ovlivňují úzkost ze smrti, se mimo jiných blíže zabývá česká studie *Základní faktory ovlivňující úzkost ze smrti* Kisvetrové a Králové (2014). Faktory, o kterých autorky pojednávají, jsou život ohrožující nemoc, prostředí, spiritualita, věk, životní zkušenost, kulturní norma, sociální opora a gender a těmto kategoriím se budeme nadále věnovat nejen z pohledu zmiňovaných autorek.

## Věk.

Velkým vlivem na úzkost ze smrti a všeobecně postoje ke smrti je věk respondenta. Dříve panoval mezi výzkumníky názor, že věk respondentů ovlivňuje postoje ke smrti pouze v tom smyslu, že do určitého věku jedinec nedokáže pochopit smrtelnost, a tudíž nemá možnost zaujmout jasný postoj a v dospělém věku už měnící se životní etapy nemusí mít na tyto postoje vliv. Dnes mnoho autorů nepovažuje tento názor za správný (Russac, Gatliff, & Spottswood, 2007).

Zajímavý je vztah ke smrti u dětí, kdy Orbache, Weiner, Har-Even a Eshel (1995) uvádějí, že děti mají už v nízkém věku schopnost pochopit konečnost života, tedy existenci smrti. Vzhledem k tomu, že jejich největší prožívanou úzkostí je separační úzkost, obranné mechanismy chránící dítě před představou možnosti úmrtí rodičů zabraňují dítěti do určitého věku rozvíjet myšlenky na smrt.

Z některých novějších studií (např. Russac et al., 2007; Lehto & Stein, 2009; Kisvetrová & Králová, 2014) vyplývá, že míra prožívané úzkosti se během lidského života mění. Souvislosti postojů ke smrti a věku se v českém prostředí věnovala také Machů (2012), která hledala souvislosti jednotlivých postojů ke smrti podle Revidovaného profilu postojů ke smrti (DAP-R) a věku. Tímto výzkumem mimo jiné prokazuje negativní korelaci na škále strach ze smrti a pozitivní korelaci u škály únikového přijetí smrti. Obě zjištění jsou statisticky významná na hladině významnosti  $p < 0,01$ . Kisvetrová a Králová (2014) také uvádí, že v obdobích kolem 20. a 50. roku života je míra vykazované úzkosti ze smrti u respondentů výrazně zvýšená. První období zvýšené míry prožívaného strachu ze smrti můžeme vysvětlit obavami z předčasné smrti a nemožností uskutečnit všechny plány. Naopak druhé období v 50. roku života se podle autorek pojí spíše s pocity zodpovědnosti za blízké osoby a povinnostmi v tomto světě.

Kisvetrová a Králová (2014) upozorňují také na odlišnost důvodu úzkosti ze smrti v průběhu let, a to v tom smyslu, že mladší lidé se obávají spíše fyzické bolesti a představy, co se po smrti stane s jejich tělem, ale v průběhu let se obsah obav mění. Ve starším věku mívají lidé strach spíše ze ztráty vlastní sebekontroly či z posmrtného života.

Dalším životním obdobím, které se s tímto tématem úzce pojí, je stáří, jež někteří autoři považují za klíčové období pro vyrovnání se se smrtelností. Mladí lidé, kteří mají s největší pravděpodobností ke smrti dále než lidé vyššího věku, mají překvapivě vyšší míru úzkosti ze smrti. Na základě výzkumu Russaca a kolektivu (2007) se můžeme zároveň

domnívat, že prožívaná úzkost se v průběhu let pomalu snižuje a v 60. roce života se míra prožívané úzkosti ustálí. Autoři si tento fakt vysvětlují především tím, že s vyšším věkem se zvyšuje také množství úmrtí v jedincově okolí, což jej na jeho vlastní smrt intenzivně připravuje.

Zároveň se můžeme setkat s názory, že přestože prožívání úzkosti je velmi individuální, vyrovnání se s vlastní smrtelností je nejdůležitějším úkolem životního období stáří (Kisvetrová & Králová, 2014). Strach či obavy a úzkost ze smrti se nejčastěji pojí s pocity bezmocnosti či závislosti na ostatních. Lidské prožívání negativních emocí jako jsou právě úzkost či strach je velmi ovlivněno faktory, jakými jsou spokojenost s vlastním životem či zdravé sociální vazby.

Lepší zvládnání úzkosti ze smrti můžeme také zaznamenat u seniorů, kteří cítí pocity bezpečí, jistoty a podpory. Naopak prožívání osamělosti, finanční nejistoty a smutku můžeme řadit mezi faktory, které v krajním důsledku mohou zhoršit pacientův zdravotní stav. Mezi další faktory, které snižují míru prožívané úzkosti ze smrti ve stáří, můžeme zařadit religiozitu, či vědomí pokračující rodiny, tedy existence potomků, na které může být jedinec hrdý. Problematika úzkosti ze smrti ve stáří je, jak už bylo zmiňováno, velmi individuální a tato oblast by si zasloužila větší pozornost, a to především v souvislosti s péčí o seniory a komunikaci s nimi (Russac et al., 2007).

### **Pohlaví.**

Významným faktorem ovlivňujícím prožívanou úzkost je také pohlaví. Ženy oproti mužům v průběhu všech let vykazují vyšší míru úzkosti. Důležité je však zmínit, že muži nemusí na otázky ohledně úzkosti či strachu odpovídat tak otevřeně jako ženy, což může podstatně ovlivňovat výsledky.

Vzhledem k tomuto faktu není až tolik zarážející, že Lehto a Stein (2009) v průzkumech zjistili, že prožívaná úzkost ze smrti v období 50. roku života, což je období zaznamenané nejvyšší prožívané úzkosti ze smrti, je u žen výrazně vyšší než u mužů. Ke stejnému závěru došly také další výzkumy (např. Russac et al., 2007). Tento rozdíl a významnost milníku 50. roku života u žen si můžeme vysvětlovat například pravděpodobnou menopauzou, která může souvislost s připomenutím probíhajícího stárnutí, zároveň také můžeme předpokládat, že žena má v období 50. roku života děti v dospělém věku a má tedy více prostoru zabývat se vlastními myšlenkami mezi které také patří smrtelnost a konečnost lidského života (Lehto & Stein, 2009).

Zajímavé je pozorovat, že v období 60. roku života se míra prožívané úzkosti u obou pohlaví ustálí na nižších hodnotách než v průběhu života, ale zároveň mezi pohlavími už nezaznamenáváme v tomto ohledu žádné velké rozdíly (Russac et al., 2007).

### **Život ohrožující nemoc.**

Prožívanou úzkost ze smrti lidí ve svém okolí nemusíme vždy zaznamenat. Krisvetrová s Královou (2014) uvádějí, že zjištění závažné diagnózy, která může způsobit ohrožení naší existence, s sebou přináší určitou míru úzkosti. Jako příklad můžeme uvést onkologické pacienty, u nichž se objevuje jak úzkost ze smrti, tak obavy z relapsu nebo strach z fyzické bolesti. Stupeň strachu z relapsu může být faktorem ovlivňujícím míru úzkosti ze smrti. Pochopení úzkosti a vhodný přístup k pacientům může pomoci porozumět potřebám pacientů i jejich rodinám. Velkou míru úzkosti ze smrti můžeme podle zmíněných autorek zaznamenat také u epilepsie, roztroušené sklerózy či kardiovaskulárních onemocnění. Výjimkou však nejsou ani společensky určitým způsobem stigmatizované nemoci jako například AIDS, u kterých kromě úzkosti ze smrti působí také obavy ze společenského nepřijetí, strach z odsouzení či samoty.

### **Prostředí.**

Stresující prostředí může být rovněž považováno za faktor ovlivňující změnu postoje ke smrti, konkrétně prohlubující úzkost. Někteří pacienti mohou například nemocnici vnímat jako prostředí cizí, nepříjemné a připomínající hrozbu smrti, což má vliv na jejich prožitky. Velký rozdíl můžeme vnímat také v prostředí čekárny, kde lidé jen čekají na vyšetření a naopak prostředí, kde mají pacienti nějaké rozptýlení (Kisvetrová & Králová, 2014). V této souvislosti mluví o velkých vlivech také Seligman a Pavlíčková (2015), kteří se nezaměřují přímo na prožívání úzkosti ze smrti, ale na základě výzkumů ukazují zásadní rozdíl v prožívání bolesti u pacienta, který je rozptýlován zábavným filmem, vážným filmem, či je ponechán bez rozptýlujících faktorů. Prožívaná bolest u pacientů, kterým byl puštěn zábavný film, byla o poznání nižší a méně často si žádali léky proti bolesti.

## **Spiritualita a náboženství.**

Spiritualitu můžeme definovat jako: „*duchovnost, vyhraněnou zaměřenost na psychickou stránku člověka a důraz na co nejmenší závislost psychiky na tělesnosti.*“ (Hartl, 2010, str. 259)

Velký vliv na vnímání lidské smrtelnosti má bezesporu náboženství. V našem prostředí je nejrozšířenější křesťanství a není neobvyklým jevem, když se ateista na konci svého života zamýšlí nad křesťanstvím a obrací se na víru v Boha, aby tak zmírnil úzkost z blížícího se konce (Ondračka et al., 2017).

Jak narození, tak smrt, jsou obklopeny mnoha rituály a u křesťanství tomu není jinak. Křesťanství i křesťanské rituály jsou ovlivněny kulturními i společenskými vlivy dané doby či prostředí. Zároveň dochází i k přejímání prvků jiných náboženství či kulturních tradic jako tomu bylo například u pohanského pohřbu žehem, který přejalo mnoho protestantských církví a později i církev katolická (Ondračka et al., 2017).

Ve Starém ani v Novém zákoně není vyjádřena přesná představa o posmrtném osudu člověka, ale v Ježíšových podobenstvích jsou různé metafory, které tuto tematiku přibližují. Základním motivem je zvěst o Ježíšově vítězství nad smrtí a z něj vyplývající dva teologické koncepty, kterými jsou zmrtvýchvstání a vzkříšení. „*Ježíš zaslubuje tomu, kdo v něj věří, že i kdyby zemřel, nezemře navěky.*“ (Ondračka et al., 2017, s. 72)

Když se zaměříme na rozdíl míry úzkosti umírajících křesťanů a lidí bez vyznání, odpověď nebude jednoznačná. Jak uvádí Křivohlavý (2002), musíme vzít v úvahu několik hledisek, jako například rozdíl mezi vnější a vnitřní zbožností, což znamená, že existuje velký rozdíl mezi tím, jestli věřící člověk víru vnímá jako racionální princip (extrinseická zbožnost) či jako svůj vlastní osobní a emocionální vztah navázaný s Bohem (intrinseická zbožnost). Dále uvádí také dva základní momenty víry, pozitivní a negativní, kdy prvním je princip odpuštění a druhým je princip spravedlnosti a odplaty za hříchy. Jako další významný faktor uvádí Křivohlavý (2002) víru jako biologickou podstatu.

Bible říká, že „*nejen chlebem, živ je člověk*“, což můžeme vysvětlit jako fakt, že pro život člověka jsou důležité dvě základní složky, a to duše a tělo. Duši může „*nakrmit víra*“, ale zároveň je člověk tvořen biologickou podstatou, ke které neodmyslitelně patří i úzkost. Ostatně úzkost ze smrti dokládá písmo i u Ježíše, který měl před ukřižováním strach, ale zároveň u něj došlo ke vzkříšení, což je vyjádření určité naděje.

Když vezmeme v úvahu všechny tyto faktory, zjistíme, že velmi záleží na tom, na který z aspektů se věřící zaměřuje. Míra úzkosti ze smrti u věřícího člověka může být tedy na jednu stranu podstatně větší než u člověka bez vyznání, což může být zapříčiněno například extrinsickou vírou či strachem z trestu. Na druhou stranu může mít věřící člověk velkou výhodu v nižší míře prožívané úzkosti ze smrti, protože spoléhá na svůj osobní vztah s Bohem, má naději a víru v posmrtný život a věří více v Boží milosrdenství a odpuštění.

### **Životní zkušenosti, kulturní norma a sociální opora.**

Postoje ke smrti mohou být významně ovlivněny životní zkušeností jako například prvním kontaktem s úmrtím, vlivem pracoviště či zážitkem blízkosti smrti. Prožívání první zkušenosti s úmrtím pak bývá ovlivněno mnoha faktory, mezi které patří věk, rasa, náboženské přesvědčení, názory blízkých a v neposlední řadě pak kulturní norma. I v rámci multikulturního prostředí můžeme spatřovat rozdíly mezi prožívanou úzkostí ze smrti u příslušníků jiné kulturní skupiny (Kisvetrová & Králová, 2014). Bowling, Iliffe, Kessel a Higginson (2010) provedli na britské populaci ve věku 65 a více let první výzkum zabývající se rozdíly mezi postoji ke smrti u jedinců příslušících k odlišným minoritám. Z tohoto výzkumu, který porovnává výsledky na stejném území žijících příslušníků etnických menšin i majoritní společnosti, vyplývá, že u pacientů z minoritních skupin zaznamenáváme vyšší úzkost ze smrti. Protektivními faktory proti strachu ze smrti byla u všech skupin subjektivně prožívaná kvalita života. Zajímavým faktem je, že vysoký věk autoři shledávají být protektivním faktorem pouze v případě homogenní skupiny. V rámci tohoto výzkumu se ukázalo, že v etnicky různorodé skupině respondentů byla faktorem zvyšujícím strach ze smrti nejen dlouhodobá nemoc, ale také množství rodinných příslušníků. Kisvetrová a Králová (2014) se k tomuto výzkumu vyjadřují komentářem, že jedinci, náležící k minoritním skupinám, mohou vykazovat vyšší míru prožívaného strachu ze smrti v důsledku větších obav z dostupnosti adekvátní zdravotnické péče.

Depaola, Griffin, Young a Neimeyer (2004) se naopak zabývali u americké populace tím, jestli se liší preference zdravotní péče u jedinců bílé rasy a Afroameričanů. Výsledky ukázaly, že Afroameričané preferují spíše aktivní péči a nevyhledávají tolik paliativní péče, což pramení z časté obavy z neznámého a strachu z toho, co bude s jejich tělem po smrti. Naopak příslušníci druhé skupiny měli spíše obavy z dlouhého a bolestivého umírání, nedostatečného komfortu či odloučení od rodiny. Tato skupina respondentů volila spíše paliativní péči v hospicích s domácím prostředím, s možností dostatečného tlumení bolesti a zpříjemnění posledních dní.



Dalším významným faktorem je sociální opora, kdy kvalitní vztahy s blízkými pozitivně ovlivňují sebeúctu a snižují míru úzkosti ze smrti. Protektivním faktorem je také například partnerská věrnost, jak potvrzuje výzkum Floriana, Mikulincera a Hirschbergera (2002). Naopak osamělost můžeme označit za negativní aspekt, který prožívanou úzkost prohlubuje. V každém kulturním prostředí je péče o umírající odlišná, ale množství autorů se shoduje v tom, že ačkoli péče o pacienta neprobíhá v domácím prostředí, jistota podpory a kontaktu s blízkými lidmi pomáhá pacientovi snížit úzkost a je tedy velmi důležité na tomto aspektu pracovat, a to například vhodnou intervencí, jež je poskytnuta rodině umírajícího pacienta (Kisvetrová & Králová, 2014).

## 1.3 Vybrané možnosti měření postojů ke smrti

Zahraniční studie v současné době k výzkumu postojů ke smrti využívají řadu nástrojů. V této kapitole si uvedeme několik vybraných metod, které jsou důležité v kontextu této práce.

### **Škála úzkosti ze smrti (Death Anxiety scale – DAS)**

Tato škála se skládá z 15 tvrzení s možností odpovědi pravdivé/nepravdivé. Výsledných 15 položek bylo vybráno z původních čtyřiceti. Pro svou rychlou administraci se škála stala oblíbenou a řada výzkumníků ji využila ve svých studiích. Tato škála se zaměřuje pouze na prožívanou úzkost ze smrti a podle Abdel-Khalek a Neimeyera (2017) má dobré psychometrické vlastnosti. Vzhledem ke své užitečnosti byla přeložena do mnoha jazyků jako například do holandštiny či italštiny (Groebe et al., 2018).

Využívanými verzemi této metody jsou také Revidovaná škála úzkosti ze smrti (Revised Death Anxiety Scale- RDAS) a Rozšířená škála úzkosti ze smrti (DAS-E, Death Anxiety Scale – Extended), u kterých Templer s kolektivem (2006) uvádějí, že využívají kromě varianty odpovědí pravda/nepravda nově pětibodovou Likertovu škálu.

### **Collet-Lesterova škála strachu ze smrti (Collet – Lester Fear of Death Scale-C-L FODS)**

Velice často se ve studiích zabývajících se postoji ke smrti setkáváme s Collet-Lesterovou škálou strachu ze smrti (např. Kaklauskaitė & Vonžodienė, 2015, Thiemann et al., 2018, Kaklauskaitė & Antinienė, 2016), která byla publikována již v šedesátých letech minulého století (Collett & Lester, 1969). Signifikantní pro tuto škálu je rozdělení dvou dimenzí zahrnujících smrt, a to stav smrti a proces umírání a také pojetí vlastní smrtelnosti a smrtelnosti druhých.

Škála se skládá ze 4 dílčích škál, a to subškál zaměřených na vlastní smrt, vlastní umírání, smrt druhých a umírání druhých. V původní verzi tato metoda obsahovala 36 položek, ale po její revizi byl počet snížen na 32 položek. V revidované verzi je namísto tvrzení pravdivé/nepravdivé využita Likertova škála. Českou adaptaci Revidované verze CL FODS vytvořily Bužgová a Janíková (2019).

## **Multidimenzionální škála přijetí smrtelnosti (Multidimensional Mortality Awareness Scale- MMAS)**

V některých zahraničních publikacích (např. Baykan et al., 2021) se v souvislosti s problematikou postojů ke smrti můžeme setkat se škálou Multidimensional Mortality Awareness Scale. Tuto škálu publikovali Levasseur s kolegy (2015) a slouží k měření souvislostí povědomí o úmrtnosti (Mortality Awareness).

Výsledná škála zahrnuje 5 subškál měřících Mortality Awareness, které uvádíme ve volném překladu do českého jazyka:

- A) Posmrtný odkaz (mortality legacy) vyjadřuje míru potřeby zanechat na světě odkaz, který přetrvá i po smrti jedince.
- B) Strach ze smrtelnosti (mortality fearfulness) vyjadřuje míru úzkosti z nemožnosti vyhnout se konci života, jako hlavní myšlenku autoři uvádí větu: Když přemýšlím nad smrtí, cítím se nervózní.
- C) Přijetí smrtelnosti (mortality acceptance) vyjadřuje míru přijetí fyzické i emocionální složky reality lidské smrtelnosti. Autoři reprezentují subškálu větou: Jsem si vědom toho, že smrt je nedílnou součástí života.
- D) Ztráta schopností (mortality disempowerment) vyjadřuje míru přijetí vlastní bezvýznamnosti a zranitelnosti v kontextu smrtelnosti. Tvrzení reprezentující tuto škálu můžeme volně přeložit jako: Přemýšlení o smrti mi dává pocit, že je vše zbytečné.
- E) Odpojení se od reality smrtelnosti (mortality disengagement) vyjadřuje míru odmítavého postoje k přijetí reality smrtelnosti, a naopak pocit určité nesmrtelnosti jedince, přičemž reprezentujícím tvrzením je: Myslím pouze na tady a teď a nestrachuji se vlastní smrtí.

V české literatuře nebyl dohledán překlad škál či názvu dotazníku, užíváme tedy volného překladu do českého jazyka.

Dále se můžeme v literatuře setkat například s **Indexem ohrožení (The Threat Index – TI)** či **Škálou strachu z vlastní smrti (Fear of Personal Death Scale – FPDS)** a **Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale Form B (FATCOD-B)**.

## 1.4 Postoje ke smrti v kontextu lidského života

Zpočátku jsme se zabývali tím, proč jsou postoje ke smrti důležité a také tím, jak tyto postoje vznikají a čím jsou formovány. Neméně důležitou oblastí je však působení postojů ke smrti na aspekty běžného života. Jak je zmíněno výše, Yalom (2006) zdůrazňuje důležitost vědomí smrti za účelem plnějšího života a v knize *Existenciální psychoterapie* na mnoha příkladech ukazuje, jak vědomí blíží se smrti, či setkání s hrozbou smrti, zvýšilo kvalitu lidského života.

Moor (2004) se zabývá naopak tím, jaké strategie mohou lidé volit ve svém životě, aby se vyhnuli myšlenkám na smrt nebo popřeli či se nějakým způsobem vyrovnali s vlastní smrtelností. Mezi společensky přijatelné strategie patří například touha po zanechání našeho odkazu na zemi i po smrti, a to ve smyslu zanechání potomků nebo uměleckých děl. Objevuje se i pocit pokračování života po smrti ve smyslu vnímání věčnosti přírody a jejího cyklu nebo zanechání živých vzpomínek v myslích ostatních lidí.

Existují však také možnosti, které už bychom nejspíše mezi vhodné strategie ze společenského hlediska zařadit nemohli. Jako jeden z nejčastějších způsobů můžeme zmínit sebezničující chování, které by se dalo popsat jako umírání během života, kdy jedinec pomocí všemožných aktivit či látek (např. alkohol, drogy, kouření) snižuje kvalitu života, který se v důsledku stává méně cenným a tím se smrt stává méně děsivou alternativou života (Moor, 2004). Podle Kast (1998; in Moor, 2004) to pak může být například životní styl, který upřednostňuje stagnaci a násilí, kdy jedinec zároveň popírá transcendentní dimenzi smrti a cítí se být neporazitelným. S touto tendencí souvisí také například touha po moci, kdy moc může jedinci dodávat pocit jistoty a určité nepřemožitelnosti, ztráta moci pak může být určitou paralelou ke zranitelnosti, malosti a pomíjivosti, která ukazuje na smrtelnost jedince. Někteří autoři pak určitou formu vymezení se vůči smrtelnosti a reakci na tuto skutečnost spatřují v megalomanií a sadomasochismu.

Už studie Floriana a Mikulincera (1997) se pokouší systematicky integrovat oddělené skupiny znalostí, aby poskytl lepší porozumění psychologického pozadí setkání jednotlivce s úmrtím. Tyto studie se však na rozdíl od Yaloma (2006) nesnaží o pochopení vlivu setkání se smrtí na kvalitu života či hloubku prožívání, ale zaměřují se na souvislost vnímání smrtelnosti, tedy postojů ke smrti, a sociálním soudem ostatních lidí. Zjištění této studie předpokládají souvislost mezi úzkostí z vlastní smrtelnosti a subjektivním soudem sociálních přestupků ostatních lidí. Z těchto výzkumů zároveň vychází, že sociální úsudky

nejdou výlučným produktem internalizace sociálních norem a hodnot, ale mohou být ovlivněny právě například setkáním s hrozbou smrti a následným dojmem.

Úzkost ze smrti je velmi důležitým faktorem také v oblasti zdravotnictví a jak potvrzují výzkumy, zabývající se úzkostí ze smrti u klinické populace, například u lidí, trpících úzkostí či somatoformními poruchami, je úzkost ze smrti důležitým faktorem ovlivňujícím průběh léčby a pacientův psychický stav. Práce s úzkostí ze smrti hraje zároveň významnou roli u léčby úzkostných poruch. Úzkost ze smrti také ovlivňuje aspekty mnoha diagnostických odvětví a měla by být tedy při diagnostice i léčbě brána na zřetel (Furer & Walker, 2008).

Strach a úzkost ze smrti jsou si v některých ohledech podobné se zdravotní úzkostí až hypochondrií, jelikož úzkost ze smrti bývá důvodem strachu z vážných onemocnění, operací či zákroků. Několik výzkumů popsalo souvislost se strachem ze smrti a zdravotní úzkostí. Noyes s kolegy (2002) například našli vysokou korelaci mezi skóre na škále měřící strach ze smrti a škálou diagnostiky hypochondrie, somatizace i zdravotní úzkosti. Tyto výzkumy, stejně tak jako výzkum Furera a Walkera (2008), ukazují, že řešení otázky úzkosti ze smrti bude hrát klíčovou úlohu při celkové léčbě pacientů. Jistá míra prožívané úzkosti ze smrti je přirozenou součástí života, v rámci léčby pacienta je však důležité zaměřit se na vhodné copingové strategie pro zvládání této úzkosti a sledovat, zda pacientovi tato úzkost nepůsobí nepřiměřené problémy, v takovém případě je vhodné konzultovat situaci s odborníky.

### **Možné souvislosti postojů ke smrti se vztahem k práci.**

V předchozí kapitole jsme se zabývali tím, jak nás v běžném životě může ovlivnit náš postoj ke smrti a teď se zaměříme na to, jaký vliv může mít postoj ke smrti na náš život v kontextu práce a pracovního prostředí. Dříve uvedené jsou například nevhodné strategie vyrovnání se se smrtelností, které můžeme zmínit právě také v souvislosti s pracovním prostředím (Moor, 2004). V pracovním kolektivu se můžeme také setkat s jedinci s problematickým chováním (Paulík, 2018).

V prostudované literatuře nebylo souvislosti postojů ke smrti se vztahem k práci věnováno moc pozornosti, ale za důležité pro tuto práci považujeme souvislosti fenoménů workoholismu, syndromu vyhoření a pracovní angažovanosti.

Za nejširší oblast výzkumů souvislostí postojů ke smrti a vztahu k práci na základě přečtené literatury považujeme zdravotnickou oblast. Mnoho studií se zabývá zaměstnanci

hospiců či zdravotnickým personálem, který je v přímém kontaktu s umírajícími pacienty. Peters se s kolektivem (2013) zabýval například postoji ke smrti zdravotních sester, které přichází do kontaktu s umírajícími lidmi. Sestry, které měly pozitivnější postoje ke smrti, měly zároveň lepší vztah k péči o umírající pacienty. Autoři zároveň upozorňují na nutnost těchto pracovníků, ujasnit si a zpracovat vlastní postoje ke smrti a k náboženství, protože tyto faktory mohou mít velký vliv na objektivitu a kvalitu péče o umírající pacienty. Také Guo a Zheng (2019) zdůrazňují důležitost zpracování vlastních postojů ke smrti u zdravotníků. Ve svém výzkumu se zaměřili na zdravotní sestry na onkologických odděleních a ukázalo se, že právě ty zdravotní sestry, které měly lépe zpracované vlastní vnímání smrti, zažívají méně často syndrom vyhoření.

Vzhledem k práci je třeba zmínit také důležitost vhodného zpracování vlastní smrtelnosti u lékařů. Jak píše Vymětal (2003), lékaři se mohou dostat do obtížné situace, kdy pacientovi musí sdělit velmi nepříjemné zprávy. Lékař, který nemá dostatečně zpracované téma vlastní smrtelnosti, může pacientovi sdělit diagnózu nevhodně či nepřesně, za účelem vyhnout se přímé konfrontaci s tímto nepříjemným tématem. Této souvislosti se věnují také například Neimeyer s kolektivem (2004), kteří také popisují přístup Feifela (1969 in Neimeyer et al., 2004) k této problematice. Feifel si všiml, že lékaři často prokazují vyšší míru úzkosti, než jejich vážně nemocní pacienti, přestože na smrt myslí podstatně méně. Feifel na základě svých poznatků a pilotního výzkumu dokonce vyřkl provokativní tvrzení, že lékaři pravděpodobně studovali medicínu proto, aby měli pod kontrolou své vlastní obavy ze smrti prostřednictvím pomoci ostatním. Takovéto pohnutky si netroufáme soudit, problematickým nálezem Feifelova výzkumu však bylo, že lékaři velmi často nebyli schopni podat pacientovi přesné informace o jeho zdravotním stavu, přestože o ně měl zájem. Lékařův strach z vlastní smrtelnosti mu bránil uznat tuto hrozící skutečnost před svým pacientem.

May, Yalom a Schneider se zabírali mimo jiné existenciálními tématy a vztahu ke smrtelnosti v různých souvislostech. Porovnáním jejich myšlenek se věnoval De Castro (2013), který ve své práci mimo jiné zmiňuje právě souvislost workoholismu a řešení existenciálního dilematu život versus smrt. Jedinec řešící dilema touhy po životě v opaku k nevyhnutelnosti smrti může tuto situaci zvládnout různými způsoby a mezi ty destruktivní či nevhodné můžeme zařadit právě workoholismus, kterému jsme se blíže věnovali v předchozích kapitolách.

Kromě workoholismu se nabízí také hledání souvislosti fenoménu syndromu vyhoření a postojů ke smrti. Toto téma blíže prozkoumali Sansó, Galina, Oliver, Pascual, Sinclair a Benito (2015), kteří se zabývali syndromem vyhoření u pracovníků paliativní péče. Autoři v tomto výzkumu došli mimo jiné k závěru, že copingové strategie vyrovnání se s existencí smrti a s vlastní smrtelností mají vliv na pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření. Můžeme říci, že nevhodná strategie zvládnutí těchto myšlenek zvyšuje pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření u těchto zaměstnanců. Vzhledem k zamětnání, kterému se výzkum věnoval, nemůžeme toto tvrzení aplikovat na zaměstnance všeobecně, ale otestovat tuto hypotézu u jiných pracovníků by bylo zajímavé.

V bakalářské práci (Ullmannová, 2019) jsme se věnovali možným souvislostem postojů ke smrti se vztahem k práci u populace zaměstnanců IT firmy, tedy lidí, kteří se ve svém profesním prostředí nedostávají, na rozdíl od zdravotníků, do přímé interakce se smrtí a umíráním. Zajímavým zjištěním bylo, že i u těchto zaměstnanců jsme objevili vztah mezi uvedenými fenomény. Konkrétně se jedná o souvislost škály strachu ze smrti podle DAP-R se sklony k workoholismu nebo mezi postojem únikového přijetí smrti podle DAP-R a mírou pracovní angažovanosti. Výsledky tedy potvrzují DeCastrovu (2013) myšlenku propojení fenoménu workoholismu s postojem ke smrti jako jednou z možných copingových strategií řešení této otázky.

## 1.5 Postoje ke smrti v kontextu medicíny

Studium medicíny a následně povolání lékaře s sebou nese blízkou interakci se smrtí a umíráním po celou dobu studia a v mnoha oblastech medicíny pak i po celý zbytek profesního působení. Specifikem oblasti je kromě častého kontaktu se smrtí také faktor samotného vlivu lékaře na léčbu pacienta, což s sebou nese velký psychický nápor na vyrovnání se s touto problematikou. Haškovcová (2015) uvádí, že lékař si ve své profesi musí utvořit postoj ke smrti. Adam, Vorlíček a Pospíšilová (2004) se věnují situacím, kdy se lékaři a jiní zdravotničtí pracovníci nevyrovnají nejen všeobecně s tematikou smrti, ale především s vlastní smrtelností. Neumann s kolegy (2011) v tomto kontextu uvádí, že studenti medicíny při vstupu do klinické praxe čelí setkání s realitou nemoci, bolesti i smrti a toto v nich, stejně tak jako v lékařích, může vyvolávat pocity zranitelnosti, což může mít za následek ochranu sebe sama určitou dehumanizací pacientů.

Problematicke vnímání smrti a umírání z pohledu studentů psychologie a medicíny se ve své práci věnovala už Zadražilová (2016), která v práci využívala kvalitativní design. V rámci svého výzkumu zjistila, že vnímání smrti a umírání je výrazně ovlivněno předchozí zkušeností studentů. Pro vyslechnuté studenty byla tato témata velmi široká a jejich význam se pojil se zkušenostmi z osobního i studijního života. Byl rozdíl mezi vnímáním smrti druhých a smrtí vlastní, protože nad vlastní smrtí studenti příliš nepřemýšleli. Obě skupiny studentů ovlivnilo studium ve vnímání smrti druhých, a to například ohledně kompetence reagovat a vnímat situaci. U studentů medicíny byly největším vlivem zkušenosti nabyté během praxí a u studentů psychologie pak teoretické poznatky získané během studia. Studium však už nemělo takový vliv na formování vnímání vlastní smrtelnosti, tam studenti reflektují jako výraznější faktory zkušenosti z osobního života.

Ačkoli jsou studia obou vysokých škol koncipovány odlišně, autorka dochází v práci k závěru, že studium obou škol je studenty vnímáno jako významný faktor ve způsobu uvažování nad tématy smrti a umírání, ale především směrem ke druhým lidem. Ve směru k vnímání vlastní smrtelnosti už podle jejich výsledků studium není tak významným faktorem (Zadražilová, 2016).

V zahraniční literatuře najdeme také výzkum Pessagna s kolegy (2014), kteří se kvalitativně zaměřili na tento aspekt. Autoři se v rozhovorech zaměřovali na studenty ve 3. a 4. roce medicínského vzdělání a získali tak přehled o jejich zkušenostech s reálným úmrtím v době praxí na odděleních. Studenti uváděli setkání s úmrtím na praxi jako stresující



zážitek, a to především ve chvílích, kdy se jednalo o úmrtí dítěte nebo když si uvědomovali dopadu chyb při léčebném procesu na pacienta. Autoři mapovali copingové strategie mediků a mezi ty nejvýznamnější řadí mluvení, pokračování v práci, pláč, účast na rituálech a obrácení se k náboženství. I zde tedy můžeme vidět důležitost ritualizace, jak uvádí i Ondračka (2017), a také významný vliv náboženství, který zmiňují ve všeobecné rovině Kisvetrová a Králová (2014).

Velmi důležitou roli v tomto kontaktu studenta se smrtí hrála reakce ošetřujícího lékaře a jeho schopnost informaci komunikovat rodině (Pessagno et al., 2014). K podobným výsledkům došli i Kelly a Nisker (2010), kteří rovněž spatřují citlivou reakci supervizora praxe za klíčovou pro první kontakt studenta se smrtí pacienta. Autoři také uvádí velký vnitřní rozpor studentů mezi emocionálním zájmem, cítěním či empatií k pacientovi a profesionálním odstupem k němu. Právě u studentova zpracování tohoto rozporu sehrávaly významnou roli faktory jako klinické podmínky pacientů, vzor vedoucích lékařů a příležitost ke konzultaci nastalých situací se zkušenějším odborníkem. Autoři v tomto kontextu apelují na důležitost toho, aby si vyučující na lékařských fakultách byli vědomi důležitosti prvního kontaktu studenta s úmrtím pacienta a aby byli dostatečně vzdělaní v oblasti a schopni soucitného rozhovoru na toto téma.

## 2 EMPATIE

Úkolem druhé kapitoly této práce je uvedení do problematiky empatie a empatie v kontextu medicínského prostředí. Uvedeme několik vybraných přístupů k tomuto fenoménu, nastíníme problematiku nejednotné definice a přístupu ke konceptu, dále se zaměříme na možnosti měření empatie, a to především v kontextu tématu práce. V neposlední řadě se budeme věnovat empatii v kontextu studia medicíny a profesní kariéry lékaře.

### 2.1 Pojem empatie jako téma vědeckého zkoumání

*„Empatie je pojímána jako schopnost vcítit se do pocitů a jednání druhé osoby. Je považována za součást emoční inteligence, kterou lze cíleně rozvíjet nácvikem.“* (Hartl & Hartlová, 2010, 127)

Přestože pojem empatie prostupuje širokou oblastí psychologických i jiných témat a je součástí našich životů, jednotnou definici tohoto pojmu v literatuře nenalzáme (Hojat, 2016, Mikoška & Novák, 2017, Mlčák, 2009). Kromě toho, že se autoři neshodují na jednoznačné definici tohoto konceptu, panují mezi nimi také odlišné názory na to, zda se jedná o osobnostní dispoziční, psychický stav či proces (Slaměník, 2011, Mlčák, 2009).

Pojem empatie se pravděpodobně objevil v psychologii poprvé v práci od Lippse, který se věnoval pojmu “Einführung”, což v překladu znamená vcítění. S tímto výrazem dále pracoval Titchener, který jej přeložil do angličtiny jako “empathy” (Wispé, 1986). Pod tímto pojmem se v anglické literatuře setkáváme s empatií i v současnosti. Jak je však již zmíněno výše, ne všichni současní autoři vnímají tento konstrukt stejně.

Thirioux (2014) například vnímá empatii jako tříložkový konstrukt, kdy první složka umožňuje člověku vcítit se do těla druhých, druhá část je vizuálně prostorová perspektiva a třetí složka kóduje polohu těla v prostoru. Tyto tři složky považuje Thirioux za základní součást vcítění a pochopení druhého člověka.

Podle Koukolíka (2010) je empatie druhem psychologického usuzování, ve kterém dochází k propojení pozornosti, paměti, zkušenosti a uvažování, kdy je cílem vhléd do myšlenek a pocitů druhých. Pro celý proces je důležitá schopnost rozpoznání a pochopení

emočního stavu druhého a také vlastní zkušenost s podobným psychickým stavem. Koukolík (2010) uvádí tři stavy, které se empatií prolínají, jedná se o afektivní odpověď na druhého člověka, kognitivní potenciál a regulační mechanismy, díky kterým jsme schopni odlišovat vlastní emoce a prožívání od emocí a prožívání druhého člověka.

Vymětal (2003) považuje empatii za kognitivní schopnost, která nejenže má velký význam v mezilidských vztazích, ale také je jedním ze základních předpokladů pro morální vývoj člověka. Mlčák (2009) dokonce uvádí, že je empatie základnou pro všechny existující psychologické fenomény. Goleman (2011) popisuje empatii podobně jako již zmínění Hartl a Hartlová (2010), a zároveň ji uvádí jako jednu z pěti hlavních kategorií emoční inteligence. Zároveň uvádí, že tato podle něj základní lidská vlastnost, může být prohloubena na základě zvyšujícího se emočního sebeuvědomění.

Mlčák (2009) naproti tomu uvádí dělení empatie na 3 způsoby konceptualizace. Empatii uvádí zaprvé jako **osobnostní vlastnost**, kdy se v různé literatuře můžeme setkat s označením jako jsou orientace, tendence, dovednost, schopnost, rys, dispozice, či vlastnost. Empatie ve smyslu vlastnosti může být jak emocionální, tak kognitivní a lidé se mohou odlišovat jak v kvalitativní, tak v kvantitativní míře empatie. V tomto pojetí je možné porovnávat míru empatie i typ empatie. Někteří autoři v této souvislosti zmiňují pojem dispoziční empatie.

Za druhé uvádí Mlčák (2009) kategorii empatie jako **situačně specifický stav**, kdy je pod pojmem empatie označena jakási reakce na určitý podnět či osobu. V tomto pojetí se empatie proměňuje v kontextu situačních podmínek, intraindividuálních rozdílů a mezi lidmi může docházet ke shodě mezi prožitky pozorovatele a pozorované osoby.

Jako třetí kategorii Mlčák (2009) uvádí empatii jako **multifázový experienciální podnět**, který popisuje jako *“sekvenci momentálně vznikajících a interpersonálně sdělovaných prožitků.”* (Mlčák, 2009, s.106)

Pojem empatie byl po dlouhá léta (až do roku 1950) často zaměňován s pojmem **sympatie**. Koukolík (2010) vnímá sympatii jako stav, kdy člověk cítí soucit či lítost s druhým, a to na základě vnímání a prožívání stavu, ve kterém se druhý nachází. Slaměnik (2011) zase vysvětluje sympatii v naší kultuře a psychologické literatuře jako pojem vyjadřující emoční náklonnost, určitý pozitivní vztah, který souvisí s atraktivitou. Naopak v anglosaské oblasti podle něj pojem sympatie označuje citovou reakci soucitu, který vychází z pochopení prožitku, emocí a situačního kontextu druhého člověka a pojem má

v tomto významu blízko k empatii. Podle Mlčáka, Cabáka a Nečekalové (2016) můžeme pojem empatie nejlépe a obecně vztáhnout k citlivosti a k porozumění člověka mentálním stavům druhých.

### **Definování pojmu empatie a související problémy.**

Jak dokládáme uvedenými přístupy, nejednotné vnímání pojmu empatie v odborné veřejnosti je nepřehlédnutelné. Tímto jevem se zabývali například Cuff a kolektiv (2016), kteří ve své studii shrnují problémy, které vyplývají právě z nejednotného definování pojmu empatie.

Cuff s kolektivem (2016) uvádí tři základní problémy přístupu k empatii. Jako první problém uvádí nutnost v důsledku neexistující jednotné definice, v každé studii zabývající se či související s empatií znovu definovat co je pojmem empatie myšleno. Vzhledem k nutnosti definovat mohou být interpretace výsledků o poznání náročnější. Vzhledem k tomu, že každý výzkum zabývající se empatií může pracovat s trochu odlišnou definicí, mohou pak vznikat rozdíly mezi tím, jak je empatie zkoumána a jak se jí věnuje vzdělávání či léčebné přístupy, které empatii využívají. Jako třetí problém autoři uvádí, že odlišné chápání empatie může mít vyšší terapeutickou účinnost oproti ostatním. V podobném duchu se k problematice vyjádřil i Mlčák (2009), který v kontextu terminologických, teoretických i metodologických obtíží pojmu upozorňuje na skutečnost, že byl výzkum empatie od počátku soustředěn ve dvou odděleně se vyvíjejících oblastech, a to konkrétně v teoretických vědách, jako je sociální a vývojová psychologie, ale také ve významné aplikační oblasti, kterou je psychoterapie. Každá z těchto oblastí se empatii věnuje z různého úhlu, přičemž největším rozdílem je snaha o využití a aplikaci v rámci psychoterapie.

Podle některých autorů je v souvislosti s empatií možná nejvíce diskutovanou otázkou v odborných kruzích, zda se jedná o kognitivní nebo emocionální koncept (Cuff et al., 2016). Některé definice jsou založené na vnímání empatie pouze jako emocionálního konstruktů, jiné jako striktně kognitivního konstruktů, existují však také definice, které vnímají jako podstatnou součást obě tyto složky (Blair, 2005).

Cuff s kolektivem (2016) se ve své studii věnovali nejednotnosti definic pojmu empatie a v práci doslovně uvádí 43 definic různých autorů. Z těchto definic vyplynulo 8 témat rozdělujících pojetí empatie na několik směrů. Autoři uvádí rozdělení definic na základě nejednotného odlišení empatie od příbuzných pojmů, nejednotného dělení empatie na kognitivní či afektivní, konguenci či nekonguenci konceptu nebo také rozlišně

zodpovězenou otázku, zda empatie spadá pod jiné označení či nikoliv, rozlišování vlastních hranic či splynutí s druhým. Přehlednějším rozdělení definic empatie do několika základních proudů se už dříve věnoval v českém prostředí Mlčák (2009), který ve své knize uvádí dělení do pěti základních pojetí fenoménu.

Mlčák (2009) ve své knize pro snazší orientaci v konceptu empatie uvádí několik kategorií vytvořených na základě dvou kritérií, a to unidimenzionální x multidimenzionální aspekt empatie a kritérium unifázového x multifázového přístupu.

Emocionální koncepce empatie podle Mlčáka (2009) navazují především na práce teoretiků, kteří publikovali úvahy na téma sympatie. Emocionální koncepce pak staví na předpokladu, že empatie je určitou emoční reakcí pozorovatele na vnímané emoce druhého člověka. Blair (2005) například považuje emoční empatii za koncept propojený s prožitkem emocí vyvolaných daným podnětem.

Z hlediska sociální neurovědy se můžeme také setkat s odlišným vnímáním afektivní neboli emoční empatie a empatie kognitivní. Afektivní empatii pak Kim s kolegy (2021) popisují jako fenomén závisející na percepční stimulaci a procesech emoční náklady, které souvisí s oblastmi v mozku zapojenými do vnímání emocí a zrcadlení jako např. amygdala, přední insula či premotorická kůra.

V českém prostředí se tématu emoční empatie v současnosti věnuje například kolektiv autorů Seitzl, Charvát a Juřicová (2017), kteří publikovali českou verzi škály emocionální empatie (EES-R), kterou si představíme mezi možnostmi měření empatie.

Dále pak kognitivní koncepce vysvětlují empatii v přímé souvislosti s poznávacími procesy, kdy je empatie jakýmsi mechanismem vmýšlení se do druhých lidí. V těchto koncepcích je tedy empatie pojímána jako: „*percepční vlastnost, schopnost sociálního vhledu nebo i jako komunikační proces.*“ (Mlčák, 2009, s. 112)

Z hlediska sociální neurovědy pak Kim s kolektivem (2021) uvádí, že kognitivní empatie závisí na schopnosti osvojit si pohledy jiných lidí a usuzovat o jejich psychickém stavu. Kognitivní empatie pak souvisí například s funkcí mediálního prefrontálního kortexu či hipocampu. Blair (2005) chápe kognitivní empatii jako schopnost rozumět pocitům druhých a své vnímání empatie úzce vztahuje k teorii mysli.

Z hlediska emocionálně kognitivních koncepcí empatie je na empatii nahlíženo jako na propojení složek obou přístupů a zdůrazněna je zprostředkující role kognitivních procesů

při vzniku emoční reakce. Zjednodušeně můžeme říci, že podle této koncepce jedinec v empatickém procesu pozoruje druhého člověka, interpretuje si kognitivně vjemy související s daným člověkem a na základě toho vznikne emoční reakce a jedinec může přijmout perspektivu druhého člověka (Mlčák, 2009).

Mlčák (2009) dále uvádí multifázové koncepce empatie, které vznikaly především v souvislosti s psychoterapií, ve které je empatie zásadním pojmem. V těchto koncepcích chápeme empatii jako proces, ve kterém jsou obsaženy emoční i kognitivní složky, oproti jiným koncepcím se však liší především v tom, že můžeme kognitivní a afektivní aspekty členit jako za sebou navazující a oddělené fáze.

Multidimenzionální koncepce empatie zohledňují v tomto fenoménu nejen kognitivní a emoční složky, ale také mnoho dalších působících aspektů. K dobře propracovaným multidimenzionálním koncepcím můžeme zařadit například koncepci Davise (1996), který v rámci fenoménu empatie spatřuje čtyři základní komponenty, a to přijímání perspektivy, empatický zájem, fantazii a osobní distres. Tomuto konceptu se budeme věnovat i v dalších částech této práce.

I v novějších výzkumech se můžeme setkat s pojetím empatie jakožto se souhrnem působení složky afektivní, kognitivní a další. Například Rochat (2022) zpracovává v rámci tohoto fenoménu 3 základní složky, a kromě uvedených přidává také složku prosociální motivace.

### **Klinická empatie.**

V literatuře zaměřené na medicínské prostředí se často setkáváme s termínem **klinická empatie**, kterou Halpern (2014) považuje za samostatnou kategorii věnující se empatii směrem k pacientovi. Klinická empatie zahrnuje schopnosti představit si, co pacient prožívá a jak se cítí v současné situaci v souvislosti s jeho onemocněním a léčbou.

I v rámci této kategorie Halpern (2014) uvádí několik rozměrů empatie, a to jak behaviorální rozměr, který ukazuje nakolik je lékař schopen komunikovat s pacientem a respektovat jeho zkušenosti a náhled na situaci, tak také morální rozměr empatie popisující jakousi motivaci zdravotníka vcítit se do pacienta a dále také rozměr kognitivní. Naproti tomu Kim, Kaplowitz a Johnston (2004) klinickou empatii vnímají jako dvousložkovou, kdy v rámci kognitivní složky uvádí schopnost zdravotníka chápat mentální rozpoložení pacienta a také s ním efektivně interagovat. V rámci afektivní složky pak uvádí schopnost reagovat na emocionální stav pacienta.

Klinická empatie se stala tématem velice aktuálním například také v kontextu sociální transformace amerického zdravotnického systému, které se věnují ve své studii Vinson & Underman (2020), kteří upozorňují na touhu pacientů po vřelejším vztahu s lékařem. Na rozdíl od modelu vztahu lékař pacient z poloviny dvacátého století, kdy byl charakteristickým spíše vztah formální a odtažitý. V současné americké medicíně převažují tendence tento model transformovat. Autoři uvádí také zařazení tématu empatie do medicínskému vzdělání.

### **Faktory ovlivňující empatii.**

S určitou mírou empatie se rodíme, avšak ta se dále rozvíjí. Empatii u dětí rozvíjí především pečující osoby a míra empatické péče pak má významný vliv na prožívání dospělých jedinců (Zacharová & Šimíčková-Čížková, 2011). Koukolík (2010) uvádí, že v kombinaci s genetickým pozadím, které není dosud přesně objasněné, je role vztahu matky a dítěte pro rozvoj empatie zcela zásadní. Mikoška a Novák (2017) dokonce uvádí, že nedostatek empatie při péči o dítě má na svědomí přeplněnost ordinací psychologů i psychiatrů.

Rizikem pro rozvoj empatie podle nich pak mohou být například digitální technologie či spíše jejich nadužívání (Mikoška & Novák, 2017). Je třeba mít na paměti, že při rozvoji empatie a dalších schopností je mezilidská interakce naprosto klíčová a nenahraditelná. *„Plný rozvoj neurálních struktur zodpovědných za nesmírně složité a dosud jen málo prozkoumané činnosti, které musí náš mozek vykonat, abychom rozuměli tomu, jak se druhý cítí, totiž zdaleka není samozřejmostí.“* (Mikoška & Novák, 2017, s.12.)

Mlčák a Záškodná (2009) uvádí empatii jako nezbytnou a základní podmínku interakce a základ pro tvorbu relevantních vztahů s lidmi. V případě, že dítě vyrůstá v prostředí, které není vhodné pro rozvoj empatie, tedy dispozic, které ji tvoří, vzniká u dítěte handicap, který je do určité míry nevratný. V současné době však existují způsoby, jak s empatií pracovat, rozvíjet ji a prohlubovat (Mikoška & Novák, 2017).

Z opačného hlediska, tedy nedostatku empatie či její úplné absenci se věnoval například Baron-Cohen (2014), který uvádí, že právě tento jev může mít za následek krutost. Je-li totiž vypnuto naše empatické cítění, nacházíme se v jakémsi sebestředném vztahu, kterého je většina lidí příležitostně schopna. V tomto stavu si člověk nevšimá jiných věcí než těch, na které je zaměřen, například tedy na svou práci, a vnímá lidi podobně, jako by byli věcmi.



## 2.2 Vybrané možnosti měření empatie

V českém i zahraničním prostředí se setkáme s množstvím metod měřících empatii. Jak už však bylo zmíněno dříve, v odborné sféře zatím neexistuje jednotná definice či přístup k tomuto fenoménu, na což narážíme i v pestré škále možností měření. V této kapitole popíšeme několik vybraných metod měření, které jsou zvoleny jak pro jejich významnost v českém prostředí, tak pro pochopení a objasnění výsledků výzkumů uvedených v této práci.

Měření empatie, a to jak kognitivní, tak emocionální, je založeno především na využití dotazníkových sebespozovacích metod. Mezi první možnosti měření empatie můžeme zařadit například Sociální test inteligence George Washingtona z roku 1920 či Chapinův test sociálního vhledu z roku 1942 (Mlčák, 2009).

V současné době Mlčák (2009) uvádí jako nejvíce rozšířené metody Hoganovu škálu empatie pro měření kognitivní empatie, Dotazníkové měření emocionální empatie pro měření emocionální empatie a Index interpersonální reaktivity pro měření empatie z multidimenzionálního hlediska.

**Hoganův dotazník empatie (Hogan Empathy Scale- HES)** je dotazníkem vycházejícím z unidimenzionálního přístupu empatii a zároveň se řadí mezi jedny z nejstarších. Hogan tento dotazník sestavil v roce 1969 a položky tohoto dotazníku konstruoval na základě položek z významných dotazníků jakými jsou Minnesota Multiphasic Personality Inventory a California Psychological Inventory. Několik položek pak Hogan přidal na základě vlastní konstrukce. Výsledný dotazník je tvořen čtyřmi škálami a respondent odpovídá vždy variantou pravda či nepravda (Hogan, 1969).

V našem prostředí představil kolektiv autorů (Seitl, Charvát & Juřicová 2017) **Českou verzi škály emocionální empatie (EES-R)** odvozenou od Emotional Empathy Scale (EES), kterou v originále sestrojili Caruso a Mayer (1998). Výsledný překlad obsahuje 30 položek s možností hodnotit tvrzení na Likertově škále s krajními body „vůbec nesouhlasí“ a „zcela souhlasí“. Autoři přikládají výsledný překlad jako přílohu zveřejněného článku (Seitl et al., 2017).

Poměrně nově sestrojeným dotazníkem publikovaným v roce 2011 Reniersem s kolegy je **Dotazník kognitivní a afektivní empatie (A Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy)**, ve kterém se autoři snaží vycházet z aktuálních přístupů k empatii.

Autoři reflektují nedostatek jednoznačné definice konceptu ve vědeckém kontextu, nepřichází však s vlastní definicí. Výsledný dotazník je tvořen 31 položkami rozdělenými do pěti základních subškál (Reniers et al., 2011).

Mezi dotazníky vycházející naopak z multidimenzionálního přístupu k empatii můžeme uvést **Dotazník základní empatie (Basic Empathy Scale- BES)**, který v roce 2006 vytvořili autoři Jolliffe a Farrington. Tento inventář obsahuje 40 položek, na které respondent odpovídá pomocí pětistupňové Likertovy škály. Neumann s kolektivem (2011) také uvádí, že existuje zkrácená 20 položková verze.

V zahraničních studiích (Clemens et al., 2021, Baykan et al., 2021) se můžeme setkat také například s dotazníky **Kiersma-Chen Empathy Scale (KCES)** či s **Toronto Empathy Questionnaire** (Spreng, et al., 2009). Přičemž o dotazníku Kiersma-Chen Empathy Scale (KCES) autoři (Kiersma et al., 2013) uvádí, že je vhodnou variantou pro měření změn empatie v průběhu studia, což otestovali jak u studentů ošetrovatelství, tak u studentů farmacie.

V kontextu této práce je důležité zmínit také **Jeffersonovu škálu lékařské empatie (Jefferson Scale of Physician Empathy- JSPE)**, která je určena specificky pro lékařské prostředí a měří klinickou empatii. Zabývá se tedy specificky empatií lékaře k pacientovi. Tato verze pro lékaře je tvořena 20 položkami, na které lékař odpovídá na Likertově škále. Tento dotazník existuje také ve formě pro studenty medicíny (JSPE-S) či zdravotnických oborů (JSPE-HPS) a také pro nelékařský zdravotnický personál (JSPE-HP) (Hojat, 2007).

Pro tuto práci je důležitý také dotazník **Interpersonal Reactivity Index (IRI)**, který vychází z multidimenzionálního přístupu k empatii a empatii měří na čtyřech subškálách, kterými jsou přejímání perspektivy, empatický zájem, fantazie a osobní distres (Davis, 1980). Blíže se budeme dotazníku věnovat ve výzkumné části práce.

## 2.3 Empatie v kontextu medicíny

Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) uvádějí, že lidé v pomáhajících profesích vykazují všeobecně vyšší míru empatie. Jak už jsme uvedli dříve, v oblasti zdravotnictví se často setkáváme s termínem klinická empatie, který pod sebe zahrnuje různé aspekty práce s pacientem jako například schopnost představit si, co pacient cítí a prožívá (Halpern, 2014).

Decety (2020) uvádí, že k tomu, aby lékaři porozuměli subjektivním stavům svých pacientů, je zapotřebí minimální množství emoční empatie, ale na druhou stranu příliš mnoho emoční empatie může vést k vyhoření a únavě ze soucitu. Přestože význam empatie je tedy nepopíratelný, zdá se, že pro mnoho zdravotníků je obtížné každodenně empaticky komunikovat se svými pacienty a také najít míru, která je prospěšná pro pacienta, ale není škodlivá pro lékaře. Mezi faktory, které negativně ovlivňují rozvoj empatie u lékařů, patří například vysoký počet pacientů, které musí odborníci zvládat, nedostatek adekvátního času, ale také právě nedostatek vzdělání souvisejícího s empatií a empatickým přístupem k pacientovi s ohledem na vlastní psychické zdraví (Moudatsou et al., 2020).

V českém prostředí se empatií u lékařů ve své bakalářské práci kvalitativně věnovala Wollerová (2020), která uvádí, že si lékaři zapojení do tohoto výzkumu uvědomují, jak důležité je, aby měli s pacientem navázán takový vztah, ve kterém pacient lékaři věří při jeho práci a léčebném postupu i ve zvolené medikaci, což poté usnadňuje celý proces léčby. Problematickým fenoménem se v názorech lékařů ukázal být nedostatek času při péči o jednotlivé pacienty. Vzhledem k tomu, že praxe lékaře vyžaduje velké množství administrativy, vysoký počet svěřených pacientů a dalších zákroků, k individuálnímu přístupu a empatii nebývá tolik prostoru, kolik by lékaři považovali za dostatečné.

Ne vždy se setkáváme při práci zdravotnického personálu se všemi rozměry empatie. A přitom právě empatie je považována za jednu z osobních kvalit, která definuje profesionalitu v medicíně, a za zásadní předpoklad kvalitní péče o pacienta (Bleakley & Bligh, 2008, Quince et al., 2011). Tyto schopnosti jsou individuální a jak se dozvídáme z proběhlých výzkumů, na míru empatie a schopnost všeobecně cítit s pacientem, může mít vliv nejen vývoj, sociální vlivy, osobní život a praxe ve zdravotnictví, ale také například už samotné studium medicíny (Quince et al., 2011, Kožený & Tišanská, 2011).

## **Empatie a studium všeobecného lékařství.**

Studium všeobecného lékařství s sebou nese vysoké nároky na vzdělání studentů, jejich odolnost vůči stresu, ale také na schopnost komunikovat s ostatními lékaři a pacienty a během praktických stáží v nemocnicích být nápomocni v běžném provozu. Během let studia studenti medicíny přichází do kontaktu s mrtvými těly na pitevně, později s množstvím teoretických aspektů, které se musí naučit a ve druhé polovině studia jsou také v přímém kontaktu s pacienty a lékaři. Mnoho autorů (Kožený & Tišanská, 2011, Canseco et al., 2022, Kataoka et al., 2009) si klade otázku, jak tato příprava budoucích lékařů působí na formování jejich empatie.

V českém prostředí se tomuto tématu věnovali Kožený a Tišanská (2011), kteří realizovali výzkum na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Autoři pracovali s průřezovým designem a výzkumným souborem 895 studentů medicíny napříč ročníky. K testování využili studentskou verzi Jeffersonské škály empatie - JSPE-S a došli k závěru, že u respondentů dochází k výraznému poklesu průměrného postoje k roli empatie v léčebném kontextu ve 3., 4., a 5. ročníku, jedná se tedy o období, kdy studenti přicházejí blíže do přímého kontaktu s realitou, tedy s pacienty a lékaři v praxi. Stejně tak Hojat et al. (2007) uvádí jako zlomový pro snížení empatie taktéž 3. ročník studia lékařské fakulty. Současně Chen et al. (2007) uvádí nejnižší míru empatie podle JSPE-S ve čtvrtém ročníku, klesající tendenci však popisují také už mezi druhým a třetím rokem studia.

Canseco s kolektivem (2022) realizovali průřezovou studii u studentů medicíny v Madridu, stejně tak jako Kožený a Tišanská (2011), nebo Chen s kolektivem (2007) využili JSPE-S. Z jejich výsledků však na rozdíl od zmíněných studií nebyla patrná změna míry empatie mezi ročníky studia.

V zahraničním prostředí se proměnám empatie napříč vzdělávacím procesem budoucích lékařů věnovali také Quince s kolektivem (2011), kteří ke své průřezové studii využívali jinou testovou baterii a k měření empatie využili konkrétně dříve zmíněný IRI. Z výsledků tohoto výzkumu se ukázalo, že empatie u mediků napříč ročníky studia na univerzitě v Cambridge zůstává podobná, a zároveň, že ženy vykazují vyšší míru empatie než muži, což potvrzují také výsledky mnoha dalších studií (například Petrucci et al., 2016).

Kromě studií, které ukazují možné snižování empatie napříč studiem, či určitou konzistenci, z výzkumu Kataoka a kolegů (2012) vyplynul naopak nárůst empatie v průběhu přípravy na lékařské povolání.

S ohledem na pozorování změn v empatii u studentů medicíny i lékařů proběhlo mnoho studií s využitím mnoha různých testových metod. Ferreira-Valente s kolegy (2017) se také zaměřili na prozkoumání možného vlivu studia medicíny na snižování empatie a vyhledali literaturu publikovanou mezi roky 2009 až 2016 v několika jazycích, a to konkrétně v angličtině, španělštině, portugalštině a francouzštině. Identifikovali přes dvě stě zmínek o tomto tématu a jejich kritérii pro zařazení do studie prošlo 20 článků. Autoři shrnují, jak už vyplývá i z námi uvedeného textu, že studie se velmi liší, jak z hlediska volby testové baterie, tak zastoupení respondentů i výsledky.

V uvedených průřezových studiích převládaly výsledky neměnné či naopak zvyšující se empatie v průběhu studia a naopak v longitudinálních studiích vycházely spíše smíšené výsledky či výsledky ukazující na klesající trend empatie napříč roky studia (Ferreira-Valente et al., 2017). Můžeme tedy konstatovat, že v současné době světová literatura nenabízí jednoznačné závěry týkající se změn v empatii studentů na lékařské fakultě.

Kim s kolektivem (2021) jsou jedni z prvních autorů, kteří se zaměřili na výzkum empatie u lékařů a studentů medicíny na základě jiného přístupu, a to s využitím fMRI, tedy techniky funkční magnetické rezonance. Autoři snímali pomocí zařízení aktivitu mozku svých respondentů ve chvíli, kdy respondenti četli scénáře daných situací a zaujímalí postoj lékaře i pacienta. Autoři následně porovnávali výsledky respondentů z řad absolventů pátého ročníku studia medicíny a druhé skupiny respondentů z nemedicínských oborů.

Zajímavými zjištěními bylo, že studenti medicíny, na rozdíl od studentů nemedicínských studentů, vykazovali sníženou aktivitu v temporoparietální oblasti. Temporoparietální oblast v mozku se podílí na mentalizaci z pohledu pacienta oproti perspektivě lékaře. Ve stejném regionu byla zaznamenána u studentů medicíny aktivita ve scénáři z perspektivy lékaře. Tato studie nejenže je jednou z prvních s podobným přístupem, ale ukazuje také na rozdíly v procesech v mozku spojené s empatií lékařů vůči pacientům (Kim et. al., 2021).

Autoři Pohontsch s kolektivem (2018) realizovali polostrukturované rozhovory se studenty medicíny a identifikovali čtyři hlavní témata ovlivňující rozvoj a projev empatie v průběhu samotného studia:

- 1) Průběh studia, kam můžeme zařadit praktické zkušenosti, lékařské vzory, vědecký přístup na univerzitách či důraz na důležitost empatie;

2) Studenti sami o sobě, v této kategorii má svůj význam studijní rutina, pocity viny či nejistota studentů, předchozí pracovní zkušenosti, profesní odstup, nálada, psychická zralost a osobní úroveň empatie;

3) Pacienti jsou významným vlivem ve smyslu nejen jejich zdravotního stavu, ale také jejich přístupu ke studentům i lékařům a v náročnosti komunikace s nimi;

4) Okolní podmínky, kam můžeme řadit všudypřítomný časový tlak/stres, pracovní prostředí a pracovní spokojenost ostatních zdravotníků v praxi.

Podle Vinsona a Undermana (2020) se na amerických školách v rámci výuky budoucích zdravotníků začíná dbát na výuku tématu empatie v kontextu budoucí profese, což souvisí s procesem humanizace medicíny, tedy jejím tzv. polidšťováním.

V souvislosti s humanizací medicíny a stresem spojeným s přípravou na budoucí profesi lékaře považujeme za důležité uvést aktuální průzkum mezi studenty medicíny v České republice, který realizovala organizace Po medině v čele s lékařem Paličkou (2021). Průzkumu se zúčastnilo přes 3000 studentů všeobecného lékařství. Z výsledků vyplývá potvrzení předpokladů autorského týmu, že studenti medicíny v České republice jsou vystaveni velmi vysoké míře stresu. Jak popisují Neumann s kolegy (2011) právě velká míra stresu, vysoké požadavky, nedostatek spánku či času na odpočinek a možná snížená sociální opora v důsledku nedostatku času na společenské vztahy, by mohly být také faktory způsobující možný pokles empatie.

Organizace Po medině si v souvislosti s provedeným průzkumem a dalšími aktivitami klade za cíl systematicky pracovat na vylepšení podmínek pro studenty medicíny a začínající lékaře, a to jak v souvislosti s přemírou stresu během studia, tak s dalšími dílčími aspekty („Výsledky průzkumu“, 2021). Tato organizace není jedinou, která se systematicky zabývá zdravotnictvím a duševním zdravím zdravotníků. Rádi bychom také uvedli organizace MedicRise, v čele s psychiatrickou Mechúrovou. Tato organizace se zabývá systematickým vzděláváním zdravotníků v oblasti duševního zdraví, a to nejen duševního zdraví pacientů, ale také zdravotníků samotných (MedicRise, n.d.).

## 2.4 Možné souvislosti postojů ke smrti a empatie

Empatie i postoje ke smrti jsou bezpochyby fenomény velmi často diskutované právě v kontextu prostředí medicíny, a to jak už v souvislosti s paliativní péčí, běžnou péčí o pacienty či samotným studiem. V této kapitole představíme získané poznatky ohledně možné souvislosti těchto fenoménů.

Domníváme se, že problematika postojů ke smrti je v souvislosti se stresem z přípravy na povolání lékaře jedním z významných faktorů působících na studenty či lékaře. V českém prostředí nebyl dohledán výzkum, který by se zabýval současně fenomény postojů ke smrti a empatii. V zahraničí však někteří autoři nastiňují možnou souvislost. Handagoon a Varma (2019) se ve svém výzkumu věnovali vztahu empatie, úzkosti ze smrti a délce praxe u lékařů v thajské nemocnici. Z jejich výsledků vychází, že léta zkušeností vybraných lékařů významně souvisí s jejich mírou úzkosti ze smrti a také s jejich empatií. Ukázalo se, že se zvyšující dobou praxe se u lékařů zvýšila empatie, ale také míra úzkosti ze smrti.

Se zajímavými zjištěními přichází také Kaklauskaitė a Vonžodienė (2015), kteří se zaměřili na studenty medicíny a z jejich výzkumu se ukazuje, že studenti medicíny, kteří vykazují vyšší míru empatického zájmu (empathetic concern) podle IRI vykazují také vyšší míru úzkosti z umírání a smrti druhých oproti studentům, kteří vykazují nižší míru empatického zájmu (empathetic concern). Naznačují tedy určitou souvislost právě těchto fenoménů. Thiemann s kolektivem (2018) se, na rozdíl od Kaklauskaitė a Vonžodienė (2015) zaměřili na propojení empatie a postojů ke smrti u studentů medicíny v kontextu EOLC a k měření postojů k EOLC využili Sullivanův dotazník.

Oba výzkumy využívají dotazníky IRI a COLFD (Kaklauskaitė & Vonžodienė, 2015, Thiemann et al., 2018). Závěrem autoři (Thiemann et al., 2018) uvádějí, že se studenti medicíny obávají možného negativního osobního emocionálního dopadu EOLC na lékaře. I když lékařské vzdělání může tyto obavy zmírnit, zdá se, že negativní očekávání souvisí s úzkostí, úzkostí ze smrti a možnou depresí. Jejich zajímavým zjištěním bylo také to, že respondenti s vyšším Impact Score v Sullivanově dotazníku byli spíše studenty nižších ročníků a vykazovali současně vyšší úzkost ze smrti a vyšší míru empatie ve škálách osobní distres a přijímání perspektivy podle dotazníku IRI.

Ünlü a Uludağ (2021) si položili otázku, zda má empatie vztah k vypořádávání se se smrtí a umíráním. Přichází s myšlenkou, že klinická empatie může zlepšit interakci s pacientem v jakékoliv fázi léčebného procesu, ale vzdělávání ve smyslu podpory empatie může mít také za následek větší spojení studenta medicíny či lékaře s pacientem a tím

podpořit riziko, že se budou chovat neprofesionálně v souvislosti s vlastními obrannými mechanismy. Své hypotézy výzkumníci zamítli, kladou si však otázku, zda byla vhodně zvolena testová baterie (JSE-S). Vyjádřili také myšlenku, že perspektivní a soucitná péče, měřená JSE-S, může odrážet sklon k emocionálnímu zapojení, který u studentů medicíny vede k negativním postojům ke smrti a umírání.

I Baykan s kolektivem (2021) si kladli otázku, zda existuje souvislost mezi vnímáním smrti a empatií. U zdravotnických pracovníků v tureckých nemocnicích zjistili, že strach ze smrti u zdravotníků s narůstajícími zkušenostmi klesal. Úroveň empatie podle Toronto Empathy Questionnaire u profesionálů ve zdravotnictví také významně predikuje míru vědomí úmrtnosti (tedy škálu mortality awareness podle Multidimensional Mortality Awareness Scale). Tato zjištění naznačují desenzibilizační účinek svědectví smrti. Mohli bychom tedy zjednodušeně říci, že podle výsledků Baykana a jeho kolegů (2021) u respondentů existuje jakási souvislost mezi postojem ke smrti a empatií. S přibývajícím lety praxe se zdravotníci v nemocnicích dostávají do kontaktu s tématem smrti a postupem času se tak jejich strach ze smrti snižuje. Zároveň míra empatie zdravotníků výrazně ovlivňuje jejich postoj ke smrti.

Podle Kaklauskaitė a Antinienė (2016) studenti medicíny vykazující vyšší úroveň empatického zájmu (empathetic concern podle Coller-Lester FODADS), vykazují současně vyšší míru úzkosti ze smrti a umírání ostatních (death and dying of others anxiety) ve srovnání se studenty vykazujícími nižší úroveň empatického zájmu.



# VÝZKUMNÁ ČÁST

### 3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Jak jsme zjistili v teoretické části práce, vnímání naší smrtelnosti a zaujatý postoj ke smrti či míra prožívané úzkosti, mohou velmi ovlivňovat náš praktický život (např. Yalom, 2006; Moor, 2004; Noyes et. al., 2002). Postoje ke smrti jsou důležitým fenoménem v oblasti zdravotnictví, jelikož už student medicíny v prvním ročníku přichází do kontaktu s tématem smrti ve velmi odlišném kontextu než běžná populace, a to například na pitevně anatomie.

Téma života a smrti poté provází studenty medicíny nejen jejich výukou, ale také praxemi v průběhu studia a následně jsou tato témata také neustále přítomna v profesní dráze lékaře. Přičemž právě během studia může být setkání se s úmrtím pacienta velmi stresující zkušeností (Pessagna, et al., 2014). Empatie i postoje ke smrti jsou fenomény, které bezesporu mají svůj význam nejen v oblasti zdravotnictví, jsou také fenomény diskutovanými v kontextu profese lékaře, a to především samostatně (např. Canseco et al., 2022; Kataoka et al., 2009; Kelly et al., 2010; Neumann, et al., 2011; Pessagna et al., 2014). Někteří výzkumníci v zahraničí však zaměřili svou pozornost také na kombinaci těchto dvou fenoménů (Handagoon, et al., 2019; Thiemann, et al. 2018; Ünlü, et al.; 2021).

V teoretické části práce jsme se věnovali postojům ke smrti i jejich významu v oblasti medicíny stejně tak, jako jsme se věnovali teoreticky fenoménu empatie i jeho propojení a významu v profesi kteréhokoliv zdravotníka, zejména lékaře. Popsali jsme u obou fenoménů také souvislost s cílovou skupinou výzkumu a nastínili možné faktory působící na formování budoucích lékařů.

V České republice najdeme jen málo výzkumů zaměřujících se na postoje ke smrti a empatii u studentů medicíny a začínajících lékařů (např. Kožený et al., 2011) a odděleně bývá těmto fenoménům věnována pozornost především v diplomových pracích (např. Zdražilová, 2016). V současnosti však nebyl v české literatuře dohledán žádný výzkum, který by se věnoval možné souvislosti těchto fenoménů, tedy možné souvislosti postojů ke smrti s empatií, což je hlavním cílem této práce.

Někteří autoři se domnívají, že vysoká míra stresu během studia medicíny může být jedním z klíčových faktorů při proměnách míry empatie během studia (Pohontsch et al., 2018). Současně pak víme, že jedním z významných stresorů během studia medicíny může

být kromě vysokých nároků také vyrovnávání se s úmrtím pacienta a celkově s tématem lidské smrtelnosti (Pessagna, et al., 2014). Domníváme se tedy, že vzhledem k vysoké míře prožívaného stresu u studentů lékařských fakult v ČR (Pomedině, 2021) může existovat jistá souvislost také právě s postoji ke smrti. Vzhledem k výsledkům Koženého a Tišanské (2011) předpokládáme, že by v českém prostředí mezi studenty medicíny mohlo docházet ke změnám v empatii v průběhu let studia. V prostudované literatuře však nebyl nalezen žádný výzkum, který by mapoval proměny postojů ke smrti v průběhu přípravy a začátků praxe lékaře. Vzhledem k nutnosti vyrovnat se s tématy smrti během této cesty předpokládáme, že u studentů medicíny dochází v průběhu profesní přípravy ke změnám také v této oblasti.

Vzhledem k povaze práce byl pro získání odpovědí na výzkumné otázky a otestování formulovaných hypotéz zvolen smíšený výzkumný design. Tento typ designu předpokládá, že je v rámci analýzy či sběru dat kombinován alespoň jeden kvantitativní a alespoň jeden kvalitativní přístup (Creswell & Plano Clark, 2007). V této práci se jedná například o využití kvalitativní metodologie v rámci zpracování otevřených otázek s využitím zakotvené teorie a programu Atlas a u kvantitativního přístupu můžeme uvést například samotný způsob sběru dat a následnou korelační studii. Výhodou tohoto přístupu je lepší pochopení výzkumného problému.

Hlavním cílem této práce je tedy zjistit, **zda existuje nějaká souvislost mezi fenomény postoje ke smrti a empatií u studentů medicíny a začínajících lékařů v České republice**. Kromě tohoto základního cíle se také zaměříme na postoje ke smrti a empatii u studentů medicíny a začínajících lékařů a na to, zda dochází v průběhu let studia a začínající praxe lékaře ke změnám v těchto fenoménech.

V následujících kapitolách popíšeme tvorbu výzkumu, použité metody a sběr dat. Popíšeme výzkumný soubor i jeho specifika a na závěr uvedeme výsledky práce a také polemiku s dosavadními poznatky o dané problematice spolu s limity této práce.

### 3.1 Výzkumné cíle a otázky

Abychom mohli dříve uvedené myšlenky výzkumně ověřit, stanovili jsme si jeden hlavní cíl a dva vedlejší cíle. K těmto cílům vztahujeme výzkumné otázky a hypotézy, které budeme následně ověřovat, a to za pomoci statistických operací. Obecně můžeme shrnout, že se tento výzkum snaží zjistit, zda existuje souvislost mezi postoji ke smrti a empatií tak, jak jsou popsány v metodách DAP-R a IRI, a zároveň se pokouší zmapovat tyto fenomény v kontextu vybrané populace a jejich specifik.

V následujících kapitolách popíšeme tvorbu výzkumu, použité metody a sběr dat. Popíšeme výzkumný soubor i jeho specifika a na závěr uvedeme výsledky práce a také polemiku s dosavadními poznatky o dané problematice spolu s limity této práce.

Výsledné cíle, výzkumné otázky a hypotézy formulujeme takto:

#### **Cíl č. 1: Zjistit, zda existuje souvislost mezi postoji ke smrti a empatií.**

H1: U výběrového souboru respondentů existuje statisticky významná souvislost mezi některou ze subškál empatie podle IRI a některým z postojů ke smrti podle DAP-R.

- Kaklauskaitė a Vonžodienė (2015) ve svém výzkumu objevili souvislost mezi subškálou empatického zájmu podle IRI a úzkosti z umírání a smrti druhých.

#### **Cíl č. 2: Popsat charakteristiky výzkumného souboru z hlediska postojů ke smrti.**

VO1: Jaké postoje ke smrti zastávají respondenti výběrového souboru?

VO2: Jak se respondenti vyjadřují k možným proměnám postojů ke smrti během studia?

H2: U výběrového souboru respondentů existuje statisticky významná souvislost mezi věkem a některým z postojů ke smrti podle DAP-R.

- Hledáním souvislostí mezi postoji ke smrti a věkem se zabývali například Russac s kolegy (2007), Lehto a Stein (2009) nebo Kisvetrová a Králová (2014). Ve všech zmíněných studiích byla souvislost věku a postojů ke smrti nalezena.

H3: U výběrového souboru respondentů existuje statisticky významná souvislost mezi fází vzdělávacího procesu a některým z postojů ke smrti podle DAP-R.

- V prostudované literatuře nebyl dohledán výzkum zabývající se proměnami postojů ke smrti během přípravy na profesi lékaře, ale mnoho autorů se zabývá významností

vyrovnání se s tímto tématem právě v období studia a začátku lékařské praxe (např. Adam, et al., 2015; Neumann et al., 2011). Domníváme se tedy, že právě tyto vlivy mohou být patrné v možných odlišných postojích ke smrti napříč studiem a začátkem praxe.

### **Cíl č. 3: Popsat charakteristiky výzkumného souboru z hlediska empatie.**

VO3: Jakou míru empatie vykazují respondenti výběrového souboru?

VO4: Jak respondenti vnímají svou empatii v průběhu let od začátku studia?

VO5: Jaká další témata respondenti reflektují v souvislosti s vnímanými proměnami vlastní empatie?

H4: U výběrového souboru respondentů existuje statisticky významná souvislost mezi fází vzdělávacího procesu a některou ze subškál IRI.

- Kožený a Tišanská (2011) došli ve své studii k závěru, že u respondentů dochází k výraznému poklesu průměrného postoje k roli empatie v léčebném kontextu v průběhu let studia. V zahraničním prostředí se tomuto fenoménu věnovalo mnoho odborníků s využitím odlišných testových baterií a jejich výsledky nejsou jednotné (Ferreira-Valente, et al., 2017).

## **3.2 Formulace hypotéz ke statistickému testování**

### **Testované výzkumné otázky:**

VO1: Jaké postoje ke smrti zastávají respondenti výběrového souboru?

VO2: Jak se respondenti vyjadřují k možným proměnám postojů ke smrti během studia?

VO3: Jakou míru empatie vykazují respondenti výběrového souboru?

VO4: Jak se respondenti vyjadřují k možným proměnám empatie během studia?

VO5: Jaká další témata respondenti reflektují v souvislosti s vnímanými proměnami vlastní empatie?

### **Testované hypotézy:**

H1: U výběrového souboru respondentů existuje statisticky významná souvislost mezi některou ze subškál empatie podle IRI a některým z postojů ke smrti podle DAP-R.

H2: U výběrového souboru respondentů existuje statisticky významná souvislost mezi věkem a některým z postojů ke smrti podle DAP-R.

H3: U výběrového souboru respondentů existuje statisticky významná souvislost mezi ročníkem studia a některým z postojů ke smrti podle DAP-R.

H4: U výběrového souboru respondentů existuje statisticky významná souvislost mezi ročníkem studia a některou ze subškál empatie podle IRI.

## 4 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Výzkum pro účely diplomové práce jsme realizovali s využitím kvantitativní metodologie, a to konkrétně tvorbou dotazníkového šetření. Ke tvorbě a šíření dotazníku byl využit portál Survio, konkrétně jeho prémiová verze, která umožňuje využití logických úkonů při vyplňování dotazníku a také umožňuje vyplnění dotazníku až 1000 respondenty.

Testová baterie byla tvořena úvodní stranou a dále rozdělena do tří stěžejních částí, přičemž první část byla věnována problematice empatie, druhá tématu postojů ke smrti a v závěrečné části jsme se doptávali na demografické údaje respondentů.

Na úvodní straně byli respondenti seznámeni s účelem výzkumu, jeho anonymitou i cílovou skupinou. Byli také upozorněni na citlivost tématu a bylo jim doporučeno vytvořit si příjemné prostředí k vyplnění dotazníku. Současně jsme uvedli informace o možnostech psychologické podpory v případě negativních emocí vyvolaných dotazníkem. Uvedli jsme dobrovolnost odpovědí i možnost kdykoliv vyplňování dotazníku ukončit. Také jsme však respondenty poprosili o zamyšlení a vyplnění všech otevřených otázek.

V části dotazníku věnované empatii jsme respondentům předložili škálu otázek Interpersonal Reactivity Index a také několik otázek vlastní tvorby. V části zaměřené na postoje ke smrti byla předložena škála Death attitudes profile - Revised doplněna o několik otázek vlastní tvorby. V závěrečné třetí části jsme zjišťovali demografické údaje a specificky také údaje týkající se ročníku studia, univerzity a oboru působení. Na konci dotazníku jsme poděkovali za účast a dali prostor pro jakékoliv komentáře či vzkazy a připomínky.

## 4.1 Interpersonal Reactivity Index (IRI)

K měření úrovně empatie jsme použili škálu, kterou vytvořil Davis (1980, 1983), vycházející z multidimenzionálního přístupu k empatii. Tato škála je v zahraničí hojně využívaným nástrojem, a patří mezi nejrozšířenější nástroje vycházející z multidimenzionálního přístupu. Autoři u dotazníku uvádějí hodnoty Cronbachovo alfa v rozmezí 0,71-0,77 (Davis, 1983). V České republice dosud nebyl vytvořen a validizován překlad této metody. Pro účely diplomové práce jej však vytvořili Tyrlik a Slabá (2010) a dále byl upraven Svobodovou a Klimusovou (2017). Obě verze jsou veřejně dostupné na internetu. Užití překladu bylo konzultováno a rozhodli jsme se vytvořit další verzi překladu, ale pilotovat a případně upravit stávající verzi.

Jedná se o sebeposuzovací metodu, při které respondent reaguje na 28 tvrzení pomocí Likertovy škály. Tyto položky rovnoměrně zastupují čtyři měřené škály a zahrnují přitom aspekty kognitivní i emocionální empatie. Jelikož tento dotazník popisuje míru empatie v několika dimenzích, umožnil nám hledat vztahy mezi konkrétními dimenzemi empatie a konkrétními postoji ke smrti.

Subškála přejímání perspektivy (perspective-taking, PT) popisuje tendence přejímat perspektivu vnímání světa druhou osobou. Jinak řečeno dívat se na svět z jejího úhlu pohledu. Subškála empatického zájmu (empathic concern scale, EC) se věnuje pocitům vřelosti, soucitu a zájmu o druhé. Škála osobní distres (personal distress, PD) měří reakci respondenta na negativní zkušenosti a zážitky jiných lidí, konkrétně se zaměřuje na respondentovy pocity nepohody a úzkosti. Poslední subškála fantazie (fantasy scale, FS) měří sklony jedince ztotožňovat se s fiktivními a jinými postavami (Davis, 1980).

Vedoucí překladu byl kontaktován, neobdrželi jsme dosud odpověď.



## 4.2 Death attitudes profile- Revised (DAP-R)

Původními autory dotazníku jsou Wong, Reker a Gesser (1994). Do českého jazyka dotazník přeložily Pechová a Machů (2012). Tento dotazník je tvořen 32 položkami, na které respondenti reagují pomocí Likertovy škály. Tento dotazník měří míru zastoupení pěti kategorií postojů ke smrti, kterými jsou postoj neutrálního přijetí smrti, postoj přívětivého přijetí smrti, postoj únikového přijetí smrti, strach ze smrti a vyhýbavý postoj ke smrti.

Postoj neutrálního přijetí smrti (Neutral Acceptance, NA) ukazuje vnímání smrti jako přirozené součásti života. Postoj přívětivého přijetí smrti (Approach Acceptance, AA) ukazuje smrt v pozitivní konotaci jako bránu do šťastného posmrtného života. Postoj únikového přijetí smrti (Escape Acceptance, EA) popisuje chápání smrti jako vítané alternativy k životu v bolesti a utrpení. Strach ze smrti (Fear of Death, FD) pak ukazuje nakolik jsou zastoupeny negativní myšlenky a pocity, které téma smrti vyvolává. Vyhýbavý postoj ke smrti (Death Avoidance, DA) popisuje přístup vedoucí k vyhýbání se myšlenkám a hovorům souvisejícím s tématem smrti za účelem snížit strach ze smrti.

Machů (2012) ve své práci ověřovala vnitřní konzistenci tohoto dotazníku a pro potřeby této práce uvádím její výsledky v níže uvedené tabulce. Všechny škály kromě neutrálního přijetí smrti mají hodnotu Cronbachova  $\alpha$  větší či rovnu kritické hodnotě 0,70 (Machů, 2012).

Škála	Cronbachova $\alpha$
Strach ze smrti	0,85
Vyhýbání se smrti	0,86
Neutrální přijetí	0,67
Přívětivé přijetí	0,94
Únikové přijetí	0,81

# 5 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

V této kapitole se zabýváme popisem skupiny respondentů a jejich charakteristik. Představíme průběh a způsob sběru dat, popíšeme specifické charakteristiky populace respondentů a celého výzkumného souboru. Na závěr vymezíme etické hledisko celého výzkumu.

## 5.1 Sběr dat

Sběr dat probíhal v online prostředí ve formě dotazníkového šetření. Testovou baterii mohl vyplnit kdokoli, cílová skupina však byla jasně specifikována v úvodním textu dotazníku i v původních textech u publikovaných odkazů. Do výsledného výzkumu byli zahrnuti všichni respondenti, kteří splnili předem daná kritéria cílové skupiny.

Získávání dat bylo zahájeno testováním pilotní verze dotazníku se záměrem ověřit jeho funkčnost a srozumitelnost. Pilotního testování se zúčastnilo 8 respondentů příležitostného výběru z řad studentů medicíny a psychologie. Studenti medicíny byli osloveni vzhledem k zastoupení cílové skupiny a studenti psychologie pro jejich znalost pozadí tvorby výzkumu. Na základě zpětné vazby došlo k úpravám ve formulaci některých otázek. Odpovědi těchto respondentů nebyly zahrnuty do konečné analýzy dat. Upravený dotazník byl zaslán k dalšímu pilotnímu testování, zpětná vazba již nesvědčila o potřebě dalších úprav.

Výsledná data jsme získali pomocí nepravděpodobnostních metod výběru, nelze tedy zaručit reprezentativnost výsledného výzkumného souboru. Specificky jsme využili metod sběru dat s názvem sněhová koule, jedná se tedy o příležitostný výběr. Oslovili jsme zástupce cílové skupiny a ti poté oslovovali další účastníky výzkumu ze specifické skupiny (Ferjenčík, 2010).

Respondenti byli osloveni zejména skrze sociální síť Messenger, Facebook, LinkedIn a Instagram. Dále byly s prosbou o šíření dotazníku osloveni e-mailovou korespondencí zástupci studijních oddělení lékařských fakult, a to na doporučení konkrétních studentů. Jednalo se o Lékařskou fakultu Ostravské univerzity v Ostravě a 3. Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Skrze sociální síť Facebook bylo s prosbou

o šíření dotazníku osloveno více než 40 skupin, kam bylo možno publikovat příspěvek, nebo publikovali příspěvek respondenti oslovení skrze sociální síť Messenger. Využité skupiny na platformě Facebook byly především ročníkové skupiny studentů lékařských fakult (např. UPOL, OU, UK). Po zveřejnění dotazníku na soukromý profil LinkedIn byl dotazník dále sdílen několika účty z nichž tři byly účty organizací zaměřujících se na inovace ve zdravotnictví (MedicRise, Pomedině, Spokojení zdravotníci).

## 5.2 Výzkumný soubor a jeho charakteristiky

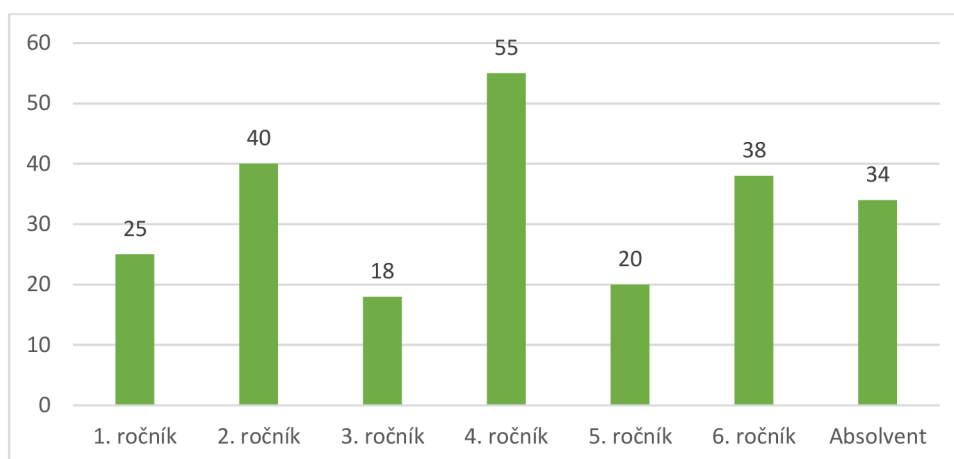
Výzkumný soubor je tvořen studenty všeobecného lékařství a lékaři působícími v praxi před dosažením kmenové atestace ve věku 18 až 36 let. Dotazník vyplnilo celkem 230 respondentů. Vzhledem k dobrovolnosti vyplnění položek dotazníku jsme obdrželi mnoho nekompletních dotazníků. Rozhodli jsme se tedy v každém kroku pracovat jen s daty respondentů, které byly kompletní pro konkrétní záměr, celkový počet respondentů bude uveden vždy u dílčích operací. V následujících grafech uvedeme rozložení výzkumného souboru z hlediska pohlaví, věku, ročníku studia a univerzity, kde studují či absolvovali studium všeobecného lékařství.

*Tabulka 1: Zastoupení respondentů v datovém souboru*

Kategorie	Četnost	Procentuální zastoupení
Celkem	230	100 %
Ženy	167	72,61 %
Muži	63	27,39 %

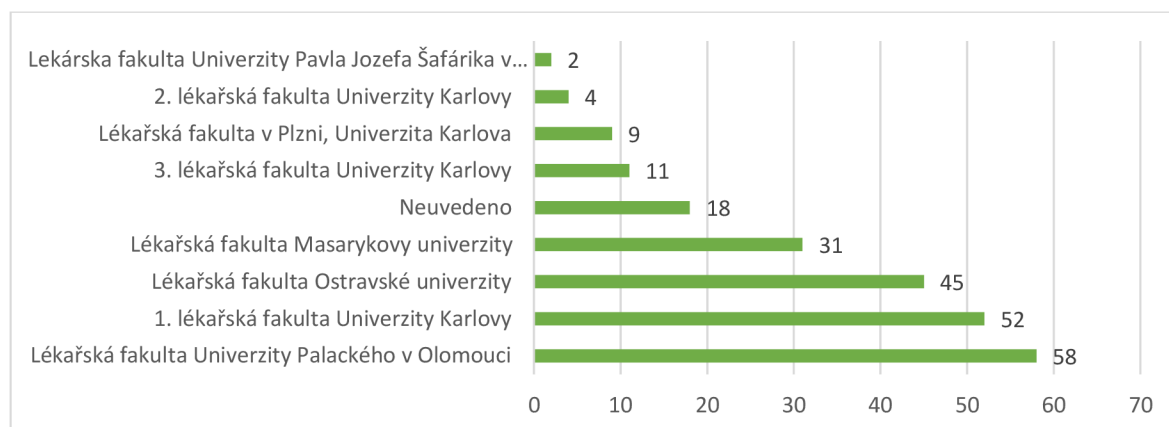
Tohoto výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 230 respondentů z řad studentů všeobecného lékařství a začínajících lékařů, z toho 167 žen a 63 mužů v procentuálním zastoupení 72,61 % a 27,39 %.

Obrázek 1: Rozložení respondentů z hlediska ročníků studia



Výzkumného šetření se zúčastnili studenti 1.- 6. ročníku Všeobecného lékařství a také absolventi tohoto studia v zastoupení: 1. ročník (25 studentů, 10,87 %), 2. ročník (40 studentů, 17,39 %), 3. ročník (18 studentů, 7,83 %), 4. ročník (55 studentů, 23,91 %), 5. ročník (20 studentů, 8,7 %), 6. ročník (38 studentů, 16,52 %), absolventi (34 lékařů, 14,78 %).

Obrázek 2: Rozložení respondentů z hlediska studia



Ve výzkumném souboru jsou studenti z několika různých lékařských fakult uvedených v tabulce. V největším zastoupení jsou studenti a absolventi Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci (58 lidí, 25,22 %), studenti a absolventi 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy (52 lidí, 22,61 %) a z Lékařské fakulty Ostravské univerzity (45 lidí, 19,57 %).

Tabulka 2: Rozložení respondentů z řad absolventů studia z hlediska oblasti profesního působení

Oblast působení	Četnost	Procentuální zastoupení
Oční	1	2,94 %
Onkologie	1	2,94 %
Radiologie	1	2,94 %
Traumatologie	1	2,94 %
Vnitřní lékařství, rehabilitace	1	2,94 %
Neuvedeno	1	2,94 %
Anesteziologie a intenzivní medicína	2	5,88 %
Chirurgie	2	5,88 %
Interní oddělení	2	5,88 %
Neurologie	2	5,88 %
Pediatric	3	8,82 %
Všeobecné praktické lékařství	3	8,82 %
Gynekologie a porodnictví	11	32,35 %

Začínající lékaři, kteří se účastnili výzkumu, se profesně pohybují v oblastech uvedených v tabulce, kde dominuje specializace Gynekologie a porodnictví (11 lékařů, 32,35 %).

### 5.3 Populace

Celá práce v čele s výzkumem je zaměřena na populaci studentů medicíny a začínajících lékařů v České republice. Specificky se zaměřujeme tedy na studenty všech šesti ročníků studia Všeobecného lékařství včetně studentů studujících delší dobu než standardní dobu studia. Začínajícími lékaři pak myslíme lékaře působící v praxi před dosažením atestace ve zvoleném oboru. Touto atestací není myšlena kmenová atestace, ale atestace v základním oboru (ve většině případů navazuje na kmenovou atestaci). Z hlediska vývojových fází se většina respondentů nachází v období mladé dospělosti, kterou Thorová (2015) ohraničuje 20. a 35. rokem věku.

## 5.4 Etické hledisko a ochrana soukromí

Celý výzkum byl realizován na základě dobrovolné účasti respondentů se zachováním jejich anonymity. Respondenti byli předem informováni o tématu výzkumu, jeho účelu i o cílech a možnosti vynechat některé otázky i kdykoliv přerušit účast. Respondentům nebyla slíbena žádná odměna.

V úvodní části byli respondenti informováni o specifických tématech a jejich možné emoční náročnosti. Současně byli poučeni o možnostech řešení případné psychické nepohody při vyplňování dotazníku. Byly uvedeny kontakty, na které se respondenti mohou obrátit a také informace o tom, že mohou kontaktovat autorku dotazníku, která jim pomůže vyhledat vhodného odborníka. Přestože se jedná o skupinu lidí přicházejících do kontaktu s oběma tématy, v průběhu přemýšlení nad vlastní smrtelností a kontaktu s úmrtím považujeme za důležité upozornit na citlivost tématu a možnou psychologickou pomoc.

Žádná z otázek v dotazníku nebyla povinná a respondenti mohli tedy jakoukoliv vynechat. Na začátku dotazníku jsme však respondenty poprosili o vytvoření vhodného prostředí k zamyšlení a jejich důkladné zodpovězení nejen otázek uzavřených, ale také otevřených. V dotazníku byla uvedena emailová adresa s informací o tom, že se na ni mohou respondenti obrátit v případě zájmu o výsledky výzkumu. Respondenti odpovídali na otázky dobrovolně a účastí ve výzkumu souhlasili se zpracováním dat podle nařízení Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 – též označované jako GDPR.

## 6 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Data získaná za účelem této práce byla shromážděna s využitím programu Excel. V tomto programu byla data také dále upravována pro potřeby dalších statistických a jiných operací. Tento program byl využit k získání především deskriptivních statistik a charakteristik respondentů a dat.

U kvantitativní části práce s daty jsme s využitím programu Excel data dále upravili z textové do numerické podoby a poté je dále zpracovávali. Deskriptivní charakteristiky jsme v práci prezentovali ve formě textu či tabulek a grafů se slovním komentářem. K ověření hypotéz jsme dále data zpracovávali v programu SPSS za účelem získání histogramů reprezentujících rozložení dat (data se blížila normálnímu rozdělení) a dále za účelem výpočtu Pearsonových korelačních koeficientů. V následující fázi práce jsme program využili také k výpočtu lineární regrese a analýzy rozptylu (ANOVA), abychom zjistili, že jsme lineární regresi zvolili vhodně.

Naopak při kvalitativním zpracování některých dat jsme dále postupovali vložením dat do programu ATLAS a jejich následným kódováním a zpracováním s využitím principů zakotvené teorie. Přičemž metodologii zakotvené teorie tvoří několik stadií, které na sebe navazují. Nejedná se o metodologický rámec, ale spíše o celek, s jehož využitím můžeme přiřadit význam informacím závislým na lidském faktoru. Hledáme tedy symbolické významy v získaných kvalitativních datech. V této práci jsme využili kódování, které spočívá v symbolickém převedení významu daných informací do kódu, který formulujeme do podoby fráze či slova (Strauss & Corbin, 1999). Významově příbuzné kódy poté tvoří kategorie. Program ATLAS umožňuje výzkumníkům systematickou analýzu textových dat a umožňuje lokalizovat a kódovat nálezy v získaném souboru dat a také následně data vyhodnocovat a využívat vizualizačních nástrojů k uspořádání a seskupení výsledných dat, což usnadňuje orientaci v prezentovaných výsledcích (Hwang, 2008).

Za účelem lepší přehlednosti získaných dat jsme využili funkce „*Merge codes*“, díky které jsme mohli data sjednotit do několika významově podobných celků a dále jsme využili funkce „*Networks*“, která výzkumníkům umožňuje zobrazit grafický materiál s vyznačenými kódy. Výsledné kategorie graficky zobrazené ve formě „*Networks*“ jsme dále vložili do práce a okomentovali jejich charakteristiky slovně. Některé výsledky

kvalitativní práce s daty jsme podložili informacemi o četnosti daných výroků napříč výzkumným souborem a v přílohách dokládáme několik zástupců kódovaných tvrzení.

Dotazníky DAP-R a IRI v kompletní podobě vyplnilo 164 respondentů, 26 respondentů vyplnilo dotazník neúplně, tudíž jsme jejich dotazníky nevyužili, a 40 respondentů nechalo otázky DAP-R a IRI prázdné a pokračovali ve vyplňování ostatních otázek. Otevřenou otázku k dalšímu kvalitativnímu zpracování zodpovědělo celkem 169 respondentů.

Pro lepší orientaci v textu uvádíme zkratky používané v tabulkách:

**IRI**- Interpersonal Reactivity Index

**PT**- Přijímání perspektivy (Perspective taking, IRI)

**EC**- Empatický zájem (Empathetic concern, IRI)

**FS**- Fantazie (Fantasy scale, IRI)

**PD**- Osobní distres (Personal distress, IRI)

**DAP-R**- Death attitudes profile- Revised

**FD**- Strach ze smrti (Fear of Death, DAP-R)

**DA**- Vyhýbavý postoj ke smrti (Death Avoidance, DAP-R)

**NA**- Neutrální přijetí smrti (Neutral Acceptance, DAP-R)

**AA**- Přívětivé přijetí (Approach Acceptance, DAP-R)

**EA**- Únikové přijetí smrti (Escape Acceptance, DAP-R)



## 6.1 Výsledky vztahující se k cíli 1

**Cíl č. 1: Zjistit, zda existuje souvislost mezi postoji ke smrti a empatií.**

V rámci této kapitoly se budeme věnovat výpočtům vztahujícím se k prvnímu cíli. Nejdříve ověříme pomocí histogramů, zda se data nachází v normálním rozložení, poté vypočítáme Pearsonův korelační koeficient a výsledky uvedeme v tabulce s komentářem. Na některé z výsledků navážeme výpočtem testu ANOVA a výpočtem regresní analýzy. Výsledky opět uvedeme v tabulkách s komentářem.

**H1: U výběrového souboru respondentů existuje statisticky významná souvislost mezi některou ze subškál empatie podle IRI a některým z postojů ke smrti podle DAP-R.**

Pro ověření hypotézy H1 jsme použili výpočet Pearsonova korelačního koeficientu a výsledné korelace uvádíme v následující tabulce. Před počítáním korelací jsme pomocí histogramů ověřili, že se data blíží normálnímu rozdělení.

Tabulka 3: Vztah mezi postoji ke smrti podle DAP-R a empatií podle IRI

		FD	DA	NA	AA	EA
PT	r	-0,087	-0,014	0,173*	0,237**	0,041
	p	0,268	0,855	0,027	0,002	0,601
EC	r	0,190*	0,127	-0,075	0,335**	0,003
	p	0,015	0,106	0,339	0,000	0,972
FS	r	0,007	-0,094	0,161*	0,095	-0,149
	p	0,934	0,229	0,039	0,229	0,057
PD	r	0,237**	0,209**	-0,106	0,185*	0,253**
	p	0,002	0,007	0,178	0,018	0,001

Legenda: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ;  $N = 164$ ; PT- Přijímání perspektivy, EC-Empatický zájem, FS- Fantazie, PD- Osobní distres; FD- Strach ze smrti, DA- Výchýbavý postoj, NA-Neutrální postoj, AA-přívětivé přijetí, EA- Únikové přijetí

Z uvedených výsledků vyplývá, že jsme objevili v daném datovém souboru 9 korelací, z čehož 4 jsou signifikantní na hladině významnosti  $\alpha < 0,05$  (v tabulce označeny modře). 5 korelací vyšlo signifikantních na hladině významnosti  $\alpha < 0,01$  (v tabulce označeny žlutě).

Jmenovitě se jedná tedy o:

- 1) Signifikantní slabá korelace mezi subškálami Strach ze smrti (FD) podle DAP-R a subškálou Empatický zájem (EC) podle IRI na hladině významnosti  $\alpha < 0,05$ .
- 2) Signifikantní silná korelace mezi subškálami Strach ze smrti (FD) podle DAP-R a subškálou Osobní distres (PD) podle IRI na hladině významnosti  $\alpha < 0,01$ .
- 3) Signifikantní silná korelace subškál Výchýbavého postoje ke smrti (DA) a subškálou Osobního distresu (PD) podle IRI na hladině významnosti  $\alpha < 0,01$ .
- 4) Signifikantní slabá korelace subškál Neutrální přijetí smrti (NA) podle DAP-R a subškálou Přijímání perspektivy (PT) podle IRI na hladině významnosti  $\alpha < 0,05$ .
- 5) Signifikantní slabá korelace subškál Neutrální přijetí smrti (NA) podle DAP-R a subškály Fantazie (FS) podle IRI na hladině významnosti  $\alpha < 0,05$ .
- 6) Signifikantní silná korelace subškál Přívětivého přijetí smrti (AA) podle DAP-R a subškálou Přijímání perspektivy (PT) podle IRI na hladině významnosti  $\alpha < 0,01$ .
- 7) Signifikantní slabá korelace subškál Přívětivého přijetí smrti (AA) podle DAP-R a subškálou Osobního distresu (PD) podle IRI na hladině významnosti  $\alpha < 0,05$ .
- 8) Signifikantní silná korelace subškál Přívětivého přijetí smrti (AA) podle DAP-R a subškálou Empatického zájmu (EC) podle IRI na hladině významnosti  $\alpha < 0,01$ .
- 9) Signifikantní silná korelace subškál Únikového přijetí smrti (EA) podle DAP-R a subškálou Osobního distresu (PD) podle IRI na hladině významnosti  $\alpha < 0,01$ .

Na základě uvedených výsledků **přijímáme hypotézu H1.**

U výběrového souboru respondentů existuje statisticky významná souvislost mezi některou ze subškál postojů ke smrti podle DAP-R a některou ze subškál empatie podle IRI.

## Regresní analýza.

Vzhledem k zajímavosti výsledků v kontextu práce jsme pokračovali v ověřování a prozkoumávání vztahu silných korelací (\*\*) následným výpočtem lineární regrese mezi jednotlivými subškálami, přičemž subškály IRI, tedy PT, EC, FS a PD jsme zvolili jako nezávislé proměnné a subškály DAP-R, tedy FD, DA, NA, AA a EA jako závislé proměnné.

Tabulka 4: Výpočet ANOVA pro PD a FD, DA, EA

	<b>F</b>	<b>p</b>
FD	9,667	0,002
DA	7,428	0,007
EA	11,057	0,001

Tabulka 5: Výpočet ANOVA pro PT a AA

	<b>F</b>	<b>p</b>
AA	9,604	0,002

Tabulka 6: Výpočet ANOVA pro EC a AA

	<b>F</b>	<b>p</b>
AA	20,417	0

Z uvedených tabulek můžeme vyčíst, že test ANOVA vyšel ve všech případech signifikantní, je tedy v pořádku využít výpočtů lineární regrese a lineární model je vhodný pro popsání vztahu zkoumaných proměnných.

Tabulka 7: Výsledky lineární regrese PD a FD, DA, EA

	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Upravený R<sup>2</sup></b>	<b>Std. Chyba odhadu</b>
FD	0,237	0,056	0,05	1,44
DA	0,209	0,044	0,038	1,576
EA	0,235	0,064	0,058	1,353

Tabulka 8: Výsledky lineární regrese PT a AA

	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Upravený R<sup>2</sup></b>	<b>Std. chyba odhadu</b>
AA	0,237	0,056	0,05	1,403

Tabulka 9: Výsledky lineární regrese EC a AA

	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Upravený R<sup>2</sup></b>	<b>Std. chyba odhadu</b>
AA	0,335	0,112	0,106	1,360

Na základě výsledků uvedených v tabulce můžeme konstatovat, že všechny počítané lineární regrese vychází jako signifikantní. Konstatujeme tedy, že existuje lineární vztah mezi uvedenými proměnnými. Jmenovitě:

- 1) Se zvyšujícími se hodnotami Osobního distresu (PD) podle IRI se zvyšují také hodnoty Strachu ze smrti (FD) podle DAP-R.
- 2) Se zvyšujícími se hodnotami Osobního distresu (PD) podle IRI se zvyšují také hodnoty Vyhýbavého postoje ke smrti (DA) podle DAP-R.
- 3) Se zvyšujícími se hodnotami Osobního distresu (PD) podle IRI se zvyšují také hodnoty Únikového přijetí smrti (EA) podle DAP-R.
- 4) Se zvyšujícími se hodnotami Přijímání perspektivy (PT) podle IRI se zvyšují také hodnoty Přívětivého přijetí smrti (AA) podle DAP-R.
- 5) Se zvyšujícími se hodnotami Empatického zájmu (EC) podle IRI se zvyšují také hodnoty Přívětivého přijetí smrti (AA) podle DAP-R.

## 6.2 Výsledky vztahující se k cíli 2

V rámci této kapitoly zpracovávající výsledky vztahující se k cíli č. 2 se zaměříme na výsledky dotazníku DAP-R v kontextu demografických a jiných údajů. Zároveň popíšeme odpovědi respondentů na možné změny postojů ke smrti v průběhu let studia.

**H2: U výběrového souboru respondentů existuje statisticky významná souvislost mezi věkem a některým z postojů ke smrti podle DAP-R.**

Nejdříve jsme pomocí histogramů ověřili, že se data blíží normálnímu rozdělení a základě tohoto zjištění jsme se rozhodli pro výpočet Pearsonova korelačního koeficientu pro zjištění možné souvislosti věku a subškál DAP-R.

Tabulka 10: Korelace subškál DAP-R a věku

		FD	DA	NA	AA	EA
Věk	r	0,071	0,046	0,009	-0,174*	0,058
	p	0,366	0,556	0,911	0,026	0,457

Legenda: \*  $p < 0,05$ ;  $N=164$ ; FD- Strach ze smrti, DA- Vyhýbavý postoj, NA-Neutrální postoj, AA-přívětivé přijetí, EA- Únikové přijetí

Z uvedené tabulky můžeme vyčíst slabou korelaci Přívětivého přijetí (AA) smrti a věku na hladině významnosti  $\alpha < 0,05$ , mezi ostatními postoji ke smrti podle DAP-R a věkem nebyl v tomto výzkumném souboru nalezen vztah.

Na základě uvedených výsledků **přijímáme hypotézu H2.**

Ve výzkumném souboru nalzáme korelaci mezi některým z postojů ke smrti podle DAP-R a věkem.

**H3: U výběrového souboru respondentů existuje statisticky významná souvislost mezi ročníkem studia a některým z postojů ke smrti podle DAP-R.**

Nejdříve jsme pomocí histogramů ověřili, zda jsou data v normálním rozložení a následně jsme počítali Pearsonův korelační koeficient.

*Tabulka 11: Výsledky korelace věku a subškál DAP-R*

		<b>FD</b>	<b>DA</b>	<b>NA</b>	<b>AA</b>	<b>EA</b>
Věk	r	0,001	0,072	0,007	-0,115	-0,005
	p	0,986	0,359	0,925	0,142	0,946

*Legenda: N=164; FD- Strach ze smrti, DA- Vyhýbavý postoj, NA-Neutrální postoj, AA-přivětivé přijetí, EA-Únikové přijetí*

Z uvedené tabulky můžeme vyčíst, že jsme nenašli žádnou signifikantní korelaci mezi ročníkem studia a subškálami postojů ke smrti podle DAP-R.

Na základě uvedených výsledků **zamítáme hypotézu H3.**

Ve výzkumném souboru jsme nenalezli žádný signifikantní vztah mezi ročníkem studia a některým z postojů podle DAP-R.

## VO1: Jaké postoje ke smrti zastávají respondenti výběrového souboru?

Na základě vyhodnocení dat získaných pomocí dotazníku DAP-R a doplňujících otázek na demografické údaje uvádíme tabulky výsledků. Z výsledků můžeme vyčíst zařazení respondentů do kategorií podle dominujícího postoje ke smrti a také celková skóre pro jednotlivé postoje ke smrti, se kterými budeme dále pracovat.

V uvedených tabulkách můžeme zaznamenat, že z hlediska dominujícího postoje ke smrti převažují respondenti s neutrálním přijetím smrti (128 respondentů, 78 %) dále pak respondenti s převažujícím postojem ke smrti strachem ze smrti (15 respondentů, 9 %), vyhýbavým postojem ke smrti (9 respondentů, 5 %), únikovým přijetím smrti (8 respondentů, 5 %) a v nejnižším zastoupení pak přívětivým přijetím smrti (4 respondenti, 2 %). Ve výzkumném souboru jsou tedy zastoupeny všechny možnosti dominujícího postoje ke smrti podle DAP-R.

Tabulka 12: Dominující postoj ke smrti podle DAP-R

Škála	Četnost	Procentuální zastoupení
FD	15	9 %
DA	9	5 %
NA	128	78 %
AA	4	2 %
EA	8	5 %

Legenda: FD- Strach ze smrti, DA- Vyhýbavý postoj, NA-Neutrální postoj, AA-přívětivé přijetí, EA- Únikové přijetí

Pro tuto práci jsou dále klíčové konkrétní hodnoty, kterých respondenti dosahovali na všech subškálách DAPP-R, výsledné deskriptivní charakteristiky výzkumného souboru z tohoto hlediska popisuje níže uvedená tabulka, kde můžeme zpozorovat, že u všech subškál, kromě přívětivého přijetí smrti, bylo dosaženo maxima a u všech subškál, kromě neutrálního přijetí smrti, byla minimem hodnota 1. Z hlediska průměru můžeme vidět nejvyšší hodnotu u neutrálního přijetí smrti a dále pak nejnižší hodnotu průměru u vyhýbání se smrti.

*Tabulka 13: Výsledky pro jednotlivé škály DAP-R*

	<b>Průměr</b>	<b>Medián</b>	<b>Modus</b>	<b>Směrodatná odchylka</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
FD	3,48	3,29	4,29	1,48	1	7
DA	3,04	2,8	1	1,61	1	7
NA	5,98	6	6,6	0,78	3,2	7
AA	3,52	3,5	4,2	1,44	1	6,6
EA	3,66	3,6	3,4	1,39	1	7

*Legenda: FD- Strach ze smrti, DA- Vyhýbavý postoj, NA-Neutrální postoj, AA-přívětivé přijetí, EA- Únikové přijetí*



Z hlediska pohlaví uvádíme v níže zobrazené tabulce, že ženy dosahovaly vyšších průměrných hodnot v různých poměrech na všech subškálách postojů ke smrti podle DAP-R oproti mužům.

*Tabulka 14: Výsledky DAP-R podle pohlaví*

<b>Pohlaví</b>	<b>Charakteristiky</b>	<b>FD</b>	<b>DA</b>	<b>NA</b>	<b>AA</b>	<b>EA</b>
Ženy	Průměr	3,56	3,32	5,99	3,68	3,80
	Směrodatná odchylka	1,40	1,55	0,78	1,33	1,28
Muži	Průměr	3,29	2,33	5,93	3,11	3,31
	Směrodatná odchylka	1,66	1,54	0,78	1,63	1,61

*Legenda: FD- Strach ze smrti, DA- Vyhýbavý postoj, NA-Neutrální postoj, AA-přivětlivé přijetí, EA- Únikové přijetí*

Následující tabulka popisuje výsledky na subškálách DAP-R podle ročníku studia a dále rozdělení podle fáze studia na 1.-3. ročník studia medicíny, 4.-5. ročník studia medicíny a absolventy studia medicíny.

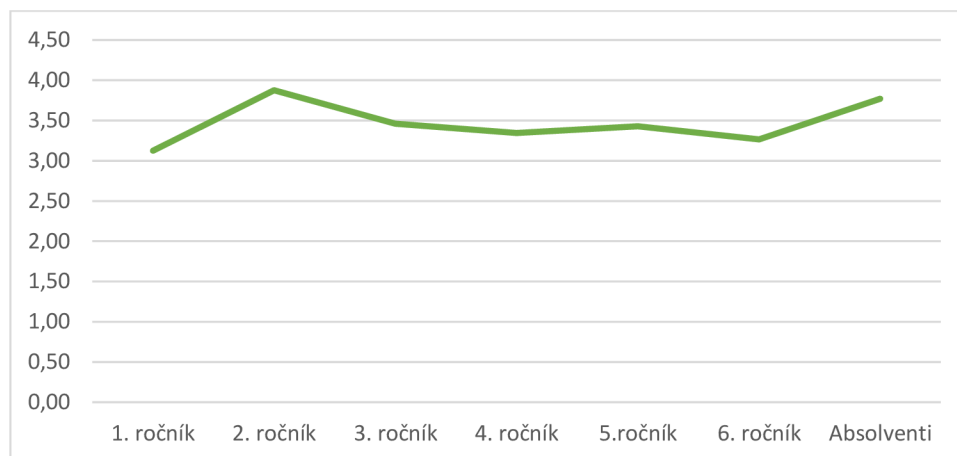
*Tabulka 15: Výsledky DAP-R podle ročníku studia*

		<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	
		<b>ročník</b>	<b>ročník</b>	<b>ročník</b>	<b>ročník</b>	<b>ročník</b>	<b>ročník</b>	<b>Absolventi</b>
FD	Průměr	3,13	3,88	3,46	3,34	3,43	3,27	3,77
	Směrodatná odchylka	1,53	1,53	1,18	1,44	1,23	1,56	1,68
DA	Průměr	2,45	3,27	2,94	2,97	2,89	3,19	3,26
	Směrodatná odchylka	1,52	1,23	1,37	1,83	1,34	1,80	1,81
NA	Průměr	6,18	5,85	6,10	5,91	5,94	6,00	6,04
	Směrodatná odchylka	0,66	0,85	0,60	0,88	0,82	0,74	0,75
AA	Průměr	3,65	3,61	3,71	3,74	3,53	3,19	3,24
	Směrodatná odchylka	1,35	0,88	1,18	1,64	1,88	1,53	1,49
EA	Průměr	3,7	3,67	3,79	3,66	3,29	3,71	3,74
	Směrodatná odchylka	1,48	1,34	0,96	1,49	1,39	1,70	1,19

*Legenda: FD- Strach ze smrti, DA- Vyhýbavý postoj, NA-Neutrální postoj, AA-přívětivé přijetí, EA- Únikové přijetí*

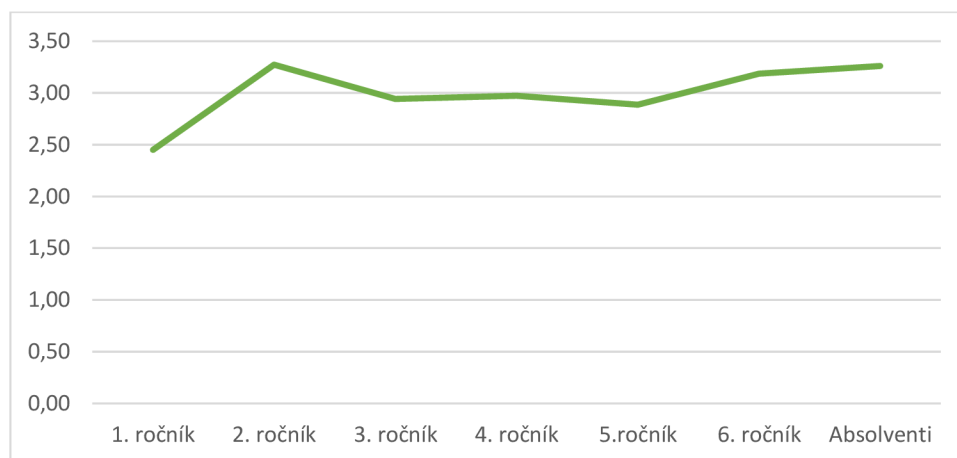
Pro lepší orientaci v datech uvádíme grafy pro jednotlivé subškály DAP-R v kontextu ročníků studia a absolventy. Z prvního grafu je patrné, že průměrné hodnoty subškály Strach ze smrti (FD) se mezi 1. a 2. ročníkem zvyšují, dále mezi 2. a 4. ročníkem se zvyšují a mezi 4. a 5. ročníkem hodnota opět vzroste. Dále po 5. ročníku hodnota klesá a po 6. ročníku opět roste. Průměrná hodnota subškály dosahuje nejnižší hodnoty v 1. ročníku studia.

Obrázek 3: Průměrné hodnoty subškály FD v jednotlivých ročnících studia



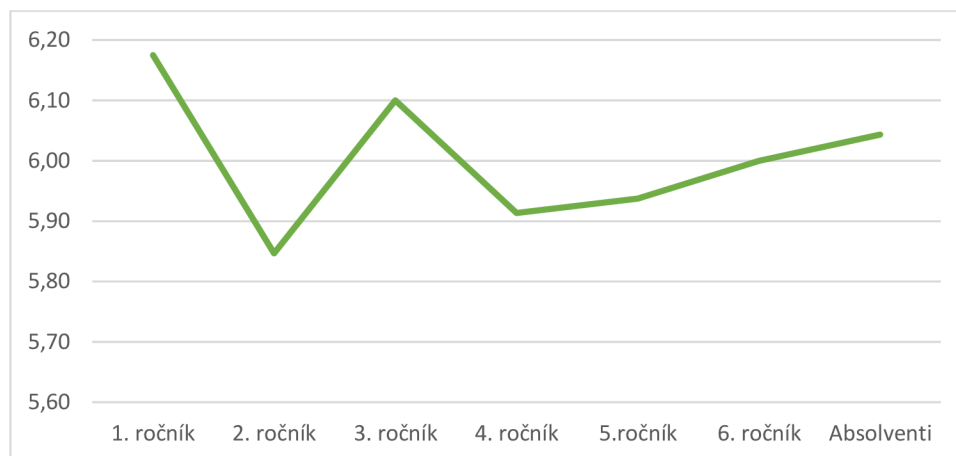
Následující graf popisuje průměrné hodnoty subškály Vyhýbavého postoje ke smrti (DA), kdy nejnižší průměrnou hodnotu vidíme v 1. ročníku studia a nejvyšší průměrnou hodnotu vidíme ve 2. ročníku studia, mezi 2. a 3. ročníkem se hodnota snižuje, mírně se zvýší ve 4. ročníku a poté dále sniží v 5. ročníku. Mezi 5. a 6. ročníkem se průměrná hodnota opět zvýší a dále se zvyšuje po 6. ročníku studia.

Obrázek 4: Průměrné hodnoty subškály DA v jednotlivých ročnících studia



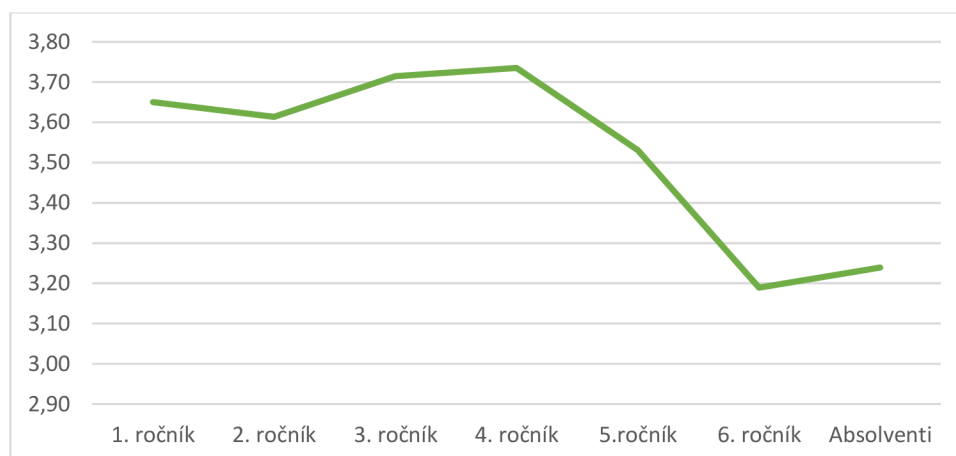
Další graficky znázorněnou popisovanou subškálou jsou Neutrální postoje ke smrti (NA), jak můžeme vyčíst z grafu, průměrná hodnota této subškály je nejvyšší v 1. ročníku studia a nejnižší ve 2. ročníku studia. Ve 3. ročníku je průměrná hodnota vyšší než ve druhém ročníku a ve 4. ročníku je opět nižší. Mezi 4. ročníkem a absolventy se hodnoty postupně zvyšují.

Obrázek 5: Průměrné hodnoty subškály NA v jednotlivých ročnících studia



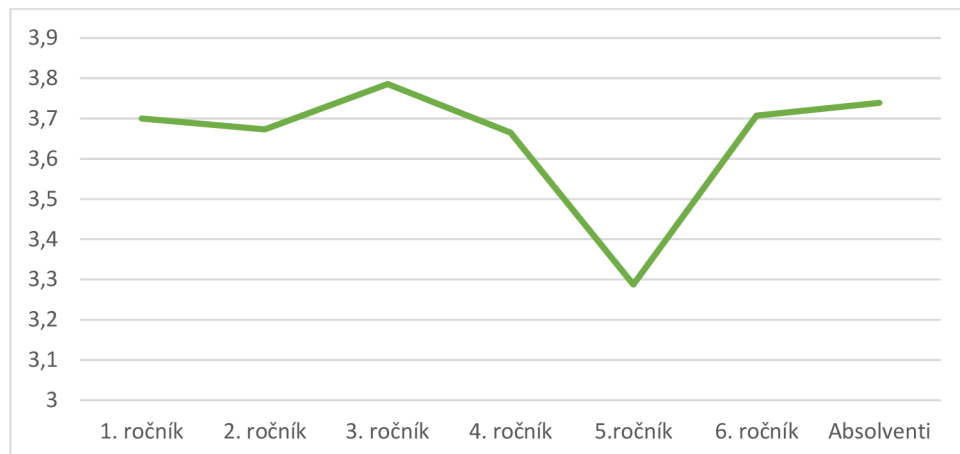
U popisované subškály Přívětivého přijetí smrti (AA) můžeme vyčíst nejvyšší hodnotu ve 4. ročníku studia, a naopak nejnižší hodnotu v 6. ročníku studia. Mezi 1. a 2. ročníkem se hodnota snižuje, mezi 2. ročníkem a 4. ročníkem naopak stoupá. Mezi 4. a 6. ročníkem pozorujeme pokles průměrné hodnoty a u absolventů je hodnota opět vyšší.

Obrázek 6: Průměrné hodnoty subškály AA v jednotlivých ročnících studia



Poslední prezentovaný graf popisuje změny v průměrné hodnotě subškály Únikového přijetí smrti (EA). Z grafu můžeme vyčíst nejvyšší hodnotu ve 3. ročníku a nejnižší hodnotu v 5. ročníku. Ve druhém ročníku je průměrná hodnota nižší než v 1. ročníku a mezi 3. a 5. ročníkem se hodnoty snižují. Po 5. ročníku pak vidíme zvyšující se průměrné hodnoty.

Obrázek 7: Průměrné hodnoty subškály EA v jednotlivých ročnících studia



V uvedené tabulce vidíme výsledky dotazníku DAP-R podle fáze studia, kdy byli respondenti rozděleni na 1.-3. ročník studia medicíny, 4.-5. ročník studia medicíny a absolventy studia medicíny. U všech subškál DAP-R.

Tabulka 16: Výsledky DAP-R podle fáze studia

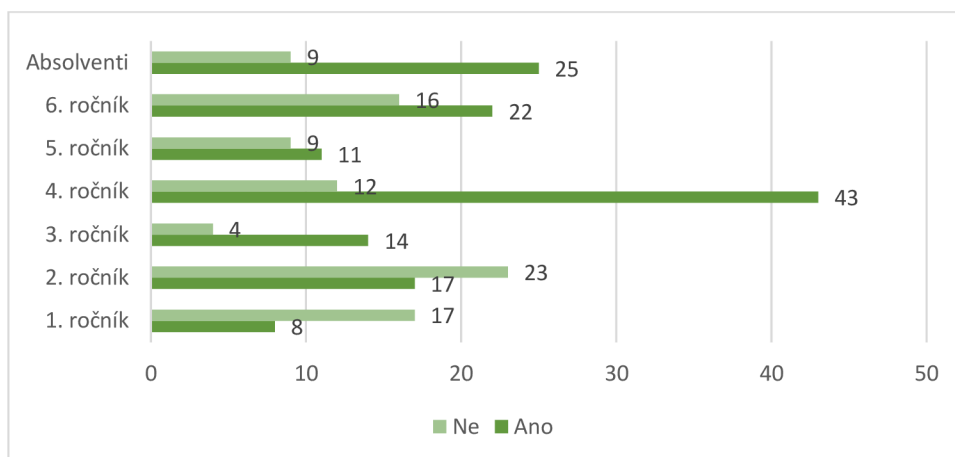
		1.-3. ročník	4.-6. ročník	Absolventi
FD	Průměr	3,58	3,33	3,77
	Směrodatná odchylka	1,47	1,43	1,68
DA	Průměr	2,98	3,03	3,26
	Směrodatná odchylka	1,37	1,72	1,81
NA	Průměr	5,99	5,95	6,04
	Směrodatná odchylka	0,75	0,81	0,75
AA	Průměr	3,65	3,51	3,24
	Směrodatná odchylka	1,07	1,65	1,49
EA	Průměr	3,71	3,60	3,74
	Směrodatná odchylka	1,28	1,54	1,19

Legenda: FD- Strach ze smrti, DA- Vyhybavý postoj, NA-Neutrální postoj, AA-přívětivé přijetí, EA- Únikové přijetí

## VO: Jak se respondenti vyjadřují k možným proměnám postojů ke smrti během studia?

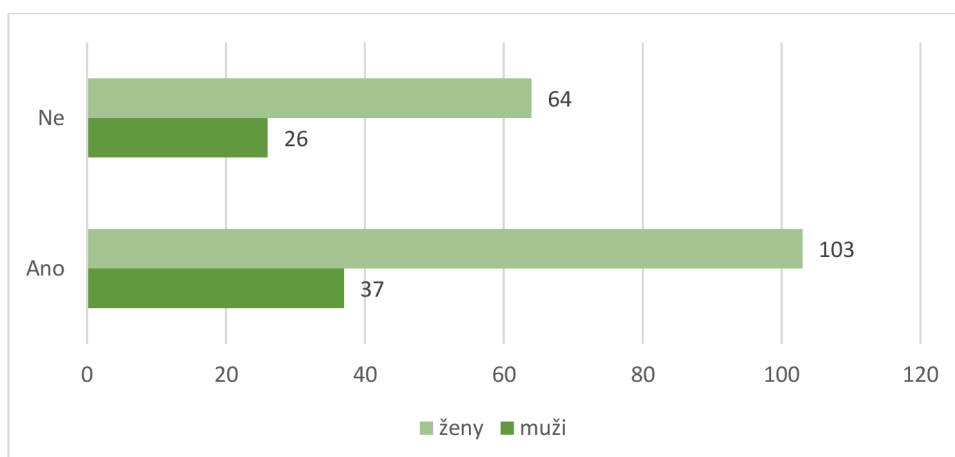
V souvislosti s touto výzkumnou otázkou jsme respondentům v dotazníku položili otázku ve znění: „Změnil se nějak Váš postoj ke smrti a umírání v průběhu let od začátku studia?“, na kterou uvedeme a okomentujeme odpovědi s pomocí grafů.

Obrázek 8: : Otázka- Změnil se nějak Váš postoj ke smrti a umírání v průběhu let od začátku studia?



Jak můžeme vidět v uvedeném grafu, ve všech ročnících, kromě 1. a 2. ročníku studia, odpovědělo více lidí variantou „Ano“, tedy že vnímají v průběhu let od začátku studia změny ve svých postojích ke smrti. V tabulce jsou uvedeny konkrétní počty respondentů u daných kategorií a odpovědí. Danou otázku zodpovědělo celkem 230 respondentů, zúčastnili se tedy všichni.

Obrázek 9: Otázka - Změnil se nějak Váš postoj ke smrti a umírání v průběhu let od začátku studia? Z hlediska pohlaví



Z hlediska rozložení žen a mužů 103 žen odpovědělo, že pociťují změny empatie a 64 žen odpovědělo, že nikoliv. 37 mužů odpovědělo, že pociťují změny a 26 mužů volilo variantu, že změny nepociťují, tedy „Ne“.

## 6.3 Výsledky vztahující se k cíli 3

### Cíl č. 3: Popsat charakteristiky výzkumného souboru z hlediska empatie.

V rámci tohoto cíle se zaměříme na výsledky dotazníku IRI v kontextu demografických a jiných údajů. Zároveň popíšeme odpovědi respondentů na možné změny empatie v průběhu let studia a dále uvedeme kvalitativní zpracování dat získaných z otevřené otázky, na kterou mohli respondenti odpovídat v libovolné délce.

#### VO3: Jakou míru empatie vykazují respondenti výběrového souboru?

Na základě vyhodnocení dat získaných pomocí dotazníku IRI uvádíme tabulky výsledků. Z výsledků uvedených v níže uvedené tabulce můžeme vyčíst deskriptivní charakteristiky popisující výzkumný soubor z hlediska 4 subškál empatie podle DAP-R. Ve všech subškálách kromě osobního distresu dosáhli respondenti celkového maxima (28 bodů) a ve všech subškálách kromě empatického zájmu dosáhli také minimální hodnoty (4 body). Z hlediska průměrných hodnot vidíme, že nejvyššího průměru dosáhli respondenti u subškály empatického zájmu a nejnižší průměrné hodnoty pak u osobního distresu.

Tabulka 17: Výsledky pro jednotlivé škály IRI

	Maximum	Minimum	Průměr	Směrodatná odchylka
PT	28	4	17,9	4,98
EC	28	6	19	5,18
FS	28	4	17,95	5,55
PD	23	4	14,63	3,49

Legenda: PT- Přijímání perspektivy, EC-Empatický zájem, FS- Fantazie, PD- Osobní distres



Rozdíly ve skóre na subškálách empatie podle IRI uvádíme v následující tabulce, kde vidíme, že ženy dosahovaly vyššího průměrného výsledku na subškálách empatického zájmu a osobního distresu a muži naopak dosahovali vyšších průměrných hodnot na subškálách přejímání perspektivy a fantazie.

*Tabulka 18: Výsledky IRI podle pohlaví*

<b>Pohlaví</b>	<b>Charakteristiky</b>	<b>PT</b>	<b>EC</b>	<b>FS</b>	<b>PD</b>
Ženy	Průměr	17,85	19,01	17,79	14,90
	Směrodatná				
	odchylka	5,12	5,20	5,53	3,52
Muži	Průměr	18,04	18,98	18,37	13,96
	Směrodatná				
	odchylka	4,69	5,20	5,65	3,33

*Legenda: PT- Přijímání perspektivy, EC-Empatický zájem, FS- Fantazie, PD- Osobní distres*

Následující tabulka popisuje deskriptivní statistiky výzkumného souboru z hlediska empatie podle IRI v kontextu jednotlivých ročníků studia včetně zastoupení hodnot absolventů.

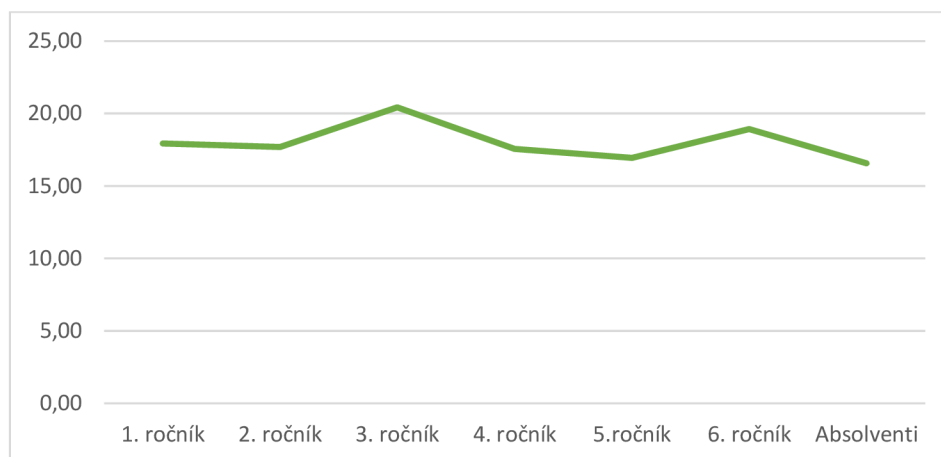
*Tabulka 19: Výsledky IRI podle ročníku studia*

		<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	
	<b>Charakteristiky</b>	<b>ročník</b>	<b>ročník</b>	<b>ročník</b>	<b>ročník</b>	<b>ročník</b>	<b>ročník</b>	<b>Absolventi</b>
PT	Průměr	17,94	17,7	20,43	17,57	16,94	18,93	16,57
	Směrodatná odchylka	6,68	4,47	4,22	4,76	4,67	4,45	5,70
EC	Průměr	17,94	19,43	21,36	19,89	18,13	19,18	16,70
	Směrodatná odchylka	5,89	5,16	3,23	5,04	4,73	5,24	5,63
FS	Průměr	17,13	17,63	17,71	18,46	18,94	19,57	15,61
	Směrodatná odchylka	5,84	5,74	5,28	5,64	4,81	5,31	5,66
PD	Průměr	14,69	15,17	14	13,59	15,63	15,46	14,26
	Směrodatná odchylka	3,48	3,20	3,46	3,98	3,46	3,01	3,43

*Legenda: PT- Přijímání perspektivy, EC-Empatický zájem, FS- Fantazie, PD- Osobní distres*

Pro lepší orientaci v datech uvádíme níže grafy průměrných hodnot jednotlivých subškál IRI v průběhu ročníků studia.

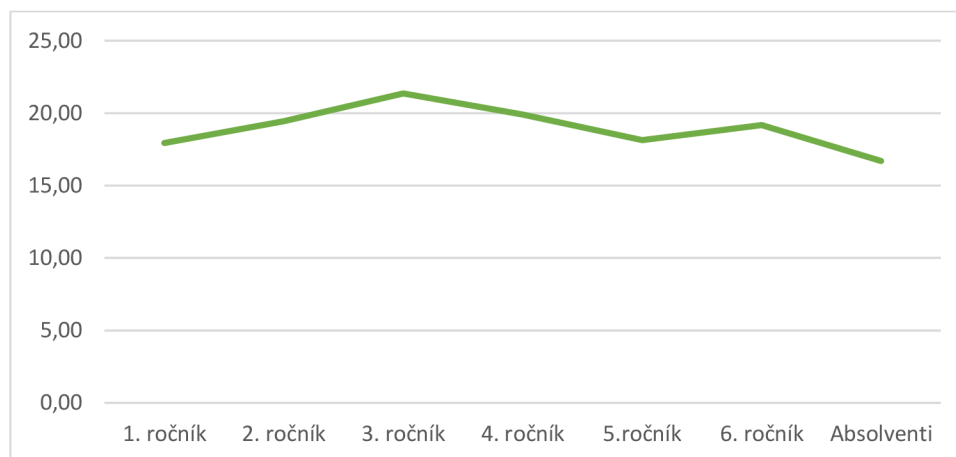
Obrázek 10: Průměrné hodnoty subškály PT v jednotlivých ročnících studia



U subškály přijímání perspektivy (PT) podle IRI můžeme vidět mírné snížení průměrné hodnoty mezi 1. a 2. ročníkem, dále pak dosažení nejvyšší hodnoty ve 3. ročníku, snižování a nejnižší hodnotu v 5. ročníku, zvýšení průměrné hodnoty v 6. ročníku a nižší hodnotu u absolventů studia.

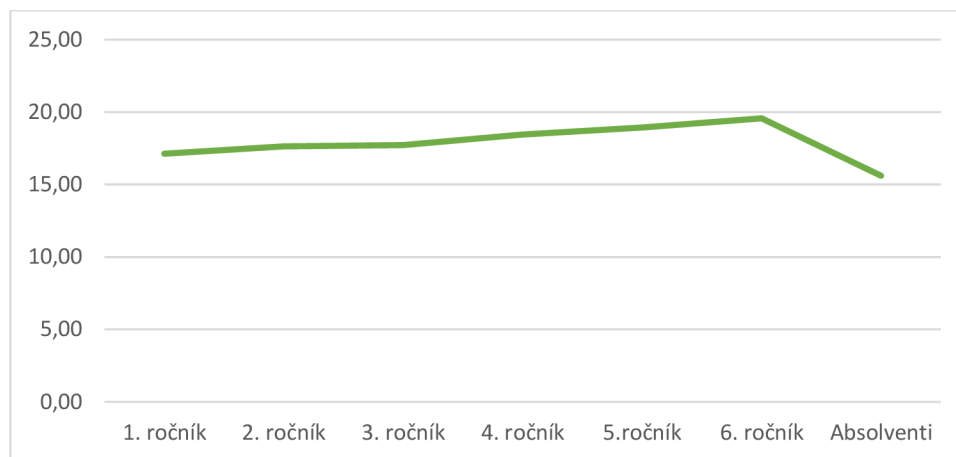
Z dalšího grafu můžeme vyčíst, že průměrné hodnoty subškály empatického zájmu (EC) se mezi 1. a 3. ročníkem zvyšují, ve 3. ročníku dosahují nejvyšší hodnoty, mezi 3. a 5. ročníkem dochází k poklesu a mezi 5. a 6. ročníkem se hodnota opět zvyšuje a mezi 6. ročníkem a absolventy průměrná hodnota na dané subškále opět klesá.

Obrázek 11: Průměrné hodnoty subškály EC v jednotlivých ročnících studia



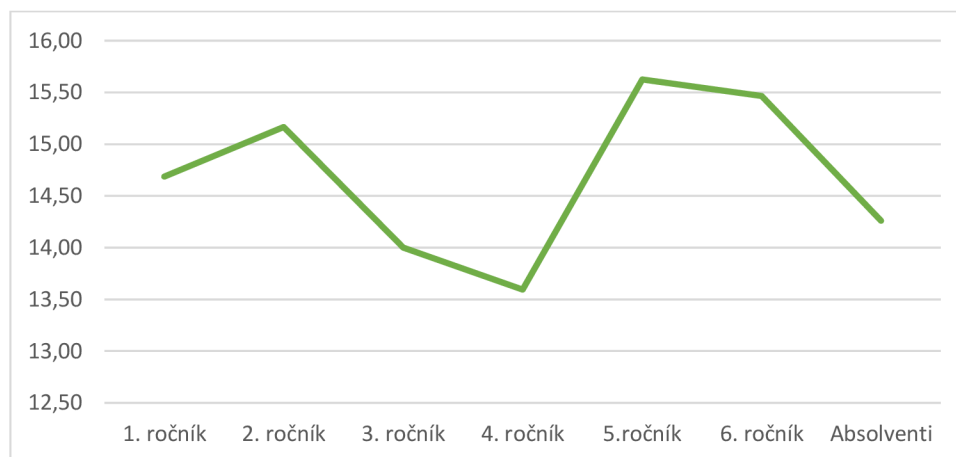
Z hlediska subškály fantazie (FS) podle IRI je z grafu patrné, že se hodnoty napříč ročníky mírně zvyšují a nejvyšší průměrné hodnoty dosahují v 6. ročníku, dále se hodnota snižuje.

Obrázek 12: Průměrné hodnoty subškály FS v jednotlivých ročnících studia



Následující graf reprezentuje proměny mezi průměrnými hodnotami subškály osobní distres (PD) podle IRI. Z grafu je patrné, že mezi 1. a 2. ročníkem se průměrná hodnota zvyšuje a dále mezi 2. a 4. ročníkem klesá. Ve 4. ročníku je průměrná hodnota nejnižší a mezi 4. a 5. ročníkem opět roste. V 5. ročníku můžeme pozorovat nejvyšší průměrnou hodnotu a dále mezi 5. ročníkem a absolventy hodnota klesá.

Obrázek 13: Průměrné hodnoty subškály PD v jednotlivých ročnících studia



V uvedené tabulce vidíme výsledky dotazníku IRI podle fáze studia, kdy byli respondenti rozděleni na 1.-3. ročník studia medicíny, 4.-5. ročník studia medicíny a absolventy studia medicíny. U všech subškál IRI kromě fantazie můžeme vyčíst snižující se průměrnou hodnotu napříč zvolenými fázemi. Na subškále fantazie naopak vidíme nejvyšší průměrnou hodnotu v období 4.-6. ročníku studia.

*Tabulka 20: Výsledky IRI podle fáze studia*

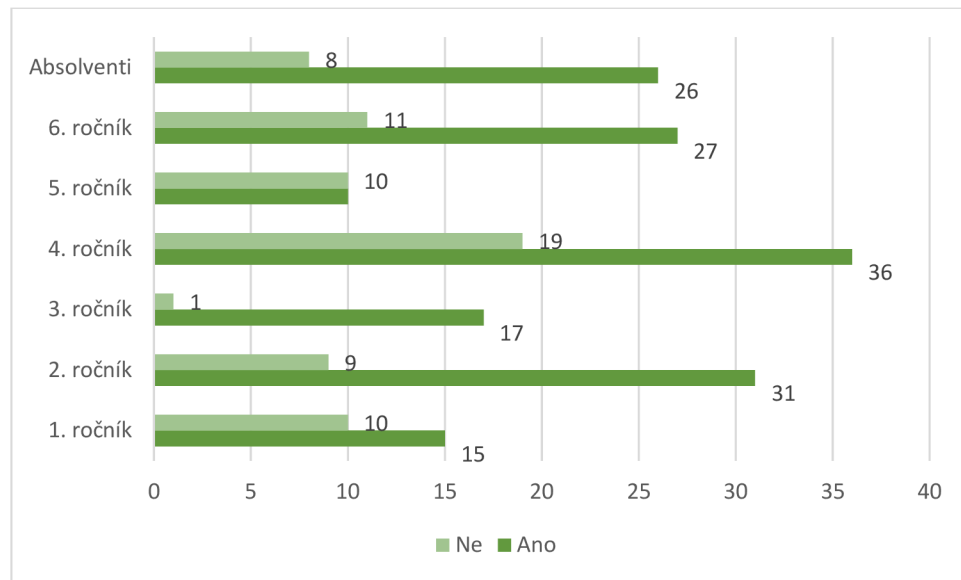
		<b>1.-3. ročník</b>	<b>4.-6. ročník</b>	<b>Absolventi</b>
PT	Průměr	18,4	17,91	16,57
	Směrodatná odchylka	5,13	4,64	5,70
EC	Průměr	19,48	19,30	16,70
	Směrodatná odchylka	5,07	5,03	5,63
FS	Průměr	17,52	18,94	15,61
	Směrodatná odchylka	5,57	5,33	5,66
PD	Průměr	14,77	14,64	14,26
	Směrodatná odchylka	3,31	3,66	3,43

*Legenda: PT- Přijímání perspektivy, EC-Empatický zájem, FS- Fantazie, PD- Osobní distres*

#### VO4: Jak se respondenti vyjadřují k možným proměnám empatie během studia?

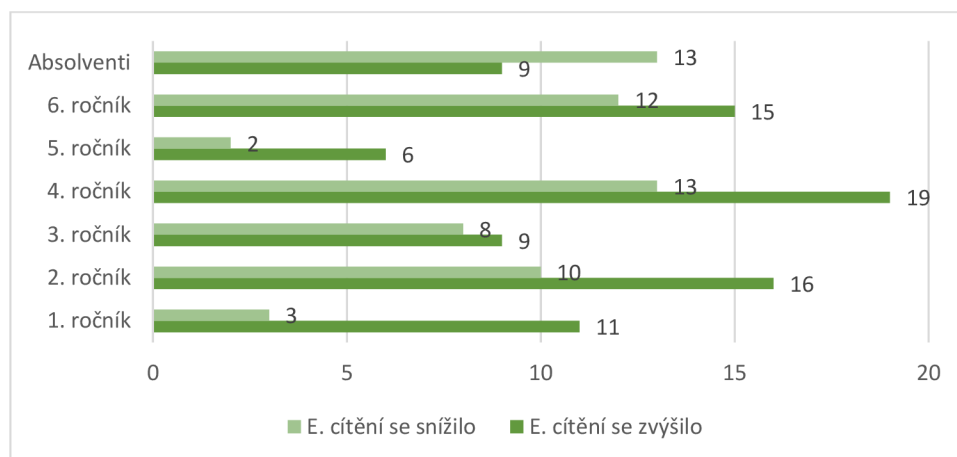
V souvislosti s touto výzkumnou otázkou jsme respondentům v dotazníku položili několik dílčích otázek, které uvedeme a okomentujeme s pomocí grafů.

Obrázek 14: Vnímáte nějakou změnu ve svém empatickém citění v průběhu let od začátku studia?



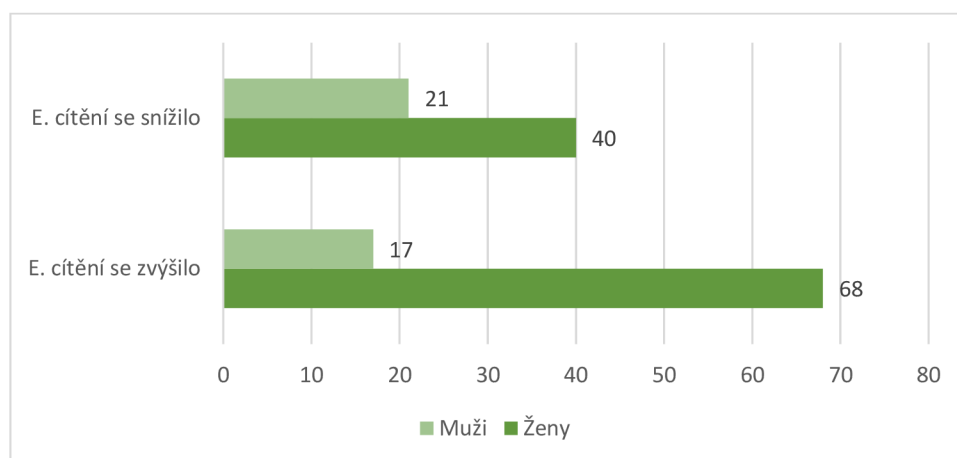
Jak můžeme vidět v uvedeném grafu, ve všech ročnících i v kategorii absolventů studia u odpovědi na položenou otázku: „*Vnímáte nějakou změnu ve svém empatickém citění v průběhu let studia?*“ více lidí uvádí odpověď „Ano“, že vnímají v průběhu let od začátku studia změny ve své empatii. V tabulce jsou uvedeny konkrétní počty respondentů u daných kategorií a odpovědí. Danou otázku zodpovědělo celkem 230 respondentů, zúčastnili se tedy všichni. Z hlediska rozložení žen a mužů 122 žen odpovědělo, že pociťují změny empatie a 45 žen odpovědělo, že nikoliv. 40 mužů odpovědělo, že pociťují změny a 23 mužů volilo variantu, že změny nepociťují. Stejně tak jako u rozložení z hlediska ročníku, také z hlediska pohlaví můžeme konstatovat, že ženy i muži volili ve více případech variantu, že pociťují změny empatie v průběhu let studia.

Obrázek 15: Otázka-Jak se změnilo Vaše empatické citění v průběhu studia?



Respondenti, kteří zvolili variantu „Ano“, tedy, že pociťují změny v empatii v průběhu let od začátku studia, byli dále dotázáni, jak se empatické citění změnilo. Nikdo z respondentů nevyužil možnost odpovědi „Jiné“ a celkově se vyjádřilo 146 respondentů.

Obrázek 16: Otázka-Jak se změnilo Vaše empatické citění v průběhu studia? Z hlediska pohlaví



U uvedené otázky na způsob změny empatie v průběhu let studia ženy ve větším počtu hodnotily empatii jako zvyšující se a muži jako snižující se.

### **VO5: Jak respondenti vnímají svou empatii v průběhu let od začátku studia?**

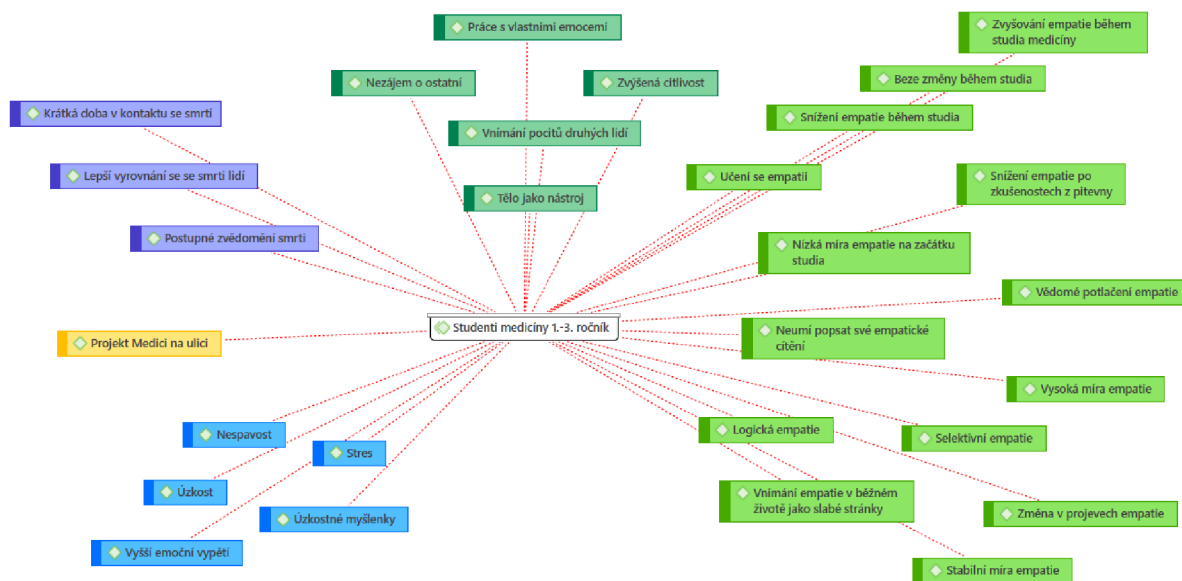
V následující části práce se seznámíme s výsledky zpracování kvalitativních dat. Tedy libovolně dlouhých odpovědí na otázku: „*Jak byste popsali/popsala své empatické citění v průběhu let od začátku studia?*“.

Tuto dobrovolnou otázku zodpovědělo v různém rozsahu celkem 169 respondentů v zastoupení všech 6 ročníků studia i absolventů působících v praxi. Za účelem vyšší přehlednosti jsme odpovědi respondentů seskupili do 3 kategorií. První kategorie seskupuje studenty 1., 2. a 3. ročníku studia, druhá kategorie seskupuje studenty 4., 5. a 6. ročníku studia a ve třetí kategorii uvádíme odpovědi absolventů studia. Z hlediska organizace výuky můžeme říci, že studenti seskupení v první kategorii ve většině případů absolvovali předmět Anatomie a s tím spojené pitevny, jinak jejich výuka obsahuje především nutné teoretické poznatky. Ve druhé kategorii jsou zastoupeni studenti, kteří v rámci studia přicházejí do častějšího kontaktu s nemocničním prostředím, pacienty a lékaři v podobě klinických stáží a praxí, které jsou součástí studia. Absolventi studia pak mají možnost zhodnotit celé studium s určitým odstupem a s cenným srovnáním se začínající praxí.

Kódované odpovědi respondentů jsme seskupili pomocí funkce „*Networks*“ do grafického schématu a následně upravili kódy tak, aby byly pro čtenáře přehlednější a srozumitelnější. Výsledná grafická schémata slovně okomentujeme a ve větší formě přiložíme schémata k nahlédnutí v přílohách společně s citacemi několika odpovědí respondentů ze všech ročníků.



Obrázek 17: Grafické schéma odpovědí studentů 1.-3. ročníku



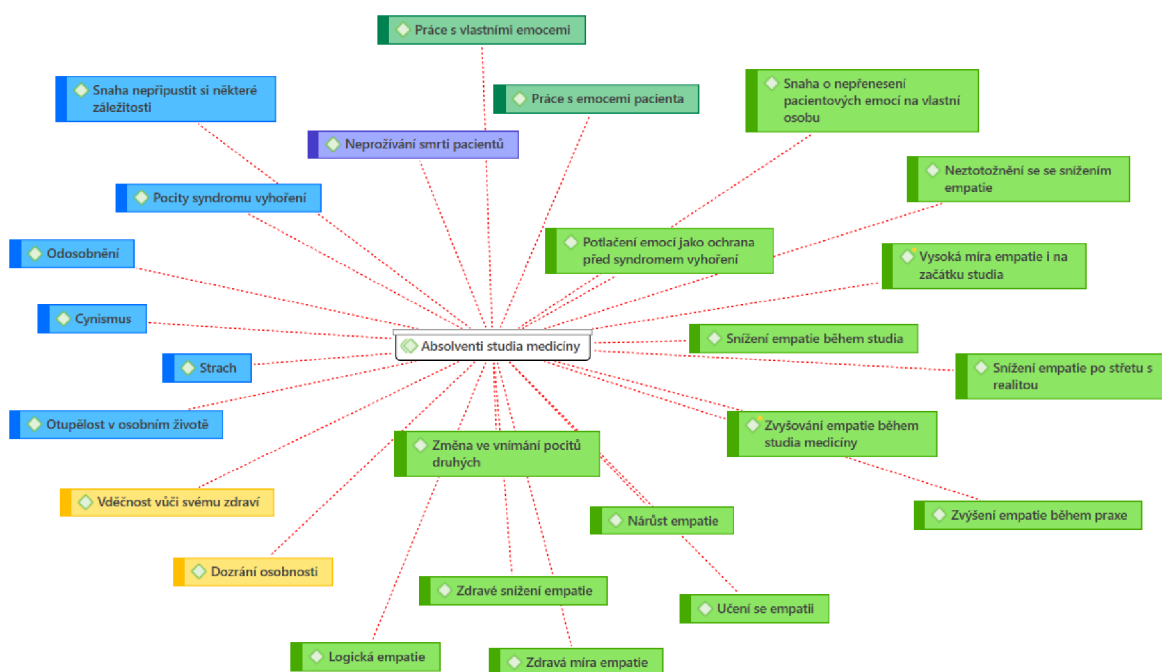
Z hlediska odpovědí studentů 1.-3. ročníku můžeme konstatovat, že do svých odpovědí promítali několik základních kategorií, a to míru empatie, na kterou byli dotazováni, ale také témata, která pro ně měla s empatií souvislost. Jmenovitě témata pojící se s proměnami vnímání v průběhu studia či získávání nových kompetencí (Tmavě zelená v grafu), dále témata vztahující se k problematice smrti (Tmavě modrá v grafu).

Vzhledem k tomu, že celý dotazník byl na začátku uveden i se svým záměrem prozkoumat možné souvislosti obou fenoménů, je zajímavé konstatovat, že respondenti i ve chvíli, kdy byli tázáni pouze na empatii, nezávisle na přímém dotazu komentují souvislost s tematikou postojů ke smrti. Další oblastí kódů je pak oblast vyznačená modře, která reprezentuje pocity a negativní dopady studia medicíny, které respondenti reflektovali, přestože byli tázáni na empatii.

Jako samostatný kód jsme zařadili uváděný projekt Medici na ulici, který respondenti reflektovali ve svých výpovědích jako přínosný pro jejich studijní dráhu a rozvoj kompetencí vhodných k budoucímu povolání, ale také jako projekt s velkým přínosem pro jejich osobní růst. Důležité je zmínit, že jsou v této skupině respondentů zahrnuti také studenti prvního ročníku, kteří ve svých odpovědích reflektují nedostatek času na škole k tomu, aby popsali změny, které studium přineslo.



Obrázek 19: Grafické schéma odpovědí absolventů studia



Jako poslední grafické zobrazení uvádíme kódy výpovědi absolventů studia medicíny, kteří také reflektovali proměny empatie v průběhu let od začátku studia. Pro lepší orientaci v materiálu jsme opět zeleně označili kódy vztahující se přímo k empatii, modře jakési negativní dopady a tmavě modře kódy pojící se s problematikou postojů ke smrti. Dále pak žlutě uvádíme kódy s pozitivním laděním a tmavě zeleně označované kompetence vztahující se k empatii.

Můžeme pozorovat opět kódy jako „*Otupělost v osobním životě*“ a „*Odosobnění*“. V kontextu tématiky postojů ke smrti se poprvé setkáváme s kódem „*Neprožívání smrti pacientů*“.

Opět pozorujeme proměny empatie v obou směrech, a to jak ve zvyšování, tak snižování její míry, tentokrát už také v souvislosti se změnami v lékařské praxi po studiu. Vnímáme také tendence ke kontrole nad mírou vlastní empatie v zájmu ochrany vlastního duševního zdraví nebo naopak „*Neztotožnění se se snížením empatie*“, které nastalo v průběhu let.

Z hlediska celkových výstupů můžeme konstatovat, že odpovědi na otevřenou otázku poskytlo celkem 169 respondentů. Podíváme-li se na získané zakódované odpovědi podle množství výskytu, můžeme z hlediska dominantních kategorií konstatovat, že:

- Snížení empatie během studia uvádělo celkem 39 respondentů a dále zaznamenáváme kódy označující snížení empatie jako Snížení empatie po střetu s realitou (7), Zkušenost z pitevny (6), Vědomé potlačení empatie (6), Zdravé snížení empatie (4) a Potlačení empatie jako obrana proti syndromu vyhoření (2). Celkově se tedy o klesající empatii vyjádřili respondenti v 64 tvrzeních.
- Respondenti se vyjadřovali ke zvyšující se tendenci vlastní empatie v průběhu let od začátku studia a tuto tendenci uvedlo pod kódem Zvyšování empatie během studia medicíny 33 respondentů. Dále jsme zaznamenali výpovědi ukazující zvyšující se tendenci empatie v kódech Zvýšení empatie během praxe (7), Lepší vnímání pocitů druhých lidí (5), Zvýšení empatie v důsledku osobní zkušenosti (3) a Vyšší míra empatie k rodině (1). Celkově se tedy o zvyšující se tendenci empatie vyjádřili respondenti v 49 tvrzeních.
- Nízkou míru vlastní empatie na začátku studia pak komentovalo ve své odpovědi 13 respondentů a 11 respondentů nějakým způsobem komentovalo pocity jakéhosi odosobnění či emoční oploštělosti v soukromém životě jako důsledek studia.
- Zaznamenali jsme také několik výpovědí zaměřujících se na propojení témat empatie a postojů ke smrti. Přestože tedy respondenti na toto téma nebyli přímo dotazováni, uvedli jakousi souvislost. Tyto komentáře vidíme například pod kódovými označeními Smrt a nemoc jako přirozená součást života (9), Zvědomování smrti (5), Lepší vyrovnávání se se smrtí (2).

**H4: U výběrového souboru respondentů existuje statisticky významná souvislost mezi ročníkem studia a některou ze subškál empatie podle IRI.**

Nejdříve jsme pomocí histogramů ověřili, zda jsou data v normálním rozložení a následně jsme počítali Pearsonův korelační koeficient.

*Tabulka 21: Výsledky korelace ročníku studia a subškál IRI*

		PT	EC	FS	PD
Ročník studia	r	0,025	0,006	0,147	0,049
	p	0,77	0,946	0,081	0,567

*Legenda: N=164*

Z uvedené tabulky můžeme vyčíst, že jsme nenašli žádnou signifikantní korelaci mezi ročníkem studia a subškálami empatie podle IRI.

Na základě uvedených výsledků **zamítáme hypotézu H4.**

Ve výzkumném souboru jsme nenalezli žádný signifikantní vztah mezi ročníkem studia a některou ze subškál empatie podle IRI.

## 7 DISKUZE

V této kapitole se budeme věnovat celkovému zhodnocení dříve představeného výzkumu. Zaměříme se na kritické zhodnocení prezentovaných výsledků z deskriptivní i statistické části práce, nastíníme oblasti, na které by se dalo zaměřit v budoucích výzkumech a v závěrečné části popíšeme také limity práce. Pro vyšší přehlednost členíme text na sekci popisující hlavní cíl práce, vedlejší cíl práce a také závěrečnou pasáž zhodnocující několik závěrečných myšlenek a informací.

### **Hlavní cíl práce.**

Hlavní cíl této práce byl věnován zjišťování možných souvislostí fenoménů postojů ke smrti a empatie v kontextu zvolené populace, tedy studentů Všeobecného lékařství a začínajících lékařů. Základními podklady pro prozkoumání tohoto vztahu byla data získaná na základě výsledků dotazníkového šetření z testové baterie sestávající z dotazníků Death attitudes Profile - Revised (DAP-R), zaměřeného na postoje ke smrti a Interpersonal Reactivity Index (IRI), zaměřeného na měření empatie z multidimenzionálního pohledu. Oba tyto dotazníky se skládají z několika subškál, které byly klíčové pro následné zpracování dat.

Abychom prozkoumali možné souvislosti, počítali jsme Pearsonův korelační koeficient mezi všemi subškálami dotazníků. Zajímavým výsledkem bylo objevení 9 signifikantních vztahů, z čehož u 5 jsme objevili silnou korelaci. U těchto vztahů jsme na základě výpočtu lineární regrese zjistili právě lineární vztah. Těmito výpočty jsme potvrdili hypotézu, že existuje statisticky významný vztah mezi některou ze subškál DAP-R a některou ze subškál IRI.

Možnými souvislostmi postojů ke smrti a empatie se v uvedených výzkumech v zahraničí zabývalo více autorů (např. Handagoon a Varma, 2019; Thiemann, et al. 2018; Ünlü a Uludağ, 2021). V českém prostředí však nebyl výzkum podobného typu dohledán. Kaklauskaitė a Vonžodienė (2015) ve svém výzkumu stejně tak, jako my, vycházeli z dat získaných s využitím IRI a prokázali, že studenti medicíny, vykazující vyšší míru empatického zájmu (subškála EC, IRI), vykazují také vyšší míru úzkosti z umírání a smrti druhých, na rozdíl od studentů s nižší mírou EC. Z našich výsledků vyplývá lineární vztah

mezi empatickým zájmem (EC) a přívětivým přijetím smrti (AA) podle DAP-R. Můžeme tedy říct, že se zvyšujícím se empatickým zájmem o druhé u respondentů dochází také ve vyšší míře k přívětivému přijetí smrti. Vzhledem k tomu, že se subškála empatického zájmu věnuje právě sdílení vřelosti, zájmu a soucitu s druhými, dává souvislost s přívětivějším postojem ke smrti určitý smysl. Ve chvíli, kdy se student medicíny či začínající lékař zaměří na sdílení pozitivních emocí s pacientem, může díky tomu vnímat přívětivěji i realitu konečnosti života, podobný závěr však nebyl v prostudované literatuře nalezen. Vzhledem ke zjištěné regresi se můžeme domnívat, že vztah obou proměnných může fungovat i obráceně, tedy, že lékař s vyšší mírou přívětivého postoje ke smrti bude schopen většího empatického zájmu o druhé, a to jak v profesním, tak soukromém životě.

Zajímavé je, že výsledná slabá korelace se ukázala signifikantní právě mezi subškálou empatického zájmu (EC) a subškálou strachu ze smrti (FD). Tato korelace byla slabá, ale můžeme na základě ní souhlasit s výsledky Kaklauskaitė a Vonžodienė (2015), protože tento výsledek podporuje jejich tvrzení. A to tedy souvislost určitého strachu a úzkosti ze smrti s empatickým zájmem studentů s tím rozdílem, že my jsme poukázali na strach ze smrti jako postoj a autoři uvádí míru určité úzkosti ohledně úmrtí druhých.

Thiemann s kolegy (2018) poukazují na to, že u studentů medicíny objevili současně vyšší úzkost ze smrti a vyšší míru empatie v subškálách osobního distresu (PD) a přijímání perspektivy (PT) podle IRI. Z našich výsledků můžeme pozorovat souvislost subškály osobního distresu se strachem ze smrti, kdy výsledky jsou signifikantní i s ohledem na provedenou regresi. Můžeme tedy říct, že našim respondentům se se zvyšujícími hodnotami osobního distresu zvyšují také hodnoty strachu ze smrti (FD). Potvrdili jsme tedy souvislost, a dokonce její kauzalitu. Subškála osobního distresu měří reakci respondenta na negativní zkušenosti a zážitky druhých, zaměřuje se na pocity úzkosti a nepohody. Domníváme se, že u studenta medicíny či začínajícího lékaře, který je schopen více reagovat na negativní emoce pacientů, se můžeme setkat s vyšší mírou strachu ze smrti. Prožívá-li pacient úzkost a strach z bolesti či smrti, empatický student či lékař mohou tyto emoce zpracovávat lépe nežli student či lékař s nižší mírou právě tohoto typu empatie.

Naše další zjištění lineární souvislosti fenoménů jsme objevili ve vztahu subškál osobního distresu (PD) se subškálami vyhýbavého postoje ke smrti (DA) a únikového přijetí smrti (EA). Tyto výsledky považujeme za zajímavé, přestože podobnou hypotézu jsme jinde v literatuře nenalezli. Zjištěnou souvislost chápeme podobně jako zmiňovanou souvislost osobního distresu se strachem ze smrti. Ve chvíli, kdy je jedinec vysoce empatický v této

oblasti, prožívá se svým okolím negativní emoci úzkosti a strachu, nejenže tento fakt může predikovat vyšší strach ze smrti, ale také právě vnímání tématu smrti jako něco, čemu nechce věnovat pozornost, snažit se téma potlačit či se mu vyhnout, jak popisuje vyhýbavý postoj ke smrti (DA) nebo naopak, má-li jedinec téma smrti zpracováno a nepotřebuje jej nějakým způsobem potlačit, uvědomuje si právě existenci smrti jako vysvobození ve chvílích bolesti právě například pacienta, což popisuje postoj únikového přijetí smrti (EA).

Vysokou souvislost jsme objevili také u subškál přijímání perspektivy (PT), která měří schopnost koukat se na svět z úhlu pohledu druhého člověka a přívětivého přijetí smrti (AA). Tuto souvislost si vysvětlujeme podobně jako dříve zmíněnou. Ve chvíli, kdy se jedinec dokáže podívat na svět optikou druhého, například pacienta, vnímá také například jeho bolest a utrpení, může spíše vnímat smrt v pozitivní konotaci, tedy jako nějaký vstup do lepšího života po smrti, tedy světa bez bolesti a utrpení. V této souvislosti se domníváme, že by vzájemný vztah mohl fungovat i opačně. Tedy, vnímá-li lékař či student smrt jako vstup do lepšího posmrtného života, nemusí mít takové zábrany v pocitech empatie k trpícímu pacientovi. Nemá totiž potřebu využívat obranných mechanismů, aby se nedostal do konfrontace s vlastní smrtelností, kterou nepovažuje za natolik děsivou. Ve výsledku je tedy schopen být více empatický a prožívat situaci s pacientem. Může mít tedy vyšší míru empatie ve smyslu přejímání perspektivy, což by například pro lékaře s vyšší mírou strachu ze smrti mohlo být vysoce zraňující, jak upozorňují například Peters s kolegy (2013) nebo Guo a Zheng (2019), kteří poukazují třeba také na to, že zdravotní sestry, které mají lépe zpracované téma smrti, zažívají méně často syndrom vyhoření. O nepříjemnostech čelit tématu úmrtí a smrti pro lékaře, který nemá sám téma vhodně zpracováno, pojednávali také autoři jako Neimeyer s kolegy (2004) nebo Vymětal (2003).

Při zpracovávání kvalitativních dat v rámci jednoho z vedlejších cílů jsme natrefili na zajímavou skutečnost, která také podpořila naši hypotézu o propojení obou zmíněných fenoménů. Jedná se o fakt, že přestože byli naši respondenti v otevřené otázce tázáni na vlastní empatii, kromě empatie mnoho z nich reflektovalo určitou souvislost právě s fenomény postojů ke smrti, a to například jako jeden z prediktorů změny empatie.

### **Vedlejší cíle práce.**

Kromě hlavního cíle jsme si v této práci stanovili i dva cíle vedlejší, kterými bylo popsat charakteristiky výzkumného souboru z hlediska postojů ke smrti a z hlediska empatie. Nejdříve se budeme věnovat postojům ke smrti.



Z hlediska dominantního postoje ke smrti byli nejpočetnější skupinou respondentů ti, u nichž dominoval neutrální postoj ke smrti, ale v nižší míře byly zastoupeny všechny postoje ke smrti podle DAP-R. Pro účel výzkumu pro nás byly klíčové jednotlivé hodnoty na všech subškálách, se kterými jsme dále pracovali. Zajímavé výsledky nám umožnil získat právě výpočet průměrných hodnot na daných subškálách u jednotlivých ročníků studia a absolventů.

V práci jsme uvedli grafy reprezentující jakousi vývojovou křivku právě na základě protnutí průměrných hodnot subškál v daných ročnících. Přestože jsme v literatuře nedohledali výzkum, který by mapoval vývoj postojů ke smrti v průběhu let studia nebo se zaměřil průřezově na mapování nějakých tendencí a nemáme tedy s čím výsledky porovnat, uvedeme několik zajímavých úkazů s hypotézami, které by mohly tyto trendy osvětlit.

Na křivce, reprezentující tendenci proměn průměrných hodnot napříč ročníky studia ohledně strachu ze smrti, jsme zaznamenali rostoucí tendenci mezi prvním a druhým ročníkem a dále mezi šestým ročníkem studia a absolventy, v jiných fázích jsme nezaznamenali výrazné proměny. Domníváme se, že tyto výsledky mohou být způsobeny tím, že byl sběr dat prováděn v letních měsících a na začátku semestru, studenti prvních ročníků tedy ještě nebyli v dostatečně dlouhém kontaktu se studiem a naopak studenti druhého ročníku mohli ve svých výpovědích reflektovat zážitky prvního ročníku studia spojené s mírou stresu a absolvováním anatomických piteven, což jak uvádíme v kvalitativní části práce s daty, zanechává v některých studentech velký dojem, který může být do jisté míry až transformační. K dalšímu zvýšení dochází mezi šestým ročníkem a absolventy, u těch bychom mohli konstatovat zvýšenou míru strachu ze smrti právě v odlišném kontaktu s realitou, kdy nejenže se pohybují v nemocničním prostředí stejně tak jako během studia, ale také přebírají vysokou míru zodpovědnosti, se kterou se musí vyrovnávat, navíc přicházejí do kontaktu s novými situacemi. Jak uvádějí například Adam, Vorlíček a Pospíšilová (2004) lékaři se v situaci, kdy přichází do kontaktu s pacientem, musí vyrovnávat nejen s tématem smrti v kontextu pacientů, ale také s vlastní smrtelností.

Velmi zajímavou křivkou se nám jeví křivka reprezentující průměrné hodnoty na subškále neutrálního přijetí smrti, kde můžeme pozorovat poměrně výrazné proměny napříč roky studia. Průměrné hodnoty klesají mezi prvním a druhým ročníkem, což si opět můžeme vysvětlit absolvováním prvního ročníku a s ním způsobenými stresory a jiným náhledem na člověka a jeho smrtelnost skrze pitevny. Další prudké snížení zaznamenáváme tentokrát také mezi 3. a 4. ročníkem studia, což, jak uvádí Kožený a Tišanská (2011), je období, kdy

studenti medicíny přicházejí do fáze studia, kdy jsou pacientům i lékařům blíže na intenzivních stážích a praxích v nemocnicích. Zajímavé je, že od 4. ročníku dále roste průměrná hodnota na této škále dále až k hodnotě mezi absolventy. Můžeme se tedy domnívat, že přestože respondenti prošli obdobími, kdy jejich neutrální přijímání smrti bylo nižší a pravděpodobně se v té době odehrálo něco, co je mohlo přimět přehodnotit vnímání smrtelnosti, nebo převážily jiné postoje, směrem k praxi vnímají smrt více jako přirozenou součást života.

U grafu subškály přívětivého přijetí smrti nás zaujalo výrazné snižování hodnot mezi 4. a 6. ročníkem studia, tedy snižující se míra vnímání smrti jako jakousi bránu do posmrtného života. Tuto proměnu bychom opět mohli přičíst právě proměnám struktury výuky, častějšímu kontaktu s pacienty i lékaři. Jak uvádí Pessagna s kolegy (2014) či Kelly a Nikser (2010), právě kontakt s lékaři, jejich způsob podpory a vedení či první kontakt s úmrtím pacienta, jsou velice významné při formování postoje a zvládnání tématu smrtelnosti medikem. Ostatně podobně se vyjádřili také naši respondenti v odpovědích na otevřené otázky, jak bylo uvedeno v práci. Dalším zajímavým grafem je graf průměrných hodnot únikového přijetí smrti, kde vidíme výrazný pokles mezi 3. a 5. ročníkem a souvislost bychom mohli opět vysvětlit právě častějším kontaktem s lékaři a pacienty.

Ve rámci druhého cíle práce nás také zajímalo, jestli respondenti reflektují změnu v postojích ke smrti v průběhu let studia. Na uzavřenou otázku odpovědělo ve všech ročnících kromě 1. a 2. ročníku studia více lidí variantou „Ano“, tedy, že vnímají v průběhu let od začátku studia změny ve svých postojích ke smrti. Výsledky tedy odpovídají našim očekáváním v souvislosti s literaturou (např. Haškovcová, 2015; Pessagna et al., 2014; Kelly a Nikser, 2010).

Na základě prostudované literatury jsme formulovali dvě hypotézy. První hypotézu jsme přijali, jelikož jsme objevili slabou korelaci mezi jedním z postojů ke smrti a věkem. Korelace byla objevena pouze u jednoho z postojů, a ještě k tomu slabá. Přestože jsme hypotézu přijali, považujeme za důležité výsledky komentovat ve srovnání s výsledky dřívějších výzkumů, kde byla nalezena souvislost postojů ke smrti s věkem (např. Russac et al., 2007; Kisvetrová a Králová, 2014). Domníváme se, že naše výsledky jsou způsobeny tím, že se výzkum soustředí na konkrétní věkovou skupinu a nezaznamenáváme tedy takových výsledků, jako výzkumy zaměřující se na populaci v kontextu více vývojových období.

Další hypotézu vztahující se k tomuto cíli jsme zamítli, jelikož jsme neobjevili korelaci mezi ročníkem studia a některým z postojů ke smrti. Pro zodpovězení otázky, zda a jaké změny nastávají v postojích ke smrti v průběhu ročníků studia, však považujeme za zajímavé odkázat se právě na uváděné grafy průměrných hodnot na jednotlivých subškálách v průběhu let a také samotné výpovědi respondentů v otevřené otázce, kterým jsme se věnovali ve třetím cíli této práce.

Ve druhém vedlejším cíli jsme se zabývali charakteristikami výzkumného souboru z hlediska empatie, uvedli jsme deskriptivní statistiku na základě dotazníku IRI a jeho subškál a poté jsme se věnovali popisu grafů vycházejících z průměrných hodnot subškál IRI v průběhu let studia. Zajímavé se nám jeví výsledky u subškály fantazie a osobního distresu.

Průměrné hodnoty respondentů u subškály fantazie se mírně zvyšují, ale k poklesu dochází mezi 6. ročníkem a absolventy. Výsledek se nám jeví zajímavý, ale z literatury ani zjištěných dat nenacházíme způsob, jak si jej vysvětlit.

Na subškále osobního distresu pozorujeme zajímavé tendence, kdy zaznamenáváme zvýšení průměrných hodnot osobního distresu podle IRI ve druhém ročníku studia a snížení ve 4. ročníku, průměrné hodnoty osobního distresu jsou nejvyšší v 5. a 6. ročníku studia. Domníváme se, že tento jev můžeme vysvětlit právě souvislostí s náplní studia, kdy ve druhém ročníku můžeme zaznamenat reakci na první ročník a stres, který s sebou mohl nést, jak uvádí respondenti v odpovědi na otevřenou otázku. Zvýšené hodnoty empatie v subškále osobního distresu v 5. a 6. ročníku si vysvětlujeme například možným působením stresu z konce studia a státních závěrečných zkoušek. Vzhledem k tomu, že subškála osobního distresu měří reakce na negativní zkušenosti a zážitky jiných lidí, mohla by se v námi uvedených výsledcích promítat třeba právě sdílená zkušenost spolužáků.

Přestože v literatuře nacházíme různé závěry ohledně proměn empatie v průběhu ročníků studia, kdy někteří autoři došli k závěrům, že se empatie u studentů snižuje (Kožený a Tišanská, 2011); Chen et al., 2007), jiní, že se zvyšuje (Kataoka et al., 2012) a někteří došli i k závěru, že empatie zůstává neměnná (Canseco et al., 2022; Quince et al., 2011), my jsme hypotézu o existující souvislosti mezi mírou empatie v jednotlivých subškálách IRI a ročníkem studia nepotvrdili, přestože právě v dříve provedené české studii byl zaznamenán pokles ve 3., 4. a 5. ročníku. Autoři (Kožený a Tišanská, 2011) však na rozdíl od nás k měření empatie využívali dotazník JSPE-S. Domníváme se, že výsledky jsou v našem výzkumu

nesignifikantní hned z několika důvodů, a to množství respondentů, které je ve srovnání s 895 respondenty v uvedeném výzkumu nesrovnatelné. Ve zmíněné studii byli také zapojeni studenti pouze z jedné univerzity, v naší práci však jsou zastoupeni studentů z různých univerzit, z nichž každá má svá specifika, která jsme v rámci práce nereflektovali a v souvislosti s povahou této práce ani nepovažovali za nutné.

Vzhledem k povaze práce a jejím limitům nám připadají zajímavější výsledky vztahující se k dalším výzkumným otázkám, z nichž jednu jsme zodpověděli pouze s využitím deskriptivní statistiky a další jsme se věnovali kvalitativně.

Respondenti byli dotázáni na několik otázek vztahujících se k možným proměnám jejich empatie během studia. 162 respondentů, tedy 74,4 % z celkových 230 volilo variantu, že pociťují změnu v průběhu let od začátku studia. Respondentů, kteří změnu pociťovali jsme se dále ptali na to, o jakou změnu jde. 85 respondentů uvedlo, že se jejich empatie v průběhu let zvyšuje a 61 respondentů naopak uvedlo, že pociťují určité snížení empatie v průběhu let od začátku studia. Ženy ve více případech hodnotily empatii jako zvyšující se a muži naopak pociťovali ve více případech její snížení. V literatuře se ukazují závěry, že ženy všeobecně v této profesní oblasti vykazují vyšší míru empatie než muži (např. Quince et al., 2011; Petrucci et al., 2016).

Vzhledem k velikosti výzkumného souboru a povaze práce jsme se zaměřili také kvalitativně na výpovědi respondentů v kontextu empatie, kdy jsme jim položili otázku „*Jak byste popsala/popsala své empatické citění v průběhu let od začátku studia?*“. Na tuto otázku odpovědělo v různém rozsahu 169 respondentů. Zajímalo nás, jak se respondenti vyjádří a které další fenomény ve svých výpovědích zmíní. Jak už jsme nastínili v této kapitole v kontextu hlavního cíle, přestože respondenti byli tázáni na empatii, mnozí reflektovali v souvislosti s empatií právě témata pojící se s postoji ke smrti a umíráním. Domníváme se tedy, že je tato souvislost pro respondenty, kteří si zvolili tuto formu odpovědi, důležitá.

Respondenti se vyjadřovali o své empatii v kontextu různých dalších fenoménů, z nichž některé jsme už v této kapitole průběžně uvedli pro srovnání s našimi ostatními výsledky. Také se však vyjadřovali ohledně snižující se a zvyšující se tendence jejich empatického citění v průběhu studia. Výsledky opět nejsou jednoznačné. Vnímanou snižující se tendenci empatie jsme kódovali v 64 odpovědích, a naopak zvyšující se tendenci ve 49 odpovědích. Zajímavým zjištěním bylo, že mnoho respondentů komentovalo svou empatii jako nízkou

už na začátku studia a někteří respondenti reflektovali pocity jakéhosi odosobnění či emoční oploštělosti v soukromém životě jako důsledek studia.

Tyto výsledky byly zajímavé v kontextu teoretické části práce. Jak uvádí mnoho autorů (např. Decety, 2020; Moudatsou et al., 2020; Bleakley & Bligh, 2008) přestože je empatie důležitou součástí léčebného procesu a pacienti považují často právě lékařovo empatické cítění za velmi důležité, je potřeba hledat rozumnou míru tak, aby byla v souladu s duševním zdravím lékaře. Což ostatně uváděli ve svých odpovědích také naši respondenti například v kontextu jakéhosi záměrného potlačení empatie jako prevence syndromu vyhoření.

### **Závěr.**

Zajímavou informací je, že z původních 230 respondentů vyplnilo kompletní sadu dotazníkových otázek 164 respondentů a v kvalitativní části práce se vyjádřilo v poměrně dlouhých odpovědích 169 respondentů. Usuzujeme tedy, že přestože forma dotazníku nemusí být sama o sobě pro všechny lákavou variantou, respondenti měli potřebu se k tématu vyjádřit vlastními slovy, což naznačuje určitou tendenci chtít otevírat právě toto téma ve společnosti.

Přestože v zahraničí existuje množství studií zabývajících se empatií u studentů všeobecného lékařství, (např. Chen et al., 2007; Kataoka et al., 2012; Canseco et al., 2022; Quince et al., 2011) domníváme se, že se jedná o téma, které by si zasloužilo větší pozornost i v České republice. Nejnovější výzkum zabývající se tímto tématem je z roku 2011 (Kožený a Tišanská) a domníváme se, že by bylo zajímavé na něj navázat. Otázkou, která vyplývá z této práce je, čím je způsobena odlišnost reakce studentovy empatie a postoje ke smrti na studiu medicíny? Proč někdo pociťuje během studia snížení empatie a někdo jiný naopak jeho zvýšení? Vzhledem k tomu, že v této práci hledáme souvislost mezi empatií a postoji ke smrti, dovolíme si vnést domněnku, že stejně tak jako na formování postojů ke smrti působí významně první kontakt s úmrtím pacienta, způsob reakce vedoucího lékaře či první zkušenosti s lékařským prostředím v průběhu klinických praxí a stáží (Pessagno et al., 2014; Kelly a Nikser, 2010). Tyto faktory mohou ovlivňovat také právě směr, jakým se bude ubírat vývoj empatie studenta medicíny.

Tato práce by mohla sloužit jako pilotní testování možných souvislostí postojů ke smrti a empatie a v dalším výzkumu by tento vztah mohl být dále ověřován na větším výzkumném souboru. Vzhledem k náročnosti studia i následného povolání lékaře považujeme za důležité, aby bylo studentům umožněno vědomě zpracovávat témata postojů ke smrti

i empatie a její míry či možných proměn v průběhu let a aby byl těmto tématům věnován prostor. Jak uvedli respondenti ve svých otevřených odpovědích, v rámci práce s empatií či emocemi pojícími se se smrtí a umíráním, jim byly nápomocné například Projekt medicí na ulici, předmět Paliativní medicína či psychoterapie jako nástroj pro práci s emocemi (Uvedeno žlutě v grafech kódů kvalitativního zpracování dat). Opět se odkážeme také na aktivity zmíněných organizací Po medině a Medic Rise a věříme, že právě například tyto organizace mohou pomoci studentům lékařských fakult i začínajícím lékařům při zpracovávání témat uvedených v této práci i mnoha dalších.

### **Limity práce.**

Výzkumný projekt této diplomové práce byl realizován pomocí online dotazníkového šetření což samo o sobě s sebou nese určité limity a rizika. Tato metoda je sebeposuzovací a přináší s sebou nedostatky jako závislost na míře introspekce či sebereflexe a sociální žádoucnosti respondenta. Výhodami však jsou časová a finanční úspora a snazší šíření dotazníku.

Přestože byli respondenti upozorněni na to, aby si při vyplňování dotazníku udělali pohodlí a vymezili si dostatečný čas pro zamyšlení se a byli upozorněni, aby dotazník vyplnili pouze jednou, nedokážeme tuto skutečnost dohledat ani zaručit. Limity se vážou také k samotnému výzkumnému souboru, především tedy k nepravděpodobnostním metodám výběru respondentů, v našem případě k metodě sněhové koule, jelikož tyto metody nemohou zaručit reprezentativnost výzkumného souboru. Je tedy nutné konstatovat, že výsledky nelze zevšeobecnit na danou populaci a slouží pouze jako jakýsi nástin reality, či pilotní testování pro následná výzkum. V této souvislosti je dobré znovu zmínit, že v případě dalších výzkumů vztahujících se k vedlejším cílům dává smysl oddělit výsledky studentů jednotlivých univerzit v kontextu jejich specifik. Vzhledem k velikosti výzkumného souboru a povaze práce jsme tento krok neučinili.

Vzhledem k využitým metodám je určitým limitem práce také nízká Cronbachova  $\alpha$  škály neutrálního přijetí smrti u dotazníku DAP-R. Zároveň byl dotazník několika respondenty vnímán jako příliš křesťansky zaměřený, což by mohlo v některých případech zkreslit výsledky či vzbudit v respondentovi špatný dojem. Vzhledem k omezenému množství metod k testování postojů ke smrti jsme však tuto metodu shledali k našim účelům dostačující.

## 8 ZÁVĚR

V této práci jsme se věnovali fenoménům postojů ke smrti a empatie v kontextu populace studentů všeobecného lékařství a začínajících lékařů. Hlavním cílem bylo ověřit, zda existuje vztah mezi zmíněnými fenomény, tedy mezi empatií a postoji ke smrti. Zaměřili jsme se na zkoumání těchto fenoménů s využitím dotazníků Death attitudes Profile-Revised (DAP-R) a Interpersonal Reactivity Index (IRI) s využitím všech 9 subškál.

Díličními cíli této práce bylo také popsat charakteristiky výzkumného souboru jak z hlediska postojů ke smrti, tak z hlediska empatie. Na základě výsledků uvedených v práci lze uvést tyto závěry:

- U účastníků výzkumu byla objevena souvislost mezi fenoménem empatie podle dotazníku Interpersonal Reactivity Index a postoji ke smrti podle dotazníku Death attitudes Profile- Revised.
- Mezi výsledky uvedených dotazníků jsme objevili 9 signifikantních korelací z čehož 5 jich bylo silných na hladině významnosti  $\alpha < 0,01$ .

Po provedené regresní analýze můžeme zhodnotit vztahy výsledků uvedených subškál následovně:

- Se zvyšujícími se hodnotami Osobního distresu (PD) podle IRI se u respondentů zvyšují také hodnoty Strachu ze smrti (FD) podle DAP-R.
- Se zvyšujícími se hodnotami Osobního distresu (PD) podle IRI se u respondentů zvyšují také hodnoty Vyhýbavého postoje ke smrti (DA) podle DAP-R.
- Se zvyšujícími se hodnotami Osobního distresu (PD) podle IRI se u respondentů zvyšují také hodnoty Únikového přijetí smrti (EA) podle DAP-R.
- Se zvyšujícími se hodnotami Přijímání perspektivy (PT) podle IRI se u respondentů zvyšují také hodnoty Přívětivého přijetí smrti (AA) podle DAP-R.

- Se zvyšujícími se hodnotami Empatického zájmu (EC) podle IRI se u respondentů zvyšují také hodnoty Přívětivého přijetí smrti (AA) podle DAP-R.

S ohledem na vedlejší cíle provedeného výzkumu můžeme konstatovat následující závěry:

- Potvrdili jsme hypotézu, že existuje statisticky významná souvislost mezi věkem a některým z postojů ke smrti podle DAP-R.
- Zamítli jsme hypotézu, že u výběrového souboru respondentů existuje statisticky významná souvislost mezi ročníkem a některým z postojů ke smrti podle DAP-R.
- Zamítli jsme hypotézu, že u výběrového souboru respondentů existuje statisticky významná souvislost mezi ročníkem a některou ze subškál empatie podle IRI.

Na základě kvalitativní práce s daty usuzujeme tyto závěry:

- Subjektivní vnímání snižování empatie počas let od začátku studia komentovalo v otevřené otázce 64 respondentů a opačnou tendenci, tedy zvyšování empatie, reflektovalo 49 respondentů.
- Bez předchozího dotázání respondenti zmiňovali také fenomény postoje ke smrti v kontextu empatie, pocity jakéhosi odosobnění či emoční otupělosti v soukromém životě jako důsledek studia.



## 9 SOUHRN

Tato kapitola představuje stručný souhrn celé diplomové práce, která se zabývala možnými souvislostmi postojů ke smrti s empatií v kontextu populace studentů všeobecného lékařství a začínajících lékařů. Přičemž začínajícími lékaři myslíme lékaře před atestací a mezi studenty všeobecného lékařství řadíme studenty všech 6 ročníků. Tato práce je tvořena teoretickou částí a výzkumnou částí.

V první kapitole jsme se věnovali fenoménu postojů ke smrti, nejdříve jsme se zabývali pojmem smrt samostatně, a to jak z hlediska určité tabuizace, tak důležitosti tohoto tématu (Řičan, 2014; Grof, 2009; Yuverich, 2018). Dále jsme se zaměřili na postoje ke smrti a přehled výzkumu v této oblasti. Uvedli jsme vlivy, které jsou při formování postojů důležité a věnovali jsme se také tomu, jak postoje ke smrti ovlivňují náš běžný život i život pracovní (Kisvetrová a Králová, 2014; Yalom, 2006; Lheto a Stein, 2009). Důležitou součástí této části bylo zaměření se na postoje ke smrti jako koncept ve zdravotnictví, tedy v oblasti působení výzkumného souboru (Neumann et al., 2011; Pessagno et al., 2014; Kelly a Nikser, 2010). Krátce jsme se věnovali také možnostem měření postojů ke smrti.

Ve druhé kapitole jsme se věnovali fenoménu empatie. Mezi autory nepanuje shoda na jednotné definici tohoto fenoménu, představili jsme si tedy několik konceptů a možností pojetí (Hojat, 2016, Mikoška & Novák, 2017, Mlčák, 2009). Pro tuto práci pak bylo klíčové pojetí multidimenzionální (Davis, 1996). V této kapitole jsme se dále věnovali empatii v kontextu zdravotnictví i studia všeobecného lékařství (Halpern, 2014; Decety, 2020; Moudatsou et al., 2020). V zahraniční literatuře se autoři zabývali proměnami empatie v průběhu náročného studia všeobecného lékařství, ani v této oblasti však mezi výzkumníky nenajdeme jednotný závěr. Někteří autoři došli k závěrům, že se empatie u studentů snižuje (Kožený a Tišanská, 2011); Chen et al., 2007), jiní, že se zvyšuje (Kataoka et al., 2012) a někteří došli i k závěru, že empatie zůstává neměnná (Canseco et al., 2022; Quince et al., 2011). Uvedené studie se liší nejen z hlediska populace, ale také z hlediska výzkumných designů, přístupů ke konceptu empatie a následně zvolených metod. V českém prostředí uvádíme studii Koženého a Tišanské (2011), kteří měřili empatii u studentů všeobecného lékařství na našem území. Uvedli jsme také originální přístup k měření empatie u studentů medicíny, který prezentují Kim s kolegy (2021), kteří jako jedni z prvních měří empatii

v kontextu změn mozkové aktivity zaznamenané přístrojem funkční magnetické rezonance. Opět jsme se krátce věnovali také možnostem měření empatie, a to především v kontextu této práce a metod, které zvolili výzkumníci prezentovaných studií.

Ve třetí kapitole jsme nastínili možné souvislosti fenoménů postojů ke smrti a výzkumy ze zahraničí, jelikož český výzkum podobné souvislosti nebyl dohledán. Se zajímavými zjištěními přišli například Kaklauskaitė a Vonžodienė (2015), kteří se zaměřili na studenty medicíny a z jejich výzkumu se ukazuje, že studenti medicíny, kteří vykazují vyšší míru empatického zájmu (EC) podle IRI, vykazují také vyšší míru úzkosti z umírání a smrti druhých oproti studentům, kteří vykazují nižší míru empatického zájmu (EC). Naznačují tedy určitou souvislost právě těchto fenoménů. Podobným souvislostem se s využitím jiných testových baterií či na jiném výzkumném souboru věnovali i další uvedení autoři (např. Baykan et al., 2021; Thiemann et al., 2018; Handagoon a Varma, 2019; Ünlü a Uludağ, 2021).

Výzkumnou část práce jsme uvedli popisem výzkumného problému, na základě kterého jsme stanovili 3 výzkumné cíle a na ně navazující výzkumné otázky a hypotézy. K získání dat jsme využili dotazníkové šetření a nepravděpodobnostní metodu výběru. Limity jsme uvedli v příslušné kapitole. Získané odpovědi jsme dále zpracovávali v programech Excel, SPSS a Atlas. Využívali jsme deskriptivní statistiku, histogramy pro ověření normálního rozložení dat, dále jsme počítali Pearsonův korelační koeficient, ANOVA a regresní analýzu. Odpovědi získané na otevřenou otázku jsme zpracovávali kvalitativně v programu Atlas, kdy jsme výpovědi kódovali a kódy následně seskupili a zobrazili pro lepší orientaci s využitím funkce *Networks*.

Hlavním cílem práce bylo zodpovědět si otázku, zda existuje nějaká souvislost mezi fenomény empatie a postojů ke smrti, a to konkrétně tedy formou nalezení možné souvislosti mezi výsledky subškál dotazníku DAP-R a subškál dotazníku IRI. Na základě vypočítaných korelací jsme objevili 9 signifikantních vztahů. 5 z těchto korelací bylo silných a signifikantních na hladině významnosti  $\alpha < 0,01$ . S daty jsme dále pracovali výpočtem ANOVA a regresní analýzy. U všech hledaných souvislostí se nám potvrdil lineární vztah mezi výsledky na daných subškálách. Hypotézu jsme tedy přijali a dále uvedli podrobnější závěry. Přičemž některá z našich zjištění korespondují s našimi předpoklady na základě prostudované literatury (např. Handagoon a Varma, 2019; Thiemann, et al. 2018; Ünlü a Uludağ, 2021) a jiné byly nové a překvapující. Podrobnější polemika na toto téma je uvedena v kapitole Diskuze.

Statisticky významnou lineární souvislost jsme tedy objevili mezi subškálami osobního distresu podle IRI a subškálami strachu ze smrti, vyhýbavého postoje ke smrti a únikového přijetí smrti podle DAP-R. Přičemž subškály IRI jsme zvolili jako nezávislé a subškály DAP-R jako závislé proměnné. Další statisticky významnou lineární souvislost jsme objevili mezi subškálami přijímání perspektivy podle IRI a přívětivým přijetím smrti podle DAP-R a mezi subškálami empatického zájmu podle IRI a přívětivým přijetím smrti podle DAP-R.

Jako vedlejší cíle jsme si stanovili popsat charakteristiky výzkumného souboru z hlediska postojů ke smrti a empatie.

Nejdříve jsme se věnovali postojům ke smrti, kdy jsme na základě vyhodnocení dat získaných z dotazníku DAP-R zjistili, že u většiny respondentů dominuje neutrální postoj ke smrti, ale zastoupeny jsou také všechny další varianty dominujícího postoje podle DAP-R. Pro hlavní i vedlejší cíle této práce však byly klíčové hodnoty všech jednotlivých subškál DAP-R, se kterými jsme dále pracovali. Zajímavé výsledky nám přinesl výpočet průměrně dosahovaných hodnot na všech subškálách podle DAP-R v kontextu jednotlivých ročníků studia. Tyto hodnoty jsme graficky znázornili pomocí křivek, abychom mohli pozorovat určité tendence proměn postojů ke smrti ve výzkumném souboru. Na základě těchto znázornění můžeme konstatovat, že k určitým vývojovým tendencím dochází a v kapitole Diskuze jsme okomentovali možné související faktory.

V závislosti na vedlejším cíli práce jsme stanovili hypotézy, z nichž jednu jsme přijali a druhou zamítli. Přijali jsme hypotézu ukazující, že existuje statisticky významná souvislost mezi věkem a některým z postojů ke smrti, přestože jsme objevili v našem výzkumném souboru pouze slabou korelaci se subškálou přívětivého přijetí smrti. V dohledané literatuře se souvislost věku s tímto fenoménem mnohokrát ukázala (Russac et al., 2007; Lehto a Stein, 2009; Kisvetrová a Králová, 2014), tyto výzkumy se však zaměřovaly na více heterogenní skupiny z hlediska věku, my se zaměřujeme pouze na omezený životní úsek.

Pro průzkum charakteristik výzkumného souboru z hlediska empatie jsme vycházeli nejdříve z výsledků získaných dotazníkem IRI a stejně tak jako u postojů ke smrti, jsme vypočítali průměrně dosahované hodnoty na jednotlivých subškálách v jednotlivých letech studia. Na základě těchto výsledků jsme prezentovali grafy, ze kterých můžeme pozorovat určité tendence. Bližší interpretace uvádíme v kapitole Diskuze. Důležitou součástí

průzkumu charakteristik výzkumného souboru bylo také kvalitativní zpracování odpovědí na otázku, jak respondenti reflektují svou empatii v průběhu let od začátku studia. Zajímavou informací je, že z původních 230 respondentů vyplnilo kompletní sadu dotazníkových otázek 164 respondentů a v kvalitativní části práce se vyjádřilo v poměrně dlouhých odpovědích 169 respondentů. Usuzujeme tedy, že přestože forma dotazníku nemusí být sama o sobě pro všechny lákavou variantou, respondenti měli potřebu se k tématu vyjádřit vlastními slovy, což naznačuje určitou tendenci otevírat právě toto téma ve společnosti.

Na základě kvalitativní analýzy dat jsme zjistili opět protichůdné tendence ve vnímání vlastní empatie, kdy část respondentů komentovala zvyšující se empatii napříč lety studia a druhá skupina naopak snižující se tendenci. Zajímavé poznatky nám kvalitativní práce s daty přinesla při zmapování ostatních fenoménů, které respondenti bez předchozího dotázaní komentovali, a to postoje ke smrti a témata vztahující se k této problematice či pocity odosobnění či emoční otupělosti v soukromém životě jako důsledek studia. Respondenti také uvedli protektivní faktory a významné vlivy na jejich profesní vývoj v podobě lékařských vzorů, se kterými měli jak pozitivní, tak i negativní zkušenosti.

K limitům práce lze zařadit především velikost souboru a nepravděpodobnostní metodu jeho výběru, což nezaručuje reprezentativnost našich výsledků, určité limity vztahující se ke zvoleným metodám a také fakt, že průzkum probíhal napříč vysokými školami, z nichž každá má svá specifika, která v práci nereflektujeme.

Tato práce by mohla sloužit jako určitá forma pilotního testování a domníváme se, že naše výsledky by mohly podpořit záměr větší osvěty v této problematice u zvolené populace. Zároveň vnímáme jako velký přínos zjištěné souvislosti mezi dvěma fenomény, které v českém prostředí zatím nebyly dohledány. V dalším výzkumu by bylo příhodné ověřit vztahy mezi fenomény rozsáhlejší testovou baterií a významně větším výzkumným souborem.

# LITERATURA

1. Abdel-Khalek, A. M., & Neimeyer, R. A. (2017). Death Anxiety Scale. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1-4). Springer International Publishing.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8\\_21-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_21-1)
2. Adam, Z., Vorlíček, J., & Pospíšilová, Y. (2004). *Paliativní medicína*. Grada.
3. Baron-Cohen, S. (2014). Věda zla: nová teorie lidské krutosti. Emitos.
4. Baykan, N., Arslantürk, G., & Durukan, P. (2021). Desensitizing Effect of Frequently Witnessing Death in an Occupation: A Study With Turkish Health-Care Professionals. *Omega*, *84*(2), 567-581.  
<https://doi.org/10.1177/0030222820904880>
5. Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition*, *14*(4), 698-718.  
<https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.06.004>
6. Blanco Canseco, J. M., Blanco Alfonso, A., Caballero Martínez, F., Hawkins Solís, M. M., Fernández Agulló, T., Lledó García, L., López Román, A., Piñas Mesa, A., Vara Ameigeiras, E. M., Monge Martín, D., & Saqr, M. (2022). Medical empathy in medical students in Madrid: A proposal for empathy level cut-off points for Spain. *PLOS ONE*, *17*(5).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267172>
7. Bleakley, A., & Bligh, J. (2008). Students Learning from Patients: Let's Get Real in Medical Education. *Advances in Health Sciences Education*, *13*(1), 89-107. <https://doi.org/10.1007/s10459-006-9028-0>
8. Bouchal, M. (1993). *Psychologie v lékařství*.  
<https://is.muni.cz/publication/487643/cs/Psychologie-v-lekarstvi/Bouchal>
9. Bowling, A., Iliffe, S., Kessel, A., Higginson, I. (2010). Fear of dying in an ethnically diverse society: cross-sectional studies of people aged 65+ in Britain. *Postgraduate Medical Journal*, *86*, 197-202.
10. Bužgová, R., & Janíková, E. (2019). Czech Adaption of the Collett–Lester Fear of Death Scale in a Sample of Nursing Students. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *80*(1), 20-34. <https://doi.org/10.1177/0030222817725183>

11. Caruso, D. R., & Mayer, J. D. (1998). *A measure of emotional empathy for adolescents and adults*. Unpublished manuscript.
12. Clemens, E. J., Reed, J. B., Baker, E. S., & Baker, C. M. (2021). Effect of death and dying elective on student empathy and attitudes toward mortality. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, *13*(12), 1627-1633.  
<https://doi.org/10.1016/j.cptl.2021.09.029>
13. Collett, L. -J., & Lester, D. (1969). The Fear of Death and the Fear of Dying. *The Journal of Psychology*, *72*(2), 179-181.  
<https://doi.org/10.1080/00223980.1969.10543496>
14. Creswel, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. London: Sage.
15. Cuff, B. M. P., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy: A Review of the Concept. *Emotion Review*, *8*(2), 144-153.  
<https://doi.org/10.1177/1754073914558466>
16. Davis, M. (1996). *Empathy: A social psychological approach*. Boulder, CO: Westview Press.
17. Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Document in Psychology*, *10*, 85
18. Davis, M. H. (1983). The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach. *Journal of Personality*, *52*(2)
19. De Castro, A. (2013). Dysfunctional Personal Experiences and Existential Dilemmas. *The Humanistic Psychologist*, *41*, 371–383.  
<https://doi.org/10.1080/08873267.2013.792199>
20. Decety, J. (2020). Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *The American Journal of Medicine*, *133*(5), 561-566.  
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.012>
21. Depaola, S. J., Griffin, M., Young, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). DEATH ANXIETY AND ATTITUDES TOWARD THE ELDERLY AMONG OLDER ADULTS: THE ROLE OF GENDER AND ETHNICITY. *Death Studies*, *27*(4), 335–354. <https://doi.org/10.1080/07481180302904>

22. Ferjenčík, J. (2010): Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-815-9.
23. Ferreira-Valente, A., Monteiro, J. S., Barbosa, R. M., Salgueira, A., Costa, P., & Costa, M. J. (2017). Clarifying changes in student empathy throughout medical school: a scoping review. *Advances in Health Sciences Education*, 22(5), 1293-1313. <https://doi.org/10.1007/s10459-016-9704-7>
24. Florian, V., & Mikulincer, M. (1997). Fear of death and the judgment of social transgressions: A multidimensional test of terror management theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(2), 369–380. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.2.370>
25. Florian, V., Mikulincer, M., Hirschberger, G. (2002): The anxiety-buffering function of close relationships: evidence that relationship commitment acts as a terror management mechanism. *Journal of Personality and Social Psychology* 82, 527-542.
26. Furer, P., & Walker, J. R. (2008). Death Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 167.
27. Goleman, D. (2011). *Emoční inteligence* (Vyd. 2., (V nakl. Metafora 1.), přeložil Markéta BÍLKOVÁ). Metafora.
28. Groebe, B., Strupp, J., Eisenmann, Y., Schmidt, H., Schlomann, A., Rietz, C., & Voltz, R. (2018). Measuring attitudes towards the dying process: A systematic review of tools. *Palliative Medicine*, 32(4), 815-837. <https://doi.org/10.1177/0269216317748889>
29. Grof, S. (2009). *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Praha: Argo.
30. Guo, Q., & Zheng, R. (2019). Assessing oncology nurses' attitudes towards death and the prevalence of burnout: A cross-sectional study. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 42, 69-75. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.08.002>
31. Halpern, J. (2003). What is clinical empathy?. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 670-674. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x>
32. Halpern, J. (2014). From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(2), 301-311. <https://doi.org/10.1007/s11019-013-9510-4>

33. Handagoon, S. A., & Varma, P. (2019). Death Anxiety, Coping Strategies, And Empathy Among Thai Physicians In Chiang Mai. *Psychosomatic Medicine*, 2019(37(4), 339-345.  
<http://www.assumptionjournal.au.edu/index.php/Scholar/article/view/3463>
34. Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník* (ilustroval Karel NEPRAŠ). Portál.
35. Haškovcová, H. (2015). *Lékařská etika* (Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání). Galén.
36. Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(3), 307-316. <https://doi.org/10.1037/h0027580>
37. Hojat M. (2007). *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. Springer.
38. Hojat, M. (2016). *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27625-0>
39. Hwang, S. (2008). Utilizing qualitative data analysis software: A review of Atlas. ti. *Social Science Computer Review*, 26(4), 519-527.  
<https://doi.org/10.1177/0894439307312485>
40. Chen, D., Lew, R., Hershman, W., & Orlander, J. (2007). A Cross-sectional Measurement of Medical Student Empathy. *Journal of general internal medicine: JGIM*, 22(10), 1434-1438. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0298-x>
41. Kaklauskaitė, Ž., & Antinienė, D. (2016). DEATH ANXIETY AND EMPATHY AMONG MALE AND FEMALE MEDICAL STUDENTS. *Baltic Journal of Sport and Health Sciences*, 4(103), 11-18.  
<https://doi.org/10.33607/bjshs.v4i103.67>
42. Kaklauskaitė, Ž., & Vonžodienė, J. (2015). MIRTIES NERIMO IR EMPATIJOS SAŠAJOS TARP MEDICINOS STUDENTŲ: PILOTINIS TYRIMAS. *International Journal of Psychology: a Biopsychosocial Approach*, 17, 117-136. <https://doi.org/10.7220/2345-024X.17.7>
43. Kataoka, H. U., Koide, N., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). Measurement and correlates of empathy among female Japanese physicians. *BMC Medical Education*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-48>
44. Kataoka, H. U., Koide, N., Ochi, K., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2009). Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and



- score differences by gender and level of medical education. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(9), 1192-7.  
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b180d4>
45. Kelly, E., & Nisker, J. (2010). Medical students' first clinical experiences of death. *Medical Education*, 44(4), 421-428. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03603.x>
  46. Kiersma, M. E., Chen, A. M. H., Yehle, K. S., & Plake, K. S. (2013). Validation of an Empathy Scale in Pharmacy and Nursing Students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 77(5). <https://doi.org/10.5688/ajpe77594>
  47. Kim, S. A., Lee, Y. -M., Hamann, S., & Kim, S. H. (2021). Differences in empathy toward patients between medical and nonmedical students: an fMRI study. *Advances in Health Sciences Education*, 26(4), 1207-1227.  
<https://doi.org/10.1007/s10459-021-10045-y>
  48. Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Evaluation & the Health Professions*, 27(3), 237-251. <https://doi.org/10.1177/0163278704267037>
  49. Kisvetrová, H., & Králová, J. (2014). Základní faktory ovlivňující úzkost ze smrti. *Československá psychologie : Časopis pro Psychologickou Teorii a Praxi*, 58(1), 41–51.
  50. Koukolík, F. (2010). *Lidství: neuronální koreláty*. Galén.
  51. Kožený, J., & Tišanská, L. (2011). Postoje studentů medicíny k roli empatie v léčebném kontextu: měření, rozdíly z hlediska pohlaví a délky studia. *Československá psychologie*, (55(2), 126-138.
  52. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci* (Vyd. 1). Praha: Grada Pub.
  53. Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
  54. Lehto, R. H., & Stein, K. F. (2009). Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice*, 23(1), 23–41.  
<https://doi.org/10.1891/1541-6577.23.1.23>
  55. Levasseur, O., Mcdermott, M. R., & Lafreniere, K. D. (2015). The Multidimensional Mortality Awareness Measure and Model: Development and Validation of a New Self-Report Questionnaire and Psychological Framework. *Omega: Journal of Death*, 70(3), 317-341.  
<https://doi.org/10.1177/0030222815569440>

56. Machů, K. (2012): Postoje ke smrti. Diplomová práce (Mgr.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Filozofická fakulta
57. MedicRise. (n.d.). Získáno z: <https://www.medicrise.cz/o-n%C3%A1s>
58. Mikoška, P., & Novák, L. (2017). Jak současná věda objevuje empatii: transdisciplinární pohled na klíč k lidské duši. Pavel Mervart.
59. Mlčák, Z., Nečekalová, K. a Cabák, D. (2016): Emocionální inteligence a prosociální chování v dispozičním paradigmatu. *Psychologie a její kontexty*. 2016, roč. 7, s. 43-58. ISSN 1803-9278.
60. Moor, A. (2004). About Attitudes towards Death in the Light of Psychology. *Folklore: Electronic Journal of Folklore*, 27, 163–184.  
<https://doi.org/10.7592/FEJF2004.27.moor>
61. Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare*, 8(1).  
<https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>
62. Neimeyer, R. A. (Ed.). (2015). *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, And Application*. Taylor & Francis.  
<https://doi.org/10.4324/9781315800813>
63. Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). PSYCHOLOGICAL RESEARCH ON DEATH ATTITUDES: AN OVERVIEW AND EVALUATION. *Death Studies*, 28(4), 309–340.  
<https://doi.org/10.1080/07481180490432324>
64. Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., & Scheffer, C. (2011). *Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents*. *Academic medicine*, 86(8), 996-1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>
65. Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L., & Yagla, S. J. (2002). Childhood Antecedents Of Hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43(4), 282–289. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.4.282>
66. Ondračka, L., Kropáček, L., Halík, T., Lyčka, M., & Zemánek, M. (2017). Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti.
67. Orbache, I., Weiner, M., Har-Even, D., & Eshel, Y. (1995). Children's Perception of Death and Interpersonal Closeness to the Dead Person. *OMEGA* -

*Journal of Death and Dying*, 30(1), 1-12. <https://doi.org/10.2190/NBA4-HKMB-TXKC-H837>

68. Paulík, K. (2018). *Psychologie práce a organizace: Vybrané kapitoly*. Ostrava: FF OU.
69. Pessagno, R., Foote, C. E., & Aponte, R. (2014). Dealing with Death: Medical Students' Experiences with Patient Loss. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 68(3), 207-228. <https://doi.org/10.2190/OM.68.3.b>
70. Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., & Shimoinaba, K. (2013). How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. *The Open Nursing Journal*, 7, 14–21. <https://doi.org/10.2174/1874434601307010014>
71. Petrucci, C., La Cerra, C., Aloisio, F., Montanari, P., & Lancia, L. (2016). Empathy in health professional students: A comparative cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 41, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.022>
72. Pohontsch, N. J., Stark, A., Ehrhardt, M., Kötter, T., & Scherer, M. (2018). Influences on students' empathy in medical education: an exploratory interview study with medical students in their third and last year. *BMC Medical Education*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1335-7>
73. Quince, T. A., Parker, R. A., Wood, D. F., & Benson, J. A. (2011). Stability of empathy among undergraduate medical students: A longitudinal study at one UK medical school. *BMC Medical Education*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-90>
74. Reniers, R. L. E. P., Corcoran, R., Drake, R., Shryane, N. M., & Völlm, B. A. (2011). The QCAE: A Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy. *Journal of Personality Assessment*, 93(1), 84-95. <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.528484>
75. Rochat, M. J. (2022). Sex and gender differences in the development of empathy. *Journal of neuroscience research*. <https://doi.org/10.1002/jnr.25009>
76. Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death Anxiety across the Adult Years: An Examination of Age and Gender Effects. *Death Studies*, 31(6), 549–561. <https://doi.org/10.1080/07481180701356936>
77. Říčan, P. (2014). *Cesta životem: [Vývojová psychologie] : přepracované vydání*. Praha: Portál.

78. Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200–207. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>
79. Seitl, M., Charvát, M., & Juřicová, K. (2017). Česká verze škály emocionální empatie. *E-psychologie*, 11(2), 47-70.  
<https://www.pablikado.cz/dokument/nXP0o5Ogna7Cb7As>
80. Seligman, M. E. P., & Pavlíčková, I. (2015). *Opravdové štěstí: Pozitivní psychologie v praxi*. Praha: Ikar.
81. Slabá, L. (2010): *Empatie jako prediktor nevěry ve vztazích mladých dospělých*. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Mojmír Tyrлік, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/8uq089/>
82. Slaměnik, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Grada.
83. Spreng, R., N., Kinnon, C. M., Mar, R. A., & Levine, B. (2009). The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of Personality Assessment*, 91, 62–71.
84. Strauss, A. L., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Sdružení Podané ruce.
85. Svobodová, K. (2017): *Vztah empatie a syndromu vyhoření u zdravotních sester*. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Filosofická fakulta.
86. Templer, D. I., Awadalla, A., Al-Fayez, G., Frazee, J., Bassman, L., Connelly, H. J., Arikawa, H., & Abdel-Khalek, A. M. (2006). Construction of a Death Anxiety Scale–Extended. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 53(3), 209-226. <https://doi.org/10.2190/BQFP-9ULN-NULY-4JDR>
87. Thiemann, P., Quince, T., Barclay, M., Benson, J., Brimicombe, J., Wood, D., & Barclay, S. (2018). 20 Negative personal emotional impact of caring for the dying – expectations of future doctors. a multicentre study. In *Oral presentations* (pp. A8.1-A8). British Medical Journal Publishing Group.  
<https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-ASPabstracts.20>
88. Thirioux, B., Mercier, M. R., Blanke, O., & Berthoz, A. (2014). The cognitive and neural time course of empathy and sympathy: An electrical neuroimaging

- study on self–other interaction. *Neuroscience*, 267, 286-306.  
<https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2014.02.024>
89. Thorová, K. (2015). Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt. Portál.
  90. Ullmannová, D. (2019). Možné souvislosti postojů ke smrti se vztahem k práci. [Diplomová práce]. Ostravská univerzita.
  91. Ünlü, G., & Uludağ, A. (2021). The Relationship between Cognitively-Based Clinical Empathy and Attitudes toward Death and Dying in Medical Students. *Teaching and Learning in Medicine*, 33(1), 49-57.  
<https://doi.org/10.1080/10401334.2020.1794881>
  92. Vinson, A. H., & Underman, K. (2020). Clinical empathy as emotional labor in medical work. *Social Science & Medicine*, 251.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112904>
  93. Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Portál.
  94. Výsledky průzkumu Čeští medicí v (ne) pohodě. (2021). Po medině. Získáno z: <https://www.pomedine.cz/vysledky-pruzkumu/>
  95. Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(2), 314-321. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.2.314>
  96. Wollerová, N. (2020): Empatie a důležitost empatického chování u lékařů. [Diplomová práce]. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.
  97. Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile—Revised: A. Wong, W. Y. (2017). The Concept of Death and the Growth of Death Awareness Among University Students in Hong Kong. *Omega*, 74(3), 304-328. <https://doi.org/10.1177/0030222815598461>
  98. Yalom, I. D. (2006). Existenciální psychoterapie. Praha: Portál.
  99. Yurevich, A. V. (2018). Attitudes to Death As a Scientific Problem. *Herald of the Russian Academy of Sciences*, 88(1), 75–80.  
<https://doi.org/10.1134/S1019331618010124>
  100. Zadražilová, N. (2016). *Smrt a umírání z pohledu studentů psychologie a medicíny* [Diplomová práce]. Masarykova univerzita.
  101. Zacharová, E., & Šimíčková-Čížková, J. (2011). *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Grada.

102. Zášková, H., & Mlčák, Z. (2009). Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie. Triton.

# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh:**

**Příloha 1:** Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

**Příloha 2:** Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce

**Příloha 3:** Společný úvod k dotazníku

**Příloha 4:** Grafické znázornění výsledných kódů při kvalitativní části práce

# - „PŘÍLOHA 1: ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE V ČESKÉM JAZYCE“

## ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

**Název práce:** Možné souvislosti postojů ke smrti s empatií se zaměřením na populaci studentů medicíny a začínajících lékařů

**Autor práce:** Bc. Dominika Ullmannová

**Vedoucí práce:** Mgr. Klára Machů, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 111 stran, 165 032 znaků

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 102

**Abstrakt:** Tématem diplomové práce je možná souvislost postojů ke smrti s empatií u populace studentů všeobecného lékařství a začínajících lékařů. Hlavní část výzkumné práce se zaměřuje na hypotézu statisticky významné souvislosti mezi některým z postojů ke smrti podle dotazníku Death attitudes profile-Revised ((DAP-R) a některou ze škál empatie podle dotazníku Interpersonal Reactivity Index (IRI). Další části zjišťují charakteristiky výzkumného souboru v kontextu empatie a postojů ke smrti. Empatií respondentů výzkumného souboru se zabývá práce také kvalitativně při analýze odpovědí na otevřenou otázku. Data byla získávána prostřednictvím dotazníkového šetření. Výzkumný soubor tvoří 230 studentů všeobecného lékařství a začínajících lékařů. Data byla zpracovávána postupy vycházejícími z principů zakotvené teorie a statistickou analýzou. Využity byly operace jako deskriptivní statistika, korelace a regresní analýza. Výsledky ukazují zjištěnou lineární regresi mezi některými ze subškál dotazníků IRI a DAP-R. Průměrné hodnoty dosahované na subškálách jednotlivých dotazníků ukazují určité proměnlivé tendence jevů u výzkumného souboru. Kvalitativní práce s daty také ukazuje na témata jako postoje ke smrti, stres, či emoční oploštělost v kontextu empatie.

**Klíčová slova:** postoje ke smrti, empatie, studium všeobecného lékařství



# - „PŘÍLOHA 2: ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE V ANGLICKÉM JAZYCE“

## ABSTRACT OF THESIS

**Title:** The possibilities of connection between death attitudes and empathy aimed at the population of medicine students and junior doctors

**Author:** Bc. Dominika Ullmannová

**Supervisor:** Mgr. Klára Machů, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 111 pages, 165 032 characters

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 102

**Abstract:** The main topic of the thesis is the possible connection of attitudes towards death with empathy in a population of medical students and junior doctors. The aim of the research question is to know whether there is a statistically significant connection between one of the attitudes towards death according to the Death attitudes profile-Revised (DAP-R) and one of the empathy scales according to the Interpersonal Reactivity Index (IRI). The quantitative part of the theses explores the characteristics of the research group in the context of empathy and attitudes towards death. Operations such as descriptive statistics, correlation and regression analysis were used. The qualitative part of the theses presents analysis of answers to an open question. The sample is presented by 230 medicine students and junior doctors. Data are acquired via questionnaire and they are processed by the principles of the grounded theory and statistical analysis. The research shows the detected linear regression between some of the subscales of the IRI and DAP-R. The average values achieved on the subscales of individual questionnaires show certain variable tendencies of phenomena in the research group. Qualitative work with the data also points to topics such as attitudes towards death, stress, or emotional flatness in the context of empathy.

**Key words:** Death attitudes, Empathy, Medicine

# - „PŘÍLOHA 3: SPOLEČNÝ ÚVOD K DOTAZNÍKU“

## Možné souvislosti postojů ke smrti s empatií

Dobrý den,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který slouží k vypracování magisterské diplomové práce. Ve své diplomové práci se zabývám možnými souvislostmi postojů ke smrti s empatií a to především u studentů a začínajících profesionálů z oblasti medicíny. Dotazník je anonymní a Vámi uvedené informace jsou považovány za důvěrné. Chci Vás poprosit o otevřenost a využití možností doplnění otázek svým vlastním komentářem.

Budu Vám vděčná za cca 10 minut Vašeho času a vyplnění dotazníku, který se skládá ze tří částí. První část slouží ke zmapování Vaší situace a postřehů k daným tématům a další dvě části jsou tvořeny uzavřenými otázkami zaměřenými na Vaše postoje ke smrti a empatii.

Témata těchto otázek mohou vyvolat celou paletu emocí, udělejte si prosím při vyplňování pohodlí a v případě psychické nepohody si neváhejte udělat pauzu, případně vyhledat odborníka ke konzultaci.

(S vyhledáním odborníka ke konzultaci Vám může pomoci tento odkaz <https://napanikar.eu/mapa-pomoci-psychologove/> nebo můžete kontaktovat autorku dotazníku, která Vás ráda odkáže na konkrétní služby.)

Děkuji Vám předem za Váš čas a v případě jakýchkoliv dotazů se na mne neváhejte obrátit,

Bc. Dominika Ullmannová

dominika.ullmannova01@upoLcz





