

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2017**

**BC. KLÁRA HLŮŽOVÁ**

# **Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



## **Dehumanizace ve zdravotnictví – vztah lékař-pacient.**

Bc. Klára Hlůžová

Obor: psychologie

Forma studia: prezenční

Vedoucí práce: Doc. Karel Hnilica

**Praha 2017**

# **Prague College of Psychosocial Studies**



## **Dehumanization in the Health Care – Physician-Patient Relationship.**

Bc. Klára Hlůžová

Field of Study: Psychology

Form of Study: Full – time study

The Master Thesis Work Supervisor: Doc. Karel Hnilica

**Prague 2017**

## **Anotace**

Dehumanizace je akt, kdy jsou lidé vnímáni nebo je s nimi zacházeno jako by byli méně nežli lidské bytosti. Nastává, pokud jsou jedinci odepřeny vlastnosti charakteristické pro lidství. Tak dochází k degradaci dotyčného na zvíře, nebo nástroj. Důsledek je snížení empatie a morálních zábran, zvýšení agresivního chování a zacházení s dotyčným instrumentálně. Ve zdravotnictví se dehumanizace negativně projevuje na léčbě a rekonvalescenci pacienta a zároveň i na psychickém stavu lékaře.

V rámci výzkumu, kterého se zúčastnilo 64 lékařů, byl zjištěn vztah mezi lékařovým pocitem být dehumanizován a tendencí dehumanizovat pacienty. Ale zároveň se neprokázala souvislost mezi nespokojeností s pracovními podmínkami a dehumanizací.

## **Klíčová slova**

Dehumanizace, vztah lékař-pacient, zdravotnictví.

## **Abstract**

Dehumanization is an act in which people are perceived or treated as if they were less than human beings. It occurs when individuals are denied the characteristics typical for humans. This leads to degradation of a concerned human being to the level of animal or instrument. Reduction in empathy and moral inhibitions, aggravation of aggressive behavior and instrumental treatment of a given person are the consequences. In medicine, dehumanization negatively affects the treatment and convalescence of the patient, as well as the mental state of the physician.

The research, which was attended by 64 physicians, was found by the relationship between a physician's feeling to be dehumanized and tendency to dehumanize patients. However, there was no connection between dissatisfaction with working conditions and dehumanization.

## **Keywords**

Dehumanization, doctor-patient relationship, health care.

*Prohlašuji, že svou diplomovou práci na téma Dehumanizace ve zdravotnictví – vztah lékař-pacient. jsem vypracovala samostatně, pod vedením vedoucí diplomové práce a s použitím literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou všechny citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů.*

V Praze, dne 27. 7. 2017

.....

Podpis autorky

*Děkuji tímto Doc. Karlu Hnilicovi za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi pomohly tuto práci zkompletovat.*

V Praze, dne 27. 7. 2017

.....

Podpis autorky

## Obsah:

1	Úvod:.....	13
	TEORETICKÁ ČÁST .....	14
2	Vztah lékař-pacient a dehumanizace .....	14
3	Dehumanizace.....	17
3.1	Dehumanizace v české odborné literatuře .....	18
3.2	Celistvý pohled na dehumanizaci podle Nicka Haslama.....	23
3.2.1	Shrnutí kapitoly.....	26
3.3	Poslední výzkum o dehumanizaci Nicka Haslama a Michelle Stratemeyera.....	27
3.3.1	Shrnutí kapitoly.....	28
3.4	Koncepce funkčního a nefunkčního typu dehumanizace ve zdravotnictví podle Haqueze a Waytze.....	29
3.4.1	Funkční typ dehumanizace .....	30
3.4.2	Nefunkční typ dehumanizace.....	32
3.4.3	Shrnutí kapitoly.....	34
	METODOLOGICKÁ ČÁST: .....	35
4	Úvod.....	35
5	Cíl výzkumu a hypotézy: .....	36
5.1	Výzkumné otázky .....	36
5.2	Hypotézy .....	36
6	Metody .....	37
6.1	Konstrukce dotazníku .....	37
6.1.1	První část dotazníku – otázky týkající se lékaře .....	38
6.1.2	Druhá část dotazníku – kazuistiky .....	39
6.1.3	Třetí část dotazníku – postoje lékaře .....	41
6.2	Pilotní verze .....	43
6.3	Změny v dotazníku .....	44
7	Sběr dat .....	46
8	Zpracování získaných dat .....	47



9	Charakteristika výzkumného vzorku .....	47
9.1	Pohlaví respondentů .....	47
9.2	Specializace .....	48
9.3	Délka praxe .....	48
10	Výsledky .....	49
10.1	Výsledky dotazníku .....	50
10.1.1	Počet odpracovaných hodin měsíčně .....	50
10.1.2	Pocit smysluplnosti práce .....	51
10.1.3	Spokojenost s platem .....	52
10.1.4	Spokojenost s pracovními podmínkami .....	53
10.1.5	Pocit docenění – cítím se .....	54
10.1.6	Celkově jsem se sebou spokojená/ý .....	55
10.1.7	Mám k sobě kladný vztah .....	56
10.1.8	Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností .....	56
10.1.9	Chtěl/a bych si sám/a sebe víc vážit .....	56
10.1.10	Kazuistka 1 .....	58
10.1.11	Kazuistka 2 .....	59
10.1.12	Kazuistka 3 .....	60
10.1.13	Kazuistka 4 .....	61
10.1.14	Ve zdravotnictví se často cítím jen jako pacientův prostředek k znovunabytí zdraví/ zbavení se bolesti, obtíží a podobně .....	63
10.1.15	Při ošetřování pacienta mám pocit, že jsem pro něj jen jeden z „armády“ lékařů .....	63
10.1.16	Mám pocit, že čím více mám zkušeností v oboru, tím mám větší tendenci se spolehnout výhradně na svůj úsudek a méně беру na zřetel názor jiných na danou problematiku .....	64
10.1.17	Myslím si, že mě pacienti vnímají i jako člověka .....	64
10.1.18	Pacienta vnímám jako hádanku, kterou rozšifruji (diagnostika) a vyřeším (léčba) .....	65
10.1.19	Pokud mluvíte s kolegou o konkrétním pacientovi, stane se Vám, že místo jména pacienta použijete název problému, se kterým za vámi přišel? .....	66
10.1.20	V otázce léčby bych měl mít, jako lékař, právo rozhodovat za pacienta .....	66

10.1.21 Mám pocit, že jsem pro svého zaměstnavatele především nástrojem na vydělávání peněz.....	67
10.2 Shrnutí výsledků dotazníku.....	68
10.3 Výsledky výzkumu .....	71
10.3.1 Vztah mezi položkami zachycující spokojenost v práci a sebehodnocením.....	71
10.3.2 Vztah jednotlivých položek sledujících dehumanizaci .....	73
10.3.3 Vztah mezi genderem a sebehodnocením .....	75
10.3.4 Vztah mezi genderem a dehumanizací .....	76
10.3.5 Vztah mezi počtem odpracovaných hodin, spokojeností s pracovními podmínkami a mírou dehumanizovat.....	76
10.3.6 Vztah pocitu docenění a dehumanizací .....	76
10.3.7 Pocit docenění a přiřazování dehumanizačních položek jednotlivým kazuistikám.....	77
10.3.8 Pocit smysluplnosti, spokojenosti s platem a s pracovními podmínkami vs. dehumanizační položky ze třetí části dotazníku.....	77
1.1 Shrnutí výsledků výzkumu .....	78
11 Diskuse.....	80
12 Závěr .....	83
POUŽITÁ LITERATURA: .....	87
PŘÍLOHY: .....	90

## **Seznam tabulek:**

Tabulka 1 Dehumanizační a humanizační položky .....	24
Tabulka 2 Originál a překlad de/humanizačních položek.....	24
Tabulka 3 Originál a překlad de/humanizačních položek.....	24
Tabulka 4 De/humanizační položky ke kazuistikám .....	41
Tabulka 5: Pocit smysluplnosti.....	52
Tabulka 6: Spokojenost s platem.....	53
Tabulka 7: Spokojenost s pracovními podmínkami.....	53

Tabulka 8: Spokojenost s pracovními podmínkami 2.....	54
Tabulka 9: Pocit docenění.....	54
Tabulka 10: Celková spokojenost se sebou samým.....	55
Tabulka 11: Celková spokojenost se sebou samým 2.....	55
Tabulka 12: Vztah k sobě. ....	56
Tabulka 13: Myslím si, žemám řadu dobrých vlastností .....	56
Tabulka 14: Chtěla bych si sebe víc vážit.....	57
Tabulka 15: Kazuistika 1 - zastoupení jednotlivých atributů. ....	58
Tabulka 16: Kazuistika 2 - zastoupení jednotlivých atributů. ....	60
Tabulka 17: Kazuistika 3 - zastoupení jednotlivých atributů. ....	61
Tabulka 18: Kazuistika 4 - zastoupení jednotlivých atributů. ....	62
Tabulka 19: Celkové zastoupení de/humanizačních atributů v jednotlivých kazuistikách. .....	62
Tabulka 20: Pacientův prostředek.....	63
Tabulka 21: Jeden z "armády" lékařů. ....	64
Tabulka 22: Zkušenosti v oboru. ....	64
Tabulka 23: Vnímají i jako člověka.....	65
Tabulka 24: Pacient jako hádanka. ....	65
Tabulka 25: "Nálepkování".....	66
Tabulka 26: Právo rozhodovat.....	66
Tabulka 27: Právo rozhodovat 2.....	67
Tabulka 28: Nástroj na vydělávání peněz. ....	68
Tabulka 29: Gender vs. úvodní otázky. ....	76

## **Seznam grafů:**

Graf 1: Pohlaví respondentů .....	48
Graf 2: Specializace respondentů.....	48

Graf 3: Počet let praxe .....	49
Graf 4: Průměrný počet odpracovaných hodin měsíčně .....	51

# 1 Úvod:

Dehumanizace je fenomén, který si bezesporu zaslouží pozornost. Je součástí každodenního života a má negativní dopad jak na psychický stav, tak na zdraví dehumanizovaného. Odlidštění, tedy dehumanizace nastává tehdy, pokud jsou jedinci odepřeny vlastnosti charakteristické pro lidství. Tak dochází k degradaci dotyčného na zvíře, nebo nástroj. Důsledek je snížení empatie a morálních zábran, zvýšení agresivního chování a zacházení s dotyčným instrumentálně. Je snadné si uvědomit důsledky.

Pokud se dehumanizace objeví ve vztahu lékař-pacient, destruuje jej a dochází k odcizení obou účastníků komunikace. Následkem toho je narušená spolupráce pacienta, pro dobu rekonvalescence a snižuje výskyt komplikací.

Vlivem chronického onemocnění, kterým trpím v poslední době, jsem byla nucena podstoupit mnoho vyšetření. V poměrně krátké době jsem tak prošla nemalým počtem oddělení a seznámila jsem se s mnoha novými lékaři a zdravotníky. Přestože pocházím z lékařského prostředí a na většině vyšetření jsem byla na doporučení, nejednou jsem se setkala s přístupem, který bych si dovolila nazvat dehumanizující. Díky tomu, že mám skrze svou rodinu a minulé studium lékařské fakulty kladný vztah ke zdravotnictví, dokáži nahlédnout i na nesnadné postavení ošetřujících. Myslím si, že upozornění na problematiku, její zmapování, objasnění faktorů účastnících se vzniku dehumanizace a vedení diskuse na toto téma je jediným možným krokem k zlepšení stavu.

V teoretické části představím soudobé znalosti a pohled na fenomén dehumanizace v české odborné literatuře určené pro lékaře a zdravotníky. Navážu stěžejními studiemi autorů Haslama, Stratemeyera, Haqueze a Waytze. Objasním jaký je rozdíl mezi funkčním a nefunkčním typem dehumanizace.

Empirická část je postavena na vlastní konstrukci dotazníku, který je zaměřen na míru spokojenosti a dehumanizace, s cílem zmapovat tyto kategorie v českém zdravotnictví a podrobněji prozkoumat vztahy mezi nimi. Rozeberu výsledky šetření a kriticky nahlídnou na možné nedostatky nástroje, sestrojeného pro možnost odhalení a prevence dehumanizace ve zdravotnictví.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 Vztah lékař-pacient a dehumanizace

Na to, že pacient přichází do ordinace jako jedinečná osobnost se specifickým problémem v individuální životní situaci jsme schopni nahlédnout v podstatě všichni. Avšak přistupovat takto ke každému z ošetřovaných, je jak psychicky, tak časově velice náročný úkol. Nemocný přichází k lékaři s mnoha nevyřešenými předpoklady. A priori předpokládá lékařovu vysokou odbornost, taktní a ohleduplné jednání a v závažných zdravotních situacích i psychickou podporu. To jsou bezesporu velké nároky, které jsou na ošetřující kladeny ještě před prvním kontaktem.

Je nutno poukázat i na druhou stranu mince, která je stejně tak zřejmá, avšak mnohdy častěji opomíjená. Jde o lékařovo očekávání – pacientova chování, dodržování stanoveného léčebného plánu a kontrol a samozřejmě i pozitivních výsledků léčby.

Jedná se o dyadický vztah, který je ovlivňován oběma stranami, avšak většinou každý z účastníků opomíjí tu druhou. Přestože se tomuto tématu věnuje mnoho publikací určených zdravotníkům a lékařům (Mandincová, 2011; Šimek, 2015; E. Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007; J. Zacharová & Šimíčková-Čížková, 2011), denně vznikají konflikty mezi lékaři a pacienty.

Z mnoha výzkumů vyplývá, že kladný vztah k lékaři urychluje proces léčby, usnadňuje komunikaci a spolupráci, zkracuje dobu rekonvalescence a snižuje výskyt komplikací (Ayers & Visser, 2015). Důsledkem by byly nižší výdaje na léčbu a sekundárně i menší časové zatížení lékařů. Jako nejefektivnější přístup k pacientovi se pokládá partnerský, kdy zdravotník nechává ošetřovaného spolurozhodovat o průběhu léčby. Pacient se tak stává odpovědnějším, lépe dodržuje lékařovy instrukce a léčebný plán. Vše zní jednoduše a jasně, ale ve skutečnosti nastolit a udržet takový vztah je přinejmenším složitý úkol. Partnerský vztah může totiž vzniknout a prosperovat jen tehdy, pokud na obou stranách panuje důvěra a dobrá vůle. Vnitřním přáním každého ošetřovaného je mít ve svém lékaři jistotu a vstupovat do ordinace s pocitem klidu a bezpečí. Avšak díky asymetrii ve vědomostech si pacient uvědomuje svou závislou pozici, v které se cítí často zranitelný, tak dochází k tomu, že vztah k lékaři je často ambivalentní. Na jedné straně chce pacient své zdraví s důvěrou vložit do rukou

ošetřujícímu lékaři, na druhé se takové závislosti obává. To celé je umocněno v situacích, kdy je klient oslaben nemocí, potažmo zraněním natolik, že jeho racionální uvažování je omezeno nebo zcela nahrazeno afektivní složkou. Do procesu z obou stran dále vstupují předešlé zkušenosti, sympatie, psychické a sociální okolnosti, momentální životní situace aj.

V rámci diskuze o dehumanizaci je důležité si prvně uvědomit, jak složitý vztah lékař-pacient je a kolik faktorů se ho účastní. Většinou na něj totiž pohlížíme jako na něco zcela samozřejmého, avšak opak je pravdou.

Vztah lékaře a pacienta prošel za poslední desítky let velkou změnou. Dříve byl lékař spíše výsadou bohatých, dnes jeho péči využívá široká veřejnost a 24 hodinová dostupnost ošetření je chápána jako samozřejmost. Paternalistický přístup lékaře je vystřídán partnerským vztahem. To s sebou nese mnoho pozitiv ale i úskalí. Jedna z negativních stránek je významná časová náročnost, kterou si takový vztah vyžaduje (nemluvě o velkých nárocích na lékařovu potažmo zdravotnickou osobnost). V kombinaci s nedostatkem lékařů, který momentálně v českém zdravotnictví panuje, je to mnohdy neproveditelné. Pak lze nalést i skupinu pacientů, která se dobrovolně vzdává rovnocenného postavení a pro pocit jistoty potřebuje direktivní přístup. Naopak ze strany lékaře, jsou tu stále zastánci „staré školy“, kteří ještě nejsou zcela připraveni komunikovat s pacientem jako s partnerem a nechat jej se aktivně podílet na sestavení plánu budoucí léčby.

Dalším úskalím, které pramení z nového postavení pacienta (pacient-partner) a často si on sám nepřipouští, je odpovědnost za své rozhodnutí. Možnost vlastní volby sebou nese i riziko chybného kroku a s ním spojených následků. To je ovšem část, kterou pacienti neradi slyší. Navíc je sporné, zda jsou schopni správně vyhodnotit všechna rizika.

Uvědomuji si, jak důležité je, aby se pacienti podíleli na průběhu léčby, a tak se učili být zodpovědnými za své zdraví. **Cílem nastolení partnerského vztahu mezi pacientem a lékařem by tak nemělo být pomyslné rovnítko ve smyslu vědomostí a schopnosti odhadnout situaci a následky svého konání, ale rovnocennost na poli lidství.** Rovnost dvou jedinců, kteří přicházejí do kontaktu s individuálními zkušenostmi, se specifickými mechanismy zvládnání stresu a zátěže (tzv. copingovými mechanismy), se stereotypy a jinými negativně nás ovlivňujícími obrannými reakcemi, které jsou však naší neodmyslitelnou součástí. Stejně tak jako lékař není stroj, který musí zvládnout každou situaci jež nastane v ordinaci, může se splést, má právo na to být vyčerpaný, nemocný

nebo mít špatnou náladou, tak i pacient je bytost, která je plná pochybností, obav a strachu se vložit do rukou v podstatě cizí osobě, jež se bojí, oprávněně či neoprávněně, že umírá, přichází o své postavení, schopnosti a nezávislost. **Partnerský vztah mezi lékařem a pacientem by tak měl být chápán jako zapojení pacienta do procesu léčba jako aktivního jedince. Měl by vést k podpoření jeho lidských atributů. Důsledkem toho by mělo dojít ke zvýšení jeho pocitu ovlivnit celou situaci a ke změně postojů a chování vůči svému zdraví a ošetřujícímu.** Vztah lékař-pacient má oslabující nebo posilující účinek v průběhu ošetření (Raudenská & Javůrková, 2011).



### 3 Dehumanizace

Na úvod bych ráda citovala Harrise a Fiskeho: „*To vše nasvědčuje tomu, že špatné chování jako je dehumanizace není vymezeno jen pro zlé lidi. Naopak, každá lidská bytost má v mozku mechanismy, které slouží k dehumanizaci druhých. A jen sociální kontext rozhodne, zda budou či nebudou použity.* (Fiske & Harris, 2014)“

Dehumanizace je fenomén, který si bezesporu zaslouží pozornost. Jeden z hlavních důvodů je, že je součástí každodenního života a negativně ovlivňuje naše zdraví a pohodu. Dehumanizace, neboli odlidštění je akt, kdy jsou lidé vnímáni nebo je s nimi zacházeno jako by byli méně nežli lidské bytosti (Haslam, 2006). Tento fenomén je sledován zhruba od 70. let 20. století. Starší studie a teorie se zabývaly především dehumanizací během válek. Poslední výzkumy se soustředí na jednu z forem dehumanizace – infrahumanizaci. Ve vztahu k vlastní skupině (**ingroup**<sup>1</sup>) jsou cizí skupině (**outgroup**<sup>2</sup>) odepřeny jedinečně lidské emoce. Zajímavé je, že tento efekt se objeví i při absenci meziskupinového konfliktu (Leyens et al., 2000) (pozn. autora: není zapotřebí válečného konfliktu abychom si prostřednictvím “my” a “oni” ospravedlňovali naše agresivní chování). Rozeznávání jedinců na ingroup a outgroup je patrné již u malých dětí a vnáší mezi jedince tendenci k dehumanizaci. Prvně na tuto problematiku upozornila Jane Elliot v 60. letech minulého století, svou demonstrací ukázala, jak jednoduché je ovlivnit již malé děti (7 let) v nahlížení na vrstevníky. Rozdělila spolužáky do dvou skupin, z níž jedna byla označena za tu lepší na podkladě předem daného jevu, kterým se navzájem odlišovali (v jejím případě šlo o barvu očí). Diskriminace, která byla takto nastolena, se začala projevovat po pouhých pár minutách a rychle nabírala na tvrdosti v oblasti vzájemného chování „lepší“ skupiny vůči té „horší“ (Whitbourne, 2010).

---

<sup>1</sup> Skupina lidí s níž se jedinec psychicky identifikuje, přisuzuje jí stejné vlastnosti jako sobě. Cítí k ní afinitu a chce či je jejím členem.

<sup>2</sup> Skupina lidí, od níž se jedinec chce vymezit. Není s ní identifikovaný.

### 3.1 Dehumanizace v české odborné literatuře

V české lékařské literatuře je dehumanizace pojímána ze dvou úhlů pohledů. Zaprvé jako **dehumanizace medicíny**, tedy jako o vniknutí zdravotnické technologie do komunikace lékař/zdravotník – pacient, čímž dojde k narušení tohoto vztahu, tomu se hlouběji věnuje zejména Šimek (2002, 2015). Zadruhé jako **dehumanizace v medicíně**, tedy fenomén odlidštění, na jehož vzniku se podílí mnoho faktorů a mající v medicíně i své praktické využití a nezastupitelné místo (nejobšírněji pojednává Smetáčková et al. In: Ptáček & Bartůněk, 2014). Články o dehumanizaci však nelze takto striktně rozdělit, jelikož se setkáváme se záměnou pojmů. Tedy, není žádný konsensus, který by udával používání těchto pojmů tak jak jsem výše uvedla, je to spíše můj pocit z mluvnické danosti.

Šimek ve výše citované knize píše: „*Dehumanizace medicíny je dnes již zavedený pojem a představuje jeden z prvních negativních důsledků rozvoje technologické medicíny* (2015, pp 106).“ Při tomto tvrzení se opírá o výzkum Hacque a Waytze z roku 2012. Autor se soustředí na negativní stránku, kterou sebou přináší rozvoj vyšetřovacích a diagnostických metod a farmakoterapie. Paradoxně může negativně vstoupit do vztahu lékař-pacient a destruovat jej. Pacient očekává od lékaře lidský přístup (zejména vyslechnutí), který ovšem za současného stavu vědění a technologií není dle Šimka zapotřebí. „*Lékaři jsou schopni vyléčit mnoho akutních nemocí, i když abstrahují od psychických a sociálních stránek člověka* (tamtéž, pp 107).“ Tedy autor si myslí, že za současného stavu vyšetřovacích metod a technologií, už přestává být nezbytné být s pacientem v úzkém kontaktu. Zjednodušeně řečeno: Stačí odebrat potřebné tělní tekutiny nebo tkáně a zhotovit nezbytná vyšetření, která obstarají zejména přístroje (srovnej s názory jiných autorů níže).

Šimek dále upozorňuje na velký tlak, který je v dnešní době na lékaře vyvíjen. Je obsažen zejména v neuchopitelném množství vědomostí, s kterými dnešní lékař musí disponovat, dále v nezbytné schopnosti využívat a ovládat moderní medicínskou technologii a samozřejmě i ve specifických dovednostech, jimiž musí dnešní lékař vládnout. Autor tak vidí redukcionismus pacienta na pouhé orgány jako obranný mechanismus lékaře, jehož mentální a psychická kapacita je vlivem dříve jmenovaného již dávno vyčerpaná (Šimek, 2015). Mám pocit, že jak autor s pojmem dehumanizace

zachází, postihuje jen specifickou částí tohoto fenoménu. Tedy pouze dopad masivního využívání moderní technologie při diagnostice na vztah mezi lékařem a pacientem.

Ráda bych upozornila na možnost desinterpretace práce Hacqueze a Waytze, která může vzniknout milným výkladem autora tvrzení: „*Dehumanizace medicíny ... představuje jeden z prvních negativních důsledků rozvoje technologické medicíny.*“ a je podložen právě výše citovanou prací. Ta se podle mého názoru naopak snaží poukázat na pestrost faktorů účastnících se dehumanizace. Pokud k problematice budeme přistupovat jen z jednoho úhlu pohledu, nepostihneme-li jí alespoň v obrysech v její celistvosti, nejsme schopni s dehumanizací nakládat správně. Tedy snažit se potlačit její negativní dopad, a naopak využívat její pozitiva, tedy kultivovat jí natolik aby sloužila ve prospěch jak pacientovi, tak i lékaři (více dále).

Šimkův pohled na problematiku bych ráda srovnala s názorem autorů Čevela, Kalvach a Čeledová (2012) a Bartůněk (In:Ptáček & Bartůněk, 2015), kteří upozorňují na potřebu vnímat pacienta jako holistickou bytost, která je součástí svého socio-ekonomicko-kulturního prostředí, se svými specifickými potřebami a individuálním hodnotovým systémem. Autoři si uvědomují nutnost uvažovat o pacientu v tomto kontinuu Jsem v souladu s touto koncepcí a považuji ji za jedinou úspěšnou při získávání pacienta pro léčbu. Bartůněk polemizuje nad často se objevující tendencí připisovat technizaci medicíny hlavní příčinu výskytu dehumanizace: „*Obvykle se zdůrazňuje, že zásadní příčinou dehumanizace medicíny je její technizace. Ale je tomu tak skutečně? Nemyslím si to.* (Ptáček & Bartůněk, 2015)“. Odpověď na otázku, které faktory zde tedy hrají hlavní roli, se však nalézá pouze v o rok starší publikaci (Ptáček & Bartůněk, 2014). Na rozdíl od Šimka (2015) zdůrazňuje platnost citátu prof. Tomayera: „*Dobře poslouchej svého nemocného, říká ti totiž diagnózu!*“ „... *platí doposud a často ušetří nemocného diagnostických postupů*<sup>3</sup> (Bartůněk In: Ptáček & Bartůněk, 2015). Bartůněk se dehumanizací hlouběji zabývá ve své knize Etické problémy medicíny na prahu 21. století (viz níže). Potřebu utvrzování lidských atributů, a naopak dopad dehumanizace na proces léčby můžeme najít již ve starších publikacích. Wilmer ve svém článku *The doctor-patient relationship and the issues of pity, sympathy and empathy* z roku 1968 velice

---

<sup>3</sup> Srovnej s Šimkem: „*Poslouchej pacienta opatrně, může tě svést na scestí.*(Šimek, 2015)“)

hezky: „*Lékaři ... mají tendenci zvažovat chování svých pacientů, jako by nemělo nic společného s vlastním chováním... Nicméně, destruktivní a agresivní chování může také mít svůj původ ve vztahu lékař - pacient... Cesta (pozn. autora: rozuměje k dobrému vztahu lékaře s pacientem) nespočívá v četnější vnější kontrole, ale v kultivaci lékařova porozumění pacientovi, aby tak byla umožněna vnitřní kontrola pacienta. Porozumění zahrnuje cnosti jako je soucit, sympatie a empatie. Zahrnuje také pevnost, důvěru, upřímnost a skutečnou péči o pacienty jako o lidi. Upřímnost, sebeovládání a pochopení sebe sama jsou zásadní.* (Wilmer, 1968)“

Andršová stejně jako Šimek vyzdvihuje aspekt technizace zdravotnictví jako hlavní příčinu dehumanizace medicíny. Nárůst využívání technických přístrojů ve zdravotnictví, se dle autorky „vkrádá“ do vztahu ošetřující – ošetřovaný. Autorka však ve své publikaci lidský kontakt vyzdvihuje a pokládá ho jako jeden z léčebných momentů (Andršová, 2012).

Další autoři si všímají problematiky ve vztahu k syndromu vyhoření. Jedni ho považují za následek burnout syndromu (Bartošíková, 2006; Matoušková, 2013), jiní jako jeho ochranu před ním (Ptáček & Bartůněk, 2014; Raudenská & Javůrková, 2011).

Dostálová se zmiňuje o dehumanizaci pouze okrajově přesto, dle mého názoru, byla schopná problematiku vystihnout. Dehumanizace pro ni představuje nedostatečné vědomí lidských atributů ostatních lidí a nedostatek lidskosti v interakci (Dostálová, 2016).

Samozřejmě, že se o této problematice zmiňují i jiní autoři, avšak pouze okrajově, v několika větách a v podstatě opisují již výše zmíněné jen jinými slovy.

Publikace, která v soudobé české odborné literatuře nejobširněji pojednává o dehumanizaci je již výše zmiňovaná kniha *Etické problémy medicíny na prahu 21. století* (Ptáček & Bartůněk, 2014). Hlavní pozornost tématu věnuje kapitola *Dehumanizace v medicíně: rizika a přínosy* autorů Smetáčková, Barakzihyová, Francová a Hnilica. Avšak zajímavé informace se můžeme dočíst i v předcházejících kapitolách, které se zaměřují na empatii. Není překvapením, že mezi dehumanizací a ztrátou empatie nacházíme korelaci (Haslam, 2006). Proto mnohé faktory, jež se podílejí na ztrátě empatie hrají roli i v pravděpodobnosti výskytu dehumanizace.

Autoři Hnilica a Francová upozorňují na studie, které uvádějí signifikantní úbytek empatie u studentů 3. ročníku medicíny, tedy těch, kteří již přišli do kontaktu s pacienty.

Nutné podotknout, že velkou měrou se zde účastní **vliv učitelů a kolegů na pracovišti**. Další zajímavostí je odlišnost výsledků u východoasijských studentů, kterým míra empatie (stejně jako o u předchozích výzkumů měřeno pomocí škály JSPE-S<sup>4</sup>) během studia stoupá (Ptáček & Bartůněk, 2014). Signifikantně odlišné interkulturní výsledky poukazují na nutnost pozastavit se nad vedením studentů medicíny v západních zemí. Harris (2012) velice výstižně píše, že lidé se navzájem ovlivňují v tom, jak přemýšlejí, jaké mají pocity, názory a postoje. Učí se od sebe skrze zprostředkované zkušenosti a sdílené kulturní normy, hodnoty a znalosti jak formální cestou přes instituce, tak i neformálně. Proto **sociální kontext ovlivňuje, jak lidé nahlíží na druhé, včetně toho, jestli si „ti druzí“ zaslouží být vnímáni jako lidé**. To určuje, zda daná osoba smýšlení o druhém člověku jako o myslící osobě (mind), což je totiž podstatné pro aktivaci mozkový procesů zapojených do vnímání osoby. Procesy jsou následně nezbytné pro schopnost empatie a ochrany druhých. Dále dává do souvislosti dva jasné, avšak si navzájem odporující fakty, jejich konflikt vidí autor jako jednu z hlavních příčin náročnosti lékařského (potažmo zdravotnického) povolání: zaprvé nutnost být soucitný, empatický a starostlivý a zadruhé mít pod kontrolou přirozeně lidskou emocionální odezvu na utrpení druhého člověka. Harris vidí zvládnutí tohoto konfliktu jako výsledek letitého tréninku a úspěšné strategické práce na percepci dehumanizace (nebojí se poukázat na vliv lékařských fakultách – to je obvykle dáno prostřednictvím „skrytého kurikula“ - souboru postupů, které jim usnadňují otupit emocionální odezvu na krev a utrpení).

Jako jeden z možných návrhů řešení této problematiky vidí Harris v možnosti **školit lékaře, jež přicházejí do úzkého kontaktu s pacientem ve zvýšení míry empatie a soucitu**, což by podle něj pomohlo ke zlepšení vztahu lékař pacient a následkem čehož i ke zlepšení určení diagnózy. Naproti tomu personál, zaměřující se na práci se speciálními vyšetřovacími medicínskými přístroji by tento kurz mít nemusel. Tak vidí autoři možnost snížení nákladů v souvislosti s diagnostikou, léčbou a výdaji vznikajícími při soudním vyrovnání při lékařském pochybení (Harris & Fiske, 2006). Ráda bych na to reagovala studií, kterou uvádějí Haque a Waytz (2014). Ta zkoumala účinky přidání

---

<sup>4</sup> Jeffersonova škála lékařské empatie – verze pro studenty - navržena k měření empatie u studentů medicíny.

pacientovy fotografie na desky radiologických CT skenů. Radiologové, kteří hodntili skeny s tvářemi pacientů dávali přesnější diagnózu a napomohly lepšímu „outcome“<sup>5</sup> pacienta. Díky tomuto jednoduchému zásahu tak radiologové psali delší a podrobnější zprávy a vyjádřili více empatie vůči pacientovi (Turner & Hadas-Halpern, 2008). Tyto výsledky naznačují další možné zefektivnění péče o pacienta skrze snížení dehumanizace u lékařů a zdravotníků (např. radiologů, patologů, zdravotnických techniků), kteří nejsou ve styku s pacientem přímo a trvale.

Jako jedním z možných řešeních by mohl být i návrh, který jsem uvedla ve své bakalářské práci: *Zdroje psychické zátěže v práci dentální hygienistky: možnosti prevence*. Tedy **zařazení Balintovských skupin do studijního plánu**, a to v době, kdy ošetřující začínají přicházet do kontaktu s klientem (Hlůžová, 2014).

Za pozornost také stojí poznatky, že lékaři v porovnání s „nelékaři“ nedosahují nižšího skóre v dispoziční empatii, ale při vykonávání bolestivých odborných zákroků dochází nejspíš ke spuštění procesů, jež vedou k vyblokování empatické reakce. Což je však nezbytné pro kvalitní ošetření pacienta (Ptáček & Bartůněk, 2014).

Dehumanizace nemá vliv jen na aktéry samotné, ale na celou společnost. Jedinci, jenž byli vystaveni dehumanizaci ve zdravotnictví vykazují nižší klinickou účinnost léčby a pokles angažovanosti a loajalita vůči lékaři je menší. Následkem toho dochází k nedodržování léčebných postupů (Ptáček & Bartůněk, 2014). Dochází tak k zatížení zdravotnického systému, to jak po ekonomické stránce (prodloužení hospitalizace, další náklady na následnou léčbu, neschopnost pacientů vykonávat svou práci a pobírání nemocenské), tak po časové (lékařů na počet pacientů v České republice z rozličných důvodů ubývá, čas určený na ošetření se následkem toho zkracuje). Celá léčba se prodlužuje, při nedoléčení dochází k remisím či zhoršení stavu pacienta. Lékaři stejně jako pacienti jsou celou situací frustrováni.

---

<sup>5</sup> Outcome je termín, který nemá ekvivalent v české terminologii, používá se zejména v anglicky mluvících zemích. Je to výsledný stav pacienta při opuštění nemocnice.

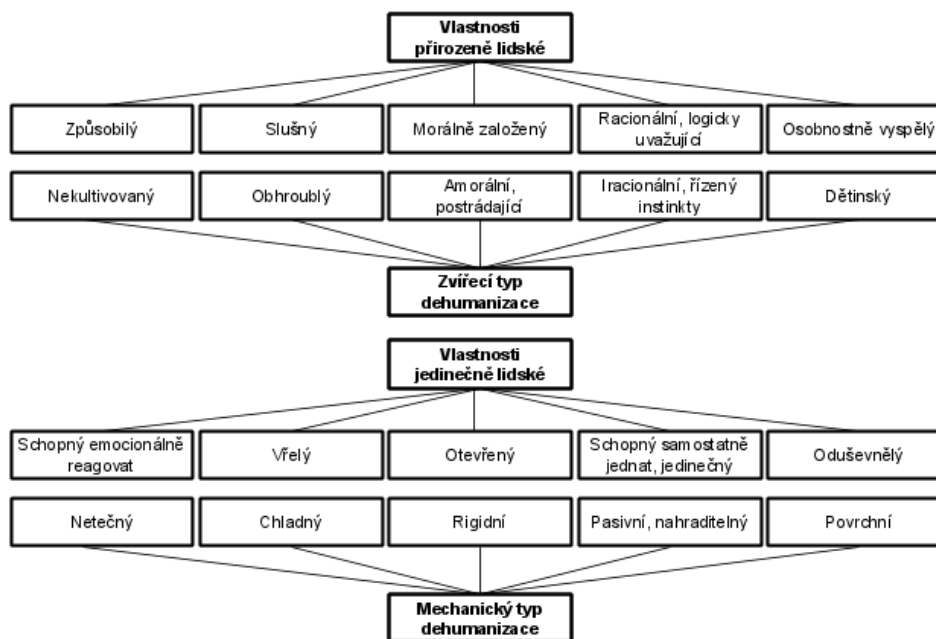
### 3.2 Celistvý pohled na dehumanizaci podle Nicka Haslama

Jednou z klíčových prací zabývajících se dehumanizací je studie Nicka Haslama: *Dehumanization: An Integrative Review* z roku 2006. Mimo jiné je zde dehumanizace rozdělena na zvířecí a mechanistickou.

Při svém pojetí dehumanizace vychází Haslam z konceptu lidství (humanness), které lze vyjádřit jako **něco typické pro člověka, čím se vyznačuje a odlišuje od ostatních druhů jakožto Homo Sapiens**. Jde o charakteristiky, jež jsou **výhradně** nebo **jedinečně lidské (uniquely human, dále jako UH)**, to znamená, že se nevyskytují u jiných druhů. Dále odlišuje vlastnosti, které jsou **aspektem lidské přirozenosti (human nature, dále také HN)** odlišující nás o od jiných druhů. Věří, že **UH jsou získané** a jejich **výskyt mezi lidmi kolísá**. Dalo by se o nich říct, že jsou **kulturně podmíněné**. Naproti tomu **HN jsou považovány za vrozené**.

K odlidštění, tedy **dehumanizaci** dochází podle autora tehdy, pokud vlastnosti **charakteristické pro lidství (UH a HN) jsou jedincovy odepřeny**. Uvažuje, že pokud se dá lidství chápat dvěma různými smyly, pak by se měly **vyskytovat i dva rozličné typy dehumanizace**.

V následující tabulce (převzatá z Haslam, 2006) jsou charakteristické vlastnosti pro UH vs. zvířecí typ dehumanizace, HN vs. mechanistický typ dehumanizace. Toto rozdělení je dost podstatné, jelikož z něj vycházím při sestavování dotazníku. Níže v tabulkách uvádím, jak jsem termíny přeložila do češtiny, a tak i použila ve svém dotazníku.



Tabulka 1 Dehumanizační a humanizační položky

Human nature	Vlastnosti přirozeně lidské (vrozené)	Mechanistic dehumanization	Mechanický typ dehumanizace
Emotional responsiveness	Schopný emocionálně reagovat	Inertness	Netečný
Interpersonal warmth	Vřelý	Coldness	Chladný
Cognitive openness	Otevřený	Rigidity	Rigidní
Agency, individuality	Schopný samostatně jednat, jedinečný	Passivity, fungibility	Pasivní, nahraditelný
Depth	Oduševnělý	Superficiality	Povrchní

Tabulka 2 Originál a překlad de/humanizačních položek

Uniquely human	Vlastnosti jedinečně lidské	Animalistic dehumanization	Zvířecí typ dehumanizace
Civility	Způsobivý	Lack of culture	Nekultivovaný
Refinement	Slušný	Coarseness	Obhroublý
Moral sensibility	Morálně založený	Amorality, lack of self-restraint	Amorální, postrádající
Rationality, logic	Racionální, logicky uvažující	Irrationality, instinct	Iracionální, řízený instinkty
Maturity	Osobnostně vyspělý	Childlikeness	Dětský

Tabulka 3 Originál a překlad de/humanizačních položek

Jak autor uvádí: Pokud jsou jedinci **odepřeny vlastnosti jedinečně lidské (uniquely human)** měl by být v zásadě **vnímán jako postrádající ušlechtilost, zdvořilost, morální citění a vyšší poznání** (higher cognition). Osoby by proto měly být chápány jako hrubé, nekulturní, postrádající sebeovládání a neinteligentní. Jejich chování



by mělo být považováno za méně kognitivně ovlivněné než u ostatních, a tak více řízené motivy, chutí k jídlu, a instinkty. Odmítnutí charakteristiky UH může být spojeno s pohledem na dotyčné jako na chovajícího se dětinsky, nevyzrálého, nebo opožděného. Další charakteristiky na tomto principu přiřazené jsou nemorálnost či amorálnost (tj. náchylnost k porušování nebo zcela chybění morálního kodexu). Pokud nejsou u jedince vnímány charakteristiky právě odlišující člověka od zvířete, měl by být implicitně nebo explicitně viděn jako **zvířeti podobný**. Jedná se zde pak o **zvířecí typ dehumanizace (animalistic dehumanization)**.

Pokud jsou jedinci **odepřeny vlastnosti**, jež jsou aspektem **lidské přirozenosti (human nature)**, měl by být vnímán jako postrádající emocionalitu, vřelost, kognitivní otevřenost, individuální agendu, a protože je HN esenciální, tak i hloubku. Pokud je člověk vnímán jako bez emocí a nesrdečný jsou mu připisovány charakteristiky jako netečný a chladný. Ti, jimž je upřena kognitivní otevřenost (např. zvědavost, flexibilita) budou považováni za rigidní. Upřením individuální agendy jim je přisána zaměnitelnost a pasivita. Důsledkem odepření člověku hloubky, můžou mu být přisuzovány relativně povrchními atributy. Tato kombinace připsaných vlastností (netečnost, chlad, rigidita, zastupitelnosti a nedostatek agendy), představuje **pohled na druhé jako na podobného objektům nebo strojům** (automata). Tato forma odlidštění proto může být pojmenována jako **mechanistická**.

Zvířecí forma odlidštění spočívá na přímém kontrastu mezi lidmi a zvířaty, ale v mechanistické formě, i když příslušný smysl lidství (HN) je neporovnatelný, lidé mohou být srovnáváni se stroji. **Společné, typický, nebo také jádrové vlastnosti lidství jsou právě ty, které nás odlišit od strojů.**

Autor dále uvádí, že k dehumanizaci může dojít stejně jak v mezilidských (self-other) tak v meziskupinových (ingroup-outgroup) srovnáních. Lidé mohou být dehumanizováni nikoli jako zástupci sociální skupiny, ale jako jednotlivci nebo **členové "ti jiní", od kterých se ostatní chtějí odlišit**. V oblasti, které věnujeme pozornost je právě nemocný, či nemohoucí ten, který je jiný a od něhož máme tendenci se odlišit či distancovat.

Další pro tuto práci neopomenutelný poznatek je, že jsou-li lidé **chápáni jako objekt, nebo artefakt**, tedy pokud je o nich **smýšleno jako o těch, kteří nemají emoce ani práva, protože nemají mysl (mind)**, pak je jednoduché s nimi zacházet **instrumentálně**.

Na závěr autor shrnuje pojem animalistická a mechanistická dehumanizace a snaží se mezi nimi odlišit. **Animalistický typ dehumanizace** je často doprovázen pocity opovržení a znechucení a tendencí **vysvětlovat si chování ostatních jako důsledek jejich tužeb a přání**, spíše než kognitivních stavů (cognitive states). V kontrastu toho **mechanistická dehumanizace** zahrnuje zacházení s lidmi, vůči nimž se člověk cítí psychicky a sociálně vzdálený, jako s pouhými objekty (objectifying) a dochází k odepření jim esenciálních lidských vlastností. To je často doprovázeno **lhostejností, nedostatkem empatie, abstraktní a deindividualizovaným pohledem** na ně, a tendencí **vysvětlovat si chování druhého jako příčinou podmíněné, tedy neúmyslné**.

### 3.2.1 Shrnutí kapitoly

Haslam při svém pojetí dehumanizace vychází z konceptu lidství, které lze vyjádřit jako něco typické pro člověka, čím se vyznačuje a odlišuje od ostatních druhů. Jde o charakteristiky, jež jsou výhradně nebo jedinečně lidské (uniquely human, dále jako UH), to znamená, že se nevyskytují u jiných druhů. Dále odlišuje vlastnosti, které jsou aspektem lidské přirozenosti (human nature, dále také HN) odlišující nás o od jiných druhů. K odlidštění dochází tehdy, pokud vlastnosti charakteristické pro lidství jsou jedincovy odepřeny. Jestliže se dá lidství chápat dvěma různými smyly, pak by se měly vyskytovat i dva rozličné druhy dehumanizace. Tedy mechanický a zvířecí typ.

Animalistický typ dehumanizace je často doprovázen pocity opovržení a znechucení a tendencí vysvětlovat si chování ostatních jako důsledek jejich tužeb a přání, spíše než kognitivních stavů. V kontrastu toho mechanistická dehumanizace zahrnuje zacházení s lidmi, vůči nimž se člověk cítí psychicky a sociálně vzdálený, jako s pouhými objekty a dochází k odepření jim esenciálních lidských vlastností. To je často doprovázeno lhostejností, nedostatkem empatie, abstraktní a deindividualizovaným pohledem na ně, a tendencí vysvětlovat si jejich chování jako příčinou podmíněné, tedy neúmyslné.

### 3.3 Poslední výzkum o dehumanizaci Nicka Haslama a Michelle Stratemeyera

V práci *Recent research on dehumanization* z roku 2016 upozorňuje Haslam a Stratemeyer na fakt, že **lidé, kteří nemají moc**, mají sklon se **považovat jako za méně lidské**, zejména v NH vlastnostech jako vřelý a otevřený, a také **věří, že je tak vnímají i druzí**. Síla těchto meta-percepcí vytváří podmínky pro oboustrannou dehumanizaci. **Ukazuje se, že lidé kteří věří, že je druzí dehumanizují, jako odpověď na to začnou dehumanizovat ostatní (outgroup)**. Meta-dehumanizace (pozn. autora: tedy fiktivní dehumanizace vzniklá na podkladě představ postiženého o tom, že je dehumanizován druhými) **podněcuje agresi zaměřenou na outgroup** a je tak nezávislá na „meta-předsudcích“ (tj. na víře, že je dotyčného skupina neoblíbená).

Dojem, že druzí mají primárně instrumentální funkci má podobný efekt. Z výzkumu vyplývá, že **pacienti nahlížející na lékaře (čistě funkčně) jako na nástroj k znovunabytí zdraví, jej vlivem toho vnímají jako bez emocí**.

Také bylo zjištěno, že lidé mechanicky dehumanizují jedince jenž považují za stejné, rovné (peer), pokud jej vidí jako možný nástroj pro dosažení jejich osobního cíle. Takže pokud někoho vnímáte jako nezbytného pro dosažení svého cíle, zdá se, že to snižuje vaše uvědomování si dotyčného jako jedince se zážitky a emocemi (což jsou jedny ze základních atributů lidství).

Autor dále uvádí, že v situaci, kdy **pomoc druhému vyhodnotíme jako emocionálně vyčerpávající** může jako obranný faktor dojít k dehumanizaci dotyčného. To se u pomáhajících profesí může stát velice jednoduše, zejména pokud si uvědomíme, jaký tlak je na ně vyvinut formou časového stresu (vzniklý zejména jejich nedostatečným počtem), dále stále se zvyšující agresi klientů, pocitem nedostatečného ohodnocení aj.

Haslam dále upozorňuje na doposud opomíjený faktor hrající důležitou roli ve vzniku dehumanizace. V dřívějších pracích bylo deklarováno, že dehumanizace může být motivována nejen snahou o snížení pocitů viny nebo možností použít agresi. Nově se však ukazuje také jako nástroj, mající funkci ochrany před **citovým „vyždímáním“ lidmi, kteří se nám jeví jako „břímě“**. Myslím si, že zde může hrát roli individuální vyhodnocení určitých hendikepů právě tímto směrem.

Dehumanizace má také **vliv na účinek pomáhání a ochranu před násilím, stejně tak před ubližováním** jako takovým. Její vliv je po staletí deklarován dějinami (kamenování věřících, upalování čarodějnic, plynování lidí...). Ve zdravotnictví tak vlivem kolektivní dehumanizace určitých skupin pacientů (senioři, mentálně retardovaní, psychicky nemocní...) může dojít k necitlivému zacházení s nimi a beztrestnému přehlížení.

Autor se mimo jiné zabývá i efektem dehumanizace na léčbu duševně nemocných. Uvádí, že **připisování lidství duševně nemocným je spojeno s jejich zvýšenou ochotou vyhledávat léčbu jejich duševní poruchy a naopak**. Humanizace duševně nemocných vede k soucitné odezvě, která snižuje lidskou touhu udržet si odstup od této stigmatizované skupiny. Zde se proto jeví nanejvýš důležité odstoupit od užívání pojmenování pacienta jako např. schizofrenika, namísto pacienta trpícího schizofrenií. Bohužel, ač to je obecně známo, pro „časovou úsporu“ je takovéto označování („nálepkování“, ang. labelling) pacientů poměrně běžným jevem, a to nejen ve zdravotnictví. Myslím si, že hlavním důvodem je neuvědomování si dopadu na následné chování a prožívání vůči stigmatizovanému.

### 3.3.1 Shrnutí kapitoly

Ve studii autoři upozorňují na několik faktorů účastnících se na vzniku dehumanizace nezbytných pro prevenci dehumanizace ve zdravotnictví:

1. Víra v to, že mě druzí dehumanizují (fiktivní dehumanizace) podněcuje agresi dotyčného zaměřenou proti domnělému aktérovi dehumanizace (tedy proti tomu, koho vnímá jako „dehumanizátora“).

2) Pokud vyhodnotíme pomoc druhému nad naše síly, následkem toho dojde k dehumanizaci jako obraného mechanismu před vyčerpáním a syndromem vyhoření.

3) Připisování lidství duševně nemocným je spojeno s jejich zvýšenou ochotou vyhledávat léčbu jejich duševní poruchy a naopak.

### 3.4 Koncepce funkčního a nefunkčního typu dehumanizace ve zdravotnictví podle Haqueze a Waytze

Dehumanizace ve zdravotnictví je velice specifická problematika. U personálu, který má pomáhat lidem k návratu zdraví, nebo snižovat následky nemocí a úrazů se předpokládá, že by fenomén dehumanizace neměl být přítomný. Avšak určitý typ dehumanizace ve zdravotnictví má výsadní a nezastupitelné místo a je žádoucí. Tak se přesouvám ke konceptu dehumanizace dle Haqueze a Waytze (2012). Ve své studii *Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions* zdůrazňují, že v medicíně můžeme **rozlišovat funkční a nefunkční typ dehumanizace**.

Díky funkčnímu typu dehumanizace je lékař schopný uvolnit kognitivní kapacitu pro odvedení co možná nejlepšího lékařského výkonu, vyvázat se z pocitů viny, aby byl schopný ošetřovat pacienty přesto, že si velice dobře uvědomuje, že jim jeho zákrok způsobuje bolest. Je schopný snášet všechny emoce pacientů, aniž by se pod váhou toho psychicky složil.

Vykonávat lékařské povolání je velice namáhavé, a to po mnoha stránkách. Je nutné si uvědomit, že díky dehumanizaci jsou lékaři schopni dělat svou práci dobře, ale... **Ale je nezbytné odlišit dehumanizaci, která je ku prospěchu pacienta a tu ničivou, způsobující újmy.** Újmu jednak fyzickou (například při použití nepřiměřené síly a razance během ošetření) a i psychickou při jednání s pacientem jako s někým kdo je v očích ošetřujícího jen položka. Takový typ dehumanizace nemá mít své místo nejen v medicíně, ale i v celé společnosti.

Ve svém šetření jsem se zabývala nefunkčním typem dehumanizace, jelikož ten by se ve zdravotnictví neměl vyskytovat. Proto se i zde budu věnovat především tomuto typu. Funkčnímu typu je však nutno také věnovat pozornost a porozumět mu, znát jeho omezení. Velice lehce se může dostat za pomyslnou hranici užitečnosti, a tak se stát nefunkčním.

Začátek studie se věnuje možným příčinám výskytu dehumanizace ve zdravotnictví. Autoři se odvrací od hledání viny u jednotlivců a upozorňují na potřebu zabývat se fenoménem jako výsledkem strukturálních a organizačních vlastností nemocničního života. Toto tvrzení můžeme podpořit i dříve citovanou studií poukazující

na rozdíl v míře empatie u studentů medicíny v Evropě a Východní Asii (Hojat et al., 2009; Hong et al., 2012).

Dehumanizace v medicíně nemusí být ze strany poskytovatelů péče nutně úmyslná. Spíše se tak děje nevědomě a neúmyslně jako vedlejší produkt: Zaprvé jako **výsledek obecných a jinak účinných medicínských postupů a institucionálních podmínek**, které vytváří dehumanizaci pacientů. A za druhé jako **naučený typ komunikace, který má zefektivnit práci** v nemocnici.

Jako zásadní pro vznik dehumanizace vidí autoři upření svérázné lidské mysli (mind) jiné osobě. Lidé typicky přemýšlejí o **mysli ve dvou dimenzích**: jako o **zkušenosti – zážitku** (schopnost cítit potěšení a bolest) a **schopnosti agendy** (agency) (tedy schopnost aktivně plánovat, jednat a rozhodovat se) – zde se autoři opírají o práci Nicka Haslama (2006), kterou jsem výše uvedla.

Haqueze a Waytz dále citují studii Harrise a Fiskeho (2006) zabývající se dehumanizací z pohledu neurovědy. Při dehumanizaci totiž dochází k **odpojení medio-prefrontálního kortexu (MPFC)**, což je oblast, která se výrazně **podílí na mentalizaci<sup>6</sup> při posuzování druhé osoby**.

Jak jsem dříve již předestřela podle Haque a Waytze můžeme v medicíně rozlišit dehumanizaci nefunkčního typu jako jsou deindividualizační praktiky, zeslabení pacientovy schopnosti konat a nerovnost pozic. A funkčního typu, tedy mechanizaci, redukci empatie a morální vyvázání se.

### 3.4.1 Funkční typ dehumanizace

Funkční typ dehumanizace umožňuje ošetřujícímu personálu vykonávat svou práci, aniž by se zhroutili z toho, že tím způsobují druhému bolest. Je to ochranný faktor pro obě strany. Lékař, potažmo jiný zdravotnický personál, se tak chrání před vyčerpáním a pacient je zas ochráněn před prodlevami a prostoji během ošetření. Ty by bez pochyb nastaly, kdyby si ošetřující připustil všechny pocity a emoce které pacient může mít během ošetření. Avšak na rozdíl od nefunkčního typu by zde nemělo docházet

---

<sup>6</sup> Mentalizace je název schopnosti správně přiřazovat duševní stavy (myšlenky, pocity, přesvědčení, touhy, přání, cíle a podobně) sobě a ostatním. Pomáhá nám pochopit chování lidí okolo sebe a zároveň aby porozumtl svým vlastním prožitkům(Kuchař, 2016).

k používání nadměrné síly, necitlivému přístupu a prodlužování utrpení pacienta. **Přestože lékař, například ve chvíli operace, zcela neprožívá všechny emoce a pocity s operovaným, stále si je vědom toho, že na operačním stole leží člověk.**

#### **3.4.1.1 Mechanizace**

Je typ funkční dehumanizace, kdy lékař **přemýšlí o pacientovy jako o mechanickém systému, složeného z navzájem spolupracující částí**. Lékař však pak může k pacientovi **přístupovat jako k objektu**, spíš než jako k osobnosti s jedinečnými zkušenostmi. (Poznámka autora: A tak dochází k redukci pacienta a vytrácí se holistický pohled, tedy člověka se všemi komponentami, které jsou jeho součástí a navzájem se ovlivňují – člověk jako bio-psycho-socio-spirituální bytost). V podstatě jde o **zpředmětnění (objectification) člověka**. V tom se ale skrývá i to, že **druhé vidíme jako neschopné emocionální reaktivity nebo mezilidské vřelosti**. To může být užitečné při diagnostikování a lokalizaci patologie. Jako důsledek však ošetřující mohou **o pacientech mluvit v deperzonalizovaných termínech, používat akronymy, či části těla, jenž byly operované/ošetřované, nebo jména nemocí** kterými dotýčný trpí.

#### **3.4.1.2 Redukce empatie**

Výzkumy, které byly v této oblasti podniknuty jsou zejména z laboratoří psychoneurologů. Ty se snažili postihnou rozdíl mezi lékaři a nelékaři v prožívání bolesti druhého. Výsledkem toho bylo, že **lékaři prokazovali méně empatie a větší kognitivní regulaci na emocionální odpověď**. Tak by se mohlo zdát, že lékaři jsou méně citliví k utrpení druhého, což však není pravdou. Jak poznamenává Franclová a Hnilica: při provádění bolestivého výkonu dochází u doktorů **jen k regulaci emocí ne k jejich chybění** – nebylo dokázáno, že by lékaři dosahovali nižšího skóre v dispoziční empatii (Ptáček & Bartůněk, 2014). Nejnovější výzkumy na tomto poli ukazují, že **neuronové sítě účastníci se sociální kognice a řešení nespolečenských problémů se navzájem potlačují (zvýšení aktivace jedné sítě vyžaduje snížení na straně druhé)**. Díky utlumení aktivity neuronových sítí odpovědných za empatii je kognitivní kapacita pro odvedení kvalitního výkonu (chápeje ošetření) vyšší.

### 3.4.1.3 Morální neangažovanost

Dehumanizace vzniká také jako potřeba lékařů chránit se před pocity viny, že svým zásahem, lékařským postupem, způsobují pacientovi bolest (přesto, že tato bolest je nezbytnou součástí ošetření). Dehumanizace tak pomáhá ošetřujícím, aby snížili dopad distresu na ně samotné. Již z výzkumu Bandury (1999) vyplynulo, že dehumanizovaným je mnohem jednodušší způsobovat bolest. Je proto nutno mít na zřeteli, že i morální neangažovanost má mít své meze. K oboru medicíny patří i pocity viny, ale to jen a pouze tehdy, kdy došlo k úmyslnému zanedbání péče či poškození pacienta z nedbalosti.

### 3.4.2 Nefunkční typ dehumanizace

Nefunkční typ dehumanizace vstupuje do vztahu lékař-pacient a narušuje koalici, která je nezbytná k nastolení léčebného prostředí. Oběťmi může být pacient ale i lékař. Projevovat se může jako deindividualizace, připisování pacientovy neschopnosti jednat a rozhodovat se a nerovnost ve vztahu lékař-pacient.

#### 3.4.2.1 Deindividualizace

Při deindividualizaci dochází k **popření jedincovy identity, nezávislosti a rozeznatelnosti od ostatních, takový pak v očích druhých není schopný dělat vlastní rozhodnutí**. Deindividualizace nastává tehdy, pokud je o jedinci smýšleno nebo je s ním zacházeno **jako s jedním z mnoha**. Jedinec se tak stává hůře identifikovatelným či zcela anonymním. Vlivem toho může **dojít k asociálnímu chování**, jako je interpersonální agrese a to zejména z důvodů ztráty pocitu odpovědnosti za jednání. **Deindividualizace tak může podpořit okolnosti vedoucí k dehumanizaci**.

Je důležité si uvědomit, že proces zbavení jedince své jedinečnosti může **zasáhnout obě strany**, tedy jak pacienta, tak zdravotníka. Nemocniční prostředí k tomu velice přispívá. Jednak je obvykle vyžadováno nosit nemocniční **uniformy**, a to jak od lékařů, tak od pacientů. Zadruhé se ošetřující personál v nemocnici často střídá, a tak nedochází k navázání hlubšího osobního kontaktu s pacientem a vytvoření kvalitního raportu či vztahu lékař-pacient.



Pokud ošetřující vnímají pacienta jako silně deindividualizovaného člena minority, může to vést k odlišnostem v léčbě, strávení méně času při hodnocení problému či méně častému objednávání dotyčného na doplňkové testy.

#### **3.4.2.2 Vnímání pacienta jako neschopného konat a jednat (impaired patient agency)**

Druhá příčina odlidštění pacientů je v jeho vnímání jako jedince s narušenou schopností pacienta jednat, plánovat, zaměřit se na cíl a rozhodovat. Pacient přichází k lékaři s určitým zdravotním problémem, často je jeho součástí i snížená schopnost myslet, plánovat a jednat. Toto je však vnitřním faktorem okolností (nedá se ovlivnit), které ho za lékařem přivedly. I když lidé opravdu mají zhoršený způsob jednání, **zaměření se na tyto nedostatky může dojít k zvýšení rizika dehumanizace.** Jde totiž o vlastnosti, které jsou přirozeně lidské (human nature - více viz Haslam, 2006).

#### **3.4.2.3 Rozdíly mezi pacientem a lékařem.**

Haqueze a Waytz (2012) ve své stati deklarují několik typů asymetrie mezi pacientem a lékařem které mohou přispívat ke vzniku dehumanizace. Zaprvé se pacient vlivem své nemoci stává odlišným od „prototypu“ jak si představujeme člověka. Nemoc jedince zkrátka změní, se závažností se tedy většinou čím dál tím víc začne odlišovat od „dobře fungujícího“ jedince. Výzkumy dokázaly, že jak moc se jedinec **odlišuje chováním nebo vzhledem od naší představy prototypu člověka, tak velká tendence je ho dehumanizovat a naopak.** Vzhledem k tomu, že některé nemoci často mění vzhled, chování a základní lidské fungování, budou takoví pacienti pravděpodobně dehumanizováni.

Za další: „**nálepka**“ **nemocný**, namísto pojmenování pacienta jako člověka, mající konkrétní nemoc, zvyšuje pravděpodobnost dehumanizace. **Označení totiž znamená, že osoba se stala nemocí.** Například pojmenování osoby jako „schizofrenik“ v sobě nese, že nemoc má jeho, namísto pojmenování dotyčného jako člověk se schizofrenií, které popisuje, že jedinec jen trpí/je postižen touto nemocí.

Zatřetí: vliv **asymetrie v moci** přítomné ve vztahu lékař-pacient. Tato nerovnost může vnést do vztahu závislost, a ta má pak velký vliv na vznik dehumanizace. Vztah

mezi lékařem a pacientem je typický vztah mezi nadřízeným a podřízeným. Pacient vyhledá lékaře z důvodu nemoci. Vlivem nemoci dochází ke ztrátě moci a kontroly nad vlastním životem. Moc a schopnost rozhodovat, propůjčená v tomto vztahu lékaři, představuje hlavní podklad pro následnou dehumanizaci pacienta. **Zážitek moci totiž vede k zacházení s lidmi jako s prostředky.**

Jako poslední je jmenované **mistrovství (mastery)**, které je dosahováno dlouholetou zkušeností v oboru. **S nabytím mistrovství dochází k oslabení potřeby zvážit jiný názor** (Haque & Waytz, 2012).

### 3.4.3 Shrnutí kapitoly

Haquize a Waytze ve své práci orientované na dehumanizaci ve zdravotnictví upozorňují na potřebu odlišovat dehumanizaci funkčního a nefunkčního typu. Tedy na tu, která je nezbytnou součástí medicíny a umožňuje ošetřujícím se lépe soustředit a odvádět svou práci. A na takovou, která naopak poškozuje pacienta a kvůli níž dochází k nedůvěře mezi pacientem a lékařem, nedodržování léčebného plánu, prodloužení léčby. Autoři se odvracejí se od hledání viny u jednotlivců, ale spíše upozorňují na potřebu zabývat se fenoménem jako výsledkem strukturálních a organizačních vlastností nemocničního života.

Mezi funkční typy dehumanizace počítají: mechanizaci, redukci empatie a morální neangažovanost. Nefunkční typy jsou pak deindividualizace, vnímání jedince jako neschopného konat a jednat a zneužívání asymetrického vztahu lékař-pacient.

# METODOLOGICKÁ ČÁST:

## 4 Úvod

Dehumanizace ve zdravotnictví je jev, který se negativně účastní na léčbě a rekonvalescenci pacienta (Ayers & Visser, 2015) a zároveň i na psychickém stavu lékaře. Široký teoretický background jsem uvedla v teoretické části, v praktické části budu poznatky aplikovat na položky dotazníku. Ten jsem se pokusila sestavit tak, aby byl citlivý jak na dehumanizaci pacienta lékařem, tak na lékařův pocit být dehumanizován ze strany pacienta a zaměstnavatele. Oba jevy, jsou totiž vzájemně provázány a jejich výskyt se cirkulárně ovlivňuje (Haslam a Stratemeyer, 2016).

Dehumanizaci vyskytující se ve zdravotnictví můžeme rozdělit na funkční a nefunkční typ. Funkčním rozumíme takový, který ošetřujícím pomáhá odvést svou práci rychle a dobře. Tento typ dehumanizace je v medicíně nezbytný. Zato nefunkční typ dehumanizace, ač může mít obranou formu před syndromem vyhoření, vstupuje do vztahu lékař-pacient a negativně narušuje pacientův pocit důvěry a bezpečí. Ty jsou ovšem nezbytné pro jeho schopnost vnímat a uchovávat informace podávané ošetřujícím a následně dodržovat léčebný plán.

Pacientova tendence dehumanizovat lékaře vzniklá jeho účelovým využíváním jako možného nástroje k znovunabytí zdraví a schopností, následkem může dojít k zpětné dehumanizaci pacienta samotného.

Některé faktory podílející se na vzniku dehumanizace je lékař a jeho zaměstnavatel schopný ovlivnit. Následkem toho by došlo i k zefektivnění a zkvalitnění zdravotní péče.

Myslím si, že při zřizování preventivních kroků dehumanizace, by byl výčet možných faktorů, jež se podílejí na jejím vzniku, přinejmenším užitečný. Zjištění stavu pocitu být dehumanizován a tendenci dehumanizovat pacienty by sloužil k detekci lékařů ne kterých by intervence měla být cílená.

## 5 Cíl výzkumu a hypotézy:

Cílem teoretické části je zmapovat kolik je dostupných informací v české literatuře určené profesionálům pracujícím ve zdravotnictví a jak jsou kvalitní. Jako další cíl jsem si stanovila pokusit se shrnout dosavadní informace o dehumanizaci, vedoucí k lepší detekci a prevenci tohoto fenoménu.

Jako výzkumný úkol jsem si vymezila pokusit se navrhnout nástroj – dotazník, který by sloužil k odhalování dehumanizace ve zdravotnictví. Upozornit na tuto problematiku a přispět tak ke zkvalitnění vztahu lékař-pacient.

### 5.1 Výzkumné otázky

V rámci výzkumu jsem si stanovila následující výzkumnou otázku:

Jaké faktory se účastní na projevu dehumanizace?

Cítí se lékař být dehumanizován?

Jaká je tendence lékaře dehumanizovat pacienty?

### 5.2 Hypotézy

H<sub>01</sub>: Míra dehumanizace se genderově liší.

H<sub>02</sub>: Tendence k dehumanizaci je nezávislá na počtu odpracovaných hodin za měsíc (168 hodin).

H<sub>03</sub>: Míra spokojenost s platem je nezávislá na pocitu docenění

H<sub>04</sub>: Pocit smysluplnosti práce, pocit docenění, spokojenosti s platem a pracovními podmínkami nesouvisí s výskytem dehumanizace pacientů.

H<sub>05</sub>: Míra závažnosti onemocnění pacienta je nezávislá na počtu vybraných vlastností typických pro dehumanizaci/humanizaci.

H<sub>06</sub>: Míra vnímání pacienta jako neschopného konat a jednat (impaired patient agency) nesouvisí s tendencí připisovat dotyčnému vlastnosti typické pro dehumanizaci.

H<sub>07</sub>: Vysoká míra sympatie, kterou v lékařích vyvolá fotografie pacienta a informace podané o jeho onemocnění nesouvisí s tendencí přisuzovat dotyčnému vlastnosti typické pro lidi.

H<sub>08</sub>: Míra pocitu vlastní dehumanizace nesouvisí s tendencí dehumanizovat pacienty.

H<sub>09</sub>: Míra mistrovství („mastery“) je nezávislá na tendenci dehumanizovat pacienty.

H<sub>010</sub>: Míra pocitu mocenství nesouvisí s mírou dehumanizace pacientů.

## 6 Metody

Ke zjištění faktorů účastnících se na dehumanizaci pacienta a lékaře jsem zvolila online dotazník. Hlavním důvodem bylo zachování respondentům pocitu anonymity, strukturovanosti, snadnost sběru dat a časová flexibilita při vyplňování.

### 6.1 Konstrukce dotazníku

Při konstrukci dotazníku jsem vycházela zejména ze studií Haslama, Haqueze a Waytze. Ty jsem již podrobněji představila v teoretické části a budu se k nim vracet u jednotlivých položek.

Dotazník jsem pomyslně rozdělila do tří částí, pro jednodušší orientaci budu toto dělení užívat po zbytek práce.

**První část** dotazníku zjišťuje základní demografické údaje, obsahuje tři položky z Rosenbergova dotazníku pro zjištění sebehodnocení a dále položky zjišťující pocit smysluplnosti práce, docenění, spokojenosti s platem a pracovními podmínkami.

**Druhá část** obsahuje čtyři kazuistiky.

**Poslední část** je vedená formou inventáře, obsahuje položky, které by měly být citlivé na sklon respondenta k dehumanizaci pacientů a jeho pocitu být dehumanizován jak ze strany pacienta, tak zaměstnavatele.

Nyní se zaměřím na jednotlivé položky dotazníku a stručně zrekapituluji úseky studií, kterými jsem se inspirovala při jeho konstrukci.

Celé znění dotazníku je uvedeno v příloze této práce.

### 6.1.1 První část dotazníku – otázky týkající se lékaře

Nyní se budu věnovat jednotlivým položkám, pokusím se objasnit jejich konstrukci a zařazení do dotazníku.

**V úvodní části**, jak jsem již předestřela, se zabývám demografickými údaji: pohlaví respondenta, specializace lékaře, počet let praxe, počet odpracovaných hodin měsíčně, typ zařízení, v němž respondent pracuje. Tyto položky mě zajímají zejména z důvodů následné možnosti predikovat dehumanizaci a být tak nápomocný při vyhledávání kýžené skupiny ohrožených lékařů a zdravotnických pracovníků.

Podle studie Morrise nejsou genderové rozdíly v míře dehumanizace žen. Předpokládám, že pohlaví lékaře také nebude hrát roli v pravděpodobnosti výskytu dehumanizaci pacientů (Morris, 2013).

Dalším mým předpokladem je, že počet let praxe, počet odpracovaných hodin měsíčně budou pozitivně korelovat s pravděpodobností výskytu dehumanizace u respondentů. Domívám se tak proto, že přetížení lékařů se negativně podílí na vzniku burnout syndromu. Jako další faktory účastníci se tohoto fenoménu jsou nepříznivé pracovní podmínky a neodpovídající peněžní ohodnocení (Głębocka, 2017). Syndrom vyhoření se často vyskytuje spolu s dehumanizací pacientů, ať jako jejich důsledek nebo jako obranný mechanismus před ním (Matoušková, 2013; Bartošíková, 2006; Raudenská & Javůrková, 2011; Ptáček & Bartůněk, 2014).

Jako další otázky v první části dotazníku jsem vybrala čtyři položky z Rosenbergova dotazníku na sebehodnocení. Předpokládám, že nízké sebehodnocení (self-esteem) negativně ovlivňuje vztah k pacientům. Vycházím především ze studií autorů Lockeho (2009), Sommera a Baumeistera (2002) a Khatoona, Hesariho a Hejaziho (2011). Tito autoři se ve svých pracích zabývají sebehodnocením z odlišných pohledů. Locke poukazuje na to, že nízká sebedůvěra souvisí s vyšším výskytem agrese, dále uvádí, že dle výsledků studií nízká sebedůvěra ve spojení s narcismem, vede k antisociálnímu, maladaptivnímu chování. Autoři Khatoona, Hesariho a Hejazi, jejichž práce se zabývala vlivem autoritářské výchovy na adolescenty, došli k podobným závěrům, a to že sebeúcta má přímý, negativní a významný vztah s agresí. Zjistili, že lidé

s vysokou a stabilní sebeúctou vykazují nejmenší tendence k hněvu a nepřátelství. Sommer a Baumeister zase zkoumali jaký vliv má sebehodnocení na interpersonální vztahy. Z jejich výzkumů vyplývá, že participanti s nízkým sebehodnocením reagovali na odmítnutí (ve srovnání s ostatními) tím, že se hodnotili více negativně nežli pozitivně (tí s vysokou sebeúctou reagovali opačně).

Na podkladě výše zmíněných studií usuzuji, že nízké sebehodnocení se může negativně odrazit na vztahu lékaře k pacientovi, a to ať jeho vyšším sklonem k agresivitě, nebo jeho větší citlivostí k odmítnutí. V empirické části bych ráda zjistila, zda nízké sebehodnocení lékaře nemůže být jedním z ukazatelů sklonu k dehumanizaci pacientů.

### 6.1.2 Druhá část dotazníku – kazuistiky

V **druhé části** šetření jsem respondentům postupně představila čtyři kazuistiky, u kterých měly udat míru sympatie pacienta, vyhodnotit jeho zdravotní stav, ovlivnění pacienta nemocí/ postižením v běžném životě a následně mu přiřadit některé z předem daných charakteristik.

Kazuistiky jsem volila tak, že první tři diagnózy patří mezi závažné onemocnění/ postižení a ovlivňují život pacienta podstatným způsobem a oproti tomu poslední onemocnění patří mezi nezávažná a minimálně omezuje jedince (schizofrenie, pokročilou Alzheimerova choroba, Downův syndrom a mírná forma atopického ekzému). Haslam a Stratemeyer (2016) uvádí, že v situaci, kdy pomoc druhému vyhodnotíme jako emocionálně vyčerpávající, může jako obranný faktor dojít k dehumanizaci dotyčného. Také se ukazuje, že dehumanizace slouží jako ochranný mechanismus před citovým „vyždímáním“ lidmi, kteří se nám jeví jako „břímě“. Proto předpokládám, že **čím lékař vyhodnotí onemocnění/postižení jako závažnější a jeho schopnost pacientův stav ovlivnit bude menší, tím bude mít větší tendenci pacienta dehumanizovat**. Dehumanizace se zde stane ochranným mechanismem proti burnout syndromu.

U každého pacienta byla uvedena **fotografie**, tím jsem chtěla docílit větší autenticity. Fotografie jsem zakoupila v tzv. fotobance. Při selekci jsem upřednostnila fotografie pořízené v přirozeném prostředí, v nestrojené poloze, vždy do půli těla, zhruba stejné velikosti, a tak aby se fotografovaní co možná nejvíce tvářili neutrálně. Na konci dotazníku, jsem uvedla, že kazuistiky byli zcela fiktivní a jakákoliv podobnost je pouze náhodou.

Z důvodů, že je sympatie dávana do spojitosti s prosociálním chováním a obsahuje orientaci na potřeby sympatizanta jsem se doptávala v jaké míře ji vzbuzují jednotlivé kazuistiky s danými fotografiemi. Usuzuji, že míra sympatie bude ovlivňovat lékařovu tendenci dehumanizovat pacienta. Tedy čím sympatičtější bude lékaři pacient, tím menší tendenci bude mít jej dehumanizovat.

Nemoci často mění vzhled, chování a základní lidské fungování. **Schopnost konat, jednat a rozhodovat se** jsou přirozeně lidské vlastnosti (HN). **Zaměřením se na nedostatky** těchto schopností tak může dojít k **zvýšení rizika dehumanizace**. Jak velká je míra odlišnosti v chování nebo vzhledu od představ „prototypu“ člověka jako dobře „fungujícího“ jedince, tak významná tendence je ho dehumanizovat a naopak. Výskyt takového rizika se snažím zjistit dotazem na lékařovo posouzení pacientovy schopnosti se rozhodovat, zhodnocení chování pacienta oproti běžnému populaci a fyzické odlišnosti od běžné populace.

Poslední položkou v druhé části dotazníku (kazuistiky) bylo přiřazení vlastností pacientovi, na podkladě mnou předložených informací. Atributy, z nichž mohl lékař volit, byly vybrány z **vlastností charakteristické pro lidství (UH a HN)** a **vlastností**, které vystihují **zvířecí a mechanistický typ dehumanizace** (Haslam, 2006). Předpokládám, že pokud bude v předchozích položkách kazuistiky pacient hodnocen jako fyzicky se odlišující od většiny, se sníženou schopností se rozhodovat a bude mu přiřknuta změna v chování od běžné populace, pak bude mít proband větší tendenci u takto posuzovaného pacienta přiřadit mu vlastnosti, které jsou typické pro zvířecí a mechanistický typ dehumanizace.

Lékaři mohli vybírat z následujících vlastností které jsem zde pro vědší přehlednost uvedla v tabulce (pořadí jsem nechala takové, jaké bylo v dotazníku):

K vlastnostem jsou přiřazeny zkratky HN, HU, MD a AD. To jsou počátečními písmeny následujících termínů: HN – human nature (vlastnosti přirozeně lidské) - dohromady se vyskytuje 6x; HU - human uniquely (vlastnosti typicky lidské)- 4x; MD - mechanistic dehumanization (mechanický typ dehumanizace) - 6x a AD - animalistic dehumanization (zvířecí typ dehumanizace) - 5x. Položky typické pro dehumanizaci jsem pro větší přehlednost v tabulce zvýraznila modře a ty, které vyznačují lidské vlastnosti, oranžově. Stejně barevné schéma budu používat i v průběhu následujícího popisu dat.



Vlastnosti	Typ
Slušný	HN
Dětský	AD
Obhroublý	AD
Amorální	AD
Nekultivovaný	AD
Osobnostně vyspělý	HU
Citlivý	HU
Morálně založený	HU
Chladný	MD
Netečný	MD
Vřelý	HN
Jedinečný	HN
Otevřený	HN
Rigidní	MD
Povrchní	MD
Nahraditelný	MD
Oduševnělý	HN
Logicky uvažující	HU
Pasivní	MD
Řídící se instinktivně	AD
Aktivní	HN

Tabulka De/humanizační položky ke kazuistikám

### 6.1.3 Třetí část dotazníku – postoje lékaře

Pomyslně poslední částí dotazníku byl inventář obsahující osm položek. Měl ověřit vztah lékařova pocitu být dehumanizován ve zdravotnictví a jeho tendenci k dehumanizaci pacientů. Pokud j **přistupuje** k pacientovi **jako k objektu**, spíše než jako k osobnosti s jedinečnými zkušenostmi, jde v podstatě o jeho **zpředmětnění (objectification)**. V tom se ale skrývá i to, že **druhé vidíme jako neschopné emocionální reaktivity nebo mezilidské vřelosti**. Následkem toho může docházet k použití nepřiměřené síly a hrubosti během ošetření (Haque a Waytz, 2016).

První položka: „*Ve zdravotnictví se často cítím jen jako pacientův prostředek k znovunabytí zdraví/ zbavení se bolesti, obtíží a podobně.*“ by měla sledovat **lékařův pocit být dehumanizován ze strany pacienta**. Podle studie Haslama a Stratemeyera (2016), pacienti nahlížející na lékaře (čistě funkčně) jako na nástroj k znovunabytí zdraví, jej vlivem toho vnímají jako bez emocí. Z výzkumu dále vyplývá, že lidé kteří věří, že jsou

dehumanizování, jako odpověď na to dehumanizují druhé (tedy outgroup). Takto cirkulárně se ovlivňující postoje, nedovolí změnu chování obou účastníků komunikace.

Položka „*Při ošetřování pacienta mám pocit, že jsem pro něj jen jeden z „armády“ lékařů.*“ by opět měla být citlivá na dehumanizaci lékaře, avšak důsledkem odlišného mechanismu. Při **deindividualizaci** totiž dochází k popření jedincovy identity, nezávislosti a rozeznatelnosti od ostatních. Nastane tak tehdy, pokud je o jedinci smýšleno nebo je s ním zacházeno jako jedním z mnoha. Jedinec se tak stává hůře identifikovatelný či zcela anonymní. Vlivem toho může dojít k antisociálnímu chování, jako je interpersonální agrese, a to zejména z důvodů necítění odpovědnosti za jednání. Deindividualizace tak může podpořit vznik dehumanizace (Haque & Waytz, 2016).

**Mistrovství** je další fenomén, který přispívá ke vzniku dehumanizace. Je dosahováno dlouholetou zkušeností v oboru. S nabytím mistrovství dochází k oslabení potřeby zvážit jiný názor (Haque & Waytz, 2016). Tento faktor jsem se snažila postihnout tvrzením: „*Mám pocit, že čím více mám zkušeností v oboru, tím mám větší tendenci se spolehnout výhradně na svůj úsudek a méně beru v zřetel názor jiných na danou problematiku.*“

Tvrzení: „*Myslím si, že mě pacienti vnímají i jako člověka.*“ by mělo být citlivé na **lékařův pocit být dehumanizován ze strany pacienta**. Při jeho konstrukci jsem znovu vycházela z poznatků, že pacienti nahlízející na lékaře (čistě funkčně) jako na nástroj k znovunabytí zdraví, jej vlivem toho vnímají jako bez emocí, tedy méně člověkem (Haslam & Stratemayer, 2016) .

**Deindividuaci pacienta a mechanický typ dehumanizace** jsem se snažila postihnout pomocí následujícího výroku: „*Pacienta vnímám jako hádanku, kterou rozšífruji (diagnostika) a vyřeším (léčba).*“ Vnímajíli ošetřující pacienta jako silně deindividualizovaného člena minority, může to vést k odlišnostem v léčbě, strávení méně času při hodnocení problému, či méně častému objednávání dotyčného na doplňkové testy (Haque a Waytz, 2016).

Položka: „*Pokud mluvíte s kolegou o konkrétním pacientovi, stane se Vám, že místo jména pacienta použijete název problému, se kterým za vámi přišel?*“ slouží k ověření vlivu **přiřazení pacientovy nálepky „nemocný“** (namísto pojmenování pacienta jako člověka, mající konkrétní nemoc), na pravděpodobnost výskytu dehumanizace. Označení totiž znamená, že osoba se stala nemocí, jsou jí tak odmítnuty

atributy typické pro lidství. Nálepka nemoci má za následek zvýšení rizika výskytu dehumanizace s jeho následky na zdraví i psychice nemocného. (Haqueze a Waytze; 2012).

Moc a schopnost rozhodovat propůjčená ve vztahu ošetřující-ošetřovaný lékaři představuje hlavní podklad pro dehumanizaci pacienta. **Zážitek moci** totiž vede k zacházení s lidmi jako s prostředky. Výše popsané jsem se snažila vložit do následující položky: „*V otázce léčby bych měl mít, jako lékař, právo rozhodovat za pacienta.*“

„*Mám pocit, že jsem pro svého zaměstnavatele především nástrojem na vydělávání peněz.*“ Tato položka by opět měla být citlivá na lékařův pocit být **dehumanizován**, tentokrát **ze strany zaměstnavatele**. Bylo zjištěno, že lidé mechanicky dehumanizují jedince které považují za stejné, rovné (peer), pokud jej vidí jako možný nástroj pro dosažení jejich osobního cíle. Takže pokud někoho vnímáte jako nezbytného pro dosažení svého cíle, zdá se, že to snižuje vaše uvědomování si dotyčného jako jedince se zážitky a emocemi.

Konečná verze dotazníku i s fotografiemi k jednotlivým kazuistikám je součástí přílohy č. 2.

## 6.2 Pilotní verze

Pilotní verzi dotazníku jsem nejprve rozeslala ve formě tužka-papír čtyřem vybraným lékařům. Pohlaví: dva muži a dvě ženy. Věkové skupina: 33, 34, 41 a 64. Specializace: internista, chirurg, gynekolog a infektolog. Z toho dva lékaři mají dvě atestace.

Lékaři, kteří se účastnili pilotní studie, byli z následujícího výzkumného šetření vyřazeni z důvodu zapracování jejich připomínek do konečného znění dotazníku. Najít dostatečný počet dobrovolníků z řad lékařů jenž jsou ochotni věnovat svůj volný čas dotazníku studenta vysoké školy je poměrně problematické, proto jsem pro pilotní verzi oslovila pouze čtyři. Předvýzkum tedy měla sloužit spíše pro ověření srozumitelnosti položek a pocitu ucelenosti celého dotazníku.

Dotazník obdrželi s pokyny jej vyplnit a dělat si poznámky u položek, které jsou pro ně nesrozumitelné, mnohoznačné, či z jakýchkoliv důvodů nepříjemné.

Již v pracovní verzi jsem dotazník nazvala „*Dotazník pro výzkum faktorů podílejících se na vztahu lékař-pacient*“. Záměrně jsem vypustila termín dehumanizace, abych tak nepřednastavila respondety k výběru určitých odpovědí.

Poté co jsem obdržela vyplněné dotazníky zpět, telefonicky a osobně jsem s probandy rozebírala jejich poznámky, formulace otázek a důvody některých jejich odpovědí. Na podkladě získaných informací jsem dotazník dále přepracovala. Pilotní verze dotazník obsahovala ve většině případů stejné položky jako výzkumného šetření. Z praktických důvodů uvádím jen položky, které byly pozměněny, tedy jejich původní znění. U symbolu šipky je vždy stručně uvedeno, jakým způsobem s ní bylo následně pracováno a proč.

### 6.3 Změny v dotazníku

(PRVNÍ ČÁST DOTAZNÍKU)

Pracuji v:

- a) Ambulantním zařízením
- b) Nemocnici
- c) Soukromé praxi

→ *položka v konečné verzi dotazníku rozšířená*

Otázka byla obohacena o možnost volby zda respondent pracuje jako zaměstnanec, nebo je sám svým zaměstnavatelem.

- 1) Odhadovaný počet ošetřených pacientů za osmihodinovou pracovní dobu:

→ *položka z konečné verze dotazníku byla odstraněna*

K vyřazení položky došlo na podkladě diskuse s jedním z respondentů pilotní studie. Jeho odůvodnění bylo takové, že menší počet ošetřených pacientů vůbec nemusí vypovídat o nižším časovém stresu a distresu, který může lékař zažívat. Hlavním argumentem byly lékaři na jednotkách intenzivní péče, kteří mají na starost obvykle malé množství pacientů, ale typ jejich práce obnáší velký psychický tlak.

- 1) V konečné verzi jsem navíc zařadila položku na pohlaví respondenta.
- 2) Pokud mluvíte s kolegou o konkrétním pacientovi, stane se Vám, že místo jména pacienta použijete název problému, se kterým za vámi přišel?

→ *položka v konečné verzi dotazníku byla přesunuta*

K přesunutí z první části do poslední došlo pro zvýšení pocitu ucelenosti oddílů.

(DRUHÁ ČÁST DOTAZNÍKU)

- 3) Představte si tři libovolné pacienty, které jste ošetřoval v posledních dvou dnech a zaškrtněte hodící se (dotyčný by neměl být ani rodinný příbuzný, kamarád, či známý).

→ *položka v konečné verzi dotazníku přepracovaná a rozšířená*

Z důvodu jednoduššího vyhodnocování odpovědí jsem v konečné verzi vymodelovala **čtyři kazuistiky**.

- 4) Pohlaví pacienta:

→ *položka v konečné verzi dotazníku vypuštěna z důvodu již konkrétní kazuistiky*

- 5) Závažnost onemocnění/ zranění, kterým trpí (dle vašeho zvážení):

- a) Nezávažné,
- b) Závažné, může způsobit déletrvající následky,
- c) Život ohrožující

→ *výběr odpovědí změněn na likertovu škálu*

Protože byli kazuistiky jen fiktivní a lékař neměl dostačující informace pro dostačující zhodnocení pacientova onemocnění/postižení, zvolila jsem v konečné verzi dotazníku raději Likertovu škálu. Je více pocitová a zanechává respondentovy větší volnost.

- 6) Vyberte všechny možné vlastnosti, jenž byste pacientovi připsal (dle toho, jak na vás působí, jde o váš dojem, ne odborný posudek)

- Zdvořilý, Hrubý, Emocionálně zodpovědný, Lhostejný, Netečný, Jemný/ rafinovaný, Nekultivovaný, Vřelý, Necitlivý, Chladný, Morálně vyspělý, Nemorální, Kognitivně otevřen, Rigidní, Aktivní, Logicky uvažující, Trpící nedostatkem sebekázně, Jedinečný, Racionální, Iracionální, Má hloubku, Je povrchní, Osobnostně vyspělý, Řídící se instinktivně, Dětinský, Netečný, Povrchní, Necitlivý, Chladný, Pasivní, Nahraditelný

→ *položka byla v konečné verzi dotazníku přepracovaná*

Pro nezahlcení respondenta byl počet položek zredukovány o jednu třetinu.

(TŘETÍ ČÁST DOTAZNÍKU)

7) Pokud jste sami sobě zaměstnavateli, prosím, nevyplňujte následující otázku

Mám pocit, že jsem pro svého zaměstnavatele především nástrojem na vydělávání peněz.

→ *položka přesunuta na konec dotazníku*

K přesunutí položky došlo poté co jeden z respondentů pilotní studie od této položky přestal vyplňovat dotazník. Myslel si, že zbytek otázek už je určen pouze zaměstnancům.

8) Při ošetřování pacienta mám pocit, že si mě váží jako odborníka i člověka.

→ *položka v konečné verzi dotazníku přepracovaná*

Výrok by měl být citlivý na **lékařův pocit být dehumanizován ze strany pacienta**. Po diskusi s jedním z probandů jsem jej nakonec změnila na: „*Myslím si, že mě pacienti vnímají i jako člověka.*“. Doufám, že tak získám víc jednoznačnou informaci, jak moc se lékař cítí jako člověk ve vztahu s pacientem.

9) Vím lépe, co pacient potřebuje, než to ví on sám.

→ *položka v konečné verzi dotazníku přepracovaná*

Po pilotním šetření vznikla diskuse, zda lékař opravdu ví lépe co pacient potřebuje, než to ví on sám. Položka má měřit mocenství. Vlivem moci propůjčené skrz vědomostní nerovnost mezi pacientem a lékařem, přebírá lékař za pacienta rozhodování a zodpovědnost. Tak jsou pacientovi odepřeny výjimečně lidské schopnosti a následkem toho vzniká vyšší riziko dehumanizace. Aby položka lépe vystihovala výše řečené, změnila jsem její znění na: „*V otázce léčby bych měl mít, jako lékař, právo rozhodovat za pacienta.*“

## 7 Sběr dat

Sběr dat probíhal od února do dubna 2017 pomocí bezplatné aplikace Google formulář. Zaručuje probandům anonymitu, je flexibilní, intuitivně se s ní pracuje, sběr a práce s daty je díky ní snadnější.

Dotazníky jsem distribuovala přes rodinné příslušníky a známé, pracující ve zdravotnictví, tedy pomocí metody sněhové koule. Deseti lidem jsem odeslala emailem hypertextový odkaz k dotazníku a oni jej přeposlali dalším lékařům. Tím jsem chtěla docílit maximalizace počtu repondentů. Uvědomuji si, že lékaři jsou časově velice vytíženi a jejich ochota vyplňovat dotazníky je nízká. Myslím si, že pokud o vyplnění požádá kolega, či jinak blízká osoba, návratnost diametrálně vzroste.

## 8 Zpracování získaných dat

Pro zpracování získaných dat byl použit program Excel ze sady Microsoft Office, statistická analýza probíhala pomocí programu SPSS ze společnosti IBM

Získaná data jsou heterogenní, v závislosti na struktuře dotazníku. Převážnou část tvoří hodnoty ordinální (pořadové), povětšinou hodnotící stupnice se škálou 1-4 nebo 1-5, existují ale i položky dichotomické a v některých případech i hodnoty kardinální.

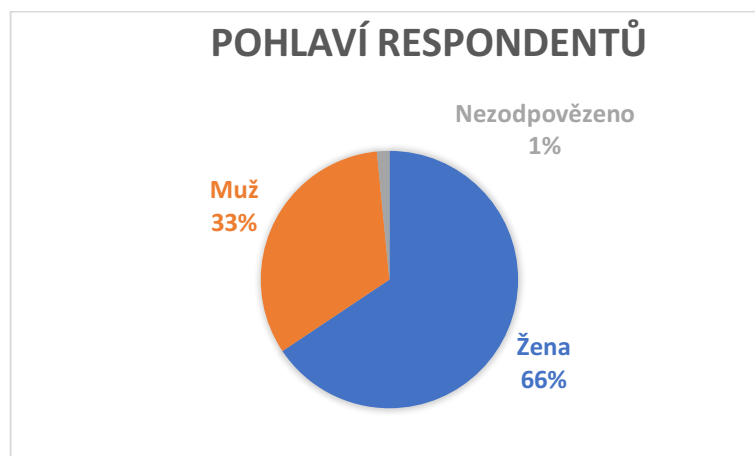
Vzhledem k počtu respondentů a výše popsané převaze ordinálních dat bylo přistoupeno k testování neparametrickými metodami.

## 9 Charakteristika výzkumného vzorku

### 9.1 Pohlaví respondentů

Šetření se zúčastnilo 65 respondentů. 64 lékařů bylo tvořeno 42 ženami (66 %) a 21 muži (33 %), jeden (1 %) z respondentů své pohlaví neuvedl. Jeden z dotazovaných byl povoláním farmaceut. Ten byl z následného zpracování dat vyřazen, protože cílovou skupinou této práce jsou primárně lékaři.

Všichni dotazovaní byli vysokoškolsky vzdělaní.



Graf 1: Pohlaví respondentů.

## 9.2 Specializace

Šetření se zúčastnili lékaři z následujících oborů: 9 internistů (14 %), 9 stomatologů (14 %), 7 pediatriů (11 %), 7 gynekologů (11 %), 6 psychiatrů (9 %), 5 praktických lékařů (8 %), 4 chirurgové (6 %), 3 dermatologové (5 %), 2 radiologové (3 %), 2 neurologové (3 %), 2 anesteziologové (3 %) a dále urolog, rehabilitační lékař, patolog, ortoped, kardiolog, infektolog, hematolog a endokrinolog.



Graf 2: Specializace respondentů.

## 9.3 Délka praxe

Průměrný počet let praxe účastníků byl 17, 4 roku, medián nabýval hodnoty 14,5 roku a modus 6 let. Nejnižší počet let praxe byl jeden rok, nejvyšší naopak 50 let. Největší



část účastníků (25 %; 16 osob) se pohybovalo mezi 6 až 11 let praxe. Odpovědi jsem dodatečně rozdělila do následujících skupin pro snazší analýzu dat.

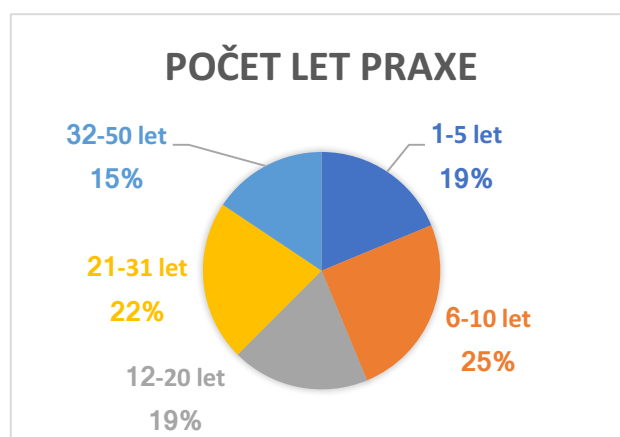
1-5 let - 12 respondentů (19 %)

6-11 let - 16 respondentů (25 %)

12-20 let – 12 respondentů (19 %)

21-31 let - 14 respondentů (22 %)

32-50 let - 10 respondentů (15 %)



Graf 3: Počet let praxe.

Převážná většina respondentů (50 osob; 78 %) pracují jako zaměstnanci ať už to je v nemocnici, ambulanci nebo v soukromé praxi. 14 respondentů (22 %) jsou sami sobě zaměstnavateli (jeden přitom pracuje současně i v nemocnici).

## 10 Výsledky

Výsledky výzkumné práce jsem rozdělila do dvou kapitol. První uvádím výsledky dotazníku, převážně se jedná o popisnou neboli deskriptivní statistiku k jednotlivým položkám dotazníku, a která zodpovídá jednu z výzkumných otázek zaměřenou na zmapování dehumanizace v českém zdravotnickém prostředí. Druhým úsekem je analýza výsledků dotazníku, kdy za použití metod konfirmatorní statistické analýzy (převážně) zaměřuji na výše uvedené výzkumné hypotézy.

Do výsledků jsem zařadila i jejich interpretaci, uvědomuji si, že se nejedná o standardní vědecký postup a interpretace by měla být spíše součástí diskuse, avšak

vzhledem k povaze práce (závěrečná magisterská) považuji interpretaci získaných výsledků za jednu z klíčových schopností, které bych měla prokázat.

## 10.1 Výsledky dotazníku

### 10.1.1 Počet odpracovaných hodin měsíčně

Průměrný počet odpracovaných hodin měsíčně byl 159, medián nabýval hodnoty 169 a modus 160. Nejnižší počet odpracovaných hodin měsíčně byl 20 hodin, nejvyšší naopak 300. Největší část účastníků (31 %; 20 osob) se pohybovalo mezi 108-170 odpracovanými hodinami měsíčně.

Pro vyvrácení hypotéz jsem rozdělila respondenty do dvou kategorií:

do 168 hodin – 32 respondentů (50 %)

nad 168 hodin - 32 respondentů (50 %)

Pro větší přehlednost jsem ještě dotazované rozdělila následující skupiny:

20-40 hodin - 7 respondentů (11 %)

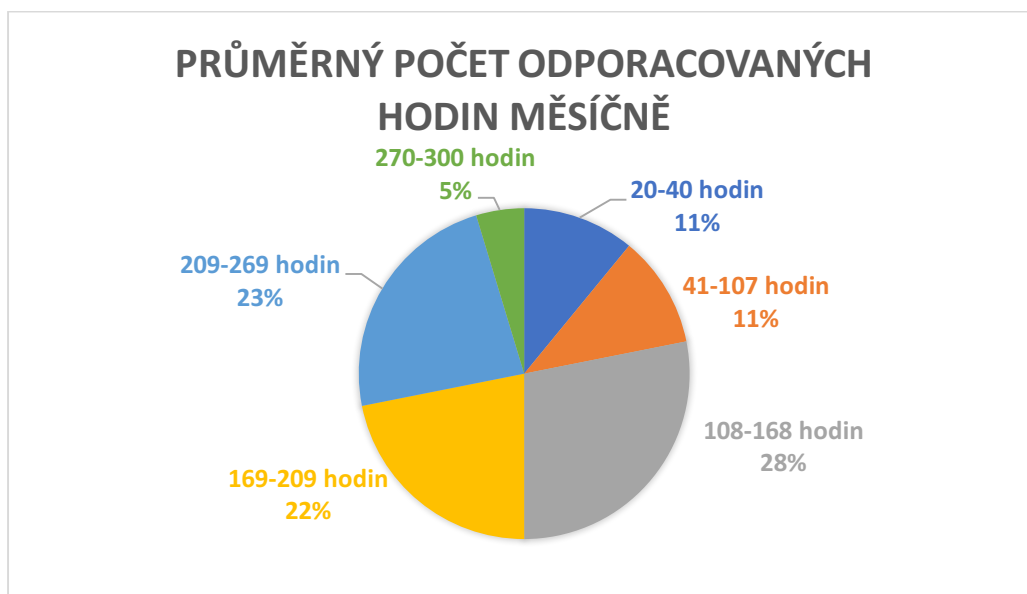
41-107 hodin - 7 respondentů (11 %)

108-168 hodin - 18 respondentů (31 %)

169-209 hodin - 14 respondentů (19 %)

210-269 hodin - 15 respondentů (23 %)

270-300 hodin - 3 respondenti (5 %)



Graf 4: Průměrný počet odpracovaných hodin měsíčně.

Zajímalo mě, v jakém typu zařízení pracují poslední dvě skupiny, tedy respondenti, kteří měsíčně odpracují více jak 210 hodin. Všech 18 osob (tedy 28 % z celku) jsou zaměstnanci. 17 z 18 pracuje v nemocnici, z toho 4 uvedli, že pracují i v dalším typu zdravotnického zařízení. Pouze jeden je zaměstnán v soukromé praxi. Při ohledu na délku praxe je průměr 15 let, medián nabýval hodnot 10,5 a modus 6. Nejdelší délka praxe byla 40 a nejkratší 2 roky.

Z dat vyplývá, že nejvíce hodin měsíčně odpracují lékaři z nemocnic a bez ohledu na počet let praxe.

### 10.1.2 Pocit smysluplnosti práce

Respondenti mohli pocit smysluplnosti své práce vyjádřit pomocí Likertovy škály na stupnici 1-5, kdy hodnota 1 zastupovala názor respondenta považující svou práci jako velmi smysluplnou a při výběru hodnoty 5 jí vidí jako velmi nesmyslnou.

29 osob (45 %), považuje svou práci za velmi smysluplnou, 25 respondentů (39 %) zvolilo hodnotu 2 (tedy dá se říct jako smysluplnou), 8 (13 %) dotazovaných zvolilo hodnotu 3 (ani smysluplnou, ani nesmyslnou) 1 osoba (1,5 %) vybrala hodnotu 4 (nesmyslná) a jeden dotazovaný zaškrtl velmi nesmyslná (hodnotu 5).

Pocit smysluplnosti práce.	Celkem odpovědí	Procentuální zastoupení celkem	Procentuální zastoupení odpovězených
1 (Velmi smysluplnou)	29	45,3	46,0
2	25	39,1	39,7
3	7	10,9	11,1
4	1	1,6	1,6
5 (Velmi nesmyslnou)	1	1,6	1,6
Odpovězeno	63	98,4	100,0
Neodpovězeno	1	1,6	
Celkem	64	100,0	

Tabulka 4: Pocit smysluplnosti práce.

Pokud se blíže podíváme na specializaci respondentů, kteří volili hodnotu 3 a více, zjistíme, že 6 jich bylo žen a 2 muži. 4 byli psychiatři, dále jeden pediatr, dermatolog, rehabilitační lékař, praktický lékař a gynekolog. Průměr počtu odpracovaných hodin měsíčně 131,8, medián nabýval hodnot 150. Minimum hodin bylo 32 a maximum 235. Průměr délky praxe je 13,2 let, medián nabývá hodnot 7,5. Minimum délky praxe je 1,5 roku a maximum 37 let.

Pohlaví	Specializace	Typ pracoviště	Délka praxe	Průměrný počet odprac. hodin/měsíc
Žena	Dermatolog	V soukromé praxi jako zaměstnavatel	15	108
Žena	Gynekolog	V nemocnici	1,5	150
Žena	Pediatr	V soukromé praxi jako zaměstnanec	37	32
Muž	Praktický lékař	V soukromé praxi jako zaměstnavatel	21	168
Žena	Psychiatr	V ambulanci, V soukromé praxi jako zaměstnavatel	24	35
Muž	Psychiatr	V nemocnici	5	48
Žena	Psychiatr	V nemocnici, V ambulanci	7,5	200
Muž	Psychiatr	V nemocnici	6	210
Žena	Rehabilitační lékař	V nemocnici	2	235

Tabulka 5 Pocit smysluplnosti práce 2

Velké zastoupení psychiatrů v kategorii, považující sou práci za spíše nesmyslnou, upozorňuje na vyšší pravděpodobnost rizika rozvoje syndromu vyhoření u této skupiny lékařů.

### 10.1.3 Spokojenost s platem

Většina respondentů, tedy 23 osob (35,9 %) vybralo na Likertově škále, kde hodnota 1 odpovídala tvrzení - jsem velmi spokojen s platem a hodnota 5 - jsem velmi

nespokojen s platem, hodnotu 2, tedy že jsou se svým platem spokojeni. Druhá největší skupina respondentů (19 osob; 29,7 %) vybrala hodnotu 3 (ani spokojený, ani nespokojený), 14 respondentů (21,9 %) je nespokojena se svým platem, 7 dotazovaných (10,9 %) je velmi spokojených s platem a jedna osoba (1,6 %) je dokonce velmi nespokojená.

Spokojenost s platem.	Celkem odpovědí	Procentuální zastoupení
1 (Velmi spokojen)	7	10,9
2	23	35,9
3	19	29,7
4	14	21,9
5 (Velmi nespokojen)	1	1,6
Celkem	64	100,0

Tabulka 6: Spokojenost s platem.

Opět mě zajímali zejména lékaři, kteří nejsou spokojeni. Tedy ti, co volili hodnotu 4 nebo 5. 4 z nich byli muži (tedy 19 % z celkového počtu), 11 žen (21 % z celkového počtu). U této skupiny jsem se dále chtěla znát: Průměrný počet let praxe - 18,13 roku (medián nabýval hodnoty 15, modus 9). Nejnižší počet let praxe byl jeden rok, nejvyšší naopak 40 let. Průměrný počet odpracovaných hodin měsíčně byl 164,8, medián nabýval hodnoty 164. Nejnižší počet hodin byl 32, nejvyšší naopak 300. Kromě jednoho respondenta byli všichni zaměstnanci.

#### 10.1.4 Spokojenost s pracovními podmínkami

Respondenti mohli svůj názor na spokojenost s pracovními podmínkami opět vyjádřit pomocí Likertovi škály na stupnici 1-5. Hodnota 1 představovala tvrzení jsem velmi spokojen/á s pracovními podmínkami a 5 – jsem velmi nespokojen/á s pracovními podmínkami. 12 dotazovaných (18,5 %) jsou velmi spokojeni. Převážná část respondentů, tedy 46 (72 %) je s pracovními podmínkami buď spokojená, nebo ani spokojená ani nespokojená, a to rovným dílem. 5 osob (7,8 %) je nespokojených a 1 (1,6 %) je velmi nespokojená.

Spokojenost s pracovními podmínkami.	Celkem odpovědí	Procentuální zastoupení celkem
1 (Velmi spokojen)	12	18,8
2	23	35,9
3	23	35,9
4	5	7,8
5 (Velmi nespokojen)	1	1,6
Celkem	64	100,0

Tabulka 7: Spokojenost s pracovními podmínkami.

U respondentů, kteří byli s pracovními podmínkami nespokojeni, nebo velmi nespokojeni, jsem chtěla vědět, jak hodnotili následující položky: Spokojenost s platem (1- Velmi spokojen, 5 – Velmi nespokojen), a Pocit docenění (1 - Velmi doceněn - .5- Velmi nedoceněn)

Pohlaví	Specializace	Typ pracoviště	Spokojenost s platem	Pocit docenění
Žena	Pediatr	V soukromé praxi jako zaměstnanec	4	4
Žena	Chirurg	V nemocnici	4	4
Žena	Gynekolog	V nemocnici	4	4
Žena	Anesteziolog	V nemocnici	4	2
Žena	Anesteziolog	V nemocnici	2	5
Muž	Pediatr	V nemocnici	4	3

Tabulka 8: Spokojenost s pracovními podmínkami 2.

Pět z šesti respondentů byly ženy, všichni zaměstnanci. Pocit spokojenosti s pracovními podmínkami, s platem a pocitem docenění velice podobně hodnotili, tedy negativně. Hlouběji se korelací těchto položek zabývám v kapitole 10.3.1 Vztah

### 10.1.5 Pocit docenění – cítím se

Lékaři se mohli opět vyjádřit pomocí Likertovi škály na stupnici 1-5 (1- cítím se velmi doceněn, 5- cítím se velmi nedoceněn). Největší část lékařů (25 osob; 39,7 %) se cítí být ve svém povolání doceněna, druhá největší část (22 osob; 34,9 %) zvolila hodnotu 3, ta by se dala přeložit jako ani doceněn, ani nedoceněn. 8 respondentů (13 %) se cítí převážně docenění. Oproti tomu podobně početná skupina (7 osob; 11 %) se cítí v povolání lékaře nedoceněna. Jeden respondent se dokonce cítí velmi nedoceněn.

Pocit docenění - cítím se.	Celkem odpovědělo	Procentuální zastoupení celkem	Procentuální zastoupení odpovězených
1 (Velmi doceněn)	8	12,5	12,7
2	25	39,1	39,7
3	22	34,4	34,9
4	7	10,9	11,1
5 (Velmi nedoceněn)	1	1,6	1,6
Odpovězeno	63	98,4	100,0
Neodpovězeno	1	1,6	
Celkem	64	100,0	

Tabulka 9: Pocit docenění.

### Položky z Rosenbergovy škály sebehodnocení:

Následující čtyři položky měří sebehodnocení a pocházejí z Rosenbergovi škály pro sebehodnocení (self-esteem).

### 10.1.6 Celkově jsem se sebou spokojená/ý

58 respondentů (90,6 %) souhlasí s tvrzením oproti 6ti (9,4 %), kteří nesouhlasí, že by se sebou byli celkově spokojeni.

Naprostá většina (45 osob; 70,3 %) souhlasí s tvrzením, že jsou se sebou spokojeni. Pokud však jejich odpověď srovnáme s respondenty, kteří zvolili možnost naprosto souhlasím (13 osob; 20,3 %), je v jejich volbě přítomná určitá nespokojenost se sebou samým. 6 osob (9,4 %) nesouhlasí, že by se sebou byli celkově spokojeni. Přejí si tedy být lepší, avšak nezvolili naprosto nesouhlasím, tedy jsou schopni nahlédnout na to, že mají i svá pozitiva. Žádný z respondentů nezvolil možnost Naprosto nesouhlasím.

Celkově jsem se sebou spokojená/ý.	Celkem odpovědělo	Procentuální zastoupení celkem
Naprosto souhlasím	13	20,3
Souhlasím	45	70,3
Nesouhlasím	6	9,4
Celkem	64	100,0

Tabulka 10: Celková spokojenost se sebou samým.

U dotazovaných, kteří uvedli, že se sebou nejsou spokojeni mě zajímalo jak vyhodnotili následující položky: Pocit smysluplnosti práce, Spokojenost s platem, Spokojenost s pracovními podmínkami, Pocit docenění a ostatní tři položky Rosenbergrova dotazníku. Tabulka níže - čím vyšší číslo zvolili (škála 1-5), tím negativněji hodnotily položku.

Pohlaví	Smysluplnost práce	Spokojenost s platem	Spokojenost s pracovními podmínkami	Pocit docenění	Mám k sobě kladný vztah.	Mám řadu dobrých vlastností.	Chtěl/a bych si sebe víc vážít.
Žena	2	3	3	3	Nesouhlasím	Souhlasím	Souhlasím
Žena	2	4	3		Naprosto souhlasím	Souhlasím	Souhlasím
Muž	4	4	3	4	Nesouhlasím	Naprosto souhlasím	Souhlasím
Muž	1	3	3	3	Souhlasím	Souhlasím	Souhlasím
Muž	2	2	3	2	Nesouhlasím	Souhlasím	Souhlasím
Muž	1	4	4	3	Souhlasím	Souhlasím	Souhlasím

Tabulka 11: Celková spokojenost se sebou samým 2.

Dva respondenti byly ženy a 4 muži, všichni se shodli, že by si sebe chtěli víc vážít, ale uvědomují, že mají řadu dobrých vlastností. Polovina z nich souhlasí s tím, že k sobě mají dobrý vztah, ale druhá polovina to popírá. Většina (5 ze 6) se necítí být dostatečně doceněna. Všichni jsou spíše nespokojeni s pracovními podmínkami a většina (5 ze 6) je nespokojena s platem. Většina (5 ze 6) pokládá své povolání za smysluplné.

### 10.1.7 Mám k sobě kladný vztah

S tvrzením souhlasí 60 respondentů (93,7 %) a nesouhlasí 4 (6,3 %).

16 (25 %) dotazovaných naprosto souhlasí, a tak vyjadřují pozitivní sebehodnocení. Většina respondentů (44 osob; 69 %) souhlasí, že mají k sobě kladný vztah, dá se tedy říct, že se mají rádi, avšak v kontrastu se skupinou, jež zvolila naprosto souhlasím, tak vyjařují svou zvýšenou sebekritičnost. 4 dotazovaní (6 %) s tvrzením nesouhlasí, tedy dá se říct, že k sobě mají negativní vztah, jsou se sebou nespokojeni a je řada věcí, které jim na sobě vadí. V kontrastu s nezvolenou položkou Naprosto nesouhlasím si však uvědomují i pozitivní stránky své osobnosti. Naprosto nesouhlasím nezvolil žádný z lékařů.

Mám k sobě kladný vztah.	Celkem odpovědělo	Procentuální zastoupení celkem
Naprosto souhlasím	16	25,0
Souhlasím	44	68,8
Nesouhlasím	4	6,3
Celkem	64	100,0

Tabulka 12: Vztah k sobě.

### 10.1.8 Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností

Všichni dotazovaní (64 osob) si o sobě myslí, že mají řadu dobrých vlastností, z toho 51 (80 %) z nich s tímto výrokem souhlasila a 13 (20 %) naprosto souhlasila. Žádný z dotazovaných nepochybuje o sobě jako o člověku s dobrými vlastnostmi.

Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.	Celkem odpovědělo	Procentuální zastoupení celkem	Procentuální zastoupení odpovězených
Naprosto souhlasím	13	20,3	20,3
Souhlasím	51	79,7	79,7
Celkem	64	100,0	100,0

Tabulka 13: Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností

### 10.1.9 Chtěl/a bych si sám/a sebe víc vážit

Přesná polovina (32 osob) dotazovaných s výrokem souhlasí a druhá nesouhlasí.

3 lékaři naprosto souhlasí s tím, že by si sebe chtěli víc vážit. 29 lékařů (45,3 %) souhlasí, tedy také by si přáli mít vyšší sebeúctu, avšak oproti těm, co zvolili naprosto souhlasím mají k sobě kladnější vztah a víc si sebe váží. S výrokem nesouhlasí 30 osob (46,9 %). Dva (3,1 %) z 64 lékařů o své hodnotě naprosto nepochybuji.



Chtěl/a bych si sám/a sebe víc vážít.	Celkem odpovědí	Procentuální zastoupení
Naprosto nesouhlasím	2	3,1
Nesouhlasím	30	46,9
Souhlasím	29	45,3
Naprosto souhlasím	3	4,7
Celkem	64	100,0

Tabulka 14: Chtěla bych si sebe víc vážít.

## DRUHÁ ČÁST DOTAZNÍKU - KAZUISTIKY

Položky jsou pro větší přehlednost seřazeny podle četnosti výskytu a barevně zvýrazněny. Položky typické pro dehumanizaci jsem v tabulce zvýraznila modře a ty, které vyznačují vlastnosti typické pro lidi oranžově.

K atributům (první sloupec tabulky) jsou přiřazeny zkratky HN, HU, MD a AD (v druhém sloupci tabulky). Ty jsou počátečními písmeny následujících termínů: HN human nature (vlastnosti přirozeně lidské – vrozené); HU-human uniquely (vlastnosti jedinečně lidské - získané); MD-mechanistic dehumanization (mechanický typ dehumanizace) a AD-anymalistic dehumanization (zvířecí typ dehumanizace). Ve třetím sloupci je uvedený celkový počet lékařů, kteří danou vlastnost zvolili a v posledním sloupci je tento počet procentuálně vyjádřen.

Míru sympatie, jenž měli respondenti uvádět u jednotlivých pacientů mohli vyjádřit volbou následujících položek: velmi sympatický/ sympatický/ ani sympatický, ani nesympatický/ nesympatický/ velmi nesympatický.

U hodnocení míry závažnosti onemocnění daného pacienta byla možnost výběru na Likterově škále 1-5, kdy jednička představovala onemocnění/ postižení nezávažné a 5 život ohrožující.

U položky, kdy měli lékaři hodnotit míru ovlivnění pacientova života onemocněním/postižením, mohli vybírat z alternativ: Snížená schopnost se rozhodovat; Změna chování oproti běžné populaci; Fyzická odlišnost od běžné populace. Respondenti mohli zvolit žádnou až všechny položky.

Následoval výčet vlastností, které lékaři přiřazovat jednotlivým pacientům na podkladě informací a fotografie které obdržely.

### 10.1.10 Kazuistka 1

37letý pacient trpící schizofrenií. Pracuje jako kuchař. Trpí pravidelnými remisemi bludů, kvůli kterým musí být hospitalizovaný.

Míra sympatie: ani sympatický ani nesympatický 38 (59,4 %), sympatický 22 (34,4 %), nesympatický 4 (6,3 %)

Závažnost onemocnění: hodnota 2 - 4 osoby; 6,3 %; hodnota 3 -14 osob (21,9 %); hodnota 4 - 36 osob (56,3 %); hodnota 5 -10 osoby (15,6 %)

Posouzení ovlivnění pacientova života onemocněním/postižením:

3 dotazovaní (4,7 %) nevybrali žádnou z možností;

Největší skupina respondentů zvolila, že pacienta má změněné chování oproti běžné populaci – 32 respondentů (50 %)

Druhá největší skupina lékařů 23 respondentů (35,9 %) zvolila kombinaci: Snížená schopnost se rozhodovat a změněné chování oproti běžné populaci.

6 dotazovaných (9,4 %) vybralo možnost: Snížená schopnost se rozhodovat.

Výběr de/humanizačních položek: První dvě položky (slušný a citlivý), které lékaři přiřadili k první kazuistice jsou typické pro lidství tedy humanizační. Pak následovalo pět dehumanizačních položek: pasivní, netečný, chladný, rigidní a řídicí se instinktivně.

Atributy	Typ položek	Celkem vybralo	Procentuální zastoupení
Slušný	HN	48	79 %
Citlivý	HU	21	34 %
Pasivní	MD	21	34 %
Netečný	MD	16	26 %
Chladný	MD	13	21 %
Rigidní	MD	11	18 %
Řídicí se instinktivně	AD	10	16 %
Morálně založený	HU	8	13 %
Nahraditelný	MD	8	13 %
Osobnostně vyspělý	HU	6	10 %
Logicky uvažující	HU	6	10 %
Nekultivovaný	AD	5	8 %
Jedinečný	HN	5	8 %
Aktivní	HN	4	7 %
Vřelý	HN	3	5 %
Otevřený	HN	3	5 %
Povrchní	MD	3	5 %
Oduševnělý	HN	3	5 %
Dětský	AD	2	3 %
Obhroublý	AD	2	3 %
Amorální	AD	1	2 %

Tabulka 15: Kazuistika 1 - zastoupení jednotlivých atributů.

### 10.1.11 Kazuistika 2

87letá pacientka trpící středně pokročilou Alzheimerovou chorobou. Žije v pečovatelském domě.

Míra sympatie: Velmi sympatická – 6 osob (9,4 %); Sympatický - 24 osob (37,5 %); Ani sympatický, ani nesympatický - 32 osob (50 %), Nesympatický - 2 osoby (3,1 %)

Závažnost onemocnění: 1 osoba položku nevyplnila; hodnotu 2 – 7 osob (10,9 %); hodnotu 3 - 18 osob (28,1 %); hodnotu 4 – 29 osob (45,3 %); hodnotu 5 - 9 osob (14,1 %)

Posouzení ovlivnění pacientova života onemocnění/ postižením:

2 dotazovaní (3,1 %) nevybrali žádnou z možností;

Největší skupina respondentů (27 osob; 42,2 %) zvolila kombinaci položek: Snížená schopnost se rozhodovat a změněné chování oproti běžné populaci.

16 respondentů (25 %) se rozhodlo pro kombinaci položek: Snížená schopnost se rozhodovat, změněné chování oproti běžné populaci a fyzická odlišnost od běžné populace.

Snížená schopnost se rozhodovat – 12 respondentů (18,6 %)

Položku změněné chování oproti běžné populaci vybralo 6 respondentů (9,9 %)

Kombinace položek snížená schopnost se rozhodovat a fyzická odlišnost od běžné populace zvolil 1 respondent (1,6 %).

Výběr de/humanizačních položek: U pacientky s Alzheimerovou chorobou se ve výběru vlastností poměrně pravidelně střídají položky humanizační s dehumanizačními.

Atributy	Typ položek	Celkem vybralo	Procentuální zastoupení
Slušná	HN	33	54 %
Pasivní	MD	23	38 %
Dětinská	AD	22	36 %
Citlivá	HU	22	36 %
Netečná	MD	16	26 %
Morálně založená	HU	12	20 %
Rigidní	MD	12	20 %
Vřelá	HN	10	16 %
Jedinečná	HN	8	13 %
Otevřená	HN	7	11 %
Řídící se instinktivně	AD	7	11 %
Osobnostně vospělá	HU	6	10 %
Chladná	MD	5	8 %
Aktivní	HN	4	7 %
Obhroublá	AD	3	5 %

Atributy	Typ položek	Celkem vybralo	Procentuální zastoupení
Nahraditelná	MD	3	5 %
Amorální	AD	2	3 %
Nekultivovaná	AD	2	3 %
Oduševnělá	HN	2	3 %
Logicky uvažující	HU	2	3 %
Povrchní	MD	1	2 %

Tabulka 16: Kazuistika 2 - zastoupení jednotlivých atributů.

### 10.1.12 Kazuistika 3

31letá pacientka s Downovým syndromem. Žije v chráněném bydlení a pracuje jako servírka v chráněné kavárně.

Míra sympatie: Velmi sympatická – 1 osoba (1,6 %); Sympatický – 10 osob (15,6 %); Ani sympatický, ani nesympatický - 31 osob (48,4 %); Nesympatický – 21 osob (32,8 %); Velmi nesympatická - 1 osoba (1,6 %)

Závažnost onemocnění: 1 respondent (1,6 %) položku nevyplnil; hodnotu 2 – 7 osob (10,9 %); hodnotu 3 - 34 osob (53,1 %); hodnotu 4 – 22 osob (34,4 %); hodnotu 5 - 1 osoba (1,6 %)

Posouzení ovlivnění pacientova života onemocněním/ postižením:

2 dotazovaní (3,1 %) nevybrali žádnou z možností;

Převážná většina respondentů (49 osob; 76,6 %) zvolila kombinaci položek snížená schopnost se rozhodovat, změněné chování oproti běžné populaci a fyzická odlišnost od běžné populace

Kombinace změněné chování oproti běžné populaci a fyzická odlišnost od běžné populace zvolilo 5 respondentů (7,8 %)

Kombinace snížená schopnost se rozhodovat a změněné chování oproti běžné populaci udali 3 respondenti (4,7 %).

Fyzická odlišnost od běžné populace – 2 respondenti (3,1 %)

Změněné chování oproti běžné populaci – 2 respondenti (3,1 %)

Snížená schopnost se rozhodovat – 1 respondent (1,6 %)

Výběr de/humanizačních položek: V této kazuistice byly nejčastěji voleny dehumanizační položky dětinská a řídicí se instinktivně. Dále dotazovaní volili vlastnost citlivá, nekultivovaná, aktivní, slušná a vřelá.

Atributy	Typ položek	Celkem vybralo	Procentuální zastoupení
Dětská	AD	47	77 %
Řídící se instinktivně	AD	27	44 %
Citlivá	HU	24	39 %
Nekultivovaná	AD	21	34 %
Aktivní	HN	19	31 %
Slušná	HN	18	30 %
Vřelá	HN	17	28 %
Otevřená	HN	14	23 %
Jedinečná	HN	12	20 %
Obhroublá	AD	11	18 %
Rigidní	MD	8	13 %
Pasivní	MD	8	13 %
Netečná	MD	6	10 %
Povrchní	MD	6	10 %
Nahraditelná	MD	5	8 %
Amorální	AD	4	7 %
Chladná	MD	4	7 %
Logicky uvažující	HU	3	5 %
Morálně založená	HU	2	3 %
Oduševnělá	HN	2	3 %
Osobnostně vyspělá	HU	0	0 %

Tabulka 17: Kazuistika 3 - zastoupení jednotlivých atributů.

#### 10.1.13 Kazuistika 4

45letý učitel, trpící mírnou formou atopického ekzému. Projevy jsou výraznější zejména v období zimy a to v oblasti plosek nohou.

Míra sympatie: 1 respondent (1,6 %) položku nevyplnil; Velmi sympatická - 19 osob (29,7 %); Sympatický – 34 osob (53,1 %); Ani sympatický, ani nesympatický – 10 osob (15,6 %);

Závažnost onemocnění: hodnotu 1 - 34 osob (53,1 %); hodnotu 2 – 25 osob (39,1 %); hodnotu 3 - 2 osoby (3,1 %); hodnotu 4 – 1 osoba (1,7 %);

Posouzení ovlivnění pacientova života onemocněním/ postižením:

36 dotazovaných (56,3 %) nevybralo žádnou z možností;

27 respondentů (42,2 %) zvolilo položku Fyzická odlišnost od běžné populace

Snížená schopnost se rozhodovat vybral 1 respondent (1,6 %)

Výběr de/humanizačních položek:

Převážná většina dotazovaných volila humanizační položky. Dehumanizační atributy byli přiřknuty pouze 5x.

Atributy	Typ položek	Celkem vybralo	Procentuální zastoupení
Slušný	HN	53	87 %
Osobnostně vyspělý	HU	45	74 %
Aktivní	HN	45	74 %
Logicky uvažující	HU	39	64 %
Otevřený	HN	27	44 %
Morálně založený	HU	26	43 %
Citlivý	HU	14	23 %
Vřelý	HN	12	20 %
Jedinečný	HN	11	18 %
Oduševnělý	HN	9	15 %
Nahraditelný	MD	2	3 %
Řídící se instinktivně	AD	2	3 %
Chladný	MD	1	2 %
Dětinský	AD	0	0 %
Obhroublý	AD	0	0 %
Amorální	AD	0	0 %
Nekultivovaný	AD	0	0 %
Netečný	MD	0	0 %
Rigidní	MD	0	0 %
Povrchní	MD	0	0 %
Pasivní	MD	0	0 %

Tabulka 18: Kazuistika 4 - zastoupení jednotlivých atributů.

V následující tabulce můžeme srovnat, které kazuistiky vedly nejčastěji k dehumanizaci – jaké bylo minimum a maximum zvolených položek jedním respondentem, dále celkový počet zvolených de/humanizačních položek v dané kazuistice, jejich průměrný počet se směrodatnou odchylkou

Kazuistiky 1-4 Humanizační a dehumanizační položky	Celkový počet respondentů	Minimum zvolených položek jedním respo.	Maximum zvolených položek jedním respo.	Celkem zvolených položek	Průměr	Standartní odchylka
kazuistika 1_ND	64	,00	9,00	107,00	1,6719	1,58419
kazuistika 1_D	64	,00	6,00	92,00	1,4375	1,46791
kazuistika 2_ND	64	,00	8,00	106,00	1,6563	1,68296
kazuistika 2_D	64	,00	5,00	96,00	1,5000	1,44749
kazuistika 3_ND	64	,00	9,00	111,00	1,7344	2,03339
kazuistika 3_D	64	,00	6,00	147,00	2,2969	1,51898
kazuistika 4_ND	64	,00	10,00	281,00	4,3906	2,39455
kazuistika 4_D	64	,00	1,00	5,00	,0781	,27049

Tabulka 19: Celkové zastoupení de/humanizačních atributů v jednotlivých kazuistikách.

U prvních dvou kazustik byl poměr dehumanizačních a humanizačních položek poměrně stejný, s tím, že v obou případech jemně převyšovaly humanizační položky nad dehumanizačními. Ve třetí kazuistice byl rozdíl již markantnější ve prospěch dehumanizačních položek. Naprostý nepoměr při výběru de/humanizačních položek byl u 45 letého muže s atopickým ekzémem, naprostá většina respondentů vybírala jen z atributů typických pro humanizaci.

## TŘETÍ ČÁST DOTAZNÍKU

### 10.1.14 Ve zdravotnictví se často cítím jen jako pacientův prostředek k znovunabytí zdraví/ zbavení se bolesti, obtíží a podobně.

29 respondentů (45,4 %) s tvrzením souhlasí oproti 35 (54,7 %) kteří s ním nesouhlasí.

9 tázaných zcela nesouhlasí s tím, že by se ve zdravotnictví cítilo jako pacientův prostředek k znovunabytí zdraví. Největší část lékařů (26 osob; 40,6 %) spíše nesouhlasí, tedy připouštějí, že jsou pacienti se kterými ne necítí jen prostředky ke znovunabytí zdraví. Naopak druhá největší skupina respondentů (25 osob; 39 %) spíše souhlasí. V porovnání s předcházející skupinou se většinou cítí ve vztahu s pacientem objektivizováni, avšak narozdíl od poslední skupin si stále uvědomují, že jsou i pacienti, kteří je vnímají celostně jako lidské bytosti. 4 respondenti (6,3 %) zcela souhlasí, tedy potvrzují, že se ve zdravotnictví často cítí jen jako pacientův prostředek.

<b>Ve zdravotnictví se často cítím jen jako pacientův prostředek k znovunabytí zdraví/ zbavení se bolesti, obtíží a podobně.</b>	<b>Počet</b>	<b>Procentuální zastoupení</b>
Zcela souhlasím	4	6,3
Spíše souhlasím	25	39,1
Spíše nesouhlasím	26	40,6
Zcela nesouhlasím	9	14,1
<b>Celkem</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

Tabulka 20: Pacientův prostředek.

### 10.1.15 Při ošetřování pacienta mám pocit, že jsem pro něj jen jeden z „armády“ lékařů.

14 dotazovaných (37,5 %) s výrokem nesouhlasí, oproti 40 (62,5 %) kteří sdílejí názor, že jsou pro pacienta jen jeden z armády lékařů.

9 lékařů (14,1 %) s výrokem zcela nesouhlasím, uvědomují si tedy svou výsadní roli v tomto vztahu. 31 dotazovaných (48,4 %) spíše nesouhlasí, připouštějí tak, že se občas cítí jako jeden z mnohých ošetřujících, tedy zastupitelní. 19 osob (29,7 %) spíše souhlasí - jsou pacienti u kterých cítí svou výmečnou pozici, ale v mnohých situacích se cítí deindividualizovaní. 5 lékařů (7,8 %) s výrokem zcela souhlasí, to znamená, že se cítí zastupitelní.

<b>Při ošetřování pacienta mám pocit, že jsem pro něj jen jeden z „armády“ lékařů.</b>	<b>Počet</b>	<b>Procentuální zastoupení</b>
Zcela souhlasím	5	7,8
Spíše souhlasím	19	29,7
Spíše nesouhlasím	31	48,4
Zcela nesouhlasím	9	14,1
<b>Celkem</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

Tabulka 21: Jeden z "armády" lékařů.

#### 10.1.16 Mám pocit, že čím více mám zkušeností v oboru, tím mám větší tendenci se spolehnout výhradně na svůj úsudek a méně beru na zřetel názor jiných na danou problematiku.

23 lékařů (35,9 %) s tvrzením souhlasí oproti 41 (64,1 %), kteří s ním nesouhlasí.

13 dotazovaných (20,3 %) zcela nesouhlasí. Tedy zcela popírají, že by s narůstající praxí se cítili být neomylní a nebrali na zřetel názor druhých. 28 osob (43,8 %) spíše nesouhlasí, tedy připouští, že získáním zkušeností se stávají více nezávislími, avšak stále mají v paměti potřebu konzultovat. 21 lékařů (32,8 %) spíše souhlasí, tedy často se spoléhají výhradně na svůj úsudek a mají menší tendenci konzultovat. Pouze 2 respondenti (3,1 %) zcela souhlasí s tvrzením.

<b>Mám pocit, že čím více mám zkušeností v oboru, tím mám větší tendenci se spolehnout výhradně na svůj úsudek a méně beru na zřetel názor jiných na danou problematiku.</b>	<b>Počet</b>	<b>Procentuální zastoupení</b>
Zcela souhlasím	2	3,1
Spíše souhlasím	21	32,8
Spíše nesouhlasím	28	43,8
Zcela nesouhlasím	13	20,3
<b>Celkem</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

Tabulka 22: Zkušenosti v oboru.

#### 10.1.17 Myslím si, že mě pacienti vnímají i jako člověka.

56 lékařů (87,5 %) si myslí, že je pacient vnímá i jako člověka oproti 8 (12,5 %), kteří s tvrzením nesouhlasí.

17 dotazovaných (26,6 %) si myslí, že pacienti je vnímají nejen jako odborníka, za kterým jdou pro pomoc, ale také jako člověka s atributy typickými pro lidství. Největší část lékařů (39 osob; 60,9 %) spíše souhlasí a tak připouštějí, že pacienti k nim přistupují více účelově bez náhledu na lékařovy potřeby.



6 respondentů (9,4 %) spíše nesouhlasí - pocitují, že k nim pacient přichází jako k odborníkovi a nevnímá jejich lidské atributy. 2 respondenti (3,1 %) zcela souhlasí a tak vyjadřují svůj pocit být dehumanizováni ze strany ošetřovaného.

<b>Myslím si, že mě pacienti vnímají i jako člověka.</b>	<b>Počet</b>	<b>Procentuální zastoupení</b>
Zcela nesouhlasím	2	3,1
Spíše nesouhlasím	6	9,4
Spíše souhlasím	39	60,9
Zcela souhlasím	17	26,6
<b>Celkem</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

Tabulka 23: Vnímají i jako člověka.

### 10.1.18 Pacienta vnímám jako hádanku, kterou rozšifruji (diagnostika) a vyřeším (léčba).

S výrokem souhlasí 37 dotazovaných (57,8 %), naopak nesouhlasí s ním 27 osob (42,2 %).

Zcela nesouhlasí 3 (4,7 %), ti tedy plně vnímají pacienta jako jedince s lidskými atributy a ponechávají mu tak jeho jedinečnost. 24 dotazovaných (37,5 %) spíše nesouhlasí, připouští tak, že někdy během ošetření pacienta jej zpředmětní a soustředí se především na jeho problém s kterým přichází, přičemž jej opomenou vnímat jako celistvou bytost se všemi lidskými atributy. Největší část respondentů (30 osob; 46,9 %) spíše souhlasí s tím, že pacienta vnímají jako hádanku. 7 dotazovaných (10,9 %) zcela souhlasí s tvrzením.

<b>Pacienta vnímám jako hádanku, kterou rozšifruji (diagnostika) a vyřeším (léčba).</b>	<b>Počet</b>	<b>Procentuální zastoupení</b>
Zcela souhlasím	7	10,9
Spíše souhlasím	30	46,9
Spíše nesouhlasím	24	37,5
Zcela nesouhlasím	3	4,7
<b>Celkem</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

Tabulka 24: Pacient jako hádanka.

10.1.19 Pokud mluvíte s kolegou o konkrétním pacientovi, stane se Vám, že místo jména pacienta použijete název problému, se kterým za vámi přišel?

17 lékařů (26,5 %) často používají místo pojmenování pacienta jeho vlastním jménem název diagnózy s kterou za nimi přichází. Občas tak činí 23 dotazovaných (35,9 %). Málokdy, či nikdy 24 respondentů (37,5 %).

<b>Pokud mluvíte s kolegou o konkrétním pacientovi, stane se Vám, že místo jména pacienta použijete název problému, se kterým za vámi přišel?</b>	<b>Počet</b>	<b>Procentuální zastoupení</b>
Stále	2	3,1
Často	15	23,4
Občas	23	35,9
Zřídka	17	26,6
Nikdy	7	10,9
<b>Celkem</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

Tabulka 25: "Nálepkování".

10.1.20 V otázce léčby bych měl mít, jako lékař, právo rozhodovat za pacienta.

S tvrzením souhlasí 17 lékařů (26,6 %), 47 (73,5 %) nesouhlasí.

Žádný z respondentů nezvolil zcela souhlasím s právem převzít možnost voby a zodpovědnosti za pacienta. 17 dotazovaných spíše souhlasí s tím, že by měli mít právo rozhodovat za pacienta, to znamená, že by souhlasili s odepřením léčenému jednoho z hlavních atributů lidství. Spíše nesouhlasí 22 lékařů (39,1 %), ty svou volbou připouštějí, že v určitých případech by měli mít právo rozhodnout za pacienta. 25 dotazovaných (39,1 %) zcela nesouhlasí s tvrzením - odepřít pacientovy možnost volby.

<b>V otázce léčby bych měl mít, jako lékař, právo rozhodovat za pacienta.</b>	<b>Počet</b>	<b>Procentuální zastoupení</b>
Zcela souhlasím	0	0
Spíše souhlasím	17	26,6
Spíše nesouhlasím	22	34,4
Zcela nesouhlasím	25	39,1
<b>Celkem</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

Tabulka 26: Právo rozhodovat.

Hlubší pohled na respondenty jež s výrokem spíše souhlasili:

Pohlaví	Specializace	Počet let praxe	Průměrný počet odpracovaných hodin měsíčně:	Pracuji v
Žena	Anesteziolog	6	240	V nemocnici
Muž	Chirurg	1	45	V nemocnici
Muž	Chirurg	6	240	V soukromé praxi jako zaměstnanec
Žena	Chirurg	11	240	V nemocnici
Žena	Dermatolog	15	108	V soukromé praxi jako zaměstnavatel
Žena	Gynekolog	50	20	V soukromé praxi jako zaměstnanec, V soukromé praxi jako zaměstnavatel
Muž	Gynekolog	24	185	V ambulanci
Muž	Gynekolog	9	300	V nemocnici, V ambulanci
Žena	Hematologie a transfuzní služba	44	80	V soukromé praxi jako zaměstnanec
Žena	Internista	20	210	V nemocnici, V ambulanci
Žena	Internista,infektolog	32	110	V nemocnici
Muž	Ortoped	25	190	V soukromé praxi jako zaměstnavatel
Žena	Pediatr	39	130	V soukromé praxi jako zaměstnavatel
Muž	Pediatr	40	278	V nemocnici
Žena	Stomatolog	4	130	V soukromé praxi jako zaměstnanec
Žena	Stomatolog	3	160	V soukromé praxi jako zaměstnanec
Muž	Stomatolog	20	180	V soukromé praxi jako zaměstnavatel

Tabulka 27: Právo rozhodovat 2.

10 respondentů byly ženy (24 % z celkového množství) a 7 muži (33 % celkového množství). Specializací se jednalo o 3 chirurgy, 3 stomatology, 2 internisty, 2 pediatry, dermatolog, ortoped, anesteziolog a hematolog. Průměrný počet let praxe byl 20,5, medián nabýval hodnot 20 a modus 6. Nejdelší doba praxe byla 50 let, nejkratší 1 rok. Průměrný počet odpracovaných hodin činí 167, medián nabývá hodnot 180 a modus 240. Nejnižší počet odpracovaných hodin měsíčně je 20, oproti tomu nejvyšší čítá 300 hodin. Přes polovinu dotazovaných (9 osob; 53 %) pracuje v nemocnici a zbytek v soukromé praxi.

#### 10.1.21 Mám pocit, že jsem pro svého zaměstnavatele především nástrojem na vydělávání peněz.

Na tuto otázku měli odpovídat pouze zaměstnanci, přestože 14 respondentů jsou sami sobě zaměstnavateli, neodpovědělo na ní 18 osob. Tedy 4 zaměstnanci se z nějakých důvodů rozhodli položku nevyplnit.

Přes polovinu dotazovaných (29 osob; 63 %) souhlasí s tím, že jsou pro svého zaměstnavatele především nástrojem na vydělávání peněz. 17 lékařů (36,9) s výrokem nesouhlasí.

Zcela souhlasí 11 osob (23,9 %) a tak vyjadřují svůj pocit být dehumanizováni ze strany zaměstnavatele - reifikováni. 18 dotazovaných (39,1 %) spíše souhlasí, tedy vnímají ve vztahu se svým zaměstnavatelem i lidskou dimenzi, avšak s převažujícím instrumentálním přístupem. 14 lékařů (21,9 %) se vyjádřilo, že spíše nesouhlasí, tedy vnímají, že se o ně jejich zaměstnavatel zajímá i jako o jedince se svými potřebami. 3 zaměstnanci (6,5 %) zcela nesouhlasí s tím, že by pro svého zaměstnavatele byli především nástrojem na vydělávání peněz.

Mám pocit, že jsem pro svého zaměstnavatele především nástrojem na vydělávání peněz.	Počet	Procentuální zastoupení celkem	Procentuální zastoupení odpovězených
Zcela souhlasím	11	17,2	23,9
Spíše souhlasím	18	28,1	39,1
Spíše nesouhlasím	14	21,9	30,4
Zcela nesouhlasím	3	4,7	6,5
Zodpovězeno	46	71,9	100,0
Nezodpovězeno	18	28,1	
Celkem respondentů	64	100,0	

Tabulka 28: Nástroj na vydělávání peněz.

## 10.2 Shrnutí výsledků dotazníku

Dotazník vyplnilo 42 žen (66 %) a 21 mužů (33 %), jeden (1,5 %) z respondentů své pohlaví neuvedl. Nejčastěji se vyskytující specializací respondentů bylo interní lékařství (9 osob; 14 %), stomatologie (9 osob; 14 %), pediatrie (7 osob; 11 %), gynekologie (7 osob; 11 %), psychiatrie (6 osob; 9 %), praktické lékařství (5 osob; 8 %). Průměrný počet let praxe účastníků byl 17, 4 roku, medián nabýval hodnoty 14,5 roku a modus 6 let. Nejnižší počet let praxe byl jeden rok, nejvyšší naopak 50 let. Nejpočetnější skupina účastníků (16 osob; 25 %) se pohybovalo mezi 6 až 11 let praxe.

Přesná polovina respondentů pracuje 169 a více hodin měsíčně. Průměr je u této skupiny 217 hodin, medián nabývá hodnot 210 a modus 180. Maximální počet odpracovaných hodin byl 300 a minimální 170.

Převážná většina lékařů (54 osob; 85,7 %) pokládá svou práci za smysluplnou, 30 dotazovaných (46,8 %) je spokojeno se svým platem, 35 respondentů je spokojeno s pracovními podmínkami a 33 respondentů (52,4 %) se cítí ve své práci doceněna. Jeví se tak, že zhruba polovina lékařů je spokojena s pracovními podmínkami.

Při odpovídání na položky vyňaté z Rosenbergovy škály sebehodnocení bylo 58 lékařů (90,6 %) se sebou celkově spokojených, 60 z nich (93,7 %) odpovídalo, že má k

sobě kladný vztah, všichni (64 osob) si myslí, že mají řadu dobrých vlastností a přesná polovina (32 osob) dotazovaných by si chtěla sama sebe víc vážit. Dá se říct, že většina lékařů hodnotí sami sebe pozitivně.

Jednotlivé kazuistiky hodnotily respondenti následovně: **První kazuistika** byl 37letý pacient trpící schizofrenií. 50 dotazovaných (78,2 %) hodnotí onemocnění jako středně závažné až závažné. Na nejpočetnější skupinu respondentů (38 osob; 59,4 %) pacient působil jako ani sympatický, ani nesympatický. Největší skupina respondentů (32 respondentů; 50 %) zvolila, že pacienta má změněné chování oproti běžné populaci. Při výběru de/humanizačních položek nejčastěji volili vlastnosti slušný a citlivý které jsou typické pro lidství (humanizační položky). Pak následovalo pět dehumanizačních položek: pasivní, netečný, chladný, rigidní a řídící se instinktivně.

Druhou kazuistiku představovala 87letá pacientka trpící středně pokročilou Alzheimerovou chorobou. 47 osob (73,4 %) považovalo její onemocnění za středně závažné až závažné. Největší skupina respondentů (32 osob; 50 %) jí hodnotilo jako ani sympatickou, ani nesympatickou. Při posuzování míry ovlivnění pacientova života onemocněním největší skupina (27 osob; 42,2 %) respondentů zvolila kombinaci položek: Snížená schopnost se rozhodovat a změněné chování oproti běžné populaci. Při výběru vlastností se poměrně pravidelně střídají položky humanizační s dehumanizačními: slušná, pasivní, dětinská, citlivá, netečná, morálně založená, rigidní.

31letá pacientka s Downovým syndromem byla součástí třetí kazuistiky. Postižení 56 dotazovaných (53,1 %) hodnotí jako středně závažné až závažné. Jako u předchozích kazuistik největší skupina (31 osob; 48,4 %) dotazovaných zvolila při posouzení míry sympatie střední hodnotu - ani sympatický, ani nesympatický. A převážná většina respondentů (49 osob; 76,6 %) zvolila při hodnocení rozsahu ovlivnění pacientčina života postižením kombinaci položek: snížená schopnost se rozhodovat, změněné chování oproti běžné populaci a fyzická odlišnost od běžné populace – tedy zvolili kombinaci všech tří položek. V kazuistice byly nejčastěji voleny dehumanizační položky dětinská a řídící se instinktivně. Dále lékaři vybrali vlastnost citlivá, nekultivovaná, aktivní, slušná a vřelá.

Čtvrtou kazuistikou byl 45letý učitel, trpící mírnou formou atopického ekzému. 59 osob (92,2 %) onemocnění hodnotilo jako nezávažné až mírně závažné. 53 dotazovaným (82,8 %) byl pacient sympatický. Nejpočetnější část respondentů (36

osob; 56,3 %) nevybralo žádnou z nabízených možností odlišnosti posuzovaného od běžné populace a převážná většina volila humanizační položky. Dehumanizační atributy byli přiřknuty pouze 5x

Obecně se dá říct, že u onemocnění/ postižení, které lékaři uváděli jako středně závažné až závažné volili nejčastěji míru sympatie střední hodnotu, tedy ani sympatický/á, ani nesympatický/á. Při posuzování jejich odlišnosti od běžné populace nejpočetnější skupina dotazovaných zvolila v průměru dvě položky ze tří. A u volby vlastností, které by lékaři přisoudily pacientovy na podkladě daných informací se na prvních místech v četnosti vždy objevovaly dehumanizační položky.

Oproti tomu pacient jehož onemocnění zhodnotili lékaři za nezávažné, jim byl převážně sympatický (53 osob; 82,8 %), jeho stav označili jako nezávažný až mírně závažný 59 osob (92,2 %) a připisovaly mu většinou atributy typické pro lidství (281 humanizačních položek vs 5 dehumanizačním).

V třetí části dotazníku, jak jsem již předestřela jsem předložila respondentům inventář obsahující dehumanizační výroky. Šlo mi o posouzení míry lékařova pocitu být dehumanizován a jeho tendencí dehumanizovat pacienty.

Položky jenž měly sledovat lékařův pocit být dehumanizován ze strany pacienta byly tři. Skoro polovina lékařů (29 osob; 45,4 %) se ve zdravotnictví často cítí jen jako pacientův prostředek k znovunabytí zdraví a přes polovinu dotazovaných (40 osob; 62,5 %) má pocit, že jsou pro pacienta jen jeden z armády lékařů. Oproti tomu 56 lékařů (87,5 %) si myslí, že je pacient vnímá i jako člověka. Tedy přesto, že se zhruba polovina cítí být dehumanizovaná ze strany pacienta, tedy že je ošetřovaný vidí jako zaměnitelný prostředek, tak dvě třetiny dotazovaných přiznávají, že je pacient vidí i jako člověka.

Pro posouzení lékařova pocitu být dehumanizován ze strany zaměstnavatele jsem v dotazníku měla pouze jednu položku. Přes polovinu respondentů (29 osob; 63 %) souhlasilo s tím, že mají pocit být pro svého zaměstnavatele především nástrojem na vydělávání peněz. Tedy, že jsou ze strany zaměstnavatele objektivizováni.

Pro zachycení tendence dehumanizovat pacienty sloužily dvě tvrzení. Ty vyšly následovně: 37 dotazovaných (57,8 %) pacienta vnímá jako hádanku. 52 dotazovaných (81 %) občas až stále používají místo pojmenování pacienta jeho vlastním jménem název diagnózy s kterou za nimi přichází.

Poslední dvě tvrzení měly být schopné zachytit faktory přispívající ke vzniku dehumanizace, tedy sklon k mocenství a mistrovství. První mělo měřit tvrzení: “V otázce léčby bych měl mít, jako lékař, právo rozhodovat za pacienta.” s kterým souhlasilo 17 lékařů (26,6 %). Tendenci k mistrovství mělo 23 lékařů (35,9 %) - souhlasili, že čím více mají zkušeností v oboru, tím mají větší tendenci se spolehnout výhradně na svůj úsudek a méně beru na zřetel názor jiných na danou problematiku.

Obecně se z výsledků tedy dá říct, že zhruba polovina lékařů se cítí být dehumanizovaná, ať ze strany pacienta nebo zaměstnavatele. Přes polovinu dotazovaných má, podle odpovědí na položky inventáře, tendenci dehumanizovat pacienty. Jedna třetina respondentů odpovídala kladně na otázky jenž by měly mít schopnost měřit zvýšené riziko sklonu k dehumanizaci.

## 10.3 Výsledky výzkumu

### 10.3.1 Vztah mezi položkami zachycující spokojenost v práci a sebehodnocením

#### 10.3.1.1 Pocit smysluplnosti práce

Na podkladě analýzy můžeme říct, že pocit smysluplnosti práce interkoreluje se spokojeností s pracovními podmínkami a položkami z Rosenbergova dotazníku sebehodnocení. Na druhou stranu je dobré si všimnout že neexistuje žádná statisticky významná souvislost mezi pocitem smysluplnosti práce a spokojeností s platem.

#### 10.3.1.2 Spokojenost s platem

Z korelace položek spokojenost s platem, spokojeností s pracovními podmínkami a pocitem docenění se dá usoudit, že zaměstnanci kteří jsou dostatečně peněžně ohodnoceny a navíc jim zaměstnavatel připraví dobré pracovní podmínky, se cítí být docenění. Pozitivní celkový pocit z práce se spoluvyskytuje s pocitem spokojenosti se sebou samými.

Na podkladě analýzy dat se nulová hypotéza ( $H_0$ : Míra spokojenost s platem je nezávislá na pocitu docenění) zamíta. Výsledky dokazují, že je statisticky sygnifikantní vztah mezi mírou spokojenosti s platem a pocitem docenění.

### 10.3.1.3 Spokojenost s pracovními podmínkami

Opět se potvrzuje, že celková spokojenost s pracovníma podmínkami se spoluvyskytuje s kladným vztahem k sobě samému.

### 10.3.1.4 Pocit docenění

Dle výsledků analýzy se dá říct, že mezi výše jmenovanými položkami je následující vztah: čím se cítím víc doceněný, tím si sebe víc vážím a zároveň mám k sobě kladný vztah.

### 10.3.1.5 Celkově jsem se sebou spokojená a Mám k sobě kladný vztah

Potvrdily se korelace Rosenbergových položek sloužících k měření sebehodnocení.

Tabulka níže uvádí korelace mezi jednotlivými položkami. Modře zvýrazněné položky slouží k měření sebehodnocení (vyňaty z Rosenbergovy škály sebehodnocení), šedivě označené jsou určeny k sledování lékařovo spokojenosti s pracovními podmínkami. Hodnoty jež jsou v tabulce označeny hnědě a mají dvě hvězdičky v pravém horním kraji čísla, spadají do hladiny významnosti 0,01, žlutě označené s jednou hvězdičkou –  $p=0,05$ . Stejně značení budu dodržovat po celou dobu dokumentu.

		Pocit smysluplnosti práce.	Spokojenost s platem .	Spokojenost s pracovními podmínkami.	Pocit docenění - cítím se.	Celkově jsem se sebou spokojená/ý.	Mám k sobě kladný vztah.	Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.	Chtěl/a bych si sám/a sebe víc vážit.
Pocit smysluplnosti práce.	ð	1,000	,234	,284*	,273*	,302*	,299*	,155	,345**
Spokojenost s platem.	ð	,234	1,000	,555**	,549**	,293*	,091	,056	,163



		Pocit smyslupl nosti práce.	Spokoje nost s platem .	Spokoje nost s pracovní mi podmín kami.	Pocit docenění - cítím se.	Celkově jsem se sebou spokoje ná/ý.	Mám k sobě kladný vztah.	Myslím si, že mám řadu dobrých vlastnos tí.	Chtěl/a bych si sám/a sebe víc vážit.
Spokojenost s pracovními podmínkami.	ð	,284*	,555**	1,000	,726**	,390**	,259*	,157	,390**
Pocit docenění - cítím se.	ð	,273*	,549**	,726**	1,000	,215	,259*	,051	,385**
Celkově jsem se sebou spokojená/ý.	ð	,302*	,293*	,390**	,215	1,000	,592**	,422**	,313*
Mám k sobě kladný vztah.	ð	,299*	,091	,259*	,259*	,592**	1,000	,357**	,218
Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.	ð	,155	,056	,157	,051	,422**	,357**	1,000	,143
Chtěl/a bych si sám/a sebe víc vážit.	ð	,345**	,163	,390**	,385**	,313*	,218	,143	1,000

Tabulka 29 Korelační vztahy položek na sebehodnocení a pocitu spokojenosti s prac. podmínkami

### 10.3.2 Vztah jednotlivých položek sledujících dehumanizaci

Následující korelace položek určených k zachycení rizika výskytu dehumanizace, slouží k ověření následujících hypotéz:

H<sub>08</sub>: Míra pocitu vlastní dehumanizace nesouvisí s tendencí dehumanizovat pacienty.

H<sub>09</sub>: Míra mistrovství („mastery“) je nezávislá na tendenci dehumanizovat pacienty.

H<sub>010</sub>: Míra pocitu mocenství nesouvisí s mírou dehumanizace pacientů.

Z analýzy dat vyplývá: lékařův pocit **být reifikován** ze strany pacienta (*Ve zdravotnictví se často cítím jen jako pacientův prostředek k znovunabytí zdraví/zbavení se bolesti, obtíží a podobně...*) koreluje s položkou měřící lékařův pocit **deindividuace** (*Při ošetřování pacienta mám pocit, že jsem pro něj jen jeden z „armády“ lékařů.*), s výrokem postihující **pocit být zpředmětněn** zaměstnavatelem (*Mám pocit, že jsem pro svého zaměstnavatele především nástrojem na vydělávání peněz.*) a s tvrzením zachycující lékařův **pocit být dehumanizován** pacientem (*Myslím si, že mě pacienti vnímají i jako člověka.*). Tedy všechny čtyři položky, které měří lékařův pocit být dehumanizován mezi sebou korelují.

S pocitem zpředmětnění také interkoreluje s „**mocenstvím**“ (*V otázce léčby bych měl mít, jako lékař, právo rozhodovat za pacienta.*), které je jedním z faktorů zvyšující

pravděpodobnost výskytu dehumanizace. Pocit být dehumanizován tak koreluje s mocenstvím.

Nulová hypotéza H<sub>0</sub>10 (*Míra pocitu mocenství nesouvisí s mírou dehumanizace pacientů.*) se zamíta, výsledky dokazují vzťah mezi „mocenstvím“ a dehumanizací pacientů.

Lékařův pocit **být deindividualizovaný** pacientem (*Při ošetřování pacienta mám pocit, že jsem pro něj jen jeden z „armády“ lékařů.*) koreluje s jeho pocitem vlastní **dehumanizace** jak ze strany pacienta (*Myslím si, že mě pacienti vnímají i jako člověka.* – reverzně kódovaná položka) tak ze strany zaměstnavatele (*Mám pocit, že jsem pro svého zaměstnavatele především nástrojem na vydělávání peněz.*) a spoluvyskytuje se i s tendencí k mocenství (*V otázce léčby bych měl mít, jako lékař, právo rozhodovat za pacienta.*)

Lékařův pocit **být dehumanizován** ze strany pacienta (*Myslím si, že mě pacienti vnímají i jako člověka.* – reverzně kódovaná položka) koreluje s jeho tendencí **používat „nálepky“** místo jména pacienta (*Pokud mluvíte s kolegou o konkrétním pacientovi, stane se Vám, že místo jména pacienta použijete název problému, se kterým za vámi přišel?*). Protože pocit být dehumanizován koreluje s tendencí dehumanizovat, zamítá se nulová hypotéza H<sub>0</sub>8 (*Míra pocitu vlastní dehumanizace nesouvisí s tendencí dehumanizovat pacienty.*)

Tvrzení: *Mám pocit, že čím více mám zkušeností v oboru, tím mám větší tendenci se spolehnout výhradně na svůj úsudek a méně beru na zřetel názor jiných na danou problematiku. a Pacienta vnímám jako hádanku, kterou rozšifruji (diagnostika) a vyřeším (léčba).* nekorelují s žádnými ostatními položkami z třetí části dotazníku. Jinak řečeno, položky pro zachycení sklonu k mistrovství a mechanického typu dehumanizace nejsou ve vzájemném vztahu s jinými položkami, které by měli také zachycovat tendenci k dehumanizaci.

Na podkladě výše uvedeného se nulová hypotéza H<sub>0</sub>9 (*Míra mistrovství („mastery“) je nezávislá na tendenci dehumanizovat pacienty.*) ponechává k dalšímu skoumání, nebyl nalezen statisticky významný vztah mezi mistrovstvím a dehumanizací.

V následující tabulce je přehledně znázorněn vztah mezi jednotlivými položkami i se silou jejich korelace. Hodnoty jež jsou označeny hnědě a mají dvě hvězdičky v pravém horním kraji čísla spadají do hladiny významnosti 0,01, žlutě označené s jednou hvězdičkou –  $p=0,05$ . Položky v záhlaví tabulky zvýrazněné modře jsou citlivé na lékařův pocit být dehumanizován, zbylé obsahují sklon lékaře k dehumanizaci pacientů.

		Ve zdravotnictví se často cítím jen jako pacientův prostředek ...	Při ošetřování pacienta mám pocit, že jsem pro něj jen jeden z „armády“ lékařů.	...čím více mám zkušeností..., tím mám větší tendenci se spolehnout na svůj úsudek...	Myslím si, že mě pacienti vnímají i jako člověka.	Pacienta vnímám jako hádanku, kterou rozšiřuji...	Mluvíte-li s kolegou o pacientovi, stane se Vám, že místo jména pacienta ...	V otázce léčby bych měl mít, jako lékař, právo rozhodovat za pacienta...	... jsem pro svého zaměstnavatele především nástrojem na vydělávání peněz.
Ve zdravotnictví se často cítím jen jako pacientův prostředek ...	ð	1,000	,598**	,009	,290*	-,081	,207	,331**	,434**
Při ošetřování pacienta mám pocit, že jsem pro něj jen jeden z „armády“ lékařů.	ð	,598**	1,000	,239	,371**	-,116	,150	,457**	,587**
...čím více mám zkušeností..., tím mám větší tendenci se spolehnout na svůj úsudek...	ð	,009	,239	1,000	,001	-,125	,048	,050	-,053
Myslím si, že mě pacienti vnímají i jako člověka.	ð	,290*	,371**	,001	1,000	-,066	,283*	,119	,359*
Pacienta vnímám jako hádanku, kterou rozšiřuji...	ð	-,081	-,116	-,125	-,066	1,000	,083	,092	-,132
Mluvíte-li s kolegou o pacientovi, stane se Vám, že místo jména pacienta ...	ð	,207	,150	,048	,283*	,083	1,000	,164	,151
V otázce léčby bych měl mít, jako lékař, právo rozhodovat za pacienta..	ð	,331**	,457**	,050	,119	,092	,164	1,000	,252
... jsem pro svého zaměstnavatele především nástrojem na vydělávání peněz..	ð	,434**	,587**	-,053	,359*	-,132	,151	,252	1,000

Tabulka 30 Korelační tabulka dehumanizačních položek

### 10.3.3 Vztah mezi genderem a sebehodnocením

Muži a ženy se statisticky významně liší v položce spokojenosti samy se sebou, a to na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Oproti ženám dosahovali muži vyšších hodnot. Zdá se, že muži jsou na sebe přísnější a jsou se sebou celkově méně spokojeni.

Pohlaví	Celkový počet respondentů	Minimální počet bodů	Maximální počet bodů	Celkem bodů	Průměr	Směrodatná odchylka
Ženy	42	1	3	76	1,81	,505
Muži	21	1	3	44	2,10	,539

Tabulka 31: Gender vs. úvodní otázky.

### 10.3.4 Vztah mezi genderem a dehumanizací

Z analýzy dat vyplývá, že není rozdíl mezi ženami a muži, v hodnocení položek třetí části dotazníku, které by měly zachycovat pocit být dehumanizován a tendenci dehumanizovat pacienty. Na podkladě výsledků se nulová hypotéza  $H_01$  (*Míra dehumanizace se genderově liší.*) zamítá. Výsledky dokazují, že není spojitost mezi pohlavím a sklonem k dehumanizaci.

### 10.3.5 Vztah mezi počtem odpracovaných hodin, spokojeností s pracovními podmínkami a mírou dehumanizovat

Dle statistických nástrojů (Mann-Whitney) se ukazuje, že míra dehumanizace ani spokojenosti s pracovními podmínkami se neliší v závislosti na odpracovaných hodinách. Proto se nulová hypotéza  $H_02$  (*Tendence k dehumanizaci je nezávislá na počtu odpracovaných hodin za měsíc.*) ponechává k dalšímu zkoumání.

### 10.3.6 Vztah pocitu docenění a dehumanizací

Z analýzy dat vyplývá, že čím méně se lékař cítí být zastupitelný ve vztahu s pacientem, tím více se cítí být doceněný. Pocit docenění také stoupá s mírou uvědomění, že mám lidskou hodnotu pro svého zaměstnavatele.

		Pocit docenění.
Ve zdravotnictví se často cítím jen jako pacientův prostředek k znovunabytí zdraví/ zbavení se bolesti, obtíží a podobně.	$\partial$	-,305*
Při ošetřování pacienta mám pocit, že jsem pro něj jen jeden z „armády“ lékařů.	$\partial$	-,468**
Mám pocit, že jsem pro svého zaměstnavatele především nástrojem na vydělávání peněz.	$\partial$	-,445**

Tabulka 32 Korelační tabulka pocitu docenění a položek měřících lékařův pocit být dehumanizován.

### 10.3.7 Pocit docenění a přiřazování dehumanizačních položek jednotlivým kazuistikám

Neexistuje žádná statisticky významná souvislost mezi posuzováním pacientů v kazuistikách a mírou vlastního docenění.

### 10.3.8 Pocit smysluplnosti, spokojenosti s platem a s pracovními podmínkami vs. dehumanizační položky ze třetí části dotazníku

Neexistuje žádná statisticky významná souvislost mezi pocitem smysluplnosti, spokojenosti s platem a s pracovními podmínkami a tendencí dehumanizovat pacienta, jenž byla obsažena v položkách v třetí části dotazníku. Proto se nulová hypotéza  $H_0$ 4 (*Pocit smysluplnosti práce, pocit docenění, spokojenosti s platem a pracovními podmínkami nesouvisí s výskytem dehumanizace pacientů.*) ponechává k dalšímu zkoumání.

#### **10.3.8.1 Pocit smysluplnosti, spokojenosti s platem a s pracovními podmínkami vs. přiřazování dehumanizačních položek jednotlivým kazuistikám**

Neexistuje žádná statisticky významná souvislost mezi pocitem smysluplnosti práce, spokojeností s platem a s pracovními podmínkami a tendencí přiřazovat dehumanizační položky k jednotlivým kazuistikám. Tedy není žádná spojitost mezi negativním hodnocením vztahu k zaměstnání a tendencí přisuzovat pacientům dehumanizační vlastnosti.

#### **10.3.8.2 Míra závažnosti onemocnění vs. dehumanizační vlastnosti**

Neexistuje žádná statisticky významná souvislost mezi mírou závažnosti onemocnění a tendencí přiřazovat pacientům dehumanizační položky. Tedy není spojitost mezi hodnocením pacientova onemocnění/postižení jako závažného a zvýšenou tendencí mu přisuzovat dehumanizační atributy. Na podkladě výše řečeného se nulová hypotéza

*H<sub>05</sub> (Míra závažnosti onemocnění pacienta je nezávislá na počtu vybraných vlastností typických pro dehumanizaci/humanizaci.) ponechává k dalšímu zkoumání*

### **10.3.8.3 Míra deindividuace a dehumanizace pacienta**

Z analýzy dat vyplývá, že není žádná statisticky významná souvislost mezi deindividuací a dehumanizací pacienta. Tedy neprokázalo se, že by lékař cítící se deindividualizovaný, tedy ve vztahu s pacientem zaměnitelný, měl větší tendenci dehumanizovat pacienta.

## **1.1 Shrnutí výsledků výzkumu**

Po korelaci jednotlivých položek z první části dotazníku, který se zabýval celkovou spokojeností s pracovními podmínkami lékařů a sebehodnocením vyšlo, že pocit smysluplnosti práce koreluje s pocitem docenění a se spokojeností s pracovními podmínkami, ale neexistuje žádná statisticky významná souvislost se spokojeností s platem. Tedy nebyl nalezen vztah mezi pocitem smysluplnosti práce a spokojeností s platem. Pocit docenění naopak koreluje se spokojeností s platem a se spokojeností s pracovními podmínkami. A spokojenost s pracovními podmínkami koreluje se spokojeností s platem a pocitem docenění.

Položky z Rosenbergovy škály sebehodnocení (chtěl byc si sebe víc vážít, spokojenost se sebou samým, kladný vztah k sobě a víra ve vlastní dobré vlastnosti) měly následující vztah k otázkám na spokojenost s pracovníma podmínkami: Potřeba si sebe víc vážít (reverzně kórovaná) korelovala s pocitem smysluplnosti práce a pocitem docenění a se spokojeností s platem. Tedy pokud respondent odpovídal, že si sebe sám váží, hodnotil svou práci jako smysluplnou, cítil se doceněn a zároveň byl spokojen s platovým ohodnocením. Spokojenost se se sebou samým oproti tomu korelovala se spokojeností s pracovníma podmínkami a s pocitem smysluplnosti práce. Položka sledující respondentův kladný vztah k sobě samému zas korelovala s pocitem smysluplnosti práce a s pocitem docenění a se spokojeností s pracovníma podmínkami.

Tedy dá se říct, že je vztah mezi kladným sebehodnocením, spokojeností s pracovníma podmínkami, pocitem docenění a smysluplnosti práce, avšak jen malý vztah

se spokojeností s platem. Vypadá to, že platové ohodnocení je pro lékaře méně důležité, než pracovní podmínky, pocit docenění a smysluplnosti práce.

Při hledání vztahu mezi položkami v třetí části dotazníku, tedy těmi co se zaměřují na zachycení lékařova pocitu být dehumanizován a jeho sklonem k dehumanizaci pacientů byla nalezena korelace mezi položkami citlivými právě lékařův pocit být dehumanizován ať ze strany zaměstnavatele či ze strany pacienta. Položky které měly obsahovat tendenci dehumanizovat pacienta, nebo měly vystihovat rizikové chování vedoucí k zvýšenému riziku dehumanizovat pacienty už se sebou navzájem nebo s položkami zachycující pocit být dehumanizován tolik nekorelovaly. U položkem zachycujících “mistrovství” a objektivizaci pacienta se nenašla žádná statisticky významná souvislost s ostatními položkami třetí části dotazníku. Naopak výrok postihující “mocensství” korelovala s položkami obsahující lékařův pocit být deindividualizovaný a objektivizovaný ze strany pacienta. Výrok zachycující lékařovu tendenci užívat “nálepky” nemocný korelovala položkou zachycující lékařův pocit být dehumanizován ze strany pacienta.

## 11 Diskuse

Na úvod této kapitoly bych ráda citovala pasáže mailů, které jsem obdržela jako zpětnou reakci na dotazník.

*“... mám zásadní námitku k tomu, jaké podsouváte charakteristiky pacientů (např. obhroublý, amorální, osobnostně vyspělý, morálně vyspělý), a také k tomu, jak požadujete po profesionálech (lékařích) hodnotit pacienta jako osobu jen z fotografie a obecné epikrízy. Mé odpovědi proto mohou být nedostatečně relevantní.*

*prim. MUDr. Hana Karbanová”*

Po vysvětlení výzkumného záměru následovala reakce: *“I tak si myslím, že nedostanete validní odpovědi, protože podle mne značná část respondentů použije nekonfliktní hodnocení, a to buď pro to, že jim je dehumanizace z duše odporná, anebo pro to, že má mentální kapacitu dehumanizaci disimulovat a proto bude skórovat společensky přijatelné odpovědi.”*

Od počátku tvorby dotazníku jsem věděla, že zjišťovat lékařovu tendenci k dehumanizaci bude obtížné a podle slov paní primářky, že jí mnozí lékaři budou disimulovat. Přesto jsem věřila, že data z dotazníků budou mít svou výpovědní hodnotu, budou odrazovým můstkem pro další možná šetření a upozorní na potřebu se dehumanizací ve zdravotnictví zabývat a to i z výzkumného hlediska.

Další problém před který jsem byla postavena bylo sehnat dostatečný počet lékařů, kteří by byli ochotni věnovat svůj čas a energii vyplnění odtazníku studenta vysoké školy. Proto jsem dotazníky distribuoval přes rodinné příslušníky- lékaře a kamarády jenž ve zdravotnictví pracují. Sběr dat tedy probíhal metodou snow ball (sněhové koule), což může zachytit osoby určité skupiny, nikoliv reprezentativní vzorek populace.

Uvědomuji si, že i přes dodržení anonymity respondenta, mohli dotazovaní korigovat odpovědi směrem k sociální žádoucnosti. Jistá míra nedůvěry a obav z možných následků za upřímné hodnocení některých položek se podle mého názoru projevila například u tvrzení: *“Mám pocit, že jsem pro svého zaměstnavatele především nástrojem na vydělávání peněz.”* Odpovídat měli pouze zaměstnanci, přestože 14 respondentů uvedlo, že jsou sami sobě zaměstnavateli, neodpovědělo jich 18. Tedy 4 zaměstnanci se z nějakých důvodů rozhodli položku nevyplnit.



Pro ponechání dotazovanému pocitu svobody při volbě odpovědi byla možnost neodpovědět na otázky. Tak jsem chtěla předejít ztráty respondentů, kteří by se mohli cítit tlačeni do odpovědi na položky které jim jsou nepříjemné ovšem za ztráta dat.

V první části dotazníku, kde jsem se ptala na spokojenost respondenta s prací a pak u kazuistik – míra sympatie pacienta, byla přítomna středová volba (ani tak, ani tak), což bylo opět z důvodů většího pohodlí dotazovaných, avšak na úkor vyhodnocování a vytváření závěrů.

Další možné kontaminace dat mohlo dojít u otázek jež pro posouzení odpovědi používaly škálu. Pokud respondent nečetl označení krajních hodnot a intuitivně přiřazoval hodnoty, mohlo dojít k chybnému vyplnění položek – tedy pokud postupoval ve smyslu přidělování bodů jednotlivým otázkám. 1 v takovém případě zastupovala negativní postoj a 5 pozitivní. Hodnoty však byly zamýšleny podobně jako známky. Tedy jednička označovala kladný postoj k věci a 5 záporný.

U přiřazování vlastností pacientovy v rámci kazuistik došlo nedopatřením k nesouměrnému zastoupení humanizačních a dehumanizačních položek v prospěch dehumanizačních (10:11). Navíc byly nesoměrně rozloženy (pořadí: 1humanizační, 4 dehumanizační, 3hum., 2 dehum., 2 dehum., 1hum.).

Přestože podle výzkumů Haqueze a Waytze (2016) je mistrovství další fenoménem, který přispívá ke vzniku dehumanizace nenašla se žádná korelace s ostatními položkami, jenž byly určené k zachycení tendence k dehumanizaci. Možným vysvětlením je opět vliv jevu sociální žádoucnosti na odpovědi respondenta.

Přesto, že ve výzkumech prováděných na zdravotních sestřích v rámci detekce syndromu vyhoření byl nalezen vztah mezi dehumanizací a burnout syndromem (Głębocka, 2017), na podkladě analýzy dat nedošlo ke korelaci položek zjišťujících lékařův pocit smysluplnosti práce, docenění, spokojenosti s platem a pracovními podmínkami a s výskytem dehumanizace pacientů. Domívám se, že se tak nestalo z důvodů milného předpokladu možnosti obsáhnout riziko syndromu vyhoření výše jmenovanými položkami. Přetížení lékařů se sice negativně podílí na vzniku burnout syndromu, ale nejsou jeho prediktorem.

Na podkladě výzkumů Haslama a Stratemeyera (2016) jsem předpokládala, že míra dehumanizace bude korelovat se závažností onemocnění/postižení pacienta. Tedy, že čím lékař vyhodnotí onemocnění/postižení jako závažnější a jeho schopnost pacientův

stav ovlivnit bude menší, tím bude mít větší tendenci pacienta dehumanizovat. Autoři uvádí, že v situaci, kdy pomoc druhému vyhodnotíme jako emocionálně vyčerpávající, může jako obranný faktor dojít k dehumanizaci dotyčného. Analýzou dat se však ukázala, že míra závažnosti onemocnění pacienta je nezávislá na počtu vybraných vlastností typických pro dehumanizaci/humanizaci. Myslím si, že při stanovování podmínek pro vyhodnocování dat jsem udělal chybné rozhodnutí. Místo abych hodnotila poměr dehumanizačních a humanizačních položek, měla jsem poměřit poměry položek mezi kazuistikami u nichž respondenti převážně vyhodnotili stav pacienta jako závažný s kazuistikou, kde stav pacienta byl vyhodnocen jako nezávažný.

Při mnohočetných statistických testování by mohlo docházet k falešně pozitivním výsledkům, susp. se tak stalo u gender rozdílů v kazuistikách, proto by bylo vhodné udělat nějakou korekci (např. Bonferoniho), ale vzhledem k povaze práce, jsme se rozhodli to nedělat ;)

Pro hlubší poznání pozadí dehumanizace by bylo dobré kvalitativní zkoumání, např. fokus groups, ale jako prvotní počín v této oblasti je tato práce dobrá!

## 12 Závěr

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku dehumanizace ve zdravotnictví. Mapuje dostupné informace v české literatuře určené profesionálům pracujícím ve zdravotnictví a shrnuje dosavadní informace o dehumanizaci, jenž by pomocí mnou sestrojeného dotazníku vedly k lepší detekci a prevenci tohoto fenoménu.

Dehumanizace neboli odlidštění je akt, kdy jsou lidé vnímáni nebo je s nimi zacházeno jako by byli méně nežli lidské bytosti. Odlidštění nemá vliv jen na aktéry samotné (lékař/zdravotník, pacient), ale na celou společnost. Jedinci, kteří byli vystaveni dehumanizaci ve zdravotnictví, vykazují nižší klinickou účinnost léčby a pokles angažovanosti a loajality vůči lékaři. Následkem toho dochází zejména ke snížení empatie a zájmu o pacienta, nedodržování léčebných postupů a prodlužování doby rekonvalescence (Ptáček & Bartůněk, 2014). Lékaři stejně jako pacienti jsou celou situací následně frustrováni.

V rámci průzkumu jsem nedohledala volně dostupný nástroj, který by měřil riziko výskytu dehumanizace ve zdravotnictví, proto jsem se rozhodla sestavit vlastní dotazník. Všechny poznatky načerpané zejména z výzkumů Haslama, Stratemeyera, Haqueze a Waytze jsem využila při sestavování dotazníku, jenž by měl sloužit pro vyhledávání rizika dehumanizace.

Před vlastním šetřením proběhla pilotáž, sloužící pro ověření srozumitelnosti položek a pocitu ucelenosti celého dotazníku. Samotné výzkumné šetření bylo realizováno na vzorku 64 lékařů.

Dotazník jsem pomyslně rozdělila do tří částí. První část dotazníku zjišťuje základní demografické údaje, zahrnuje tři položky z Rosenbergova dotazníku pro zjištění sebehodnocení a dále obsahuje otázky zjišťující pocit spokojenosti v práci. V druhé části šetření jsem respondentům postupně představila čtyři kazuistiky, které měli hodnotit. Poslední část dotazníku byla vedena formou inventáře. Položky, by měly být citlivé na sklon respondenta k dehumanizaci pacientů a jeho pocitu být dehumanizován jak ze strany pacienta, tak zaměstnavatele.

Výsledky výzkumné práce jsem rozdělila do dvou kapitol. První obsahuje výsledky dotazníku, převážně se jedná o popisnou neboli deskriptivní statistiku k jednotlivým položkám dotazníku a která zodpovídá jednu z výzkumných otázek zaměřenou na zmapování dehumanizace v českém zdravotnickém prostředí. Druhým

úsekem je analýza výsledků dotazníku, kdy se za použití metod konfirmatorní statistické analýzy (převážně) zaměřuji na výzkumné hypotézy.

Výsledky výzkumu ukazují, že převážná většina lékařů pokládá svou práci za smysluplnou, zhruba polovina je spokojeno se svým platem, s pracovními podmínkami a cítí ve své práci doceněna.

Při odpovídání na položky vyňaté z Rosenbergovy škály sebehodnocení vyšlo, že většina lékařů má k sobě kladný vztah, ale zároveň přesná polovina dotazovaných by si chtěla sama sebe víc vážít.

Při posuzování kazuistik u onemocnění/ postižení, které lékaři uváděli jako středně závažné až závažné volili nejčteněji míru sympatie střední hodnotu, tedy ani sympatický/á, ani nesympatický/á. Při posuzování odlišnosti pacienta od běžné populace, volila nejpočetnější skupina dotazovaných v průměru dvě položky ze tří. U volby vlastností, které by lékaři přisoudily pacientovy na podkladě daných informací se na prvních místech v četnosti vždy objevovaly dehumanizační položky. Oproti tomu pacient, jehož onemocnění lékaři považovali za nezávažné, jim byl převážně sympatický a připisovaly mu většinou atributy typické pro lidství (281 humanizačních položek vs 5 dehumanizačním).

Z výzkumu dále vyplynulo, že zhruba polovina lékařů se cítí být dehumanizovaná, ať ze strany pacienta nebo zaměstnavatele. Přes polovinu dotazovaných má, podle odpovědí na položky inventáře, tendenci dehumanizovat pacienty. U jedna třetina dotazovaných se objevily postoje vedoucí k zvýšenému riziku výskytu dehumanizace.

Po korelaci jednotlivých položek zabývajících se celkovou spokojeností s pracovními podmínkami lékařů a sebehodnocením vyšlo několik zajímavých skutečností: nebyl nalezen vztah mezi pocitem smysluplnosti práce a spokojeností s platem. Naopak pocit docenění koreluje se spokojeností s platem a pracovními podmínkami. A spokojenost s pracovními podmínkami se spoluvyskytuje se spokojeností s platem a pocitem docenění.

Kladné sebehodnocení se spoluvyskytuje se spokojeností s pracovními podmínkami, pocitem docenění a smysluplností práce, avšak ukazuje se, že má jen malý vztah se spokojeností s platem. Vypadá to, že platové ohodnocení je pro lékaře méně důležité, než pracovní podmínky, pocit docenění a smysluplnosti práce.

Při hledání vztahu mezi položkami zaměřující se na zachycení lékařova pocitu být dehumanizován a jeho sklonem k dehumanizaci pacienty byla nalezena korelace. Položky které měly obsahovat tendenci dehumanizovat pacienta, nebo měly vystihovat rizikové chování vedoucí k zvýšenému riziku dehumanizovat pacienty už se sebou navzájem nebo s položkami zachycující pocit být dehumanizován tolik nekorelují. U položkem zachycujících “mistrovství” a objektivizaci pacienta se nenašla žádná statisticky významná souvislost s ostatními položkami třetí části dotazníku.

Vzájemnou analýzu otázek všech položek dotazníku bych mohla shrnout následovně:

1. Nebyl nalezen rozdíl mezi ženami a muži, hodnocení pocitu být dehumanizován a tendencí dehumanizovat pacienty.
2. Zdá se však, že muži jsou na sebe přísnější a jsou se sebou celkově méně spokojeni.
3. Míra dehumanizace ani spokojenosti s pracovními podmínkami se neliší v závislosti na odpracovaných hodinách.
4. Zdá se, že lékařův pocit docenění je ovlivněn lékařovým dojmem deindividualizace ze strany pacienta a objektivizace ze strany zaměstnavatele.
5. Avšak míra vlastního docenění neovlivňuje jeho posuzování pacientů v kazuistikách.
6. Pocit smysluplnosti, spokojenosti s platem a s pracovními podmínkami nemají souvislost s tendencí dehumanizovat pacienta.
7. Negativním hodnocením vztahu k zaměstnání se nevztahuje k tendenci přisuzovat pacientům dehumanizační vlastnosti.
8. Nebyla nalezena žádná spojitost mezi lékařovým hodnocením pacientova onemocnění/ postižení jako závažného a jeho zvýšenou tendencí mu přisuzovat dehumanizační atributy.
9. Neprokázalo se, že by lékař cítící se deindividualizovaný ze strany pacienta, měl větší tendenci k dehumanizaci.

Dotazník sice neprokázal, společný výsky lékařova pocitu být dehumanizován a jeho tendence dehumanizovat pacienta, ale upozornil, že lékaři se cítí být dehumanizováni a to víc než jsem očekávala. Věřím, že ač to dotazník z jakýchkoliv důvodů nebyl schopný zachytit, lékařův pocit být dehumanizován se promítá do vztahu

lékař-pacient a negativně jej ovlivňuje. Myslím si, že pokud se nezačneme zajímat o to jak se naši lékaři cítí, stane se, že oni se přestanou zajímat o to jak se cítíme my, jejich pacienti.

## POUŽITÁ LITERATURA:

- Andršová, A. (2012). *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. Praha: Grada.
- Ayers, S., & Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada.
- Bandura A. (1999). Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. *Personality and Social Psychology Review*, 3, 193–209.
- Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO.
- Čevela, R., Kalvach, Z., & Čeledova L. (2012). *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada.
- Dostálová, O. (2016). *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada.
- Fiske, S. T., & Harris, L. T. (2014). Why Economic, Health, Legal, and Immigration Policy Should Consider Dehumanization. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 1(1), 144–150. <https://doi.org/10.1177/2372732214548593>
- Głębocka, A. (2017). The Relationship Between Burnout Syndrome Among the Medical Staff and Work Conditions in the Polish Healthcare System. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 968, 61–70. [https://doi.org/10.1007/5584\\_2016\\_179](https://doi.org/10.1007/5584_2016_179)
- Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspectives on Psychological Science*, 7(2), 176–186. <https://doi.org/10.1177/1745691611429706>
- Harris, L.T. (2014). Why Economic, Health, Legal, and Immigration Policy Should Consider Dehumanization. *Behavioral and Brain Sciences*, 1(1), 144–150.
- Harris, L. T., & Fiske, S. T. (2006). Dehumanizing the lowest of the low: neuroimaging responses to extreme out-groups. *Psychological Science*, 17(10), 847–853. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01793.x>
- Haslam, N. (2006). Dehumanization: An Integrative Review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 252–264. [https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4)
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., ... Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(9), 1182–1191. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>
- Hong, M., Lee, W. H., Park, J. H., Yoon, T. Y., Moon, D. S., Lee, S. M., & Bahn, G. H. (2012). Changes of empathy in medical college and medical school students: 1-year follow up study. *BMC Medical Education*, 12, 122. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-122>

- Khatoon N., Hesari Z. & Hejazi E. (2011). The Mediating Role of Self Esteem in the Relationship Between the Authoritative Parenting Style and Aggression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Volume 30 Pages 1724-1730
- Kuchař, J. (2016, duben 4). Mentalizace aneb schopnost rozumět sobě a ostatním. Získáno z <http://psychoanalyzadnes.cz/2016/04/04/mentalizace-aneb-schopnost-rozumet-sobe-a-ostatnim/>
- Krauss Whitbourne S. In-groups, out-groups, and the psychology of crowds. Does the ingroup-outgroup bias form the basis of extremism? *Psychology today.com*. Posted Dec 07, 2010 <https://www.psychologytoday.com/blog/fulfillment-any-age/201012/in-groups-out-groups-and-the-psychology-crowds>
- Leyens, J.-P., Paladino, P. M., Rodriguez-Torres, R., Vaes, J., Demoulin, S., Rodriguez-Perez, A., & Gaunt, R. (2000). The Emotional Side of Prejudice: The Attribution of Secondary Emotions to Ingroups and Outgroups. *Personality and Social Psychology Review*, 4(2), 186–197. [https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0402\\_06](https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0402_06)
- Locke, K.D. (2009) Aggression, narcissism, self-esteem, and the attribution of desirable and humanizing traits to self versus others. *Journal of Research in Personality*. Volume 43, Issue 1, Pages 99–102
- Mandincová, P. (2011). *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada.
- Matoušková, I. (2013). *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada.
- Morris, K. (2013). Differentiating Between Objectification and Animalization: Associations Between Women, Objects, and Animals. *Graduate Theses and Dissertations*. Získáno z <http://scholarcommons.usf.edu/etd/4831>
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2014). *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2015). *Lékař a pacient v moderní medicíně: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada.
- Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
- Slaměník, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada.
- Šimek, J. (2002). *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Praha: Karolinum.
- Šimek, J. (2015). *Lékařská etika*. Praha: Grada.
- Turner, Y., & Hadas-Halpern, I. (2008). *The effects of including a patient's photograph to the radiographic examination*. Paper presented at Radiological Society of North America, Chicago, IL.



- Wilmer, H. A. (1968). The doctor–patient relationship and the issues of pity, sympathy and empathy. *British Journal of Medical Psychology*, 41(3), 243–248. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1968.tb02029.x>
- Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie-Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada.
- Zacharová, J., & Šimíčková-Čížková, E. (2011). *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada.

# PŘÍLOHY:

## Příloha č. 2 - DOTAZNÍK

### (PRVNÍ ČÁST DOTAZNÍKU – Otázky týkající se lékaře)

#### 1. Pohlaví

a) Žena

b) Muž

#### 2. Specializace:

*(Možné volit i více specializací.)*

Chirurg/  Internista/  Dermatolog/  Gynekolog/  Kardiolog/  Neurolog/  Oční lékař /  Ortoped/  Otorhinolaryngolog/  Pediatr/  vStomatolog/  Urolog/  Other:

#### 3. Počet let praxe:

#### 4. Průměrný počet odpracovaných hodin měsíčně:

#### 5. Pracuji v:

*(Možno vybrat i víc položek)*

V nemocnici

V ambulanci

V soukromé praxi jako zaměstnanec

V soukromé praxi jako zaměstnavatel

#### 6. Pocit smysluplnosti práce:

1 (Velmi smysluplná)      2      3      4      5 (Velmi nesmyslná)

#### 7. Spokojenost s platem:

1 (Velmi smysluplná)      2      3      4      5 (Velmi nesmyslná)

#### 8. Spokojenost s pracovními podmínkami:

1 (Velmi smysluplná)      2      3      4      5 (Velmi nesmyslná)

#### 9. Pocit docenění - cítím se:

1 (Velmi smysluplná)      2      3      4      5 (Velmi nesmyslná)

10. Celkově jsem se sebou spokojená/ý.

- a) Naprosto souhlasím
- b) Souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Naprosto nesouhlasím

11. Mám k sobě kladný vztah.

- a) Naprosto souhlasím
- b) Souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Naprosto nesouhlasím

12. Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.

- a) Naprosto souhlasím
- b) Souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Naprosto nesouhlasím

13. Chtěl/a bych si sám/a sebe víc vážit.

- a) Naprosto souhlasím
- b) Souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Naprosto nesouhlasím

## (DRUHÁ ČÁST DOTAZNÍKU – Kazuistiky)

*(Následovaly čtyři odlišné kazuistiky, u kterých měl lékař hodnotit stejné položky. Z praktických důvodů uvedu všechny kazuistiky najednou.)*

**Kazuistika č. 1:** 37letý pacient trpící schizofrenií. Pracuje jako kuchař. Trpí pravidelnými remisemi bludů, kvůli kterým musí být hospitalizovaný.



**Kazuistika č. 2:** 87letá pacientka trpící středně pokročilou Alzheimerovou chorobou. Žije v pečovatelském domě.



**Kazuistika č. 3:** 31letá pacientka s Downovým syndromem. Žije v chráněném bydlení a pracuje jako servírka v chráněné kavárně.



**Kazuistika č. 4:** 45letý učitel, trpící mírnou formou atopického ekzému. Projevy jsou výraznější zejména v období zimy, a to v oblasti plosek nohou.



14. Sympatie (vybírejte na pokladě pocitů, které ve vás vyvolávají informace a fotografie):

- a) Velmi sympatický/á
- b) Sympatický/á
- c) Ani sympatický/á, ani nesympatický/á
- d) Nesympatický/á
- e) Velice nesympatický/á

15. Závažnost onemocnění kterým pacient trpí (dle vašeho zvážení):

1 (Nezávažné)      2      3      4      5 (Život ohrožující)

16. Myslím si, že pacient má (vyberte všechna vyhovující):

*(Možno volit žádnou až všechny možnosti.)*

- Sníženou schopnost se rozhodovat
- Změněné chování oproti běžné populaci
- Fyzické odlišnosti od běžné populace

17. Vyberte všechny možné vlastnosti, jenž byste pacientovi připsal/a (dle toho, jak na vás působí, jde o váš dojem):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Slušný             | <input type="checkbox"/> Jedinečný              |
| <input type="checkbox"/> Dětský             | <input type="checkbox"/> Otevřený               |
| <input type="checkbox"/> Obhroublý          | <input type="checkbox"/> Rigidní                |
| <input type="checkbox"/> Amorální           | <input type="checkbox"/> Povrchní               |
| <input type="checkbox"/> Nekultivovaný      | <input type="checkbox"/> Nahraditelný           |
| <input type="checkbox"/> Osobnostně vyspělý | <input type="checkbox"/> Oduševnělý             |
| <input type="checkbox"/> Citlivý            | <input type="checkbox"/> Logicky uvažující      |
| <input type="checkbox"/> Morálně založený   | <input type="checkbox"/> Pasivní                |
| <input type="checkbox"/> Chladný            | <input type="checkbox"/> Řídící se instinktivně |
| <input type="checkbox"/> Netečný            | <input type="checkbox"/> Aktivní                |
| <input type="checkbox"/> Vřelý              |   |

### **(TŘETÍ ČÁST DOTAZNÍKU – Postoje lékaře)**

30. Ve zdravotnictví se často cítím jen jako pacientův prostředek k znovunabytí zdraví/zbavení se bolesti, obtíží a podobně.

- a) Zcela souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Spíše nesouhlasím

d) Zcela nesouhlasím

31. Při ošetřování pacienta mám pocit, že jsem pro něj jen jeden z „armády“ lékařů.

a) Zcela souhlasím

b) Spíše souhlasím

c) Spíše nesouhlasím

d) Zcela nesouhlasím

32. Mám pocit, že čím více mám zkušeností v oboru, tím mám větší tendenci se spolehnout výhradně na svůj úsudek a méně beru na zřetel názor jiných na danou problematiku.

a) Zcela souhlasím

b) Spíše souhlasím

c) Spíše nesouhlasím

d) Zcela nesouhlasím

33. Myslím si, že mě pacienti vnímají i jako člověka.

a) Zcela souhlasím

b) Spíše souhlasím

c) Spíše nesouhlasím

d) Zcela nesouhlasím

34. Pacienta vnímám jako hádanku, kterou rozšifruji (diagnostika) a vyřeším (léčba).

a) Zcela souhlasím

b) Spíše souhlasím

c) Spíše nesouhlasím

d) Zcela nesouhlasím

35. Pokud mluvíte s kolegou o konkrétním pacientovi, stane se Vám, že místo jména pacienta použijete název problému, se kterým za vámi přišel?

a) Nikdy

b) Zřídka



- c) Občas
- d) Často
- e) Stále

36. V otázce léčby bych měl mít, jako lékař, právo rozhodovat za pacienta.

- a) Zcela souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Spíše nesouhlasím
- d) Zcela nesouhlasím

**Pokud jste sami sobě zaměstnavateli, prosím, nevyplňujte následující otázku.**

37. Mám pocit, že jsem pro svého zaměstnavatele především nástrojem na vydělávání peněz.

- a) Zcela souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Spíše nesouhlasím
- d) Zcela nesouhlasím

**KAZUISTIKY VÝŠE UVEDENÉ BYLY FIKTIVNÍ**

**Příloha č. 3**  
KORELAČNÍ TABULKY

KORELAČNÍ TABULKA PLOŽEK PRO ZJIŠŤOVÁNÍ SPOKOJENOSTI S PRACÍ A MĚŘENÍ SEBEHODNOCENÍ										
			Pocit smyslupl nosti práce:	Spokoje nost s platem:	Spokojen ost s pracovní mi podmínk ami:	Pocit docen ění - cítím se:	Celkově jsem se sebou spokojen á/ý.	Má m k sob ě klad ný vzta h.	Myslí m si, že mám řadu dobrých vlastn ostí.	Chtě l/a bych si sám /a sebe víc vážit .
Spearman's rho	Pocit smyslupl nosti práce:	Correlation Coefficient	1,000	,234	,284*	,273*	,302*	,299*	,155	,345*
		Sig. (2-tailed)	.	,065	,024	,032	,016	,017	,224	,006
		N	63	63	63	62	63	63	63	63
	Spokojen ost s platem:	Correlation Coefficient	,234	1,000	,555**	,549**	,293*	,091	,056	,163
		Sig. (2-tailed)	,065	.	,000	,000	,019	,473	,660	,197
		N	63	64	64	63	64	64	64	64
	Spokojen ost s pracovní mi podmínk ami:	Correlation Coefficient	,284*	,555**	1,000	,726**	,390**	,259*	,157	,390*
		Sig. (2-tailed)	,024	,000	.	,000	,001	,038	,214	,001
		N	63	64	64	63	64	64	64	64
	Pocit docenění - cítím se:	Correlation Coefficient	,273*	,549**	,726**	1,000	,215	,259*	,051	,385*
		Sig. (2-tailed)	,032	,000	,000	.	,090	,040	,689	,002
		N	62	63	63	63	63	63	63	63

	<b>Celkově jsem se sebou spokojen á/ý.</b>	Correlation Coefficient	,302*	,293*	,390**	,215	1,000	,592**	,422**	,313*
		Sig. (2-tailed)	,016	,019	,001	,090	.	,000	,001	,012
		N	63	64	64	63	64	64	64	64
	<b>Mám k sobě kladný vztah.</b>	Correlation Coefficient	,299*	,091	,259*	,259*	,592**	1,000	,357**	,218
		Sig. (2-tailed)	,017	,473	,038	,040	,000	.	,004	,084
		N	63	64	64	63	64	64	64	64
	<b>Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.</b>	Correlation Coefficient	,155	,056	,157	,051	,422**	,357**	1,000	,143
		Sig. (2-tailed)	,224	,660	,214	,689	,001	,004	.	,260
		N	63	64	64	63	64	64	64	64
	<b>Chtěl/a bych si sám/a sebe víc vážít.</b>	Correlation Coefficient	,345**	,163	,390**	,385**	,313*	,218	,143	1,000
		Sig. (2-tailed)	,006	,197	,001	,002	,012	,084	,260	.
		N	63	64	64	63	64	64	64	64
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).										
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).										

## KORELAČNÍ TABULKA DEHUMANIZAČNÍCH POLOŽEK

			pacient ův prostře dek	„armá dy“ lékařů.	se spolehn out výhradn ě na svůj úsudek a	jako člově ka.	Pacien ta vnímá m jako hádán ku,	místo jména pacien ta použije te název problé mu	právo rozhodo vat.	nástroj em na peněž. .
Spearman's rho	<b>Pacient ův prostřed ek</b>	Correlat ion Coeffici ent	1,000	,598**	,009	,290*	-,081	,207	,331**	,434**
		Sig. (2- tailed)	.	,000	,943	,020	,523	,102	,007	,003
		N	64	64	64	64	64	64	64	46
	<b>Jen jeden z „armád y“ lékařů.</b>	Correlat ion Coeffici ent	,598**	1,000	,239	,371**	-,116	,150	,457**	,587**
		Sig. (2- tailed)	,000	.	,058	,003	,360	,237	,000	,000
		N	64	64	64	64	64	64	64	46
	<b>Tendenc i se spolehn out výhradn ě na svůj úsudek</b>	Correlat ion Coeffici ent	,009	,239	1,000	,001	-,125	,048	,050	-,053
		Sig. (2- tailed)	,943	,058	.	,995	,324	,709	,694	,727
		N	64	64	64	64	64	64	64	46
	<b>Pacienti vnímají i jako člověka.</b>	Correlat ion Coeffici ent	,290*	,371**	,001	1,000	-,066	,283*	,119	,359*
		Sig. (2- tailed)	,020	,003	,995	.	,602	,024	,347	,014
		N	64	64	64	64	64	64	64	46

	<b>Pacienta vnímám jako hádku</b>	Correlation Coefficient	-,081	-,116	-,125	-,066	1,000	,083	,092	-,132
		Sig. (2-tailed)	,523	,360	,324	,602	.	,514	,468	,380
		N	64	64	64	64	64	64	64	46
	<b>místo jména pacienta použijete název problému</b>	Correlation Coefficient	,207	,150	,048	,283*	,083	1,000	,164	,151
		Sig. (2-tailed)	,102	,237	,709	,024	,514	.	,196	,315
		N	64	64	64	64	64	64	64	46
	<b>právo rozhodovat za pacienta</b>	Correlation Coefficient	,331**	,457**	,050	,119	,092	,164	1,000	,252
		Sig. (2-tailed)	,007	,000	,694	,347	,468	,196	.	,091
		N	64	64	64	64	64	64	64	46
	<b>nástroje na vydělávání peněz.</b>	Correlation Coefficient	,434**	,587**	-,053	,359*	-,132	,151	,252	1,000
		Sig. (2-tailed)	,003	,000	,727	,014	,380	,315	,091	.
		N	46	46	46	46	46	46	46	46
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).										
* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).										

<b>KORELAČNÍ TABULKA POLOŽEK PRO DETEKCI DEHUMANIZACE A POCITU DOCENĚNÍ</b>			<b>Pocit docenění - cítím se:</b>
Spearman's rho	<b>Pocit docenění - cítím se:</b>	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	
		N	63
	<b>Ve zdravotnictví se často cítím jen jako pacientův prostředek k znovunabytí zdraví/ zbavení se bolesti, obtíží a podobně.</b>	Correlation Coefficient	-,305*
		Sig. (2-tailed)	0,015
		N	63
	<b>Při ošetřování pacienta mám pocit, že jsem pro něj jen jeden z „armády“ lékařů.</b>	Correlation Coefficient	-,468**
		Sig. (2-tailed)	0,000
		N	63
	<b>Mám pocit, že čím více mám zkušeností v oboru, tím mám větší tendenci se spolehnout výhradně na svůj úsudek a méně beru na zřetel názor jiných na danou problematiku.</b>	Correlation Coefficient	-0,092
		Sig. (2-tailed)	0,472
		N	63
	<b>Myslím si, že mě pacienti vnímají i jako člověka.</b>	Correlation Coefficient	-0,241
		Sig. (2-tailed)	0,058
		N	63
	<b>Pacienta vnímám jako hádanku, kterou rozšifruji (diagnostika) a vyřeším (léčba).</b>	Correlation Coefficient	0,221
		Sig. (2-tailed)	0,082
		N	63
	<b>Pokud mluvíte s kolegou o konkrétním pacientovi, stane se Vám, že místo jména pacienta použijete název problému, se kterým za vámi přišel?</b>	Correlation Coefficient	0,048
		Sig. (2-tailed)	0,707
		N	63
<b>V otázce léčby bych měl mít, jako lékař, právo rozhodovat za pacienta.</b>	Correlation Coefficient	-0,141	
	Sig. (2-tailed)	0,270	
	N	63	
<b>Mám pocit, že jsem pro svého zaměstnavatele především nástrojem na vydělávání peněz. .</b>	Correlation Coefficient	-,445**	
	Sig. (2-tailed)	0,002	
	N	45	

KORELAČNÍ TABULKA SPOKOJENOSTI V PRÁCI A TENDENCÍ K DEHUMANIZACI PACIENTA								
			Pocit smyslupln osti práce:	Spokojen ost s platem:	Spokojen ost s pracovní mi podmínka mi:	Celkově jsem se sebou spokojená /ý.	Pacienta vnímám jako hádanku, kterou rozšiřuji (diagnošti ka) a vyřeším (léčba).	Místo jména pacient a použijet e název problé mu, se kterým za vámi přišel?
Spearman's rho	Pocit smyslupln osti práce:	Correlation Coefficient	1,000	,234	,284*	,302*	,255*	-,155
		Sig. (2-tailed)	.	,065	,024	,016	,044	,226
		N	63	63	63	63	63	63
	Spokojenost s platem:	Correlation Coefficient	,234	1,000	,555**	,293*	,123	-,073
		Sig. (2-tailed)	,065	.	,000	,019	,333	,569
		N	63	64	64	64	64	64
	Spokojenost s pracovními podmínkami:	Correlation Coefficient	,284*	,555**	1,000	,390**	,161	-,118
		Sig. (2-tailed)	,024	,000	.	,001	,204	,353
		N	63	64	64	64	64	64
	Celkově jsem se sebou spokojená /ý.	Correlation Coefficient	,302*	,293*	,390**	1,000	,091	-,160
		Sig. (2-tailed)	,016	,019	,001	.	,475	,205
		N	63	64	64	64	64	64

	<b>Pacienta vnímám jako hádanku, kterou rozšiřuji (diagnostika) a vyřeším (léčba).</b>	Correlation Coefficient	,255 *	,123	,161	,091	1,000	,083
		Sig. (2-tailed)	,044	,333	,204	,475	.	,514
		N	63	64	64	64	64	64
	<b>místo jména pacienta použijete název problému, se kterým za vámi přišel?</b>	Correlation Coefficient	-,155	-,073	-,118	-,160	,083	1,000
		Sig. (2-tailed)	,226	,569	,353	,205	,514	.
		N	63	64	64	64	64	64
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).								
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).								



## **Bibliografické údaje**

Jméno a příjmení autorky: Bc. Klára Hlůžová

Studijní program: Psychologie (Mgr.)

Studijní obor: Psychologie (Mgr.)

Název práce: Dehumanizace ve zdravotnictví – vztah pacient-lékař

Počet stran (bez příloh): 89

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů české literatury a pramenů: 14

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 16

Počet internetových odkazů: 12

Vedoucí práce: Doc. Karel Hnilica

Rok dokončení práce: 2017



Pražská vysoká škola psychosociálních studií  
**Posudek vedoucího diplomové práce**

Autorka práce **Klára Hlůžová**  
 Název práce **Dehumanizace ve zdravotnictví – vztah pacient-lékař**  
 Obor studia **psychologie**  
 Vedoucí práce **doc. Karel Hnilica**

stupnice\*\* **1 2 3 4 5 0**

**Práce s odbornou literaturou**

Využití relevantních odborných časopiseckých zdrojů (množství)  
 Využití relevantních recentních pramenů (z posledních 2-5 let)  
 Využití původních pramenů (nikoli sekundární literatury)

	X				
	X				
	X				

**Teoretická část**

Členění, návaznost částí, rozvržení témat atp.  
 Jasně směřování k hypotézám výzkumu  
 Jsou definovány všechny konstrukty vyskytující se v hypotézách?  
 Je vymezení klíčových témat a pojmů založeno na studiu více nezávislých zdrojů?  
 Původnost zpracování odborné literatury, elaborace hypotéz  
 Rozsah textu nesouvisejícího bezprostředně s hypotézami výzkumu („vata“)  
 Odborný styl psaní, absence gramatických chyb, srozumitelnost, ...  
 Mohla by být teoretická část časopisecky publikována jako původní odborný text?

X	X				
	X	X			
		X			
		X			
	X	X			
	X				
	X				
			X		

**Problém, cíle, otázky a hypotézy**

Jasnost a srozumitelnost stanovení cíle výzkumu  
 Výzkumné otázky (originalita, zajímavost, závažnost...)  
 Hypotézy (srozumitelnost, vnitřní konzistence, specifikace vztahů, ...)  
 Teoretická relevantnost hypotéz  
 Operacionalizace hypotéz (testovatelnost, falzifikovatelnost)

		X			
	X	X			
		X			
		X			
		X			
		X	X		

**Výzkumná strategie, design, soubor, techniky sběru dat**

Předvýzkum: předběžné ověření psychometrických vlastností nástrojů  
 Předvýzkum: předběžné ověření dostupnosti a vhodnosti souboru  
 Výběrový soubor (vhodnost, složení, velikost, apriorní síla testů)  
 Vhodnost použité výzkumné strategie pro test výzkumných hypotéz  
 Popis použitých technik sběru dat (operacionalizace proměnných)  
 Uvedení psychometrických vlastností použitých technik: reliabilita  
 Jsou uvedeny potřebné údaje, aby bylo možno výzkum replikovat?

X					
		X			
			X		
	X				
X					
			X		
X					

**Prezentace dat a jejich analýzy**

Jsou uvedeny základní deskriptivní údaje (M, SD, %, r, ...)?  
 Jsou tabulky a grafy správně vytvořeny a popsány?  
 Nejsou v textu údaje a data, která jsou irelevantní k testu hypotéz („vata“)?  
 Byly adekvátně testovány všechny hypotézy (správná volba testu)?  
 Jsou uvedeny velikosti účinku (r, d,  $\eta^2$ , ...) a pravděpodobnosti?  
 Jsou výsledky testů prezentovány správně, přehledně a srozumitelně?  
 Jsou výsledky statistických testů správně interpretovány?  
 Jsou v textu uvedeny pouze relevantní údaje, tabulky a grafy?  
 Byly testovány všechny apriorní hypotézy a pouze ony?  
 Jsou uvedeny potřebné údaje, aby bylo možno analýzy replikovat?

	X				
	X				
		X	X		
		X	X		
	X				
		X			
	X				
		X			
	X				
		X			

**Diskuse výsledků šetření a celkové zhodnocení výzkumu**

Je uvedeno stručně a srozumitelně shrnutí hlavních výsledků výzkumu?  
 Je provedena diskuse výsledků vzhledem k relevantní literatuře?  
 Jsou vyvozeny – je-li to relevantní – přiměřené závěry týkající se důsledků zjištění?  
 Mohla by být výzkumná část časopisecky publikována jako původní odborný text?

X					
		X			
					X
			X		

\*\* 1 – výborně/ANO; 2 – velmi dobře /SPÍŠE ANO; 3 – dobře/STŘEDNĚ; 4 – velmi špatně/SPÍŠE NE; 5 – nedostatečně/NE; 0 – nehodnoceno, nehodí se atp.



## Dodržování citačních a etických norem APA

Citace pramenů (autorů) v textu

Citace textu (správnost, elaborace citací, počet citací a parafrází textu, ...)

Citace jednotlivých pramenů v seznamu literatury

Vytvoření seznamu literatury (formát, abecední řazení, shoda s citacemi v textu, ...)

Etické normy 1: plagiátorství, neuvádění zdrojů, ...

Etické normy 2: informovaný souhlas, anonymizace, debriefing, ...

Etické normy 3: formulování hypotéz na datech, reanalýzy, vylučování případů, ...

	x		
	x		
		x	
	x	x	
x			
	x		
x			

## Spolupráce vedoucího práce se studentem, samostatnost a nezávislost studenta

Samostatnost a inovativnost při formulování hypotéz (vlastní přínos studenta)

Samostatnost a metodologická kompetence při realizaci výzkumu

Samostatnost a kompetence při práci s daty, při jejich analýzách a interpretaci

	x		
	x		
			x

## Hodnocení jednotlivých částí (lze uvést hlavní nedostatky)

### Práce s odbornou literaturou

2,0

Studentka by neměla zaměřovat teoretický a normativní přístup. V práci je značné množství gramatických chyb.

### Teoretická část

2,6

### Problém, cíle, otázky a hypotézy

3,0

Autorka předkládá deset hypotéz, které většinou nevyplývají z teoretické části a mají nesprávnou logickou strukturu (očekávají nulový vztah mezi proměnnými).

### Výzkumná strategie, design, soubor, techniky sběru dat

2,3

Výzkum měl podobu dotazníkového šetření. Nepodařilo se však získat dostatečně velký výzkumný vzorek. Samotná technika je poměrně zajímavá.

### Prezentace dat a jejich analýzy

2,6

Je proveden podrobný popis výsledků. Je uveden nadměrný počet tabulek (32).  
Je proveden příliš vysoký počet statistických testů.

### Diskuse výsledků šetření a celkové zhodnocení výzkumu

2,7

Autorka shrnuje dobře výsledky šetření. Chybí však jejich diskuse vzhledem k teoriím dehumanizace.

### Dodržování citačních a etických norem APA

1,9

Citace v textu i seznam zdrojů obsahuje několik chyb a nepřesností.

### Spolupráce vedoucího práce se studentem, samostatnost studenta

2,7

Při konzultaci přistoupila studentka na návrh testovat tři hlavní hypotézy. Na svém rozhodnutí však, ke škodě věci, nesetřvala. Pracovala zcela samostatně při obstarávání souboru a sběru dat. Její data však měla poměrně složitou strukturu, již sama nebyla schopna podrobit analýze a zpracovat.

### CELKOVÉ HODNOCENÍ

2,5 (SD = 0,9)

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak početný soubor by byl třeba, abychom mohli testovat deset hypotéz při očekávané střední velikosti účinku?

Práce splňuje podmínky kladené na diplomovou práci a **doporučuji ji k obhajobě.**

Navrhovaná klasifikace: 2-3

Datum, podpis: 15. 8. 2017

  
doc. Karel Hnilica





**Posudek oponenta diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Klára Hlůžová  
 Obor studia: Psychologie  
 Název práce: Dehumanizace ve zdravotnictví vztah pacient- lékař  
 Oponent práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 89  
 Počet stránek příloh: 7  
 Počet titulů v seznamu literatury: 42

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce  
(publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka k obhajobě: Jaký by nyní autorka navrhla design výzkumu pro další bádání v této oblasti?

**Předkládaná práce splňuje nároky kladené na magisterskou práci.**

**Charakteristika práce:** Autorka rozdělila práci standardně na teoretickou a empirickou část. Teoretická část práce obsahuje 3 kapitoly, které obsahují základní pojmy, koncepty a předchozí výzkumy týkající se dehumanizace. V metodologické části práce, kolegyně provedla kvantitativní výzkum dehumanizace u 64 lékařů. Mapovala vztah mezi lékařovým pocitem být dehumanizován a jejich tendencí dehumanizovat své pacienty.

**Připomínky:**

Z hlediska psaného projevu **neshledávám závažnější formální nedostatky**, kromě překlepů a chybějících písmen v závěrečných kapitolách.

Z metodologického hlediska, musím ocenit kreativitu při konstrukci on line dotazníku. **Nicméně je poněkud na škodu, že autorka sebraná data příliš zacílila na ověřování základní souvislosti mezi dehumanizovanými lékaři a jejich případnou tendencí dehumanizovat své pacienty.** Pokud by kolegyně použila otevřenější metodologii např. kombinovaný design s kvalitativními postupy přinesla by analýza možnost zkoumat různé vztahy mezi jednotlivými proměnnými a přinést bohatší výsledky. Oceňují, že autorka s daty nemanipulovala a přiznala, že se jí vztah nepodařilo prokázat na statisticky významné rovině. Podr. viz. otázka k obhajobě.

**Celkově:** Kolegyně v teoretické části prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. V empirické části pro svůj zajímavě pojatý výzkum využila on line dotazníky vlastní konstrukce, který vyplnilo 64 lékařů. Autorka je stylisticky zdatná a v teoretické části popisuje skoro všechny podstatné pojmy a teoretické koncepty spojené se studovanou problematikou. V praktické části své práce, prokazuje schopnost stanovit cíle výzkumu, formulovat hypotézy, sestavit dotazník na základě pilotáže, shromáždit 64 respondentů, analyzovat data a srozumitelně interpretovat výsledky. **Ocenit musíme schopnost autorky zkonstruovat zajímavý dotazník. Práci hodnotím jako velmi dobrou až výbornou a doporučuji ji k obhajobě.**

Navrhovaná klasifikace: **výborně – velmi dobře**

Doporučení k obhajobě: doporučuji\*

Datum, podpis:

\*

nehodící se, škrtněte