

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Hekrova 805, 14900, Praha 4



Dynamika empatie, sebe soucitu a existenciální úzkosti napříč studii zahraničních studentů

1.LFUK

Linda Arbeli

Psychologie

Vedoucí práce: doc. PhDr. Bc. Alena Hricová, Ph.D.

Praha 2023

Prague Colegue of Psychosocial studies

Hekrova 805, 14900, Praha 4



Dynamics of empathy, self-compassion, and existential anxiety across the studies of international students at 1. LF UK. Linda Arbeli

Psychology

The Master Thesis Work Supervisor: doc. PhDr. Bc. Alena Hricová, Ph.D.

Prague 2023

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne.....Podpis.....

Poděkování:

Zde bych ráda poděkovala: doc. PhDr. Bc. Alena Hricová, Ph.D. za odborné vedení, laskavou podporu a vstřícnost, se kterou se ujala a vedla vypracování mé diplomové práce.

Děkuji respondentům*kám za sdílení informací o svém prožívání online formou a poskytnutí tak materiálu k mému výzkumu.

Anotace:

Diplomová práce se zaměřuje na zhodnocení dynamiky empatie, sebesoucitu a existenciální úzkosti u zahraničních studentů na 1LFUK během studia medicíny. Míry proměnných byly získány pomocí sebehodnotících standardizovaných dotazníků zpřístupněných všem zahraničním studentům medicíny na 1.LFUK. Teoretická část přiblížila pojmy zkoumaných fenoménů, jejich kulturně sociální kontext, definici, konceptualizaci, strukturu a vztah k medicínské praxi. Nastínila také atributy lékařské profese, studia medicíny a specifika zahraničních studentů medicíny. Na teoretické rovině byla pojednána vzájemná dynamika empatie, sebe soucitu a existenciální úzkosti. Kvantitativní výzkumná část probíhala v online formě. Studie se zúčastnilo 30 studentů. Cílem práce bylo porovnat úroveň hodnocených proměnných napříč studijními ročníky, také přiblížit mechanismy a vzájemnou dynamiku mezi empatií, sebesoucitem a existenciální úzkostí u mediků. K výzkumným účelům byly použity dotazníky JSPE, SCS SF a QEA.

Klíčová slova: Empatie, sebesoucit, existenciální úzkost, medicí

Abstract:

The thesis focuses on evaluating the dynamics of empathy, self-compassion, and existential anxiety among international students at the First Faculty of Medicine, Charles University, during their medical studies. The measures of these variables were obtained using self-assessment standardized questionnaires accessible to all foreign medical students at the First Faculty of Medicine.

The theoretical part provided an insight into the concepts of the investigated phenomena, their socio-cultural context, definition, conceptualization, structure, and their relationship to medical practice. It also outlined the attributes of the medical profession, medical studies, and the specifics of international medical students. The interplay between empathy, self-compassion, and existential anxiety was also discussed at the theoretical level.

The quantitative research was conducted online, and 30 students participated in the study. The aim of the thesis was to compare levels of the assessed variables across different academic years, as well as to elucidate the mechanisms and mutual dynamics between empathy, self-compassion, and existential anxiety. The research used JSPE, SCS SF, and QEA questionnaires for the research purposes.

Keywords: Empathy, Self-compassion, existential Anxiety, medical students

OBSAH

ÚVOD

- 1.1. Popis zkoumaného fenoménu
- 1.2. Smysl a význam práce
- 1.3. Motivace autora

I. Teoretická část

2. Definice klíčových pojmů
 - 2.1. Empatie
 - 2.1.1 Empatie v medicíně
 - 2.2. Sebesoucit
 - 2.2.1 Sebesoucit v medicíně
 - 2.3. Existenciální úzkost
 - 2.3.1 Existenciální úzkost v medicíně
 - 2.4. Atributy medicíny
 - 2.5. Studium medicíny
 - 2.5.1 Specifická situace zahraničních studentů
3. Dynamika zkoumaných fenoménů
 - 3.1. Sebesoucit a existenciální úzkost
 - 3.2. Empatie a existenciální úzkost
 - 3.3. Empatie a sebesoucit
4. Provedený výzkum
 - 4.1. Výzkum empatie
 - 4.2. Výzkum sebesoucitu
 - 4.3. Výzkum existenciální úzkosti

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5. Kvantitativní výzkum
 - 5.1. Výzkumný design
 - 5.2. Hypotézy
 - 5.3. Výzkumný vzorek
 - 5.4. Zůsob získávání dat

- 5.5. Etické otázky
- 5.6. Průběh výzkumu
- 5.7. Způsob zpracování dat
- 6. Použité nástroje měření
 - 6.1. Diagnostika Empatie
 - 6.2. Diagnostika sebe soucitu
 - 6.3. Diagnostika existenciální úzkosti
 - 6.4. Ověření reliability použitých nástrojů měření
- 7 Statistická analýza dat kvantitativního výzkumu
 - 7.1. Deskriptivní statistika
 - 7.2. Testová statistika
 - 7.2.1. Párové testy
 - 7.2.2. Korelační testy
 - 7.3. Výsledky kvantitativního výzkumu
- 8. Diskuse
 - 8.1. Interpretace výsledků
 - 8.2. Limity a doporučení pro další výzkum
 - 8.3. Potenciální využití výsledků výzkumu

ZÁVĚR

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

PŘÍLOHA – Použité dotazníky

ÚVOD

1.1 Popis zkoumaného fenoménu

Předmětem této práce bylo zkoumání empatie, sebesoucitu a existenciální úzkosti u zahraničních studentů medicíny v Praze, s nimiž se setkávám v roli psychologického poradce.

Empatie a sebe soucit představují komplexní, vzájemně propojené psychologické konstrukty, determinující vztah člověka k sobě i ke druhým. Jako takové se významně podílejí na prožívání psychické pohody (well-beingu) a celkové kvalitě života jedince i jeho okolí.

Oba fenomény je třeba chápat jako procesy, podléhající vlivu osobního vývoje, interakci temperamentu s životní zkušeností, sociálního a kulturního kontextu. Zároveň ovlivňují integraci sebe identity (Addis et al.,2022). Dispozice k oběma schopnostem je člověku vrozená. Váže se na základní instinkty přežití jak jedince, tak živočišného druhu. Jsou ovlivnitelné a „tvarovatelné“ (Goleman and Davidson, 2017). Na jejich kultivaci se zaměřovaly kultury od dávných dob. K tradičním metodám patřily různé druhy meditace, kontemplace, spirituální cvičení, charitativní činnost, rituály dospělosti, ale i kursy Mindfulness, sebe poznání, soucitu, kurzy universálních hodnot a kaučinkové metody poznání sama sebe. (Goldman & Davidson, 2017) Jako interdisciplinární fenomény jsou v zájmu různých oborů: psychologie vývojové, kognitivní, sociální, obecné, pozitivní, klinické, psychiatrie, filosofie, biologie, antropologie, teologie, umění, atd. (Mason & Ben-Ami Bartal, 2010).

Oba fenomény jsou podmíněné funkčním vědomím, které umožňuje prožitek bytí (existence), mentální uvědomění a reflektování. (Shanon, 1998). V teoretické rovině se empatie a sebe soucit prolínají ve stavu, který můžeme nazvat konceptem “člověka ve vztahu”. V této rovině se také setkávají se třetím zkoumaným fenoménem – existenciální úzkostí. Tedy úzkostně prožívané uvědomění si limitů vlastního bytí, pomíjivosti, osamělosti, svobody, odpovědnosti a viny. Uvědomnění si limitů propojení s druhými, ke kterému od narození intuitivně tíhneme a pro jejíž uspokojení jsme vybaveni právě schopností empatie (Goleman, 1995) Úzkostně prožívané setkání s realitou vydělenosti Já oproti světu „neJá“.

Významní badatelé se zabývali myšlenkami, které se týkají “člověka ve vztahu”. Z jejich prací lze vyvodit, že tento filosoficko-psychologický koncept, zdůrazňující důležitost inter i intra vztahů, respektive vztahování se, je nezbytný pro formování osobní identity i nalezení smyslu

v životě. S touto myšlenkou pracuje existenciální, humanistická i fenomenologická psychologie. (Plhánková, 2006; Roubal a Vybíral, 2010)

Sebesoucit je specifickou formou vztahu k sobě, související se schopností vnímat své pocity a vzruchy a reagovat na ně s laskavostí, tedy bez sebehodnocení. Zda byl evolučně první sebesoucit, nebo empatie je otázkou, zodpověditelnou jen na základě myšlenkového kontextu. Někteří zdůrazňují prvotní zkušenost vřelého vztahu pečující osoby, tedy imprint empatie, který se učíme aplikovat i na sebe v rámci sebe soucitu. Pro jiné je empatie vývojově mladší schopností, stavějící na evoluci od egocentrické společnosti (silnější přežije), k empatii k okolí, nejprve ke své referenční skupině, která se evolučně stále rozrůstá. Absence empatie, anetičnost, je projevem těžké psychopatologie. (Mead, 1934)

Z psychologického a psychoterapeutického pohledu můžeme sledovat dva pracovní modely s konceptem „člověka ve vztahu“. Jeden se zabývá interpersonální dimenzí vztahu, druhý intrapersonální dimenzí vztahu. Nejedná se ani o protiklady, ani o paralelní modely, ale o podtržení určitých momentů, významných pro pochopení mechanismu vztahu v kontextu všech zmíněných proměnných. První koncept člověka ve vztahu, s akcentem intrapersonální dimenze, představuje Buber (1937) ve své knize "Já a Ty", Buber popisuje dva základní druhy vztahů: vztah "Já a To" (I-It) (český překlad uvádí pojem Já a Ono) a vztah "Já a Ty" (I-Thou). Oba modely mohou být aplikovány, a v mnohém se jim tak Buber věnuje, jako vnitřní dynamice. Model „Já a To“ charakterizuje objektivnost (předmětnost) Ono. Proto se podle Bubera nejedná o vztah, ale transakci, případně funkční interakci. Tento přístup může člověk užívat vůči sobě i ostatním. Jeho základním omezením je, že se nejedná o vztah, který v pravém slova smyslu vyžaduje dva partnery, transparentnost, vzájemnost, přítomnost. I-It charakterizuje přístup k sobě člověka žijícího odděleně od já, nereflektujícího sebe sama, své hodnoty. Může se úkolovat, disciplinovat, rozmazlovat, utužovat určité atributy, nejedná se ale o vztah. Podobně i k druhým lidem, pokud nereflektujeme jejich jedinečnost transparentním, přítomným, respektujícím vztahem, vstupujeme do jakési funkční interakce. Týká se také vztahu s přírodou, nebo tělesného konceptu self. Je souvislý v čase a prostoru. Touto dimenzí je také omezen/vymezen. Svět Ty leží mimo tuto souvislost. Vytváří vlastní formu vztahového kontinua. Buber hovoří o středu, v němž se protínají věčné linie vztahu. V kontextu kontinuity je vztah vysvětlen střídáním aktuality a latence. Například láska nemůže setrvat bezprostředně ve vztahu. Buber tedy oslovuje jakýsi mechanismus napětí mezi

aktuálním a latentním – potenciálním. Tedy mechanismus připomínající princip každodenního konsensu (zmiňované existenciální školou), autentického, smysluplného. Buber hovoří o vztahu "Já a Ty" jako o vztahu vzájemného dialogu a setkání, kde se jedinec vnímá jako autentická a jedinečná osoba. Model „Já a Ty“ je relevantní vůči sobě i druhým. Týká se také pečovatelských vztahů, kde by odborník měl přinést jak svou odbornost, tak schopnost „bytí ve vztahu“. Podle Bubera je vztah "Já a Ty" základem autentické a plnohodnotné lidské existence. Prostřednictvím autentických dialogů a vztahů může člověk nalézt smysl a zvládnout své úzkostné pocity. (Buber, 1923; Frankl, 2006). V určitých situacích může být například ve zdravotnictví užíván I-it model, aniž by byl dotčen zájem pacienta. Musí zde být ale dodržen princip transparentnosti a důstojného respektování. (Buber, 1923).

Buberova kniha "Já a Ty" ovlivnila filozofické a psychologické myšlení. Její vliv je patrný zejména v oblasti existenciální, humanistické a fenomenologické psychologie, z významných směrů ovlivněných Buberem bych v kontextu psychoterapie jmenovala práci humanistického psychologa C. Rogerse, jehož na klienta soustředěná terapie zdůrazňovala důležitost empatie, jedinečnost člověka, nehodnotící vztah bezpodmínečného přijetí. Pracoval s fenomény kongruence/inkongruence, potvrzení a vnitřního vztahového rámce v mnohém připomíná Buberovo „Já-Ty“ v praxi. (Rogers, 1995) Rollo May, jako představitel humanisticko-existenciální psychologie, zdůrazňoval, že lidská bytost se formuje prostřednictvím vztahů a interakcí s druhými. (Plhánková, 2006) Zakladatel logoterapie a 3. vídeňské školy V. Frankl, zdůrazňoval význam smyslu života, stojícího na autenticitě a svobodném rozhodnutí, smysluplnosti. Nenaplněný „vztah“ je předpokladem existenciálního vaku, úzkosti, noogenní neurózy. (Frankl, 1992) Langle rozvinul princip kontinuálního vnitřního konsensu, vnitřního dialogu, jako předpoklad prožitku naplnění, seberealizace a potlačení existenciální úzkosti. (2002) Yalom, představitel americké existenciální školy, ve svém přístupu klade význam na mezilidské vztahy při formování identity a hledání smyslu.

Mnoho dalších psychologů bylo ovlivněno Barberovými myšlenkami, ačkoli to nemusí být vždy explicitně zmíněno. Buberův přístup ke vztahům a identitě přinesl novou perspektivu pohledu na lidskou psychiku a ovlivnil uvažování o lidské zkušenosti, vzájemnosti a dialogu.

P. Fonagy, psychoanalytik věnující se vývojové psychologii, přistupuje ke konceptu „člověka ve vztahu“ z pozice intrapersonální. Fonagy rozvinul výzkum teorie attachmentu (Bowlby, 1988). Věnoval se interpersonálnímu aspektu vztahu v perspektivě interakce mezi dítětem a jeho

primární pečující osobou. Věnoval se významu a povaze kognitivních a emočních pout vzniklých v rámci raného vývoje. Fonagy přispěl k rozvoji teorie mysli (ToM), dále rozvinuté v teorii mentalizace, konceptu metakognice, schopnosti porozumět a interpretovat myšlenky, pocity a motivace sebe i druhých lidí. (Fonagy & Allison, 2012) Pomáhá pochopit podstatu sebeuvědomění, emocionálního uvědomění, empatie, pochopení vztahu a vzájemnosti, a to skrze schopnost reflektivního fungování. (Law et al., 2022) Vztahy, ve kterých se jedinec cítí bezpečně – tedy respektován, slyšen a uznán, jsou zásadní pro rozvoj autenticity, sebereflexe, sebe soucitu, empatie a smyslu života. Tyto fenomény se podílejí na formování identity i kvality života. Nízká schopnost mentalizace a omezená schopnost reflexivní funkce korelují s psychopatologií. Nedostatečný, nejistý model vzthovosti, nejistý attachment, který oslabuje empatii i sebesoucit, jsou predikátmi i existenciální úzkosti. (Fonagy et al., 2009; Ensink et al., 2020; Luyten et al., 2020).

Studenti medicíny se vývojově nacházejí stále ve stavu utváření osobní identity. Zároveň jsou vystaveni extrémní mentální a psychické zátěži, stimulující emoční reakce, reflexi hodnot, přehodnocení vlastního hodnotového řádu. Jsou vystaveni nárokům, které předpokládají zralé osobnosti. Svou identitu tak adaptabilně dotvářejí „za pochodu“ přebírání morálně a hodnotově náročné profesní identity. Intenzivní studia i psychický tlak redukuje prostor pro kontakt se sebou, pro přirozenou sebereflexi. Studenti v mnohém přejímají profesní identitu, aniž by ji mohli plně integrovat do své osobní identity. Paralelně jsou vystaveni existenciálním kritickým momentům vyžadujícím empatii, reflexi, soucit.

1.2 Smysl a význam práce

Studium dynamiky empatie, sebesoucitu a existenciální úzkosti je významné z několika pohledů. Může pomoci lépe identifikovat faktory ovlivňující schopnost uplatnění empatie v klinické praxi a tím i zkvalitnění zdravotní péče. Může identifikovat faktory ovlivňující psychické zdraví, stabilitu studentů. Může přispět k „na míru šitým intervenčním programům“, řešícím psychický diskomfort studentů. Může přispět k pochopení mechanismu jednotlivých proměnných a jejich užití v rámci pečujících služeb. Může přispět k pochopení dynamiky sledovaných proměnných a tím také prohloubit porozumění komplexního procesu empatie v teoretické rovině.

Výzkum dynamiky sebe-soucitu u studentů medicíny může poukázat na způsob nakládání s vlastním psychickým a fyzickým potenciálem v dlouhodobé stresové zátěži. Identifikování faktorů, které přispívají k vyšší úrovni sebe-soucitu, může vést k implementaci intervenčních programů, které podporují studenty medicíny v péči o svou vlastní mentální pohodu a snižování stresu, tedy v posilování osobní resilience. Výhodou takových programů by byly opět nejen osobní psychická úleva, prevence nevhodných únikových strategií k potlačení stresu (alkohol, návykové látky, emoční jezení, sebepoškozování atd.), případně psychických a fyzických dekompenzací (deprese, panické poruchy, fobie, poruchy příjmu potravy, psychosomatické obtíže), ale i osobnostní růst a stabilita, nutné pro empatický kontakt s pacienty, a odolnost v emočně a psychicky extrémních situacích.

Výzkum existenciální úzkostnosti může poukázat na míru zaplavení existenciálními tématy, kterým jsou studenti vystaveni. Na míru traumatizace a edukačních opatření, která by jednoduchou formou např. debriefingu oslovila vynořená existenciální témata a pomohla je kontejnovat a zpracovat. Výzkum existenciální úzkosti mezi studenty může přinést zajímavé informace o mentální a emoční vyzrálosti a připravenosti studentů na konfrontaci s pacienty, kteří se nacházejí v existenciální krizi a očekávají porozumění, empatii, podporu. Může otevřít diskusi, nakolik může být člověk, doposud existenciální hloubkou bytí nedotčený, přístupný empatickému vztahu s pacientem, jeho porozumění, a do jaké míry bude vědomě či podvědomě unikat konfrontaci s nepříjemnými, úzkost vyvolávajícími tématy.

Může také přinést vhled na ochotu a úspěšnost fakult studentům předávat empatické nástroje, jakožto součást léčebných metod a klinických schopností. Zároveň může poukázat na míru kongruence mezi kurikulem a aplikovanými metodami ve vztahu ke studentům. Finálně může poukázat na závažnou a opomíjenou specificitu a křehkost zahraničních studentů, vystavených akumulovanému adaptačnímu stresu.

Korelace empatie, sebe soucitu a existenciální úzkostnosti by mohla přispět k odhalení případné role mediátora sebe soucitu a zbylých proměnných.

1.3 Cíle práce

Cílem práce je hlubší pochopení vzájemnosti fenoménů empatie, sebe soucitu a existenciální úzkostnosti v kontextu studia medicíny, tedy v kontextu akumulace přirozeného vývojového

stresu definovaného nutností internalizovat, přijmout vlastní identitu, a vystavení specifické psychické zátěži s výrazným existenciálním aspektem.

Především si ale práce dává za cíl empiricky přispět k diskusi o potřebě, případně konkrétní podobě podpůrných programů pro studenty, které by zajistily lepší psychické podmínky studia medicíny, větší odolnost vůči stresu. Zvláštní pozornost přitom vyžaduje zvážení možných cílených intervencí pro vyšší kvalitu života zahraničních mediků a k prevenci jejich na stresu závislých psychických dekompenzací (Laughey et al., 2021). Podpůrné programy by mohly posílit empatické schopnosti lékaře, potažmo přispět ke zkvalitnění celkové zdravotní péče (Del Canela et al., 2012).

Výzkumné otázky:

- Mění se schopnost empatie během studia medicíny?
- Mění se schopnost sebe soucitu během studia medicíny?
- Mění se míra existenciální úzkosti v období studia medicíny?
- Existuje spojitost mezi sebe soucitem, schopností empatie a úzkostí mediků?
- Jaký je vliv demografických faktorů?
- Ovlivňují proměnné věku, pohlaví nebo ročníku studia míru sebe soucitu, empatie a prožitek existenciální úzkosti?

MOTIVACE AUTORA

Volba tématu je inspirovaná praxí v psychologickém poradenství pro zahraniční studenty na 1. LF UK v letech 2022 a 2023. Tato praxe byla iniciována vedením fakulty v době pandemie Covid 19, kdy vzrostl počet psychicky strádajících studentů, nuceně separovaných a izolovaných od svých rodin v zahraničí.

Během praxe jsem se setkala se studenty prožívajícími pocit vlastní cizoty, velké nejistoty, úzkostnosti, současně i sebekritiky, a to i přes vědomí náročnosti životní situace a akademicky úspěšného studia. Kritičnost se týkala i okolí – lidí z ročníku, vyučujících, rodičů. Omezená

empatie se týkala i hovorů o volbě studia, vlastní motivaci, seberealizaci, klinické nebo studijní zkušenosti, budoucí seberealizaci.

šlo o opakující se paradoxní situace, kdy studenti s nadprůměrnými inteligenčními schopnostmi, potvrzenými v přijímacích řízeních i při vlastních zkouškách během studia, se trápili pocitem vlastní neschopnosti a méněcennosti, úzkostí z prokrastinace a neschopnosti sebekontroly, a to i přes „držení“ intenzivního studijního tempa. Případně šlo o studenty v posledním ročníku prožívající „krizi identity“, „krizi sebe pojetí“, pocity prázdnoty, odcizení, nevyznání se v sobě, znejistění ohledně návratu do mateřských zemí, kultur, rodinných konstelací.

Otázka, proč někteří studenti úspěšně zakončí studia s pocitem osobnostního růstu, hrdosti a ztotožnění se s profesní identitou lékařské praxe, zatímco jiní, neméně úspěšní, prožívají „osobnostní krizi“, odcizení sobě i druhým, nejistotu ohledně vlastní seberealizace a jsou traumatizováni zážitky ze studií, mě přivedla k rozhodnutí zpracovat téma empatie, sebe soucitu a existenciální úzkosti jakožto v životě mediků aktuálních, vzájemně propojených a tvarovatelných fenoménů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

2. Definice klíčových pojmů

2.1. Definice empatie

Přestože všichni tuší, co empatie znamená, neexistuje na akademickém poli shoda o přesné definici. Empatie bývá ztotožňována se soucitem, vcítěním (sympathy), někdy i emocionalitou. (Sulzer et. al, 2019) Všechny definice ji do určité míry vystihují, ale nepostihují zcela. Po celý život lidé vyhledávají kontakt s druhými, komunikují, sdílejí. Jak říká Siegel, "jsme sociální tvorové, kteří potřebují být cítěni." (str. 138 v Hanson et al., 2011) I fyziologické koreláty napovídají o zásadnějším stresu z prožívání společenské izolace, než z nadváhy, konzumace kávy, občasného nebo kouření." Osamocení je mocným stresfaktorem, aktivujícím stresovou reakci celého organismu. (Goleman a Davidson, 2019). Jsme tedy od přírody nastaveni k propojenosti, k vytváření funkčních a citových sítí. K tomu jsme vybaveni empatií. Empatie je základ smysluplného vztahu, toho, o čem Buber hovoří jako o "I – Thou". Empatický vztah je pro člověka nesmírně významný, protože jen v něm "vnímá, že je vnímán", tedy reflexi své existence mimo sebe, své potvrzení.

Dispozice empatie je vrozená, je vlastní všem, bez schopnosti interakce ve skupině by nepřežil celý druh. Bez empatie by také nepřežil jedinec, rozený v absolutně závislé podobě. Mateřský pud je svým způsobem zautomatizovanou instinktivní (reaktivní) formou empatie. Porodem se člověk prvně fyzicky vyděluje ze symbiotického vztahu, který pokračuje externalizovanou formou - pevnou dyádou novorozence a pečující osoby. Ta zprostředkovává bezpečí, stravu, teplo a kontakt – cit, rozvinutou neuronální výbavu, která novorozenci stále chybí pro pochopení světa i sama sebe. Dítě samo sebe poznává skrze tuto jedinečnou formu empatického vztahu. Je na empatii závislé, protože jen empatický, emočně a mentálně dostupný milující rodič/pečující, se může vcítit do druhého a funkčně jej reflektovat . Tento moment označuje teorie mentalizace za "labeled mirroring" (Fonagy et al., 2002, 2012). Mentalizace zprostředkovaná empatickým pečujícím vztahem zprostředkovává dítěti první mentální mapu, kterou se orientuje ve světě vnějším i vniřním. Tato mapa mu pomáhá pochopit myšlenky, city, přání, intence svoje i cizí. Stává se sociálně gramotným, zdatným. Poznání své vydělenosti, své existence, vytvoření zdravého self je tedy primárně založeno na empatii. Absence této schopnosti je vážným deficitem, svědčícím o patologii.

Dospívání je spirálou vydělování a sbližování. Kvalitativně odlišné úrovně každé vývojové fáze vystaví člověka specifickému druhu vydělení, osamocení i přiblížení, sblížení, nabídnutí empatického vztahu, prostoru pro smyslu plné setkání dvou subjektů. Případně pro setkání sama se sebou v rámci hluboké soucitné reflexe, kontemplace, meditace. Tato spirála je specifická vývojovou tendencí ke stále se rozšiřující schopnosti empatie: Raný prožitek symbiozy, deprese z poznání oddělenosti, vydělenosti z diády, první společenské kontakty s přetrvávajícím egocentrickým pohledem, první schopnost hry s někým, pochopení a uznání druhého a jeho myšlení a cítění, rozvoj morální, empatický soucit nejen s bližními, ale s širší komunitou, případně sdílené lidství v nejširším slova smyslu.

Proces osvojování si empatické schopnosti rezonuje s rozvojem identity, self i se schopností ustát existenciální krize. Tedy ustát svou existencialitu.

Vzhledem k interdisciplinární povaze fenoménu každá definice reflektuje svou oblast zájmu. V nejširším slova smyslu je empatie chápána jako „cítění jako druhí“. (Hojat et al., 2002) Empatie umožňuje rychlé a automatické vztažení se k emocím ostatních. Z hlediska sociálního umožňuje společenské interakce, koordinaci aktivit a spolupráci na společných cílech. Za nejširší pojetí empatie je považováno tvrzení, že empatie znamená, že je jedna entita ovlivněna emocí nebo tělesnými vzruchy jiné entity. (Lipp, 1903) Některé teorie akcentují význam empatie jako nutnost pro dosažení kvalitní občanské společnosti, případně jako podmínku řešení globálních problémů, včetně klimatické krize. Jiní upozorňují, že empatie může „motivovat ke krutosti a agresivitě“ a vést k vyhoření a vyčerpání. (Losoya & Eisenberg, 2001) Někteří empatii chápou jako dynamický proces tří komponent - kognitivní, afektní, behaviorální (Decety & Jackson, 2004; Batson, Fultz, & Schoenrade, 1987). Jiní akcentují jen její kognitivní a behaviorální složku. (Batson, 1998, 1998,, Eisenberg & Stray, 1987, Hojat et al., 2014) Struktura empatie

Zřejmě první strukturální koncept empatie prezentovala americká psycholožka Edith Steinová ve své práci "Zum Problem der Einfühlung" ("Problém vcítění") z roku 1917. Steinová byla ovlivněna fenomenologií E. Husserla, se kterým spolupracovala. V jejím pojetí empatie zahrnuje snahu pochopit, jak se druhá osoba cítí a jaké jsou její zkušenosti, s cílem dosáhnout porozumění a souladu. Tvoří ji tři komponenty: (Losoya & Eisenberg, 2001)

(1) Apercepce - schopnost vnímat a chápat zážitky a prožitky druhých lidí.

(2) Prožívání - emocionální složka, umožňuje vcítit se do světa druhých.

(3) Porozumění - schopnost porozumět prožitkům a perspektivám druhých lidí. Diskuse o struktuře empatie se dnes vede primárně ohledně relevantnosti tří domén: (1) afektivní reakce na druhého člověka, (2) kognitivní schopnost chápat perspektivu druhých a (3) existence jakéhosi monitorovacího mechanismu, který rozpoznává vlastní původ prožívané emoce od cizího. (Lamm et al., 2007) (1) Emoční komponenta: Prožívání emocionální reakce, sdílení emocionálních stavů a vcítění se do emocionálního prožitku druhých.

(2) Kognitivní komponenta: Porozumění a rozpoznání emocí, pocitů a perspektivy druhých lidí. Týká se kognitivní schopnosti vnímat a rozumět.

(3) Behaviorální komponenta: Někteří za ni považují projev empatie skrze soucitné a pomocné jednání vůči druhým a motivaci k němu.

Multistrukturální konstrukt empatie operacionalizoval Davis vytyčením čtyř subškál: empatická obava (afektní reaktivita), fantazijní reaktivita (behaviorální složka), Empatická zátěž (afektní složka) a Perspektivní reaktivita (Kognitivní). Na jejich základě vytvořil dotazník IRI (Interpersonal Reactivity Index). (Davis, 1983) Jiní nahlíží na empatii jako na reakci na empatický podnět, která může být buď pozitivní- aktivující konstruktivní proaktivní reakci motivovanou úlevou druhého (empatická obava, empathic concern), nebo negativní ve smyslu "kontaminací" nepohodou druhého, regresivním stažením se od druhého do sebe, prožitkem psychického distresu (empathic distress, empatická tíseň). V tomto kontextu některé práce hovoří o fasetách afektivní empatie, kterými jsou právě empatická starost a empatická tíseň. (Israelshvili et al., 2020)

Dlouhodobé vystavování náročným empatickým situacím nebo vystavení nezvladatelně silné emoční zátěži může vést k erozi empatie, k empatické apatii, k emočnímu vyhoření. Jiným případem extrémní reakce na emoční, empatický distres je vytěsnění, popření soucitu nebo odtažení se (znehucení ve formě abjekce) od zdroje stresu. (Warmington et al., 2021) D. Goleman (1995) hovoří ve své knize "Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ" o kognitivní empatii jako o "empatické perspektivě" (empathic accuracy). Afektivní empatii označuje za "empatickou odpověď" (empathic concern). Pojmosloví se tedy může částečně lišit i překrývat, což komplikuje práci s výzkumnými studii empatie. Golemanova teorie se stala populární, protože prezentuje empatickou perspektivu a empatickou odpověď

jako dva oddělené nezávislé procesy. Jedinec může být schopen chápat a identifikovat emocionální stavy druhých (kognitivní empatie) bez toho, aby tyto stavy emočně prožíval (afektivní empatie). (Goleman, 2011). Tato myšlenka je relevantní pro výzkum klinické empatie, která hledá nejvhodnější alternativu citlivého vztažení se lékaře vůči pacientovi za minimalizace emoční zátěže lékaře. Golemanovo vydělení dvou samostatných procesů posloužilo pro vysvětlení mechanismu společensky úspěšných, empatický plochých psychopatů. (Simon, 2019)

Multifasetový konstrukt empatie byl podpořen řadou neuroanatomických studií u zdravé i klinické populace, s využitím především MRI a PET technologie. (Baron Cohen et al., 2000, Goleman, 2011) Baron Cohen, známý svými studiemi autismu a korelátů ženské a mužské empatie, ve svých studiích označuje emocionální aspekt jako empatizující a kognitivní jako systematizující. (Baron Cohen, 1991)

Empatická bias (chybná kognitivní zkratka, kognitivní klam))

Aplikovaná empatie je kognitivním procesem, který je stejně jako jiné kognitivní procesy limitován kognitivními biasami. Těch je více druhů. Lze je rozdělit dle zmiňovaných komponent empatie. Kognitivní biasa je charakterizovaná jednáním na základě racionální korekce automatické afektivní empatické tendence. Afektní biasa se projevuje nerovnocenou empatií, připraveností prosociálně konat v rámci vlastní referenční skupiny (in group/outgroup), nebo v rámci zájmů/hodnot se kterými se člověk ztotožnil. Behaviorální biasa je zkratkovitá změna automatické tendence jednat vyvolaná jinou paralelní motivací. Výsledkem empatické biasy je neempatický postoj, prožitek, počin.

Deficit empatie

Etiologicky může být deficit empatie - poruchy prožívat a rozumět druhým, predikovat situace, schopnosti odstupu a perspektivního náhledu, případně mentalizace a schopnosti správně chápat (například, že mezi myšlenkou a činem není automatická vazba) - buď povahy vrozené, nebo projevem rozvojového deficitu, tedy neprobuzením vrozené empatické dispozice. Rozvojový deficit je odpovědností pečující osoby, prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Stejně

jako v případě, kdy byl upřením určitého smyslového stimulu způsoben ireversibilní funkční deficit ("vidící" zůstal slepým), i člověk poškozený emočně plochým, neempatickým, anetickým vztahem ztratí schopnost mentalizace a empatie.

Empatický deficit může být navozen závažnými poměry obecného nedostatku nebo hlubokou nespokojeností se sebou samým. Lidé mohou vůči soucitu okorat, mohou jej odvrhnout vrámci hluboké existenční krize, nesnesitelné emoční zátěže, jako jsou hromadná vyvraždění, katastrofy, nebo potlačit v reakci na profesní vyhoření, compassion fatigue. Soucit může vyhasnout také degradací osobnosti, například v důsledku alkoholismu, závislosti, organického poškození mozku, psychózy. Specifickým druhem empatického deficitu je cílená výchova (vymývání mozků) explicitní nebo implicitní, projevující se nesmiřitelnou zásadovostí, rigiditou, obsesivním dodržováním pravidel, nebo aktivní krutostí zaměřenou proti určité skupině (rasové, etnické, náboženské, ideové, věkové, zdravotní, sociální, genderové, atd). Racionálem za masovým vražděním a propagandistickým vymýváním mozku je dehumanizace této skupiny, její odlidštění - "svlečení z lidství". (Agamben). Empatie je relevantní v interakci živých tvorů. Pokud je člověku "odebráno" jeho lidství, je degradován na tvora či přímo věc, pak není vůbec třeba se otázkou empatie, emoce, soucitu zabývat. Z pohledu psychologického je cílená dehumanizující propaganda manipulací empatické afektivní biase, zkratkovitého jednání vycházejícího z chybného zpracování situace, klamného vjemu, jak o nich hovoří Taversky a Kahenman, případně Slovinsky ve svých studiích o kognitivních biasech.

Oproti obecnému povědomí, které soucit vesměs vnímá jako nesporně pozitivní a nezneužitelný fenomén, může i soucit nabývat obsahů a podob negativních - chorobných, sobeckých, škodlivých, destruktivních - může vést k negativním výstupům a jeho étos může být vědomě zneužíván. Užití soucitu, ať osobního nebo profesního, by mělo být vždy při plném vědomí zdrojů, motivací a dopadů.

Soucit, pokud jej tak výslovně nedefinujeme, nemusí nezbytně vést k pozitivně altruistickému jednání. Myšlenka/prožitek mohou zůstat odděleny od jednání. Může jít o pouhé souhlasné cítění, sou-cítění - vcítění, situační vyladění či dokonce projekci vlastní představy. Takto "soucitný", či jen "soucítící", člověk se může stát utrpení přihlížejícím a svým pasivním přihlížením utrpení schvalujícím. Soucit jako fenomén je proto třeba nejen intuitivně a podvědomě vnímat jako apriorní dobro, ale také se jím úvahově zabývat z hlediska

praktického (aplikovaného), filosofického i z hlediska diskurzivní psychologie řeči (psycholingvistiky).

2.1.1. Empatie v medicíně

Empatie je obecně považována za přirozený atribut zdravotnických a pečovatelských služeb. Názor vychází z představy, že si člověk zdravotní obor buď přímo volí pro silné osobní empatické naladění, nebo se mu vyučil v rámci klinické praxe. Tato představa je ale spíš projekcí pečovatelské osoby než realitou. (Světlák, 2020).

Klinická empatie má několik klíčových aspektů. Zprv je základem pro smysluplný léčebný vztah mezi lékařem a pacientem. Transparentní, nehodnotící, soucitný vztah vytváří bezpečný prostor, ve kterém může klient sdílet své obavy, představy, pocity. Bezpečný empatický vztah je sám o sobě podpůrným nástrojem. Projev soucitu, pochopení a ochoty naslouchat je stěžejní pro posílení této jistoty. Aktivní podpora zahrnuje například konzultaci reálných možností, hledání alternativ, vysvětlení aspektů nové existenciální situace. Přes omezenost výsledků léčby, je pacientem vnímaná podpora lékaře zásadním faktorem zmírnění emocionálního stresu a úzkostí spojených s nemocí. Podobně jako Yalom, který označuje pozici terapeuta za "spolujezdce" ve společně sdíleném lidství, i lékař má tuto průvodcovskou roli, pro mnohé ne méně významnou než samotná odborná léčba. Klinická empatie je důležitá pro efektivní, zároveň citlivou komunikaci mezi lékařem a pacientem. Vcítění se do emocí a potřeb pacienta může pomoci lékařům vystihnout pravou míru a formu informací, které jsou pro pacienta akurátně přijatelné.

Empatický vztah je vztahem partnerským. Pacient se stává partnerem v léčbě. Má svou agendu, svou odpovědnost, svou autonomii, kterou lékař nevnímá jako ohrožení vlastní profesní autority, ale jako optimalizaci léčebných podmínek. Transparentní komunikace, bezpečné nehodnotící, respektující prostředí je ideální pro nacházení smysluplné a efektivní léčby.

Partnerský přístup umožňuje i lékaři být osobnější, být ve vztahu s pacientem lidský i odborný, čímž zprostředkovává úlevu i lepší komunikaci existenciálních obsahů. Lékař, podobně jako terapeut, demonstruje pacientovi perspektivu sdíleného lidství. Protože je lékař v

partnerském vztahu osobnější, otevřenější a transparentnější, je méně vystaven vlastním tendencím vytěsňování a potlačování svých úzkostí.

Mnohé studie naznačují, že empatie obecně i v klinické praxi ubývá. (Hojat et al., 2002, 2008, 2014; Triffaux et al., 2019; Konrath et al., 2011; Guidi C, Traversa, 2021, Kožený at al., 2011)

Důvodů může být několik. Nabízí se otázka po realistické zátěži a atmosféře studia, sociálně kulturních posunech, posunech v motivacích studentů stát se lékařem, i v perspektivách lékařské profese atd. Populární stroze vědecký - biomedicínský trend, redukcující pacienta na bio dimenzi, neprojevuje zájem o empatické nástroje a metody.

Bez ohledu na probíhající diskuse, empatie v lékařském prostředí zůstává nadále jednou z klíčových dovedností, která umožňuje lékařům lépe porozumět pacientovi, navázat s ním důvěrný vztah a poskytnout mu kvalitní péči. (Kalvach, 2019) Proto jsou případy porušení konceptu lékaře jako život zachraňující, empatické bytosti, vnímány drastičtěji než jiné případy porušení lidskosti. Dochází zde k porušení jak lidskosti ve vztahu člověka k člověku, tak v rámci lékařské přísahy dodržování lékařské etiky, ke zpronevěření důvěry společnosti, tedy k otřesení společenských jistot.

Nástraha soucitu, v klinické praxi

Historické příklady morálně zmrzačené medicíny ukazují důležitost respektu k lidské důstojnosti a práv pacientů v rámci lékařského prostředí. Moderní lékařská etika a profesionální standardy se snaží zajistit, aby lékaři projevovali empatii, soucit a lidskost vůči svým pacientům a respektovali jejich autonomii a prospívání. Snaží se o to medicínské vzdělávací instituce, čelící v tomto aspektu odborné fragmentizaci a vědeckému specializovanému trendu, stojícímu proti klasickému holistickému, na pacienta zaměřenému přístupu.

Výchova k empatii a soucitu v medicíně

Z hlediska medicínské výchovy a kultivace lékařů a studentů medicíny jde ohledně soucitu (1) o cílevědomé pěstování, rozvíjení a oceňování empatie, (2) o pěstování právního i etického

vědomí a povědomí, (3) o nastavení jasných hranic konání/nekonání podmíněného jak emočně včítivým prožitkem, tak racionálním zhodnocením utrpení, (4) o posilování všech faktorů, které pozitivně ovlivňují proces "dozrání" soucitné reflexe do pro-sociálního jednání/činu k zajištění úlevy, nápravy. (Kalvach, 2023)

Dnes se bohužel zdá, že význam a cílevědomé pěstování empatie a soucitu jsou při studiu medicíny závažně podceněny, že stejně jako klinická komunikace s pacienty a získávání zkušeností z průběhu jejich stonání a reagování na léčebné a diagnostické procedury jsou vůči biomedicínskému curriculum a odosobněné standardizaci postupů druhořadé. Může to souviset se změnou někdejšího stonání a léčení v podstupování a provádění výkonů i s demedicalizací chronického stonání s omezenou soběstačností a s jeho přesouváním do nelékařských oblastí péče sociální či sociozdravotně dlouhodobé.

Koncept biomedicíny, deformované vědeckosti, specializace medicíny přispívá k posunu pacientů z lidských subjektů prožívajících různé míry utrpení v objekty aplikace biomedicínských postupů, technologií a standardů. To může být vysoce přínosné na excelentní úrovni centrové medicíny vyspělých technologií, ale pokleslé na úrovni primární či sekundární péče a zdravotně sociálního pomezí "všedního života". Přirozené nabývání a zdokonalování komunikační a empatické složky klinických dovedností empirickými zkušenostmi z průběžného kontaktu s pacienty pod diskusním vedením zkušeného zdravotníka (lékaře-učitele, lékaře-primáře, vrchní/staniční sestry) a pozorování/osvojování/napodobování jeho postupů je do značné míry nahrazováno kreditně kurzovou výukou akademicko teoretického rázu. Průběžné nabývání zkušeností s něčím/prožívání "něčeho" nahrazují kurzy či bloky výuky "o něčem" (o etice, komunikaci, empatii, třeba i o zkušenosti), čímž studenti přicházejí o autentický prožitek a sebereflexi. V souladu s poučkou "číst se učíme čtením a psát psaním", výuka medicíny by se měla vrátit do klasické klinické lidské zkušenosti, zprostředkovávající empirii jako žitou zkušenost, empatii, svědomí, komunikaci, etiku, estetiku včetně soucitu jako ušlechtilé soucitného a etického jednání.

Při vedení studentů medicíny a dalších pečujících profesí k soucitu a empatii se za deficitu živých stážových zkušeností (například pro vysoký počet studentů na lůžko, nebo pro jazykovou bariéru komunikace zahraničních studentů) jeví jako vhodné a dostupné využít kvalitní filmová zpracování modelových témat (dokumentární i ceněné a divácky úspěšné

hrané filmy). To, k čemu se studenti při výuce ani nepřiblíží u autentických pacientů, co si při výuce o nemocech ani neuvědomují, mohou prožít alespoň "na filmovém plátně", následně promyšlet, diskutovat, úvahově zpracovávat. (Kalvach, 2019)

Příkladem je výukově dokumentární film "Wisdom of Trauma", kde lékař a psychoterapeut Gabor Maté empaticky zprostředkovává etiologii závislostí, společenských a kriminálních delikvencí, "ztracených existencí", stejně jako řadu indexových chorob v kontextu dětského traumatu.

2.2. Sebesoucit

Na rozdíl od pojmu „soucit“, který je dobře znám, „sebesoucit“ nemá na Západě (židovsko-křesťanský svět) dlouhou tradici. Západ akcentoval soucit s druhým v kontextu lásky, milosrdenství, obětavosti, altruismu. Humanistická psychologie obdobně chápe soucit jako ctnost (E. Ericson). Humanisté zdůrazňují důležitost soucitu a empatie k druhým (Rogers), ale také k sobě samým. Jejich hodnoty kladou důraz na respekt k lidské důstojnosti i na sebezpřijetí. Soucit v rámci úcty k životu patří ke klíčovým tématům v myšlení přední osobnosti novodobého humanismu, Alberta Schweitzera.

Od 60. let minulého století bylo západní myšlení postupně vystavováno východní filosofii a tradici. Na začátku se tak dělo v reakci na válečný konflikt v jižní Asii a v souladu s šířením hnutí Hippies. Na přelomu 80. a 90 let se začaly i na akademickém poli prosazovat aspekty východního myšlení, jeho filosofie i technik. K průkopníkům, kteří zprostředkovali buddhistické a zenové trendy v psychologicko neurovědeckém světě patřili například J. Kabat-Zinn, R. Davidson, D. Goleman, J. Goldstein, D. Siegel, S. Salzberg, T. Brach, J. Kornfield, kteří zpřístupnili východní filosofii v rámci nových terapeutických metod a cvičení.

Jedním ze specifických aspektů buddhismu je jeho „vědomá dimenze“. Důraz na pokojnou mysl, uvědomělé odpuštění, směřování k nirváně jako specifickému stavu vědomí. Symbolicky lze připomenout, že mnohé křesťanské malby akcentují srdce světců, zatímco buddhismus ve výtvarném zpracování akcentuje hlavu Buddhy. Přináší aspekty vnitřní vyrovnanosti, smíření, sebe-přijetí, nesoudící všímavosti, vědomé uvědomování - metakognici, i fenomén sebe soucitu, který dokonce podmiňuje schopnost soucitu k druhým.

Na Západě byl sebe-soucit akceptovatelný jako láskyplný vztah k sobě samému díky „božské prezenci, či záměru“ v každém člověku. Pojetí sebesoucitu mimo tento rámec nebylo

kompatibilní s dobovými církevními ctnostmi, k nimž patřily zvláště pokání, sebezpytování, askeze, prožívání vlastní malosti, nedokonalosti, ubohosti, selhání, viny, sebe odsouzení, podíl na dědičném hříchu. Kulturně historicky západní svět vnímá soucit i sbesoucit primárně v afektní dimenzi, na kontinuu lásky a zavržení.

V buddhismu jsou soucit a sebesoucit jedním (maitrī karunā). Sebe-soucit je moudrostí a znalostí (prajana). Cestou k ní je meditace - cesta k osvobození od utrpení (dharma). Na rozdíl od evropského pojetí nevyhází primárně z emočních pohnutek (lásky), ale z kognitivních procesů (vědomého poznání). Sebe-soucit buddhistického pojetí nabízí úlevnou alternativu k sebe odsuzování a výčtkám svědomí západní kultury. V západní kultuře nabídly podobný myšlenkový koncept některé psychoterapeutické směry. Soucit se sebou připomíná Rogersovo „bezpodmínečné pozitivní přijetí“, Ellisovo „bezpodmínečné sebezpřijetí“, Maslowovu „B-kognici“. Dnes jsou tyto myšlenky, ať už je jejich zdrojem humanistická psychologie, nebo filosofie buddhismu, prostoupeny napříč terapeutickými směry (3. Generace KBT, radikální přijetí, terapie soucitem, na MBSR založená terapie, CBCT trénink, atd).

Za historický průlom otevření akademické obce na Západě východní tradici vlivu lze považovat synchronní udělení Nobelovy ceny míru (tedy i světové významnosti) 14. tibetskému dalajlámovi Tenzinovi Gjangchovi a jeho vystoupení věnované právě pojetím soucitu na dvou prestižních mezinárodních psychologických a neuropsychologických konferencích v USA v roce 1989. Na tomto setkání byl dokonce „vygenerován“ pojem „sebe-soucit“ (self-compassion), jako „překladatelský oříšek“ lingvisticky a myšlenkově posunuté roviny myšlení Dalai Lamova projevu (Goleman a Davidson, 2017, p.105). Od přelomu století různé aspekty sebesoucitu (metta - „lovingkindness“, mindfulness - všímavost, selfcompassion - sebesoucit) prostupují terapeutické i seberozvojové programy na Západě. Stále více směrů a praktických cvičení je explicitně nebo implicitně ovlivněno východním myšlením, primárně filosofií buddhismu a zen buddhismu.

Definice sebesoucitu

V buddhismu jsou sebesoucit a soucit jednou entitou. Tibetské označení pro soucit v sobě obsahuje i sebe-soucit. Slovo soucit v Pali a Sanskrtu znamená cítit pro sebe i druhé.

Propojenost a vzájemnost je absolutní. Obráceně proto západní pojem "self" v buddhistické filosofii neexistuje. Jedná se o celkový myšlenkový koncept žitých hodnot a technik. V kulturně-lingvistické omezenosti lze říci, že se buddhistický přístup zaměřuje na pozornostní citlivost vůči utrpení a na závazek (povinnost) jej odstranit. Jazykem teoretické psychologie Západu se buddhistický přístup týká kognitivní i behaviorální komponenty. Buddhistická tradice stojí na intencích a motivacích, soucit není vnímán jako emoce. Sebe-soucit v sobě obsahuje systém motivačních konstruktů, jako jsou láskyplná vstřícnost, soucitná radost a rovnocennost. (MacBeth a Gumley, 2012) Takto konceptualizovaný soucit je chápán jako pozornost a záměr (intence) zmírnit interpersonální nouzi (utrpení) (The Dalai Lama, 2001). Neff (2003a, b) se zaměřuje na sebesoucit jako zdravý přístup a vztahování k sobě. Neff (2003b) definuje sebesoucit jako "být vnímavý a otevřený vůči vlastnímu utrpení, bez vyhýbání nebo vytěšňování, zaměřený na snížení tohoto utrpení a laskavé sebe ošetření", tedy jako emočně pozitivní postoj k sobě, v době osobního selhání, prožívání trápení nebo uvědomění si nedostatků. (Neff, 2003a, 2003b).

Zdravý aspekt sebesoucitu, podtržený uvedenou koncepcí, v sobě obsahuje schopnost regulace proti sobě namířených negativních emocí. Neff argumentuje, že by sebesoucit měl být ve vztahu s rostoucím pocitem blaha (wellbeing), reflektovaným nižší depresivitou, nižší úzkostností a větším uspokojením se životem.

Gilbertova (2010) konceptualizuje sebesoucit z evoluční perspektivy se zakládá na dynamickém propojení mechanismů ohrožení, motivací (evoluční) a uklidňujícím systému (u savců attachment), který řídí neurofyziologický substrát. Soucit je zakořeněn ve schopnosti savců spolupracovat a podílet se na vstřícné péči a vytváření attachmentových vazeb (Liotti & Gilbert, 2011, Bowlby, 1988; Gilbert, 2005). Gilbert soucit považuje za evolučně rozvinutý motivační systém k regulaci negativního afektu (agrese) naladěním se na pocity vlastní i druhých, expresí a komunikací pocitů vřelosti a bezpečí (Gilbert, 1989; Spikins, Rutherford & Needham, 2010).

Dnes nejpoužívanější je definice, konceptualizace a operacionalizace sebesoucitu podle Neffové. (Neff, 2003a; Neff, 2003b). Neffovou prezentovaný sebesoucit je komplexní konstrukt, složený ze tří složek: (Neff, 2023)

1. Laskavá péče k sobě (self-kindness): Schopnost být laskavý a soucitný sám k sobě v situacích, kdy čelíme výzvám, selháním nebo neúspěchům. Namísto sebekritiky si dovolujeme být přívětiví sami k sobě a podpořit se. Laskavá péče se měří SCS dotazníkem postihujícím kontinuum "laskavé péče" a jejího opaku, kterým je "sebehodnocení" (self-judgement). Dotazník je označován také jako afektní škála sebesoucitu.

2. Společné lidství (common humanity): Tento aspekt sebesoucitu posiluje vědomí sounáležitosti s ostatními lidmi. Vědomí společného osudu ve smyslu životních paradigmat smrtelnosti, zranitelnosti, nepředvídatelnosti a reflexe této skutečnosti. Perspektiva sdíleného lidství zprostředkovává chápání vlastního utrpení, neúspěchu, tísně, jako přirozeně všeobecných aspektů, týkající se všech. Tím je limitován prožitek studu, zahanbení, sebekritiky. Společné lidství je měřeno v kontinuu vymezeném na druhém pólu "izolací". Tato subškála je chápána jako kognitivní aspekt sebesoucitu.

3. Uvědomění /všímavost (mindfulness): Schopnost vnímat, že vnímám, propojení s vlastními pocity, myšlenkami, pěstované ruce v ruce se schopností odstupu a nahlédnutí, tedy externalizace v rámci sebereflexe. Mindfulness je zároveň životní filosofie přítomného - uvědomělého - bytí v daném okamžiku, kterým nemusí a nemůže být jen meditace. Subškála perspektivy člověka je definována v SCS kontinuum od všímavosti k přílišné identifikaci.

Jde o stav vědomého, nesoudícího přijímání svých pocitů, myšlenek i reakcí, bez odsuzování nebo potlačování, čisté svědectví svého vědomého prožitku a autentického bytí (Neff, 2003a). Toto pojetí představuje laskavou, pozitivní a z hlediska osobnostního vývoje konstruktivní alternativu sebekritiky a sebe-odsouzení, případně sebe-nesnášenlivosti (self-hate), typických pro západní svět a vyrůstajících na ctnostech pokání a sebekritiky.

Sebesoucit a zdraví

Lze se domnívat, že atraktivita konceptu Neffové souvisí nejen s přehledností a konceptuálně systematickou prací na vytvoření pevně ukotveného vědeckého konceptu sebesoucitu, ale také na "lákavém" asociování sebesoucitu se zdravím a kvalitou života. Tím je atraktivní nejen pro jednotlivce, vyhledávající cesty jak sebesoucitem ulehčit svým diskomfortům, zlovykům, složitým životním situacím, ale také pro výzkumné projekty.

Sebesoucit je korelován a spojován s životní spokojeností, snižováním depresivity, rizikového chování, návyků, úzkostí, poruch příjmu potravy, sebekontroly a dalších faktorů zdraví a wellbeingu. Naopak záporně koreluje s neuroticismem, úzkostností, depresivitou, perfekcionismem, narcismem, strachem ze selhání či vyhořením (Benda & Reichová, 2016). Podle jiné studie Neffové, je sebesoucit signifikantním prediktorem psychopatologie. (Neff et al., 2007, Kabat-Zinn, 2011) Odborné studie také konzistentně uvádějí zjištění, že zvýšený soucit se sebou je spojen s nižší psychopatií, v souladu se studii síly efektu sebesoucitu (Germer & Neffová, 2013). Soucit se sebou pozitivně koreloval s pocitem štěstí, optimismem, pozitivním afektem, moudrostí, osobní iniciativou, zvědavostí a zvědavostí, přívětivostí, extroverzí a svědomitostí (Neff et al., 2007). Autoři metaanalýzy vztahu sebesoucitu a psychopatologie konstatovali silný vztah vysoké míry sebesoucitu s nízkou mírou psychopatologických symptomů. (MacBeth a Gumley, 2012)

Mechanismus působení sebesoucitu spočívá ve schopnosti distancovat se od negativních pocitů, představ, myšlenek a za kontinuální vřelosti k sobě a s lidským pochopením tyto podněty nehodnotícím způsobem přijmout, což nutně neznamená s nimi souhlasit. (Brach, Goleman, Kabat-Zinn, Kornfield, Salzberg) Když jsme schopni vědomě vnímat své emoce a úzkost, aniž bychom se do nich ponořili nebo od nich utíkali, můžeme lépe pochopit, co nás ovlivňuje, a nalézt nové způsoby, jak s těmito podněty konstruktivněji pracovat. (Brach, 2000) Racionální dimenze také umožňuje hlubší porozumění emocím a úzkosti druhých lidí. Sebesoucit nabízí alternativní konstruktivní strategii přístupu k emocím (emotional approach). Vyžaduje všímavé uvědomění svých emocí, takže bolestivým nebo úzkostným pocitům se subjekt nevyhýbá, ale přistupuje k nim s laskavostí, porozuměním a pocitem sdílené lidskosti. (Neff, 2003a) Negativní emoce se tak transformují na pozitivnější pocitový stav, který umožňuje objektivnější pochopení bezprostřední situace a přijetí efektivnějších opatření. Připomíná Franklův princip odpovědi namísto reakce.

Goleman sebe soucit označuje za důležitý prostředek emocionální inteligence obrácené k sobě. (Goleman, 2000) Namísto kritického hodnotícího vnitřního hlasu (svědomí) nabízí možnost pozorovat vlastní emoce a dovedně používat získané informace k řízení myšlení i jednání. Sebesoucit umožňuje sebe přijetí jako alternativní prostor bezpodmínečné laskavosti odpovídající Bowlbyho konceptu attachmentu, ale s vlastním zdrojem potvrzení. V tomto pojetí se člověku otvírá vlastní, na druhém nezávislý zdroj ošetření vztahových vývojových

traumat. Takový stav se nazývá radikální přijetí, alternativní sebeléčebný zdroj. Narozdíl od narcistické sebestřednosti, se radikální sebezpřijetí vždy chápe v kontextu sdílené lidskosti a soucitu k druhým (Brach, 2003). Člověk se stává přijímajícím vůči sobě i životním výzvám.

2.2.1. Sebesoucit a medicína

Sebesoucit není na rozdíl od empatie, atributem lékařské profese. Je ale užitečnou schopností, napovídající o lepší empatické dostupnosti i psychické stabilitě člověka, vystaveného stresovým situacím. Jde tedy o velice užitečný nástroj lékařů i mediků, aktivující vlastní zdroje k sebezpečí. Ta je tak dostupná všem, podporuje celkové sebevědomí a pocit vnitřního "locus of control".

V kontextu vysokých nároků studia medicíny v atmosféře konkurence a výkonu je sebesoucit pozitivní, pečující alternativou k již zmiňované sebedestruktivní strategii perfekcionismu (Světlák, 2020; Brach, 2000), potažmo dalších destruktivních strategií zvládnání stresu. (Shapiro et al., 2005, Neff, et al., 2022; Neff, Tóth-Király 2022a; Neff et al., 2007)

Schopnost objektivně reflektovat svá trápení a odpovídat na své tísně a neúspěchy nehodnotícím vřelým způsobem prostého přijetí poskytuje důležitou vlastní zkušenost soucitného jednání i přijímání soucitného přístupu, včetně prožití úlevy a jejich klidnicích, až léčebných dopadů. Tato "oboustranná" zkušenost příjemce i zprostředkovatele empatie je optimální přípravou pro navazování empatických vztahů v klinické péči o pacienty. Je také nástrojem prevence a intervence přílišné psychické zátěže zdravotníků.

V roce 2003 byl v důsledku růstu sebevražd a depresivních dekompenzací mezi mediky na Emory University v Atlantě iniciován projekt pro posílení psychické odolnosti studentů a zdravotníků - intervenční program na kognici založeného soucitu ("Cognition based compassion training", CBCT). Následná studie prokázala efekt 6týdenního výcviku v CBCT na hladiny stresových hormonů. (Pace; 2009) Program byl poté úspěšně použit v diagnostických zařízeních (Reddy et al., 2013) i ve výzkumných projektech práce se sociálně determinovanou populací.

V roce 2014 vznikl na Emory University manuál CBCT programu (Cognitively based compassion training). Tento manuál je teoretickým průvodcem 8 až 10týdenního programu.

Program je strukturován v posloupnosti tří kruhů: „já-já, já-ty, já-oni, a to v rovinách intelektuálního poznání, osobního prožitku (analytická meditace) a spirituálního – transcendentního náhledu (view, behavior, meditate-connect). Prohloubení soucitu je podle manuálu dosaženo posilováním podmínek nutných pro naplnění této hodnoty. Podmínky jsou probírány v šesti po sobě jdoucích modulech. Obsahují fenomény uvědomování si, vděčnosti, empatie, laskavosti, universality, sebe přijetí. Na rozdíl od uvědomění (mindfulness) tato metoda pracuje s propojením kognice a meditačního stavu, tedy s tzv. meta-kognicí a imaginací. Reflektován je prožitek fyzický, psychický a následně i behaviorální. (<https://compassion.emory.edu/cbct-compassion-training/index.html>)

Atlantská iniciativa intervence proti psychickému přetížení mediků a prevence vyhoření zdravotníků je významným podnětem pro lékařské fakulty a zdravotní instituce v nepodceňování lidských limitů na lidskosti budovaného, byť výsostně odborného, oboru. CBCT je méně známou formou práce s přetížením, sebekritikou, negativními emocemi k sobě, vyhořením. Byl konstruován cíleně na zdravotníky a vyžaduje citlivější přípravu školitelů. Známější a dnes populární alternativou, pracující se soucitem k péči o sebe i empatickému vztahování k okolí, jsou kurzy MBSR (Mindfulness based stress reduction), ACT (Action compassion therapy) a další.

Výhodou těchto programů je možnost skupinového vedení a relativně krátký nácvik (8 týdnů, jednou týdně tři hodinové setkání). Důležité je ale podotknout, že efektivita těchto a jim podobných kurzů je podmíněna kontinuální, ideálně zpočátku každodenní praxí.

Dle Kabat Zinna, autora prvního programu MBSR (ovšem zaměřeného nikoli na zdravotníky, ale na psychiatrickou klientelu), popularita mindfulnessových technik, programů, terapií všeho druhu a průmyslu kolem nich vzniklého, vystihují v mnohém aspekty západního světa - uspěchanost, výkonnost, soutěživost. Mnoho participantů i školitelů využívá příležitost ke zkratkovitému dosažení jistého cíle. Mindfulness je však o životní cestě, filosofii a dobrým učitelem mindfulness je ten, kdo přirozeně žije v přítomnosti každým dnem, nikoli ten, kdo projde certifikovaným, stále se prodlužujícím kurzem. (Kabat Zinn přednáška, Atlanta, USA, 2017)

V diskusi o optimalizaci podmínek studia a práce lékařů, o zvažovaných přínosech pro pacienta i psychickou pohodu a důstojnou kvalitu života lékaře může výzkum sebesoucitu u

mediků i lékařů přinést zajímavé vhledy, využitelné právě při rozhodování o formě funkčních opatření (preventivní programy, intervence, atd.).

2.3. Existenciální úzkost

Definice úzkosti

Úzkost je jednou ze základních, život zachraňujících emocí. Je přirozenou emoční reakcí na stresující nebo nebezpečné situace. Úzkost je pocit obavy, strachu nebo napětí, který může být spojen s fyzickými, emočními a kognitivními projevy. Na rozdíl od fobie, která se váže ke konkrétnímu objektu, úzkost charakterizuje očekávání negativního sledu událostí bez konkrétního objektu děsu. Výzkum úzkosti se věnuje anatomickým korelátům, patologii, léčbě, teorii mechanismu a konstruktů úzkosti.

Existenciální úzkost je specifický druhem úzkosti. Berman (2006) uvádí, že existenciální úzkost je obava ze smyslu života a smrti. Světlák (2023) definuje existenciální úzkost jako multidimenzní konstrukt používaný k vysvětlení mentální turbulence, kterou prožívá člověk vystavený myšlenkám na smrt nebo osobní zkušenosti s hrozící smrtí. Jiní ji definují jako prožitky ohrožení fundamentálních životních jistot. (Lampert, 2019). Wikipedie říká, že existenciální úzkost je klíčovým tématem existenciální psychologie, která se zabývá hlubšími otázkami a výzvami lidského bytí. Důležitým momentem odlišení existenciální úzkosti je, že zdrojem není konflikt vnitřní (například s významnými dospělými, vytěsněné zkušenosti atd.), nýbrž konflikt pramenící z konfrontace s danými podmínkami existence. (Yalom, 1980)

Existenciální úzkost lze definovat i jako obavy pramenící z úvah nad otázkami: "Kdo jsem?" a "Proč jsem?", tedy obavy z úvah o vlastní identitě a smyslu. Z logiky věci je existenciální úzkost aktuální vždy, když se člověk v životě přiblíží těmto otázkám (významné změny, krize, rozhodnutí, ztráty), tedy v momentech z psychologie známých jako události s vysokou hodnotou stresfaktoru (smrt bližního, katastrofa, úraz, porod, svatba, stěhování, změna bydliště, změna zaměstnání, atd.) Stav, kdy člověk není schopný pobýt ve „vztahu se sebou“, ať proto že mu zdravé self chybí, nebo nemá k dispozici vnitřní pracovní model pro využití funkční reflexe, (Fonagy et al., 2002, Bowlby, 1988) bývá spojován s patologií, se sublimací, existenciální a neurotickou úzkostností, prázdnotou, proviněním. (Tillich, 1961) Míra, do jaké ovlivňují tyto obavy vnitřní i společenský život daného člověka a jeho prožitek kvality

vlastního života, charakterizuje míru existenciální úzkosti, případně patologizaci tohoto přirozeného fenoménu. Existenciální úzkost chápou a zkoumají psychologové, filosofové i další odbornosti. K osobnostem, které významně ovlivnily chápání existencialismu, patří Pascal, Schelling, Kierkegaard, Nietzsche, Dilthey, Bergson, Jaspers, Heidegger, Buber, Marcel, Sartre, Camus, de Unamuno, Ortega y Gasset, de Beauvoir. K psychologům existenciálního směru patří například May, Frankl, Yalom, Langel, Bugental, Boss.

Zatímco někteří v existenciální úzkosti vidí přirozenou - inherentní součást lidského života (Bugental), možný zdroj růstu (Yalom), jiní v ní vidí důsledek ztráty smyslu a motivace v životě (Frankl, Langel). Rollo May chápal úzkost jako důsledek konfrontace s nejistotou, smrtelností a neznámým. Zdůrazňoval, že úzkost může být vyvolána nedostatečnou schopností čelit existenciálním výzvám.

Koncept existenciální úzkosti

Zřejmě neužívanějším konceptem existenciální úzkosti je dnes dělení na čtyři komponenty podle Yaloma: strach ze smrti, svoboda, ztráta smyslu, osamělost. (Yalom, 1980) Nicméně Yalom propojil hlavní témata, prezentovaná a rozvíjená významnými teoretiky. Jejich postoje k existenciální psychologii jsou následující.

Heidegger (2002) říká, že v určitých životních situacích je člověk konfrontován s myšlenkou své smrtelnosti, s vědomím vlastní svobody vůle a rozhodování, s myšlenkou, že je "uvězněný" ve své samotě i přes blízkost ostatních. K existenciálnímu prohlédnutí může vést závažný životní moment, krize i zlomový okamžik, včetně vystavení podnětu, který takový prožitek vyvolá (fotografie genocidy, svědectví nehody atd). Toto uvědomění vede člověka k úzkosti, které chce uniknout. Pokud prožívá sám sebe jako její zdroj, může chtít uniknout k něčemu/někomu (homo faber, unik do závislosti, hráčství, vztahů atd). Člověk se tak vyhýbá setkání s existencialitou, kterou ale již tuší. Plné uvědomění si omezenosti svého bytí a konstruktivní zakomponování povahy existence vlastního života v sobě skrývá potenciál osobního růstu a přiblížení se psychické vyrovnanosti. Podle Th. Dethlefsena je řecká mytologie plná pokusů utéci svému osudu, své smrtelnosti, přičemž tyto pokusy končily vždy tragicky a hněvem bohů. Na druhou stranu bohové záviděli člověku nepředatelnou jiskru a chuť posmrtného života. (Dethlefsen, 2006)

Frankl (1966) hovoří o svobodné volbě a subjektivním smyslu života v rámci neměnitelných podmínek. Langle hovoří o vnitřním konsensu - žitých hodnotách determinujících lidskou sebeaktualizaci, které dávají chuť životu přes, nebo právě pro jeho smrtelnost. (Langle, 2002)

Podle Yaloma (2006, 2008, 2022) činí reflexe osamělosti, smrti, svobody a odpovědnosti člověka pozorným k bytí. Mnozí se shodují, že existenciální úzkost se váže ke strachu z promarní života, tedy nenaplněnost podstaty, nerealizace sebe sama, které souvisí s pocitem viny a studu za nevyužité šance, nezodpovědné jednání. Frankl zdůrazňuje provázanost svobody s odpovědností. Odpovědnost jako schopnost odpovídat na životní výzvy, přičemž lidská svoboda je definována prostorem mezi podnětem a odpovědí na ni (nikoli reakcí). (Frankl, 1996, 1997). Aby člověk mohl uchopit svou životní výzvu, musí znát sám sebe (své hodnoty), být autentický a "přítomný".

V terminologii Bubera mohou být existenciální otázky uchopeny v rámci "I-thou" vztahu, determinovaného transparentností, zpřítomněním a vzájemností. (Buber, 1923) Každý vztah, který je "I -thou" je otevřen existencialitě, je vztahem v pravém slova smyslu, který člověka může také existenciálně naplnit. Je oproštěný od funkčnosti a jí nachylné manipulace ve vztahu "I-It". (Buber, 1937)

Heidegger (2002) hovoří o každodenním bytí a ontogenetickém bytí. První je každodennost žitá mimo rovinu uvědomělého bytí. Ontogenetické bytí je stav uvědomnění si bytí - to, čemu říkáme metakognice, základní moment analytických meditací, nebo mindfulness -všímavosti.

V některých kulturách byly rituály dospělosti vázány právě k těmto "probouzejícím zážitkům", apelujícím na uvědomění paradigmat života. Tyto momenty většinou celoživotně mění postoj člověka vůči sobě, životu i světu. Můžeme tyto zážitky považovat za jakési "iniciační momenty" prohlédnutí, o kterém píší staré mytologie i náboženství. Jak trefně píše Dethlefsen ve své knize Oidipus a hádanka života (člověk mezi vinou a vykoupením): "Tragédie vede člověka za ruku všemi hrůzami a obrazy jeho obav. Tak jej očišťuje a uzdravuje. Je to vlastně kultovní psychoterapie ... očištěna pak byla celá obec." Přeneseně, probouzející zážitky, kritické - iniciační momenty, jsou zkrácenou verzí tragedií, kaleidoskopem prohlédnutí do světa pravé podstaty lidského bytí. Mimo logiku polarity a kontrastů, kterých se člověk drží jako jistot, na kterých stojí celý smyslový vjem světa.

Toto prohlédnutí je proto “děsivé”, že ruší důvěrně známá pravidla protipólů: černá - bílá, já - nejá, poslušný-vinný, mladý-starý. Toto existenciální prohlédnutí nás vede k úvahám o bytí před existencí, před vystoupením z bytí do zviditelněného světa existence. Z věčnosti, která je nečasová, do linearity událostí, z individuality vlastního bytí do jednotného toku života, čemu někdo říká vesmír, jiný Bůh, nebo jednota bytí. Toto prohlédnutí je děsivé (proto tragedie “provádí diváka postupně a láskyplně”), ale je nutné pro osobní růst. Únik, potlačení, vytěsnění existenciální úzkosti je regresí osobního růstu. (Yalom, 2006)

Existence ve svém pravém významu - existere - vyjadřuje diferenciaci, proces oddělování - tedy stávání se sám sebou, oddělenou bytostí. Neoddělit se, znamená nevyrůst, “zůstat závislým”, nenabýt své podstaty. Před existenciální psychologií tento aspekt života zmiňovala náboženství a mýty. Moment vyhnání se opakuje v mnoha příbězích. Rájský hřích byl nutností, aby člověk dospěl své svobody, odpovědnosti a smysluplnosti. Život v rájské zahradě byl parafrází dětské bezstarostnosti, bolavé zhřešení a vyhnání je přirovnáváno k separační úzkosti a adolescenci, která končí odchodem, individualizací, přijetím odpovědnosti, prohlédnutím a zároveň prožitkem společného údělu všech lidí. Cenou za tento růst - za separaci - je osamělost, kterou Fromm považuje za základní existenciální úzkost. (Fromm, 1993). Langle (2002) zdůrazňuje aspekt odpovědnosti. Propojuje ho s aspektem samoty, když říká, že míra osamocení je dána mírou odpovědnosti, kterou člověk prožívá. Ta kulminuje například v momentu úmrtí rodičů, které i v pokročilém věku člověka symbolicky uvrhne do hlubšího prožitku osamocení absolutní odpovědností za svůj život.

Krom konkrétních témat je existenciální úzkost charakterizována i limitními stavy člověka, kterými jsou zrození a smrt. První vyděluje člověka od matky a vrhá ho v osamocení, o kterém psali mnozí psychologové (Horney, Winnicott, Mahlerova, Fromm, atd.), druhé viděluje člověka od zbytku světa a vrhá ho do neznáma. Tomu se věnují všechna náboženství, mýty a filosofie. Podstatou strachu ze smrti ale není nutně osamocení ve smyslu oddělení od světa, interpersonální osamocení, které je podstatnou měrou součástí například separační krize, nebo uvržení do osamnění, ztrátou bližních, atd. Smrt se podobá intrapersonálnímu osamocení, které je charakterizováno pocí ztracenosti sama v sobě, odcizení se (může být provázeno zážitky depersonalizace, derealizace, disociace). Často se s interpersonálním osamocením setkávají lidé v adolescentní krizi, kdy si vytvářejí svou identitu, nebo v situacích, které oťresou významnou komponentou identity a mohou vést k prožitku úzkosti ze ztráty

kontaktu se sebou, vlastní nedostupnosti. V případě smrti se člověk obává ztráty vlastního vědomí - zde je paralela i se strachem ze šílenství, ze ztráty vlastní osobnosti. Jedná se o strach z absolutní ztráty kontaktu sama se sebou.

Intra personální osamocení se tedy ve své existenciální hloubce podobá smrti. Proto také moment osamocení patří k součásti mnohých rituálů, případně příběhů velkých proroků, trávících týdny v osamění, často v opět opuštěné zemi - poušti, aby dospěli nutného probuzení, dotknutí se jádra svého já, svého autentického prožitku. Podobně i jogínská cvičení (Vesspasana a jiná), jsou extrémním zážitkem prožití vlastního já v "osamocení".

Náboženství nabídla lidem způsob vypořádání se s existenciální úzkostí skrze tři odpovědi, zakomponované do narativního kontextu svých "velkých příběhů" - princip pokory, víru v posmrtný život a víru ve vyšší smysl - tedy vědomí jiné než polaritní reality. Prapůvodní jednota, nabízená ve filosofiích a náboženstvích je de facto vrcholným momentem konstruktů bipolárního světa, a to jako opak polarity. (Potter, 2012).

Buddhismus například, jako filosofický směr spíše než náboženství, konfrontuje člověka, podobně jako existenciální psychologie, s již zmíněnými tématy a konstatuje prostou nutnost akceptovat neodvratitelnou omezenost člověka, neboť k paradigmatům života patří: vlastní zranitelnost, smrtelnost a nepředvídatelnost života. Buddhismus akcentuje pomíjivost a nepodmanitelnost života, který jen protéká lidským tělem. Technikou, jak zpracovat úzkostné napětí, jsou meditační techniky, pracující s vědomím, kognicí i regulací afektu.

2. 3.1. Existenciální úzkost v medicíně

Smrt, ztráta, osamocení, svobodná volba a odpovědnost, pomíjivost, otřesení smyslu patří k aspektům, se kterými se lékaři a zdravotníci/pečovatelé obecně setkávají ve své praxi. Tato témata jako by patřila k popisu jejich práce. Nabízí se otázka, zda a v jaké míře zprostředkovává studium medicíny výše zmíněné „iniciační momenty“? Přes závažnost obsahů se s touto zátěží systematicky npracuje.

Někteří zdravotníci si na vystavení existenciálním aspektům medicíny přivyknou a úspěšnou adaptací si vůči nim vytvoří odolnost. Někteří jsou hrdi na svou vyjímečnou zkušenost, kterou Ellias Canneti zajímavě rozpracovává v knize Masa a moc, pojednání o psychických

podtextech a motivech profesí i národů. U lékařů zmiňuje pocit “božské moci” - lékař jako první, kdo ví a může sdělovat záměry osudu, kdo zná člověka “hlouběji” než kdo jiný atd. To ovšem neznamená, že tito lékaři, poctění a hrdí na svou exkluzivitu, nevytěšňují zhnusení, děs, úzkost z prožité zkušenosti. Mnozí jsou intenzitou existenciality zaplaveni za práh psychické pohody až snesitelnosti. Prožívají psychické distresy, traumata. Zátěži jsou nejvíce vystaveny obory čelící těžkým stavům, jako jsou paliativní či onkologická oddělení, ale i traumatologie, významně dětská traumatologie, dětská onkologická oddělení. Většina výzkumů existenciální úzkosti v kontextu zdravotnictví se věnuje právě těmto oborům, primárně vzhledem k pacientovu prožívání existenciality a úzkosti. (Di Risio et al., 2023). V Čechách například profesor Horáček vede výzkum možné léčby existenciální úzkosti paliativních pacientů pomocí terapie s užitím psychadelické látky psilocybinu. (Bravermanová, et al., 2021). Tato látka vyvolává “trip”, prožitek jiné dimenze bytí, mimo prostor a čas, v dimenzích, které vyvracejí napětí vycházející z běžného způsobu uvažování bipolárního, tří dimenzního světa.

Někteří autoři se věnují dopadu existenciální zátěže na zdravotní tým. (Pessin et al, 2015). Americký psychiatr W. Brejtbart, který se dlouhodobě zabývá paliativní medicínou a psychosomatikou (mimořádně “odchovanec” ortodoxní ješivy, tedy člověk s hlubokou znalostí spirituality a transcendece) v roce 2014 rozvinul a předložil na smyslu založenou terapii pro onkologické pacienty (Brejtbart et al., 2014). O rok později publikoval práci “Meaning centered therapy for Cancer Caregivers” (Brejtbart et al., 2015), kde se svým týmem prezentuje terapii pro zdravotníky a pečující v existenciálně stresových prostředích. Brejtbart oslovuje moment traumatizace, projekce existenciální úzkosti do prožívání, nikoly nutně syndrom vyhoření, i když symptomy traumatizace a přetížení mohou být identické.

Podle některých, jsou zdravotníci v těchto oborech poháněni nejen vnitřním naplněním a radostí z pomáhající práce. K pokračování v práci jsou motivováni právě i stupňujícím se psychickým distresem (Pessin, 2015), který může přejít v emoční únavu, případně syndrom vyhoření. Existencialisté (Frankl, Langle) chápou vyhoření jako důsledek konání (práce) bez prožitku smysluplnosti, bez autentického naplnění, tedy bez užití svobodné vůle a odpovědnosti k sebe naplnění. (Langle, 2002) Hrubě řečeno, právě neautentický přístup vysvětluje moment, proč někdo je schopný i přes hlubokou únavu (exhausci) pokračovat a někdo ne. To neznamená, že všichni vyhořelí neměli být lékaři. Ale oslovuje moment, kdy

například měli zpomalit, ustoupit, aby získali potřebnou perspektivu k odpovědné odpovědi na danou situaci, nikoli unikat před stresem vrhnutím se do práce (od “bytí” k “dělání”).

Méně prací se zabývá problematikou existenciálních zátěží u studentů medicíny. Medici přitom čelí nejen vývojově citlivé etapě dotváření vlastní identity - osobní a profesní (Ericson, 1983). Většina je právě v prvním roce studia, tedy ještě před klinickou praxí, vystavena pro mnohé prvním a traumatickému setkání se smrtí v rámci disekcí a anatomie. Následné seznámení s nemocemi, stres studijních povinností, setkání s živými pacienty, utrpením, bolestí, umírajícími, je pro mnohé mediky traumatickým zážitkem. Některé studie hovoří o traumatu, které některé studenty provázelo do praxe v podobě depersonalizací, případně obranných vytěsnění při setkání s utrpením pacienta (Světlák, 2023). Song ve své kvalitativní studii, poukazuje na povahu existenciální úzkosti studentů v důsledku studijní emoční zátěže. Studenti medicíny si víc než na úzkost ze smrti stěžovali na zhoršenou schopnost nakládání se svobodou, na ztrátu pocitu autenticity, existenciální izolaci, ztrátu smysluplnosti. (Song, 2020) Podle této studie až 50 % studentů prožívá syndrom vyhoření ještě před svou klinickou praxí. Podle studie věnované sebe soucitu a existenciálním obavám mediků na LF v Brně, se vyslovilo 96 % studentů k relevantnosti probírat existenciální témata v rámci studií s vyučujícími, zatímco 87 % studentů se vyslovilo pro absenci komunikace existenciálních témat s odbornými školiteli. Více než polovina studentů prožívala úzkostně komunikaci s pacienty na existenciální téma. (Světlák, 2023).

Setkání s existenciálními okamžiky, jako jsou pitvy a anatomie, hned v prvním ročníku studia, jsou pro mnohé psychicky náročná. Někteří tyto momenty prožívají jako traumatizující kritické události existenciální povahy, které změnily jejich prožívání, uvažování, myšlení, někdy i ve smyslu posttraumatické zkušenosti. Přes závažnost momentu, nebývají pitvy v prvním ročníku ani pozdější patologická a jiná cvičení, zpracována vyučujícími ve smyslu zpětné vazby, debriefingu, skupinového interaktivního, sebereflexního semináře, narativního psaní. (Fortunato et al, 2018) Bertman a Marks v roce 1989 předložili studii o možném přínosu anatomie (pítev) “medicínské vědě i umění”, pokud jsou doprovázeny sebereflexí v rámci skupinového semináře a narativním psaním. Tuto zkušenost studenti prožívali jako pozitivní moment, osobní růst a celkově jako snížení prvotního stresu z pítev.

Dalším milníkem apelujícím na existenciální úzkost mediků, je období 4. ročníku, kdy na většině fakult studenti začínají klinickou praxí. Tento moment byl částečně pojednán pracemi

věnujícími se dynamice empatie. Setkání s emočním vypětím existenciální krize vede k poklesu empatie, jako obranné reakci na zátěž, případně jako adaptaci na pracovní model vyučujících, přistupujících k pacientům pragmaticky, funkčně, technicky. (Hojat, 2002, Guidi, 2021, Gaufberg, 2017) Tedy v termínech Bubera "I-it" formou, která není vztahem, ale transakcí. (Buber, 1937)

2.4. Atributy medicíny

Atributy medicíny jsou charakteristiky, vlastnosti nebo kvality, které jsou typické pro medicínskou praxi a lékařské profese. Tyto atributy jsou klíčové pro poskytování kvalitní zdravotní péče a odrážejí etické, profesní a technické standardy, které musí lékaři a další zdravotníci dodržovat. Při zadání hesla "atributy lékařské péče" do počítače, začnou vyskakovat různé, částečně obdobné seznamy apelující na znalost a odbornost, empirii a podložená fakta, kritické myšlení, komunikaci, týmovou práci, empatii, odpovědnost, etické a morální chování. Přes velkolepost pojmů, zní seznam takto podaných atributů nedostatečně.

Zprvé je třeba si uvědomit, že medicína, stejně jako mnohé jiné obory, prošla v posledních sta letech velkými změnami. Především se stále více specializuje. Rozevírají se nůžky vědeckého a humanistického přístupu. Úspěch specializovaných zákroků posunul medicínu mnohem dál ve srovnání s minulým stoletím. Zkvalitnila a prodloužila život mnohým, alespoň v rozvinutém světě. Stalo se tak ale současně za cenu zániku universálnosti lékařského řemesla, které apelovalo na holistický, ucelený pohled na nemocného. (Kalvach, 2019) Moderní medicína je stavěna do situace, kde musí čelit diferencially diagnostickým trendům redukcijícím pacienta na jeho biodimenzi a reflektovaným v indexově etiologickém pojetí nemocí. Celistvý pohled zdůraňuje funkční diagnostiku, biopsychosociospirituální paradigma medicíny v práci s pacientem - "v klinické praxi de facto neexistují nemoce, jen nemocní lidé." (Kalvach, 10, 2019) Přes výdobytky a úspěchy technologií, včetně umělé inteligence, zůstávají některé lékařské atributy nenahraditelné - empatie, empirie, intuice, svědomí, žitá zkušenost, smysl pro relativnost a souvztažnost, lidská sounáležitost a solidarita. (Kalvach, 2019)

Nemocný člověk, "křehký pacient", "člověk v ohrožení" nepotřebuje jen zákonná ošetření, odbornou znalost a dovednosti či sociální dávky, ale také pochopení své lidské situace, podporu lidských potřeb, personalizovanou medicínu poskytovanou v kontextu života k

podpoře důstojnosti, smyslu a vůle k němu a také podporu vším, co lze využít, nejen co zvažuje zákon. (Kalvach, 2011). Medicína je tedy z velké míry o vztahu. Zatímco medicínský výkon nemusí být osobního charakteru, celková léčba být osobní musí. (Nedelson, 1993)

Z hlediska pojetí medicíny byl významným teoretikem Aaron Antonovský, který prosadil nedichotomické chápání vztahu zdraví-nemoc, nikoliv jako protikladné, vzájemně se vylučující, nýbrž jako kontinuum mezi dokonalým zdravím a absolutním nezdravím. Zdraví je tedy pojmem relativním. Potenciál zdraví se týká všech čtyř dimenzí lidského života (bio-psycho-socio-spirituální/existenciální). Zdraví je definováno smysluplností, která se odráží ve vzájemné provázanosti dimenzí. Tato provázanost podmiňuje dominový efekt, charakteristický například v případě "křehkých pacientů". Křehkost není otázkou choroby nebo věku, je otázkou individuální - subjektivního vztahování se člověka ke své situaci, ochotě k převzetí odpovědnosti a udržení vlastní autonomie a smysluplnosti života. Antonovský akcentoval ucelené chápání a intervenování širších souvislostí zdravotního stavu konkrétního člověka - osobní a vztahové (ve smyslu rodina a obec a člověk a osobnost). Antonovský zdůrazňoval společenskou vzájemnost, sounáležitost, vzájemnou provázanost (interdependenci).

Přesto, že empatie je obecně vnímána jako atribut medicíny, názory na roli a povahu empatie lékařů se liší. Klinická empatie „clinical empathy“ je oprávněně považována za specifický fenomén. Konfrontace s fyzickým i psychickým utrpením a bolestí, pracovní podmínky časového stresu, nejistoty, vysoké zodpovědnosti výkonnosti vyžadují „profesionální přístup“. Zatímco někteří hovoří o dostatečnosti kognitivní – racionální, systematizované podobě klinické empatie, chránící zdravotníky před emočním vyhořením a umožňujícím rychlá racionální rozhodování v souladu s vysoce stresovou povahou výkonu práce (Decety, 2020; Hunt et al., 2019), jiní jsou přesvědčení o oprávněnosti emoční empatie v klinické empatii, zamezující dehumanizujícímu přístupu, necitlivému přístupu k pacientovi (Halpen, 2003), popřípadě se vyslovují pro integrativní, holistický přístup ve výuce klinické empatie, například formou narativní medicíny, která by ochránila jak zdravotníky, tak pacienty před psychickým distresem (Guidi a Traversa, 2021). Empatický vztah je považován za zdroj jak úspěšné diagnózy, tak délky a průběhu léčby, (Boston, 2011) o čemž svědčí i výzkumy korelující škály hodnocení empatické léčby lékaře s kvalitativními hodnotami průběhu léčby, včetně počtu

komplikací a délky léčby pacientů Diabitis A, v časově ohraničeném pásmu rok po hospitalizaci.

Empatie jako schopnost zdravotnického odborníka vcítit se do emocí, stavu a potřeb pacienta klade důraz na schopnost lékaře porozumět a sdílet emocionální prožitky pacienta, respektovat jeho individuální potřeby a projevit soucit s ním. Umožňuje lékařům lépe porozumět pacientovi, navázat s ním důvěrný vztah a poskytnout mu kvalitní péči. Proto jsou případy porušení konceptu lékaře jako život zachraňující, empatické bytosti, vnímány drastičtěji, než jiné případy porušení lidskosti. Dochází zde k porušení jak lidskosti ve vztahu člověk k člověku, tak v rámci lékařské přísahy dodržování lékařské etiky, i pomyslného kontraktu mezi „lékařskou komunitou“ a společností.

Hrůznost případů, kdy medicína porušila pravidla etiky a morálky, spočívá v principu narušení transparentnosti a motivace. Pacient bývá „odlidsťěn“ a degradován jako objekt externího zájmu. Případů zneužití a dehumanizované medicíny je mnoho. Sterilizace, experimentální medicína, selektivní eutanázie, aplikovaná eugenika, ale i eticky problematické řešení jako například omezující a izolující opatření v rámci pandemie Covid 19, pojišťovenská politika diskriminace věkových skupin, aplikování ageismu patří ke stále reálným výstrahám zneužití medicíny. Odpovědnost padá na lékaře, na jejich "nejlepší svědomí a vědomí" při poskytování rovnocenné péče motivované zájmem a blahem pacienta (WHO - kodex). Lékaři jsou vázáni Hippokratovou přísahou, která váže lékaře ke konání nejvyššího dobra v zájmu zdraví a blaha pacienta. Tím představuje legitimní rámec, ve kterém jsou lékaři autorizováni se nechovat legálně, pokud legálnost protiče legitimitě (totalitní státy, lidská práva porušující opatření).

Příklady morálně zmrzačené medicíny ukazují důležitost cíleného posilování empatického aspektu medicíny. Moderní lékařská etika a profesionální standardy se snaží zajistit, aby lékaři projevovali empatii, soucit a lidskost vůči svým pacientům a respektovali jejich autonomii a blahobyt. Snaží se o to i medicínské vzdělávací instituce, čelící v tomto aspektu odborné fragmentizaci a specializaci medicíny, která se unáší technologizací a vědeckostí oboru. (Hojat 2014).

2. 5. Studium medicíny

Příprava na profesi lékaře je intenzivní jak z akademického, tak emočního a celkově psychického pohledu.

Po krátkém období, kdy si studenti hrdě užívají úspěšného přijetí a vlastních kvalit, přichází 6 let intenzivních studií, v soutěživém, výkonostním prostředí. Během 6 let projdou studenti 41 zkouškami, při kterých mnozí opakovaně prožívají trému, stres, úzkost, pocit nedostatečnosti, vinu, strach s promrhaných let, energie, peněz, stud z možného neúspěchu. Tyto emoce jsou přístupem fakulty spíše posilovány.

Hrdost a jistota mnohých studentů je poměrně brzy oslabena. Studenti se musí adaptovat na zcela jiný, odpovědný, zároveň svobodný život. Konfrontace svobody a odpovědnosti v mnohých vyvolává konflikt, napětí, frustraci.

Zatímco klinickou zkušenost a kontakt s pacientem studenti získávají převážně až od 4.ročníku, od prvního ročníku jsou konfrontováni s fyziologickou a anatomickou dimenzí člověka. Dříve než s pacientem se setkávají s anatomickými preparáty. Pro mnohé to je traumatizující zkušenost, která by vyžadovala například učitelem vedený sebereflexní pohovor, který ale není v popise kurikula.

Studium tedy přináší výraznou psychickou zátěž, včetně možného hypochondrického prožívání seznamů nemocí, které se studenti učí, traumatu z existenciálně kritických situací, nahlédnutí křehkosti života, existencionálních otázek. Mnozí popisují jako kritický moment první setkání s umírajícím člověkem. (Richardson, 2016)

Studenti se z velké části nacházejí ve vývojové fázi pozdní adolescence - dospívání, kterou Erikson ve své teorii psycho sociálního vývoje charakterizuje ctností identity vůči zmatením rolí. (Erikson, 1983). Dříve tato fáze končila chronologickým věkem 19 let (Erickson, 1983), dnes se hovoří o dokončení osobnostního vývoje a začátku dospělosti ve věku 25 let. Většina studentů tedy prožije značnou část pozdního dospívání a řešení osobní identity v rámci studií medicíny. Vysoká stresová zátěž konfrontovaná s křehkou dotvářející se identitou, je více náchylná k regresi v krizi identity a existenciální úzkost. (Crook et al., 2007)

Studenti medicíny jsou vystaveni většímu tlaku na přijetí profesní identity než jiné směry. Mohou tedy profesní identitu přijmout dřív, než identitu osobní a tyto dvě složky ne plně integrovat. (Kaufman, 2015)

Studijní zátěž konfrontuje studenty s napětím v otázkách svobodné vůle. Intenzita studií vysouvá většinu volnočasových aktivit, osobního volna, socializace mimo denní řád. Tím se studenti zároveň vzdalují od svých zájmů, sebereflexí, případně se naučí zcela potlačit své “výkonostně neoprávněné” potřeby - někdy za cenu použití méně vhodných alternativních řešení rychlého prožitku uspokojení, jako je konzumace alkoholu, rizikové chování, emoční jezení, atd..

Tyto strategie protirečí principům citlivého naslouchání, sebe soucitu a konání v souladu s autentickým já. Studenti se často učí řešit stres posilováním tvrdosti vůči sobě samým, tedy odpoutáním se od vlastních potřeb a pocitů, které v danou chvíli prožívají jako ohrožující výkon – úspěch. (Brach T., 2000)

Na 1. LF UK v Praze proběhla pilotní studie sebe-soucitu v asociaci s perfekcionismem u studentů medicíny v Brně a Praze. Studie se zúčastnilo 301 mediků. Studie podporuje hypotézu, že sebe-soucit může ovlivňovat míru vnímání sebe sama jako blízkého subjektivnímu konceptu “dobrého doktora”. Jinými slovy, sebesoucit může ovlivňovat do jaké míry bude medik vnímat sebe jako blízkého nebo vzdáleného svému konceptu „ideálního lékaře“. Podle této studie by posílení schopnosti sebe-soucitu mezi studenty mohlo snížit mentální stres studentů. (Světlák, 2021)

2. 5.1. Specifická zahraničních studentů

Zahraníční studenti, na které je výzkumná část práce zaměřena, jsou zatíženi jak výše zmíněnou náročností studia medicíny, tak akulturací a adaptací na nové životní podmínky (kulturní, jazyková, společenská adaptace). K těmto stresfaktorům přibývá zároveň pocit zodpovědnosti, někdy viny, za rodinné finanční výdaje za školné. Situaci zahraničních studentů někteří přirovnávají k situaci imigrantů. Někteří z těchto studentů opravdou jsou „druhou“ generací imigrantských rodičů. Druhá generace imigrantů bývá považována za křehkou vůči stresfaktorům krize identity. Fenomén identity tedy v této skupině nabývá významného vlivu na psychiku a prožitek wellbeingu studentů. (Wei et al., 2011)

Skupinu zahraničních studentů medicíny proto považují za specificky existenciálně ohroženou, křehkou skupinu.

3. Dynamika sebesoucitu, existenciální úzkosti a empatie

3.1. Sebesoucit a existenciální úzkost

Sebesoucit může hrát klíčovou roli ve snižování stresové reakce a úzkosti. (Neff et al., 2014, Kabbat Zinn, 2011) Laskavý vztah k sobě nám umožňuje přijmout stres a vyrovnat se s ním i s vlastní úzkostí bez nepříjemného souzení a sebekritiky, které naopak stres i úzkost dále potencují. Primární zklidnění může snížit intenzitu i četnost úzkostných pocitů. Díky perspektivě sdíleného lidství si uvědomujeme, že úzkost je běžnou lidskou reakcí a zkušeností. (Yalom, 1980, Brach, 2004) Odstup od nepříjemně vnímané emoce zároveň napomáhá se od této emoce vydělit, externalizovat ji. Tedy úzkost už není mnou. Emoci mohu nahlížet jako setkání, stejně pomíjivé, jaké jiné zážitky (Goleman a Davidson, 2019) Externalizací (vydělením) se uvolňuji z vlastní existenci (existenci), zvláštního vydělení, tudíž se mohu alternativně napojit na sdílené lidství. Alternativa sdíleného lidství v sobě přináší velké úlevy – potlačuje pocit osamělosti (sdílím, sounáležím, jsem spojen), potlačuje pocit redukce na izolaci (nejsem limitován svou vyděleností) a jako součást něčeho velkého ztrácí smysl být k sobě přísně hodnotící.

Člověk prožívající existenciální úzkost, se stává obětí i agresorem zároveň. Svou smrtelností, omezeností, zranitelností je zdrojem svých obav o sebe. Úzkost je tak potencována fasetou viny, týkající se obou rolí - oběti i agresora. V tomto frustrujícím trojúhelníku se tedy nachází já-oběť, já-agresor a já-kritik. Zničení zdroje napětí znamená zničení sebe, kterého se zároveň člověk tolik obává. Polapení do této kruté logiky je zničujícím utrpením. Sebesoucit přináší alternativu, cestu ze začarovaného bludiště. Symbolicky řečeno: tím, že sebesoucit nastaví novou rovinu pohledu, se také z bludiště stane labyrint - spleť, komplikovaný, ale smysluplně zvládnutelný, pokud člověk trpělivě postupuje a je si vědom smysluplnosti – má směr.

Širší koncept buddhistického sebesoucitu učí, že všechno je v neustálém procesu. Lpění na něčem je proto klamné a jako klam je zdrojem utrpení. (Hanson, Siegal, Kornfield, 2009)

Nová perspektiva, náhled z odstupu, externalizace emoce napomáhají člověku svobodně zvolit vhodnější vztahování se k situaci, méně traumatizující, případně objektivnější. Člověk tak nabývá pocit větší svobody a odpovědnosti, které jsou podmínkou autonomie, autenticity a z ní vycházející smysluplnosti. Pozornost se tak může přesunout od přílišné identifikace s nepříjemně prožívanou emocí ke kognitivnímu aspektu, ke zdroji stresu a reflexi kontextu. Osvobození od reaktivního afektu člověku umožní vybrat odpověď (Frankl) a tím být odpovědný (Langle) za nový vztah – přítomný, autentický, transparentní (I-Thou). Láskyplné nehodnotící prostředí vlastního vztahování k sobě a nová zkušenost nahlédnutí situace posílí povědomí vztahu a tím také redukuje úzkostně prožívanou osamělost (Fromm). V neposlední řadě sebesoucítí otvírá člověku vědomí širší dimenze bytí než 3D-trojrozměrnosti světa. Chápání sebe jako součásti čehosi většího, obecného, smysluplného, transcendentního je odpovědí na palčivou úzkost ze smrti (Yalom). Transcendence je v mnohém alternativou existenciálních obav. Obavy ze smrtelnosti, zranitelnosti, nepředvídatelnosti trvají, ale přijetím těchto paradigmat a nahlédnutím sdíleného lidství, se člověk přibližuje pochopení smysluplnosti života mimo hranice definované vlastní tělesností, tedy na tělesnosti nezávislé, a tudíž mimo dimenzi smrtelnosti, tím i časovosti, protože věčnost je fenomén nečasový.

V nácviku sebesoucítí se používá tzv. analytická imaginace. V jisté chvíli je člověk vyzván v rámci meditace, aby si představil sebe sama v útlém bezstarostném dětství. Tuto imaginaci pak použije v představě, jak stojí proti sobě – odrostlý, dospělý, sebehodnotící atd. - a je vyzván, aby sám sebe jako dítě pozvedl a láskyplně objal. V konfrontaci s emočním zpracováváním nepříjemných emocí, ruminace, atd. je toto imaginativní obětí neskutečně úlevné. Nejen že nabídne člověku možnost oslovit dětskou kreativní, hravou, bezstarostnou součást sama sebe, člověk je zároveň konfrontován s hrubostí a nepřiměřeností kritiky, myšlenek, pocitů, kterými se běžně nechává zaplavovat. Imaginace obejmutí sama sebe jako malého dítěte zprostředkovává prožitek přijetí sama sebe, radikálního bezpodmínečného láskyplného přijetí (Brach, 2003), symbolizujícího mateřský, pečující vztah, bezpečné ukotvení ve světě (Bowlby, 1988). Sebesoucítí svou nehodnotící láskyplnou povahou nevnímá ani vinu, ani křivdu oběti, ani násilnost agresora. Tyto atributy se stávají irelevantními, protože jsou jen projekcí sebehodnocení, přílišné sebeidentifikace, nutkavé potřeby vnést řád sebeidentifikací s čímkoli, co potvrdí hledanou jistotu a s ní spojený smysl. Čím větší schopnost sebesoucítí člověk má, tím snadněji může redukovat existenciální úzkost nabídnutím prostoru pro

prohlédnutí, které na vyšší rovině chápání nabízí i úlevu existenciální úzkosti na míru, která naopak životu dává jiskru a podnět k autentickému odpovědnému smysluplnému bytí.

3.2. Empatie a Existenciální úzkost

Za společný jmenovatel těchto dvou fenoménů lze označit kontinuum osamělosti a soucitného sdílení. Toto kontinuum se dotýká fenoménu vztahu jako alternativního zdroje redukce úzkostně prožívané osamělosti, případně vlastního životního smyslu a seberealizace.

Empatie motivuje člověka směrem k ostatním, směřuje pozornost do kontaktu s druhými. Díky empatii je člověk v kontaktu s druhým člověkem schopen nacítit emoční stav druhého a jeho situací dané prožívání, a tyto informace citlivě zpracovat tak, aby mohl zprostředkovat druhému úlevu od případného utrpení. Tento proces probíhá buď po afektní – intuitivní, automatické dráze, nebo po kognitivní, vědomé (tedy i pomalejší) dráze empatického rozhodnutí. Empatie symbolicky podává ruku, expanduje do okolí. Existenciální úzkost naopak stahuje člověka do izolace, osamělosti od světa, vůči kterému prožívá svou zdrcující vydělenost. Existenciální úzkost mnozí prožívají jako souběh inter- a intra- personální osamělosti. Israelshvili et al. (2019) prezentovali studii, která potvrdila spojitost mezi mírou empatické intrapersonální diferenciací, tedy pojmenování vlastních emočních stavů, s interpersonální schopností. Participantů s vyšší schopností odlišení vlastních emočních stavů byli přesnější v určení výrazů tváří druhých i v popisu prožitků druhých. Autoři se proto domnívají, že znalosti, které používáme k porozumění sobě – svému emočnímu světu, nám pomáhají porozumět i emočním prožitkům druhých a naopak. S vyšší mírou empatií je člověk schopen včasné identifikovat své pocity i je citlivě zpracovat. V souladu s Davisovým konceptem empatie, je člověk s vyšší schopností empatie vybaven citlivějším vnímáním (obavě), přejímáním perspektiv, citlivější imaginací a fantazií, umožňujícími kreativně a konstruktivně zpracovat daný kontext. (Davis, 1983)

Empatie tedy člověku pomáhá se ve své existenciální úzkosti vyznat. Nabízí mentální mapu, aktivuje adaptační systém, apeluje na zdravé jádro a aktivní ošetření úzkostného utrpení.

Empatický člověk tak může rychleji zaktivovat vlastní mentální a psychické zdroje. V rámci sebereflexe je empatický člověk lépe vybaven k vytvoření vnitřního nehodnotícího přítomného a soucitného vztahu k sobě. Schopnost imaginace a perspektivního uvažování

napomáhá kognitivně zpracovat a tvořivě aplikovat alternativní perspektivy bytí ve smyslu sdíleného lidství, smysluplnosti, transcendence. S aktivní složkou empatické obavy napomáhá aktivnímu řešení, například aktivizování zdrojů ke hledání smysluplné tvořivé činnosti.

Ve studii korelace dvou komponent empatie – empatického distresu a empatické obavy - zjistil Israelashvili a spol., že tyto komponenty spolu souvisí a jsou vzájemně neúměrné. Tedy čím vyšší byla hodnota naměřené empatické obavy (Empathic concern), tím nižší byla hodnota empatického stresu (Empathic distress).

Lze se tedy domnívat, že čím vyšší schopnost empatie člověk má, tím citlivěji a efektivněji bude schopen přistupovat ke své existenciální úzkosti a ideálně bude schopen dosáhnout osobního existenciálního růstu v podobě úzkost redukujícího prohlédnutí existencialisty – spirituality -transcendence.

3.3. Empatie a sebesoucit

Vnímání západního světa by mohlo svádět k nesprávné interpretaci sebe soucitu jako sobeckého, narcistního zájmu o sebe. Na rozdíl od sebestřednosti, která vyhrazuje primární zájem člověka k sobě, „sebe“ v sebesoucit jen naznačuje subjekt prožívaného utrpení. Je tedy citlivostí k „já-trpícímu“. V této poloze již není důvod k obavám z egoistických pohnutek. Označení vychází z buddhistické filosofie, kde je sebesoucit integrální součástí soucitu. (Brach, 2004, Handson et al., 2011, Kabat Yinn, 2011, Goleman a Davidson, 2019)

Pokud se zamyslíme nad konceptualizací Sebe soucitu podle Neff, vychází z existence tří subškál, které se vztahují k empatii. Kognitivní subškála - je dána kontinuem "Sdílené lidskosti a izolace". Převrácené hodnoty pak vysvětlují jednoduchou logiku skórování – silnější sebesoucit je korelován se silnějším prožitkem sdíleného lidství a slabším prožitkem vlastní izolovanosti od ostatních. I zbylé dvě subškály rezonují s atributy empatie:

Afektní subškála kontinua "Láskyplné vřelosti versus sebehodnocení" rezonuje s empatickým atributem soucitu a úlevy od napětí, tedy se snižováním úzkosti, redukcí konfliktu. Kritický hlas sebehodnocení je opakem těchto empatických atributů. Empatie je charakterizována citlivostí, která naopak rezonuje s láskyplnou vřelostí. Ta je jen vyšší afektní podobou citlivosti.

Poslední subškála sebe soucitu "Všímovosti versus přílišné identifikace" opět odpovídá atributům empatie. Všímovost naznačuje schopnost odstoupení od sebe ve prospěch objektivního, otevřeného, nesoudícího prožití přítomné chvíle. Přílišná identifikace je naopak tendence k ukotvení v redukcující jistotě, odpovídá uzavírání perspektiv, tunelovému vidění. Empatie je naopak definována schopností přebírat perspektivy. V tunelovém vidění světa by člověk nemohl nahlédnout situaci ani prožitek druhých. (Neff, 2023)

Empatie a sebe soucit jsou tedy vzájemně se prolínající fenomény. Jeden pramení z druhého, jeden iniciuje druhý v propojení podobném dilematu „vejce a slepice“. Nejsou identické, jsou ale přímo úměrné. (Navarro-Gil, 2020; Neff, 2022; Neff 2023)

4. Výzkumné studie

Při zpracování tématu jsem registrovala výrazný rozdíl mezi odbornými studiiemi k jednotlivým fenoménům.

4.1. Výzkum empatie

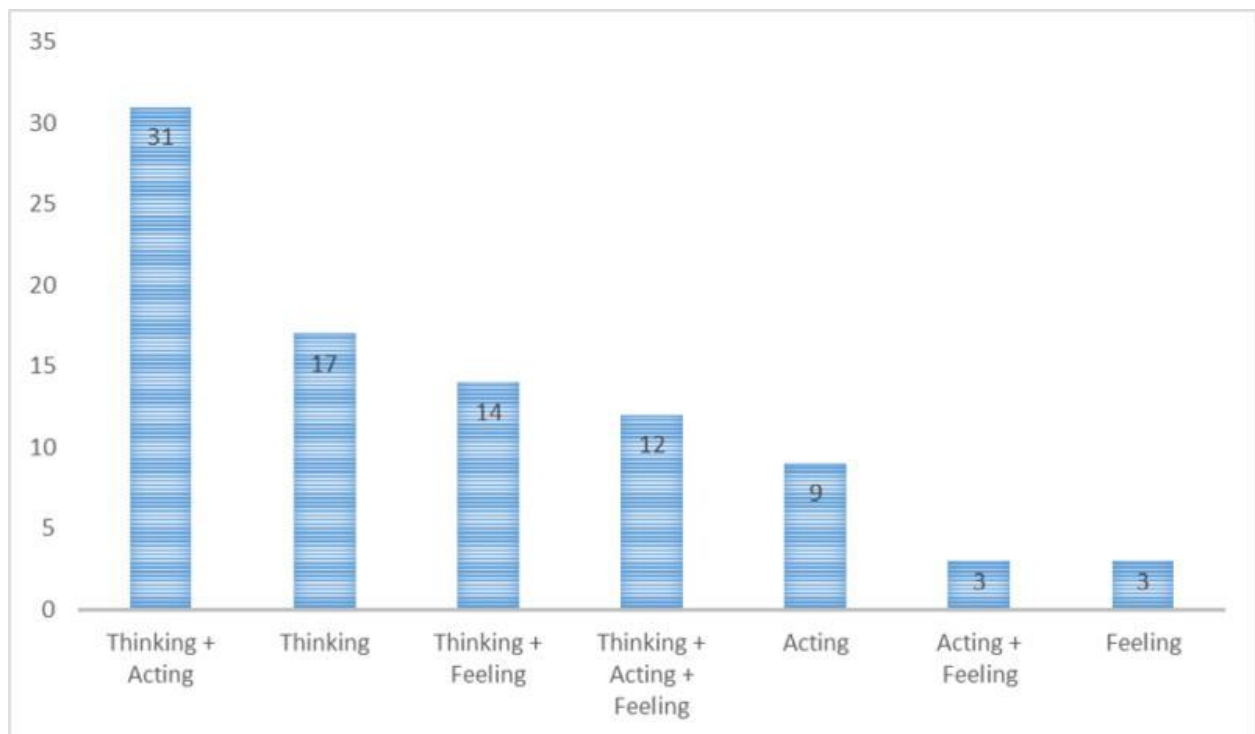
Problémem výzkumu empatie je vysoká variabilita definice a operacionalizace proměnné. Studie, která se zabývala metaanalýzou výzkumu klinické empatie u studentů medicíny, konstatuje, že ze 109 studií je 20 % bez definice empatie. Zbylé používají buď vágní definice, nebo variabilně konstruované. 82 % ze zbylých studií autoři zařadili do kategorie kognitivních procesů, zbytek do emočního procesu. (Sulzer et al, 2016). Většina medicínských studií empatie tuto proměnou vnímá skrze kognitivní a behaviorální perspektivu. Zkoumání operacionálních definic prokázalo, že 41% použilo JSPE, 17% původní IRI (Interpersonal Reactivity Index). Přitom volba operacionálního nástroje nebyla vždy kompatibilní s definicí empatie. Například studie založené na afektní dimenzi empatie užívaly racionální škály (dotazníky). (Sulzer et al, 2016)

Výzkum prokázal významnou vnitřní nesoudržnost, vágní konceptualizaci i operacionalizaci empatie, což snížilo validitu a použitelnost těchto studií pro další výzkum.

Jedna pětina studií neuspěla v definování centrálního konstruktů empatie, buď proto, že používala jakési logické pojetí empatie (a) nebo proto, že užívala škálu nebo jiný nástroj na

místo definice empatie (b). Všechny studie, které definovaly empatii, užily alespoň jednu z následujících domén: myšlení, city, jednání (viz. Tabulka č. 11).

Tabulka 11. Frekvence komponent definice empatie



Zdroj:Meta analýza studií empatie(Sulzer et al., 2016)

Dvanáct studií (14 %) integrovalo všechny tři domény jako komponenty empatie. (Shanafelt et al. definovaly empatii jako “schopnost naslouchat pacientům, chápat jejich perspektivu, vcítit se do jejich situace a vyjádřit pochopení, respekt a podporu”).

Jednapadesát studií (59 %) použilo dvě dimenze pro definici empatie (převážně myšlení a jednání). Zbylé studie považovaly empatii za jednodimenzní konstrukt.

Autoři meta analýzy empatie kritizují kontradikci mezi definicemi a jednotlivými dimenzemi definice a měřicí škály. Například 81 studií definovaly empatii v rozporu s nástrojem měření a nemohlo být dále použito pro studii.

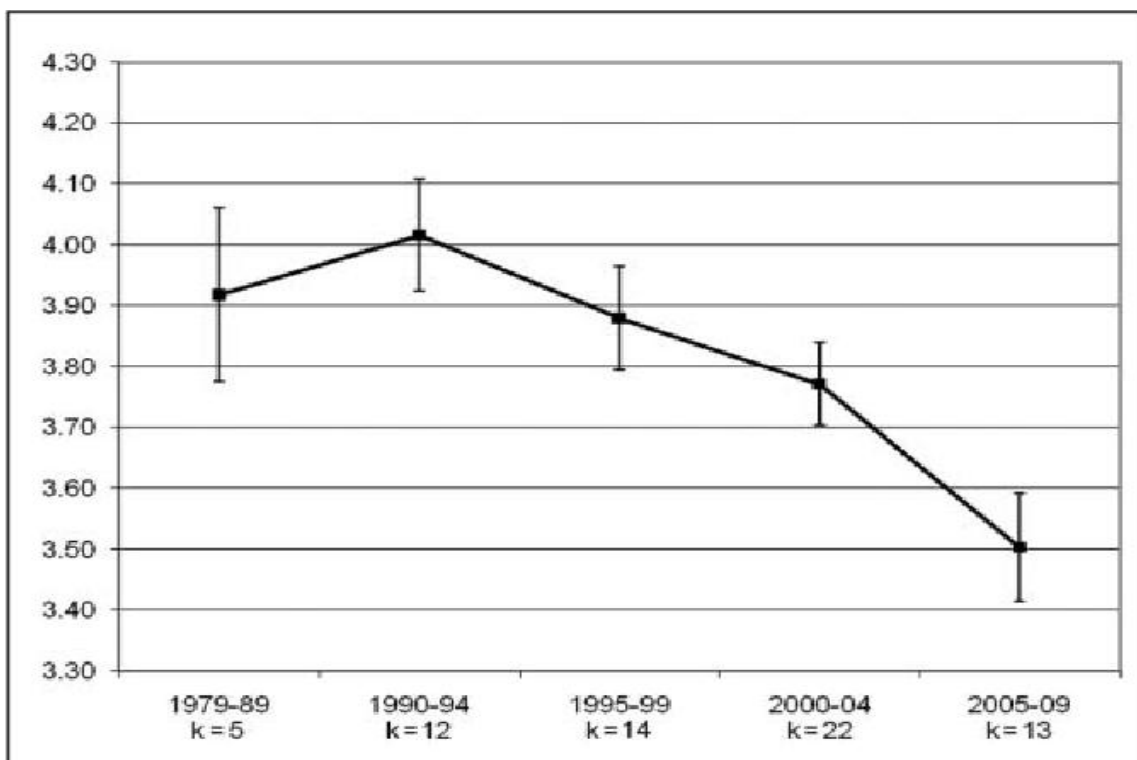
Jen 11 ze 109 studií prezentovalo konsistentní definici a operacionalizaci empatie.

Dalším limitem empatického výzkumu je způsob měření. Studie převážně používají sebehodnotící dotazníky, které nelze považovat za korelující s jednáním. Za další dotazníky často zdůrazňují kognici, přesto, že se vztahují k emoci. Propojení medicínského uvažování a klinické praxe (jednání), se projevilo jako nejlepší výzkumný způsob, protože hodnota predikce založené jen na kognici se ukázala nízká.

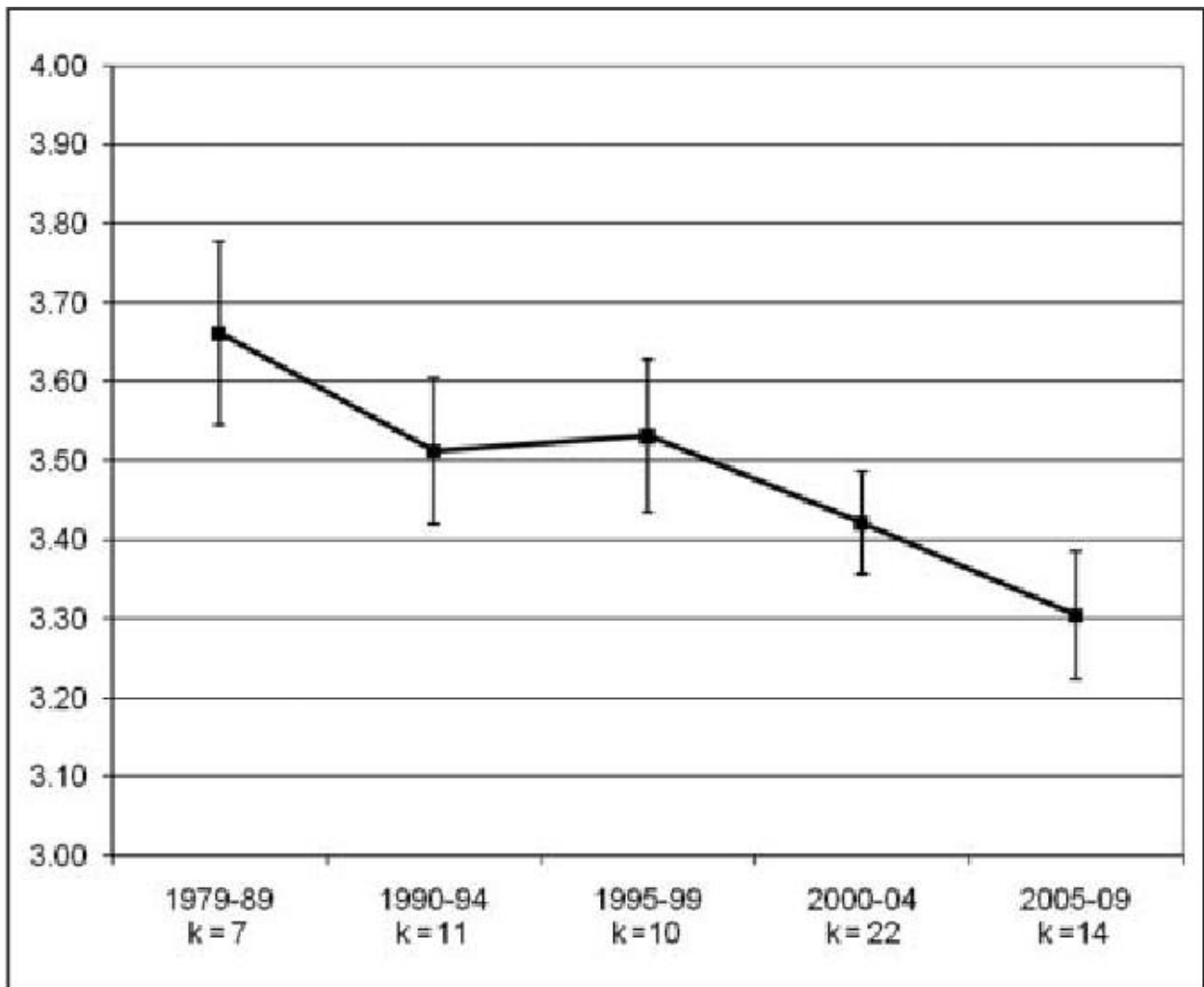
Metaanalýza longitudinálních studií dynamiky empatie definované na 4 škálách podle IRI testu prokázala klesající trend empatie u korelovaných kohort ve dvou ze čtyř subškál IRI testu. Klesající trend se projevilo na škále Perspektivy (Perspective taking) a na škále Empatické obavy (Empathic concern). Klesající trend zachycují grafy č. 4 a 5.

Subškály Představivosti (Imagination) a Fantazie (Fantasy) neprojevily signifikantní změny mezi kohortami.

Graf 4. Změny v dispoziční empatii - Empatická obava



Zdroj: Metaanalýza dynamiky dispoziční empatie (Konrath et al., 2011)

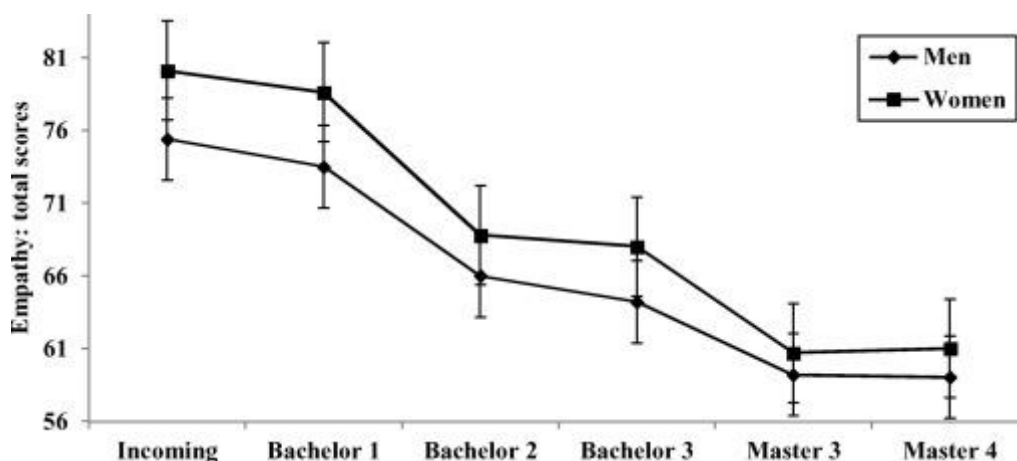


Graf 5. Změny dispoziční empatie - Perspektiva (Konrath et al. 2011)

Podobné výsledky přinesla jiná studie, sledující změnu empatie mezi ročníky medicínské fakulty ve Francii. Studie se účastnilo 1602 studentů. Studie jednak sledovala dynamiku schopnosti empatie, jednak korelovala skupiny na základě pohlaví.

Trend poklesu empatie francouzské studie z roku 2019 zachycuje graf č. 5.

Graf 5. Pokles empatie mezi ročníky studia medicíny - Francie



Zdroj: Studie dynamiky empatie (Triffaux et al., 2019)

Meta-analýzu empatického konceptu představuje práce Halla a Schwartz (2019). Autoři předkládají kvantitativní přehled a koncepční analýzu definice empatie dle 393 studií z období 2001-2013, a 96 studií z roku 2017. Cílem práce je postihnout diverzitu definic a operacionalizací empatie, které vedou dle autorů k obcházení celého konceptu empatie vytvářením vedlejších konstruktů, čímž je snižována validita výzkumu a možnost kontinuálně pracovat na výzkumu empatie. (Hall & Schwartz, 2019)

Dotazníková studie sledující vliv empatie a sebe-soucitu na syndrom vyhoření u mediků napříč ročníky lékařské fakulty při Henry Ford Hospital v Detroitu prokázala, že vyšší schopnost empatie a sebehodnocení je doprovázena vyšší mírou životní spokojenosti a nižší mírou symptomů vyhoření, zatímco nižší schopnost empatie a sebe-hodnocení je doprovázena nižší hodnotou životní spokojenosti a nárůstem symptomů vyhoření. (Richardson et al, 2016)

Laughey et al. (2021) předložili kvalitativní studii vztahu mezi výukou klinické empatie a empatickou erosí u studentů medicíny. Na základě rozhovorů s 22 studenty a vyučujícími ze dvou medicínských škol v UK poukázali na vliv tzv. "negativního modelu doktora", na problematičnost vyšetřovacích metod založených na "odfajfkování" na seznamu sběru dat o pacientovi, na fyzickou náročnost studií a stáží, a na přirozenou obranu člověka před vyhořením potlačením stres faktorů, včetně empatie - konkrétně pak empatického distresu. Studie poukazuje na potřebu znovu zhodnocení vyučovacích programů, obohacených o metody posilování psychické odolnosti mediků. (Laughey et al., 2021)

Studii obohacující zkoumání empatie o dynamiku vztahu mezi dvěma komponenty afektní empatie prezentoval Israelashvili et al. (2020). Ve své práci dokázali opačný vliv komponentu empatického zájmu a empatického distresu na empatickou kognici. Obě složky byly měřeny na základě IRI čtyř složkového dotazníku. (Israelashvili et al, 2020)

4.2. Výzkum sebesoucitu

Na rozdíl od chaotické situace ve výzkumu empatie, výzkum sebe soucitu působí mnohem přehledněji. Důvodem jistě je relativní novost tématu. Jak bylo zmíněno, zájem o sebe soucit a další fenomény pocházející z buddhismu získaly na popularitě a akceptaci akademické obce na přelomu tisíciletí. Boom východního vlivu demonstruje i exponenciální nárůst počtu studií sebesoucitu.

Sebesoucit definovala a operacionalizovala K. Neff ve studii publikované v r. 2003. Vycházela z buddhistického širšího konceptu sebesoucitu (Brach, 2003), který upravila pro potřeby a povahu západní kultury. Podle Scholar google serach existovalo do roku 2013 okolo 500 publikací týkajících se sebesoucitu. Dnes Google search vygeneruje 6200 odborných publikací.

Neff specifikuje sebe soucit jako způsob, jakým se vztahujeme sami k sobě ve chvílích pocíťovaného neúspěchu. (Neff, 2003b) K transparentnosti jistě patří i otevřenost zdrojů - operacionálního nástroje měření, manuálu hodnocení a existujících výzkumů, které Centrum výzkumu sebesoucitu. Tato otevřenost posiluje reliabilitu i validitu výzkumů.

Self Compassion Survey (SCS) se stal nejčastěji používaným nástrojem, přeloženým do mnoha jazyků. První publikace, které operacionalizovaly a definovaly soucit se sebou, vyšly v roce 2003 (Neff, 2003a; Neff, 2003b). Neff definovala tři složky soucitu se sebou: 1. laskavost k sobě – vřelost k sobě a schopnost o sebe pečovat, 2. lidská sounáležitost, díky níž prožíváme sebe i druhé v kontextu obecně lidského, společného, a 3. mindfulness (uvědomování) - schopnost vnímat sebe – své pocity, myšlenky, senzorické vjemy s otevřeností, vřelostí, zájmem, bez hodnocení (Neff, 2003a). Soucit se sebou je popisován jako emočně pozitivní postoj k sobě ve chvíli selhání, nedostatečnosti, trápení, včetně fyzické bolesti. (Neff, 2003a, 2003b).

Tato schopnost umožňuje přijmout sám sebe tak jací jsme – ve své “nedokonalosti”. Nabízí empatickou strategii emoční regulace i konstruktivní odstup od rušivých stimulů, ať již intra- či interpersonální povahy. Bolestivým ani znepokojivým pocitům se nevyhýbáme, ani se s nimi neztotožňujeme. Uvědomujeme si je a uvědomujeme si toto vědomí, čímž se od nich zároveň distancujeme a můžeme je prožívat s pochopením, laskavostí a sdílenou lidskostí. Tím jsou negativní emoce nahrazeny pozitivnějšími stavy mysli, které pak umožňují jasnější hodnocení situace i její řešení. (Neff et al., 2007).

Výzkum souvislosti mezi soucitem se sebou, depresí, úzkostí a distresem ukázalo signifikantní efekt napříč 20 studii (MacBeth a Gumley podle Germera & Neffové, 2013).

Neff a Germer (2013) ověřili účinnost klinického užití sebe-soucitu na skupině 42 studentů. Pokusná skupina (N=20) a kontrolní skupina (N=22) byly testovány na vliv kurzu sebe-soucitu. Pokusná skupina prokázala signifikantně nižší míru emočního prožívání distresu i méně neefektivních strategií vypořádání se studijním neúspěchem. Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013)

Soucit se sebou je důležitým prostředkem emocionální inteligence obrácené k sobě. Namísto kritického hodnotícího vnitřního hlasu nabízí možnost pozorovat vlastní emoce a dovedně používat získané informace k řízení myšlení i jednání. Sebesoucit umožňuje sebe přijetí, tedy alternativní prostor bezpodmínečné laskavosti k sobě. Takový stav Brach nazývá radikálním přijetím, vlastním léčebným zdrojem. Narozdíl od narcistické sebestřednosti je koncept sebe-soucitu a sebe – přijetí vždy chápán v kontextu sdílené lidskosti a soucitu k druhým (Brach, 2003).

Metaanalýza intervenčních programů sebesoucitu, pojímající 27 center a 1650 účastníku ve středním věku, prezenovala středně silnou míru signifikance pozitivního dopadu programů na sledované aspekty psychických symptomů (depresivita, úzkostnost, potruhy příjmu potravy, sebekritika atd.) Intervence redukovala negativní symptomy v hodnotách ($g = 0.75$; 95% CI 0.53–0.97). (Ferrari et al, 2019)

4.3. Výzkum existenciální úzkost

Existenciální úzkost je téma pojímané především teoreticky. Existující studie v oblasti medicíny lze diferencovat na studie zaměřené na pacienta (a jeho blízké), pečující, lékaře a zdravotníky. Tyto studie se týkají primárně paliativní a onkologické specializace, kde téma existenciální úzkosti dominuje. Jejich výpovědi se poměrně opakují. Podtrhují to, co lze vyčíst v teoretických pojednáních. V existenciálně vyhocených podmínkách se jakoby ztrácí masky rolí – sociální, profesní. Všichni účastní jsou zastoupeni především lidsky a na tuto výzvu by měli být připraveni mentálně, psychicky i podpůrně (balintovské skupiny, supervize atd.).

Zatímco u pacientů se otázky váží především na způsob ulehčení úzkosti, na pozitivní vazbě, u lékařů se výzkumy zaměřují na výzkum prevence a intervence při syndromu vyhoření a na zkvalitnění péče.

Studie týkající se mediců se věnují otázce nezpracované psychické zátěže z vystavení existenciálním momentům, optimalizace přípravy, redukce psychické zátěže.

Jednou z klíčových prací, která významně přispěla k propojení existenciální psychologie s medicínou a zdravotní péčí, je Yalomova studie "Existence and Medical Care" (1970). Zkoumá, jak existenciální otázky ovlivňují pacienty a jak mohou lékaři lépe reagovat na tyto otázky ve své péči. Yalom používá teorie existenciální psychologie, zejména logoterapeutické myšlenky Frankla. Hlavním tématem je existencialita pacienta a to, jak nemoc a úzkost mohou způsobit, že se lidé více zaměřují na smysl svého života, na hledání vnitřního smyslu. Yalom zdůrazňuje, že lékaři a zdravotníci by měli brát v potaz existenciální otázky a duševní potřeby pacientů a neredukovat svůj zájem na fyzickou stránku. Dotýká se komunikace s pacientem, zvláště v situacích, kdy se pacienti potýkají s vážnými diagnózami nebo prognózami. Zdůrazňuje význam empatie, poskytnutí prostoru pro sdílení emocí a schopnost naslouchat pacientům, kteří hledají smysl a porozumění v čele s existenciálními obavami. "Existence and Medical Care" poskytuje hluboký pohled na lidskou zkušenost nemoci a péče a nabízí přístup, který spojuje medicínu s existenciálními aspekty života. Svou nadčasovostí o empatickým lidským citem Yaloma je studie stále relevantní pro zdravotníky i psychoterapeuty.

Studie "Existential Attitudes of Physicians and Medical Students" (Krupat et al., 1985) zkoumala postoje lékařů a studentů medicíny k existenciálním tématům, jak tyto postoje ovlivňují jejich komunikaci s pacienty a poskytování péče. Identifikuje postoje ke smyslu života, lidského trápení, smrti a existenciálních otázek, kterým čelí pacienti v souvislosti s nemocí, včetně rozhodování v péči o pacienty. Ukázala, že lékaři s vyšší mírou vědomí existenciálních otázek a úzkostí se často lépe vcítí do pacientovy situace a mohou poskytovat lépe uzpůsobenou a citlivější péči. Zkoumala také role existenciálních postojů lékařů a studentů medicíny při komunikaci s pacienty, zejména v situacích. Vyšší úroveň povědomí o existenciálních otázkách lékaře opět predikovala lepší porozumění pacientovým reakcím. Tito lékaři byli schopnější kongruence s pacientem.

Významný je vzdělávací aspekt studie, která upozornila na důležitost začlenění výuky o existenciálních otázkách a lidském trápení do vzdělávacího programu pro lékaře a studenty medicíny, aby byli lépe připraveni pochopit a reagovat na existenciální otázky pacientů a tím zlepšit kvalitu poskytované péče.

Existuje mnoho studií soustředěných v centrech pro paliativní medicínu, dokumentujících existenciální dopady a otázky, práce se shodují v důrazu na empatii, otevřenost a komunikaci.

Manuál paliativní péče o umírající pacienty (Kalvach, 2019) je studií z oblasti paliativní medicíny, věnující se smrti a umírání v širším, tedy i spirituálně etickém kontextu. Je praktickým průvodcem pro pečující, zažívající nejen existenciální tíseň nemocných ale i nejistotu vlastního rozhodování.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5. Kvantitativní výzkum

5.1. Výzkumný design

Jde o výzkumný projekt věnovaný vlivu zátěže studia medicíny na dynamiku tří souvisejících proměnných: empatie, sebe soucitu a existenciální úzkosti. Studie byla designovaná jako průřezová studie, se záměrem porovnat míru sledovaných fenoménů napříč jednotlivými ročníky medicíny. Vzhledem k nízkému počtu respondentů jsem výzkum omezila na vedlejší otázku přiblížení mechanismu dynamiky mezi proměnnými, možného vymezení mediačního vlivu proměnné sebe soucitu a faktoru akademické pokročilosti. K tomuto záměru byla použita korelační analýza naměřených hodnot proměnných proměnnými s cílem zjistit, zda mezi proměnnými existuje statisticky významný vztah. Párový test pro neparametrické hodnoty byl použit pro ověření faktoru akademické pokročilosti.

Výběr vzorku byl omezený, zahrnoval pouze zahraniční studenty anglického programu studia medicíny v Praze, na 1. LF UK. Velikost vzorku byla podmíněná dobrovolnou účastí. Velikost a charakter vzorku, nepodléhající výběru, ovlivnily jak samotný výzkumný záměr, tak výpovědní hodnotu a interpretovatelnost statistických výsledků.

Data byla sbírána pomocí standardizovaných dotazníků, které měřily empatii, sebesoucit a existenciální úzkost a následně statisticky analyzována pomocí srovnávací analýzy dat.

Výsledky nepotvrdily vedlejší hypotézu, ale ukázaly signifikantní vztah mezi některými subkategoriemi dotazníků empatie a sebesoucitu. Byla také zjištěna negativní korelace mezi sebe soucitem a existenciální úzkostí.

5.2. Hypotézy

Hlavní výzkumná hypotéza (H1) tvrdí, že pokročilost absolvování studia medicíny (akademický věk) má vliv na míru empatie, sebe soucitu a existenciální úzkosti mezi studenty.

Oproti hlavní nulové hypotéze (H0), tvrdící, že absolvování studia medicíny nemá vliv na empatie, sebe soucitu a existenciální úzkosti mezi studenty.

Doplňující nulové hypotézy:

H2: Míra empatie a sebe soucitu spolu vzájemně nesouvisí.

H3: Míra existenciální úzkostnosti nebude nepřímo úměrná míře empatie.

H4: Míra existenciální úzkostnosti nebude nepřímo úměrná míře sebesoucitu.

H5: Sebe soucit nemá mediační roli ve vztahu empatie a existenciální úzkostnosti.

H6: Akademický věk nemá vliv na dynamiku ani míru úzkostnosti, empatie a sebe soucitu mediků.

5.3. Výzkumný vzorek

Tato studie byla realizována v letním semestru 2023 na 1. LF UK . Ke studii byli pozváni všichni zahraniční studenti medicíny, toho času studující na 1.lékařské fakultě v Praze.

Z celkového počtu 620 (N) studentů, vyplnilo dotazník 30(n) studentů.

Pro statisticky signifikantní průřezovou studii, v rámci které by byla porovnána data mezi jednotlivými kohortami, bylo záměrem získat alespoň 25 respondentů v každém ročníku. Přesto, že dotazník byl otevřený v online platformě Google Form po dobu osmi týdnů a reprezentanti každého ročníku rozeslali pozvánku k účasti na anonymní online studii, dotazník vyplnilo během prvního měsíce jen 8 účastníků. Po opakovaném rozeslání emailu a oslovení individuálních studentů, kteří odkaz s úvodním informačním dopisem rozeslali na Whats up třídních skupin, stoupl počet respondentu na 30 dobrovolníků, tedy 5% studentů. Data jednoho respondenta jsem vyřadila pro nedokončení dotazníku.

Z celkového počtu 29 respondentu bylo 19 žen, 10 mužů. Vzhledem k irelevanci kohort na základě ročníků, jsem respondenty rozdělila do dvou kategorií. Jako hlavní kritický moment ve studiu jsem v souladu s odbornou literaturou stanovila klinickou praxí ve 4. ročníku. (Sulzer et al., 2016; Halpern et al., 2003; Decety et al., 2020) Proto jsem studenty 1. až 3. ročníku přiřadila do kategorie preklinické, zatímco studenty 4. až 6. ročníku do kategorie postklinické. Studie se zúčastnilo 18 post-klinických a 11 pre-klinických studentů. Demografické údaje účastníků výzkumu prezentuje tabulka č. 1. Věkový údaj jsem symbolicky použila pro rozdělení respondentů do dvou skupin, v souladu s názorem, že i věk dospívání se

k pomalejšímu odchodu z orientační rodiny, přejímání pracovní, partnerské i rodičovské odpovědnosti, prodlužuje na 25 let. Některé studie a směry se dokonce vyslovují pro plnou dospělost z hlediska vývoje self i neuroanatomické struktury mozku na 30 let (<https://bigthink.com/neuropsych/adult-brain/>) . Většina psychologů se ale shoduje v názoru, že úspěšný přechod z dospívání do dospělosti je dán integrací osobní identity. (Erikson, 1983; Sawyer et al., 2018).

Tabulka 1: Deskriptivní statistika naměřených proměnných podle chronologického a akademického věku respondentů.

Descriptives

	Clinical Practice	Chronological age
N	Post clinical	18
	Pre clinical	11
Missing	Post clinical	0
	Pre clinical	0
Mean	Post clinical	24.3
	Pre clinical	22.6
Median	Post clinical	24.0
	Pre clinical	22
Standard deviation	Post clinical	2.78
	Pre clinical	3.72
Minimum	Post clinical	21
	Pre clinical	18
Maximum	Post clinical	31

Tabulka 1: Deskriptivní statistika naměřených proměnných podle chronologického a akademického věku respondentů.

Pre clinical	30
--------------	----

Zdroj: Vlastní výzkum

Vzhledem k nízkému počtu studentů, kteří se výzkumu zúčastnili, jsem musela přistoupit k revizi výzkumných záměrů.

Na místo srovnání kohort a vlivu věku a akademické pokročilosti jsem se zaměřila na možný vztah mezi proměnnými jednotlivých testů u jednotlivých respondentů.

5.4. Způsob získávání dat

Míra empatie byla získána pomocí subjektivního hodnocení respondenta na sedmi bodové Likertově škále v dotazník Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE).

Míra sebesoucitu byla získána pomocí subjektivního hodnocení respondenta na pěti bodové Likertově škále v dotazník Self Compassion Survey Short Form (SCS SF).

Míra existenciální úzkostnosti byla získána pomocí dotazníku Existential Anxiety Questionnaire (EAQ), konstruovaného k výběru z odpovědí Ano/Ne.

Všechny tři dotazníky byly prezentovány ve stejném čase na jednom odkaze, a to v pořadí JSPE, SCS, EAQ, demografické údaje (Pohlaví, věk, ročník studia).

5.5. Etické otázky

Vzhledem k tomu, že se nejednalo o experimentální výzkum, a dotazník neklinicky diagnostické povahy byly předloženy zdravé populaci, nebylo nutné uplatnit etické standardy pro psychologický výzkum. Účastníci se do studie hlásili dobrovolně a byli předem

informování o cílech výzkumu. Vzhledem k anonymitě a online administraci, si účastníci sami volili podmínky vyplnění formuláře a nebylo třeba řešit možnou intervenci výzkumníka.

5.6. Průběh výzkumu

V první fázi příprav jsem se věnovala výběru diagnostických nástrojů. Díky zvolení populace z anglického studijního programu jsem nebyla omezena překladem nástroje. Ze standardizovaných dotazníků v anglickém jazyce jsem volila tak, aby byl dotazník dostatečně citlivý ke sběru dat u zdravé populace, aby byl dostupný a aby byl svou povahou (délkou, administrací) prakticky proveditelný v jednom administrativním sezení.

Volila jsem tedy vždy kratší, časově méně náročnou alternativu daného dotazníku. Celková časová zátěž byla vykalkulována na 15 minut subjektivního hodnocení daných položek. Účast byla anonymní a dobrovolná.

Jediná intervence se týkala výběru prostředníků pro rozšíření odkazu na dotazník. Původní představa o spolupráci s fakultním oddělením pro zahraniční studenty se ukázala jako komplikovaná. Doporučená byla cesta oslovení studentské organizace Medsoc, jejíž prezident rozhodl o možnosti zprostředkování oslovovacího emailu jednotlivým reprezentantům.

Dynamika oficiální komunikace se studenty na fakultě byla opatrná, až zdrženlivá vůči zprostředkování přístupu do sociálních sítí a zahlcování studentů materiálem nestudijního charakteru.

Vzhledem k minimální reakci na první výzvu k účasti, jsem po měsíci zvolila cestu kontaktování individuálních studentů, kteří odkaz předali dál. Odkaz byl otevřený na Google form po dobu dvou měsíců.

5.7. Způsob zpracování dat

Odpovědi byly automaticky uloženy v dotazníkové platformě Googl Form, odkud jsem data načetla do programu MS Excel a následně, po pročištění dat a kodování reverzních a nominálních hodnot, jsem je v datové matici konvertovala do statistického programu Jamovi, kde byla provedena analýza dat - deskriptivní i testovou statistikou.

Průměrné hodnoty míry empatie a sebe-soucitu byly ověřeny Spearman korelací výsledných průměrů obou proměnných pro neparametrické měření. Výsledky existenciální úzkostnosti byly analyzovány v podobě poměrného zastoupení pozitivních odpovědí a skóre pozitivních odpovědí. Pro korelaci úzkostnosti s výše uvedenými proměnnými byla opět použita Spearman korelace dat pro neparametrické rozložení.

Pro porovnání středních hodnot mezi skupinami definovanými nezávislou proměnou ročníku a pohlaví, byly zvoleny párové testy pro neparametrické hodnoty.

Deskriptivní statistika byla použita pro zobrazení rozložení a výsledných skor zkoumaných proměnných.

6. Použité nástroje

6.1. Diagnostika empatie

Pro operacionalizaci empatie jsem použila Jeffersonovu škálu lékařské empatie (Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), vypracovaný M. Hojatem, jako alternativu operacionalizace empatie do té doby zkoumané primárně multifaktorovým IRI testem (Davidson, 1983). JSPE nabízí nástroj citlivý na emočně a stresově specifické prostředí zdravotních profesí. (Hojat et al., 2002) Tato škála je dnes nejběžněji užívaným nástrojem měření empatie v pečujících a zdravotních oborech. Některé studie užívají upravené podoby pro konkrétní obory. (Williams et al., 2012) Odkaz, obsahující údaje o 10 funkčních dotaznících na klinickou empatii je možno nalézt zde: <https://www.jefferson.edu/content/dam/university/skmc/research/centerResearch/List-of-Jefferson-Scales-w-Article-Ref.pdf>

JSPE byl původně navržen, aby se zjistil, do jaké míry jsou lékaři schopni projevovat empatii v emočně náročných profesních podmínkách. Položky dotazníku se týkají z části konkrétních klinických situací nebo interakcí s pacienty. Dvaceti položkový dotazník sleduje tři dimenze: perspektiva (10 položek), soucitná péče (8 položek), spolu-identifikace - vžití se do situace druhého (2 položky). (Hojat et al. 2001; Hojat and LaNoue 2014). Respondent volí na Likertově škále jednu ze 7 možností tak, aby odpovídala co nejvíce jeho přesvědčení. V každé sub kategorii je jedna nebo více převrácených tvrzení[®]. Rozsah míry empatie je dán

rozmezím 20-140 bodů. Čím vyšší skóre, tím vyšší empatie. Dotazník nepředkládá klinické normy, slouží jako nástroj pro srovnávací, informativní výzkum empatie zdravotníků.

Dotazník JSPE je přeložen do více než 35 jazyků. Existuje i česká verze, standardizovaná statistickým výzkumem v r. 2013. Cílem studie bylo ověření psychometrických parametrů české verze Jeffersonské škály empatie (JSPE-S). Výzkumu se zúčastnilo 1996 studentů medicíny. Deskriptivní statistika studie rozdílnost z hlediska pohlaví, délky studia medicíny a místa studia. (Kožený et al, 2013)

Administrovaný dotazník byl předložen v původní anglické verzi, v souladu s jazykem výuky a klinické praxe studentů.

6.2. Měření sebe soucitu SCS-SF

Pro měření sebe soucitu jsem zvolila standardizovaný dotazník Self Compassion Scale v jeho krátké verzi - **SCS-SF**.

Původní 26ti položkovou verzi navrhla K. Neff v roce 2003, během operacionalizace a definování vlastního fenoménu sebe soucitu. SCS-SF je krátkou verzí SCS obsahující 12 položek rozdělených do 6 sub kategorií (Raes et al., 2011):

Laskavost k sobě (Self-Kindness), Sebeodsuzování (Self Judgment), Lidská sounáležitost (Common Humanity), Izolace (Isolation), Všímavost (Mindfulness), Přílišné ztotožnění (Overidentification).

Tyto kategorie představují de facto tři kontinua. V odborné literatuře se vede diskuze o bifaktorovém a multifaktorovém modelu dotazníku. Převažující názor je, že přes nespornost existencí kontinuálních os: laskavost k sobě vs. sebeodsuzování, lidská sounáležitost vs. izolace, všímavost vs. přílišné ztotožnění, je statisticky výhodnější strukturovat dotazník pro 6 subškál, nikoli jako dva oddělené modely. Existuje řada důkazů pro reliabilitu a validitu SCS, jejich přehled je uveden v publikaci Neff & Tóth-Király. (2022a)

SCS má dobrou diskriminační validitu, není statisticky významně asociován se sociální žádoucností (Neff 2003a) a je empiricky odlišitelný od sebevědomí (self-esteem) (Neff & Vonk 2009), sebekritiky (self-criticism) (Neff 2003a) i neuroticismu (Neff et al. 2018b).

Pro výpočet skóre je třeba upravit kódování obrácených hodnot[®] (sub škál izolace, sebe odsuzování, přílišné ztotožnění), poté se sčítá průměr jednotlivých subkategorií. Výsledná hodnota SCS se rovná průměru průměrů subkategorií.

Dotazník je designován na pěti bodové Likertově škále. Instrukce zní: „JAK SE K SOBĚ TYPICKY CHOVÁM V TĚŽKÝCH ČASECH“. Respondent je vyzván, aby vyznačil, jak často se chová uvedeným způsobem.

Dotazník nenabízí klinické normy úrovně sebe-soucitů. Výsledky jsou užívány ke komparaci a informativně pro respondenty. Autorka nicméně uvádí, že rozmezí 1-2.49 odpovídá nízké hladině sebe soucitu, výsledky 2.5–3.5 odpovídají střední hladině sebe soucitu a výsledky 3.51 a výše odpovídají vysoké hladině SC. (Neff et al., 2014)

Krátká a dlouhá verze dotazníku, který je nejčastěji užívaným pro hodnocení sebe soucitu, má téměř perfektní korelaci ($r \geq .97$ ve všech položkách). Vzhledem ke krátkosti testu, je u SCS SF negativně ovlivněna jeho reliabilita, s nižšími hodnotami ($r .54 - .75$). Pro práci s jednotlivými sub škálami se doporučuje použít původní verzi dotazníku SCS. Soustředěné údaje, výzkumy a testovací nástroje k sebe soucitu jsou k nalezení na internetových stránkách Centra pro výzkum sebe soucitu: <https://self-compassion.org/self-compassion-scales-for-researchers/>.

Anglická verze je ke stažení na oficiálních stránkách centra výzkumu soucitu na Austin University. ([SCS-ShortForm -information.pdf](#)) Dotazník byl přeložen do mnoha jazyků, včetně české verze. (Benda & Reichová, 2016).

Administrovaný dotazník byl předložen v původní anglické verzi, v souladu s jazykem výuky a klinické praxe studentů.

6.3. Diagnostika existenciální úzkosti Pro měření existenciální úzkosti jsem zvolila stejnojmenný dotazník Existential Anxiety Questionnaire (EAQ), designovaný Tillichem v 50. letech. Dotazník si klád za cíl určit kritické domény existenciální úzkosti. Původně obsahoval 21 položek, pokrývajících 6 témat, v souladu s Tillichovou teorií existenciální úzkosti: (smrt – death, osud - fate, prázdnota - emptiness, beze-smyslnost - meaninglessness, vina - guilt a odsouzení - condemnation). (Tillich, 1952 b)

Později byl dotazník zkrácen na 13 položek, dvě položky pro každé téma. Téma „osudu“ obsahuje tři položky. (Weems et al., 2004). Polovina položek je negativně koncipovaná, polovina pozitivně.

Podle autorů prokázala studie potvrzující psychometrické vlastnosti krátké verzi EAQ následující hodnoty: průměrné skóre EAQ 5.28 (SD = 2.8) s normálním rozložením a lehce pozitivní šikmostí (skew = .48). Výsledky reliability prokázaly adekvátní vnitřní konzistenci (koeficient alpha = .71) a test retest s dvoutýdenním odstupem prokázal spolehlivost $r = .72$. (Weems et al., 2004)

Test validity porovnáním výsledků EAQ s výsledky škály pro depresi a úzkostnost SCL-90 potvrdily platnost kratší verze dotazníku EAQ.

6.4. Ověření reliability nástrojů měření

Pro ověření reliability analýzy dat jsem použila testu Cronbach alfa, testujícího, jak spolehlivě jednotlivé položky ve škále měří stejný konstrukt.

Všechny tři dotazníky jsou standardizovanými testy, s ověřenou reliabilitou alfa větší než .70. Výsledky kontroly reability ve všech případech odpovídaly požadovaným normám (cronbach alpha SCS SF = .83; cronbach alpha JSPE =.81; cronbach alpha EAQ =.71). Tabulky 2a, 2b a 2c prezentují výsledky testu reliability užitých dotazníků. Všechny testy leží ve škále spolehlivosti vyšší než alfa .70.

Tabulka 2a. Škála reliability testu SCS

	Cronbach's α
scale	0.832

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2b. Škála reliability testu JSPE

Scale Reliability Statistics

	Cronbach's α
scale	0.815

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2c. Škála reliability testu QEA

Scale Reliability Statistics

	Cronbach's α
scale	0.769

Zdroj: Vlastní výzkum

7. Statistická analýza dat kvantitativního výzkumu

Celkem se podařilo získat základní data od 29 účastníků, kteří dokončili všechny tři sekce v odkazu. Průměrný věk respondentů byl 23.6 let (SD = 3.27), medián 23.5 let.

Nejmladšímu účastníkovi bylo 18 let a nejstaršímu 31 let. Z 29 respondentů bylo 65% žen, 35% mužů. (Tabulka č.1)

Vyhodnotila jsem celkovou hodnotu subjektivní míry empatie, sebe soucitu a existenciální úzkostnosti. Výsledky jsem porovnávala s existujícími normami.

Subjektivní míru empatie jsem porovnávala se subjektivní mírou sebe soucitu Spearman korelací pro neparametrické hodnoty, včetně korelace na úrovni subškálové.

Následně jsem korelovala hodnoty úzkostnosti s výslednými hodnotami subjektivní míry empatie a sebe soucitu.

Pro hlubší pochopení vztahu jsem korelovala také sub škály sebe soucitu s úzkostností.

Analyzovala jsem také případné rozdíly těchto proměnných podle akademické zkušenosti pro porovnání mediánů získaných dat z dotazníků mezi skupinou studentů před a po klinické praxi, pro nahlédnutí možného významu klinické praxe v sebereflexi studentů, jsem použila Mann-Whitneyho U-test.

7.1. Deskriptivní statistika

Deskriptivní statistika zachytila střední hodnoty a rozložení sesbíraných hodnot. Hodnoty proměnné subjektivní míry sebe soucitu dokumentuje tabulka 3.

Tabulka 3. Deskriptivní analýza hodnot subjektivní míry sebe soucitu:

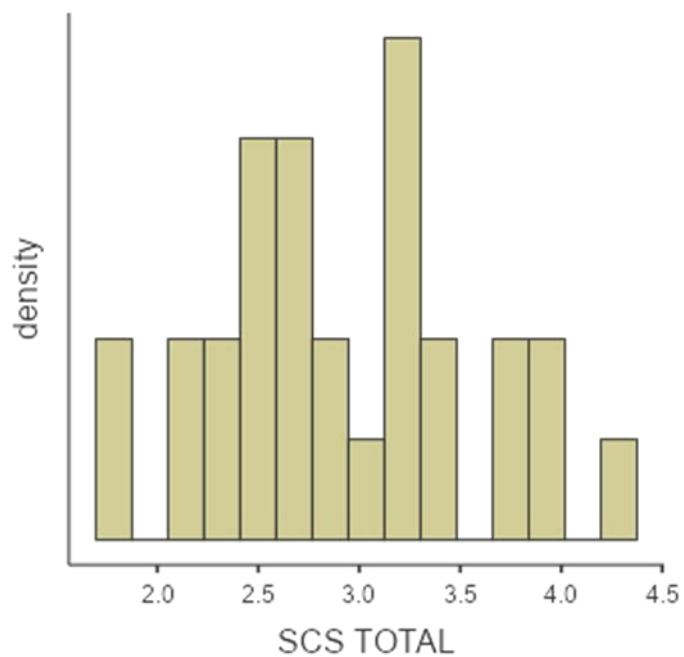
	SCS TOTAL
N	30
Mean	2.82
Median	2.75
Mode	3.30
Standard deviation	0.824
Minimum	0.0310

	SCS TOTAL
Maximum	4.30
Skewness	-1.09
Std. error skewness	0.427

Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota 2.8, odpovídá škále středně silné míry sebe soucitu (2.5–3.5) (viz. Normy v Nástrojích měření). Data jsou relativně vyrovnaná a nemají výraznou tendenci ke krajním hodnotám. Záporná šikmost -1.09 by mohla svědčit o tom, že distribuce dat má tendenci být asymetrická a delší na levé straně. To znamená, že více dat bylo umístěno na nižších hodnotách, a menší množství dat se nachází na vyšších hodnotách. Asymetrii rozložení hodnot sebe soucitu v dotazníku SCS dokumentuje graf č. 1.

Graf 1: Asymetrické rozložení hodnot SCS dotazníku.



Tabulka č. 4 předkládá početní zastoupení v jednotlivých normových škálách.

Tabulka č.4: Početní zastoupení v jednotlivých normových škálách

Míra SCS	Nízká	Střední	Vysoká
Počet studentů	6	18	5

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 5 předkládá hodnoty subjektivní míry empatie, s průměrnou hodnotou 106 bodů, v rozmezí daném minimální (81) a maximální (131) hodnotou bodů, při SD 12.3. Deskriptivní analýza nezachycuje šikmost, lze tedy předpokládat symetrické rozložení dat.

Tabulka 4: Rozložení hodnot subjektivní míry empatie

Descriptives

	JSPE Total Sum
N	29
Mean	106
Median	107
Mode	103 ^a
Standard deviation	12.3
Minimum	81
Maximum	131
Skewness	0.0127
Std. error skewness	0.434

^a More than one mode exists, only the first is reported

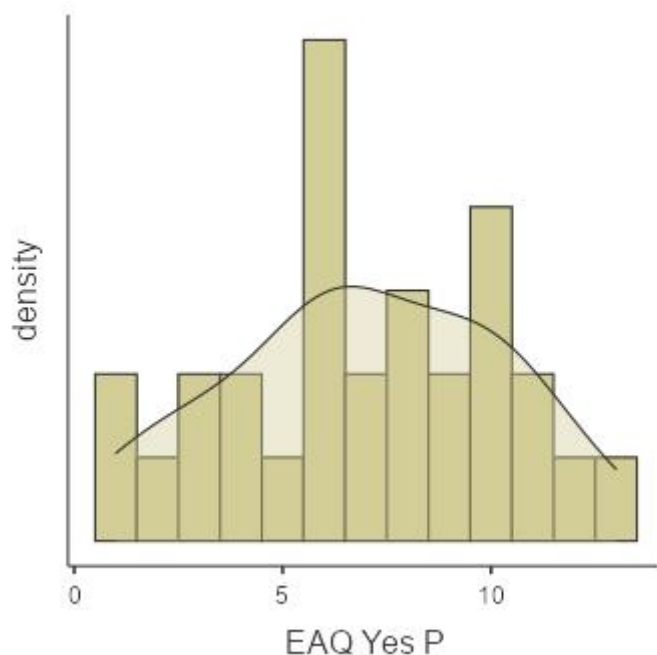
Zdroj: Vlastní výzkum

Srovnání s referenčním rámcem hodnot autorské studie na výzkumu empatie mediků, předkládá zajímavý úkaz obecně nižších hodnot nasbíraných dat. Podle článku Hojat et al. (2003) s názvem "Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender," se výsledky JSPE (Jefferson Scale of Physician Empathy) u lékařských studentů pohybovaly v rozmezí hodnot 88 až 140. Průměrné skóre bylo stanoveno na 120, přičemž muži dosahovali průměrných skóre kolem 115 a ženy kolem 125. Tato studie také zjistila, že empatie měla pozitivní vztah s klinickou kompetencí a akademickým výkonem lékařských studentů. Podobné výsledky (Průměr 118, SD 11 a 12 pro obě skupiny, rozpětí 88-140 a 87-139) přinesla i studie srovnávající studenty prvních a závěrečných studentů. (Hojat et al., 2002a). Průměrná hodnota 106 je tedy menší o celou směrodatnou odchylku (SD 12.3). Podobně je nižší i skóre rozsahu max a min dat: 81-130.

Deskriptivní analýza hodnot existenciální úzkostnosti přinesla naopak v porovnání s údaji z autorské studie vyšší skóre. (Weems, 2004). Průměrná hodnota nasbíraných dat se rovná 6.97 při SD 3.26, ve srovnání se studií potvrzující adekvátnost zkrácené verze EAQ na 13 položek, podle které je průměr uváděn 5.8 a SD 2.8. Asymetrické rozložení dat dokládá graf č. 2.

Výpovědní hodnoty získaných dat jsou tedy velice omezené.

Graf 2.: Asymetrie rozdělení hodnot existenciální úzkostnosti



Zdroj: Vlastní výzkum

Poměr pozitivních a negativních odpovědí EAQ zobrazuje tabulka č 5

Tabulka 5: Poměrné rozložení pozitivních a negativních odpovědí v EAQ

E.Anxiety	E.Death	E.Mean.	E.Guilt	E.Empty	E.Cond	E.Fate	Total	
Answers	Poměr	Poměr	Poměr	Poměr	Poměr	Poměr	Total	Poměr
Yes	0.29	0.28	0.74	0.48	0.50	0.55	174	0.48
No	0.71	0.72	0.26	0.52	0.50	0.47	198	0.52

Zdroj: Vlastní výzkum

7.2. Testová statistika

7.2.1. Párové testy

Párové testy jsem zvolila pro prokázání možného vlivu faktoru pohlaví a akademické pokročilosti (akademického věku) studentů na sebepojetí empatie a sebe soucitu. Student t Jak předkládá tabulka č. 6, test pro neparametrické rozložení nepotvrdil rozdíl mezi průměrnými hodnotami míry empatie ani sebe soucitu ve srovnání studentů před a po klinické praxi.

Tabulka 6: Srovnání průměrů empatie a sebe soucitu před a po klinických studentů

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p
SCS TOTAL	Student's t	-1.225	27.0	0.231
	Mann-Whitney U	71.0		0.214
JSPE Care	Student's t	0.783	27.0	0.441
	Mann-Whitney U	86.0		0.572

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p
--	--	------------------	-----------	----------

Zdroj: Vlastní výzkum

Ani pohlaví se neprojeví jako signifikantní faktor získaných dat v SCS a JSPE. Tabulka č. 7 předkládá výsledky parového testu. Nicméně signifikanci se blížily výsledky vlivu pohlaví na JSPE, s p blížící se .05 (p.065) testu Man-Whitney U.

Tabulka 7: Srovnání průměrných hodnot SCS A JSPE žen a mužů

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p
SCS TOTAL	Student's t	0.866	27.0	0.394
	Mann-Whitney U	77.0		0.420
JSPE Care	Student's t	1.870	27.0	0.072
	Mann-Whitney U	54.5		0.065

Zdroj: Vlastní výzkum

7.2.2. Korelační testy

Korelační analýzy Spearman pro neparametrické rozložení dat přinesly jen částečně statisticky významné výsledky.

Provedená korelační analýza mezi mírou empatie a sebe-soucitu nepotvrdila vzájemný vztah proměnných. Korelace má pro daný vzorek téměř nulovou hodnotu rho a vysokou p-hodnotu

s hodnotami $r'=.032$ ($p=.871$), což znemožňuje zamítnutí nulové hypotézu a přijetí alternativní nové hypotézy. Hodnoty lze vidět v tabulce č. 8.

Tabulka 8: Korelace Průměrů hodnot subjektivní empatie a sebe soucitu

Correlation Matrix

		SCS TOTAL	JSPE Total	JSPE Total Sum
SCS TOTAL	Pearson's r	—		
	p-value	—		
	Spearman's rho	—		
	p-value	—		
JSPE Total	Pearson's r	0.040	—	
	p-value	0.838	—	
	Spearman's rho	0.032	—	
	p-value	0.871	—	
JSPE Total Sum	Pearson's r	-0.045	0.941 ***	—
	p-value	0.817	< .001	—
	Spearman's rho	-0.043	0.937 ***	—
	p-value	0.825	< .001	—

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

Zdroj: Vlastní výzkum

Je možné, že absence statisticky významného vztahu byla způsobena malou velikostí vzorku případně jinými faktory. Například mohla reflektovat stresový faktor v kontextu zadání dotazníku v době zkouškového období. Může také souviset s již zmiňovaným stres faktorem finanční zátěže studentů a odpovědnosti naplnit očekávání a splatit „rodinou investici“,

aktualizované ve zkuškovém období. Obecně nižší skóre mohou reflektovat i v teoretické části zmiňovanou vyšší míru akumulovaného adaptačního, ekonomického, akademického, psychického a sociálního stresu. K úvaze by byla i otázka sebeidentifikace s hodnotami fakulty, potažmo vztah studentů ke své „Alma mater“.

Částečně signifikantní výsledky přinesla korelace obou proměnných v rezoluci jejich subškál, prezentovaná v tabulce č. 9 a graficky znázorněná v grafů č. 3. :

Tabulka 9: Korelace subjektivní míry empatie a sebe soucitu v rezoluci subškál

		JSP E Care	JSPE Perspe ctive	JSPE Empa thy	I	SCS5	SCS4	SCS3	SCS2	SC S1
JSPE Care	Spear man's rho	—								
	p- value	—								
JSPE Perspe ctive	Spear man's rho	0.64 4	** *	—						
	p- value	< .00 1		—						
JSPE Empat hy	Spear man's rho	0.39 2	* 3	0.47 **	—					
	p- value	0.03 5	0.01 0		—					

Tabulka 9: Korelace subjektivní míry empatie a sebe soucitu v rezoluci subškál

		JSP E Car e	JSPE Perspe ctive	JSPE Empa thy	I	SCS5	SCS4	SCS3	SCS2	SC S1
I	Spear	-	-	-						
	man's	0.01	0.12	0.0	—					
	rho	6	7	59						
SCS5	p- value	0.93 6	0.51 2	0.7 60	—					
	Spear man's rho	0.36 9	0.17 8	0.3 93	0.3 74	*	*	—		
	p- value	0.04 9	0.35 6	0.0 35	0.0 45	—				
SCS4	Spear man's rho	- 0.05 0	- 0.20 3	- 0.0 03	0.3 24	0.3 18	—			
	p- value	0.79 6	0.29 1	0.9 87	0.0 86	0.0 93	—			
	SCS3	Spear man's rho	- 0.40 8	- 0.15 5	0.0 48	0.5 10	0.2 87	0.4 49	*	—
p- value		0.02 8	0.42 2	0.8 04	0.0 05	0.1 32	0.0 15	—		
SCS2		Spear man's rho	- 0.03 7	0.08 0	0.1 17	0.3 45	0.4 70	0.4 47	0.3 99	*

Tabulka 9: Korelace subjektivní míry empatie a sebe soucitu v rezoluci subškál

		JSP E Car e	JSPE Perspe ctive	JSPE Empa thy	I	SCS5	SCS4	SCS3	SCS2	SC S1
	p-	0.84	0.68	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0		
	value	9	1	46	67	10	15	32	—	
SCS1	Spear	-	-							
	man's	0.24	0.24	0.0	0.3	0.2	0.2	0.5 *	0.1	—
	rho	3	8	77	27	31	23	14 *	42	
	p-	0.20	0.19	0.6	0.0	0.2	0.2	0.0	0.4	
	value	5	5	92	83	27	45	04	62	—

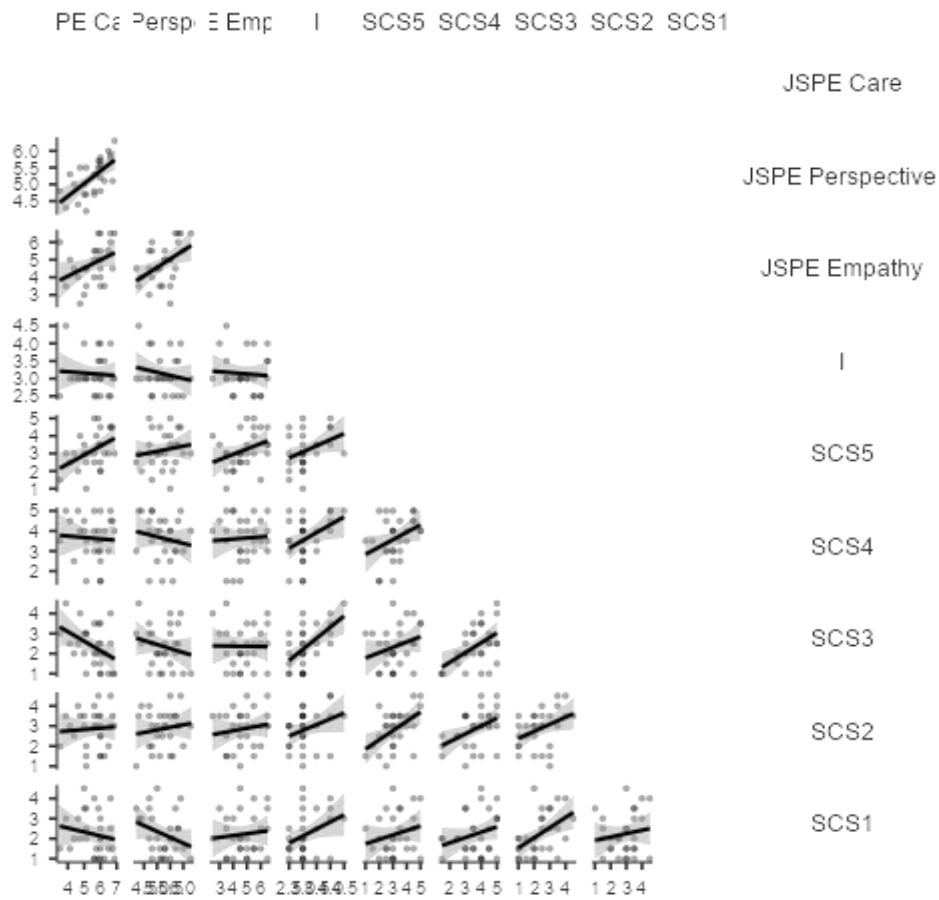
Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 9: Korelace subjektivní míry empatie a sebe soucitu v rezoluci subškál

JSP	JSPE	JSPE		SCS5	SCS4	SCS3	SCS2	SCS1
E	Perspe	Empa	I					
Car	ctive	thy						
e								

Graf 3: Grafické znázornění korelace empatie a sebe soucitu v rezoluci subškál.



Zdroj: Vlastní výzkum

Korelace subškál, prokázaly přítomnost slabšího, ale statisticky signifikantního vztahu při ($p < .05$) ve třech případech:

- Sebe soucit v dimenzi izolace a Empatické péče (r 0.4).
- Sebe soucit v dimenze izolace a empatického vcítění do situace druhých (r 0.32).
- Sebe soucit v dimenzi sdíleného lidství a Empatické péče (r 0.39).

Signifikantní výsledek přinesla i korelace míry sebe soucitu a existenciální úzkostnosti, doložený v tabulce č. 10.

Hodnoty dokumentují středně silný negativní vztah mezi sebe soucitem a úzkostností.

Tabulka 10: Korelace míry sebe soucitu a existenciální úzkostnosti

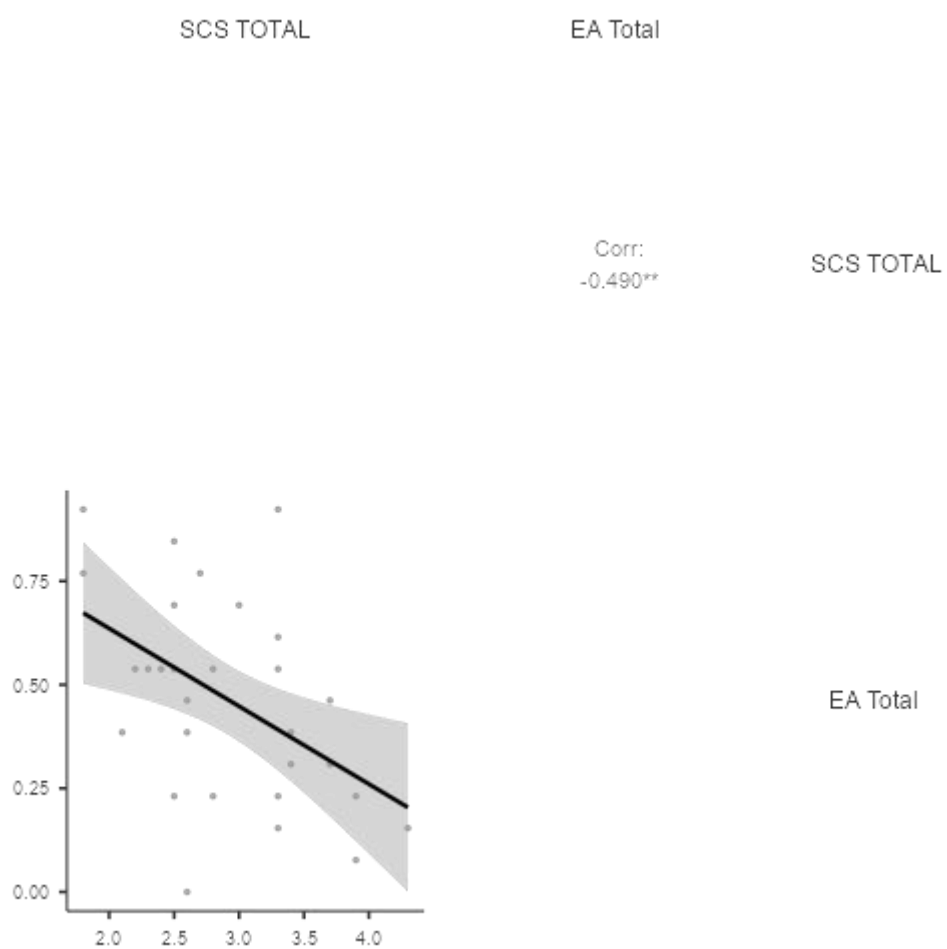
Correlation Matrix		SCS TOTAL	JSPE Total	EA Total
SCS TOTAL	Spearman's rho	—		
	p-value	—		
JSPE Total	Spearman's rho	0.032	—	
	p-value	0.871	—	
EA Total	Spearman's rho	0.490 ^{-**}	0.098 ⁻	—
	p-value	0.007	0.615	—

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledky korelace s existenciální úzkostností naopak prokázaly středně silnou negativní vazbu mezi úzkostností s sebe soucitem, v hodnotě $r = -.49$ ($p = .07$), což odpovídá teoretickému předpokladu pozitivního vlivu sebe soucitu na snižování úzkostnosti.

Grafickou podobu negativní korelace úzkostnosti a sebe soucitu zachycuje graf č. 4:

Graf 4: Negativní korelace úzkostnosti a sebesoucitu



Zdroj: Vlastní výzkum

7.3. Výsledky kvantitativního výzkumu

Hlavní výzkumná **hypotéza H1** tvrdí, že absolvování studia medicíny má vliv na míru empatie, sebe soucitu a existenciální úzkosti mezi studenty. Vzhledem k nedostatečnému počtu respondentů nebyla tato hypotéza ověřitelná. Otázka, zda pokročilost akademického studia a s ní související vystavení mentálnímu stresu intenzivních studií, emočnímu stresu kontaktu s utrpením druhých při klinické praxi a psychického stresu setkání s existenciální dimenzí lidského života a psychicky náročných situací, jako jsou pitvy, úrazy, těžké nemoci, atd. zůstala nezodpovězená.

Hypotéza H2, předpokládající, že míra empatie a sebe soucitu spolu vzájemně souvisí, nebyla statisticky potvrzena. Byla přijata nulová hypotéza, že mezi empatií a sebe soucitem u studentů medicíny neexistuje významný vztah.

Nicméně v rezoluci subškál byla potvrzena H2 pro subškálu kognitivní dimenze sebe soucitu (sdílené lidství vs izolace) a klinické empatie, podložené pozitivní korelací sdíleného lidství a empatické péče ($p < .05$, $r = .369$) a negativní korelací subškály izolace a empatické péče ($p < .05$, $r = -.408$), a pozitivní korelaci subškály SCS sílené lidství a schopnost vcítění se ($p < .05$, $r = .393$). (Tabulka č. 9)

Hypotéza H3, tvrdící, že existenciální úzkostnost je nepřímou úměrnou mírou empatie, byla zamítnuta, s hodnotami p blížíícími se 1 a téměř nulovými hodnotami ρ .

Hypotéza H4, tvrdící, že míra existenciální úzkostnosti je nepřímou úměrnou mírou sebe soucitu, byla přijata, s hodnotami $\rho = -0.490^{**}$ a $p < .01$. Ve shodě s teoretickou částí textu tyto výsledky dokazují záporný směr vztahu, tedy čím vyšší sebe soucit, tím nižší (existenciální) úzkostnost. (Tabulka č. 10)

Hypotéza H5, tvrdící, že sebe soucit má mediační roli ve vztahu empatie a existenciální úzkostnosti, nebyla dále relevantní, vzhledem k neprokázané korelaci sebe soucitu a empatie, ani existenciální úzkostnosti a empatie.

Hypotéza 6, tvrdící, že akademický věk studenta (pokročilost ve studiích studenta), má vliv na dynamiku míry úzkostnosti, empatie a sebe soucitu během studia, se nepotvrdila.

Hodnoty měřených proměnných: Naměřené hodnoty všech tří proměnných dosahovaly vyšších skóre, než uvádějí normy jednotlivých měřících nástrojů.

8. DISKUZE

8.1. Interpretace výsledků

8.2. Limity a možné změny budoucího výzkumu

Hlavním limitem této práce je omezená velikost vzorku, která nejen znemožnila naplnění původního výzkumného záměru, ale také snížila statistickou významnost, zvýšila náchylnost k náhodným efektům, vyústila v nerovnoměrné rozložení dat a zpochybnila celkovou spolehlivost výsledků. Nízkou účast respondentů si vysvětlují kombinací obecně nízkého zájmu o účast na dotaznících, zahlcením studijními úkoly i administrativními školními emaily a nevhodným načasováním, zasahujícím již do zkuškového období. Podle zpětné vazby některých reprezentantů ročníků je možné, že příčinou nízkého zájmu bylo právě načasování studie.

Hlavní hypotéza tohoto výzkumu, že dynamika empatie, sebesoucitu a existenciální úzkosti je ovlivněna délkou studia, pracovním stanovenou podle akademického věku studentů, byla zkoumaná v mnoha zemích, včetně České republiky. (Kožený et al., 2011) Výsledky se různí, ale převládá názor, že empatie studentů během studií klesá. (Hojat et al., 2007,2020; Triffaux et al., 2019; Hajat et al., 2023, studie Koženého et al., 2011). Všechny tyto studie dokládají na základě průřezového srovnání ročníků medicíny, že schopnost empatie není fixní a že trend dynamiky empatie je klesající. Klesající trend potvrdila i longitudinální studie dynamiky empatie studentů (Konhurth et al., 2011). Kvalitativní výzkum Tavakol et al. podložil výsledky vzhledem kvalitativní studie. Za důvody klesající empatie autoři pokládají klesající idealizaci studentů, přílišný stres a tzv. „skryté kurikulum“ – prioritizace biomedicínského přístupu, efektivizace kontaktu s pacientem neosobním „zaškrtávacím“ způsobem a nezájem modelových rolí (vyučujících) tyto otázky komunikovat. (Tavakol et al. 2012) Nedostatek sebraných dat znemožnil tuto hypotézu prověřit, nicméně teoretická část se pokusila nastínit a zprostředkovat současný výzkum, ukazující, že téma je aktuální.

Další hypotéza předpokládala existenci pozitivní vazby mezi empatií a sebe soucitem, v tom smyslu, v jakém o ni usiluje filosofie buddhismu, tedy v propojenosti citlivého přístupu k sobě i druhým. Tuto pozitivní vazbu popsala řada studií. (Handsen et al., 2011; Brach, 2004, 2000; Neff 2003a,b, 2023; Goleman a Davidson, 2019, MacBeth, 2012). Moje korelace úrovně empatie s úrovní sebesoucitu, provedená formou srovnání celkových průměrů, však tuto

hypotézu nepodpořila. V korelaci subškál byla potvrzena signifikantní vazba ve třech případech. Mohlo by se tak zdát, že průzkum dává zapravdu studiím opírajícím se o psychodynamickou školu a attachmentovou vazbu a poukazujícím na variabilitu propojení empatie se sebesoucitem jako mediátorem mezi empatií a attachmentovým stylem. Je možné, že zatímco hypotéza pozitivní vazby bude odpovídat v případě jisté vazby (s ranou zkušeností vřelého bezpodmínečného přijetí, zakomponovanou do vnitřního modelu světa), lidé s nejistým attachmentem budou mít ambivalentní dynamiku empatie a sebe soucitu. Úzkostný attachment odpovídá nejistotě, absenci potvrzení. Takový člověk může disponovat vysokou empatií, ale nedokáže se citově k sobě vztáhnout. Jeho interakce bude zatížená náchylností k přetížení, vyhoření. Vyhýbavý attachmentový typ bude mít naopak tendenci omezovat intrapersonální interakci a vůči sobě udržovat pečující stav. (Israelashvili, 2019; Ardenghi 2020).

Další interpretační klíč nabízejí studie, které nezachytily žádný vztah. (Wei et al., 2011) Odlišnost výsledků lze vysvětlit tím, že studie se míjejí v konceptech. Nezdravý attachmentový vztah produkuje „pokřivené formy“ empatie i sebe soucitu v pojetí východní tradice, která tyto nechápe odděleně. To znamená, že empatie člověka úzkostného stylu bude zatížena a motivována deficitem. Nebude tedy autentickým vztahem ani motivací, nýbrž funkční interakcí, hledající být podvědomě potvrzení, uznání ze strany druhých. Stejně tak člověk vyhýbavé vazby k sobě nepociťuje sebesoucitu, který se týká i sdíleného lidství.

Potvrzená hypotéza na úrovni subškál odpovídá studiím vycházejícím z teoretického pohledu východní tradice. (Neff et al., 2022, MacBeth, 2012) Zajímavé je, že se pozitivní efekt týkal výjimečně tzv. kognitivní subškály sebesoucitu na kontinuu sdíleného lidství a izolace, v kontextu empatické péče a empatického vcítění. Tyto výsledky lze interpretovat v kontextu akcentovaného „vykořenění“ zahraničních studentů, pro něž je aspekt identity i sounáležitosti citlivější než pro místní studenty. Jejich prožitek identity je celkově zranitelnější. (Wei et al, 2011) Proto konkrétně subškála sdíleného lidství a izolace může být citlivější a lépe reflektovat situaci studentů. Pocit sounáležitosti (zakořeněnosti) se pak promítá do lepší schopnosti být pečující vůči ostatním.

Statisticky významná negativní vazba sebesoucitu a existenciální úzkosti odpovídá teoretickým pracím (Yalom, 1980; Langle, 2007, Buber, 1937; Goleman, 1995; Goleman a Davidson 2019, Brach 2000) a výzkumným studiím (Neff et al., 2007, 2014, 2022, 2023; Kabat

Yinn, 2011; Israelashvili, 2020; Navarro-Gil, 2020). Sebesoucit jako vřelý přijímající autentický pečující vztah vůči vlastní psychické tísní, determinovaný perspektivou sdíleného lidství, láskyplného vztahu a všímavosti, pomáhá člověku brzy detekovat negativní myšlenky i pocity, zůstat s nimi, odstoupit a získat širší perspektivu. Tento přístup z člověka nesejme obavu z existenciálních témat, ta je přirozená a relevantní, ale zásadně sníží úzkostný prožitek, případně člověku pomůže prohlédnout a posunout se v osobnostním růstu.

Necitlivost výzkumu vůči klinické praxi si vysvětlují malým počtem respondentů. Klinická praxe je významným momentem, který některé studie spojují s až extrémními prožitky abjekcí (zhnusení) (Warmington et al., 2022) a jiné s mírnějšími reakcemi (Kelm et al., 2014). Všechny práce věnující se problematice empatie a existenciality v lékařské praxi se shodují na tom, že v přípravě studentů nesmí chybět vedené zpracování reflexe silných emočních zážitků, jako je první pitva, první setkání s umírajícím, atd. (Halpern et al., ; Laughey et al., 2021, Krasner et al., 2009;

Celkově vyšší průměrné hodnoty existenciální úzkosti a nižší průměrné míry empatie a sebesoucitu by mohly potvrdit vysokou míru zátěže, jíž jsou studenti vystavení. Toto tvrzení i výsledky výzkumu jsou v souladu s výsledky studie Crook et al. (2007), která potvrdila negativní dopad nadměrného stresu na studenty, vedoucí k prohloubení krize identity a k existenciální úzkosti. Mechanismus krize identity je dle autorů vázán na sebeuvědomění: sebesoucit zvyšuje sebeuvědomění, tudíž i pocit sebeidentity je silný. Vysoká sebereflexe, propojení se self a možnost odpovídat na své potřeby vytváří prostředí umožňující adaptabilní zpracování zátěžových momentů.

Vzhledem k tomu, že nižší průměrné hodnoty empatie prezentuje i studie z r. 2011 u studentů medicíny v Praze, (měřená JSPE v českém překladu), nabízí se otázka, zda místní studijní prostředí nevytváří neúměrný tlak na studenty. Výsledky svědčící o nadměrné zátěži, výsledně snižující míru empatie, sebesoucitu a zvyšující úzkost potvrzuje i studie zátěže zahraničních studentů (Wei et al; 2011)

8.3. Doporučení pro další výzkum

Je možné, že průzkum vedený formou "tužka papír" by byl praktičtější, protože by došlo k osobnímu oslovení a ve studentech by kontakt mohl vyvolat pocit závazku či poslušnosti, k čemuž v anonymním kontaktu nedocházelo. Do budoucna bych tedy doporučovala změnit

design na formu tužka papír, rozdanými před lekcí v posluchárně. Nabízí se i využití symbolické motivace ve formě odměny (například čokoláda, tužka), které by vyvolaly zájem studentů o vyplnění dotazníků. Nevýhodou těchto postupů je nižší anonymita, zavádějící odpovědi, logistická náročnost v přepisu dat či možnost chybného zanesení dat. Online forma se osvědčila jako pohodlný způsob teoreticky neomezené distribuce odkazů a anonymní zanesení dat přímo do počítače. Na druhou stranu omezila možnost kontroly výběru vzorku a dosažení požadované velikosti vzorku.

Výsledky mohou být ovlivněny i vnějšími faktory, které nebyly zohledněny, jako je například vliv proběhlé pandemie COVID-19. Tato celospolečensky traumatizující zkušenost mohla ovlivnit celkovou úzkostnost, empaticnost, stresovou reakci populace. Zdravotní personál, včetně mediků byl vystaven tomuto stresu specificky výrazněji. Zahraniční studenti byly vystaveni stresu z dlouhodobé distance a izolace od svých orientačních rodin. Pro objasnění tohoto faktoru by bylo třeba zjistit, zda se normy dotazníku v posledních dvou letech plošně neposunuly.

Limitující může být i jazykový kontext. Přestože studenti studují a stáží v anglickém jazyce, úroveň angličtiny se mezi studenty výrazně liší - od mateřského jazyka po dorozumění se.

Jsem si vědoma i možného vlivu krátkých verzí dotazníků, které bývají méně citlivé. Moje rozhodnutí vycházelo z obavy, z neochoty se účastnit rozsáhlejších dotazníků

V případě opakování studie, bych zvažila užití IRI testu, který lépe vystihuje afektní komponentu a mohl by přinést přesnější vhled do dynamiky proměnných.

Nejvhodnějším řešením pro sledování vývojových změn, je longitudinální studie. Týká se i původního záměru této práce. Ideálním řešením by byla kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu po dobu šesti let studií.

Pro pochopení mechanismu zkoumané dynamiky by bylo zajímavé srovnání se studenty jiných universitních oborů, konkrétně humanitních, pro-empaticky laděných, bez vystavení existenciální a emoční zátěži klinické praxe, a technických oborů (matematicko-fyzikální či strojní fakulta). Bylo by možné očekávat, že pokud existuje vliv expozice existenciálně emoční zátěže, pak empatie zdravotníků může klesat, případně časově omezeně klesat, naopak empatie studentů humanitních oborů může být posílena během studií a empatie studentů technických oborů může zůstat více méně stabilní.

8.4. Potenciální využití výsledků výzkumu

Možnosti využití studie vidím v diskusi o adekvátních podpůrných opatřeních, která by optimalizovala studijní prostředí studentů. Tuto „investici“ považuji za opodstatněnou vůči studentům jako lidem, i jako budoucím lékařům.

Domnívám se, že je fakulta zodpovědná za kultivaci empatie a za výchovu studentů v humanistickém duchu medicíny. Ke kurikulu patří i hodnoty, které by lékařská škola měla zastávat, včetně empatie a lidskosti vůči svým studentům.

Domnívám se že ozkoušené kurzy CBCT, MBSR, narativního psaní či vedených sebereflexí, jsou dostupnými a přínosnými alternativami pro posílení sebesoucitu i empatie, pro prezentaci a prodiskutování „neoblíbených témat“, pro prevenci vyhoření i pro posílení podpůrné kolegiální atmosféry mezi studenty.

9. Závěr

Cílem této práce bylo zmapovat dynamiku empatie, sebesoucitu a úzkostnosti u zahraničních studentů v průběhu studia medicíny. Vzhledem k neúspěšnému sbírání dat musel být záměr upraven. Ve snaze vykompenzovat tento deficit, jsem si dovolila rozšířit teoretickou část práce.

Teoretická sekce se věnovala teoretickým konceptům sledovaných fenoménů obecně i konkrétně v kontextu lékařské péče a studia medicíny. Do přehledu jsem zapracovala relevantní výzkumy ze zahraničí i tuzemska.

Výzkumnou část jsem pojala jako kvantitativní projekt. Mým záměrem bylo vytvořit průřezovou pilotní studii, která by přinesla hlubší porozumění dynamice empatie, sebesoucitu a existenciální úzkostnosti, jako vzájemně propojených fenoménů, vystavených jak přirozeným vývojovým vlivům, tak vlivu specifické psychické zátěže studia medicíny u zahraničních studentů.

Můj kvantitativní průzkum nepotvrdil vstupní hypotézy. Nicméně poznatky a závěry z jiných studií, které v této práci cituji, jsou natolik přesvědčivé a natolik odpovídají i mým osobním zkušenostem z kontaktu se zahraničními mediky, že chybu přisuzuji nedostatečnému počtu respondentů. Věřím, že tato práce má hodnotu přinejmenším v tom, že teoreticky ozřejmuje

některé aspekty a dopady psychické zátěže mediků (a obecně potažmo pečovatelských profesí) a že poukazuje na nutnost posílit v přípravě budoucích zdravotníků prvek vedené reflexe, sebeděče a etiky.

Dále také doufám, že práce zprostředkovala nahlédnutí do zákulisí dnes populárního fenoménu sebesoucitu a jeho možných interpretací a že ozřejmila přínosnost buddhistické filosofie pro západní psychoterapii, jakož i paralely mezi buddhismem a existenciálně humanistickou školou psychologie.

Osobně si zejména cením toho, že tato práce tematizuje existenciální úzkost ve vztahu k pacientovi a nabízí pohled na existenciálně vypjatá setkání jako na místa, kde je lepší sejmut masku profesních a jiných rolí a zůstat především člověkem, aby vznikl prostor pro empatický lidský vztah. K tomu je však mediky nutné připravit.

V posledních letech sílí volání po opatřeních, která by vedla k prevenci vyhoření a dekompenzací u studentů i lékařů. Lze se domnívat, že toto volání je přinejmenším zčásti reakcí na společensko-kulturní změny posledních sta let. Společnost se ve dvacátém století posunula od omezujícího tradicionalismu, přes noogenní vakuum zaplněné existenciální neurózou, k bezhraničnosti, doprovázené existenciální úzkostí z nezakotvení, otřesené identity, a obranné sebestřednosti. Od „na to ani nemysli“, k „nic není nemožné“ (Simon, 2017). Opuštění tradic, klasických společenských modelů a vztahů narušilo existující hodnotový systém a řád bez jasné alternativy. O ztrátě tradic na úkor hodnotového rámce a smyslu hovořil Frankl ve své logoterapii (Frankl, 1966).

Zkoumání empatie, sebesoucitu a existenciální úzkosti zahraničních mediků otevírá otázku, nakolik právě tyto společensko-kulturní změny dopadají na profese vystavené ve zvýšené míře utrpení, bolesti a smrtelnosti druhých lidí. Domnívám se, a práce na této studii mne v tomto názoru utvrdila, že pozice existenciálně nezakotveného člověka – medika/zdravotníka, prožívajícího svůj život vytrženě, světoběžně, bezhraničně, bez vědomí jistého transcendentna, vyššího smyslu a sdíleného lidství, je psychicky nesmírně náročné a profesně nezvladatelné v kontextu lékařské profese jako integrity lékařského umění (empatie, empirie, intuice, etiky) a medicínské vědy (biomedicíny s technologickým arsenálem možností).

K problematice psychické zátěže kladené na zdravotníky a ke kvalitě jejich péče o pacienty navíc přistupují a další velké téma medicínské etiky ve vztahu k neustále narůstajícím

možnostem vědy a k rizikům jejich zneužití například na poli genetického inženýrství, eugeniky a eutanázie, ale také při epidemiích, při rozhodování o opatřeních v zájmu veřejného zdraví nebo při rozhodování o poskytnutí či neposkytnutí pomoci při omezených kapacitách a zdrojích.

Čím je medicína vyspělejší a pokročilejší, čím většími technologickými výtobytky disponuje a čím větší má ve společnosti autoritu a moc, tím větší důraz je třeba klást na to, aby byla humánní a soucitná. A pokud soucit k sobě a k druhým jsou jen dvě strany téže mince, můžeme tuto práci uzavřít citátem z Ericsona (1950): „Dokud člověk neví, kdo je (neumí se vztáhnout sám k sobě), nemůže vstoupit do skutečně empatického vztahu s druhým.“

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Addiss, D. G., Richards, A., Adiabu, S., Horwath, E., Leruth, S., Graham A. L., & Buesseler H. (2022). Epidemiology of compassion: A literature review. *Front Psychol.* 2022 Nov 17;13:992705. doi: 10.3389/fpsyg.2022.992705. PMID: 36467146; PMCID: PMC9714454

Agamben, D. R. (2011). *Homo Sacer. Oikoymenth*

Applebaum, A. J., Kulikowski, J. R., & Breitbart, W. (2015). Meaning-Centered Psychotherapy for Cancer Caregivers (MCP-C): Rationale and Overview. *Palliat Support Care.* 2015 Dec;13(6):1631-41. doi: 10.1017/S1478951515000450. Epub 2015 May 22. PMID: 26000705; PMCID: PMC5084443

Ardenghi, S., Rampoldi, G., Bani, M., & Strepparava, M. G.(2020). Attachment styles as predictors of self-reported empathy in medical students during pre-clinical years. *Patient Educ Couns.* May;103(5):965-970. doi: 10.1016/j.pec.2019.11.004

Ariely, D. (2008). *Unpredictably Irrational.* Harper Collins Pubs, New York

Baig, K. S., Hayat, M. K., Khan, M. A. A., Humayun, U., Ahmad, Z., & Khan M. A. (2023). Empathy Levels in Medical Students: A Single Center Study. *Cureus;* 15(5):e38487. doi: 10.7759/cureus.38487. PMID: 37273396; PMCID: PMC10237306

Bandura, A. (2002). Selective moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of moral education,* 31(2), 101-119

Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition.* Oct;21(1):37-46. doi: 10.1016/0010-0277(85)90022-8. PMID: 2934210

Baron-Cohen, S. (2009). The empathising-systemising theory of autism: implications for education. *Tizard Learning Disability Review,* 14(3), 4-13

Baumeister R. F., Shapiro J. P., & Tice D. M. (1985). Two kinds of identity crisis. *J Pers.* 1985 Sep;53(3):407-24. doi: 10.1111/j.1467-6494.1985.tb00373.x. PMID: 4067788

Benda, J., & Reichová, A. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze Self-Compassion.

Bertman, S. L., & Marks Jr, S. C. (1989). The dissection experience as a laboratory for self-discovery about death and dying: Another side of clinical anatomy. *Clinical Anatomy: The*

official journal of the American association of clinical anatomists and the British association of clinical anatomists, 2(2), 103-113

Boston, P., Bruce, A., & Schreiber, R. (2011). Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. *Journal of pain and symptom management*, 41(3), 604-618

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books

Brach, T. (2003). *Radical acceptance: embracing your life with the heart of a Buddha*. New York: Bantam

Bravermanová, A., Tylš F., & Horáček J. (2021). Psychedeliky asistovaná psychoterapie – experimentální strategie v léčbě úzkostně-depresivní symptomatologie vážně nemocných. *PAL.MED.CZ*. 2021;2(2):30–37. Viděno srpen 3, 2023. <https://www.palmed.cz/pm/article/view/74>

Bray, L., O'Brien, M. R., Kirton, J., Zubairu, K., & Christiansen, A. (2014). The role of professional education in developing compassionate practitioners: a mixed methods study exploring the perceptions of health professionals and pre-registration students. *Nurse Educ Today*. 2014;34(3):480–486. doi: 10.1016/j.nedt.2013.06.017. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]

Buber, M. (1937). *Ich und Du*. V českém vydání Buber, M. (2016). *Já a ty*, Portál, Praha.

Canterberry, M., & Gillath, O. (2012). Attachment and Caregiving. *The Wiley-Blackwell Handbook of Couples and Family Relationships*. 207-219. 10.1002/9781444354119.ch14.

Carlo, G., Knight, G. P., Eisenberg, N., & Rotenberg, K. J. (1991). Cognitive processes and prosocial behaviors among children: The role of affective attributions and reconciliations. *Developmental Psychology*, 27(3), 456–461. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.27.3.456>

Crook, B., Surace, F., Garcia, T., Lindsay, B., & Ham, S. (2007). The Existential Anxiety and Identity Distress Relation. Conference Panel on Identity Distress, The International University of Florida, Miami

Cruess, R. L., Cruess, S. R., & Steinert, Y. (Eds.). (2016). *Teaching medical professionalism: supporting the development of a professional identity*. Cambridge University Press

DaSilveira, A., DeSouza, M. L., & Gomes, W. B. (2015) Self-consciousness concept and assessment in self-report measures. *Front Psychol.* 2015 Jul 3;6:930. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00930. PMID: 26191030; PMCID: PMC4490213

Del Canale, S., Lopuis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G. & Hojat, M., et al. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine.* 2012;87:1243-1249. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182628fbf

Decety, J. (2020). Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *Am J Med.* 2020 May;133(5):561-566. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.12.012. Epub 2020 Jan 15. PMID: 31954114

Decety, J., Ben-Ami Bartal, I., Uzefovsky, F., & Knafo-Noam, A. (2016). Empathy as a driver of prosocial behavior: highly conserved neurobehavioral mechanisms across species. *Philos. Trans. R. Soc. Lon. B Biol. Sci.* 371:20150077. doi: 10.1098/rstb.2015.0077

Dethlefsen, T. (2006). *Oidipus a hádanka života*, Knižní klub, Praha

Di Risio, M., Thompson, A. (2023). Current practices in managing end-of-life existential suffering. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 17(2):p 119-124, June 2023. | DOI: 10.1097/SPC.0000000000000646

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F. S. & al. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med.* 2008;149:334–341

Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., Godbout, N., & Fonagy, P. (2017). Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *Journal of trauma & Dissociation*, 18(1), 11-30

Erikson, E. (1950). *Eight Ages of Man, Childhood and Society*, New York, Norton

Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A. & al. (2019). Self-Compassion Interventions and Psychosocial Outcomes: a Meta-Analysis of RCTs. *Mindfulness* 10, 1455–1473. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01134-6>

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press

Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 21(4), 1355-1381

Fonagy, P., & Allison, E. (2012). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. In N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 11–34). Routledge/Taylor & Francis Group

Frankl, V. E. (1966). Logotherapy and existential analysis—a review. *American Journal of Psychotherapy*, 20(2), 252-260

Frankl, V. E. (1992). *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy*.

Frankl, V. E. (2006). *Lékařská péče o duši*, Cesta

Haider, S. I., Riaz, Q., & Gill, R. C. (2020). Empathy in clinical practice: a qualitative study of early medical practitioners and educators. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(1), 116

Halpern J. (2003). What is clinical empathy? *J Gen Intern Med*. 2003 Aug;18(8):670-4. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x. PMID: 12911651; PMCID: PMC1494899.

Hanson R., Mendius R., Siegel D., & Kornfield J. (2009). *Buddha's Brain*, New Harbinger Publishing, CA

Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., & al. (2004). An Empirical Study of Decline in Empathy in Medical School. *Medical Education*, 38, 934-941

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01911.x>

Hojat, M. (2009). Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *J Health Hum Serv Adm*. 2009; 31(4):412–50. pmid:19385420

Hojat, M., Shannon, S. C., DeSantis, J., Speicher, M. R., Bragan, L., & Calabrese, L. H. (2020). Does Empathy Decline in the Clinical Phase of Medical Education? A Nationwide, Multi-Institutional, Cross-Sectional Study of Students at DO-Granting Medical Schools. *Academic Medicine* 95(6): p 911-918, June 2020. | DOI: 10.1097/ACM.0000000000003175

Israelashvili, J., Oosterwijk, S., Sauter, D., & Fischer, A. (2019). Knowing me, knowing you: emotion differentiation in oneself is associated with the recognition of others' emotions. *Cogn Emot.* 2019 Nov;33(7):1461-1471. doi: 10.1080/02699931.2019.1577221

Israelashvili, J., Sauter, D., & Fischer, A. (2020). Two facets of affective empathy: concern and distress have opposite relationships to emotion recognition. *Cogn Emot.* 2020 Sep;34(6):1112-1122. doi: 10.1080/02699931.2020.1724893

Gaufberg, E., Bor, D., Dinardo, P., Krupat, E., Pine, E., Ogur, B., & Hirsh, D. A. (2017). In Pursuit of Educational Integrity: Professional Identity Formation in the Harvard Medical School Cambridge Integrated Clerkship. *Perspectives in Biology and Medicine* 60(2), 258-274. doi:10.1353/pbm.2017.0032

Goleman, D., & Davidson, R. (2020). *Altered Traits: Science Reveals How Meditation Changes Your Mind, Brain, and Body*, Avery Publishing Group, US

Goleman, D. (2011). *Emoční inteligence*. Vyd. 2. Přeložil Markéta BÍLKOVÁ. V Praze: Metafora, 2011. ISBN 978-80-7359-334-6

Guidi, C., & Traversa, C. (2021). Empathy in patient care: from 'Clinical Empathy' to 'Empathic Concern'. *Med Health Care Philos.* 2021 Dec;24(4):573-585. doi: 10.1007/s11019-021-10033-4. Epub 2021 Jul 1. PMID: 34196934; PMCID: PMC8557158

Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 281–306. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564844>

Kalvach Z., Čeledová L., Holmerová I., Jiráček R., Zavázalová H., & Wija P. (2001). *Křehký pacienta primární péče*. Grada, Praha

Kalvach Z., (2019). *Zdraví a nemoc*. Zdenek Susa, Středokluky

Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K., & al. (2014). Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ* 14, 219 (2014). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-219>

Konrath, S., O'Brien, E. H., & Hsing, C. (2011). Changes in Dispositional Empathy in American College Students Over Time: A Meta-Analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 15, 180 - 198

Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman H., & al. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 2009;302:1284–1293

Lamm, C., Batson, C. D., & Decety, J. (2007). The neural substrate of human empathy: effects of perspective-taking and cognitive appraisal. *Journal of cognitive neuroscience*, 19(1), 42-58

Längle A. (2003) Burnout - existential meaning and possibilities of prevention. *Eur Psychother*. 2003;4(1):107–122. [Google Scholar]

Laughey, W. F., Atkinson, J., Craig, A. M., & al. (2021). Empathy in Medical Education: Its Nature and Nurture — a Qualitative Study of the Views of Students and Tutors. *Med.Sci.Educ*. 31, 1941–1950 (2021). <https://doi.org/10.1007/s40670-021-01430-8>

Lazarus, R. (2006). Emotions and Interpersonal Relationships: Toward a Person-Centered Conceptualization of Emotions and Coping. *Journal of Personality*, 74, 9-46 <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00368.x>

Losoya, S. H., & Eisenberg, N. (2001). Affective empathy. *Interpersonal sensitivity: Theory and measurement*, 21-43

Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 16, 297-325

MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a metaanalysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32 (6). pp. 545-552. ISSN

Mason, P., & Ben-Ami Bartal, I. (2010). How the social brain experiences empathy: Summary of a gathering, *Social Neuroscience*, 5:2, 252-256, DOI: 10.1080/17470911003589085

Mead, G. J. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: Universit of Chicago Press

Navarro-Gil, M., Lopez-del-Hoyo, Y., Modrego-Alarcón, M., & al. (2020) Effects of Attachment-Based Compassion Therapy (ABCT) on Self-compassion and Attachment Style in Healthy People. *Mindfulness* 11, 51–62 (2020). <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0896-1>

Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure selfcompassion. *Self and Identity*, 2, 223-250

Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J. Res. Pers.* 41:908–16

Neff, K. D., & Tóth-Király I. (2022a). Self-Compassion Scale (SCS). In *Handbook of Assessment in Mindfulness Research*, Neff, K. D., Tóth-Király, I. (2022b). The development and validation of the Self-Compassion Scale-Revised (long and short form). *Work. Pap., Univ. Tex., Austin*

Neff, K. D., Tóth-Király, K. A., & Davidson, O. (2022). How self-compassion works: An experimental examination of change in the components of self-compassion and their association with positive and negative affect. *Work. Pap., Univ. Tex., Austin*

Neff, K. D., Tóth-Király, I., & Colisomo, K. (2018b). Self-compassion is best measured as a global construct and overlapping with but distinct from neuroticism: a response to Pfattheicher, Geiger, Hartung, Weiss, and Schindler 2017. *Eur. J. Pers.* 32(4):371–92

Pace, T. W., Negi, L. T., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D., Issa, M. J., & Raison, C. L. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2009; 34:87–98 [doi:10.1016/j.psyneuen.2008.08.011](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.08.011)

Patel, S., Pelletier-Bui, A., Smith, S., Roberts, M. B., Kilgannon, H., & Trzeciak, S. (2019). Curricula for empathy and compassion training in medical education: a systematic review. *PLoS One*.;14(8):e0221412. [doi: 10.1371/journal.pone.0221412](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221412). [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]

Plháková, A. (2006) *Dějiny psychologie*. Praha: Grada

Raab K. (2014) Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *J Health Care Chaplain*. 2014; 20(3):95-108. [doi: 10.1080/08854726.2014.913876](https://doi.org/10.1080/08854726.2014.913876). PMID: 24926896.

<https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/scssshort.pdf>

Reddy, S. D., Negi, L. T., Dodson-Lavelle, B., Ozawa-de Silva, B., Pace, T. W. W., Cole, S. P., Raison, C. L., & Craighead, L. W. (2013)

Richardson, D., Jaber, S., Chan, S., Jesse, M., Kaur, H., & Sangha, R. (2016). Self-Compassion and Empathy: Impact on Burnout and Secondary Traumatic Stress in Medical Training. *Open Journal of Epidemiology*, 6, 161-166. doi: 10.4236/ojepi.2016.63017

Rogers, C. R. (1995). *On becoming a person* (2nd ed.). Houghton Mifflin (Trade)

Roubal, J., & Vybíral, Z. (2010). *Současná psychoterapie*. Portál

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018) The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018 Mar;2(3):223-228. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30022-1. Epub 2018 Jan 30. PMID: 30169257

Simon, G. (2019). *In Sheep's Clothing: Understanding and Dealing with Manipulative People*. Parkhurst Brothers

Sinclair, S., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Hack, T. F, Hagen, N. A., McConnell, S., & al. (2016) Compassion in health care: an empirical model. *J Pain Symptom Manag*. 2016;51(2):193–203. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.10.009. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]

Sinclair, S., Harris D, Kondejewski J, Roze des Ordons AL, Jaggi P, Hack TF. Program Leaders' and Educators' Perspectives on the Factors Impacting the Implementation and Sustainment of Compassion Training Programs: A Qualitative Study. *Teach Learn Med*. 2022;1-16. 10.1080/10401334.2021.2017941. [PubMed] [Ref list]

Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164–176. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.2.164>

Sulzer, S. H., Feinstein, N. W., & Wendland, C. L. (2016). Assessing empathy development in medical education: a systematic review. *Med Educ*. Mar;50(3):300-10. doi: 10.1111/medu.12806. PMID: 26896015

Tavakol, S., Dennick, R., & Tavakol, M. (2012). Medical students' understanding of empathy: a phenomenological study. *Med Educ.* 2012;46(3): 306

Tavakol, S., Dennick, R., & Tavakol, M. (2012). Medical students' understanding of empathy: a phenomenological study. *Med Educ.* 2012;46(3): 306–16

Tillich, P. (1952b). Anxiety, religion, and medicine. *Pastoral Psychology*, 3, 11/17

Tillich, P. (1961). Existentialism and psychotherapy. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 1

Thomson I. (2017). Do “good” medical students really make good doctors? *Acad Med.* 2017;92(6):735

Triffaux, J., Tisseron, S., & Nasello, J. (2019). Decline of empathy among medical students: Dehumanization or useful coping process? *L'Encéphale*, 45(1), 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.05.003>

Fortunato, J. T., Hankin, M. H. & Wasserman, J. A. (2018). Qualitative Analysis Reveals Complex Patterns of Medical Student Experiences in the First Dissection. *Med.Sci.Educ.* 28, 359–365 <https://doi.org/10.1007/s40670-018-0554-1>

Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *J Anxiety Disord.* 2011 Jan;25(1):123-30. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.08.011. Epub 2010 Aug 19

Warmington, S., Johansen, M., & Wilson, H. (2021). Identity construction in medical student stories about experiences of disgust in early nursing home placements: a dialogical narrative analysis *BMJ Open* 2022;12:e051900. doi: 10.1136/bmjopen-2021-051900

Weems, C. F., Berman, S. L., Silverman, W. K., & Rodriguez, E. (2002). The relation between anxiety sensitivity and attachment style in adolescence and early adulthood. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 159/168

Weems, C. F., Costa, N. M., Dehon, C., & Berman, S. L. (2004). Paul Tillich's theory of existential anxiety: A preliminary conceptual and empirical analysis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 17, 383-399

Westman, A.S. (1992). Existential anxiety as related to conceptualization of self and of death, denial of death, and religiosity. *Psychological Reports*, 71, 1064/1066

Yalom, I.D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books, New York

Williams, B., Brown, T., Boyle, M., & Dousek S. (2013) Psychometric testing of the Jefferson Scale of Empathy Health Profession Students' version with Australian paramedic students. *Nurs Health Sci*. 2013 Mar;15(1):45-50. doi: 10.1111/j.1442-2018.2012.00719.x. Epub 2012 Dec 19. PMID: 23279312

Zwier, R. K. (2020). Slicing through Thin Layers of Humanity: Narratives of the Abject. *J Med Humanit* 41, 501–513. <https://doi.org/10.1007/s10912-020-09613-x>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Deskriptivní statistika naměřených proměnných podle chronologického a akademického věku respondentů.

Tabulka 2a: Škála reliability testu SCS

Tabulka 2b: Škála reliability testu JSPE

Tabulka 2c: Škála reliability testu QEA

Tabulka 3: Deskriptivní analýza hodnot subjektivní míry sebe soucitu

Tabulka 4: Rozložení hodnot subjektivní míry empatie

Tabulka 5: Poměrné rozložení pozitivních a negativních odpovědí v EAQ

Tabulka 6: Srovnání průměrů empatie a sebe soucitu před a po klinických studentů

Tabulka 7: Srovnání průměrných hodnot SCS A JSPE žen a mužů

Tabulka 8: Korelace subjektivní míry empatie a sebe soucitu

Tabulka 9: Korelace subjektivní míry empatie a sebe soucitu v rezoluci subškál

Tabulka 10: Korelace míry sebe soucitu a existenciální úzkostnosti

Tabulka 11: frekvence komponent empatie - Metaanalýza

Tabulka 12: Výsledky studie Hojata (2002) komparace deskriptivních dat 1. A 4. ročníku, doplněné údaji vlastní studie

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Asymetrické rozložení hodnot SCS dotazníku.

Graf 2.: Asymetrie rozdělení hodnot existenciální úzkosti

Graf 3: Grafické znázornění korelace empatie a sebe soucitu v rezoluci subškál.

Graf 4: Negativní korelace úzkosti a sebe soucitu

Graf 5: Trend klesající hodnoty Empatické obavy (Metaanalýza)

Graf 6: Trend klesající hodnoty Perspektivní schopnosti (Metaanalýza)

Graf 7: Trend klesající hodnoty empatie u studentů medicíny ve Francii (Metaanalýza)

PŘÍLOHA – Použité dotazníky

Empathy Assessment Scale (EAS)

There are 13 items in this scale. Please rate each with a single grade, which is most suitable for you.

1=Never 2=Rarely 3=Sometimes 4=Often 5=Always

- 1 Being together with a sad person, I feel sad too. ____
- 2 I sincerely congratulate my successful opponent. ____
- 3 I get angry at the wrongdoer character in a story. ____
- 4 Somebody else's happiness makes me feel happy too. ____
- 5 I don't hesitate to help a harmless animal in hardship. ____
- 6 I try to calm someone who is afraid. ____
- 7 Watching dramatic movie scenes, I cry tears of sadness. ____
- 8 I understand people's feelings from their behavior. ____
- 9 A funny cartoon entertains me. ____
- 10 Among worried people, I become anxious. ____
- 11 I don't go after someone who is angry. ____
- 12 Seeing a person is made surprised, I feel excited too. ____
- 13 I get scared of the characters in horror movies. ____

Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF)

HOW I TYPICALLY ACT TOWARDS MYSELF IN DIFFICULT TIMES

Please read each statement carefully before answering. Indicate how often you behave in the stated manner, using the following scale:

Almost never

Almost Always

1

2

3

4

5

1. When I fail at something important to me I become consumed by feelings of inadequacy.
2. I try to be understanding and patient towards those aspects of my personality I don't like.
3. When something painful happens I try to take a balanced view of the situation.
4. When I'm feeling down, I tend to feel like most other people are probably happier than I am.
5. I try to see my failings as part of the human condition.
6. When I'm going through a very hard time, I give myself the caring and tenderness I need.
7. When something upsets me I try to keep my emotions in balance.
8. When I fail at something that's important to me, I tend to feel alone in my failure
9. When I'm feeling down I tend to obsess and fixate on everything that's wrong.
10. When I feel inadequate in some way, I try to remind myself that feelings of inadequacy are shared by most people.
11. I'm disapproving and judgmental about my own flaws and inadequacies.
12. I'm intolerant and impatient towards those aspects of my personality I don't like.

Existential Anxiety Questionnaire

Please read the following statements and circle the answer on dichotomic scale, that suits you.

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. I often think about death and this causes me anxiety. | YES | NO |
| 2. I am not anxious about fate because I am resigned to it. | YES | NO |
| 3. I often feel anxious because I am worried that life might have no meaning. | YES | NO |
| 4. I am not worried about nor think about being guilty. | YES | NO |
| 5. I often feel anxious because of feelings of guilt. | YES | NO |
| 6. I often feel anxious because I feel condemned. | YES | NO |
| 7. I never think about emptiness. | YES | NO |
| 8. I often think that the things that were once important in life are empty. | YES | NO |
| 9. I never feel anxious about being condemned. | YES | NO |
| 10. I am not anxious about death because I am prepared for whatever it may bring. | YES | NO |
| 11. I often think about fate and it causes me to feel anxious. | YES | NO |
| 12. I am not anxious about fate because I am sure things will work out. | YES | NO |
| 13. I know that life has meaning. | YES | NO |

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Linda Arbeli

Obor studia: Psychologie

Název práce: Dynamika empatie, sebe soucitu a existenciální úzkosti napříč studii zahraničních studentů 1.LFUK

Vedoucí práce: doc. PhDr. Alena Hricová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 99

Počet stránek příloh: 5

Počet titulů v seznamu literatury: nečíslováno

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Soutěž¹ ano?

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

	X			
--	---	--	--	--

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

	X			
--	---	--	--	--

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

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Soutěž¹ ano?

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Soutěž¹ ano?

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

	X			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	X			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	X			
--	---	--	--	--

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

	X			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Neklada

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi):

Práce je motivovaná vlastní zkušeností autorky s tématem. Studentka byla po celou dobu zpracovávání práce velmi zodpovědná, bohužel se jí ale nepodařilo získat dostatečně velký a zamýšlený výzkumný soubor. To je z mého pohledu jedinou slabinou práce a z tohoto důvodu ji nedoporučuji do soutěže o nejlepší DP. Jinak je práce v teoretické i praktické části velmi pěkně zpracovaná a s malým souborem se studentka „poprala“ využitím vhodných statistických testů. Studentka rovněž používá velmi pěknou stylistiku a jazyk. Místy drobné překlepy.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 8.8.2023



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

Jméno a příjmení studenta: Bc. Linda Arbeli

Obor studia: Psychologie

Název práce: Dynamika empatie, sebe soucitu a existenciální úzkosti napříč studii zahraničních studentů 1.LFUK

Oponent práce: Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 99

Počet stránek příloh: 5

Počet titulů v seznamu literatury: 101

Výběr tématu

Závažnost tématu

Oborová přílehlavost tématu

Originalita tématu a jeho zpracování

Formální zpracování

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

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

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

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

Využití výzkumných empirických metod

Využití praktických zkušeností

Obsahová kritéria a přínos práce

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

Naplnění cílů práce

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

Návaznost kapitol a subkapitol

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka k obhajobě:

Jaký by autorka, nyní po svých zkušenostech s návratností dotazníků volila design výzkumu?

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na diplomovou práci. Autorka ve své práci zkoumá **problematiku empatie, sebe soucitu a existenciální úzkostnosti u zahraničních studentů medicíny**, se kterými se setkávala v rámci své psychologické poradenské praxe v době Covidu. Práci rozdělila standardně na teoretickou a empirickou část. V úvodu se nejprve zaměřuje na popis zkoumaného fenoménu, smyslu svého bádání a na svojí motivaci k tématu. V prvních kapitolách teoretické části nejprve definuje klíčové pojmy: Empatii, sebesoucít, existenciální úzkost, atributy studia medicíny, specifickou situaci zahraničních studentů. V dalších kapitolách se věnuje dynamice zkoumaných fenoménů a rešeršemi provedených výzkumů v této oblasti. V empirické části své práce volí **kvantitativní výzkumný design**, stanovuje hypotézy a výzkumný vzorek. Dále popisuje způsoby získávání dat, etické otázky, průběh výzkumu, statistické způsoby zpracování dat, použité nástroje měření, ověřuje reliabilitu použitých nástrojů měření, statisticky analyzuje data výzkumu a předkládá výsledky kvantitativního výzkumu pro jejich potenciální další využití. **Téma práce je plně v souladu se studovaným oborem.**

Formální hledisko: Z formálního hlediska autorka v prokázala v teoretické části schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. Využívá bohatých, různorodých cizojazyčných bibliografických zdrojů (99), které sestavuje do nových hodnotných souvislostí a poznatků. Autorka ve své teoretické práci popisuje všechny podstatné studované fenomény. V empirické části své práce z plánovaného velkého vzorku rozeslaných dotazníků (620) je návratnost 5% tj. 30 dotazníků, což limituje studii v její statistické průkaznosti. Kolegyně prokazuje, že je schopna stanovit výzkumný design, formulovat hypotézy, sebrat data, analyzovat je a srozumitelně interpretovat výsledky. Naráží na problematiku nízké návratnosti online dotazníků.

Obsahové hledisko:

Klady: Za největší přínos práce považuji odvahu autorky, pustit se výzkumně do tématu psychologické péče o mladé lidi ze své praxe, který stál a stojí zcela na okraji badatelského zájmu. Téma se týká velkého počtu nejen zahraničních studentů medicíny a souvisí s péčí o jejich duševní zdraví. Výzkum nabývá rysů aplikovaného výzkumu.

Nedostatky formální a obsahové: Nebyl by vhodnější jiný design výzkumu? (Podr. viz otázka k obhajobě.)

V práci neshledávám **vážné** obsahové či formální nedostatky, kromě několika překlepů a vynechaných bibliografických údajů o práci. **Práci hodnotím jako velmi dobrou a doporučuji ji k obhajobě.**

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře
Doporučení k obhajobě: doporučuji*
Podpis: Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

* nehodící se, škrtněte