

Radek Ptáček, Petr Bartůněk – editoři

SOUCIT V MEDICÍNĚ



EDICE CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ ČLK





Radek Ptáček, Petr Bartůněk – editoři

SOUČIT V MEDICÍNĚ



EDICE CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ ČLK



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Prof. PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA
Doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc. – editoři

SOUCIT V MEDICÍNĚ

EDICE CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ ČLK

Recenzent:

Prof. MUDr. Jan Petrášek, DrSc.

© Grada Publishing, a.s., 2023

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2023

Cover Art ak. mal. Miroslav Jiránek

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 9123. publikaci

Odpovědný redaktor Mgr. Luděk Neužil

Sazba, zlom a obálka Silvie-Anežka Matić

Počet stran 496

1. vydání, Praha 2023

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-7106-4 (ePub)

ISBN 978-80-271-7105-7 (pdf)

ISBN 978-80-247-4926-6 (print)

Autoři

Mgr. et Mgr. Linda Kalvach Arbeli, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Mgr. Tibor A. Brečka, MBA, LL.M., Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze; Katedra lidských zdrojů Vysoké školy ekonomie a managementu, Praha

Doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph.D., Ústav ošetrovatelství a porodní asistence Lékařské fakulty Ostravské univerzity v Ostravě

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., Ústav preventivního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

PhDr. David Černý, Ph.D., Ústav státu a práva Akademie věd ČR

JUDr. Adam Doležal, LL.M., Ph.D., Ústav lékařské etiky a humanitních základů medicíny 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze; Kabinet zdravotnického práva a bioetiky Ústavu státu a práva Akademie věd ČR

Prof. Dr. Josef Dolista, SDB, Th.D., Ph.D., LL.M., dr. h. c., Ústav humanitních studií v lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D., Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc., Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Oddělení následné intenzivní péče 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol v Praze

Mgr. Ing. Ondřej Fischer, M.A., Ph.D., katedra teologické etiky Evangelické teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Doc. MUDr. Jitka Fricová, Ph.D., Centrum pro léčbu bolesti Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze; Ústav fyziologie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Jeho Excelence Mons. Jan Graubner, arcibiskup pražský, primas český, Velkopřevor magistrální delegace Řádu Božího hrobu v ČR

Doc. Jindřich Halama, Dr., katedra teologické etiky Evangelické teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Prof. Pavel Hamet, MD, PhD., Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Kanada

Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc., emeritní profesorka Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze

Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D., Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice

Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče a Gerontologické centrum; Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, katedra medicíny dlouhodobé péče

MUDr. Radkin Honzák, CSc., Psychiatrická a psychologická klinika, Praha

PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D., Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice

Mgr. Jaroslav Hořejší, emeritní šéfredaktor Medical Tribune

PhDr. ThLic. Mgr. Marta Hošťálková, Th.D., Ph.D., koordinátorka nemocničních kaplanů, Arcibiskupství olomoucké

PhDr. Dana Chmelařová, Ph.D., oddělení klinické psychologie Fakultní nemocnice Plzeň

Doc. et doc. PhDr. Mgr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav veřejného zdravotnictví Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

MUDr. Anetta Jedličková, Ph.D., Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze

Prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc., FEAN, Neurologická klinika 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc., Evangelická teologická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

MUDr. František Koukolík, DrSc., FCMA, Ústav patologie a molekulární medicíny 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze

Doc. PhDr. Mgr. Radka Kozáková, Ph.D., Ústav ošetrovatelství a porodní asistence Lékařské fakulty Ostravské univerzity v Ostravě

PhDr. Martin Loučka, Ph.D., oddělení lékařské psychologie Kliniky psychiatrie a lékařské psychologie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Národního ústavu duševního zdraví; Centrum paliativní péče, z. ú.; oddělení paliativní péče Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze

JUDr. Jan Mach, advokát, vedoucí týmu právníků České lékařské komory

MUDr. Lukáš Malý, Ústav etiky a humanitních studií 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze; ITIBO Mission Hospital, Kenya; Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze

Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc., Ústav preventivního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Bronislav Matulík, DiS., administrátor sboru Církve bratrské v Praze 1 – Soukenická

Doc. MUDr. Jan Měšťák, CSc., klinika Esthé v Praze

MUDr. Mgr. Martin Moravec, O.Cr., Interní klinika 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze; Ústav humanitních studií v lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze; Rytířský řád Křižovníků s červenou hvězdou

MUDr. Mgr. Marie Opatrná, Ph.D., Onkologická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze; Ústav humanitních studií v lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Prof. MUDr. Pavel Pařko, DrSc., emeritní přednosta 3. chirurgické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Fakultní nemocnice Motol

Prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., Revmatologický ústav v Praze

Prof. Ing. Jaroslav Petr, DrSc., Výzkumný ústav živočišné výroby, Praha

MUDr. Tereza Pinkasová, Ústav etiky a humanitních studií 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

ThLic. Jan Polák, Ph.D., katedra systematické teologie Cyrilometodějské teologické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

Prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., Centrum pro léčbu bolesti Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze; Ústav fyziologie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Mgr. Barbora Řebíková, Ph.D., Ústav etiky a humanitních studií 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Martina Sebalo Vňuková, M.Sc., Ph.D., Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Efraim K. Sidon, vrchní zemský rabín

Doc. MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav preventivního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA, *Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice*

Doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D., *katedra zdravotnického práva Právnické fakulty Univerzity Karlovy v Praze*

Doc. MUDr. Zdeněk Susa, *katedra sociální práce Vyšší odborné školy sociálně pedagogické a teologické, Praha*

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D., FESEM, *Vysoká škola zdravotnická, Praha; Urgentní příjem Oblastní nemocnice Kladno*

Doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc., *1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze; Štátní fakultní zdravotný ústav Bratislava; Česká stomatologická komora; ASKLEPION – Lasercentrum Praha*

Mgr. Jan Štefl, *Ústav humanitních studií v lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze*

Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D., *Ústav etiky a humanitních studií 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze*

Mgr. Jana Wichsová, Ph.D., *Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice*

Mgr. Jan Zámečník, Ph.D., *katedra teologické etiky Evangelické teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze*

MUDr. Blanka Zlatohlávková, Ph.D., *Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze; Ústav humanitních studií v lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze*

Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., *emeritní ředitel Masarykova onkologického ústavu v Brně*

PhDr. Mgr. Petr Živný, Ph.D., *klinický psycholog, psychoterapeut, teolog, externí učitel na katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze*

Obsah

Předmluva rektorky UK	XIII
Předmluva děkana 1. LF UK	XIV
Úvodní slovo prezidenta České lékařské komory	XV
Předmluva recenzenta	XVI
Předmluva editorů	XVIII

ČÁST I. – OBECNÉ SOUVISLOSTI

1. Soucit: tmel soudržnosti lidské společnosti (<i>Helena Haškovcová</i>)	3
2. Soucit v medicíně – úvodní přehledová studie (<i>Jiří Mareš</i>)	13
3. Dilema afektivity a afektivní neutrality ve vztahu lékaře a pacienta podle Talcotta Parsonse (<i>Kateřina Ivanová</i>)	37
4. Je v mozku vidět soucit? (<i>František Koukolík</i>)	47
5. Empatie nás jistí. Přesto není vyhráno (<i>Pavel Kalvach</i>)	55
6. Soucit v medicíně z narativní perspektivy (<i>David Skorunka</i>)	65
7. Soucit: „kořeně“, nebo základní „surovina“ medicíny? (<i>Martin Moravec</i>)	81
8. Soucit v medicíně pohledem katolické bioetiky (<i>Jan Polák</i>)	93
9. Soucit vs. lítost? (<i>Tibor A. Brečka</i>)	103
10. Soucit v lékařské etice (<i>David Černý</i>)	109
11. Soucit ve filozofické perspektivě (<i>Josef Dolista</i>)	117
12. Soucit lékaře: výraz profesionality či výzva k obezřetnosti? (<i>Ondřej Fischer</i>)	123
13. Soucit v medicíně: Fildesův „The Doctor“ (<i>Marek Vácha</i>)	131

ČÁST II. – KLINICKÉ SOUVISLOSTI

14. O soucitu v medicíně (<i>Pavel Pařko</i>)	141
15. Soucit v našem řemesle (<i>Radkin Honzák</i>).....	143
16. Léčba vztahem (<i>Dana Chmelařová</i>).....	147
17. Soucit. Ale jaký? Vnímejme, co onkologický pacient cítí, chce a potřebuje (<i>Jan Žaloudík</i>)	153
18. Soucit v onkologii (<i>Marie Opatrná</i>).....	159
19. Soucit při péči o pacienty s revmatickými onemocněními (<i>Karel Pavelka</i>).....	169
20. Soucit v plastické chirurgii (<i>Jan Měšťák</i>).....	175
21. Soucit v neonatologii (<i>Blanka Zlatohlávková</i>).....	187
22. Soucit a medicína kritických stavů (<i>Jarmila Drábková</i>).....	199
23. Soucitná urgentní péče – nezbytnost nebo protimluv? (<i>Jana Šeblová</i>).....	207
24. Soucit v zubním lékařství – cesta k revolučnímu zlepšení péče o pacienty v Česku (<i>Roman Šmucler</i>)	215
25. Soucit v primární péči (<i>Svatopluk Býma</i>).....	221
26. Soucit v medicíně očima starého internisty (<i>Zdeněk Susa</i>)	227
27. Soucit a jeho role při poskytování léčebně-preventivní péče v rámci participace na projektu rozvojové spolupráce v Keni (<i>Lukáš Malý</i>)	233
28. Berle, berličky a soucit (<i>Iva Holmerová</i>).....	241
29. Využití terapie zaměřené na soucit u seniorů v komunitní péči (<i>Radka Bužgová, Radka Kozáková</i>).....	247
30. Úvaha nad soucitem z pohledu paliativní péče (<i>Martin Loučka</i>).....	259
31. Význam soucitu u nelékařských zdravotnických profesí (<i>Karel Sládek, Eva Hlaváčková, Kateřina Horáčková, Jana Wichsová</i>)	265
32. Soucit v medicíně a zdravotnictví, v lékařské a ošetrovatelské profesi (<i>Jaroslav Hořejší</i>).....	273

33. Soucit v ochranné léčbě (<i>Martina Sebalová Vňuková</i>)	279
34. Soucit u pacientů s chronickou neztižitelnou bolestí (<i>Jitka Fricová, Richard Rokyta</i>)	285

ČÁST III. – DUCHOVNÍ A NÁBOŽENSKÉ SOUVISLOSTI

35. Biblická inspirace pro soucit v medicíně (<i>Jan Graubner</i>)	293
36. Soucit v medicíně – křesťanská reflexe (<i>Bronislav Matulík</i>)	301
37. Podobenství o milosrdném Samařanovi – modely vidění, odstup a soucit (<i>Jan Zámečník</i>)	309
38. Soucit a strach (<i>Efraim K. Sidon</i>)	317
39. Plačte s plačícími? Podoba a role soucitu ve spirituální péči o nemocné (<i>Jindřich Halama</i>)	321
40. Nemocniční kaplan, člověk a profesionál ve službě soucitu s pacienty, jejich blízkými a zdravotníky (<i>Marta Hošťálková</i>)	329
41. Soucit v duchovní péči o pacienta (<i>Ondřej Doskočil</i>)	337
42. Soucit v optice křesťanství a buddhismu (<i>Petr Živný</i>)	343
43. Soucitné právo při poskytování zdravotní péče (<i>Olga Sovová</i>)	355

ČÁST IV. – ŠIRŠÍ SOUVISLOSTI

44. Empatie, soucit a biomedicínské zvířecí modely (<i>Jaroslav Petr</i>)	365
45. Soucit, empatie a citění s druhým jako lék na dehumanizaci medicíny? (<i>Adam Doležal</i>)	383
46. Je možný soucit bez empatie? Příspěvek k otázce porozumění druhému člověku mezi zrcadlovými neurony a hermeneutikou (<i>Jan Šteffl</i>)	399
47. Úvaha nad soucitem, jeho pojetím, kořeny, úskalími a zneužitelností (<i>Zdeněk Kalvach, Linda Kalvach Arbeli</i>)	409
48. Protiklad soucitu a netečnosti (indiference) v současné medicíně (<i>Pavel Hamet</i>)	423
49. Empatie a rozvíjení soucitu u studentů a studentek medicíny (<i>Tereza Pinkasová</i>)	429
50. Vzory táhnou. Jak naučit soucitu? (<i>Barbora Řebíková</i>)	437

51. Role soucitu v klinickém výzkumu z pohledu etiky (<i>Anetta Jedličková</i>)	443
52. Nemilosrdná pravda nebo milosrdná lež? (<i>Jan Mach</i>)	453
 Rejstřík	 463
Souhrn	477
Summary	478

Předmluva rektorky UK

Vážené čtenářky a vážení čtenáři,

držíte v rukou monografii věnovanou soucitu v medicíně. Paleta autorů a jejich příspěvků je pestrá stejně tak, jak různorodé může být vidění potřeby a přínosu soucitu v medicíně.

Mně osobně, za ty roky klinické praxe, ve spojení se slovem soucit nejvíce vytanou příběhy několika málo žen, které přišly k nám na Gynekologicko-porodnickou kliniku FN Plzeň porodit mrtvé děti. Často donošené nebo skoro donošené, zemřelé z nejasných důvodů ještě v děloze, mnohdy bez jasné příčiny po (do té doby) normálně probíhajícím těhotenství. Ke mně na porodní sál se tyto ženy dostávaly obvykle již po překonání prvního šoku, po první vlně vzteku na nespravedlnost osudu, často se strachem v srdci a očích. Bály se, jak zvládnou těžké chvíle na sále, ale ještě více, jak zvládnou to, co je bude čekat, až sál opustí. Ani soucit a péče našeho porodnického týmu nebyly většinou moc platné. Ten strach zůstal a cestu k jeho překonání musely hledat mimo zdi sálu, nejvíce ze všeho samy v sobě.

I s ohledem na tyto zkušenosti má soucit v medicíně podle mého názoru zcela nezastupitelnou roli. Měl by být součástí našeho konání, minimálně v některých oborech medicíny, při určitých úkonech, a ať chceme nebo nechceme, některé úkony bychom bez vyjádření sounáležitosti, soucitu či prosté lásky k bližnímu neměli podle mě jen tak automaticky dělat.

Soucít určitě nezhojil mým pacientkám, o kterých jsem psala výše, jizvy na duších. Nebyl ani dostatečnou analgezií. Ale možná alespoň trochu pomohl překonat okamžiky plné strachu, bolesti a bezmoci. A také o tom by medicína měla být.

Prof. MUDr. Milena Králíková, Ph.D.

Předmluva děkana 1. LF UK

Jsem poctěn, že mohu krátce doprovodit další knihu ze série „Etika a komunikace v medicíně“, tentokrát věnovanou soucitu v medicíně. Soucit má k medicíně velmi blízko, alespoň se to předpokládá. Přestože pomoc druhému v těžkých chvílích a ošetřování mají jistě i pragmatické důvody, předpokládáme, že je doprovází emoce či přímo soucit.

Nabízí se však otázka, jak se mají emoce promítat do relativně rutinní činnosti zdravotníků a jaký na ně mohou mít dlouhodobý dopad. V dávných společnostech se péče a soucit vyskytovaly společně, později se péče institucionalizovala a oddělila od osob blízkých nebo známých. Soucit v kontinuální existenci zůstává poměrně privátní záležitostí, mimo tuto sféru se zvedne většinou jen při mimořádných situacích, kdy lidé projevují značnou míru soucitu i s neznámým člověkem. I zde je však otázkou, kdy jde tato „soucitná“ akce ruku v ruce s emočním doprovodem a kdy je tak trochu motivována sebehodnocením nebo hodnocením okolí. Nejde tedy v některých případech o soucit v pravém smyslu, chybí mu druhá část slova („cit“) a zůstává jen ono „sou“, spíše jako sounáležitost. Obě části slova – dle mého v tomto směru spíše laického pohledu – odpovídají různým částem zapojení mozku, něco vnímám více korově a něco více limbicky, byť s vědomím, že mozek je propojen.

Na zdravotnících se pak chce, aby byli soucitní neustále i mimo tuto privátní či mimořádnou situaci. Nesoucitnost či nevšímavost se pak považují za nežádoucí, či dokonce odpudivou záležitost, a to i v případě jinak kvalitního léčebného výsledku. A to – jak mnozí autoři v knize píší – v situaci mnohdy nesoucitného světa. Od pacientů se sice soucit s lékařem neočekává, ale mnohdy chybí i ta část „sou“.

Jde o soucitnost a sounáležitost společnosti jako celku. Na lékaře a zdravotníky jsou kladeny větší nároky, ale zodpovědnost za stav společnosti závisí i na jiných profesích a činnostech.

Tato kniha poskytne mnoho aspektů a pohledů na dané téma a já přeji všem čtenářům, aby je přiměla k zamyšlení a takovému jednání, které náš svět může udělat alespoň o trochu lepším.

Prof. MUDr. Martin Vokurka, CSc.

Úvodní slovo prezidenta České lékařské komory

Svět se mění a medicína s ním, navíc rychlost těchto změn se neustále zvyšuje. Avšak i když se pokrok v medicíně stává překotným, takže většina z nás má problémy sledovat novinky i ve svém vlastním oboru, to nejdůležitější se nemění. Mám na mysli onen výjimečný vztah mezi pacientem a jeho lékařem. Vztah založený na důvěře na straně jedné a upřímné snaze pomáhat na straně druhé. Podstata tohoto vztahu zůstává naštěstí stejná, i když se mezi nás a pacienty staví stále další a další přístroje či byrokratické bariéry.

Moderní medicína je sice přírodní vědou založenou na důkazech, která vyžaduje v první řadě hluboké znalosti, neustálé studium a praxi, ale práce lékaře má i nadále také etický rozměr. A nedílnou součástí lékařské etiky je soucit. Tedy schopnost vcítit se do obav nemocného člověka i jistá míra spoluúčasti s jeho bolestí a utrpením, spojená v první řadě se snahou pacientovi co nejlépe pomoci.

Samotné projevy soucitu bez znalostí medicínské vědy a bez umění doktorského řemesla samozřejmě stačit nemohou. Pacient od svého lékaře oprávněně očekává především odbornou pomoc, a ne jen chlácholení a projevy lítosti. Na druhou stranu samotná technokraticky pojatá diagnostika a terapie sice možná vyléčí nemoc či zmírní její projevy, a také asi zhojí rány na těle, ale často za cenu dalších ran na duši, které sice nejsou viditelné, ale proto ještě nebolí méně.

Dobry lékař neléčí pouze choroby nebo jejich příznaky, dobrý lékař léčí pacienty. A máme-li být v léčbě svých pacientů úspěšní, nesmíme dopustit, aby naše duše okoraly tak, že kvůli únavě a profesnímu vyhoření ztratíme schopnost projevovat soucit.

Své krátké úvodní zamyšlení na téma soucitu v medicíně asi nemohu zakončit lépe než citátem 14. dalajlámy: „Soucit je tím, co činí náš život smysluplným,“ a přáním, abyste jako dobří lékaři a lékařky neztratili soucit se svými pacienty, a aby váš profesní život tedy neztratil svůj smysl.

S kolegiálním pozdravem
MUDr. Milan Kubek

Předmluva recenzenta

Když jsem studoval na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze (1948–1953), o soucitu v medicíně se nemluvilo, ani o etice a empatii. O úloze zrcadlových neuronů v mozku se ještě nevědělo. To ovšem neznamená, že by naši učitelé nebyli soucitní a že by se nechovali empaticky.

První setkání s projevem soucitu a krásným empatickým přístupem jsem zažil při jedné z vizit s profesorem Charvátem. Dodnes na ni vzpomínám: na lůžkovém oddělení III. interní kliniky, kde jsem tenkrát pracoval, ležela 52letá žena s generalizací karcinomu mamy. Dělal jsem jí opakovaně punkce hrudníku, abych zmírnil dušnost vyvolávanou rychle se doplňujícím hydrotoraxem při rozsáhlé karcinóze pleury. Při velké vizitě se nemocná obrátila na profesora Charváta s prosbou: „Pane profesore, vím, že je to se mnou špatné, jsem trvale dušná a na plicích se mi hromadí voda. Cítím se stále víc a víc vyčerpaná, slabá, nemám chuť k jídlu ani k životu. Léky (tenkrát TS 160), jak se zdá, nezabírají. Máme jediného syna, studuje na vysoké stavařinu a za tři měsíce bude promovat. Ani nevíte, jak moc bych ještě chtěla tu jeho promoci vidět. Prosím vás, můžete pro mne něco udělat?“

V té době ještě Elisabeth Kübler-Rossová nevydala svoji slavnou knihu „On Death and Dying“, jednu z nejslavnějších psychologických studií konce minulého století, protože odtabuizovala smrt i proces umírání. V ní také představila svůj pětistupňový model vyrovnávání se se smrtí. (Kniha vyšla v USA roku 1969, u nás vyjít nesměla, několik desítek výtisků byl jen samizdat.) Já jsem tehdy nemohl tušit, že přání nemocné „vidět synovu promoci“ je to „smlouvání“, ta třetí fáze.

Pan profesor přisedl k nemocné na lůžko (i když nám vštěpoval „k nemocnému do jeho postele nezlezte!“ – ale v medicíně, stejně jako v lásce, neplatí ani „vždy“, ani „nikdy“). Víím, že to bylo symbolické gesto vyjadřující „jsem u Tebe, jsem s Tebou, jsme na to dva“, vzal nemocnou za ruku a předtím ji lehce pohlídl. Po celou dobu, kdy s nemocnou hovořil, také jeho neverbální komunikace – mimika i gestika – vyjadřovala porozumění a spoluúčast. Stále ji držel za ruku. Když pak později jednou přechodně churavěl a my, starší lékaři, jsme se střídali u jeho lůžka, aby nebyl sám a neměl pocit opuštění, vždy si přál, abychom ho drželi za ruku. Jednou mi řekl: „Je to zvláštní, jak to držení ruky působí: asi že je to spojení těch, co odcházejí, s těmi, co zůstávají.“ Pan profesor ujistil nemocnou, že my tu tuberkulózu zvládneme (byla to pia fraus, která v té době nahrazovala často neúčinné léky), že nasadíme silnější léky, že ji neopustíme a že se určitě na promoci svého syna podívá. Než vizitu ukončil, slíbil, že se brzy přijde na ni podívat a pohlídl ji lehce po tváři. Když jsme opustili pokoj, na chodbě nám řekl: „Nikdy nesmíš vzít pacientovi naději.“ Řídil jsem se tímto doporučením celý svůj profesní život. Jistě, stav nemocné a její příběh vzbudil i u pana profesora Charváta soucit a on na něj empaticky reagoval. Všiml jsem si, že i ti, kteří se vizity jen účastnili, se tvářili soucitně.

Od té doby uplynula téměř polovina století. V roce 2002 došlo v neurofyzilogii ke zcela mimořádnému objevu: výzkumná skupina parmské univerzity (Rizzolatti, Fadiga a Gallese), prokázala existenci tzv. zrcadlových neuronů v mozku. Ty v nás dokáží aktivovat tělesné vjemy i pocity druhých. Tento objev postavil jak soucit, tak i empatii na materiální základ. A poněvadž se se zrcadlovými neurony rodíme, jsou už novorozenci schopni empatie. Proto, když se na neonatologickém pokoji rozpláče jeden novorozenec, rozpláčou se další, do té doby pohodoví.

Tak, jak je to ve všech vědeckých oborech, i v medicíně jsme mnohé nevěděli, mnohé nevíme a mnohé čeká na své objevení. Objevovat nové je posláním vědy. Medicínská praxe je trochu jiná: každý den, každou hodinu i každou minutu tisíce lékařů, vybavených profesionálními vědomostmi, dovednostmi i účinnými léky, se snaží vrátit nemocným zdraví. Všichni jsou kromě zmíněných kvalit vybaveni i soucitem a empatií.

Tuto monografii tvoří 52 kapitol. Psali je nejen většinou známí odborníci různých medicínských specializací, ale i lékařští etici, psychologové, právníci, reprezentanti významných náboženství. Přinášejí 52 různých pohledů na problematiku soucitu. Mnohé objasňují, vysvětlují. Už vám budou jasné rozdíly mezi soucitem, empatií a lítostí. Dozvíte se, jak upevnit a zvětšit empatii, jak ji podporovat, a dokonce učit. Co tam tedy chybí? Chybí tam pouze pohled vás, čtenářů. A proto – pokuste se sami pro sebe formulovat soucit. Já jsem se o to pokusil – i když to není snadné.

Prof. MUDr. Jan Petrášek, DrSc.

Předmluva editorů

Vážení čtenáři,

otevíráte 13. svazek ze série monografií navázaných na každoroční konference České lékařské komory „Etika a komunikace v medicíně“, tentokrát zaměřený na soucit v medicíně. Tomuto tématu se odborná literatura věnuje jen okrajově a v dosavadních publikacích jsme se mu cele nevěnovali ani my. Pro celkem 52 příspěvků se nám opět podařilo sestavit úctyhodný tým autorů, předních odborníků z oblasti klinické medicíny, etiky, teologie, psychologie a práva.

Tato kniha představuje systematickou a hlubokou reflexi nad jednou z klíčových hodnot lékařské praxe, která významně ovlivňuje lidský život a péči o zdraví. Je to podle našich poznatků první publikace v domácí literatuře, která se tomuto závažnému tématu věnuje.

Problematika je, jako vždy, probrána systematicky. Od obecných, především etických, psychologických a filozofických východisek a pohledů přes klinické úvahy o významu soucitu v medicíně jako celku nebo v různých klinických oborech až po šířeji rozpracované náboženské a duchovní souvislosti. K pojmu „soucit“ se tedy nepřistupuje pouze jako k technickému termínu, ale jako k hluboce lidskému fenoménu, který prorůstá lidskými dějinami a v podstatě všemi obory lidské činnosti.

Doufáme, že tato kniha nabídne inspiraci k niternějšímu zamyšlení nad rolí soucitu v medicíně a poskytne východiska a perspektivy ke zlepšení a polidštění zdravotní péče. Věříme, že soucit může být klíčem k lidskosti a empatii v medicíně a jeho význam nesmí být podceňován. Vnímáme to tím naléhavěji, že jsme téměř denně v klinické praxi konfrontováni s dopady technizace medicíny na psychiku nemocných. Nejen v důsledku toho se určitá forma odcizení mezi lékařem a pacientem stala novým fenoménem, navíc akcentovaná sobectvím, které je jednou z konstant konzumní společnosti.

Děkujeme vám za zájem o tuto knihu a za podporu v našem společném úsilí o propojování medicíny se základními lidskými hodnotami.

Prof. PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA

Doc. MUDr. Petr Bartůňek, CSc.

iniciátoři série monografií a konferencí „Etika a komunikace v medicíně“



Obecné souvislosti

1

Soucít: tmel soudržnosti lidské společnosti

Helena Haškovcová

*„Každý ví, co je to soucít,
dokud se ho nezeptáte na jeho definici.
Pak se ukáže, že to neví nikdo.“*
B. Fehr, J. Russel (modifikováno)

Historicky vzato, tedy v každé době, se lidé ocitali v situacích nouze. Jejich příčiny byly různé: přírodní katastrofy jako např. záplavy, zemětřesení, požáry, dále neúroda a následný nedostatek potravin, války, migrace a pandemie, postihovaly všechny. A všichni také dobře věděli, že každého z nich může jednou potkat ještě osobní nebo rodinné neštěstí. Proti přírodním katastrofám se bránili společně. Individuální neštěstí, bídu nebo závažné nemoci jednotlivců i jejich rodin viděli lidé dnes a denně na vlastní oči, protože dlouhá staletí žili v malých, zpravidla zemědělských komunitách, kde se vzájemně znali. S těmi v aktuální nouzi soucítili a snažili se jim podle svých možností a sil pomoci. Správně předpokládali, že kdyby se v budoucnosti ocitli v podobné situaci sami, ostatní jim také pomohou. Reciprocita pomoci byla vnímána jako kolektivní. To znamená, že nebyla adresná: oplatit potřebnou pomoc totiž nemusel a často ani nemohl její konkrétní příjemce, ale učinil tak kdokoliv jiný z dané komunity.

Než se budeme věnovat speciálním problémům soucitu v dnešní medicíně, je třeba obecně zdůraznit, že to byl a je právě soucít, který doslova a do písmene zajistil přežití každé společnosti. To platí i pro dnešní společnost, která žije v mnohem větších komunitách, kde se lidé vzájemně neznají a kde je, nejen proto, fenomén soucitu redukován. K jeho poklesu přispívají především dva faktory. Jednak lidé spoléhají na pomoc veřejných sociálních a zdravotnických institucí, které ostatně byly zcela správně vybudovány pro pomoc lidem žijícím ve velkých anonymních komunitách, a jednak na existenci významných charitativních organizací (Charita, Diakonie, ADRA, Armáda spásy atd.). Pomoc poskytuje také řada neziskových organizací. Lze konstatovat, že výrazný soucitný postoj většinově přetrvává k rodinným příslušníkům, případně přátelům. Pomoc, kterou poskytují blízcí lidé těm „svým“

v nouzi. Pomáhají jim i v případech dlouhodobé nebo nevyléčitelné nemoci, eventuálně dlouhodobě pečují o zdravotně znevýhodněné členy rodiny, což je náročné a často vede k jejich fyzickému i psychickému vyčerpání, někdy i k sebeobětování. Proto je dobře, že je součástí individuální pomoci ta profesionálně institucionální, doplněná charitativní činností všeho druhu i vítanými aktivitami dobrovolníků.

Dnešní lidé už nevidí na vlastní oči spoluobčany devastované nemocemi, které se podařilo vymýtit (např. neštovice, záškrt, černý kašel, dětskou obrnu, spálu atd.). Položme si v této souvislosti otázku, zda to není jeden z důvodů, proč někteří občané odmítali očkování proti covidu-19 a proč někteří rodiče i v nepandemických dobách odmítají nechat očkovat své děti. Odmítači věří tomu, že se jim „nic nestane“ a kdyby se stalo, lékaři přece „na to“ mají léky.

Terminologické upřesnění

Všeobecně se má za to, že soucit je výraz, kterému každý rozumí. V mnoha případech však tomu tak není, protože soucit má řadu forem s množstvím dalších odvozených pojmů. Ty se obsahově s výrazem soucit někdy víceméně kryjí a používají se jako synonyma. Jindy jej doplňují a někdy se dokonce výrazně významově liší a ke škodě věci se v praxi nezhodují. Udělejme si v tedy v základních pojmech pořádek.

Soucit (*compassion*)

Uvedme nejprve heslo soucit z Masarykova slovníku z roku 1939, kde je napsáno: „Soucit, sympatie, souhlas citění jedné bytosti s druhou a snaha pomoci jí v nesnazi... V etice soucit pochopení stavu druhého člověka, bývá pokládán za elementární vlastnost života a základ etiky. Příbuzný pojem je altruismus. Podle přízvuku se dělí na souslast i soustrast.“ (Masarykův slovník naučný, 1939, s. 817). Z uvedeného vyplývá, že už tehdy existovaly některé návazné formy soucitu. Možná překvapí dobová absence pojmu lítost a zejména dnes populární empatie (viz dále).

Dnes, tedy o 85 let později, je třeba sérii uvedených pojmů zpřesnit nebo doplnit. Shoda odborníků panuje v tom, že soucit je emoce, která je „komplementární sociální emocí vytvořenou konfrontací s utrpením druhého“ (Mikoška, Novák, 2017, s. 54). Soucit s někým je úvodní fáze aktivního soucitu, tedy úmyslu pomoci. Tím se ostatně odlišuje od lítosti, která je sice častá a pochopitelná, ale neuvozuje aktivní pomoc.

Dvě zajímavosti:

1. Jan Bohumil Ceyz z Peclínovce (1825–1897) publikoval už v roce 1868 v Časopise lékařů českých dva články týkající se „Pathologie nervu soucitného“ a „Klinické poznámky stran ochrnutí očních větví soucitného nervu na hrdle“ (Ceyz z Peclínovce, 1868). „Onemocnění soucitné upoutalo na sebe poměrně pozdě“, neboť bylo popsáno už v roce 1818. „Rozuměny jsou jím určité symptomy vyvolané na oku před tím zdravém, přenosem z oka druhého, obyčejně úrazem postiženého“ (Ceyz z Peclínovce, 1868) a následně osleplého. Následně a opakovaně psal o soucitném onemocnění očí i J. Chalupěcký (1864–1918) (Chalupěcký, 1899). Proč jmenovaní lékaři používali termín soucitný nerv, není popsáno, ale můžeme snadno domyslet, že zdravý nerv soucítit s tím nemocným tak, že se také „rozstonal“.

V původně zdravém oku se totiž ze soucitu rozvine granulomatózní zánět sítnice, který též může končit ztrátou vidění. Uvedený a dnes bychom řekli, že hezký až beletristický termín se už nepoužívá a je nahrazen diagnostickým názvem *ophthalmia sympathica*. To je věcně na místě, protože sympatie je druh empatie a ta částečně koreluje se soucitem.

2. Josef Císler (1870–1948), rodák z Trhanova na Chodsku, jeden ze zakladatelů oboru ORL u nás, je autorem první učebnice ORL s názvem „Choroby nosu, hltanu a dutiny ústní“, která byla publikována v roce 1918. J. Císler byl nejen významný lékař, ale také spisovatel a dramatik. Pozoruhodné je, že o soucitu napsal divadelní a patrně úspěšnou hru, neboť byla uváděna nejen na vesnických „prknech, která znamenají svět“, ale i v Praze ve Švandově a dokonce v Národním divadle. Ostatně proto byla opakovaně vydána tiskem v edici Divadelní knihovny Máje. Jmenovala se „Soucit: tragikomedie o 1 dějství“ (Císler, 1926). Přečetla jsem si ji a konstatuji, že její obsah je *de facto* vysoce aktuální. Přednosta, resp. starosta, obce svolal výbor, který měl rozhodnout, kdo z několika žadatelů o umístění v chudobinci nebo v útulně, jedno jediné volné místo získá. V divoké diskusi zpočátku odmítali vyhovět Vencalce, „vdově se špatnou pověstí“, přesto, že „nyní je chudákem, má nohy a ruce zchromlé“. Ostatní žadatelé byli ovšem také staří, chudí a nemocní. Kritériem „soucit ano, ale jen s tím, kdo si ho zaslouží“ byl poměřován každý žadatel, dokonce i Antonín Novák, který jako kdysi bohatý člověk založil právě místní chudobinec a útulnu. Výbor usoudil, že „dost je pro něj maštal u pastoušky“, kam byl odveden a „na větvi suché slámy“ vzápětí zemřel. Místo v chudobinci získala Vencalka. To proto, že nikdo z mužů výboru si nebyl jist, zda náhodou není otcem její jediné dcery. Obava, že dcera by mohla „něco“ zveřejnit, tj. otcovství jednoho z nich, způsobila, že všechna rozumná kritéria zásluhovosti o obec, zdravotního stavu i sociálního statutu byla u všech žadatelů upozaděna. Kdysi veselá „vdova se špatnou pověstí“ měla prostě navrch. Císlerova hra je nepochybně nadčasová, protože k manipulaci s kritérii soucitu a respektovanými etickými principy dochází i dnes.

Altruismus

Výraz altruismus je pozdější označení soucitné pomoci „bližnímu svému“. Jeho autorem je francouzský filozof a zakladatel filozofického pozitivismu a sociologie **Auguste Comte** (1798–1857). Byl přesvědčen o tom, že je třeba „pracovat pro druhé“. Odsuzoval egoismus a zdůrazňoval význam tradičního milosrdenství spojený s křesťanskou láskou. Altruismus bývá definován jako projev nesobecké, ale účinné pomoci člověku v nouzi.

Základními znaky altruismu jsou: dobrovolnost, užitek pro druhého a obětování svého času nebo vlastních finančních nákladů. Bývá uváděna také nezištnost, která je ovšem problematická. Poskytne-li člověk milodar neznámému člověku třeba na ulici, získá „pouze“ dobrý pocit, což není málo. Díky moderním neurovizuálním technologiím je prokázáno, že v případech altruistických činností „se v lidském mozku aktivuje vývojově starý systém odměny“ (Koukolík, 2007, s. 69), tedy právě onen příjemný pocit. Tento projev altruismu bývá nazýván „**biologickým altruismem**“, který sehrál významnou roli v evoluci lidstva (Koukolík, 2007, s. 75).

„**Naivní altruismus**“, tedy ten bez očekávání nějaké formy protislužby, neexistuje. V altruistickém konání jsou obsaženy egoistické zistné prvky, někdy méně jindy více zřetelné. Darující totiž očekává, že bude také někdy obdarován. Pomohl a bude mu pomoheno. Pro tyto častější případy je rezervován pojem „**odložený reciproční altruismus**“ (Zášková, Mlčák, 2009,

s. 16), nebo také „**reciproční služba**“ (Cílek, 2022, s. 316). Neodsuzujme ale „zrnka egoismu“, protože reciproční, byť odložený altruismus je projevem vzájemně nutné pomoci a stability společnosti. Totéž bývá někdy označováno také termínem „**sociální výměna**“, která je, stejně jako soucit, mimořádně významná. Problémem je, že jsou moderní společnosti velmi početné, nepřehledné, etnicky i názorově rozdělené a mnozí lidé se cítí být „ztraceni v davu“. To platí především pro přelidněné městské aglomerace, ve kterých žije stále větší počet lidí světové populace. Extrémními městskými aglomeracemi jsou Káhira s 20 miliony obyvatel a keňská Nairobi se 40 miliony lidí (Cílek, 2022, s. 258). Důsledkem je obranný a funkčně prospěšný **život v „bublinách“**, který existuje i u nás. V těchto „bublinách“ je ještě víceméně možné, že každý „zná“ každého a analogie s realitou malých a funkčních komunit je zřejmá. Situaci nepochybně posilují digitální technologie. Stává se, že někteří přátelé se znají jen virtuálně. Názorová shoda ale bývá značná a je důvodem pro případnou vzájemnou faktickou pomoc.

Nezastírejme si, že přístup k pacientům, kteří jsou lékaři či setře známy „z bubliny“, je zcela jiný než k těm neznámým. Zdravotníci jsou k nim vstřícnější a milejší a projevují s nimi i jistý soucit. Podobně vstřícní jsou také k lidem, kteří v nich z jakýchkoliv důvodů vzbuzují sympatii. Sympatizovat s někým znamená „mít k někomu náklonnost, mít účast na duševních stavech někoho druhého, mít soucit s někým“ (Masarykův slovník naučný, 1939, s. 1118). Zarážející je, že mezi takové sympatizanty nebo známé „z bubliny“ nepatří ani lékaři ani sestry z jiné bubliny, přestože všichni zdravotníci tvoří v jistém smyslu také specifickou „bublinu“. Což ovšem souvisí také s poklesem kolegiality, na který si zdravotníci nezřídka oprávněně stěžují.

Většina lidí je altruisticky orientovaná a někteří pomáhají ostatním i mimo svou „bublinu“. Svědčí o tom štedře dotované sbírky vyhlášené na pomoc konkrétním nemocným lidem nebo na pomoc určitým skupinám osob se stejnou diagnózou. Někteří altruisté se věnují pomoci celoživotně a považují svou práci pro druhé za celoživotní poslání, ve kterém našli i svůj smysl života. Za všechny můžeme jmenovat světově známou Matku Terezu. Ve vysoce individualizované západní společnosti „nesmíme akceptovat, že sebestřednost je jádrem člověka“, konstatuje například německý pastor Rainer Ehlers, který několik desetiletí pomáhá lidem s AIDS, a dodává, že „pomáhat lidem, kteří jsou v nouzi, je uspokojující zkušenost“ (Pandemie der Güte, s. 8–16). Nepochybně tak jinými slovy vyjadřuje onen výše zmíněný příjemný pocit. V této souvislosti lze jistě souhlasit s názorem, že ti, kteří se věnují dobrovolnické činnosti, bývají v životě spokojenější (Mikoška, Novák, 2017, s. 126).

Zbývá dodat, že pokud bychom rezignovali na altruistické aktivity v důsledku současného akcentu na individuální zájmy a prospěch, stal by se nakonec každý každému vlkem bez šance na přežití společnosti. Velké riziko takové neblahé perspektivy stručně a výstižně popsal F. Koukolík. Denně jsme svědky „poškození sociálního kapitálu“, kde „důvěra lidí se mění v nedůvěru, stoupá míra agrese a intolerance mezi skupinami...“ objevuje se „**parochiální altruismus**“ (Koukolík, 2022, s. 79). Ten spočívá v tom, že věnujeme „přízeň vůči členům vlastní skupiny a nepřízeň vůči členům cizích skupin“ (Koukolík, 2022, s. 79). Analogie s favorizovanými skupinami žijícími v „bublinách“ je evidentní. Z uvedených důvodů je nutné stále opakovat, že altruismus je kolektivní lidskost a výrazem mravního chování.

Empatie

Empatie je často používaný pojem, jímž rozumíme schopnost vcítění se do „duše“ druhého člověka, s cílem vidět svět jeho očima. Tím mu porozumět a je-li v nouzi, tak mu také pomoci.

Pojem empatie, je sice znám už od časů Aristotela, ale vysoce přínosné empatické metody, které jsou používány v psychoanalýze a psychoterapii, byly rozpracovány až ve 20. století. Stručnou historii pojmu empatie popsali např. V. Linhartová (Linhartová, 2011, s. 71–77), Z. Adam, J. Klimeš a Z. Boleloucký. Upozornili na to, že pojem empatie uvedl do českého odborného písemnictví psychiatr Lubomír Hanzlíček (1916–1984), když o ní psal v knize s názvem „Psychiatrická encyklopedie“ z roku 1979 (Hanzlíček, 1979). Připomněli také, že se od té doby začali psychiatři intenzivně věnovat empatii, o čemž svědčí nárůst časopiseckých statí na uvedené téma právě od roku 1979. Tento boom pokračuje, protože v rešerši na téma soucit, kterou jsem si nechala vypracovat v Národní lékařské knihovně a která čítá 336 časopiseckých bibliografických položek, jednoznačně dominuje téma empatie. Kromě několika výjimek autoři těchto statí sice úvodem zmínili empatii, ale ihned přešli k podrobnému výkladu vzájemné komunikace mezi lékařem a pacientem. Problém je, že rozhodně nestačí technické zvládnutí základních i propracovaných forem komunikace, jejíž důležitost nikdo nepochybně. Je třeba uvažovat o obsahu a cílech takové komunikace, přinejmenším v rámci empatického zaujetí. To proto, že teprve „**empatická účast**“ vzbuzuje obavy o druhého člověka a „mobilizuje v nás potřebu pomoci“ (Goleman, 2014, s. 106). Jak posilovat empatii u všech pomáhajících, a to i u těch, kterým byla do vínku dána v menší míře, je tematizována v značném množství knih. Za všechny uvedme alespoň publikace amerického psychologa **Daniela Golemana**. Ten je celosvětově znám především jako autor bestselleru „Emoční inteligence“, kde zdůrazňuje, že o úspěších člověka více rozhoduje schopnost empatie než vysoké IQ (Goleman, 2011). V další své vlivné knize s názvem „Pozornost: skrytá cesta k dokonalosti“, popisuje mj. i způsob, jak se empatii mají učit lékaři. Časté námitce, že lékaři na ni nemají čas, oponuje a tento argument považuje za mýtus. To proto, že „empatie z dlouhodobého hlediska čas naopak šetří“ (Goleman, 2014, s. 122). Kriticky je třeba k jeho názoru dodat, že je třeba rozlišovat mezi lékaři různých specializací. Např. rentgenologové jistě vystačí s ohleduplným a slušným chováním, zatímco ti, kteří pečují např. o psychicky nemocné nebo psychicky alterované, o onkologicky, chronicky nemocné nebo umírající, by měli techniky empatie používat pravidelně. Důležité je, aby zvládli nejen techniku vcítění, ale také techniky distancovat se od utrpení svých pacientů. Lékař přece nemůže se svým pacientem „plakat“, stejně tak nemůže jeho problémy po skončení služby lehce „hodit za hlavu“. **Nezbývá, než emoční identifikaci s nemocným, doplnit také reidentifikací**, což je proces, který zahrnuje zvládnutí svých vlastních emocí, z nichž některé byly „probuzeny“ sdělením těch pacientových.

Rozvoj vrozené empatie záleží na těch, kteří o nás v dětství pečovali (Mikoška, Novák, 2017, s. 12). „Kontinuální citová pozornost matky“ je nesporně „podmínka emoční bezpečnosti v rodině“ (Mikoška, Novák, 2017, s. 123) i v pozdějším dospělém životě. Neměli bychom ji ale poztrácet v průběhu svého života. Není to lehké, protože moderní technicistní přístup k pacientům, jehož léčebný přínos nelze zpochybňovat, nebo soukromý „život na sítích“, který postrádá důležitý osobní kontakt, hladinu empatie snižují. Je opakovaně doloženo, že vliv digitálních technologií redukuje empatii, a mají v tomto smyslu negativní vliv především na děti a dospívající. Další negativní vlivy digitálních technologií podrobně popsal Manfréd Spitzer (Spitzer, 2016a; Spitzer, 2016b).

Pomáhající profese

Je všeobecně známo, že lékaři, zdravotní sestry a další reprezentanti pomáhajících profesí jsou vysoce prosociálně orientovaní. Méně je známo, proč tomu tak je. Nevystačíme totiž pouze

s vysvětlením, že právě pro svou ochotu a schopnost pomáhat druhým lidem si vybrali jednu z pomáhajících profesí. Abychom porozuměli jejich prosociální orientaci a oni sami si jejího zdroje byli vědomi, musíme znát jejich vnitřní motivace pro takovou volbu. Významným odborníkem, který se patrně jako první tomuto citlivému problému věnoval je německý psycholog a psychoterapeut **Wolfgang Schmidbauer**. Už v roce 1977 vydal knihu „Syndrom pomocníka“ (Schmidbauer, 2008), ve které popsal, že nastane-li v dětství, a to dokonce opakovaně, stav tzv. **odmítaného dítěte**, naučí se ono potlačovat své emoce a nezvěřejňovat svá přání. Odmítnuté dítě ale není zanedbávané dítě. Rodiče se starají, své dítě milují, ale chybují v tom, že v určitých situacích dobře neodhadli potřeby dítěte a neposkytli mu náležitou citovou podporu, vyjádřenou pohlazením, oceněním, pochopením. Důsledkem je celoživotní absence „základní jistoty či bezpečí a také důvěry v sebe a svět“ (Benda, 2019, s. 95). Takto „emotivně zraněné“ dítě pak v dospělosti vyrovnává uvedený deficit „výkonností a konáním dobra“. Nic nežádá, nic neočekává, nic nepotřebuje, vše zvládne a neumí nebo se zdráhá si říci o pomoc. Uvedené projevy všichni známe a identifikujeme je zejména u zdravotních sester. Ostatně právě zdravotní sestry byly respondentkami většiny výzkumů, týkajících se motivů pro volbu pomáhající profese. Motivy lékařů pro volbu povolání jsou vícečetné, často je důvodem skutečnost, že vyrůstali „v doktorské rodině“ a chtějí v rodinné tradici pokračovat. Stává se také, že když budoucího lékaře postihla v dětství závažná nemoc a byl úspěšně vyléčen, chce vynaloženou námahu svých zachránců oplatit. Můžeme dovodit, že svou volbou stát se lékařem realizují „odložený reciproční altruismus“.

Na práci W. Schmidbauera, který je autorem mnoha dalších knih se stejnou tematikou, navázali další autoři. Např. Angelika Rohwetterová, která souhlasně rekapitulovala Schmidbauerovy názory, doplnila, že „jakákoliv nářážka pacienta na to, že pomoci už není zapotřebí, představuje další zranění“ pomáhajícího (Rohwetter, 2022, s. 70). Potřeba uznání je tak významná proto, že je ekvivalentem jeho nedostatku v dětství. Ústní ocenění nebo drobný dárek jsou *de facto* opožděným pohlazením. Nedostatek ocenění pomáhající někdy vyrovnávají „**nadměrnou angažovaností**“ s rizikem, že zanedbají plnění svých individuálních a jistě důležitých potřeb (Rohwetter, 2022, s. 70).

Dnes panuje shoda v názoru, že „**psychické zranění**“, ke kterému dojde v dětství, je rozhodující pro prosociální orientaci dotyčného člověka, někdy ovšem i pro orientaci protisociální. Výklad základních a skrytých motivací pro volbu pomáhající profese by zasluhoval samostatné pojednání. Zde je jen stručně zmíněn proto, abychom uvedli nové, zatím poměrně málo známé fenomény, a to únavu ze soucitu a soucit se sebou.

Únava ze soucitu (*compassion fatigue*)

Únavou ze soucitu se zabývají především psychologové, které často postihuje proto, že dominantně pracují s pacientovými a následně i svými emocemi. Angelika Rohwetterová ale zdůrazňuje, že postihuje i ty, kteří „pracují na onkologii a se starými či depresivními lidmi“. To proto, že právě u jmenovaných skupin pacientů často není namáhavá péče ošetřujících „korunována úspěchem“ (Rohwetter, 2017, s. 8). Ostatně není náhodou, že ještě v 70. letech 20. století byla onkologie, stejně jako geriatric, označována za málo nadějnou nebo dokonce beznadějnou medicínu. Situace k lepšímu, jmenovitě v onkologii, se změnila až s rozvojem přesnější diferenciální diagnostiky a vývojem nových léků a terapeutických postupů. Geriatric sice také ztratila nehezke označení beznadějně medicíny, ale ochota pomáhajících věnovat

se péči o staré nemocné lidi je podstatně nižší, než je jejich ochota angažovat se v oborech tzv. vítězné medicíny. A. Rohwetterová uvádí i tzv. **stres ze soucitu**, jehož podstatou je poznání pomáhající osoby, že „nemůže být vždy spokojená s tím, jaké možnosti podpory může nabídnout“ (Rohwetter, 2017, s. 24). Jinými slovy řečeno, chtěla by člověku v nouzi pomoci víc, ale nemá k tomu už sílu, čas, kompetence nebo potřebné znalosti. Zbývá ještě zdůraznit, že únava ze soucitu může postihnout nejen jednotlivce, ale i část nebo dokonce celý ošetrovatelský tým v kterémkoliv medicínském oboru. Patrně s výjimkou oborů (např. chirurgie), kde je hyperaktivita, vedoucí k „normální“ únavě, korunována úspěchem.

Únavu ze soucitu nelze zaměňovat s jinými negativními dopady náročného profesionálního pomáhání, jako jsou syndrom vyhoření, deprese a sekundární traumatizace. Únavu ze soucitu A. Rohwetterová považuje za tak zátěžovou záležitost a zvláštní typ postižení, že navrhuje, aby byla zařazena mezi nemoci z povolání (Rohwetter, 2017, s. 9).

Syndrom vyhoření je u nás dobře známý a „populární“ i v laické veřejnosti. Podstatně je, že mu únava ze soucitu časově předchází. Z tohoto důvodu A. Rohwetterová nabízí ve své knize praktické rady a cestu k opětovnému nalezení „uctivého postoje ke klientům včetně zdravé míry soucitu“ (Rohwetter, 2017, s. 10). Jsou to příklady aktivní prevence rozvoje syndromu vyhoření. Pozornost bychom měli věnovat i její další knize, kterou dobře vystihuje její název: „Smíření: Proč není vnitřního míru bez smíření“ (Rohwetter, 2022).

Soucit se sebou (*self-compassion*) a všímavost (*mindfulness*)

Soucit se sebou je u nás relativní novinkou, přestože o něm už existuje rozsáhlá odborná literatura, a dokonce existují i vědecké instituce, které se soucitu obecně, i tomu se sebou, výzkumně věnují. Např. v Stanfordském centru pro výzkum a vzdělávání v oblasti soucitu (*The Center for compassion and altruismus research and education Stanford University California*).

Jako první definovala soucit se sebou americká psycholožka a psychoterapeutka **Kristin Neffová** už před 20 lety. Každý člověk občas prožívá svá individuální trápení. Vysoká sebekritičnost až sebeodsuzování vede člověka k úvahám, že měl něco udělat jinak či jindy. Výsledkem bývá lítost a zejména sebezničující sebelítost, která situaci nemůže ani zklidnit ani vyřešit. Lepší cestou je „chápat vlastní utrpení“ a z něho vyplývající emoce, které je nutné zpracovat a „navodit stav klidu a bezpečí“ (Neff, 2003). Předpokladem k tomu je všímavost. Podle K. Neffové má soucit se sebou tři základní části:

1. Laskavost se sebou ve chvílích, kdy jsme v obtížích.
2. Lidskou sounáležitost. Ta spočívá ve schopnosti soucítění, které zahrnuje pochopení, že trápení i osobní neúspěchy patří k obecné zkušenosti každého člověka.
3. Všímvost k vlastním, zejména negativním, neuvědomovaným, potlačovaným nebo zveličovaným, emocím (Neff, 2003).

Rozhodně není lehké ve chvílích, kdy s námi cloumá lítost, vztek a nutnost hledat přiměřené řešení, jak se z nesnází dostat ven, být k sobě laskavý, ale pokusme se o to. Lidské sounáležitosti většinou rozumíme, protože víme, že „neštěstí nechodí po horách, ale po lidech“. Klíčem k pochopení soucitu se sebou je všímavost k vlastním emocím, tedy „schopnost uvědomovat si procesy v naší mysli a těle s porozuměním a soucitem“ (Benda, 2019, s. 12). Zejména proto,

že nedostatek tohoto druhu všímavosti „hraje významnou roli v etiologii duševních poruch“ a paradoxně právě u nich „může mít terapeutický efekt“ (Benda, 2019, s. 12).

Proto techniky, jak uplatnit soucit se sebou, cílí na rozvoj všímavosti mj. prostřednictvím meditací. K. Neffová, J. Benda ani další odborníci nezastírají, že se ve své práci inspirovali buddhismem. Soucit i metody meditace jsou pro něj tradiční. V Číně je bohyně soucitu Kuan Jin uctívána více než 1000 let. Lidé věří, že je může doprovázet na duchovní cestě, při které mohou přijmout její láskyplné soucítění. V asijských zemích existuje více bohyň soucitu. V některých regionech je oslavována např. tzv. Bílá Tara, která je bohyň Matkou a Soucitu (Schenker, 2008).

Metody, jak pracovat s všímavostí, jsou dobře popsány, u nás např. Janem Bendou, který svou knihu o všímavosti a soucitu doplnil podtitulem „Proměna emocí v psychoterapii“ (Benda, 2019). Správně tím naznačuje, že popsané metody najdou uplatnění právě v psychoterapii a doplňuje, že mohou být přínosné i pro reprezentanty jiných lékařských specializací, i ve zcela jiných oborech lidské činnosti. Uvádí např. „koučink nebo korporátní ekonomickou sféru“. Jistě může pomoci nejen reprezentantům pomáhajících profesí, ale i všem lidem, kteří chtějí pracovat na seberozvoji a sebepoznání.

Vzhledem k tomu, že laskavost k sobě a soucit se sebou je alfa a omega psychické pohody, neudivuje, že se v posledních letech hlásí do kurzů všímavosti „kde kdo“, jmenovitě manažeři, učitelé. Kurzy všímavosti zažívají v USA a dalších západních zemích boom a lze předpokládat, že budou dostupné a oblíbené i u nás. Prostě proto, že v hektickém světě nemnozí lidé chtějí najít klid alespoň ve své duši. A to i přesto, že definovat, co je všímavost v širokém kontextu není snadné. Je to „relativně stabilní charakteristika osobnosti“ nebo „specifická schopnost“ jednotlivců, „mentální proces či duševní stav“ – ptá se J. Benda (Benda, 2019, s. 19). K. Neffová k témuž dodává, že všímavost vede k tomu, že negativní emoce nejsou potlačovány ani zveličovány, a jejich akceptace je očistná (Neff, 2003). Porozumění ke svým negativním emocím je způsobem, jak může jedinec dozrát v soběstačného člověka vědomého si svých předností a chyb.

Odborně vedené kurzy všímavosti jsou časově náročné a drahé. Jsou i tací lidé, kteří jsou přesvědčeni, že je nepotřebují nebo nesdílejí sympatie k metodám soucitu se sebou a všímavostí. Mohou mít třeba i pravdu, protože jsou vyzrálou osobností, která netrpěla nebo se sama vyrovnala s vlastními negativními emocemi. V této souvislosti je vhodné připomenout i resilienci, tedy vrozenou odolnost či pružnost, která se u jednotlivých lidí výrazně liší. Ti, kteří jsou si vědomi toho, že jejich problémy souvisí s výrazným snížením všímavosti ke svým negativním emocím, bývají frekventanty kurzů všímavosti.

Jistě ovšem je, že by bylo u nás vhodné věnovat pozornost i všeobecné všímavosti, která se v moderní individualizované společnosti výrazně snižuje, nebo dokonce vytrácí. Lidem prostě vadí, že si jich ostatní v běžném denním kontaktu málo, nebo vůbec nevšímají. V méně sofistikované formě a bez dlouhého speciálního výcviku bychom měli být k sobě všímavější, a to na pracovišti, ve školách i v běžném společenském styku. Nebude to lehké v době, kdy je pěstován **kult individuálního úspěchu** a kdy se postupně „etika povinnosti vyčerpala“, pak byla nahrazena „etikou zodpovědnosti“ a po roce 1990 vyústila „v **etiku individualismu**“ (Cílek, 2022, s. 321).

Závěr

Soudržnost komunity byla a je důležitá pro její přežití a prakticky je realizována spoluprací a vzájemnou pomocí všeho druhu. Aby se efektivně dařila, předpokládá vzájemnou důvěru.

V moderních společnostech, a vidíme to i u nás, klesá důvěra ve stát, vědu, authority. Lidé nevěří nikomu a ničemu s výjimkou těch, které akceptují ve svých „bublinách“. Pokud svá „přátelství“ realizují především na sociálních sítích, je omezen, nebo jim zcela chybí reálný autentický vzájemný kontakt. „Recept“, jak uzdravit svět, aby dospěl do stadia vstřícného aktivního porozumění a soucitu, neznám. Jsem ale přesvědčena o tom, že zdravotníci a další reprezentanti pomáhajících profesí spolu s pacienty, kterým pomáhají, jsou *de facto* takovou zvláštně uzavřenou a časově omezenou komunitou, protože pacienti přicházejí i odcházejí, ve které lze uplatňovat zásady soudržnosti jistého druhu. Budeme spokojenější my i naši pacienti.

Soucit, historicky označovaný také jako ctnost, je přes všechny současné problémy stále výsostnou lidskou hodnotou. Pamatujme na to, že je limitní pro kohezi každé společnosti!

Literatura a zdroje:

1. ADAM, Z., KLIMEŠ, J., BOLELOUCKÝ, Z. Empatie lékaře je přidanou hodnotou k terapii s pozitivním vlivem na výsledek léčby. *Acta medicae*, 2021, 10(17), s. 94–99.
2. BENDA, J. *Všímavost a soucit se sebou. Proměna emocí v psychiatrii*. Praha: Portál, 2019.
3. BRINK van den, E., KOSTER, F., NORTON, V. *A practical guide to mindfulness-based compassionate living: Living with heart*. New York: Routledge, 2018.
4. CEYP Z PECLINOVCE, JB. Pathologie nervu soucitného. *Čas. Lék. čes.*, 1868, 45(7), s. 359–360.
5. CÍLEK, V. *Přijít za svítání. Vybrané eseje z let 2002–2022*. Praha: Dokořán, 2022.
6. CÍSLER, J. *Soucit: tragikomedie o 1. dějství*. 2. vyd. Praha: Máj, 1926.
7. GOLEMAN, D. *Emoční inteligence*. Praha: Metafora, 2011.
8. GOLEMAN, D. *Pozornost: skrytá cesta k dokonalosti*. Brno: Jan Melvil, 2014.
9. HANZLÍČEK, L. *Psychiatrická encyklopedie*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1979.
10. CHALUPECKÝ, J. O soucitném onemocnění očí. *Čas. Lék. čes.*, 1899, 38(31), s. 628–631.
11. KOUKOLÍK, F. *Proč se Dostojevskij mýlil? O vědomí, empatii, altruismu, lásce, zlu a religiozitě*. Praha: Galén, 2007.
12. KOUKOLÍK, F. Empatie – skok představitelství do hlavy jiného člověka. *Medical Tribune*, 2018, 14(14).
13. KOUKOLÍK, F. *Bulšit: O žvanění v organizacích, médiích, politice a vědě*. Praha: Galén, 2022.
14. LINHARTOVÁ, V. Empatie, její význam a formy. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 71–77.
15. MIKOŠKA, P., NOVÁK, L. *Jak současná věda objevuje empatii: transdisciplinární pohled na klíč k lidské duši*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017.
16. NEFF, KD. The development and validation of a scale measure self-compassion. *Self and Identity*, 2003, 2(3), p. 223–250. (též online)
17. Pandemie der Güte. *Der Spiegel*: 2022, 16 (16. 4.), p. 8–16.
18. ROHWETTER, A. *Versöhnung. Warum es keinen inneren Frieden ohne Versöhnung gibt*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2017.

19. ROHWETTER, A. *Únava ze soucitů. Jak předcházet vyčerpání v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2022.
20. SCHENKER, D. *Kuan Jin Bohyně soucitů*. Praha: Pragma, 2008.
21. SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 2008.
22. Soucit (heslo): *Masarykův slovník naučný*. Díl VI. Praha: Československý kompas, 1939, s. 817, 1118.
23. SPITZER, M. *Digitální demence*. Brno: Host, 2016a.
24. SPITZER, M. *Kybernemoc*. Brno: Host, 2016b.
25. ZÁŠKODNÁ, H., MLČÁK, Z. *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Praha: Triton, 2009.

2

Soucit v medicíně – úvodní přehledová studie

Jiří Mareš

Historické kořeny pojmu soucit jsou prastaré a motiv soucitu s tím, jak trpí druhý člověk, nalezneme v posvátných textech judaismu, islámu, křesťanství i buddhismu. Diskuse o pojmu soucit a soucitném chování člověka nalezneme v dílech Spinozy, Kanta, Schopenhauera aj. V 21. století bývá tento pojem chápán jako poněkud mlhavý a spolu s pojmy důstojnost pacienta a jeho utrpení bývá často považován za „měkký“ a klinicky nepřilíš relevantní. Medicínská literatura má tendenci zaměřovat se spíše na pojem „únava zdravotníků ze soucitu“ než na to, zda je našim pacientům poskytována „soucitná péče“ (Grundy, Landers, 2018).

Soudobá medicína totiž vytváří specifický kontext, v němž se pohybují pacienti, jejich rodinní příslušníci, lékaři, nelékařští zdravotničtí pracovníci, ale i ekonomové a manažeři působící ve zdravotnictví. Tento kontext ovlivňuje jak reálný způsob poskytování zdravotní péče, tak prožívání toho, jak celý zdravotnický systém funguje.

Britská lékařka de Zulueta (2013) konstatovala, že filozofické a vědecké chápání soucitu se sblížují, přičemž oba přístupy zdůrazňují jeho nezbytnost pro mravný život a rozvoj člověka. Současně však upozornila, že biomedicínské paradigma, ale i tvrdě prosazované manažerské postupy, zvyrazňující ekonomické aspekty zdravotnické péče, sledování úzce chápané efektivity léčebných postupů, tržní ideologie se svým instrumentálním přístupem k jednotlivcům, to všechno zvyšuje riziko **dehumanizované péče** o pacienty a vymazání soucitu z poskytované péče. Úkoly zdravotníků bývají v řadě zdravotnických zařízení definovány přesně tak, aby se maximalizovala efektivita. Pracovní výkonnost zdravotníků je na takových pracovištích pečlivě sledována, aby se zajistilo dodržování vhodných postupů a dosažení požadovaných výsledků. Demotivovaní lékaři se přesto snaží plnit svoji léčebnou roli, ale jejich pacienti mají pocit, že se o ně zdravotníci dostatečně nezajímají, že jim na nich vlastně příliš nezáleží. Cítí se v nemoci opuštěni, narůstají v nich obavy a úzkost.

Český klinický psycholog Světlák v rozhovoru s redaktorkou Kovářovou (2019) mj. řekl: „Měli bychom si připustit, že medicína je do jisté míry taková, jací jsme my zdravotníci.“ Zatímco **empatie** vystavuje zdravotníky pasivnímu exponování tomu, jak druzí lidé strádají,

soucit je aktivní způsob, jak takovou averzivní situaci uchopit, jak být platný a přitom se chránit před sdíleným utrpením. Soucit staví zdravotníka do aktivní pozice, neboť zdravotník pak využívá veškeré své kompetence, aby pacientům pomohl. Pokud zdravotník projevuje soucit, aktivuje se jeho prosociální chování, pozitivní emoce; zažívá odměnu a má tendenci se k druhým lidem přibližovat, jít jim vstříc.

Pojem soucit a snahy o jeho definování

Snahy přesněji specifikovat pocity člověka vidícího utrpení druhých lidí a jeho snahu jim pomoci, tedy definovat složitý proces označovaný jako **soucit**, trvají po desetiletí. O soucitů můžeme uvažovat v obecné rovině, ale také podle profese, v níž se objevuje; můžeme zvažovat jeho podoby podle toho, čeho nebo koho se soucit týká, jak se proměňuje a co je jeho výsledkem. Strauss et al. (2016) však připomínají určitý paradox: všeobecně se uznává důležitost soucitů v péči o pacienty a badatelé mu věnují stále větší pozornost. Přesto neexistuje konsenzus v jeho definování a ani konsenzus v tom, co patří mezi vhodné a psychometricky validní metody jeho měření. Přitom bez obecně uznávané definice nemůžeme soucit důkladněji zkoumat, nemůžeme zjišťovat míru soucitů zdravotníků, ani vyhodnocovat, zda jsou intervence posilující projevy soucitů skutečně účinné.

Saunders (2015) napsal, že termín „soucit“ je sice v běžné řeči velmi frekventovaný, ale málo se o něm věcně diskutuje. Citovaný autor rovněž tvrdí, že soucit je ctnost v aristotelovském slova smyslu a patří k afektivním charakteristikám morálně jednajícího člověka. Třebaže se dispozice jednotlivých lékařů poněkud liší, soucit je základní složkou dobré lékařské péče o pacienty v mnoha situacích. Vyžaduje však pevné zakotvení lékaře v morálních zásadách. Soucit není jakousi daností; je to kvalita, kterou lze rozvíjet v každém z nás.

V **psychologii** se soucit definuje jako silný pocit sympatií s těmi pocity smutku nebo úzkosti, které zažívá jiná osoba. Soucit obvykle zahrnuje touhu této osobě pomoci nebo ji utěšit (APA, 2023). Jiná definice říká, že soucit není jedincovo sdílení emočního stavu jiného člověka, ale emoce sama o sobě. Při soucitě je emoce jedincem vnímána a bývá dále utvářena (...) zážitkem osobního distresu z utrpení druhého člověka. Jádrem mezilidského vztahu je tedy dojetí z utrpení druhého člověka a touha mu pomoci (Lazarus, 1991, s. 289).

V **bioetice** zpravidla soucit zahrnuje pojmy jako sympatie, empatie, pocit sounáležitosti s bližním, laskavost, péči, lásku k lidem a někdy i lítost a milosrdenství. Jde o charakterové rysy, které profesionálům umožňují využít svých kognitivních schopností a psychomotorických dovedností pečovat o konkrétního pacienta, léčit ho a uspokojovat jeho potřeby. Potřeba pečujícího a léčebného vztahu profesionála k pacientovi dělá ze soucitů mravní ctnost (Miller-Keane, O'Toole, 2003).

Ve **zdravotnictví** se setkáváme s řadou definic soucitů. Soucit lze definovat jako citlivost, kterou jedinec projevuje, aby porozuměl utrpení jiné osoby. Citlivost je spojena s ochotou pomoci této osobě, vrátit jí pohodu a nalézt řešení její situace. To by měla být každodenní povinnost zdravotnických pracovníků (Perez-Bret et al., 2019).

Zajímavou shrnující definici soucitů předložil odborné veřejnosti tým anglických badatelů (Strauss et al., 2016). Soucit je podle nich kognitivní, afektivní a behaviorální proces. Sestává z pěti složek, které na sebe navzájem odkazují a vážou se i na jiné projevy soucitů. Jde o tyto složky:

1. rozpoznávání utrpení druhého člověka;
2. pochopení univerzálnosti utrpení v lidské zkušenosti;

3. zažívání pocitu empatie vůči trpící osobě; tento pocit souvisí s vnímáním distresu u druhého člověka (jedná se o projev emoční rezonance);
4. tolerování nepříjemných pocitů, které jsou reakcí člověka na trpící osobu (např. distres, vztek, strach), takže člověk zůstává otevřený vůči trpící osobě, akceptuje ji, přijímá ji;
5. motivace jednat, která ústí do snahy zmírnit utrpení druhého člověka.

Existují i definice, které nevznikají analýzou dosavadních definic, ani diskusemi specialistů. Vznikají v rámci kvalitativních výzkumů, při nichž se zjišťují a analyzují názory i zkušenosti zdravotních sester s poskytováním soucitné péče a tím, jak je tato péče přijímána běžnými pacienty. Např. metaetnografický přístup (Green, 2019) identifikoval pět aspektů soucitu ošetrovatelské péče:

1. výsledkem opravdově míněné a účinné motivace sester je, že si pacienti dobře uvědomují projevy soucitu ze strany sester;
2. emočním propojením se rozumí schopnost zdravotních sester rozpoznat, že pacienti trpí, a proto se sestry snaží navázat s nimi potřebný a smysluplný kontakt;
3. komunikování sester s pacienty a budování vzájemného porozumění zahrnuje snahu sester pochopit, jak se na věc dívají sami pacienti, a snahu jednat s nimi autenticky, se skutečným zájmem o jejich problémy;
4. být s pacientem neznamená jen fyzickou přítomnost sestry, ale také její citové naladění a projevy pozornosti k pacientovým problémům;
5. adekvátní postupy sester vedou k individualizované péči, včetně soucitného jednání, jež ústí v řadu soucitných akcí, včetně těch, které vyplývají z nepředepsaných aktivit, jimiž sestry reagují na aktuální potřeby pacienta.

Ve většině definic soucitu autoři implicitně předpokládají, že zdravotničtí pracovníci a jejich pacienti pocházejí z relativně homogenní skupiny obyvatel, což už při vzrůstající migraci lidí přestává platit. Je tedy vhodné zmínit přehledovou studii kanadských autorů (Singh et al., 2018), která zkoumala publikace z let 1946–2017 o soucitné péči u etnicky různorodých populací. Identifikovala téměř 2300 textů, ale zvolená kritéria splnilo jen 23 prací. Soucit byl v těchto pracích charakterizován třemi podobami: jako ctnosti, jimiž se vyznačují osoby poskytující zdravotní péči (vstřícnost, laskavost, nezaulatost), dále konkrétní jednání zdravotníků (úsměv, povzbudivý dotyk, poskytování sociální opory, pohotové reagování, jež zmírňuje utrpení pacientů), a konečně výsledný efekt těchto snah: překonání kulturních rozdílů, podpora důstojnosti pacientů, zlepšení péče o pacienty a zmírnění pacientových obtíží na konci života. Je však třeba, aby si zdravotníci uvědomili, že porozumění projevům soucitu a zkušenosti pacientů se soucitnou péčí se sice liší podle jejich etnického původu, mohou se však lišit i v rámci téže etnické skupiny.

Rozdíly mezi blízkými pojmy

Rozdíly mezi pojmy, které jsou blízké pojmu soucit, se pokouší vymezit řada autorů. Pro tento oddíl jsme vybrali pohledy tří autorů, kteří je publikovali v nedávné době.

Sympatie, empatie, lítost a soucit. Řecký výraz „*sympathein*“ původně znamenal „trpící s“, zatímco výraz „*empathiein*“ znamenal „trpící uvnitř“. Postupem času převládlo širší pojetí sympatie, které už není vázáno jen na lidské utrpení, nýbrž zahrnuje lidské pocity obecně.

Veřejnosti je známo jedno pojetí sympatie, které označuje pozitivní, vřelý cit k druhému člověku (tj. druhý člověk je mu sympatický). Tento cit bývá provázen pochopením, ba dokonce plným porozuměním, pocitů druhého člověka. Pro náš výklad je ovšem důležitější druhé pojetí. Chápe sympatii jako sdílení téhož pocitu s druhým člověkem (pochopitelně pokud je to pro jiného člověka vůbec možné) a přitom k němu mít kladný postoj. Při sympatii dochází k téměř symetrické situaci, kdy se vnitřní stavy obou osob velmi blíží. První krok ke sblížování by se dal nazvat v duchu Hoffmanova pojetí (2000) „**emoční nákaza**“. Rozdíl mezi „emoční nákazou“ a sympatií spočívá v tom, že „nákaza“ je záležitost nevědomá a jednoznačně omezená na vlastní osobu. Sympatie je naproti tomu zaměřena na jinou osobu.

Empatii v klinickém kontextu se rozumí lékařovo adekvátní pochopení toho, co se děje uvnitř pacienta, i to, na co si pacient lékaři stěžuje. Jde o pacientovy vjemy, pocity (např. bolest), pacientovy názory na nemoc a její příčiny, jeho hodnotící přesvědčení o něčem, jeho obavy i naděje, ale také jeho názory na práci lékaře a průběh léčby. Pojem „lékařovo adekvátní pochopení“ má v odborné literatuře tři podoby:

1. emoční zaangażovanost lékaře a stupeň emoční shody lékaře s pacientem a jeho stavem; tato shoda je důležitá pro lékařovo porozumění tomu, co se s pacientem děje;
2. vliv lékařových subjektivních charakteristik pro jeho empatický přístup;
3. eticky správný přístup k pacientovi.

V pojmu **litování** je obsažen určitý odstup od druhého člověka. Lítost je však dobře míněná emoce; uznává neštěstí, inklinuje k pomoci druhému člověku. Lítost někdy zahrnuje úlevu typu: „Díky bohu, že to nepotkalo mě.“ Lítost občas přináší i jistou dávku samolibosti zdravotníka, jeho radost z vlastní nadřazenosti a dobrotivosti. Proto obvykle pacientovi není příliš příjemné zažívat situaci, že ho někdo lituje.

Empatie, přenos (transference) a soucit. Empatii můžeme definovat jako schopnost pochopit nebo vcítit se do toho, co zažívá jiný člověk, a podívat se na problém z jeho pohledu. Jde o snahu vžít se do postavení druhé osoby, zaujmout její pohled na svět. Existují dvě podoby empatie, dvě související koncepce. „**Kognitivní empatie**“ se zajímá o to, jak ten druhý člověk uvažuje, co si tak může myslet. Jde o jeho pohled na věc, jeho perspektivu. „**Afektivní empatie**“ se zase zajímá o to, jak se emoce jednoho člověka přenášejí na druhého. Jinak řečeno, nakolik jsou pocity jednoho člověka přenositelné na druhého, nakolik jsou „nakažlivé“. Mluví se také o „emoční rezonanci“ nebo „emoční nákaze“.

Někteří autoři se proto domnívají, že je obtížné striktně oddělit empatii od přenosu (*transference*). **Přenos** zahrnuje zkušenosti a vztahy z minulosti, které ovlivňují současné zkušenosti a vztahy. Zmíňme třeba přenášení pocitů vůči rodičům např. na partnera či děti anebo opakování dosavadních vzorců pocitů a chování při setkání s novým člověkem. Tento přenos je způsoben nevědomými závěry, jež si jedinec odvodil z předchozích zkušeností s podobnými jedinci. Jinak řečeno, nejde o pouhý přenos, ale o určitou formu afektivní empatie, která má blízko k „emoční rezonanci“.

Pokud jde o **soucit**, rozumíme jím prastarou a božskou vlastnost člověka, která bývá definována jako schopnost aktivně si představit stav trpícího jedince, sdílet jeho trápení a snažit se jeho obtíže zmírnit. Soucit je tedy víc než empatie, neboť ta končí u ohleduplnosti, zatímco soucit odráží utrpení samotné. Kterýpak pacient by si nepřál zažít takovou silnou emocionální investici ze strany svého lékaře či sestry? (McNally et al., 2019)

Empatie, sympatie a lítost. Původní, historický význam pojmu *empathie* zahrnoval citění a vnímání světa z pohledu druhého člověka. *Empatie* bývá v odborných publikacích

charakterizována jako způsobilost, kognitivní schopnost, dovednost, pocit, porozumění, dispozice či proces. V současné době se definuje jako fyziologická zkušenost, že člověk cítí to, co pociťuje druhá osoba, a svou zkušenost kognitivně zpracovává. Uvádí se také, že jde o schopnost jednoho člověka vnímat a prožívat svět z pohledu subjektivních zkušeností jiné osoby.

Původní, historický význam pojmu **sympatie** zahrnoval pocit blízkosti, sounáležitosti s jinou osobou, nebo pocity podobné pocitům jiného člověka, včetně pocitů štěstí či naopak smutku. Sympatie bývá charakterizována v odborných publikacích jako schopnost, způsobilost či tendence směřovat k někomu/něčemu, sdílení emocí, vzájemná přitažlivost. V současnosti se sympatie někdy definuje (Clark, 2010) také jako vyjádření obav, znepokojení či zármutku nad stresujícími událostmi, které zasáhly do života daného člověka.

Původní, historický význam pojmu **lítost** zahrnoval smutek pociťovaný nad cizím utrpením nebo neštěstím. Lítost měla spíše pozitivní konotaci. Lítost bývá charakterizována v odborných publikacích jako pocit, schopnost, stav mysli, morální stanovisko. V současnosti se lítost definuje jako povýšený nebo pohrdavý způsob litování někoho. Často je zaměřený na lidi, kteří jsou svým okolím vnímáni jako ubožáci nebo ti, kteří si přivodili obtíže sami (Gerdes, 2011).

Poté, co jsme se oporou o literaturu naznačili rozdíly mezi příbuznými pojmy, se soustředíme jenom na pojem soucit.

Soucit ve zdravotnictví

Podle Georga (2022) můžeme ve zdravotnictví rozlišit nejméně čtyři podoby soucitu. Je to soucit usnadňující integrovaný přístup k pacientovi; soucit jako projev kompetentnosti zdravotníka; soucit jako interakce mezi zdravotníkem a pacientem v konkrétním zdravotnickém prostředí; soucit zdravotníků jako projev jejich ctností a snahy navazovat a poté rozvíjet takové vztahy, které pacientům pomáhají vyrovnat se s trápením.

Soucit usnadňující integrovaný přístup k pacientovi. Soucit ve zdravotnictví je procesem, který zahrnuje pochopení pacienta, emoční rezonanci zdravotníka a jeho empatický zájem o cizí starosti, o cizí úzkost, bolest či utrpení. Obsahuje dále zdravotníkovu snahu pochopit a zmírnit pacientovy obavy, úzkost a úsilí poskytnout mu emoční oporu. Důležitá je i znalost zvláštností daného pacienta (Mareš, 2019) a také účinná komunikace s pacientem a poznání pacienta v komplexní síti vztahů a okolností doma i ve společnosti (George, 2022).

Soucit jako projev kompetentnosti zdravotníka. V roce 2012 byla publikována teorie soucitných kompetencí zdravotníků, která vycházela z kvality zdravotní péče poskytované pacientům zdravotními sestrami (Halldorsdottir, 2012). Za kompetentní zdravotní sestry jsou v ní považovány ty, které mají úctu k pacientům, dokážou se vcítit do jejich problémů, citlivě s nimi komunikují, dokážou je uklidnit a na základě svých odborných znalostí a dovedností je provést náročnými ošetrovatelskými postupy. Obdobné úvahy platí i pro lékaře.

Soucit jako interakce mezi zdravotníkem a pacientem v konkrétním zdravotnickém prostředí. Podle Malenfant et al. (2022) právě v klinickém prostředí nabývají na důležitosti mezilidské aspekty péče o pacienta, a to ve dvou podobách: je to jednak mezilidský vztah zdravotníka a pacienta, jednak způsob komunikování mezi zdravotníkem a pacientem. Pokud jsou opakovaná setkávání zdravotníků s pacienty neosobní, postrádají lidskou dimenzi, bývají ze strany pacientů pociťována jako setkání neupřímná, chybí jim cit a soucit. Jsou-li však na pracovišti dobré meziprofesionální vztahy, zlepšuje se mezioborová a týmová spolupráce, pomáhá to zkvalitňování poskytované péče i lepším výsledkům péče.

Soucit zdravotníků jako projev jejich ctností, snahy navazovat a rozvíjet takové vztahy, které pacientům pomáhají vyrovnat se s trápením. Schopnost zdravotníků navázat lidský vztah s pacienty, podělit se o své životní zkušenosti tím, že v příhodných situacích vyjeví své morální zásady, své ctnosti, projeví zájem o problémy pacientů – to vše tvoří základ **soucité péče** o pacienta. Dovednost zdravotníků aktivně naslouchat svým pacientům, dávat najevo porozumění, laskavý přístup, poskytovat jim oporu, mít pochopení pro jejich obtíže, to všechno je účinnějším vyjádřením soucitu, než rutinní, přesná a formálně efektivní péče (Malenfant et al., 2022).

Faktory, které zřejmě ovlivňují lékařův soucit s pacienty a jeho empatii vůči pacientům. Rozsáhlá přehledová studie novozélandských autorů (Pavlova et al., 2021) analyzovala 152 výzkumů, v nichž bylo dotazováno téměř 75 000 lékařů. Autorský tým identifikoval čtyři skupiny vlivů na soucit lékařů: faktory související s lékařem samotným, faktory související s prostředím, v němž lékař pracuje, faktory související s pacientem a jeho rodinnými příslušníky a konečně faktory, které souvisejí s klinickými aspekty péče o pacienty. Další výklad je uspořádán tak, aby výčet začínal faktory s největším vlivem na soucit projevovaný pacientovi a končil nejmenším vlivem:

1. Faktory související s **lékařem** samotným: Pozitivní vliv má gender (lékařky bývají soucitnější), odborné zkušenosti lékaře, lékařova sebereflexe, osobní prožitek lékaře některého onemocnění, soucitně laděná osobnost lékaře.
Negativní vliv má lékařovo psychické vyhoření, lékařův špatný zdravotní stav, lékařovo zvládání zátěže tím, že se vyhýbá pacientům, lékařovy obavy a pocity úzkosti z náročných případů.
2. Faktory související s **prostředím**, v němž lékař pracuje: Pozitivní vliv mají dostatečné zdroje, kterými zdravotnické zařízení disponuje, lékař má ve svém okolí pozitivní vzor péče o pacienty, dobré mezilidské vztahy na pracovišti.
Negativní vliv má časový tlak na lékaře, velká pracovní zátěž, málo času na pacienty, prožívaný konflikt hodnot, byrokratická zátěž lékaře, stresující prostředí na pracovišti, absence sociální opory od spolupracovníků.
3. Faktory související s **pacientem** a jeho rodinnými příslušníky: Pozitivní vliv mají ochotní a spolupracující pacienti, ale také starší lidé a děti; nalezení společné řeči s pacientem, pacient s vyšším socioekonomickým postavením a vzděláním.
Negativní vliv má nespupracující pacient (naštvaný, vybuchující, hrubý), pacient, který není příliš ochotný s lékařem komunikovat, komplikovaný pacient (velmi náročný na péči, závislý na psychotropních látkách apod.), příslušník minority nebo imigrant, pacient, který má problémy s jazykem majority.
4. Faktory, které souvisejí s **klinickými aspekty péče** o pacienty: Pozitivní vliv má pacient vyžadující akutní péči, pacient v paliativní péči či v terminálním stadiu, pacient, který evidentně trpí bolestí, onkologický pacient stěžující si na bolest, zdravý pacient.
Negativní vliv má pacient s komorbiditou duševní nemoci, pacient, který má velký počet symptomů, pacient s různými scénáři vysokého tlaku, pacienti často navštěvující lékaře bez vážnějších důvodů, pacient s komorbiditou užívání návykových látek.

Právě jsme podali obecný přehled různých faktorů, jež ovlivňují lékařův soucit s pacienty. Jak ale lékaři dávají najevo svůj soucit s pacienty, které léčí?

Způsoby, jimiž lékaři vyjadřují svůj soucit s pacienty

Mezi prvními autory, kteří se pokusili výše uvedenou otázku zodpovědět výzkumem, byl tým amerických zdravotníků (Cameron et al., 2013). Tento tým nahrál a analyzoval klinické rozhovory mezi lékaři a specifickou skupinou pacientů. Šlo o onkologické pacienty s pokročilým nádorovým onemocněním. Badatelé předpokládali, že právě v těchto rozhovorech se objeví různé podoby vyjadřování soucitu lékařů s jejich pacienty. Badatelé se soustředili na tři složky lékařova soucitu: lékařovo rozpoznání pacientova distresu i utrpení, lékařovu emoční rezonanci s pacientem (provázenou pocity sdílení a vzájemného propojení) a konečně lékařovu snahu řešit pacientovo utrpení, zmírnit je. Právě tři uvedené složky lékařova vyjadřování soucitu s jeho pacienty nyní rozvedeme podrobněji.

Lékařovo rozpoznání pacientova stavu a utrpení. Lékař registruje, že jeho pacient trpí, ale usuzuje na to hlavně z jeho chování. Vnější chování však nemusí vést k hlubšímu pochopení pacientova psychického stavu. Lékař reaguje na vzniklou situaci a jeho verbální projev bývá v takových případech jakýmsi odrazem, parafrází pacientova aktuálního zdravotního stavu a pacientových odpovědí na lékařovy dotazy. Lékařovy neverbální projevy během pacientovy řeči mívají podobu přitakání, povzdachu, pauzy v delším projevu anebo odmlčení se či delšího ticha, které má dát pacientovi čas, aby si promyslel svoji další odpověď anebo své pocity rozvedl.

Lékařova emoční rezonance. Jde o emoční reagování lékaře, který rozpoznal, že jeho pacient trpí. Emoce, které prožívá lékař, se pochopitelně mohou lišit (a často se liší) od emocí, které prožívá jeho pacient. Např. lékař může pociťovat smutek nad vývojem pacientova stavu, zatímco u pacienta dochází v téže situaci k obavám z budoucnosti, ke stavům úzkosti. Obecně však můžeme říci, že nejsou vzácné chvíle, kdy dochází k emočnímu souznění lékaře a jeho pacienta a tento pocit, že se společně snaží zvládnout nemoc, může takové souznění dále prohloubit. Lékařova emoční rezonance mívá jak verbální, tak paralingvistickou podobu. Právě u vážně nemocných pacientů mívá rozhovor mezi lékařem a pacientem silný afektivní náboj; ten vyjadřuje víc než jen kognitivní porozumění mezi nimi.

Badatelé identifikovali čtyři paralingvistické prvky, které často přispívaly ke zvýraznění soucitného chování lékaře. Šlo o ticho, dále o změkčení, zjemnění tónu řeči, o položení důrazu na část slova/věty nebo o prodloužení hlásky/slabiky. Ticho mělo v rozhovoru lékaře s pacientem podobu pauzy, která buď předcházela emočně nabitému tématu (připravovala pacienta na závažné téma) anebo takové téma uzavírala, nechávala je „doznít“, aby pacient měl čas se nad ním důkladněji zamyslet. Zjemnění tónu lékařovy řeči často vyjadřovalo soucit, porozumění tomu, co prožívá; uklidňovalo pacienta a dávalo mu najevo, že oni dva mají společný cíl – bojovat s nemocí. Zdůraznění některých částí výkladu samotným lékařem mělo za úkol pacienta upozornit, že tyto myšlenky jsou klíčové a mají terapeutickou hodnotu.

Lékařova snaha řešit pacientovo utrpení, zmírnit je. Tato kategorie zahrnuje širokou škálu lékařových výroků. Obvykle vyjadřují ochotu lékaře pomoci pacientovi, záměr důkladněji se seznámit s nemocí, která pacienta trápí, se zvláštnostmi pacienta a zahájit účinnou léčbu. Tuto třetí složku lékařova soucitu badatelé rozdělili do sedmi subkategorií. Jsou to: zvláštnosti daného pacienta, stvrzování/potvrzování něčeho, ujišťování/uklidňování pacienta, lékařovo sdělení pacientovi, že je připraven se ujmout léčby, odlehčující humor, neopouštění pacienta a být pacientovi nablízku.

První subkategorie (zvláštnosti daného pacienta) připomíná, že pacient je jedinečná a celistvá osobnost. Lékař má při léčbě brát tyto zvláštnosti v úvahu a léčbu individualizovat. Pacient má právo vyjádřit svá přání a spolurozhodovat o dalším léčebném postupu. Lékař

může individualizovat svou péči o pacienta mj. úpravou edukace či úpravou léčby. Druhou subkategorii je lékařovo stvrzování či potvrzování něčeho, co se pacientovi zdá obtížné, náročné, pro něho těžko proveditelné. Patří sem i některé typy složitějších rozhodování pacienta nebo pokračování v rozhovoru s lékařem o věcně či emočně náročných tématech. Z lékařovy strany samo stvrzování zahrnuje i vedení pacienta k tomu, aby se nebál mluvit o silných emocích, které zažívá, a snaží se s nimi vyrovnat. Třetí subkategorii je lékařovo ujišťování, uklidňování, povzbuzování pacienta. Součástí bývá i poskytování reálné a přiměřené naděje pacientovi. Čtvrtou subkategorii je lékařovo jasné sdělení stanovisko pacientovi, že je připraven zahájit přímé kroky, které by zmírnily pacientovy obtíže. Současně lékař (s ohledem na zvláštnosti pacienta) mu srozumitelně vysvětlí, co, proč, jak a v jakém pořadí hodlá v rámci léčby udělat. Pátou subkategorii je odlehčující humor. Jeho aktéry by měli být jak lékař, tak pacient a nejlépe (pokud možno) oba dva. Nejde přitom o odbočení od náročných témat, ale spíše o poskytnutí prostoru pro oddech od vážného, těžkého tématu a pozvednutí nálady pacienta. Humor může být také použit jako součást rad, adresovaných pacientovi. Šestou subkategorii je lékařovo ujištění pacienta, že se mu bude věnovat naplno, že ho neopustí. I kdyby se pacientův zdravotní stav zkomplikoval, že mu pomůže takovou situaci zvládnout. Sedmou subkategorii je lékařovo být pacientovi nablízku. Znamená to např. vytvářet prostor pro to, aby pacient mohl bez obav vyjádřit své preference a pocity. Zahrnuje i situace, kdy lékař setrvá u svého pacienta v situacích, jež jsou pro pacienta náročné či klíčové pro další vývoj nemoci. Snaží se takové okamžiky společně překonat.

Únava ze soucitu jako specifický problém ve zdravotnictví

Termín *únava ze soucitu* je relativně mladý. Jako první ho zřejmě použil v osmdesátých letech 20. století lékař Charles Finlay. Za zmínku stojí, že i když byl tento termín široce přijat psychologickou komunitou, nikdy nebyl zabudován do některé z verzí „*Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch*“. Existuje mnoho definic tohoto pojmu, ale zde zmíníme jen tři.

Únava ze soucitu je novější pojem, který se týká emocionální a fyzické únavy jedince z projevování soucitu. Jde o vyčerpání, které může časem postihnout pomáhající profesionály a pečovatele. Únava ze soucitu byla spojována s postupným znecitlivěním zdravotníků vůči příběhům pacientů; vede ke snížení kvality péče o ně (někdy se popisuje jako „špatné chování u lůžka nemocného“). Souvisí s nárůstem klinické péče o pacienty a klienty (někdy se popisuje jako „špatná péče s vyšší mírou depresí a úzkostných poruch mezi pomáhajícími pracovníky a s rostoucí mírou a zhoršení klimatu na daném pracovišti“). Pomáhající profesionálové také zjišťují, že jejich empatie a schopnost navázat kontakt s blízkými osobami a přáteli je ovlivněna únavou ze soucitu. To následně může vést ke zvýšené míře stresu v domácnosti, rozvodům a sociální izolaci. Nejzákeřnějším aspektem únavy ze soucitu je to, že napadá samotné jádro toho, co pomáhající pracovníky přivádí k této práci: jejich empatii a soucit s druhými (Workbook, 2012, s. 4).

Jiná definice stručně říká: „Jedná se o fyzické a psychické vyčerpání a emocionální odstup od pacientů. Zažívají je ty osoby, které dlouhodobě pečují o nemocné nebo výrazně traumatizované osoby. Na rozdíl od vyhoření, které je způsobeno každodenním pracovním stresem (jednání s pojišťovnami, rozhodování o léčbě), je únava ze soucitu důsledkem toho, že zdravotník převezme na sebe dlouhodobou emoční zátěž pacienta – tj. pacientovo trápení.“ (Merriam-Webster Dictionary, 2023)

Podle Hansena et al. (2018) lze únavu ze soucitu definovat jako negativní kognitivní a emocionální důsledky pocitu empatie pro pečující osobu, která se pokusila o hlubší empatii vůči pacientovi. Mezi tyto negativní důsledky patří pocity smutku, nedostatečnosti, vyčerpání apod. Únava ze soucitu a koncept emočního vyčerpání se podle Wrighta a Cropanzana (1998) značně překrývají. Existují však mezi nimi dva důležité rozdíly: (a) únava ze soucitu je důsledkem kontaktu s jinými osobami, např. s traumatizovanými pacienty, zatímco emoční vyčerpání může vznikat z úplně jiných zdrojů, (b) únava ze soucitu může být (být spíše výjimečně) důsledkem jednorázového kontaktu s traumatizovaným pacientem, zatímco emoční vyčerpání se postupně vyvíjí v průběhu času.

Obecně lze říci, že únava ze soucitu obvykle vzniká u zdravotníků postupně, během péče o vážně nemocné pacienty. Otázkou je, které příznaky únavy ze soucitu se postupně objevují a představují varování pro zdravotníky, že jejich psychické problémy se stávají rizikem pro pacienty i spolupracovníky? Kanadská lékařská společnost uvádí tyto příznaky:

- pocit bezmocnosti tváří v tvář utrpení pacienta,
- ubývání snahy o empatii,
- pocit přetížení a vyčerpání z pracovních požadavků,
- distancování se od problémů pacientů, emoční oploštění,
- ztráta zájmu o činnosti, které zdravotníka dříve bavily,
- zvýšená úzkost, smutek, podrážděnost až vztek,
- potíže se soustředěním a rozhodováním,
- potíže se spánkem, poruchy spánku,
- somatické obtíže, jako jsou bolesti hlavy, žaludeční nevolnost, závratě,
- nárůst konfliktů v osobních vztazích,
- zanedbávání péče o sebe sama,
- stažení se do sebe a izolování se od druhých lidí (Compassion fatigue, 2020).

Problematika únavy ze soucitu je ve skutečnosti mnohem složitější. Začneme konstatováním, že hranice mezi příbuzným pojmy není jasně definovaná, je neostrá. Uvedme čtyři příklady:

1. Sekundární traumatický stres (*secondary traumatic stress*) je termín používaný k popisu jevu, při němž jsou jedinci traumatizováni nikoliv přímým prožitím traumatické události, ale tím, že o ní slyší vyprávět někoho jiného, kdo ji osobně zažil. K takovému nepřímému vystavení traumatu může dojít v rámci různých kontextů: zdravotnických, sociálních, profesních i rodinných. Negativní účinky sekundárního vystavení traumatickým událostem jsou stejné jako u primárního vystavení: vtíravé představy, vyhýbání se vzpomínkám a náznakům, nadměrná vzrušivost, stresující emoce, funkční poruchy (Workbook, AMEDD, 2012, s. 4).
2. Zástupné trauma (*vicarious trauma*) je negativní zásah do osobnosti pomáhajícího jedince, např. zdravotníka (do jeho „já“). Bývá důsledkem jeho empatické snahy pomáhat pacientům, kteří zažili závažné trauma a popisují mu své traumatické zážitky. I negativní zážitky zprostředkované jinými lidmi mohou mít vážné dopady na pečující osobu (zeslabují se úvahy o smyslu života, obtížně se hledají argumenty podporující naději, zhoršuje se pacientova spiritualita). Dříve byl tento jev označován jako sekundární traumatický stres (Workbook, AMEDD, 2012, s. 4).
3. Vyhoření (*burnout*). K vyhoření obvykle dochází tehdy, když jsou jedinci vystaveni traumatu, strachu nebo nejistotě, ztrátě životních jistot nebo sociálního postavení. Pokud je jedinec pomáhající druhým lidem dlouhodobě vystaven náročnému a stresujícímu

prostředí, dochází u něj k vyhoření. Tento stav emočního a duševního vyčerpání má své fyziologické důsledky. Patří k nim únava, podrážděnost a somatické obtíže. Vyhoření se rozvíjí postupně, tak jak člověk reaguje na každodenní pracovní stresy. Šikana a špatné psychosociální klima na pracovišti představují dvě hlavní příčiny vzájemného odcizování zaměstnanců, nespokojenosti v práci a odchodu z dané organizace (Workbook, AMEDD, 2012, s. 5).

4. *SDílené trauma (shared trauma)* bývá někdy označováno jako simultánní trauma. Míní se jím afektivní, behaviorální, kognitivní, spirituální a multimodální reakce lidí na duševní obtíže, které jedinci prožívají. Odborníci upozorňují, že v důsledku jak primárního, tak sekundárního kolektivního traumatu jsou stejnému traumatu vystaveni jak pacienti, tak osoby, které o ně pečují. Rozdíl je v tom, že po primární zkušenosti s traumatem jsou tito kliničtí pracovníci potenciálně náchylnější k posttraumatickému stresu, tedy ke stírání profesních a osobních hranic (Workbook, AMEDD, 2012, s. 5).

Švédsko-americký výzkumný tým (Hansen et al., 2018) studoval, zda a příp. jak zkoumané osoby vnímají své osobní zkušenosti se snahou vcítit se do situace druhé osoby, a to buď v krátkodobém, nebo dlouhodobém časovém horizontu.

První studie zkoumala, jak vysokoškolští studenti vnímají situace, v nichž pociťují empatii k lidem v negativních situacích. Druhá studie zkoumala, jak profesionálové pracující ve službách (např. kadeřnice) vnímají, jak na ně působí situace, v nichž pociťují empatii vůči zákazníkům v pozitivních i negativních situacích. Ve třetí studii byli vysokoškolští studenti požádáni, aby uvedli, jak se cítí bezprostředně po konkrétní situaci, v níž pociťovali empatii k člověku v obtížné situaci a dále jak na ně tato situace dlouhodobě zapůsobila.

Výsledky všech tří studií jsou zajímavé. Konstatují, že vnímané důsledky vcítění se do pocitů druhých lidí, se (podobně jako u jiných emocí a prožitků) stávají v průběhu času méně extrémní, méně výrazné. Slábnou bez ohledu na to, zda jsou pozitivní nebo negativní. Řada badatelů se domnívá, že stejné neurologické struktury se aktivují bez ohledu na to, zda člověk prožívá určitý pocit na vlastní kůži nebo zprostředkovaně (např. Decety, 2011). Silnou stránkou těchto výsledků je tedy skutečnost, že mechanismy, které za nimi stojí, nemusí být specifické pro empatii, ale fungují i pro jiné lidské pocity. Pokud se stejné mechanismy, které řídí vnímání vlastních pocitů, uplatňují i při vnímání pocitů druhých lidí, pak se zmiňované výsledky této studie dají chápat z hlediska obecného výzkumu lidských pocitů. Autoři dodávají dvě úvahy: přemýšlení o důsledcích určité události v krátkodobém horizontu pravděpodobně vede ke konstrukci na nižší úrovni, k zaměření na detaily události; je také možné, že v dlouhodobém horizontu zůstanou v paměti jen klíčové prvky celé události.

Epidemiologický pohled na soucit

Americký výzkumný tým (Addis et al., 2022) se pokusil o důkladnější zmapování výsledků, k nimž dospěl dosavadní kvantitativní výzkum lidského soucitu. Jejich pracovní definice soucitu měla tuto podobu: soucit je jev sestávající ze tří složek, jež nejsou nutně seřazeny sekvenčně: uvědomování si tíživé situace druhého člověka (kognitivní zhodnocení), projevení empatické rezonance a snaha zmírnit jeho utrpení. Autoři souhlasí s Gilbertem (2020),

že soucit přesahuje bezprostřední reakci na utrpení a zahrnuje prevenci, vyhýbání se újmě a podporování rozvoje daného člověka.

Badatelé hledali faktory (mluví přímo o *rizikových* faktorech), které zřejmě souvisejí se soucitem, a také faktory, které ho neovlivňují. Faktory potenciálně rizikové pro soucit autoři analyzovali a zařadili do jedné ze čtyř kategorií:

- asociovaný faktor: ve zkoumané populaci vykazuje statisticky významnou nezávislou souvislost se soucitem;
- modifikátor efektu: významně ovlivňuje přímý vztah mezi dalšími rizikovými faktory a soucitem (např. pohlaví – tréninkem se skóre soucitu zlepšilo u žen, ale nikoli u mužů);
- modifikátor druhého řádu: významně modifikující vztahy mezi dalšími rizikovými faktory, které samy o sobě souvisejí se soucitem. Např. předchozí zkušenost člověka s nepřízní osudu modifikuje relativní sílu soucitné reakce na utrpení jednotlivců či větší skupiny osob;
- faktor, který se soucitem zřejmě nesouvisí: neexistuje žádný statisticky významný nezávislý vztah se soucitem.

Celkem autoři identifikovali (podle stanovených kritérií) 64 článků, které prezentovaly výsledky 82 samostatných studií. Autoři přehledu však upozorňují, že z epidemiologického pohledu většina analyzovaných studií (celkem 98,8 %) přistupovala k soucitu spíše jako k individuálnímu faktoru než jako k faktoru přenositelnému či faktoru ovlivněnému časem nebo prostředím. Jen 3,7 % studií zkoumalo soucit v organizaci a zbytek kombinoval individuální a institucionální pohled. Ukazuje se, že kauzální cesty vedoucí od utrpení k soucitné reakci jsou zřejmě složité a nelineární.

Celkem 65 studií (79,3 %) chápalo soucit jako rys člověka (tj. stabilní osobnostní charakteristiku), 24 studií (29,3 %) považovalo soucit za aktuální stav (tj. krátkodobý vzorec myšlení nebo chování) a 17 studií (20,7 %) za dovednost člověka. Zbytek kombinoval některé z uvedených možností.

Badatelé identifikovali celkem 89 potenciálních rizikových faktorů pro soucit a rozdělili je do šesti tematických domén (tab. 2.1). Vztah každého rizikového faktoru k soucitu studovali testem, který zjišťoval sílu asociace mezi oběma zkoumanými proměnnými.

Tab. 2.1 Výsledky epidemiologické analýzy potenciálně rizikových faktorů působících na soucit s druhými lidmi (modifikované podle Addis et al., 2022, s. 7–19)

Název domény	Díličí charakteristika	Výzkumná zjištění
Doména 1 demografické charakteristiky	věk	vztah mezi soucitem a věkem byl smíšený, přičemž většina testů neprokázala žádnou souvislost
	gender	ze 47 testů asociací, které hodnotily pohlaví jako rizikový faktor soucitu, 24 zjistilo, že ženy mají větší pravděpodobnost, že budou soucitné než muži
	rasa a etnicita	obecně platí, že rasa a etnicita toho, kdo dává najevo soucit, nebývá spojena se soucitem
	religiozita, spiritualita a víra	výzkumy ukázaly, že religiozita a spiritualita byly v analyzovaných studiích definovány různými způsoby, ale celkově pozitivně souvisely se soucitem

	socioekonomický status adresáta soucitu	ve studiích zkoumajících socioekonomický status adresáta soucitu a to, zda mu byl soucít nabízen, nebyla nalezena žádná souvislost. Ve zdravotnických zařízeních však byl zjištěn rozdíl: pacienti s vyšším socioekonomickým statutem, zažívali častěji projevy soucitu od personálu, pacienti s nižším statutem méně často
	země původu adresáta soucitu	testy zkoumající vztah mezi soucitem a zemí původu účastníků studie ukázaly, že nálezy jsou nekonzistentní a neprůkazné
	další demografické faktory	neprůkazné byly tyto faktory: rodinný stav, stupeň vzdělání, vlastnictví domu, velikost domácnosti, politická příslušnost, postavení v zaměstnání, typ poskytovatele zdravotní péče
Doména 2 osobnostní vlastnosti, dispozice a dovednosti	podívat se na situaci očima druhého člověka	většina studií zkoumajících souvislost mezi soucitem a kognitivní dovedností podívat se na situaci očima trpícího člověka ukázala, že jde o pozitivní nezávislý faktor pro soucít v šesti testech; fungoval jako modifikátor účinku ve dvou testech
	empatický zájem o trpícího člověka	z 24 testů asociace mezi empatickým zájmem a soucitem jich 13 prokázalo přímý pozitivní vliv na soucít a další čtyři byly klasifikovány jako pozitivní modifikátory
	bezpečná citová vazba	dvě studie zaznamenaly pozitivní vztah mezi soucitem a tím, že jedinec měl zajištěnou bezpečnou citovou vazbu; výzkumy u dospělých osob však ukázaly, že bezpečná citová vazba bývá spojena se soucitem láskou k blízkým lidem, ale ne k cizincům nebo lidstvu obecně
	vyhýbání se citové vazbě	naprostá většina testů prokázala významný negativní vztah mezi vyhýbáním se citové vazbě a soucitem
	úzkost z citové vazby	naproti tomu pouze jeden z 11 testů ukázal negativní souvislost mezi úzkostí z dispoziční vazby a soucitem
	soucít se sebou samým	z pěti testů, které zkoumaly vztah mezi soucitem se sebou samým a soucitem zaměřeným na druhé, čtyři zjistily významnou pozitivní asociaci
	sociální a emoční inteligence	sociální a emoční inteligence (tj. konstrukt související s empatickým zájmem) statisticky významně souvisí se soucitem ve všech třech studiích, ve kterých byla zkoumána
	prosociální postoje a hodnoty	všechny tři studie zjistily pozitivní souvislost prosociálních postojů a hodnot se soucitem
	pohoda/eudaimonie	obě studie, které zkoumaly pohodu nebo eudaimonii, uváděly pozitivní asociace se soucitem
	příznaky deprese	pět testů hodnotících souvislost mezi soucitem a depresivními symptomy u soucítícího člověka vedlo ke smíšeným výsledkům
	fyzické, somatické zdraví	výzkumy prostřednictvím pěti testů přinesly smíšené výsledky
	vnímaná vlastní zdatnost, self-efficacy	jenom dva ze šesti testů zjistily pozitivní vztah mezi vnímanou vlastní zdatností a soucitem

	osobnostní rysy	relativně málo studií zkoumalo prosociální osobnostní rysy, jako je otevřenost, pokora a emocionalita, ale všechny tyto rysy byly statisticky významně a pozitivně spojeny se soucitem
	sociální vliv (moc) osoby projevující soucit druhému člověku	sociální vliv (moc), jež má člověk na ostatní lidi v důsledku svého sociálního postavení, nepřímo souvisí s jeho soucitem s ostatními lidmi
	vyhoření	jedna studie u lékařů a sester zjistila negativní vztah mezi vyhořením a soucitnou péčí; vyhoření jedince blokuje jeho schopnost poskytovat soucitnou péči
Doména 3 osobní historie a zkušenosti osoby projevující soucit	jedinec byl vystaven stresujícím životním událostem	devět ze 13 testů, které zkoumaly zážitky předchozích protivenství nebo stresujících životních událostí, konstatovalo pozitivní vztah se soucitem
	trénink soucitu, empatie a všímavosti	dvánáct z 15 testů, které zkoumaly účinky tréninku soucitu, empatie nebo všímavosti, zjistilo statisticky významnou pozitivní souvislost se soucitem
	rodičovská vřelost a přijímání dítěte v období dětství	pouze jedna studie zkoumala důležitost bezpečné vazby jedince během dětství ve vztahu k soucitu v pozdějším životě a zjistila, že je pozitivně spojena s projevováním soucitu jedince v dospělosti
Doména 4 obvyklé chování jedince projevujícího soucit s druhými lidmi	pravidelné navštěvování kostela a účast na náboženských obřadech	ze sedmi testů, zjišťujících vztah mezi pravidelnou návštěvou kostela a soucitem, čtyři statisticky významně a pozitivně souvisely se soucitem jedince s druhými lidmi
Doména 5 faktory týkající se okolností nebo kontextové faktory, které se objevují v případech, kdy se jedinec setká se soucitem. Bylo zkoumáno 23 rizikových faktorů, které se vztahují k bezprostředním okolnostem, za nichž utrpení druhého člověka představuje příležitost k soucitu. Ty byly seskupeny do těchto větších kategorií: (1) vnímání utrpení a potenciálních výsledků soucitného jednání; (2) vztah mezi trpící osobou a soucitným jedincem; (3) vnitřní emocionální stav soucitného člověka; (4) časové aspekty; (5) další rizikové faktory	závažnost utrpení	zjistilo se, že v závažných situacích vedla vztahová blízkost mezi soucitným jedincem a cílem k většímu empatickému zájmu a ochotě pomoci
	chronicita utrpení	badatelé nenašli žádnou významnou souvislost mezi chronicitou utrpení (tj. že utrpení bude pokračovat anebo se bude vracet) a ochotou okolí pomoci trpícímu jedinci
	počet obětí utrpení	výzkum ukázal, že větší počet členů skupiny, která zažívá trápení, negativně ovlivňuje jak pouhý záměr jim pomoci, tak reálné soucitné chování
	vnímaný distres u trpící osoby	se soucitem vnímaný distres u trpící osoby souvisí s pojmem závažnosti jedincova utrpení
	vnímaný pozitivní dopad určitého jednání	ve hře bývá sociální status oběti – je-li vysoký, lidé jsou ochotnější oběti pomoci
	vnímaná jistota, že dojde skutečně k poškození jedince	výzkumy ukázaly, že negativní vztah mezi velikostí skupiny obětí a záměrem pomoci byl silnější, když je jistota újmy, negativních dopadů vyšší

	vnímaná podobnost mezi soucítícími a trpícími lidmi	ukazuje se, že vnímaná podobnost mezi trpícími lidmi a lidmi empatickými, soucítícími zesiluje ochotu osob trpícím pomoci
	oblíbit si druhého člověka, ocenit jeho kvality	zaměstnanci oceňují spolupracovníky nebo celou organizaci, v níž pracují; cítí proto určitou odpovědnost a jsou schopni soucitu se spolupracovníky
	vztahová, psychologická blízkost lidí	pokud taková blízkost existuje, zvyšuje to pravděpodobnost poskytnutí pomoci ze strany soucítěného jedince druhému člověku, který se dostal do problémů a trpí
	očekávání trpícího jedince, že mu bude poskytnuta pomoc	očekávání druhých lidí, že budou požádáni o pomoc ze strany jedné nebo více obětí, zpravidla vedlo k pomoci jen jedné z nich; při eliminování takového očekávání obvykle vzroste pravděpodobnost, že pomoc bude poskytnuta více lidem
	případ vyššího sociálního statusu obětí	patrně záleží na zvláštnostech soucítící osoby a její ochotě pomáhat; ve hře bývá i to, zda jde o rovnostáře nebo antiegalitáře, a také o to, jak velké úsilí bude při pomoci trpícímu jedinci třeba vyvinout
	vnímaná důstojnost trpící osoby	důstojnost, kterou antiegalitáři přisuzovali osobám s vysokým sociálním statusem, vysvětlovala jejich tendenci přednostně takovým lidem pomoci; současně však lidé posuzovali, kolik úsilí budou muset vyvinout, aby poskytli adekvátní pomoc
	nejasná odpovědnost více osob při pomáhání jiným osobám	nejasná odpovědnost se týká situací, kdy si lidé uvědomují, že odpovědnost za adekvátní reagování na utrpení jiných osob je sdílena mnoha jednotlivci či skupinami
	osobní distres nebo distres související s empatií	skóre soucitu s trpícími osobami bylo statisticky významné, ale nepřilíží výrazně souviselo s osobním distresem; zajímavé je, že osobní distres byl důsledně spojen s úzkostí z citové vazby, ale ta nebyla spojena se soucitem nebo snahou pomáhat trpícím
	bezpečná citová vazba	ve všech pěti studiích bylo prokázáno, že bezpečná citová vazba podporuje soucit s druhými lidmi a posiluje altruistické chování
	očekávaný pozitivní vliv na soucítícího člověka	jde o pocity, které prožívá soucitný člověk, když poskytuje pomoc trpícímu jedinci; badatelé zjistili významný vliv očekávaného pozitivního afektu na pomáhání; objevuje se „empatická radost“ pomáhajícího
	vzpomínka na prožitou zraňující situaci	jde o situaci, kdy jedinci někdo blízký citově ublížil nebo jedinec zažil zraňující událost; ukazuje se však, že takové vzpomínání nemá významnější vliv na soucit
	spěch nebo přílišná zaneprázdněnost, vyčizenost jedince	samotný pocit jedince, že někam spěchá, že se nemůže zdržovat, posiluje pravděpodobnost, že se nezastaví, nenabídne pomoc člověku ležícímu na ulici
	délka rozhovoru pacienta s jeho lékařem	délka rozhovoru mezi pacientem a lékařem obvykle souvisela s pacientovým skóre v systému CARE, tedy s jeho složitějším zdravotním stavem

Doména 6 organizační a strukturální faktory	sociální a organizační opora	výzkum ukázal, že soucit s druhým člověkem je pozitivně spojen se sociální podporou; ta je personifikována do podoby: je to „někdo, na koho se mohu obrátit, když potřebuji pomoc“ anebo „někdo, s kým si mohu promluvit, když potřebuji“
	etické vedení pracovníků, spojené se soucitným jednáním	zaměstnanci určité organizace vnímají, že jim jejich vedení dává důvěru, nadřízení jsou citliví k jejich problémům, snaží se zlepšovat jejich pracovní podmínky – to má příznivou odezvu v podobě angažovanosti zaměstnanců, malého podílu pracovního vyhoření, posílení občansky korektního chování zaměstnanců a vysoké výkonnosti a citlivého chování zaměstnanců vůči klientům
	soucitění panující v dané organizaci	výzkumy konstatovaly, že soucitění organizace s problémy vlastních zaměstnanců výrazně ovlivňuje vztah zaměstnanců k dané organizaci a jejich soucitění s problémy, které musí firma překonávat; ve zdravotnickém prostředí se objevuje pozitivní korelace mezi organizačním soucitem fungujícím ve zdravotnickém zařízení a soucitnou péčí, kterou zdravotníci poskytují svým pacientům
	vnímané hrozby, které se v dané organizaci objevují	zmíněné hrozby se týkají pracovního distresu zaměstnanců i problémů ve fungování celé instituce; výzkum ukázal slabou korelaci mezi soucitem zaměstnanců s druhými lidmi a soucitem organizace se svými zaměstnanci
	příslušnost určité profesní skupiny v dané organizaci k pomáhající profesi	ve zdravotnických zařízeních bývají touto pomáhající skupinou zdravotní sestry; jejich působení v daném zdravotnickém zařízení významně a pozitivně souvisí s tím, že sestry jsou vnímavé na soucit, jehož se zdravotníkům dostává v celé organizaci, a s tím, jak hodnotí soucit se sebou samotnou

Přehledová studie amerického výzkumného týmu (Addis et al., 2022) odhalila některé metodologické problémy současného zkoumání soucitu. Odborné texty o soucitu se objevují v mnoha různých vědních oborech, z nichž každý má své vlastní diagnostické metody a své konvence. Relativně málo studií zkoumá soucit pomocí kvantitativních metod. Tato heterogenita vylučuje možnost metaanalýzy a komplikuje měření účinku pro jednotlivé specifické rizikové faktory. Problémem zůstává i relativně nízká kvalita získávaných údajů a vysoký podíl nikoli longitudinálních, ale transverzálních studií (39 %). To komplikuje zkoumání příčinných souvislostí.

Reagování pacientů na projevy soucitu

Až doposud jsme se zabývali tím, jak zdravotníci vyjadřují soucit svým pacientům. Nyní je na čase podívat se na problematiku soucitu „z druhého břehu“, tedy z pohledu pacientů samotných. Výzkumů s tímto zaměřením je v dostupné literatuře relativně málo, ale existují. Podívejme se, co badatelé zjistili zajímavého.

Australský tým (Durkin et al., 2021) zkoumal, jak pacienti přijímají specifický projev soucitu, kterým jim sestry dávaly najevo, že s pacientem soucítí, že se zajímají o jeho obtíže

a stres. Sestry vyjadřovaly svůj soucit s hospitalizovaným pacientem citlivým dotykem rukou. Výzkum byl koncipován jako kvalitativní a opíral se o rozhovory s osmi pacientkami a se čtyřmi sestrami, které o ně pečovaly. Sestry sdělovaly, že při jednání s pacientkami byly opatrné a ohleduplné. Chápaly, že dotek může být přijímán a interpretován různými způsoby. Věděly rovněž, že jeden typ doteku není vhodný pro všechny pacientky. Výzkumná sonda zjistila čtyři typy dotyků. První typ byl soucitným dotykem (držení za ruku nebo česání vlasů). Tyto okamžiky pro pacientky znamenaly pozitivní změnu a zmírnily jejich trápení. Druhý typ dotyku poskytoval pacientce útěchu a zároveň jí sděloval, že je v bezpečí. Pacientky popisovaly, že se jejich úzkost zmírnila. Třetí typ dotyku představovalo navázání autentického kontaktu mezi sestrou a pacientkou. Sestra jím dávala najevo, že je tady jen pro danou pacientku, že se jí chce naplno věnovat. Pacientky se tak cítily individuálně opečovávané. Čtvrtý typ dotyků představovaly „technické dotyky“, potřebné pro provedení určitého ošetrovatelského výkonu. Také v těchto případech pacientky popisovaly některé technické dotyky jako soucitné.

Existují však skupiny pacientů/pacientek, kterým projevy soucitu vadí; obávají se těch sociálních situací, v nichž se soucit objevuje častěji. Tým britských badatelů (Merritt et al., 2020) zjišťoval tři typy strachu ze soucitu, a to u psychiatrických pacientů: Šlo o (1) jedincův strach, že on sám projeví soucit s druhými lidmi, (2) jedincův strach z toho, že mu budou druhí lidé projevovat soucit, (3) jedincův strach ze soucitu se sebou samým. Badatelé porovnávali, jak se tyto obavy a strach projevují u čtyř skupin pacientů a jedné kontrolní skupiny zdravých osob. První skupinu tvořili pacienti s depresivními stavy, druhou pacienti s obsesivně-kompulzivní poruchou, třetí skupinou byli pacienti se sociálně úzkostnou poruchou a čtvrtou skupinou pak pacienti s generalizovanou úzkostnou poruchou. Jak tyto různé typy psychických poruch ovlivňují patientské prožívání a zpracování soucitu?

Skupina pacientů s depresí měla vyšší hodnoty strachu než skupina pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou, ale pouze v případě strachu ze soucitu se sebou samým. Skutečnost, že pacienti s generalizovanou úzkostnou poruchou vykazovali menší strach z přijímání soucitu od druhých lidí a menší strach ze soucitu se sebou samotným než pacienti s depresí a menší strach z přijímáním soucitu od druhých lidí než pacienti s úzkostnou poruchou, může odrážet **rozdíly v pohledu na sebe samotného**. Zatímco deprese a sociálně úzkostná porucha bývají syceny negativním pohledem na sebe sama (jsem neschopný, lidé mě nemají rádi, nic jsem nedokázal), pacienti s generalizovanou úzkostnou poruchou mají negativní představy o světě kolem nich (je to nebezpečné místo pro život). Citovaný britský výzkum nezjistil nějaké významné rozdíly mezi zkoumanými skupinami pacientů u strachu z projevování soucitu vůči druhým lidem. Toto zjištění odpovídá údajům v odborné literatuře. Je dokonce možné, že za projevováním soucitu druhým lidem a přijímáním projevů soucitu od druhých lidí stojí odlišné biologické procesy (Kirby et al., 2019).

Měření soucitu – kvantitativní přístup

Praxe ukazuje, že je potřebné zjišťovat, ve kterých situacích se soucit obvykle vyskytuje, kdo je jeho nositelem a kdo je příjemcem. Jaké mívá podoby, zda se u zdravotnických profesionálů, tj. lékařů, nelékařských pracovníků (zejména sester), studentů zdravotnických oborů, dá diagnostikovat jeho frekvence, kvalita, zda je možné soucit systematickým výcvikem postupně zlepšovat.

Zahraniční odborníci dokonce zkoumají nejen projevy soucitu v interakci mezi zdravotníkem a pacientem (příp. jeho rodinnými příslušníky), ale také fungování soucitu

v malých skupinách. V poslední době jsme svědky snahy studovat úroveň soucitu na úrovni celého zdravotnického zařízení, zejména při poskytování tzv. soucitné péče (McSherry, Pearce, 2017).

Odborná literatura každoročně přináší články, které popisují konstruování a ověřování dotazníků, které mají měřit různé pohledy na soucitné chování lidí. Jeden z možných přehledů ověřených dotazníků přináší tab. 2.2.

Tab. 2.2 Přehled dotazníků, s jejichž pomocí se dá projevovaný soucit s druhými lidmi nebo se sebou samotným měřit

Název dotazníku	Počet položek	Způsob odpovídání	Počet faktorů	Zkoumaná validita	Reliabilita
Compassionate Care Questionnaire for Nurses (Tehranneshat et al., 2021)	28	pětistupňová škála 1–5	čtyři faktory	obsahová validita, konstruktová validita, konvergentní validita	Cronbachovo alfa 0,70–0,83
Compassionate Love Scale (CLS) (Sprecher, Fehr, 2005)	21	sedmistupňová škála 1–7	jeden faktor	obsahová validita, konvergentní validita	údaje nejsou k dispozici
Compassionate Scale for Children (CSC) (Nas, Sak, 2021)	20	pětistupňová škála 1–5	tři faktory	konstruktová validita	Cronbachovo alfa 0,75–0,86
Relational Compassion Scale (RCS) (Hacker, 2008)	16	čtyřstupňová škála 1–4	čtyři faktory	obsahová validita, konvergentní validita	údaje nejsou k dispozici
Santa Clara Brief Compassion Scale (SCBCS) (Hwang et al., 2008); česká verze (Novák, Malináková, Mikoška et al., 2021)	5	sedmistupňová škála 1–7	jeden faktor	obsahová validita, konvergentní validita	Cronbachovo alfa -0,89
Self-Compassion Scale (SCS) (Neff, 2003); česká verze (Benda, Reichová, 2016)	26	pětistupňová škála 1–5	dva faktory	obsahová validita, konvergentní validita	Cronbachovo alfa – 0,77–0,78
Self-Compassion Scale – Short Form (SCS-F) (Brian et al., 2019)	12	pětistupňová škála 1–5	dva faktory	obsahová validita	Cronbachovo alfa – 0,86
Self-Compassion Scale Short Form Adapted for Children Ages 8–12 (Sutton et al., 2018)	12	pětistupňová škála 1–5	dva faktory	konstruktová validita, konvergentní validita	Cronbachovo alfa -0,81–0,83
Sinclair Compassion Questionnaire (SCQ) (Sinclair et al., 2021)	15	pětistupňová škála 1–5	jeden faktor	obsahová validita, konvergentní validita, divergentní validita	Cronbachovo alfa 0,96
Sussex-Oxford Compassion for Others Scale (SOCS-OS) (Gu, Baer et al., 2020)	20	pětistupňová škála 1–5	pět faktorů	obsahová validita, konvergentní validita, diskriminační validita	Cronbachovo alfa 0,74–0,94

Sussex-Oxford Compassion for the Self Scale (SOCS-S). (Gu, Baer et al., 2020)	20	pětistupňová škála 1–5	pět faktorů	obsahová validita, konvergentní validita, diskriminační validita	Cronbachovo alfa 0,75–0,93
The Compassion Scale (CS-M) (Martins et al., 2013)	10	sedmistupňová škála 1–7	dva faktory	obsahová validita, zjevná validita	Cronbachovo alfa -0,82
The Schwartz Center Compassionate Care Scale (SCCCS) (Lown et al., 2015)	12	desetistupňová škála 1–10	jeden faktor	obsahová validita, konvergentní validita	Cronbachovo alfa -0,95

Přehledová studie týmu kanadských autorů (Sinclair et al., 2017) upozornila na koncepční problémy, které měření soucitu přináší. Problém začíná už tím, že soucit je komplexní konstrukt, který má mnoho aspektů a každý z nich je obtížně měřitelný. Liší se v závislosti na zvláštностech jedince, který vyjadřuje soucit s druhou osobou, na cílech, které tím sleduje (uklidnit tuto osobu, povzbudit ji, nabídnout pomoc apod.). Liší se zvláštnostmi jedince, kterému je soucit adresován, a také kontextem, v němž se to celé odehrává. Tyto koncepční otázky bývají rozebírány jen zřídka. Obvykle autoři dotazníku vycházejí z předem stanovené definice soucitu, aniž provedou validizaci nového konstruktů (Sinclair et al., 2017). Tyto úvahy se týkají dotazníků a posuzovacích škál, tedy kvantitativního přístupu ke zkoumání soucitu.

Kvalitativní přístup, jenž se opírá o individuální či skupinové rozhovory s pacienty a zdravotníky, ukazuje, že soucit ve zdravotnictví je složitý konstrukt, který zahrnuje mj. tyto aspekty: být s druhým člověkem, naslouchat mu, získat jeho důvěru, vhodně reagovat na jeho citové stavy a jeho vyprávění, vyjádřit porozumění pro jeho situaci, zjistit jeho aktuální potřeby, nabídnout mu pomoc atd.

Výcvik zdravotníků v soucitném chování vůči pacientům

Soucit s nemocnými lidmi je považován za důležitý znak kvalitní péče o pacienty. Třebaže se někdy setkáváme s odmítáním soucitu jako „nepovinného doplňku“ zdravotní péče, je zejména v posledních letech chápán jako významná součást péče (Sinclair et al., 2021b). Napomáhá zlepšení zkušeností pacientů s poskytovanou péčí, zlepšuje výsledky péče a snižuje náklady na zdravotní péči (Beryl Institute, 2018). Soucit má také silný pozitivní vliv na zdravotníky, neboť u nich snižuje morální distres, vyhoření a profesní stres, a naopak zvyšuje pracovní nasazení, spokojenost s prací a udržení zdravotníků v zaměstnání (Barsade, O'Neill, 2014).

Význam soucitu se podle Sinclerové et al. (2021b) nejvíce projevuje, když soucit při péči o pacienty u zdravotníků **chybí**. Absence soucitu bývá jednou z hlavních příčin selhání zdravotní péče, ale i nežádoucích událostí u pacientů; podílí se na vyšším počtu stížností pacientů a jejich rodinných příslušníků na nesprávný postup při poskytování zdravotní péče.

Možným řešením těchto problémů je zavedení **vzdělávacích a výcvikových kurzů o soucitu**. Jsou určeny pro mediky, pro budoucí nelékařské zdravotnické pracovníky, pro sestry v praxi, pro lékaře připravující se na atestace, pro praktické lékaře různých specializací i lékaře působící v nemocnicích. Účastníci těchto kurzů se učí porozumět tomu, co je to soucit, jak obvykle funguje, komu je určen, jaké má podoby, jak je pacienty přijímán, za jakých podmínek je účinný atd. V nedávné době byly publikovány dvě velké přehledové studie, které

shrnují současný stav poznání toho, jak výcvikové kurzy pro zdravotníky probíhají a k jakým výsledkům dospívají.

První byla studie amerického týmu (Patel et al., 2019). Autoři vybrali 52 časopiseckých článků o kurzech z let 1976–2018, jež popisovaly nácvik a kultivování soucitu pro zdravotníky. Tyto kurzy absolvovalo celkem 5316 osob. Z toho bylo 46 % mediků, 38 % lékařů ve specializačním vzdělávání a 16 % hotových lékařů působících v praxi. Délka zkoumaných kurzů variovala od jednohodinového kurzu až po sérii dílčích kurzů trvajících tři roky.

Nejčastěji účastníci pracovali v malých skupinách (63 % případů), ale ve 46 % případů se jednalo o didakticky zaměřené přednášky. Procvičování získaných poznatků mívalo podobu hraní rolí, dále rozhovorů s tzv. standardizovanými pacienty¹ anebo podobu interakce s reálnými pacienty. V řadě případů se komunikace účastníků kurzu s pacienty nahrávala na video a poté ji odborníci s účastníky analyzovali. Testování výsledků kurzu po jeho absolvování mělo tyto podoby: sebehodnocení každého účastníka pomocí Jeffersonovy škály, hodnocení třetí osobou (např. vyučujícím) anebo hodnocení ze strany pacientů. Nejvyšší úspěšnost byla u kurzů pro mediky (87 %), u rezidentů byla 65 % a u lékařů v praxi 63 %. Po obsahové stránce naprostá většina kurzů zahrnovala nácvik naslouchání tomu, co pacient verbálně i neverbálně sděluje, a rozpoznání aktuálního emočního stavu pacienta.

V čem se účastníci kurzů nejvíce zlepšovali? Zlepšení se obvykle projevilo v těchto dovednostech a způsobech soucitného chování:

1. při rozhovoru s pacientem zdravotník sedí, nikoli stojí,
2. dokáže rozpoznat výrazy obličeje a neverbální emoční signály pacienta,
3. dokáže rozpoznat, kdy je vhodná chvíle k projevení soucitu s pacientem, nebo citlivě zareagovat na jeho chování,
4. umí neverbálně komunikovat pečující chování (být čelem k pacientovi, udržovat oční kontakt, volit vhodný tón hlasu),
5. volit vhodné věty, jež signalizují soucit a snahu pomoci (např. „Jsem tu pro vás. Pojďme problém řešit společně.“); zjišťovat pacientovy obavy, starosti (např. „Co vás nejvíce znepokojuje?“), projevit uznání (např. „Bylo to pro vás těžké.“), zjistit pohled pacienta na obtíže (např. „Jak to narušuje Vaši každodenní činnost?“), pojmenovat emoce (např. „Vypadáte smutně.“) a stvrzovat určitý psychický stav pacienta (např. „Většina lidí by se cítila úplně stejně jako Vy.“).

Souhrnně lze říci, že společným jmenovatelem různých postupů, které nacvičují soucit lékaře s pacientem, je ujištění pacienta o tom, že lékař je tu pro pacienta, že si bedlivě všímá jeho problémů. Že pacient nebojuje s nemocí sám, ale má plnou podporu a pomoc lékaře (Patel et al., 2019).

Druhá byla přehledová studie kanadského týmu (Sinclair et al., 2021). Autoři vybrali 45 časopiseckých článků, které byly publikovány v jediném roce 2020. Články popisovaly kurzy nacvičující a kultivující soucit u zdravotníků. Mnoho zdravotníků (30 %) pracovalo v různých zařízeních klinické péče, další poskytovali akutní péči (24 %), paliativní péči (15 %) nebo primární péči (8 %) péči, příp. psychiatrickou péči. Někteří pečovali o seniory

1 Standardizovaný pacient je speciálně vyškolená osoba, která v roli pacienta cvičí mediky, stážisty, rezidenty a jiné zdravotnické pracovníky vhodně reagovat na různé typy chování pacientů.