

**UNIVERZITA KARLOVA**

**Filozofická fakulta**

**Katedra psychologie**

**Sociální psychologie**

# **DISERTAČNÍ PRÁCE**

PhDr. Lenka Emrová

***SOCIÁLNÍ A OSOBNOSTNÍ KOMPETENCE LÉKAŘE –***

***PORODNÍKA A MOŽNOSTI JEJICH ROZVOJE***

**The Social and Personal Competencies of Obstetrician  
and Possibilities of their Development**

Vedoucí práce PhDr. Iva Štětovská, Ph.D.

2021

Prohlašuji, že jsem disertační práci napsala samostatně s využitím pouze uvedených a řádně  
ciovanych pramenů a literatury a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia nebo  
k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 31. 8. 2021

PhDr. Lenka Emrová, v. r.

Na tomto místě bych ráda poděkovala především své školitelce paní PhDr. Ivě Štětovské, Ph.D. za její odborné vedení a cenné rady. Rovněž bych velice ráda poděkovala své kolegyni paní doc. PhDr. Janě Šafránkové, CSc. za veškeré rady a obrovskou psychickou podporu. Děkuji také všem porodnicím, které se zapojily do výzkumu a především všem respondentům-porodnicím a ženám-rodíčkám, kteří byly ochotní mi sdělit svoje zkušenosti, potřeby, představy a očekávání.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině, zejména svému manželovi, za trpělivost, všestrannou péči a podporu při psaní této práce.

## OBSAH

ÚVOD .....	1
<b>1 SOCIÁLNÍ KOMPETENCE .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 KONCEPTUALIZACE POJMU KOMPETENCE A SOCIÁLNÍ</b>	
<b>KOMPETENCE .....</b>	<b>5</b>
<b>1.2 VYMEZENÍ POJMU KOMPETENCE .....</b>	<b>8</b>
1.2.1 <i>Kompetence jako způsobilost.....</i>	<i>8</i>
1.2.2 <i>Kompetence jako charakteristika jednotlivce.....</i>	<i>9</i>
1.2.3 <i>Kompetence jako množina chování či pozorovatelné vzorce</i>	
<i>chování .....</i>	<i>10</i>
1.2.4 <i>Kompetence jako dovednost .....</i>	<i>11</i>
1.2.5 <i>Integrace v definování kompetencí .....</i>	<i>11</i>
<b>1.3 VLASTNOSTI KOMPETENCÍ .....</b>	<b>13</b>
<b>1.4 STRUKTURA SOCIÁLNÍCH KOMPETENCÍ.....</b>	<b>14</b>
1.4.1 <i>Sociální inteligence.....</i>	<i>16</i>
1.4.2 <i>Interpersonální a intrapersonální inteligence .....</i>	<i>18</i>
1.4.3 <i>Emoční inteligence.....</i>	<i>19</i>
1.4.4 <i>Sociální dovednosti .....</i>	<i>22</i>
1.4.5 <i>Tacit knowledge .....</i>	<i>24</i>
<b>1.5 POSUZOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH KOMPETENCÍ.....</b>	<b>24</b>
1.5.1 <i>Posuzování sociálních kompetencí prostřednictvím výkonových</i>	
<i>testů .....</i>	<i>25</i>
1.5.2 <i>Posuzování sociálních kompetencí prostřednictvím dotazníků .....</i>	<i>26</i>
1.5.3 <i>Posuzování sociálních kompetencí prostřednictvím pozorování</i>	
<i>chování .....</i>	<i>30</i>
<b>2 PROFESNÍ KOMPETENTNOST LÉKAŘE .....</b>	<b>32</b>
<b>2.1 PROFESE LÉKAŘE .....</b>	<b>32</b>
<b>2.2 ROLE LÉKAŘE-ROLE PACIENTA.....</b>	<b>37</b>
<b>2.3 VZTAH LÉKAŘ-PACIENT.....</b>	<b>40</b>
<b>2.4 PÉČE ZAMĚŘENÁ NA PACIENTA (PCC).....</b>	<b>43</b>
2.4.1 <i>Východiska péče zaměřené na pacienta .....</i>	<i>44</i>
2.4.2 <i>Konceptualizace péče zaměřené na pacienta (PCC).....</i>	<i>46</i>

2.4.3	<i>Potencionální vliv PCC na zdraví pacientů</i> .....	48
<b>3</b>	<b>OSOBNOSTNÍ A SOCIÁLNÍ KOMPETENCE LÉKAŘE</b> .....	<b>51</b>
3.1	<b>VLASTNOSTI LÉKAŘE Z POHLEDU VÝKONU PROFESE</b> .....	<b>51</b>
3.2	<b>SOCIÁLNÍ KOMPETENCE LÉKAŘE</b> .....	<b>53</b>
3.2.1	<i>Intrapersonální kompetence</i> .....	54
3.2.2	<i>Emociální kompetence</i> .....	56
3.2.3	<i>Interpersonální kompetence</i> .....	61
3.2.4	<i>Komunikační kompetence</i> .....	65
3.3	<b>KOMPETENČNÍ MODELY VE ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>70</b>
<b>4</b>	<b>KOMPETENČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ LÉKAŘE</b> .....	<b>78</b>
4.1	<b>PERSONALIZOVANÉ VZDĚLÁVÁNÍ</b> .....	<b>78</b>
4.1.1	<i>Vzdělávání založené na kompetencích</i> .....	78
4.1.2	<i>Učení zaměřené na studenta</i> .....	80
4.2	<b>MEDICÍNSKÉ VZDĚLÁVÁNÍ ZALOŽENÉ NA KOMPETENCÍCH</b> .....	<b>81</b>
4.3	<b>INTERAKTIVNÍ METODY V RÁMCI STUDIA MEDICÍNY</b> .....	<b>85</b>
4.4	<b>TRENDY VE VZDĚLÁVÁNÍ NA ČESKÝCH LÉKAŘSKÝCH FAKULTÁCH</b> ..	<b>92</b>
	<b>SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI</b> .....	<b>97</b>
<b>5</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST – METODOLOGIE</b> .....	<b>99</b>
5.1	<b>VÝZKUMNÝ PROBLÉM</b> .....	<b>99</b>
5.2	<b>FORMULOVÁNÍ CÍLŮ A VÝZKUMNÉ STRATEGIE</b> .....	<b>101</b>
	<b>VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ</b> .....	<b>104</b>
5.3	<b>VÝZKUMNÉ OTÁZKY A PRACOVNÍ HYPOTÉZY</b> .....	<b>104</b>
5.4	<b>METODY SBĚRU DAT</b> .....	<b>107</b>
5.4.1	<i>Ohnisková skupina (Focus Group)</i> .....	108
5.4.2	<i>Polostrukturovaný rozhovor (semistrukturované interview)</i> .....	111
5.4.3	<i>Osobnostní dotazník GPOP (Golden Profile of Personality)</i> .....	115
5.4.4	<i>Inventář sociálních kompetencí (Inventar sozialer Kompetenzen)</i> .....	118
5.5	<b>ZKOUMANÝ VZOREK</b> .....	<b>119</b>
5.6	<b>ZAJIŠTĚNÍ KVALITY VÝZKUMU</b> .....	<b>125</b>
5.7	<b>ETIKA VÝZKUMU</b> .....	<b>129</b>
5.8	<b>KVALITATIVNÍ ANALÝZA DAT</b> .....	<b>130</b>

<b>6</b>	<b>VÝSLEDKY KVALITATIVNÍ ANALÝZY DAT .....</b>	<b>133</b>
6.1	ODBORNOST X LIDSKOST.....	133
6.2	SOCIÁLNÍ KOMPETENCE Z POHLEDU LÉKAŘE-PORODNÍKA A ŽENY- RODIČKY .....	135
6.2.1	<i>Kategorie: intrapersonální kompetence .....</i>	135
6.2.2	<i>Kategorie: Emocionální kompetence.....</i>	137
6.2.3	<i>Kategorie: Interpersonální kompetence .....</i>	140
6.2.4	<i>Kategorie: Komunikační kompetence.....</i>	143
6.3	ROZDÍLY VNÍMÁNÍ SOCIÁLNÍ KOMPETENCE Z POHLEDU PORODNÍKA A Z POHLEDU ŽENY-RODIČKY? .....	147
6.3.1	<i>Způsob vnímání reality – objektivita vs. subjektivita.....</i>	148
6.3.2	<i>Empatie vs. sympatie (soucit) .....</i>	149
6.3.3	<i>Způsob komunikace – instrumentalní vs. afektivní .....</i>	150
6.3.4	<i>Strategie řešení konfliktu „výhra – prohra“ vs. „výhra – výhra“</i>	153
6.3.5	<i>Způsob jednání – zaměření na výsledek vs. zaměření na proces..</i>	155
6.3.6	<i>Sdělování rizik vs. poskytování naděje a uklidnění .....</i>	156
6.4	FAKTORY, KTERÉ OVLIVŇUJÍ SOCIÁLNÍ KOMPETENCE PORODNÍKA .....	158
6.4.1	<i>Faktory na straně porodníka .....</i>	158
6.4.2	<i>Faktory na straně pacientky .....</i>	159
6.4.3	<i>Faktory na straně prostředí .....</i>	160
6.5	SHRnutí KVALITATIVNÍ ČÁSTI .....	165
<b>7</b>	<b>VÝSLEDKY KVANTITAVNÍ ANALÝZY DAT .....</b>	<b>169</b>
7.1	POPISNÁ STATISTIKA – OSOBNOSTNÍ TYP A STRUKTURA SOCIÁLNÍCH KOMPETENCÍ PORODNÍKŮ.....	170
7.1.1	<i>Výsledky GPOP .....</i>	170
7.1.2	<i>Výsledky ISK .....</i>	175
7.1.3	<i>Korelační analýza .....</i>	181
7.2	SHRnutí KVANTITATIVNÍ ČÁSTI.....	192
<b>8</b>	<b>INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A DISKUSE.....</b>	<b>199</b>
8.1	STRUKTURA SOCIÁLNÍ KOMPETENCE PORODNÍKA .....	202
8.1.1	<i>Silná stránka: sebeovládání a sebekontrola .....</i>	203

8.1.2	<i>Rozvojová potřeba: Sociální orientace ve smyslu empatie.....</i>	204
8.1.3	<i>Rozvojová potřeba: Ofenzivita (Asertivita) .....</i>	205
8.1.4	<i>Rozvojová potřeba: interpersonální a komunikační dovednosti ..</i>	206
<b>8.2</b>	<b>OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY PORODNÍKA.....</b>	<b>208</b>
<b>8.3</b>	<b>FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SOCIÁLNÍ KOMPETENCE PORODNÍKA .....</b>	<b>209</b>
8.3.1	<i>Osobnost porodníka.....</i>	209
8.3.2	<i>Vzdělávání.....</i>	212
<b>8.4</b>	<b>LIMITY STUDIE .....</b>	<b>214</b>
<b>8.5</b>	<b>NÁMĚTY PRO ROZVOJ SOCIÁLNÍCH KOMPETENCÍ LÉKAŘE- PORODNÍKA</b>	<b>218</b>
<b>8.6</b>	<b>DALŠÍ PŘÍNOSY PRO PRAXI.....</b>	<b>225</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>227</b>
<b>9</b>	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>229</b>
<b>10</b>	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>256</b>
<b>11</b>	<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>257</b>
<b>12</b>	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>258</b>
<b>13</b>	<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>260</b>

## Úvod

Naše společnost prochází v posledních třiceti letech řadou změn, které se dotýkají společenského života a nelze se vyhnout ani lékařské profesi. Vztah lékař-pacient se proměňuje od tradičního paternalistického modelu směrem k jeho demokratizaci, což klade velké nároky na samotné lékaře. Správný přístup a respekt k pacientům se stává jednou z nejdůležitějších složek profesionálního chování zdravotníků, a proto se stále více klade důraz na sociální kompetence, které se stávají důležitými faktory, které ovlivňují kvalitu péče a spokojenost pacientů se zdravotnickými službami.

Zahraniční výzkumy věnují pozornost vztahu lékař – pacient už od šedesátých let minulého století, v České republice můžeme zaznamenat zvýšený zájem v posledních třiceti letech. Tento mnohaletý skluz je patrný, jak na teoretické, tak na praktické úrovni. Do budoucna lze očekávat stále větší tlak na hlubší porozumění vztahu lékař – pacient, proto je třeba analyzovat očekávání na straně pacienta i lékaře a snažit se definovat determinanty, které tato očekávání ovlivňují.

Disertační práce je zaměřena na porodnickou specializaci, kde prožívání zdravotního stavu je velmi ovlivněno kvalitou vztahu lékař-pacient. Koncepce, těhotenství, porod, laktace jsou fyziologické děje, které jsou velmi snadno ovlivnitelné psychosociálními okolnostmi, které mohou napomoci jejich snadnému průběhu nebo jej naopak velmi zkomplikovat. Ačkoli se psychosociální aspekty perinatální péče stávají v současné době předmětem narůstajícího zájmu výzkumníků, ale i poskytovatelů zdravotnické péče a osob zodpovědných za koncepci zdravotní politiky, přesto stále v této specializaci přetrvává lékařský model, který je zaměřen více na lékaře, nemoc, dualismus duše a těla a poskytování medicínských intervencí.

Tématu kompetencí a sociálních kompetencí je věnována v České republice poměrně velká pozornost, zvláště ve vztahu k učitelské nebo manažerské profesi. Existují kompetenční modely, řízení podle kompetencí, dokonce vzdělávání podle kompetencí, ale jen málo se tyto nástroje využívají ve zdravotnictví. Jinak je tomu v zahraničí, především v USA, Kanadě, Velké Británii, kde existují organizace, které se zabývají kompetencemi a kompetenčními modely pro zdravotnické pracovníky, sestry a lékaře (ACGME, 2001; CanMEDs, 2005; GMC 2007). Rovněž se hojně diskutuje mezi pedagogy zdravotnických profesí medicínské vzdělávání založené na kompetencích (CBME).



Tato práce si klade za cíl podrobně prozkoumat sociální kompetence porodníků, především z pohledu porodníků samotných a na základě toho s využitím zkušeností z české literatury o kompetencích v ostatních profesích a zkušeností ze zahraniční odborné literatury a výzkumů vytvořit přehled žádoucích sociálních kompetencí porodníků a navrhnout možnosti jejich rozvoje na základě zjištěných osobnostních preferencí. K naplnění cíle disertační práce je využita odborná literatura, studijní plány jednotlivých lékařských fakult, sylaby humanitních předmětů, názory porodníků, názory žen-rodíček, názory odborníků z praxe.

Inspirací pro výběr a formulování výzkumného problému byly jak výzkumy, které již v této oblasti byly publikovány, tak profesní a osobní zkušenosti autorky. Z profesní zkušenosti lze vyvozovat, že existují dílčí nespokojenosti s psychosociální péčí porodníků, jak na straně žen-rodíček (mění se jejich potřeby a očekávání), tak na straně lékařů-porodníků (jsou často bezradní v přístupu k ženám, k jejich očekáváním a potřebám). Spokojenosti, resp. nespokojenosti s psychosociální péčí zdravotníků v porodnicích se podrobně věnovala Takács et al. v letech 2011-2015 v rámci kvantitativních průzkumů. Pohledu lékařů na vlastní psychosociální kompetence dosud nebyla v české literatuře věnována dostatečná pozornost.

Cíli disertační práce nejlépe metodologicky odpovídá smíšený design výzkumu, v jehož kvalitativní části jde o důkladné prozkoumání a popsání zkoumaného jevu neboli fenoménu tak, jak mu rozumí samotní aktéři výzkumu a v kvantitativní části jsou ověřeny hypotézy, stanovené na základě výstupů z kvalitativní části a na základě rešerše literatury.

Základním filosofickým východiskem se tak stává fenomenologie a hermeneutika. Předmětem zkoumání této disertační práce jsou dva fenomény v jejich reálném prostředí – sociální kompetence a osobnost lékaře, přičemž jsou podrobně posuzovány vzájemné vztahy mezi určenými kategoriemi i jejich širší kontext. K důkladnému porozumění těmto jevům vede opětovná analýza jednotlivých částí. Získané poznatky mohou být podnětem k novým pohledům na zkoumané jevy a přispět tak k porozumění a objasnění zkoumané reality, čímž jsou naplněny tři základní funkce fenomenologie. V kvalitativní části práce je třeba počítat s prvky konstruktivismu, zvláště ve fázi analýzy a interpretace dat, proto nelze výsledky generalizovat, ačkoli se při důkladném prozkoumávání vztahů uvnitř zkoumaného jevu jisté generativní mechanismy objevují. Získaná data jsou proto platná pro určité časové období a danou skupinu subjektů v konkrétním prostředí. Limity kvantitativní části disertační práce rovněž omezují výsledky zkoumání na zkoumaný vzorek.

Obsah teoretické části je zaměřen na objasnění triády pojmů: sociální kompetence, přístup zaměřený na člověka a personalizované vzdělávání. Následně jsou tyto pojmy zasazeny do kontextu medicínského prostředí, v němž je hlavním zkoumaným fenoménem role porodníka a jeho přístup k ženám-rodíčkám. Cílem teoretické části disertační práce je poskytnout dostatek odborných a vědeckých poznatků, které se týkají sociálních kompetencí a způsobům jejich rozvoje u nás i v zahraničí.

Výzkumná část disertační práce předkládá výsledky smíšeného výzkumu, který probíhal v letech 2018-2021. Hlavním přístupem k řešení kvalitativní části disertační práce se stala případová studie, která umožňuje popis hlavního zkoumaného jevu sociální kompetence porodníka. V rámci této části je porovnáván pohled současných porodníků a současných žen-rodíček na vnímané a očekávané sociální kompetence porodníků a výstupem je přehled sociálních kompetencí porodníka převedený do pozorovatelného chování. Kvalitativní část je postavena na fokusních skupinách s lékaři a na semistrukturovaných rozhovorech s ženami-rodíčkami. Cílem druhé kvantitativní části výzkumu je zjistit, jaké jsou převažující osobnostní preference porodníka, měřené osobnostním dotazníkem Golden Profiles of Personality (GPOP) a dále zjistit strukturu a úroveň rozvinutí sociálních kompetencí u porodníků pomocí Inventáře sociálních kompetencí (ISK) a prozkoumat, zda existuje vztah mezi osobnostními preferencemi a sociálními kompetencemi. Hlavním přístupem k řešení kvantitativní části práce je korelační studie, která zjišťuje těsnost vztahů mezi sledovanými proměnnými. Těžiště této části práce je v měření a popisu. Výstupem výzkumné části disertační práce jsou náměty pro rozvoj sociálních kompetencí lékaře-porodníka založené na jejich očekáváních a osobnostních preferencích.

Téma disertační práce je řešeno jako interdisciplinární problém. Sociální kompetence porodníka nejsou jen problémem sociálně psychologickým, ale svým obsahem zasahují do oblasti pedagogické psychologie, psychologie práce i zdravotnické psychologie. Jejich zkoumání je podmíněno spoluprací i dalších vědních oborů – lékařství, řízení lidských zdrojů, andragogiky, pedagogiky.

V rámci práce je čerpáno především ze zahraniční literatury a výzkumů, protože původních českých prací věnovaných tomuto tématu je stále nedostatek. Objevuje se literatura zaměřená především na komunikaci mezi lékařem a pacientem (Beran, 1997, 2010; Honzák, 1999; Janáčková & Weiss, 2008; Linhartová, 2006; Ptáček & Bartůněk, 2011; Ptáček, Bartůněk & Mach, 2013; Ptáček & Bartůněk, 2015; Zacharová, Hermanová

& Šrámková, 2007). V oblasti porodnictví existuje kromě studijního textu Aplikovaná psychologie porodnictví (Ratislavová, 2008) učebnice Psychologie v perinatální péči (Takács et al., 2015). Sociální kompetence porodníka nebyly předmětem žádného specificky zaměřeného výzkum

# 1 Sociální kompetence

Kapitola nabízí přehled relevantních přístupů k tomuto psychologickému konstruktovi, jak je prezentovaný v zahraniční i v české psychologické literatuře a vytváří teoretický referenční rámec pro zkoumání sociální kompetence v rámci tohoto výzkumu.

## 1.1 Konceptualizace pojmu kompetence a sociální kompetence

Pojem kompetence je v posledních desetiletích velmi oblíbeným konceptem, jak mezi vědci, kteří se jej snaží co nejpřesněji uchopit, popsat a definovat, tak mezi uživateli z řad personalistů, manažerů, či pedagogů, kteří tento koncept často používají zcela nahodile. Ačkoli o kompetencích byly napsány významné a hojně citované a odkazované vědecké publikace a monografie, doposud není jejich rámec konstruktově stabilní.

Teoretické a empirické studium kompetence je od svých počátků provázáno řadou teoretických a metodologických problémů, které v současné psychologii vyplývají z řady příčin. Jednou z nich je dosud přetrvávající, oddělené zkoumání kompetence v rámci jednotlivých vědních disciplín: pedagogiky, psychologie, sociologie, andragogiky, řízení lidských zdrojů a mnohých dalších. Zatímco teoretické psychologické vědy se pokouší objasnit otázky podstaty tohoto hypotetického konstruktovi, jiné vědy (řízení lidských zdrojů, sociální práce, ošetrovatelství, pedagogika) preferují otázky jejího praktického využití. Obtíže v konceptualizaci jsou způsobeny i tím, že koncept kompetence bývá v odborné literatuře chápán v široké konceptuální extenzi, a proto je v současné době označován jako „fuzzy koncept“ (Boon & Klink, 2003; Le Deist & Winterton, 2005), který si nenárokje jediné správné a komplexní vymezení, na základě, kterého by se dalo říci co přesně je a co už není kompetence. Příčinou přetrvávajících teoretických a metodologických obtíží je rovněž traktování tohoto pojmu ve třech odlišných konceptualizacích, které zdůrazňují odlišné aspekty kompetence (kognitivní, behaviorální a multidimenzionální).

Tento způsob traktování nabízejí Le Deist & Winterton (2005), kteří rovněž poukazují na rozmanitost přístupů a různé interpretace tohoto konceptu v jednotlivých zemích. Přístupy v jednotlivých zemích se začaly formovat relativně nezávisle, nejprve v USA, poté ve Velké Británii a naposledy ve Francii a Německu. V USA jsou zdůrazňovány behaviorální aspekty kompetence a je používán behaviorální model

(competency)<sup>1</sup>, ve Velké Británii jsou akcentovány kognitivní aspekty<sup>2</sup> a je preferován tzv. funkční model (competence), ve Francii a Německu zdůrazňují holistický pohled a využívají multidimenzionální model kompetence<sup>3</sup>.

Jinou konceptualizaci nabízejí Hartig et al. (2008, s. 4-8), kteří rozlišují tři odlišné koncepty kompetence: generický přístup založený Noamem Chomským<sup>4</sup>, normativní přístup<sup>5</sup>, který je typický pro pedagogy a pragmatický přístup<sup>6</sup> vyvinutý McClellandem a dalšími vědci v psychologii.

Weinert (2001) uvádí popisný seznam devíti různých způsobů, jakými byla kompetence definována, popsána nebo teoreticky interpretována a rovněž poukazuje na to, že existuje mnoho různých teoretických přístupů, ale žádný jednotný koncepční rámec

---

<sup>1</sup> Kompetence jsou zde vnímány jako kontextově specifické dispozice pro úspěch, které lze získat učením, a které funkčně souvisejí se situacemi a požadavky v konkrétních oblastech. White (1959, s. 317) definoval kompetenci jako „účinnou interakci (jednotlivce) s životním prostředím“.

<sup>2</sup> V tomto pojetí lze kompetenci chápat jako intelektuální schopnosti, tj. individuální, obecné kognitivní zdroje pro zvládnutí náročných úkolů napříč různými situacím.

<sup>3</sup> Cheetham & Chivers (1996, 1998) vytvořili holistický model profesní kompetence, který kombinuje set čtyř vnitřně propojených kompetencí, které označují za klíčové: funkční kompetence (funkční dovednost), behaviorální nebo osobní kompetence (vlastnosti potřebné pro efektivní výkon), kognitivní kompetence (odborná znalost), etická kompetence (hodnoty a osobní přesvědčení) a k nim přiřazují meta-kompetence, které umožňují sledovat, posilovat, rozvíjet a zprostředkovávat další kompetence.

<sup>4</sup> Chomsky (1965) rozlišuje mezi vrozenou schopností (kompetence) a výkonem (performance), který je souhrnem skutečných jazykových projevů. Je do značné míry závislý na kompetenci, avšak zároveň je silně ovlivněn různými mimojazykovými faktory. Tyto faktory znemožňují, aby performance (výkon) byla věrnou kopií kompetence.

<sup>5</sup> Kompetence jsou zde vymezovány jako kontextově specifické kognitivní výkonové dispozice, které se funkcionálně vztahují na situace a požadavky v určité doméně (Klieme & Leutner, 2006). Rothův (1971, s. 180) normativní koncept kompetence je velmi široký, zahrnuje nejen kognitivní dispozice (intelektuální zralost), ale také emoční motivaci a sociální a hodnotový vhled (sociální a morální zralost), včetně schopnosti být zodpovědný za vlastní činnost.

<sup>6</sup> McClelland (1973) zdůrazňoval, že nejlepšími prediktory vynikajícího výkonu na pracovišti, jsou trvalé osobní charakteristiky, které nazval kompetence. Boyatzis (1982, s. 11) kompetence označil za „klíčové schopnosti jedince dosahovat žádoucího výkonu, jenž mu umožňuje plnit požadavky dané pracovní pozice“. Spencer & Spencer (1993, s. 4) chápou kompetence jako motivy, vlastnosti, sebepojetí, postoje, kognitivní vlastnosti nebo dovednosti chování - jakékoliv individuální vlastnosti, které lze prokazatelně změřit u schopných a neschopných pracovníků.

(obecné kognitivní kompetence, specializované kognitivní kompetence, model kompetence – výkon, modifikace modelu kompetence – výkon, kognitivní a motivačně aktivační kompetence, objektivní a subjektivní kompetence, akční kompetence, klíčové kompetence a metakompetence) (cit. Oudovou, 2008, s. 11-19).

Přes veškeré nepřesnosti a nejasnosti se vědci shodují, že je to psychologický konstrukt významný a užitečný, neboť umožňuje koordinovat systém vzdělávání a rozvoje s požadavky uživatelů a trhu práce.

Podobně koncept sociální kompetence je považován v odborné literatuře za významný hypotetický konstrukt, avšak ne dostatečně pochopený a vysvětlený. Wine & Smye (1981, s. 24-29) vidí význam používání tohoto konceptu v tom, že je zaměřen na možnosti růstu a změny v návaznosti na interakci s prostředím, tedy je znakem pozitivního, zdravého fungování člověka napříč celým životem, má pozitivní účinky pro toho, kdo jej projevuje i pro příjemce a naopak.

Samotná sociální kompetence však zůstává v odborné literatuře mlhavou koncepcí, zejména v oblasti vzájemných vztahů. Mnoho autorů (Arghode, 2013; Bayer et al., 2012; Lang, 2010; Stump et al. cit. Matsonem, 2009; Monnier, 2015) upozorňuje, že neexistuje univerzální definice sociální kompetence. Dodge (1985) poukazuje na to, že existuje téměř tolik definic sociálních kompetencí, kolik je vědců v této oblasti. Stejně tak Ladd (2005) zaznamenal řadu konceptualizací sociální kompetence. Problémem v definování je jednak interdisciplinární používání tohoto konstruktů a rovněž to, že pojem sociální kompetence je často zaměňován s jinými pojmy: „komunikační kompetence“, „sociální inteligence“, „emocionální inteligence“, nebo „sociální dovednost“. Lang (2010, s. 13) však zdůrazňuje, že je nutné je rozlišovat. Ke konstruktové nestabilitě do značné míry přispívá i nejednotná metodologie výzkumu kompetencí. V možnostech výzkumu kompetencí nejčastěji figurují různé dotazníky a další standardizované i nestandardizované metody, jejichž validita je obtížně určitelná a lze je těžko srovnávat.

Stump et al. (cit. Matsonem 2009, s. 23) rozlišují dva přístupy, jak lze nahlížet na sociální kompetence: „přístup shora dolů“ („top down“ approach), v němž jsou analyzovány a vymezovány různé projevy sociální kompetence (chování, které je přitažlivé a ctnostné) a pak se hledají společné základy, tento přístup je častější a „přístup zdola nahoru“ („bottom up“), kde jsou zkoumány základní kořeny kompetentního chování, na základě nichž je možné vytvořit více soudržný obraz konstruktů a rozvíjet teorie předvídání a vysvětlování sociálního chování, tento přístup více doporučují.

## 1.2 Vymezení pojmu kompetence

Dosavadní snahy o definování tohoto konceptu nepřinesly shodu. Autoři často hovoří o obsahové přesycenosti a neostrosti tohoto pojmu (Janík, 2005; Průcha (cit. Vališovou, 2004, s. 263-269; Vašutová, 2004). Lze říci, že co výzkumník to definice kompetence. Armstrong (2015, s. 151-153, stejně tak Koubek (2009, s. 47) dokonce používání tohoto konceptu považují za povrchní a navrhuji používat místo toho „schopnost chování“.

Definice kompetence se obvykle dělí podle toho, zda se zaměřují z vnějšku dovnitř (určené pracovním místem) nebo naopak zevnitř ven (určené nositelem role) či podle toho zda se zaměřují na vnitřní charakteristiky čili individuální potenciál člověka (Argyle, 1999; Boyatzis, 1982; Hartle, 1995; Hogg, 1989; Hornby & Thomas, 1989; McClelland, 1973; McMullan, 2002; O'Malley, 1977; Rubin & Rose-Krasnor, 1992; Schneider, 1993; Spencer & Spencer, 1993; Waters & Sroufe, 1983; White, 1959; Zigler, 1973) nebo na pozorovatelné chování a jeho důsledky (Goldfried & Dzurilla, 1969; Greshman & Elliott 1987; Reitz, 2012; Rowe, 1995; Woodruffe, 1991).

Výrost a Slaměník (1998) třídí definice sociální kompetence na globální/specifické a internální/externální definice. Globální definice mají tendenci popisovat sociální kompetenci jako unidimenzionální konstrukt s akcentem na dispoziční jedince, specifické definice přináší seznam sociálních způsobilostí, internální definice kladou důraz na zdroje psychologické povahy, externální definice zdůrazňují význam vnějších, sociálních kritérií efektivity sociálního chování.

### 1.2.1 Kompetence jako způsobilost.

Kompetence je v tomto případě definována jako kvalifikační předpoklady. Armstrong (2002, s. 280-282) rozumí pod pojmem kompetence (ve smyslu „competence“<sup>7</sup>) směřování k formulaci standardů práce, které byly vypracovány na základě funkční analýzy, tj. analýzy toho, co se očekává, že budou lidé dělat v jednotlivých rolích a jaké normy při tom budou plnit. Jsou v nich formulovány kvalifikační předpoklady, bez nichž je výkon práce v dané funkci nestandardní. Někdy je můžeme nazývat odbornými či provozními způsobilostmi, jindy jsou označovány jako minimální kvalifikační požadavky. Andragogický slovník (Průcha & Veteška, 2012, s.

---

<sup>7</sup> V anglickém jazyce má pojem kompetence dva ekvivalenty: competence (mn. č. competences) a competency (mn.č. competencies).

157-158) uvádí, že kompetence nám v tomto smyslu říká „co“ máme dělat a vztahuje se na výstupy – standardy výkonu.

Termín sociální kompetence poprvé použil E. A. Doll v roce 1953 v díle *Measurement of Social Competence*. Tento autor rozumí sociální kompetencí způsobilost individua postarat se o sebe v sociálním prostředí, umět si pomoci a způsobilost navázat a udržet sociální kontakt, přičemž součástí sociální kompetence je zodpovědnost individua za sebe sama, za svůj život a také spoluzodpovědnost za život jiných. Dalším autorem je například White (1959), který definuje sociální kompetence jako „kapacitu organismu být efektivní v interakci s prostředím“. Belz a Siegrist (2000) vymezují sociální kompetenci jako schopnost týmové práce, schopnost spolupracovat, zvládat konfliktní situace a komunikovat. Výrost a Slaměník (2008, s. 206) s odkazem na práce dalších autorů definují sociální kompetenci jako „kapacitu jedince ke kognitivně-afektivně-behaviorálnímu manažerování chování ve směru dosažení osobních/sociálních cílů“.

### 1.2.2 Kompetence jako charakteristika jednotlivce

Kompetence je definována jako „souhrn těch vědomostí, dovedností, návyků, postojů a hodnot, které v určité situaci kompetentní výkon umožňují“ (Průcha & Veteška, 2012, s. 158). Vypovídá o tom, zda a do jaké míry jedinec zvládne určitou situaci vzhledem k optimálním a očekávaným výsledkům. V anglickém jazyce jsou označovány „competency“ či termínem „soft skills“ (měkké dovednosti). Andragogický slovník (tamtéž) uvádí, že kompetence v tomto smyslu říká, „jak“ dosáhnout standardů či požadované úrovně výkonu. Kompetence jsou „všechno, co dělá člověka úspěšného“ takovou definici předkládají Boyatzis, 1982; Evarts, 1998; Hartle, 1995; Hogg, 1989; Hornby & Thomas, 1989; Jacobs, 1989; Klemp, 1980; McClelland, 1973; McMullan, 2002; Spencer & Spencer, 1993, jiné se zaměřují na výčet jednotlivých charakteristik bez vyjasnění, v jakém vztahu jsou tyto charakteristiky k sobě navzájem a jak společně konstruují konstrukt jako celek např. Woodall & Winstanley (1998) nebo poukazují na jejich provázanost Dubois (1998); Weinert<sup>8</sup> (2001). Tyto definice se zaměřují na vstupy čili předpoklady pro výkon povolání.

---

<sup>8</sup> Weinert (2001) chápe „kompetence“ jako kombinaci kognitivních, motivačních, morálních a sociálních dovedností, které jsou k dispozici (nebo potenciálně schopné učení) osobě, a které umožňují úspěšné porozumění a zvládnutí řady požadavků, úkolů, problémů a cílů.



### 1.2.3 Kompetence jako množina chování či pozorovatelné vzorce chování

Některými autory jsou kompetence vnímány jako vnitřní charakteristiky osobnosti a zároveň jako pozorovatelné chování. Hartle (1995, s. 107) vysvětluje kompetence jako „charakteristiku jedince, která vede k vyššímu výkonu práce“ a zahrnuje, jak viditelné kompetence jako jsou znalosti, dovednosti a schopnosti, tak vnitřní osobnostní vlastnosti a motivační faktory. Cockerill (1989) kombinuje výstupní viditelné konkrétní kompetence jako např. sebezprezentace, s abstraktními vstupy jako je sebevědomí. Burgoyne (1988) a Woodruffe (1991) podobně rozlišují „kompetentnost“ (splnění požadavků na pracovní místa) od „mít kompetence“ (má potřebné atributy, aby mohl vykonávat své dovednosti). Při definování sociální kompetence řada autorů rozlišuje sociální kompetence a sociálně kompetentní chování, tj. „osoba může být kompetentní, i když její chování v určité situaci nevykazuje požadované výsledky. Je však nepopíratelné, že člověk, který má vysoce rozvinuté sociální kompetence, je náchylnější ke společensky kompetentnímu chování (Reitz, 2012). Reitz (2012, s. 7) definuje sociálně kompetentní chování jako „chování osoby, které v konkrétní situaci vede k dosažení jejích cílů a zároveň zaručuje sociální přijetí tohoto chování.“

Také další autoři se shodují v tom, že sociální kompetence vede k efektivnímu sociálnímu chování (Anderson & Messick, 1974; Cavell, 1990; Denham, 2005; Foster & Ritchey, 1979). Efektivita sociálního chování je závislá na situačním kontextu a kulturním prostředí, ve kterém probíhá. Greshman & Elliott (1987) považovali za očekávané výsledky v sociálních interakcích sociální výstupy. Pod pojmem sociální výstup rozumí popularitu, pozitivní sociální přijetí, kladné ohodnocení ze strany druhých nebo dobrý status dítěte ve skupině.

Kanning (2017, s. 10) poukazuje na to, že na sociální kompetenci je třeba se dívat z pohledu výsledků lidského chování neboli z hlediska populace, kterou zasahuje. Zastánci klinické psychologie (Hinsch & Pflingsten, 2002) akcentují nedostatečnou schopnost prosadit se a tím vnímají sociálně kompetentní chování, pokud je tato schopnost rozvinuta. Zastánci vývojové psychologie (The Consortium on the School-based Promotion of Social Competence, 1996; DuBois & Felner, 1996, Waters & Sroufe, 1983), u kterých vystupuje do popředí proces socializace prostřednictvím učení, akcentují význam schopnosti přizpůsobit se. Další skupina pokusů o definici se pokouší integrovat obě pozice, přičemž chápe sociálně kompetentní chování jako „kompromis mezi přizpůsobením se a sebezprosažením“ (Anton & Weiland, 1993; Döpfner et al., 1981;

Petermann, 1995; Riemann & Allgöwer, 1993). Podle nich někdo, kdo se chová sociálně kompetentně, je podle všeho schopen uskutečňovat vlastní zájmy v sociálních interakcích, aniž by přitom zraňoval zájmy svých partnerů v interakci.

#### 1.2.4 Kompetence jako dovednost

Kompetence je často ztotožňována s dovedností<sup>9</sup> nejen odborníky (Argyle, 1967; Beelmann, 1994; Gillernová & Krejčová, 2012; Řezáč, 1998; Smékal, 1995), ale i v běžném jazyce je často používán pojem kompetentní ve smyslu „umí“.

Argyle (1967) chápe sociální dovednost jako analogickou k motorické obratnosti. Jde tedy o jakousi "šikovnost", kterou jedinec vykazuje v sociální interakci při prosazování svých zájmů. Sociální kompetenci tedy definuje jako způsobilost zahájení, vedení, rozvíjení a kontroly dané sociální interakce v určité sociální situaci. Smékal (1995) rovněž definuje sociální kompetenci jako obratnost a efektivitu v jednání s lidmi v sociálním styku založenou na respektu k lidské důstojnosti a na vyspělé kultuře vlastní osobnosti. Obratností chápe dovednosti sociálně komunikovat (jednat kooperativně, udržet konverzaci, navázat kontakt apod.). Efektivitou autor rozumí dosahování cílů jedince nebo skupiny v sociální interakci, jedná se především o dovednosti identifikovat problém, zvolit a realizovat strategii jeho řešení, předejít konfliktům atd. Jádrem sociální kompetence je dovednost vyhodnocovat účinky svého jednání na druhé, tj. reflexe a sebereflexe. Autor také upozorňuje, že sociální kompetence rovněž závisí na zvnitřnění etických norem a zásad, na životě podle zásad odpovědné svobody. Riggio et al. (1989) chápou sociální kompetence jako konstelaci různých komunikačních dovedností. Tyto definice se zaměřují spíše na výstupy.

#### 1.2.5 Integrace v definování kompetencí

Existuje celá řada autorů, kteří propojují ve svých definicích všechny přístupy. Woodruffe (1992 cit. Kubešem et al. 2004, s. 26) přirovnává termín kompetence k deštníku, pod který se vejde všechno, co má přímou nebo nepřímou souvislost s požadovaným pracovním výkonem.

Pojem kompetence definuje Woodruffe (1992, cit. Kubešem et al.) jako

---

<sup>9</sup> Učením získané předpoklady ke správnému, rychlému a úspornému vykonávání určitých činností, které dělíme na senzomotorické, intelektuální a sociální.

„množinu chování pracovníka, které musí v dané pozici použít, aby úkoly z této pozice kompetentně zvládl a dosáhl tedy očekávaného výsledku“. To, že je pracovník kompetentní znamená, že jsou současně splněny tři předpoklady:

1. Je vnitřně vybaven vlastnostmi, schopnostmi, vědomostmi, dovednostmi a zkušenostmi, jež jsou k takovému chování nezbytné.
2. Je motivovaný dané chování použít, resp. vidí v něm určitou hodnotu a je ochotný pro něj vynaložit potřebnou energii.
3. Má možnost v daném prostředí organizace zmíněné chování použít (s. 27).

Hroník (2007, s. 61-62) kompetenci vnímá jako trs znalostí, dovedností a zkušeností a vlastností, který podporuje dosažení cíle. Tento trs je pozorovatelný ve vzorku chování, kde můžeme identifikovat vícero kompetencí. Kompetence nejsou pouhými dovednostmi. Jsou to pozorovatelné způsoby, pomocí kterých dosahujeme efektivních výkonů.

Podle Tureckiové & Vetešky, (2008):

„Kompetence je jedinečnou schopností člověka úspěšně jednat a dále rozvíjet svůj potenciál na základě integrovaného souboru vlastních zdrojů, a to v konkrétním kontextu různých úkolů a životních situací, spojenou s možností a ochotou (motivací) rozhodovat a nést za svá rozhodnutí odpovědnost“ (s. 27).

Rovněž Plamínek (2005) kompetenci vnímá jako způsobilost k množině úloh konkrétní pracovní pozice, rozlišuje dvě hlavní složky – vlastní výkon jednotlivce a potenciál nutný k danému výkonu (vlastní zdroje). Mezi oběma složkami úspěchu je synergický vztah. Kompetentní jedinec dosahuje ve své roli úspěchu, protože má předpoklady k výkonu a ve své práci je skutečně využívá.

Kanning (2017) rozlišuje sociální kompetence a sociálně kompetentní chování.

„Sociální kompetence je celek tvořený znalostmi, schopnostmi a dovednostmi osoby, který zakládá kvalitu vlastního sociálního chování – ve smyslu definice sociálně kompetentního chování.

Sociálně kompetentní chování je chování osoby, které ve specifické situaci přispěje k tomu, aby uskutečnila vlastní cíle, přičemž je zároveň zaručena sociální akceptace jejího chování.“ (s. 11)

V tomto smyslu můžeme vnímat sociální kompetenci jako určitý vstup a sociálně kompetentní chování jako výstup.

### **1.3 Vlastnosti kompetencí**

Ať už jsou kompetence vnímány jako schopnost, vlastnost, dovednost či chování nebo všechno dohromady, důležité jsou jejich následující charakteristiky.

**Závislost na kontextu** tzn., že mají silný vztah ke „skutečnému životu“. Výběr ze širokého repertoáru chování závisí na tom, co je požadováno v konkrétním čase a v konkrétní situaci. Tento vztah ke konkrétním kontextům se objevuje v různých definicích kompetence. Již White (1959, s. 317) definoval kompetenci jako „efektivní interakci (individua) s prostředím“; nebo Connell et al. (2003, s. 142) označují kompetenci jako „realizované schopnosti“ (realized abilities). Rovněž pro Weinerta (1999, 2001) je kontextuální specifičnost klíčovou charakteristikou kompetence.

**Naučitelnost („learnable“ – schopná učení a rozvoje) a dynamičnost.** Kompetence mohou, resp. jsou získávány učením. Často jsou popisovány jako naučitelné, ale nevyučovatelné. Hartig & Klieme (2006; 2008; 2010) zdůrazňují, že specifické situace a vnější intervence kompetence nejen ovlivňují, ale jsou v nich také získávány a rozvíjeny. Kompetence se mohou časem měnit a vyvíjet se jako osobní atributy v průběhu let spolu s celoživotním vzděláváním člověka.

**Měřitelnost.** Kompetence jsou spojeny se specifickými činnostmi a úkoly; projevují se v chování, které je viditelné, a lze je tedy také měřit. Díky své povaze a podstatě však mohou být kompetence pozorovány či hodnoceny pouze nepřímou.

**Určené standardem.** Předpokládaná úroveň zvládnutí kompetence je často určena předem, zároveň je předem definován soubor výkonových kritérií (měřítek či standardů očekávaného výkonu).

**Vícerozměrnost, neoddělitelnost a propojenost.** Kompetence jsou skupiny dovedností, znalostí, postojů, charakteristik, které jsou co do obsahu neoddělitelné od

sebe navzájem, jsou propojené a vzájemně se ovlivňují a podporují. Získání kompetence vyžaduje přítomnost dalších kompetencí. Proto je zaveden pojem metakompetence, která zefektivňuje získávání nových kompetencí a využívání dostupných kompetencí. Umožňuje, aby kognitivní zdroje byly využívány co nejefektivněji v rámci různých úkolů, v různých oblastech obsahu a pro různé účely. (upravené a doplněné dle Tureckiová & Veteška, 2008, s. 31-32).

#### **1.4 Struktura sociálních kompetencí**

Z výše uvedených definic vyplývá, že kompetence je velice složitá struktura schopností, vlastností, dovedností, návyků, potřeb, postojů a dalších osobnostních dispozic.

Pro vysvětlení struktury kompetence existuje hned několik modelů. Model složek kompetencí, který kombinuje vstupy, kterými jsou vnitřní charakteristiky jedince s výstupy, což je chování, které vede k požadovanému výkonu je vidět na obrázku 1.

#### **Obrázek 1**

*Model složek kompetence*



Zdroj: Tucker & Cofsky, 1994 cit. Chouhanem & Srivastavou, 2014, s. 17

Další pohled na složky kompetence nabízí Plamínek & Fišer (2005, s. 117.) na obrázku 2, kde je kompetence vnímána jako dualita potenciálu (lidských zdrojů), který je součástí světa možností, a výkonu (lidské práce), který je reakcí na svět požadavků.

### Obrázek 2

*Dualita potenciálu a výkonu*



Zdroj: Plamínek & Fišer, 2005, s. 25 cit. Bartoňkovou, 2010, s. 83

Snad nejznámější je hierarchický model autorů Lucia & Lepsinger (1999), který je použit v rámci této práce pro objasnění struktury sociální kompetence a je znázorněn na obrázku 3.

### Obrázek 3

*Hierarchický model kompetence*



Zdroj: Lucia & Lepsinger, 1999 cit. Kubešem et al., 2004, s. 28

Na nejnižším stupni modelu struktury kompetence jsou kognitivní a nonkognitivní složky osobnosti. Tyto charakteristiky osobnosti lze rozvíjet jen velmi komplikovaně a

omezeně. Mezi kognitivní složky patří schopnosti, inteligence, sociální inteligence a emoční inteligence mezi nonkognitivní složky patří aktivačně motivační, dynamické, seberegulační a postojoyé vlastnosti osobnosti<sup>10</sup>.

Někteří autoři se zamýšlejí nad rozdílem mezi schopnostmi a kompetencí. Tureckiová a Veteška (2008, s. 31) vnímají schopnost jako univerzálnější, která není spojena s konkrétním kontextem či situací. Stejnou schopnost může jedinec využívat v různých situacích (při různých činnostech). Zároveň je schopnost oproti kompetenci výlučnější a méně komplexní. Dalším aspektem, jímž se kompetence vymezuje vůči základním kognitivním funkcím je dle Weinerta (2001) její naučitelnost a trénovatelnost.

Na dalším stupni jsou vědomosti, dovednosti, zkušenosti a know-how. Ty jsou nutné k dosažení takového výkonu, který je požadován. Můžeme je do určitého stupně rozvíjet především vzděláváním, výcvikem a koučováním. Na vrcholu pyramidy stojí pozorovatelné vědomé chování, které se dá nejsnáze ovlivnit či naučit.

Jak už bylo zmíněno, jedním z důvodů, proč je koncept sociální kompetence obtížně uchopitelný, je i skutečnost, že je často ztotožňován s jinými pojmy. Někteří autoři však sociální kompetenci všem těmto pojmům nadřazují (Kanning, 2017; Švec, 1999). I v této práci bude sociální kompetence vnímána jako nadřazený pojem a pojmy sociální inteligence, emoční inteligence, intrapersonální, interpersonální inteligence a sociální dovednosti budou vnímány jako složky sociální kompetence. Navíc je důležité si uvědomit, že se jednotlivé pojmy překrývají, což vyvolává zmatek nejen v definování, ale i měření.

#### 1.4.1 Sociální inteligence

Někteří výzkumníci jako např. Marlowe (1986), Vágnerová (2010) používají pojem naprosto synonymně se sociální kompetencí, jiní za příbuzné pojmy (Kanning, 2017), další za aspekt sociální kompetence, který je zaměřen na kognitivní schopnosti a dovednosti (Cantor & Harlow, 1994, Janker & Merklinger, 1988, cit: Kanningem, 2017). Od zavedení pojmu emoční inteligence v 80. letech vědecký zájem o tento koncept klesá.

---

<sup>10</sup> Weinert (2001) zdůrazňuje zkoumání kognitivních a motivačních a afektivních proměnných odděleně. Toto konceptuální oddělení a separátní měření možných interindividuálních proměnných vytváří základnu pro diferencované zkoumání efektů různých individuálních výchozích podmínek, jakož i vývojových procesů ve vzdělávání (Klieme et al., 2010, s. 107).

Ačkoli se pojem sociální inteligence objevil již v prvních dekádách 20. století, jeho vymezení je dosud proměnlivé. Původní definice sociální inteligence sahá do roku 1920, kdy ji Thorndike (1920, s. 228) popsal jako „schopnost chápat a zvládat muže a ženy, chlapce a dívky a moudře jednat v mezilidských vztazích“. Vernon (1933, s. 40) ji vymezuje s průnikem do emoční inteligence jako „schopnost vyjít s lidmi obecně, sociotechnickou zběhlost, znalost záležitostí společnosti, pohotovost reagovat na podněty vycházející od jednotlivců i skupin a vcítění se do proměnlivých nálad i skrytých osobnostních vlastností přátel i neznámých lidí.“ Na Thorndikea navázal Guilford, který v roce 1967 v díle „The nature of human intelligence“ uveřejnil propracovanou verzi svého modelu struktury inteligence, kde jedním ze 4 obsahů, s nimiž operuje, je „materiál týkající se chování“, které se týká chápání a hodnocení chování druhých a sebe sama (Plháková in: Blatný, 2010, s. 97). Širší vymezení sociální inteligence a její propojení se sociální kompetencí předkládá Vágnerová (2010, s. 260-261). Sociální, resp. interpersonální inteligenci chápe jako soubor vlastností, schopností a dovedností, které jsou předpokladem k úspěšné orientaci v sociálních situacích a ke zvládnutí jejich požadavků, tj. k sociální adaptaci. Sociální inteligence dle Vágnerové (tamtéž) souvisí v podstatné míře s osobnostními vlastnostmi. Pro úspěšné uplatnění v životě je důležitá nejenom celková úroveň sociální inteligence, ale i její struktura, tj. úroveň dílčích aspektů, a nakonec i to, jak ji daný jedinec dokáže využívat.

V oblasti sociální inteligence rozlišuje dvě složky: **sociální zdatnost**, kterou chápe jako komplex určitých, nekognitivních a sociálně zaměřených osobnostních vlastností a tendencí jako je prosociální orientace zahrnující sociální vnímavost, schopnost nahlížet na situaci z pohledu jiných lidí, vžít se do jejich pozice a postoje k danému dění, ale i ohleduplnost k jejich potřebám a očekáváním. Takové zaměření souvisí s respektem k sociálním a morálním hodnotám a s ochotou přizpůsobit jim své chování. Sociální zdatnost je spojena především s těmi osobnostními vlastnostmi, které mají výrazný socializační aspekt, tj. vstřícnost (v tomto případě jde hlavně o pozitivní postoj k lidem a o generalizovanou prosociálnost), ale i s některými aspekty svědomitosti (v tomto případě jde o respekt ke společenským hodnotám a normám a o zodpovědnost ve vztahu k lidem).

Druhou složku představuje soubor **sociálně – kognitivních schopností a s nimi související praktické sociální dovednosti**. Sociálně – kognitivní schopnosti zahrnují sociální percepci, vhled a porozumění, uchování takto získaných poznatků v paměti, ale i otevřenost novým zkušenostem. Sociální paměť se týká paměti na lidi jako celek, na



jejich jména, tváře, typické výrazy a projevy chování, názory a postoje. Praktické sociální dovednosti se projevují ve skutečném jednání, v němž člověk prokáže, že umí účelně reagovat a je schopen zvládnout různé situace (umění jednat s lidmi, přijatelným způsobem na ně reagovat, chovat se tak, aby to bylo pro ostatní srozumitelné a ovládat svoje projevy podle potřeb aktuálního kontextu. Jde o schopnost využívat získané poznatky k účelnému zvládnání sociálních požadavků i k dosažení osobně významných cílů.

#### 1.4.2 Interpersonální a intrapersonální inteligence

Americký vývojový psycholog Gardner publikoval svou teorii rozmanitých inteligencí (multiple intelligences theory) roku 1983 v knize *Frames of Mind*. Gardner předpokládá existenci šesti nezávislých typů inteligence, které mají vlivem dědičnosti a prostředí u různých lidí odlišnou úroveň. Jednotlivé inteligence na sebe vzájemně působí a jedna na druhé staví, ale pracují jako poloautonomní systémy (moduly). Patří k nim inteligence lingvistická, logicko-matematická, prostorová, muzikální, tělesně-pohybová (kinestetická) a personální, která se dělí na intrapersonální a interpersonální.

Intrapersonální inteligence se projevuje dle Gardnera (2018) jako

„schopnost najít přístup k vlastnímu citovému životu – umění poznat rozsah vlastních citů, rozlišovat jejich druhy, umět je pojmenovat, přidělit jim symbolické kódy a jejich prostřednictvím porozumět vlastnímu chování a umět ho také řídit. Jedná se tak o orientaci na vlastní osobu a porozumění vlastnímu osobnímu životu“ (s. 310)

Interpersonální inteligence směřuje směrem ven, k jiným lidem. Základem je podle Gardnera (tamtéž) „schopnost všimnout si jiných jednotlivců a rozlišovat mezi nimi, a to zejména mezi jejich náladami, temperamenty, motivacemi a záměry. V podstatě se jedná o orientaci na druhé a zvládnání sociální role“.

Gardner (2018) zdůrazňuje větší rozmanitost a kontextuální podmíněnost těchto forem inteligence než u jiných inteligencí. Je velmi obtížné je od sebe oddělit, výrazněji, než jiné se prolínají a ovlivňují. Porozumění vlastní osobě je neustále ovlivňováno tím, jak jsme vnímáni druhými a pozorováním chování druhých. Lidi okolo sebe se naopak učíme chápat prostřednictvím vnímání, co se děje v nás samotných.

### 1.4.3 Emoční inteligence

Výzkum emoční inteligence je založen na dvou teoriích. První z nich představuje emoční inteligenci jako schopnost, kterou lze měřit výkonovými testy podobně jako tradiční inteligenci. Druhá teorie spojuje emoční inteligenci s osobnostními vlastnostmi a na její posouzení se používá sebehodnotících dotazníků. Ačkoli se tyto modely liší v základních charakteristikách, jsou mnozí autoři (Petrides & Furnham, 2001, Mathews et al., 2007) přesvědčeni, že oba tyto přístupy se nevylučují a mohou spolu koexistovat a vzájemně se doplňovat.

První teorie EI byla vytvořena americkými psychology Saloveyem a Mayerem (1990) v návaznosti na teorii personální inteligence Howarda Gardnera. Emoční inteligenci definovali jako „podmnožinu (subset) sociální inteligence, která zahrnuje schopnost monitorovat city a emoce u sebe, i u ostatních, rozlišovat mezi nimi a získané informace využívat k usměrňování svého myšlení i aktivit“ (Salovey & Mayer, 1990 cit. Plhákovou, 2010, s. 100 in: Blatný, 2010). V roce 1997 svůj model přepracovali a změnili i svou definici emoční inteligence. EI podle nich "zahrnuje schopnost přesně vnímat, posuzovat a vyjadřovat emoce; schopnost zpřístupnit a/nebo generovat pocity k facilitaci myšlení; schopnost porozumět emocím a znalost emocí; a schopnost regulace emocí pro podporu emočního a intelektového růstu." (Mayer & Salovey, 1997, s. 10). Na základě tohoto modelu vyvinul Mayer se svými spolupracovníky také odpovídající test Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence, test na měření emoční inteligence jako kognitivně-emocionální schopnosti (Mayer et al., 2002).

Druhý přístup spojuje emoční inteligenci s osobnostními vlastnostmi a je reprezentován modely emoční inteligence Golemana a Bar-Ona a také rysovou teorií emoční inteligence Petridese. V těchto modelech je vidět propojení sociální a emoční inteligence do jednoho konceptu a není zde výslovné rozlišení mezi pojmy emoční inteligence a emoční kompetence.

Americký psycholog a novinář Goleman ve svých publikacích zdůrazňuje, že úspěch v praktickém životě a životní spokojenost s IQ téměř nesouvisí. Rozhodující význam mají podle něj některé emocionální dispozice a vlastnosti osobnosti, a to zejména ty, které ovlivňují kvalitu interpersonálních vztahů (Goleman 1997). Goleman (2000, s. 305) definuje emoční inteligenci jako "schopnost vyznat se sám v sobě i v ostatních, vnitřní motivaci a zvládnání vlastních emocí i emocí cizích." Jeho koncepce se zaměřuje převážně na pracovní-psychologické využití emoční inteligence.

Do druhé skupiny patří rovněž teorie Reuvena Bar-Ona, která rovněž nemá s úrovní poznávacích schopností téměř nic společného. Bar-On (1997, s. 14) definuje EI jako „celou řadu ne-kognitivních způsobilostí, kompetencí a dovedností, které ovlivňují připravenost jedince úspěšně se vyrovnávat s nároky a tlakem okolního prostředí“. Bar-On přezkoumal osobnostní charakteristiky, které determinují úspěch jedince nad rámec kognitivní inteligence, a identifikoval pět obecných dimenzí, které dále dělí do jednotlivých subškál.

V rámci modelu Petridese je emocionální inteligence definována jako relativně stabilní osobnostní rys, který ovlivňuje styl prožívání a chování člověka v mnoha životních situacích a který lze diagnostikovat pomocí osobnostních dotazníků (Petrides & Furnham, 2001, 2009).

V tabulce 1 je zřejmá podobnost jednotlivých modelů.

**Tabulka 1**

*Přehled modelů Emoční inteligence*

Mayer&Salovey model EI (1997)	Bar-On smíšený model EI (2002)	Goleman smíšený model EI (2001)	Rysový model Petridese (2001, 2009)	Riggio (1989)
Vnímání, posuzování a vyjadřování emocí vlastních	Intrapersonální dovednosti Asertivita Sebeúcta	Emoční sebeuvědomění Sebedůvěra	Percepce a exprese emocí Asertivita Sebeúcta	Komunikační (emocionální a sociální) Expresivita
Práce s emocemi (využívání emocí k různým cílům)	Adaptabilita Řešení problémů Potvrzování vlastních myšlenek Flexibilita	Sebeřízení Sebeovládání Realistický odhad vlastních možností a schopností	Flexibilita a adaptabilita	Sociální kontrola (dovednost hrát sociální role)
Porozumění emocím druhých	Interpersonální dovednosti Empatie Sociální odpovědnost	Empatie, orientace na druhé	Percepce emocí druhých, Empatie, Sociální povědomí	Komunikační (emocionální a sociální) senzitivita
Regulace emocí	Budování vztahů	Budování a řízení vztahů	Kontrola a regulace vlastních emocí a emocí druhých Vztahy s druhými	Emocionální kontrola a regulace
	Obecná nálada (štěstí, optimismus) Zvládání stresu	Spolehlivost Svědomitost Iniciativa Ctižádostivost	Osobní pohoda (štěstí, optimismus) Sebemotivace Zvládání stresu	

Zdroj: vlastní zpracování dle Mayer & Salovey (1997), Bar-On, (2002), Goleman, (2001), Petrides, (2001), Riggio, (1989)

V prvním řádku tabulky je zřetelná vnímavost k sobě, ke svým potřebám, pocitům, a také pozitivní sebehodnocení, sebeúcta a respekt k sobě sama. V oblasti komunikace se jedná o umění vyjádřit svoje potřeby a pocity nedevalvujícím způsobem.

Třetí řádek je zaměřen na vnímavost ke druhým, k jejich potřebám, pocitům, vyjadřování respektu a zájmu a ochota dívat se na věc očima partnera. V komunikační oblasti se jedná o ochotu aktivně naslouchat a projevovat citlivost k potřebám a pocitům druhých.

Druhý a čtvrtý řádek se týká regulace emocí, jak vlastních, tak emocí druhých. Této problematice je v literatuře věnována velká pozornost. Podle Thompsona (cit. Slaměnikem 2011, s. 48) emoční regulace sestává z vnějších a vnitřních procesů odpovědných za monitorování, ocenění a modifikování emočních reakcí, zvláště jejich

intenzity a časových charakteristik, směřujících k dosažení cílů jedince. Podle Grosse (1998, cit. Slaměnikem, 2011, s. 48-49) je emoční regulace proces, kterým lidé ovlivňují, jaké emoce budou mít, kdy je budou mít a jak je budou prožívat a vyjadřovat. Přehled definicí uvádí rovněž Poláčková Šolcová (2018, s. 85-88) a zmiňuje autory, kteří se touto problematikou zabývají (Dodge, 1989; Kopp, 1989; Diamond, 1990; Thompson, 1990; Cicchetti, Ganiban, Barnett, 1991; Rothbart, et al., 1992; Gross, Thompson, 2007a; Stuchlíková, 2002).

Buck (1993b, cit. Poláčkovou Šolcovou, 2018) chápe emoční regulaci jako součást emoční kompetence, a to dle něj znamená, že víme, jak máme reagovat, když prožíváme nějakou emoci, co taková emoce znamená v rámci našeho sociokulturního prostředí, jak ji máme označit, jaký je její koncept a jak máme emoci adekvátně vyjádřit. Dle Poláčkové Šolcové (tamtéž) regulace emocí souvisí s osobností jedince a je některými autory považována za schopnost (Diamond, 1990; Kopp, 1989), jinými za součást temperamentu (Rothbart et al., 1992). Autorka rovněž zdůrazňuje, že v psychologii není regulací emocí myšleno jejich potlačování, ale naopak je jím myšlen proces „zpracování“ emocí, automatická či cílená práce s emocemi, která zahrnuje jejich uvědomění (u sebe i druhých) a jejich expresi (ve smyslu autentického projevu) a senzitivitu (ve smyslu empatie) vůči nim. Na rozdíl od běžné populace, kde potlačování emocí je spojováno s vysokou úrovní sociální kompetence a nízkou úrovní problémového chování (Eisenberg et al., 2000). Mnohé výzkumy spojují potlačování emocí s ohrožováním zdraví (Mendes et al., 2003), s nárůstem stresu, jak na úrovni těla, tak na úrovni mysli (Pennebaker & Traue, 1993, Warner et al. 2006).

#### 1.4.4 Sociální dovednosti

Sociální dovednosti jsou rovněž široce pojímaný koncept a jejich vztah k sociálním kompetencím je rovněž dle očekávání nevyjasněný. Často se setkáváme v literatuře, v běžném jazyce, ale i v kurikulárních dokumentech se ztotožňováním obou pojmů (Gillernová & Krejčová, 2012). Ve srovnání s ostatními koncepty jsou však jednoznačně založené na chování.

Švec (2002) staví nad pojem sociální dovednost pojem sociální kompetence. Dovednost vidí jako součást kompetence. Bez ohledu na to, že oba termíny jsou v běžné praxi zaměňovány, dovednost vymezuje jako pojem užší a kompetenci pak jako fenomén podstatně širší. Podobně na sociální dovednosti nahlíží Kanning (2017, s. 19), který je

vnímá jako podmnožinu sociálních kompetencí, mají ve srovnání se schopnostmi menší míru abstrakce a jsou v průběhu života získány učením.

Řezáč (1998, s. 65) naopak spojuje sociální kompetenci s pojmem sociální dovednosti. Sociální dovednosti „jsou vázány na mezilidské vztahy a na základě dispozic se ve vztazích rozvíjejí a stabilizují“. Autor rozlišuje interakční dovednosti (navazování, utváření a prohlubování vztahů mezi lidmi, dovednost vést a ovlivňovat různé sociální aktivity); percepční dovednosti (vnímání vnitřní a vnější reality a její interpretace); komunikační dovednosti (vyjadřování vlastních kognitivních a citových obsahů, přijetí vnitřní zpracování sdělení zvnějšku); organizační dovednosti (dovednost vytvářet budoucí strategie jednání a uskutečňovat je v sociálním styku) a behaviorální dovednosti (dovednost chovat se kongruentně-shoda mezi výrazem a prožitkem).

Obecně jsou sociální dovednosti vnímány jako schopnosti interakce s jinými lidmi takovým způsobem, který je vhodný a účinný (Segrin, 1993; Spitzberg & Cupach, 1989). Vhodnost svědčí o tom, že chování aktéra neporušuje sociální normy, hodnoty nebo očekávání, to znamená, že je ostatní nepovažují za negativní. Efektivita indikuje, že aktér se v této interakci chová nebo dosahuje svého zamýšleného cíle nebo cílů.

Gillernová et al. (1992) sociální dovednosti vymezuje jako učením získané předpoklady pro adekvátní sociální interakce a komunikaci. Sociální dovedností rozumí komplexnější způsobilost subjektu jednat v různě složitých a náročných situacích, tj. vyznat se v těchto situacích a umět je zvládat optimálním způsobem.

Smékal (1995) také sociální kompetenci definuje jako „obratnost a efektivitu v jednání s lidmi v sociálním styku, založenou na respektu k lidské důstojnosti a na vyspělé kultuře vlastní osobnosti.“ Obratností chápe dovednosti sociálně komunikovat (jednat kooperativně, udržet konverzaci, navázat kontakt apod.). Efektivitou autor rozumí dosahování cílů jedince nebo skupiny v sociální interakci, jedná se především o dovednosti identifikovat problém, zvolit a realizovat strategii jeho řešení, předejít konfliktům atd. Jádrem sociální kompetence je dovednost vyhodnocovat účinky svého jednání na druhé, tj. reflexe a sebereflexe. Autor také upozorňuje, že sociální kompetence rovněž závisí na zvnitřnění etických norem a zásad.

Jednou ze základních charakteristik sociálních dovedností je, že jsou získávány prostřednictvím učení (Argyle, 1999; Dowling, 2001; Gresham & Elliot, 1995).

Literatura pojednává o více než stovce sociálních dovedností, z nichž nejdůležitější jsou komunikační dovednosti. Vhodná aplikace a interpretace verbálních a neverbálních komunikačních signálů, jako je oční kontakt, držení těla, společenská

vzdálenost, výrazy obličeje a tón řeči, jsou nezbytné pro to, aby byl člověk úspěšný v mezilidských vztazích (Argyle, 1999). Spence (1983) rozlišoval soubory mikrosociálních a makrosociálních dovedností. První zahrnuje verbální a neverbální komunikaci a sociální vnímání; druhá zahrnuje empatii, pomáhající chování, spolupráci, altruismus a schopnosti řešit konflikty.

H. Gardner (1999, cit. Plhákovou, s. 89 in: Blatný, 2010) upozorňuje na to, že je třeba odlišit pojem sociální dovednosti od pojmu sociální inteligence. Sociálně inteligentní člověk, který dokáže citlivě a správně identifikovat interpersonální vztahy, nemusí mít sociální dovednosti, aby byl v těchto vztazích úspěšný. Člověk, který ovládá sociální dovednosti je sociálně přijatelný, akceptovatelný pro ostatní. Sociální přijatelnost může znamenat tendenci ke konformitě, bez ohledu na správnost jednání.

#### 1.4.5 Tacit knowledge

Wagner a Sternberg (1986, cit. Plhákovou, s. 95, in: Blatný, 2010) navrhli teorii „tacit knowledge“, jež definují jako poznatky umožňující zvládat sebe sama, druhé lidi a rozvíjet svou kariéru. Sousedství „tacit knowledge“ by se dalo volně přeložit jako skryté nebo implicitní vědění. Tyto znalosti, které se nedají učit ve škole nebo z knih, člověku umožňují rychlou orientaci a rozhodování v nejrůznějších životních situacích. Pro úspěch v životě jsou často důležitější než explicitní knižní vědomosti. Lidé si „tacit knowledge“ často neuvědomují a jejich verbální vyjádření jim činí potíže, ale přesto je efektivně využívají v každodenním životě

### **1.5 Posuzování sociálních kompetencí**

Z výše uvedeného vyplývá, že existuje nejasná povaha a vymezení jednotlivých pojmů sociální inteligence/emoční inteligence, sociální kompetence/emoční kompetence, sociální dovednosti, proto existuje i celá řada možností, jak je měřit. Mnoho autorů se shoduje, že měření je velmi problematické, protože odlišné typy měření mezi sebou nijak vysoce nekorelují. Komplikací je rovněž časová náročnost a obtížná administrace mnoha metod (Lang, 2010; Silvera et al., 2001).

Nástroje, které jsou zaměřeny na měření sociální kompetence, lze zařadit do třech základních kategorií, které se ještě dále dělí:

- nástroje měřící výkon konkrétní schopnosti – výkonové testy.
- sebesuzovací měření, kde osoba hodnotí úroveň vlastních schopností nutných pro zpracování sociálních situací a emocí. Sebesuzovací techniky dále dělíme podle toho, zda jedinec hodnotí sám sebe za sebe nebo sám sebe ve skupině či je hodnocen druhými – dotazníkové metody.
- techniky posuzování prostřednictvím pozorování chování – modelové situace a Assessment centrum, kde opět se jedinec může hodnotit sám nebo prostřednictvím druhých.

#### 1.5.1 Posuzování sociálních kompetencí prostřednictvím výkonových testů

V rámci výkonových testů se setkáváme hlavně s měřením konceptu sociální a emoční inteligence. Výkonové testy se ve své podstatě zaměřují na měření kognitivního základu sociálního a emocionálního chování. Vzhledem k povaze těchto testů existuje vždy objektivně správné, žádoucí řešení. Předpokládá se, že jedinec, který je schopen v rámci výkonového testu správně identifikovat vhodné řešení, bude lépe reagovat i v reálných situacích. Mnoho výzkumníků má však pochyby o užitečnosti klasických sociálně kognitivních výkonových testů a jsou přesvědčeni, že k vyřešení úkolů proband využívá převážně obecnou inteligenci (Marlowe, 1985; Keating, 1978; Orlik, 1978; Riggio et al., 1991 cit. Kanningem, 2017, s. 30).



Přehled nejužívanějších výkonových testů je uveden v tabulce 2.

**Tabulka 2**

*Přehled vybraných testových metod pro měření sociální a emoční inteligence*

Sociální inteligence			
Název metody	Autor/vydání	Počet subtestů	Popis subtestů
George Washington Social Intelligence Test“ (GWSIT)	Omwake, Moss, Hunt, 1927	6	Posouzení sociálních situací; paměť na jména a obrazy; znalosti principů lidského chování; identifikace verbalizovaného psychického stavu; sociální informace; smysl pro humor
Šestifaktorový test sociální inteligence (Six factors test of social intelligence)	Guilford, O’Sullivan, 1966	6	Cartoon prediction; Expression grouping; Missing pictures; Missing cartoons; Picture exchange; Social translation (podrobněji: Kanning, 2017, s. 27)
Čtyřfaktorový test sociální inteligence (Four factors test of social intelligence)	Guilford, O’Sullivan, 1976	4	Expression grouping; missing cartoons; Social translation; Cartoon prediction.
Emoční inteligence			
Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)	Mayer, Salovey, 2002	4	Vnímání emocí – schopnost rozpoznávat emoce; Využití emocí – schopnost vzbuzovat emoce a využít je k zefektivnění kognitivních procesů; Porozumění emocím – schopnost porozumět jednoduchým i složitým emocím; Řízení emocí – schopnost řídit a regulovat emoce u sebe i druhých
Level of Emotional Awareness Scale (LEAS)	Lane, Quinlan, Schwartz, Walker, & Zeitlin, 1990)	1	Škála emočního uvědomění (vlastní, druhých)

Zdroj: vlastní zpracování dle Kanning, 2017, Monnier, 2015

### 1.5.2 Posuzování sociálních kompetencí prostřednictvím dotazníků

V případě osobnostního pohledu na sociální kompetence nahlížíme jako na relativně stabilní osobnostní charakteristiky. S ohledem na princip těchto metod rozlišujeme metody založené na sebesposouzení či metody posuzování chování druhou osobou. U některých dotazníků můžeme nalézt obě varianty a získat tak více úhlů pohledu. Jedná se o dotazníkové metody, s jejichž pomocí osoba popisuje vlastní chování, postoje, symptomy apod. Většina metod zjišťuje různé sociální kompetence vedle dalších vlastností.

V tabulce 3 jsou uvedeny některé z nich.

### Tabulka 3

#### *Přehled vybraných standardizovaných dotazníků měřících sociální kompetence*

Metoda	Autor/vydání	Počet škál	Škály popisu sociálních kompetencí
Eysenckův osobnostní inventář	Eysenck, 1983	2	Extraverze; Neuroticismus
Neo-Pětifaktorový inventář (NEO – FFI)	Borkenau, Ostendorf, 1993	5	Neuroticismus; Extraverze; Přívětivost
16 faktorový osobnostní test (16 PF-R)	Cattel, 1949	5	Extraverze; Anxieta; Strnulost; Nezávislost; Sebekontrola
Myers-Briggs Type Indicator, MBTI	Myers-Briggs,	4	Myšlení – Citění
Hogan Personality Inventory; HPI	Hogan, 1976	7	Stabilita; Sebeprosazování; Sociabilita; Kooperativita
Bochumský osobnostní dotazník BIP	Hossiep, Paschen, 1998, Hoskovcová, Vybíralová, 2003	4	Senzitivita, Schopnost kontaktů, Sociabilita, Orientace na tým a Schopnost prosadit se, Emoční stabilita; Odolnost vůči zátěži; Motivace k vedení

Zdroj: vlastní zpracování dle Kanning, 2017, Monnier, 2015

Další dotazníky se zaměřují výlučně na sociální kompetence. Přehled některých z nich je uveden v tabulce 4. Jedním z nejznámějších je Interpersonal Competence Questionnaire od autorů Buhrmestera et al. (1988), který měří pět dimenzí sociální kompetence, jež jsou významné pro úspěšné navazování a udržování sociálních vztahů. Podobně Tromso Social Intelligence Scale vyvinutá Silverou et al. (2001). Do této skupiny se řadí také Inventář sociálních dovedností autorů Riggia a Carneyové. Ve světě velmi často užívaným nástrojem je Bar-Onův EQ-i, jehož škály jsou velmi blízké nástroji ISK (Inventář sociálních kompetencí), který byl použit v rámci této práce pro posouzení sociálních kompetencí porodníků.

## Tabulka 4

### Přehled vybraných sebeposuzovacích metod měřících sociální kompetence

Sociální a Emoční kompetence			
Název metody	Autor/vydání	Počet Škál	Popis škál
Interpersonal Competence Questionnaire (ICQ)	Buhrmester et al./1988	5	Navazování vztahů, Sebeodhalení, vyjadřování nespokojenosti s činnostmi druhých, Poskytování emoční podpory a Řešení mezilidských konfliktů.
Tromso Social Intelligence Scale (TSIS)	Silvera et al./2001	3	Zpracování sociálních informací (SIP - schopnost porozumět verbálním nebo neverbálním zprávám, empatie a čtení implicitních i explicitních zpráv; Sociální dovednosti (SS - měří základní komunikační dovednosti, jako je aktivní naslouchání, smělé jednání, navazování, udržování a rozbíjení vztahu. Sociální povědomí (SA - měří schopnost aktivního chování v souladu se situací, místem a časem.
Inventář sociálních dovedností SSI	Riggio, 1986; Riggio & Carney, 2003	3	Expresivita (tj. kódování), Senzitivita (tj. schopnost dekódování); Kontrola (tj. regulační dovednost).
Social Intelligence Scale (SIS),	Habib, Saleem, & Mahmood/ 2013	5	Sociální manipulace; Sociální facilitace; Sociální empatie; Extroverze; Sociální adaptabilita.
Inventář sociálních kompetencí (ISK)	Kanning, 2009, Hoskocová & Vašek, 2017)	4	Sociální orientace (prosocialita, převzetí perspektivy, pluralita hodnot, ochota ke kompromisu a naslouchání) Ofenzivita, (schopnost prosadit se, ochota ke konfliktu, extroverze a rozhodnost); Sebeovládání (sebekontrola, emoční stabilita, flexibilita, internalita; Reflexibilita (sebereprezentace, přímá pozornost k sobě, nepřímá pozornost k sobě a vnímání osob).
The Emotional Quotient Inventory (EQ-i)	Bar-On, 1997	5	Intrapersonální (sebeúcta, emoční sebeuvědomění, asertivita, nezávislost, seberealizace); Interpersonální (empatie, sociální odpovědnost, mezilidské vztahy); Zvládání stresu (frustrační tolerance, sebeovládání); Adaptabilita (flexibilita, testování reality, řešení problémů); Obecná nálada (optimismus, štěstí)
Emotional Competence Inventory (ECI)	Boyatzis et al, 2004	5	Sebevědomí (emoční uvědomění, sebereflexe, sebevědomí); Seberegulace (sebeovládání, důvěryhodnost, svědomitost, přizpůsobivost, inovace; Motivace (hnací síla k úspěchu, odhodlání, iniciativa, optimismus); Empatie (porozumění druhým, rozvoj ostatních, orientace na služby, využití rozmanitosti, politické povědomí; Sociální dovednosti (komunikace, zvládání konfliktů, vedení, katalyzátor změn, budování vztahů, spolupráce)
Emotionaler-Kompetenz-Fragebogen (EKF)	Rindermann, 2009	4	Rozpoznávání vlastních emocí; Rozpoznávání emocí druhých; Regulace a kontrola vlastních emocí; Emoční expresivita (schopnost a ochota vyjádřit vlastní pocity)

Zdroj: vlastní zpracování dle Kanning, 2017, Monnier, 2015

Všechny tyto sebeposuzovací metody jsou využívány ve všech klasických aplikačních oblastech psychologie přes klinickou psychologii až po psychologii práce a organizace.

Ve zdravotnictví jsou hojně používány nástroje zaměřené na míru lékařovy empatie. Takovým nástrojem je Consultation and Relational Empathy, vyvinutý Mercerem ve spolupráci s kolegy z Glasgow University a Edinburgh University. Příkladem dotazníků zjišťující míru empatie je také Test empatie (Empathy Test), kde empatie je vnímána jako schopnost představit si sám sebe v pozici druhého člověka. Nejznámější metodou pro měření empatie je Hoganova škála empatie (The Empathy Scale). V současnosti nejpoužívanější metodou měření empatie je Index interpersonální reaktivity, jejímž autorem je americký vědec M. H. Davis. Je to jeden z prvních pokusů o multidimenzionální přístup k empatii.

Rozšířeným nástrojem pro diagnostiku úrovně empatie lékařů je Jeffersonova škála lékařské empatie (JSPE – Jefferson Scale Physician Empathy). Tento nástroj byl přeložen do češtiny Jiřím Koženým a Lýdií Tišanskou ve dvou verzích, a to pro lékaře (JSPE-HP) a pro studenty medicíny (JSPE-S) (Kožený & Tišanská, 2013).

## Tabulka 5

### Přehled vybraných sebeposuzovacích metod měřících empatii

Empatie			
Název metody	Autor/vydání	Počet škál	Popis škál
Dymond Rating Test of Empathy	Dymond, 1949; O'Sullivan, 1983, Orlik, 1978; Walker & Foley, 1973	4 části/6 dimenzí	Sebedůvěra, nadřazený-podřazený, sobecký-nesobecký, přátelský-nepřátelský, vůdčí typ-následující typ a smysl pro humor
Test empatie (Empathy Test).	Kerr, Speroff, 1954		Schopnost navázat vztah a předvídat reakce druhého, jeho pocity a chování
Hoganova Škála empatie (ES – The Empathy Scale	Hogan, 1969	4	Sociální sebedůvěra, Vyrovnanost, Sensitivita Nonkonformita
Index interpersonální reaktivity	Davis, 1980	4	Přijímání perspektivy; Fantazie; Empatický zájem; Osobní distres
Jeffersonova škála lékařské empatie (JSPE - Jefferson Scale Physician Empathy)	Hojat, 2002	3	Přijímání perspektivy, Soucitná péče; Umění „postavit se do pacientových bot

Zdroj: vlastní zpracování dle Kanning, 2017, Monnier, 2015

### 1.5.3 Posuzování sociálních kompetencí prostřednictvím pozorování chování

V různých oblastech, zvláště v psychologii práce a organizace se setkáváme s posuzováním sociálních dovedností v rámci modelových či reálných situací. Probandi jsou uvedeni do simulovaných situací a sleduje se jejich chování. Sledované kompetence nás zajímají nepřímo a nezachycujeme je explicitně. Předpokládá se, že projevené chování je těmito kompetencemi determinováno. Obvykle jsou účastníci AC hodnoceni v různých dimenzích napříč různými úkoly (hraní rolí, skupinové diskuse, individuální a skupinové modelové situace, případové studie). Předpokládá se, že reakce jednotlivců odrážejí reálné chování ve skutečném světě. Několik vyškolených hodnotitelů (assessorů) sleduje a hodnotí jejich výkony. Zejména některé kompetence jako je flexibilita, kreativita, mezilidské a komunikační dovednosti, týmová spolupráce, zvládání konfliktních situací, tolerance vůči stresu apod. lze velmi dobře sledovat v průběhu AC (Chan, 2000). Konkrétně Spector & Johnson (2006) představili různé příklady toho, jak by mohla být AC cvičení přizpůsobena měření emoční inteligence. Dalším příkladem je vytvoření případových studií Hedlundem et al. (2006), kteří vyvinuli tzv. „case scenario problems“ jako měřítko sociální inteligence. Frederiksen et al. (1984) jsou autoři studie,

kde účastníci museli převzít roli lékaře a vést rozhovor s pacientem. Byly sledovány následující dimenze sociální inteligence: úvod (tj. pozdraví klienta, pokusy uklidnit klienta), vyhledávání informací (tj. ptá se na zásadní problémy, emoční problémy atd.), poskytování informací a rad (tj. vysvětlí, vyzve pacienta, aby se zeptal, vysvětlí důvody rozhodnutí pro daný postup atd.), a ovlivňování a podporování (tj. vyjadřuje porozumění, ujišťuje a uklidňuje pacienta atd.).

AC má své výhody i nevýhody. K výhodám patří již zmíněný zisk velkého množství dat o účastnících, zjištění vzorců jejich chování, možnost pozorovat účastníky v interakci s druhými při relativně reálných modelových situacích, což jiná metoda zatím neumožňuje. Mezi výhody také patří vyšší objektivita, kterou zaručuje větší počet zaškolených pozorovatelů/hodnotitelů. Pozorovatelé mohou být externí či interní. Externí hodnotitelé mají zpravidla odstup a nezaujatý pohled při vyhodnocování, interní pozorovatelé mohou posoudit, zda je člověk vhodný z hlediska firemní kultury společnosti a filozofie pracovního týmu.

Kanning (2017, s. 54) však zmiňuje nízkou konstruktovou validitu, která je daná nejasnou operacionalizací, resp. nejednoznačně ohraničenými dimenzemi požadavků, pozorováním příliš mnoha dimenzí při jedné aktivitě, rotací hodnotitelů, inkonzistentním chováním účastníků AC resp. účastníků, kteří jsou výrazněji ovlivněni podněty dané situace než svými vlastnostmi, svůj vliv má také způsob posuzování validity. I ve výzkumu sociální inteligence je tento přístup založený na chování používán jen zřídka, právě díky vysoké náročnosti na čas a zdroje, hodnotitelé potřebují sofistikovaný výcvik, výsledky lze jen těžko zobecňovat, situace jsou umělé a otázkou zůstává, zda by se lidé chovali podobně ve skutečných situacích (Fisseni & Preusser, 2007; Kleinmann 1997 cit. Kanningem, 2017).

## 2 Profesní kompetentnost lékaře

### 2.1 Profese lékaře

Profese lékaře patří k pomáhajícím profesím. Skupinu těchto profesí lze definovat jako „povolání, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu, tak aby pomoc mohla být účinnější“ (Hartl & Hartlová, 2004, s. 185).

Není profese, která by obsahovala tolik „nej“, jejichž existence vyvolává celou řadu rozporů a emocí na straně lékařů, tak široké veřejnosti a činí lékařskou profesi na jedné straně velmi silnou a na straně druhé velmi zranitelnou.

Lékařská profese patří k nejstarším profesím na světě, prošla za ta tisíciletí řadou proměn, byla a je často diskutovaným tématem zvláště mezi filozofy, sociology i psychology. Je to dáno především tím, že centrem zájmu lékařské profese je člověk a jeho zdraví jako nejvyšší hodnota. Právě vztah k člověku, k jeho zdraví (nemoci) prošel v průběhu tisíciletí velkými proměnami v důsledku politicko-ekonomicko-sociálních změn, ale také především změn v oblasti vědy a technologií.

Od počátku je lékařská profese výlučně elitní. To že má stále vysoký status, ukazují i výzkumy Centra pro výzkum veřejného mínění, kde se trvale profese lékaře udržuje na prvním místě z hlediska prestiže povolání s více než desetistupňovým předstihem před ostatními povoláními (CVVM, Sociologický ústav AV, 2019). Zároveň patří mezi nejnáročnější a velmi úzce specializované. Lékař musí splňovat nejen přísně odborné, ale i určité lidské předpoklady.

Už od dob řecké medicíny se vedle sebe akcentovaly mimořádné klinické znalosti a dovednosti, tak i charismatické vlastnosti a psychosociální aspekty jako je uklidnění, důvěra a pocit jistoty, stejně tak se předpokládal altruistický akcent lékařské profese, „lékařské povolání se má vykonávat z lásky k němu samému, než pro slávu či odměnu z něho plynoucí“ (Křížová, 2006). Medicína tedy odjakživa stojí na dvou pilířích, jedním z nich je věda a technika, druhým je umění a etika. Najít potřebnou rovnováhu – chovat se v lékařské profesi odborně, ekonomicky, ale i byrokraticky, zároveň však lidsky, tedy empaticky a eticky je náročným úkolem. V historii i současnosti se můžeme setkat s oběma extrémami, jak zmiňuje Křížová (tamtéž), příliš mnoho umění a etiky vedlo a vede k šarlatánství, příliš mnoho vědy a techniky na úkor umění vedlo a vede k mechanistickému pohledu na člověka.

Od lékařů se očekává, a je to stále náročnější držet krok s novými poznatky a technologiemi. Přirozeně tak dochází k průvodním jevům tohoto vývoje medicíny a lékařské profese jako je stále větší profesionalizace, medicionalizace, technizace, superspecializace, fragmentace a redukcionismus, které na jedné straně mají pozitivní důsledky v podobě fascinujících objevů (objev antibiotik, inzulínu, magnetické rezonance, tomografie, implantace různých umělých orgánů, umělé oplodňování, molekulární genetika), které do jisté míry mohou prodloužit či zkvalitnit život, nebo odstranit ze života určitou míru utrpení a bolesti, na druhou stranu posilují závislost, ztrátu autonomie, pasivitu, ohrožují soukromí, otevírají řadu etických otázek a vedou k celkové dehumanizaci medicíny.

Na tzv. **medicinalizaci (medikalizaci)** života a společnosti, kdy předmětem expertních zákroků se stávají problémy, které nejsou primárně patologií, jako je například zrození, stárnutí, umírání či poruchy chování, jako první poukázali filosofové Foucault (1973, 1991, 2001) a Illich (1976, 2012), kteří říkají, že „medicínskému dohledu“ je možné podříditi téměř všechny oblasti lidského života.

Na medicinalizaci v oblasti gynekologie a porodnictví poukazuje řada autorů a autorek. Antropoložka Brigitte Jordan (1977, 1992a, 1992b, 1993, 1997), na jejíž práci navázali další autoři (Davis-Floyd, & Davis 1996; Davis-Floyd & Sargent 1997; Ellison, 2003) popisuje tzv. autoritativní vědění a poukazuje na jeho uplatnění v rámci amerického porodnictví, v němž medicínské vědění převládá nad jiným věděním (například ženinou znalostí vlastního těla) a zároveň delegitimizuje všechny ostatní zdroje. Podobně Martin (1987) ve své knize *The Woman in the Body* ukazuje, jak jsou zkušenosti amerických žen ve třech etapách jejich života (v pubertě, kolem porodu a v menopauze) ovlivněny mechanickými metaforami typickými pro kapitalistický systém produkce, jejichž prostřednictvím jsou tyto procesy popisovány v odborném jazyce. Winnick (2004) poukazuje na hegemonii biomedicíny prostřednictvím užívání jazyka: jde jednak o (biomedicínský) termín „odrodit ženu“ (anglicky „deliver a baby“ a „delivery“ pro porod), jednak alternativní „žena rodí“ („give birth“ a analogické „childbirth“), přičemž každý z nich konotuje jiný vztah rodičky, dítěte i přítomného personálu. Rodička buď jen „doručuje“ dítě na svět, je objektem expertů („oni ji odrodí“), nebo je klíčovou hráčkou celého procesu (Šmídová, 2008a).

V českém kontextu se problematikou medicinalizace (medikalizace) reprodukční medicíny zabývají autorky Šmídová et al. (2015), Hasmanová Marhánková (2008) a Dudová (2012). Hrešanová (2008) se zabývala reprodukční medicínou, konkrétně



kulturami českých porodnic. Ve své práci založené na etnografickém výzkumu organizačních kultur dvou porodnic popsala sociální interakce, proces akulturace rodiček do prostoru porodnic, vztahy mezi aktéry porodu, i proces související s povoláním a statutem lékařů a porodních asistentek. Další její kvalitativní studie se zaměřovala na kvalitu porodní péče a zkušenosti žen s porodem (Hrešanová, 2011). Šmídová (2008a) analyzovala proměny porodu v institucioním prostředí porodnic a reprodukci genderového řádu po normalizaci přítomnosti otců u porodu. Definování hranic normality v prostředí asistované reprodukce a zacházení s embryi se věnovala i Zamykalová (2003). O vyjednávání partnerských a genderových rolí v kontextu neplodnosti a asistované reprodukce psala Slepíčková (2009, 2010). Hašková (2001a) ve své studii sledovala proměny porodnické praxe a poukazovala na dominanci lékařského přístupu nad alternativním, porodně-asistentským přístupem. Na spokojenost rodiček s psychosociálními aspekty perinatální péče se zaměřila ve své rozsáhlé studii Takács et al. (2012).

Od lékařů se očekává, aby veškeré poznatky dokázali srozumitelně integrovat do péče o pacienty, tedy aby vedle medicínských znalostí byli i experti v komunikaci jak s pacienty, tak s jejich rodinami i veřejností. Profese lékaře se po dlouhá století profesionalizovala<sup>11</sup>. V současné době však sociologové zahraniční i v českých zemích poukazují na to, že dominance lékařů jakožto expertních znalců na zdraví klesá a přicházejí tak o svoji autonomii, skrze kterou byla dříve lékařská profese jako taková definována (např. Freidson 1984; Haug 1973, 1988; Haug & Lavin 1981; Lupton 1997, 2012; Ritzer & Walczak, 1988). I české lékaře zasahuje proces **deprofesionalizace a proletarizace (laicizace)** medicíny, jak poukazují autorky Hasmanová Marhánková, 2014; Hrešanová 2014; Slepíčková & Šmídová 2014. K oslabování pozice a autority lékařů dochází v důsledku toho, jak se zmenšuje „vědomostní mezera“ mezi lékařem a pacientem. Na zranitelnost lékařů v důsledku narůstající informovanosti pacientů díky

---

<sup>11</sup> Podle Freidsona (1988) profese disponuje vysokou mírou legitimizované, organizované autonomie a seberegulace a existuje ostrá a často nepřekročitelná hranice mezi příslušníky profese a mimostojícími (laiky). Jedině etablovaná profese disponuje kompetencí posoudit odchylný výkon a má vlastní etické normy, aby odchylnému výkonu zabránila, proto se může regulovat samosprávně. Profesi je delegováno právo kontrolovat vlastní práci, stanovovat podmínky a pravidla pro výkon profese, včetně profesní přípravy a certifikace pro výkon povolání.

médiím ve svém výzkumu mezi lékaři poukazuje i Glajchová (2016). Lékaři ztrácejí svoji dominantní pozici a důvěra v ně, jako jediný zdroj odborných informací, je oslabována. Lékaři se nově ocitají v pozici, kdy jsou kontrolováni, hlídáni a zkoušeni samotnými pacienty. Glajchová (2016) cituje mnoho výzkumných studií, které poukazují na to, jak se iniciativa pacientů a jejich informace odráží v interakci s lékaři. Někteří autoři se zabývají motivací pacientů k vyhledávání informací na internetu a tvrdí, že příčinou je nedostatek informací od lékaře, vyplývající z nedostatku času (Anderson et al., 2003; Doherty et al., 2015, Roter & Hall, 1993), jiní sledují dopady internetu na vztah lékař-pacient (Ahmad et al., 2006; Broom, 2005; Sommerhalder et al., 2009; Townsend et al., 2015). Autoři se shodují, že tyto vlivy mají, jak pozitivní dopady jako je lepší proces rozhodování, spolupráce a posílení pacientovy autonomie, ale zároveň jsou hrozbou a nebezpečím pro pacienty, jelikož internet poskytuje špatné a zavádějící informace, které mohou pacientům ublížit, takto informovaní pacienti jsou navíc více nedůvěřiví a pochybující vůči lékařům a jsou často zmatení a vystresovaní. Z kvalitativního výzkumu Glajchové (2016) mezi chirurgy a praktiky vyplynulo, že informovanost pacientů získaná z internetu v zásadě ztěžuje komunikaci a problematizuje vyjednávání o léčbě. Pacienti postrádají podle lékařů schopnost kritické analýzy a posouzení, o jaký zdroj informací se jedná. Lékaři se shodují, že informace, které pacienti získávají z internetu a jiných informačních zdrojů, nejsou medicínské povahy, ale spíše se jedná o informace neodborné a povrchní, které problematizují postavení lékaře jakožto odborníka. Dle lékařů je velkým problémem to, že informace, které pacienti mají, nejsou medicínsky reálné a vhodné s ohledem na specifčnost jejich zdravotního stavu. To vede k tomu, že pacienti často přicházejí přesvědčeni o nějakém způsobu léčby, o němž se dočetli a který po lékaři požadují. Potíž je však v tom, že daný typ léčby není vhodný pro konkrétního pacienta, a naopak by mu mohl pouze uškodit nebo by neměl vůbec žádné účinky.

Křížová (2006, s. 33) rovněž poukazuje na posun od uzavřenosti a výlučnosti lékařské profese k laicizaci a demokratizaci. V posledních letech dochází k redukci užívání vnějších symbolů, jako je odborný jazyk opírající se o latinu, bílé pláště, fonendoskop na krku, diplomy a tituly, právě proto, aby byl zdůrazněn partnerský přístup k pacientům. Tento trend není však vždy přijímán bez výhrad a někteří lékaři zastávají názor, že demokratizace medicíny je příčinou jejího úpadku a ztráty sociální prestiže. Řada lékařů dochází k názoru, že hodnoty, které je vedly k volbě studia medicíny, jsou v praxi zanedbávány (Quill & Williamson, 1990).

Na zranitelnost lékařské profese mají však silný vliv i další tlaky, k nimž patří například vliv masových médií, navyšování administrativy, byrokratické a organizační restrikce, vliv zdravotních pojišťoven či nadřízených, a zejména tržní princip (Haug, 1988; Křížová, 2006; Lupton 2012; Slepíčková & Šmídová, 2014).

Další změny v lékařské profesi přinesly společenské změny 20. století v souvislosti se změnou politického režimu ve východních zemích v podobě **byrokratizace a konzumerismu**. S pádem totalitního režimu dochází k prosazování práv a svobod občanů<sup>12</sup>. Mnoho lékařů je navíc v pozici podnikatele, a tudíž roste administrativa a finanční rizika, přibývá pacientů, kteří k lékařské péči zaujímají postoj náročného konzumenta, a navíc jsou do systému nově začleněny zdravotní pojišťovny.

Dochází k prudkému nárůstu administrativy a dalších požadavků na výkon lékaře<sup>13</sup>. Mimo jiné jsou lékaři nuceni vnímat a řešit i ekonomickou stránku poskytované péče. Na přebujelou administrativu poukazovali i odborníci z řad lékařů na konferenci Etika a komunikace v medicíně – kontroverze současné medicíny (2016)<sup>14</sup>. Lékař dnes musí balancovat mezi odbornými, finančními, právními a etickými tlaky. Rozsáhlý průzkum Křížové (2006) poukázal na to, že byrokratizace, ekonomické tlaky, přepracovanost, chování pacientů a nedostatek kolegiality jsou největším zdrojem nespokojenosti lékařů vedle nedostatečného finančního ohodnocení. Na nespokojenost s nárůstem byrokracie poukázal i výzkum Slepíčkové a Šmídové (2014) či Glajchové (2016), nespokojenost je přitom vyšší u zaměstnanců velkých a fakultních nemocnic, s ohledem na specializaci je nespokojenost s nárůstem byrokracie u gynekologů a porodníků vnímána nejhůř.

---

<sup>12</sup> Počátkem 90. let následovalo přijetí zásadních zákonných úprav, jako je Ústava České republiky, Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně a následovala také řada etických ustanovení jako Etický kodex ČLK a definování práv pacientů.

<sup>13</sup> Byla přijata legislativa upravující povinnost a náležitosti vedení zdravotnické dokumentace, pacient má nárok na veškeré zdravotnické záznamy vedené o jeho osobě. Objevují se první případy sporů o správnosti lékařského postupu, žádosti o odškodnění a sami lékaři si uvědomují, že pečlivě vedená zdravotnická dokumentace je jejich jedinou možnou obhajobou, v opačném případě zásadní žalobou.

<sup>14</sup> Profesor Paško kritizuje současný systém, nelíbí se mu ani to, jak zavedení institutu informovaného souhlasu mění dříve důvěrný vztah mezi lékařem a pacientem. JUDr. Jan Mach z České lékařské komory se rovněž obává rostoucí administrativní zátěže. Podle něj se z informovaného souhlasu stávají prefabrikované nicotné papíry bez individualizace. Kritizuje, že se kontrolují papíry nikoli zdravotnická péče.

Dalším z významných vlivů na proměnu lékařské profese má i její postupná **feminizace**. Medicína byla vždy charakterizována jako typicky mužské povolání<sup>15</sup>, konstruované podle principů a pravidel mužského myšlení, přesto od 2. poloviny 19. století se zvyšuje zájem žen o lékařské povolání a postupně nastupuje proces feminizace lékařské profese. Feminizace medicíny jde napříč všemi obory a stává se i celosvětovým trendem. V současné době (ÚZIS, 2017) je podíl žen v medicíně 58,92 %. Ve věkové kategorii do 30 let je podíl žen – lékařek dokonce až 70 %, zatímco podíl žen lékařek nad 60 let z celkového počtu je pouhých 15,5 %. Stále se zvyšuje procento žen – absolventek medicíny na současných 65 %. V souvislosti s feminizací sociologové diskutují především otázky propojení profesní a rodinné role (Bar, 2017; Dumelow et al., 2000; Verlander, 2004; Warde, 1996), otázky proměny medicíny a jejích nových šancí vlivem přisunu žen do medicíny (Bar, 2017; Hall & Roter, 2001; Křížová, 2002) a otázky zastoupení žen v rámci hierarchie uvnitř profese (Křížová, 2002, 2004, 2006). Hall & Roter (2001) konstatují, že lékařky jsou více v oblibě, vyznačují se postoji centrovanými na pacienta a jeho potřeby, lékařky obecně připisují větší význam komunikaci a jsou v ní schopnější (vedou více dialog, věnují více času pacientovi, naslouchají mu, projevují pozitivní verbální i neverbální projevy), než muži, ale nejsou pacienty hodnoceny tak vysoko, jak by se dalo očekávat (Hall et al., 2011). Křížová (2002) poznamenává, že ženy lékařky více zaujímají celostní postoj k problematice zdraví a nemoci a preferují jemné, neinvazivní postupy

## **2.2 Role lékaře-role pacienta**

Lékařská profese má tedy vysoký sociální status. Vedle pojmu sociální status každou profesi charakterizuje sociální role<sup>16</sup>. Pojem role dle Lintona (1936) vyjadřuje činnostní stránku statusu-chování, které se od nositele daného statusu očekává. To znamená, že společnost a sociální skupiny vyžadují, aby jedinec v rámci svých společenských pozic plnil určité role – choval se v souladu s právy a povinnostmi, které vyplývají ze statusů (Slaměnik & Výrost, 2008).

---

<sup>15</sup> Univerzita v Zurychu byla první vysokou školou v Evropě, která otevřela své dveře ke studiu medicíny ženám. První žena získala lékařský titul v roce 1867.

<sup>16</sup> za zakladatele teorie sociálních rolí jsou považováni americký filosof a sociální psycholog G. H. Mead a americký antropolog R. Linton.

Lékařská role zahrnuje jako každá sociální role mnoho komponent, očekávání a požadavků. Křížová (2006, s. 46) poukazuje na to, že se do ní promítá osobnost a spontaneita absolventa medicíny, ale zároveň je to role výrazně kulturně podmíněná. Důležitost přijetí lékařské role a dosažení vnitřní identity s povoláním zdůrazňuje Vymětal (2003, s. 80) „teprve pak se z člověka s akademickým titulem stane opravdu lékař.“

Všeobecně akceptovatelnou koncepci lékařské role představil v 50. letech sociolog Talcott Parsons (1951). Parsons roli lékaře definoval čtyřmi základními znaky:

- 1) **funkční specifičnost**, která vyjadřuje nutnost formální i faktické odborné kompetence pro výkon profese. Jedním ze základních profesních požadavků je proto povinnost se odborně vzdělávat, přičemž jsou velmi ceněny mimořádné znalosti spojené s úzkou specializací, které přinášejí lékařům vysoké renomé, zejména uvnitř lékařské komunity.
- 2) **emocionální (afektivní) neutralita**, kdy se od lékaře očekává věcně orientovaný způsob jednání bez emocionální účasti. Lékař by se neměl nechat strhnout zoufalstvím či naivním optimismem v prožívání příběhů svých pacientů.
- 3) **universalismus**, který předpokládá poskytnutí pomoci lékařem každému členu společnosti bezvýhradně,
- 4) **kolektivní orientace**, kdy základem výkonu lékařské profese je altruistický pohled na potřeby nemocného, zatímco jeho potřeby stojí až na druhém místě. (cit. Křížovou, 2006, s. 27-30)

Křížová (2006) toto moderní vymezení lékařské role rozšiřuje v rámci postmoderního chápání, kdy poukazuje na další komponenty lékařské profese:

- 5) **uzavřenost a výlučnost** jednoznačně podmíněná předepsaným studiem, často i rodinnou tradicí, zdůrazňována stavovskými kodexy, zvláštní legislativou, vnějšími atributy a symboly jako jsou bílé pláště, užívání odborné latinské terminologie, žargonů, které ostře vymezují svět lékařů a svět laiků. I když tato oblast je v současné době stírána.
- 6) **uplatňování moci a formální a neformální autority**. Nejedná se pouze o moc danou expertním statutem, ale i o dominanci nad nemocným a nadřazené postavení lékaře v interakci s ním.
- 7) **tendence k akci** neboli presumpce nemoci v duchu „dělat něco je lepší, než nedělat nic“. Od lékaře se očekává, že bude jednat, přičemž v důsledku této akce dochází

k tomu, že za každou odchylkou od fyziologické a anatomické normy i genetické struktury je spatřován patologický proces. Tendence k akci vede také k fenoménu „neustálé zaneprázdněnosti“ lékaře (Benett, 1987, cit. Křížovou, 2006, s. 40). Tendence k akci je podporována i systémem zdravotní legislativy, který umožňuje, aby byl lékař trestán za to, že se pacient neuzdravuje nebo se jeho stav zhoršuje.

- 8) **stavovské cítění a profesní autonomie** jako základ profesní identity. Z výzkumu Britské lékařské asociace vyplývá, že více než 90 % dotázaných lékařů se domnívá, že lékařská profese se má nadále regulovat autonomně a nezávisle, 65 % osob, bylo toho názoru, že kompetence lékaře může posoudit jen jeho kolega a 88 % bylo ochotno se angažovat na obranu kolegy v případě sporu o lékařském pochybení (Carnall, 1995, s. 1594, cit. Křížovou, 2006, s. 44).
- 9) specifickým znakem lékařů je dále **jasné a zdůrazněné vědomí skupinové příslušnosti a integrity skupiny**. Profesionální solidarita a kolegialita lékařů do jisté míry vyplývá z charakteru práce a shody zájmů, ze společné soustavy hodnot a cílů, z mínění o výši prestiže profese, i z uvedeného vědomí odpovědnosti a míry rizika v lékařských činnostech. Dále zde má význam i skutečnost, že lékaři patří mezi nejstarší profesionální skupiny, a tím je dána i hloubka a závažnost tradic povolání a jeho stabilita, již od kastovních, nebo cechovních útvarů po lékařské komory, spolky a jiné instituce.

Role lékaře se s rozvojem moderní společnosti mění. Je to dáno změněným obrazem nemocí, nárůstem chronických a civilizačních nemocí s často nepřehlednou etiologií, vázanou na životní styl člověka a celé společnosti. To vede lékaře k tomu, že v zájmu úspěšnosti léčby musí usilovat o aktivní partnerské zapojení pacienta do procesu léčby. Z autoritativní osobnosti – lékaře, který vydává direktivní instrukce, se stává vedoucí týmu, který koordinuje činnost jednotlivých partnerů, kontroluje, doporučuje, radí a který stále více klade důraz na sociálně psychologické aspekty zdravotnické péče, protože rovněž role pacienta prošla významnou proměnou.

Rovněž Parsonsova role nemocného<sup>17</sup> je dnes vnímána kriticky jako jednostranná, lékařsko-centrická (Freidson, 1970; Goffman, 1961; Zola, 1972). Od 70. – 80. let 20.

---

<sup>17</sup> nemocný je považován za neodpovědného za vznik svého stavu a za neschopného odstranit ho svou vůlí, je zproštěn svých dosavadních povinností, je povinen dávat najevo vědomí nežádoucnosti svého stavu a jeho přechodnosti, je povinen vyhledat odborníky a spolupracovat s nimi, nedojde-li ke spontánní úpr

století, u nás po revoluci, zvláště pak na začátku nového tisíciletí, je pacient čím dál tím méně objektem péče, ale plně se angažuje v léčebném procesu.

Stejně jako se proměnila role pacienta, mění se i role ženy-roděčky. Z pasivní, submisivní, snadno manipulovatelné ženy se stává žena zralá, samostatná a nezávislá, informovaná, asertivní, zvyklá o sobě rozhodovat a mít vše pod kontrolou. Rodičky se začaly více zabývat myšlenkou, kde a jakým způsobem se jejich děti narodí, a samy chtějí přizpůsobit průběh porodního procesu svým přáním a představám a tím se samozřejmě mění i jejich očekávání spojená s prožitkem porodu a zdravotníků.

### **2.3 Vztah lékař-pacient**

Stejně jako se v průběhu let proměňovala role lékaře i role pacienta, tak stejnou změnou prochází i vztah lékaře a pacienta, protože tento vztah je do jisté míry určován vzájemnými očekáváními a jejich naplňováním. Vztah lékař-pacient je prostorem pro velká nedorozumění, ale zároveň i terapeutickým potenciálem.

V literatuře se vyskytují různá dělení modelů vztahu lékaře a pacienta. V zásadě se tyto modely dělí podobně jako styly vedení v manažerské literatuře. Příkladem může být dvourozměrný model Blakea a Moutonové (1964), kdy na jedné ose narůstá orientace na lidi (pacienta), což představuje zájem o potřeby a spokojenost druhých, na druhé ose se stupňuje orientace na úkol a manažera (nemoc a lékaře), což vyjadřuje úsilí o dosažení co nejlepších výsledků. Z tohoto pohledu máme v zásadě dva základní modely vztahu lékaře a pacienta: na lékaře a nemoc orientovaný model (doctor-centered approach nebo disease centered approach neboli paternalistický) a na pacienta a jeho potřeby orientovaný model (patient centered approach neboli partnerský model). Existenci těchto dvou krajních typů přístupů a podoby konzultací popsali Byrne a Long (1976) na základě rozhovorů pořázených během téměř 2500 lékařských konzultací v ordinacích praktických lékařů. Hlavní znaky prvního modelu jsou: neosobní atmosféra, hledání souvislostí mezi symptomy a organickou poruchou, pasivní pacient, nulová diskuse o diagnóze a alternativách léčby. Hlavní znaky druhého modelu jsou: osobní atmosféra, minimální kontrolní role lékaře, otevřené otázky umožňující diskusi a sdílení informací).

Při aplikaci modelu Blakea a Moutonové (1964) na vztah lékař – pacient se objeví 4 základní modely označené souřadnicemi a vyjadřujícími stupeň orientace na pacienta a na lékaře či nemoc:

**Paternalistický model:** lékař zaměřený na nemoc a léčení (léčení probíhá na úrovni biomedicíny) bez ohledu na pocity a psychosociální potřeby pacienta. Opírá se o moc a autoritu, vyžaduje poslušnost, kontroluje a případně trestá. Pacientova role je pasivní, jeho participace na konzultaci a rozhodování je minimální. Tento model má uplatnění v naléhavých případech, kdy by čekání na pacientův souhlas nebo pacientovo zapojení do rozhodování o léčbě mohlo ohrozit jeho život. Paternalismus je také vhodný v akutním stadiu nemoci, kdy je žádoucí, aby byl lékař dominantní a pacient uposlechl jeho rad. V pozdějších stadiích nemoci je však pro pacienta lepší převzít více aktivní roli. Kritika tohoto modelu se stala ústředním tématem v 70. letech v západním světě (Ehrenreich & English, 1979; Doyal, 1979; Illich, 1976). Kritika se týkala především nerespektování patientské autonomie: nezohlednění pacientů jako odborníků na svou vlastní nemoc (Tucket et al., 1985), nedostatečné poskytnutí adekvátních informací a vysvětlení (Korsch et al., 1968) nebo snaha o dosažení konsensu prostřednictvím vyjednávání (Stimson & Webb, 1975), či nedostatečné naslouchání a přerušování „hlasu pacienta“ na úkor „hlasu lékaře“ (Mishler, 1984). V moderní době se od tohoto modelu v Evropě i v severní Americe ustupuje (Falkum & Førde, 2001; Roter et al., 2002).

Beauchamp a Childress (2001) dále rozlišují „tvrdý paternalismus“, který jde proti autonomii informovaného pacienta s normální vůlí. Jedná se o uplatňování expertního postoje, nařizování až nátlak, žádný respekt. Oproti tomu „měkký paternalismus“ znamená určité ovlivňování, přesvědčování, ve snaze dovést pacienta k jedinému správnému řešení z pohledu lékaře. Sami autoři zde upozorňují, že přechod mezi měkkým a tvrdým paternalismem je někdy velmi rychlý a také měkký paternalismus se může uchýlovat k manipulativnímu nátlaku.

I když se od paternalismu obecně ustupuje, nachází si mezi lékaři i odborníky své zástupce. Obhajobě paternalistického modelu ve zdravotnictví se věnuje Torrey (2013) a Conly (2013). Conly využívá pro svá vysvětlení také podobnou metaforu jako John Stuart Mill: Pokud by někdo vstoupil do silnice, protože špatně odhadl rychlost blížícího se automobilu, pravděpodobně bychom ho chytili za loket a zastavili ho, spíše, než respektovali jeho volbu a zdůrazňuje nutnost předcházet některým nekognitivním rozhodnutím pacientů.

**Konzumentský model:** na druhém pólu se nachází lékař, který se starostlivě věnuje potřebám pacientům. Má tendenci ustupovat požadavkům a přáním pacienta v zájmu jejich maximální spokojenosti. Roter et al. (2002) tento model označují za konzumentský (tržní) a je charakterizován vysokou autonomií a kontrolou pacienta, který



určuje průběh návštěvy a sám za sebe se rozhoduje, jak bude probíhat léčba a jaký medicínský výkon podstoupí, a to bez ohledu na lékařův názor a hodnoty. Pacient získává od poskytovatele všechna fakta o povaze onemocnění, možnostech léčby, možných výstupech a rizicích. Pacient si samostatně vybírá ty intervence, které jsou v souladu s jeho hodnotami (Falkum, 2001; Roter, 2000). Slabostí tohoto modelu je, že pacient nemusí být dostatečně připraven na to, aby vybral v daných podmínkách nejlepší péči. Dalším možným rizikem je tzv. pseudoautonomie (nezralá autonomie). Beauchamp a Childress (2001) tvrdí, že plná autonomie nikdy možná není, ale je možná autonomie substanciální – hranice pacientovy autonomie jsou dány mj. tím, kdy by již svým chováním narušoval autonomii někoho jiného, nebo sám sebe poškozoval. Autonomie je však zároveň i procesem, který nějak souvisí se zralostí osobnosti. Nezralá autonomie nebo pseudoautonomie je pak charakteristická právě nedostatečným vnímáním těchto limitů a vede k neadekvátním nárokům a pseudokompetenci (tzv. expertní pacienti).

**Model zanedbaného vztahu (instrumentální):** jde o lékaře, který neprojevuje přílišnou snahu o pacienta, nemoc, léčbu, ale ani pacient není angažován. Je charakterizován nízkým stupněm kontroly na obou stranách, nedodržováním závazků a zanedbáním vztahu. Tento typ se naštěstí ve vztahu lékař – pacient příliš nevyskytuje (Roter et al., 2002).

**Partnerský model:** pacient i lékař jsou oba angažováni k dosažení společného cíle a tím je uzdravení pacienta a vědí, že toho lze dosáhnout jedině cestou efektivní spolupráce. Lékař i pacient přináší do vzájemného jednání určité znalosti, lékař klinické zkušenosti a pacient své vlastní zkušenosti, očekávání a pocity. Oba aktéři jsou ve vztahu na relativně stejné úrovni a sdílí stejný systém hodnot (Roter, 2000). V rámci tohoto modelu bývá lékař někdy označován jako rádce, který pomáhá pacientovi zvýšit porozumění sobě samému a tím pádem zvyšuje jeho autonomii v rozhodování. Tento model zdůrazňuje emocionální aspekty setkání těchto aktérů a klade velké nároky na interpretativní schopnosti lékaře (Falkum, 2001). Význam partnerství ve vztahu lékaře a pacienta v posledních letech stále roste.

Ptáček et al. (2015) se věnují výhodám a nevýhodám paternalistického a partnerského vztahu mezi lékařem a pacientem v kontextu České republiky. Jako největší nevýhodu partnerského vztahu vidí autoři fakt, že svobodné rozhodnutí ještě neznamená moudré rozhodnutí. Přesto se spíše přiklání k tomuto modelu, hlavně kvůli sdílené odpovědnosti mezi pacientem a lékařem a faktu, že princip partnerství je schopen eliminovat rozhodnutí lékaře, jehož názorový svět by byl jiný než ten pacientův.

Partnerský vztah mezi lékařem a pacientem je přínosem obzvláště v případě vážné diagnózy. Pomáhá také u pacienta, který se k léčbě nebo zákroku staví negativně a v neposlední řadě přispívá k vytvoření realistického plánu léčebné péče (Škrla & Škrlová, 2008). Autoři také poukazují na výhody v souvislosti s řízením rizik ve zdravotnictví a přiklánějí se zde spíše k partnerskému přístupu. Píší, že nejdůležitějším faktorem ke snížení rizik pro lékaře je kvalitní komunikace a vytvoření důvěryhodného vztahu s pacientem. Spokojený a informovaný pacient si většinou nestěžuje, a hlavně se nesoudí.

Stejně tak jako zkušený manažer nepoužívá jen jediný styl vedení, tak i ve vztahu lékař – pacient by mělo docházet k optimálnímu využití některého z modelů s ohledem na pacienta, jeho onemocnění nebo jeho fázi či situaci, ve které se nachází.

#### **2.4 Péče zaměřená na pacienta (PCC)**

Partnerský model je postaven na koncepci péče zaměřené na pacienta (dále PCC), která nabývá v posledních třiceti letech velkého významu, jak ve světě, tak v posledních letech i v české zdravotnické péči. Autoři se různí v tom, co přesně zahrnuje tento termín a také v metodách měření procesu a výsledků péče zaměřené na pacienta. Na následujících stránkách je popsán teoretický rámec, který umožní hlubší vhled do problematiky péče zaměřené na pacienta, jak se postupně dostávala do medicíny.

## 2.4.1 Východiska péče zaměřené na pacienta

Péče zaměřená na pacienta je postavena na třech pilířích.

Jedním z nich je „přístup zaměřený na člověka“ („Person – Centered Approach, dále jen PCA), jehož zakladatelem je Carl Ransom Rogers (1902–1987), jeden z nejvýznamnějších psychologů 20. století. Rogersova psychoterapie, později celý jeho přístup, jsou postaveny na třech nutných a zároveň postačujících podmínkách: bezpodmínečné pozitivní přijetí, kdy akceptujeme celou osobnost s jejími pozitivními i negativními vlastnostmi, pocity i postoji bez potřeby měnit ho podle vlastních očekávání; empatické porozumění, které je definováno jako „schopnost a ochota porozumět pocitům, myšlenkám a vnitřním bojům z úhlu pohledu druhého a vnímat jeho referenční rámec“ (Rogers, 1949, s. 84); autentičnost, opravdovost či kongruence, neboli „být v souladu sám se sebou, být originální, reálný a autentický“ (Rogers, 1949, s. 199). Rogers byl přesvědčen o univerzálnosti daných podmínek osobnostního růstu. Jeho myšlenky dále rozvíjel a aplikoval do lékařského prostředí Gordon (1995) ve své knize *Making Patient your Partner* z roku 1995. Gordon (1995, s. 36) zdůrazňuje, že když lidé mohou participovat na vytváření svého osudu, cítí se lépe a mají vyšší sebevědomí, sebedůvěru a větší kontrolu nad sebou. Cítí se také jako rovnocenní partneři, a proto produkují kvalitnější a kreativnější řešení problémů. Tyto změny jsou přirozeným a nutným důsledkem pozitivnějšího sebepojetí. Současně platí, že k tomuto procesu nemůže dojít bez empatického porozumění a akceptace jedince.

Díky tomuto přístupu, který považoval za základ osobního růstu a možnosti změn, je Rogers označován za „tichého revolucionáře“, který udělal první krok k odklonu od klasického medicínského modelu (Kirschenbaum, 2004). Svůj koncept poprvé popsal v knize „*Client-Centered Therapy*“ v roce 1951.

Druhým pilířem je „na pacienta orientovaná medicína“ (Patient-Centered Medicine) v kontrastu k tradiční „na nemoc orientované medicíně“, která byla rozvinuta Michaelem Balintem (1896–1970) na základě aplikace PCA do všeobecné medicínské praxe (Balint, 1957). Podobně jako Rogers zdůrazňoval důležitost vztahu mezi lékařem a pacientem, což zdůraznil ve své knize *Lékař, jeho pacient a nemoc* (1999). Tento vztah stavěl na první místo, před vyšetření a medikaci, neboť zjistil, že nerozumí-li si lékař a pacient v tom, co od sebe vzájemně očekávají, dochází ke „zmatení jazyků“, oboustranné

nespokojenosti a neúspěchu při léčení (Balint, 1999). Balint zdůrazňoval terapeutickou roli lékaře „lékař coby lék“. Edith Balintová v roce 1969 popisuje medicínu zaměřenou na pacienta jako „vnímání pacienta jako jedinečného člověka“ (1969, s. 269).

V roce 1950 začal Balint pořádat semináře pro praktické lékaře (Balintovské skupiny), které se zaměřovaly na vztah lékaře a pacienta, učily lékaře vnímat pacienta jako partnera v dialogu, naslouchat mu a přistupovat k němu celostně. Balintovy skupiny existují dodnes a poskytují zdravotnickým pracovníkům příležitost „přemýšlet“ o setkání s pacienty a prostřednictvím diskuse o vztahu hledat nové možnosti řešení.

Třetím pilířem je biopsychosociální model, který nabídl George Engel (1913–1999) v 70. letech jako holistickou alternativu k převládajícímu biomedicínskému modelu. Engel nepopíral pokroky a přínosy biomedicínského modelu, ale kritizoval, že lékaři považují pacienty za předměty a neberou na zřetel pacientovu subjektivní zkušenost, chtěl zvrátit odosobnění medicíny a přinést do lékařské praxe větší empatii (Epstein, 2014b). Engel především kritizoval dualistickou povahu biomedicínského modelu s jeho oddělením těla a mysli, materialistickou a redukcionistickou orientaci lékařského myšlení<sup>18</sup> a zdůrazňoval, aby lidská dimenze lékaře a pacienta byla součástí vědeckého bádání. Jeho pojetí medicíny chápe zdraví a nemoc jako komplexní jev, ve kterém panují složitě podmíněné vztahy mezi somatickou a psychickou sférou, mezi osobností pacienta a jeho širším sociálním prostředím. Pro zdravotnickou praxi z tohoto přístupu vyplývá, že jedinec nemůže být posuzován izolovaně, nýbrž jako celistvá osoba a osobnost, a to navíc začleněná do určitého sociálního prostředí. Engel zdůrazňuje na pacienta zaměřený přístup s použitím dialogických a nedirektivních metod (Smith et al., 2013). Kromě morálního imperativu, který má zacházet s pacientem jako s osobou, podle Engela existuje odpovídající imperativ, kdy lékař pečuje a prohlubuje znalosti o sobě samém. Bez dostatečného stupně sebepochopení je pro lékaře snadné zaměnit empatii s promítnutím jeho potřeb na pacienta (Epstein, 1999).

---

<sup>18</sup> co nelze objektivně měřit a vysvětlit na úrovni molekulárních a buněčných procesů je ignorováno nebo znehodnoceno

## 2.4.2 Konceptualizace péče zaměřené na pacienta (PCC)

V současné době existuje velké množství konceptualizací péče zaměřené na pacienta<sup>19</sup>. Je zřejmé, že na pacienta zaměřený přístup posouvá pohled na pacienta od pasivního příjemce zdravotnické péče k aktivní osobě, která je jedinečná, ovlivněná kontextem své historie a současného života, má svoje silné i slabé stránky a ve vztahu se zdravotníkem je schopná spolurozhodování v rámci léčebného a ošetrovatelského postupu.

Meadová a Bower (2000) na základě rešerše literatury identifikovali 5 koncepčních dimenzí péče zaměřené na pacienta, která odlišuje tento přístup od konvenčního biomedicínského modelu:

**Biopsychosociální perspektiva** je klíčovým tématem literatury „péče zaměřené na pacienta“. Zdraví chápe jako stav tělesné, duševní a sociální pohody (well being), nikoli jako pouhou nepřítomnost nemoci či vady (Engel, 1977; Fischerová, 2013; Holčík & Zástěra, 2014; Křivohlavý, 2001; Kebza, 2005; WHO, 2001).

**Pacient jako „osoba“.** Meadová a Bower (2000) dále popisují, že jednu nemoc je možné vnímat různými pacienty různě dle jejich životních zkušeností, proto je důležité za účelem pochopení nemoci a zmírnění utrpení, aby medicína pochopila osobní význam nemoci pro pacienta. Medicína zaměřená na pacienta vnímá pacientovo prožívání, zahrnuje prozkoumání jak přítomných symptomů, tak širšího životního prostředí, ve kterém pacient žije (Lipkin et al., 1984, Stewart et al., 1995a).

**Sdílení moci a odpovědnosti.** Jako první tuto dimenzi popsali Byrne a Longe (1976). Konzultace zaměřené na pacienta se vyznačují zaměřením se a podporováním potřeb a preferencí pacientů, hlavními projevy chování lékaře je kladení otázek a povzbuzování ke sdělování názorů pacienta, naslouchání a ověřování si porozumění úhlu pohledu pacienta a hledání možností spolupráce.

**Terapeutická aliance.** Terapeutická aliance vychází z myšlenek Rogerse (1967) o třech nezbytných a zároveň postačujících podmínkách pro změny v osobnosti klienta.

---

<sup>19</sup> Byrne & Long (1976) představuje styl konzultace, kdy lékař využívá znalosti a zkušenosti pacienta k vedení interakce. McWhinney (1989) popisuje přístup zaměřený na pacienta jako místo, kde se lékař pokouší vstoupit do pacientova světa, aby viděl nemoc očima pacienta. Jiní autoři zdůrazňují poskytování informací pacientům a jejich zapojení do procesu rozhodování (Lipkin et al., 1984, Winefield et al. 1996). Laine & Davidoff (1996) vnímají péči zaměřenou na pacienta takovou, která odpovídá jeho potřebám, přáním a preferencím a reaguje na ně.

Konvenční biomedicínský pohled nepovažuje aspekty terapeutického spojení za nutné, zdůrazňuje léčebný efekt jako reálný a měřitelný, zatímco terapeutický efekt jako vedlejší a potencionální. Zatímco v medicíně zaměřené na pacienta již Balint (1957) zdůraznil, že společné porozumění cílům a požadavkům (vzájemné investování) je pro jakoukoli terapii, ať už fyzickou nebo psychologickou, zásadní. Dle Balinta má aliance terapeutický přínos již sama o sobě (lékař jako lék).

**Doktor jako „osoba“** zahrnuje osobnostní kvality lékaře. Biomedicínský model je postaven na aplikaci objektivních diagnostických a léčebných procedur a subjektivní hledisko lékaře se nezohledňuje (Freidson, 1970). Balint et al. (1993) popisují biomedicínský model jako „lék pro jednu osobu“ v tom, že uspokojivý klinický popis nevyžaduje lékaře. Naproti tomu medicína zaměřená na pacienta je „lékem pro dvě osoby“, přičemž lékař je nedílnou součástí. „Lékař a pacient se neustále ovlivňují a nelze je vnímat odděleně“ (Balint et al., 1993, s. 12.) Lékařova subjektivita je proto neodmyslitelnou součástí vztahu lékař-pacient a velmi záleží na osobnosti lékaře, což může na jedné straně u pacienta vyvolat uklidnění nebo na druhé straně agresi.

Eklund et al. (2017, s. 8) hledali rozdíly v konceptech na osobu zaměřený přístup a na pacienta zaměřený přístup a zjistili, že oba koncepty se na povrchu podobají, ale liší se, co se týče cílů. Oba dva koncepty jsou důležitými alternativami a měly by koexistovat v klinické praxi. Cílem péče zaměřené na pacienta je funkční život pacienta, tedy snížení utrpení pacienta a uspokojení všech potřeb, které souvisí s jeho vztahem k onemocnění. Na druhé straně cílem péče zaměřené na člověka je mít jasnou představu o hodnotách života pacienta a jeho blízkých.

Na základě rešerše literatury zaznamenali 9 témat, která jsou typická jak pro přístup zaměřený na osobu, tak i přístup zaměřený na pacienta:

**Empatie** znamená vstoupit do světa pacienta, „vidět svět jeho očima“, „chodit v jeho botách“, a zahrnuje podtémata jako soucit, emocionální podpora a porozumění.

**Respekt** je vnímán jako respektování přesvědčení, hodnot a voleb pacienta, rovněž podporování jeho důstojnosti.

**Zapojení** znamená dát pacientovi čas, a to nejen objektivní, ale také subjektivní ve smyslu „být přítomný a angažovaný“.

**Vztah** zahrnuje subtémata jako partnerství, vzájemnou důvěru, terapeutický vztah

**Komunikace** je vnímána jako oboustranná interakce mezi zdravotníkem a pacientem, kde informace jsou předávány a sdíleny. Scholl et al. (2014), McCormack & McCance (2006) zdůrazňují společné vyjednávání jako základ pro rozhodování.

**Sdílené rozhodování** znamená, že pacient je aktivní osobou v procesu léčení. Toto téma často zahrnuje zmocnění, autonomii, účast v léčebném procesu. Např. Slater (2006, s. 140) zdůrazňuje, že uznání pacienta jako centra zdravotnické péče, vede zdravotníky k tomu, aby respektovaly a podporovaly pacientovo rozhodování.

**Holistický přístup** zahrnuje subtémata jako je biopsychosociální přístup, nelékařské problémy jsou považovány za relevantní, kontext pacienta má vliv.

**Individuální přístup** zahrnuje přístup k pacientovi jako k jedinečné bytosti, s respektem k jeho jedinečnému životu.

**Koordinovaná péče** zahrnuje subtémata jako je koordinace napříč zdravotnickým systémem, mezioborová spolupráce, koordinace času.

(Eklund et al., 2017, s. 6-8).

#### 2.4.3 Potencionální vliv PCC na zdraví pacientů

Existuje velké množství výzkumných studií, které se zaměřují a dokumentují, co a jakým způsobem ovlivňuje péče zaměřená na pacienta. Výzkumné studie jsou rozmanité co do zaměření, tak také z hlediska užití metodologie, proto je obtížné jejich výsledky porovnávat. Výzkumy se zaměřují především na primární péči, oblast duševního zdraví, chronická onemocnění, paliativní péči a některé další specializace. Velké množství těchto studií poukazuje na pozitivní vztah mezi PCC a klinickými výsledky (např. Henbest et al. 1992; Little et al., 2001; Stewart et al. 1995a). Bauman et al. (2003) zmiňuje, že PCC vede ke zvýšení spokojenosti pacientů, jejich aktivity a zapojení do léčebného procesu, ke zvýšení kvality života, naopak ke snížení úzkosti. Rovněž u lékařů vede ke zvýšení spokojenosti díky zvýšení účinnosti léčby a tím pádem zkrácení diagnostické a léčebné fáze a tím i ke snížení nákladů.

Stewart et al. (1995a), podobně jako Little et al. (2001) poukázali na pozitivní vliv komunikace zaměřené na pacienta. Pokud správná komunikace neprobíhá, snižuje se spokojenost pacientů, objevují se změny v některých fyziologických ukazatelích jako je zvýšení tlaku nebo cukru, objevuje se větší citlivost na bolest. Michie et al. (2003) poukázali na pozitivní vliv PCC u chronicky nemocných pacientů, kde pozoroval větší motivaci, aktivitu a adherenci a spokojenost u těchto pacientů. Zapojení pacienta

sledovali Little et al. (2001) a také Bauman (2003), kteří vyzorovali u astmatických pacientů a pacientů s diabetes zkrácení délky hospitalizace a snížení symptomů. Zandbelt et al. (2006) rovněž potvrdili, že facilitující chování lékaře, má pozitivní vliv na aktivitu pacientů a jejich zapojení do léčebného procesu. Rovněž ovlivňuje ochotu vyjadřovat obavy. Aktivní účast pacientů posiluje jejich důvěru ve schopnost zvládat nemoc, vede k lepšímu dodržování léčebného režimu a následně ke zlepšení zdravotního stavu. Pacienti, kteří se aktivně zapojili do konzultací s lékařem, byli skutečně schopní změnit zaměření konzultace a kontrolovat množství poskytnutých informací a měli vyšší compliance. Lewinson (2010), Charlton et al. (2008) zdůrazňují, že PCC ovlivňuje míru spokojenosti pacienta, adherenci k léčbě a zlepšuje selfmanagement. Dibbelt et al. (2009) si všiml, že u pacientů, kteří měli dobrý vztah a komunikaci s lékařem, se vyskytl léčebný efekt již během 6 měsíců.

Little et al. (2001) na druhou stranu poukázal i na to, že někteří pacienti (starší a vážně nemocní) nepreferují PCC, nechtějí být plně informováni nebo nechtějí být aktivní v procesu léčby, důvěřují lékařům a sestřám a přenechávají rozhodování na nich.

To potvrdila i studie v Japonsku (Sekimoto et al. 2004), kde bylo zjištěno, že pacienti preferovali spolupracující styl s lékařem (71 %), oproti aktivní roli (12 %) nebo pasivní roli (17 %). Studie poukázala na to, že pacienti s rakovinou méně preferují aktivní roli a rozhodování přenechávají na členech rodiny, více než ostatní pacienti.

Lze shrnout, že na pacienta zaměřená péče má vliv na snížení negativních emocí jako je strach a zmatek, jak u pacientů, tak u jejich příbuzných, na adherenci a snížení délky hospitalizace, na kvalitu života, spokojenost pacientů a snížení množství stížností a soudních sporů. Výsledky těchto výzkumů dle Meadové a Bowera (2002) je však třeba brát opatrně, protože metodologická kvalita některých výzkumů není vysoká.

I v České republice jsou realizovány výzkumy, které se zaměřují na spokojenost pacientů s lékaři. Výzkum Klusákové (2004) poukázal, že nejčastějším nedostatkem v lékařské péči je komunikace. Dotazovaní ji charakterizovali přívlastky špatná, nedostatečná, hrubá, zlehčující, nepřiměřená situaci či pacientovu chápání. Obecně sdělovali, že očekávají u lékaře otevřený a rovnocenný dialog, to, aby jim lékař o jejich zdravotním stavu říkal pravdu, a to srozumitelným jazykem. Chyběla jim také možnost vyjádřit vlastní názor a vadilo jim nepříjemné jednání lékaře. Jako „malé dítě“ si připadalo 25 % respondentů, hrubé a nepříjemné chování lékaře uvedlo 31 % respondentů. Nerespektování studu pacienta uvedlo 24 % dotázaných a 31 % uvedlo, že lékař jejich problémy zlehčoval. Necelých 60 % respondentů uvedlo, že lékař od nich



nevyžadoval souhlas s léčbou. Také jim vadilo, že nikoho nezajímá jejich názor, že není respektován jejich strach, že jim lékař nevěří bolest, že se nezeptá na jejich souhlas s léčbou, že je mnohdy vyšetřován v přítomnosti dalších osob, aniž s tím vyslovil souhlas, a že bez souhlasu jsou informace o jeho zdravotním stavu sdělovány třetím osobám. Studie ale také ukázala, že pacienti nechávají rozhodnutí o léčbě na lékaři, a i když se zapojují, do rozhodování konečný výsledek nechávají na lékaři. Pouze asi 6 % pacientů bylo s rozhodnutím o léčbě nespokojeno. Nespokojenost s péčí vedla u 16 respondentů ke změně ambulantního lékaře.

### **3 Osobnostní a sociální kompetence lékaře**

Medicína patří mezi humanitní obory a lékařská profese mezi profese pomáhající. Následky neprofesionality mohou být ve svém důsledku fatální, z tohoto pohledu se zdá, že nejdůležitějším nástrojem pro výkon lékařské profese je vlastní osobnost lékaře.

Ačkoli existuje velké množství definic osobnosti, většina se shodne, že se jedná o „souhrn, souvislost či propojení charakteru, temperamentu, schopností a také konstitučních vlastností člověka“ (Cakirpaloglu, 2012 s. 16).

#### **3.1 Vlastnosti lékaře z pohledu výkonu profese**

Lékařská profese rozhodně patří z hlediska odborné přípravy, ale i profesionálního výkonu mezi nejnáročnější. Od lékaře se očekává, že poskytne vysokou odbornost v rámci, které je schopen chorobu diagnostikovat a léčit, zvládne práci se stále se vyvíjející technikou, bude se neustále vzdělávat, unese fyzické nároky své práce a zvládne i náročnou administrativu. Bude projevovat vysokou motivaci a prosociální orientaci, dokáže ovlivnit a vést chování a prožívání pacientů správným směrem. Vedle toho také zvládne rodinné a životní problémy tak, aby nezasahovaly a neovlivňovaly jeho odborný výkon. Hodně záleží na životní filozofii lékaře, svou roli zde hraje také životní historie. Ideální je, pokud je vyzrálou osobností, která má smysluplný životní cíl, rozvinutou sebereflexi, realistické sebepojetí a je nezatížená neurotickými a psychopatologickými rysy.

Toto vše klade velký nárok na osobnost lékaře. Lékaři představují homogenní skupinu, pokud jde o intelektuální a kognitivní schopnosti, a zdá se, že sdílejí i společné osobnostní rysy na základě toho, že si jako svou kariéru zvolili medicínu (Reeve, 1980; Schwartz et al., 1994, cit. Křížovou, 2004).

Z hlediska charakteru profese a role lékaře je možné uvést některé typické vlastnosti, které je však významné uplatňovat v přiměřené míře, protože jejich extrémní podoba může být nežádoucí, jak pro lékaře, tak pacienta.

Důležitou charakteristikou lékařů dle Benneta (1987, cit. Křížovou, 2006, s. 40) je preference přesných informací o těle, zdraví, nemoci, namísto spekulování. Lékaři studují medicínu pro jejich zájem o témata biologické povahy a preferují často hmatatelné a exaktní poznání, což koliduje se složitostí reality, která se nedá vměstnat do zjednodušených schémat.

**Orientace na hmatatelné a exaktnost** vede k obavám z psychosociálního, které je nehmotné a obtížně pozorovatelné.

**Orientace na akci a řešení.** Od lékaře se očekává, že ví a že zareaguje: najde příčinu pacientových obtíží nebo, že alespoň poskytne symptomatickou léčbu (uleví od bolesti). To ho staví do role aktivního poskytovatele péče a pacienta do role pasivního příjemce. S tím je spojená i **dominance a rozhodnost**, od lékaře se očekává, zvláště v akutní medicíně, že bude jednat, rychle se rozhodovat, ovlivňovat dění okolo sebe, zasahovat do průběhu, používat k tomu různé nástroje a prostředky (farmaka), to na druhé straně vede k tomu, že méně důvěřuje lidskému tělu a jeho samo uzdravným mechanismům a je méně trpělivý.

**Sebejistota v nejistotě.** Sebejistota vytváří pocit bezpečí, jak pro lékaře, tak pro pacienta. Renée Foxová (cit. Mertonem et al., 1968) však zdůrazňuje, že lékař se musí umět vyrovnat s vlastní nejistotou a umět přijímat rozhodnutí a nést za ně odpovědnost i v situaci, která je nejistá a nepředvídatelná, protože vyplývá z podstaty komplikovanosti lidského života a psychosomatické jednoty lidského organismu. Rovněž upozorňuje, že medicína předstírá a jedná, jako kdyby nejistota nebyla žádná. Vysoká míra sebejistoty znamená aroganci, nadřazenost a despekt vůči procesům nepoznaným či obtížně uchopitelným jako je právě otázka emocí a prožívání. Nízká míra sebejistoty vede k nízké sebedůvěře i důvěře pacienta.

Rozhodování za situace nejistoty vyžaduje **statečnost a osobní odpovědnost, umět pracovat s rizikem, vysokou míru flexibility a schopnosti změny, soustředění a také smysl pro povinnost.** Lékař by se měl umět přizpůsobit novým podmínkám a realizaci nových podnětů. Jeho hodnotový systém by měl mít v popředí zájem o **práci** a neustálé učení se novému.

**Kritičnost a sebekritičnost,** lékař musí být schopen kriticky posuzovat různé možnosti, znát svoje limity a umět si říci o pomoc. To vede ke zvýšené **úzkostnosti**, protože lékař musí neustále ověřovat a kontrolovat svoje záměry. Díky zaměření na nemoc (při studiu medicíny, i v každodenním kontaktu vidí více rizik a komplikací), je **opatrný a předjímá více negativní vývoj.**

Jeho chyby bývají často fatální, má **vysokou míru odpovědnosti**, proto je výrazně **stresován neúspěchem nebo neefektivním procesem.** Vyhovuje mu proto, když může mít **věci více pod kontrolou.** Toto je umocněno potřebou prezentovat obraz úspěšného zdravotníka, genderistickou dominancí lékařů-mužů, silovým zvládnáním nároků situace a potlačením všech možných rozporů a z toho vyplývající celá řada obran. Lékaři musí

mít vysokou odolnost vůči stresu a schopnost reagovat v zátěžových situacích, kdy riziko, osobní zodpovědnost a nejistota jsou poměrně značné.

Neopomenutelnou složkou lékařovy práce na rozdíl od spousty jiných odborníků jsou emoce spojené s utrpením a přítomností smrti. Tyto emoce se objevují jak na straně pacienta a jeho blízkých, tak i na straně lékaře (Parsons, 1951). Lékař musí být **emocionálně neutrální**, podřizovat svoje emoce racionální kontrole a předcházet tak vnějším i vnitřním konfliktům, musí si zvyknout na pohled na nemocné, těžce zraněné, umírající apod., což je pro vykonávání této práce a současné zachování duševního zdraví nezbytné, říká se tomu profesionální adaptace. Na lékaře jsou v tomto smyslu kladeny dva rozporuplné požadavky – na jedné straně se očekává humánní vztah k nemocnému, musí se **umět vcítit** do vnitřního světa druhých lidí a porozumět problémům nemocných, projevovat účast s příběhem nemocného, na straně druhé se nemůže nechat příliš emočně vtáhnout do zoufalství či optimismu jednotlivého případu. Musí se naučit balancovat mezi blízkostí a odstupem. Tento nárok vyžaduje **emočně zralou osobnost**, vyrovnanou se schopností se ovládat, s **vysokou frustrační tolerancí** a rozvinutými sociálními dovednostmi. Negativní důsledky velkého odstupů či naopak velké blízkosti se projevují v profesionální deformaci – laborpatogenii, kdy se vlivem návyku či velkého „emočního investování“ projevuje otupělost, netečnost až cynismus ve vztahu k emočnímu světu pacienta.

Jeho hodnotový systém by měl mít v popředí **zájem o člověka**. Z výzkumu, který provedla Křížová a kol. (2006) vyplývá, že lékaři si nejvíce cení možnosti, že mohou pomáhat druhým. Na jev tzv. syndrom pomocníka“ upozorňuje Venglářová (2011), kdy tato intenzivní potřeba pomáhat nevychází pouze z čistého altruismu, ale může se jednat o uspokojování egoistických potřeb. To může vést až k vyhoření, které ústí v dehumanizační postoje k pacientům, pokud zdravotník aktem pomáhání uspokojuje potřeby, které nejsou naplněny v osobním životě.

### **3.2 Sociální kompetence lékaře**

V této práci jsou sociální kompetence definovány jako soubor konstruktů, jenž souvisí s kognitivními, nonkognitivními dispozicemi a behaviorálními reakcemi člověka, a které umožňují dosažení vlastního cíle při zachování sociální akceptace v konkrétním kontextu situace. Z hlediska této definice sociálně kompetentní lékař dosahuje vlastních cílů v souladu s vlastními a profesními potřebami, hodnotami i zájmy se zřetelem na cíle, potřeby a psychologický a sociální kontext pacientů. V rámci této definice lze

diferencovat mezi čtyřmi základními soubory konstruktů, vztahujících se k sociální kompetenci, jimiž jsou intrapersonální, emocionální, interpersonální a komunikační kompetence.

### 3.2.1 Intrapersonální kompetence

Intrapersonální kompetence se vztahují k jedinci samotnému a k rozvoji jeho osobnosti jako integrovanému celku. Belz a Siegrist (2001, s. 167) v rámci klíčových kompetencí zmiňují kompetence ve vztahu k vlastní osobě, kompetence v oblasti metod a sociální kompetence. Kompetencemi ve vztahu k vlastní osobě rozumí kompetentní zacházení se sebou samým, tj. nakládání s vlastní hodnotou; být svým vlastním manažerem; být schopný reflexe vůči sobě samému; vědomě rozvíjet vlastní hodnoty a sebeobraz a schopnost posuzovat sám sebe a dále se rozvíjet. Kompetencí v oblasti metod rozumí plánovitě, se zaměřením na cíl uplatňovat odborné znalosti; vypracovávat tvořivé, neortodoxní řešení; strukturovat a klasifikovat nové informace; dávat věci do kontextu, poznávat souvislosti; kriticky přezkoumávat v zájmu dosažení inovací a v neposlední řadě zvažovat šance a rizika. Valenta (2006, s. 17-26) podobně rozděluje intrapersonální kompetence na dvě skupiny na kognitivní schopnosti (srov. Belz & Siegrist kompetence v oblasti metod) a kompetence související se sebepojetím a seberegulací (srov. Belz & Siegrist: kompetence ve vztahu k vlastní osobě).

V medicíně již Balint (1999) zdůrazňoval, že „lékař a pacient se neustále ovlivňují a nelze je vnímat odděleně“. Lékařova subjektivita je proto neodmyslitelnou součástí vztahu lékař-pacient a velmi záleží na osobnosti lékaře. Mezi intrapersonální kompetence ve shodě s Valentou (2006, s. 17-26) lze zařadit:

#### ***Sociálně-kognitivní schopnosti***

Pojem „kognitivní funkce“ překrývá řadu poznávacích procesů. Ty jsou klíčové pro prožívání, chování či pro jakýkoliv rozvoj. Sociálně-kognitivní schopnosti zmiňuje i Vágnerová (2010).

- smyslové vnímání – schopnost vnímat okolní realitu, vnímat sebe sama (vnitřní pohodu, nálady apod.). Vnímání vlastních pocitů, nálad a stavů je pro lékaře nezbytné pro vhodné odhadování okolností a přiměřené reagování na ně.
- pozornost a soustředění – soustředěná pozornost věnovaná druhému člověku je v profesi lékaře nezbytná. Schopnost zaměřit se na detaily, ale zároveň být schopen jistého nadhledu.

- dovednost zapamatování – významná je paměť nejen pojmová, ale také pocitová či tělová.
- dovednost řešit problémy, a to nejen odborného charakteru, ale také problémy v mezilidských vztazích a v různých životních situacích. Lékaři vstupují do složité sítě vzájemně podmíněných vztahů, do různých činností a sociálních aktivit, přičemž některé situace jsou obzvláště náročné.
- dovednost pro učení a studium + metakognitivní strategie – znamená schopnost efektivně se učit a vyhledávat vhodné studijní postupy, a také mapovat způsoby svého konání, poznávání se a učení se a poučit se z toho.

### ***Sebezpoznání a sebepojetí***

Valenta (2006) vychází ze skutečnosti, že pro život se sebou samým, ale i pro život s druhými lidmi, je výhodné, když jedinec má realistický pohled na sebe samého (má o sobě „spolehlivé informace“), přisuzuje sám sobě adekvátní hodnotu (tedy ani se závažně nepřeceňuje ani nepodceňuje) a je se svou vlastní hodnotou v dobrém vyrovnan. To se pak obvykle projevuje pozitivně i v jeho mezilidských vztazích. Dovednost sebezpoznání v sobě zahrnuje další dílčí dovednosti jako například dovednost sebezpozorování, sebereflexe, korekce vlastního pohledu na sebe. Patří sem také dovednost v komunikaci s druhými lidmi získávat informace o sobě. Veškeré informace o sobě, o svém těle, vlastnostech, prožívání, mezilidských vztazích, hodnotách a postojích atd. se odráží ve vnímání sebe sama neboli sebepojetí vlastního „JÁ“. Cílem je rozvinout zdravé a vyrovnané sebepojetí.

### ***Seberegulace a sebeorganizace***

Tato oblast zahrnuje schopnosti a dovednosti související se sebeovládáním a organizací času (time management)

- Kontrola a regulace vlastního chování v situacích „tady a teď“ (sebekontrola, sebeovládání-regulace vlastního jednání i prožívání, vůle).
- Plánování a organizace vlastního života a dodržování těchto plánů a organizace (organizace vlastního času, plánování práce; stanovování osobních i pracovních cílů a kroků k jejich dosažení). Čas je v profesi lékaře velmi významnou a často zmiňovanou položkou.

- **Psychohygiena**

I tuto oblast Valenta (2006) rozděluje do dvou skupin. První skupina se týká prevence, předcházení problémům, zátěži a prevence stresu a zahrnuje následující dovednosti:

- dovednost pozitivního naladění mysli a dobrý vztah k sobě samému,
- dovednost naslouchat vlastnímu tělu i duši,
- zdravá životospráva a pohyb.

Do druhé skupiny patří jednání již v nastálé situaci zátěže či stresu. Patří sem různé copingové strategie (strategie zaměřené na problém (problem-focused strategy), strategie zaměřené na emoce – (emotion-focused strategy). Klíčová je i dovednost najít vhodnou pomoc při potížích, na které člověk sám nestačí.

### ***Kreativita***

Kreativita neboli tvořivost je soubor schopností, které umožňují vidět věci jinak, než je běžné. Jedná se o dovednost nacházet neobvyklá řešení. Rozvoj základních rysů kreativity se týká pružnosti nápadů, originality, schopnosti vidět věci jinak, citlivosti, schopnosti „dotahovat“ nápady k uskutečnění“.

Z výčtu je patrné, že se všechny oblasti vzájemně prolínají a ovlivňují a zároveň mají vztah i k dalším druhům sociální kompetence – interpersonální, emocionální a komunikační.

### **3.2.2 Emociální kompetence**

Sociálně-emoční (také sociálně-emocionální) kompetence reprezentují souhrn znalostí a dovedností, které člověku umožňují například nahlédnout vlastní emoce a emoce druhých, porozumět jim, regulovat je a kultivovat, orientovat se v komplexních vztahových situacích a adekvátně je řešit a v neposlední řadě také posoudit, jaké řešení je v dané situaci správné, a tato etická hlediska zohlednit ve svém jednání (Smékalová & Palová, 2016).

Saarniová (1999) byla prvním teoretikem, který podrobně popsal emoční kompetenci. Koncept emoční kompetence je v posledních desetiletí dále rozpracováván různými autory (Denham et al., 2003a; Denham et al., 2004; Denham et al. 2007; Dowling, 2001). Vědci studující emoční kompetence tvrdí, že emocionální a sociální

kompetence jsou úzce propojeny. Zároveň jsou přesvědčeni, že emoční kompetence je třeba zkoumat i jako samostatný nezávislý jev (Denham et al., 2003b).

Emoční kompetence jako schopnost zvládat pocity a chování v nejrůznějších mezilidských setkáních je základem úspěšného rozvoje vztahů, a jak ukázala práce Saarniové (1999) není předem dána, lze si ji osvojit a rozvíjet stejně jako jiné dovednosti. Rindermann (2007) definuje emoční kompetenci jako mnohorozměrný fenomén, který zahrnuje „schopnost identifikovat a vyjadřovat emoce a správně s nimi zacházet“ (cit. Kanitzovou, 2008)

Uznávanou kategorizaci emoční kompetence provedla organizace CASEL (<https://casel.org/>), která se zabývá integrací sociálně-emočního učení do vzdělávacího systému USA. CASEL (2013) rozeznává 5 základních kompetencí:

### ***Sebeuvědomování (self-awareness)***

V rámci této kompetence se naplno rozvíjí empatie k sobě. Nezbytným předpokladem pro usměrňování vlastních pocitů je jejich rozpoznání (identifikace) a porozumění jim. Lidé, kteří mají toto emoční sebeuvědomění v každém okamžiku svého života, vědí, jakou emoci prožívají. Rozpoznávají souvislosti mezi vlastním myšlením a cítěním a jsou si plně vědomi toho, jaké potřeby, přesvědčení, hodnoty a cíle je ovlivňují. Tito lidé dokáží být v dobrém kontaktu sami se sebou, snaží se porozumět svým emocím, a také způsobu, jak zachází sami se sebou, dokáží zhodnotit své chování s ohledem na jejich nenaplněné potřeby, snaží se přispět ke své pohodě například tím, že jednájí v zájmu svých vlastních potřeb a hodnot, ne z povinnosti nebo aby se vyhnuli pocitům viny, studu nebo trestu.

Gueguenová (2014) vnímavost vůči sobě popisuje:

„Klidně přijímáme celou škálu svého vnitřního života, své pocity a přání, ať jsou jakékoli, plně si je uvědomujeme, nasloucháme jim, aniž bychom je soudili a propadali pocitům viny. Empatie tedy začíná u sebe. Toto probuzení vědomí, tato etapa v poznávání sebe sama, toho, kým jsme hluboko ve svém nitru, se svým světlem i stínem, je zdrojem pokoje. Ani zdaleka nejde o to, abychom byli dokonalí, ale o to, abychom poznávali a přijímali své emoce a pocity, své silné a slabé stránky. Podstata této změny tkví v tom, že si více uvědomujeme sami sebe“ (s. 29).



Dle Rogerse (2014) vnímavost vůči sobě samotnému, tedy nárůst sebeempatie, vede k posilování prosociální tendence. Současně konstatuje, že tato sebeempatie není možná bez „sebeakceptace“. Kangová a Shaver (2004) potvrdili platnost hypotézy, že lidé s rozsáhlými emočními znalostmi sebe samých budou také velmi empatičtí vůči ostatním a budou mít velmi kvalitní mezilidské vztahy. Ukázalo se, že jedinci s rozmanitými a dobře diferencovanými emočními zkušenostmi jsou všímavější k vlastním pocitům a myšlenkám a současně otevřenější vůči novým zkušenostem. Titíž jedinci jsou vůči druhým lidem soucitnější a jejich chování je sociálně adaptivnější.

### ***Sebeřízení (self-management)***

Sebeřízení je schopnost účinně regulovat vlastní emoce, myšlení a jednání v různých situacích. Zahrnuje organizační schopnosti, zvládání stresu, motivaci sebe samého, cílevědomost a aktivní směřování k dosahování stanovených cílů (CASEL, 2013). Protože žijeme ve společnosti druhých lidí, musíme se učit přizpůsobovat svoje chování potřebám okolí, je důležité hledat rovnováhu mezi potřebami svými na jedné straně a očekáváními a potřebami druhých. V rámci této kompetence člověk dobře reguluje a řídí své reakce/impulzivní pocity/úzkostné emoce, dovede zůstat klidný, soustředěný, účelově zaměřený a pozitivní, dokonce i v emočně náročných/vypjatých situacích a pod tlakem.

### ***Sociální citění (social-awareness)***

Sociálním citěním je míněna schopnost zohledňovat různé úhly pohledu, respektovat lidi z rozdílného prostředí a kultury a být empatičtí, schopnost chápat sociální a etické normy chování, rozpoznat zdroje podpory ve vlastní rodině, škole a komunitě (CASEL, 2013, s. 9). Do této kompetence zahrnujeme především schopnost a dovednost empatie vůči druhým.

Empatie je označována za psychologický konstrukt, který má centrální funkci z hlediska lidského chování a prožívání. Lze ji považovat za základní podmínku sociální komunikace a mezilidské interakce na základě, které se vytváří relevantní interpersonální vztahy. Na druhé straně, jak zmiňuje Linhartová (in: Ptáček et al., 2011, s. 71) je to koncept, kterému není v literatuře věnována dostatečná pozornost, jeho chápání v praxi je vágní a zjednodušené, často zaměňované s jinými pojmy a terminologická pestrost je zavádějící. Všeobecně uznávanou a přijímanou koncepcí empatie vytvořil Rogers, který

vnímá empatii spíše jako „vlastnost“ terapeuta, která umožňuje specifický způsob bytí, než techniku (Rogers, 2014).

Dle Rogerse (2014):

„Empatický způsob bytí s druhým člověkem má několik aspektů. Je to vstupování do osobního percepčního světa druhého a dokonalé zabydlení se v něm. Je třeba být citlivý – vteřinu po vteřině – k proměným pociťovaných významů plynoucích v nitru druhého člověka, včetně strachu, vzteku, něhy, zmatku nebo čehokoli jiného, co druhý prožívá. Znamená to dočasně žít životem druhého člověka, orientovat se v něm taktně a vzdát se vlastního hodnocení. Předpokládá to pociťovat významy, kterých si je ten druhý sotva vědom, avšak nepokoušet se o odkrytí zcela nevědomých pocitů, neboť to by ho příliš ohrožovalo. Patří sem rovněž vyjadřování vlastních pocitů vztahujících se ke světu druhého, přičemž aspekty, jichž se protějšek obává, jsou nahlíženy svěžím a rozvázným způsobem. Předpokládá to intenzivně ověřovat správnost svých pocitů míněním druhého a nechat se vést odezvami, které od něho dostávám“ (s. 145-146).

Podle Wisenmanové (1996) se v chápání empatie nejčastěji zdůrazňuje: 1) prožívání světa tak, jak ho prožívají druzí; 2) porozumění aktuálním pocitům druhých; 3) přistupování k druhým bez předsudků (non-judgemental); 4) sdělování porozumění druhým lidem. (cit. Zášková & Mlčákem, 2009, s. 107).

V psychologických konceptualizacích je empatie nejčastěji vnímána jako lidská vlastnost (schopnost), kterou lze identifikovat a kultivovat; nebo jako profesionální stav. V této konceptualizaci je vnímána jako naučená a záměrně využívaná profesionální či terapeutická komunikační dovednost, která slouží ke sdělování porozumění klientům a je založena na empatii ve smyslu lidské vlastnosti. Jinými autory je empatie vnímána jako komunikační proces, jímž pomáhající pracovník vnímá emoce a myšlenky klienta a vyjadřuje porozumění. Tento proces má tři stadia, v prvním jde o vnímání situace a prožitků klienta, ve druhém stadiu dochází ke sdělení porozumění klientovi a ve třetím dochází ke vnímání toho, jak bylo toto porozumění přijato (Zášková, Mlčák, 2009, s. 107-108).

V současné psychologii bývá pojem empatie nejčastěji používán zejména ve vztahu ke dvěma souvisejícím lidským schopnostem, a to ke kognitivní empatii a emocionální empatii (Mlčák, 2010). Kognitivní empatie je definována jako schopnost sociálního vhledu využívající princip přejímání role či perspektivy jiné osoby, nebo jako rozumové chápání prožitků jiných bez spoluprožívání. (Zášková & Mlčák, 2009) Logika

zde převažuje nad citem (Krznaric, 2012). Afektivní složka empatie zahrnuje kapacitu sdílet pocity a zkušenosti druhého. Empatický lékař či sestra se svým pacientem sdílí porozumění (chápe pacientovu interpretaci situace) a sympatizují emoce (Kožený & Tišanská, 2011) Nejvhodnější je však účastná empatie, ve které je obsažena empatie kognitivní i emocionální. Lidé, kteří chtějí nebo potřebují empatii, nepotřebují jen pochopení (kognitivní empatie) a určitě nepotřebují, abychom cítili hloubku jejich bolesti nebo s nimi sdíleli jejich slzy. Potřebují, abychom pochopili, čím procházejí, a přijali opatření k vyřešení jejich potíží (emocionální empatie). Při účastné empatii uplatňujeme správnou rovnováhu mezi logikou a emocí. Můžeme cítit bolest jiné osoby, jako by se to stalo nám, a proto jsme schopni vyjádřit odpovídající účast. Současně však jsme schopni nadále ovládat vlastní emoce a reagovat podle situace. To znamená, že můžeme lépe rozhodovat a poskytovat vhodnou podporu, když je to nutné (Krznaric, 2012).

Ve dvacátých letech minulého století upozornil Southard na význam empatie ve vztahu lékař-pacient k usnadnění léčebné péče (cit. Hojatem, 2007). V současné době je empatie považována za esenciální složku péče o pacienta, představující základ pro smysluplný vztah mezi lékařem či sestrou a pacientem (Freshwater & Stickley, 2004; Kožený & Tišanská, 2011; Kunyk & Olson, 2001; Lauder et al. 2002).

### ***Vztahové dovednosti (relationship skills)***

Vztahové dovednosti umožňují navazovat a udržovat zdravé a hodnotné vztahy s různými jedinci i skupinami. Zahrnují jasnou komunikaci, aktivní naslouchání, spolupráci, odolávání nepřiměřenému společenskému nátlaku, konstruktivní řešení konfliktů, schopnost požádat o pomoc a nabídnout ji v případě potřeby“ (CASEL, 2013, s. 9). V této kompetenci se prolíná kompetence interpersonální, emoční i komunikační.

### ***Zodpovědné jednání (responsible decision making) a sdílené rozhodování***

Kompetence k zodpovědnému rozhodování znamená způsobilost činit konstruktivní volby v sociálních interakcích i ve vlastním jednání, a to s ohledem na normy etické a sociální, bezpečnost a realistické posouzení důsledků různých činů, vlastní úspěch i štěstí ostatních (CASEL, 2013). Odpovědné rozhodování je schopnost dělat rozhodnutí, která jsou dobrá pro jednotlivce i pro ostatní, zohledňuje jak vlastní přání, tak přání ostatních. Schopnost pochopit sebe, své činy, jak naše činy ovlivňují ostatní a co je společensky přijatelné a co nikoli. Rozhodování lékařů je mimořádně odpovědné a obtížné, zvláště tehdy pokud je v časovém stresu a pod tlakem množství pacientů.

Dnešní společnost prosazuje v souladu s Chartou lidských práv a svobod autonomii jedince jako jednu z nejvyšších hodnot, proto se prosazuje spolurozhodování lékaře a pacienta, kdy není zodpovědný pouze sám lékař nebo pacient, ale oba sdílí jak rozhodnutí, tak zodpovědnost.

#### **3.2.3 Interpersonální kompetence**

Interpersonální kompetence se vztahují k mezilidským vztahům a zařazujeme sem ve shodě s Valentou (2006, s. 26-36) schopnosti a dovednosti sociální percepce, budování a péče o vztahy, respekt k odlišnostem, dovednost spolupracovat a být schopen sociální odpovědnosti, zvládání sociálních konfliktů, ale také i ochotu jít do konfliktu a umění ho zvládnout. Interpersonální kompetence lze považovat za samostatný konstrukt, ale zároveň se velmi úzce prolíná s ostatními kompetencemi, zvláště komunikační kompetencí, prostřednictvím, které se vyjadřuje. Interpersonální kompetence zdůrazňují orientaci na druhého a budování rovnocenného, respektujícího partnerského vztahu. Belz a Siegrist (2001, s. 167) hovoří o sociální kompetenci, kterou rozumí schopnost týmové práce; kooperativnost; schopnost čelit konfliktním situacím a komunikativnost.

V medicíně můžeme pozorovat odklon od staletí uznávaného paternalistického modelu vztahu mezi lékařem a pacientem k partnerskému modelu, jehož cílem je „vrátit subjekt do medicíny“ čili zaměřit péči na pacienta. Gordon (1995) zdůrazňuje kooperativní přístup lékař – pacient, kdy pacient je aktivním účastníkem v diagnostice i léčení. Lékaři zaměřeni na spolupráci se dívají na pacienty více holisticky, jsou více zaměřeni na člověka, méně na problém. Jejich cílem je zmocnit pacienty v probíhajícím procesu autodiagnostiky. Výsledkem je, že pacienti se cítí spokojeněji, protože mohou rozvinout vlastní kontrolu a cítí se méně závislí na odborníkovi.

Na základě rešerše literatury a na podkladě rešerše, kterou provedli Eklund et al. (2017, s. 6-8) bylo vytipováno několik kategorií, které sytí interpersonální kompetenci:

### ***Sociální percepce***

Je prvním krokem a zároveň vstupní branou pro všechny další interpersonální činnosti. Sociální percepce a porozumění znamená schopnost vnímat informace tohoto druhu dostatečně rychle a přesně, chápat sociální dění, rozumět jiným lidem i jejich motivaci, pocitům, názorům a postojům. Její významnou charakteristikou je sociální flexibilita, resp. kreativita, která se vztahuje ke schopnosti uvědomovat si jednotlivé aspekty dané situace, různým způsobem je interpretovat a z jejich kombinací odvozovat řešení, které by nebylo jen aplikací naučeného stereotypu (Vágnerová, 2010). Jen málokdo se vyhne percepčním chybám, které vycházejí z předchozí zkušenosti a z převzatých postojů (předsudky a stereotypy) či z výrazných projevů osobnosti.

### ***Respekt k odlišnostem***

Téma různosti je velkým tématem mezilidských vztahů od úrovně rodiny až po úroveň národů. V lékařské profesi je toto téma zvláště důležité, a ačkoli je různost/odlišnost běžná a měla by být inspirující, často je obtížné ji zvládat. Vnímáme ji jako respektování pacientových přesvědčení, hodnot a voleb, rovněž podporování důstojnosti. Morgan a Yorden (2012) vnímají respekt jako hnací sílu konceptu péče zaměřené na pacienta (cit. Eklundem et al., 2017).

### ***Zapojení***

Je vnímáno, jako dát pacientovi čas, a to nejen objektivní, ale také subjektivní ve smyslu „být přítomný a angažovaný“.

### ***Budování a péče o vztah***

Kvalita mezilidského vztahu významně ovlivňuje prožívání a chování člověka, ale také jeho výkonnost, duševní, a dokonce i fyzické zdraví. Bezkonfliktní vztahy založené na úctě, respektu a vzájemné pomoci kladně ovlivňují celkový duševní stav zúčastněných, působí na ně příjemně, radostně, kladně motivují k práci a výkonu. Naopak vztahy poznamenané konflikty, napětím, vzájemnou neochotou, neúctou a nerespektem negativně ovlivňují celkový duševní stav zúčastněných a vyvolávají záporné pocity (obavy, strach, nedostatek sebedůvěry, pocit krivdy, neuznání, frustrace a stres). Vztah

lékaře a pacienta je v medicíně zásadní a nezastupitelný, zároveň ze své podstaty problematický, protože je založen na asymetrii (mocný lékař, nemocný, až bezmocný pacient). V posledních letech se však zdůrazňuje symetrie vztahu, partnerský až terapeutický vztah. Beran (1997, 2010) chápe vťah jako emoční vazbu, jež musí být vzájemná, pozitivní a adekvátně intenzivní. Pro vztah lékař-pacient je velice důležitá vzájemná důvěra. Význam vztahu lékař – pacient je zmíněn i v dalších pracích (Balint, 1999; DiMatteo, 2004a, b; Flocke et al., 2002; Kopřiva, 1997; Křivohlavý, 1995; Ptáček & Bartůněk, 2015; Rogers, 2014 a další).

### ***Zodpovědné jednání a sdílené rozhodování.***

Toto téma přesahuje do etiky. V našem případě jde o respektování nároků, které pacienti mají ve vztahu k tomu, jak chtějí být léčeni. Jde však o respektování nároků, které nejsou na úkor nároků druhých lidí. V oblasti mezilidských vztahů patří k základním právům právě právo na respektování osobnosti, na odpovědnou svobodu rozhodování a jednání, na spolurozhodování o věcech, které se jedince ve vztahu týkají apod. Pokud se dotýkáme šetrně práv druhého, máme šanci na lepší vztah.

### **Sdílené rozhodování**

Sdílené rozhodování znamená, že pacient je aktivní osobou v procesu léčení. Toto téma často zahrnuje zmocnění, autonomii, účast v léčebném procesu. Např. Slater (2006, s. 140) zdůrazňuje, že uznání pacienta jako centra zdravotnické péče, vede zdravotníky k tomu, aby respektovaly a podporovaly pacientovo rozhodování (cit. Eklundem et al., 2017). Brody (1980) mimo jiné zdůrazňuje, že tradiční model lékařské péče často okrádá pacienty o kontrolu, soběstačnost a sebevědomí, což přináší závislost.

V zahraniční literatuře je označováno jako „shared decision making“ (sdílené rozhodování, spolurozhodování) a jeho cílem je snížit informační a mocenskou asymetrii mezi lékařem a nemocným. Řada výzkumů poukazuje na to, že spolurozhodování o léčbě představuje cestu, jak zvýšit angažovanost nemocného, nemocní užívají méně léků a mají méně komplikací (Brody, 1980; Charles et al., 1997; Křivohlavý, 2002; Mann, 2018; Murray et al., 2006; Stevenson et al., 2000).

### ***Holistický přístup.***

Toto téma zahrnuje následující sub témata: biopsychosociální přístup, celostní přístup, nelékařské problémy jsou považovány za relevantní, kontext pacienta má vliv. Např. Scholl et al. (2014, s. 140) zdůrazňuje „uznání pacienta jako osoby jako celek včetně jeho biologického, psychologického a sociálního kontextu“ (cit. Eklundem et al., 2017).

### ***Individuální přístup***

Individuální přístup znamená přistupovat k pacientovi jako k jedinečné bytosti, s respektem k jeho jedinečnému životu (Lusk & Fater, 2013, Wilberforce, 2017 cit. Eklundem et al., 2017).

Zabývat se „agendou pacienta“ je zdůrazňováno i dalšími autory (Beran, 1997, 2010; Gordon, 1995; Krivohlavý, 1995, 2002; Ptáček, Bartůněk, 2011, 2015; Rogers, 2014 a další).

### ***Koordinovaná péče, týmová práce, kooperativnost***

Znamená připravenost a schopnost jedince podílet se aktivně a vědomě a zodpovědně na skupinových pracovních procesech, tzn. poskytovat své vědomosti, být vstřícný k ostatním a respektovat jejich představy a názory, dodržovat dohodnutá „pravidla hry“ a neztrácet ze zřetele společný cíl (Belz & Siegrist, 2001, s. 185). Ve zdravotnictví to znamená, že péče je koordinována napříč zdravotníky, institucemi, zahrnuje mezioborovou spolupráci (Pelletier & Stichler, 2014, Hudon et al., 2012; Kogan et al., 2016 cit. Eklundem et al., 2017). Tým a týmová práce ve zdravotnictví je zdůrazňován jako nedílná součást zkvalitňování péče o pacienty. Týmová práce je zde hned na několika úrovních: multioborový tým, který je postavený na spolupráci odborníků různých specializací, tým složený z lékařů a sester na oddělení ale i v rámci nemocnice, a v neposlední řadě i tým zdravotník-pacient a jeho rodina, a mohli bychom jít ještě dále a zmínit i tým zdravotníka a jeho rodiny. Spolupráce na všech těchto úrovních je nezbytným předpokladem pro kvalitní péči o pacienty.

### ***Schopnost čelit konfliktním situacím***

Konflikt je nevyhnutelný a zároveň pozitivní fakt lidské existence, pomáhá nám definovat problém. Výsledek konfliktu však závisí na způsobu řešení. Existuje mnoho různých strategií pro řešení konfliktů; ale ne všechny jsou moudrými strategiemi. Ani v medicíně není cílem, aby jedna strana lékaře, či pacient se cítili poraženi. Tento model je však typický pro paternalistický přístup lékaře k pacientovi. Gordon (1995) definoval tři strategie řešení konfliktu, první dvě znamenají, že jedna strana vyhraje a druhá prohraje, což není pro mezilidské vztahy úplně ideální. Třetí metoda vnímá konflikt jako problém, který je třeba řešit a vyžaduje vzájemné hledání optimálního řešení pro obě strany, tzv. řešení výhra-výhra. V interpersonálních situacích se můžeme setkat ještě se čtvrtým modelem a tím je, že prohrají obě strany, tím je v medicíně například situace, kdy lékař nechá pacienta podepsat negativní revers (prohra-prohra).

#### **3.2.4 Komunikační kompetence**

Komunikace, respektive komunikační (komunikativní) kompetence má velký význam a je jednou z nejčastěji požadovaných klíčových kompetencí na trhu práce. I pro medicínu má komunikace mezi lékařem a pacientem klíčový význam (Pendelton et al., cit. Ptáčkem & Bartůňkem, 2011). Komunikativnost v pojetí klíčových kompetencí se dá definovat jako „přípravenost a schopnost jedince vědomě a harmonicky komunikovat, tzn. vypovídat o sobě ostatním co nejjasněji a nejsrozumitelněji, vědomě ostatním naslouchat, umět rozlišit podstatné od nepodstatného, být vstřícný k potřebám jiných a úzkostně dbát neverbálních signálů“ (Belz & Siegrist, 2001, s. 185). Autoři, kteří se zabývají komunikační kompetencí, se shodují, že se jedná o schopnost správně tvořit sdělení a schopnost komunikovat správně v různých sociálních situacích (DeVito, 2008; Gavora, 2005; Palán, 2002; Von Thun, 2005; Vybíral, 2005). Kompetence komunikovat v zásadě znamená, že jedinec je schopen užívat přirozených prostředků komunikace k vyjádření svých myšlenek, názorů a pocitů, mínění a úsudků i k naslouchání a porozumění druhým. Kompetence komunikovat tak zahrnuje vstřícné komunikování se svým okolím, kultivované domlouvání a vyjednávání, což přispívá k vzájemnému porozumění.

V komunikaci rozlišujeme receptivní složku, která zahrnuje činnosti, při kterých člověk přijímá informace a myšlenky z vnějších zdrojů (vnímání, porozumění, naslouchání, čtení) a složku expresivní, která zahrnuje činnosti, při nichž člověk sděluje myšlenky, informace a pocity druhým (mluvení, psaní).



Komunikace není vlastnost, kterou člověk buď má, nebo nemá, ale je to celá řada dovedností, které je třeba se učit a naučit, upozorňuje Ptáček (2011, s. 37) a připomíná, že lékařská komunikace musí být rozvíjena na profesionální úrovni. V posledních letech vzrůstá ze strany odborníků tlak na lékaře a zdravotníky, aby zlepšili své komunikační schopnosti a dovednosti, a ty se stávají součástí kompetenčních modelů v západních zemích (CanMEDS, ACGME, GMP, Scottish Doctor). Význam komunikace a její dopady na léčbu jsou zkoumány v posledních 25 letech nesčetnými badateli a jejich výzkumy. Ptáček (2011, s. 38-40) uvádí, že efektivita vhodné komunikace lékaře s pacientem je lépe prozkoumaná a prokázána, než řada běžně používaných farmakologických postupů a vyjmenovává oblasti, ve kterých má efektivní komunikace pozitivní dopad: 1. lepší – rychlejší a přesnější stanovení diagnózy; 2. vyšší účinnost léčby, rychlejší úzdrava a nižší recidiva; 3. větší spokojenost pacientů; 4. lepší compliance; 5. nižší náklady na léčbu; 6. snížení počtu medicínsko-právních sporů.

**Komunikace** je vnímána jako oboustranná interakce mezi zdravotníkem a pacientem, kde informace jsou nejen předávány, ale také přijímány a sdíleny. Komunikační proces zdůrazňuje aktivní roli na obou stranách (vysílače i přijímače), ale také celou řadu zkreslení, ke kterým může docházet v průběhu kódování a dekódování, jak na straně vysílače, tak na straně přijímače. Komunikace probíhá na mnoha úrovních, což značně ztěžuje porozumění a domluvení se. Watzlawick et al. (2000) rozlišuje v komunikaci dvě základní roviny: obsahovou a vztahovou. Obsahová rovina zahrnuje to, co sdělujeme (informace) a vztahová rovina určuje povahu vztahu mezi účastníky komunikace (definování vztahu).

Obsahová rovina tedy souvisí s „vysíláním“ a „přijímáním“ informací, můžeme ji také označit instrumentální rovinou. Cegala et al. (2004) rozdělují komunikační dovednosti v obsahové rovině do třech skupin: poskytování informací (information provision), vyhledávání informací (information seeking) a ověřování informací (information verifying). Budeme-li se držet tohoto základního schématu, lze základní komunikační dovednosti v rovině obsahové rozdělit následujícím způsobem:

**Umění poskytovat informace** – sdělovat informace o příčinách medicínského problému, jeho vzniku, symptomech, požadovaných testech-diagnostice, léčbě a prognóze

**Umění přijímat informace** – vyhledávat a shromažďovat informace od pacienta

- a. umění ptát se a získávat informace
- b. umění poslouchat bez přerušování

**Umění ověřovat si porozumění** zahrnuje ověřování a kontrolu pochopení informací pacientem, případné zopakování či doplnění

Vztahové aspekty v komunikaci lékař-pacient jsou mnohem méně jednoznačné a komplikovanější. Literatura zmiňuje vztahovou (Kreps, 1988), afektivní (Ben-Sira, 1980) či socioemocionální (Roter et al., 1988) komunikaci, kam zahrnují vyjádření péče, obav, vřelosti, empatie, porozumění, vstřícnosti a důvěry.

Pro účely této práce bude vztahová rovina komunikace označována afektivní komunikací, která obsahuje:

**Umění neverbální komunikace** znamená mít cit pro vlastní řeč těla i pro řeč těla ostatních a v další fázi svoji řeč těla cíleně přizpůsobovat komunikačním partnerům a různým situacím. Rogersová (2002) upozorňuje, že pokud není řeč těla správná, pacient často neslyší, co lékař říká.

**Umění aktivního naslouchání** jako metoda byla nejvíce popsána Rogersem (1949, 1967) a Gordonem (1995). McWhinney (1989) považuje aktivní naslouchání za klíč k péči o pacienta. Posluchač vysílá zpátky informace, pokouší se svými slovy vyjádřit myšlenky a pocity komunikačního partnera, aby si je druhý mohl uvědomit, a kontroluje, jestli skutečně porozuměl tomu, co měl jeho komunikační partner na mysli či „na srdci“. Je to metoda, která napomáhá porozumění myšlenkám a pocitům komunikačních partnerů, ale také metoda, která pomáhá vytvářet pozitivní klima pro rozhovor, činí rozhovory efektivnější, zabezpečuje porozumění mezi účastníky rozhovoru a tím předchází konfliktům, a zároveň je zklidňuje. Studii o účinnosti aktivního naslouchání provedl např. Weger et al. (2014).

**Koncept „Já sdělení“** byl popsán Gordonem v 60. letech 20. století a je zaměřen na pocity vysílače (mluvčího). Výroky „Já“ na rozdíl od výroků „Ty“ umožňují řečníkům, aby byli

asertivní, aniž by obviňovali, což často na posluchače působí, že se budou cítit defenzivně. Prohlášení „Já“ může člověku pomoci uvědomit si problematické chování a obecně nutí mluvčího, aby převzal odpovědnost za své myšlenky a pocity spíše, než aby je připisoval, někdy nepravdivě nebo nespravedlivě někomu jinému. Při správném používání mohou výroky „Já“ podporovat pozitivní komunikaci ve vztazích a mohou jim pomoci posílit se, protože sdílení pocitů a myšlenek čestným a otevřeným způsobem, může pomoci partnerům přiblížit se na emoční úrovni.

**Vyjednávání win-win (nebo No-Lose Conflict Resolution method).** Scholl et al. (2014) a McCormack & McCance (2006) zdůrazňují společné vyjednávání jako základ pro rozhodování. Tato metoda vyžaduje závazek obou osob nevyužít sílu k uspokojení jejich potřeb na úkor druhé osoby, která nedosáhne uspokojení svých potřeb. Každý konflikt vnímá jako problém, který je třeba vyřešit, a vyžaduje vzájemné hledání řešení, které bude přijatelné pro obě strany, tedy řešení bez ztráty neboli oboustranně výhodné řešení.

**Sdílené rozhodování.** Charles et al. (1997) popsali čtyři charakteristiky spolurozhodování:

1. Na spolurozhodování se podílejí minimálně dva účastníci (lékař, pacient, ale i příbuzní: rodiče, právníci, zákonní zástupci).
2. Obě strany musí sdílet informace.
3. Obě strany musí vynaložit úsilí o zapojení.
4. Musí dojít k rozhodnutí a obě strany s ním musí souhlasit.

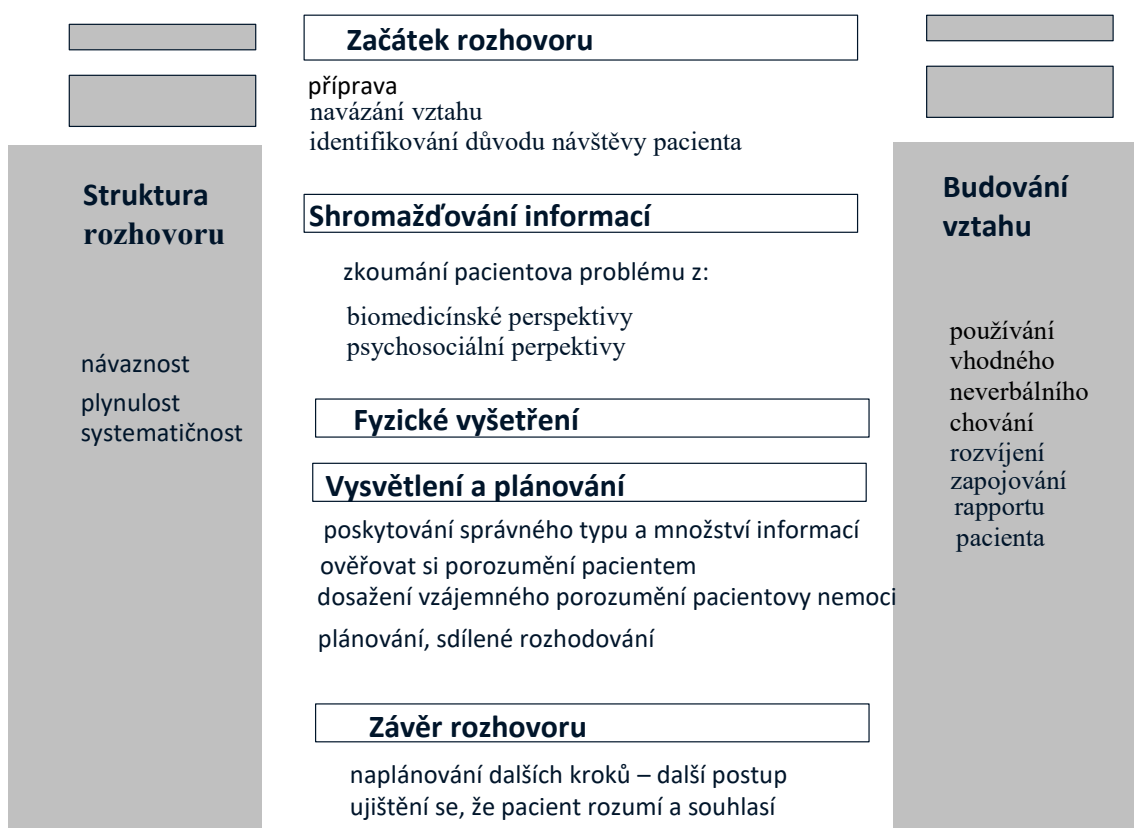
Různí pacienti však přistupují k podobným situacím různě a lékaři musí být v tomto ohledu přizpůsobiví. Studie Stevenson et al. (2000) zkoumala, zda jsou v lékařské praxi naplněna Charleseho kritéria pro spolurozhodování a ukázala, že v rozhovorech první dvě kritéria, která jsou zároveň i předpokladem pro spolurozhodování, často nebyla vůbec naplněna. Lékaři uváděli několik překážek, mezi nimi nejčastější byl časový tlak, přesvědčení, že pacient chce vyřešit problém a stejně tomu nerozumí, že lékař nejlépe ví, co je pro něj dobré. Murray et al. (2006) uplatnil tento model v primární péči a zjistil, že spolurozhodování není nezbytně optimálním způsobem rozhodování. Mnozí pacienti nechtějí sdílet odpovědnost a místo toho dávají přednost informovanému modelu, kdy chtějí informace, ale rozhodnutí chtějí nechat na lékaři. Tyto studie ukazují, že je potřeba tomuto tématu věnovat větší pozornost.

Výše uvedené dovednosti jsou předpokladem pro efektivní vedení rozhovoru.

### ***Efektivní vedení dialogu.***

Vést dialog je jedním ze základních požadavků efektivní komunikace lékař-pacient. Ptáček (2011, s. 62-65) zdůrazňuje, že dialog je specifickou dovedností, která má svůj specifický cíl a měla by mít i svoji strukturu. V odborné literatuře existuje celá řada modelů (Byrne-Long model, 1976; Neighbour, 1987; Pendleton's model, 1984), přičemž nejcitovanější je tzv. Calgary-Cambridge model rozhovoru dle Silvermana et al. (2013) na obrázku 4.

**Obrázek 4**  
***Calgary-Cambridge model rozhovoru***



Zdroj: vlastní překlad dle Silverman et al. (2013), s. 15.

Podobný systém sestavila, ověřila a nabídla zdravotnické veřejnosti holandská skupina Herra F. Kraana a jeho spolupracovníků tzv. Maastrichtský komunikační systém, který shrnuje požadované komunikační dovednosti, které doporučuje osvojit si jako samozřejmý postup při práci s nemocnými. Systém shrnuje šest zásadních okruhů:

1. Objasnění důvodů pacientovy návštěvy.
2. Shromáždění anamnestických údajů.
3. Navržení řešení a postupu.
4. Umění strukturovat rozhovor.
5. Zvládnutí mezilidského vztahu.
6. Zvládnutí komunikačních dovedností.

První okruh zahrnuje schopnost emocionálně vyjádřit svou účast na problému pacienta, zeptat se na pacientovu představu požadovaného zlepšení apod. V oblasti shromažďování anamnestických údajů se klade důraz na zjišťování životních okolností, které se vážou k současným potížím pacienta, prozkoumání kvality vztahů v rodině a nejbližším okolí pacienta. Ve třetím okruhu je zmiňována diskuse o kladech a záporech doporučeného řešení, zjištění, zda pacient nemá odlišný názor na problém a jeho řešení, diskuse o rozdílných názorech, konkrétní vysvětlení, jak budou doporučení realizována, zpětná kontrola, zda pacient porozuměl navrhovanému doporučení. Čtvrtý okruh zahrnuje celkovou strukturu rozhovoru od začátku do konce, včetně zahájení, stanovení délky rozhovoru, jeho programu. V oblasti zvládnutí mezilidského vztahu je pozornost věnována umění povzbudit vzájemnou komunikaci, přiměřeně emočně reagovat, umění reagovat na emoční projevy, umět v případě potřeby použít meta-komunikační prvky, navodit u pacienta pocit uvolnění, když je třeba, stanovit a udržet přiměřené tempo rozhovoru, kongruentně sladit své neverbální projevy se slovním projevem, umět udržet oční kontakt s pacientem. V poslední oblasti systém doporučuje například užívat správně cílené otázky, konkretizovat problémy, umět udělat krátká a výstižná shrnutí probrané tematiky, poskytovat informace, kontrolovat, zda pacient porozuměl informaci, používat srozumitelný jazyk (Honzák, 1999, s. 44-68).

### **3.3 Kompetenční modely ve zdravotnictví**

Kompetence a sociální kompetence se stávají obsahem tzv. kompetenčních modelů, které jsou nejvíce využívány v oblasti řízení lidských zdrojů a v oblasti vzdělávání. Řízení lidských zdrojů podle kompetencí (Competency Based Management/HR) je v současnosti považováno za nejefektivnější způsob personální práce. Využívání kompetencí a jejich zapojení do personálních procesů organizace napomáhá ke zvýšení výkonu jednotlivců a je zároveň prostředkem vyjadřujícím kulturu a firemní hodnoty organizace (Armstrong. 2015; Hroník, 2007; Koubek, 2009; Veteška, & Tureckiová, 2008).

Kubeš et al. (2004), Hroník (2007), Tureckiová & Veteška (2008) považují kompetenční model za seznam klíčových kompetencí s jejich behaviorálními projevy, které jsou potřebné v určité pozici nebo úrovni řízení. Kompetence (jejich identifikace a druhy) jsou ovlivněny posláním organizace, strategií, klíčovými hodnotami, firemní kulturou apod. Správně připravený kompetenční model je pro organizaci široce využitelným nástrojem, který lze uplatnit na úrovni náboru a výběru zaměstnanců, ve fázi adaptace, v rámci vzdělávání a rozvoje a plánování kariéry, ale také k hodnocení a odměňování pracovníků. Tureckiová (2014) konstatuje, že přes veškeré výhrady ke kompetenčním modelům (jejich zkreslování a zjednodušování) v obecnějších souvislostech skutečně vytváří předpoklad pro optimalizaci potenciálu jednotlivců, pro zvládnutí rozličných sociálních rolí a pro úspěšné jednání v různých životních situacích.

V západním zdravotnickém prostředí již od začátku 21. století vznikají kompetenční modely jak pro lékaře (Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME, 2001, USA; CanMEDS, 2005, Canada; General Medical Council, Good Medical Practice, GMC, 2004, 2005, UK), tak pro sestry (QSEN 2007; COPA, Lenburg, 1999b; 2009) s cílem zvýšit kvalitu péče a bezpečnost pacientů. Přestože toto téma je prioritou v dnešní moderní medicíně, přesto jejich zavádění a integrace není ještě plně praktikováno (Barnsteiner et al., 2014).

Problematikou bezpečí a spokojenosti pacienta se vědci začali ve větší míře zabývat na sklonku 20. století, kdy v rámci Institutu medicíny (IOM) vyšla zpráva „To Err is A Human“, která nastartovala snahy přivést na světlo strategie, které by se více zabývaly bezpečností a spokojeností pacienta.<sup>20</sup>

V roce 2002 se uskutečnil interdisciplinární summit k další reformě vzdělávání ve zdravotnických profesích s cílem zvýšit kvalitu péče a bezpečnost pacientů. Jeho výsledkem byl **Most ke kvalitě (A Bridge to Quality)**, kde byl integrován základní soubor kompetencí ve zdravotnictví. Kompetence jsou zde definovány jako obvyklé a

---

<sup>20</sup> Například Texas, Massachusetts a Vermont zahájili celostátní iniciativy v oblasti kvality (Allen et al., 2008; Boyer, 2002, 2008; Massachusetts Board of Higher Education, 2007), nebo Institut QSEN rozpoutal iniciativu pro vzdělávání zdravotních sester (Sherwood & Drenkard, 2007), národní projekt financovaný Evropskou unií, Nadace Roberta Wooda Johnsona vyzvala 15 fakult k cenově ošetřovatelských programů a k implementaci kompetencí IOM (Greiner & Knebel, 2003).

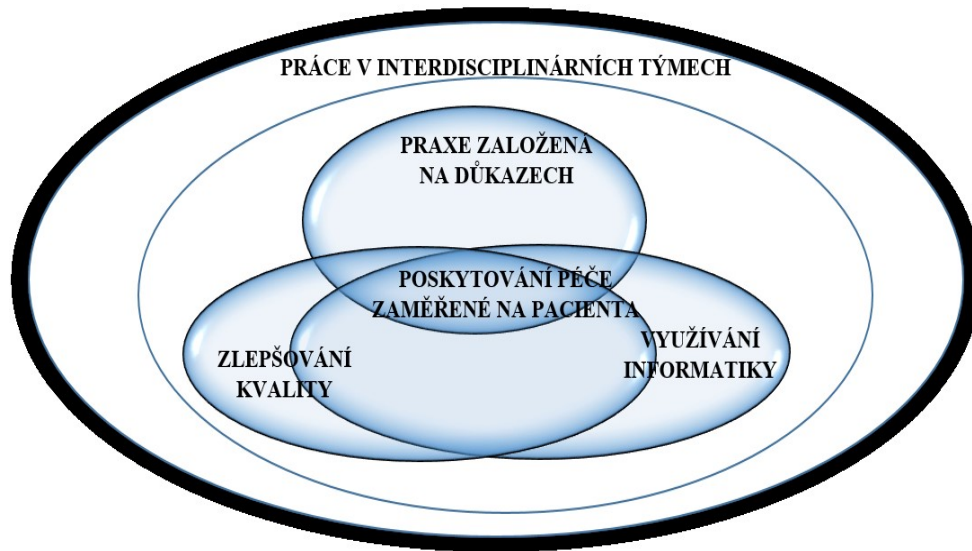
rozumné využití komunikace, znalostí, technických dovedností, klinických úvah, emocí, hodnot a reflexe v každodenní praxi (Hundert et al., 1996).

Výbor navrhl soubor pěti základních kompetencí, které by měli mít všichni zdravotníci, bez ohledu na jejich specializaci, aby uspokojili potřeby zdravotnického systému 21. století, které jsou znázorněny na obrázku 5.

- 1) **Poskytovat péči zaměřenou na pacienta**, znamená identifikovat, respektovat a věnovat pozornost individuálním rozdílům, hodnotám, preferencím a vyjádřeným potřebám; zmírnit bolesti a utrpení; koordinovat průběžnou péči; poslouchat, jasně informovat, komunikovat a vzdělávat pacienty; sdílené rozhodování a řízení; a neustále podporovat prevenci nemocí a zdravého životního stylu.
- 2) **Pracovat v interdisciplinárních týmech**, znamená spolupracovat, komunikovat a integrovat péči v týmech a tím zajistit, že péče bude nepřetržitá a spolehlivá.
- 3) **Uplatňovat praxi založenou na důkazech**, znamená integrovat nejmodernější znalosti a klinické zkušenosti s hodnotami pacienta pro zajištění optimální péče a podílet se na výzkumných činnostech v možném rozsahu.
- 4) **Neustále zlepšovat kvalitu**, znamená identifikovat chyby a rizika v péči; provádět standardizace a zjednodušování péče; průběžně chápat a měřit kvalitu péče z hlediska struktury, procesu a výsledků ve vztahu k potřebám pacienta a společnosti; navrhovat a testovat intervence ke změně procesů a systémů péče s cílem zlepšit kvalitu.
- 5) **Využívat informatiku**, znamená komunikovat, eliminovat chyby a podporovat využívání informačních technologií (upraveno a přeloženo dle Greiner & Knebel, 2003).

## Obrázek 5

*Průnik jádrových kompetencí pro zdravotníky*



Zdroj: vlastní překlad dle Greiner & Knebel, 2003, s. 46.

V následujícím přehledu jsou uvedeny hlavní zahraniční kompetenční modely pro lékaře:

### **Americký kompetenční model**

Model byl vytvořen v roce 1999 a stále je upravován pro aktuální potřeby Akreditační radou pro postgraduální vzdělávání lékařů (Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME). Obsahuje 6 klíčových kompetencí, které mají pomoci definovat základní dovednosti, které by měl mít každý lékař.

- 1. Učení a rozvoj založené na praxi (Practice-Based Learning and Improvement)** – znamená celoživotní učení v praxi a pro praxi.
- 2. Péče o pacienty a procedurální dovednosti (Patient Care and Procedural Skills)** – zdůrazňuje potřebu péče zaměřené na pacienta, včetně všech jejích aspektů.
- 3. Systém založený na praxi (Systems-Based Practise)** – zahrnuje bezpečnost a kvalitu péče o pacienty za pomoci kvalitních systémů.
- 4. Odborné znalosti (Medical Knowledge)** – neustálé vzdělávání se a udržování odbornosti na vysoké úrovni – zkoumání, dotazování, hledání souvislostí. Sdílení těchto osvědčených postupů s lékařskými kolegy a využití těchto znalostí v diagnostice a léčbě pacientů.
- 5. Interpersonální a komunikační dovednosti (Interpersonal and Communication Skills)** – znamená schopnost přijímat informace a předávat je ostatním. Za tímto účelem musí lékaři rozvíjet smysluplné vztahy nejen se svým pacientem, ale také s



rodinou pacienta a dalšími zdravotnickými pracovníky a členy zdravotnického týmu, se kterými denně spolupracují. Vytvářet a udržovat terapeutický vztah s pacienty a jejich rodinami, pracovat efektivně jako člen nebo vedoucí zdravotnického týmu.

- 6. Profesionalita (Professionalism)** je zastřešením všech předchozích kompetencí a předpokládá, že lékař bude jednat se všemi lidmi (s pacienty i kolegy) s úctou, empatií a důstojností bez rozdílu věku, pohlaví, kultury, rasy, náboženství, zdravotního postižení a sexuální orientace (ACGME, 2001).

### **Britský kompetenční model (Good Medical Practise, GMP)**

Tento model popisuje, co znamená být dobrým lékařem. Vznikl v roce 2013 a od té doby byl několikrát upgradován, naposledy v roce 2019. Obsahuje 4 domény, které jsou dále členěny na dílčí dovednosti.

**Znalosti, dovednosti výkon (Knowledge, Skills, Performance).** Tato doména dále obsahuje udržování profesionálního výkonu, aplikace znalostí do praxe, zajišťování veškeré dokumentace, aby záznamy byly přesné a čitelné.

**Bezpečí a kvalita (Safety and Quality).** Tato doména obsahuje zájem o zajišťování a udržování ochrany pacientů, reagovat na rizika, chránit pacienty a kolegy před možnými riziky.

**Komunikace, partnerství a spolupráce (Communication, Partnership, Teamwork).** Tato doména zahrnuje efektivní komunikaci, konstruktivní spolupráci s kolegy, včetně efektivního delegování a budování a udržování vztahů s pacienty.

**Udržování důvěry (Maintaining Trust)** obsahuje tři prvky: zacházet s pacienty i kolegy spravedlivě, s respektem, poctivě a bezúhonně (GMP, 2013).

### **Kanadský kompetenční model (CanMEDS)**

Kanadský kompetenční model je nejrozšířenější a nejvíce využívaný model v Evropě i na celém světě. Byl vytvořen J. R. Frankem v roce 2005. V roce 2001 vznikl znak CanMEDS, který představuje jednotlivé role a jejich vzájemné překrývání a propojenost. Kompetenční model stanoví vysoké vzdělávací standardy lékařů, jejichž cílem je přispět a zlepšit péči o pacienty.

### **Odborník (Medical Expert)**

- Používá klinické dovednosti a znalosti biomedicínských věd k naplnění rozsahu praxe.
- Spolupracuje s pacienty a rodinami na péči a řízení zaměřeném na pacienta“.
- Přispívá ke kvalitě zdravotní péče a bezpečnosti pacientů.

### **Komunikátor (Communicator)**

- Buduje vztah a je empatický ve všech interakcích s pacienty a jejich rodinami.
- Snaží se porozumět pohledu a očekáváním pacientů, vnímá je z psychosociální perspektivy.
- Používá aktivní naslouchání, vede dialog, klade otevřené otázky.
- Sdílí informace srozumitelným způsobem a podporuje porozumění pacienta.
- Vede zřetelnou dokumentaci o pacientovi a sdílí informace s ostatními členy týmu.

### **Spolupracovník (Collaborator)**

- Spolupracuje a) sdílením informací a perspektiv; b) sdílením odpovědností; c) společným učením.
- Spolupracuje v rámci vzdělávání, péče, administrativy apod.

### **Vůdce (Leader)**

- Přebírá odpovědnost za nepřetržitý provoz, vývoj a neustálé zlepšování zdravotnického systému.
- Vykonává nad rámec klinické nebo technické role.
- Přebírá administrativní, vyučovací a vědecké role a odpovědnosti.
- Využívá efektivně zdroje k dosažení nákladově efektivní péče.
- Přispívá ke zlepšení osobní praxe, týmu, organizace a systému.

### **Advokát zdraví (Health Advocate)**

- Rozeznává determinanty zdraví, které ovlivňují pacienty, a podporuje pacienty při procházení zdravotnickým systémem.
- Spolupracuje s komunitami a populacemi, aby ovlivňovali změny ve zdravotním systému.
- Přispívá k podpoře zdraví a prevenci nemoci.
- Mluví jménem ostatních, zvyšuje odbornost sobě, týmu, organizaci i systému.

### **Vědec (Scholar)**

- Plánuje a zapojuje se do celoživotního učení.
- Učí ostatní.
- Posuzuje a používá důkazy pro každodenní praxi.
- Přispívá k výzkumu, včetně vytváření, šíření a převádění do praxe.

### **Profesionál (Professional)**

- Věnuje se pacientům, společnosti, profesi a sobě.
  - a) Pacienti - udržuje klinickou způsobilost a dodržuje etické standardy.
  - b) Společnosti - prokazuje společenskou odpovědnost reagováním na společenské potřeby a očekávání.
  - c) Profesi – hodnocením, mentorováním, podporou druhých, stanovováním standardů
  - d) Sobě: poskytuje si realistické sebehodnocení a sebereflexi, buduje sebevědomí a vlastní pohodu (Frank, 2005).

### **The Scottish doctor**

V tomto modelu jsou definovány tři podstatné prvky kompetentního a reflexivního lékaře:

1. **Oblast: „dělat správné věci“ – technická inteligence** („doing the right things“ – technical intelligences). Do této oblasti patří klinické schopnosti a dovednosti, ale také dovednost zjistit informace o pacientovi a jeho rodině, interpretovat výsledky fyzického u psychologického vyšetření, na základě toho stanovit diagnózu, naplánovat společně s pacientem léčebné postupy a procedury aj.).
2. **Oblast: „dělat věci správným způsobem“ – intelektuální, emocionální, analytická a kreativní inteligence** („doing the thing right’ intellectual, emotional, analytical and creative intelligences). Do této oblasti patří bio-psycho-sociální přístup, etické porozumění a právní odpovědnost, rozhodovací schopnosti a uvažování v souvislostech aj.
3. **Oblast: „správná osoba dělá správné věci správně“ - personální inteligence** (the doctor as a professional, „the right person doing it“ = personal intelligences). Do této oblasti je zahrnuta motivace, reflexivita,

ochota se učit, péče o duševní zdraví, chápání své role v rámci zdravotnického systému aj. (Simpson, 2002).

V České republice neexistuje jednotný kompetenční model, který by se využíval obecně pro lékaře či další zdravotníky. Začínají se objevovat modely, které jsou aplikací např. kanadského modelu.

## 4 Kompetenční vzdělávání lékaře

Sociální kompetence nejsou pouze schopnosti a vlastnosti, ale je to celá řada dovedností, postojů, návyků, kterým je třeba se učit a naučit. Sociální kompetence proto musí být rozvíjeny na profesionální úrovni v průběhu celého života lékaře. Proto je třeba zahrnout do lékařského vzdělávání i nekognitivní aspekty výcviku, které by korelovaly s klinickým vzděláváním a výcvikem. V souvislosti s těmito potřebami se především v západním světě, ale i v České republice hovoří o tzv. **vzdělávání založeném na kompetencích (CBE)** či **učení zaměřeném na studenta (SCL)** a v rámci výuky se stále více používají různé **interaktivní metody**. Personalizace se stává celkovým cílem mnoha vzdělávacích systémů na celém světě.

### 4.1 Personalizované vzdělávání

#### 4.1.1 Vzdělávání založené na kompetencích

Pojem kompetence má v oblasti vzdělávání svoje opodstatněné místo a je předmětem diskusí v zahraniční, ale i naší literatuře, zvláště v posledních letech. Svědčí o tom řada teoreticky a metodologicky propracovaných textů. Klasickou studií v zahraniční literatuře v oblasti kompetencí je práce Erauta (1994). V české pedagogické literatuře se touto problematikou zabývají např. Slavík a Siňor (1993), Švec (1999), Vašutová (2001), Spilková (2004). Významem kompetencí v profesním vzdělávání dospělých se převážně zabývá Hroník (2007), Tureckiová (2009) a Veteška (2009, 2010) a ve společných dílech (2008, 2011). Autoři považují za vhodný holistický přístup, který vychází z komplexního přístupu k profesi, v němž hraje důležitou roli provázanost jednotlivých komponent. Profesní kompetenci chápou jako komplexní schopnost či způsobilost k úspěšnému vykonávání profese, zahrnující znalosti, dovednosti, postoje a osobnostní charakteristiky. Ve vztahu k pregraduální přípravě na konkrétní profesi lze kompetenci chápat jako cílové a komplexní oblasti rozvoje budoucího příslušníka určité profese, které vytvoří předpoklady pro jeho profesionální myšlení a jednání.

Vzdělávání založené na kompetencích zaujímá holistický přístup k „celému studentovi“ založený na myšlence, že pokud chceme vychovat skutečně schopného studenta, nestačí nám pouze jednoduchý záznam dříve prokázaných akademických schopností, ale je třeba se zabývat i motivací studentů, jejich zapojením do učení a úrovní zvládnutí učení, a proto je třeba vzít v úvahu i sociální a emoční aspekty učení.

Vzdělávání založené na kompetencích se začalo rozvíjet v USA. V roce 2011 iNACOL a Council of Chief State Officers (Rada vrchních státních školských úředníků) prosadily přístup k výuce a učení založený na kompetencích a navrhli těchto pět prvků koncepce:

- Kompetence zahrnují explicitní, měřitelné a převoditelné cíle učení, které zvyšují dovednosti studentů.
- Studenti dostávají správně načasovanou, individuální podporu podle svých vzdělávacích potřeb.
- Hodnocení je smysluplné a pro studenty představuje pozitivní zkušenost.
- Studenti postupují až poté, co prokázali zvládnutí určité látky.
- Výsledky učení kladou důraz na kompetence, které zahrnují používání a utváření znalostí spolu s rozvojem důležitých dovedností a dispozic.

Vzdělávání založené na kompetencích především **staví studenta do středu vysoce personalizovaného učení.**

Koncept vzdělávání založeném na kompetencích se stává dominantním v rámci počátečního vzdělávání na všech úrovních (primární, sekundární, terciární) všeobecného vzdělávání. V České republice je dosud aplikován do úrovně sekundárního vzdělávání, i když jak upozorňuje Tureckiová (2014) jeho vstup do terciárního vzdělávání je nevyhnutelný s ohledem na to, že na vysoké školy již nastupují absolventi středních škol, kteří jsou zvyklí na takové způsoby práce, jež vedou k rozvíjení mezioborových kompetencí a k individualizaci způsobů, jak si rozličné kompetence osvojovat a rozvíjet.

I když žádný zkoumaný školský systém nepřešel plně na vzdělávání založené na kompetencích, objevila se celá škála přístupů ke vzdělávání, kdy v centru pozornosti stojí student<sup>21</sup> (Bristow & Patrick, 2014).

---

<sup>21</sup> Ve Finsku probíhá během posledních 40 let rozsáhlá reforma vzdělávání, která prosazuje systémový přístup k větší individualizaci na středních školách.

V Britské Kolumbii se v politice vzdělávání hovoří o kompetencích a personalizaci, země inovuje pedagogickou strukturu a dává studentům možnost volby ve třídách prostřednictvím flexibilního základního kurikula

Nový Zéland má dobře formulované rámce kompetencí, nejautonomnější školy v rámci OECD a velice podporuje sebehodnocení ředitelů, učitelů, a dokonce i studentů.

Skotsko již více než 11 let zavádí většinu součástí vzdělávání založeného na kompetencích do politiky vzdělávání. Národní standardy podporují autonomii učitelů, formativní hodnocení je běžné a podpora ve třídě se zaměřuje na „celého žáka“ spíše než pouze na akademický výkon.

#### 4.1.2 Učení zaměřené na studenta

Kompetenční vzdělávání je integrováno do modelů dynamického vzdělávání. Přibližně od 30. let 20. století se v pedagogice začínají používat dva výrazy „zaměřené na učitele“ a „zaměřené na studenta“, které slouží k popisu dvou odlišných přístupů k výuce. „Zaměřené na učitele“ se obvykle týká učebních situací, ve kterých učitel uplatňuje kontrolu nad materiálem, který studenti studují, a nad způsoby, jak studují (co, kdy, kde, jak a jakým tempem se učí). Ve třídách zaměřených na učitele je učitel považován za experta, má tendenci být nejaktivnější osobou v místnosti a většinou hovoří (přednáší, předvádí, vydává pokyny), zatímco studenti tráví většinu času posloucháním, děláním si poznámek, odpovídáním na otázky, které učitel klade, nebo plněním úkolů a testů. Učitel rozhoduje o výuce bez ohledu na možnosti a preference studentů, uplatňuje autoritativní řízení, doprovázené udržováním studentů ve stavu strachu a úzkosti prostřednictvím zkoušek a známek, přičemž klade přílišný důraz na rozvíjení intelektových schopností studentů. Naproti tomu „zaměřené na studenta“ obvykle ukazuje na formy výuky, které studentům dávají příležitost vést vzdělávací aktivity, aktivněji se účastnit diskusí, navrhovat vlastní vzdělávací projekty, zkoumat témata, která je zajímají, a obecně přispívají k tvorbě vlastního průběhu studia a tím je posilována důvěra ve vlastní zkušenosti. Je upřednostňováno učení prožitkem, kdy studenti mají možnost objevovat význam vlastních zkušeností a vedle intelektových schopností jsou rozvíjeny i jejich vnitřní kvality – postoje, morálních hodnoty, pocity, motivy, kreativita, sebeúcta apod. Výuka zaměřená na studenta je navíc často spojena s učebnami, které mají psací stoly uspořádané do kruhů nebo malých skupin (spíše než řady psacích stolů, které stojí před učitelem), s výukou „samostatně“ nebo „vlastním tempem“ nebo se zkušenostmi z učení, které se koná mimo tradiční prostředí učeben nebo školní budovy.

Učení zaměřené na studenta (SCL nebo SCT) je postaveno na čtyřech principech:

- Učení je přizpůsobené studentovi.
- Učení je založeno na kompetencích.
- Učení probíhá kdykoli a kdekoli.
- Studenti si řídí svůj proces učení.

(Bristow & Patrick, 2014, s. 6).

SCL má kořeny v pragmatické pedagogice Johna Deweye a v Rogersově přístupu. Rogers (2014) nejenže kritizoval tradiční vzdělávací systém zaměřený na předávání informací, ale hledal a testoval organizační formy výuky a didaktické metody, které by byly v souladu s jeho teorií osobnosti a filozofií vzdělávání. Pokud se dle něj vzdělávací instituce začnou orientovat na člověka, tedy pokud vytvoří facilitující podmínky (popsané výše), pak i kognitivní cíle budou dle jeho názoru dosaženy mnohem přirozeněji.

Vzděláváním zaměřeným na studenta se u nás zabývá Mikoška (2017). Od zavádění SCL do praxe si vědci slibují rozvoj kritického, reflektujícího a na řešení problému zaměřeného myšlení. K tomu je nutné ve třídě vytvořit svobodnou a bezpečnou atmosféru, která podporuje komunikaci mezi pedagogy a studenty a umožňuje silnější participaci studentů na výuce. Akcentována je zde zodpovědnost za své učení, kooperativnost a nezávislost v myšlení. Obecně lze konstatovat, že SCL je v současnosti definováno nejen postojem pedagoga, nýbrž skladbou preferovaných výukových metod a strategií (Mikoška, 2017, s. 70).

#### **4.2 Medicínské vzdělávání založené na kompetencích**

Medicínské vzdělávání založené na kompetencích (CBME) nebo také výcvik (CBMT) se od přelomu 21. století stávají běžně používanou terminologií v lékařském vzdělávání především v Kanadě, Spojených státech a částech Evropy a Spojeného království, o čemž svědčí zasedání na významných mezinárodních konferencích (Frank et al. 2008; Frank et al., 2010a; Thompson et al., 2009), inovativní pilotní projekty (Kraemer 2010) a narůstající počet klíčových publikací ve zdravotnických vzdělávacích časopisech (Albanese et al. 2008; Aggarwal & Darzi 2006; Carraccio et al. 2002; Harden 1999; Leung 2002; Long 2000)

„Kompetence“ se staly jednotkou plánování lékařského vzdělávání v mnoha jurisdikcích (Albanese et al. 2008; Leung 2002). Kompetenční modely, jako je CanMEDS (Frank et al. 2005; Frank & Danoff, 2007), výsledný projekt USA Akreditační rada pro postgraduální lékařské vzdělávání (ACGME 2001), britský model BMP (2013) a The Scottish doctor (Simpson et al. 2002), nyní pravděpodobně tvoří základ výuky pro většinu studentů medicíny v západním světě.

Systemy zdravotní péče a potřeby péče o pacienta se dramaticky mění, proto cílem CBME je vychovat lékaře, kteří jsou schopni těmto potřebám vyhovět a zlepšit péči o pacienty. CBME je zaměřeno více na výsledky - „co znají a umí studenti medicíny“. Zaměření na výsledek prokázané kompetence studenta v prostředí pracoviště umožňuje



propojení CBME s potřebami péče o pacienta. CBME zdůrazňuje přímé pozorování, pedagogové sledují stážisty při práci s pacienty a kolegy, aby zjistili prokázání způsobilosti. Role fakulty se vyvíjí z vysílače informací na pozorovatele, kouče a průvodce. V konečném důsledku není kompetence při ukončení studia konečným, ale výchozím bodem pro celoživotní učení, které navazuje na získané a prokázané schopnosti a dovednosti. CBME pokračuje v praxi jako základní součást neustálého učení a zlepšování lékaře.

CBME se jeví jako vhodnou alternativou k tradičnímu přístupu ke vzdělávání. V následující tabulce je porovnáno CBME s tradičním medicínským vzděláváním.

## Tabulka 6

Rozdíly medicínského vzdělávání založeného na kompetencích a tradičního medicínského vzdělávání

Medicínské vzdělávání založené na kompetencích	Tradiční medicínské vzdělávání
Důraz na to, co student umí – dělá. Zložené na důkazech, které čerpají z různých teorií a přístupů v rámci lékařského vzdělávání i mimo něj	Důraz na to, co student zná. Tradiční lékařská výchova se zabývá tím, co se vyučuje, včetně toho, kdy a jak dlouho
Vztah mezi učitelem a studentem je obousměrným vztahem mezi koučem a koučovaným	Vztah mezi studentem a učitelem je primárně jednosměrný, přičemž učitelé předávají znalosti / dovednosti (výuka) nebo hodnotí studenta
Učební zkušenosti se řídí individuálním pokrokem směrem ke kompetenci	Učební zkušenosti jsou definovány pevnými osnovami s konkrétním časovým rozvrhem
Od studenta se očekává aktivní přístup, reflexe k vlastnímu učení-sebekontrola a seberegulované učení, které je podporováno učitelem	Studenti jsou příjemci výuky a mají omezený výběr v tom, co se učí, kdy se to učí, nebo v řízení vlastního učení
Individualizované učení dle potřeb a schopností studenta	Předpokládá se, že učení je „univerzální pro všechny“, s omezenou flexibilitou vyhovující individuálním potřebám
Reflexe a vlastní monitorování pokračují v dalším profesním rozvoji	Další vzdělávání se nepovažuje za pokračování učení během studia

Zdroj: vlastní překlad dle Ross et al., 2018

Síla CBME spočívá v tom, že se zaměřuje na výsledky. Kromě toho akceptuje, že každý žák je jedinečný a učí se svým vlastním tempem. Je více zaměřené na rozvoj „umění“ medicíny, protože se zaměřuje na postojové a hodnotové změny související s etikou a profesionalitou. Přináší větší odpovědnost, protože se velmi blíží tomu, co by se skutečně dělalo v reálných životních situacích. CBME umožňuje dívat se na lékařskou výchovu a vzdělávání podobně, jak přistupujeme k péči o komplexního pacienta s více morbiditami, nesmí se vytratit člověk (student) jako celek.

Řada autorů však varuje před přeceňováním významu CBME. Frank et al. (2010b) ve svém článku „Odborné vzdělávání v oblasti medicíny: Teorie do praxe“ varují před přílišným redukcionismem<sup>22</sup>, před logistickým chaosem<sup>23</sup>, upozorňují rovněž na to, že pro studenty, ale i pro učitele přechod na jiný systém může působit komplikace a může se to promítnout do výsledků. K realizaci CBME je rovněž zapotřebí mnoho

<sup>22</sup> rozměňňování na nejmenší pozorovatelné jednotky chování a vytváření nekonečných seznamů kompetencí, které budou frustrovat studenty i učitele

<sup>23</sup> každý student bude mít svoje tempo dosahování jednotlivých úrovní kompetence

dodatečných zdrojů, včetně pracovní síly a materiálu. Učitelé také čelí výzvě změnit svůj postoj a přístup, aby splnili účel CBME. Brightwell & Grant (2013) navrhuje, aby byl kladen větší důraz na učení na pracovišti než na nekritické přijímání CBME.

V posledních letech se ve vzdělávání lékařů ve světě stále více využívá přístupů na studenta zaměřeného učení (SCL) či problémového (PBL) či týmového učení (TBL), jejichž jedním z hlavních předpokladů je, že se výuka má odehrávat v atmosféře spolupráce, nikoli soutěživosti. Vychází se z premisy, že pokud se edukant necítí být přehlížen, nebo dokonce trestán za své názory či pocity, roste potřeba kooperace na úkor potřeby soupeřit, čímž se přirozeně rozvíjí ochota a schopnost porozumět druhému. Zároveň tak dochází k rozvoji asertivity – tedy schopnosti komunikovat, prosadit vlastní (skutečné) potřeby a současně respektovat potřeby druhých. V takovém prostředí dle Rogerse mohou studenti pociťovat vzrušení z intelektuálního a emocionálního objevování, jež z nich učiní bytosti s touhou vzdělávat se po celý život (Rogers, 2014, s. 201). Na mnoha lékařských fakultách je samotné prostředí všudy přítomnou zátěžovou situací (Dahlin et al., 2005; Dyrbye & Shanafelt, 2011; Ludwig et al., 2015; Ross et al., 2006, Růžičková, 2013), kterou poskytuje autoritativní a rigidní systém, který podporuje spíše soutěž než spolupráci mezi studenty, dalšími faktory jsou „depersonalizační“ vzdělávací praxe zahrnující nadměrné zatěžování, podporování v soupeření, srovnávací hodnocení a také potlačování myšlení v širších souvislostech, ve vztahu k vlastním pocitům a hodnotám, omezující morální usuzování a kreativitu apod.

Rogers (2014) dále zdůrazňuje nutnost studentova zapojení do tvorby způsobu a obsahu vzdělávání, a to v souladu s jeho zájmy a potřebami. Studentovi má být podle Rogerse umožněno, aby ovlivňoval dění v rámci samotné výuky, nýbrž i fungování samotné školy. Tímto je student podněcován k uvědomění vlastní možnosti volby, a tím i pochopení a přijetí ústředního principu, jímž je zodpovědnost za sebe sama, potažmo za své vlastní vzdělávání, což následně podporuje i jeho schopnost a ochotu respektovat a umožňovat sdílené rozhodování u svých pacientů.

Konference Evropské asociace pro vzdělávání v medicíně AMEE<sup>24</sup>, která se konala v srpnu 2017 v Helsinkách, věnovala právě tomuto tématu – plánování kurikula

---

<sup>24</sup> AMEE vznikla v roce 1972 v Kodani a věnuje pozornost vydávání odborné literatury, pořádání prezenčních a on-line kurzů pro učitele i studenty. Od roku 1973 také každoročně pořádá celoevropskou konferenci, jež se již čtyřikrát konala i v Praze.

na lékařských fakultách – velkou pozornost. Cílem je, aby vytvořené kurikulum bylo vystaveno na základě detailně promyšlené provázanosti jednotlivých předmětů a metod výuky, která povede k cíli – ke kompetentnímu mladému lékaři.

Moderní pojetí plánování kurikula zdůrazňuje „produkt“ lékařských fakult a primárně se zaměřuje na detailní popis toho, jaké kompetence má lékař absolvent mít. Inspirací může být rámec EPA, který podrobně definuje asi 13 komplexních kompetencí absolventa lékařské fakulty. Tyto kompetence – aktivity (komplex znalostí, dovedností a postojů) by měl absolvent ovládat zcela samostatně a „důvěryhodně“ (aktivitu zvládne opakovaně, za různých okolností – bez váhání mu ji svěříme). K těmto aktivitám jsou vztahovány veškeré výstupy učení v jednotlivých výukových předmětech. Nezbytnou součástí tohoto přístupu jsou také jiné způsoby ověřování dosažení těchto kompetencí. Písemný test nebo ústní zkouška jsou pro tento účel zcela nedostatečné (málokdo by se nechal operovat od adepta, který svou schopnost operovat prokázal pouze vyprávěním o tom, jak by operaci provedl). Proto způsoby zkoušení musejí zahrnovat situace, kdy student požadované aktivity přímo provádí a je při tom hodnocen zkoušejícím. Velkou výhodou konceptu EPA je rovněž fakt, že je beze zbytku použitelný i v postgraduálním vzdělávání. Absolvent tak plynule přechází z pregraduálního do postgraduálního stupně (Filipovská & Rajdl, 2018).

#### **4.3 Interaktivní metody v rámci studia medicíny**

Změny v systému vzdělávání studentů medicíny i mladých lékařů (vzrůstající počet studentů, stále větší důraz na práva pacientů, snaha o minimalizaci iatrogenního poškození pacienta) kladou stále větší důraz na nácvik měkkých dovedností a dovedností klinického rozhodování. Výuka medicíny ve všeobecnosti prochází významným posunem od tradičních metod výuky (učebnice, přednášky, výuka u lůžka pacienta) ke komplexnějšímu přístupu, který zahrnuje moderní nástroje (e-learning, interaktivní algoritmy, počítačové simulace, virtuální pacienty). Tento nový přístup v porovnání s tradičními metodami přináší značné zlepšení naučených dovedností u studentů medicíny i mladých lékařů. (Harazim et al. 2015; Holzinger et al., 2009; Subramanian et al., 2012; Wong & Lochnan, 2009).

V České republice od roku 2007 existuje projekt MEFANET<sup>25</sup>, zaměřený na budování a posílení spolupráce lékařských fakult ČR při rozvoji výuky lékařských a zdravotnických oborů moderními informačními a komunikačními technologiemi. Projekt inovuje klinickou fázi studia medicíny s využitím virtuálních pacientů a dalších nástrojů kazuistické výuky, rovněž je v rámci projektů přirozeně podporovaný trénink komunikačních a psychoterapeutických dovedností. V rámci tohoto projektu vzniká celá řada dílčích projektů: projekt TELSON, který se zaměřil na inovaci výuky a učení pomocí PBL a TBL a na přenos osvědčených postupů z univerzit, které již prošly úspěšnou implementací autentických motivačních stylů učení založených na kompetencích do svých učebních osnov. Nebo projekt CROESUS, což je soubor interaktivních scénářů ve formě větvených virtuálních pacientů napříč odbornostmi.

Na následujících řádcích je uveden přehled nejvýznamnějších metod, které se pomalu začínají využívat i na českých lékařských fakultách.

#### **Case Based Learning (učení se na základě případových studií, CBL)**

V rámci CBL jsou klinické případy využívány jako pomoc při tradičních přednáškách. CBL podporuje aktivní učení, kdy studenti dostanou příležitost prozkoumat skutečné případy, ve kterých jsou poskytnuty anamnézy pacientů, příznaky spolu s klinickými a laboratorními nálezy. Prostřednictvím týmové práce a vzájemné interakce studenti posuzují případ v rámci diagnostiky a hledání vhodného postupu. CBL spojuje teorii s praxí prostřednictvím učení založeného na dotazech. Studenti jsou rozděleni do skupin a jsou jim představeny klinické případy simulující scénáře reálného života. Tyto skupiny studentů pak pracují jako tým, který diskutuje a analyzuje případ, aby odhalil diferenciální diagnózy, strategie řízení a plány do budoucna. CBL pokrývá velké množství témat s jasnými cíli učení a zvyšuje klinické znalosti a dovednosti, zlepšuje týmovou práci, přístup založený na praxi (McLean et al., 2016; Zinski et al., 2017).

#### **Evidence Based Medicine (medicína založená na důkazech, EBM)**

Cílem tohoto metodologického postupu je převedení nejnovějších vědeckých důkazů do klinické praxe. V rámci EBM se studenti učí orientovat v literatuře, hledat důkazy v databázích a efektivně je využívat při studiu a řešení konkrétních klinických případů v průběhu studia. V České republice bylo v roce 2013 založeno první a zatím

---

<sup>25</sup> spojuje lékařské fakulty napříč Českou republikou a Slovenskem: Masarykovu lékařskou fakultu v Brně, 1.,2. a 3. lékařskou fakultu UK v Praze, lékařskou fakultu v Hradci Králové, Plzni a Ostravě, dále pak lékařské fakulty v Martině, Bratislavě a Košicích

jediné centrum „Evidence-Based Healthcare“ na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Podle Mihála (přednosta kliniky a garanta pediatrického kurikula na lékařské fakultě v Olomouci) jde o kazuistickou výuku, při níž studenti řeší konkrétní případ reálného pacienta, kdy je důležité vědět, kde mám důkaz hledat a z jakého zdroje čerpám, což je jeden ze základních pilířů evidence-based medicine“ (Dušek et al., 2008).

### **Problem-Based Learning (problémové učení, PBL)**

PBL je moderní vzdělávací systém, který se zaměřuje zejména na zlepšování kvality výsledků vzdělávání prostřednictvím společného integrovaného, sebeřízeného a komplexního učení. Problem-Based Learning představuje pedagogický styl zaměřený na studenta, který se učí prostřednictvím vlastního řešení předloženého problému. Tento druh aktivního učení byl vytvořen již v 60. letech pro účely výuky medicíny a v zahraničí představuje velmi rozšířenou metodu výuky nejen studentů, ale i lékařů v předatestační přípravě. Výhodou proti klasické metodě výuky je zejména získání zkušeností s flexibilním využitím znalostí, efektivním řešením problému a výcvik v týmové spolupráci. Práci ve skupinách studenti zjišťují, co skutečně vědí, co by měli vědět a také kde a jak získat více informací, které jim pomohou v řešení daného problému. Role pedagoga nespočívá v „učení“, ale „vedení“ skupiny k řešení prostřednictvím moderování diskuse a povzbuzování k participaci. Úspěch PBL závisí na spolupráci mezi studentem a učitelem. Studenti by také měli být povzbuzováni k provádění vzájemného hodnocení ve snaze zlepšit vzájemné učení. Nedávná studie (Tiwari et al. 2006) naznačuje, že metody PBL mají statisticky vyšší pravděpodobnost rozvoje kritického myšlení u studentů než klasické metody učení.

### **Simulation Based Learning, (Učení založené na simulaci, SBL)**

Simulace představuje novou strategii ve výuce, která umožňuje interaktivní aktivitu, která umožňuje úplnou nebo alespoň parciální klinickou zkušenost bez nutnosti vystavit pacienty rizikům začátečnických chyb. Praktická výuka u lůžka pacienta je v akutních situacích limitovaná personálně (vysoký poměr počtu studentů k počtu pacientů), didakticky (ohrožení života pacienta, urgencye správného diagnosticko-terapeutického postupu), prostorově (operační sál, izolační box jednotky intenzivní péče) a také časově (samotný sporadický výskyt těchto kritických stavů). Simulace představuje umělou ilustraci skutečného světa k dosažení motivů výuky prostřednictvím zážitkového učení. Učení založené na simulaci by mělo být implementováno na samém počátku základních věd, což umožňuje větší praktickou pseudoklinickou expozici. Nadšení studentů lze umocnit menšími skupinami v kombinaci s minimálním instruktážním

vedením, které studentům umožňuje samostatně řešit dané úkoly, aby se zvýšila jejich účast a vzájemné diskuse. Pokročilé patientské simulátory (PPS) nepochybně představují nejuvěrnější napodobení skutečného pacienta (PPS s vysokou věrností, tj. high fidelity, Hi-Fi). Jejich využití je nejvhodnější zařadit pro nácvik týmové spolupráce, komunikace a interpersonálních dovedností (Maran & Glavin, 2003, s. 25). Každé situace se obvykle účastní tři až pět vybraných studentů, samotná simulovaná situace trvá přibližně 15–30 minut, přičemž těžiště výuky spočívá v následné části, kdy je jednání skupiny rozebíráno a analyzováno formou zpětnovazebné diskuse s lektorem. Cílem této části není pouze sdělení, jak měla diagnostika a léčba uvedeného stavu probíhat anebo výčet pochybení zasahujícího týmu. Lektor vede tým k nalezení důvodu, proč vlastně chyby vznikly a pochopení důležitých mechanismů komunikace a řízení týmu v kritické situaci.

V Brně je vybudováno sedmi podlažní Simulační centrum (SIMU) Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, které poskytuje budoucím lékařům rozvinutí praktických dovedností již během studia lékařské fakulty.

#### **Standardized Patient** (Standardizovaný pacient, SP)

Pro výuku komunikačních dovedností je v zahraničí široce využívána metoda standardizovaného pacienta, která je na českých lékařských fakultách prozatím bohužel zcela opomíjená. Technika SP je ve výuce medicíny využívána od 60. let 20. století ve většině západních zemí v pregraduálním i postgraduálním vzdělání, u státních zkoušek i atestací. Jedná se o využití vyškoleného herce představujícího pacienta s konkrétními zdravotními potížemi a životním příběhem. Studenti s ním mohou nacvičovat veškerý kontakt s nemocným – od seznamování a odběru anamnézy přes fyzikální vyšetření až po podávání informací či sdělování závažných zpráv. Na rozdíl od skutečně hospitalizovaných lidí, „na nichž“ se u nás medicíni tyto dovednosti učí a kteří z úcty a z povahy své role ve zdravotnickém systému nejsou zvyklí podat medikovi zpětnou vazbu, je SP proškolen též ve schopnosti zhodnotit, jak s ním student komunikuje a celkově zachází, a nabídnout mu možnosti, jak přístup k nemocnému vylepšit. Navíc nedochází k možnému poškození reálného pacienta neprofesionálním přístupem studentů. Učení v tomto případě neprobíhá klasickým memorováním teorie a získáváním znalostí, nýbrž postupným nabýváním dovedností – tedy learning by doing. Jako SP jsou v různých zemích světa využíváni profesionální herci, studenti herectví, herci v důchodu, proškolení dobrovolníci z řad veřejnosti nebo mediků. Výuka probíhá většinou v menších skupinkách a studentovi je následně poskytována zpětná vazba (feedback) jak od SP, tak od vyučujícího a ostatních studentů. Někdy je pro možnost posouzení sebe sama student

natáčen na video. Následuje celkové zhodnocení prožité situace (debriefing). Tomuto tématu byla rovněž věnována konference Evropské asociace pro vzdělávání v medicíně AMEE v roce 2017. (Filipovská & Rajdl, 2018).

### **Peer asistované učení (PAL)**

PAL bylo popsáno jako způsob učení, kdy lidé z podobných sociálních skupin, kteří nejsou profesionálními učiteli, si pomáhají navzájem se učit a učit se učením. Vzájemné učení je rozvoj dovedností založených na znalostech prostřednictvím aktivní pomoci a podpory rovných. Tito účastníci, lektori a učitelé pocházejí z podobných vzdělávacích prostředí. (Awasthi & Yadav, 2015). Jedná se o rozsáhlý systém, který slibuje, že zajistí silné spojení mezi zkušenostním učením a prostředím pro spolupráci při výuce. Možnost učit a učit se zároveň a poskytování zpětné vazby kolegům zlepšují kognitivní i nekognitivní vlastnosti studentů (Awasthi & Yadav, 2015).

### **Učení demonstrací**

Motorické dovednosti jsou nezbytnou součástí medicínských znalostí, a proto musí být kompetentně vyučovány, procvičovány a rozvíjeny. Jak nejlépe to lze dělat s ohledem na bezpečnost pacienta je prostřednictvím pozorování zkušeného odborníka v průběhu jeho praxe. Pozorovací metoda je zásadní pro osvojení složitých lékařských postupů. Strategie získané z této techniky vedou k flexibilním schopnostem a zvyšují motivaci ke zlepšování získaných dovedností.

V běžné praxi mohou medicí a mladí lékaři vědomě i podvědomě nasávat základní komunikační dovednosti pozorováním starších a zkušenějších kolegů. Bohužel ne všichni starší a zkušenější lékaři jsou dobrými vzory, přesto často ovlivňují vývoj studentů či začínajících lékařů (Aspegren & Lønberg-Madsen, 2005; Benbassat, 2013; Gaufberg et al., 2010).

Učení pozorováním se netýká pouze fyzických demonstrací; výhodná je také dynamická vizualizace prostřednictvím videa nebo animací. Během **videokonferenčních přenosů z operačních sálů** mohou studenti z učebny sledovat dění na operačním sále, klást otázky anesteziologovi i operatérům, a to vše v reálném čase bez omezení provozu anebo ohrožení pacienta.



### **Převrácená třída (Flipped classroom)**

Převrácená třída je novější inovační strategie výuky a učení, která zahrnuje techniky kombinovaného učení využívající online nebo offline výukový obsah mimo tradiční prostředí učebny. Studentům jsou poskytovány předem zaznamenané přednášky určené jako domácí úkoly pro přípravu na výuku ve škole, které se posunou od výuky zaměřené na učitele k samostatnému učení. Klinické případy se řeší v malých skupinách, které usnadňují týmový přístup a podporují delší uchování faktů. Převrácená třída podporuje samořízené učení, protože studenti jsou povinni hledat alternativní zdroje na podporu daných případů. Současné důkazy z výzkumu ukazují, že převrácený přístup ve třídě zlepšuje vnímání studentů, učení, dovednosti kritického myšlení a motivaci ve srovnání s tradičními přednáškovými metodami (Gilboy et al., 2015). Díky začlenění audiovizuálních nástrojů je studentům poskytován neomezený přístup k instruktážním materiálům, což stimuluje interaktivní a nezávislou studijní zkušenost (Kellesarian, 2018). Studenti jsou schopni vyhodnotit své učení, identifikovat své silné a slabé stránky a mají možnost získat zpětnou vazbu a konstruktivní kritiku od svých kolegů i učitelů, aby mohli ve svém procesu učení učinit nezbytná zlepšení. Úspěšné využití převrácených učeben vyžaduje aktivní účast studenta i učitele. Získávání zpětné vazby od studentů, podpora vzájemného učení a podpora předběžného čtení mohou dále umožnit hladký chod převrácené učebny. Různé strategie, jako je poskytnutí kvízu na začátku semestru, mohou studenty motivovat k tomu, aby si předem přečetli konkrétní témata, řešili pochybnosti a zajistili reflexivní učení (Deshpande et al., 2020).

### **Supervize**

Hess et al. (2008, s. 25) definuje supervizi jako „čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovanému účinně pomáhat lidem“. Britská poradenská asociace vytvořila základní pravidla supervize, v nichž je uvedeno, že „prvořadým smyslem supervize je ochrana nejlepších zájmů klienta“ (Hawkins & Shohet, 2004, s. 59). V České republice má supervize svou tradici především v sociální práci a v některých neziskových organizacích, kde je povinná, či dokonce uzákoněná. V posledních letech je stále více žádána a oceňována i v dalších oblastech práce s lidmi, v pomáhajících profesích, v medicíně, školství, výchově či v managementu. Obecné funkce supervize jsou vzdělávací, podpůrná a řídicí, v poradenství pak jsou popisovány funkce formativní (obdobu vzdělávací), restorativní (podpůrná) a normativní (kontrola kvality) (Hawkins & Shohet, 2004, s. 60). Supervize je modelem učení se z

vlastní práce. Umožňuje sdílení zkušeností starších kolegů s mladšími. Cílem supervize je vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity, prevence profesního vyhoření.

V popsaném procesu narůstající oblíbenosti a využívání supervize je zvláštní, jak málo jí využívají zdravotničtí pracovníci v somatických oborech, kteří by jí rovněž potřebovali. Existující nabídky Balintovských skupin se příliš nevyužívají. Zahraniční výzkumná šetření potvrzují, že supervize zvyšují reflektivitu, citlivost a otevřenost zdravotníků, zvyšují jejich sociální kompetence a sebedůvěru, podporují dobré kolegiální vztahy, dávají prostor pro vytváření něčeho nového, podporují kreativitu. Ukazuje se, že mají rovněž pozitivní vliv na snížení stresu a prevenci syndromu vyhoření a zvyšují tak profesní spokojenost lékařů. Zároveň mají pozitivní dopad na péči o pacienty a na výsledky léčby pacientů (Clouder & Sellars, 2004; Dawson et al., 2013; Hawkins & Shohet, 2004; Kilminster & Jolly, 2000; Snowdon et al., 2017; Sox et al., 1998 a mnozí další). Zároveň je zdůrazňována nutnost kvalitní supervize, která znamená investici osobní, časovou, organizační i finanční (Hawkins & Shohet, 2004; Kilminster & Jolly, 2000; Venglářová, 2013).

Jedním z prvních zdravotnických pracovišť, které celoplošně supervizi svým pracovníkům nabízí, je Fakultní nemocnice Plzeň. Pilotní supervizní činnost, jako podpůrná činnost pro zdravotnické pracovníky v rámci všech provozů nemocnice, zde byla zahájena v roce 2016.

Zvláštní formou skupinové supervize je **Balintovská skupina**, kterou Balint vyvinul právě pro zdravotnický sektor (1961). Balintovské skupiny mají pro lékaře a jejich pacienty velký přínos. Z hlediska role lékaře nabízejí vzájemnou podporu a nácvik tolerance k vlastnímu chybování (nikoliv na úrovni expertní, ale vztahové), k jinakosti druhých, k porozumění trvalému konfliktu profesionální role. Z hlediska pacienta balintovské skupiny znovuobjevují pacienta jako celého člověka, nabízejí reflexi empatie, hledají možnosti, jak porozumět pacientovi, jeho přáním, příznakům či onemocněním, hledají způsoby, jak na tyto nabídky pacienta reagovat, mapují i vliv osobnosti pacienta na jeho onemocnění. Z hlediska osobnosti lékaře prohlubují sebepoznání, nabízejí kultivaci práce s vlastními emocemi a konfrontaci s vlastními slepými místy, umožňují „nácvik“ použití sebe sama v roli lékaře („farmakoterapie drogy s názvem lékař“). Z hlediska interakčního nabízejí vhled do vztahové dynamiky a emočních interakcí,

hledají vliv osobnosti lékaře na konkrétní onemocnění konkrétního pacienta a jeho vývoj (Koblic & Zedková, in: Králová, 2008, s. 47-51).

#### **4.4 Trendy ve vzdělávání na českých lékařských fakultách**

Tématu výuky humanitních předmětů na českých lékařských fakultách bylo věnováno nejvíce pozornosti v prvním desetiletí 21. století. V tomto období se uskutečnilo hned několik symposií lékařských fakult ČR<sup>26</sup>, které byly věnovány výuce humanitních věd na lékařských fakultách. V tomto období vznikaly nároky na rozšíření výuky lékařské psychologie, zavedení praktických cvičení do výuky (vedení rozhovorů, komunikace s různými druhy pacientů, ukázky jednotlivých psychoterapeutických metod a jejich nácvik atd.). Cílem bylo rovněž zařadit postupně výuku psychoterapie již od 2. ročníku studia všeobecného směru LF, pokračovat v dalších 3 ročnících a dosáhnout tak určitého psychoterapeutického vzdělání ve smyslu podpůrné psychoterapie (Bendová, Bouček 2007). Pravděpodobně první sebezkušenostní skupiny pro mediky byly realizovány na 1. LFUK pod vedením PhDr. Ing. Karla Hájka, Ph.D. a jeho kolegů, a to už od roku 1992.

Na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v Brně vznikly sebezkušenostní skupiny v roce 2003 pro studenty v rámci volitelného předmětu „Základy psychoterapie“ a jak sdělili autoři Dufek a Kulísková (2003) na III. sympoziu lékařských fakult o předmět byl tradičně velký zájem.

Výukou lékařské psychologie na LF MU v Brně a jejím hodnocením studenty se zabývali Bendová et al. (2006) z Ústavu psychologie, LF MU Brno. Výsledky vypověděly jednoznačně o tom, že většina studentů považuje výuku lékařské psychologie na Lékařské fakultě za velmi důležitou, ale z hlediska její délky (1 týden blokových stáží), za zcela nedostačující. V očekávání studentů konstatovali především potřebu lépe porozumět sám sobě, lépe pochopit pacienta, naučit se efektivně komunikovat a získat více informací o speciálních tématech, jakými jsou například relaxační metody, hypnóza a její užití v lékařství a psychosomatická medicína. Často se objevila přání studentů co nejvíce zredukovat množství přednášené teorie, naopak klást důraz na praktický nácvik konkrétních dovedností budoucího lékaře a praxi. Z konkrétních dovedností pak preferují

---

<sup>26</sup> Symposia byla pravidelně pořádána Ústavem pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK (přednosta prof. PhDr. Jan Vymětal) a Psychiatrická klinika LF UK v Plzni (přednosta doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.). V letech 2001-2009 se konala každý rok.

studenti především naučit se dobré komunikaci s pacienty a komunikaci při sdělování nepříznivých zpráv, včetně sdělování nepříznivých diagnóz. Pouze 2 studenti považovali výuku psychologie za zcela zbytečnou.

Rozsáhlý výzkum psychosociálních kompetencí u studentů 3. - 6. ročníku magisterského studijního programu Všeobecné lékařství se uskutečnil v letech 2004-2008 na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci v rámci projektu „Systém psychosociální prevence pro studenty všeobecného lékařství“, který se detailně zabýval mapováním psychosociálních kompetencí studentů medicíny, potřebných pro jejich osobnostní přípravu na výkon budoucího lékařského povolání (Raková, 2008 In: Králová et al., 2008).

Faktorovou analýzou byly zkoumány slabé a silné stránky studovaného oboru vzhledem k tomu, v čem je připravuje, a naopak nepřipravuje na budoucí povolání. Z faktorové analýzy vzešly čtyři faktory: odbornost, praxe, manažerské kompetence a psychosociální kompetence. Za nejsilnější stránku studovaného oboru považují studenti **odbornost (90 %)**, která zahrnuje získávání odborných a teoretických znalostí, dovednost neustále se učit, přijímat velké množství informací v relativně krátkém čase, získávat všeobecný rozhled, ale i mít možnost specializace. Dále zahrnuje dovednost určit diagnózu, používat logiku, propojovat informace do celku, a další. V rámci **manažerských kompetencí (22 % studia)** považují studenti za silnou stránku studia medicíny dovednost naučit se profesionálnímu přístupu k práci, samostatnost, řídit a usměrňovat vlastní kariéru, umět si zorganizovat čas. Naučí se být ctížádostivý, umět pracovat v týmu, ale i chovat se individualisticky. **Praxe** sice tvoří 37 % studia, ale to zdaleka nestačí, 54 % studentů považuje praktickou přípravu na budoucí povolání za slabou stránku oboru a přáli by si mít v průběhu studia praxe daleko více (kontakt s pacienty, praktické zkušenosti získané v nemocnici a na klinikách, osvojení si dovednosti léčit, dále pozorování práce lékařů a potažmo předávání praktické zkušenosti studentům ze strany lékařů. Praktická stránka studovaného oboru naučí také pracovat precizně, rozhodně, mít výdrž a vysokou výkonnost. **Psychosociální kompetence tvoří 37 % studia, avšak až 66 % studentů považuje přípravu na budoucí povolání po psychosociální stránce za slabou stránku studovaného oboru.** Nedostatečně připravuje zejména na jednání a komunikaci s pacienty a jejich rodinami, také na komunikaci na pracovišti mezi ostatními lékaři a dalším personálem. Nedostatečně připravuje na to, jak zvládat zátěž a časový stres, jak se vyrovnat s obtížnými situacemi, vlastním selháním či smrtí pacienta a jak sdělovat špatné zprávy. Slabou stránkou oboru

je dle respondentů ne-individuální přístup k pacientům, málo času vyhrazeného na jednotlivého pacienta, nízká empatie, vcítění se do situace pacienta a také časté předsudky. Nejméně se cítí být připraveni na zvládání stresových situací. 44 % studentů hodnotí výuku psychosociálních kompetencí za **nedostatečně zastoupenou a neefektivní**, pouze 5 % ji považuje za dostatečně zastoupenou a efektivní. Studenti by ocenili praktický výcvik, prožitkové metody, modelové situace, diskuze se spolužáky, cvičení v malých skupinách, team-buildingové akce. Zazněl také názor, že rozvoj psychosociálních kompetencí by měl prostupovat celé studium, a nejen být součástí několika seminářů či přednášek. 81,7 % studentů vyjádřilo svůj zájem účastnit se vzdělávacích/tréninkových modulů zaměřených na rozvíjení psychosociálních kompetencí, naopak nezájem vyjádřilo 13,6 % respondentů (Husárová, Králová, 2008).

V rámci tohoto projektu hlavním výstupem bylo zavedení 5 modulů psychosociální prevence, které proběhly v letním semestru v roce 2008 na LF UP v Olomouci a absolvovalo je celkem 84 studentů. Moduly se dle výsledků evaluace setkaly s velmi pozitivním ohlasem (1,6, přičemž 1 znamená nejlepší).

- 1) „Jak prožít kvalitní život v roli lékaře/ky“ (rovina celospolečenská)
- 2) „Životní styl jako sebeobrana“ (rovina hodnotová)
- 3) „Dobré vztahy – šance pro život“ (rovina sociální opory)
- 4) „Nebojme se komunikovat“ (rovina profesní komunikace)
- 5) „Lékař jako lék – umění naslouchat svým pacientům a jak se z toho nezbláznit“ (rovina psychohygieny)

Autoři modulů akcentují přenositelnost na lékařské fakulty dalších českých univerzit či oborově relevantní instituce.

Všechny moduly byly postaveny na prožitku a sebezkušenosti, aby byl oslovován nejen rozum, ale i emoce studentů, aby docházelo k sebeuvědomění („aha zážitku“), který je předpokladem pro změnu vnímání, myšlení i postoje. Především šlo o různé formy diskusí (ve dvojicích, malých skupinách, velké skupině), o individuální práci a práci v týmech, brainstormingy, projekční techniky, mentální mapování, zážitkové techniky (psychologické hry), osobní scénáře, výtvarné techniky, pohybové techniky, dramatizace a praktický nácvik komunikace (hraní rolí). V posledním modulu byly využity Balintovské skupiny a prvky taneční (pohybové) terapie. Výklad byl samozřejmě také součástí modulu, ale byl zastoupen nejméně. Lektoři kladli důraz na to, aby nedocházelo k necitlivému „duševnímu obnažování“, ale aby šlo o vytváření času a bezpečného

prostoru, kdy si každý mohl vytvořit svůj postoj, a to jak otevřeně, tak i sám v sobě. Žádný z těchto modulů se však nepodařilo udržet do současné doby.

Na základě podrobné analýzy studijních plánů (příloha 1) na všech českých lékařských fakultách se ukazuje, že všechny fakulty mají zastoupenou výuku Lékařské psychologie v povinném kmeni. Fakulty se pak liší rozsahem předmětu od čtyřsemestrální výuky na 3. LF UK přes třísemestrální na 1. LFUK až po jednosemestrální, která je zastoupena na většině fakult. Nejširší nabídku výuky psychologie a komunikace v povinném kmeni má 3. LFUK, která nabízí studentům 3 povinné předměty, LF v Hradci Králové a LF Univerzity Palackého v Olomouci nabízejí dva povinné předměty. Po analýze sylabů jednotlivých předmětů bylo zjištěno, že v rámci povinných předmětů je na všech fakultách (vyjma 2. lékařské fakulty) nabízena vedle frontální výuky i výuka interaktivní. Předměty mají vždy přednášky a cvičení a v rámci cvičení jsou nabízeny diskuse, týmová práce a nácvik komunikačních technik, díky kterým dochází u studentů k hlubšímu sebepoznání a seberozvoji.

Všechny lékařské fakulty (kromě LFUK v Plzni, která nově v akreditaci z roku 2019 nenabízí volitelné předměty) nabízejí povinně volitelné a volitelné předměty zaměřené na:

- 1) Komunikační dovednosti (nácvik jednotlivých technik, ale i náročných rozhovorů s různě handicapovanými pacienty).
- 2) Psychosomatickou medicínu, kde si studenti uvědomují bio-psycho-sociální aspekty nemoci a nemocného.
- 3) Psychoterapii, kde se studenti seznamují nejen s psychoterapeutickými směry, ale také s psychoterapeutickými metodami a postupy.
- 4) Osobnostní rozvoj a prevenci stresu, kde mohou studenti rozvinout porozumění sobě i druhým, uvědomit si princip odlišnosti a naučit se respekt k jinakosti. Důraz je kladen na sebepřijetí, respektování svých silných i slabých stránek a naslouchání druhým. V předmětech zaměřených na redukci stresu si studenti osvojují přístupy a techniky, které pomohou zvýšit jejich vlastní odolnost vůči stresu.
- 5) Paliativní péči, kdy se studenti učí znát zásady péče o pacienty s nevléčitelnou nemocí a jejich rodinami, včetně vedení emočně podpůrných rozhovorů (Studijní informační systém Univerzity Karlovy, 2019; Masarykova univerzita, 2019; Lékařská fakulta Univerzity Palackého, 2019).

Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity v Brně nabízí jako jediná volitelnou Sebezkušenostní a rozvojovou skupinu v rozsahu 30 hodin, kde se studenti cestou vlastní

zkušenosti seznámí se základními psychoterapeutickými přístupy a technikami, které se běžně používají při skupinové a individuální psychoterapii ve zdravotnických zařízeních a zároveň jim tato zkušenost umožní individuální osobnostní seberozvoj (Masarykova Univerzita, 2019).

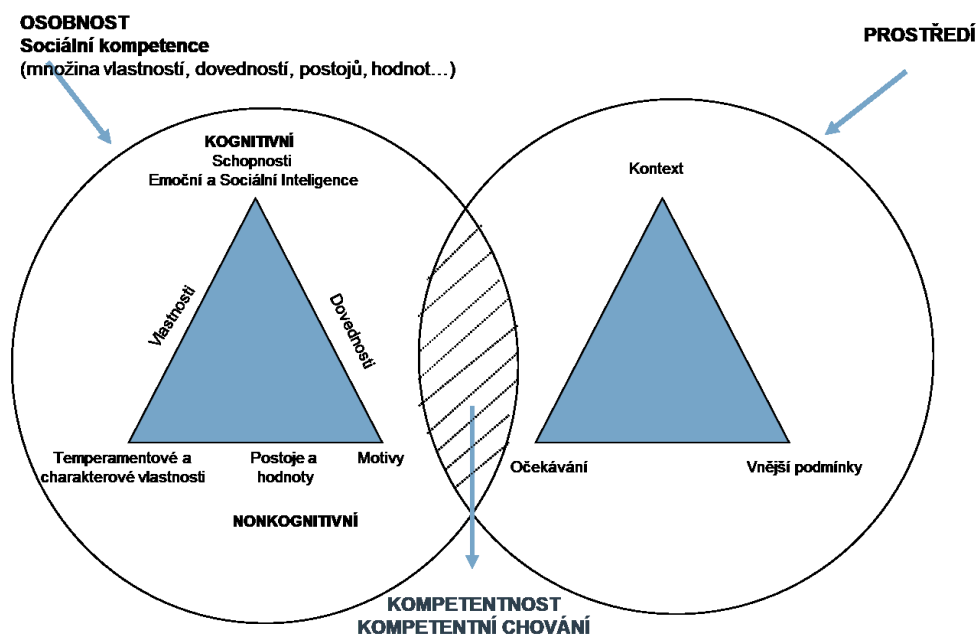
## Shrnutí teoretické části

V rámci teoretické části práce byly definovány pojmy, které jsou východiskem pro empirickou část práce.

Pojem **kompetence a sociální kompetence** je v posledních desetiletí velmi oblíbeným konceptem, avšak panuje nejednotnost jak v oblasti definování, tak v oblasti obsahu i měření, které vedou k nedorozuměním a zmatkům. Přesto je tento koncept považován za užitečný, neboť umožňuje koordinovat systém vzdělávání s požadavky trhu práce. V této práci bude na sociální kompetence nahlíženo jako na **soubor konstruktů, jenž souvisí s kognitivními, nonkognitivními dispozicemi a behaviorálními reakcemi člověka, které umožňují dosažení vlastního cíle při zachování sociální akceptace v konkrétním kontextu situace.** V souladu s Kanningem (2017) bude rozlišen potenciál v podobě schopností, vlastností, postojů apod. a chování (dovedností), které je projevem těchto předpokladů. Aby mohl být potenciál adekvátně plně rozvinut, je třeba jej zasadit do kontextu rozvíjené osoby (co potřebuje) a očekávaného chování (co se očekává).

### Obrázek 6

#### *Koncept kompetence*



Zdroj: vlastní zpracování



Tato práce je zasazena do kontextu zdravotnického prostředí, konkrétně porodnické specializace, kde se díky řešené problematice s převahou fyziologických jevů, které se však mohou rychle zkomplikovat, předpokládá vyšší sociální kompetentnost lékařů.

Proměny, kterými lékařská profese prošla a prochází, jí činí stále zranitelnější. Lékař musí čelit nárokům v různých oblastech: být odborně zdatný a držet krok s novými poznatky a technologiemi, avšak nepropadnout přílišné medicinalizaci, být ekonomicky zdatný a vyhovět administrativním požadavkům, ale nepropadnout byrokratizaci a konzumerismu, být lidský, ale neutrpět pocitem deprofesionalizace či vyhoření. Nad těmito otázkami pak stojí ještě otázky právní, etické a finanční. Také je třeba si uvědomit, že lékař je pravděpodobně předurčen pro výběr studia medicíny konkrétními osobnostními předpoklady, které se dají více či méně rozvíjet, které však mohou i ovlivňovat strukturu jeho sociálních kompetencí.

V medicíně obecně se již dlouhodobě prosazuje **partnerský model vztahu lékař-pacient**, který vychází z **péče zaměřené na pacienta (člověka)** a z **bio-psycho-sociálního modelu**. Péče zaměřená na pacienta se stává podkladem pro kompetenční modely v zahraničí jak pro lékaře, tak pro sestry, jejichž cílem je zvýšit kvalitu péče a bezpečnost pacientů. Ačkoli i v České republice jsou kompetenční modely používaným nástrojem jak pro systematické vzdělávání, tak pro efektivní práci s lidskými zdroji, v rámci zdravotnictví takové modely dosud neexistují. V západním světě se „kompetence“ staly jednotkou plánování lékařského vzdělávání a tvoří základ školení pro většinu studentů medicíny. V České republice postupně také vznikají projekty, které inovují klinickou fázi studia medicíny s cílem vnést do výuky mediků interaktivní metody, např. virtuální pacienty, kazuistickou výuku a rovněž je v rámci projektů přirozeně podporovaný trénink komunikačních a psychoterapeutických dovedností. Na druhé straně nedávné výzkumy mezi mediky a lékaři stále ukazují na nedostatečnou úroveň tohoto vzdělávání.

Cílem teoretické části disertační práce bylo na základě rešerše literatury vytipovat schopnosti, vlastnosti, dovednosti, které jsou označovány za důležité pro lékařskou profesi. Vznikly 4 kategorie sociální kompetence: **intrapersonální, emocionální, interpersonální a komunikační**, které se staly podkladem pro empirickou část práce a v rámci triangulace metod bude jejich obsah porovnáván s názory žen-rodíček a porodníků.

## 5 Empirická část

### 5.1 Výzkumný problém

Kompetence a kompetenční vzdělávání v současnosti patří mezi ústřední témata psychologie, pedagogiky, personálního řízení, ale také vzdělávací politiky v rámci současných kurikulárních změn u nás i ve světě. Kompetenční vzdělávání patří mezi priority vzdělávání v globálním kontextu (např. OECD), v kontextu Evropské unie (dokumenty Evropské komise i v rámci jednotlivých zemí), ale i v rámci jednotlivých vzdělávacích programů (RVP) v České republice. Plánování kurikula na lékařských fakultách je v západním světě věnována velká pozornost<sup>27</sup>. Cílem je kompetentní lékař, který má komplex osobnostních vlastností, znalostí, dovedností a postojů, které zvládá „samostatně a důvěryhodně“, a které umožňují dosažení vlastního cíle při zachování sociální akceptace v konkrétním kontextu situace. Důležité je zmínit, že kompetenční vzdělávání zahrnuje nejen rozvoj odborných, ale osobnostních a sociálních kompetencí lékaře.

V České republice dosud není problematice zavádění, rozvíjení a podporování kompetenčního vzdělávání na lékařských fakultách a v rámci celoživotního vzdělávání lékařů věnována dostatečná pozornost. České zdravotnictví patří mezi vyspělé zdravotnické systémy na světě, různé výzkumné studie však poukazují na skutečnost, že systém zdravotnické péče je příliš „zaměřen na technologie a vědu, na nemoc či lékaře nebo na řešení problémů“.

Výzkumná pozornost disertační práce je věnována právě otázce osobnostních a sociálních kompetencí lékaře a možnostem jejich rozvoje. Je zaměřena na oblast gynekologie a porodnictví, kterou lze považovat za zvláště citlivou na přítomnost sociálních kompetencí lékařů. Mnoho autorů se shoduje, že reprodukce a sexualita jsou otázky, které se týkají celého života ženy, včetně jednotlivých životních cyklů, které jsou spojeny s různými psychosociálními problémy. Zvláště pak porod je „kritickým obdobím“ v životě ženy, které je doprovázeno zvýšenou citlivostí a zranitelností a má významné (a dlouhodobé) dopady na její fyzické a duševní zdraví, její vztah k dítěti, její smysl pro rodičovské kompetence, a také na její další osobní i partnerský život (Bailham & Joseph, 2003; DiMatteo et al., 1996; Michels et al., 2013; Takács et al., 2015). Na

---

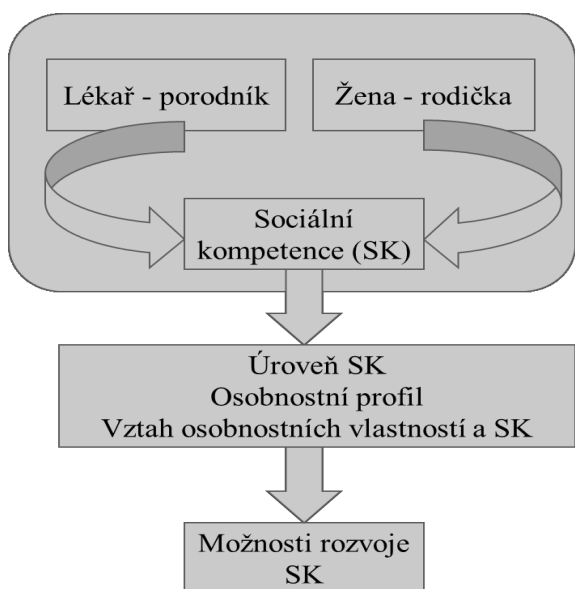
<sup>27</sup> Konference Evropské asociace pro vzdělávání v medicíně AMEE konaná 2017 v Helsinkách

druhou stranu je porodnictví a gynekologie tradičně vnímaná jako chirurgická specializace, méně zaměřená na psychosociální přístupy.

Sociální kompetence se rozvíjejí postupně na základě zkušeností a v souvislosti s rozvojem osobnosti lékaře, takže není možné je kompletně získat v průběhu pregraduálního studia tím spíše, když se medicí velmi málo dostanou do kontaktu s pacienty. Proto je nezbytné jim věnovat velkou pozornost, podporovat a sledovat jejich rozvoj v rámci celoživotního vzdělávání. Tento typ vzdělávání by neměl být vytvářen jako obecný model, ale měl by být přizpůsoben potřebám konkrétních lékařů, ať už z hlediska jejich specializace, ale také s ohledem na délku jejich praxe, ale i z hlediska typologie jejich osobnosti. Je žádoucí, aby celoživotní vzdělávání lékařů odpovídalo úrovni jejich osobnostních předpokladů, jejich znalostem a dovednostem. Zjištění souvislostí mezi osobnostními předpoklady lékařů a úrovní rozvoje jejich sociálních kompetencí umožní efektivnější individualizované vzdělávání a práci s lidskými zdroji v rámci nemocnic. Tato práce zdůrazňuje a podporuje změnu priorit v rozvoji sociálních kompetencí, jak na úrovni vzdělávání, tak na úrovni organizační struktury nemocnic a zdravotnických zařízení.

Obrázek 7 znázorňuje zkoumané vztahy.

**Obrázek 7**  
*Zkoumané vztahy*



Zdroj: vlastní zpracování

## **5.2 Formulování cílů a výzkumné strategie**

Švaříček et al. (2007) popisují výzkumný cíl jako kompas, který poskytuje orientaci a směr celému výzkumnému procesu. Je důležité jej neustále sledovat a dbát na to, abychom se od daného cíle neodklonili.

Obecným cílem výzkumu disertační práce je co nejkomplexněji prozkoumat a popsat zkoumaný jev, kterým jsou osobnostní a sociální kompetence lékaře-porodníka.

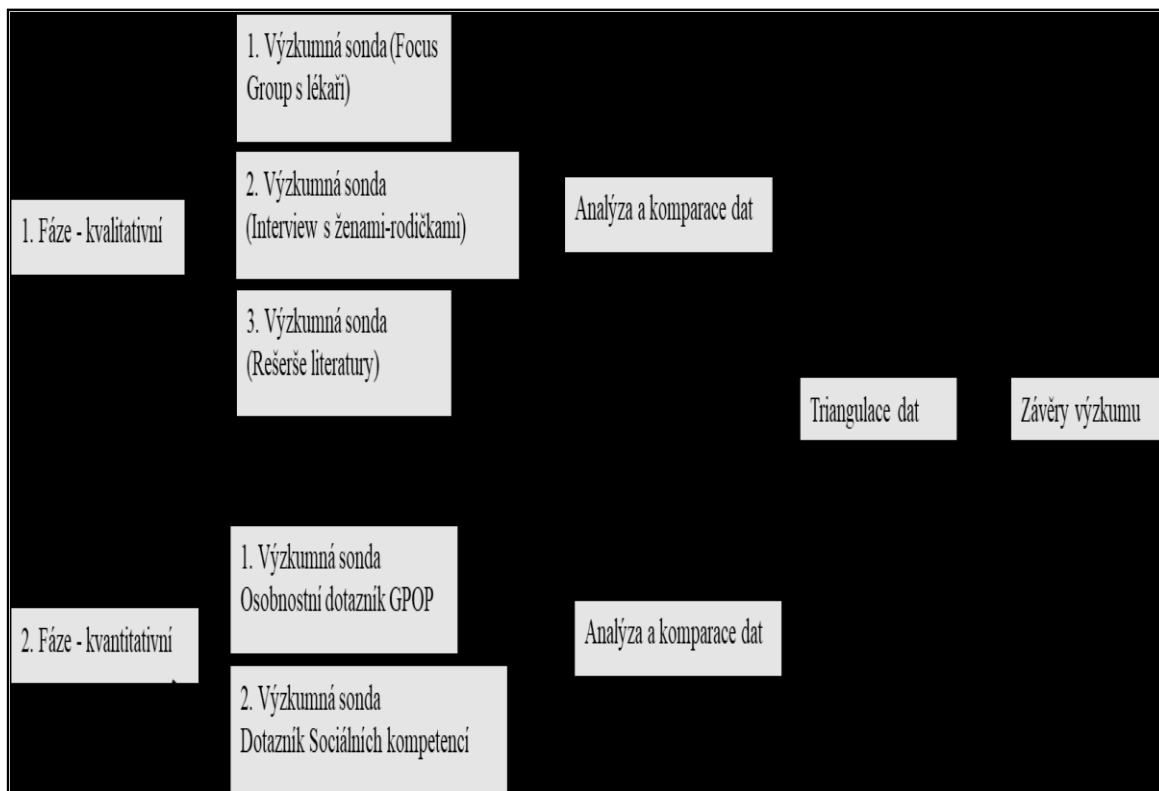
Vzhledem k výzkumnému záměru byla zvolena případová studie, která se vyznačuje mimo jiné získáváním poznatků z několika zdrojů a využívá kvalitativní i kvantitativní nástroje či jejich kombinaci (Yin, 1994 cit. Hendlem, 2005).

Výzkumný design lze označit jako smíšený (Mixed Method Research Design), kdy pro lepší pochopení výzkumného problému je kombinován kvalitativní a kvantitativní přístup (Creswell & Plano Clark, 2017) s důrazem na kvalitativní výzkumnou strategii. Tomuto přístupu je v poslední době věnována velká pozornost. Je to způsob, jak lépe popsat sledované jevy v potřebné dynamice a umožňuje lépe docílit objektivitu, validitu a reliabilitu metod (Creswell & Plano Clark, 2017; Disman, 2000; Hendl, 2005; Maxwell, 2003; Newman & Benz, 1998; Tashakkori & Teddlie, 2003, Vlčková, 2011; Vlčková & Lojdová, 2016). Výhodou kombinování vícero metod dle Tashakkori & Teddlie (2003) je také to, že lze výstup z jedné části výzkumu použít jako vstupní materiál pro druhou výzkumnou metodu. Tím může výzkumník svou znalost o daném jevu prohloubit (Disman, 2000, s. 290). Design s vícero metodami byl zvolen také za účelem triangulace, tedy potvrzení výsledků.

Obrázek 8 ukazuje schéma výzkumné strategie.

### Obrázek 8

#### Schéma výzkumné strategie



Zdroj: vlastní zpracování

**Cílem první kvalitativní fáze výzkumu** bylo získat pohled současných porodníků a současných rodiček na vnímané sociální kompetence gynekologů/porodníků, s nimiž ženy přicházejí do styku v průběhu perikoncepční péče, těhotenství, porodu a šestinedělí a získat z jejich výpovědí představy, zkušenosti, očekávání a potřeby ve vztahu k ideálnímu lékaři. Výzkum se soustředil na to, jaké schopnosti, vlastnosti, dovednosti považují porodníci/ženy za žádoucí či nežádoucí u ideálního lékaře, zda existují rozdíly ve vnímání obsahu a důležitosti jednotlivých osobnostních a sociálních kompetencí. V kontextu tohoto výzkumu se jednalo o subjektivní pohled lékařů na jejich roli a subjektivní pohled rodiček na lékaře, jeho osobnostní vlastnosti a sociální kompetence. Výzkum vycházel z verbálních výpovědí informantů, kteří na základě svých úvah a zkušeností vymezili určité požadované, případně nežádoucí vlastnosti lékařů. Tyto výpovědi byly analyzovány a následně komparovány mezi sebou a výsledky byly porovnány a doplněny o pohled literatury vztahující se k tomuto tématu.

Tato část výzkumu využívala kvalitativního výzkumného plánu postaveného na metodě ohniskových skupin a metodě semistrukturovaných rozhovorů, s cílem získat co

nejvíce informací o zkoumané problematice. Kvalitativní výzkum se vyznačuje celostním přístupem, hledáním smyslu věcí, zkoumáním prožitků, zatímco kvantitativní výzkum sleduje dílčí jevy, vysvětluje jejich stav a souvislosti (Mišovič, 2019, s. 29). Švaříček et al. (2007, s. 79) charakterizují kvalitativní výzkum jako „do široka rozprostřený sběr dat bez toho, aby na počátku byly stanoveny základní proměnné. Stejně tak nejsou předem stanoveny hypotézy a výzkumný projekt není závislý na teorii, kterou již předem někdo vybudoval“.

Dle názoru autorů je cílem kvalitativního výzkumu daný jev co nejvíce prozkoumat, získat o něm co nejvíce informací „zevnitř“, pohledem zúčastněných. Probíhá v přirozeném prostředí, výzkumník proniká do světa zúčastněných a snaží se o porozumění s aktérem. Nasbíraná data pomohou formulovat závěry, možné nové hypotézy, nebo teorie, které ovšem nelze zobecnit. Vždy se budou vztahovat pouze pro vzorek, ze kterých data vycházela.

**Cílem druhé kvantitativní části výzkumu** bylo zjistit, jaké jsou převažující osobnostní preference lékařů – porodníků, měřené osobnostním dotazníkem Golden Profiles of Personality (GPOP). Dále zjistit strukturu sociálních kompetencí lékařů – porodníků pomocí Inventáře sociálních kompetencí (ISK) a prozkoumat, zda existuje vztah mezi osobnostními preferencemi a sociálními kompetencemi. Kvantitativní výzkum je postaven v souladu s výzkumnými otázkami na neexperimentálním výzkumném plánu formou korelační studie, což vyplývá z cíle zjistit těsnost vztahů mezi proměnnými a umožňuje dělat efektivní predikce. Šlo o popis (deskripce) jednoho typu chování v kontextu jiných projevů chování. Ve výzkumu je zkoumán vztah mezi organismickými (pohlaví, věk, pracovní zařazení) a odpověďovými proměnnými a mezi odpověďovými proměnnými navzájem (odpověďové proměnné jsou popsány v kapitole Metody výzkumu). Těžiště výzkumného plánu tentokrát spočívalo v měření a popisu. Ferjenčík (2000, s. 112) označuje tento plán jako vzorkový přehled, který je určen pro popis, orientaci a klasifikaci zkoumaných jevů. Všechny výpočty byly provedeny pomocí programu TIBCO STATISTICA 13. V kvantitativním výzkumu se předpokládá, že lidské chování můžeme do jisté míry předpokládat, a tedy jej i měřit. Tento výzkum využívá náhodné výběry a pevně strukturovaný sběr dat pomocí dotazníků. Tato data se dále analyzují statistickými metodami, které umožní popis nebo ověření pravdivosti představ výzkumníka. Význam kvantitativního šetření spočívá v jeho schopnosti poznat a predikovat s jistou mírou pravděpodobnosti zákonitosti mezi jevy. Výhodou tohoto typu

šetření je poměrně rychlé a finančně méně náročné získávání dat, jak u malých, tak u velkých skupin, jejich rychlá statistická analýza poskytující exaktní číselná data, zobecnitelná na populaci, která jsou nezkrácená osobou výzkumníka. Kvantitativní výzkum vyžaduje silnou standardizaci, která zajišťuje vysokou reliabilitu. Silná standardizace vede nutně k silné redukci informace. Respondent místo toho, aby plně popsal svoje mínění (zkušenosti), je omezen na volbu jedné kategorie z nabídnutého, často velice malého, souboru kategorií. To nutně vede k nižší validitě. Přehled jednotlivých částí výzkumu z hlediska času je uveden v tabulce 7.

### **Tabulka 7**

#### *Časový průběh výzkumu*

	<i>Popis činnosti</i>	<i>Časový průběh</i>
	<i>Studium odborné literatury</i>	9/2017-3/2021
	<i>Formulování cíle a strategie výzkumného záměru</i>	1/2018-6/2018
	<i>Ohniskové skupiny s lékaři</i>	9/2018
	<i>Hlubkové rozhovory</i>	11/2018-8/2019
	<i>Analýza dat z ohniskových skupin a rozhovorů</i>	10/2018-10/2019
	<i>Sběr dat prostřednictvím GPOP a ISK</i>	9/2020-4/2021
	<i>Statistické zpracování dat</i>	5/2021
	<i>Vyhodnocování dat, jejich komparace, shrnutí, diskuse</i>	5/2021-7/2021

Zdroj: vlastní zpracování

### **5.3 Výzkumné otázky a pracovní hypotézy**

Ve smíšeném výzkumu je hlavní výzkumná otázka společná pro kvalitativní i kvantitativní část výzkumu. Poté je formulována řada subotázek kvalitativních (ty jsou obvykle otevřenější) a řada subotázek kvantitativních.

Hlavní výzkumná otázka (HVO), která je společná kvantitativní i kvalitativní části výzkumu, zní:

**HVO: Jaké jsou důležité sociální kompetence porodníka a jak souvisí jejich míra rozvinutí s osobnostními preferencemi porodníka?**

Dominantní místo v tomto výzkumu má kvalitativní část, ve které byla definována poměrně široká specifická výzkumná otázka, což je běžný postup v kvalitativním výzkumu, jak tvrdí Strauss & Corbinová (1999, s. 24).

**SVO1: Jak vnímají sociální kompetence (vlastnosti, dovednosti, postoje) samotní porodníci a nakolik odpovídá jejich představa očekáváním a potřebám rodiček?**

Bylo by možné k této specifické otázce přistupovat i kvantitativně, ale vzhledem k cíli práce zjistit co nejdetailnější představy, názory, zkušenosti a zážitky z pohledu porodníků i žen – rodiček, na které byl výzkum zaměřen, byl zvolen kvalitativní sběr dat pomocí ohniskových skupin a hloubkových rozhovorů.

Z výše uvedené výzkumné otázky vycházely další dílčí otázky:

VO1: Jak si představují porodníci a ženy-rodičky kompetentního lékaře?

VO2: Co je obsahem vnímání sociální kompetence z pohledu porodníka a z pohledu rodičky?

VO3: Jaké jsou rozdíly vnímání sociální kompetence z pohledu porodníka a z pohledu rodičky?

Kvantitativní část výzkumu byla zaměřena na analýzu osobnostních vlastností porodníka a strukturu jejich sociálních kompetencí, proto byl zvolen sběr dat prostřednictvím dvou standardizovaných dotazníků. Následovala analýza dat pomocí základní deskriptivní statistiky a korelační analýzy, která zjišťovala lineární závislost mezi osobnostními preferencemi a mírou rozvinutí sociální kompetence.

Na základě rešerše literatury a informací získaných z kvalitativního šetření byla konkretizována specifická výzkumná otázka a dílčí výzkumné otázky.

**SVO2: Které sociální kompetence jsou více a které méně spjaty s osobnostními preferencemi a do jaké míry je pak možné pomocí osobnostních preferencí predikovat sociální kompetence.**

Z této specifické výzkumné otázky vychází další dílčí výzkumné otázky a hypotézy:

**VO1: Existují rozdíly v osobnostních preferencích porodníků ve srovnání s normou?**

- H1: Porodníci vykazují vyšší preference Introverze (I) ve srovnání s normou
- H2: Porodníci vykazují vyšší preference k vnímání reality prostřednictvím Smyslů (S) ve srovnání s normou
- H3: Porodníci vykazují vyšší preference k rozhodování prostřednictvím Myšlení (T) ve srovnání s normou
- H4: Porodníci vykazují vyšší preference k Orientaci na rozhodování (J) ve srovnání s normou
- H5: Porodníci vykazují vyšší preference k Napětí (A) ve srovnání s normou
- H6: Porodníci vykazují vyšší preference ke kognitivnímu stylu ST (systematický) ve srovnání s normou
- H7: Porodníci vykazují vyšší preference k osobnostnímu typu ISTJ a ESFJ





## **VO2: Existují rozdíly ve struktuře sociálních kompetencí porodníků ve srovnání s normou?**

- H8: Porodníci vykazují ve srovnání s normou vyšší skóre sekundární škály Sebeovládání (SE).
- H9: Porodníci vykazují ve srovnání s normou vyšší skóre primární škály Sebekontrola. (SEK)
- H10: Porodníci vykazují ve srovnání s normou nižší skóre sekundární škály Sociální orientace (SO).
- H11: Porodníci vykazují ve srovnání s normou nižší skóre primární škály Ochota ke kompromisu (KOM).
- H12: Porodníci vykazují ve srovnání s normou nižší skóre sekundární škály Ofenzivity (OF).
- H13: Porodníci vykazují ve srovnání s normou nižší skóre sekundární škály Reflexibility (RE).

## **VO3: Existují rozdíly ve struktuře sociálních kompetencí porodníků v závislosti na věku a pohlaví?**

- H14: Starší (zkušenější) porodníci vykazují vyšší skóre v sekundárních škálách ISK než mladší kolegové.
- H15: Ženy vykazují vyšší skóre v sekundárních škálách ISK než muži.

## **VO4: Které sociální kompetence jsou nejvíce a které nejméně spjaté s osobnostními preferencemi?**

## **VO5: Do jaké míry mohou osobnostní charakteristiky predikovat sociální kompetence?**

Pro korelační analýzu byly stanovené tyto hypotézy:

- H16: Sekundární škála Sociální orientace (SO) koreluje pozitivně s Extraverzí (E).
- H17: Sekundární škála Sociální orientace (SO) koreluje pozitivně s kognitivním stylem NF.
- H18: Sekundární škála Sociální orientace (SO) koreluje pozitivně s kognitivním stylem SF.
- H19: Sekundární škála Ofenzivita (OF) koreluje pozitivně s kognitivním stylem ST.
- H20: Sekundární škála Ofenzivita (OF) koreluje pozitivně s kognitivním stylem NT.
- H21: Sekundární škála Ofenzivita (OF) koreluje pozitivně s Extraverzí (E).
- H22: Sekundární škála Ofenzivita (OF) koreluje negativně s Napětím (A).
- H23: Sekundární škála Sebeovládání (SE) koreluje pozitivně s Orientací na rozhodování (J).
- H24: Sekundární škála Sebeovládání (SE) koreluje pozitivně s Extraverzí (E).
- H25: Sekundární škála Sebeovládání (SE) koreluje negativně s Napětím (A).
- H26: Sekundární škála Reflexibilita (RE) koreluje pozitivně s Introverzí (I).
- H27: Sekundární škála Reflexibilita (RE) koreluje pozitivně s Napětím (A).

### **5.4 Metody sběru dat**

S ohledem na charakter a cíl výzkumu byly v kvalitativní části výzkumu zvoleny dvě metody sběru dat, metoda ohniskových skupin a metoda semistrukturovaných rozhovorů, výstupy z nich byly následně rozšířeny o pohled dostupné literatury. Kombinace těchto metod zajišťuje metodologickou triangulaci, čili rozšíření a

prohloubení porozumění výzkumným výsledkům, i když mohou být obě metody využity jako samostatné metody (Denzin, 1989, Fern, 1982).

Metody získávání kvantitativních dat byly vybrány s ohledem na cíl výzkumu a zkoumané proměnné. Byla použita technika nepřímého dotazování pomocí dvou standardizovaných dotazníků, Dotazníku typologie osobnosti GPOP a Inventáře sociálních kompetencí (ISK).

#### 5.4.1 Ohnisková skupina (Focus Group)

##### *Popis metody*

„Focus group“ neboli „ohnisková skupina“ (Morgan, 1997) nebo „skupinová diskuse“ či „skupinový rozhovor či interview“ (Hendl, 2005) bývá uváděna jako jedna z nejprogresivnějších kvalitativních metod pro získávání dat (Miovský, 2006). Jedná se výzkumný nástroj pro získávání informací ke zvolenému tématu od skupin, které se vyznačují sdílenými charakteristikami nebo zájmy. Focus group zaostřuje vhléd do postojů a přesvědčení, které jsou zdrojem chování. Hodí se pro studium komplexních témat zahrnujících mnoho úrovní pocitů a zkušeností (Morgan, 2001).

Tato metoda byla zvolena pro zjištění jedinečných názorů, postojů a zkušeností lékařů-porodníků k sociálním kompetencím. Výběr metody focus group byl volen na základě předpokladu, který potvrzují např. Goldman (1962), Hess (1968) nebo Fern (1982), že skupiny mohou profitovat ze synergie při generování myšlenek, produkují tudíž širší spektrum myšlenek a zároveň i kvalitativně odlišných než individuální rozhovory. Rovněž Hendl (2005) považuje za velkou výhodu této metody uvolňování racionalizačních schémat a psychických zábran, a tudíž snadnější odhalování postojů, způsobů chování, myšlení a pocitů v běžném životě, než by tomu bylo v individuálních rozhovorech.

Hendl (2005), ale i další výzkumníci např. Miovský (2006) nebo Morgan (2001), zdůrazňují roli moderátora. Shodují se na tom, že odbornost, osobnost a používané postupy mají zásadní význam, pokud jde o zajištění skupinové interakce. Tato metoda byla zvolena i s ohledem na zkušenosti výzkumníka s vedením encounterových skupin, sociálně psychologických výcviků a tréninkových skupin.

Důležitou otázkou je sestavení skupiny. Někteří autoři hovoří o optimálním počtu členů v rozmezí 6-10 (Fern, 1982; Morgan, 2001). Miovský (2006) odmítá univerzální normu, která by určovala velikost skupiny a celkový počet členů ve skupině a uvádí, že se odvíjí od zkušeností moderátora, charakteru tématu a technicko – organizačních

možností. Z těchto důvodů byly zvoleny menší skupiny (3 účastníci), aby účastníci měli větší prostor pro vyjádření a bylo možno získat podrobnější informace, rovněž byla zajištěna větší anonymita a bezpečí účastníků. Někteří autoři uvádějí, že v ideálním případě by se členové v FG neměli znát, jiní toto vyvrací a nepovažují vzájemnou znalost za kontraindikaci (Morgan, 2001). Např. Smith (cit. Fernem, 1982) soudí, že vzájemná známost členů může vážně ovlivnit skupinovou dynamiku a také jednotlivé response. Morgan (2001) připouští, že neznámí a známí lidé mohou vyvolat ve skupině odlišnou dynamiku, nicméně předpoklad, že focus group musí tvořit lidé, kteří se neznají, označuje jako mýtus. Kompozice skupiny dle Morgana (1997, s. 52) by měla zajistit, „aby účastníci v každé skupině měli k předmětu výzkumu co říci a aby se cítili při vyslovování svých myšlenek bezpečně“. Zkušenost s realizací FG potvrdila, že vzájemná znalost a menší počet účastníků pomohly navodit pocit většího bezpečí a větší otevřenost. Miovský (2006) uvádí, že není ani tak důležitý počet focus groups, ale především kvalita získaných dat. Současně doporučuje, že bychom se v tomto případě měli řídit především obecným pravidlem saturace. Ve vztahu k zajištění validity výzkumu, a především pro dosažení saturace, proběhlo nakonec 6 fokusních skupin.

Metoda focus group pracující s obsahem skupinových interakcí vyžaduje podle Morgana (2001) důkladnost teoretické i praktické přípravy, jíž se lze vyvarovat zkreslení či desinterpretaci získaných údajů. Nejprve byl připraven plán a scénář fokusní skupiny, všechny skupiny pak byly vedeny na základě tohoto scénáře. Scénář je uveden v příloze 2.

### ***Záznam o průběhu ohniskových skupin***

Výzkumné šetření proběhlo v pražské porodnici. Po domluvě s vedením nemocnice, proběhly v rozpětí třech týdnů vždy v ranním čase 8,00 – 9,30 ohniskové skupiny. Zúčastnilo se jich 18 lékařů-porodníků. Audiovizuální záznam byl až na jednu skupinu odmítnut. Pro účely ohniskových skupin byla využita prostorná zasedací místnost v příjemném klidném prostředí, s dostatkem světla, respektující základní psychohygienické požadavky, s občerstvením. Porodníci se cítili po počátečních rozpacích příjemně a uvolněně (hodnotili v závěru). Byli usazeni okolo kulatého stolu, nikdo nezastával dominantní pozici. Každý účastník nejprve zapsal svoje názory na papír či moderační lístky, následně probíhala moderovaná diskuse, jejíž výstupy byly zaznamenávány na flipchartový papír. Důležité části diskuse byly v jedné skupině nahrány na diktafon, v ostatních dvou skupinách přepisovány. Celá diskuse byla

moderována výzkumníkem. Hlavní snahou bylo zjistit různé individuální názory k dané problematice a nejdůležitější aspekty, které tyto postoje ovlivňují. Moderátorka se snažila výstižně, ale stručně a úsporně vést rozhovor tak, aby došlo k poskytnutí maximálního prostoru lékařům, a usměrňovala diskusi, aby každý účastník měl přibližně stejný prostor. Ohnisková skupina trvala 1,5 hodiny, na začátku proběhlo přivítání a seznámení s cíli, průběhem, metodami a pravidly ohniskové skupiny. Pravidla skupiny byly: anonymita, otevřenost – všechny názory sem patří, respekt k ostatním, mluví pouze jeden, nesoudíme, nehodnotíme. Pro porodníky byla obzvlášť významná anonymita výstupů a vysvětlení, že se nejedná o zkoušku, že neexistují správné a chybné odpovědi. Účastníkům bylo slíbeno seznámení s výsledky po jejich vyhodnocení formou prezentace.

Aby téma bylo pro účastníky jasné a srozumitelné, jak uvádí Švaříček et al. (2014), na začátku byla všem účastníkům položena otázka, co si představují pod pojmem kompetence, následně byl pojem operacionalizován jako soubor znalostí, schopností, dovedností, motivů i postojů člověka, který vede k efektivnímu chování v rámci jejich profese

První klíčovou otázkou k diskusi byla otázka „Co charakterizuje kompetentního porodníka?“ Každý účastník nejprve v průběhu 7 minut napsal na papír svůj názor (cca 5 vlastností, dovedností...), následně se v diskusi měli shodnout na deseti nejvýznamnějších vlastnostech, dovednostech (tzv. desatero porodníka). Účastníci tak pojmenovávali přímo konkrétní kompetence nebo jejich části v podobě konkrétních dovedností, znalostí schopností a postojů. Diskuse trvala 20 minut. Protože lékaři zmiňovali nejen sociální, ale i odborné kompetence, bylo součástí této otázky také vyjádřit poměr odborných a sociálních kompetencí.

Druhou klíčovou otázkou bylo „Co sytí obsah jednotlivých klíčových sociálních kompetencí?“ Nejprve účastníci ze seznamu kompetencí vybrali sociální kompetence a pak diskutovali nad jejich obsahem. Upřesňovali tím obsah klíčových kompetencí, také diskutovali důležitost jednotlivých kompetencí, dávali jim pořadí. Tato aktivita trvala 25 minut.

Třetí klíčovou otázkou byla otázka na výhody, nevýhody a bariéry poskytování sociálních kompetencí porodníkem. Tato otázka měla tři úrovně. Nejprve si účastníci na moderační lístky psali výhody psychosociálního přístupu porodníka k rodičce – „Co by dobrá úroveň sociálních kompetencí přinesla porodníkům samotným, rodičkám a nemocnicím?“ Moderační lístky byly nalepeny na flipchart a následovala diskuse

k výhodám. Následně účastníci napsali na moderační lístky nevýhody – „Jaké nevýhody vidí porodníci v uplatňování psychosociálního přístupu lékaře k rodičce, opět z pohledu porodníka, rodičky i nemocnice?“ Po nalepení moderačních lístků na flipchart následovala diskuse. Poslední zamyšlení se týkalo bariér: „Co brání v používání sociálních kompetencí z pohledu porodníka, z pohledu rodičky, z pohledu nemocnice?“ Tato aktivita trvala 30 minut a účastníci se v ní mohli zamýšlet nad příčinami a důvody, které brání uplatňování psychosociálního přístupu, a co by takový přístup přinesl.

Doplňujícími otázkami byly škálové otázky, zaměřené na sebehodnocení úrovně sociálních kompetencí a úrovně vzdělávání v této oblasti. Obě otázky měly podobu reálného a ideálního stavu. Účastníci odpovídali na škále 0–10 (0 nejméně, 10 nejvíce).

Se skupinami se pracovalo dobře, po prolomení bariér a překonání počátečního odporu a nedůvěry, všechny skupiny hodnotily setkání jako přínosné „zastavení a uvědomění si“. Příklad závěrečného kolečka zpětné vazby: „přicházela jsem našťvaná, protože mi přeházeli harmonogram a sebrali operaci, těšila jsem se na sál, ale bylo to zajímavé, odcházím s úsměvem, neobtěžovalo mě to, bylo to pěkně připravené a podané“ (FG2), „lepší, než jsem si myslela, obávala jsem se (odmítla diktafon), jsem hrdá, že jsem něco ze sebe vymáčkla, uvědomuji si důležitost psychosociálního přístupu, ale není čas to dělat a také chybí dovednosti jak, někdy není chuť si povídat“ (FG1), „zajímavé zamyšlení a souvislosti, chybí taková setkávání“ (FG3), „všeobecně přínosné, možnost zamyslet se, překvapilo mě, že něco cítím, ale nedaří se mi to přiléhavě pojmenovat“ (FG3).

#### 5.4.2 Polostrukturovaný rozhovor (semistrukturované interview)

##### *Popis metody*

Jako druhá metoda byla zvolena technika **rozhovoru s ženami – rodičkami** s cílem zjistit co nejdetailněji zkušenosti a zážitky, potřeby a očekávání žen-rodiček ve vztahu k chování lékařů-porodníků, pochopit, jak vnímají sociální kompetence ty, které přijímají poskytovanou péči a co je pro ně nejdůležitější. Rozhovor je mnohými autory považován za nejběžnější techniku využívanou v rámci kvalitativního výzkumu (Ferjenčík, 2000; Hendl, 2005; Miovský, 2006; Mišovič, 2019; Švaříček et al., 2007). Švaříček et al. (tamtéž, s. 159) používají pro tento typ rozhovoru označení hloubkový rozhovor (in-depth interview), jež definují jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek. Prostřednictvím hloubkového rozhovoru jsou tedy zkoumáni členové určitého prostředí,

určité specifické sociální skupiny s cílem získat stejné pochopení jednání událostí, jakým disponují členové dané skupiny. Pomocí otevřených otázek může badatel porozumět pohledu jiných lidí, aniž by jejich pohled omezoval pomocí výběru položek v dotazníku. Hlubkový rozhovor umožňuje zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě, což je jeden ze základních principů kvalitativního výzkumu (Lofland, 1971, cit. Švaříčkem et. al., 2007). Hlavní výhoda hlubkového rozhovoru spočívá podle Miovského (2006, s. 158–159) v jeho flexibilitě. Od tazatele se tedy očekává, že je mu blízká improvizace a že dokáže být dostatečně kreativní. Pokud toho tazatel není schopen, většinou rozhovor příliš strukturuje, což ubírá na možnosti poznat zkoumaný jev do hloubky, přičemž toto je hlavním cílem rozhovoru. Opakem je zabíhání do příliš velkých detailů, odbočení od hlavního tématu apod. Největší nevýhoda však podle autora spočívá v obtížném zpracování takto získaných dat.

Metoda rozhovoru byla realizována prostřednictvím **techniky polostrukturovaného rozhovoru a techniky epizodického rozhovoru**. Polostrukturovaný rozhovor je veden pomocí návodu (schématu), které si výzkumník předem připravil. Schéma obsahuje seznam témat a otázek, které výzkumníka zajímají, souvisí s cíli kvalitativního výzkumu a jsou jádrem rozhovoru (Miovský, 2006, s. 159-162; Hendl, 2005, s. 174-175). Zároveň výzkumník může měnit styl, rychlost a pořadí otázek. Mišovič (2019) podotýká, že tento typ rozhovoru dokáže předejít mnohým nevýhodám, jak strukturovaného, tak nestrukturovaného rozhovoru. Na jednu stranu bylo významné držet se určitého schématu, aby bylo možné koncentrovat pozornost na hlavní výzkumný zájem a naplnit požadavky vytyčené cílem a výzkumnými otázkami, a zároveň bylo důležité mít možnost přizpůsobovat rozhovor aktuální situaci a vytvářet uvolňující, nenásilnou a přirozenou atmosféru, což umožnilo navázat důvěru a napomohlo větší otevřenosti a upřímnosti informantek. Vzhledem k tomu, že rozhovor se týkal především osobních zkušeností žen v průběhu těhotenství a porodu (životní epizody), ženy často vyprávěly svůj příběh, popisovaly svoje dobré i méně dobré zkušenosti s lékaři v tomto období, přecházel rozhovor k rozhovoru epizodickému. Podle Flicka (1995) tento typ rozhovoru spojuje v sobě výhody narativního rozhovoru a rozhovoru s návodem (cit. Hendlem, 2005, s. 177). Hendl (tamtéž) vychází u tohoto typu rozhovoru z předpokladu, že lidé uchovávají své zkušenosti jednak v narativní podobě (konkrétní příběhy), jednak ve formě sémantických znalostí (abstrahované subjektivní teorie). Aby bylo možné získat přístup k oběma formám, je třeba se v epizodickém interview zaměřit na popis životních epizod a zároveň na to, jak byly nabyté zkušenosti zpracovány do podoby zobecněných

struktur (subjektivních teorií). Ženy vyprávěly příběhy spojené s těhotenstvím a porodem, aby bylo možné se dostat k zobecněné zkušenosti o tom, co je pro ženy významnou sociální kompetencí, která pomáhá toto období zvládnout či naopak. Rozhovor byl kombinací vyprávění a otázek, které se týkaly subjektivních definic různých pojmů a vztahů mezi nimi.

Základem rozhovoru je interakce a konverzace mezi výzkumníkem a informantem. Výzkumník a informant jsou rovnocennými účastníky rozhovoru, což potvrzuje i Disman (2002, s. 300), který říká, že v kvalitativním výzkumu mizí hranice mezi rolí výzkumníka a rolí zkoumané osoby. Důležitý je respekt výzkumníka k pohledu informanta na svět, výzkumník musí reagovat citlivě v duchu toho, jak účastník rozhovoru chápe svět. Mišovič (2019) cituje Alvessona (2003), který říká, že výzkumník musí být otevřený vůči tomu, co účastník cítí a reflektovat to, co důležitého a významného účastník říká v souvislosti se záměry výzkumu, zároveň Mišovič (2019) zdůrazňuje, že je nutné u této techniky reflektovat subjektivní působení výzkumníka, tak informanta, a také sociálně konstruovaný původ obsahu rozhovoru.

Samotný rozhovor i s jeho přípravou měl několik fází. Podrobný scénář je uveden v příloze 3.

#### ***Záznam o průběhu rozhovorů***

Přípravná fáze zahrnovala oslovení respondentek a získání souhlasu k výzkumu. Respondentky byly osloveny autorkou v průběhu jejich hospitalizace.

U komplikovaných těhotenství byly osloveny již v průběhu hospitalizace před porodem, kdy byl domluven termín rozhovoru po porodu, aby jejich zkušenosti komplexně zahrnovaly celé těhotenství a porod. S těmito ženami byl navázán kontakt z jiného důvodu (psychologická intervence), než byly výzkumné účely. O účast ve výzkumu byly tyto ženy požádány později a všech 15 bylo ochotno se zapojit. Po 6 týdnech rozhovor poskytly 4 ženy.

Ženy, které rodily přirozeně, byly osloveny druhý či třetí den po porodu. Bezprostředně po porodu ženy většinou neměly o rozhovor zájem, byly příliš unavené nebo soustředěné na péči o miminko nebo příliš ovlivněné bezprostředními emocemi, které bránily určitému odstupu, proto byly požádány o spolupráci na výzkumu s odstupem 3–6 týdnů. Ženy byly oslovovány postupně, aby byla naplněna saturace vzorku, již po třech rozhovorech se začala témata opakovat. Rozhovoru se zúčastnilo 11 žen, z toho 7 rodilo spontánně, 4 akutním císařským řezem.



Ženy, které rodily plánovaným císařským řezem, byly osloveny v průběhu rozhovoru, kdy byl indikován porod císařským řezem z psychosociálních důvodů a rovněž s nimi bylo domluveno, že se rozhovor uskuteční po porodu. V této skupině se nakonec rozhovory uskutečnily se 4 ženami. Realizace rozhovorů nakonec proběhla s 18 ženami, se kterými byl proveden rozhovor přibližně v období od třetího do šestého týdne po porodu. Všechny rozhovory proběhly face-to-face v klidném, pohodlném prostředí buď v rámci porodnice (psychologická ordinace) nebo u respondentek doma. Při setkání bylo ženám znovu prezentováno téma, jeho význam a cíl výzkumu, respondentky se již s tazatelkou znaly z předchozí osobní komunikace. Na začátku byla vždy vytvořena atmosféra důvěry, zdůrazněna anonymita získaných dat a nabídnuta možnost seznámení se s výsledky. Rozhovory byly vedeny trychtýřovou metodou kladení otázek (Ferjenčík, 2000, s. 181), čili od všeobecných (citově neutrálních) k specifickým (emocionálně více laděným). Nejčastějšími otázkami byly otázky zaměřené na zkušenosti, názory a postoje a otázky zaměřené na pocity, na závěr byly položeny otázky demografické a kontextové. Rozhovory trvaly vždy od 40 do 60 minut, kdy byly informantkám pokládány otázky podle schématu, které mohly doplňovat vlastními příběhy, dále byly kladeny doplňující otázky dle průběhu rozhovoru. Se svolením informantek byly rozhovory zaznamenávány na diktafon. Pozornost byla věnována i ukončení rozhovoru, bylo důležité, v jakém rozpoložení ženy odcházely, protože některé otázky se dotýkaly citlivých témat. Informantky vnímaly rozhovor pozitivně a měl pro ně i abreaktivní význam. Ocenily význam a smysl výzkumu.

Pro účely kvantitativní části výzkumu byly použity metody Dotazník typologie osobnosti GPOP a Inventář sociálních kompetencí ISK. Obě byly administrovány individuálně, a to prostřednictvím on-line portálu Hogrefe TestSystem – verze 5<sup>28</sup> (HTS 5) nebo ve formě tužka-papír dle preferencí respondentů. Vyplněné formuláře formou

---

<sup>28</sup>HTS 5 umožňuje práci s elektronickými verzemi psychodiagnostických metod prostřednictvím on-line portálu (administraci, vyhodnocování, archivaci a zpracování výsledků). HTS 5 nabízí vyhodnocení prostřednictvím standardních číselných a grafických výstupů a také závěrečné textové zprávy, ve kterých jsou srozumitelně vysvětleny výsledky testů a mohou tak sloužit jako zpětná vazba testovaným osobám i jako informace klientům, kteří nedisponují odbornými znalostmi psychodiagnostiky. Výsledky testů jsou prezentovány ve formátu PDF.

tužka-papír byly přepsány prostřednictvím rychlého zadávání dat do programu, v němž byly výsledky vyhodnoceny a následně exportovány pro statistické zpracování.

#### 5.4.3 Osobnostní dotazník GPOP (Golden Profile of Personality)

Metoda GPOP byla vybrána z toho důvodu, že má široké využití při měření zdravé osobnosti zvláště v oblastech komunikace, týmová práce a vztahy, řešení konfliktů, plánování v oblasti kariéry, vzdělávání a trénink interpersonálních dovedností, což jsou témata, která budou dále zkoumána s ohledem na výstupy z kvalitativní části práce.

Metoda GPOP, stejně jako široce využívaná typologie MBTI, staví na čtyřech teoretických pilířích Jungova pojetí osobnosti: Extraverze (E) – Introverze (I); Smysly (S) – Intuice (N); Myšlení (T) – Cítění (F); Orientace na rozhodování (J) – Orientace na vnímání (P). Dalšími teoretickými východisky, jak uvádí Havlůj et al. (2009) jsou Allportova (1961) teorie rysů osobnosti, Eysenckova (1963) práce pojednávající o attributech, znacích a způsobech chování, které jsou vlastní určitému typu osobnosti a čtyřfaktorová teorie osobnosti, která je teoretickým základem pro doplňující škálu stresu Napětí (A) – Uvolnění (G).

Autorem původní verze GPOP<sup>29</sup> je John P. Golden. Českou verzi<sup>30</sup> napsali V. Havlůj, S. Hoskovcová a M. Niederlová.

Metoda GPOP vychází z předpokladu, že rozdíly v osobnosti se projevují různými sklony, resp. preferencemi, tedy měří sílu preference jednotlivce: odkud čerpá svou psychickou energii, jak vnímá skutečnost, jak se rozhoduje a také jaký má životní styl. Navíc GPOP ukazuje, jak jedinec reaguje na stres (Havlůj et al., 2009).

Testový nástroj GPOP obsahuje celkem 116 otázek, na které respondent odpovídá na sedmibodové škále, přičemž určuje, jak moc jej uvedená charakteristika vystihuje. Položky se vztahují k chování v pracovním prostředí i ve volném čase. Dotazník je rozdělen do tří částí. První část tvoří 71 tvrzení, které nabízejí vždy dvě možnosti dokončení uvedené ve specifickém kontextu. Druhá část je sestavena z šesti položek, které se skládají (obvykle) ze čtyř tvrzení týkajících se především pracovního života. Některá z těchto tvrzení nejsou do výsledného skórování zařazena a plní pouze funkci

---

<sup>29</sup> Golden Personality Type Profiler vydaná 1993

<sup>30</sup> vychází z německé verze, která je nejbližší naší kultuře. Pro německou jazykovou adaptaci testu provedli úpravy v německy mluvící oblasti sám Golden spolu s Bentsem a Blankem. Německá verze těchto autorů se objevila v roce 2004.

logického doplnění. Poslední třetí část je složena z 39 položek vystihujících preference k lidským charakteristikám.

GPOP obsahuje čtyři globální škály, které jsou relevantní při určení osobnostního typu (existuje celkem 16 různých kombinací), každá globální škála obsahuje pět subškál, čímž je dosaženo diferencovaného popisu individuální osobnosti. Další globální škála svými pěti subškálami měří způsob zvládnání stresu. Metoda nabízí jak obecný popis, tak individuální profil díky kombinaci typové teorie a diferencované zpětné vazby ve formě globálních výsledků a výsledků subškál. V příloze 4 je uveden popis jednotlivých globálních škál a subškál, které jsou sledovanými proměnnými ve výzkumu.

Výhodou metody GPOP je, že osobnost není popisována pouze poskládáním jednotlivých psychických funkcí, ale na základě jejich vzájemného propojování, tak se můžeme dostat ke kognitivnímu stylu, k pojetí temperamentu a k osobnostnímu typu. Tato práce se zaměřuje na popis profesionálního jednání, proto zde bude věnována pozornost především kognitivnímu stylu. Kognitivní styl tvoří základní osnovu našeho poznávání a vztahování se ke světu (způsob vnímání a uvažování, způsob komunikace, způsob působení na druhé, způsob rozhodování, způsob řešení problémů). Kognitivní styl je identifikován prostředními dvěma písmeny – jak získáváme informace (S/N) a jakým způsobem je hodnotíme, přiřazujeme jim význam a na základě toho, jak se rozhodujeme (T/F). Kombinace těchto dvou dvojic funkcí určuje čtyři kognitivní styly. V příloze 5 jsou popsány kognitivní styly tak, jak budou vnímány v rámci této práce s ohledem na sociální kompetence a možnosti jejich rozvoje.

Další předností GPOP je, že můžeme zpřesnit popis osobnostních charakteristik pomocí subškál a zároveň díky dynamickému popisu systemických procesů ve smyslu typové teorie. Celkově je možných 16 kombinací. Havlůj et al. (2009) poznamenávají, že lidé jedné typologické kategorie si jsou podobní, a to jak svými zájmy, přednostmi při volbě určitého povolání, tak způsobem, jakým navazují vztahy se svým okolím. Tabulka 8 uvádí přehled jednotlivých typů a zároveň poukazuje na koučingovou (terciární funkci) a stresovou (inferiorní funkci) (podrobněji Bents & Blank, 2009 s. 45-47).

Tabulka 8

*Přehled osobnostních typů*

ISTJ Rozvoj: F Stres: I	ISFJ Rozvoj: T Stres: N	INFJ Rozvoj T Stres: S	INTJ Rozvoj: F Stres: S
ISTP Rozvoj: N Stres: F	ISFP Rozvoj: N Stres: T	INFP Rozvoj: S Stres: T	INTP Rozvoj: S Stres F
ESTP Rozvoj: F Stres: N	ESFP Rozvoj: T Stres: N	ENFP Rozvoj: T Stres: S	ENTP Rozvoj: F Stres S
ESTJ Rozvoj: N Stres: F	ESFJ Rozvoj: N Stres: T	ENFJ Rozvoj: S Stres: T	ENTJ Rozvoj: S Stres F

Zdroj: Bents & Blank, 2009 s. 45-47

GPOP je standardně administrován prostřednictvím Hogrefe TestSystemu (HTS). HTS je databázové prostředí, vyvinuté pro administraci, vyhodnocení a archivaci psychodiagnostických metod. Prostřednictvím HTS je také možné administrovat metody nejen pouze na počítači, kde je systém nainstalován, ale na libovolném počítači s přístupem na internet, tím je umožněno jak lokální, tak vzdálené testování. Pouze uživatel má možnost testování řídit tím, že zasílá přístupová práva na on-line testování a zároveň vyhodnocuje výsledky. Druhou možností je administrace formou tužka prostřednictvím tištěného dotazníku GPOP, který je identický s HTS verzí. Administrace trvá přibližně 35 minut. Odpovědi každého probanda lze přenést do HTS (existuje zde funkce jednoduchého zápisu odpovědí z verze tužka – papír) a vyhodnotit a získat veškeré výstupy. Pro vyhodnocení je možné využít dvou českých standardizačních souborů pro dospělé<sup>31</sup> a dva soubory pro vysokoškoláky, pro porovnání je možné využít i německé normy a slovenské normy.

<sup>31</sup> Český standardizační soubor – střední a vrcholový management (vzorek 1048 respondentů) a Obecná populace (trénink a poradenství, výběr pro specializované profesní pozice) – vzorek 939 respondentů

První zkušenosti s využitím testu v praxi jsou příznivé. Sněhotová (2010) ověřila spolehlivost měření globálních škál, subškál i jednotlivých položek na vzorku 524 občanů ČR a vytvořila orientační normy pro výběrovou populaci. Wagnerová (2013, s. 80) shrnuje, že test má dobrou face validitu a jeho výstupní zpráva je velmi dobře srozumitelná i laikům. Pro hlubší práci s metodou se však doporučuje podrobné seznámení se s dílem C. G. Junga a s koncepcí Big Five. Jarošová (2014), která provedla validizační studii mezi GPOP a osobnostním inventářem NEO-PI-R zmiňuje, že pro zjištění konstruktové (potažmo konvergentní) validity byly sledovány pouze vztahy mezi GPTP™ a dalšími metodami, jež dle teoretických východisek spolu souvisí. Signifikantní vztahy byly prokázány mezi GPTP™, MBTI® i dalšími metodami (Golden, 2005). Ve studii Jarošové (2014) byla potvrzena validita, jak na úrovni škál i subškál těchto diagnostických metod, avšak pouze na vybraném souboru, který byl specifický svým složením<sup>32</sup> a nelze ho považovat za reprezentativní pro obecnou populaci.

#### 5.4.4 Inventář sociálních kompetencí (Inventar sozialer Kompetenzen)

Tato metoda byla vybrána s ohledem na cíl práce zjistit strukturu sociálních kompetencí u zkoumaného vzorku porodníků. Právě ISK zjišťuje dovednosti a schopnosti důležité pro řešení různých sociálních situací. Inventář sociálních kompetencí je považován za první psychometricky ověřenou metodu pro měření sociálních kompetencí, která je určena k využití v rámci výběru pracovníků, personálního rozvoje, kariérového poradenství či obecně pro osobnostně diagnostické a výzkumné účely (Hoskovcová & Vašek, 2017, s. 11) Autorem původní verze Inventar Sozialer Kompetenzen je Uwe P. Kanning (2009). Česká verze, vydaná v Testcentru, byla připravena Simonou Hoskovcovou a Zdeňkem Vaškem v roce 2017. Inventář sociálních kompetencí má dlouhou a krátkou verzi. Dlouhá verze (ISK) má 108 položek, krátká verze 33 položek (ISK-K). Obě verze pracují na principu sebeposouzení, kdy proband odpovídá na čtyřbodové škále (od 1 = vůbec nesouhlasí po 4 = zcela souhlasí). Položky ISK sytí 17 primárních škál, které se spojují do 4 sekundárních škál. ISK-K měří výlučně čtyři sekundární škály. Přehled sekundárních a primárních škál je uveden v příloze 6.

---

<sup>32</sup> vzorek byl z větší části tvořen ženami (57,4 %), většina respondentů (92,1 %) v době sběru dat neměla dokončené vysokoškolské studium, nejpočetněji byli zastoupeni jedinci ve věku 22 let.

V případě plné verze ISK trvá administrace asi 20 minut, v případě zkrácené verze méně než 10 minut.

ISK je rovněž administrován prostřednictvím Hogrefe TestSystemu (HTS) nebo formou tužka-papír prostřednictvím tištěného dotazníku ISK, který je identický s HTS verzí. Odpovědi každého probanda opět lze přenést do HTS (existuje zde funkce jednoduchého zápisu odpovědí z verze tužka – papír) a vyhodnotit a získat veškeré výstupy. Pro vyhodnocení je možné využít dvou českých standardizačních souborů pro dospělé<sup>33</sup> a jeden soubor pro studenty, pro porovnání je možné využít i německé normy.

Hoskocová a Vašek (2017) hovoří o ISK jako o nástroji, který objektivně a reliabilně měří četné sociální kompetence, rovněž konstruktová a kriteriální validita byly potvrzené řadou studií. Autoři rovněž korelovali výsledky probandů v ISK s jejich výsledky dosaženým v NEO osobnostním inventáři<sup>34</sup> a v Dotazníku motivace k výkonu – LMI<sup>35</sup>, které ulázaly vysoké korelace mezi jednotlivými faktory. Mouchová (2018) zkoumala vztah mezi sociálními kompetencemi a osobnostními charakteristikami měřenými inventářem NEO-PI-3. Výsledky ukazují, že míra vztahu mezi těmito koncepty se liší v závislosti na konkrétních sociálních kompetencích a dílčích rysech osobnosti. Samotný osobnostní rys ovšem nemůže predikovat sociální kompetentnost obecně. Ukázalo se, že osobnostní rysy mohou jednu sociální kompetenci ovlivňovat pozitivně a jinou negativně.

## **5.5 Zkoumaný vzorek**

Na metody sběru dat je vázána také velikost výzkumného vzorku a typ jeho výběru, a to ve vazbě na výzkumné otázky. Disertační práce je zacílena na sociálně kompetentní chování porodníků. Vzhledem k tomu, že byl vybrán smíšený design výzkumu, odvíjí se typ vzorku a způsob jeho výběru od cílů jeho jednotlivých částí. Výběr vzorku probíhá odlišně v kvalitativním a kvantitativním typu výzkumu.

---

<sup>33</sup> Český standardizační soubor (vzorek 506 respondentů) a Manažerská populace (vzorek 275 respondentů)

<sup>34</sup> Z celkových 90 korelací je jich signifikantních 53 na 1 % hladině významnosti a 7 na 5 % hladině významnosti. Velmi vysoké jsou korelace mezi celkovým výsledkem ISK a Extraverzí, Otevřeností ke zkušenosti a Svědomitostí. Významná je záporná korelace mezi celkovým výsledkem ISK a Neuroticismem.

<sup>35</sup> Vysoké pozitivní korelace najdeme u Důvěry ve vlastní úspěch (u 7 faktorů ISK), u Vytrvalosti, Flexibility a Nebojácnosti (u 5 faktorů ISK). Další vztahy se ukázaly na střední hladině významnosti.

**V rámci kvalitativní části výzkumu** bylo záměrem práce detailněji prozkoumat obsah sociálně kompetentního chování lékaře – porodníka, proto byla zvolena metoda komparace vnímání sociálních kompetencí z pohledu lékaře – porodníka a z pohledu příjemce jeho péče, z pohledu žen – rodiček. V rámci kvalitativní části výzkumu byl zvolený teoretický, cílený výběr vzorku. Masonová (1996) uvádí, že teoretický vzorek je postavený tak, aby poskytl detailní a důkladný pohled na konkrétní jednotky představující případy, důležité vzhledem k širšímu kontextu, nebo případně objevující se v něm (Masonová, 1996, s. 92–95 cit. Mišovičem, 2019, s. 42). Při výběru teoretického vzorku nejde o to, jaká je struktura zkoumaného vzorku, ale o to nakolik se podařilo vybrat ty, kdo se „pohybují ve zkoumaném poli a disponují věděním o problému, jenž je předmětem výzkumného zájmu, který je reflexivně postupně zpřesňován (Šanderová et al., 2009, s. 11, cit. Mišovičem, 2019, s. 42).

Cílem výběru bylo vytvořit vzorek, který poskytuje heterogenitu a širokou škálu zkušeností týkající se zkoumaného fenoménu. Při přípravě výzkumu byl nejprve proveden předvýběr vhodných účastníků výzkumu. Byla použita metoda prostého záměrného (účelového výběru), jak pro výběr do skupiny porodníků, tak do skupiny žen-rodiček. Gavora (2010) považuje tento typ výběru za užitečný, protože vybrané osoby mají potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí. Jen tak mohou podat informačně bohatý a pravdivý obraz. Tyto osoby výzkumník vyhledává a podrobuje je zkoumání. Výběr je vždy „reprezentativní“ – osoby dobře reprezentují dané prostředí.“ Cílený výběr je vůbec nejrozšířenější technika výběru v rámci kvalitativního paradigmatu, jde o takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností.

Výzkumný vzorek porodníků tvořila uzavřená skupina informantů, jednalo se o tzv. reprezentativní (typický) případ. Pro výběr do skupiny porodníků byla důležitá následující kritéria: aby oslovení informanti byli aktivními lékaři – gynekology/porodníky působící v porodnici, měli čas a ochotu se výzkumu zúčastnit, měli různou délku praxe a aby byla zkoumaná skupina genderově zastoupená. Délka jejich praxe je rozdělovala do třech skupin na residenty, atestované a konsiliáře. Skupinky byly homogenní z hlediska profese, pracovního zařazení a délky praxe, naopak heterogenní z hlediska pohlaví.

Pro výběr informantů byla využita skutečnost, že výzkumník je zaměstnancem instituce, kde byli informanti osloveni. Nejprve byli porodníci e-mailem informováni o probíhajícím výzkumu a požádáni o spolupráci, jejich účast ve výzkumu byla dobrovolná.





Ucelený přehled základních informací o každém účastníkovi je předložen v tabulce 9.

**Tabulka 9**

*Přehled informantů – porodníků*

FG	Pohlaví	Délka praxe	Zařazení
FG51	Žena	4 roky	Resident
FG52	Žena	3 roky	Resident
FG53	Žena	4 roky	Resident
FG21	Žena	1 rok	Resident
FG22	Žena	4 roky	Resident
FG23	Žena	4 roky	Resident
FG11	Žena	11 let	Atestovaná
FG12	Žena	11 let	Atestovaná
FG13	Žena	27 let	Atestovaná
FG41	Žena	13 let	Atestovaná
FG42	Žena	10 let	Atestovaná
FG43	Muž	14 let	Atestovaný
FG31	Muž	30 let	Konsiliář
FG32	Muž	20 let	Konsiliář
FG33	Muž	46 let	Konsiliář
FG61	Žena	44 let	Konsiliář
FG62	Muž	17 let	Konsiliář
FG63	Muž	36 let	Konsiliář

Zdroj: vlastní data

Hlavním kritériem pro záměrný výběr do skupiny žen byla jejich čerstvá zkušenost s těhotenstvím a porodem, a tudíž čerstvý a časný kontakt s lékařem gynekologem/porodníkem. Aby byla zajištěna větší heterogenita a širší škála vnímání, byla dalším kritériem rozdílná zkušenost žen s porodem. Předpokladem bylo, že jiné vnímání sociální kompetence porodníka budou mít ženy bez výraznějšího strachu z porodu, které upřednostňují tzv. „přirozený porod“ vedený s minimem intervencí, jiné rodičky se silným strachem z porodu, které naopak preferují porod císařským řezem z psychosociální indikace a jiné ženy, jejichž průběh těhotenství byl komplikovaný a strávily delší čas v porodnici. Další skupinu tvořily ženy, které si přály porodit spontánně, ale porod skončil akutním císařským řezem. Podle těchto kritérií byly vyhledávány ženy, které spadají do těchto čtyř skupin: přirozený porod, akutní císařský řez, porod císařským řezem z psychosociální indikace, předčasný porod. Další kritéria: věk, parita, vzdělání a velikost města byly voleny náhodně. Informantky ve výzkumu byly osločovány cíleně a výzkumník se s nimi znal z předchozí komunikace. Pouze skupina žen po spontánním porodu byla oslovena na oddělení šestinedělí po porodu bez předchozí znalosti (role „cizince“).

Počet osob nemusí být rozsáhlý, ale musí být dobře zvolený, aby poskytl požadované informace, uvádí Mišovič (2019, s. 45). Vzorek žen byl postupně doplňován,

než se začaly opakovat významové kategorie. Tento postup se nazývá „nasyčení dat“ neboli „saturace dat“. Celkem se výzkumu zúčastnilo 18 žen. Jejich průměrný věk byl 33 let. Z hlediska věku nebyly zastoupené ženy mladší 27 let, z hlediska vzdělání ve vzorku nejsou zastoupeny ženy se základním vzděláním.

**Tabulka 10**

***Přehled informantek – žen-rodíček***

Informantky	Věk	Vzdělání	Parita	Město
SP1	27	SŠ	Primipara	Menší město
SP2	29	VŠ	Primipara	Menší město
SP3	27	VŠ	Primipara	Menší město
SP4	32	VŠ	Sekundipara	Praha
SP5	38	VŠ	Sekundipara	Praha
SP6	29	VŠ	Primipara	Praha
SP7	30	VŠ	Primipara	Menší město
ASC1	33	VŠ	Sekundipara	Menší město
ASC2	34	VŠ	Primipara	Praha
ASC3	39	VŠ	Primipara	Praha
ASC4	35	VŠ	Primipara	Praha
SC1	33	VŠ	Primipara	Praha
SC2	34	VŠ	Sekundipara	Menší město
SC3	31	VŠ	Primipara	Praha
KP1	37	VŠ	Sekundipara	Malé město
KP2	33	SŠ	Primipara	Praha
KP3	41	SŠ	Sekundipara	Menší město
KP4	38	VŠ	Sekundipara	Praha

Zdroj: vlastní data

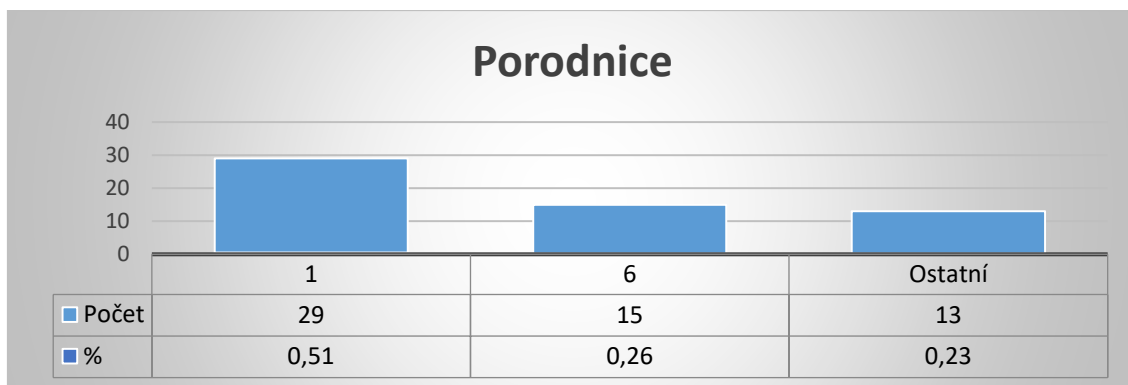
**V rámci kvantitativní části výzkumu** je důležitým aspektem reprezentativnost vybraného vzorku, nutnost reprezentovat populaci, která nás zajímá. Jak zmiňuje Ferjenčík (2000) reprezentativnost nezáleží na velikosti vzorku, ale na správné metodě výběru. Sprung a Sprung uvádějí, že reprezentativnost vzorku (vedle jeho rozsahu) závisí nejméně na třech okolnostech: homogenita a znalost vzorku a také různorodost kritérií podle kterých vybíráme respondenty do vzorku (cit. Ferjenčíkem, 2000, s. 115–116).

Pro výzkumný vzorek porodníků bylo důležité, aby oslovení respondenti byli aktivními lékaři – gynekology/porodníky působící v porodnici, měli čas a ochotu se výzkumu zúčastnit. Výběr vzorku byl založen na základě dobrovolnosti a dostupnosti.

V září 2020 prostřednictvím emailu byly náhodně osloveny vybrané porodnice. Z celkového počtu 96 porodnic v České republice a na Moravě bylo v prvním kole osloveno 60 porodnic s žádostí o zapojení se do výzkumu sociálních kompetencí lékaře-porodníka. Dopis (příloha 7) byl určen přednostům a primářům porodnických klinik, byl v něm vysvětlen účel a přínos daného výzkumu a zdůrazněna anonymita. Na email zareagovalo 8 porodnic pozitivně, 5 porodnic účast odmítlo z nedostatku času, ostatní nereagovali. Spolupráce byla potvrzena 8 porodnicemi, kde primáři nabídli svým lékařům možnost zapojit se do výzkumu. Sběr dat probíhal prostřednictvím on-line portálu Hogrefe Testsystem – verze 5, kdy každý účastník dostal přístupové kódy a dotazník vyplňoval elektronicky. Někteří lékaři preferovali vyplňování dotazníku formou tužka-papír. Data byla pak přepsána do systému prostřednictvím rychlého zadávání dat. Lékařům byla nabídnuta možnost získat zpětnou vazbu v podobě dvou výstupních zpráv z obou dotazníků, případně osobní konzultaci nad výsledky. Výstupní zprávy si vyžádalo 82 % lékařů, konzultaci nad zprávou pouze 2 porodníci.

Další způsob výběru vzorku se uskutečnil na základě techniky sněhové koule (snow-ball technique, Breakwell, 1995), která se volí tehdy, pokud se výzkumník nemůže volně pohybovat mezi zkoumanými osobami, tak navazuje kontakt s některými z nich, kteří zprostředkovávají kontakt s dalšími členy dané populace a ti pak vyhledávají další.

Vzhledem k tomu, že výzkum probíhal v čase, kdy situace v českých a moravských nemocnicích byla velmi významně zasažena koronavirovou pandemií, podzim 2020-jaro 2021, podařilo se získat nazpět 61 dotazníků, přičemž 4 dotazníky nebyly řádně vyplněny a proto vyřazeny. 53 porodníků vyplnilo oba dotazníky (GPOP a ISK), 57 porodníků vyplnilo pouze dotazník GPOP. Do výzkumu byla zařazena jedna pražská porodnice, jedna krajská a málo zastoupené porodnice byly zkatégorizovány do kategorie „Ostatní“ (graf č. 1). Tabulky 11–13 charakterizují zkoumaný vzorek porodníků dle pohlaví, pracovního zařazení a věku.



**Graf 1**  
Charakteristika vzorku dle porodnic

**Tabulka 11**  
*Charakteristika vzorku dle pohlaví respondentů*

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	34	60
Muž	23	40

Zdroj: vlastní data

**Tabulka 12**  
*Charakteristika vzorku dle pracovního zařazení respondentů*

Pracovní zařazení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rezident	26	46
Atestovaný	8	14
Konsiliář	23	40

Zdroj: vlastní data

**Tabulka 13**  
*Charakteristika vzorku dle věku respondentů*

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
25 – 33 let	25	44
34 – 39 let	11	19
40 – 54 let	9	16
55 – 70 let	12	21

Zdroj: vlastní data

Jak je patrné z uvedených dat v tabulkách 11-13, vzorek byl z větší části tvořen ženami (60 %), z hlediska pracovního zařazení nejpočetněji byla zastoupena skupina rezidentů (46 %) a skupina konsiliářů (40 %). Z hlediska věku byly osloveny všechny věkové kategorie, nejvíce se do výzkumu zapojili porodníci ve věku 25–30 let.

## 5.6 Zajištění kvality výzkumu

Autoři zabývající se metodologií výzkumu upozorňují na důležitost kvalitního provedení výzkumu, k jehož dvěma základním stránkám patří validita a reliabilita (např. Hendl, 2005; Mišoviš, 2019; Švaříček et al., 2014).

Validitou se obecně rozumí platnost získaných dat, tedy, zda zkoumáme přesně to, co jsme chtěli zkoumat. K zajištění validity **v rámci kvalitativní části výzkumu** byla použita technika triangulace, tzn. snaha porozumět zkoumanému jevu na základě kombinace různých způsobů nahlížení na data a jejich zjišťování. Hendl (2005, s. 149) rozumí pod pojmem triangulace kombinaci různých metod, výzkumníků, různých zkoumaných osob, různých lokálních a časových okolností a teoretických perspektiv, které se uplatňují při zkoumání určitého jevu.

Zprvé byla ve výzkumu použita triangulace metodologická (Denzin, 1989). K těmto účelům byl vybrán smíšený design výzkumu, který umožňuje lépe popsat sledované jevy, prohloubit znalosti o nich, a díky tomu lépe docílit objektivity, validity a reliability.

Zadruhé byla použita triangulace metod, data byla získána kombinací metod ohniskových skupin a polostrukturovaných rozhovorů. Tato triangulace byla doplněna pohledem vycházejícím z dostupné literatury ke zkoumanému tématu.

V teoretické a následně pak i praktické části je využíváno triangulace výzkumníků. Zkoumaná realita je popisována z pohledu různých výzkumníků a jejich poznatky jsou komparovány. V neposlední řadě je v práci využita i triangulace respondentů, kdy opakovanými šetřeními mezi respondenty ze stejné cílové skupiny je dosahováno teoretické nasycenosti a tím i validních výstupů.

Lincoln & Guba (1985, cit. Hendlem, 2005, s. 148) rozdělují nebezpečí pro validitu do tří kategorií s názvy reaktivita, zkreslení ze strany výzkumníka, zkreslení ze strany účastníků. Z hlediska reaktivity je třeba se zamyslet, do jaké míry přítomnost výzkumníka mohla ovlivnit výsledky v rámci ohniskových skupin a polostrukturovaných rozhovorů. U skupiny porodníků výsledky mohly být částečně zkresleny snahou o pozitivní sebereprezentací informantů, což bylo eliminováno tím, že byli vybíráni do skupin zcela náhodně – ten, kdo byl zrovna na směně a mohl se zúčastnit s ohledem na zajištění provozu. Určitá míra zkreslení mohla vzniknout i díky tomu, že výzkumník je „zasvěcenec“, tedy setkává se s informanty i v rámci jiných než výzkumných aktivit, tedy může mu chybět odstup od zkoumané reality, což bylo eliminováno tím, že výzkumník diskusi pouze moderoval a žádným způsobem nevstupoval do diskuse. Výzkumník byl skupinami porodníků vnímán spíše neutrálně až pozitivně, tedy nejčastěji se mohla objevit snaha o pozitivní sebereprezentaci. V ohniskových skupinách i v rozhovorech s ženami – rodičkami výzkumník využil svých bohatých zkušeností s vedením skupin a rozhovorů (absolvent terapeutického výcviku v PCA), v rozhovorech použil výzkumník

především empatickou a podpůrnou formu vedení rozhovoru pro vytvoření atmosféry bezpečí a otevřenosti. Výzkumník byl v rozhovorech s ženami rovněž v roli „zasvěcence“, proto bylo nutné konzultovat tvorbu otázek pro rozhovor se školitelem, aby nedošlo ke zkreslení díky tomu, že výzkumníkovi chybí odstup či některé okolnosti již nemusí být schopen vnímat, protože je považuje za samozřejmé. Tím, že byly vyhledávány extrémní případy (ženy s komplikovaným průběhem porodu, naopak ženy s fyziologickým průběhem porodu a ženy s psychosociální indikací k SC), tím bylo rovněž zmenšeno nebezpečí snížení validity. Po každé ohniskové skupině i každém rozhovoru byla provedena sebereflexe, aby bylo možné předejít dalším možným zkreslením ze strany výzkumníka.

Koncept reliability není dle Dismana (2002, s. 302) možné v kvalitativním výzkumu jednoznačně užít. Věrohodnost či spolehlivost kvalitativního výzkumu vychází z jasnosti analytického procesu. Ten by měl být nakolik podrobný, aby jeho „logickou správnost“ mohl sledovat i laik. Proto je pečlivě zdokumentován postup v jeho jednotlivých fázích. K posílení spolehlivosti výzkumu rovněž slouží doslovné přepisy nahrávek rozhovorů s ženami a doslovné přepisy názorů lékařů, které zapisovali do svých poznámek či na flipchart. Výstupy získané ze sběru dat byly ověřeny u zkoumaných osob, informantům byly zaslány přepisy jejich rozhovorů a diskusí a byli požádáni, aby se vyjádřili ke správnosti údajů a k jejich pravdivosti. Ve skupině lékařů proběhla prezentace výsledků kvalitativní části výzkumu s možností diskuse nad výsledky, výstupy z diskuse již nebyly součástí výzkumu.

**Kvalita kvantitativní části** výzkumu je významně ovlivněna velikostí a způsobem výběru vzorku. Vzorek respondentů (lékařů – porodníků) splňuje základní předpoklad o homogenitě vzorku, který byl vybrán ze základní populace na základě daných kritérií. Dostatečná velikost vzorku však nebyla v tomto výzkumu dosažena. Důvodem byla jednak pandemická situace (cílová skupina – lékaři byla nejvíce zasaženou oblastí) a částečně také nižší motivace lékařů věnovat se těmto otázkám. O zapojení do výzkumu rozhodoval vždy primář či ředitel porodnice, proto záleželo na jeho ochotě a zájmu, zda se dotazníky dostanou k lékařům. Dalším omezením je i způsob výběru výzkumného vzorku. Do výzkumu se zapojili respondenti na základě samovýběru, proto lze očekávat jejich vyšší motivaci a zájem o sociální kompetence. Ferjenčík (2000, s. 117) metodu sběru dat na základě dostupnosti a sněhové koule považuje za nespolehlivé pro konstituování reprezentativních vzorků. Hendl (2009, s. 59) uvádí, že pokud vytváříme soubor na základě dostupnosti, často nevíme, zda je možné ho označit za náhodný. Úskalí

tohoto způsobu výběru může podle Miovského (2006) spočívat ve větší motivaci k účasti na výzkumu a může tak docházet ke zkreslení ze dvou hlavních důvodů. První se týká prospěchu (probandům byly nabídnuty závěrečné zprávy a možnost osobní konzultace nad výsledky) a druhým důvodem je zjištění potvrzené několika autory (Miovský, 2006), že dobrovolní, aktivně přihlašující se do výzkumu vykazují jiné osobnostní charakteristiky, než je tomu u běžné populace. Proto je třeba při interpretaci výsledků výzkumu zohledňovat tato omezení. Přesto lze považovat výzkumné šetření za důležité, protože kvantitativních šetření zaměřených na osobnostní a sociální kompetence lékaře-porodníka je v České republice malé množství, ačkoli je to téma aktuální a významné.

Validita a reliabilita kvantitativní části výzkumu byla zajištěna výběrem standardizovaných sebeposuzovacích dotazníků. Zkušenosti s využíváním obou nástrojů v praxi jsou příznivé, jak dokazují mnohé studie. Kvalita a struktura metody GPOP byla již několikrát zkoumána (Havlůj et al., 2007; Jarošová, 2014; Sněhotová, 2010; Wagnerová, 2013). Signifikantní vztahy byly prokázány mezi GPTP<sup>TM</sup>, MBTI®, NEO-PI-R a dalšími metodami (Golden, 2005, Jarošová, 2014). Podobně je hodnocen i dotazník ISK, který dle autorů měří objektivně a reliabilně četné sociální kompetence, rovněž konstruktová a kriteriální validita byly potvrzené řadou studií (Hoskovcová & Vašek, 2017). Silný pozitivní vztah mezi EI (měřenou zkrácenou verzí TEIQue-SF) a úrovní celkové sociální kompetence i mezi některými primárními a sekundárními škálami SK zjistily autorky Letovancová & Hájková (2017). Silný pozitivní vztah má EI s primárními škálami SK extraverze, rozhodnost, emocionální stabilita, flexibilita chování a se třemi sekundárními škálami ISK, mimo škály reflexivita.

## 5.7 Etika výzkumu

Etická pravidla výzkumu je nutné uplatňovat ve všech jeho etapách: v přípravě, realizaci, interpretaci a prezentaci dat. Hlavní etické principy se dotýkají jak zkoumaných jedinců, tak i samotného výzkumníka. Pro výzkum byly zvoleny standardy APA (American Psychological Association, Seventh Edition, 2020), která upravují pravidla postupu při výzkumu a pravidla pro publikování. V rámci celého výzkumu byla ctěna etická odpovědnost, která zahrnuje všeobecné principy akademické integrity a poctivosti a respekt k ostatním lidem, kteří se na výzkumu podílejí (Punch, 2008, s. 86 cit. Mišovičem, 2019, s. 76).

Snaha výzkumníka byla, aby zkoumané osoby neutrpěly výzkumem žádnou újmu, případně jim výzkum přinesl prospěch, jak zmiňuje Balbough (in Weiss, 2011, s. 141-147). Výzkum byl anonymní, se získanými daty bylo nakládáno důvěrně a v souladu s ochranou osobních dat, jak ve skupině lékařů, tak ve skupině žen-rodíček. V rámci výzkumu účastníci dostali identifikační kódy, v kterých byly zakódovány údaje o zkoumané osobě, potřebné ke komparaci. Aby nedošlo k psychické újmě v rámci použitých metod, výzkumník využíval svých zkušeností z práce se skupinou i jednotlivcem (psychoterapeutický výcvik), pracoval velmi citlivě, podpůrně, zároveň s určitým odstupem k tématu (empatickou neutralitou), aby neovlivňoval odpovědi účastníků. Na začátku i konci metody byl vždy prostor pro pocity účastníků a zpětnou vazbu. Zároveň jim byla nabídnuta možnost případné další konzultace, kdyby rozhovory či diskuse otevřely nějaká citlivá témata. Po transkripci dat byly přepsané rozhovory a diskuse konfrontovány s účastníky (za každou skupinu jeden lékař, celkem 6, za každou skupinu žen – rodíček jedna, celkem 4) za účelem odsouhlasení dobrého porozumění výzkumníkem. Všem účastníkům výzkumu byla nabídnuta možnost seznámení se s výsledky po ukončení výzkumu. Pro porodníky byla uskutečněna prezentace výsledků s diskusí nad výsledky kvalitativní části výzkumu. Porodníci, kteří se účastnili kvantitativní části výzkumu, dostali k dispozici výstupní závěrečné zprávy, pokud o ně projeví zájem, byla jim nabídnuta možnost osobní konzultace nad výsledky, tu využili 2 porodníci. Tímto způsobem byla zajištěna i prospěšnost výzkumu pro účastníky.

Celý výzkum byl uskutečněn na principu dobrovolnosti. Účastníci byli podrobně seznámeni s dobrovolnou účastí v průběhu celého výzkumu a s možností kdykoliv účast ve výzkumu odmítnout. Před zapojením informantů do výzkumu byl získán jejich písemný informovaný souhlas (Hendl, 2005; Mišoviš, 2019; Švaříček et al., 2014 aj.), který je uveden v příloze 8 a 9. Zároveň byli informováni o pořízení audio-nahrávky z



celého rozhovoru a diskuse, a o dalším nakládání se získanými daty. Nahrávání diskusí bylo lékaři až na jednu skupinu odmítnuto. Proto byl pořízen písemný zápis z diskusí za pomoci moderačních pomůcek a záznamů výstupů z diskusí na flipchart. Rovněž byli porodníci již v úvodním dopise (příloha 7) s žádostí o spolupráci informováni o záměru celého výzkumu. Nejprve byli osloveni ředitelé porodnic či primáři porodnického oddělení a požádáni o spolupráci s vysvětlením účelu, postupu a způsobu nakládání s daty. Pokud poskytl souhlas, byli osloveni samotní účastníci dopisem (porodníci, příloha 10), osobně (ženy-rodilky) s vysvětlením účelu, postupu a nakládáním s výsledky.

Důležitým aspektem je respektovat etická pravidla v jednotlivých etapách výzkumu, jak uvádí Štětovská (in Weiss, 2011, s. 149–158), proto jsou jednotlivé etapy výzkumu přesně a detailně zdokumentovány.

## **5.8 Kvalitativní analýza dat**

Kvalitativní přístup při zpracování dat se odlišuje od kvantitativního cyklickým charakterem označovaným jako hermeneutická spirála – jde o proces interakce mezi získáváním dat, jejich zachycením, redukcí dat a vyvozováním závěrů (Mišovič, 2019, s. 125). Kvalitativní analýza dat probíhala souběžně se sběrem dat. Po každé ohniskové skupině, stejně tak po každém rozhovoru byla data přepsána a analyzována. Obě fáze, tj. sběr dat a jejich analýza, se prolínaly. Data byla sbírána postupně, hned kódována, výzkumník se vracel do terénu, až do té doby, dokud nebylo dosaženo teoretické nasycenosti dat, jak radí Švaříček et al. (2007, s. 87–88).

Jako první stupeň analytické práce byl využit deskriptivní přístup ke kvalitativní analýze. Data byla přepsána, utříděna, klasifikována a následně komparována. Miovský (2006, s. 221) zdůrazňuje, že kvalitní deskripce je základní bází pro validní interpretaci. Nejprve byla data netextové podoby převedena do textové podoby, provedena doslovná transkripce, která se stala základem pro otevřené kódování.

Strauss a Corbinová (1999) zdůrazňují, že

„samotné otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly, a také jsou kladeny otázky o jevech údajů reprezentovaných“ (s. 43).

Otevřené kódování začíná určením významových jednotek. Ty definují Glaser & Strauss (1967, cit. Miovským, 2006, s. 227) jako „vymežitelný úsek (obvykle) textu (např. přepisu interview), který je nositelem nějaké informace.“ Text byl rozdělen na významové jednotky, které byly barevně odlišeny pro lepší přehlednost. Následně byla provedena konceptualizace, která dle Strausse a Corbinové (1999, s. 44) obnáší nejen výše uvedené rozčlenění textu na významové jednotky, ale též přidělení jevům jména (či pojmy, kódy). V krajním sloupci byly přiděleny kódy, které nejvíce vystupovaly do popředí, a přepsány do MS Excel. Dalším krokem bylo seskupování kódů do tzv. kategorií, vytváření obecnějších, nadřazených pojmů, aby se data zpřehlednila a vytvořil se podklad pro hledání vzájemných vztahů mezi nimi, podobné jevy byly sdružovány do kategorií vyššího řádu. Tímto procesem byl velký počet kódů z počátečního otevřeného kódování převeden do subkategorií, které byly následně sdruženy do čtyř hlavních kategorií. Za tímto účelem byla použita metoda vytváření trsů, která slouží k seskupení a konceptualizaci určitých výroků do skupin. Byly vytvořeny obecnější induktivně odvozené subkategorie, které byly zařazeny do příslušného trsu (kategorie) dle tematického propojení. Kategorie byly formovány na základě srovnávání, hledání podobností a rozdílností jednotlivých kódů. Mišovič (2019, s. 169) zmiňuje, že kategorie se vyznačují určitými vlastnostmi a k jejich určení napomáhá dimenzionalizace, tj. proces identifikace vlastností kategorie pomocí stanovených dimenzí. Zachycují se tím případy, které se vyznačují minimálními a maximálními rozdíly, které následně slouží ke komparaci. V průběhu kódování byly vytvořené kategorie komparovány s již existujícími teoriemi o sociálních kompetencích, čímž bylo dosaženo triangulace zdrojů pro vytvoření kategorií (pohled porodníků, pohled žen – rodiček, pohled teoretických zdrojů). Na základě otevřeného kódování výstupů z ohniskových skupin a z rozhovorů byly v komparaci s odbornou literaturou vytvořeny 4 kategorie sociálních kompetencí a bylo využito terminologie z teoretické části práce: intrapersonální kompetence (např. Balint, 1993; Belz & Siegrist, 2001; Valenta, 2006), emocionální kompetence (např. Denham, 2003; Kanitzová, 2008; Saarniová, 1999), interpersonální kompetence (např. Balint, 1993; Belz & Siegrist, 2001; Gordon, 1995; Kanning, 2017; Valenta, 2006) a komunikační kompetence (např. Belz & Siegrist, 2001; Gordon, 1995; Honzák, 1997; Křivohlavý, 1988; Ptáček & Bartůněk, 2011; Riggio, 1989; Valenta, 2006). Některé kódy patří do více kategorií, tím se jednotlivé kategorie prolínají.

Získané výsledky jsou prezentovány s využitím techniky vyložení karet. Švaříček et al. (2007, s. 226) považují tuto techniku za nejjednodušší nastavbu otevřeného

kódování. Poté, co výzkumník vytvoří seznam kategorií a subkategorií, přičemž byla splněna podmínka teoretické nasycenosti, provede uspořádání těchto kategorií a subkategorií „do nějakého obrazce či linky a na základě tohoto uspořádání sestaví text tak, že je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií.“ Pro přehlednost byly prostřednictvím mentálního mapování vytvořeny obrázky (9–12).

Dále byla využita metoda prostého výčtu. Tato metoda je dle Miovského (2006, s. 222) metodou na hranici mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem. Jejím cílem je vyjádřit, jak často se daný jev vyskytl v poměru výskytu k jinému jevu. Čermák & Štěpaníková (1998, cit. Miovským, 2006, s. 223) zdůrazňují, že počet je také kategorie a sledování frekvence a intenzity určitého jevu se dozvídáme také něco podstatného o kvalitě. Kvantita v některých případech je nositelem důležitého významu pro interpretaci kvalitativních údajů.

Metoda kontrastování a srovnání, která byla také použita, je technikou, která pomáhá odlišit kategorie, upozornit na rozdíly mezi nimi nebo pomáhá zdůraznit některé kontextuální odlišnosti fenoménu (Miovský, 2006, s. 223). Metody kontrastování využíváme pro prezentaci výsledků kvalitativního výzkumu proto, aby vynikly rozdílné zkušenosti a zároveň i potřeby respondentek v souvislosti s poskytováním psychosociální péče. Práce s daty byla ukončena hledáním vazeb a souvislostí.

## 6 Výsledky kvalitativní analýzy dat

Prvním krokem v rámci deskriptivního zkoumání mezi lékaři bylo vyjasnění pojmu sociální kompetence. Objevila se významová nejednotnost, ale nejčastěji byla kompetence vnímána jako oprávnění (pravomoc) a z ní vyplývající odpovědnost za výsledky svých rozhodnutí, dále pak jako odborná schopnost a schopnost řešit problém. Residenti kompetenci vnímají více jako pravomoc a odbornou schopnost, zatímco atestovaní a konsiliáři kompetenci vnímají více holisticky jako schopnost vyřešit problém v duchu *lege artis*. Následně byl pojem sociální kompetence operacionalizován jako soubor znalostí, schopností, dovedností, motivů i postojů člověka, který vede k efektivnímu chování v rámci mezilidských vztahů.

### 6.1 Odbornost x Lidskost

První výzkumná otázka kvalitativní části práce byla zaměřena na to, jaké kompetence přisuzují porodníkům lékaři a jaké kompetence jim přisuzují ženy-rodičky. Oběma skupinám byla proto položena poměrně široká otázka „Co charakterizuje kompetentního lékaře?“ V odpovědích se objevovala vedle sociálních kompetencí také odborná kompetence. Z výpovědí obou skupin vyplynula důležitost obou kompetencí. Lze říci, že se vzrůstající zkušeností přikládají porodníci větší význam sociálním kompetencím a jsou nespokojeni s tím, že na školách i v nemocnicích je jejich rozvoji věnována malá pozornost. Residenti více zdůrazňují odbornost a autoritu. Sami by více očekávali od lékaře odbornost než sociální kompetence (lékařka FG22: „pacientky chtějí více sociální kompetence, proto se snažím tento přístup více uplatnit, ale pro sebe bych více ocenila odbornost než sociální kompetence“). Residenti často reagovali tím, že „není čas si povídat“ (FG21) a také „že záleží, jestli je začátek pracovní doby nebo po dovolené“ (FG22). Objevily se také obavy, pokud by u lékaře dominovala sociální kompetence nad tou odbornou (lékařka FG61: „nechceme Cvacha, je to bonus sociální zdatnost, ale odborník je nutný...“).

V odborných kompetencích se obecně porodníci cítí bezpečněji, než v sociálních (FG21: „nejlepší by bylo, kdyby my udělali tu odbornou a někdo tu psychosociální část“). Podíl významu sociální kompetence se podle lékařů také liší dle pracoviště (operační sál, ambulance). Porodníci se cítí frustrováni, když pacienti vetují jejich zkušenosti a odbornost a upřednostňují informace na internetu, od léčitelů, či dul (FG61, FG32). Pro

ženy-roděčky je příjemnější, pokud informace dostanou od lékaře a nemusí je někde „googlit“ (KP3).

Z výpovědí žen – rodiček vyplynulo, že odborné kompetence jsou pro informantky velmi důležité, a zahrnují nejenom znalosti (vzdělání), ale také zkušenosti, důležitá je pro ně rovněž zručnost, znalost souvislostí s jinými obory, a v neposlední řadě také ochota se vzdělávat a zdokonalovat ve svém oboru. Ideální pro informantky je, pokud by byly odborné a sociální kompetence vyrovnané, na stejně vysoké úrovni (KP3: *„profesionálně lidský přístup, profesionální znamená mít „hodně hodně zkušeností“ mít různé zkušenosti z různých nemocnic, z různých států, prostě plno takových problémových případů, čím víc takových případů za sebou, tím se to lépe vychytá, jak s tím pracovat a lidský takové nacítní...“*).

Pokud by musely volit, tak by se raději vzdaly „lidskosti“ ve prospěch „odbornosti“, i když zároveň i přístup lékaře k nim byl důvodem pro změnu lékaře u tří z nich. Více by tolerovaly absenci sociálních kompetencí lékaři, který je specialista, jediný v oboru (KP1: *„chodím ke gynekologovi, který je svérázný, trochu hulvát, ale je odborník, věnuje se tomu řemeslu, že dokáže opravdu pomoci ve spoustě věcí spoustě žen, ale ne všichni ho dokážou skousnout, co se týče chování, protože on opravdu co na srdci to na jazyku, tak to opravdu vypustí, na to si člověk musí zvyknout.“*) a také tehdy, pokud nemusí řešit žádné komplikace (SP2: *„a je to otázka 15 minut“*). Chyby v odbornosti by dokázala tolerovat pouze jedna informantka, pro kterou je lidský přístup důležitější (SP3: *každý člověk může udělat chybu a jde o to, jak se k tomu pak postaví a jak se to snaží řešit.“*).

Výpovědi potvrzují, že rodičky očekávají lékaře v duchu tradičních hodnot, tedy lékaře vzdělaného, moudrého a laskavého, pokud se však vyskytne „akutní problém či nemoc“ zvýrazní se potřeba odbornosti a zkušeností a nejmodernějšího vybavení, přejde-li do dlouhodobého průběhu léčby, opět se zvýší potřeba sociálních kompetencí. V této otázce se ukázalo, že ženy-roděčky jednoznačně preferují odbornost a sociální kompetence lékaře vnímají spíše jako „bonus“, zatímco lékaři-porodníci přisuzují ženám-roděčkám preferenci sociálních kompetencí nad odbornými. Zatímco u žen-roděček byl v průměru poměr odborných a sociálních kompetencí 66:34, u lékařů-porodníků byl poměr 38:62 ve prospěch sociálních kompetencí.

## 6.2 Sociální kompetence z pohledu lékaře-porodníka a ženy-roděčky

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na obsah sociální kompetence z pohledu lékaře-porodníka a z pohledu ženy-roděčky. Jednotlivé výpovědi byly rozděleny do subkategorií a ty seskupeny do čtyř hlavních kategorií. Jednotlivé kategorie a subkategorie se prolínají a vzájemně podmiňují, některé subkategorie lze zařadit i do jiné kategorie.

**Intrapersonální kompetence.** Do této kategorie byly zařazeny všechny vlastnosti, dovednosti, schopnosti, postoje, které se vztahují k jedinci samotnému a k rozvoji jeho osobnosti jako integrovanému celku.

**Emocionální kompetence.** Tato kategorie zahrnuje vlastnosti, schopnosti, dovednosti, znalosti, ale i postoje a motivy, které člověku umožňují porozumět nejen vlastním emocím, ale také emocím druhých, které je umožňují regulovat a kultivovat, a také se orientovat v komplexních vztahových situacích a adekvátně je řešit. Tato kompetence významně souvisí s předchozí kompetencí především v rovině sebereflexe a seberegulace.

**Interpersonální kompetence.** Interpersonální kompetence se vztahují k mezilidským vztahům a jsou zde zařazeny schopnosti a dovednosti, které souvisí s vytvářením a udržováním vztahů, zvládání konfliktních situací, schopnost spolupráce a další.

**Komunikační kompetence.** Komunikační kompetence ve složce senzitivní i expresivní zahrnují dovednosti, které se vztahují ke všem předchozím kompetencím. Ve složce senzitivní obsahují dovednosti přijímat (vnímání a porozumění tomu co druhý cítí, potřebuje, říká), spojené s aktivním nasloucháním. Ve složce expresivní zahrnují dovednosti spojené se srozumitelným, věcným, ale i respektujícím vyjadřováním, efektivním přesvědčováním, vyjednáváním a řešením konfliktů.

### 6.2.1 Kategorie: intrapersonální kompetence

Obrázek 9 ukazuje jednotlivé subkategorie této kompetence z pohledu porodníka i roděčky. Obě skupiny se shodly na určitých **kognitivních schopnostech** (v psychologii se chápe kognice v užším slova smyslu jako mentální funkce a procesy (myšlení, rozhodování, plánování, učení) a stav inteligence (Raudenská & Javůrková, 2011). Porodníci více zmiňovali orientaci na detail a věcnost, rychle a účelně se rozhodovat a řešit kritické situace. Ženy-roděčky velmi oceňovaly schopnost vidět souvislosti, mít nadhled. Nejčastěji zmiňovanou vlastností u porodníků byla rozhodnost (u všech skupin), dále pak zodpovědnost, pečlivost, cílevědomost. Tyto charakterové vlastnosti více

zdůrazňovali residenty, pro atestované byly významné vlastnosti jako morální odpovědnost, spolehlivost a iniciativa, u konsiliářů dominovala rozhodnost. Pro ženy-rodice bylo významné, aby lékař byl pečlivý a snaživý a uměl okamžitě zareagovat, když je potřeba.

Další významnou subkategorii z pohledu lékařů-porodníků a žen-rodicek byla **organizace času**, obě skupiny zdůrazňovaly význam času „*udělat si čas na pacientku*“. Jako vlastnost byla zmiňována trpělivost. **Motivace a sebemotivace** byly kvality, které opět zdůrazňovaly obě skupiny. Pro ženy-rodice je významné, „*aby bylo na lékaři vidět, že má tu práci i lidi rád, že má chuť pomáhat lidem*“. (KP1,2, SC3). Lékaři zdůrazňovali altruistickou povahu lékařské profese „*snaha pomoci lidem, mít rád lidi*“ a zájem o obor.

S motivací dále souvisela **ochota učit se a vzdělávat**. Všechny skupiny lékařů zdůrazňovaly nutnost se vzdělávat. Konsiliáři kladli důraz na ochotu neustále se vzdělávat a učit se („*lékař by měl mít touhu se vzdělávat*“). Residenti více zmiňovaly ochotu zkušenějších kolegů předávat informace a zkušenosti a učit mladší kolegy – „*být k dispozici*“. Ženy-rodice rovněž vnímají, že lékař by se měl celoživotně vzdělávat ve svém oboru, čerpat zkušenosti, osvojovat si manipulaci s moderním vybavením – „*aby byl vzdělaný s dostatečnou zkušeností a zajímal se o nové vědecké poznatky a přístupy*“ (SP4). Další subkategorii byly schopnosti a vlastnosti, které souvisí se **sebereflexí**. Se zvyšující se zkušeností lékařů byla více zdůrazňována právě schopnost rozpoznat svoje možnosti, limity, ochota poučit se z chyb, což je něco, co očekávají starší kolegové od mladších, mladší mluvili o pokoře a o potřebě dostávat od starších a zkušenějších kolegů konstruktivní zpětnou vazbu (kritiku), aby „*se nemuseli bát něco sami za sebe rozhodnout či udělat a nemuseli stále volat zkušenější kolegy, což je nepříjemné oběma i pacientovi, nebát se konzultovat*“. Obě skupiny mluvili o umění přijmout chybu či kritiku a omluvit se (SP4). Toto zmínily i ženy-rodice, aby lékař uměl: „*normálně říct, že neví...a nevyvolával dojem, že já jsem ta špatná, když to nefunguje a léčba se nedaří. Aby nebyl v roli vševěda neomylného, ale prostě člověk*“. (KP3,4).

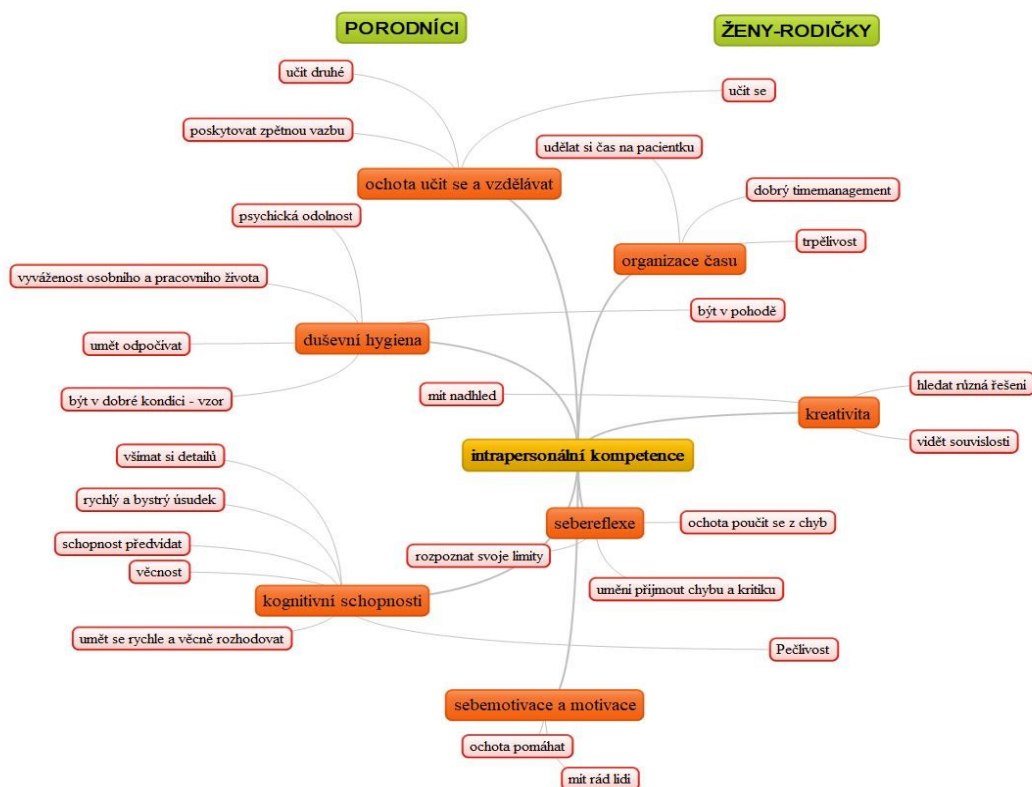
Všechny skupiny porodníků zmiňovaly **psychickou odolnost**, vyváženost osobního a pracovního života. Ženy-rodice oceňují, pokud je „*lékař pohodový, v dobré náladě, vytváří příjemné prostředí a umí i zažertovat, ne na úkor pacientky*“.

Poslední subkategorii v této kategorii je **kreativita**. Která se neobjevovala až tak často, zdůrazněna byla ve skupině konsiliářů. Rovněž do ní můžeme zařadit schopnost

mít nadhled, umět vidět souvislosti, a schopnost hledat různá řešení, což se vyskytovalo především ve skupině žen-rodíček SP6: „*bude mít pro mě vždy více variant*“.

## Obrázek 9

*Intrapersonální kompetence a její subkategorie z pohledu porodníka a z pohledu rodičky*



Zdroj: vlastní zpracování

### 6.2.2 Kategorie: Emocionální kompetence

Nejčastější subkategorií, která vyplynula z výpovědí všech informantů v obou skupinách, byla **empatie**. Rozdílné bylo vnímání této subkategorie. Porodníci empatii vnímají jako významnou schopnost či dovednost **naladit se** na pacientku **a přizpůsobit** svoji komunikaci (verbální sdělení) její úrovni vnímání. Empatii jeden z lékařů popsal: „*empatie pro mě v tuto chvíli znamená vstřícně, mile, a v klidu vysvětlit tu situaci, co se děje, co se může dít, jaká jsou rizika a jaké jsou možné postupy*“ (FG63). Jiný lékař empatii definuje jako schopnost „*Vnímat osobnost pacientky/rodičky a tomu přizpůsobit způsoby komunikace a předávání informací* (FG11).

Ženy-rodíčky empatii vnímají daleko více jako emocionální kompetenci, tedy dovednost vcítit se do jejich pocitů a potřeb. Nejčastěji byla zmiňována **citlivost a jemnost**, jak po fyzické, tak po psychické stránce „*aby to pacientce nebylo nepříjemný,*



*je to přeci jenom intimní záležitost“ (SC1,2,3). Ženy s komplikovaným průběhem těhotenstvím a porodu velmi zdůrazňovaly **vcítění se**: „vcítit se do mojí *zoufalé situace a pocitů strachu“ (KP3), „aby se vůbec uměli představit, co ten pacient prožívá“ (KP2). Pro jednu informantku bylo velmi pomáhající zažít se svojí lékařkou velké soucítění: „...že ona věděla i já, že to nevyjde, ale stejně tomu dávala šanci do poslední chvíle, takové nacítění, že jí to bylo i líto profesionálně v téhle situaci“. Ale i ženy-rodičky, které porodily spontánně, mluvily o potřebě **pochození, naladění se** i vcítění do jejich potřeb, co chce pacient, jak s ním mluvit „že někomu to může dát na plno a někomu dávkovat, určitě to má velký vliv, vědět, co žena očekává.“ (SP1).**

Empatie byla zároveň v obou skupinách kontroverzní subkategorie. Obě skupiny vyjadřovaly obavy z „nadměrné empatie“, která by mohla vést k brzkému vyhoření lékaře. SP3: „*ti lékaři, co jsou moc empatický, tak jsou pak rychle vyhořelý, protože si to moc berou všechno a ta práce lékaře je moc psychicky náročná a když si to moc berou, tak rychle získávají tu cyničnost“*. Porodníci také zmiňovali obavy z vyhoření v souvislosti s empatií. Z jejich výpovědí také bylo zřejmé, že hledají, jakým způsobem empatii vyjadřovat a zaměřují ji za projevy soucitu či lítosti (FG63: „*nějaká citlivost, empatie, ale na druhou stranu zase ne přehnaná lítost nebo přehnané soucítění, co dle mé zkušenosti často nemá význam se vžít do té situace“*, FG41: „*nedávat zase naději na druhou stranu všechno bude dobrý to taky nejde“* nebo „*držet tu pani za ruku a plakat tam s ní nad tím problémem“*). Tyto intervence ukazují na potřebu porodníků volit strategie zaměřené na řešení problémů více než strategie zaměřené na zvládnání emocí.

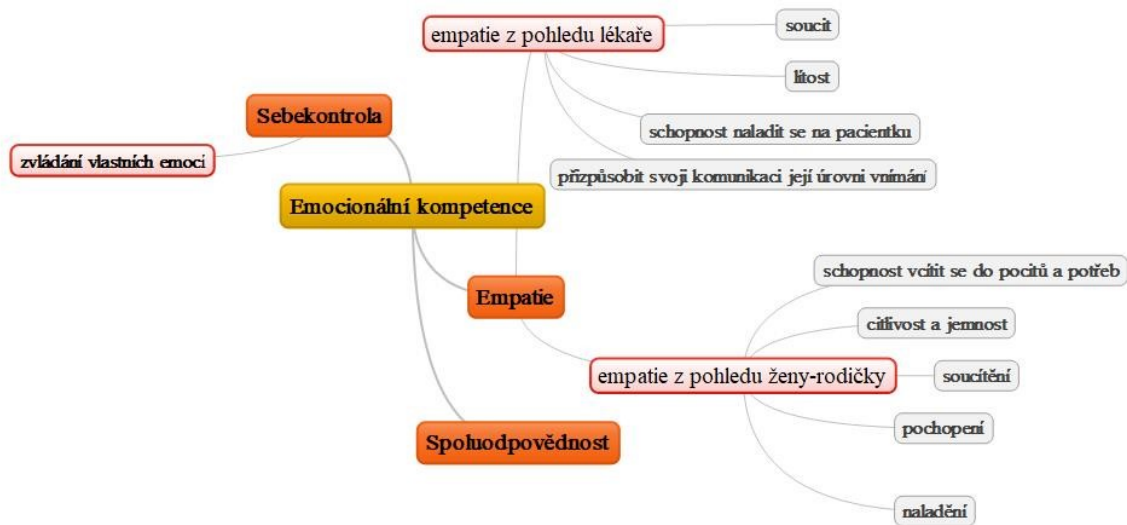
V rámci rozhovorů byla zaznamenána poměrně častá empatie informantek vůči náročné a odpovědné práci lékařů. Ačkoli by respondentky celkově ocenily lidský přístup lékařů, uvědomují si, že je to někdy velmi náročné. Z rozhovorů je patrná úcta a respekt k profesi lékařů, respondentky si uvědomují velkou odpovědnost, kterou lékaři mají, a proto jsou schopni jim více tolerovat než v jiných profesích. KP2: „*no je takový jako, drsný, že by měl být pořád přátelskej, je to taky hrozně těžký, oni jsou taky lidi, ale na druhou stranu tu práci si vybrali sami, tak musí s tím do toho jít.“* SC1: „*chápu, že je nepříjemné, když přijde pacient, že už má diagnózu, kterou si sám stanovil, že to pro toho lékaře není nic příjemného z jeho pohledu.“*; SC1: „*Je třeba doktory brát taky jako lidi, nejsou to stroje a nefungují každý den, jsou v určité náladě.“*; SP2: „*doktor má daleko větší zodpovědnost nad celým tím porodem, tak nemůže vyjít úplně všemu vstříc, co si ta rodička vzpomene.“*

Do kategorie emocionální kompetence byla zařazena subkategorie **sebekontrola** ve smyslu zvládnání vlastních emocí. Porodníci zdůrazňovali nutnost ovládat svoje chování. Tato subkategorie se prolíná s kategorií intrapersonální kompetence.

Rovněž i **odpovědnost**, kterou zmiňovali jak porodníci, tak ženy-rodičky (SC1: „Znát hranici, kdy nechat odpovědnost na pacientovi, kdy ji převzít“). Ženy-rodičky i porodníci cítí, že je na ně kladena velká odpovědnost, a že není vždy snadné hledat její hranice (SP2: „doktor má daleko větší zodpovědnost nad celým tím porodem, tak nemůže vyjít úplně všemu vstříc, co si ta rodička vzpomene.“). Z výpovědí žen-rodíček vyplynulo, že by ocenily, pokud by měly od lékařů více informací, podle kterých by se mohly rozhodovat. Odpovědnost a sdílené rozhodování bylo ve skupině žen kontroverzní téma. Některým by více vyhovovalo, aby je lékař „více navigoval“ (SC3: *Aby vysvětlil a podle svých názorů a zkušeností řekl: já bych si vybral tuhle variantu, občas se ten člověk ztrácí a neví, co si z toho má vybrat. Dávám lékařům větší důvěru jako odborníkům. Ty rizika já nedokážu posoudit.*“). Jiným vadí, když porodníci „přebírají zodpovědnost za mě a za mé dítě, všechny rozhodnutí jsou na mě a já chci mít možnost volby a necítit se provinile, že jsem se rozhodla jinak, než doporučil lékař. Jakmile žena v dnešní době přijde do porodnice, okamžitě ztrácí právo cokoli rozhodnout.“ (SP2, ASC4).

## Obrázek 10

Emocionální kompetence a její subkategorie z pohledu porodníka a z pohledu rodičky



Zdroj: vlastní zpracování

### 6.2.3 Kategorie: Interpersonální kompetence

Do této kategorie byly zařazeny subkategorie, které obsahovaly vztahové jednání. Nejčastějšími vlastnostmi, které zmiňovali porodníci, byly ochota a vstřícnost, slušnost, důvěryhodnost. Ženy-rodičky zdůrazňovaly lidskost, ochotu a vstřícnost a „*že je tam ten vztah, že mě rád vidí, že ho neotravuju (KP2), dá se s ním mluvit*“ (SP1). Vztahové dovednosti porodníci zmiňovali daleko méně, než ženy-rodičky. Obecně péče o pacienta a spolupráce s ním se ve výpovědích příliš neobjevovaly.

Porodníci i ženy-rodičky hovořili o potřebě **individuálního přístupu**. Pro ženy-rodičky individuální přístup znamená, že „*neberou nás jako kusy, další v řadě, jako číslo, neberou to jako rutinu, jako na běžícím pásu*“ (KP2,4, SC1,2,3, SP2,4,6,7, ASC4), ale že se budou zajímat **komplexně** „*o mě jako o člověka, o jiné problémy a souvislosti*“ (KP4, SC3). Očekávají, že porodník bude znát, „*jak funguje tělo i psychika jako celek, a jaké mají určité zákroky vliv na psychiku*.“ (SP5). Ženy-rodičky potřebují cítit, že se jim lékař „*plně věnuje*“ - „*dívá se do očí, nepíše dokumentaci, když se mnou mluví*“ (SC3) a „*že mě bere vážně a dává mi najevo, že mu to není lhostejný, zabývá se i banalitami z jeho pohledu*“ (SP1,2, SC2, KP1), potřebují mít pocit, že ho neotravují, špatně vnímají, když je lékař odmítne či odbyde (SP1,2, SC1, KP3). Lékaři-porodníci v individuálním přístupu

vidí mít dostatek času na pacientku. Dostatek času porodníka je rovněž důležitý pro všechny informantky.

Další subkategorii je potřeba **partnerského přístupu**, tuto položku zdůrazňovaly především ženy-rodičky. Očekávají rovnocenný přístup, jednak „*nedělat rozdíly mezi lidmi ať už z hlediska národnosti nebo sociální vrstvy, „chovat se ke všem stejně“* (SC3, KP3), a také jednat s pacientkou „*jako rovný s rovným, ne jak s malým děckem nebo hlupákem. Rodička umí přemýšlet.*“ Tento názor se vyskytl ve všech skupinách žen-rodiček. **Direktivní přístup a rutinní zasahování do porodu** kritizovaly ženy, které preferovaly spontánní porod a zvláště ty, u kterých porod skončil akutním císařským řezem, „*soustředí se pouze na technickou stránku, aby to bylo pro ně jednodušší a předvídatelnější (SP5, SP7, ASC4) a neuvědomují si dopad na psychiku“* (SP5,7, ASC4). U žen se objevoval pocit „*vy jste tady od toho, abyste poslouchala a moc nevymýšlela, my víme, co děláme a váš názor nás až tak nezajímá.*“ (ASC4).

Z výpovědí porodníků vyplývá, že paternalistický přístup jim více vyhovuje – „*generace se změnila a lékař už nemá to slovo, víc věří (pacient) internetu*“ (FG51). Tento názor se vyskytl ve všech skupinách, paternalismus poskytuje lékařům větší sebevědomí, větší sílu a dodává na důvěryhodnosti. Lékaři mají pocit, že posilování pozice pacienta vede k neakceptování profesionality či odbornosti lékaře – FG11: „*není to o tom, že by to chtěli vysvětlit (pacienti) a když to vysvětlím, že by to respektovali...ne primárně, dopředu, nic na mě nebudete dělat a nebudete na mě šahat, nic mi dávat nebudete.*“ Ve skupině residentů se vyskytla důležitost respektování soukromí pacienta. **Respekt** byl rovněž zmiňován ženami-rodičkami. Ženy by ocenily respekt a úctu k jejich potřebám, přáním, k jejich „duševnu. Porodníci se obávají respektovat potřeby a přání rodiček, vnímají to jako projev nedůvěry k jejich odbornosti a její devalvací. Při porovnání těchto dvou pohledů je patrná vzájemná nedůvěra mezi rodičkami a porodníky.

S výše uvedeným souvisí i další subkategorie, která zahrnuje kódy, které souvisely s potřebou žen-rodiček **hledat řešení společně** (v literatuře se uvádí sdílené rozhodování). V této oblasti nepanuje jednoznačná shoda. Ženy rodičky vítají, pokud jim lékař nabídne možnosti, vysvětlí jejich výhody a rizika a zároveň doporučí určitý postup. Některé z žen (KP3, ASC4, SP5) zmínily, že by se chtěly rozhodovat samostatně (vnímají, že mají plnou odpovědnost za sebe a dítě), ostatní by uvítaly vysvětlení, radu, doporučení či odborný názor lékaře (KP2, SC3, SP2). Ve skupině porodníků – zvláště konsiliářů (FG61, FG31,2) vznikaly obavy z přílišných diskusí s pacientem, které by mohly vyústit ve vmanipulování lékaře tam, kde je to medicínsky neobhajitelné. Pro

lékaře je důležité, aby pacient pochopil, že je pro něj výhodné, když to nechá na něm, tedy aby více důvěřoval jeho odbornosti a zkušenostem. Dalším názorem, bylo, že autonomie pacienta je důležitá „*autonomie pacienta, poskytnout mu informace, dát prostor pro otázky a pro rozhodování, nechat mu podepsat informovaný souhlas*“ (FG63). Ve skupině residentů se shodli, že je to „*otázka odpovědnosti, kdy nechat na pacientovi a kdy se prosadit*.“ Ukazuje se, že tato kategorie je na obou stranách (porodníci i rodičky) komplikovaná a nejednoznačná.

Velmi často se ve skupině žen-rodiček vyskytovaly kódy, které byly později zařazeny do subkategorie **podpora**. Ženy-rodičky zdůrazňovaly potřebu uklidnit, ubezpečit, že to je normální a dát naději. Velmi často se naopak setkávají s tím, že lékaři je straší dopředu, sdělují negativní předčasné závěry, a tím vzbuzují pocity strachu, bezmoci, viny, selhání a nejistoty.

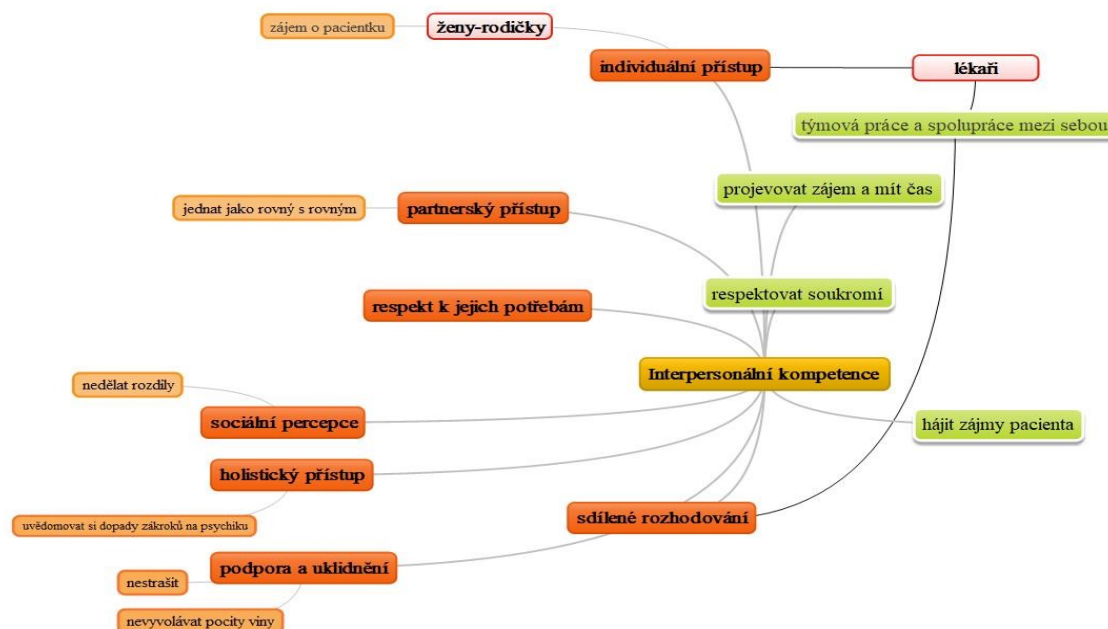
SP1: „*strašil mě dopředu, že mám problém s kyčlema a že nebudu moct rodit přirozeně, to mě zklamalo, nakonec jsem porodila v pohodě.*“; SP2: „*uklidnit, že tohle se stává, že je to normální*“; KP2, KP3, SC1, SC2: „*když si nejsou jisti, tak raději nic neříkat, dát čas to zpracovat, zvyknout si na špatnou variantu...nebo normálně říct, že nevědí...aby si pak člověk nepřipadal, že vina je na jeho straně, když se to nedaří.*“ SC1: „*když Vám hned na začátku řekne, že se nemusí jednat o nic špatného, vy tam přicházíte s tím, že máte rakovinu, a když ona vám nezačne říkat ty nejhorší varianty z těch nejhorších, který asi jí přichází na mysl jako odborníkovi. Říct na začátku, že to nemusí být to nejhorší, protože to se neví. Už jen to vás trochu uvede do klidu – že je tam více možností než jen to nejhorší.*“ SP5, ASC3: „*aby ve mně nevyvolávali strachy a obavy na základě zkušeností někoho jiného.*“ SP7: „*nestrašil dopředu, sděloval důležité kontroly plodu, až když byly za mnou.*“ ASC4: „*vyvarovat se hodnocení a souzení, jako kdyby nepostupující porod byla moje vina.*“

V rámci této kategorie se ve skupině porodníků vyskytovaly výpovědi, které se vztahovaly ke vzájemné spolupráci mezi lékaři a ostatním zdravotnickým personálem, které byly označeny jako subkategorie **týmová spolupráce**, kam spadaly výpovědi

„spolupracovat mezi sebou (fungovat v týmu) i mezioborově“, „schopnost si poradit a jednat s kolegy“, „umět dát zpětnou vazbu kolegům“.

### Obrázek 11

Interpersonální kompetence a její subkategorie z pohledu porodníka a z pohledu rodičky



Zdroj: vlastní zpracování

#### 6.2.4 Kategorie: Komunikační kompetence

Komunikace, komunikativnost zmiňovali jako důležitou kompetenci lékaře nejen ženy-rodičky, ale i porodníci. Lišil se však obsah vnímané kompetence. Zatímco porodníci zůstávali ve svých reakcích spíše v obecnější rovině („nadstandardní komunikační dovednosti“) a nejčastěji zdůrazňovali schopnost „sdělit skutečnost pravdivě, srozumitelně, diferencovaně ve smyslu příjemce“ (FG63), ženy-rodičky byly ve svých potřebách zcela konkrétní.

Tuto kategorii tedy sytí především subkategorie **umění vysvětlit**. Obě skupiny se shodly, že lékař musí být schopen vysvětlit problematiku přiměřeným způsobem (laicky, česky), aby pacient pochopil obsah sdělení. Ženy-rodičky oceňují, když lékaři **umí vysvětlit**, aby to nemusely „googlit“.

**CO se děje a co se bude dít, co se může stát**

**CO** dělají a **PROČ** to dělají, **jaký to bude mít vliv a důsledky** (SC3: „říká mi, co mi pomůže, třeba teď se nadechněte, říká, co se děje, když tam nemůžete vidět.“)

**CO mohu a co ne** (KP2: „já na co se nezeptám, to nemám, možná, že kdyby to říkal sám, že by to bylo lepší, ty všeobecný informace, co můžu a co ne.“)

**JAKÉ jsou možnosti, jaká jsou rizika** (ASC4: „jestli mohu odmítnout a co by to znamenalo“.)

Ženy-rodice si stěžovaly, že lékař často řekne A, ale neřekne už B. To znamená například, že řekne diagnózu, ale nesdělí, co to znamená, jaké to má a bude mít dopady, proč se to děje, co z toho vyplývá. Aby si lékař **ověřoval informace** je další důležitou dovedností porodníka pro ženy – rodičky „*když si lékař ověří, že mu pacientka rozuměla, co jí řekl, někdo potřebuje méně, někdo více, aby tu informaci dokázal vstřebat*“ (SC2,3, SP3).

Další subkategorií, kterou zmínily obě skupiny, byla dovednost **aktivně naslouchat**. Tuto dovednost zmínili zkušenější porodníci („*poslouchejte pacienta, on Vám vše řekne sám*“ FG33), objevila se však pouze dvakrát bez detailnějšího popisu. Skupina žen-rodice tuto dovednost považovala za významný předpoklad pro kvalitní vztah a úspěšnou léčbu. Byla spojována s dovedností ptát se (zajímat se o úhel pohledu pacienta), poslouchat (neskákat do řeči), ověřovat si porozumění a umět se naladit na prožívání pacienta. SP3: „*když mu něco říkám, neskáče mi do řeči, naslouchá a ptá se mě*“ SC2, SC1: „*když trpělivě vyslechne, nezlehčuje a neodmítne.*“ Potřeba umět aktivně naslouchat byla vyjádřena také potřebou empatického přístupu, který se touto dovedností projevuje (viz emocionální kompetence) a ten je důležitý pro všechny rodičky.

Umění sdělit a umění naslouchat jsou důležitým předpokladem pro **vedení dialogu**. Ženy-rodice byly jednoznačně pro vedení dialogu, kde o něco významnější pozici má lékař, který je odborník, ale zároveň očekávají, že se lékař **zeptá na názor** pacientky (SP1,2,3, KP2), **dá prostor pro otázky** a bude ochoten na ně odpovídat, **povede diskusi** s pacientkou s cílem **hledat oboustranně výhodné řešení** nebo bude **umět** pacientku **přesvědčit** pro svůj názor. KP2: „*vyhovuje mi, když se mohu zeptat a on mi trpělivě a ochotně odpovídá, někdy už je taky trochu protivnej, když tam přijdu se spoustou otázek, které se mu zdají zbytečné.*“ SP3: „*pacienti se bojí zeptat, doktor jim to neřekne, tak to hledaj na internetu.*“ SC3: „*ta lidskost je i v tom, jak je ochoten odpovídat na otázky.*“ SP1: „*...a když jsem se jí na něco zeptala, tak mi to všechno řekla.*“ ASC4: „*když na otázky reagují přehliživým způsobem, že je obtěžuju a zdržuju.*“ SP6: „*není čas si připravit otázky, na které bych se ráda zeptala.*“

Prostor pro diskusi a hledání společného oboustranně výhodného řešení bylo důležité pro všechny ženy-rodice (diskutovat a informovat o všech zákrocích, mít více

variant, nezesměšňovat jejich volby: SP5: „*pohrdala mojí volbou*“). Ženy zmiňovaly, že se často cítí manipulované a vydírané, nikoli přesvědčované. Jedna informantka (SP6) zmínila, že jí chybí asertivita lékařů. KP3: „*umět vysvětlit a diskutovat o tom do čeho jít a do čeho nejít, hledat možnosti i pro mě, jak to nejlépe udělat, vidět i moje potřeby*.“; SC1: „*Abychom se mohli společně rozhodovat, tak potřebujeme dostatek informací; aby mohl rozhodnout, měl by lékař navázat dialog s pacientem a společně dojít k závěru, který je pro oba akceptovatelný. Nemít pocit, že ten doktor rozhoduje o vašem těle bez vašeho vlivu, ale zase ten pacient nemá ty znalosti toho lékaře. Pokud je něco na výběr, tak by to mělo být vysvětleno a pacient by měl mít možnost to trošku ovlivnit, jde o to, čeho se to týká, jestli jsou nějaké možnosti, někdy třeba taky nejsou*“.

Z diskusí ve fokusních skupinách porodníků vyplynulo, že se vedení dialogu obávají a nejsou v této dovednosti trénováni a podporováni. Obávají se konfliktů s pacienty, proto se s nimi do diskuse raději nepouští FG51: „*když pomůžu odborně, tak si nemusíme povídat*.“ FG41: „*Vést dialog je důležité pro vedení, ne pro běžného lékaře*.“ Preferují spíše jednosměrnou komunikaci, kdy lékař sděluje a pacient poslouchá, případně pacient sděluje, ale lékař příliš neposlouchá, má svoji pravdu. Nepochází k propojení v dialog. Tento styl komunikace pak vede častěji ke konfliktům, které jak je vidět porodníci mají tendenci řešit buď prosazením se, nebo ustoupením, či únikem ze situace (podepsáním negativního reverzu).

Z výpovědí porodníků je rovněž patrné, že zkušenější lékaři se snaží buď prosadit vlastní názor či „vmanipulovat“ pacientku tam, kam chtějí, zatímco residenté volí cestu ústupu nebo úniku. FG53: „*Přesvědčovat ne, vysvětlit, ale když to nechce – přečetla si na Koníku – tak to je na negativní reverz*.“ FG42: „*Snaha z mé strany je, ale ne vždy dosáhnou kompromisu s pacientem, spíš se prosadím nebo ustoupím*.“ FG51: „*Ochota vzdát se postoje – to dělám furt*“. FG32, FG31: „*lékař musí umět komunikovat tak, aby se nenechal vmanipulovat, kam nechce a uhájil si pozici*.“ FG53: „*Já řeknu, o co se jedná a jaké jsou možnosti a ona si vybere, když ne tak negativní reverz*.“

Rodičky naopak preferují dialog, sdílené rozhodování a vyjednávání, které povede k oboustranné spokojenosti.

Z **neverbální komunikace** jsou pro ženy-rodičky nejdůležitější oční kontakt, úsměv, hlas a mimika, které by měly vyjadřovat projev zájmu, pochopení a uklidnění.

SC1: „*Já si myslím, že je důležitá taková obyčejná věc, jako je oční kontakt s tím pacientem, že je pravda, že si vzpomínám na jednoho lékaře, který byl zahleděn jen do svých papírů, a vy máte pocit, že jste pro něj jen takové číslo ne přímo osoba, projevení*



zájmu přímo o Vás.“; SP3: „Koukat se na pacienta, když s ním mluví, a ne si psát do dokumentace, oční kontakt, někteří lidé si jenom píšou, ani se nepodívají“ KP4: „ty oči v sloup“

SC1: „aby navázal i úsměvem“

KP4: „aby nezvyšovali hlas“

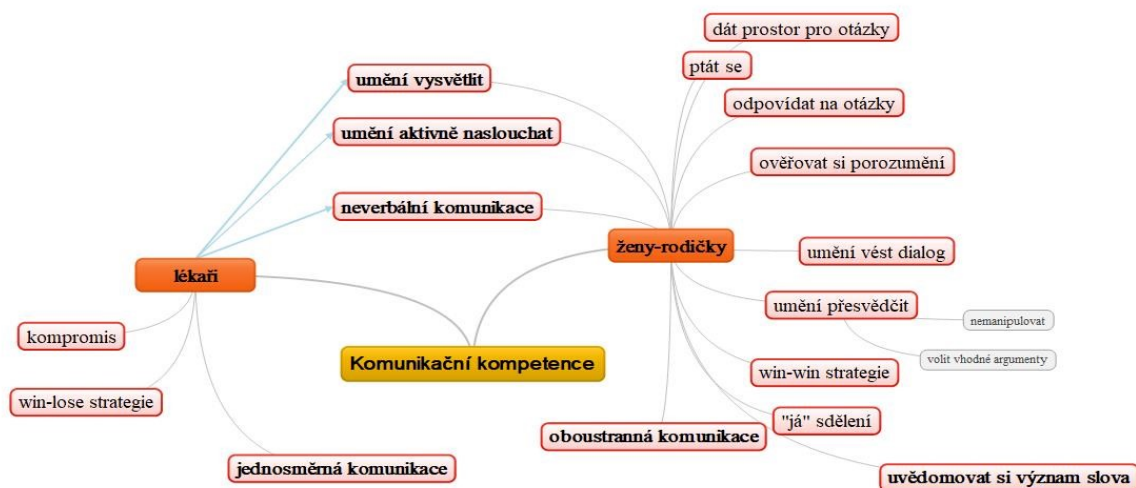
I porodníci vnímají význam neverbální komunikace FG53: „Dbát na to, jak působí na druhé, ale nezavděláš se všem.“; „být vstřícná, usmívat se na ně“ (FG21), ale jsou více skeptičtí.

Jedna informantka ze skupiny žen-rodíček zmínila, že je pro ni důležité, pokud je lékař schopen vyjádřit svoje emoce, považuje to za autentické a „polidšťující“. KP2: „Když si postěžoval, řekl, jak to cítí, co ho štvě.“ Tato komunikační dovednost je v literatuře označována jako koncept „**Já sdělení**“ (Gordon, 1995) a napomáhá partnerům v komunikaci přiblížit se na emoční úrovni.

Rodičky obecně mají pocit, že porodníci si neuvědomují význam a sílu jejich vlastní osobnosti a jejich slova, které může velmi ublížit (zranit) nebo také velmi pomoci uklidnit, podpořit.)

## Obrázek 12

Komunikační kompetence a její subkategorie z pohledu porodníků a z pohledu rodiček



Zdroj: vlastní zpracování

### 6.3 Rozdíly vnímání sociální kompetence z pohledu porodníka a z pohledu ženy-rodičky?

Třetí výzkumná otázka zněla „Jaké jsou rozdíly vnímání sociální kompetence z pohledu porodníka a z pohledu ženy-rodičky?“

**Tabulka 14**

*Přehled vnímání jednotlivých kompetencí z pohledu porodníka a z pohledu rodičky*

Kategorie	Lékaři		Rodičky	
	N	%	N	%
<b>Intrapersonální</b>	84	51	24	15
<b>Emocionální</b>	21	13	12	7
<b>Interpersonální</b>	30	18	59	37
<b>Komunikační</b>	29	18	60	38

Zdroj: vlastní data

Ukázalo se, že porodníci daleko častěji zmiňovali intrapersonální kompetence, zatímco pro rodičky se jako nejvýznamnější ukázaly kompetence interpersonální a komunikační (tab. 14).

**Dle porodníků je sociálně kompetentní lékař** takový, který má rozvinuté intrapersonální kompetence, tj. vlastnosti a dovednosti potřebné k dobrému výkonu své profese, má dobrou schopnost posoudit své možnosti (limity), je motivovaný, má nadhled, dokáže relaxovat a oddělit práci a osobní život, je schopný a ochotný se vzdělávat a rozvíjet, umí dobře spolupracovat v týmu a uplatňuje partnerský přístup k pacientkám, je empatický. Empatie je z pohledu lékaře především „umět vstřícně, mile, a v klidu vysvětlit situaci“ a naladit se na pacientovu úroveň vnímání. V rovině komunikace je kompetentní porodník takový, který umí především vysvětlit odbornou problematiku s ohledem na úroveň pacientky, umí zvládat konflikty, což pro porodníky znamená umět „získat je na svoji stranu“ (přesvědčit pacienta). V praxi však často volí strategii výhra – prohra nebo prohra – prohra. Preferuje strategie zaměřené na řešení problémů – vyléčit a odstranit negativní vlivy.

**Dle rodiček je sociálně kompetentní porodník** takový, který má rozvinuté především interpersonální a komunikační dovednosti. Je příjemný v kontaktu, vede dialog (ptá se a odpovídá), má dost času a přistupuje k pacientkám individuálně, jako rovný k rovnému. Umí srozumitelně vysvětlit a odpovědět na otázky, co se děje, bude dítě, co se může stát, co dělají a proč to dělají, jaký to bude mít vliv a důsledky. Velký význam přikládají rodičky dovednosti uklidnit a dát naději, mají pocit, že porodníci zbytečně straší tím, že říkají ty nejhorší scénáře. Zdůrazňují potřebu diskuse, sdíleného rozhodování a

hledání oboustranně výhodných řešení. Empatie pro ně znamená především umět se vcítit do pocitů a potřeb pacientek, být citlivý při řešení intimních záležitostí na psychické i fyzické úrovni, umět se naladit na pacientku. Z intrapersonálních kompetencí je pro ně důležitá pohoda lékaře, jeho schopnost přiznat chybu a omluvit se, rovněž motivace k práci a pomáhání lidem. Vedle strategie zaměřené na řešení problémů očekávají i použití strategií zaměřených na emoce (snížení míry obav a nejistoty).

Ke zpracování a prezentaci výsledků byla použita kromě metody kódování také metoda kontrastů a srovnávání, která umožňuje lépe vidět a porozumět souvislostem a zároveň odlišnostem pohledů a potřeb porodníků a žen-rodíček. Výsledky vznikly dedukcí v rámci analytické práce a jsou porovnávány s reálnými výroky respondentů a s teoretickými poznatky z literatury.

### 6.3.1 Způsob vnímání reality – objektivita vs. subjektivita

Pozornost byla zaměřena na způsob vnímání reality (problému, nemoci) porodníkem a ženou rodičkou. Z rozhovorů s ženami-rodíčkami vyplynula velká touha a potřeba po individuálním přístupu, po respektu k jedinečnosti každé z nich a jejímu individuálnímu příběhu. Ženy očekávají, že porodník se bude věnovat jejich pocitům, myšlenkám, představám, že je bude s nimi sdílet. Očekávají pozornost nejen tomu, co říkají, ale také tomu, co prožívají, očekávají schopnost porodníka vidět jejich problémy, tak jak je vidí ony samy (viz empatie). Očekávají, že porodník bude s nimi společně hledat jejich individuální řešení problému nikoli postupovat striktně podle statistik „co říká věda“ a rutinně podle osvědčených zkušeností. Očekávají, že porodníci rozumí fyziologickým procesům těhotenství, porodu a šestinedělí nejen po fyzické stránce, ale chápou a respektují psychické jevy a změny s tím související.

Rozhovory s porodníky však ukázaly na jejich nejistotu, obavy i nechuť, pokud se mají věnovat psychosociálním tématům, cítí se bezpečněji, pokud se mohou držet racionální biomedicínské stránky. Vše, co je subjektivní povahy (pocity, dojmy, přání, touhy, představy, domněnky) dle nich vyžaduje pozornost, ale cítí se na tomto poli velmi nejistě a nejraději by tuto roli přenechali někomu jinému. Porodníci jsou často zaskočení a překvapení emocemi pacienta, nechápou je a považují je za neadekvátní (neracionální). Např. když žena po akutním císařském řezu řeší zjizvené tělo či pocity selhání, místo toho, aby byla spokojená a vděčná, že porodníci zachránili život jí či jejímu dítěti. Kontakt s psychologickým světem pacienta je pro porodníky často ztrátou času, i z toho důvodu, že jej nemohou objektivně popsat, změřit a vyřešit. Porodníky zajímá především to, co

má materializovanou podobu, co lze vyjádřit číslem srovnatelným s nějakou normou, co je možno vidět a měřit pomocí přístroje. Dle výpovědí se spoléhají na zkušenost, ať už vlastní nebo vyplývající ze statistik, pozornost věnují detailům, praktické aplikaci získaných znalostí a dovedností. Klíčová je pro ně medicína založená na důkazech (EBM). Je pro ně nepochopitelné, až urážející, když jim ženy nevěří a obracejí se k nevědeckým zdrojům, ať už na internetu či od různých svépomocných skupin.

Pohled odborníků je však jednoznačný, shodují se v tom, že je třeba integrovat „agendu lékaře“ s „agendou pacienta“ (Balint, 1999; Honzák, 2014; McWhinney, 1989; Ptáček & Bartůněk, 2011). Balint (1999) zdůrazňuje, že pouhá přítomnost lékaře s možností vypovídat se o svých starostech a zbavit se tak emocionální zátěže, může ulevit i na fyzické úrovni. Beran (1997, 2010) mluví o nutnosti tzv. senzibilizace lékaře k psychosociální sféře pacienta, aby více chápal skutečný smysl sdělení pacienta. Honzák a Chvála (2014) kritizují Descartův model, který je v podstatě modelem současné medicíny založené na důkazech, která jde po poruchách buněk, tkání a orgánů, protože na člověka hledí jako na ryze biologický mechanismus a nezaintegrovává do něj kromě biologických i ty psychosociální případně spirituální, tedy smysl.

V rámci výzkumu se ukázalo, že délka praxe napomáhá lékařům větší „senzibilizaci“.

### 6.3.2 Empatie vs. sympatie (soucit)

Slaměník (2011, s. 137) zmiňuje, že v našich kulturních podmínkách i v odborné psychologické literatuře je sympatie chápána jako citová náklonnost, pozitivní vztah k někomu či něčemu a má blízko k atraktivitě, zatímco v anglosaské oblasti má sympatie (sympathy) jiný význam, který vychází z latinského slova sympathia (shoda) a nejčastěji se jím myslí emoční reakce soucitu založená na pochopení emočního stavu a jeho podmínek vzniku u jiné osoby, a má blízko k empatii.

Při podrobné analýze výpovědí porodníků bylo zjištěno, že porodníci vnímají empatii spíše jako sympatizování nebo soucit – „*mít podobný názor, vidět to stejně, souhlasit, soucítit se strádáním někoho jiného, vyjadřovat lítost*“ a přirozeně se empatii v tomto duchu brání, protože v ní vidí velké zatížení pro osobu lékaře a nebezpečí vzniku syndromu vyhoření Podobně to vidí i ženy-rodičky „*ti lékaři, co jsou moc empatický, tak jsou pak rychle vyhořelý, protože si to moc berou všechno a ta práce lékaře je moc psychicky náročná a když si to moc berou, tak rychle získávají tu cyničnost*“; nebo „*byl hodně empatický člověk a díky tomu vyhořel.*“

Pokud je empatie vnímána jako soucit se strádáním u druhého člověka, pak přirozeně u pomáhající osoby (porodníka) vyvolává potřebu pomoci a odstranit nebo zmírnit tento stav, což mimochodem vyplývá z jeho odborné kompetence. Zajistit psychickou pohodu, vyřešit problém, zmírnit utrpení není však vždy reálné, zvláště týká-li se to vnitřního světa pacienta (jeho emocí úzkosti, strachu, bolesti či jeho představ, myšlenek či názorů). Lékaři, ale někdy i pacienti, si zvykli, že díky úspěchům medicíny a technologií vše lze vyřešit racionálním řešením či zapojením vůle. Tyto přístupy však nelze použít vždy a všude. V takových situacích se lékař dostává do pocitů nejistoty a bezradnosti, do pocitů vlastního selhávání a bezmoci, proto se snaží negativní emoce popírat, odmítat, či nabízet léky na zklidnění. Lékař má vyřešeno emoce nejsou, může mít dobrý pocit ze svého úspěchu, a tím se zbavuje nejistoty ve vztahu ke své odborné kompetenci. Kdyby si je vzal „k srdci“ – soucítil s nimi, tak by ho to příliš pohltilo.

Empatie není soucit. Empatie není ani schopnost představit si, jak bychom se cítili, kdybychom se ocitli v situaci, v níž se nachází pacient. Jen těžko si můžeme nějaké situace představit, aniž bychom je zažili. Rodičky zmiňovaly, že pro porodníka – muže je přirozeně komplikované se vcítit do ženy, která rodí. Nejde však o to cítit, jak cítí druhý, nutně mít zkušenost s tím pocitem, ale vidět a vzít na vědomí emoce, představy a přání pacienta a projevit skutečnou empatii. Ptát se, zjišťovat pohled pacienta, jaké jsou jeho obavy, úzkosti, představy a domněnky, ale také jaké jsou jeho přání, představy o řešení, co jim na nich vyhovuje, čeho se naopak bojí. Snažit se co nejpřesněji porozumět pozitivnímu a negativnímu prožívání jiné osoby, aniž by ho hodnotili, bez předsudků. Informantky požadují v rámci empatie „*bylo by dobré se vcítit do její zoufalé situace a pocitů strachu...*“; „*aby si všiml a pochopil, co chce pacient*“; „*aby si vůbec uměli představit, co ten pacient prožívá*“; „*aby si uvědomili, jaké dopady mají rutinní zákroky na psychiku pacientek*“. Empatii tedy vnímají tak, jak ji definoval Adler ve 30. letech 20. století „*empatizovat znamená vidět očima druhého člověka, slyšet ušima druhého člověka a cítit jeho srdcem*.“ (cit. Ptáčkem et al., 2011, s. 71). Empatie je často vysvětlována jako komunikační dovednost, proto jí bude věnována pozornost v rámci následující kapitoly.

### 6.3.3 Způsob komunikace – instrumentální vs. afektivní

V teoretické části práce byl zmíněn klíčový význam komunikace ve vztahu lékař – pacient. V tomto výzkumu o tom nepochyboval žádný z informantů, ať na straně porodníků, tak na straně žen-rodíček. Čím se však lišily obě skupiny, byl obsah této

kompetence. Watzlawick et al. (2000) rozlišuje v komunikaci dvě základní roviny: obsahovou a vztahovou. Cegala et al. (2004) zdůrazňují tři oblasti dovedností v instrumentální (obsahové) rovině: poskytování informací, vyhledávání informací a ověřování informací.

Právě obsahová rovina, především poskytování informací, je významnou a téměř jedinou rovinou, na kterou se soustřeďuje zájem porodníků. Oblasti vyhledávání informací (kladení otázek a poslouchání) a ověřování informací se ve výpovědi porodníků objevovaly ojedinele. Pro porodníky je důležité především **„umění sdělit pravdivě, srozumitelně a diferencovaně ve smyslu příjemce“** či **„vysvětlit laicky“**. Z výpovědí je patrné, že porodníci se zaměřují hlavně na to, aby pacient rozuměl, aby se vyvarovali odbornému slovníku („mluvili česky“) a přizpůsobili svoje sdělení mentálním schopnostem příjemce. Toto je také oblast, ve které jsou nejčastěji vzdělávání V lékařském vzdělávání je komunikaci věnována pozornost, jak v teoretické, tak „občas“ i v praktické rovině formou nácviků rozhovorů (zvláště tématu sdělování nepříznivých zpráv). Rovněž i v rámci dalšího vzdělávání lékařů je téma „sdělování“ častým tématem kurzů. V této oblasti jsou lékaři také nejvíce motivovaní, častou otázkou na kurzech bývá, „jak sdělit nepříjemnou zprávu“.

V rovině instrumentální v rámci poskytování informací však ženy-rodičky očekávají daleko více než srozumitelné sdělení. Očekávají **vysvětlení souvislostí**, ani ne těch odborných do detailu, ale praktických „co daná diagnóza pro ni znamená, jaké to má a bude mít dopady, proč se to děje, co z toho vyplývá, co se stane, když odmítne“. Tyto informace potřebují nejen k diagnóze, ale také k léčebnému postupu, kde očekávají více informací a vysvětlení k tomu „co lékaři dělají a proč“, „jaké jsou výhody a rizika daného postupu, zda existují jiné možnosti.“

Komunikace je navíc oboustranný proces a role vysílače a přijímače by se v průběhu rozhovoru měly střídat. Rozhovor lékař – pacient je však častěji jednostranný směrem od lékaře k pacientovi. Již dřívější výzkumy poukázaly na to, že lékař má často tendenci přerušit pacienta (Beckman & Frankel, 1984), skákat mu do řeči či se věnovat dokumentaci, když pacient hovoří (Harlem, 1977). Menz a Al Roubaie (2008) poukázali na to, že čím více lékař pacienta přerušuje, tím déle klinický rozhovor trvá. Honzák (1999, s. 14-15) zdůrazňuje, že to, co pacient lékaři sděluje, je stejně důležité, jako to, co se má od lékaře dozvědět. Umět klást otázky, poslouchat a analyzovat slyšené je pro lékaře nezbytnou dovedností. Ptát se na názor pacientky, ale také dát prostor, aby se mohla sama zeptat, to byly důležité dovednosti, které ženy-rodičky očekávaly od porodníků. Otázky

považují za prvé za projev zájmu o pacienta jako „lidskou bytost“ v psychosociálních souvislostech, za druhé jako předpoklad pro lepší informovanost a snazší rozhodování. Zároveň poukazovaly na to, že lékaři to nemají příliš rádi, když se pacient moc ptá. Objevoval se i názor, že pacienti se bojí zeptat, aby si nepřipadali hloupě, nebo aby nezdržovali. Umění slyšet, co pacientka říká, věnovat tomu pozornost, umět to zopakovat, ověřit si porozumění a **brát to vážně** to jsou důležité potřeby informantek: „*když mu něco říkám, neskáče mi do řeči, naslouchá a ptá se mě... „když trpělivě vyslechne, nezlehčuje a neodmítne.*“ Informantky jsou přesvědčené, že pokud by se porodníci zajímali o „svět“ pacientky, zjišťovali pomocí otázek jejich zkušenosti, představy, názory, potřeby, ale i obavy, dokázali vše „*laicky*“ vysvětlit a pak si ověřili, zda pacientky rozuměly všemu, co lékař říkal, tak by se snížila potřeba vyhledávat („*googlit*“) vše na internetu, pacientky by se spoléhaly více na lékaře, více mu důvěřovaly a byly by ochotnější pro spolupráci.

Z výpovědí informantů porodníků vyplynulo, že lékaři mají potřebu sdělovat **vlastní řešení, vlastní postupy, které považují nejlepší nebo nejrozmumnější na základě vlastních zkušeností či na základě EBM** a cítí křivdu či naštvaní, že pacientky jim nechtějí naslouchat a brát je vážně a raději se obrací k internetu či jiným méně vědeckým zdrojům. Balint (1999) doporučuje omezit rady, ujišťování a namísto toho umožnit pacientovi uvolněně hovořit a poslouchat ho. Úskalím totiž bývá, že lékař radí nebo ujišťuje dříve, než zjistí, v čem je problém.

**Umění ověřit si**, že pacient pochopil sdělení lékaře, je další důležitou dovedností. Kessels (2003) zjistil, že mnoho předaných informací pacienti zapomenou nebo si je nedokážou přesně vybavit. Proto je důležité, aby lékař dokázal požádat pacienta, aby vyjádřil vlastními slovy, co právě slyšel a opravit případné nepřesnosti. Braddock et al. (1997) zmiňuje, že takové provádění kontroly porozumění je v praxi lékaře velmi vzácné. Honzák (1999, s. 38) upozorňuje na výzkumy, které ukazují, že i při nijak závažné zdravotní situaci odchází od průměrně dobrého lékaře průměrně inteligentní pacient s tím, že třetinu podstatných informací nestačil zaznamenat, zapamatovat si, protože je v situaci tísně, stresu a regrese, nebo prostě proto, že jim neporozuměl a je mu trapné se zeptat.

Informantky se shodovaly, že tato instrumentální rovina je důležitým předpokladem proto: „*aby se předešlo zbytečným hysteriím a nějakým hledáním na internetu.*“

Do afektivní roviny komunikace spadají důležité dovednosti, jako je **umění neverbální komunikace, aktivního naslouchání a koncept „Já sdělení“**. Rogersová (2002) upozorňuje, že pokud není řeč těla správná, pacient často neslyší, co lékař říká.

Ženy-rodicekly zmínily tři významné oblasti neverbální komunikace: **oční kontakt**, který jim dává pocit zájmu, důležitosti a jedinečnosti, **mimiku**, především **úsměv** a **hlas**. Prvky neverbální komunikace byly dále zahrnuty v popisovaných vlastnostech jako sympatický, milý, příjemný a v dovednostech „*vytváří příjemné prostředí a pohodu*“. Pozitivním příkladem je výpověď jedné informantky: „*moje paní doktorka je moc milá a hodná, slušná, slušně se vyjadřuje a je sympatická, vždycky se tváří příjemně, tak tam chodím ráda a nebojím se vůbec.*“ Na straně porodníků nebyly explicitně vyjadřovány oblasti neverbální komunikace, vyjma úsměvu, ale objevovaly se však důležité vlastnosti lékaře jako je důvěryhodnost, trpělivost, slušnost.

**Umění aktivního naslouchání.** McWhinney (1989) považuje aktivní naslouchání za klíč k péči o pacienta. Vědci zabývající se vztahem lékař-pacient jsou ve shodě s Gordonem a Balintem a zdůrazňují, že aktivní naslouchání vede ke zklidnění, pocitu porozumění a navázání vztahu a v konečném důsledku i k ušetření času. Balint (1999, s. 118) také mluví o nutnosti naslouchat. „Pokud není pacient brán vážně na psychologické úrovni, projeví se u něj dříve nebo později požadavek, aby byl brán vážně na somatické úrovni.“ Tuto pravdu zmiňovaly ženy-rodicekly, když požadovaly individuální přístup a respekt k jejich vlastním potřebám. „*Do porodnice přicházíte jako zdravý člověk, ale přistupují k vám jako k pacientovi, uplatňují rutinní zákroky, a to vede k tomu, že se nakonec pacientem stanete díky akutnímu císařskému řezu.*“

**Koncept „Já sdělení“** se zdůrazňuje především v pracích Rogerse a Gordona a souvisí s vyjadřováním vlastních pocitů vztahujících se ke světu druhého. Tento koncept zmínila pouze jedna informantka z řad žen-rodicekly, což ukazuje na to, že tento koncept hovořit otevřeně o svých emocích je stále ještě české mentalitě cizí, přestože napomáhá přiblížit se v komunikaci na emoční úrovni. Slouží jako prevence konfliktů, a způsob, jak dospět k oboustranně výhodnému řešení. Musí být však vyjádřen respektujícím, neobviňujícím a nehodnotícím způsobem.

#### 6.3.4 Strategie řešení konfliktu „výhra – prohra“ vs. „výhra – výhra“

Již na několika místech v této disertační práci byl zdůrazněn význam partnerství ve vztahu lékař – pacient. Z výpovědí informantek vyplývá, že nejde o odbornou symetrii, ženy-rodicekly přisuzují velkou důležitost odbornosti lékaře, dokonce by se vzdaly vztahové roviny, pokud by si musely vybírat. Po čem však touží, je vztahová symetrie. Rozhovory s informantkami poukázaly na to, že ženy, chtějí být brány vážně, chtějí být vyslyšeny, pochopeny, chtějí vést diskusi a společně s lékaři se spolupodílet na



rozhodování a hledání řešení. **Vést dialog a vyjednávat ty nejlepší možnosti** (win-win strategy, no-lose conflict resolution) je to, co očekávají ženy-rodičky. Vítají, pokud jim lékař nabídne možnosti, vysvětlí jejich výhody a rizika a diskutuje s nimi nejlepší postup.

V tomto výzkumu se ukázalo, že porodníkům chybí vyjednávací dovednosti. Z diskusí bylo zřejmé, že porodníci dávají přednost těm pacientkám, které jsou názorově na stejné vlně (mají podobné myšlení, prožívání, jsou podobně verbálně zdatné a inteligentní, jejich představy o průběhu porodu či léčbě odpovídají jejich představám), s některými jsou však v přímém rozporu, ať už odborném či lidském (etickém). Některé názory a jednání pacientek v nich vyvolávají dokonce i mravní odsouzení. Žena-rodička či pacientka, která něco odmítá nebo chce jinak, je často označována za „nespolupracující“, a je kritizováno její „chybné“ jednání. Kritika a odsouzení však odrazuje na druhé straně rodičky od spolupráce a posiluje její negativní stanovisko. Tyto konfliktní situace popisovaly jak žen-rodičky, tak porodníci. Porodníci v takových situacích volí útočné či útékové obranné mechanismy, které se projevují strategií prosazení (výhra-prohra) či odmítnutí (prohra – prohra, negativní reverz) nebo ustoupení (prohra-výhra). Tyto strategie však vytváří konfrontační atmosféru a blokuje kontakt lékaře s pacientem, což vede k nespokojenosti na obou stranách. Pouze v akutní medicíně lze akceptovat prosazení se lékaře vůči pacientovi nabídnout mu ryze racionální biomedicínskou pomoc či řešení, ale v běžných situacích je vhodnějším způsobem vzájemná spolupráce a vyjednávací strategie výhra – výhra.

### 6.3.5 Způsob jednání – zaměření na výsledek vs. zaměření na proces

Lékař ze své odborné kompetence je mnoho let učen, školen a trénován k pomoci, k vyřešení, k odstranění problému a k tomu všemu je potřeba značné dávky rozhodnosti. Studium medicíny je náročné, vyžaduje píli, svědomitost, systematickosti, plánovitost. To jsou vlastnosti, které studenti medicíny musí mít a jsou v průběhu studia rozvíjeny, protože rozhodují o úspěchu či neúspěchu. Studenti medicíny si v průběhu studia ověřují, že úspěchu dosáhnou především racionálním uvažováním a vůlí. Lékaři se ve své každodenní praxi, zvláště v některých specializacích jako je například chirurgie, do které patří i gynekologie, setkávají s akutními případy, kde je nutné rychle konat. Vyřešení situace, odstranění problému je tedy rovněž i symbolem úspěchu lékaře a posiluje jeho sebevědomí, ale také minimalizuje obavy a ztráty ve smyslu ekonomickém i právním.

Proto není divu, že u porodníků jako významné vlastnosti dominovaly: *rozhodnost a schopnost účelně a rychle řešit kritické situace, pečlivost, spolehlivost a důslednost, smysl pro odpovědnost*. Porodníci mluvili o nutnosti *autonomie lékaře v rozhodování o odborných otázkách*, protože ji považují za základní předpoklad bezpečnosti pacientů. „*Lékař nese plnou odpovědnost, musí proto mít právo rozhodovat se svobodně, jaký diagnostický a léčebný postup, který odpovídá současným poznatkům lékařské vědy, zvolí u svého pacienta*“. V diskusích se objevovala nespokojenost s narůstající autonomií pacienta, která naráží na autonomii lékaře. Rozhodnost s sebou nese uplatnění autority. Lékařům vyhovuje, pokud se pacienti podřídí osvědčeným diagnostickým a léčebným postupům, které jsou ku prospěchu všem. Ženy-rodičky očekávají naopak více možností spolurozhodovat či dokonce převzít plně odpovědnost za sebe a dítě (pouze jedna rodička), chtějí znát různé alternativy a diskutovat o nich. Lékaři mají tendenci rychle zaujmout stanovisko a rychle nabídnout řešení, vyhovuje jim, pokud je diskuse uzavřena, jen neradi ji znovu otevírají. Ženy-rodičky se v takových situacích cítí manipulované (zastrašované a vydírané) či provinilé, že „něco chtějí jinak“ nebo se „něco děje jinak (porod nepostupuje)“ nebo „že otravují“.

Při studiu medicíny nejsou psychologické hodnoty vnímány jako důležité. Proto se i lékaři cítí v rozpacích, pokud nemohou pacientovi pomoci racionálními, objektivními postupy a mají zůstat v roli někoho, kdo je „pouze“ přítomen. Navíc se bojí právních dopadů, v případě neúspěchu. Nevyhovuje jim nestrukturované prostředí, je pro ně obtížnější zvažovat ještě další nová fakta, názory či pohledy, nemají rádi nenadálé okolnosti. Obtížně se smiřují s pluralitou názorů.

Ženy – rodičky naopak preferují lékaře, kteří jsou schopni „být přítomní“, jsou ochotni sdílet emoce, nepřicházejí rychle s řešením, ale vyslechnou si a proberou všechny možnosti, potřebují cítit, že stanovená léčba je ta správná „právě pro ně“ nikoli podle nějakého „osvědčeného postupu“. Potřebují vidět jejich stav v souvislostech a kontextu.

Tyto požadavky však kladou na lékaře nároky, které jim pravděpodobně nejsou osobnostně vlastní a rovněž nejsou podporovány a rozvíjeny studiem, ani praxí. Porodníci se často brání argumenty, že nemají čas nebo že nejsou terapeuti, aby vedli terapeutické rozhovory.

### 6.3.6 Sdělování rizik vs. poskytování naděje a uklidnění

Ve skupině žen-rodiček se vynořila velká potřeba podpory a uklidnění. Často se setkávají s tím, že lékaři je straší dopředu, sdělují negativní předčasné závěry nebo hodnocení situace („příšerný nález“, „to ještě nic není“ „nějak se mi to nelíbí“) a tím vzbuzují pocity strachu, bezmoci, viny, selhání a nejistoty.

Porodníci ve své věcnosti, nezaujatosti objektivně předkládají svá zjištění, své znalosti a zkušenosti, včetně těch negativních přímo a otevřeně ve smyslu, „*aby pacient byl informován o všem a nemohl si později stěžovat*“. „...protože plnění nadměrných administrativních požadavků se stává jedním z hlavních kritérií pro hodnocení zdravotnické péče“. Lékař se obecně bojí stížností či žaloby ze strany pacienta, proto dává pacientům podepisovat řadu informovaných souhlasů, díky kterým se vztah redukuje na to, co je psané a na podpůrný a terapeutický rozhovor není čas ani místo.

Pacientky jsou však vděčné, pokud jim porodník dá i sebemenší naději. Potřebují čas, aby negativní zprávu zpracovaly. Porodníci však často tlačí na co nejrychlejší vyřešení situace, pokud se nevyvíjí tím nejlepším způsobem. Ženy potřebují čas, trochu naděje, důvěry, že to „vyjde“ („*nepodsouvat pocit, že je problém, protože pak skutečně nastane*“).

*„... je i dobrý, když je schopen dodávat naději i za cenu, že tu informaci možná i zkreslí, podá jí více optimisticky, než reálně je. Tak si myslím, že to těm ženám pomůže. Protože já, když jsem procházela těma zamlklejma těhotenstvima, tak jsem chodila ke gynekoložce, ona na mě tu informaci vypálila na tvrdo, že si myslí, že až tam půjdu za týden, tak že to už bude asi zamlklé těhotenství, že už to bude špatný, to pro mě znamenalo, že mě odepsala v tuhleto chvíli, ona mi samozřejmě řekla, že to není na 100 %, ale ona že si myslí tohle. V tu chvíli to pro mě bylo jako by řekla tak to je konec. Jiná mi byla schopná tu informaci podat jakoby zaobaleně, daleko s větší nadějí, i když si myslela*

*odborně totéž. Já, i když jsem věděla, že si myslí to samé, co ta mladší doktorka, tak jsem ji byla vděčná, že to řekla tímto způsobem.*“

Formou uklidnění pro porodníka je vyřešení situace, v případě že situaci nelze aktuálně vyřešit, tak poskytnutí tisících léků. Rodičky se shodly, že porodníci si příliš neuvědomují terapeutický význam své osoby a svého slova. Znovu je třeba připomenout Balinta (1999), že sám lékař a jeho intervence a reakce jsou lékem a mohou být indikovány a dávkovány dobře i špatně, odborně i laicky, že hlavním psychoterapeutickým nástrojem lékaře je lékař sám. Balint (1999, s. 199) také poznamenává, že radikální řešení či podání uklidňujících preparátů je spíše „uklidněním a podporou“ pro lékaře samotného.

Ženy – rodičky se rovněž shodují, jak je pro ně úlevné a osvobozující, pokud lékař vyjádří, že *„neví dost nebo že se spletl“*, zbavuje je to *„pocitu provinění, selhání a bezmoci, že nejsou dost dobrými pacientkami, na které nezabírají lékařovy léčebné postupy“*. Porodníci sami zdůrazňují, že ideální lékař musí umět přiznat chybu, být sebekritický, schopný vlastní sebereflexe, objevilo se to v požadavcích zkušenějších lékařů, ale i residentů. V praxi si lze všimnout, že zvláště u začínajících porodníků se objevuje velký strach z chyby, ze selhání, téměř všechny situace vnímají jako zkouškové. Potvrdilo se to v tomto výzkumu, když byli porodníci vybíráni do výzkumu, kladli extrémní důraz na bezpečné prostředí a zachování mlčenlivosti, obávali se výsledků, nechtěli být nahráváni, nechtěli znát zpětnou vazbu *„bojím se, abych se o sobě nedozvěděl něco špatného.“* Je to přirozené, neboť lékařům je připisována role „neomylných“ a „vševědoucích“ a oni ji nechtějí zklamat, jednak proto, že selhání může mít fatální následky v některých ohledech, v tom případě jsou navíc vystaveni trestnímu stíhání, ale i když nejde o zásadní věci, velmi se bojí ztráty „pozitivního sebeobrazu“, který si vytvořili. Dle názoru Honzáka (cit. Ptáčkem & Bartůňkem, 2015, s. 159) je prokletím lékařského řemesla nevyřčené pravidlo, že doktor se nesmí mýlit. Mýtus neomylnosti je v medicíně zakotven už od samého počátku pregraduální výuky. Honzák upozorňuje, že na žádných jiných fakultách, kde učí (od teologie po techniku) se nesetkává s takovou obavou z chyby a z neúspěchu jako na lékařských fakultách. V postgraduálu to pokračuje. Upozorňuje na to, že vzájemná rivalita pak nepodporuje ani střízlivou kritičnost, ani zdravé sebevědomí, ale zhoubný narcismus.

## 6.4 Faktory, které ovlivňují sociální kompetence porodníka

Kompetence jsou kontextově podmíněné. Jejich úroveň souvisí nejen s osobností člověka, ale také s tím, v jakém kontextu je uplatňována. Proto je v závěru kvalitativní části položena otázka „Co ovlivňuje úroveň sociální kompetence lékaře-porodníka?“ Na základě výpovědí u obou skupin byly rozděleny faktory, které ovlivňují sociální kompetence porodníků do tří skupin: faktory na straně porodníka, faktory na straně pacientky, faktory na straně prostředí.

### Obrázek 13

Faktory ovlivňující sociální kompetence porodníka



Zdroj: vlastní zpracování

### 6.4.1 Faktory na straně porodníka

Obě skupiny informantů se shodly, že úroveň sociálních kompetencí souvisí především s osobností porodníka a s jeho motivací. „*Je to v osobnosti, charakteru toho lékaře, někoho to zajímá, jiný si udělá svoji práci a hotovo. Všechno záleží na tom člověku, jestli chce to pak i uplatňovat*“. Každý porodník je jiný a některý osobnostní typ je více předurčen k rozvoji sociálních kompetencí než jiný. U porodníků na základě analýzy výpovědí předpokládáme věcnost, racionalitu, orientaci na řešení a jistou direktivitu, na druhé straně také orientaci na službu a péči tzv. mesiášský komplex, jak potřebu obětovat se a zachraňovat nazvala jedna paní doktorka.

Porodníkům se přirozeně lépe jedná s někým, kdo je jim osobnostně i mentálně podobný, má podobné osobnostní nastavení, podobné názory, postoje, myšlení i prožívání: ... *“dneska jsem měl pacientku ze zahraničí, nevím jestli je to osobností nebo tím, že má hodně zkušeností, protože ona fungovala v hodně zemích na nějakých klinikách, já jsem jí říkal, že je to velmi závažný stav a ona mi řekla dělejte všechno pro to, abych přežila...to je pro mě zásadní, což jsem třeba od Češek nikdy neslyšel, oni lpi třeba na tom hlavně abych měla hezkou jizvu, to tahleta paní vůbec neřešila, pouze to, že chce přežít. To je kvalitativně něco jiného než když tady řešíme, jestli ta jizva bude takhle nebo takhle.“*

Z hlediska zkušeností se ukázalo, že zkušenější porodníci více zdůrazňují důležitost sociálních kompetencí než ti začínající. U žen-rodíček to nebylo tak jednoznačné, některé zmiňovaly, že zkušenější porodníci jsou empatičtější, jiné, že jsou již unavení a vyhořelí. U mladých porodníků byla kritizována orientace na zisk. *„Jsou lékaři, které nezajímá pacient, ale jak vydělat, to jsou spíš ty mladší lékaři, kteří jsou spíš na zisk.“*

Porodníci také zmiňovali, že zaměření se na pacienta považují za velice vyčerpávající, často se cítí velmi unaveni, zvláště pokud mají v ordinaci velké množství pacientů. Záleží tedy na denní době, zda budou více zaměřeni na pacienta nebo budou jen rutinně vykonávat svoji odbornou práci.

Porodníci, ale i ženy-rodíčky celkově považují uplatňování sociálních kompetencí za osobnostně a časově náročnější. Obě skupiny největší rizika vidí ve zvýšení psychické a emocionální zátěži a snazšího a rychlejšího vzniku burn-out syndromu. Dalším rizikem je navýšení času s pacientem a nabourání profesionálního odstup, porodníci se navíc obávají nárůstu etických konfliktů.

#### 6.4.2 Faktory na straně pacientky

Stejně tak jako existují různé osobnostní typy porodníků, tak jsou i různé typy pacientek. Některým více vyhovuje věcný a aktivní přístup lékaře, jiné očekávají více empatie, diplomacie, možnost diskuse a sdíleného rozhodování. I když se očekávání žen-rodíček víceméně shodovala, existovaly dílčí rozdíly, zvláště v oblasti respektování autonomie pacientek. Některé očekávají, že bude odpovědnost za průběh těhotenství a porodu ponechána převážně na nich, jiné očekávají více expertní roli lékaře. Informantky se také shodly, že samotné pacientky se dost často „bojí říct svůj názor nebo se zeptat“ a zůstávají tím v pasivní roli, což často vede i k zanedbání nějaké péče.

Také porodníci se shodovali, že ze strany pacientů nejčastěji brání osobnost pacienta, jeho neschopnost a neochota přijmout odpovědnost, neochota sdílet a vyjednávat, nedůvěra ve zdravotnický systém a lékaře, absence objektivního nadhledu. „*Nemám ráda takový ty negativní lidi, kteří berou péči jako příkoří, vnímají lékařskou péči jako něco, co jim lékaři diktují, na druhou stranu ji berou jako samozřejmost, mají na to nárok a nejsou ochotni přistoupit, že oni jsou taky aktivní hráči - nadávají na ostatní lékaře – vše je špatně, taková pasivně agresivní typy*“. Nedostatek nadhledu trápí porodníky velmi, zvláště tehdy pokud oni vnímají situaci jako zdraví ohrožující a pacientka řeší kosmetické záležitosti nebo „*věří v přirozený proces porodu, že miminko ví, kdy přijít na svět*“ ve chvíli, kdy je již dítě v ohrožení života.

Ženy s komplikovaným porodem a indukovaným císařským řezem zdůrazňovaly odbornost, a lidskost byly ochotné „obětovat“. Pro ženy bez komplikací byla také důležitá odbornost „*jednou za čas to přežiju*“, ale při porodu očekávají zdatnost v sociálních kompetencích. Nejvíce psychosociální kompetence zdůrazňovaly ženy, které rodily akutním císařským řezem, zde se objevil názor, že absence psychosociálního přístupu vede ke komplikacím při porodu.

Z hlediska věku se ukazuje, že s přibývajícím věkem rodičky jsou větší nároky na sociální kompetentnost porodníků, což jistě souvisí s jejich vzděláním, zkušenostmi, zralostí, sebevědomím apod.

#### 6.4.3 Faktory na straně prostředí

Předpokladem v této práci bylo, že v gynekologické a porodnické specializaci je význam sociálních kompetencí lékaře větší než v jiných specializacích. Oběma skupinám informantů byla položena otázka, zda považují gynekologicko-porodnickou specializaci za prostředí, kde je potřeba větší míry sociálních kompetencí než u jiných specializací. Obě skupiny se shodly, že ano, protože „*je to velmi intimní obor*“; „*tady se člověk bojí hlavně o to dítě, většina maminek má strach o to miminko a je to situace, že není to schopná ovlivnit, a proto je to psychicky náročnější pro tu ženu a sociální kompetence jsou tu mnohem důležitější.*“; „*a někdy je taky moc smutný, protože právě jde o dítě.*“ Ženy-rodičky se shodly, že tato specializace je náročnější, protože „*těhotné ženy jsou citlivější, než ostatní pacienti; je to takové soukromé, intimní; je to více spojené s psychikou a dalším duševním zdravím ženy.*“ Některé ženy naopak nepovažují gynekologicko-porodnickou specializaci za nijak výjimečnou pro rozvoj sociálních

kompetencí: „myslím, že by to mělo být všude stejné, doktor jako doktor.“; „ty pacienti všichni chtějí, aby ten doktor s nimi jednal a byl empatickejší a všechno.“

Největším problémem, který brání uplatňování sociálních kompetencí je **nedostatek času a vysoký tlak na efektivitu**, který souvisí s vytížeností lékařů obecně, zdůrazňují porodníci i ženy-rodičky. „Protože celou tu práci děláme rychle, pod velkým tlakem na efektivitu...my jsme tam nastoupili a museli jsme makat jako stroje a člověk, když vidí, že musí všechno napsat, připravit pro sestřičky, zajistit konsilia, obvolat laboratoř, tisíc věcí, který jsou hrozně důležité, tak to vztahové se jeví jako podružné, protože to není nic, co zatím definuje kvalitu té lékařské péče v očích toho lékaře, protože on vidí ten seznam povinností, které musí udělat ten den a ty když neuděláš, tak je to neomluvitelné – to musí udělat. Ten přístup k tomu pacientovi tam není – to se nějak dělá.; „pokud jsou lékaři přepracovaní, tak tohle je první, co škrtnou...“; „ten běh šíleně vás semele, tak vás to přestane zajímat, přestanou vás zajímat ty lidi, bylo mi i jedno ke konci, že mi bylo všechno jedno, i když bych mohla ublížit. Je to dané množstvím pacientů a nedostatkem času.“ Ženy – rodičky to vidí podobně: „přepracovanost, mají toho hodně, a to hraje roli, nemohou se tolik věnovat těm lidem.“; „za první si myslím, že jsou špatně finančně ohodnoceny, za druhé si myslím, že jich je málo, že prostě jsou unavený a pak nemají dostatečně velkou motivaci.“; „počet pacientů, některé zařízení jsou přehlcené, to pak už nejde se všem věnovat.“

Další oblastí, která ovlivňuje úroveň rozvoje sociálních kompetencí, je dle porodníků **vztahové prostředí nemocnic**. Porodníci se nejčastěji učí sociálním kompetencím za pochodu, formou nápodoby či pokusu a omylu. Není to nejvhodnější způsob, zvláště tehdy pokud si uvědomíme, že ve zdravotnictví je po armádě nejvýraznější hierarchický systém, který je založen na principech moci a dominance nadřízených a podřízených. V nemocnicích více než kde jinde je patrný odstup a úcta mezi nadřízenými a podřízenými, mezi lékaři a sestrami, mezi zdravotníky a pacienty. Pakliže je pro nově nastoupivšího porodníka vzorem někdo (jednotlivec nebo celý tým oddělení či nemocnice), kdo uplatňuje tradiční paternalistický přístup, tak ten automaticky nasává všechny vzorce chování, které vidí u svého okolí, a to se týká všeho nejen odborných postupů, ale právě také těch vztahových a komunikačních. „A protože celou tu práci dělají rychle, pod velkým tlakem na efektivitu, nejsou schopni kritického myšlení a přístupu dělat to jinak“. Tím se mladí v praxi učí své jednání od starších kolegů, a tak se udržuje tradice komunikačních chyb. Vedle konzervativnosti se na daném stavu projevuje i to, že direktivní model je v praxi jednodušší. Snadno se nařizuje, hůře se



dojednává či společně něco řeší. Porodníci rovněž zmiňují, že v nemocnicích přetrvává pohled, že kvalita lékařské péče je postavená pouze na odborných kompetencích. „*Takže ty dobrý vzory nejsou a ty změny nejsou systémový, ale záleží to na tom, kdo má štěstí, pod kým pracuje.*“ „*V tý nemocnici s Vámi nikdo o tom nemluví.*“

Ze strany nemocnic jsou dalšími bariérami podle porodníků **nedostatek peněz, nevyhovující prostory** (nemocnice mají omezenou kapacitu z hlediska prostoru a provozu), **a nedostatečná podpora systému zdravotních pojišťoven**. Pro nemocnice je méně ekonomicky efektivní uplatňování sociálních kompetencí, protože lékař odvede méně výkonů za časovou jednotku, prodlouží se čas strávený s pacientem. Rovněž by to znamenalo navýšení financí v oblasti personální práce: muselo by se investovat do vzdělávání a rozvoje lékařů podle kompetencí, do personálních činností jako je hodnocení a posuzování míry rozvoje sociálních kompetencí, vázané na odměňování, muselo by se více investovat do lidského kapitálu – lékaře v rámci prevence syndromu vyhoření například formou supervizí. Porodníci také poukazují na nevhodné nebo nedostatečné prostory, střídají se v ambulancích, ambulance nejsou vybavené pro vedení rozhovorů, v nemocnicích nejsou prostory vyhrazené pro řešení individuálních a intimních otázek pacientů (několik pacientů na pokoji, neexistující prostory vyjma vyšetřoven apod.). Otázky nákladů se ukazují jako významná součást každodenní praxe, a proto mohou velmi výrazně zasahovat do rozvoje a uplatňování sociálních kompetencí v rámci nemocnic.

Ženy-rodičky jako jeden z důvodů nedostatečné úrovně sociálních kompetencí porodníků zmiňovaly i přetrvávající tzv. syndrom bílého pláště, který lékaře staví do neochvějně dominantní pozice a určuje jim nadřazenou moc, která se pak předává z generací na generace. Pokud takový nadřazený přístup panuje v nemocnicích, pak je těžké pro nově přicházející generaci lékařů toto změnit.

Nejvýznamnější otázkou je samotné **vzdělávání a rozvoj** sociálních kompetencí. Porodníci i ženy-rodičky se shodli, že úroveň sociálních kompetencí porodníků se pohybuje mezi 6–7 body na desetistupňové škále (více si cení svých sociálních kompetencí konsiliáři). Ženy – rodičky hodnotily úroveň sociálních kompetencí v průměru lépe, než se hodnotili samotní lékaři (vyskytly se však i 2 body, ale také velké množství bodů mezi 8 a 10). Úroveň vzdělávání na pregraduální úrovni v sociálních kompetencí byla hodnocena velmi nízko, mezi 2–4 body (opět na desetistupňové škále). Nejhuře hodnotili konsiliáři, což může napovídat, že se úroveň vzdělávání v této úrovni

trošku zlepšuje. Lékařské fakulty jsou stále v plném rozsahu přírodovědecky zaměřeny. Sami porodníci uvádějí, že student medicíny se k „živému“ pacientu dostane až ve vyšších ročnících v průběhu praxe, rozsah výuky biologie, fyziky, chemie a morfologických oborů je mnohem vyšší než humanitních předmětů jako např. psychologie, komunikace, etika. Psychice člověka se během studia příliš mnoho pozornosti neklade. Lékařská psychologie nepatří k zásadním předmětům v rámci studia. Lékařka (ukončené studium před 3 lety, 2. LFUK): *„Ty kurzy tam byly v rámci etiky a základů humanitních věd ještě navíc v preklinickém ročníku, ve třetím ročníku, kdy jsme ještě živý pacienty neviděli a kdy je totálně zastínila patologie a patofyziologie. Odbyde se mimo pacienty, to si to vůbec nelze spojit s těmi pacienty, první tři roky jsou absolutně vzdálený pacientům, to se jenom pitvá. Bylo to takový formální všechno, penzum minimální, jedna promile za těch 6 let, kratičký kurz, který se odbyde mimo pacienty, člověk si to nevyzkouší, nikdo neověřuje, jak to zvládnul na tom tréninku a jak je schopný použít v realitě. Fakt si myslím, že to není vůbec dobře udělaný. Rovněž těmto předmětům není ze stran fakulty, a tudíž i studentů přikládán takový význam: „My jsme to taky měli postavený dobře nějaká etika, psychologie, ale patřilo to mezi ty zkoušky, kde si člověk přečetl nějakou tu knížečku a popovídal si tam s tím zkoušejícím a víceméně to nebylo nějak dramatický, nedávala se tomu žádná vážnost a důležitost.“*

Porodníci, i když si v praxi uvědomují, jak důležité jsou sociální kompetence, sami uvádějí, že se tyto dovednosti učí za pochodu a nezdědka se jim vyhýbají, si nejsou jisti, zda zařadit více výuky zaměřené na sociální kompetence v rámci pregraduálního studia. Vyskytují se názory, že medicíni nejsou schopni docenit význam této výuky, protože jsou zahlceni klinickými předměty.

Co se týče postgraduálního vzdělávání ani tady nejsou porodníci spokojeni. Možnost se vzdělávat hodnotí ještě hůře, než v rámci pregraduálního vzdělávání na stupni 1–2. Většinou jim chybí čas (opět dávají přednost odborným tématům), možnosti (není nabídka) a také preference osobního života (ocenili by vzdělávání v rámci pracovní doby a v rámci nemocnic). *„V praxi se mnou o tom už vůbec nikdy nikdo nemluvil. Kurzy asi jo, ty jsou. Oni nejsou vůbec propagovaný, nemaj žádný PR, pokud někdo chce takový kurz, musí si na něj vzít dovolenou, jsou na IPVZ, myslím, že tam jsou kurzy...“*; *„občas se dělaly nějaké přednášky, ale polovina na to šla, protože za to byly kredity, druhá polovina, že to měli povinně a znáte to, jaké to je, když je to povinné, tak si to odsedíte, je to úplně jedno.“*

Porodníci zmiňovali, že se sociálním kompetencím učí v praxi většinou pokusem omylem, v lepším případě nápodobou od zkušenějších lékařů. Jeden z konsiliářů uvedl: FG3: *„dříve jsem se snažil hledat co nejúčinnější řešení a metody, dnes vím, že někdy stačí vyslechnout, samotného mě to překvapuje, ale je to tak.“* jiný zkušený lékař: FG3: *„nás učili zkušenější kolegové „poslouchejte pacienta“ všechno Vám řekne sám!“*

Porodníci by ocenili individualizované kurzy, realizované přímo v nemocnici, které by byly přímo zaměřené na konkrétní problematiku, konkrétního lékaře a konkrétního pacienta. Byly zmiňovány interaktivní kurzy, které by byly postavené na modelových situacích přímo z jejich prostředí, kde by si mohli vyzkoušet, jak komunikovat a získat zpětnou vazbu.

Zmiňovali také nemocničního intervenanta – kouče, který by s lékaři řešil jejich kasuistiky a který by také poskytoval zpětnou vazbu. Obecně porodníkům chybí zpětná vazba, možnost tréninku přímo v nemocnici, zaměřená na konkrétní situace

*„...přijde mi škoda, proč by si ten kurz nemohla udělat přímo nemocnice – bylo by to přímo zaměřené na konkrétního lékaře a konkrétního pacienta. Co byste mi doporučili, jaký přístup, když to bude spojené s pacientem, tak to bude hrozně přínosný, než si říct někde zásady na sucho tahle to dělejte. Mně to přijde takový nezáživný. Přimo v praxi třeba nemocniční intervent, který by obcházel oddělení pravidelně a pokud by bylo nějaké téma komplikované, tak to s ním proberu, kdyby takový člověk existoval, tak by se nezastavil a lékaři by to ocenili.“*

S názory porodníků se shoduje i řada odborníků, kteří poukazují na nedostatečné vzdělávání lékařů už dlouhá léta. Balint (1999) kritizuje, že studium medicíny psychologické hodnoty otevřeně neuznává jako důležité. Ale i současní autoři (Beran, 1997, 2010; Honzák, 2014; Ptáček & Bartůněk, 2011; Ptáček et al., 2013) kritizují nevyváženost přírodovědného a humanitního základu medicíny a požadují, aby náplň studia odpovídala více interdisciplinární povaze medicíny.

## 6.5 Shrnutí kvalitativní části

Na základě šetření bylo empiricky potvrzeno, že porodníci i ženy-rodičky vnímají odborné a sociální kompetence porodníka jako dvě strany jedné mince. Dokonce samotní porodníci považují sociální kompetence za důležitější, než ženy-rodičky, které upřednostňují odbornost. Porodníci sami se považují za mnohem zdatnější a více podporovaní z hlediska vzdělávání na fakultách i v nemocnicích v odborné kompetenci. Sociální kompetenci není věnována na fakultách, ale ani v nemocnicích taková pozornost, jakou by si samotní porodníci představovali a očekávali. Také se ukázalo, že sociálně zdatnější jsou zkušenější porodníci díky své praxi, kdy se tyto dovednosti učí pokusem a omylem, ale také díky jejich osobnostní a morální zralosti a zvyšující se odpovědnosti.

Na základě kvalitativní analýzy a na základě rešerše literatury byly vytipovány čtyři vzájemně se prolínající a podmiňující se oblasti sociálních kompetencí:

- intrapersonální kompetence,
- emocionální kompetence,
- interpersonální kompetence a
- komunikační kompetence,

kteřé byly následně rozpracovány do jednotlivých dovedností (příloha 11), tak aby bylo možné je lépe pozorovat, měřit a hodnotit. Tyto kompetence lze považovat za základní předpoklady pro kvalitní psychosociální přístup lékaře – porodníka.

Ačkoli se obě skupiny informantů shodly na důležitých kategoriích sociálních kompetencí lékaře – porodníka, existují rozdíly ve vnímání obsahu jednotlivých kompetencí.

### Tabulka 15

*Rozdíly ve vnímání sociálních kompetencí porodníků z pohledu porodníků a žen-rodiček*

	Pohled lékaře	Pohled ženy-rodičky
<b>Způsob vnímání reality</b>	Objektivní	Subjektivní
<b>Způsob jednání</b>	Zaměřené na výsledek	Zaměřené na proces
<b>Práce s emocemi</b>	Sympatie (soucit)	Empatie
<b>Způsob komunikace</b>	Instrumentální	Afektivní
<b>Způsob řešení konfliktu</b>	Výhra – prohra, prohra-prohra	Výhra – výhra
<b>Budování vztahu</b>	Sdělování rizik	Poskytování podpory

Zdroj: vlastní zpracování

Porodníci „nabízejí“ biomedicínský, technicistní pohled, rychlé řešení a vyřešení vzniklé situace. Jejich komunikace se pohybuje v rovině instrumentální, tedy podat co

nejpřesnější informace s ohledem na příjemce. V rozporných situacích volí nejčastěji konfrontační (výhra-prohra) či destruktivní (prohra-prohra) strategie. Psychika pacienta, ale i jejich vlastní, je pro ně něčím, co v nich vyvolává obavy, co je zdržuje na cestě k cíli, co nemohou rychle nebo vůbec vyřešit, co nemohou mít pod kontrolou, a tudíž to v nich evokuje pocity selhání a chyby a ohrožuje jejich profesní sebevědomí, proto jí nevěnují příliš pozornosti. Na emoce většinou reagují popíráním, bagatelizováním nebo se je snaží zahnat či „vyřešit“ podáním uklidňujících léků. Empatii vnímají spíše jako soucit s bolestí někoho jiného, jemuž je třeba pomoci, a odstranit nebo zmírnit tento stav, což považují za velmi psychicky vyčerpávající a nereálné, proto se tomu přirozeně vyhýbají. Jsou přesvědčení, že pacient potřebuje mít informace o všech možných rizicích, aby se mohl informovaně rozhodovat, a hlavně aby se předešlo pozdějším stížnostem a žalobám, čímž přenášejí na pacienta svoje obavy a strachy místo toho, aby poskytli uklidnění a naději.

Ženy – rodičky očekávají větší zaměření porodníka na ně jako na „člověka“ nikoli jako na „diagnózu“, potřebují cítit, že stanovená léčba je ta správná „právě pro ně“ nikoli podle nějakého „osvědčeného postupu“. Preferují porodníky, kteří jsou schopni „být přítomní“, jsou ochotní sdílet emoce, nepřicházejí rychle s řešením, ale vyslechnou si a proberou všechny možnosti. Empatii vnímají jako schopnost vidět problém (situaci) očima pacientky, porozumět co nejpřesněji a bez souzení pozitivnímu i negativnímu prožívání druhé osoby. V komunikaci je pro ně stejně důležitá obsahová rovina jako rovina vztahová. Touží po navázání vztahu s porodníkem, kde bude patrný zájem, ochota naslouchat, a kde porodník bude věnovat pozornost nejen tělu, ale i prožitkům. Zdůrazňují potřebu diskuse, sdíleného rozhodování a hledání oboustranně výhodných řešení. Velký význam přikládají rodičky dovednosti uklidnit a dát naději, sdělování rizik a těch nejhorších scénářů, včetně podepisování řady informovaných souhlasů vnášejí dle nich do vztahu nedůvěru.

V rámci rozhovorů a fokusních skupin se objevilo několik faktorů, které ovlivňují úroveň rozvinutí sociálních kompetencí. Jsou to faktory vnitřní, kam byly zařazeny především osobnostní vlastnosti lékaře a vnější faktory, kam především spadají vzdělávání v sociálních kompetencích a podpora jejich rozvoje v rámci nemocnic.

V komunikaci s porodníky i s ženami-rodičkami se vynořily dvě převažující skupiny porodníků z hlediska jejich osobnosti. První skupina je v osobním kontaktu věcná a neosobní, pro kterou jsou sociální kompetence oblastí, která v nich vzbuzuje nejistotu a preferují ve větší míře biomedicínský a paternalistický přístup. U druhé skupiny rovněž převažuje věcnost, konkrétnost a potřeba hmatatelných výsledků, ale

zároveň je pro ně typická orientace na druhé, snaha jim pomoci a pečovat o ně. U této skupiny jsou sociální kompetence více rozvinuté a rozvíjené, ale zároveň jsou u nich zřejmé prvky tzv. maternalismu (nadměrná pomoc, péče, vysoká kontrola, následně pocity nevděku, křivdy).

Z hlediska vnějších faktorů lze konstatovat, že ani v průběhu vzdělávání (pregraduálního i postgraduálního), ani později v rámci nemocnic není sociálním kompetencím věnována dostatečná pozornost, důležitost ani čas. Sami porodníci vyjádřili nespokojenost a potřebu se v těchto oblastech vzdělávat. V rámci fakult by zařadili výuku sociálních kompetencí do vyšších ročníků, zvýšili by kredibilitu předmětů, zakončili by je zkouškou, aby studenti vnímali význam a důležitost těchto předmětů. Ještě významněji vnímají potřebu trénovat se s možností zpětné vazby v rámci nemocnic, kde rovněž rozvoji sociálních kompetencí není věnována pozornost a záleží vždy na lékaři a prostředí nemocnice, zda se klade důraz mimo diagnostiky a léčebného procesu na rozvoj sociálních kompetencí. V každodenní praxi se porodníci setkávají s různými náročnými komunikačními a interakčními situacemi s pacientkami a ocenili by, pokud by se mohli věnovat jejich rozboru a hledání vhodného řešení.

V neposlední řadě je třeba na lékařských fakultách, ale i v nemocnicích vytvářet prostředí pro otevřenost, spolupráci, partnerství, pozitivní ladění, nikoli pro soutěživost. Důležité je, aby se studenti, ale i mladí lékaři necítili přehlíženi, nebo dokonce trestáni za své názory či pocity, aby byla rozvíjena atmosféra spolupráce a podpory, posilovala se jejich sebeúcta, protože jedině tak roste potřeba kooperace na úkor potřeby soupeřit, čímž se přirozeně rozvíjí ochota a schopnost porozumět druhému. Zároveň tak dochází k rozvoji asertivity – tedy schopnosti komunikovat, prosadit vlastní (skutečné) potřeby a současně respektovat potřeby druhých (Rogers, 2014, s. 201).

Na závěr je třeba zdůraznit, že obě skupiny vnímají důležitost rozvoje sociálních kompetencí porodníků. Obě skupiny informantů jsou přesvědčené, že uplatňování sociálních kompetencí výrazně napomůže dosahování lepší spolupráce a compliance s rodičkou a tím i vyšší pravděpodobnost úspěchu diagnózy a léčby. Zajistí lepší prevenci, méně komplikací, méně domácích porodů. Na obou stranách přinese vyšší spokojenost a dobrý pocit, ubude konfliktů a tím i stížností. Pro nemocnice má uplatňování sociálních kompetencí porodníků význam v získání lepší pověsti a oblíbenosti, prevenci konfliktů a žalob a v konečném důsledku i ekonomický přínos a vylepšení obrazu našeho zdravotnického systému. V čem však vidí ženy-rodičky největší přínos je, „že by se rodily

šťastnější děti a z nich vyrostli spokojení lidé, jejich mámy by měly hezké vzpomínky na porod, ubylo by traumat a přibylo by spokojenějších a vyrovnanějších žen“.

## 7 Výsledky kvantitativní analýzy dat

Cílem druhé kvantitativní části výzkumu bylo zjistit, jaké jsou převažující osobnostní preference lékaře – porodníka, měřené osobnostním dotazníkem Golden Profiles of Personality (GPOP). Dále zjistit strukturu sociálních kompetencí porodníků pomocí Inventáře sociálních kompetencí (ISK) a prozkoumat, zda existuje vztah mezi osobnostními preferencemi a sociálními kompetencemi. K těmto účelům byla použita deskriptivní statistika a korelační analýza. Data byla zpracována metodami popisné statistiky a matematické statistiky. V rámci popisné statistiky byly použity tyto číselné charakteristiky: průměr, směrodatná odchylka, minimum, maximum, absolutní četnost, relativní četnost. Pro porovnání zastoupení dvou, popř. čtyř variant kategoriální proměnné byl použit chí-kvadrát test dobré shody, kdy na základě zjištěných údajů byly testovány nulové hypotézy, proti kterým stojí hypotézy alternativní shody (H1 – H7). Pro porovnání hodnot hrubého skóre souboru porodníků s hodnotou normy u dotazníku ISK byl použit jednovýběrový t-test, prostřednictvím kterého byly ověřeny hypotézy (H8 – H13). Pro posouzení závislosti hrubého skóre na věkové kategorii a ověření hypotézy H14 byl použit test nezávislosti založený na Spearmanově korelačním koeficientu. Pro porovnání hrubého skóre dvou skupin (pohlaví) a ověření hypotézy H15 byl použit Welchův t-test.

Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5 % ( $\alpha=0,05$ ). Nulová hypotéza byla zamítnuta, pokud je  $p\text{-value} \leq \alpha$ . Všechny výpočty byly provedeny pomocí programu TIBCO STATISTICA 13.

Pro účely korelační analýzy bylo u obou metod zvoleno hrubé skóre a použit test nezávislosti založený na Pearsonově korelačním koeficientu, který vyjadřuje míru lineární závislosti mezi dvěma proměnnými. Hladina významnosti činila rovněž 5 %. Prostřednictvím tohoto testu byly ověřeny hypotézy H16 – H27.



## 7.1 Popisná statistika – osobnostní typ a struktura sociálních kompetencí porodníků

### 7.1.1 Výsledky GPOP

Výzkumný vzorek porodníků, kteří vyplnili dotazník GPOP, zahrnuje 57 osob. Výsledky jsou vytvořeny na základě normy "Obecná populace (trénink a poradenství, výběr pro specializované profesní pozice)". V následujících tabulkách jsou popsány výsledky v rámci jednotlivých globálních škál a subškál. S ohledem na nízký počet respondentů jsou popsány výsledky celkově a nejsou vztaženy k věku, pohlaví či délce praxe respondentů. Základní charakteristika vzorku respondentů je uvedena v příloze č. 12. Tabulka 16 ukazuje na rozložení jednotlivých preferencí porodníků v rámci globálních škál.

**Tabulka 16**

*Rozložení základních preferencí u porodníků*

	E	I	S	N	T	F	J	P	A	G	Total
N	20	37	46	11	31	26	41	16	27	30	57
%	35	65	81	19	54	46	72	28	47	53	100

Zdroj: vlastní data

Z tabulky je patrné, že porodníci se všeobecně vnímají jako **více introvertní (65 %)**, **smyslově orientovaní (81 %)**, **s mírnou převahou myšlení (54 %)**, **a jasnou preferencí k usuzování (72 %)**. **Hodnota jimi vnímané míry napětí je průměrná, 47 % se cítí v tenzi, 53 % v uvolnění.**

Pro testování hypotéz bylo použito hrubé skóre, jehož hodnoty jsou uvedeny v příloze 13.

Testování hypotézy H1:

$H_{01}$ : Podíl introvertů a extrovertů je mezi porodníky stejný.

$H_A$ : Podíl introvertů a extrovertů se mezi porodníky liší.

Chí-kvadrát test dobré shody

Celkový počet respondentů	57	
Srovnávané kategorie	E	I
Počet	20	37
Podíl	0,35 (35 %)	0,65 (65 %)
Očekávané četnosti při platnosti $H_0$	28,5 (50 %)	28,5 (50 %)
P-hodnota chí-2 testu dobré shody	0,024	
Rozhodnutí o nulové hypotéze	zamítáme $H_{01}$	

Z celkem 57 respondentů bylo jako E klasifikováno 20 (35 %) a jako I 37 (65 %). V případě, že by platila nulová hypotéza a podíly E a I byly stejné, očekávali bychom četnosti 28,5 v obou kategoriích (50 %). Chí-kvadrát test dobré shody porovnal

pozorované četnosti (20 a 37) s očekávanými četnostmi (28,5 a 28,5) a výsledná p-hodnota vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,024. Nulová hypotéza **byla zamítnuta** ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že podíly porodníků klasifikovaných jako E a I se liší. **Porodníků klasifikovaných jako I bylo statisticky významně více než porodníků klasifikovaných jako E.**

Testování hypotézy H2:

H<sub>02</sub>: Podíl S a N je mezi porodníky stejný.

H<sub>A</sub>: Podíl S a N se mezi porodníky liší.

Chí-kvadrát test dobré shody		
Celkový počet respondentů	57	
Srovnávané kategorie	S	N
Počet	46	11
Podíl	0,81 (81 %)	0,19 (19 %)
Očekávané četnosti při platnosti H <sub>0</sub>	28,5 (50 %)	28,5 (50 %)
P-hodnota chí-2 testu dobré shody	0,000	
Rozhodnutí o nulové hypotéze	zamítáme H <sub>02</sub>	

Z celkem 57 respondentů bylo jako S klasifikováno 46 (81 %) a jako N 11 (19 %). V případě, že by platila nulová hypotéza a podíly S a N byly stejné, očekávali bychom četnosti 28,5 v obou kategoriích (50 %). Chí-kvadrát test dobré shody porovnal pozorované četnosti (46 a 11) s očekávanými četnostmi (28,5 a 28,5) a výsledná p-hodnota vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,000. Nulová hypotéza **byla zamítnuta** ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že podíly porodníků klasifikovaných jako S a N se liší. **Porodníků klasifikovaných jako S bylo statisticky významně více než porodníků klasifikovaných jako N.**

Testování hypotézy H3:

H<sub>03</sub>: Podíl T a F je mezi porodníky stejný.

H<sub>A</sub>: Podíl T a F se mezi porodníky liší.

Chí-kvadrát test dobré shody		
Celkový počet respondentů	57	
Srovnávané kategorie	T	F
Počet	31	26
Podíl	0,54 (54 %)	0,46 (46 %)
Očekávané četnosti při platnosti H <sub>0</sub>	28,5 (50 %)	28,5 (50 %)
P-hodnota chí-2 testu dobré shody	0,508	
Rozhodnutí o nulové hypotéze	nezamítáme H <sub>03</sub>	

Z celkem 57 respondentů bylo jako T klasifikováno 31 (54 %) a jako F 26 (46 %). V případě, že by platila nulová hypotéza a podíly T a F byly stejné, očekávali bychom četnosti 28,5 v obou kategoriích (50 %). Chí-kvadrát test dobré shody porovnal

pozorované četnosti (31 a 26) s očekávanými četnostmi (28,5 a 28,5) a výsledná p-hodnota vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,508. **Nezamítáme nulovou hypotézu. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl v podílu porodníků klasifikovaných jako T a F.**

Testování hypotézy  $H_4$ :

$H_{04}$ : Podíl J a P je mezi porodníky stejný.

$H_A$ : Podíl J a P se mezi porodníky liší.

Chí-kvadrát test dobré shody		
Celkový počet respondentů	57	
Srovnávané kategorie	J	P
Počet	41	16
Podíl	0,72 (72 %)	0,28 (28 %)
Očekávané četnosti při platnosti $H_0$	28,5 (50 %)	28,5 (50 %)
P-hodnota chí-2 testu dobré shody	0,001	
Rozhodnutí o nulové hypotéze	zamítáme $H_{04}$	

Z celkem 57 respondentů bylo jako J klasifikováno 41 (72 %) a jako P 16 (28 %). V případě, že by platila nulová hypotéza a podíly J a P byly stejné, očekávali bychom četnosti 28,5 v obou kategoriích (50 %). Chí-kvadrát test dobré shody porovnal pozorované četnosti (41 a 16) s očekávanými četnostmi (28,5 a 28,5) a výsledná p-hodnota vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,001. Nulová hypotéza **byla zamítnuta** ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že podíly porodníků klasifikovaných jako J a P se liší. **Porodníků klasifikovaných jako J bylo statisticky významně více než porodníků klasifikovaných jako P.**

Testování hypotézy  $H_5$ :

$H_{05}$ : Podíl A a G je mezi porodníky stejný.

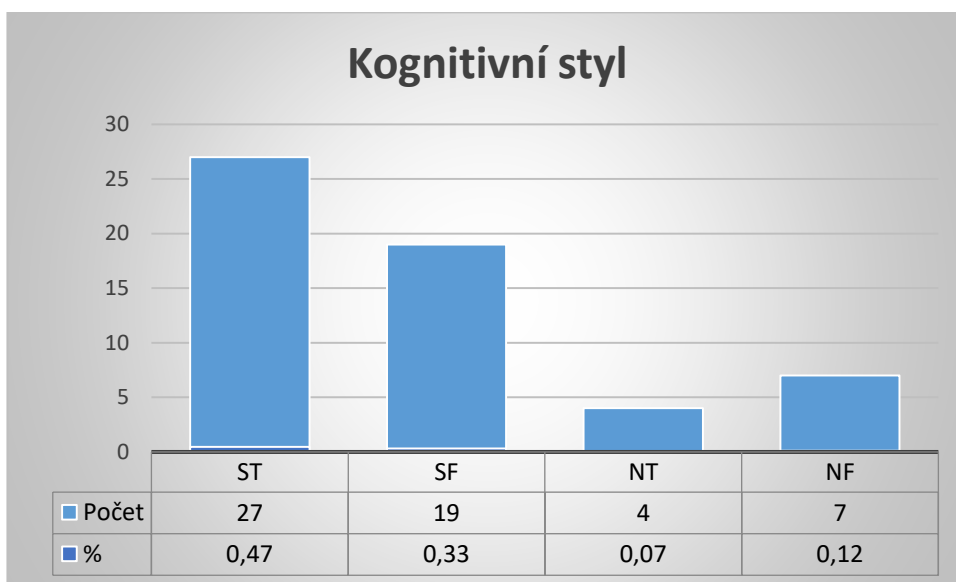
$H_A$ : Podíl A a G se mezi porodníky liší.

Chí-kvadrát test dobré shody		
Celkový počet respondentů	57	
Srovnávané kategorie	A	G
Počet	27	30
Podíl	0,47 (47 %)	0,53 (53 %)
Očekávané četnosti při platnosti $H_0$	28,5 (50 %)	28,5 (50 %)
P-hodnota chí-2 testu dobré shody	0,691	
Rozhodnutí o nulové hypotéze	nezamítáme $H_{05}$	

Z celkem 57 respondentů bylo jako A klasifikováno 27 (47 %) a jako G 30 (53 %). V případě, že by platila nulová hypotéza a podíly A a G byly stejné, očekávali bychom četnosti 28,5 v obou kategoriích (50 %). Chí-kvadrát test dobré shody porovnal pozorované četnosti (27 a 30) s očekávanými četnostmi (28,5 a 28,5) a výsledná p-

hodnota vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,691. Nulová hypotéza **nebyla zamítnuta**. Na hladině významnosti 0,05 **nebyl prokázán rozdíl v podílu porodníků klasifikovaných jako A a G.**

Převažujícím kognitivním stylem ve výzkumném vzorku porodníků je **ST (smyslový (S) s převahou myšlení (T), zastoupený v 47 %**, který se vyznačuje tím, že jeho nositelé mají rádi pořádek, kontrolu a jistotu, proto je označován za systematický. V pořadí druhým nejčastějším kognitivním stylem mezi respondenty je **SF (smyslový (S) s převahou cítění (F), zastoupený v 33 %**. **Intuitivní styl (N) s převahou cítění (F) čili NF byl ve výzkumném vzorku porodníků zastoupen pouze 12 % a Intuitivní styl (N) s převahou myšlení (T) pouze 7 %.**



**Graf 2**

*Přehled zastoupení kognitivních stylů porodníků*

Testování hypotézy H6:

H<sub>06</sub>: Rozložení kognitivních stylů mezi porodníky je rovnoměrné.

H<sub>A</sub>: Rozložení kognitivních stylů mezi porodníky není rovnoměrné.

Chí-kvadrát test dobré shody				
Celkový počet respondentů	57			
Srovnávané kategorie	ST	SF	NT	NF
Počet	27	19	4	7
Podíl	0,47	0,33	0,07	0,12
Očekávané četnosti při platnosti H <sub>0</sub>	14,25	14,25	14,25	14,25
Upravené standardizované reziduály	4,7	2,0	-3,9	-2,4
P-hodnota chí-2 testu dobré shody	0,000			
Rozhodnutí o nulové hypotéze	zamítáme H <sub>06</sub>			

Z celkem 57 respondentů bylo jako ST klasifikováno 27 (47 %), jako SF klasifikováno 19 (33 %), jako NT klasifikováno 4 (7 %) a jako NF klasifikováno 7 (12 %). V případě, že by platila nulová hypotéza a podíly ST, SF, NT a NF byly stejné, očekávali bychom četnosti 14,25 ve všech kategoriích (25 %). Chí-kvadrát test dobré shody porovnal pozorované četnosti (27, 19, 4, 7) s očekávanými četnostmi (14,25, 14,25, 14,25, 14,25) a výsledná p-hodnota vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,000. Nulová hypotéza **byla zamítnuta** ve prospěch alternativní hypotézy. **Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že podíly porodníků klasifikovaných jako ST, SF, NT a NF nejsou stejné.** Na základě upravených standardizovaných reziduálů lze soudit, že v porovnání s četnostmi, které je možné očekávat při rovnoměrném zastoupení všech kognitivních stylů, se mezi porodníky statisticky významně častěji vyskytly styly ST a SF a statisticky významně méně často styly NT a NF. U kognitivního stylu ST byl výsledek výraznější (27 vs. 14,25) než u kognitivního stylu SF (19 vs. 14,25).

Testování hypotézy H7:

Převažujícím osobnostním typem porodníků je **osobnostní typ ISTJ**, druhým nejčastějším byl **typ ISFJ** a v pořadí třetím nejvíce zastoupeným typem byl **typ ESTJ**. Vzhledem k tomu, že dohromady 57 respondentů bylo rozděleno do 16 kategorií, z nichž některé jsou vůbec nebo minimálně zastoupené (tab. 17), nemá smysl tuto hypotézu testovat pomocí statistického testu. I přesto lze konstatovat, že osobnostní typy ISTJ (28 %) a ISFJ (19 %) dominují. Typ ESFJ byl ve výzkumném vzorku zastoupen 7 % - v pořadí čtvrtý nejčastější typ.

**Tabulka 17***Preferenze osobnostních typů u porodníků*

Osobnostní typ	Počet	%
<b>3. ESTJ</b>	7	12
ESTP	2	4
ESFJ	4	7
ESFP	3	5
ENTJ	0	0
ENTP	2	4
ENFJ	0	0
ENFP	2	4
<b>1. ISTJ</b>	16	28
ISTP	2	4
<b>2. ISFJ</b>	11	19
ISFP	1	2
INTJ	1	2
INTP	1	2
INFJ	2	4
INFP	3	5

Zdroj: vlastní data

**Na základě výše zmíněných údajů nebyly zamítnuty nulové hypotézy 3 a 5, ostatní nulové hypotézy byly zamítnuty ve prospěch alternativních (1, 2, 4, 6 a 7).**

### 7.1.2 Výsledky ISK

Prostřednictvím Inventáře sociálních kompetencí byla zjišťována subjektivně vnímaná struktura sociálních kompetencí porodníků. Výzkumný vzorek porodníků, kteří vyplnili dotazník ISK, zahrnuje 53 osob. Výsledky jsou vytvořeny na základě normy úplný standardizační soubor. Základní charakteristika vzorku respondentů je uvedena v příloze č. 14.

V tabulkách 18-20 jsou popsány výsledky v rámci jednotlivých sekundárních a primárních škál a ukazují, ve kterých sekundárních škálách dosáhli porodníci nejlepších výsledků (nejvyšších hodnot) a nejhorsích výsledků (nejnižších hodnot). U porodníků lze **nejlepší výsledky vidět u sekundární škály Sebeovládání (23 porodníků z celkového vzorku 53, tj. 43 %) mělo tuto škálu jako nejvyšší. Následuje škála Reflexibilita (34 porodníků z celkového vzorku 53, tj. 34 %), pouze 7 z 53 porodníků (tj. 13 %) skórovalo nejvýše v sekundární škále Sociální orientace a dokonce pouze 5 porodníků (9 %) skórovalo nejvýše v sekundární škále Ofenzivita.**

### Tabulka 18

Vzorek porodníků – nejvyšší hodnoty

Nejvyšší hodnoty	Počet	%
Sociální orientace	7	13
Ofenzivita	5	9
Sebeovládání	23	43
Reflexibilita	18	34
Celkem	53	100

Zdroj: vlastní data

### Tabulka 19

Vzorek porodníků - nejnižší hodnoty

Nejnižší hodnoty	Počet	%
Sociální orientace	22	42
Ofenzivita	17	32
Sebeovládání	6	11
Reflexibilita	8	15
Celkem	53	100

Zdroj: vlastní data

Pro porovnání hodnot hrubého skóre souboru porodníků s hodnotou normy a pro ověření hypotéz H8 – H13 byl použit jednovýběrový t-test. Hodnoty hrubého skóre jsou uvedeny v příloze 15.

H8: Porodníci vykazují ve srovnání s normou vyšší skóre sekundární škály Sebeovládání.

### Tabulka 20

Sekundární škály: standardní skóre

Sekundární škály	Průměr	Median	Minimum	Maximum	Sm. odchylka
Sociální orientace	40	36	1	97	32
Ofenzivita	37	30	1	96	27
Sebeovládání	57	56	1	100	29
Reflexibilita	52	51	1	99	32

Zdroj: vlastní data

V tabulce 20 jsou vidět **nejlepší výsledky u sekundární škály Sebeovládání** (průměrný percentil 57 při směrodatné odchylce 29). Pokud použijeme hrubého skóre, jeho průměrná hodnota činila pro porodníky 80,3 při směrodatné odchylce 9,1. Průměrná hodnota hrubého skóre normy činila 81,6. P-hodnota jednovýběrového t-testu, vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,299, tj. vyšší než 0,05. **Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl mezi hrubým skóre porodníků ve škále Sebeovládání a hodnotou normy. Hypotéza H8 byla zamítnuta.**

Jednovýběrový interval spolehlivosti				
Škála	Průměr	Sm. odch.	Hodnota normy	p-hodnota
Sebeovládání	80,3	9,1	81,6	0,299

Ze sekundární škály Sebeovládání je vhodné si všimnout vysokého průměrného standardního skóre (příloha 13) u primární škály Sebekontroly (průměr 63 při směrodatné odchylce 28), která poukazuje na vysokou schopnost porodníků racionálně řídit svoje vlastní chování ve stresu, v zátěžových, kritických a krizových situacích.

H9: Porodníci mají ve srovnání s normou vyšší skóre primární škály Sebekontrola. (SEK)

Jednovýběrový interval spolehlivosti				
Škála	Průměr	Sm. odch.	Hodnota normy	p-hodnota
Sebekontrola	18,0	2,8	18,2	0,578

Průměrná hodnota hrubého skóre ve škále Sebekontrola činila pro porodníky 18,0 při směrodatné odchylce 2,8. Průměrná hodnota hrubého skóre normy činila 81,6. P-hodnota jednovýběrového intervalu spolehlivosti vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,578, tj. vyšší než 0,05. **Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl mezi hrubým skóre porodníků ve škále Sebekontrola a hodnotou normy. Hypotéza H9 byla zamítnuta.**

Vysoko skóruje rovněž primární škála, která poukazuje na zodpovědnost porodníků za události ve svém životě a jejich schopnost nést důsledky vlastního chování – Internalita (průměr 62 při směrodatné odchylce 30). Tato škála rovněž poukazuje na vysokou míru nezávislosti a samostatnosti v jednání, ale také na vysokou míru kritičnosti vůči sobě.

Porodníci dále dle standardního skóre vykazují tendenci k **nižší sociální orientaci** (průměrný percentil Sociální orientace byl 40 při směrodatné odchylce 32) a **tendenci k nižší ofenzivitě** (průměrný percentil škály Ofenzivita byl 37 při směrodatné odchylce 27).

H10: Porodníci mají ve srovnání s normou nižší skóre sekundární škály Sociální orientace.

Jednovýběrový interval spolehlivosti				
Škála	Průměr	Sm. odch.	Hodnota normy	p-hodnota
Sociální orientace	93,0	13,8	98,4	0,006

Průměrná hodnota hrubého skóre ve škále Sociální orientace činila pro porodníky 93,0 při směrodatné odchylce 13,8. Průměrná hodnota hrubého skóre normy činila 98,4. P-



hodnota jednovýběrového t-testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,006, tj. nižší než 0,05. **Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl mezi hrubým skóre porodníků ve škále Sociální orientace a hodnotou normy. Skóre porodníků ve škále Sociální orientace bylo ve srovnání s normou statisticky významně nižší. Hypotéza H10 nebyla zamítnuta.**

Při detailnějším rozboru primárních škál Sociální orientace lze vidět, že nejnižší skórovala primární škála Pluralita hodnot (průměr 37 při směrodatné odchylce 28), což znamená nižší připravenost a vnitřní potřebu být otevřený vůči postojům i názorům druhých, projevovat toleranci k odlišnostem a ochotu vzdát se vlastního postoje.

H11: Porodníci mají ve srovnání s normou nižší skóre primární škály Ochota ke kompromisu. (KOM)

Jednovýběrový interval spolehlivosti				
Škála	Průměr	Sm. odch.	Hodnota normy	p-hodnota
Ochota ke kompromisu	15,4	3,3	16,4	0,026

Průměrná hodnota hrubého skóre ve škále Ochota ke kompromisu činila pro porodníky 15,4 při směrodatné odchylce 3,3. Průměrná hodnota hrubého skóre normy činila 16,4. P-hodnota jednovýběrového t-testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,026, tj. nižší než 0,05. **Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl mezi hrubým skóre porodníků ve škále Ochota ke kompromisu a hodnotou normy. Skóre porodníků ve škále Ochota ke kompromisu bylo ve srovnání s normou statisticky významně nižší. Hypotéza H11 nebyla zamítnuta.**

Dle standardního skóre (příloha 13) vykazují porodníci tendenci **k nižší ofenzivitě** (průměrný percentil škály Ofenzivita byl 37 při směrodatné odchylce 27).

H12: Porodníci mají ve srovnání s normou nižší skóre sekundární škály Ofenzivity.

Jednovýběrový interval spolehlivosti				
Škála	Průměr	Sm. odch.	Hodnota normy	p-hodnota
Ofenzivita	61,2	9,1	65,6	0,001

Průměrná hodnota hrubého skóre ve škále Ofenzivita činila pro porodníky 61,2 při směrodatné odchylce 9,1. Průměrná hodnota hrubého skóre normy činila 65,6. P-hodnota jednovýběrového t-testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,001, tj. nižší než 0,05. **Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl mezi hrubým skóre porodníků ve**

**škále Ofenzivita a hodnotou normy. Skóre porodníků ve škále Ofenzivita bylo ve srovnání s normou statisticky významně nižší. Hypotéza H12 nebyla zamítnuta.**

V rámci sekundární škály Ofenzivity je vidět, že primární škály Schopnost se prosadit (průměr 46 při směrodatné odchylce 26) a Rozhodnost (45 při směrodatné odchylce 28) skórují významněji než obecně škála Ofenzivity (průměr 37 při směrodatné odchylce 27) a Ochoty jít do konfliktu (průměr 38 při směrodatné odchylce 30) z toho vyplývá, že porodníky můžeme popsat jako dominantní, rozhodné, projevující svoji moc, ale s nižší ochotou jít do konfliktu a aktivně hledat oboustranně výhodné řešení. Ochota ke konfliktu je nižší (ve smyslu vyhýbání se konfliktům), pokud se již v konfliktní situaci ocitnou, pak preferují spíše prosazení vlastních zájmů, což souvisí s vyšší tendencí se prosadit a nižší ochotou hledat kompromisy (viz výše).

Průměrné standardní skóre sekundární škály Reflexibility je 52 při směrodatné odchylce 32.

H13: Porodníci mají ve srovnání s normou nižší skóre sekundární škály Reflexibility.

Jednovýběrový interval spolehlivosti

Škála	Průměr	Sm. odch.	Hodnota normy	p-hodnota
Reflexibilita	70,1	8,9	70,2	0,956

Průměrná hodnota hrubého skóre ve škále Reflexibilita činila pro porodníky 70,1 při směrodatné odchylce 8,9. Průměrná hodnota hrubého skóre normy činila 81,6. P-hodnota jednovýběrového t-testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,956, tj. vyšší než 0,05. **Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl mezi hrubým skóre porodníků ve škále Reflexibilita a hodnotou normy. Hypotéza H13 byla zamítnuta.**

Posledním trsem primárních škál jsou škály v rámci sekundární škály Reflexibility, kde je vhodné upozornit na primární škálu Sebe prezentace, která byla naměřena u porodníků poměrně vysoko (průměr 60 při směrodatné odchylce 27). Tato primární škála poukazuje na schopnost a snahu porodníka zapůsobit co nejlepším, žádoucím dojmem. Naopak primární škála Vnímání osob dosáhla relativně nízkých hodnot (průměr 46 při směrodatné odchylce 30). Tato škála ukazuje míru, do jaké se osoba pokouší pozorováním druhých lidí zpřesnit svůj vlastní odhad jejich osoby a využít toho k ovlivnění a přesvědčení. Dalo by se říci, že tato škála do jisté míry i hodně souvisí s orientací na druhého, právě proto pravděpodobně ve výzkumném vzorku skórovala v nižších hodnotách jako primární škály Sociální orientace.

Na základě výše zmíněných údajů nebyly zamítnuty hypotézy H10, H11, H12 a H13, zamítnuty byly hypotézy H8, H9, a H13.

H14: Starší porodníci vykazují vyšší skóre v sekundárních škálách ISK než jejich mladší kolegové.

Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

Škála ISK	hodnota R	p-hodnota	závislost prokázána
Sociální orientace	0,28	<b>0,044</b>	Ano
Ofensivita	-0,14	0,326	Ne
Sebeovládání	-0,01	0,970	Ne
Reflexibilita	-0,11	0,419	Ne

Statisticky významná závislost byla zjištěna pouze u sekundární škály Sociální orientace, a to přímá závislost o střední intenzitě – s rostoucím věkem je tendence pro růst skóre sociální orientace. **H14 byla částečně zamítnuta.**

H15: Ženy vykazují vyšší skóre v sekundárních škálách ISK než muži.

Welchův t-test: p-hodnota a popisné statistiky

Škála ISK	muž (n=22)		žena (n=31)		p-hodnota
	prům.	SmO.	prům.	SmO.	
Sociální orientace	93,9	11,5	92,3	15,4	0,669
Ofensivita	60,8	11,3	61,4	7,2	0,828
Sebeovládání	81,0	9,3	79,8	9,2	0,658
Reflexibilita	69,6	7,5	70,5	9,8	0,724

Všechny p-hodnoty jsou vyšší než 0,05, tj. nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami u žádné ze sekundárních škál ISK. **Hypotéza H15 byla zamítnuta.**

### 7.1.3 Korelační analýza

Výzkumný vzorek porodníků, kteří vyplnili, obě metody zahrnuje 53 osob. Přestože je použitý vzorek velmi malý, jeho výsledky naznačují určité vztahy a tendence mezi jednotlivými proměnnými, což je důležité pro interpretaci dosažených výsledků v rámci metody GPOP a metody ISK a pro konkrétní praktické využití v rámci rozvoje sociálních kompetencí.

V tabulce 21 a 22 jsou vidět hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu mezi sekundárními škálami ISK a základními osobnostními preferencemi zjištěnými v rámci GPOP (grafické znázornění je v příloze č. 16). Tučně zvýrazněné jsou korelace, které byly na základě testu nezávislosti na hladině významnosti 0,05 vyhodnoceny jako statisticky významné ( $p < 0,05$ ). Dále jsou šedou barvou zvýrazněny silné korelace, které byly v absolutní hodnotě větší než 0,5.

**Tabulka 21**

*Sekundární škály ISK a jejich korelace s ESTJA dimenzí*

	E	S	T	J	A
SO	0,18	<b>-0,38</b>	<b>-0,58</b>	<b>-0,28</b>	-0,12
OF	<b>0,58</b>	<b>-0,30</b>	0,09	0,02	<b>-0,60</b>
SEB	0,03	0,25	<b>0,34</b>	<b>0,48</b>	<b>-0,66</b>
REF	-0,03	-0,05	-0,05	0,04	<b>0,41</b>

Zdroj: vlastní data

**Tabulka 22**

*Sekundární škály ISK a jejich korelace s INFPG dimenzí*

	I	N	F	P	G
SO	-0,21	0,18	<b>0,64</b>	0,10	0,11
OF	<b>-0,63</b>	<b>0,48</b>	-0,11	0,08	<b>0,55</b>
SEB	-0,16	-0,04	<b>-0,30</b>	<b>-0,46</b>	<b>0,56</b>
REF	0,17	0,14	0,25	0,03	<b>-0,28</b>

Zdroj: vlastní data

Základní sekundární škála Sociální orientace silně koreluje s globální škálou T ( $R = -0,58$ ) – F ( $R = +0,64$ ), dále negativně koreluje se škálou S ( $R = -0,38$ ) a méně výrazně se škálou J ( $R = -0,28$ ). Zajímavé je, že naopak Extraverze/Introverze se Sociální orientací téměř nesouvisí, stejně tak úroveň Napětí/Uvolnění. **H16, že sekundární škála Sociální orientace (SO) koreluje pozitivně s Extraverzí (E) byla zamítnuta.**

### Tabulka 23

*Primární škály sociální orientace a jejich korelace s globální škálou T/F*

	T	F
Prosocialita	<b>-0,68</b>	<b>0,66</b>
Převzetí perspektivy	<b>-0,53</b>	<b>0,60</b>
Pluralita hodnot	<b>-0,37</b>	<b>0,45</b>
Ochota ke kompromisu	<b>-0,49</b>	<b>0,49</b>
Naslouchání	<b>-0,31</b>	<b>0,42</b>

Zdroj: vlastní data

Z tabulky 23 vyplývá, že zájem o druhé lidi, pozornost a ochota jim pomoci, tolerance k různým názorům a úsilí o pochopení druhých lidí včetně schopnosti podívat se na situaci z perspektivy druhého člověka má významný základ v preferenci člověka k Cítění. Naopak zaměření na vlastní prospěch, nezájem o druhé lidi, včetně schopnosti vidět svět pouze ze své perspektivy (nepochopení názorů, hodnot a chování druhých) má základ v preferenci člověka k Myšlení. Tabulka 24 ukazuje, že statisticky významná závislost se prokázala u všech primárních škál Sociální orientace a globální škály T – F. Porodníci typu T jsou méně orientovaní na druhé, více na sebe a svoje zájmy, nejsou schopni vidět svět z perspektivy druhého, obklopují se lidmi podobného ražení, neradi mění svůj názor. V konfliktu se výhradně zaměřují na prosazení vlastních zájmů, argumenty partnera je nezajímají a neumí naslouchat. Porodníci typu F se angažují pro druhé, ochotně pomáhají, jsou tolerantní vůči názorům druhých, jsou schopni naslouchat, dívat se na svět očima partnera, případně se vzdát vlastního postoje. V konfliktu dávají prostor pro realizaci zájmů druhé strany. Při detailnějším prozkoumání souvislostí mezi primárními škálami v rámci Sociální orientace a jednotlivými subškálami Myšlení (tab. 24) je vidět silný negativní vztah mezi distancovaností a všemi primárními škálami a nepřímý vztah mezi vůdcovstvím a kritičností, a všemi primárními škálami vyjma naslouchání, kde je korelace nízká. Porodník, který má nízkou sociální orientaci je zároveň nezaopatřený, racionální, kritický, dává přednost soutěžení a prosazování se.

### Tabulka 24

*Primární škály Sociální orientace a jejich korelace se subškálami Myšlení*

	Myšlení	Distancovanost	Objektivita	Autonomie	Vůdcovství	Kritičnost
Sociální orientace	<b>-0,58</b>	<b>-0,66</b>	0,00	<b>-0,35</b>	<b>-0,47</b>	<b>-0,49</b>
Prosocialita	<b>-0,68</b>	<b>-0,72</b>	-0,19	<b>-0,42</b>	<b>-0,46</b>	<b>-0,48</b>
Převzetí perspektivy	<b>-0,53</b>	<b>-0,62</b>	0,04	-0,29	<b>-0,44</b>	<b>-0,48</b>
Pluralita hodnot	<b>-0,37</b>	<b>-0,46</b>	0,10	-0,22	<b>-0,36</b>	<b>-0,33</b>
Ochota ke kompromisu	<b>-0,49</b>	<b>-0,44</b>	-0,05	<b>-0,30</b>	<b>-0,46</b>	<b>-0,47</b>
Naslouchání	<b>-0,31</b>	<b>-0,48</b>	0,14	-0,21	-0,20	-0,24

Zdroj: vlastní data

Na základě souvislostí mezi primárními škálami Sociální orientace a jednotlivými subškálami Cítění (tab. 25) je vidět silný pozitivní vztah mezi empatií a všemi škálami a pozitivní vztah mezi adaptabilitou a akceptací. Porodník, který má vysokou sociální orientaci je zároveň empatický (dokáže projevit pochopení a soucit), snadno se přizpůsobuje, je ochotný ke kompromisu a umí poskytnout emocionální oporu a podporu.

**Tabulka 25**

*Primární škály Sociální orientace a jejich korelace se subškálami Cítění*

	Cítění (F)	Empatie	Subjektivita	Autenticita	Adaptabilita	Akceptace
Sociální orientace	<b>0,64</b>	<b>0,63</b>	0,15	0,27	<b>0,52</b>	<b>0,46</b>
Prosocialita	<b>0,66</b>	<b>0,67</b>	0,29	0,27	<b>0,46</b>	<b>0,35</b>
Převzetí perspektivy	<b>0,60</b>	<b>0,63</b>	0,14	0,18	<b>0,49</b>	<b>0,40</b>
Pluralita hodnot	<b>0,45</b>	<b>0,43</b>	0,02	0,27	<b>0,39</b>	<b>0,37</b>
Ochota ke kompromisu	<b>0,49</b>	<b>0,45</b>	0,09	0,13	<b>0,46</b>	<b>0,46</b>
Naslouchání	<b>0,42</b>	<b>0,41</b>	0,04	0,27	<b>0,34</b>	<b>0,31</b>

Zdroj: vlastní data

Negativní závislost se prokázala mezi primárními škálami Sociální orientace (vyjma naslouchání) a subškálami preference S jako je konkrétnost a praktičnost a subškálami preference J jako je zaměření na cíl. Znamená to, že čím více je porodník prakticky a konkrétně zaměřený, spolu se zaměřením na výsledek, cíl a plánování, tím nižší bude jeho sociální orientace.

V případě druhého sekundárního faktoru ISK, Ofenzivity jsou vidět opět silné závislosti, a to v globální škále E ( $R = +0,58$ ) – I ( $R = -0,63$ ) a v globální škále A ( $R = -0,60$ ) – G ( $R = +0,55$ ). Negativní závislost je patrná rovněž s globální škálou S ( $R = -0,30$ ) a silná pozitivní závislost s globální škálou N ( $R = +0,48$ ). Naopak téměř nulové jsou korelace s globální škálou T ( $R = +0,09$ ) – F ( $R = -0,11$ ) a J ( $R = +0,02$ ) – P ( $R = +0,08$ ).

**Hypotéza (H21), že sekundární škála Ofenzivita (OF) koreluje pozitivně s Extraverzí (E) a hypotéza (H22), že sekundární škála Ofenzivita (OF) koreluje negativně s Napětím (A) nebyly zamítnuty.**

Ukazuje se, že extrovertní a uvolněný porodník bude více aktivní při realizaci vlastních zájmů v kontaktu s druhými, bude schopen lépe přesvědčovat, aktivně obhajovat svoje názory, bude ochoten jít více do konfliktu a bude se rychleji a snáze rozhodovat. Introvertní porodník se bude více vyhýbat konfliktu nebo se v něm bude více podřizovat, bude méně rozhodný a bude mít tendenci se izolovat od ostatních, stejně tak pokud u něj bude zjištěna větší míra napětí.

### Tabulka 26

*Primární škály Ofenzivity a jejich korelace s globální škálou E/I*

	E	I
Schopnost prosadit se	0,26	-0,20
Ochota ke konfliktu	<b>0,33</b>	<b>-0,32</b>
Extraverze	<b>0,79</b>	<b>-0,76</b>
Rozhodnost	0,12	-0,26

Zdroj: vlastní data

Statistickou významnost sekundární škály Ofenzivity ve vztahu k Extraverzi zvyšuje primární škála Extraverze, která u všech subškál Extraverze/Introverze skóruje vysoko. Ostatní primární škály vykazují střední míru závislosti. S Ofenzivitou nejvíce pozitivně korelují vlastnosti jako je energičnost, podnikavost a spontánnost, negativně naopak poklidnost, zdrženlivost a rezervovanost. Napětí negativně koreluje především s extraverzí a rozhodností. Čím větší míra napětí u porodníka, tím větší bude jeho tendence k sociální izolaci a tendence k oddalování rozhodnutí a předávání odpovědnosti za rozhodnutí druhým lidem. Čím větší je uvolnění tím je porodník ochotnější vyhledávat kontakty a odváznější v rozhodování. Nejsilnější negativní korelace je mezi Napětím a primární škálou Rozhodnost. Stres, nejistota a pesimismus ovlivňují negativně ochotu a schopnost rozhodovat se (korelace kolem  $R = -0,47$ ). Škála ofenzivity ve všech primárních škálách koreluje se smělostí/opatrností, což naznačuje, že čím je porodník sebevědomější, tím je také aktivnější při realizaci vlastních zájmů, schopen lépe přesvědčovat a obhajovat svoje názory, v konfliktu aktivně hledat řešení a rozhodovat se.

### Tabulka 27

*Primární škály Ofenzivity a jejich korelace s globální škálou A/G*

	A	G
Schopnost prosadit se	-0,25	0,21
Ochota ke konfliktu	-0,26	0,10
Extraverze	<b>-0,44</b>	<b>0,56</b>
Rozhodnost	<b>-0,51</b>	<b>0,44</b>

Zdroj: vlastní data

### Tabulka 28

*Primární škály Ofenzivity a jejich korelace se subškálami Napětí*

	Napětí	Skepticismus	Nejistota	Opatrnost	Neg.ladění	Pesim.
Ofenzivita.	<b>-0,60</b>	<b>-0,51</b>	<b>-0,45</b>	<b>-0,52</b>	<b>-0,39</b>	<b>-0,46</b>
Schopnost se prosadit	-0,25	-0,20	-0,21	<b>-0,31</b>	0,00	-0,22
Ochota ke konfliktu	-0,26	-0,29	-0,16	-0,27	-0,17	-0,11
Extraverze	<b>-0,44</b>	-0,28	-0,24	<b>-0,49</b>	<b>-0,39</b>	<b>-0,33</b>
Rozhodnost	<b>-0,51</b>	<b>-0,47</b>	<b>-0,47</b>	-0,28	<b>-0,30</b>	<b>-0,45</b>

Zdroj: vlastní data

### Tabulka 29

Primární škály Sociální orientace a jejich korelace se subškálami Uvolnění

	Uvolnění	Důvěřivost	Vyrovnanost	Smělost	Poz.ladění	Optim.
Ofenzivita.	<b>0,55</b>	<b>0,51</b>	<b>0,32</b>	<b>0,56</b>	<b>0,34</b>	<b>0,42</b>
Schopnost se prosadit	0,21	0,08	0,17	<b>0,41</b>	0,01	0,19
Ochota ke konfliktu	0,10	0,15	-0,12	<b>0,31</b>	0,14	0,01
Extraverze	<b>0,56</b>	<b>0,42</b>	<b>0,30</b>	<b>0,50</b>	<b>0,53</b>	<b>0,51</b>
Rozhodnost	<b>0,44</b>	<b>0,48</b>	0,42	<b>0,32</b>	0,11	<b>0,34</b>

Zdroj: vlastní data

Tabulka 30 ukazuje, že porodník s preferencí N pozitivně koreluje s ochotou jít do konfliktu ve smyslu aktivního přístupu k hledání řešení, rovněž pozitivně koreluje s ochotou aktivně komunikovat s druhými a vyhledávat kontakty. Porodník typu S negativně koreluje s ochotou jít do konfliktu – bude mít tedy větší tendenci vyhýbat se konfliktům.

### Tabulka 30

Primární škály Ofenzivity a jejich korelace s globální škálou S/N

	S	N
Schopnost prosadit se	-0,24	0,28
Ochota ke konfliktu	<b>-0,57</b>	<b>0,56</b>
Extraverze	<b>-0,31</b>	<b>0,46</b>
Rozhodnost	0,19	-0,03

Zdroj: vlastní data

U třetí sekundární škály ISK – Sebeovládání jsou významné korelace u tří globálních škál. Výrazně patrná je silná záporná hladina korelace u Napětí ( $R = -0,66$ ), naopak silná kladná korelace je u Uvolnění ( $R = +0,56$ ). Dostatečně silná je i korelace s globální škálou J ( $R = +0,48$ ) a P ( $R = -0,46$ ). Závislost je vidět i u globální škály T ( $R = +0,34$ ) a F ( $R = -0,30$ ). Naopak minimální vazba byla zaznamenána ve vztahu ke globální škále E/I a S/N, přičemž k N ( $R = -0,04$ ) výrazně méně než k S ( $R = +0,25$ ). **Hypotéza (H23), že sekundární škála Sebeovládání (SE) koreluje pozitivně s Orientací na rozhodování (J) a hypotéza (H25), že sekundární škála Sebeovládání (SE) koreluje negativně s Napětím (A) nebyly zamítnuty, naopak hypotéza (H24), že sekundární škála Sebeovládání (SE) koreluje pozitivně s Extraverzí (E), byla zamítnuta.**

### Tabulka 31

Primární škály Sebeovládání a jejich korelace s globální škálou A/G

	A	G
Sebekontrola	-0,16	0,13
Emocionální stabilita	<b>-0,58</b>	<b>0,53</b>
Flexibilita chování	<b>-0,68</b>	<b>0,55</b>
Internalita	<b>-0,59</b>	<b>0,49</b>

Zdroj: vlastní data



Tabulka 31 ukazuje, že Sebeovládání je narušováno Napětím. Čím větší je napětí, tím nižší je úroveň sociální kompetence Sebeovládání. Naopak velmi výrazně je Sebeovládání podporováno Uvolněním. Při detailnějším prozkoumání souvislostí mezi primárními škálami v rámci Sebeovládání a jednotlivými subškálami Napětí je vidět středně silný až silný negativní vztah mezi všemi subškálami. Pouze primární škála Sebekontrola vykazuje malou závislost s jednotlivými subškálami Napětí, což lze interpretovat tak, že stres a napětí neovlivňuje schopnost řídit chování v zátěžových situacích. Porodník, který má nízkou odolnost vůči stresu, má zároveň i nízkou kompetenci Sebeovládání (vyjma sebekontroly) – jeho chování je ovlivněno výkyvy nálad, prožívá častěji negativní emoce, nechá se snadno vyvést z míry v nepředvídatelných situacích a cítí se v nich bezradně, má sklon odpovědnost za vlastní život přesouvat na druhé. Porodník, který je odolný vůči stresu má zároveň vyšší sociální kompetenci Sebeovládání (vyjma sebekontroly) – chová se racionálně, emoce jeho chování neovlivňují, je vyrovnaný, vnitřně klidný, schopen reagovat flexibilně v rámci měnících se situací, rychle vymýšlet alternativy chování. Zodpovědnost za vlastní život vnímá primárně u sebe, důvěřuje vlastním schopnostem a zažívá jistou nezávislost.

### Tabulka 32

*Primární škály Sebeovládání a jejich korelace se subškálami Napětí*

	Napětí	Skeptic.	Nejistota	Opatrnost	Neg.ladění	Pesimis.
Sebeovládání	<b>-0,66</b>	<b>-0,58</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,42</b>	<b>-0,46</b>	<b>-0,46</b>
Sebekontrola	-0,16	-0,23	-0,2	0,15	-0,26	-0,06
Emoční stabilita	<b>-0,58</b>	<b>-0,47</b>	<b>-0,56</b>	<b>-0,43</b>	<b>-0,33</b>	<b>-0,41</b>
Flexibilita	<b>-0,68</b>	<b>-0,63</b>	<b>-0,56</b>	<b>-0,51</b>	<b>-0,42</b>	<b>-0,49</b>
Internalita	<b>-0,59</b>	<b>-0,46</b>	<b>-0,52</b>	<b>-0,46</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,43</b>

Zdroj: vlastní data

### Tabulka 33

*Primární škály Sebeovládání a jejich korelace se subškálami Uvolnění*

	Uvolnění	Důvěřivost	Vyrovnanost	Smělost	Poz. ladění	Optim.
Sebeovládání	<b>0,56</b>	<b>0,55</b>	<b>0,53</b>	<b>0,44</b>	0,28	<b>0,49</b>
Sebekontrola	0,13	0,28	0,26	-0,11	0,09	0,13
Emoční stabilita	<b>0,53</b>	<b>0,42</b>	<b>0,52</b>	<b>0,36</b>	0,29	<b>0,47</b>
Flexibilita	<b>0,55</b>	<b>0,56</b>	<b>0,46</b>	<b>0,57</b>	0,26	<b>0,52</b>
Internalita	<b>0,49</b>	<b>0,43</b>	<b>0,38</b>	<b>0,51</b>	0,21	<b>0,4</b>

Zdroj: vlastní data

Logicky středně vysoká až vysoká se jeví pozitivní korelace se škálou J, která ukazuje, že sociální kompetence Sebeovládání má základ v osobnostních vlastnostech jako je spolehlivost, strukturovanost, zaměřenost na cíl, naopak příliš nesouvisí s orientací na detail či stabilitou. Tato kompetence naopak negativně koreluje

s impulzivitou a pružností. Porodník, který má rozvinutou sociální kompetenci Sebeovládání není příliš pružný, a není příliš ochotný měnit plány.

#### Tabulka 34

*Primární škály Sebeovládání a jejich korelace se subškálami Orientace na rozhodování*

	Usuzování	Zam.cíl	Strukturovanost	Spolehlivost	O. na detail	Stálost
Sebeovládání	<b>0,48</b>	<b>0,39</b>	<b>0,56</b>	<b>0,46</b>	0,07	0,24
Sebekontrola	0,5	<b>0,36</b>	<b>0,57</b>	<b>0,44</b>	0,18	<b>0,38</b>
Emoční stabilita	<b>0,38</b>	0,28	<b>0,39</b>	<b>0,43</b>	-0,05	0,17
Flexibilita	0,27	0,22	<b>0,33</b>	0,24	0	0,08
Internalita	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,39</b>	0,29	0,07	0,1

Zdroj: vlastní data

#### Tabulka 35

*Primární škály Sebeovládání a jejich korelace se subškálami Orientace na vnímání*

	Vnímání	Zam. proces	Impulzivita	Uvolněnost	O. na celek	Otevřenost
Sebeovládání	<b>-0,46</b>	-0,25	<b>-0,54</b>	<b>-0,43</b>	-0,21	-0,04
Sebekontrola	<b>-0,45</b>	-0,22	<b>-0,47</b>	<b>-0,46</b>	-0,24	-0,21
Emoční stabilita	<b>-0,4</b>	-0,17	<b>-0,47</b>	<b>-0,4</b>	-0,22	-0,04
Flexibilita	-0,22	-0,14	-0,29	-0,17	-0,1	0,09
Internalita	-0,32	-0,21	<b>-0,39</b>	-0,27	-0,09	0,02

Zdroj: vlastní data

Zajímavé jsou zjištěné korelace mezi reflexibilitou a jednotlivými globálními škálami a subškálami GPOP. Jednak jsou všechny korelace obecně slabší, což znamená, že tento faktor měří něco, co není měřeno v rámci osobnostního dotazníku GPOP. V tabulce je dále vidět, že existuje pouze závislost reflexibility a globální škály Napětí ( $R = +0,41$ ) a Uvolnění ( $R = -0,28$ ). Překvapivé je rovněž zjištění, že existuje pozitivní závislost mezi Napětím a Reflexibilitou, což naznačuje, že zaměřenost porodníka na jednotlivé projevy svého vlastního chování a chování jeho partnerů je způsobeno jeho sníženou odolností vůči stresu a jeho prožíváním napětí. Nejvíce je napětím ovlivněna přirozeně sebe prezentace. Čím je porodník více v napětí, tím více usiluje o vyvolání pozitivního, žádoucího dojmu. Sebe prezentace je také pozitivně ovlivněna negativním laděním osobnosti a pesimismem. Čím negativněji se porodník prožívá (nízké sebevědomí), tím více usiluje o vyvolání lepšího dojmu. S nejistotou je spojená nízká reflexe vlastní osoby. Napětí, především nejistota, nesmělost (stud) a pesimismus zvyšují potřebu a schopnost vnímat, jak sám působí na druhé lidi. Zajímavá je rovněž negativní korelace reflexibility a smělosti, která poukazuje na to, že čím více je porodník sebevědomý, tím nižší je jeho schopnost a ochota aktivně interagovat se svými partnery (nezabývat se vlastním chováním ve vztahu k druhým lidem), zvláště pak v rovině vlastního působení na druhé lidi (nezajímá ho, jak působí na druhé). Zajímavé, i když

nízké, jsou záporné korelace mezi sebeprezentací (snahou zapůsobit pozitivním, žádoucím dojmem) a pozitivním laděním a optimismem nebo autenticitou. Zjednodušená interpretace by mohla znít, že čím je porodník pozitivnější, optimističtější a upřímnější, tím méně dbá na to, jak působí na druhé lidi. Sebeprezentace pozitivně koreluje především s introverzí, i když statistická významnost je nízká ( $R = +0,29$ ), překvapivě vysoká korelace se objevila u globální škály Myšlení ( $R = +0,51$ ), jakoby porodníci, kteří dávají přednost objektivním a logickým argumentům a mají sklon nezabývat se osobně lidmi v okolí, měli schopnost a snahu působit na druhé pozitivním dojmem. Pozitivní korelace se objevila mezi primárními škálami Přímá a Nepřímá pozornost k sobě a Vnímání osob a globální škálou F, zvláště pak empatií, což poukazuje na to, že tyto kompetence jsou nezbytnou podmínkou pro naslouchání, empatii a budování vztahu mezi lidmi. **Hypotézy (H26 a H27), že sekundární škála Reflexibilita (RE) koreluje pozitivně s Introverzí (I) a s Napětím (A) byly zamítnuty.**

**Tabulka 36**

*Primární škály Reflexibility a jejich korelace se subškálami Napětí*

	Napětí	Skeptic.	Nejistota	Opatrnost	Neg.ladění	Pesimis.
Reflexibilita	<b>0,41</b>	0,25	<b>0,43</b>	<b>0,38</b>	0,21	<b>0,31</b>
Sebeprezentace	<b>0,38</b>	0,25	0,28	0,2	<b>0,43</b>	<b>0,35</b>
Přímá pozornost k sobě	0,22	0,13	<b>0,33</b>	0,12	0,23	-0,01
Nepřímá pozornost k sobě	<b>0,39</b>	0,22	<b>0,34</b>	<b>0,49</b>	0,09	<b>0,33</b>
Vnímání osob	0,23	0,13	0,27	0,31	-0,15	0,28

Zdroj: vlastní data

**Tabulka 37**

*Primární škály Reflexibility a jejich korelace se subškálami Uvolnění*

	Uvolnění	Důvěřivost	Vyrovnanost	Smělost	Poz. ladění	Optim.
Reflexibilita	-0,28	-0,14	-0,16	<b>-0,42</b>	-0,09	-0,24
Sebeprezentace	-0,12	-0,14	0	-0,1	-0,23	-0,22
Přímá pozornost k sobě	-0,28	-0,18	-0,27	-0,27	-0,13	-0,15
Nepřímá pozornost k sobě	-0,22	-0,15	-0,12	<b>-0,55</b>	-0,04	-0,25
Vnímání osob	-0,16	0,07	-0,03	-0,28	0,13	-0,09

Zdroj: vlastní data

Dále byly sledovány vzájemné závislosti mezi jednotlivými kognitivními styly a sekundárními škálami sociálních kompetencí. Skóre kognitivního stylu bylo vypočteno jako součet skóre dvou písmen (například ST bylo vypočteno jako součet skóre S a skóre T). Z tabulky 38 vyplývá, že existuje silná závislost mezi Sociální orientací a kognitivním stylem ST ( $R = -0,56$ ) a NF ( $R = 0,54$ ). Čím vyšší je kognitivní styl ST u porodníka, tím

nižší je sociální orientace, čím vyšší je kognitivní styl NF, tím vyšší je sociální orientace. Závislost se objevila mezi NT a Sociální orientací – čím vyšší NT, tím nižší sociální orientace. Vazba se rovněž objevila mezi kognitivními styly SF, NT a ofenzivitou. Čím vyšší SF, tím nižší ofenzivita, a naopak čím vyšší NT, tím vyšší ofenzivita.

**Hypotézy (H17 a H20), že sekundární škála Sociální orientace (SO) koreluje pozitivně s kognitivním stylem NF a sekundární škála Ofenzivita (OF) koreluje pozitivně s kognitivním stylem N, nebyly zamítnuty. Hypotézy (H18 a H19), že sekundární škála Sociální orientace (SO) koreluje pozitivně s kognitivním stylem SF a sekundární škála Ofenzivita (OF) koreluje pozitivně s kognitivním stylem ST, byly zamítnuty.**

**Tabulka 38**

*Korelace kognitivních stylů a sekundárních sociálních kompetencí*

	ST	SF	NT	NF
Sociální orientace	<b>-0,56</b>	0,20	<b>-0,30</b>	<b>0,54</b>
Ofenzivita	-0,14	<b>-0,34</b>	<b>0,40</b>	0,21
Sebeovládání	<b>0,34</b>	-0,03	0,22	-0,23
Reflexibilita	-0,06	0,16	0,06	0,26

Zdroj: vlastní data

Zájem o druhé lidi, pozornost a ochota jim pomoci, tolerance k různým názorům a úsilí o pochopení druhých lidí včetně schopnosti podívat se na situaci z perspektivy druhého člověka a ochota ke kompromisu má významný základ v kognitivním stylu NF ( $R = +0,54$ ). Při detailnějším prozkoumání souvislostí mezi primárními škálami v rámci Sociální orientace a stylem NF (tab. 39) je vidět, že ve všech škálách existuje středně silná až silná pozitivní závislost. Ofenzivita s Reflexibilitou koreluje pozitivně, ale korelace jsou nízké. Podobně nízká je korelace se škálou Sebeovládání, která však koreluje negativně. Další kompetence (Ofenzivita, Sebeovládání, Reflexibilita) vykazují nízký vztah ke škále NF.

**Tabulka 39**

*Korelace primárních škál Sociální orientace a kognitivního stylu NF*

	NF
Sociální orientace	<b>0,54</b>
Prosocialita	<b>0,55</b>
Převzetí perspektivy	<b>0,48</b>
Pluralita hodnot	<b>0,45</b>
Ochota ke kompromisu	<b>0,41</b>
Naslouchání	<b>0,31</b>

Zdroj: vlastní data

Kognitivní styl ST naopak koreluje záporně se škálou Sociální orientace (tab. 40). Nejsilnější záporná korelace je prokázána v primární škále Prosocialita ( $R = -0,56$ ), což znamená, že pro ST je typická neochota se angažovat pro druhé lidi, pomáhat jim a chovat se k nim férově spolu se zaměřením na vlastní prospěch. Dále je typická nízká ochota ke kompromisu, ochota vžít se do druhého člověka a ochota být otevřený a tolerantní vůči postojům a názorům druhých. Kognitivní styl ST dále pozitivně koreluje se sekundární škálou Sebeovládání, což znamená, že ST jsou lidé, kteří jsou schopni flexibilního a racionálního chování a vnímají sami sebe jako aktivního činitele ve vztahu. Středně silné korelace se projevily zvláště u sebekontroly a emocionální stability. U kognitivního stylu ST se naopak neprokázala téměř vůbec žádná korelace s Reflexibilitou ( $R = -0,06$ ) a s Ofenzivitou ( $R = -0,14$ ). Při detailnějším pohledu je vidět záporná korelace s ochotou ke konfliktu ( $R = -0,36$ ), tedy neochotu postavit se konfliktu a aktivně hledat řešení, dále negativní korelaci s extravertí ( $R = -0,32$ ), naopak pozitivní korelace s rozhodností ( $R = +0,28$ ), sebekontrolou ( $R = +0,41$ ), emocionální stabilitou ( $R = +0,32$ ) a sebe prezentací ( $R = +0,42$ ) se snahou zapůsobit pozitivním dojmem. Záporné, avšak nízké korelace byly ke všem ostatním škálám Reflexibility.

#### **Tabulka 40**

*Korelace primárních škál Sociální orientace a kognitivního stylu ST*

	ST – skóre
Sociální orientace	<b>-0,56</b>
Prosocialita	<b>-0,64</b>
Převzetí perspektivy	<b>-0,47</b>
Pluralita hodnot	<b>-0,43</b>
Ochota ke kompromisu	<b>-0,48</b>
Naslouchání	-0,27

Zdroj: vlastní data

U kognitivního stylu NT jsou vidět záporné korelace se Sociální orientací ( $R = -0,30$ ). NT typ nemá zájem se příliš angažovat pro druhé ( $R = -0,37$ ) a není ochoten se příliš vžít do druhého člověka ( $R = -0,29$ ). Pozitivně však koreluje s Ofenzivitou ( $R = +0,40$ ), je schopný se prosadit ( $R = +0,35$ ) a v konfliktu hledat aktivní řešení ( $R = +0,39$ ). V dalších škálách pozitivně koreluje s Flexibilitou ( $R = +0,34$ ), Internalitou ( $R = +0,27$ ) a Sebe prezentací ( $R = +0,42$ ).

Kognitivní styl SF negativně koreluje s Ofenzivitou ( $R = -0,34$ ), jeho ochota jít do konfliktu je nízká, má snahu se jim vyhýbat ( $R = -0,54$ ), hůře se prosazuje, ne vždy myslí na svoje potřeby a v konfliktu spíše ustupuje ( $R = -0,45$ ). V ostatních sekundárních škálách byly korelace nevýznamné. V rámci primárních škál je významnější pozitivní

korelace se škálou nepřímá pozornost k sobě, což ukazuje, že pro SF je důležité zabývat se tím, jak působí na druhé lidi.

## 7.2 Shrnutí kvantitativní části

V rámci kvantitativní části práce byly stanoveny dva dílčí cíle, zaprvé zjistit osobnostní profil lékaře-porodníka a strukturu jeho sociálních kompetencí na základě sebeposouzení a za druhé zjistit a statisticky popsat závislost mezi jednotlivými škálami sociální kompetence (ISK) a škálami osobnostního dotazníku GPOP a ověřit tak platnost některých závěrů z kvalitativního výzkumu.

Pro kvantitativní výzkumnou část disertační práce byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. V rámci první výzkumné otázky „**Existují rozdíly v osobnostních preferencích porodníků ve srovnání s normou?**“ bylo stanoveno sedm hypotéz, které byly testovány. Byly potvrzeny (na hladině významnosti 5 %) nulové hypotézy číslo 3 a 5, ostatní nulové hypotézy byly zamítnuty ve prospěch alternativních (1, 2, 4, 6 a 7). Hypotézy potvrdily, že převažující preferencí lékařů – porodníků v globální škále Extraverze – Introverze je **Introverze (I)**, převažující preferencí v globální škále Smysly – Intuice je **získávání informací prostřednictvím smyslů (S)**, převažující preferencí v oblasti globální škály J–P (jak si organizujeme svět) je **Orientace na rozhodování (J)**. Převažujícím kognitivním stylem je **styl systematický (ST)**. Rovněž se nepotvrdila nulová hypotéza, že rozložení jednotlivých typů je u porodníků rovnoměrné. Jako převažující se ukázaly osobnostní typy **ISTJ (28 %)**, **ISFJ (19 %)** a **ESTJ (12 %)**. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl v podílu porodníků v globálních škálách Myšlení (T 54 %) – Cítění (46 %) a Napětí (A 47 %) a Uvolnění (G 53 %).

Výsledky ukazují, že převažující introverze porodníků naznačuje přirozenou odtažitost, rezervovanost, odstup. Introverti mívají dle Eysencka (1975, s. 553) „váhavou, přemýšlivou, odtažitou povahu; jsou rezervovaní, mají z věcí spíše obavy, se sklonem k defenzivním postojům a skrývání se za podezřívavé chování“. Při podrobnější pohledu na dílčí subškály Introverze nejvyšších hodnot dosáhla Rezervovanost (tendence nedávat najevo svoje emoce, řešit své záležitosti sami) a Uvážlivost („raději píší a čtou, než rozmlouvají“).

Z hlediska shromažďování dat a informací (S–N), porodníci ve výzkumném vzorku preferují smyslové vnímání reality (S). Podstatné je pro ně to, co vidí, slyší, cítí, tedy to, co vnímají prostřednictvím smyslů, jsou praktičtí, pragmatičtí a realističtí, orientovaní na fakta (konkrétní a měřitelné výsledky), nemají rádi mlhavost a nejednoznačnost, nezajímají je tušení a dojmy. Nejraději vychází ze zkušenosti, z tradic, z toho, co je prověřené. Tyto charakteristiky podporují jejich biomedicínský, technicistní

pohled a obavy z emocí, pocitů, které nejsou snadno měřitelné. Rovněž podporují jejich neochotu riskovat, naopak držet se osvědčeného, co funguje.

Z hlediska způsobu rozhodování (T–F) se nepotvrdil statisticky významný rozdíl, přesto je vidět větší preference k rozhodování prostřednictvím myšlení (T). V rámci globální škály Myšlení skórovaly nejvýše subškály Objektivita a Autonomie, které posilují globální škálu S ve smyslu věcnosti, objektivnosti, logičnosti a kritičnosti. V rámci globální škály F nejvíce skórovaly subškály adaptabilita a akceptace, které poukazují na ochotu se přizpůsobit a jít do kompromisu. Spolu s předchozími výsledky to potvrzuje konfrontační styl řešení konfliktů („buď se prosadím, nebo ustoupím“), spolu s nízkou schopností pro ochotu hledat oboustranně výhodná řešení.

Čtvrtý rozměr této typologie poukazuje na to, že porodníci ve výzkumném vzorku jednoznačně preferují rychlé rozhodování, rychlá řešení, bez zbytečného otálení a diskutování. Otevřenost a prozatímnost je pro ně stresorem. V rámci subškál nejvýrazněji skórovala Stálost, která podporuje a posiluje vysoké skóre S ve smyslu zaměření na fakta a osvědčené postupy. Dále bylo vyšší skóre u subškály Strukturovanost a Spolehlivost, které vypovídá o systematickosti, připravenosti, přesnosti a soustředěnosti, které podporují u porodníků orientaci na výkon a cíl. Zároveň tyto vlastnosti posilují potřebu mít vše pod kontrolou (zvyšuje např. potřebu vést porod medicínským způsobem) a pokud to tak není, vyvolává to obavy, strach z chyby a pocity selhání, tím se zvyšuje jejich stres a míra dyskomfortu a v konečném důsledku je ohroženo jejich profesní sebevědomí.

Z hlediska kognitivního stylu bylo zjištěno, že preferovaným stylem vzorku porodníků je **ST - systematický (Smyslový (S) s převahou Myšlení (T), 47 %)**. Podle statistik je tento styl v lékařské profesi nejčtenější (Čakrt, 2017, s. 84). Jak už bylo uvedeno výše smyslový typ má rád konkrétní a měřitelná data, k subjektivním a kvalitativním údajům má nedůvěru, protože narušují uchopitelnost, uspořádanost a úhlednost kvantitativních informací (Čakrt, 2017, s. 85). Dále se vyznačují zdrženlivostí k nevyzkoušeným inovativním přístupům, nemají rádi rizika a nejistotu. Typ zaměřený na rozhodování (J) všechny výše uvedené charakteristiky umocňuje ve smyslu postupovat systematicky podle předem připravených a osvědčených analytických postupů. Při jednání s druhými lidmi preferují objektivitu, směřují k cíli a rychlému, bezpečnému rozhodování za pomoci silového mocenského řešení. Terapeutickou efektivitu vidí především v technicko-medicínském přístupu nikoli v psychosociálním. Čakrt (2017, s. 86) také poukazuje na to, že STJ inklinují k pesimismu a skepsi, předvídají spíše negativní



důsledky a vidí spíše problémy a rizika, než možnosti a výzvy. Tento převažující kognitivní styl potvrzuje i předpoklady, že pro porodníky tohoto typu je práce s emocemi pacientů složitou situací, ve které se cítí nejistě, mají tendenci je bagatelizovat, popírat, zahnat či „vyřešit“ podáním uklidňujících léků.

V pořadí druhým nejčetnějším kognitivním stylem mezi respondenty byl **SF - procesuální (smyslový (S) s převahou citění (F), zastoupený 33 %**. Podle atlasu typologických tabulek je to nejméně zastoupená kombinace mezi lékaři, avšak nejvíce zastoupená mezi sestrami (Čakrt, 2017, s. 87). I zástupci tohoto typu rádi vychází z konkrétních dat a faktů, ale hodnotí je na základě názorů, hodnot a preferencí ostatních lidí i svých vlastních. Jejich silnou stránkou je přesvědčování a vyjednávání. Vyzařuje z nich klid, jistota, odhodlání a srdečný zájem. Dokáží odhadnout svoje možnosti a limity a nemají problém přiznat svoji chybu nebo neznalost. Jsou schopni přijímat uvážlivé riziko a totéž podporují u druhých, jsou schopni měnit svoje stanoviska a názory, objevili se nová fakta či nové situace. Stejně jako přechozí typ, ani SF nejsou otevření novým nápadům a inovativním řešením, nebaví je abstraktní teorie. Pokud se mají učit něco nového, je důležité jim nové poznatky sdělovat v konkrétní a prakticky uchopitelné podobě. Preferují harmonii a soulad a neusilují o prosazení si své pravdy, proto se jim může stát, že ne vždy dokáží prosadit svá stanoviska, bývají často až moc přizpůsobiví se snahou vyhovět, a proto jsou někdy schopni porušit uznávaná pravidla a předpisy (Čakrt, 2017, s. 87–88).

**Intuitivní styl (N) s převahou citění (F) čili NF byl ve výzkumném vzorku porodníků zastoupen pouze 12 % a Intuitivní styl (N) s převahou myšlení (T) pouze 7 %.**

Výsledky naznačují, že ve zkoumaném vzorku je malý prostor pro inovátorské, alternativní přístupy a tvořivá řešení úkolů, pro empatii, pro schopnost rozhodovat se v nejasných situacích a řešit špatně strukturované problémy a používat participativní způsob práce. Celkově porodníci ve zkoumaném vzorku mají nižší předpoklady pro používání psychoterapeutických přístupů a nevyhovují jim složité a déletrvající problémy (dlouhodobá spolupráce s pacientem).

Výsledky potvrdily předpoklad o dvou typických skupinách porodníků, které spojuje věcnost, konkrétnost a potřeba hmatatelných výsledků. Ve výzkumném vzorku jednoznačně převážila orientace na smyslové vnímání (S) a orientace na rozhodování (J). Skupiny porodníků se pak lišily z hlediska způsobu rozhodování (Myšlení – Citění). Dominantní ve vzorku lékařů byl osobnostní typ ISTJ, tedy střizliví, spolehliví, přesní,

ustálení, se silným smyslem pro realitu, vyžadující měřitelné výsledky, preferující konkrétní úkoly, strukturu, řád a stálost, s pozorností zaměřenou k bezprostředním potřebám organizace, vyznačující se nepružností a silnou potřebou vidět užitek (Čakrt, 2017). Dalším nejčastějším osobnostním typem byl **osobnostní typ ISFJ**, tedy pilní, pečliví, odpovědní, stabilní a důvěryhodní, podporující, a pomáhající. Rádi využívají svých zkušeností a potřebují okamžité, viditelné výsledky. Vyhýbají se abstraktním konceptům. Dbají na jasný směr, chtějí mít jasný rámec a zaručují spolehlivost (Čakrt, 2017). V pořadí třetím nejvíce zastoupeným typem byl **osobnostní typ ESTJ**, který se od předchozích lišil způsobem čerpání energie (Extraverze – Introverze).

#### Tabulka 41

*Silné a slabé stránky porodníka z hlediska osobnostních vlastností dle GPOP*

Silné stránky	Slabé stránky
Introverze (I)	
Soustředěnost Samostatnost	Méně komunikují, méně diskutují, málo informací Méně soustředění na druhé Nedelegují Nižší ochota ke spolupráci Defenzivní jednání Podezřívavost
Smysly (S)	
Orientace na detail Předvídatelnost Hmatatelné výsledky	Chybí nadhled, souvislosti Neochota riskovat Neochota zabývat se neměřitelnými (emocemi, potřebami)
Myšlení (T)	
Jasnost, věcnost, objektivnost	Mají problém se subjektivními aspekty péče Sklon přehlížet lidské přání, potřeby, vztahové aspekty
Orientace na rozhodování (J)	
Soustředění na výsledek Smysl pro pořádek a organizovanost Plánování Důslednost Rozhodnost Stálost	Unáhlenost Ulpívání na detailech Rigidnost Neochota ke změnám
Uvolnění (G)	
Smělost – sebedůvěra Optimismus Pozitivní ladění Důvěřivost	Nižší reflexe k vlastní osobě Lhostejnost k vlastnímu působení na druhé Nižší ochota vnímat druhé lidi

Zdroj: vlastní zpracování dle Čakrt, 2017; Havlůj et al. 2009

Kvantitativní výzkum dále odpovídal na otázku zda „Existují rozdíly ve struktuře sociálních kompetencí porodníků ve srovnání s normou?“ V rámci této výzkumné otázky bylo stanoveno 6 hypotéz, které byly testovány. Byly potvrzeny (na hladině významnosti 5 %) hypotézy H10, H11, H12 a H13, zamítnuty byly hypotézy H8, H9, a H13.

Největší počet porodníků dosáhl nejnižších hodnot právě ve škále Sociální orientace (22 porodníků, tj. 42 %) a ve škále Ofenzivita (17 porodníků, tj. 32 %) a zároveň byly potvrzeny hypotézy, že Sociální orientace a Ofenzivita jsou statisticky významně nižší u zkoumaného vzorku porodníků než v běžné populaci. U výzkumného vzorku porodníků je nejkomplicovanější orientace nad druhé lidi a schopnost nekonfliktně se prosadit a hledat oboustranně výhodná řešení. Naopak jako nejlépe zvládnutou kompetencí se jeví schopnost sebeovládání a sebekontroly, avšak hypotézy o statisticky významném zvýšení těchto škál u porodníků se nepotvrdily.

**Tabulka 42**

*Silné a slabé stránky porodníka z hlediska sociálních kompetencí*

Silné stránky	Slabé stránky
Sociální orientace	
Důvěra ve vlastní schopnosti Nezávislost Snaha vyvolat dobrý dojem Schopnost sebereflexe	Nezájem o druhé, zaměření na vlastní prospěch Ignorování názorů druhých, podceňování druhých Nižší tolerance a otevřenost vůči jiným názorům a postojům V konfliktu prosazování vlastních zájmů Nižší ochota hledat kompromisy Nižší ochota hledat oboustranně výhodná řešení Nižší ochota naslouchat
Ofenzivita	
Rozhodnost	Snaha vyhnout se konfliktu
Sebeovládání	
Sebekontrola v emočně náročných situacích Zodpovědnost za vlastní jednání Vnitřní Locus of Control Nezávislost Samostatnost Kritičnost vůči své osobě	Kritičnost vůči své osobě Obava z chyby
Reflexibilita	
Snaha vyvolat a zanechat dobrý dojem	Nižší schopnost vnímání druhých lidí, zájem o jejich chování a prožívání

Zdroj: vlastní zpracování dle Hoskovcová & Vašek, 2017

Dalšími otázkami bylo, zda „Existují rozdíly ve struktuře sociálních kompetencí v závislosti na věku a pohlaví porodníků?“ Ukázalo se, že věk pravděpodobně pozitivně ovlivňuje Sociální orientaci. Se zvyšujícím se věkem, zkušenostmi a zralostí se pravděpodobně zvyšuje angažovanost ve vztahu k druhým lidem. Závislost struktury sociálních kompetencí na pohlaví se v tomto výzkumu

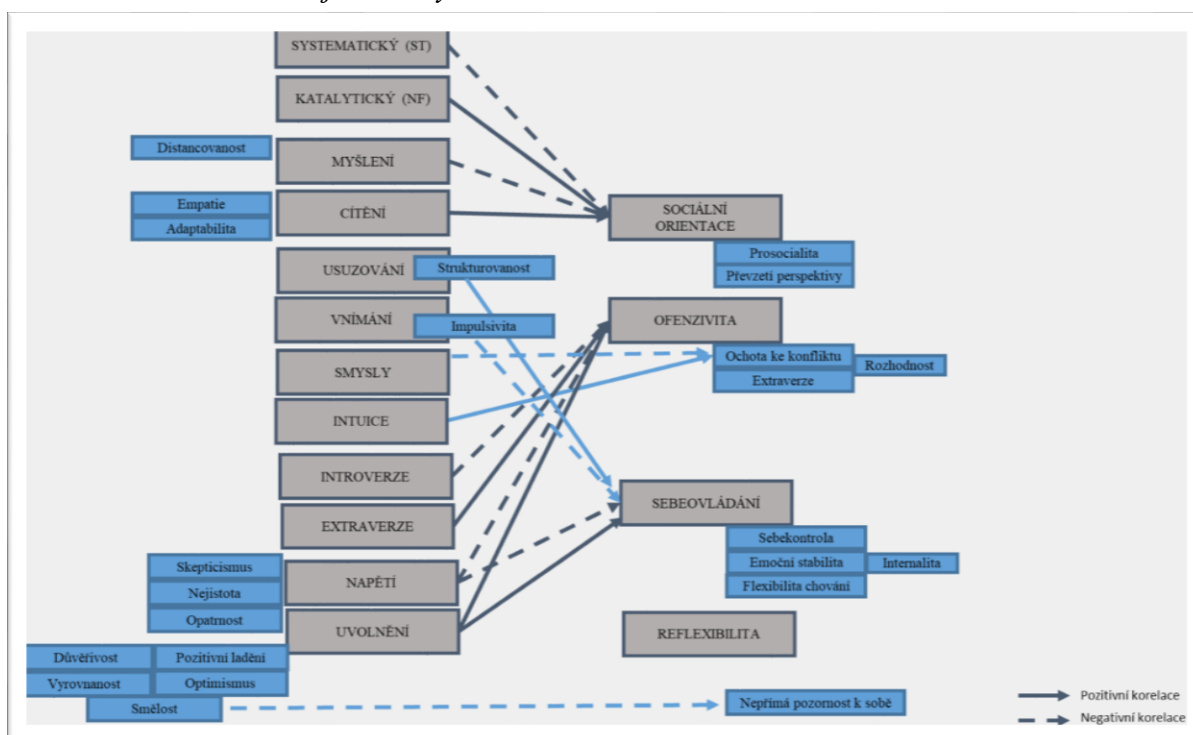
nepotvrdila. Tyto otázky by však měly být předmětem dalšího zkoumání s ohledem na velikost vzorku, se kterým se pracovalo.

Poslední dvě výzkumné otázky se zaměřily na vztahy mezi osobnostními preferencemi lékaře – porodníka a úrovní sociální kompetence. Na základě korelační analýzy se prokázaly pozitivní a negativní vztahy mezi jednotlivými škálami a subškálami dotazníku GPOP a jednotlivými škálami sociálních kompetencí (sekundárních i primárních).

Obrázek 14 ukazuje, které sociální kompetence jsou nejvíce a které nejméně spjaté s osobnostními preferencemi (podrobnější výsledky pozitivních a negativních korelací jsou uvedeny v příloze 16).

### Obrázek 14

*Přehled korelací mezi jednotlivými škálami dotazníku GPOP a ISK*



Zdroj: vlastní zpracování

Korelační analýza potvrzuje, že existují silné a středně silné vztahy mezi jednotlivými škálami obou dotazníků, což napovídá, že na základě některých osobnostních preferencí lze predikovat některé ze sociálních kompetencí.

Nejsilnější se ukázaly pozitivní vazby **mezi kognitivním stylem NF (katalytickým) a sociální kompetencí Sociální orientace**. Čím více porodník preferuje kognitivní styl NF, tím více u něho můžeme předpokládat tuto kompetenci, zvláště prosocialitu a ochotu převzetí perspektivy. Dále se ukázaly silné pozitivní vazby mezi

škálou **Cítění a Sociální orientací**, tedy čím více porodník preferuje Cítění (zajímá se o pocity svoje i druhých), tím více má rozvinutou tuto kompetenci. Další silné pozitivní korelace jsou mezi **Extraverzí a sociální kompetencí Ofenzivita** a mezi **Uvolněním a Ofenzivitou**. Porodník, který je extravertní a uvolněný je zároveň více ochoten být aktivní ve vztahu k druhým lidem, úspěšně prosazuje svoje zájmy a chová se rozhodně, zároveň i ke konfliktům se staví čelem, aniž by je vyvolával. Dílčí silnou pozitivní korelaci vykazuje škála **Intuice s Ochotou jít do konfliktu**, tito porodníci jsou rovněž ochotnější se stavět konfliktům čelem.

Silná pozitivní korelace se ukazuje mezi **Uvolněním a sociální kompetencí Sebeovládání**. Čím je porodník více uvolněný a odolný vůči stresu, tím je schopen lépe odolávat zátěži, jednat klidně a zachovat kontrolu, zároveň je schopen pružně reagovat na proměny prostředí. Na sociální kompetenci **Sebeovládání má vliv Strukturovanost** (soustředěnost a pečlivost), zvláště pak na míru Sebekontroly. Porodník, který je strukturovaný má zároveň i vysokou schopnost emoční kontroly.

Silné negativní korelace se ukázaly mezi kognitivním stylem **ST (systematickým) a sociální kompetencí Sociální orientace**. Pokud převažuje u porodníka tento kognitivní styl, bude pravděpodobně málo rozvinutá úroveň sociální kompetence Sociální orientace. Podobně koreluje škála **Myšlení a Sociální orientace**. U porodníků s převahou Myšlení bude nižší ochota zajímat se o druhé lidi, vžívat se do jejich pocitů a ochota dívat se na svět jejich očima. Další silné negativní korelace jsou mezi **Introverzí a sociální kompetencí Ofenzivita** mezi **Napětím a Ofenzivitou**. Introvertní porodník je méně ochoten hájit svoje zájmy a jít do konfliktu, stejně tak porodník, který je v napětí a stresu. Silné záporné korelace jsou také mezi **Napětím a sociální kompetencí Sebeovládání**, což poukazuje na to, že míra sebeovládání klesá s mírou napětí a stresu u porodníka. Na sociální kompetenci **Sebeovládání má rovněž vliv Impulzivita** (pružnost a spontánnost), čím je porodník více pružný a spontánní, tím hůře je schopen ovládat a kontrolovat svoje emoce.

Korelace mezi jednotlivými globálními škálami a subškálami GPOP a sociální kompetencí Reflexibilita jsou středně silné. Nejsilnější je záporná korelace mezi subškálou Smělost a primární škálou Nepřímá pozornost k sobě, což ukazuje, že uvolněný a sebevědomý porodník bude méně schopen a ochoten reflexe vlastního jednání skrze reakce osob na jeho chování.

## 8 Interpretace výsledků a diskuse

Cílem smíšeného výzkumu byl komplexní a detailní popis osobnostních a sociálních kompetencí lékařů – porodníků a prozkoumání vztahu mezi osobnostním profilem lékaře – porodníka a strukturou jeho sociálních kompetencí. Ve smíšeném výzkumu byla použita forma případové studie. Nasbíraná data v kvalitativní části výzkumu pomohla formulovat závěry a hypotézy, které byly následně ověřovány prostřednictvím kvantitativního šetření formou popisné a korelační studie. Získané závěry nelze zobecňovat, vztahují se pouze pro vzorek, ze kterého data vycházela.

V této kapitole jsou integrovány a diskutovány výsledky obou fází výzkumu. V závěru kapitoly jsou uvedena doporučení pro rozvoj osobnostních a sociálních kompetencí v rámci pregraduálního a celoživotního vzdělávání lékařů-porodníků, která jsou postavena na získaných výstupech této disertační práce.

Sociální kompetence jsou v této práci vnímány a diskutovány jako významný, leč obtížně uchopitelný hypotetický konstrukt, který je vždy třeba znovu přesně vymezit pro zkoumanou oblast. V této práci je na sociální kompetence nahlíženo jako na kognitivní a nonkognitivní dispozice a zároveň jako na behaviorální reakce, které jsou ideálně v souladu s vlastními cíli a potřebami a očekáváními druhých v kontextu konkrétní situace. Podstatnou vlastností sociální kompetence je její schopnost rozvoje. Aby bylo možné kompetence rozvíjet, je třeba je nejprve určit (jaké jsou potřebné kompetence pro daný kontext), je třeba znát jejich úroveň (vstupní úroveň a kam ji chceme posunout) a pak hledat možnosti rozvoje s ohledem na individualitu rozvíjené osoby (personalizované učení).

Není pochyb, že sociální kompetence jsou nedílnou součástí profesní kompetentnosti lékaře. Disertační práce je zaměřena na sociální kompetence porodníků, kde se díky povaze „klientely“ a řešené problematice předpokládá větší sociální kompetentnost než u jiných chirurgických specializací. Přibližně od 90. let se českým porodnictvím táhne spor mezi zastánci medicínsky vedeného porodu a zastánci přirozeného porodu, kteří ve vyhraněné formě touží po porodu doma. Zastánci medicínského porodu<sup>36</sup> sledují data, která poukazují na to, že české porodnictví patří mezi

---

<sup>36</sup> porodníci a Ministerstvo zdravotnictví a sociální práce

nejvyspělejší zdravotnické systémy na světě<sup>37</sup> a vzhledem k dosahovaným perinatálním výsledkům není dle nich třeba na koncepci českého porodnictví nic měnit. Na druhé straně stojí skupina aktivních porodních asistentek, část laické i odborné veřejnosti, kteří volají po změně českého porodnictví. Výsledky výzkumu psychologů FFUK v letech 2010–2012, kterého se zúčastnilo 1195 rodiček, a který byl zaměřen na analýzu současného stavu českého porodnictví, konkrétně na psychosociální klima porodnic, nejsou příliš pozitivní<sup>38</sup>, hůře dopadly velké porodnice a porodnice ve velkých městech, nejhůře v Praze. Tento výzkum byl inspirací pro téma disertační práce, jejímž cílem je podrobněji analyzovat zkoumanou problematiku.

Z výzkumu disertační práce vyplývá, že porodníci i ženy vnímají důležitost sociálních kompetencí porodníka. **Se vzrůstající zkušeností a věkem jim porodníci přikládají větší význam.** Zajímavým zjištěním bylo, že samotní porodníci uvažují o tom, že pro ženy jsou sociální kompetence důležitější než odborné, avšak rodičky samotné tento názor nesdílí. V tomto výběrovém vzorku se ukázalo, že **ženy-rodičky preferují odbornost a sociální kompetence lékaře vnímají spíše jako „bonus“.** Nejraději by však byly, kdyby poměr odborných a sociálních kompetencí byl vyrovnaný. V literatuře se často hovoří, že pacientova nespokojenost s lékařovým přístupem záporně motivuje k dodržování léčby, vynechávání konzultací s lékařem a je příčinou změny poskytovatelů zdravotní péče, což potvrdily některé informantky v tomto výzkumu, ale ne jednoznačně. Ukázalo se, že význam sociálních kompetencí narůstá s chronicitou a délkou onemocnění, což potvrzují i jiné výzkumy, které poukazují na význam

---

<sup>37</sup> stále se snižuje novorozenecká mortalita, klesá podíl žen, které umírají v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Zároveň se i zkracuje průměrná délka hospitalizace žen po porodu, zlepšuje se prostředí porodnic a objevuje se i vstřícnější přístup porodníků a personálu. Je maximální snaha vyhovět individuálním přáním rodiček, běžná je přítomnost otce či někoho blízkého u porodu, ženy mohou v porodnici родit bez lékaře jen s porodní asistentkou.

<sup>38</sup> Z výzkumů vyplynulo, že rodičkami je český systém charakterizován jako příkaznický, mají pocit, že jsou málo informovány, že není brán zřetel na jejich vlastní představu o porodu, že je zbytečně medikalizován a že jsou jim vnucovány porodnické postupy, které si nepřejí. Rodička je považována za objekt porodnické péče, nikoliv jako subjekt, který se aktivně podílí na svém porodu. Poskytovatelé porodnické péče, a to v daleko větší míře lékaři než porodní asistentky, mají často necitlivý přístup k rodičkám s nedostatečnou komunikací, s nedostatečným citem pro situaci, malou nebo žádnou asertivitou a bez dalších atributů pozitivního psychologického přístupu.

psychosociálního přístupu právě u pacientů s chronickými onemocněními (Bauman, 2003; Johansson et al., 2014; Little et al., 2001; Michie et al., 2002). Z rozhovorů s informantkami byla patrná úcta a respekt k profesi lékařů, uvědomovaly si velkou odpovědnost, kterou porodníci mají, a proto **jsou schopné jim více tolerovat než v jiných profesích**. Na druhou stranu se objevily i názory, že negativní porodní zkušenost ovlivňuje ženu na celý život.

Ačkoli porodníci zdůrazňovali důležitost sociálních kompetencí, z rozhovorů s nimi vyplynulo, že **teoreticky znají a považují sociální kompetence za významné, ale prakticky často nevědí, co všechno je jejich obsahem, jak je projevit, nižší je také jejich motivace k jejich uplatňování** (brání jim v tom neznalost, nedostatek času a podpory). Ženy naopak byly velmi konkrétní v popisování svých očekávání ve vztahu k sociálním kompetencím porodníka.

Z disertační práce jednoznačně **vyplynula potřeba rozvíjet sociální kompetence porodníků**. Pokud je chceme rozvíjet, je třeba je nejprve určit. V západním zdravotnickém světě odborné medicínské rady za tímto účelem vytvářejí kompetenční modely péče o pacienty, které definují požadavky na lékaře, které jsou spojeny s potřebami pacienta. Tyto modely jsou základem vzdělávacích a rozvojových standardů v rámci lékařských fakult i nemocnic. V České republice žádné takové modely zatím neexistují, ve většině evropských zemí se používá kanadský model, který se aplikuje na jednotlivé specializace. Na základě kvalitativní analýzy a na základě rešerše literatury byly vytipovány **čtyři vzájemně se prolínající a podmiňující oblasti sociálních kompetencí: intrapersonální kompetence, emocionální kompetence, interpersonální kompetence a komunikační kompetence**, které byly následně rozpracovány do jednotlivých dovedností a jsou přehledně popsány v příloze 11, tak aby bylo možné je lépe pozorovat, měřit a hodnotit. Tyto kompetence by mohly tvořit základ pro kompetenční model porodníka. Při porovnání zahraničních modelů s výstupy z kvalitativní části disertační práce v tabulce 43 jsou patrné podobnosti.



### Tabulka 43

Přehled zahraničních kompetenčních modelů ve srovnání s výsledky vlastního výzkumu

Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME, USA, 1999	CanMeds 2005 Physician Competency Framework, Canada	General Medical Council, Good Medical Practice, GMC (2013)	Vlastní výzkum
Profesionalita Klinické znalosti, odbornost	Profesionalita Odbornost	Profesionalita Odbornost (znalosti, dovednosti)	Profesionalita Odborné kompetence (schopnosti, znalosti, dovednosti)
Péče o pacienta	Péče o pacienta Spolupráce Leadership	Vztah s pacientem Spolupráce a týmová práce	Interpersonální kompetence (péče o pacienta, spolupráce a týmová práce)
Interpersonální a komunikační dovednosti Učení a rozvoj založený na praktických příkladech	Komunikace Učení	Interpersonální a komunikační dovednosti Učení Management a selfmanagement	Komunikační kompetence Intrapersonální kompetence (učení, motivace, duševní hygiena)
součástí interpersonálních a komunikačních dov. Systém založený na praxi	Součástí komunikace	součástí interpersonálních a komunikačních dov Bezpečnost pacienta a kvalita péče o pacienta	Emocionální kompetence

Zdroj: vlastní zpracování dle ACGME, 1999, CanMeds, 2005, GMC, 2013

Jednotlivé kompetence byly dále podrobeny detailní analýze, která poukázala na rozdíly ve vnímání jednotlivých kompetencí z pohledu porodníka a z pohledu ženy – rodičky.

#### 8.1 Struktura sociální kompetence porodníka

Popis struktury sociální kompetence je v disertační práci postaven na fokusních skupinách s porodníky, semistrukturovaných rozhovorech s ženami – rodičkami a na výsledcích získaných prostřednictvím Inventáře sociálních kompetencí. Tento inventář byl vybrán, protože nejlépe odpovídal zjištěným předpokladům v kvalitativní části a také je srovnatelný s výstupy zahraničních studií, které pro popis sociálních kompetencí nejčastěji používají Dotazník rysové emoční inteligence, TEIQue (Petrides & Furnham, 2003) nebo Bar-On inventář emočního kvocientu (Bar-On, 1997).

Porodníci v této studii dosáhli globálně nižšího skóre v dotazníku ISK ve srovnání se standardizačním vzorkem. Zahraniční studie poukazují, že např. američtí lékaři bez ohledu na specializaci dosahují průměrných (McKinley, 2014) či dokonce nadprůměrných (Jensen et al, 2008; Shahid et al., 2017) hodnot ve všech hlavních škálách a subškálách. Některé studie ukazují, že neexistují rozdíly v naměřené hodnotě EI mezi jednotlivými specializacemi (Borges et a., 2009), v jiných studiích se rozdíly naopak prokázaly (Greenberg et al. 1996; Mehmood et al. 2013; Warschkow et al., 2010).

Warschkow et al. (2010) dokonce shledali, že lékaři, kteří si vybrali chirurgické specializace, jsou více agresivní než internisté, kteří měli skóre agresivity dokonce nižší než všeobecná populace.

Tento výzkum poukázal na to, že silnou stránkou porodníků je schopnost sebeovládání a slabšími stránkami sociální orientace a ofenzivita (ve smyslu asertivity). Zahraniční výzkumy taktéž poukazují, že některé oblasti jsou silnými stránkami lékařů (sebeovládání a empatie), jiné jsou rozvojovými potřebami (asertivita, adaptabilita) (McKinley, 2014; Shahid, et al. 2017).

### 8.1.1 Silná stránka: sebeovládání a sebekontrola

Celkově lze říci, že porodníci ve výzkumu nejlépe skórovali v subškále Sebekontrola a Sebe prezentace. Tyto výsledky ukazují, že porodníci v tomto vzorku jsou velmi dobře schopní racionálně řídit vlastní chování v kritických a krizových situacích, směřují k řešení a vyřešení problému, jsou organizovaní a dokážou zachovat emoční odstup, což na druhou stranu vede k odklonu od subjektivního pohledu, snižuje ochotu hledat řešení a dívat se na problematiku z různých úhlů pohledu, jak očekávají ženy-rodičky. Výše zmíněná americká studie provedená na 139 lékařích různých specializací rovněž potvrdila silné stránky lékařů právě v oblasti Sebekontroly a regulace vlastních emocí (McKinley, 2014).

Vyšší hodnoty ve vzorku porodníků byly prokázány ve škále Sebe prezentace. Tyto výsledky naznačují, že porodníci usilují o vytvoření a zanechání pozitivního dojmu a tomu přizpůsobují své chování. Potřeba zanechávat co nejlepší pozitivní dojem potvrzuje jejich obavy ze selhání a z chyby, které byly patrné i v průběhu výzkumu, například nižší ochota se zapojit do výzkumu, extrémní důraz na bezpečné prostředí a zachování mlčenlivosti, obavy z výsledků, z nahrávání či malý zájem o zpětnou vazbu. Je to přirozené, neboť lékařům je připisována role „neomylných“ a „vševědoucích“ a oni ji nechtějí zklamat, jednak proto, že selhání může mít fatální následky, jak pro pacienty, tak pro ně samotné, ale i když nejde o zásadní věci, velmi se bojí ztráty „pozitivního sebeobrazu“, který si vytvořili, o čemž píše také Honzák (cit. Ptáčkem & Bartůnkem, 2015, s. 159) na základě jeho dlouholetých pedagogických zkušeností. Nižší skóre dosáhli porodníci v tomto vzorku také v subškále Flexibilita (schopnost se přizpůsobit), podobně jako v zahraničních výzkumech (McKinley, 2014; Shahid et al., 2017). Ukazuje se, že medicína jako stabilní obor, který je postaven často na měřitelných faktech, kde jsou jednoznačně dané úkoly, povinnosti a odpovědnosti, přitahuje jedince, kteří mají nižší

ochotu ke změnám a nejistotám, což pak vyvolává nejistotu v lékařích, pokud se mají věnovat nejednoznačným psychosociálním aspektům péče, individualitě pacientek a nevypočitatelným emocím.

### 8.1.2 Rozvojová potřeba: Sociální orientace ve smyslu empatie

Statisticky významně níže, než standardizační vzorek skórovala u porodníků škála Sociální orientace. Tyto výsledky nejsou překvapivé s ohledem na výstupy z kvalitativní části, kde byla zaznamenána poměrně velká nejistota v projevování této kompetence mezi porodníky. Je zřejmé, že právě tato oblast je rozvojovou potřebou porodníků. Zvláště komplikovaným tématem se jevila empatie. Zahraníční výzkumy poukazují na vysoce statisticky významnou korelaci mezi skóre EI a skóre empatie ( $p < 0,001$ ) (Austin et al. 2005).

Obě skupiny v kvalitativní části výzkumu se shodly, že porodník by měl být empatický, rozdíl však byl zaznamenán ve vnímání obsahu empatie. Pro porodníky empatie znamená buď schopnost či dovednost naladit se na pacientku a přizpůsobit jejich komunikaci (verbální sdělení) její úrovni vnímání, nebo jako soucit s bolestí pacientky, které je potřeba pomoci a odstranit nebo zmírnit tento stav. Tento postoj pak vede k tomu, že se empatii buď přirozeně vyhýbají, aby je příliš psychicky nevyčerpávala, nebo se snaží situaci „rychle vyřešit“ nějakým zákrokem či podáním uklidňujících léků, což mimochodem vyplývá z jejich odborné kompetence (vyřešit, zmírnit či odstranit problém). Ženy – rodičky však empatii vnímaly jako schopnost vidět problém, situaci očima pacientky, porozumět co nejpřesněji a bez souzení pozitivnímu a negativnímu prožívání druhé osoby. Empatií mediků se zabývalo několik výzkumů, které ukazují, že průměrné hodnoty českých studentů medicíny jsou nižší (Kožený & Tišanská, 2011;  $M=102,49$  bodů), než např. u polských studentů (Kliszcz et al., 2006,  $M=110$ ) nebo amerických studentů (Hojat, 2007;  $M=115$ ). Zároveň existuje řada studií, které poukazují na to, že empatie studentů medicíny v průběhu studia, a zvláště pak v atestační přípravě klesá (Hojat, 2009; Chen, 2007; Kožený & Tišanská, 2011; Kožený et al., 2013; Neumann, 2011). Zajímavými se ukazují studie východních kultur (Hong et al., 2012), které ukazují opačné výsledky, během studia a v rámci praxe naopak míra empatie stoupá, např. u japonských studentů stoupalo skóre empatie s délkou studia (Kataoka, et al., 2009). To poukazuje na skutečnost, že empatie se dá rozvíjet a je jí třeba věnovat pozornost v rámci vzdělávání a rozvoje lékařů na fakultách a později i v nemocnicích.

Zajímavé bylo zjištění, že porodníci i ženy-rodičky se obávají vyšší míry sociálních kompetencí u lékařů v souvislosti se syndromem vyhoření. Dle výpovědí bylo zjištěno, že je to pravděpodobně dané tím, že empatie je vnímaná jako soucit či emoční angažovanost, která je spojená s nutností najít řešení, což je samozřejmě velmi vyčerpávající. Autoři Francová s Hnilicou (cit. Ptáčkem et al., 2014) na základě metaanalýzy výzkumů jsou přesvědčeni, že je mylné se domnívat, že empatie ohrožuje lékaře a směřuje k jejich vyhoření. Řada studií potvrzuje, že emoční inteligence pozitivně ovlivňuje míru prožívaného stresu a je prevencí proti syndromu vyhoření (Birks et al., 2009; Swami et al., 2013; Weng et al. 2011), navíc pozitivně ovlivňuje lékařovu spokojenost s prací a spokojenost pacientů.

### 8.1.3 Rozvojová potřeba: Ofenzivita (Asertivita)

Signifikantně významně nižší skóre bylo prokázáno také ve škále Ofenzivita. Podstata této škály spočívá v úspěšném prosazování vlastních zájmů, podobně lze tento faktor nazývat asertivitou. Není nijak překvapující, že porodníci v této škále dosahovali nižších výsledků. Obecně asertivita není v českých podmínkách dobře rozvinutá a rozvíjená jako v západním světě. Zajímavé závěry nabízí výše zmiňovaný výzkum mezi americkými lékaři, kde byla asertivita rovněž slabou stránkou lékařů ve všech specializacích, nejvíce u patologů a pediatrů, nejméně u chirurgů, asertivnější byli muži než ženy (McKinley, 2014). Nižší asertivita lékařů může být dána způsobem výuky na lékařských fakultách, kde převažuje autoritativní řízení studentů, upřednostňování jejich pasivní role, ale také i hierarchickou organizační strukturou nemocnic s autoritativním stylem vedení, kdy obojí podporuje submisivitu a strach z neúspěchu.

Výsledky výzkumu, jak v kvalitativní, tak v kvantitativní části, potvrdily snahu vyhýbat se konfliktům. Porodníci potvrdili, že se konfliktům snaží vyhýbat a pokud už konflikt (nedorozumění) vznikne, volí prosazení nebo ustoupení, což bylo i statisticky potvrzeno. Přesvědčování či vyjednávání nejsou techniky, které by porodníci považovali za užitečné pro lékaře. Na druhou stranu ženy-rodičky chtějí být brány vážně, chtějí být vyslyšeny, pochopeny, chtějí vést diskusi a společně s porodníky se spolupodílet na rozhodování a hledání řešení. Vítají, pokud jim porodník nabídne možnosti, vysvětlí jejich výhody a rizika a diskutuje s nimi nejlepší postup.

S tématem hledání oboustranně výhodných řešení souvisí i téma zodpovědného jednání a sdíleného rozhodování. I když řada autorů (Brody, 1980; Charles et al, 1997; Krívohlavý, 2002; Mann, 2018; Stevenson et al., 2000) potvrzuje, že spolurozhodování

posiluje compliance a tím i úspěšnost v léčbě, tento výzkum však potvrdil, podobně jako výzkum Murrayho et al. (2006), že je třeba dbát interindividuálních rozdílů. Informantky se shodly, že v některých případech dávají přednost informovanému modelu, kdy chtějí informace, ale rozhodnutí chtějí nechat na porodníkovi. Spoluzrohodování tedy není nezbytně optimálním či jediným způsobem rozhodování, ale je důležité, aby porodníci byli v tomto ohledu přizpůsobiví dle potřeb a možností pacientek. Otázkou zůstává, pokud by porodníci více praktikovali model sdíleného rozhodování a tím podporovali autonomii pacientky, zda by jej pacientky následně také více neakceptovali. Shodujeme se s Balintem (1999), který tvrdí, že pacienti za posledních zhruba sto let byli vychováni, aby od lékaře očekávali rutinní vyšetření a přijímali ho bez jakýkoliv rozpaků a obav, místo toho by měli být vychováni k dospělému a odpovědnému přístupu ke své nemoci. Samotní porodníci se však v této oblasti necítí bezpečně a nejčastěji volí dvě krajní možnosti, buď plně převezmou odpovědnost, nebo ji nechají plně na pacientce. Pro porodníky je důležité, aby pacientka pochopila, že je pro ni výhodné, když to nechá na něm, tedy aby více důvěřovala jeho odbornosti a zkušenostem, což je nepřijatelné pro některé z nich.

#### 8.1.4 Rozvojová potřeba: interpersonální a komunikační dovednosti

V posledních letech v západním světě, ale i u nás narůstá význam vztahu lékař – pacient a je zdůrazňován partnerský až terapeutický vztah (Balint, 1999; Beran, 1997, 2010; DiMatteo, 2004a, b; Flocke et al., 2002; Kopřiva, 1997; Křivohlavý, 1995; Ptáček & Bartůnek, 2015; Rogers, 2014 a další). Výzkum v disertační práci poukázal na to, že ačkoli pro samotné lékaře jsou významné interpersonální a komunikační kompetence, přesto projevovali nejistotu, obavy i neochotu věnovat se psychosociálním tématům, cítí se bezpečněji, pokud se mohou držet racionální biomedicínské stránky. Partnerský model tak zatím stále zůstává spíše v teoretické rovině, než praktické a změna této strategie je dosud neukončený a značně komplikovaný proces, jak zmiňuje Haškovcová (cit. Ptáčkem & Bartůnkem, 2011, s. 28-29). Tento výzkum a mnohé jiné (Vecánová, 2019, Tomová, 2016) poukazují na to, že interpersonální a komunikační kompetence jsou rozvojovou potřebou lékaře obecně.

Kontakt s psychologickým světem pacienta je pro porodníky často ztrátou času, i z toho důvodu, že jej nemohou objektivně popsat, změřit a vyřešit. Klíčová je pro ně medicína založená na důkazech (EBM). Z výpovědí porodníků vyplynulo, že paternalismus jim umožňuje postupovat dle vědeckých, osvědčených postupů a tím

posiluje jejich pocit bezpečí a jistoty, poskytuje jim větší sebevědomí, větší sílu a dodává na důvěryhodnosti, mají pocit, že posilování pozice pacienta vede k neakceptování profesionality či odbornosti lékaře. Podobné výsledky lze zaznamenat i ve výzkumu Glajchové (2016). Jako nevýhodu principu partnerství vidí fakt, že svobodné rozhodnutí ještě neznamená moudré či správné rozhodnutí. Navíc zdůrazňují, že pacient má v těchto případech nulovou odpovědnost. Principy prospěšnosti a autonomie jsou jistě složitou etickou otázkou. Jsme si však jisti, že pokud by vztah porodník – žena-rodička byl založen na skutečné důvěře, podpořené vhodnými interpersonálními a komunikačními kompetencemi, tak by tato otázka neměla tak velký rozměr.

Na straně žen-rodíček jsou výstupy jednoznačné, očekávají partnerský a individuální přístup, respekt k jedinečnosti každé z nich a jejímu individuálnímu příběhu. Očekávají, že lékař bude s nimi společně hledat jejich individuální řešení problému nikoli postupovat striktně podle statistik „co říká věda“.

Důležitým tématem na straně žen-rodíček bylo téma podpory a uklidnění. I tady se pohledy porodníků a žen-rodíček rozcházejí. Porodníci ve své věcnosti, nezaujatosti objektivně předkládají svá zjištění, své znalosti a zkušenosti, včetně těch negativních přímo a otevřeně a směřují k vyřešení situace, co nejrychleji také proto, aby se vyhnuli komplikacím, stížnostem a žalobám a neuvědomují si, že tím vzbuzují u žen pocity strachu, bezmoci, viny, selhání a nejistoty. Ženy potřebují čas, aby negativní zprávy zpracovaly, ocenily by podpůrný rozhovor a trochu naděje místo podepisování řady informovaných souhlasů.

Podobně i komunikační kompetence porodníka jsou pro obě skupiny velmi významné. Stejně tak další výzkumy potvrzují pozitivní postoje studentů medicíny, ale i residentů ke komunikačním dovednostem a jejich učení (Loureiro et al., 2015; Molinuevo et al., 2016; Rees & Sheard, 2002, 2004; Vecánová, 2019). Stejně jako u interpersonálních kompetencí, i v této oblasti, se porodníci pohybovali spíše v obecnější rovině, na rozdíl od žen. Proto i v rámci této kompetence lze předpokládat, že znalosti a dovednosti zůstávají zatím spíše v teoretické rovině než praktické. Zájem porodníků se soustředil především na sdělování informací. Oblasti vyhledávání (kladení otázek a poslouchání) a ověřování informací se ve výpovědi porodníků objevovaly ojediněle, což potvrzuje i nedávný výzkum Vecánové (2019). Ženy-rodíčky však měly diferencovanější přístup k této kompetenci. Očekávají **vysvětlení souvislostí**, ani ne těch odborných do detailu, ale praktických „co daná diagnóza pro ni znamená, jaké to má a bude mít dopady, proč

se to děje, co z toho vyplývá“, dále očekávají, že budou vyslechnuty, budou moci diskutovat a hledat s porodníkem vzájemně nejlepší řešení.

## **8.2 Osobnostní charakteristiky porodníka**

Pro popis osobnosti byla vybrána metoda GPOP, kterou mnozí autoři (Bents & Blank, 2009; Cunningham, 2000; Golden, 2005 a mnozí další) podobně jako metodu MBTI<sup>39</sup> považují za víceúčelový nástroj, jehož výsledky napomáhají v mnoha oblastech zaměřených na personální rozvoj osobnosti.

Disertační práce vychází z předpokladu, že osobnostní typ může být jak zdrojem nedorozumění mezi lidmi, tak může velmi pozitivně ovlivnit komunikaci, spolupráci a důvěru ve vztahu lékař – pacient. Je důležité porozumět typu osobnosti a jeho účinkům na komunikaci a budování vztahu mezi lékařem a pacientem, protože to může významně vylepšit péči o pacienta a tím i zefektivnit léčbu. Znat typ osobnosti navíc poskytuje hlubší poznání silných a slabých stránek lékaře a oblastí pro potenciální rozvoj a tím i zefektivnit vzdělávání, které je pak možné přizpůsobit osobnostním preferencím lékařů.

Disertační práce potvrdila některé výsledky dalších především zahraničních studií o tom, že převažující preference lékařů – porodníků je k INTROVERZI (I), SMYSLOVÉMU VNÍMÁNÍ (S) a ORIENTACI NA ROZHODOVÁNÍ (J), převažujícím kognitivním stylem je SYSTEMATICKÝ (ST) a dominujícím osobnostním typem je typ ISTJ. Preference v dimenzi T/F (myšlení/cítění) je nevýrazná (s mírnou preferencí k T), rovněž ve škále A/G (napětí/uvolnění) jsou v tomto vzorku výsledky nevyhraněné s mírnou preference k uvolnění.

Řada studií (Borges & Savickas, 2002; Friedman & Slatt 1988; Jafrani et al., 2017; McCaulley, 1978; Myers & Davis, 1976; Stilwell et al., 2000; Yang et al., 2016) zabývající se kompatibilitou osobnostního typu a výběru specializace potvrzují, že porodnictví a gynekologie přitahují jednotlivce se smyslem pro vnímání (S). McCaulley (1978), Friedman & Slatt (1988) shledali, že studenti medicíny, kteří vstoupili do porodnictví a gynekologie, inklinovali k vyššímu skóre myšlení (STJ), ve studii Jafrani et al (2017) bylo zjištěno mezi gynekology-porodníky více introvertů se smyslem pro vnímání, zatímco škály T/F a J/P byly poměrně vyrovnané. Některé studie (Myers & Davis, 1976) na druhé straně ukazují, že osobnosti porodníků vykazují vyšší extraverci.

---

<sup>39</sup> která u nás nikdy nebyla legálně vydána a standardizována

Nejčastějšími osobnostními typy pro gynekology a porodníky se objevuje ISTJ, ESTJ a ESFP (Jafrani et al., 2017).

Dle výsledků výzkumu v disertační práci lze porodníky v tomto vzorku charakterizovat jako uvážlivé a rezervované, s nižší orientací na druhé, s nižší potřebou spolupracovat. Jsou zaměřeni na fakta, nejraději vychází ze zkušeností a drží se osvědčeného, neradi riskují. Jsou systematictí a plánovití, nemají rádi změny. Preferují rychlé rozhodování a jsou orientovaní na řešení. Dávají přednost objektivnímu pohledu a preferují mít vše pod kontrolou. Mají sklon vyhýbat se konfliktům, v konfliktu mají tendenci se prosadit nebo ustoupit, s nižší potřebou hledat oboustranně výhodná řešení. Mají spíše sklon k předvídání negativních důsledků. Podobné výsledky byly nalezeny ve studii McCrae a Costy (1989), kde studenti medicíny, kteří si vybrali porodnictví a gynekologii, byli charakterizováni jako vysoce svědomití, organizovaní, vytrvalí a orientovaní na úspěch. Charakterizovalo je však nižší skóre v otevřenosti vůči změnám a ochoty přizpůsobit se, nižší soucitnost, důvěryhodnost, kooperativnost a altruismus.

Ve vzorku porodníků v tomto výzkumu altruističtí lékaři (SF) byli zastoupeni v 33 % z celého vzorku, nejčastější altruistický typ byl ISFJ (19 %).

### **8.3 Faktory ovlivňující sociální kompetence porodníka**

V předchozí části byly popisovány a diskutovány otázky týkající se profilu porodníka z hlediska jeho osobnostních preferencí a struktury jeho sociálních kompetencí. Na následujících řádkách bude diskutována otázka „Co ovlivňuje strukturu sociální kompetence lékaře?“. Obě skupiny informantů se shodly, že je to hned několik faktorů (obrázek 13).

#### **8.3.1 Osobnost porodníka**

Disertační práce zkoumala vliv osobnostních preferencí na sociální kompetence u lékařů porodníků. Bylo prokázáno, že existují silné a středně silné (pozitivní a negativní) vztahy mezi jednotlivými škálami obou dotazníků, což napovídá, že na základě některých osobnostních preferencí lze predikovat některé ze sociálních kompetencí. Rovněž zahraniční studie, které srovnávaly vztahy mezi osobnostním profilem (měřeným metodou MBTI, (Myers, 1980) a sociálními kompetencemi (měřenými Bar-On EQ-i; Bar-On, 1997) potvrzují určité vazby.

Sociální orientace signifikantně pozitivně korelovala se škálou Cítění (F) a s kognitivním stylem katalytickým (NF), ukazuje se, že „pocitové“ typy vykazují vyšší



úrovně empatie, sociální odpovědnosti a schopnosti navazovat a udržovat vzájemně prospěšné mezilidské vztahy. Většina zahraničních studií (Dulewicz & Higgs, 1999; Farnsworth et al., 2002; Leary et al., 2009; Torrington, 2001) uvádí, že EI je spojena se silnější preferencí cítění F. Pocitové typy ukazují silnější účinek na EI Interpersonal, což znamená, že vykazují vyšší úrovně empatie, sociální odpovědnosti a schopnosti navazovat a udržovat vzájemně prospěšné mezilidské vztahy. Studie Higgse (2001) a Thompsona (2006) ukazují rovněž na vazbu preference intuice (N) s vyššími úrovněmi emoční inteligence.

Nepotvrdila se však korelace mezi Extraverzí a Sociální orientací, přičemž Barnard, Nel, 2015; Engstrom et al. 2010; Farnsworth et al., 2002; Higgs, 2001; Leary et al., 2009; Thompson, 2006; Torrington 2001 poukazují na významnou a silnou vazbu mezi Extraverzí a téměř všemi subškálami Bar-On EQ-i. Mouchová (2018) poukázala rovněž na silnou korelaci Extraverze měřené NEO-PI-3 a Sociální orientací. Výzkum v této práci poukazuje na to, že Extraverze/Introverze má méně jednoznačný vztah k sociálním kompetencím. S ohledem na velikost vzorku by mělo být toto téma předmětem dalších šetření.

Zajímavým zjištěním tohoto výzkumu je, že typy SF nijak významně nekorelují s žádnou ze sekundárních škál Sociální kompetence a zároveň je u nich patrný středně pozitivní vztah se škálou Napětí. Ve studii Barnarda a Nela<sup>40</sup> (2015) bylo rovněž zjištěno, že typy SF vykazují významně nižší intrapersonální EI a nižší toleranci vůči stresu. Rovněž se jeví jako méně šťastní a optimističtí (EQMood) a mohou mít větší potíže při řešení problémů a zvládání změn na pracovišti (EQ Adaptability), což se i v tomto výzkumu potvrdilo.

Ofenzivita signifikantně pozitivně korelovala s Extraverzí a Uvolněním a kognitivním stylem spekulativním (NT). Ukazuje se, že extrovertní a uvolněný porodník je ochotnější a aktivnější ve vztazích s druhými lidmi, v prosazování vlastních zájmů a hledání oboustranně výhodných řešení. Dílčí silnou pozitivní korelaci vykazuje škála Intuice s Ochotou jít do konfliktu, tyto porodníci jsou rovněž ochotnější se stavět konfliktům čelem. To potvrzují i studie Engstroma (2010) a Barnarda & Nela (2015), kde N v kombinaci s T nebo F ukazují na vyšší intrapersonální kompetenci a sebeovládání (emoční sebeuvědomění, asertivita, nezávislost, sebeúcta a seberealizace).

---

<sup>40</sup> zkoumali vztahy mezi osobnostním profilem (měřeným metodou MBTI, (Myers, 1980) a sociálními kompetencemi (měřenými Bar-On EQ-i; Bar-On, 1997)

Výsledky tohoto výzkumu dále poukazují na to, že sociální kompetence Sebeovládání je spojena s globálními škálami J-P, T-F a A-G. Nejrozvinutější je tato kompetence u typů zaměřených na usuzování (J), rozhodujících se prostřednictvím myšlení (T), kde převažuje uvolněnost. To naznačuje, že organizované, strukturované, racionální a pohodové typy osobnosti mají lepší schopnost racionálně řídit vlastní chování v zátěžových situacích a přizpůsobovat svoje chování.

Na základě všech výše uvedených výsledků lze považovat osobnost za jeden z prediktorů sociálních kompetencí. Vzhledem k osobnostnímu profilu lékaře-porodníka lze očekávat nižší předpoklady pro sociální kompetence. Toto zjištění zároveň ukazuje nutnost věnovat se rozvoji sociálních kompetencí, protože jak ukazují zahraniční studie (Cherry et al. 2012; McKinley, 2014; Taylor et al., 2011; Van der Feltz-Cornelis et al., 2004) sociální kompetence lze rozvíjet, a pokud jsou tyto kompetence systematicky rozvíjeny, zvyšuje se jejich úroveň. Výsledky výzkumu v této práci potvrdily, že sociální kompetentnost narůstá s věkem. Závislost SK na věku potvrdily i další zahraniční studie (Jensen et al., 2008; Satterfield et al., 2009; Stratton et al., 2008; Weng et al., 2008).

Vzhledem k tomu, že porodníci kritizovali úroveň pregraduálního a postgraduálního vzdělávání z hlediska rozvoje sociálních kompetencí lze předpokládat, že sociální kompetence nabývají porodníci díky nahromaděným profesním a osobním zkušenostem. K definitivnímu propojení věku či délky praxe s nárůstem sociálních kompetencí je potřeba další zkoumání.

U zkoumaného vzorku porodníků se neprokázala signifikantní závislost na pohlaví, což je v rozporu s některými zahraničními studiemi, které ukazují na vyšší míru EI a empatie u žen (Austin et al., 2005; Carrothers et al., 2000; Leddy et al., 2011; Mroczek et al., 2016, Roter & Hall, 2002, 2004; Stratton et al., 2008). Autoři zjistili, že u žen-lékařek je častěji pozorováno chování zaměřené na pacienta, ať už jde o spolurozhodování nebo o afektivní chování. Roter & Hall, 2002, 2004 poukazují na opačné vzorce ve studiích v gynekologicko-porodnickém prostředí, kde muži-lékaři více vstupovali do emočně zaměřených rozhovorů a získávali více afektivních informací. Mroczek et al. (2016) potvrzuje nižší asertivitu žen-lékařek, naopak vyšší u mužů.

Skutečnost, že se nepotvrdila závislost na pohlaví, lze připsat tomu, že medicínu, případně i specializaci si vybírají určité typy osobností bez ohledu na pohlaví a také, že obě pohlaví absolvují stejný způsob vzdělávání, který formuje případné rozdíly mezi pohlavími. K definitivnímu propojení pohlaví a struktury sociálních kompetencí je potřeba dalšího zkoumání.

### 8.3.2 Vzdělávání

Ačkoli existuje řada výzkumů, které poukazují na pozitivní vliv sociální kompetentnosti lékaře na zdraví pacienta, ale i spokojenost lékaře (Ptáček et al. 2011), jejich vzdělávání a rozvoji není věnována dostatečná pozornost, jak v rámci formálního, tak informálního vzdělávání, rovněž jim není věnována dostatečná podpora v rámci nemocnic.

Úroveň vzdělávání v sociálních kompetencích byla informanty – porodníky vnímána na velmi nízké úrovni. Ukázalo se, že se úroveň zlepšuje, protože nejhůře byla úroveň vzdělávání hodnocena konsiliáři. Porodníci všeobecně zmiňovali, že se sociálním kompetencím učí „za pochodu“, pokusem a omylem, zpravidla jim chybí vzor, jak při studiu, tak v nemocnicích. Výstupy z této studie jsou podpořeny i závěry dalších autorek, které analyzovaly úroveň vzdělávání sociálních dovedností na lékařských fakultách (Tomová, 2016; Vecánová, 2019).

V rámci vzdělávání mediků a lékařů se vynořují dva problémy, jedním je způsob výuky na lékařských fakultách a v dalším specializačním vzdělávání obecně a druhým je výuka samotných sociálních kompetencí v rámci vzdělávání.

#### ***Způsob výuky na lékařských fakultách***

Jak bylo zmíněno v teoretické části disertační práce, vzdělávání mediků a lékařů ve světě je věnována velká pozornost a je stále více založeno na kompetencích. Stále více se využívá přístupu na studenta zaměřeného učení (SCL), problémového (PBL) či týmového (TBL), jejichž jedním z hlavních předpokladů je, že se výuka má odehrávat v atmosféře spolupráce, nikoli soutěživosti, má být více zaměřena na potřeby studenta a řešení konkrétních problémů prostřednictvím diskuse. Tyto principy se však prosazují při výuce mediků a mladých lékařů velmi pomalu. Informanti popisovali výuku jako frontální s převahou přednášek a memorování naučených faktů bez možnosti diskuse a hledání souvislostí. Rovněž kritizovali přetrvávající autoritativní až autokratický přístup vyučujících, který staví studenty do submisivní a pasivní role, v průběhu studia převažuje soupeření a strach z neúspěchu. Chybí jim možnost diskutovat, pracovat kreativně, individuální přístup, mít možnost konzultanta (tutora), se kterým by bylo možné konzultovat odborná témata a témata související se studiem, také možnost vytvářet si rozvrh dle svých preferencí. Růžičková (2013) ve své diplomové práci zjistila, že 85 % studentů medicíny hodnotí své vyučující negativně, za největší stresor považují zkoušky a testy a největší přínos studia vidí ve znalostech. Dalším výstupem její práce bylo, že

syndrom vyhoření je u studentů medicíny dokonce 2x vyšší než u studentů Pedagogické fakulty. Rovněž zahraniční studie poukazují na vysokou míru stresu a syndromu vyhoření u studentů medicíny (Dahlin et al., 2005; Dyrbye & Shanafelt, 2011; Ludwig et al., 2015; Ross et al., 2006; Singh et al., 2004), která může mít negativní vliv na kognitivní fungování a učení studentů lékařské fakulty (Dahlin et al., 2005). A není to jen vysokoškolské studium, které přináší stres. Vysoká míra stresu pokračuje i během praxe, postgraduálního studia a později i v praktickém životě lékaře a často dosahuje až úrovně vyhoření. Ptáček a Raboch (2013b) zmapovali situaci a úroveň vyhoření u lékařů v České republice. Výzkumu se zúčastnilo 7428 respondentů a ukázalo se, že nejvíce jsou syndromem vyhoření zatíženi mladí svobodní lékaři (muži) čekající na atestaci v některé z chirurgických specializací. Zahraniční studie rovněž potvrzují, že syndromem vyhoření trpí 22 % lékařů v USA, 27 % lékařů ve Velké Británii, 20 % lékařů v Německu a mezi 22 % a 32 % lékařů v Itálii. Některé další studie poukázaly na to, že porodnictví a gynekologie jsou specializace s vysokým výskytem syndromu vyhoření (Prins et al., 2007; Pulcrano et al., 2016; Rodrigues et al., 2018). Domníváme se, že je třeba tuto situaci zohledňovat a nabízet medikům, ale i lékařům možnosti, jak syndromu vyhoření předcházet.

### ***Výuka humanitních předmětů***

Současní autoři (Beran, 1997, 2010; Honzák, 1999; Ptáček & Bartůněk, 2011; Ptáček et al., 2013a) kritizují nevyváženost přírodovědného a humanitního základu medicíny a požadují, aby náplň studia odpovídala více interdisciplinární povaze medicíny. Zaznamenali jsme, že výuce humanitních předmětů na českých lékařských fakultách bylo věnováno nejvíce pozornosti v 90. letech 20. století a v prvním desetiletí 21. století. V tomto období začaly vznikat nároky na rozšíření výuky lékařské psychologie, zavedení praktických cvičení do výuky (vedení rozhovorů, komunikace s různými druhy pacientů, ukázky jednotlivých psychoterapeutických metod a jejich nácvik atd.). Z kvalitativního šetření vyplynula určitá nejednoznačnost v názorech na tyto předměty. Největší problém porodníci vidí v tom, že výuce humanitních předmětů není dávana priorita, i když jsou zařazeny ve výuce, tak spíše ve volitelné podobě, mají nižší počet kreditů a jsou zařazeny v preklinických ročnících, kdy student ještě nemá možnost kontaktu s pacientem, takže není možné si případně získané dovednosti vyzkoušet a ověřit v praxi. Vyskytovali se názory, že medicíni nejsou schopni docenit význam těchto předmětů, protože jsou zahlceni klinickými předměty. Podobné závěry lze najít i u Vecánové (2019).

Co se týče postgraduálního a dalšího vzdělávání lékařů ani tady nebyli porodníci spokojeni. Možnost se vzdělávat hodnotili ještě hůř než v rámci pregraduálního vzdělávání. Porodníci se sociálním kompetencím učí v praxi většinou pokusem omylem, v lepším případě nápodobou od zkušenějších kolegů. Opět vnímají, že těmto otázkám není dávana v rámci nemocnic priorita (musí absolvovat odborné semináře), je malá nabídka a nedostatek času (semináře musí navštěvovat ve svém volném čase).

### **8.4 *Limity studie***

Existuje několik omezení tohoto výzkumu, která je třeba zmínit.

#### ***Vzorek studie***

Zprvé, ne všechny porodnice měly příležitost se tohoto výzkumu zúčastnit. Bylo kontaktováno 60 porodnic a výzkumu se nakonec zúčastnilo pouze 8 porodnic. I když se výzkumu zúčastnily jak velké fakultní porodnice, tak malé okresní, nelze říci, že by vzorek byl reprezentativní. Kvalitativní část výzkumu se uskutečnila pouze v jedné z porodnic. Nelze proto vyloučit, že v jiné porodnici by reakce porodníků nebyly odlišné.

Dalším omezením je malá velikost vzorku. Pro kvalitativní část výzkumu lze považovat vzorek za dostatečný, jak ve skupině porodníků, tak ve skupině žen-rodíček,

protože v obou skupinách bylo postupováno, tak aby bylo dosaženo saturace dat. Jinak je tomu v kvantitativní části výzkumu, kde velikost vzorku nedosáhla reprezentativnosti. Důvodů může být hned několik, jednak velká časová zaneprázdněnost porodníků (výzkum probíhal v době pandemické situace v souvislosti s COVID19), nižší motivace věnovat se psychosociální problematice, nulová finanční kompenzace, některé nemocnice požadovali za vyplnění dotazníků 500,-Kč/osoba).

Malá velikost vzorku neumožnila porovnávat výsledky metody GPOP ve vztahu k věku, pohlaví či pracovního zařazení respondentů. V rámci metody ISK byly výsledky vztahovány k jednotlivým demografickým údajům. S ohledem na malou velikost vzorku by bylo vhodné v budoucnu šetření zopakovat a případně jej rozšířit i na další specializace. Jistě zajímavé by bylo porovnání osobnostních profilů, ale i struktury sociální kompetence mezi specializacemi, jak je to běžné v západním světě. Rovněž by bylo zajímavé při větší velikosti vzorku sledovat rozdíly mezi různými demografickými proměnnými (věk, délka praxe, pohlaví, velikost nemocnice). Dalším rozšířením by mohlo být i porovnání osobnostních profilů a struktury kompetence mezi studenty medicíny a lékaři a sledovat, zda a jak se mění jednotlivé sociální kompetence.

### ***Způsob výběru vzorku***

Za další omezení považujeme i způsob výběru vzorku. Do výzkumu se zapojili respondenti na základě samovýběru, proto lze očekávat jejich vyšší motivaci a zájem o sociální kompetence. Způsob výběru byl nenáhodný – porodníci i ženy-rodičky se výzkumu zúčastnili na základě přímého oslovení (nebo doporučení svých kolegů). Je také potřeba zdůraznit, že informanti byli ochotni věnovat výzkumu poměrně dlouhý čas – vyplnění dotazníků trvalo cca 50 minut, fokusní skupiny 90 minut, rozhovory s ženami cca 60 minut, je tedy zřejmý jejich větší zájem o tuto problematiku a ochota vyhovět, zvláště u porodníků, což samo o sobě může znamenat vyšší prosociálnost. Vzorek také není genderově vyrovnaný, jsou v něm více zastoupeny ženy, ale z hlediska výsledků se neprokázaly statisticky významné rozdíly mezi pohlavími.

Validita v kvalitativní části byla naopak posílena tím, že do výzkumu byly zařazovány informanti na základě extrémních případů (u žen – rodiček: ženy s komplikovaným průběhem porodu, naopak ženy s fyziologickým průběhem porodu a ženy s psychosociální indikací k SC; u porodníků – různé věkové skupiny, různé pohlaví i délka praxe).

## ***Výběr metod***

V kvalitativní části výzkumu byly použity metody Focus Group a semistrukturované rozhovory, které přinesly velké množství detailních názorů, zkušeností, ale i postojů a byly vhodným nástrojem pro získání pohledu na sociální kompetence z obou stran (poskytovatel a příjemce péče) a zároveň na základě těchto dat bylo možné stanovit hypotézy pro kvantitativní část výzkumu. Bylo možné dělat i semistrukturované rozhovory s porodníky nebo naopak fokusní skupiny s rodičkami, ale vybraná varianta byla shledána jako organizačně a prakticky nejvhodnější. Rovněž mohlo být využito kvantitativního způsobu sběru dat, ale to bychom nezískali tak bohatý materiál a nebyl by naplněn cíl detailně prozkoumat vnímání sociálních kompetencí z pohledu porodníka a z pohledu rodičky. Do budoucna by bylo vhodné ověřit si výstupy kvalitativního šetření dotazníkem, který by ověřoval získaná data na větším vzorku respondentů, jak porodníků, tak žen-rodiček. Tím by se zajistila větší reprezentativnost získaných dat, bylo by možné zjistit například rozdíly mezi specializacemi nebo na základě dalších demografických ukazatelů.

V kvantitativní části byly použity sebeposuzovací dotazníky, které oproti jiným psychodiagnostickým metodám mohou vykazovat vyšší míru sociální desirability. Předpokládáme, že byly vytvořeny takové podmínky, aby respondenti neměli důvod se jevit sociálně žádoucím způsobem. Přesto s jistou mírou zkreslení, která může snižovat validitu získaných dat, je třeba počítat, ale lze to v tomto případě považovat za málo významné. Všichni respondenti vyplňovali osobnostní dotazníky dobrovolně, anonymně a byli informováni o účelu testování.

Sebeposuzovací dotazníky nic neříkají o skutečném chování – kompetenci porodníka, za tímto účelem by bylo vhodné porovnat výsledky dotazníku s nějakou jinou metodou nebo hodnotícím nástrojem, například pozorovat chování porodníků v přirozeném či uměle vytvořeném prostředí nebo zjišťovat spokojenost s chováním porodníka například prostřednictvím 360<sup>0</sup> zpětné vazby.

## ***Osoba výzkumníka***

Určitá zkreslení v rámci kvalitativní části práce, která mohla snížit validitu, byla dána přítomností výzkumníka. Účastníci výzkumníka předem znali, mohla se tedy u nich projevit snaha o pozitivní sebe prezentaci, která, jak bylo zjištěno výzkumem, je u porodníků poměrně vysoká. Určitá míra zkreslení mohla vzniknout i na straně výzkumníka, který je „zasvěcenec“, tedy setkává se s informanty i v rámci jiných než

výzkumných aktivit, tedy může mu chybět odstup od zkoumané reality, což bylo eliminováno tím, že výzkumník diskusi pouze moderoval a žádným způsobem nevstupoval do diskuse a otázky do fokusních skupin a rozhovorů konzultoval se školitelem, aby nedošlo ke zkreslení díky tomu, že výzkumníkovi chybí odstup či některé okolnosti již nemusí být schopni vnímat, protože je považuje za samozřejmé.

### ***Komparace s výzkumy***

V České republice je velmi málo výzkumů věnovaných tématu osobnosti lékaře a jeho sociálním kompetencím, proto byly výsledky výzkumu disertační práce převážně porovnávány s výzkumy v západních zemích. Otázkou zůstává, do jaké míry lze tyto výzkumy srovnávat. Jednak z důvodu odlišné historie, kulturních zvyklostí a specifiky mentality českých lékařů a pacientů, ale také z důvodu použití různých nástrojů měření, které nelze stoprocentně srovnat. Bylo by vhodné, aby se v České republice problematice sociálních kompetencí věnovala větší pozornost, což na druhou stranu naráží na neochotu a nedostatek času lékařů se této problematice věnovat.

Při interpretaci výsledků výzkumu je třeba zohledňovat tato omezení, získaná data lze považovat pouze za orientační, validita těchto dat je samozřejmě omezená. Přesto považujeme toto výzkumné šetření za důležité, protože takových šetření zaměřených na osobnostní a sociální kompetence lékaře-porodníka je v České republice malé množství, ačkoli je to téma aktuální a významné. Je možné toto šetření považovat za určitý předvýzkum, který vytváří prostor pro další zkoumání v této oblasti.

Výzkum v disertační práci také naznačuje další možná zkoumání. Bylo by vhodné zaměřit se na sociální kompetence lékařů obecně. V zahraničí jsou běžné studie, které poukazují na rozdíly v emoční inteligenci mezi jednotlivými specializacemi, a na základě toho je navrhováno individualizované vzdělávání. Při větším vzorku zjišťovat do jaké míry souvisí sociální kompetence s dalšími proměnnými jako je věk, pohlaví, délka praxe, typ pracoviště. V případě tohoto výzkumu se jednalo o průřezovou studii, ale bylo by jistě zajímavé provést longitudinální studii, kde by bylo možné sledovat vývoj sociálních kompetencí s ohledem na konkrétní intervence (sebezkušenostní výcviky, tréninky komunikačních dovedností, přítomnost kouče na pracovištích apod.). Považujeme tuto oblast s velkým potenciálem pro zkoumání a zároveň s velkou celospolečenskou prioritou.



## **8.5 Náměty pro rozvoj sociálních kompetencí lékaře-porodníka**

Pokud považujeme za významné rozvíjet na úrovni lékař – pacient péči zaměřenou na člověka (lékaře i pacienta) a výsledky tohoto výzkumu potvrdili, že na straně porodníků i žen-rodíček tato očekávání jsou, pak je nezbytné, aby porodníci byli v tomto přístupu vzdělávání a trénování. Rovněž je významné, aby vzdělávání a jeho metody odpovídaly, jak rozvojovým potřebám, tak osobnostním preferencím porodníků.

Na základě podnětů ze strany porodníků a na základě jejich osobnostních preferencí byly vytipovány následující pravidla pro vedení kurzů, která odpovídají jejich potřebám (podrobněji příloha 5).

**V pregraduální přípravě lékařů** doporučujeme vedle klasické frontální výuky zavedení výuky v malých skupinkách. Studentům bude vyhovovat, pokud se budou moci s tématem předem seznámit, následně jej v malých skupinkách zkoumat a diskutovat. Preferují objektivní, faktické, měřitelné a doložitelné argumenty, analytické a induktivní metody poznávání, logickou a přehlednou strukturu předkládaného tématu, oceňují praktické, dobře využitelné a užitečné poznatky a návody. Při zjišťování znalostí preferují vědomostní testy (rádi se učí nazpaměť a preferují měřitelnou zpětnou vazbu).

Vzhledem k tomu, že údaje kvalitativní a subjektivní podoby je stresují, je třeba od začátku studia rozvíjet tuto oblast prostřednictvím sebezkušenostních cvičení a učení zaměřeného na prožitek (signifikantní učení). Je vhodné, ale respektovat jejich osobnostní vlastnosti čili vytvářet malé skupinky, dbát na bezpečné a stabilní prostředí, kde by bylo možné se věnovat postupně i osobnějším tématům, včetně emocí, poskytovat realistickou, avšak citlivou zpětnou vazbu, učit pluralitě názorů, nejen ve smyslu „správné – špatné“. V malých skupinkách učit výhodám týmové práce, umožňovat reflexi a sebereflexi, podporovat vyjadřování vlastních názorů bez hodnocení, podporovat kreativitu a asertivitu. Důležité je, aby studenti věděli, proč se určité situace (cvičení, hry, modelové situace) účastní, je třeba zarámovat konkrétní techniku do celku, jak jim pomůže v jejich praxi, vést je k sdílení jejich vlastních prožitků a hledání různých možností, jak situaci řešit.

**V postgraduální přípravě lékařů** je pak třeba klást ještě větší důraz na individualizované vzdělávání dle konkrétních potřeb a osobnostních preferencí lékaře. Vzdělávání by se mělo soustředit přímo na pracoviště, na konkrétní problematiku, konkrétního lékaře a konkrétního pacienta. Porodníci z tohoto vzorku preferují trénink modelových situacích přímo z jejich prostředí, kde by si mohli vyzkoušet, jak komunikovat či řešit různorodé situace a získat zpětnou vazbu k jejich postupu. Vhodnou

alternativou by byl i nemocniční intervent (kouč, tutor, mentor), který by s porodníky řešil jejich kasuistiky, a který by také poskytoval zpětnou vazbu. Zpětné vazby se porodníci na jedné straně bojí, na druhé straně je pro ně užitečná. Důležité je však se ji naučit poskytovat nehodnotícím způsobem.

**Učitel (lektor)** by měl mít praktické znalosti a zkušenosti z lékařského prostředí (znalost problematiky, pacientů apod.), aby byl schopen aplikace do jejich konkrétního prostředí. Porodníci neočekávají teoretické poznatky, ale konkrétní návody, aplikovatelné do jejich každodenní praxe („co funguje“). Učitel (lektor) by měl být také člověk se znalostí psychologie, komunikace, aby mohl být vzorem pro mediky/lékaře („jak se to dělá“), zároveň schopný přesně, věcně se vyjadřovat, mít „tah na bránu“, umět vést diskusi a dodržovat uplatňování pravidel. Měl by být lidsky férový a předvídatelný, schopný citlivé realistické nehodnotící zpětné vazby. Měl by vytvářet prostředí pro otevřenost, spolupráci, partnerství a pozitivní ladění.

Od informantů dále vyplynula důležitost **kvalitní organizace** – pravidelné, systematické vzdělávání, kde bude dodržována struktura a plán. Vzdělávání bude mít jasné měřitelné výstupy.

Jak bylo zmíněno v teoretické části, a potvrzeno v empirické části považujeme za nezbytné v rámci na studenta zaměřeného vzdělávání, aby studenti medicíny a lékaři se mohli rozvíjet a) v rámci sebezkušenostních výcviků, b) v co největší míře rozvíjet signifikantní učení a c) mít možnost trénovat komunikační dovednosti.

### **1) sebezkušenostní výcvik (encounterové skupiny)**

Navrhujeme, aby sebezkušenostní výcvik mohli studenti absolvovat ideálně v prvních třech preklinických ročnících studia medicíny, protože právě tehdy se zcela zásadně formuje osobnost lékaře a jeho budoucí postoje a přístup k pacientům. Rogers (2014) zdůrazňuje, že studijní komunitu, která je založena na hodnotách, jako je vzájemný respekt a osobní růst, lze budovat pouze nedirektivně (bez použití moci). Pokud chceme, aby si studenti osvojili vzájemnou interakci, týmovou spolupráci a rozvíjeli mimo kognitivního také signifikantní učení je třeba do studia (v rámci semestrů) začlenit encounterové skupiny. Encounterové skupiny nabízejí vztahově stabilní, vřelé a akceptující prostředí, které vytváří prostor k sebezkušenosti a celkové změně životního stylu. Postupně se buduje důvěra, která umožňuje účastníkům časem odložit společenské masky

a otevřeně a pravdivě projevovat svoje emoce a postoje – souhlas, kritiku, radost, podráždění, náklonnost, smutek... Smyslem encounterové skupiny je práce na sobě, odhalení vlastních skrytých mechanismů vnímání, uvažování, prožívání a rozhodování. Umožňují tak lepší sebepoznání a sebereflexi, která je důležitá pro budoucí profesní roli lékaře a také je předpokladem pro vnímání a porozumění druhým.

Této problematice se ve svých předmětech výuky na vysokých školách v Rakousku a v České republice podrobně věnují Motschnigová a Nykl (2011, 2014) a ve shodě s Rogersem zdůrazňují, že důsledně uplatněný přístup zaměřený na člověka je pro vysokoškolské studenty zcela novou, neobvyklou a dle jejich vlastních slov často nejdůležitější zkušeností během celého studia. A to pro studenty úspěšné i pro ty, kteří váhají, co si s poskytnutou svobodou počít.

Vosečková & Hrstka (2010, s. 169) ve svém projektu na Fakultě vojenského zdravotnictví na Univerzitě obrany v Hradci Králové úspěšně aplikovali PCA do výuky psychologie zdraví pro lékaře, zdravotní sestry, vojenský zdravotnický management a záchranáře. Autoři citují výzkumy (Baxter & Gray, 2001; Estes, 2004 cit. Vosečkovou, Hrstkou, 2010), které poukazují na skutečnost, že studenti učitelů, kteří vykazovali vysokou úroveň empatie a kongruence, dosahovali lepších výsledků ve studiu, vykazovali kladné sebepojetí, byli schopni iniciovat nezávislou činnost, vykazovali vyspělejší postupy při řešení problémů, měli méně absencí apod. Studijní skupiny vykazovaly oproti klasickým třídám nárůst osobnostní adaptace, iniciativního učení se mimo předepsané osnovy, tvořivosti a zodpovědnosti i osobnostní zralosti.

Dále zdůrazňují význam mentálně hygienický a psychoterapeutický, zvláště u studentů prvních ročníků, kteří kromě adaptace na vysokou školu řeší řadu specifických vývojových úkolů a potřebují lidskou blízkost a oporu (autentický vztah).

Význam těchto skupin vidíme i ve snížení stresu a prevenci syndromu vyhoření, který je mezi mediky velký.

Ke změně dochází dle autorů současně na úrovni psychické i tělesné:

- uvolnění existujících osobnostních kapacit člověka, vhléd umožňující korekci a tvorbu reálného sebeobrazu, autentický vztah k sobě a svému okolí, utváření reálného obrazu o možnostech vlastního seberozvoje získání dovednosti konstruktivně řešit interpersonální a skupinové konflikty;

- porozumění skupinovým procesům, skupinové dynamice a získání dovedností účinně do nich zasahovat, optimalizace vlastního organizačního chování a pracovní,

eventuálně výchovné aktivity, rozvoj základních sociálně-psychologických dovedností nezbytných pro optimální výkon profese;

- zformování kladného postoje k psychickému zdraví, možnostem jeho uchování a rozvoje, motivace k jeho dodržování, zdraví podporující životní styl (Vosečková & Hrstka, 2010, s. 169).

Pozitivní zkušenosti s využitím seberozvojových skupin jako nástroje redukce stresu u mediků popisuje ve své diplomové práci i Horníčková (2019). Analýza jejích dat ukázala, že seberozvojová skupina má pozitivní vliv na vnímanou reaktivitu na stres a všímavost mediků.

## **2) Signifikantní učení (zkušenostní, prožitkové učení, zážitkové učení)**

V rámci výuky humanitních předmětů na lékařských fakultách by mělo dominovat zážitkové učení, protože takové učení zahrnuje nejen kognitivní složku, ale také emocionální, umožňuje získávat nejen znalosti, ale také rozvíjet postoje a hodnoty a tím formovat chování. Rogers ho staví do protikladu ke „kognitivnímu učení“ – učení mechanickými asociacemi – a charakterizuje jej takto:

1. Týká se celé osobnosti; jak její kognitivní, tak citové složky, které se účastní učení.
2. Iniciativa je na straně učícího se subjektu.
3. Konstruktivně formuje osobnost, mění její postoje a hodnoty.
4. Hodnocení přísluší učícímu se, jenom on může posoudit jeho cenu pro něj samotného.
5. Podstatná je smysluplnost pro toho, kdo se učí, která prostupuje veškerou zkušenost. (cit. Průchou et al., 2001).

Tento druh učení se tedy týká celé osobnosti, umožňuje rozvíjet znalosti, dovednosti a osobní dispozice z přímé zkušenosti. Student je aktivní a sám konstruuje poznatky. Učení vychází z důsledků vlastního jednání, hledání netradičních řešení a společné překonávání úkolů a výzev. Předností zážitkového vzdělávání je rozvíjení tvůrčích postupů, aktivní jednání, lepší vytváření neformálních vztahů, a především intenzivní učení z prožitků namísto pouhého shromažďování informací. Důležitým předpokladem přenosu do praxe je proces reflexe získaných prožitků a zkušeností.

V programech založených na zážitkovém vzdělávání jsou nejprve účastníci postaveni před úkol, který zdánlivě nesouvisí s pracovní činností. Při řešení předloženého úkolu se však často projeví obdobné chování nebo stereotypní postupy jako při pracovní činnosti, které mohou účastníci při zpětné vazbě odhalit a dále s ním pracovat. Aktivita umožňuje účastníkům vystoupit ze své komfortní zóny (fyzicky, emocionálně, intelektuálně, duševně) a dosáhnout tak netušených výsledků. Podle Kolbova modelu probíhá učení zážitkem ve čtyřech důležitých krocích:

1. Zážitek získaný při řešení úkolu (aktivity).
2. Reflexe - zpětné ohlédnutí, ve kterém dojde k sumarizaci a zhodnocení jednotlivých kroků při řešení.
3. Zobecnění získaných poznatků a tvorba konceptu.
4. Aktivní experiment na základě vytvořeného konceptu.

Důležitou součástí zážitkového vzdělávání je zpětná vazba, která cíleně využívá principů zkušenostního učení v návaznosti na prožité aktivity. Lektor jako facilitátor vytváří prostor pro sdílení pocitů a otevřenou diskusi, která směřuje ke skutečnému pochopení příčin a následků problémových situací, a využívá takové teoretické nástroje, které tento proces vedou k žádoucímu cíli.

V takovém prostředí může student zkoušet, nebát se dělat chyby, hledat možnosti, uvědomovat si, že neexistuje pouze jedno správné řešení.

### **3) Trénink komunikačních technik**

Řada výzkumných studií poukázala na to, že komunikační dovednosti mohou být naučeny a jejich trénování vede ke zlepšení komunikace lékaře s pacientem, zvláště u těch mediků či lékařů, kteří před tréninkem komunikovali hůře (Aspergren, 1999; Shapiro et al. 2009; Tomová, 2016); studie dále potvrdily efektivitu dlouhodobějších tréninků, které mají dlouhodobý efekt (Fallowfield et al., 2003; Haskard et al., 2008) před krátkodobými (např. jednodenními), kdy jsou dovednosti zapomenuty, pokud nejsou udržovány. Také poukazují na to, že trénink během klinické fáze studia je pravděpodobně přínosnější než v preklinické (Aspergren, 1999; Sanson-Fisher & Cockburn, 1997).

Dobrý tréninkový program komunikačních dovedností by měl být dlouhodobý, systematický, měl by vycházet z potřeb mediků (v návaznosti na praxi, na reálné prostředí práce s pacienty) a měl by využívat co nejvíce příležitostí k demonstraci, diskusi, reflexi

a zpětné vazbě. Mnohé studie se shodují, že interakční výukové metody doplněné zpětnou vazbou jsou efektivnější, protože pomáhají při posilování silných stránek a identifikaci slabých stránek v rámci jednotlivých komunikačních dovedností (Evans et al., 1989, 1991; Rees et al., 2002, 2004). Někteří studenti však kritizují rozhovory o hraní rolí za to, že jsou umělé a nepřirozené, místo toho dávají přednost praxi se skutečnými pacienty (Rees & Sheard., 2004). Považujeme tyto metody za užitečné, protože napomáhají lepšímu porozumění tématu (teoretický rámec), rozvoji sociálních dovedností (praktický rámec), ale také lepšímu sebepoznání a sebehodnocení (osobnostní rámec).

Za významné považujeme hraní rolí a poskytování zpětné vazby prostřednictvím video nahrávky. Hraní rolí umožňuje studentům v bezpečném prostředí školní výuky napodobovat skutečnou situaci, řešit problémy a osvojovat si tak strategie využitelné pro běžný život. Velkou výhodou je to, že student řeší situaci v určité roli, nemusí vystupovat tedy sám za sebe. Hraní rolí napomáhá studentům vcítit se do dané situace, kterou pak mohou pochopit z více hledisek. Nevýhodou může být, že student v roli pacienta nemusí umět roli dobře sehrát, může mít sklon situaci zjednodušit či naopak záměrně ztížit. Při analýze videonahrávky může student vidět svoje vystupování (verbální i neverbální projevy), čímž je umožněna lepší zpětná vazba a učení sebe sama.

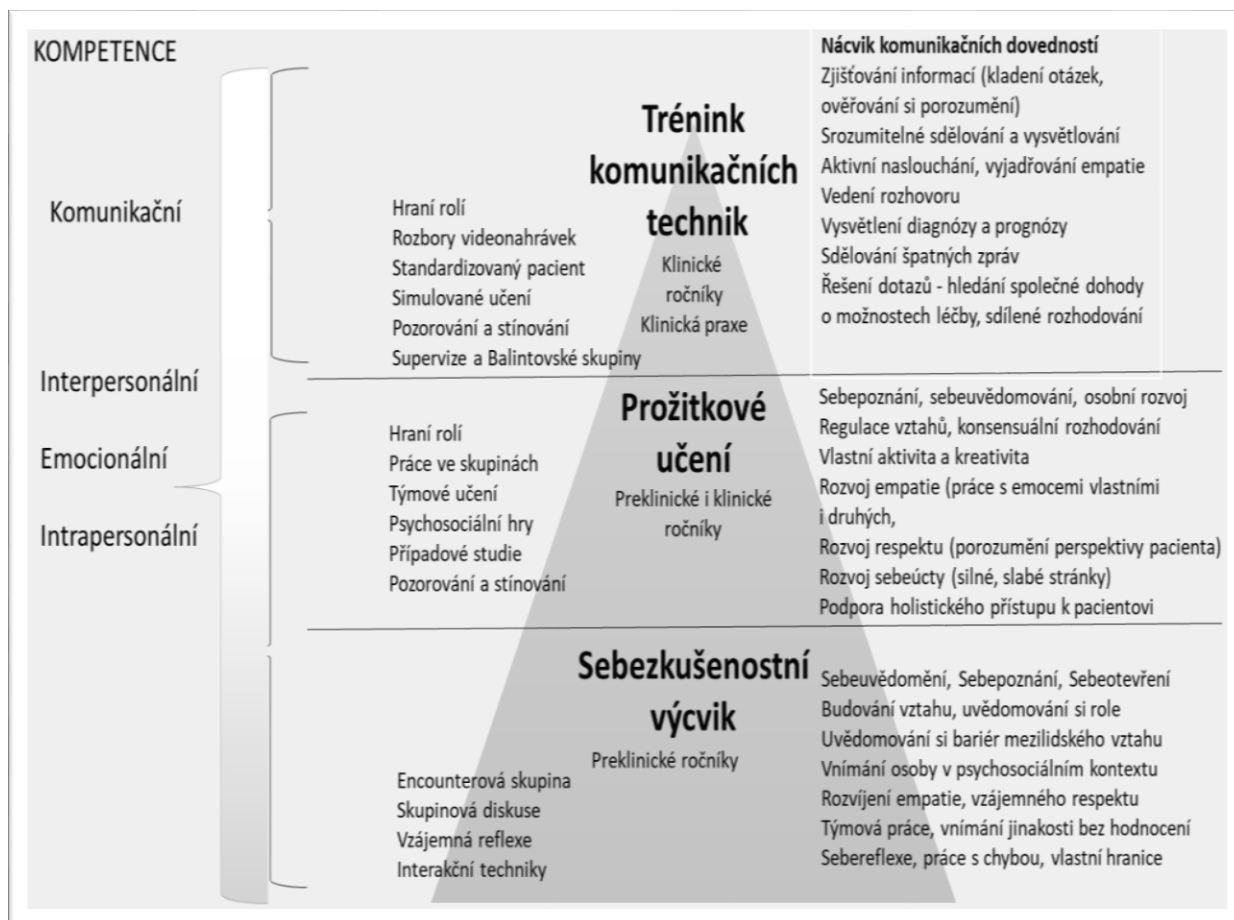
Jsme přesvědčení, že uváděné techniky a způsoby práce mohou být přínosem nejen pro rozvoj tolik potřebných sociálních a osobnostních kompetencí mediků a lékařů, ale budou také účinným nástrojem pro prevenci a zvládnání stresu a syndromu vyhoření, které jsou v lékařské profesi velmi častým jevem. I zahraniční studie (Rodrigues et al. 2018; Wiederhold et al., 2018) potvrzují, že nácvik interpersonálních a intrapersonálních dovedností a další terapeutické nástroje by měly být rozvíjeny nejen na individuální úrovni, ale také na institucionální (v rámci fakult i nemocnic). A také, že nové generace lékařů by měly začít s tréninkem těchto kompetencí na začátku kariéry, nejlépe na začátku studia, aby si vytvořily kvalitní základ pro zvládnání budoucích náročných inter a intrapersonálních situací.

K zamyšlení je rovněž otázka využití supervize v rámci nemocnic. Supervize jsou považované za jeden z efektivních nástrojů pro zkvalitňování sociálních a osobnostních kompetencí a jako účinný nástroj v prevenci emoční zátěže a syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích. Ve zdravotnictví, zvláště pak mezi lékaři není takřka vůbec praktikována. Možností, proč tomu tak je, vedle stále zdůrazňovaného nedostatku času, mohou být i jejich osobnostní preference, ze kterých vyplývá nižší ochota pro práci ve skupinách, nižší neochota sdílet osobnější témata, nízká motivace k subjektivním

tématům, obava z chyby a potřeba zachovat pozitivní sebeobraz. Lze předpokládat, že pokud by lékaři měli možnost už v průběhu studia získávat prospěch ze skupinové práce a z poskytování zpětné vazby, byli by i v budoucnu otevření těmto účinným technikám. Obrázek 15 shrnuje možnosti rozvoje sociálních kompetencí v rámci studia i praxe.

### Obrázek 15

*Možnosti rozvoje sociálních kompetencí v rámci studia i praxe*



Zdroj: vlastní zpracování

## **8.6 Další přínosy pro praxi**

Tato práce vedla k zamyšlení se i nad dalšími tématy. Vzhledem k tomu, že se české zdravotnictví potýká s odlivem kvalitních lékařů, považujeme za přínosné, pokud by se i ve zdravotnictví daleko více uplatňoval model řízení podle kompetencí. Kompetenční model považujeme za efektivní nástroj k výběru, ale i udržení si motivovaných, odborně a sociálně zdatných lékařů, kterým je prostřednictvím tohoto nástroje vytvořena příležitost pro rozvoj vysoce individualizovaných vzdělávacích potřeb. V tomto výzkumu ze strany porodníků mnohokrát zaznělo, že sociálním kompetencím není věnována priorita nejen v průběhu studia, ale ani v rámci nemocnic, rovněž systém zdravotních pojišťoven a legislativa nepodporuje holistický přístup k pacientům. Pro nemocnice je méně ekonomicky efektivní uplatňování sociálních kompetencí, personální činnosti nejsou vázány na kompetence, nejsou vhodné prostory. Otázky nákladů se ukazují jako významná součást každodenní praxe, a proto mohou velmi výrazně zasahovat do rozvoje a uplatňování sociálních kompetencí v rámci nemocnic.

Ukázalo se, že příležitost k rozvoji sociálních kompetencí pak záleží na konkrétním řediteli, primáři, jak moc jsou tyto kompetence důležité pro něj a jak jejich používání prosazuje v rámci porodnice či porodnického oddělení. Je důležité, aby sociální kompetence se staly součástí hodnotícího systému na základě, kterého budou nastaveny vzdělávací cíle, které budou pravidelně vyhodnocovány. Jedině v případě, že bude sociálním kompetencím dána priorita, pak je možné je rozvíjet na úrovni každého lékaře.

V rámci porodnic a porodnických oddělení by bylo také dobré se zaměřit na posilování spolupráce a vzájemné komunikace. S ohledem na zjištění výzkumu, že porodníci jsou ve větší míře introverti, kteří neupřednostňují verbální komunikaci a raději pracují samostatně, je třeba rozvoji spolupráce věnovat pozornost. Dále bylo zjištěno, že velká část porodníků inklinuje k přímému, otevřenému až kritickému sdělování bez ohledu na to, jaký dopad jejich sdělení bude mít pro druhou stranu, což je další oblast, která nepomáhá příliš týmové práci a už vůbec ne ochotě otevřeně sdělovat svoje názory a hledat různé možnosti a nápady pro řešení situace. Tuto oblast považujeme rovněž za rizikovou pro rozvíjení sociálních kompetencí porodníků a měla by jí být věnována pozornost.

Tento výzkum odhaluje potenciální sílu, hodnotu a význam práce se sociálními kompetencemi nejenom na úrovni konkrétního lékaře, na úrovni pregraduálního a



postgraduálního lékařského vzdělávání, ale i na úrovni nemocnic a dalších dotčených organizací, které mohou (ne) poskytnout podmínky pro uplatňování a rozvoj sociálních kompetencí porodníka. Z této práce může vycházet mnoho dalších výzkumů.

## Závěr

Disertační práce se zabývala analýzou osobnostních a sociálních kompetencí lékařů-porodníků. Analýza byla zaměřena na strukturu sociální kompetence porodníků, její jednotlivé složky a jejich vazbu k osobnostním vlastnostem. Teoretická část nabídla přehled teoretických přístupů k sociální kompetenci, přičemž sociální kompetence je v této disertační práci vymezena jako potenciál a zároveň pozorovatelné chování, ve kterém se tento potenciál uplatňuje. Sociální kompetence je zasazena do kontextu zdravotnického prostředí, konkrétně do vztahu lékař/porodník – žena/rodička, kde je uplatnění sociálních kompetencí velmi důležité, protože pozitivně či negativně ovlivňuje spokojenost v životě nejen ženy, ale i jejího dítěte a celé rodiny.

V západním světě se definování a rozvoji sociálních kompetencí věnují různé výzkumy, organizace a školy. Modely sociálních kompetencí a vzdělávání dle kompetencí jsou součástí medicínského vzdělávání. V Českých zemích je humanitní vzdělávání lékařů redukováno na rozvoj komunikačních dovedností, a to navíc spíše na teoretické úrovni.

Závěry z kvalitativní části výzkumu ukazují, že sociální kompetence a jejich rozvíjení je důležitým požadavkem, jak porodníků samotných, tak žen-rodiček a jsou v souladu s trendy vyspělých zemí. Na straně žen-rodiček jsou jednoznačné požadavky na partnerství s lékařem, zaměření na „člověka a jeho subjektivitu“, na empatii ve smyslu vidět problematiku z pohledu pacientky, být přítomný a hledat možnosti, komunikační otevřenost, větší ochotu sdíleného rozhodování a hledání oboustranně výhodných řešení, umění uklidnit a podpořit. Realita mezi porodníky však ukazuje na jejich nejistotu a neznalost při projevování sociálně kompetentního chování, cítí se bezpečněji v paternalistickém vztahu s převahou biomedicínského pohledu, s rychlým řešením, převažujícím jednosměrným předáváním informací, s vyhýbavým či konfrontačním stylem řešení konfliktů.

Závěry z kvantitativní části výzkumu naznačují, že osobnost lze považovat za jeden z prediktorů sociálních kompetencí. Vzhledem k osobnostnímu profilu lékaře-porodníka lze očekávat nižší předpoklady pro sociální kompetence, proto je třeba plánovat individualizované vzdělávání na úrovni pregraduální i postgraduální, které bude vycházet, jak z potřeb pacientů, tak z potřeb, ale i osobnostních preferencí lékařů. Tyto poznatky jsou výrazně chybějícím, avšak žádoucím článkem procesu tvorby kurikula

medicínského vzdělávání, které opomíjí celou řadu faktorů, které jsou rozhodující pro další formování humánního pojetí medicíny.

## 9 Seznam použité literatury

- Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2001). *ACGME Outcome Project*. <http://www.acgme.org>
- Ahmad, F., Hudak, P. L., Bercovitz, K., Hollenberg, E., & Levinson, W. (2006). Are Physicians Ready for Patients With Internet-Based Health Information? *Journal of Medical Internet Research*, 8(3), e22. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.3.e22>
- Aggarwal, R., & Darzi, A. (2006). Technical-skills training in the 21st century. *The New England Journal of Medicine*, 355(25), 2695–2696.
- Albanese, M. A., Mejicano, G., Mullan, P., Kokotailo, P., & Gruppen, L. (2008). Defining characteristics of educational competencies. *Medical Education*, 42(3), 248–255.
- Allen, P., Lauchner, K., Biridges, R. A., Francis-Johnson, P., McBride, S. G., & Olivarez, A. (2008). Evaluating continuing competency: A challenge for nursing. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39, 81–85.
- Anderson, S., & Messick, S. (1974). Social competency in young children. *Developmental Psychology*, 10(2), 282–293.
- Anderson, J. G., Rainey, M. R., & Eysenbach, G. (2003). The impact of CyberHealthcare on the physician-patient relationship. *Journal of Medical Systems*, 27(1), 67–84. <https://doi.org/10.1023/a:1021061229743>
- Arghode, V. (2013). Emotional and social intelligence competence: Implications for instruction. *International Journal of Pedagogies & Learning*, 8(2), 66–77.
- Argyle, M. (1967). *Psychology of interpersonal behavior*. Penguin Books.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 353–373). Russell Sage Foundation.
- Armstrong, M. (2002). *Řízení lidských zdrojů*. Grada.
- Armstrong, M. (2015). *Řízení lidských zdrojů: Moderní pojetí a postupy*. Grada.
- Aspegren K. (1999). Teaching and learning communication skills in medicine—a review with quality grading of articles. *Medical Teacher*, 21(6), 563–570.
- Aspegren, K., & Lønberg-Madsen, P. (2005). Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Medical Teacher*, 27(6), 539–543. <https://doi.org/10.1080/01421590500136501>
- Austin, E. J., Saklofske, D. H., & Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, 547–558.
- Awasthi, S., & Yadav, K. K. (2015). Assessment of the acceptance and effectiveness of peer-assisted learning in pediatrics. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, 5(4), 3–6.

- Bailham, D., & Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. In L. Takacs & J. Seidlerová (Eds.), *Psychosociální klima porodnice očima rodiček I. Výsledky celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček* (p. 2). Česká gynekologie, 2013, 78(2).
- Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. International Universities Press.
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centred medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269–276.
- Balint, M. (1999). *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Grada.
- Balint, E., Courtenay, M., Elder, A., Hull, S., & Julian, P. (1993). *The doctor, the patient and the group: Balint revisited*. Routledge.
- Bar, D. A. (2017). Gender Differences in Medicine-From Medical School to Medicare. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(6), 855–857.
- Barnard, A., & Nel, E. (2015). Personality type: optimizing the development of emotional intelligence. *Problems and Perspectives in Management*, 13(4), 115–123.
- Bar-On, R. (1997). *Bar-On Emotional Quotient Inventory: Technical Manual*. Multi-Health Systems.
- Bartoňková, H. (2010). *Firemní vzdělávání*. Grada.
- Bauman, A. E., Fardy, H. J., & Harris, P. G. (2003). Getting it right: why bother with patient-centred care? *The Medical Journal of Australia*, 179(5), 253–256.
- Bayer, M., Ditton, H., & Wohlkinger, F. (2012). Konzeption und Messung sozialer Kompetenz im Nationalen Bildungspanel. *NEPS Working Paper*, 8, 1–19.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.
- Beckman, H., & Frankel, R. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Int Med*, 101, 692–696.
- Beelmann, A., Pfungsten, U., & Lösel, F. (1994). Effects of training social competence in children: A meta-analysis of recent evaluation studies. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(3), 260–271. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2303\\_4](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2303_4)
- Belz, H., & Siegrist, M. (2001). *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: východiska, metody, cvičení a hry*. Portál.
- Ben-Sira, Z. (1980). Affective and Instrumental Components in the Physician-Patient Relationship: An Additional Dimension of Interaction Theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 170–180.
- Benbassat et al. (1998). Patients preferences for participation in clinical decision making: A review of published surveys. In A. C. Greiner & E. Knebel (Eds.), *Health Professions Education: a Bridge to Quality*. National Academies Press.
- Benbassat, J. (2013). Undesirable features of the medical learning environment: a narrative review of the literature. *Advance in Health Science Education: Theory to Practice*, 18(3), 527–536. <https://doi.org/10.1007/s10459-012-9389-5>.

- Bendová, M., Janáčková, L., & Světlák, M. (2006, 28. února). *Výuka Lékařské psychologie na LF MU V Brně*. VI. symposium lékařských fakult v České republice, Praha, Česká republika.
- Bendová, M., & Bouček, J. (2007, 7. února). *Perspektivy výuky Lékařské psychologie na LF MU v Brně*. VII. symposium lékařských fakult v České republice, Praha, Česká republika.
- Bents, R., & Blank, R. (2009). *Typický člověk: úvod do typologie osobnosti*. Hogrefe-Testcentrum.
- Beran, J. (1997). *Základy komunikace s nemocným*. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy. Psychiatrická klinika v Plzni.
- Beran, J. et al. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Grada.
- Blatný, M. et al. (2010). *Psychologie osobnosti*. Grada.
- Blake, R. R., & Mouton, J. S. (1964). *The Managerial Grid*. Gulf Publishing Company.
- Boon, J., & van der Klink, M. (2003). 'Competence: the triumph of a fuzzy concept'. *International Journal of Human Resource Development and Management*. Inderscience Enterprises Ltd., 3(2), 125–137.
- Borges, N. J., & Savickas, M. L. (2002). Personality and Medical Specialty Choice: A Literature Review and Integration. *Journal of Career Assessment*, 10(3), 362–380. <https://doi.org/10.1177/10672702010003006>
- Borges, N. J., Stratton, T. D., Wagner, P. J., & Elam, C. L. (2009). Emotional intelligence and medical specialty choice: findings from three empirical studies. *Medical Education*, 43(6), 565–572. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03371.x>
- Boyatzis, R. E. (1982). *The competent manager: A model for effective performance*. John Wiley & Sons.
- Boyer, S. (2002). Vermont Nurse Internship Project: A Collaborative Enterprise Developed by Nurse Leaders from Education, Practice, and Regulation. *Nursing Education Perspectives*, 23, 81–85.
- Boyer, S. (2008). Competence and Innovation in Preceptor Development – Updating our Programs. *Journal for Nurses in Staff Development*, 24, E1–E6.
- Braddock, C. H. 3rd, Fihn, S. D., Levinson, W., Jonsen, A. R., & Pearlman, R. A. (1997). How doctors and patients discuss routine clinical decisions. Informed decision making in the outpatient setting. *Journal of General Internal Medicine*, 12(6), 339–345. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.00057.x>.
- Breakwell, G. M. (1995). Introducing research methods in psychology. In G. M. Breakwell, S. Hammond, & C. Fife-Schaw (Eds.), *Research Methods in Psychology* (pp. 2–4). Sage Publications.
- Brightwell, A., & Grant, J. (2013). Competency-based training: who benefits? *Postgraduate Medicine Journal*, 89(1048), 107–110. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-130881>.
- Bristow, S. F., & Patrick, S. (2014). An International Study in Competency Education: Postcards from Abroad, International Association for K–12 Online Learning.

- Brody D. S. (1980). The patient's role in clinical decision-making. *Annals of Internal Medicine*, 93(5), 718–722. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-93-5-718>
- Broom, A. (2005). Medical Specialists' Accounts of the Impact of the Internet on the Doctor/Patient Relationship. *Health*, 9(3), 319–338.
- Buhrmester, D., Furman, W., Wittenberg, M. T., & Reis, H. T. (1988). Five domains of interpersonal competence in peer relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(6), 991–1008. <http://doi:10.1037/0022-3514.55.6.991>
- Burgoyne, J. (1988). Management Development for the Individual and the Organisation. *Personnel Management*, 20(6), 40.
- Byrne, P., & Long, B. (1976). Doctors Talking to Patients. *Psychological Medicine*, 7(4), 735. <https://doi.org/10.1017/S0033291700006498>
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Grada.
- Cantor, N., & Harlow, R. E. (1994). Personality, strategic behavior, and daily-life problem solving. *Current Directions in Psychological Science*, 3(6), 169–172.
- Carrorhers, R. M., Gregory, S. W., & Gallagher, T. J. (2000). Measuring emotional intelligence of medical school applicants. *Academic Medicine*, 75(5), 456–463.
- Carraccio C., Wolfsthal, S. D., Englander, R., Ferentz, K., & Martin, C. (2002). Shifting paradigms: From Flexner to competencies. *Academic Medicine*, 77(5), 361–367.
- Cavel, T. A. (1990). Social Adjustment, Social Performance, and Social Skills: A Tri-Component Model of Social Competence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 19(2), 111–122.
- Cegala, D. J., Gade, C., Lenzmeier Broz, S., & McClure, L. (2004). Physicians' and Patients' Perceptions of Patients' Communication Competence in a Primary Care Medical Interview. *Health Communication*, 16(3), 289–304.
- Cockerill, T. (1989). The Kind of Competence for Rapid Change. *Personnel Management*, 21(9), 52–56.
- Conly, S. (2013). *Against Autonomy: Justifying Coercive Paternalism*. Cambridge University Press.
- Connell, M. W., Sheridan, K., & Gardner, H. (2003). On abilities and domain. In R. J. Sternberg & E. L. Grigorenko (Eds.), *The psychology of abilities, competencies and expertise* (pp. 126–155). Cambridge University Press.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. I. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Sage.
- Cunningham, P. B. (2000). Improved communication and teamwork through use of Myers-Briggs type indicator. In *Proceedings of 1st Austin Workshop on Engineering Management in Technology-Based Organizations* (pp. 31–36). IEEE.
- Čakrt, M. (2001). *Typologie osobnosti pro manažery*. Management Press.
- Čakrt, M. (2017). *Typologie osobnosti v medicíně: lékaři, sestry, pacienti*. Management Press.
- Dahlin, M., Joneborg, N., & Runeson, B. (2005). Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical Education*, 39(6), 594–604. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02176.x>

- Davis-Floyd, R., & Davis, E. (1996). Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 237–269.
- Davis-Floyd, R., & Sargent, C. F. (Eds.). (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural Perspectives*. University of California Press.
- Denham, S. A., & Burton, R. (2003a). *Social and emotional prevention and intervention programming for preschoolers*. Kluwer-Plenum.
- Denham, S. A., Blair, K. A., DeMulder, E., Levitas, J., & Sawyer, K. S., Auerbach-Major, S. T. (2003b). Preschoolers' emotional competence: pathway to mental health? *Child Development*, 74, 238–256.
- Denham, S. A., Caal, S., Bassett, H. H., Benga, O., Geangu, E. (2004). Listening to parents: Cultural variations in the meaning of emotions and emotion socialization. *Cognitie Creier Comportament*, 8, 321–350.
- Denham, S. A. (2005). *Assessing social-emotional development in children from a longitudinal perspective for the national children's study*. Battelle Memorial Institute.
- Denham, S. A., Bassett, H. H., & Wyatt, T. (2007). *The socialization of emotional competence*. In J. E. Grusec & P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization* (pp. 614–637). The Guilford Press.
- Denzin, N. K. (1989). *Applied social research methods series. Vol. 16. Interpretive interactionism*. Sage Publications, Inc.
- DeVito, J. A. (2008). *Základy mezilidské komunikace*. Kosmas.
- Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Fleischer, C., & Greitemann, B. (2009). Patient-doctor interaction in rehabilitation: the relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Education Council*, 76(3), 328–335. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.031>
- DiMatteo, M. R., Morton, S. C., Lepper, H. S., Damush, T. M., Carney, M. F., Pearson, M., & Kahn, K. L. (1996). Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Health Psychology*, 15(4), 303–314. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.15.4.303>
- DiMatteo, M. R., Giordani, P. J., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101–2107.
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical care*, 42, 200–209.
- Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Karolinum.
- Dodge, K. A. (1985). Facets of social interaction and the assessment of social competence in children. In B. Schneider, K. H. Rubin, & J. Ledingham (Eds.), *Children's peer relations: Issues in assessment and intervention* (pp. 3–22). Springer-Verlag.



- Doherty, C., Savropoulou, Ch., Saunders, M. NK. Brown, T. (2015). „The Consent Process: Enabling or Disabling Patients’ Active Participation?“ *Health*. [http://doi: 10.1177/1363459315611870](http://doi.org/10.1177/1363459315611870).
- Doll, E. A. (1953). *The measurement of social competence: A manual for the Vineland Social Maturity Scale*. Educational Test Bureau Educational Publishers.
- Dowling, M. (2001). *Young children's personal, social and emotional development*. SAGE Publication. Inc.
- Doyal, L. (1979). *The Political Economy of Health*. Pluto Press.
- Dubois D. (1998). *Competency-based HR Management*. Black Well Publishing.
- DuBois, D. L., Felner, R. D. (1996). The quadripartite model of social competence. In: M. A. Reinecke, F. M. Dattilio & A. Freeman (Eds.). *Cognitive therapy with children and adolescents* (pp. 124–152). Guilford.
- Dudová, R. (2012). *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Sociologický ústav AV ČR.
- Dufek, J., & Kulišková, O. (2003, 12. února). *Sebezkušenostní skupiny pro studenty LF MU Brno*. III. symposium lékařských fakult v České republice, Praha, Česká republika.
- Dulewicz, S. V., Higgs, M. J. (1999). Can emotional intelligence be measured and developed? *Leadership and Organization Development*, 20(5), 242–252.
- Dumelow, C., Littlejohns, P., & Griffiths, S. (2000). *BMJ*, 320(7247), 1437–1440. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7247.1437>
- Dušek, L., Mihál, V., Štípek, S., Potomková, J., Schwarz, D., Šnajdrová, L., & Štuka, Č. (2008). *Mefanet Report 01*. Masarykova Univerzita.
- Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2011). Physician burnout: a potential threat to successful health care reform. *JAMA*, 305(19), 2009–2010. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.652>
- Ehrenreich, B., & English, D. (1979). *For her own good: 150 years of the experts' advice to women*. Pluto Press.
- Ellison, M. A. (2003). Authoritative Knowledge and Single Women’s Unintentional Pregnancies, Abortions, Adoption, and Single Motherhood: Social Stigma and Structural Violence. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(3), 322–347.
- Eklund, J. H., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E., & Meranius M. S. (2019). Same same or different? A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 102, 3–11.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535–543.
- Engstrom, M. C. (2005). *A study of emotional intelligence as it relates to organizational outcomes beyond what is contributed by personality* [Unpublished doctoral thesis]. Loyola University.

- Epstein, R. M. (1999). Mindful practice. *Journal of the American Medical Association*, 282, 833–839.
- Epstein, R. M. (2014). Realizing Engel's biopsychosocial vision: resilience, compassion, and quality of care. *Psychiatry in Medicine*, 47(4), 275–287.
- Eraut, M. (1994). *Developing Professional Knowledge and Competence*. Falmer Press.
- Evans, B. J., Stanley, R. O., Burrows, G. D., & Sweet, B. (1989). Lectures and skills workshops as teaching formats in a history-taking skills course for medical students. *Medical Education*, 23(4), 364–370. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1989.tb01561.x>
- Evans, B. J., Stanley, R. O., Mestrovic, R., & Rose, L. (1991). Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. *Medical Education*, 25(6), 517–526. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1991.tb00105.x>
- Evarts H. (1988). The Competency Programme of the American Management Association. *Journal of Management Development*, 7, 48–56.
- Eysenck, H. J., Arnold, W. J., & Meili, R. (Eds). (1975). *Encyclopedia of Psychology*. Fontana/Colins.
- Falkum E., Førde R. (2001). Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. *Social Science & Medicine*, 52(2), 239–248. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00224-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00224-0).
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., & Solis-Trapala, I. (2003) Enduring impact of communication skills training: results of a 12 month follow-up. *British Journal of Cancer*, 89, 1445–1449. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601309>
- Farnsworth, R., Gilbert, E., & Armstrong, D. (2002). *Exploring the relationship between the Myers-Briggs Type Indicator and the Bar-On Emotional Quotient Inventory: Applications for professional development practices*. 2002 ASAC Meeting, Winnipeg, Canada.
- Filipovská, T., & Rajdl, D. (2018). Standardizovaný pacient a sestavování kurikula – inspirace z konference AMEE 2017. *Časopis lékařů českých.*, 157, 211–213.
- Fischerová, S. (2013). *Medicína mezi jedinečným a univerzálním*. Nakladatelství Pavel.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Portál.
- Fern, E. F. (1982). Why Do Focus Groups Work: a Review and Integration of Small Group Process Theories. In A. Mitchell & A. Abor (Eds.), *NA-Advances in Consumer Research Volume 09* (pp. 444–451). Association for Consumer Research.
- Flocke, S. A., Miller, W. L., & Crabtree, B. F. (2002). Relationship between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *Journal of Family Practice*, 51, 835–840.
- Foster, S. L., & Ritchey, W. L. (1979). Issues in the assessment of social competence in children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12(4 T.), 625–638. <https://doi.org/10.1901/jaba.1979.12-625>
- Foucault, M. (1973). *Birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. Vintage.
- Foucault, M. (1991). *Discipline and Punish: the birth of a prison*. Penguin.

- Foucault, M. (2001). The birth of social medicine. In P. Rabinow (Ed.), *The Essential Works of Michel Foucault 1954–1984* (pp. 134–56). The New Press.
- Frank, J. R. (Ed.). (2005). *The CanMEDS 2005. Physician competency framework: Better standards, better physicians, better care*. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Frank, J. R., & Danoff, D. (2007). The CanMEDS initiative: Implementing and outcomes-based framework of physician competencies. *Medical Teacher*, 29(7), 642–647.
- Frank, J. R., Holmboe, E., Reznick, R., & Snell, L. S. (2008, 26 September). *The future of competency-based education and the implications for residency*. Symposium. The International Conference on Residency Education 2008, Ottawa, Canada.
- Frank, J. R. & Snell, L. S. (2010a, 18 May). *A new vision of competency-based medical education and definition of competence*. The 14th Ottawa Conference on Assessment of Competence in Medicine and the Healthcare Professions, Miami, USA.
- Frank J. R., Snell, L. S., Cate, O. T., Holmboe, E. S., Carraccio, C., & Swing, S. R. (2010b). Toward a definition of competency-based education in medicine: A systematic review of published definitions. *Medical Teacher*, 32(8), 631–637.
- Frank J. R., Snell, L., & Sherbino, J. (Eds.). (2015). *Physician Competency Framework*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Frederiksen, N., Carlson, S., & Ward, W. C. (1984). The place of social intelligence in a taxonomy of cognitive abilities. *Intelligence*, 8, 315–337.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. Harper & Row.
- Freidson, E. (1984). The Changing Nature of Professional Control. *Annual Review of Sociology*, 10, 1–20. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.10.080184.000245>
- Freidson, E. (1988). *The profession of Medicine: A study of the Applied Sociology of Knowledge – With a New Afterword*. University of Chicago Press.
- Freshwater, D., & Stickley, T. (2004). The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nurse. Inquiry Journal*, 11(2), 91–98. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2004.00198>.
- Friedman, C. P., & Slatt, L. M. (1988). New results relating the Myers-Briggs Type Indicator and medical specialty choice. *Journal of Medical Education*, 63, 325–327.
- Gardner, H. (2018). *Dimenze myšlení*. Portál.
- Gaufberg, E. H., Batalden, M., Sands, R., & Bell, S. K. (2010). The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Academic Medicine*, 85(11), 1709–1716. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181f57899>
- Gavora, P. (2005). *Učitel a žáci v komunikaci*. Paido.
- Gavora, P. (2010). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Paido.
- Gifford, L. S. (1998). Pain mechanisms and whiplash. In L. S. Gifford (Ed.), *Physiotherapy Yearbook No 1* (pp. ??). NOI Press.

- Gilboy, M. B., Heinerichs, S., & Pazzaglia, G. (2015). Enhancing student engagement using the flipped classroom. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(1), 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2014.08.008>
- Gillernová, I., Hermochová, S., & Šubrt, R. (1992). *Sociální dovednosti učitele*. SPN.
- Gillernová, I., & Krejčová, L. (2012). *Sociální dovednosti ve škole*. Grada.
- Glajchová, A. (2016). Zranitelnost lékařské profese jako důsledek roustoucí autonomie pacientů. *Lidé města*, 18(1), 3–27.
- Golden, J. P. (2005). *Golden Personality Type Profiler™: Technical Manual*. Pearson Education, Inc.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situations of mental patients and other inmates*. Doubleday (Anchor).
- Goldfried, M., & D'Zurilla, T. (1969). A behavior-analytic model in assessment and research. In C. Spielberger (Ed.), *Current topics in clinical and community psychology* (pp. 151–196). Academic Press.
- Goldman, A. E. (1962). The group depth interview. *Journal of Marketing*, 26, 60–61.
- Goleman, D. (1997). *Emoční inteligence*. Columbus.
- Goleman, D. (2000). *Práce s emoční inteligencí*. Columbus.
- Good Medical Practice. (2013). *Guidance*. <https://www.gmc-uk.org>
- Gordon, T., & Edwards, W. S. (1995). *Making the patient your partner*. Auburn House.
- Greiner, A. C., & Knebel, E. (2003). *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. National Academies Press.
- Gresham, F. M., & Elliot, S. N. (1987). The relationship between adaptive behavior and social skills: Issues in definition and assessment. *The Journal of Special Education*, 21(1), 167–181. <https://doi.org/10.1177/002246698702100115>
- Gresham, F. M. (1995). “Best practices in social skills training,” in *Best Practices in School Psychology*, eds. A. Thomas and J. G. Grimes (Washington, DC: National Association of School Psychologist), 1021–1030.
- Greenberg, M. A., Wortman, C. B., & Stone, A. A. (1996). Emotional expression and physical health: Revising traumatic memories or fostering self-regulation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 588–602. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.3.588>
- Gueguen, C. (2014). *Cesta ke šťastnému dětství: empatická výchova ve světle nejnovějších poznatků o mozku a emocionálním vývoji dítěte*. Rybka Publishers.
- Hall, H. S., & Roter, D. L. (2001). How physician gender shapes the communication and evaluation of medical care. *Mayo Clinic Proceedings*, 76, 673–676.
- Hall, J., Blanch-Hartigan, D., & Roter, D. (2011). Patients' Satisfaction With Male Versus Female Physicians: A Meta-analysis. *Medical Care*, 49(7), 611–617.
- Harazim, H., Šťourač, P., Kosinová, M., Smékalová, O., Štoudek, R., Schwarz, D., Rusňák, V., & Liška, M. (2015). Zapojení interaktivní výuky do pregraduálního studia akutní medicíny: virtuální pacient, pokročilé simulace a přenosy z operačních sálů. *Anesteziologie a intenzivní medicína*, 26(4), 202–212.

- Harden, R. M. (1999). AMEE Guide no 14: Outcome-based education. Part 1 – An introduction to outcome-based education. *Medical Teacher*, 21(1), 7–14.
- Harlem, O. K. (1977). *Communication in medicine: a challenge to the profession*. Karger.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Portál.
- Hartle, F. (1995). *How to re-engineer your Performance Management Process*. Kogan Page.
- Hartig, J., Klieme, E., & Leutner, D. (Eds.). (2008). *Assessment of competencies in educational contexts*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Haskard, K. B., Williams, S. L., DiMatteo, M. R., Rosenthal, R., Kemp White, M., & Goldstein, M. G. (2008). Physician and patient communication training in primary care: Effects on participation and satisfaction. *Health Psychology*, 27, 513–522.
- Hasmanová Marhánková, J. (2008.) Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství: Příklad prenatalních screeningů. *Biograf*, 47, 19–49.
- Hasmanová Marhánková, J. (2014). Všechno je to jen naše zodpovědnost – postoje rodičů odmítajících povinná očkování svých dětí jako případová studie krize důvěry v biomedicinském vědění. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 50(2), 163–188.
- Hašková, H. (2001a). *Náborové diference k současným změnám v českém porodnictví*. Sociologický ústav Akademie věd České republiky.
- Hašková, H. (2001b). *Sociální aspekty porodu: zpráva z výzkumu*. Aperio.
- Haug, M. R. (1973). Deprofessionalization: An Alternative Hypothesis for the Future. *Sociological Review*, 20, 195–211.
- Haug, M. R., & Lavin, B. (1981). Practitioner or Patient: Who's in Charge? *Journal of Health and Social Behavior*, 22(3), 212–229.
- Haug, M. R. (1988). A Re-examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization. *Milbank Quarterly*, 66, 48–56.
- Havlůj, V., Hoskovicová, S., & Niederlová, M. (2009). *Dotazník typologie osobnosti – GPOP*. Hogrefe-Testcentrum.
- Hawkins, P., & Shohet, R. (2004). *Supervize v pomáhajících profesích*. Portál.
- Hedlund, J., Wilt, J. M., Nebel, K. L., Ashford, S. J., & Sternberg, R. J. (2006). Assessing practical intelligence in business school admissions: A supplement to the graduate management admissions test. *Learning and Individual Differences*, 16, 101–127.
- Henbest, R., & Fehrsen, G. (1992). Patient-centeredness: is it applicable outside west? It's measurement and effect on outcomes. *Family Practice*, 9(3), 311–317.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum – základní metody a aplikace*. Portál.
- Hess, A. K., Hess, K. D., & Hess, T. H. (Eds.). (2008). *Psychotherapy supervision: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons, Inc.
- Hess, J. M. (1968). Group Interviewing. In R. L. King (Ed.), *1968 ACR Fall Conference Proceedings* (pp. 193–196). American Marketing Association.

- Higgs, M. (2001). Is there a relationship between the Myers-Briggs Type Indicator and emotional intelligence? *Journal of Managerial Psychology*, 16(7), 509–533.
- Hinsch, R., & Pflingsten, U. (2002). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK): Grundlagen, Durchführung, Materialien*. Beltz.
- Hogg B. (1989). *Realizing the Potential of Your Employees through Assessment and Development*. Tata-McGraw-Hill Training Series.
- Hojat, M. (2007). *Empathy in Patient Care: Antecedents, Developments, Measurements, and Outcomes*. Springer Science+Business Media.
- Hojat M. (2009). Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *Journal of Health and Human Services Administration*, 31(4), 412–450.
- Holčík, J., & Zástěra, K. (2014). *Zdraví 2020: osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky a Státní zdravotní ústav.
- Holzinger, A., Kickmeier-Rust, M. D., Wassertheurer, S., & Hessinger, M. (2009). Learning performance with interactive simulations in medical education: Lessons learned from results of learning complex physiological models with the HAEMODynamics SIMulator. *Computers & Education*, 52, 292–301.
- Honzák, R. (1999). *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Galén.
- Honzák, R., & Chvála, V. (2014). Psychosomatická medicína. *Psychosom*, 12(2), 97–107.
- Hong, M., Lee, W. H., Park, J. H. Yoon, T. Y., Moon, D. S., Lee, S. M., & Bahn, G. H. (2012). Changes of empathy in medical college and medical school students: 1year follow up study. *BMC Medical Education*, 12, 122. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-122>
- Hornby, D., & Thomas, R. (1989). Toward a Better Standard of Management. *Personnel Management*, 21(1), 52–55.
- Horníčková, V. (2019). *Ověření efektivity sebezkušenostní a seberozvojové skupiny při redukci stresu a negativní afektivity u studentů lékařské fakulty: intervenční studie [Diplomová práce]*. FFMU.
- Hoskovcová, S., & Vašek, Z. (2017). *ISK – Inventář sociálních kompetencí*. Hogrefe-Testcentrum.
- Hrešanová, E. (2008). *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Vydavatelství ZČU v Plzni.
- Hrešanová, E. (2011). Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, 12(2), 63–74.
- Hrešanová, E. (2014). Nobody in i Maternity Hospital Really Talks to You: Socialist Legacies and Consumerism in Czech Women's Birth Narratives. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 50(6), 961–986. <https://doi.org/10.13060/00380288.2014.50.6.150>
- Hroník, F. (2007). *Rozvoj a vzdělávání pracovníků*. Grada.
- Hundert, E. M., Douglas-Steele, D. & Bickel, J. (1996). Context in medical education: the informal ethics curriculum. *Medical Educational*, 30(5), 353–364.

- Husárová, A., & Králová, J. (2008). Jak vidí problematiku psychosociálních kompetencí studenti? In J. Králová, M. Raková, & A. Husárová (Eds.), *Současné trendy ve vzdělávání budoucích lékařů* (pp. 22–26). Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta.
- Chan, F. W. H., & Chan, W. S. (2000). Actuarial Assessment of Damages in Personal Injury Litigation in Hong Kong: Chan Pui Ki (an Infant) V. Leung on. *International Journal of Evidence of Proof*, 4(2), 194–203.
- Chang, Y. C., Tseng, H. M., Xiao, X. Ngerng, R., Y. L. Wu, CH. L., & Chaou, Ch., H. (2019). Examining the association of career stage and medical specialty with personality preferences – a cross-sectional survey of junior doctors and attending physicians from various specialties. *BMC Medical Education*, 19, 363. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1789-2>
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (o rit takes a least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44, 681–692.
- Charlton, C. R., Dearing, K. S., Berry, J. A., & Johnson, M. J. (2008). Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: an integrated literature review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 20(7), 382–388. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00336.x>
- Cheetham, G., & Chivers, G. (1996). Towards a holistic model of professional competence. *Journal of European Industrial Training*, 20, 20–30.
- Cheetham, G., & Chivers, G. (1998). The reflective (and competent) practitioner: A model of professional competence which seeks to harmonise the reflective practitioner and competence-based approaches. *Journal of European Industrial Training*, 22, 267–276.
- Chen, D., Lew, R., Hershman, W., & Orlander, J. (2007). A cross-sectional measurement of medical student empathy. *Journal of general internal medicine*, 22(10), 1434–1438. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0298-x>
- Cherry, M., Fletcher, I., O'Sullivan, H., & Shaw, N. (2012) What impact do structured educational sessions to increase emotional intelligence have on medical students? BEME Guide No. 17. *Medical Teacher*, 34, 11–19.
- Chomsky, N. (1965). *Aspekty teorie syntaxe*. M.I.T. Press.
- Chouhan, V. S., & Srivastava, S. (2014). Understanding Competencies and Competency Modeling – A literature Survey. *IOSR Journal of Business and Management*, 16(1), 14–22.
- Illich, I. (1976). *Medical nemesis*. Pantheon.
- Illich, I. (2012). *Limity medicíny: Nemesis medicíny – zaprodané zdraví*. Emitos.
- Jacobs R. (1989). Getting the Measure of Management Competence. *Personnel Management*, 21(6), 32–37.
- Jafrani, S., Zehra, N., Zehra, M., Abuzar, Ali, S. M., Abubakar Mohsin, S. A., & Azhar, R. (2017). Assessment of personality type and medical specialty choice among medical students from Karachi; using Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) tool. *Journal of Pakistan Medical Association*, 67(4), 520–526.
- Janáčková, L., & Weiss, P. (2008). *Komunikace ve zdravotnické péči*. Portál.

- Janík, T. (2005). *Znalost jako klíčová kategorie učitelského vzdělávání*. Paido.
- Janker, P., & Merklinger, W. (1988). *Alkoholismus und soziale Kompetenz*. Peter Lang GmbH, Internationaler verlag Der Wissenschaften.
- Jarošová, Z. (2014). *Validizační studie Dotazníku typologie osobnosti GPOP: porovnání s osobnostním inventářem NEO-PI-R* [Diplomová práce]. FFUK, Katedra psychologie.
- Jensen, A. R., Wright, A. S., Lance, A. R., O'Brien, K. C., Pratt, C. D., Anastakis, D. J., Pellegrini, C. A., & Horvath, K. D. (2008). The emotional intelligence of surgical residents: a descriptive study. *The American Journal of Surgery*, 195(1), 5–10. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2007.08.049>
- Johansson, T. (2014). Can a peer support intervention improve type 2 diabetes outcomes? *Diabetes Voice*, 59, 60–63.
- Jordan, B. (1977). The Self-diagnosis of Early Pregnancy: An Investigation of Lay Competence. *Medical Anthropology*, 1(2), 1–38.
- Jordan, B. (1992a, 3 December). *Authoritative Knowledge and Its Construction*. Introductory Remarks to Symposium on Birth in Twelve Cultures: Papers in Honor of Brigitte Jordan. Annual Meetings of the American Anthropological Association. San Francisco, USA.
- Jordan, B. (1993). *Birth in Four Cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Prospect Heights. Waveland Press.
- Jordan, B. (1997). Authoritative Knowledge and Its Construction. In R. E. Davis-Floyd & C. Sargent (Eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge* (pp. 55–79). University of California Press.
- Kang, S. M., & Shaver, P. R. (2004). Individual differences in emotional complexity: Their psychological implications. *Journal of personality*, 72(4), 687–726.
- Kanning, U. P. (2017). *Diagnostika Sociálních kompetencí*. Hogrefe-Testcentrum.
- Kanitz, A. (2008). *Jak rozvíjet svou emoční inteligenci*. Praha: Grada.
- Kataoka, H. U., Koide, N., Ochi, K., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2009). Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Academic Medicine*, 84(9), 1192–1197. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b180d4>
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Academia.
- Kellesarian, S. V. (2018). Flipping the Dental Anatomy Classroom. *Dentistry Journal*, 6(3), 23. <http://doi: 10.3390/dj6030023>.
- Kessels, R. P. (2003). Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(5), 219–222. <https://doi.org/10.1258/jrsm.96.5.219>
- Kilminster, S. M., Jolly, B. C. (2000). Effective Supervision in Clinical Practice Settings: A Literature Review. *Medical Education*, 34, 827-840. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00758.x>



- Kirschenbaum, H. (2004). Carl Rogers's Life and Work: An Assessment on the 100th Anniversary of His Birth. *Journal of Counseling & Development*, 82(1), 116–124. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00293.x>
- Klemp, G. O. (1980). *The assessment of occupational competence*. Report of the National Institute of Education.
- Klieme, E., & Leutner, D. (2006) Kompetenzmodelle zur Erfassung individueller Lernergebnisse und zur Bilanzierung von Bildungsprozessen. Beschreibung eines neu eingerichteten Schwerpunktprogramms bei der DFG. *Zeitschrift für Pädagogik*, 52, 876–903.
- Klieme, E., Maag-Merki, K., & Hartig, J. (2010). Kompetence a jejich význam ve vzdělávání. *Pedagogická orientace*, 20(1), 104–119.
- Kliszczyk, J., Nowicka-Sauer, K., Trzeciak, B., Nowak, P., & Sadowska, A. (2006). Empathy in health care providers – validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. *Advances in Medical Sciences*, 51, 219–225.
- Klusáková, P. (2004). Jak pacienti hodnotí své lékaře. *Zdravotnické noviny*, 47.
- Koblic, K., & Zedková, I., (2008). Lékař jako lék aneb umění naslouchat svým pacientům a jak se z toho nezbláznit. In J. Králová, M. Raková, & A. Husárová (Eds), *Současné trendy ve vzdělávání budoucích lékařů* (pp. 47–51). Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta.
- Kopřiva, K. (1997). *Lidský vztah jako součást profese*. Portál.
- Korsch, B. M., Gozzi, E. K., & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication. 1. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 42(5), 855–871.
- Koubek, J. (2009). *Řízení lidských zdrojů-základy moderní personalistiky*. Management Press.
- Kožený, J., Tišanská, L. (2011). Postoje studentů medicíny k roli empatie v léčebném kontextu: měření, rozdíly z hlediska pohlaví a délky studia. *Československá psychologie*, 55(2), 126–138.
- Kožený, J., Tišanská, L., & Höschl, C. (2013). Assessing empathy among Czech medical students: a cross-sectional study. *Československá psychologie*, 57(3), 246–254.
- Kraemer W. (2010, 8 May). *Development and implementation of a competency-based curriculum in orthopaedic surgery*. 35th Gallie Day symposium. Toronto, Canada.
- Kreps, G. L. (1988). Relational communication in health care. *Southern Speech Communication Journal*, 53(4), 344–359. <http://doi10.1080/10417948809372736>
- Krznaric, R. (2012, 27 November). *Six habits of highly empathic people*. Greater Good Magazine. [https://greatergood.berkeley.edu/article/item/six\\_habits\\_of\\_highly\\_empathic\\_people1](https://greatergood.berkeley.edu/article/item/six_habits_of_highly_empathic_people1)
- Křivohlavý, J. (1995). *Rozhovor lékaře s pacientem*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Grada.

- Křížová, E. (2002). Nekonvenční medicína z pohledu praktických lékařů. *Praktický lékař*, 82(7), 425–429.
- Křížová, E. (2004). *Alternativní medicína jako problém*. Karolinum.
- Křížová, E. (2006). *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Slon.
- Kubeš, M., & Spillerová, D., Kurnický, R. (2004). *Manažerské kompetence: způsobilosti výjimečných manažerů*. Grada.
- Kunyk, D., & Olson, J. K. Clarification of conceptualization of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 5(3), 317–325.
- Ladd, G. W. (2005). *Children's peer relations and social competence: A century of progress*. Yale University Press.
- Laine, C., & Davidoff, F. (1996). Patient-centered medicine: a professional evolution. *Journal of the American Medical Association*, 275, 152–156.
- Lang, N. C. (2010). *Group work practice to advance social competence: A specialized methodology for social work*. Columbia University Press.
- Lauder, W., Reynolds, W., Smith, A., & Sharkey, S. (2002). A comparison of therapeutic commitment, role support, role competency and empathy in three cohorts of nursing students. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, 9, 483–491.
- Leary, M. M., Reilly, M. D., & Brown, F. W. (2009). A study of personality preferences and emotional intelligence. *Leadership & Organization Development Journal*, 30(5), 421–434.
- Leddy J, Wood T, Puddester D, & Moineau G. (2011, 10 May). *Stability of emotional intelligence scores in medical students: a four-year study from admission to graduation*. Proceedings of the Canadian Conference on Medical Education, Toronto, ON.
- Le Deist, F. D., & Winterton, J. (2005). What is Competence? *Human Resource Development International*, 8(1), 27-46.  
<https://doi.org/10.1080/1367886042000338227>
- Lenburg, C. B. (1999b). The framework, concepts and methods of the Competency Outcomes and Performance Assessment (COPA) Model. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 4(2).
- Lenburg, C. B. (2009). The COPA Model: A Comprehensive Framework Designed to Promote Quality Care and Competence for Patient Safety. *Nursing Education Perspectives*, 30(5), 312–317.
- Letovancová, E., & Hájková, K. (2017). Sociálne kompetencie a emocionálna inteligencia. In A. Gregor & M. Horák (Eds.), *Sborník příspěvků z mezinárodní konference PPaO 2017* (pp. 350–359). Univerzita Tomáše Bati.
- Leung W. (2002). Competency based medical training: Review. *British Medical Journal*, 235(7366), 693–696.
- Levinson, W., Lesser, C., & Epstein, R. (2010). Developing physician communication skills for patient centered care. *Health Affairs*, 29(7), 1310–1318.
- Linhartová, V. (2006). *Praktická komunikace v medicíně, pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Grada.

- Linton, R. (1936). *The study of man: an introduction*. Appleton-Century.
- Lipkin, M., Quill, T., & Napodano, R. (1984). The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. *Annals of Internal Medicine*, *100*, 277–284.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., & Payne, S. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal*, *323*(7318), 908–911. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7318.908>
- Long, D. M. (2000). Competency-based residency training: The next advance in graduate medical education. *Academic Medicine*, *75*(12), 1178–1183.
- Loureiro, E., Severo, M., & Ferreira, M. A. (2015). Attitudes of Portuguese medical residents' towards clinical communication skills. *Patient Education And Counseling*, *98*(8), 1039–1043.
- Ludwig, A. B., Burton, W., Weingarten, J., Milan, F., Myers, D. C., & Kligler, B. (2015). Depression and stress amongst undergraduate medical students. *BMC Medical Education*, *15*(141). <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0425-z>
- Lupton, D. (1997). Doctors on the Medical Profession. *Sociology of Health & Illness*, *19*(4), 480–497.
- Lupton, D. (2012). *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. Sage.
- Mann, H. (2018). Sdílené rozhodování? Předpoklad dlouhodobě úspěšné terapie revmatoidní artritidy! *Remedia*, *28*(5), 489–490.
- Maran, N. J., & Glavin, R. J. (2003). Low-to-high-fidelity simulation – a continuum of medical education? *Medical Education*, *37*(1), 22–28.
- Marlowe, H. A. (1986). Social intelligence: Evidence for multidimensionality and construct independence. *Journal of Educational Psychology*, *78*(1), 52–58.
- Martin, E. (1987). *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press.
- Martin, E. (1991). The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles. *Signs*, *16*(3), 485–501.
- Matthews, B. J., Kim, M. E., Flanagan, J. J., Hattori, D., Clemens, J. C., Zipursky, S. L., & Grueber, W. B. (2007). Dendrite self-avoidance is controlled by Dscam. *Cell*, *129*(3), 593–604.
- Maxwell, J., & Loomis, D. (2003). Mixed method design: An alternative approach. In A. Tashakkori & C. Teddlle (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 241–272). Sage.
- McCaulley, M. H. (1978). *Executive summary, excerpt from monograph 1: Application of the Myers-Briggs Type Indicator to medicine and other health professions*. Center for Applications of Psychological Type.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1989). Reinterpreting the Myers-Briggs Type Indicator from the perspective of the Five-Factor model of personality. *Journal of Personality*, *57*(1), 17–40.
- McKinley, S. K. (2014). *The Emotional Intelligence of Resident Physicians* [Doctoral dissertation]. Harvard Medical School.

- McLean, S. M., Booth, A., Gee, M., Salway, S., Cobb, M., Bhanbhro, S., & Nancarrow, S. A. (2016). Appointment reminder systems are effective but not optimal: results of a systematic review and evidence synthesis employing realist principles. *Patient preference and adherence*, *10*, 479–499. <https://doi.org/10.2147/PPA.S93046>
- McMullan, M., Endacott, R., Gray, M. A., Jasper, M., Miller, C. M., & Scholes, J. (2003). Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, *41*(3), 283–294.
- McWhinney, I. R. (1989). *A textbook of family medicine*. Oxford University Press.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, *51*(2000), 1087–1110.
- Mehmood, T., Qasim, S., & Azam, R. (2013). Impact of emotional intelligence on the performance of university teachers. *International Journal of Humanities and Social Science*, *3*(18), 300–307.
- Mehmood, R. K., Parker, J., Bhuvimanian, L., Qasem, E., Mohammed, A. A., Zeeshan, M., Grugel, K., Carter, P., & Ahmed, S. (2014). Short-term outcome of laparoscopic versus robotic ventral mesh rectopexy for full-thickness rectal prolapse. Is robotic superior? *International Journal of Colorectal Disease*, *29*(9), 1113–1118. <https://doi.org/10.1007/s00384-014-1937-4>
- Menz, F., & Al-Roubaie, A. (2008). Interruptions, status and gender in medical interviews: the harder you brake, the longer it takes. *Discourse & Society*, *19*(5), 645–666. <http://doi.org/10.1177/0957926508092247>
- Merton, R. K. (1968). *Social Theory and Social Structure*. Free Press.
- Michels, A., Kruske, S., & Thompson, R. (2013). Women's postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. In: Takács, L., a Seidlerová, J., Psychosociální klima porodnice očima rodiček I: výsledky celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček. *Česká gynekologie*, *78*(2), 269–275.
- Michie, S., Miles, J., & Weinman, J. (2003). Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Education Counsil*, *51*(3), 197–206. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00194-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00194-5)
- Mikoška, P. (2017). *Vzdělávání zaměřené na studenta*. Pavel Mervart.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Mishler, E. G. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Ablex Pub Corp.
- Mišovič, J. (2019). *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Slon.
- Molinuevo, B., Aradilla-Herrero, A., Nolla, M., & Clèries, X. (2016). A comparison of medical students', residents' and tutors' attitudes towards communication skills learning. *Education for Health (Abingdon)*, *29*(2), 132–135. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.188755>
- Monnier, M. (2015). Difficulties in Defining Social-Emotional Intelligence, Competences and Skills, a Theoretical Analysis and Structural Suggestion. *International Journal for Research in Vocational Education and Training (IJRVET)*, *2*(1), 59–84. <https://doi.org/10.13152/IJRVET.2.1.4>

- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2nd ed.). Sage Publications, Inc.
- Morgan, D. L. (2001). *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Albert.
- Motschnig, R., & Nykl, L. (2011). *Komunikace zaměřená na člověka. Rozumět sobě i druhým*. Grada.
- Motschnig, R., & Nykl, L. (2014). *Person-Centred Communication: Theory, Skills & Practice*. Open University Press.
- Mouchová, D. (2018). *Sociální kompetence a osobnost* [Typ závěrečné práce]. Diplomová práce. FFUK, Katedra psychologie.
- Mroczek, B., Zarek, A., Rudnicki, J., Wolińska, W., Pawlak, I., Dyk, T., Kotwas, A., & Kurpas, D. (2016). Social competence of physicians and medical students, a preliminary report. *Family Medicine & Primary Care Review*, 18(3), 308–312.
- Murray, E., Charles, C., & Gafni, A. (2006). Shared decision-making in primary care: tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Education & Counseling*, 62(2), 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.003>
- Myers, I. B., & Davis, J. A. (1976). *Relation of medical students' psychological type to their specialities twelve years later*. Center for Applications of Psychological Type.
- Myers, I. B. (1980). *Introduction to type*. Consulting Psychologists Press.
- Neighbour, R. (1987). *The inner consultation*. Radcliffe Medical Press.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996–1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>
- Newman, I., & Benz, C. R. (2003). *Qualitative-quantitative research methodology: Exploring the interactive continuum*. Southern Illinois University Press.
- O'Malley, J. M. (1977). Research perspective on social competence. *Merrill-Palmer Quarterly*, 23(1), 29–44.
- Oudová, D. (2007). *Analýza sociální kompetence* [Disertační práce]. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.
- Palán, Z. (2002). *Lidské zdroje – výkladový slovník – výchova, vzdělávání, péče, řízení*. Academia.
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: a sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3), 452–460.
- Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P., & Havelock, P. (1984). *The consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford University Press.
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait Emotional Intelligence: Psychometric Investigation with Reference to Established Trait Taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425–448. <http://dx.doi.org/10.1002/per.416>
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2009). On the Dimensional Structure of Emotional Intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29, 313–320.
- Plamínek, J., & Fišer, R. (2005). *Řízení podle kompetencí*. Grada.

- Poláčková-Šolcová, I. (2018). *Emoce. Regulace a vývoj v průběhu života*. Grada.
- Prins, J. T., Gazendam-Donofrio, S. M., Tubben, B. J., van der Heijden, F. M., van de Wiel, H. B., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2007). Burnout in medical residents: a review. *Medicine Education*, 41(8), 788–800. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02797.x>
- Průcha, J., & Veteška, J. (2012). *Andragogický slovník*. Grada.
- Průcha, J., Walterová, E., & Mareš, J. (2001). *Pedagogický slovník*. Portál.
- Ptáček, R. et al. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Grada.
- Ptáček, R., Bartůněk, P., & Mach, J. (2013a). *Lege artis v medicíně*. Grada.
- Ptáček, R., Raboch, J., Kebza, V. a kol. (2013b). *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Grada Publishing.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2015). *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Grada.
- Pulcrano, M., Evans, S. R., & Sosin, M. (2016). Quality of Life and Burnout Rates Across Surgical Specialties: A Systematic Review. *JAMA Surgery*, 151(10), 970–978. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.1647>
- Quill, T. E., & Williamson, P. R. (1990). Healthy approaches to physician stress. *Archives of Internal Medicine*, 150(9), 1857–1861.
- Raková, M. (2008). Projekt Systém psychosociální prevence pro studenty všeobecného lékařství. In J. Králová, M. Raková, & A. Husárová (Eds.), *Současné trendy ve vzdělávání budoucích lékařů, Sborník příspěvků* (pp. 19–21). Olomouc.
- Ramachandran, V., Loya, A., & Shah, K. P. (2020). Myers-Briggs Type Indicator in Medical Education: A Narrative Review and Analysis. *Health Professions Education*, 6(1), 31–46. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2019.03.002>
- Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Area.
- Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Grada.
- Rees, C., Sheard, C., & Davies, S. (2002). The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the communication skills attitude scale (CSAS). *Medicine Education Online*, 36, 141–147.
- Rees, C., & Sheard, C. (2004). Evaluating first-year medical students' attitudes to learning Communication skills before and after a communication skills course. *Medical Teacher*, 25, 302–307.
- Reitz, S. (2012). *Improving social competence via E-learning? The example of human rights education*. Lang, Peter, GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften.
- Riggio, R. E., Tucker, J., & Coffaro, D. (1989). Social skills and empathy. *Personality and Individual Differences*, 10(1), 93–99.
- Ritzer, G., & Walczak, D. (1988). Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians. *Social Forces*, 67(1), 1–22.
- Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., Souza, T., & Gonçalves, A. K. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A

- systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 13(11).  
<https://doi.org/10.1371/journal>
- Rogers, C. R. (1949). The attitude and orientation of the counselor in client-centered therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 13, 82–94.
- Rogers, C. (1967). Carl R. Rogers. In E. G. Boring & G. Lindzey (Eds.), *A history of psychology in autobiography* (pp. 341–384). Appleton-Century-Crofts.
- Rogers, C. (2002, 16 February). *Your body language speaks loudly: Nonverbal communication makes patient more comfortable*. The American Academy of Orthopaedic Surgeons. <https://www2.aaos.org/acadnews/2002news/b16-7.htm>
- Rogers, C. R. (2014). *Způsob bytí. Klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Portál.
- Ross, S., Cleland, J., & Macleod, M. J. (2006). Stress, debt and undergraduate medical student performance. *Med Educ*, 40(6), 584–589. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02448.x>
- Ross, S., Hauer, K. E., & van Melle, E. (2018). Outcomes are what matter: competency-based medical education gets us to our goal. *MedEdPublish*, 7(2).  
<https://doi.org/10.15694/mep.2018.0000085.1>
- Roter, D. L., Hall, J. A., & Katz, N. R. (1988). Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature. *Patient Education and Counseling*, 12, 99–119.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (1993). *Doctors talking to patient/patients talking to doctors: Improving communication in medical visits*. Auburn House.
- Roter, D. L. (2000). The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Education Council*, 39(1), 5–15. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(99\)00086-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(99)00086-5)
- Roter, D. L., Hall, J. A., & Aoki, Y. (2002). Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*, 288, 756–764.
- Roter, D. L., Hall, J. A., Aoki, Y. (2004). Physician Gender and Patient-Centered Communication: A Critical Review of Empirical Research. *Annual Review of Public Health* 25(1), 497-519. DOI: [10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123134](https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123134)
- Roth, H. (1971). *Pädagogische Anthropologie. Band 2: Entwicklung und Erziehung*. Schroedel.
- Ross, S., Cleland, J., & Macleod, M. J. (2006). Stress, debt and undergraduate medical student performance. *Medicine Education*, 40(6), 584–589.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02448.x>
- Rowe, C. (1995). Clarifying the use of competence and competency models in recruitment, assessment and staff development. *Industrial and Commercial Training*, 27(11), 12–17.
- Rubin, K. H., & Rose-Krasnor, L. (1992). *Interpersonal problem solving and social competence in children*. In V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Perspectives in developmental psychology. Handbook of Social Development: A Lifespan Perspective* (pp. 283–323). Plenum Press.

- Růžičková, K. (2013). *Syndrom vyhoření u studentů Lékařské a Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity* [Diplomová práce]. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
- Řezáč, J. (1998). *Sociální psychologie*. Paido.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. Guilford Press.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1989-1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Sanson-Fisher, R., Cockburn, J. (1997). Effective teaching of communication skills for medical practice: selecting an appropriate clinical context. *Medicine Education*, 31(1), 52–57. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1997.tb00044.x>
- Satterfield, J. M., Spring, B., Brownson, R. C., Mullen, E. J., Newhouse, R. P., Walker, B. B., & Whitlock, E. P. (2009). Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *Milbank Quarterly*, 87(2), 368–390.
- Segrin, C. (1993). Social skills deficits and psychosocial problems: Antecedent, concomitant, or consequent? *Journal of Social & Clinical Psychology*, 12, 336–353.
- Sekimoto, M., Asai, A., Ohnishi, M., Nishigaki, E., Fukui, T., Shimbo, T., & Imanaka, Y. (2004). Patients' preferences for involvement in treatment decision making. *BMC Family Practice*, 1(5), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-5-1>
- Shahid, R., Stirling, J. M., & Adams, W. H. (2017). Assessment of Emotional Intelligence in Pediatric and Med-Peds Residents. *Journal of Contemporary Med. Educ*, 4(4), 153–158.
- Shapiro, D., Tomasa, L., Koff, N. A. (2009). Patients as teachers, medical students as filmmakers: the video slam, a pilot study. *Academic Medicine*, 84(9), 1235–1243. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b18896>
- Sherwood, G., & Drenkard, K. (2007). Quality and safety curricula in nursing education: matching practice realities. *Nursing Outlook*, 55(3), 151–155. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.02.004>
- Schneider, B. H. (1993). *International series in experimental social psychology, Vol. 26. Children's social competence in context: The contributions of family, school and culture*. Pergamon Press.
- Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M., & Dirmaier, J. (2014). An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis. *PLoS ONE*, 9(9), e107828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>
- Silvera, D. H., Martinussen, M., & Dahl, T. I. (2001). The Tromsø Social Intelligence Scale, a self-report measure of social intelligence. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 313–331.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013). *Skills for Communicating with Patients* (3rd ed.). CRC Press Taylor & Francis Group.
- Simpson, J. G., Furnace, J., Crosby, J., Cumming, A. D., Evans, P. A., Friedman, M., Ben David, R. M., Harden, D., Lloyd, D., McKenzie, H., McLachlan, J. C., McPhate, G. F., Percy-Robb, I., W., & Macpherson, S. G. (2002). The Scottish doctor-learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation



- for competent and reflective practitioners. *Medical Teacher*, 24(2), 136–143.  
<http://doi:10.1080/01421590220120713>
- Singh, P., Aulak, D. S., Mangat, S. S., & Aulak, M. S. (2016). Systematic review: Factors contributing to burnout in dentistry. *Occupational Medicine*, 66(1), 27–31.
- Slavík, J., & Siňor, S. (1993). Kompetence učitele v reflektování výuky. *Pedagogika*, 43(2), 155–164.
- Slaměník, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Grada.
- Slepičková, L. (2009). Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, 45(1), 177–203.
- Slepičková, L. (2010). Couples Undergoing Infertility Treatment in the Czech Republic: Broad Range of Possibilities in a Traditional Milieu. *Social Theory and Health*, 8(2), 151–174.
- Slepičková, L., & Šmídová, I. (2014). Postoje českých lékařů k medicíně a ke změnám v praxi reprodukční medicíny. *SDA Info*, 8(1), 63–93.
- Smékal, V. (1995). *Sociální kompetence (Sociálně psychologická způsobilost) a její rozvíjení*. Psychologický ústav FF MU.
- Smékalová, E., & Palová, K. (2016). Sociálně-emocionální učení na českých školách a preventivní program Druhý krok. *Adiktologie*, 16(3), 246–254.
- Smith, R. C., Fortin, A. H., Dwamena, F., & Frankel, R. M. (2013). An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Education and Counseling*, 91, 265–270.
- Sněhotová, J. (2010). *Personálně-psychologická diagnostika dotazníkem typologie osobnosti GPOP* [Diplomová práce]. Katedra psychologie FF UK v Praze.
- Snowdon, D. A., Leggat, S. G. & Taylor, N. F. (2017). Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 17, 786.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>
- Sommerhalder, K., Abraham, A., Zufferey, M. C., & Barth, J. (2009). Internet Information and Medical Consultations: Experiences from Patients' and Physicians' Perspectives. *Patient Education and Counseling*, 77(2), 266–271.  
<http://doi.org/10.1016/j.pec.2009.03.028>
- Spilková, V. (2004). *Současné proměny vzdělávání učitelů*. Paido.
- Spitzberg, B. H., & Cupach, W. R. (1989). *Handbook of interpersonal competence research*. Springer-Verlag.
- Spector, P. E., & Johnson, H. M. (2006). Improving the definition, measurement, and application of emotional intelligence. In K. R. Murphy (Ed.), *A critique of emotional intelligence: what are the problems and how can they be fixed?* (pp. 325–344). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Spence, S. H. (1983). Teaching social skills to children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24(4), 621–627. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1983.tb00138.x>
- Spencer, L. M. Jr., & Spencer, S. M. (1993). *Competence at work: Models for superior performance*. John Wiley & Sons.

- Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., & Freeman, T. (1995). *Patient-centred medicine: transforming the clinical method*. Sage.
- Stevenson, F. A. et al. (2000). Doctor-patient communication for shared decision making. *Social Science & Medicine*, 50, 829–840.
- Stimson, G., & Webb, B. (1975). *Going to see the doctor*. Routledge and Kegan Paul.
- Stilwell, N. A., Wallick, M. M., Thal, S. E., & Burleson, J. A. (2000). Myers-Briggs type and medical specialty choice: a new look at an old question. *Teaching and Learning in Medicine*, 12(1), 14–20.  
[https://doi.org/10.1207/S15328015TLM1201\\_3](https://doi.org/10.1207/S15328015TLM1201_3)
- Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Albert.
- Stratton, T. D., Saunders, J. A., & Elam, C. L. (2008). Changes in medical students' emotional intelligence: an exploratory study. *Teaching and Learning in Medicine*, 20(3), 279–284. <https://doi.org/10.1080/10401330802199625>
- Stump, K. N., Ratliff, J. M., Wu, Y. P., & Hawley, P. H. (2009). Theories of social competence from the Top-Down to the Bottom-up: A case for considering foundational human needs. In J. L. Matson (Ed.), *Social behavior and skills in children* (p. 23). Springer.
- Subramanian, A., Timberlake, M., Mittakanti, H., Lara, M., & Brandt, M. L. (2012). Novel educational approach for medical students: improved retention rates using interactive medical software compared with traditional lecture-based format. *Journal of Surgical Education*, 69(2), 253–256.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2011.12.007>
- Swami, M. K., Mathur, D. M., & Pushp, B. K. (2013). Emotional intelligence, perceived stress and burnout among resident doctors: an assessment of the relationship. *The National Medical Journal of India*, 26(4), 210–213.
- Škrla, P., & Škrlová, M. (2008). *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Grada.
- Šmídová, I. (2008). Otcovství u porodu: re-konstrukce genderových vztahů v rodině. *Sociální studia*, 5(1), 11–34.
- Šmídová, I., Šlesingerová, E., & Slepíčková, L. (2015). *Games of Life. Czech Reproductive Biomedicine. Sociological Perspectives*. Masarykova univerzita.
- Švaříček, R. et al. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.
- Švec, V. (1999). *Pedagogická příprava budoucích učitelů: problémy a inspirace*. Paido.
- Švec, V. et al. (2002). *Cesty k učitelské profesi: utváření a rozvíjení pedagogických dovedností*. Paido.
- Takács L., Kodyšová E., Kejřová K., & Bartošová M. (2011). Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky. *Psychologie pro praxi*, 46, 9–23.
- Takács, L., & Seidlerová, J. (2012). *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví*. FFUK.
- Takács, L., & Seidlerová, J. (2013) Psychosociální klima porodnice očima rodiček I. Výsledky celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček. *Česká gynekologie*, 78(2), 157–168.

- Takács, L., & Seidlerová, J. (2013). Psychosociální klima porodnice očima rodiček II. Prediktory spokojenosti s perinatální péčí v České republice. *Česká gynekologie*, 78(3), 269–275.
- Takács, L., Sobotková, D., & Šulová, L. (2015). *Psychologie v perinatální péči*. Grada.
- Taylor, C. A., Farver, C. F., & Stoller, J. K. (2011). Perspective: Can emotional intelligence training serve as an alternative approach to teaching professionalism to residents? *Academic Medicine*, 86(12), 1551–1554.
- Thompson, H. L. (2006). Exploring the Interface of the Type and Emotional Intelligence Landscapes. *Bulletin of Psychological Type*, 29(3), 14–19.
- Thompson A., Gordon, D., Frank, J. R., ten Cate, O. (2010). Competency-based postgraduate education: theory to practice. *Medical Teacher*, 32, 638–645
- Thorndike, E. (1920). A Constant Error in Psychological Ratings. *Journal of Applied Psychology*, 4, 25–29. <http://dx.doi.org/10.1037/h0071663>
- Tiwari, A., Lai, P., So, M., & Yuen, K. A. (2006). Comparison of the effects of problem-based learning and lecturing on the development of students' critical thinking. *Med Educ*, 40(6), 547–554. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02481.x>
- Tomová, Š. (2016). *Didaktika komunikační přípravy studentů všeobecného lékařství* [Disertační práce]. FFUK.
- Torrey, E. F. (2013). Review of Against autonomy: Justifying coercive paternalism [Review of the book *Against autonomy: Justifying coercive paternalism*, by S. Conly]. *Psychiatric Services*, 64(8), e2. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.640803>
- Torrington, A. (2001). *Relationship between the Bar-On Emotional Quotient Inventory and the Myers-Briggs Type Indicator: Technical Report #0018*. Multi-Health Systems.
- Townsend, A., Leese, J., Adam, P., McDonald, M., Li, L. C., Kerr, S., & Backman, C. L. (2015). eHealth, Participatory Medicine, and Ethical Care: A Focus Group Study of Patients' and Health Care Providers' Use of Health-Related Internet Information. *J Med Internet Res*, 17(6), e155. <https://doi.org/10.2196/jmir.3792>
- Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C., & Williams, A. (1985). *Meetings between experts. An Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations*. Tavistock.
- Tureckiová, M. (2009). *Rozvoj a řízení lidských zdrojů*. UJAK v Praze.
- Tureckiová, M. (2014). *Aplikace kompetenčního přístupu v terciárním vzdělávání*. MÚVS, ČVUT.
- Tureckiová, M., & Veteška, J. (2011). Význam kvalifikací a kompetencí v profesním vzdělávání dospělých. In T. Janík, P. Knecht, & S. Šebestová (Eds.), *Směšený design v pedagogickém výzkumu: Sborník příspěvků z 19. výroční konference České asociace pedagogického výzkumu* (pp. 62–67). Masarykova univerzita.
- Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Karolinum.
- Valenta, J. (2006). *Osobnostní a sociální výchova a její cesty k žákovi*. Aisis.
- Vališová, A. (2004). *Historie a perspektivy didaktického myšlení*. Karolinum.

- Van der Feltz-Cornelis, C. M., Van Oppen, P., Van Marwijk, H. W., De Beurs, E., & Van Dyck, R. (2016). A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry, 26*(2), 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2003.08.010>
- Vašutová, J. (2001). *Kompetence v teorii a praxi učitelské profese*. Paido.
- Vašutová, J. (2004). *Profese učitele v českém vzdělávacím kontextu*. Paido.
- Vecánová, J. (2019). *Psychologické aspekty komunikace mezi lékařem a pacientem v kontextu poskytované péče* [Diplomová práce]. FFUK.
- Venglářová, M. et al. (2011). *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Grada.
- Venglářová, M. et al. (2013). *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Grada.
- Verlander, G. (2004). Female Physicians: Balancing Career and Family. *Academic Psychiatry, 28*, 331–336.
- Vernon, P. E. (1933). Some characteristics of the good judge of personality. *Journal of Social Psychology, 4*(1), 42–57. <https://doi.org/10.1080/00224545.1933.9921556>
- Veteška, J., & Tureckiová, M. (2008). *Kompetence ve vzdělávání*. Grada.
- Veteška, J. et al. (2009). *Nové paradigma v kurikulu vzdělávání dospělých*. Educa Service.
- Veteška, J. (2010). *Kompetence ve vzdělávání dospělých – pedagogické, andragogické a sociální aspekty*. UJAK v Praze.
- Vlčková, K. (2011). Smíšený výzkum: Jedná se o nové a závažné téma? In T. Janík, P. Knecht, & S. Šebestová (Eds.), *Smíšený design v pedagogickém výzkumu: Sborník příspěvků z 19. výroční konference České asociace pedagogického výzkumu* (pp. 1–6). Masarykova univerzita.
- Vlčková, K., & Lojdová, K. (2016). Když čísla a slova spolupracují: smíšený design v ukázkách z výzkumu moci ve školní třídě. *Pedagogická orientace: odborný čtvrtletník a zpravodaj České pedagogické společnosti, 26*(3), 482–511.
- Von Thun, F. S. (2005). *Jak spolu komunikujeme?* Grada.
- Vosečková, A., & Hrstka, Z. (2010). Využití přístupu zaměřeného na studenta ve výuce psychologie zdraví. *Vojenské zdravotnické listy, 79*(4), 167–172.
- Vybíral, Z. (2005). *Psychologie komunikace*. Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Portál.
- Výrost, J., & Slaměník, I. (1998). *Aplikovaná sociální psychologie*. Portál.
- Výrost, J., & Slaměník, I. (Eds.). (2008). *Sociální psychologie*. Grada.
- Wagnerová, I. (2013). Dotazník typologie osobnosti – GPOP (Golden Profiler of Personality). *Psychologie pro praxi, 1-2*, 77–82.
- Waters, E., & Sroufe, L. A. (1983). Social competence as a developmental construct. *Developmental Review, 3*, 79–97.
- Watzlawick, P., Bavelasová, J. B., & Jackson, D. D. (2000). *Pragmatika lidské komunikace*. Konfrontace.

- Warde, C., Allen, W., & Gelberg L. (1996). Physician role conflict and resulting career changes: gender and generational differences. *Journal of General Internal Medicine*, *11*, 729–735.
- Warschkow, R., Steffen, T., Spillmann, M., Kolb, W., Lange, J., & Tarantino, I. A. (2010). Comparative cross-sectional study of personality traits in internists and surgeons. *Surgery*, *148*(5), 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2010.03.001>
- Weger, H. Jr., Bell, G. C., Minei, E. M., & Robinson, M. C. (2014). The Relative Effectiveness of Active Listening in Initial Interactions. *International Journal of Listening*, *28*(1), 13–31. <http://dx.doi.org/10.1080/10904018.2013.813234>
- Weinert, F. E. (1999). Concepts of Competence. In *OECD Project Definition and Selection of Competencies: Theoretical and Conceptual Foundations (DeSeCo)* (pp. 3–34). Bundesamt für Statistik.
- Weinert, F. E. (2001). Concept of competence: A conceptual clarification. In D. S. Rychen & L. H. Salganik (Eds.), *Defining and selecting key competencies* (pp. 45–65). Hogrefe & Huber Publishers.
- Weiss, P. et al. (2011). *Etické otázky v psychologii*. Portál.
- Weng, H., Chen, H., Chen, H., Lu, K. & Hung, S. (2008) Doctors' emotional intelligence and the patient–doctor relationship. *Medical Education*, *42*, 703–711.
- Weng, H. C., Hung, C. M., Liu, Y. T., Cheng, Y. J., Yen, C. Y., Chang, C. C., & Huang, C. K. (2011). Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Medical Education*, *45*(8), 835–842. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.03985.x>
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological review*, *66*, 297–333.
- Wiederhold, B. K., Cipresso, P., Pizzioli, D., Wiederhold, M., & Riva, G. (2018). Intervention for physician burnout: A systematic review. *Open Medicine*. *13*(1), 253–263. <https://doi.org/10.1515/med-2018-0039>
- Wine, J. D., & Smye, M. D. (Eds.). (1981). *Social competence*. Guilford Press.
- Winefeld, H., Murrell, T., Clifford, J., & Farmer, E. (1996). The search for reliable and valid measures of patient-centredness. *Psychology and Health*, *11*, 811–824.
- Winnick, T. A. (2004). Delivery: Gender and the Language of Birth. *Advances in Gender Research*, *8*, 51–85.
- Wong, R. W., & Lochnan, H. A. (2009). A web-based simulation of a longitudinal clinic used in a 4 week ambulatory rotation: a cohort study. *BMC Medical Education*, *9*(8). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-9-8>
- Woodall, J., & Winstanley, D. (1998). *Management Development: Strategy and Practice*. Blackwell Publishers.
- Woodruffe, C. (1991). What is meant by competency? *Leadership & Organisational Development Journal*, *14*(1), 22–33.
- Yang, C., Richard, G., & Durkin, M. (2016). The association between Myers-Briggs Type Indicator and Psychiatry as the specialty choice. *International Journal of Medical Education*, *7*, 48–51. <https://doi.org/10.5116/ijme.5698.e2cd>

- Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie*. Grada.
- Zamykalová, L. (2003). Kdo smí participovat na asistované reprodukci. *Biograf*, (31), 26–50.
- Zandbelt, L. C., Smets, E. M., Oort, F. J., Godfried, M. H., & de Haes, H. C. (2006). Determinants of physicians' patient-centred behaviour in the medical specialist encounter. *Social Science & Medicine*, 63(4), 899–910. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.024>
- Zášková, H., & Mlčák, Z. (2009). *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Triton.
- Zigler, E. (1973). Project Head Start: Success or failure? *Learning*, 1, 43–47.
- Zinski, A., Blackwell, K., Belue, F. M., & Brooks, W. S. (2017). Is lecture dead? A preliminary study of medical students evaluation of teaching methods in the preclinical curriculum. *International Journal of Medical Education*, 8, 326–323. <https://doi.org/10.5116/ijme.59b9.5f40>
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, 20(4), 487–504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>

## 10 Seznam obrázků

Obrázek 1 Model složek kompetence .....	14
Obrázek 2 Dualita potenciálu a výkonu.....	15
Obrázek 3 Hierarchický model kompetence.....	15
Obrázek 4 Calgary-Cambridge model rozhovoru.....	69
Obrázek 5 Průnik jádrových kompetencí pro zdravotníky .....	73
Obrázek 6 Koncept kompetence .....	97
Obrázek 7 Zkoumané vztahy .....	100
Obrázek 8 Schéma výzkumné strategie .....	102
Obrázek 9 Intrapersonální kompetence a její subkategorie z pohledu porodníka a z pohledu rodičky .....	137
Obrázek 10 Emocionální kompetence a její subkategorie z pohledu porodníka a z pohledu rodičky .....	140
Obrázek 11 Interpersonální kompetence a její subkategorie z pohledu porodníka a z pohledu rodičky.....	143
Obrázek 12 Komunikační kompetence a její subkategorie z pohledu porodníka a z pohledu rodičky .....	146
Obrázek 13 Faktory ovlivňující sociální kompetence porodníka .....	158
Obrázek 14 Přehled korelací mezi škálami dotazníku GPOP a ISK .....	197
Obrázek 15 Možnosti rozvoje sociálních kompetencí v rámci studia i praxe ...	224

## 11 Seznam grafů

Graf 1 Charakteristika vzorku dle porodnic .....	125
Graf 2 Přehled zastoupení kognitivních stylů porodníků .....	173



## 12 Seznam tabulek

Tabulka 1 Přehled modelů Emoční inteligence .....	21
Tabulka 2 Přehled vybraných testových metod pro měření sociální a emoční inteligence.....	26
Tabulka 3 Přehled vybraných standardizovaných dotazníků měřících sociální kompetence .....	27
Tabulka 4 Přehled vybraných sebesuzovacích metod měřících sociální kompetence .....	28
Tabulka 5 Přehled vybraných sebesuzovacích metod měřících empatii .....	30
Tabulka 6 Rozdíly medicínského vzdělávání založeného na kompetencích a tradičního medicínského vzdělávání.....	83
Tabulka 7 Časový průběh výzkumu .....	104
Tabulka 8 Přehled osobnostních typů.....	117
Tabulka 9 Přehled informantů - porodníků .....	122
Tabulka 10 Přehled informantek – žen - rodiček.....	123
Tabulka 11 Charakteristika vzorku dle pohlaví respondentů .....	125
Tabulka 12 Charakteristika vzorku dle pracovního zařazení.....	125
Tabulka 13 Charakteristika vzorku dle věku respondentů.....	125
Tabulka 14 Přehled vnímání jednotlivých kompetencí z pohledu porodníka a z pohledu rodičky .....	147
Tabulka 15 Rozdíly ve vnímání sociálních kompetencí porodníků z pohledu porodníků a z pohledu žen rodiček .....	165
Tabulka 16 Rozložení základních preferencí u porodníků .....	170
Tabulka 17 Preference osobnostních typů u porodníků .....	175
Tabulka 18 Vzorek porodníků – nejvyšší hodnoty .....	176
Tabulka 19 Vzorek porodníků – nejnižší hodnoty .....	176
Tabulka 20 Sekundární škály – standardní skóre .....	176
Tabulka 21 Sekundární škály ISK a jejich korelace s ESTJA dimenzí.....	181
Tabulka 22 Sekundární škály ISK a jejich korelace s INFPG dimenzí.....	181
Tabulka 23 Primární škály sociální orientace a jejich korelace s globální škálou T/F.....	182
Tabulka 24 Primární škály Sociální orientace a jejich korelace se subškálami Myšlení .....	182

Tabulka 25 Primární škály Sociální orientace a jejich korelace se subškálami Cítění.....	183
Tabulka 26 Primární škály Ofenzivity a jejich korelace s globální škálou E/I..	184
Tabulka 27 Primární škály Ofenzivity a jejich korelace s globální škálou A/G	184
Tabulka 28 Primární škály Ofenzivity a jejich korelace se subškálami Napětí	184
Tabulka 29 Primární škály Ofenzivity a jejich korelace se subškálami Uvolnění	185
Tabulka 30 Primární škály Ofenzivity a jejich korelace s globální škálou S/N.	185
Tabulka 31 Primární škály Sebeovládání a jejich korelace s globální škálou A/G.....	185
Tabulka 32 Primární škály Sebeovládání a jejich korelace se subškálami Napětí	186
Tabulka 33 Primární škály Sebeovládání a jejich korelace se subškálami Uvolnění.....	186
Tabulka 34 Primární škály Sebeovládání a jejich korelace se subškálami Orientace na rozhodování.....	187
Tabulka 35 Primární škály Sebeovládání a jejich korelace se subškálami Orientace na vnímání .....	187
Tabulka 36 Primární škály Reflexibility a jejich korelace se subškálami Napětí	188
Tabulka 37 Primární škály Reflexibility a jejich korelace se subškálami Uvolnění.....	188
Tabulka 38 Korelace kognitivních stylů a sekundárních sociálních kompetencí	189
Tabulka 39 Korelace primárních škál Sociální orientace a kognitivního stylu NF.....	189
Tabulka 40 Korelace primárních škál Sociální orientace a kognitivního stylu ST.....	190
Tabulka 41 Silné a slabé stránky porodníka z hlediska osobnostních vlastností dle GPOP .....	195
Tabulka 42 Silné a stránky porodníka z hlediska sociálních kompetencí .....	196
Tabulka 43 Přehled zahraničních kompetenčních modelů ve srovnání s výsledky vlastního výzkumu.....	202

## 13 Seznam zkratek

AC: Assessment Centre  
ACGME: Accreditation Council for Graduate Medical Education  
AMEE: The Association for Medical Education in Europe  
CanMEDS: Canadian Medical Education Directives for Specialists  
CASEL: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning  
CBE: Competency Based Education, Vzdělávání založené na kompetencích  
**CBL**: Case Based Learning  
CBME: Competency Based medical Education  
CBMT: Competency Based Medical Training, Medicínský výcvik založený na kompetencích  
COPA: Competency Outcomes and Performance Assessment  
CVVM: Centrum veřejného mínění  
EBM: Evidence Based Medicine, medicína založená na důkazech  
EI: Emoční inteligence  
EPA: Entrustable Professional Activities  
EQ-i: Inventář emočního kvocientu  
FG: Focus Group, fokusní skupina  
GMC: General Medical Council  
GMP: Good Medical Practise  
GPOP: Golden Profiles of Personality  
GPTP™: Golden Personality Type Profiler  
HTS: Hogrefe Test System  
iNACOL: Mezinárodní asociace online vzdělávání  
IOM: Institut of Medicine  
IPVZ: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví  
ISK: Inventář sociálních kompetencí  
JSPE: Jefferson Scale Physician Empathy  
LF MU: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity  
LF UP: Lékařská fakulta Univerzity Palackého  
LF UK: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy  
LMI: Dotazník motivace k výkonu  
MBTI: Myers Briggs Type Indicator  
MEFANET: Medical Faculties Network  
NEO-PI-3: Osobnostní Inventář  
OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development, Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj  
PAL: Peer asistované učení  
PBL: Problem-Based Learning, Problémové učení  
PCA: Person Centered Approach, Přístup zaměřený na člověka  
PCC: Patient Centre Care, Péče zaměřená na pacienta  
PPS: Pokročilé patientské simulátory  
QSEN: Quality and Safety Education for Nurses  
RVP: Rámcový vzdělávací plán  
SBL: Simulation Based Learning, Učení založené na simulaci  
SC: Sectio Caesarea, císařský řez  
SCL: Student Centre Learning, Učení zaměřené na studenta  
SCT: Student Centre Teaching, Na studenta orientované učení

SIMU: Simulační centrum Masarykovy Univerzity  
SK: Sociální kompetence  
SP: Standardized Patient, Standardizovaný pacient  
TBL: Team-Based Learning, Týmové učení  
TEIQue: Dotazník rysové emoční inteligence  
TEIQue-SF: Dotazník rysové emoční inteligence  
TELSON: Problem-based and Team-based Learning Strategies  
ÚZIS: Ústav zdravotnických informací a statistiky

