

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

TEZE DISERTAČNÍ PRÁCE

2021

LENKA EMROVÁ

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

TEZE DISERTAČNÍ PRÁCE

Sociální a osobnostní kompetence lékaře – porodníka a možnosti jejich
rozvoje

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

PhDr. Lenka Emrová

Školitelka: PhDr. Iva Štětovská, PhD.

Studijní program: Sociální psychologie

Studijní obor: Sociální psychologie

2021

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 4 |
| 1 Teoretická východiska..... | 6 |
| 1.1 Kompetence a sociální kompetence..... | 6 |
| 1.2 Sociální kompetence lékaře..... | 7 |
| 1.3 Personalizované vzdělávání..... | 9 |
| 2 Metodologie..... | 12 |
| 2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky..... | 12 |
| 2.2 Metody sběru dat..... | 14 |
| 2.3 Zkoumaný vzorek..... | 15 |
| 3 Shrnutí výzkumných zjištění..... | 17 |
| 3.1 Shrnutí výsledků v kvalitativní části práce..... | 17 |
| 3.2 Shrnutí výsledků v kvantitativní části práce..... | 19 |
| 4 Závěry a doporučení..... | 22 |
| 5 Seznam použité literatury:..... | 24 |

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, dualismu duše a těla a poskytování medicínských intervencí.

Tématu kompetencí a sociálních kompetencí je v České republice věnována 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; CANMED, 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, ale také z pohledu žen-rodíček 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 a způsoby 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 profesní a osobní zkušenosti autorky, tak výzkumy, které již v této oblasti byly publikovány. 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 2011-2013 v rámci kvantitativních průzkumů. Pohledu lékařů na vlastní psychosociální kompetence dosud nebyla v české literatuře věnována dostatečná pozornost, ačkoli je to téma aktuální a společensky přínosné.

Téma Osobnostních a sociálních kompetencí lékaře je řešeno jako interdisciplinární problém. Sociální kompetence lékaře 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.

1 Teoretická východiska

Obsah teoretické části je zaměřen na objasnění pojmů: kompetence a 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.

1.1 *Kompetence a sociální kompetence*

Pojem **kompetence a sociální kompetence** je v posledních desetiletích velmi oblíbeným konceptem, avšak panuje nejednotnost jak v oblasti definování, tak v oblasti obsahu i měření, které vedou k nedorozuměním a zmatkům (Armstrong, 2015; Arghode, 2013; Bayer et al, 2012; Boon & Klink, 2003; Hartig et al., 2008; Janík, 2005; Koubek, 2009; Lang, 2010; Le Deist & Winterton, 2005; Monnier, 2015; Weinert, 2001). Přesto je tento koncept považován za užitečný, neboť je zaměřen na možnosti změny a růstu (Wine & Smye, 1981) a umožňuje koordinovat systém vzdělávání s požadavky trhu práce (Tureckiová & Veteška 2008; Hroník, 2007).

V této práci je 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. Z hlediska této definice sociálně kompetentní lékař dosahuje vlastních cílů v souladu s vlastními a profesními potřebami, hodnotami a zájmy se zřetelem na cíle, potřeby a psychologický a sociální kontext pacientů.** V souladu s Kanningem (2017) je 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). Z uvedeného vyplývá, že

kompetence jsou **kontextově závislé**. Dalšími vlastnostmi jsou **nedělitelnost** (vzájemná propojenost a podmíněnost), **schopnost změny**, tedy **naučitelnost**, a **měřitelnost**, protože jsou viditelné, projevují se v chování (Tureckiová & Veteška, 2008; Weinert, 2001).

V České republice existuje velké množství prací, které jsou zaměřeny na kompetence u různých profesí, zvláště učitelů (Gillernová et al., 1992; Janík et al. 2005, 2013; Spilková, 2004; Švec 1999; Vašutová, 2001, 2004; Vyskočilová, 1987) a manažerů (Bartoňková, 2010; Hroník, 2007; Kubeš et al., 2004; Plamínek, 2005; Tureckiová & Veteška, 2008). Kompetence jsou rozpracovány v rámci rámcových vzdělávacích plánů pro jednotlivé stupně škol. V oblasti zdravotnictví takové práce neexistují, nejvíce je rozpracována oblast komunikace lékaře s pacientem (Honzák, 1999; Janáčková & Weiss, 2008; Linhartová, 2006; Ptáček et al., 2011; Zacharová et al., 2007).

V zahraničí (především v USA, Velké Británii a Austrálii) existují organizace, které se zabývají kompetencemi a kompetenčními modely pro zdravotnické pracovníky, sestry a lékaře (Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME, 2001, USA; CANMED, 2005; General Medical Council, Good Medical Practice, GMC 2007). Rovněž se hojně diskutuje mezi pedagogy zdravotnických profesí v západním světě medicínské vzdělávání založené na kompetencích (CBME). Svědčí o tom zasedání na významných mezinárodních konferencích (Frank et al., 2010b; Frank & Snell 2010; Thompson et al., 2009) inovativní pilotní projekty (Kraemer, 2010) a rostoucí počet klíčových publikací v lékařských vzdělávacích časopisech (Carraccio et al., 2002; Harden, 1999; Long, 2000).

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.

1.2 Sociální kompetence lékaře

V medicíně obecně se již dlouhodobě prosazuje **partnerský model vztahu lékař-pacient**, který vychází z **péče zaměřené na pacienta (člověka)** a z **biopsychosociálního modelu**. Tyto koncepty mají kořeny v pracích C. R. Rogerse (Person

– Centered Approach, dále jen PCA, 1949, 1967) a Michaela a Edith Balintových (Patient Centered Approach, dále jen PCC, 1969) a G. Engela a stávají se podkladem pro kompetenční modely v zahraničí jak pro lékaře, tak pro sestry, jejichž cílem je zvýšit kvalitu péče a bezpečnost pacientů. Výše uvedení autoři zdůrazňují jak význam osoby lékaře (terapeuta, učitele...), tak význam osoby pacienta (klienta, dítěte...), stejně tak komplexní pohled na zdraví a nemoc. V současné době existuje velké množství konceptualizací péče zaměřené na pacienta. Meadová a Bower (2000) na základě rešerše literatury identifikovali 5 koncepčních dimenzí péče zaměřené na pacienta, které odlišují tento přístup od konvenčního biomedicínského modelu, kterými jsou biopsychosociální perspektiva; vnímání pacienta jako „osoby“; vzájemné sdílení moci a odpovědnosti; terapeutická aliance a vnímání lékaře jako „osoby“.

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

Interpersonální kompetence: lékař/ka – porodník si je vědom/a své vlastní hodnoty; schopný/á realisticky posuzovat sám sebe, vědom/a si svých limitů, ochoten/na se dále rozvíjet, pomáhá rozvíjet se druhým. Je svým vlastním manažerem, plánovitě, se zaměřením na cíl uplatňuje svoje odborné znalosti; je schopen/na hledat tvořivá řešení; dávat věci do kontextu, poznávat souvislosti; zvažovat šance a rizika; je motivovaný/á, dokáže relaxovat, oddělit práci a osobní život, čelit náročným situacím a stresu.

Emocionální kompetence: lékař/ka – porodník je schopen vnímat a rozumět vlastním emocím a emocím druhých, dokáže je regulovat a kultivovat, orientuje se v komplexních vztahových situacích a adekvátně je řeší, je schopen/na posoudit, jaké řešení je v dané situaci správné, a tato etická hlediska zohlednit ve svém jednání

Intrapersonální kompetence: lékař/ka – porodník je schopen/na vnímat sociální situace a vstupovat do nich bez předsudků; budovat a pečovat o vztahy, respektovat

odlišnosti, schopen/na týmové práce a sociální odpovědnosti, umí zvládat sociální konflikty, ale také je ochoten a schopen jít do konfliktu a umí ho zvládnout.

Komunikační kompetence: lékař/ka – porodník dokáže sdělovat informace srozumitelným a přiměřeným způsobem, dává prostor pro otázky, zjišťuje informace; aktivně naslouchá, reflektuje emoce na druhé straně, umí vyjádřit porozumění a pochopení; ověřuje si porozumění pacientem; umí vést dialog a zná strukturu rozhovoru; ví, jak dosáhnout oboustranně výhodné dohody, vyvaruje se komunikačním blokům, zabraňuje, případně efektivně zvládá konflikt; účelně využívá neverbální komunikace.

1.3 Personalizované vzdělávání

V oblasti vzdělávání, zvláště pak primárního a sekundárního se již dlouhodobě prosazuje facilitované kooperativní učení a **vzdělávání založené na kompetencích**. I v rámci terciárního vzdělávání probíhá v posledních letech zvláště pak v západním světě transformace paradigmatu „zaměřeného na učitele“ k paradigmatu „zaměřenému na studenta“ (Boloňská deklarace, Národní strategie pro vysokoškolské vzdělávání do roku 2030, European Higher Education Area). V západním světě se „kompetence“ staly jednotkou plánování lékařského vzdělávání v mnoha jurisdikcích (Albanese et al. 2008; Leung 2002) a tvoří základ školení pro většinu studentů medicíny (CBME, Competency Based Medical Education nebo CBMT, Competency Based Medical Training). CBME je nyní zakořeněno v lékařském vzdělávání v Kanadě, Spojených státech a částech Evropy a Spojeného království. CBME je založeno na čtyřech základních tezí přístupu k učení, v jehož centru stojí student. Učení je personalizované, je založené na kompetencích, probíhá kdekoli a kdykoli a studenti si sami řídí své učení (Frank et al., 2010b).

V posledních letech se i v České republice rozvíjí tzv. „učení zaměřené na studenta“ (dále SCL) v kontextu myšlenek C. R. Rogerse (Bendová □ Bouček, 2007; Dufek □ Kulíšková, 2003; Vosečková □ Hrstka). Dle SCL se má výuka 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 (Rogers, 2014, s. 201).

Postupně ve světě, ale i v ČR tak vznikají projekty, které inovují klinickou fázi studia medicíny s cílem vnést do výuky mediků interaktivní metody, např. virtuální pacienty, kazuistickou výuku, týmové či problémové učení (TBL a PBL). Od roku 2007 existuje projekt MEFANET, zaměřený na budování a posílení spolupráce lékařských fakult ČR při rozvoji výuky lékařských a zdravotnických oborů moderními informačními a komunikačními technologiemi. V rámci tohoto projektu vzniká celá řada dílčích projektů: projekt TELSON, který se zaměřil na inovaci výuky a učení pomocí PBL a TBL nebo projekt CROESUS, což je soubor interaktivních scénářů ve formě větvených virtuálních pacientů napříč odbornostmi.

Součástí teoretické části disertační práce byla i analýza studijních plánů jednotlivých lékařských fakult v České republice, která ukazuje, že na všech lékařských fakultách je zastoupena výuka Lékařské psychologie v povinném kmeni. Fakulty se pak liší rozsahem předmětu od čtyřsemestrální výuky na 3. LFUK 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 LFUP v Olomouci nabízejí dva povinné předměty. Po analýze sylabů jednotlivých předmětů bylo zjištěno, že v rámci povinných předmětů je na všech fakultách (vyjma 2. LFUK) 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 komunikační dovednosti; psychosomatickou medicínu, kde si studenti uvědomují bio-psycho-sociální aspekty nemoci a nemocného; psychoterapii, kde se studenti seznamují nejen s psychoterapeutickými směry, ale také s psychoterapeutickými metodami a postupy; 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 sebezpřijetí, respektování svých silných i slabých stránek a naslouchání druhým. V předmětech zaměřených na redukcii stresu si studenti osvojují přístupy a techniky, které pomohou zvýšit jejich vlastní odolnost vůči stresu. V posledních letech je pozornost věnována i předmětu Paliativní péče, kde se studenti učí znát zásady péče o pacienty s nevléčitelnou nemocí a jejich rodinami, včetně vedení emočně podpůrných rozhovorů. Lékařská fakulta MU 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. Přesto řada prací (Růžičková, 2013, Tomová, 2016, Vecánová, 2019) poukazuje na to, současná výuka mediků je stále více zaměřená na rozvoj kognitivních stránek, převažuje frontální výuka, autoritativní řízení studentů, jejich pasivní role, atmosféra soupeření a strachu z neúspěchu.

2 Metodologie

Základním filosofickým východiskem disertační práce je fenomenologie a hermeneutika. Předmětem zkoumání 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. 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.

2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem empirické části disertační práce bylo co nejkomplexněji prozkoumat a popsat zkoumaný jev, kterým jsou osobnostní a sociální kompetence lékaře-porodníka a zjistit, zda existují vztahy mezi osobnostními preferencemi porodníků a jejich sociálními kompetencemi. Na základě zjištění navrhnout možnosti rozvoje sociálních kompetencí porodníků vycházející ze zjištěných potřeb a osobnostních preferencí.

Z tohoto cíle vyplynula hlavní výzkumná otázka:

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

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. **Cílem první kvalitativní fáze výzkumu** bylo získat pohled současných

porodníků a současných rodiček na vnímané sociální kompetence gynekologů/porodníků.

Z tohoto cíle vyplynula specifická výzkumná otázka pro tuto část výzkumu:

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

Z této otázky vycházely dílčí výzkumné otázky:

- *Jak si představují porodníci a ženy-rodičky kompetentního lékaře?*
- *Co je obsahem vnímání sociální kompetence z pohledu porodníka a z pohledu ženy-rodičky?*
- *Jaké jsou rozdíly ve vnímání sociální kompetence z pohledu porodníka a z pohledu ženy-rodičky?*

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 lékařů – porodníků pomocí Inventáře sociálních kompetencí (ISK) a prozkoumat, zda existuje vztah mezi osobnostními preferencemi a sociálními kompetencemi.

Z těchto cílů vyplynula specifická výzkumná otázka pro tuto část výzkumu:

Které sociální kompetence jsou více a které méně spjatý s osobnostními preferencemi a do jaké míry je pak možné pomocí osobnostních preferencí predikovat sociální kompetence?

Z této specifické výzkumné otázky vycházely další dílčí výzkumné otázky a pracovní hypotézy:

- *Existují rozdíly v osobnostních preferencích porodníků ve srovnání s normou?*
- *Existují rozdíly ve struktuře sociálních kompetencí porodníků ve srovnání s normou?*
- *Existují rozdíly ve struktuře sociálních kompetencí porodníků v závislosti na věku a pohlaví?*

- *Které sociální kompetence jsou nejvíce a které nejméně spjaté s osobnostními preferencemi?*
- *Do jaké míry mohou osobnostní charakteristiky predikovat sociální kompetence?*

2.2 Metody sběru dat

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).

Kvalitativní část výzkumu využívala kvalitativního výzkumného plánu postaveného na metodě **ohniskových skupin s lékaři-porodníky** (6 skupin) a **semistrukturovaných rozhovorech s rodičkami** (18 rozhovorů).

Výběr metody ohniskových skupin vycházel z předpokladu, který potvrzují např. Goldman (1962) nebo Hess (1968), že skupiny mohou profitovat ze synergie při generování myšlenek, produkují tudíž širší spektrum myšlenek a zároveň i kvalitativně odlišných, než individuální rozhovory.

Důvodem k výběru semistrukturovaného rozhovoru bylo zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě, získat co nejdetailnější zkušenosti, představy a názory žen. Dalším důvodem byla jeho flexibilita, kterou Miovský (2006, s. 158–159) považuje za hlavní výhodu tohoto rozhovoru.

Těžiště výzkumného plánu kvantitativní části bylo v měření a popisu. Ferjenčík (2000, s. 112) označuje tento plán jako vzorkový přehled, který je určen pro popis, orientaci a klasifikaci zkoumaných jevů. Byly zvoleny dva sebesposuzovací dotazníky: osobnostní dotazník Golden Profiles of Personality (GPOP), jehož cílem bylo zjistit, jaké jsou převažující osobnostní preference lékaře-porodníka a Inventář sociálních kompetencí (ISK), jehož cílem bylo zjistit strukturu sociálních kompetencí u zkoumaného vzorku.

V souladu s cíli a výzkumnými otázkami byla dále zvolena korelační studie, jejímž cílem bylo zjistit těsnost vztahů mezi proměnnými a dělat efektivní predikce. Šlo o popis (deskripci) 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 (škály a subškály dotazníku GPOP a ISK).

2.3 Zkoumaný vzorek

Vzhledem k tomu, že byl vybrán smíšený design výzkumu, odvíjí se typ vzorku a způsob jeho výběru od cílů jeho jednotlivých částí. Výběr vzorku probíhal odlišně v kvalitativním a kvantitativním typu výzkumu.

V kvalitativní části výzkumu byla použita metoda **prostého záměrného (účelového výběru)**, jak pro výběr do skupiny porodníků, tak do skupiny žen-rodíček. Gavora (2010) považuje tento typ výběru za užitečný, protože vybrané osoby mají potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí.

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. Výzkumu se zúčastnilo 12 žen-lékařek a 6 mužů-lékařů.

Délka praxe u residentů byla v průměru 4 roky, u atestovaných 15 let a u konsiliářů 23 let.

Hlavním kritériem pro záměrný výběr do skupiny žen byla jejich čerstvá zkušenost s těhotenstvím a porodem. Aby byla zajištěna větší heterogenita a širší škála vnímání, byla dalším kritériem rozdílná zkušenost žen s porodem. Podle tohoto kritéria 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. 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 nebyly zastoupeny ženy se základním vzděláním. Vzorek informantů (porodníků i žen-rodíček) byl postupně doplňován, než se začaly opakovat významové kategorie, aby bylo dosaženo saturace dat.

Výběr vzorku pro kvantitativní část byl **založen na dobrovolnosti a dostupnosti** (náhodný výběr) a byl zacílen na aktivní lékaře – gynekology/porodníky působící v

porodnici. Další způsob výběru vzorku se uskutečnil na základě techniky **sněhové koule** (snow-ball technique, Breakwell, 1995). Oba dotazníky (GPOP a ISK) vyplnilo 53 porodníků, 57 porodníků vyplnilo pouze dotazník GPOP. Do výzkumu byla zařazena jedna pražská porodnice, jedna krajská a málo zastoupené porodnice byly zkatégorizovány do kategorie „Ostatní“. 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.

3 Shrnutí výzkumných zjištění

Smišený výzkum probíhal v letech 2018-2021 a jeho hlavní výzkumnou otázkou bylo:

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

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
- komunikační kompetence,

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

Korelační analýza potvrdila, 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. Kvantitativní výzkum rovněž poukázal na to, že osobnostní preference porodníků poukazují na nižší předpoklad pro rozvoj sociálních kompetencí, je tedy důležité sociální kompetence porodníků cíleně a systematicky rozvíjet.

3.1 Shrnutí výsledků v kvalitativní části práce

První výzkumná otázka zněla:

Jak si představují porodníci a ženy-roděčky kompetentního lékaře?

Kvalitativní výzkum empiricky potvrdil, že porodníci i ženy-roděčky vnímají odborné a sociální kompetence porodníka jako dvě strany jedné mince. Dokonce samotní porodníci považují sociální kompetence za důležitější, než ženy-roděčky, 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 sociální kompetence považují za významnější zkušenější porodníci díky své praxi, osobnostní a morální zralosti a zvyšující se odpovědnosti. Ukázalo se, že význam sociálních kompetencí porodníků narůstá s chronicitou a délkou onemocnění. 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.

Druhá výzkumná otázka zněla:

Co je obsahem vnímání sociální kompetence z pohledu porodníka a z pohledu ženyrodičky?

Dle lékařů 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, 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 lékař takový, který umí především vysvětlit odbornou problematiku s ohledem na úroveň pacientky, umí zvládat konflikty, což pro lékaře znamená umět přesvědčit pacienta (často volí strategii výhra – prohra nebo prohra - prohra). Preferuje strategii řešení problémů – vyléčit a odstranit negativní vlivy.

Dle rodiček je sociálně kompetentní lékař 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 s rovným. Umí srozumitelně vysvětlit a odpovědět na otázky, co se děje, bude dítě, co se může stát, co dělají a proč to dělají, jaké to bude mít vliv a důsledky. Velký význam přikládají rodičky dovednosti uklidnit a dát naději, mají pocit, že lékaři zbytečně vyvolávají obavy 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 motivace k práci a pomáhání lidem. Vedle strategie zaměřené na řešení problémů očekávají i použití strategií zaměřených na emoce (snížení míry obav a nejistoty).

Výsledky třetí výzkumné otázky jsou přehledně znázorněny v tabulce 1:

Jaké jsou rozdíly ve vnímání sociální kompetence z pohledu porodníka a z pohledu ženy-roděčky?

Tabulka 1

Rozdíly ve vnímání sociálních kompetencí porodníků z pohledu porodníků a žen-roděček

| | Pohled lékaře | Pohled ženy-roděčky |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Způsob vnímání reality | Objektivní | Subjektivní |
| Způsob jednání | Zaměřené na výsledek | Zaměřené na proces |
| Práce s emocemi | Sympatie (soucit) | Empatie |
| Způsob komunikace | Instrumentální | Afektivní |
| Způsob řešení konfliktu | Výhra – prohra, prohra – prohra | Výhra – výhra |

zdroj: vlastní

3.2 Shrnutí výsledků v kvantitativní části práce

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 bylo stanoveno sedm hypotéz, které byly testovány. První výzkumná otázka zněla:

„Existují rozdíly v osobnostních preferencích porodníků ve srovnání s normou?“

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 preferencí k uvolnění.

V rámci druhé výzkumné otázky bylo stanoveno 6 hypotéz, které byly testovány. Druhá výzkumná otázka zněla:

„Existují rozdíly ve struktuře sociálních kompetencí porodníků ve srovnání s normou?“

Porodníci v tomto vzorku dosáhli globálně nižšího skóre v dotazníku ISK ve srovnání se standardizačním vzorkem a ve srovnání se zahraničními kolegy (Jensen et al., 2008; McKinley, 2014; Shahid et al., 2017). Silnou stránkou porodníků je schopnost sebeovládání a sebekontrola, slabšími stránkami sociální orientace a ofenzivita (ve smyslu asertivity). Nejkomplikovanější je orientace nad druhé lidi a schopnost nekonfliktně se prosadit a hledat oboustranně výhodná řešení. Třetí výzkumná otázka zněla:

„Existují rozdíly ve struktuře sociálních kompetencí porodníků v závislosti na věku a pohlaví?“

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 porodníka a úrovní sociální kompetence.

„Které sociální kompetence jsou nejvíce a které nejméně spjaté s osobnostními preferencemi?“

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). Silné vztahy se ukázaly mezi kognitivním stylem a sociální orientací (kognitivní styl ST naznačuje nízkou úroveň sociální orientace, kognitivní styl NF naznačuje vysokou míru sociální orientace. Dále se ukázaly silné vazby mezi globální škálou T-F a sociální orientací (čím vyšší T, tím nižší sociální orientace). Extraverze/Introverze a Uvolnění/Napětí silně koreluje s ofenzivitou (čím vyšší extroverze a uvolněná, tím vyšší ofenzivita). Dílčí silnou pozitivní korelaci vykazuje škála Intuice s Ochotou jít do konfliktu, tyto porodníci jsou rovněž ochotnější se stavět konfliktům čelem. Uvolnění/Napětí rovněž koreluje se sebeovládáním (čím vyšší uvolnění, tím vyšší sebeovládání).

„Do jaké míry mohou osobnostní charakteristiky predikovat sociální kompetence?“

Na základě všech výsledků lze považovat osobnost za jeden z prediktorů úrovně sociálních kompetencí porodníků. Vzhledem k osobnostnímu profilu porodníka lze očekávat nižší předpoklady pro sociální kompetence, vyjma sebeovládání. Toto zjištění zároveň ukazuje nutnost věnovat se rozvoji sociálních kompetencí v rámci pregraduálního i postgraduálního vzdělávání.

4 Závěry a doporučení

Výstupem výzkumné části disertační práce byly náměty pro rozvoj sociálních kompetencí lékaře-porodníka založené na jejich očekáváních a osobnostních preferencích. Vzhledem k povaze tématu práce a s ohledem na velikost vzorku nelze zjištěné výsledky zevšeobecnit, snahou byla deskripce sledovaného jevu zasazeného do konkrétního kontextu. Šetření staví především na zkušenostech a narativitě informantů, jejichž výpovědi byly kategorizovány a byly sledovány obecné principy, přístupy k sledovanému problému.

Výsledky disertační práce poukázaly na

- 1) Význam a aktuálnost tématu osobnostních a sociálních kompetencí porodníka „Sociální kompetence jsou očekávány, ale je málo věnována pozornost jejich definování a rozvíjení.“
- 2) Osobnostní preference porodníků predikují nižší úroveň sociálních kompetencí, vyjma sebeovládání, proto je třeba věnovat pozornost jejich rozvoji.
- 3) Potřebu změnit způsob výuky na lékařských fakultách od frontálního vyučování k vyučování zaměřeného na studenta.
- 4) S ohledem na nízkou úroveň sociálních kompetencí, zvláště sociální orientace a ofenzivity (ve smyslu asertivity) zařadit do pregraduálního vzdělávání sebezkušenostní výcviky a signifikantní učení (učení prožitkem), které umožňují lepší porozumění sobě i druhým, umožňují bezpečné prostředí, kde je možné dělat chyby a zkoušet, a kde se může budovat důvěra v sebe i druhé.
- 5) S ohledem na nízkou úroveň komunikačních a interpersonálních dovedností zařadit do pregraduálního i postgraduálního vzdělávání komunikační tréninky, které budou postaveny na hraní rolí s poskytováním nehodnotící zpětné vazby a budou vycházet z konkrétních situací s pacienty.
- 6) Porodníkům chybí „trenéři“, kteří by s nimi rozebírali a trénovali složité interpersonální situace.

- 7) Zavedení modelu řízení podle kompetencí do nemocnic. Je důležité, aby se sociální kompetence staly součástí řízení lidských zdrojů a personálních procesů. Jedině v případě, že bude sociálním kompetencím dána priorita v rámci nemocnice, pak je možné je rozvíjet na úrovni každého lékaře.
- 8) 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. Stejně tak dovednosti sdělovat zpětnou vazbu podpůrným motivujícím způsobem.
- 9) Podporovat supervizní činnost mezi porodníky. Učit lékaře profitovat z týmové práce, diskuse, sdílení témat subjektivní povahy, zpětné vazby je úkolem přístupu již na pregraduální úrovni studia (viz bod 3 a 4).

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.

5 Seznam použité literatury:

- Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2001). *ACGME Outcome Project*. <http://www.acgme.org>
- Albanese, M. A., Mejicano, G., Mullan, P., Kokotailo, P., & Gruppen, L. (2008). Defining characteristics of educational competencies. *Medical Education*, 42(3), 248–255.
- Arghode, V. (2013). Emotional and social intelligence competence: Implications for instruction. *International Journal of Pedagogies & Learning*, 8(2), 66–77.
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centred medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269–276.
- Bartoňková, H. (2010). *Firemní vzdělávání*. Grada.
- Bayer, M., Ditton, H., & Wohlkinger, F. (2012). Konzeption und Messung sozialer Kompetenz im Nationalen Bildungspanel. *NEPS Working Paper*, 8, 1–19. 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.
- Boon, J., & van der Klink, M. (2003). 'Competence: the triumph of a fuzzy concept'. *International Journal of Human Resources Development and Management Inderscience Enterprises Ltd.*, 3(2), 125–137.
- 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.
- Carraccio C., Wolfsthal, S. D., Englander, R., Ferentz, K., & Martin, C. (2002). Shifting paradigms: From Flexner to competencies. *Academic Medicine*, 77(5), 361–367. Dufek, J., & Kulišková, O. (2003, 12. února). *Sebezkušenostní skupiny pro studenty LF MU Brno*. III. symposium lékařských fakult v České republice, Praha, Česká republika.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Portál.
- 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., 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 Teaching*, 32(8), 631–637.
- Frank, J. R. & Snell, L. S. (2010, 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.
- Gavora, P. (2010). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Paido.
- Goldman, A. E. (1962). The group depth interview. *Journal of Marketing*, 26, 60–61.
- Good Medical Practice. (2013). *Guidance*. <https://www.gmc-uk.org>
- Gillernová, I., Hermochová, S., & Šubrt, R. (1992). *Sociální dovednosti učitele*. SPN.
- Harden, R. M. (1999). AMEE Guide no 14: Outcome-based education. Part 1 – An introduction to outcome-based education. *Medical Teaching*, 21(1), 7–14.

- Hartig, J., Klieme, E., & Leutner, D. (Eds.). (2008). *Assessment of competencies in educational contexts*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum – základní metody a aplikace*. Portál.
- Hess, J. M. (1968). Group Interviewing. In R. L. King (Ed.), *1968 ACR Fall Conference Proceedings* (pp. 193–196). American Marketing Association.
- Honzák, R. (1999). *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Galén.
- Hroník, F. (2007). *Rozvoj a vzdělávání pracovníků*. Grada.
- Janáčková, L., & Weiss, P. (2008). *Komunikace ve zdravotnické péči*. Portál.
- Janík, T. (2005). *Znalost jako klíčová kategorie učitelského vzdělávání*. Paido.
- 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. *American Journal of Surgery*, 195(1), 5–10. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2007.08.049>
- Koubek, J. (2009). *Řízení lidských zdrojů-základy moderní personalistiky*. Mangement Press.
- Kraemer W. (2010, 8 May). *Development and implementation of a competency-based curriculum in orthopaedic surgery*. 35th Gallie Day symposium. Toronto, Canada.
- Kubeš, M., & Spillerová, D., Kurnický, R. (2004). *Manažerské kompetence: způsobilosti výjimečných manažerů*. Grada.
- Lang, N. C. (2010). *Group work practice to advance social competence: A specialized methodology for social work*. Columbia University Press.
- Le Deist, F. D., & Winterton, J. (2005). What is Competence? *Human Resource Development International*, 8(1), 27-46. <https://doi.org/10.1080/1367886042000338227>
- Leung W. (2002). Competency based medical training: Review. *British Medical Journal*, 235(7366), 693–696.
- Linhartová, V. (2006). *Praktická komunikace v medicíně, pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Grada.
- Long, D. M. (2000). Competency-based residency training: The next advance in graduate medical education. *Acad Med*, 75(12), 1178–1183.
- McKinley, S. K. (2014). *The Emotional Intelligence of Resident Physicians* [Doctoral dissertation]. Harvard Medical School.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(2000), 1087–1110.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- 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>

- Plamínek, J., & Fišer, R. (2005). *Řízení podle kompetencí*. Grada.
- Ptáček, R. et al. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Grada.
- 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. R. (2014). *Způsob bytí. Klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Portál.
- Růžičková, K. (2013). *Syndrom vyhoření u studentů Lékařské a Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity* [Diplomová práce]. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
- Shahid, R., Stirling, J. M., & Adams, W. H. (2017). Assessment of Emotional Intelligence in Pediatric and Med-Peds Residents. *Journal of Contemporary Medical Education* 4(4), 153–158.
- Spilková, V. (2004). *Současné proměny vzdělávání učitelů*. Paido.
- Švec, V. (1999). *Pedagogická příprava budoucích učitelů: problémy a inspirace*. 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.
- Thompson, H. L. (2006). Exploring the Interface of the Type and Emotional Intelligence Landscapes. *Bulletin of Psychological Type*, 29(3), 14–19.
- Tomová, Š. (2016). *Didaktika komunikační přípravy studentů všeobecného lékařství* [Disertační práce]. FFUK.
- 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.
- Veteška, J., & Tureckiová, M. (2008). *Kompetence ve vzdělávání*. Grada.
- Vosečková, A., & Hrstka, Z. (2010). Využití přístupu zaměřeného na studenta ve výuce psychologie zdraví. *Vojenské zdravotnické listy*, 79(4), 167–172.

- 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.
- Wine, J. D., & Smye, M. D. (Eds.). (1981). *Social competence*. Guilford Press.
- Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie*. Grada.

Vlastní aktivity:

1) Publikační a akademická

Emrová, L. (2020). Vnímání sociálních kompetencí lékaře z pohledu lékaře a z pohledu pacienta v gynekologii a porodnictví. *Lifelong Learning*, 10(3), 275-309. <https://doi.org/10.11118/lifele20201003275>

Emrová, L. (2020). Best Practices to Improve the Healthcare Patient Experience in Gynaecology and Obstetrics. *International Journal of Social Sciences*, Vol. IX(1), 22-43. <https://doi.org/10.20472/SS2020.9.1.002>

Emrová, L., Šafránková, J. (2018, 8. března). *Conflict management competence by university students*. Proceedings of the IISES Annual Conference, p. 223 – 232. Prague: International Institute of Social and Economic Sciences. <https://doi.org/10.20472/IAC.2018.035.038>

Emrová, L., Jirkovská, B., Semrád, J. (2018). Vztah nastupující generace ke generaci starší, rodičů a prarodičů. *Slavonic Pedagogical Studies Journal*, 2(7), 339-350, <https://doi.org/10.18355/PG.2018.7.2.10>

Aktivní účast na konferenci:

- 1) 5. -8. 3. 2018 IISES Annual Conference in Sevilla, Spain. Název přednášky: Conflict management competence by university students.
- 2) 28. - 30. 11. 2018, Konference ČSS, Hradec Králové. Název přednášky: Vztah nastupující generace ke generaci starší, rodičů a prarodičů.
- 3) 17. - 18. 9. 2019 Mezinárodní vědecká konference ICOLLE 2019, Institut celoživotního vzdělávání Mendelovy univerzity v Brně. Název přednášky: Rozvoj sociálních kompetencí lékaře

GA UK projekt č. 472119 Sociální kompetence lékaře, nebyl podpořen

Návrh na GAČR "Cesta k úspěšnému životu a udržitelné kariéře prostřednictvím VŠ vzdělání, navrhovatel PhDr. M. Šikýř, PhD., nebyl podpořen

2) Pedagogická činnost:

- 1) Poskytnutí stáže pro studenty katedry psychologie v zdravotnickém zařízení – duben 2018
- 2) Participace v interakčním výcviku pro studenty 1. ročníků oboru psychologie FFUK 1. října 2019.

