

VNÍMÁNÍ SOCIÁLNÍCH KOMPETENCÍ LÉKAŘE Z POHLEDU LÉKAŘE A Z POHLEDU PACIENTA V GYNEKOLOGII A PORODNICTVÍ

Lenka Emrová¹

¹Karlova Univerzita, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Celetná 20, 110 00, Praha 1, Česká republika

Link to this article: <https://doi.org/10.11118/lifele20201003275>

Podáno: 1. 10. 2019, Přijato: 27. 7. 2020

To cite this article: EMROVÁ LENKA. 2020. Vnímání sociálních kompetencí lékaře z pohledu lékaře a z pohledu pacienta v gynekologii a porodnictví. *Lifelong Learning - celoživotní vzdělávání*, 10 (3): 275–309.

Abstrakt

V současné době je stále více diskutován stav našeho zdravotnictví. Na jedné straně je považováno za nejvyspělejší systém na světě, na druhé straně je českému zdravotnictví často vytýkáno, že je více uplatňován medicínský pohled a psychosociální aspekty jsou opomíjeny. Sociální kompetence jsou u lékaře očekávány, ale stále se nevěnuje dostatek pozornosti jejich definování, rozvíjení a vytváření podmínek pro jejich uplatňování. Je třeba uskutečnit proměnu kurikula sociálně-psychologické přípravy lékařů v pregraduální i postgraduální úrovni. Celoživotní vzdělávání zde hraje významnou roli, protože teprve v každodenní praxi se lékaři mohou dostat do kontaktu s pacienty a rozvíjet svoje sociální kompetence. Výzkum je zacílen na gynekologickou a porodnickou specializaci, kde je potřeba sociálně-psychologického přístupu vnímána jako jedna z nejdůležitějších. Hlavními metodami jsou tři ohniskové skupiny

se šesti lékaři a devět polostandardizovaných rozhovorů s rodičkami. Získaná data byla zpracována metodou kódování a vytváření trsů. Výsledky naznačují, že mezi lékaři a pacienty existuje určitá shoda ohledně kategorií sociálně kompetentního chování vůči pacientkám. Rozdíly jsou však ve vnímané důležitosti – lékaři považují za významné sociální kompetence kompetence intrapersonální, zatímco rodičky kompetence interpersonální a komunikační. Tyto výsledky jsou diskutovány s ohledem na důsledky pro budoucí výzkum intervencí v oblasti sociálních kompetencí lékařů v rámci formálního a informálního vzdělávání. Poznatky vycházející přímo z vnímání lékařů a pacientů považujeme za cenné, protože poskytují další pohled na to, co je důležité zahrnout do intervencí v oblasti získávání sociálních kompetencí.

Klíčová slova: sociální kompetence, intrapersonální kompetence, interpersonální kompetence, emocionální kompetence, komunikační kompetence, vzdělávání lékařů založené na kompetencích (CBME), celoživotní vzdělávání

PHYSICIANS' AND PATIENTS' PERCEPTIONS OF PHYSICIANS' SOCIAL COMPETENCIES IN GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS

Abstract

The quality and level of the Czech health-care system is a very current and often discussed topic. The Czech health-care system is considered to be the most advanced health system in the world, on the other hand, the Czech health-care system is often criticized for being more “technological” and “scientific” and that the psychosocial aspects are neglected. The physicians are expected to have acquired social competencies, but not enough attention is paid to defining and developing them as well as creating conditions for their

application. We need to change the curriculum for undergraduate and postgraduate physicians' psychosocial preparation. Lifelong learning plays a significant role as doctors can get into contact with patients and develop their social competencies only in everyday practice. The research focuses on gynaecological and obstetric specialization where the need of psychosocial approach is considered essential. The purpose of this research was to determine if there exists an agreement between gynaecologists-obstetricians and patients-women expectations on what behaviour make physicians' social competent behaviour. The main methods used are three focus groups for six doctors and nine semi-standardized interviews with expectant mothers. The obtained data were processed using the method of coding and creation of clusters. The results indicate that there is considerable agreement between physicians and patients on the categories of socially-competent behaviour. However, the differences are in the perceived importance of the competencies; the physicians consider intrapersonal competencies to be the most important, while mothers consider interpersonal and communication competencies to be the most important. These results are discussed with respect to the implications for future research of interventions in the field of physicians' social skills training in formal and informal education. We consider knowledge based directly on the perception of physicians and patients to be valuable because it provides further insight into what is important to include in the education of social competencies.

Keywords: social competencies, intrapersonal competencies, interpersonal competencies, emotional competencies, communication competencies, competency-based medical education (CBME), lifelong learning

V posledních letech můžeme na poli medicíny sledovat velký vědecký i technologický pokrok nejen v celém světě, ale také v České republice. České zdravotnictví patří mezi vyspělé zdravotnické systémy. Přesto někteří pacienti nejsou spokojeni se zdravotnickou péčí, což potvrzují i mnohé výzkumné studie (Beckman & Frankel, 1984; Gerrard *et al.*, 1980; Spencer, 1990; Takács & Seidlerová, 2012; Takács & Seidlerová, 2013). Poukazují na

skutečnost, že systém zdravotnické péče je příliš „zaměřen na technologie a vědu, na nemoc či lékaře nebo na řešení problémů“. Lékař by však měl být více „humanisticky orientovaný, zaměřený na člověka a soustředěný na pacienta“.

Violato *et al.* (2003) však zmiňuje, že přemýšlení o lékařské způsobilosti se v západním světě mění. Do popředí se dostávají sociální dovednosti a kompetence. I další autoři zdůrazňují, že komunikační kompetence, interpersonální dovednosti a profesionalita stojí vedle klinického rozhodování a lékařské kvalifikace jako součást klinických kompetencí (ACGME, 2001; Epstein & Hundert, 2002; Frank, 2005; Maudsley *et al.*, 2001; Violato *et al.*, 2003). Významné práce provedené výzkumnými pracovníky a odborníky v oblasti kompetencí odhalují specifické dovednosti, které dnešní odborníci v oblasti zdravotnictví potřebují k tomu, aby lépe vyhovovaly potřebám pacientů (Gerteis *et al.*, 1993; Halpern *et al.*, 2001; Mead & Bower, 2000; O'Neil, 1992; Stewart, 2001). Mnoho studií demonstuje, že přístup zaměřený na pacienta (*patient-centre-approach*) může zlepšit zdravotní stav a další výsledky pacienta (Benbassat *et al.*, 1998; Henbest & Stewart, 1990; Kaplan *et al.*, 1989; Lewin *et al.*, 2001; Roter *et al.*, 1995; Stewart *et al.*, 1999). Pacienti v dnešní době očekávají, že lékaři budou respektovat jejich autonomii, naslouchat jim, informovat je, brát v úvahu jejich preference, zapojovat je do rozhodování o léčbě a podporovat jejich úsilí v péči o sebe (Coulter & Magee, 2003). Roste počet důkazů, že lidé, kteří se aktivně podílejí na ochraně zdraví a řízení zdravotní péče, na rozhodování o své péči, mají lepší zdravotní výsledky, nižší náklady a vyšší funkční status než pacienti, kterým to není umožněno nebo z vlastní vůle přenechávají rozhodnutí na lékaři (Coulter & Ellins, 2006; Gifford, 1998; Von Korff *et al.*, 1998; Wagner *et al.*, 2001). Rovněž bylo prokázáno, že péče zaměřená na pacienta vede k větší spokojenosti s klinikou a k loajalitě pacienta k lékaři (Meryn, 1998). Honzák (1997) poukazuje také na ekonomický přínos plynoucí z psychosociálně orientované intervence u nemocných somatických specializací.

Příspěvek se zaměřuje na oblast gynekologie a porodnictví. Tato specializace je zvláště citlivá na sociální kompetence lékařů. Mnoho autorů se shoduje, že porod je „kritickým obdobím“ v životě ženy, které je doprovázeno zvýšenou citlivostí a zranitelností a má významné (a dlouhodobé) dopady na fyzické a duševní zdraví, vztah k dítěti, smysl pro rodičovské kompetence, a tedy její další rozvoj (Bailham & Joseph, 2003; DiMatteo *et al.*, 1996; Michels, Kruske, & Thompson, 2013). Vztah a dobrá komunikace mezi

lékařem a matkou je předpokladem pro vytvoření důvěryhodného vztahu a spolupráce. Dobrá spolupráce snižuje úzkost a stres a přispívá k pozitivnější zkušenosti s porodními a poporodními obdobími a k větší spokojenosti matek (Takács, Sobotková, Šulová, 2015). Dobrá spolupráce a komunikace s pacientem jsou důležité nejen pro obor gynekologie a porodnictví, ale i pro další specializace, zvláště v době, kdy se celosvětově prodlužuje délka života a zároveň se zvyšuje procento nemocných trpících tzv. civilizačními chorobami. Proto odborné medicínské rady v západním zdravotnickém světě vytvářejí kompetenční modely péče o pacienty a stále více zdůrazňují důležitost těchto aspektů chování lékařů, například Good Medical Council (GMC, 2013) ve Velké Británii, CanMEDS (Frank, 2005) v Kanadě nebo Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME, 2001) v USA. Tyto modely jsou základem vzdělávacích a praktických standardů a slouží k jejich hodnocení. Přestože toto téma je prioritou v dnešní moderní medicíně, její zavádění a integrace nejsou ještě plně praktikovány (Barnsteiner, Disch, & Walton, 2014). V České republice žádné takové modely zatím neexistují, lékaři si stěžují na nepříteliš propracovaný systém specializačního vzdělávání a apelují na nutnost změny.

Pojem „kompetence“ je v posledních desetiletích velmi oblíbeným konceptem. Vědci, kteří píší své práce v angličtině, definují kompetenci jako „fuzzy koncept“ (LeDeist & Winterton, 2005; Klink & Boon, 2003), protože na poli kompetencí panuje nejednotnost jak v oblasti definování, tak v oblasti obsahu i metodiky, které samozřejmě vedou k nedorozuměním a zmatkům. Můžeme vidět, že co autor, to nová definice kompetence. Přesto je tento koncept považován za užitečný, neboť umožňuje koordinovat systém vzdělávání s požadavky trhu práce.

Na základě studia literatury lze shrnout, že na kompetenci lze pohlížet jako na vnitřní charakteristiky osobnosti a zároveň jako na pozorovatelné chování. Hartle (1995, s. 107) vysvětluje kompetenci (*competency*) jako „charakteristiku jedince, která vede k vyššímu výkonu práce“ a zahrnuje jak viditelné „kompetence“, „znalosti a dovednosti“, tak „základní prvky kompetencí“, jako jsou „rysy a motivy“. Burgoyne (1988) podobně rozlišuje „kompetentnost“ (splnění požadavků na pracovní místa) od „mít kompetence“ (má potřebné atributy k vykonávání dovedností). Všechny definice se pak shodují, že kompetence vedou k efektivnímu výkonu v jakékoli činnosti nebo se uplatňují v různých oblastech života a lze je získat prostřednictvím pracovních a životních zkušeností, studií a tréninkem. Kompetenci tedy

vnímáme jako množinu vlastností, dovedností, postojů a hodnot, která je podstatou kompetentního chování, ale sama o sobě kompetentní chování nezaručuje. Kompetentní chování vnímáme jako efektivní a účinné chování osoby v konkrétní situaci, které vede k vyššímu výkonu. I v české literatuře existuje velké množství definic, přičemž některé z nich rovněž více akcentují vlastnosti, jiné chování. Hroník (2007, s. 62) považuje definice, které akcentují vlastnosti jakožto rozhodující činitele, za cestu zpět. Kompetenci vnímá jako trs znalostí, dovedností, zkušeností a vlastností, který podporuje dosažení cíle. Tento trs je pozorovatelný ve vzorku chování, kde můžeme identifikovat více kompetencí. Kompetence nejsou pouhými dovednostmi. Jsou to pozorovatelné způsoby, s jejichž pomocí dosahujeme efektivních výkonů (s. 61). Veteška & Tureckiová (2008, s. 27) definují kompetenci jako „jedinečnou schopnost 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“. Rovněž Plamínek & Fišer (2005) kompetenci vnímají jako způsobilost k množině úloh konkrétní pracovní pozice. Rozlišují dvě hlavní složky – vlastní výkon jednotlivce a potenciál nutný k danému výkonu (vlastní zdroje). Mezi oběma složkami úspěchu je synergický vztah.

Podobně jako kompetence obecně lze definovat i sociální kompetence a sociální kompetentnost. Sociální kompetence je tradičně definována jako komplexní systém sociálních schopností, zvyků, dovedností a znalostí, který dává předpoklad pro efektivní fungování v sociálních vztazích. Některé definice kladou větší důraz na individuální potenciál člověka (Argyle, 1999; Rubin & Rose-Krasnor, 1992; Schneider, 1993; Waters & Sroufe, 1983; White, 1959), druhé zdůrazňují konkrétní chování a jeho důsledky (Goldfried & D’Zurilla, 1969; Elliott, Gresham, & Heffer, 1987).

Kanning (2017, s. 11) rozlišuje sociálně kompetentní chování a sociální kompetence. „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.“ „Sociální kompetence je celek tvořený znalostmi, schopnostmi a dovednostmi osoby, který zakládá kvalitu vlastního sociálního chování ve smyslu definice sociálně kompetentního chování.“ V tomto ohledu je možné vnímat sociální kompetenci jako vstup a sociálně kompetentní chování jako výstup. Aby člověk mohl být sociálně kompetentní, je důležité, aby dokázal využít svého

potenciálu v kontextu se sociální situací, jednotlivé složky kompetence vhodně propojit a využít, protože využití jedné kompetence podmiňuje a ovlivňuje použití kompetence jiné.

V literatuře se uvádí mnoho pojmů, které se vztahují k sociální kompetenci – např. sociální inteligence, emocionální inteligence, sociální dovednosti. Někteří autoři tyto pojmy ztotožňují (Goleman, 1995; Marlowe, 1986; Vágnerová, 2010), jiní sociální kompetenci těmto pojmům nadřazují (Cantor & Harlow, 1994; Kanning, 2017). Považujeme za významné sociální kompetenci vnímat jako pojem nadřazený všem dalším příbuzným konceptům a považovat je za složky kompetence. Smékal (1995, s. 4) při definování sociální kompetence zdůrazňuje, že se jedná „o velmi složitou strukturu dovedností, návyků, rysů, potřeb, postojů i dispozičních osobnostních předpokladů“.

Belz & Siegrist (2001, s. 167) definují pojem „klíčové kompetence“, které přesahují hranice jednotlivých odborností a jsou výrazem schopnosti člověka chovat se přiměřeně situaci a v souladu sám se sebou, tedy jednat kompetentně. V rámci klíčových kompetencí zmiňuje 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 schopen reflexe vůči sobě samému, vědomě rozvíjet vlastní hodnoty a sebeobraz, 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. Sociální kompetencí rozumí schopnost týmové práce, kooperativnost, schopnost čelit konfliktním situacím a komunikativnost. Je třeba zdůraznit, že prakticky je velmi složité jednotlivé kompetence od sebe oddělit, vzájemně se prolínají, ovlivňují a podporují jedna druhou.

I v medicíně již Balint (in: Balint, Courtenay, Elder *et al.*, 1993, s. 12) 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, což může na jedné straně u pacienta vyvolat uklidnění nebo na druhé straně agresi. V poslední době můžeme pozorovat odklon od staletí uznávaného paternalistického modelu vztahu mezi lékařem a pacientem k partnerskému modelu, který funguje

zatím krátce, a jak zmiňuje Haškovcová (in Ptáček & Bartůněk a kol., 2011, s. 28–29), řada lékařů, pacientů a jejich příbuzných si jej osvojila pouze na teoretické nikoliv na praktické úrovni. Změna této strategie je dosud neukončený a značně komplikovaný proces, v České republice navíc zpomalený či takřka zastavený dobou normalizace. Cílem partnerského modelu je „vrátit subjekt do medicíny“ čili zaměřit péči na pacienta. Tento koncept původně popsali Michael a Edith Balintovi (Balint, 1969, s. 269), kteří vnímají medicínu zaměřenou na pacienta jako „vnímání pacienta jako jedinečného člověka“.

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.*, in Ptáček & Bartůněk, 2011). Komunikační kompetence v pojetí klíčových kompetencí se dá definovat jako „připravenost 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 úzkostlivě dbát neverbálních signálů“ (Belz & Siegrist, 2001, s. 185). Komunikační kompetenci vnímáme ve smyslu komunikační senzitivity a expresivity (Riggio, 1989). Komunikace není vlastnost, kterou člověk buď má, nebo nemá, ale je to celá řada dovedností, kterým je třeba se učit a naučit, upozorňuje Ptáček a připomíná, že lékařská komunikace musí být rozvíjena na profesionální úrovni (Ptáček & Bartůněk, 2011, s. 37). V péči zaměřené na pacienta je velmi často zmiňovaná empatie (Eklund, Holmström, Kumlin, Kaminsky, Skoglund, Högländer *et al.*, 2019). Lze ji považovat za základní podmínku sociální komunikace a mezilidské interakce, na jejímž základě se vytvářejí relevantní interpersonální vztahy. V současné době je empatie považována za esenciální složku péče o pacienta, představující základ pro smysluplný vztah mezi lékařem či sestrou a pacientem (Kunyk & Olson, 2001; Lauder, Reynolds, Smith, & Sharkey, 2002; Stickley & Freshwater, 2002; Kožený & Tišanská, 2011). Mnohými výzkumy je potvrzována efektivita vhodné komunikace a ukazuje se, v jakých oblastech má efektivní komunikace pozitivní dopad: 1. lepší – rychlejší a přesnější stanovení diagnózy; 2. vyšší účinnost léčby, rychlejší uzdrava a nižší recidiva; 3. větší spokojenost pacientů; 4. lepší compliance; 5. nižší náklady na léčbu; 6. snížení počtu medicínsko-právních sporů (Ptáček & Bartůněk, 2011, s. 38–40).

V posledních letech vzrůstá ze strany odborníků tlak na lékaře a zdravotníky, aby zlepšili své komunikační schopnosti. Komunikační dovednosti se stávají součástí kompetenčních modelů v západních zemích (ACGME, 2001; CANMED, 2005; GMC, 2013). Tyto modely kompetencí jsou základem pro vytváření vzdělávacího kurikula pregraduálního a postgraduálního vzdělávání lékařů. Mezi pedagogy zdravotnických profesí v západním světě se rovněž hojně diskutuje medicínské vzdělávání založené na kompetencích (CBME). Svědčí o tom zasedání na významných mezinárodních konferencích (Frank *et al.*, 2010; Frank & Snell, 2010; Thompson *et al.*, 2009) inovativní pilotní projekty (Kraemer, 2010) a rostoucí počet klíčových publikací v lékařských vzdělávacích časopisech (Albanese *et al.*, 2008; Carraccio *et al.*, 2002; Harden, 1999; Long, 2000). 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 spíš, když se medicíni 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, nebo s ohledem na délku jejich praxe a také na typologii jejich osobnosti. Je žádoucí, aby celoživotní vzdělávání odpovídalo úrovni jejich osobnostních předpokladů, jejich znalostem a dovednostem. V oblasti vzdělávání, zvláště pak primárního a sekundárního, se již dlouhodobě prosazuje vzdělávání založené na kompetencích, které je zakotveno v Rámcových vzdělávacích programech (kol. autorů VÚP, 2011). 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 posledních letech se i v České republice rozvíjí „učení zaměřené na studenta“ (dále SCL) v kontextu myšlenek C. R. Rogerse. 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). Jak poukázaly Tomová (2016) s Vecánovou (2019), současná výuka

mediků a lékařů se zaměřuje více na rozvoj kognitivních stránek. Emotivní učení je opomíjeno, převažuje frontální výuka, autoritativní řízení studentů, jejich pasivní role, atmosféra soupeření a strachu z neúspěchu.

Výzkum je motivován výše popsanou situací stavu českého zdravotnictví a inspirován uvedenými českými i zahraničními výzkumy. Je důležité, aby i v České republice byla problematice zavádění, rozvíjení a podporování sociálních kompetencí v rámci celoživotního vzdělávání věnována větší pozornost. Výsledky tohoto výzkumu jsou diskutovány s ohledem na důsledky pro budoucí výzkum intervencí v oblasti vzdělávání sociálních kompetencí lékařů v pregraduální a postgraduální úrovni. Poznatky vycházející přímo z vnímání lékařů a pacientů považujeme za cenné, protože poskytují další pohled na to, co je důležité zahrnout do intervencí v oblasti vzdělávání sociálních kompetencí a zároveň i do intervencí v rámci lidských zdrojů v jednotlivých nemocnicích. Považujeme za významné, aby se změnily priority v rozvoji sociálních kompetencí jak na úrovni vzdělávání, tak na úrovni organizační struktury nemocnic a zdravotnických zařízení.

1 CÍL PŘÍSPĚVKU

Při formulování výzkumného problému jsme vycházeli z potřeb konkrétní nemocnice, která projevila zájem a umožnila realizovat šetření, ale také z výzkumů, které již v této oblasti byly publikovány. V rámci profesní zkušenosti jsme si všimli, že existují dílčí nespokojenosti jak na straně rodiček, tak na straně lékařů-porodníků v oblasti psychosociální péče o těhotné ženy a rodičky. Spokojenosti, resp. nespokojenosti s psychosociální péčí se podrobně věnovaly Takács & Seidlerová (2013) v rámci kvantitativních průzkumů.

Tento výzkum byl realizován v rámci širšího projektu Progres Q15 a tento příspěvek je výsledkem dílčího výzkumu zaměřeného na sociální kompetence lékaře-porodníka a možnosti jejich rozvoje. V tomto příspěvku se chceme zaměřit na to, jak vnímají sociálně kompetentní chování lékaře samotní lékaři, jak jej vnímají rodičky a zda existuje určitá míra shody. Z hlediska podstaty zkoumaného problému jsme zvolili kvalitativní podobu výzkumu, abychom získali detailnější informace (názory, postoje a zkušenosti) o problematice, o které již víme z kvantitativních výzkumů. Pro sběr kvalitativních dat jsme využili kombinaci dvou technik, které nám pomohly získat bohatý empirický materiál. Vzhledem ke stanoveným výzkumným otázkám jsme zvolili ke sběru dat techniku ohniskových skupin a polostrukturované rozhovory.

2 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V rámci výzkumu byly položeny následující výzkumné otázky:

- VO1: Jak vnímají poměr sociálních kompetencí a odborných kompetencí lékaři a jak rodičky?
- VO2: Co je obsahem vnímání sociální kompetence z pohledu lékaře a z pohledu rodičky?
- VO3: Jaké jsou rozdíly ve vnímání sociální kompetence z pohledu lékaře a z pohledu rodičky?
- VO4: Jak hodnotí možnosti rozvoje sociálních kompetencí lékaři?

Pro zodpovězení výzkumných otázek byla zvolena metoda ohniskových skupin a metoda polostrukturovaných rozhovorů. Ohnisková skupina neboli strukturovaná, moderovaná diskuse byla zvolena pro zjištění jedinečných názorů, postojů a zkušeností lékařů-porodníků k sociálním kompetencím. Pro výběr metody focus group jsme vycházeli z předpokladu, který potvrzují např. Goldman (1962) nebo Hess (1968), že skupiny mohou profitovat ze synergie při generování myšlenek, produkují tudíž širší a zároveň i kvalitativně odlišné spektrum myšlenek než individuální rozhovory. Jako druhou metodu jsme použili polostrukturovaný rozhovor, který je veden pomocí návodu (schématu), předem připraveného výzkumníkem. Zároveň jsme mohli přizpůsobovat rozhovor aktuální situaci, modifikovat otázky, měnit jejich pořadí, pokládat doplňující otázky a zároveň vytvářet uvolňující, nenásilnou a přirozenou atmosféru, což umožnilo navázat důvěru a napomohlo větší otevřenosti a upřímnosti informantek. Rozhovor měl narativní charakter, ženy často vyprávěly svoje zkušenosti prostřednictvím příběhů, což posílilo autentičnost výpovědí. Polostrukturované rozhovory s rodičkami byly zvoleny s cílem zjistit co nejdetailnější zkušenosti a zážitky, stejně tak potřeby a očekávání rodiček ve vztahu k chování lékařů-porodníků.

Cílem výběru bylo vytvořit vzorek, který poskytuje heterogenitu a širokou škálu zkušeností týkající se zkoumaného fenoménu. Použili jsme metodu prostého záměrného (účelového výběru) jak pro výběr do skupiny lékařů, tak do skupiny rodiček.

Pro skupinu lékařů bylo pro nás důležité, aby oslovení informanti byli aktivními lékaři-gynekology/porodníky působícími v porodnici, kteří měli čas a ochotu se výzkumu zúčastnit. Délka jejich praxe je rozdělovala do tří skupin: na rezidenty, atestované a konziliáře. Z hlediska pohlaví jsme chtěli,

aby ve vzorku byli zastoupeni jak muži, tak ženy. Využili jsme pro výběr informantů skutečnost, že autorka je zaměstnancem instituce, kde jsme mohli oslovit, jak lékaře, tak rodičky.

Hlavním kritériem pro záměrný výběr do skupiny žen byla jejich čerstvá zkušenost s těhotenstvím a porodem, a tudíž čerstvý a četný kontakt s lékařem-gynekologem/porodníkem. Abychom zajistili větší heterogenitu a širší škálu vnímání, byla dalším kritériem rozdílná zkušenost žen s porodem. Očekávali jsme, že jiné vnímání sociální kompetence lékaře budou mít ženy bez výraznějšího strachu z porodu, které upřednostňují „přirozený porod“ vedený s minimem intervencí, a rodičky se silným strachem z porodu, které naopak preferují porod císařským řezem z psychosociální indikace, a ženy, jejichž průběh těhotenství byl komplikovaný a strávily delší čas v porodnici. Podle těchto kritérií jsme rozdělili ženy do tří skupin: přirozený porod, porod císařským řezem z psychosociální indikace, komplikovaný porod. Do našeho vzorku byly zahrnuty ženy mladší, ale i starší, prvorodičky i vícerozodičky, z Prahy i menších měst.

První etapa, která proběhla v září 2018, byla zaměřena na šetření mezi lékaři. Výzkumný vzorek tvořila uzavřená skupina informantů v konkrétně definovaném kontextu sociálních kompetencí. Jednalo se tedy o tzv. reprezentativní (typický) případ. Proběhly tři ohniskové skupiny o 6 účastnících. Výzkumu se zúčastnilo 12 lékařek a 6 lékařů. Délka praxe u rezidentů byla v průměru 4 roky, u atestovaných 15 let a u konziliářů 23 let. Ohniskové skupiny trvaly 1,5 hodiny a byly moderovány autorkou. Na začátku proběhlo přivítání a seznámení s cíli, průběhem, metodami a pravidly ohniskové skupiny. Pravidla skupiny byla následující: anonymita, otevřenost (všechny názory sem patří), respekt k ostatním, mluví pouze jeden, nesoudíme, nehodnotíme. Pro lékaře byla obzvlášť významná anonymita výstupů a vysvětlení, že se nejedná o zkoušku, že neexistují správné a chybné odpovědi. Informanti psali svoje názory na moderační lístky, následně probíhala diskuse, poté byly lístky nalepeny na flipchart. U jedné skupiny proběhl audiozáznam, ostatní skupiny jej odmítly a byl proveden pouze zápis z diskuse. 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. FG2: „*Přícházela jsem naštvaná, 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.*“ FG1: „*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.“ FG3: „Zajímavé zamýšlení a souvislosti, chybí taková setkávání.“, „Všeobecně přínosné, možnost zamyslet se, překvapilo mě, že něco cítím, ale nedaří se mi to přiléhavě pojmenovat.“ Vzhledem k tomu, že v rozhovorech informanti mluvili velmi otevřeně, bylo významnou etickou otázkou zachování jejich anonymity. Hlavní obavou ze strany informantů-lékařů bylo možné zneužití dat, a to především ze strany kolegů a nadřízených.

Druhá etapa – polostrukturované rozhovory s rodičkami – proběhla v období leden–červen 2019. Podařilo se nám dosáhnout určité míry heterogenity z pohledu zkušeností žen s porodem, z hlediska parity (ve vzorku byly zastoupeny prvorodičky i druhorodičky), z hlediska vzdělání (středoškolsky a vysokoškolsky vzdělané ženy – nepodařilo se nám zařadit ženy se základním vzděláním), z hlediska věku (ženy od 28 do 41 let, nepodařilo se nám zařadit ženy pod věkovou hranici 27 let). Tato část výzkumu měla několik fází. 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 jsme se domluvily, že rozhovor uskutečníme po porodu, aby jejich zkušenosti zahrnovaly komplexně celé těhotenství a porod. Ženy, které rodily přirozeně, byly osloveny druhý či třetí den po porodu. 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. Některé ženy účast ve výzkumu odmítly, jiné souhlasily, ale následně se již neozvaly. Bezprostředně po porodu ženy většinou neměly o rozhovor zájem, byly příliš unavené, soustředěné na péči o miminko nebo ovlivněné bezprostředními emocemi, které bránily určitému odstupu. Realizace rozhovorů nakonec proběhla s 9 ženami (po třech z každé skupiny), 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), tedy od všeobecných (citově neutrálních) k specifickým (emocionálně více laděným). Rozhovory trvaly vždy od čtyřiceti do šedesáti minut, kdy byly respondentkám pokládány otázky podle schématu, které mohly doplňovat vlastními příběhy, dále byly kladeny doplňující otázky dle průběhu rozhovoru. Se svolením respondentek byly rozhovory zaznamenávány na diktafon a přepsány doslovně výzkumníkem. Pozornost byla věnována i ukončení rozhovoru – bylo pro nás důležité, v jakém rozpoložení ženy odcházely, protože některé se v průběhu rozhovoru dotýkaly citlivých témat. Proto jsme se ujišťovali, s jakými pocity respondentky odcházejí a jak vnímaly celý rozhovor. Většina dotazovaných vnímala rozhovor pozitivně a měl pro ně i abreaktivní význam. Ocenily význam a smysl výzkumu.

Jako první stupeň analytické práce jsme využili deskriptivní přístup ke kvalitativní analýze. Bylo pro nás významné přepsat, utřídit, klasifikovat a popsat získaná data, která jsme následně komparovali. Miovský (2006, s. 221) zdůrazňuje, že kvalitní deskripce je základní bází pro validní interpretaci. Jednou z metod použitých v našem výzkumu je metoda vytváření trsů, která slouží seskupení a konceptualizaci určitých výroků do skupin. Druhou z metod, kterou jsme v této fázi použili, byla metoda prostého výčtu, která je dle Miovského (2006, s. 222) na hranici mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem. Jejím cílem je vyjádřit, jak často se daný jev vyskytl v poměru výskytu k jinému jevu. Čermák a Štěpaníková (1998, in: Miovský, 2006, s. 223) zdůrazňují, že počet je také kategorie a sledováním frekvence a intenzity určitého jevu se dozvídáme něco podstatného o kvalitě. Kvantita v některých případech je nositelem důležitého významu pro interpretaci kvalitativních údajů.

Získaná data byla přepsána a zpracována metodou otevřeného kódování a technikou vyložení karet. Kódování bylo provedeno za pomoci programu MS Excel. Získaná data od lékařů-porodníků a rodiček byla následně komparována v přehledných tabulkách, které jsou uvedeny v textu níže. Na základě otevřeného kódování byly vytvořeny čtyři kategorie sociálních kompetencí, které se rovněž vyskytují v odborné literatuře věnované sociálním kompetencím: intrapersonální kompetence (např. Balint, Courtenay, Elder *et al.*; Belz & Siegrist, 2001; Valenta, 2006), emocionální kompetence (např. Denham, Blair, DeMulder, Levitas, Sawyer, Auerbach-Major *et al.*, 2003); Kanitz, 2008; Saarni, 1999), interpersonální kompetence (např. Balint,

1993; Belz & Siegrist, 2001; Gordon, Edwards, 1995; Kanning, 2017; Valenta, 2006) a komunikační kompetence (např. Belz & Siegrist, 2001; Gordon, Edwards, 1995; Honzák, 1997; Křivohlavý, 1988; Ptáček & Bartůněk, 2011; Riggio, 1989; Valenta, 2006).

3 VÝSLEDKY

V rámci první etapy zaměřené na zjišťování postojů lékařů-porodníků byla položena poměrně široká otázka: „Co charakterizuje dobrého lékaře?“ Položili jsme ji záměrně, abychom mohli pozorovat, co považují lékaři-porodníci za svoje významné kompetence. Proto se v odpovědích objevovala vedle sociálních kompetencí také odborná kompetence.

První výzkumná otázka se zaměřila na poměr odborné a sociální kompetence porodníka. Zde se ukázalo, že porodníci vnímají důležitost sociálních kompetencí, můžeme říci, že se vzrůstajícími zkušenostmi jim přikládají větší význam. FG31: *„Chybí důraz na chování, je velký důraz na odbornost jak na školách, tak v nemocnicích.“* FG33: *„Nás ve škole učili: naslouchejte pacientovi a on vám všechno řekne, došlo k velkému odosobnění.“* Rezidenti více zdůrazňují odbornost a autoritu. FG23: *„Pacientky chtějí někoho, kdo je odborník, autorita, proto dávají přednost muži před ženou a staršímu před mladším.“* Objevil se i rozdíl v tom, co by očekávali oni sami a co očekávají rodičky. FG22: *„Pacientky chtějí více sociální kompetence, proto se snažím tento přístup více uplatnit, ale pro sebe bych více ocenila odbornost než sociální kompetence.“* Rozdíl se objevil také podle toho, kde pracují. FG13: *„Hodně záleží, na jakém pracovišti lékař pracuje – na sále nebo na ambulanci. Dobré je, že střídají místa, že je to takové vyvážené.“* Objevily se i názory, které poukazují na to, že v odborných kompetencích se porodníci cítí bezpečněji než v sociálních. FG21: *„Nejlepší by bylo, kdyby my udělali tu odbornou a někdo tu psychosociální část.“* Objevily se také obavy, pokud by u lékaře dominovala sociální kompetence nad tou odbornou. FG61: *„Nechceme Cvacha, je to bonus, sociální zdatnost, ale odborník je nutný...“* Lékaři se cítí frustrováni, když pacienti vetují jejich zkušenosti a odbornost a upřednostňují informace „na internetu, od léčitelů či dul“ (FG61).

Stejná otázka byla v druhé etapě položena rodičkám. 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. Pokud by musely volit, tak by se raději vzdaly „lidskosti“ ve prospěch „odbornosti“, i když zároveň i přístup lékaře k nim by byl důvodem pro změnu lékaře u tří z nich. Více by tolerovaly absenci sociálních kompetencí lékaři, který je specialista, jediný v oboru a také tehdy, pokud nemusí řešit žádné komplikace (SP2: *„A je to otázka patnácti 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.“*

Výzkumné otázky 2 a 3 byly zaměřeny na sociální kompetence. Na základě otevřeného kódování a vytváření trsů byly vytvořeny čtyři kategorie a třicet subkategorií. Jednotlivé kategorie a subkategorie se prolínají a vzájemně podmiňují, některé subkategorie lze zařadit i do jiné kategorie. Celkově jsme pracovali se 164 kódy ve skupinách lékařů a se 155 kódy ve skupinách rodiček.

Intrapersonální kompetence

Do této kategorie jsme zařazovali všechny vlastnosti, dovednosti, schopnosti, postoje, které se vztahují k jedinci samotnému a k rozvoji jeho osobnosti jako integrovanému celku.

Emocionální kompetence

Sem jsme zařazovali ty 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

Souvisejí s mezilidskými vztahy. Zařazovali jsme sem schopnosti a dovednosti vztahující se k vytváření a udržování vztahů, ke zvládání konfliktních situací, ke schopnosti spolupráce a další.

Komunikační kompetence

Ve složce senzitivní i expresivní zahrnují dovednosti, které se vztahují ke všem předchozím kompetencím. Ve složce senzitivní jde o dovednosti přijmout (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 a vyjednáváním a řešením konfliktů. Tabulka I ukazuje počet kódů k jednotlivým kompetencím z pohledu lékaře a z pohledu rodičky.

Tabulka I: *Přehled vnímání jednotlivých kompetencí z pohledu lékaře a z pohledu rodičky*

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

Ukázalo se, že lékaři daleko častěji (v 51 %) zmiňovali intrapersonální kompetence, zatímco pro rodičky se jako nejvýznamnější ukázaly kompetence interpersonální a komunikační.

V následujících tabulkách jsou přehledně zaznamenány jednotlivé subkategorie s jejich četnostmi z pohledu lékaře i z pohledu rodičky.

Již na první pohled je z tabulky II vidět, že interpersonální kompetence jsou významné pro rodičky a méně vnímané jsou z pohledu lékaře-porodníka. Každá subkategorie je sice z pohledu lékaře zastoupena, ale vždy jednou či dvěma výpověďmi, zatímco většina žen preferuje všechny subkategorie této kompetence. Subkategorie „podpora“ je důležitá pro ženy, ale lékař nevnímá tuto svoji roli, dokonce ji považuje za nevhodnou (FG33: „Nedávat zase naději na druhou stranu, všechno bude dobrý, to taky nejde.“). Lékaři vidí svoji roli spíše v pravdivém informování, „co se děje, co se může dít a jaká jsou rizika a jaké jsou možné postupy“, nikoli v poskytování naděje a podpory. Z pohledu

Tabulka II: *Interpersonální kompetence a její subkategorie
z pohledu lékaře a z pohledu rodičky*

Subkategorie	Lékaři		Rodičky		Ukotvení v datech
	N	%	N	%	
Sociální percepce	1	3	2	3	L: „Dbát na to, jak působí na druhé.“ R: „Nedělat rozdíly mezi lidmi, ať už z hlediska národnosti, nebo sociální vrstvy, chovat se ke všem stejně.“
Individuální přístup	2	6	16	27	L: „Individuální přístup ke každé pacientce.“ R: „Jako na běžícím pásu – vykonat si tu svoji povinnost, a další pacientka.“
Partnerský přístup	6	20	9	15	L: „Neměl by se chovat povýšeně či arogantně.“ R: „Nepohrdá, neponižuje, neuráží.“
Holistický přístup	3	10	3	5	L: „Opuštění modelu opravář–stroj.“ R: „Zajímá se i o můj život a jiné oblasti.“
Spolupráce	13	43	0	0	L: „Schopnost práce v týmu (přiměřená autorita, empatie).“
Sdílené rozhodování	3	10	3	5	L: „Musíš být schopná vysvětlit a ona musí pocítit, že se rozhodla sama.“ R: „Abychom se mohli společně rozhodovat.“
Podpora	0	0	15	25	R: „Dát naději, ukázat možnosti, když třeba furt potrácíte, aby tomu sama věřila, že se to podaří.“
Respekt	2	6	7	12	L: „Tolerance.“ R: „Když respektuje moje přání.“

žen často „straší“, zatímco by potřebovaly spíše „uklidnit, dát naději, ukázat, že tomu lékař také věří a dává šanci“. Ženy vnímají negativně, že lékař řekne negativní prognózu, která se pak nenaplní „říkají spíše ty horší scénáře“. Další významné subkategorie pro informantky byl individuální přístup a partnerský přístup – nevyhovuje jim odosobnění (když jsou vnímány jako „čísla“, „kusy“, nejsou brány vážně, cítí odmítnutí) nebo když dochází k zesměšňování („když s námi jednají jako s hlupáky nebo malými dětmi“). Konfliktními tématy pro lékaře jsou sdílená odpovědnost a rozhodování,

Tabulka III: *Intrapersonální kompetence a její subkategorie
z pohledu lékaře a z pohledu rodičky*

Subkategorie	Lékaři		Rodičky		Ukotvení v datech
	N	%	N	%	
Kognitivní schopnosti	41	49	1	4	L: „Schopnost rychlého a efektivního rozhodování.“ R: „Asi aby se snažili všechny výkony a službu odvést, jak nejlépe dovedou.“
Učení sebe, druhých	10	12	1	4	L: „Schopen stálého vzdělávání a rozvoje.“ R: „Celoživotní vzdělávání, protože ta medicína jde dopředu, tak aby nezakrnhli.“
Sebereflexe	11	13	4	17	L: „Přiznat, že nevím, přijmout kritiku.“ R: „Normálně říct, že nevědí...“
Seberegulace	7	8	9	38	L: „Schopnost vyhradit si čas na pacientku.“ „Mít nadhled.“ R: „Že si umí udělat čas v tom chaosu.“
Duševní hygiena	8	9	4	17	L: „Umět odpočívat. Oddělit pracovní a osobní život.“ R: „Pohodový, vytváří příjemné prostředí.“
Sebemotivace	5	6	5	21	L: „Snaha pomoci lidem, mít rád lidi. Zájem o obor.“ R: „Že je ta práce zajímavá i ty lidi, chtějí jim pomoci, dávají do toho srdce.“
Kreativita	2	2	0	0	L: „Kreativita, přichází s návrhy řešení.“

spolupráce s pacientem (což zmínil pouze jeden lékař), schopnost zvládat konfliktní situace, kde převažují styly výhra–prohra (viz níže v rámci komunikační kompetence).

Tabulka III ukazuje, že tato kompetence byla velmi často zmiňována lékaři ve všech jednotlivých subkategoriích. Ukázalo se, že jsou pro ně významné kognitivní schopnosti, což dokládá, že lékaři jsou výrazně orientováni na řešení problémů, preferují výkonové vlastnosti a dovednosti, převažuje u nich racionální uvažování. Nejčastěji zmiňovanou vlastností u porodníků byla rozhodnost (u všech skupin), dále pak zodpovědnost, pečlivost, cílevědomost. Pro rodičky jsou vlastnosti jako pečlivost a cílevědomost také důležité, ale důležitější pro ně je, aby bylo na lékaři vidět, že má svou práci

i lidi rád, a také dobrá organizace času lékaře (mít čas na pacientky), což také zmiňovali porodníci (rezidenti, konziliáři). Všechny skupiny porodníků zmiňovaly psychickou odolnost, vyváženost osobního a pracovního života, znalost svých limitů. Se zvyšující se zkušeností byla více zdůrazňována právě schopnost rozpoznat svoje možnosti, poučit se z chyb, což je něco, co očekávají starší kolegové od mladších. Mladší naopak očekávají od svých starších kolegů „*umění předávat zkušenosti a zpětnou vazbu*“. Ve skupině rezidentů se často objevovala témata, která souvisela s vlastním time managementem a životním stylem (umět odpočívat, být v dobré kondici, mít zdravý vzhled); toto téma se naopak neobjevilo ve skupině konziliářů. Obě skupiny zdůrazňují nutnost celoživotního vzdělávání a rozvoje.

Tabulka IV: *Emocionální kompetence a její subkategorie z pohledu lékaře a z pohledu rodičky*

Subkategorie	Lékaři		Rodičky		Ukotvení v datech
	N	%	N	%	
Sebekontrola	1	5	0	0	L: „Sebekontrola.“
Empatie	15	71	12	100	L: „Vnímat osobnost pacientky/rodičky a tomu přizpůsobit způsoby komunikace a předávání informací.“ „Naladit se na pacientku.“ R: „Bylo by dobré se vcítit do její zoufalé situace a pocitů strachu.“ „Aby si všimla a pochopila, co chce pacient.“
Zodpovědné jednání	5	24	0	0	R: „Znát hranici, kdy nechat odpovědnost na pacientovi, kdy ji převzít.“

Emocionální kompetence se jeví na jednu stranu jako velmi významná, na druhou stranu z pohledu lékaře, ale i rodičky komplikovaná. Její problematické vnímání je rovněž umocněno tím, že se velmi úzce prolíná do dalších kompetencí, intrapersonální v rovině sebereflexe a sebekontroly, interpersonální v rovině zodpovědného jednání a řízení vztahu. Emocionální kompetence je základem pro budování kvalitních vztahů a pro dobrou

komunikaci mezi lékařem a rodičkou. V rámci emocionální kompetence u obou skupin dominovala empatie. Téměř všichni lékaři zmiňovali empatii jako významnou dovednost, vnímali ji především jako schopnost naladit se na pacientku a přizpůsobit svoji komunikaci její úrovni vnímání, což zmínila pouze jedna rodička. Empatii jako důležitou vlastnost lékaře označilo všech devět informantek. Vnímaly ji jako citlivost a jemnost jak po fyzické, tak po psychické stránce, ale také jako vnímavost, jak s kterým pacientem mluvit. Téměř u všech informantek se objevila empatie jako vcítění se do potřeb a pocitů pacientky, pochopení a rovněž soucítění. Takto empatii lékaři nevnímali, naopak bylo patrné, že se „vcítění“ do pacientek obávají. Empatii jeden z lékařů popsal: *„Empatie pro mě v tuto chvíli znamená vstřícně, mile a v klidu vysvětlit situaci, co se děje, co se může dít a jaká jsou rizika a jaké jsou možné postupy.“* Na druhou stranu empatii vyjadřovaly i rodičky k lékařům a vnímaly ji jako něco, čeho je třeba „napůl“ s odborností. Ačkoli by respondentky celkově ocenily lepší 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 schopny jim více tolerovat než v jiných profesích.

Komunikační kompetence je vnímána jako významná jak lékaři, tak rodičkami. Zatímco rodičky velmi detailně popisovaly, co pro ně znamená, lékaři nejčastěji zmiňovali všeobecné sdělení, že lékař by měl být komunikativní. Nejčastěji zdůrazňovali dovednost srozumitelně vysvětlit problematiku s ohledem na úroveň příjemce. Dovednost aktivně naslouchat se objevila konkrétně pouze u jednoho lékaře. Ve vnímání lékařů se neobjevila potřeba vedení dialogu, ukazuje se, že komunikace je spíše jednosměrná: lékař sděluje, pacient sděluje, ale nedochází k propojení v dialog. Tento styl komunikace pak vede častěji ke konfliktům, které, jak je vidět, lékaři mají tendenci řešit buď prosazením se, nebo ustoupením, či únikem ze situace (podepsáním negativního reverzu). Rodičky naopak preferují dialog, sdílené rozhodování a vyjednávání, které povede k oboustranné spokojenosti. Informantky také častěji hovořily o tom, že lékař by se měl více ptát a rovněž odpovídat na otázky, aby pacienti nemuseli dohledávat informace z jiných zdrojů. Dovednost aktivně naslouchat nebyla explicitně zmiňována, ale byla vyjádřena v potřebě empatického přístupu, který se touto komunikační dovedností projevuje.

Čtvrtá výzkumná otázka byla zaměřena na posouzení úrovně vzdělávání. Zde odpovídali převážně lékaři, rodičky nemají zkušenost s charakterem

Tabulka V: *Komunikační kompetence a její subkategorie z pohledu lékaře a z pohledu rodičky*

Subkategorie	Lékaři		Rodičky		Ukotvení v datech
	N	%	N	%	
Umění vysvětlit	12	41	21	35	L: „Vysvětlovat laicky problematiku (odbornou).“ R: „Umět srozumitelně a dostatečně problém pacientce vysvětlit.“
Umění ptát se	0	0	5	8	R: „Ptát se, jak si to představují, jestli jim to takhle vyhovuje, jestli jsou spokojení.“ „Zjišťovat co nejvíce informací.“
Umění poslouchat	1	4	2	3	L: „Být trpělivý.“ R: „Když mu něco říkám, neskáče mi do řeči.“
Umění ověřovat si	0	0	3	5	R: „Když si lékař ověří, že mu pacientka rozuměla, co jí řekl.“
Neverbální komunikace	0	0	9	15	R: „Koukat se na pacienta, když s ním mluví, ne si psát.“
Aktivní naslouchání	2	9	3	5	L: „Umění naslouchat.“ R: „Když trpělivě vyslechne, nezlehčuje a neodmítne.“
Já sdělení	0	0	1	2	R: „Když si postěžoval, řekl, jak to cítí, co ho štve.“
Řešení konfliktu	8	38	8	13	L: „Snaha z mé strany je, ale ne vždy dosáhnou kompromisu s pacientem, spíš se prosadím nebo ustoupím.“ R: „Lékař by měl navázat dialog s pacientem a společně dojít k závěru, který je pro oba akceptovatelný.“
Vedení dialogu	1	4	8	13	L: „Vést dialog, ochota odpovídat na otázky.“ R: „Že si se mnou povídá a je ochoten odpovídat na otázky.“ „Pozdraví vás, zeptá se, jak se máte...“
Obecně komunikativní	5	24	0	0	L: „Nadstandardní komunikační dovednosti.“

vzdělání, ale přesto považují vzdělávací systém za zastaralý a nedostatečné vzdělávání za jednu z primárních bariér sociální kompetentnosti lékařů. Lékaři nejsou všeobecně spokojeni s úrovní pregraduálního a postgraduálního vzdělávání v oblasti sociálních kompetencí, v průměru hodnotí tuto úroveň na desetistupňové škále stupněm 3 u pregraduálního vzdělávání a stupněm 2 u postgraduálního vzdělávání. Vzdělávání považují za příliš teoretické, často ve volitelné formě, takže prioritu dostanou jiné klinické předměty. Lékaři rovněž zmiňují, že v době studií jsou zahlceni informacemi z ostatních předmětů, a proto pro ně předmět psychologie či komunikace nemá takovou váhu. Navíc se nedostávají do kontaktu s pacienty, a když se ve vyšších ročnících s nimi setkávají, soustředí se na odborné znalosti a dovednosti. Z rozhovorů rovněž vyplynulo, že úroveň vzdělávání se trochu zlepšuje, přesto samotní lékaři by ocenili změnu převážně ve formě výuky. V rámci postgraduálního vzdělávání dle lékařů neexistuje žádný systém, je to vždy na volbě samotného lékaře. Proto mladí lékaři často volí kurzy potřebné pro atestace, tedy odborné vzdělávání. Na další není čas ani peníze, navíc nemocnice v rámci lidských zdrojů rozvoj sociálních kompetencí nepodporují.

4 SHRNUÍ A DISKUSE

Ačkoli existují výzkumy v oblasti vztahu mezi lékařem a pacientem (zvláště v zahraniční literatuře), bylo vynaloženo málo úsilí k prozkoumání vnímání pohledu pacientů a lékařů na to, co oni sami během lékařského rozhovoru považují za kompetentní chování. Cílem této studie bylo zjistit, jaké chování lékaře považuje lékař za kompetentní a jaké chování lékaře vnímá pacient (rodička) jako kompetentní, a posoudit, zda se shoduje výskyt identifikovaného chování. Výsledky studie jsou diskutovány s ohledem na jejich důsledky pro vzdělávání lékařů v pregraduální a postgraduální úrovni. Považujeme za významné, aby vzdělávání lékařů v sociálních kompetencích, zvláště pak jejich specializační (postgraduální) vzdělávání, bylo cílené na konkrétní potřeby samotných lékařů s ohledem na jejich specializaci, úroveň rozvoje i osobnostní typologii.

Na základě šetření bylo empiricky potvrzeno, že lékaři i rodičky vnímají důležitost sociálních kompetencí lékaře a potřebu jejich rozvoje, považují je za stejně důležité jako odborné kompetence. Lékaři předpokládají, že ženy preferují sociální kompetence u lékaře více než odborné kompetence. Výpovědi rodiček to nepotvrdily. Ženy by preferovaly vyrovnané kompetence

jak v rovině odbornosti, tak sociálních kompetencí. Specialistovi a při nekomplikovaném průběhu ošetření či léčby by dokonce tolerovaly absenci sociálních kompetencí. Ačkoli lékaři zdůrazňovali důležitost sociálních kompetencí, z rozhovorů vyplynula jejich nejistota a neznalost v jejich projevování. Z větší části vědí, co se od nich očekává, ale nemají bližší představu, jak jednotlivé kompetence projevovat. To se projevilo například v oblasti komunikační kompetence, kde se lékaři shodli na tom, že lékař by měl být komunikativní, ale při detailnějším pohledu se již ukázalo, že dovednosti zahrnující komunikaci označovali méně než rodičky (viz tab. 1). Tuto skutečnost ještě výrazněji dokládá tabulka 5, ze které je vidět, jaké konkrétní dovednosti očekává lékař a jaké rodičky. Lékaři se často cítí bezradní, jak být sociálně kompetentní; chybí jim dostatečná psychologická edukace v této oblasti, ale také dostatek času a podpory. Také mají pocit, že ne všichni pacienti jsou připraveni převzít odpovědnost a stát se aktivními participanty v léčebném procesu.

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, je schopen a ochoten se vzdělávat a rozvíjet, umí dobře spolupracovat v týmu, uplatňuje partnerský přístup k pacientkám a 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 pacienta, dokáže zvládat konflikty, což pro lékaře znamená umět přesvědčit pacienta (často volí strategii výhra–prohra).

Dle rodiček je sociálně kompetentní lékař takový, který má rozvinuté především interpersonální a komunikační dovednosti. Je příjemný v osobním kontaktu, vede dialog (ptá se a odpovídá), má dost času a přistupuje k pacientkám individuálně, jako rovný s rovným. Umí srozumitelně odpovědět na otázky, co se děje, co se bude dít, co se může stát, co dělají a proč, jaký to bude mít vliv a jaké důsledky. Velký význam rodičky přikládají dovednosti uklidnit a dát naději. Mají pocit, že je lékaři zbytečně straší tím, že jim 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, motivace k práci a pomáhání lidem a ochota se neustále vzdělávat.

Tato zjištění do určité míry odrážejí současnou odbornou literaturu poukazující na oblasti, kterým je potřeba věnovat pozornost v rámci rozvoje sociálních kompetencí (Gordon, Edwards, 1995; Tate, 2005; Eklund, Holmström, Kumlin, Kaminsky, Skoglund, Högländer *et al.*, 2019), ale také z nich vyplývá, na co by měl být kladen větší důraz. Je z nich rovněž zřejmé, že sice existuje řada výzkumů, které zdůrazňují pozitivní vliv sociální kompetentnosti lékaře na zdraví pacienta (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011), přesto jejich vzdělávání a rozvoji v tomto směru není věnována dostatečná pozornost jak v rámci formálního, tak informálního vzdělávání. Rovněž jim není věnována dostatečná podpora v rámci nemocnic.

Čtvrtá výzkumná otázka se týkala úrovně vzdělávání lékařů. Obě skupiny, lékaři i rodičky, poukazovaly na velký význam celoživotního vzdělávání lékařů. Lékaři se shodli, že úroveň vzdělávání je velmi nízká jak na pregraduální, tak na postgraduální úrovni. V západním světě existují modely kompetencí (ACGME, 2001; CANMED, 2005; GMC, 2013), na jejichž základě je rozvíjeno vzdělávání zaměřené na rozvoj těchto kompetencí (*competency based medical education* – CBME). V České republice takové modely ani takový přístup zatím neexistují. Vecánová (2019) ve své práci podala přehled vzdělávání na lékařských fakultách, který potvrzuje spíše jeho teoretický ráz a nedostatečný důraz na důležitost zmíněných kompetencí. Z pohledu lékařů je třeba se více zaměřit na praktickou aplikaci psychologických poznatků do každodenní lékařské praxe. Lékaři by ocenili méně teorie a více praxe. Předměty pro nácvik praktických dovedností jsou volitelné a studenti raději zvolí klinické předměty, které jsou pro ně významnější a také bezpečnější. Rovněž by bylo vhodné zvýšit kredibilitu předmětů – zakončit je zkouškou, aby studenti vnímali jejich význam a důležitost. V současném systému lékaři nevnímají prioritu sociálních kompetencí ani na úrovni vzdělávání, ani na úrovni organizace nemocnice. V zahraničí, ale v poslední době i v České republice se začíná při výuce využívat tzv. standardizovaných pacientů, kdy medicí a lékaři absolvují komunikaci s profesionálními herci, kteří mají přesné zadání, jak postupovat, aby si student mohl vyzkoušet různé situace. Prožitek je pro lékaře zvláště důležitý, aby se mohl vcítit do role pacienta a tím posílit svoji empatii. Pro výuku je vhodné také vybavení učeben audiovizuální technikou – mít možnost nahrávek simulací konkrétních

klinických rozhovorů, což s sebou samozřejmě přináší finanční náklady. V neposlední řadě je třeba na lékařských fakultách vytvářet prostředí pro otevřenost, spolupráci, partnerství, pozitivní ladění (otevřenost a spontaneita lékařů je často blokována strachem z chyby, ze zneužití informací proti nim, což prokázaly i některé obavy lékařů v našem šetření). Velmi kriticky vnímali lékaři i postgraduální vzdělávání. I když přiznávají, že v rámci IPVZ existují kurzy komunikace, přesto je příliš nenavštěvují, velmi často z důvodu nedostatku času a z důvodu priorit, které jsou stále více postavené na odborném vzdělávání; často je to i otázka financí. Lékaři by v tomto případě oceňovali, pokud by byla možnost vzdělávání v rámci nemocnic, kde by mohla být osoba v roli „trenéra“, která by jim pomohla zvládat konkrétní náročné komunikační a interakční situace. Ocenili by možnost vyzkoušet si modelové situace, které vycházejí z jejich vlastních kazuistik. Také často zdůrazňovali roli mentora (zkušenějšího kolegy), který by se jim stal vzorem nejen v řešení odborných problémů, ale také v komunikaci a v jednání s pacientem. Lékaři navzdory všude prezentovanému nedostatku času velmi ocenili možnost zastavit se v rámci fokusových skupin a diskutovat na téma sociálních kompetencí. Ať už to pro ně bylo zpestření, či možnost zamyslet se, shodovali se na tom, že taková setkání chybí.

Cílem šetření nemá být vzhledem k povaze tématu práce zevšeobecnění zjištěných výsledků, ale snaha o deskripci sledovaného jevu zasazeného do konkrétního kontextu. Šetření staví především na zkušenostech a narativitě informantů, jejichž výpovědi jsou kategorizovány, upozorňuje se na důležité aspekty sledovaného problému, jsou naznačeny případné tendence. Je třeba ověřit, zda by mohl tento model čtyř sociálních kompetencí, které budou dále podrobněji rozpracovány, být podkladem pro vzdělávání a rozvoj lékařů obecně na pregraduální a postgraduální úrovni a zda by mohl být účinným nástrojem pro nemocnice v rámci řízení lidských zdrojů.

Toto empirické šetření je první etapou, na kterou naváže hlubší analýza jednotlivých výpovědí v rámci kompetencí, která povede k zpřesnění pohledů a k popsání konkrétních znalostí a dovedností, které by si lékař na určité profesní úrovni měl osvojit. Další fáze se zaměří na analýzu osobnostních předpokladů pro rozvoj sociálních kompetencí lékařů prostřednictvím psychodiagnostických nástrojů.

Limity této práce spočívají v malém vzorku informantů, nicméně je úvodní sondou, hlubším nahlédnutím k podstatě sledovaných jevů a k vytvoření typologie sociálních kompetencí lékaře, která by následně mohla být ověřena

v rámci kvantitativního šetření. Výběr vzorku jak na straně rodiček, tak na straně lékařů byl záměrný a je třeba zmínit, že výsledky, zvláště na straně lékařů, mohou být ovlivněny tím, že do ohniskových skupin byli vybráni nejen ti, co měli právě čas, ale také ti, kteří byli ochotni se zapojit.

Rovněž by bylo vhodné rozšířit vzorek na všechny lékařské specializace nebo alespoň na ty, kde se předpokládá větší důraz na vztah a komunikaci lékař–pacient.

ZÁVĚR

Hlavním cílem tohoto příspěvku bylo pokusit se odpovědět na otázku „Jaké je vnímání sociálně kompetentního chování lékaře z pohledu lékařů samotných jako poskytovatelů péče a jak vnímají sociálně kompetentního lékaře rodičky jako příjemkyně péče“, zjistit případné shody či rozdíly ve vnímání tohoto chování, které by byly podkladem pro budoucí výzkum intervencí v oblasti vzdělávání sociálních kompetencí lékařů v pregraduální a postgraduální úrovni. Na základě fokusových skupin s lékaři byly zmapovány jejich postoje a názory a na základě polostrukturovaných rozhovorů s rodičkami byly zmapovány jejich potřeby a očekávání ve vztahu k lékaři.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sociální kompetence lékaře jsou důležité nejen pro rodičky, ale také pro lékaře a že obě skupiny považují za nutné jejich rozvíjení jak na úrovni pregraduálního, tak postgraduálního vzdělávání. Nejvýznamnějšími sociálními kompetencemi jsou pro obě skupiny komunikační, interpersonální, intrapersonální a emocionální kompetence lékaře. Rozdíly jsou v preferencích jednotlivých kompetencí a v jejich obsahu.

Lékaři také potvrdili, že vzdělávání v rámci sociálních kompetencí vnímají jako nedostatečné, ať už z důvodu, že je příliš teoretické, nebo proto, že mu není ze strany studentů přikládán takový význam. Podobně je tomu i u postgraduálního vzdělávání, kdy lékaři cítí, že vzdělávání a rozvíjení se v sociálních kompetencích nemá takovou prioritu a podporu jako u odborných kompetencí.

Přínosem tohoto empirického šetření je vnímat pohled nejen pacienta, jeho potřeby a očekávání, ale také pohled, názory a potřeby lékaře, protože jedině tak můžeme dosáhnout potřebného výsledku, kterým je oboustranná spokojenost. Výstupem je stále pocíťovaná potřeba změny vzdělávacího kurikula v rámci pregraduálního a postgraduálního vzdělávání lékařů

a větší důraz na rozvoj sociálních kompetencí jak na úrovni vzdělávání, tak na úrovni kultury nemocnic a zdravotnických zařízení. Lékařská péče není pouze diagnostika a léčení, ale je třeba zdůrazňovat holistický přístup a podporovat v rámci formálního i informálního vzdělávání orientaci zaměřenou na studenta v kontextu myšlenek Carla Rogerse. Lékařská profese víc než kterákoli jiná vyžaduje celoživotní vzdělávání lékařů, které bude koncepční a bude vycházet z potřeb lékařů, ale i pacientů.

Poděkování

Tato studie vznikla v rámci programu UK Progres č. Q15 s názvem „*Životní dráhy, životní styly a kvalita života z pohledu individuální adaptace a vztahu aktérů a institucí*“, byla podpořena prostředky na dlouhodobý rozvoj organizace.

The study was supported by the Charles University programme Progres Q15 „*Life course, lifestyle and quality of life from the perspective of individual adaptation and the relationship of the actors and institutions.*“

LITERATURA

- ACGME. Accreditation Council for Graduate Medical Education Web site [staženo 1. října]. Dostupné z: <http://www.acgme.org>. 2000
- Albanese MA, Mejicano G, Mullan P, Kokotailo P, Gruppen L. 2008. Defining characteristics of educational competencies. *Med Educ* 42, 3, 248–255.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. In Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.), *Well-being: the foundations of hedonic psychology*, 353–373.
- Association for Medical Education in Europe (2009). Konference, Malaga, Španělsko, 1. září 2009 [staženo 4. června 2010]. Dostupné z: <http://www.amee.org/documents/AMEE%202009%20Final%20Programme.pdf>
- Bailham, D. & Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. In Takacs, 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, 2013, 78, 2.
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centred medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17 (82). 269–276.

- Balint, E., Courtenay, M., & Elder, A. *et al.* (1993). *The doctor, the patient and the group*. London: Routledge.
- Bar-On, R. (1997). *Bar-On emotional quotient inventory: technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Barnsteiner, J., Dish, J., Walton, M. (2014). *Person and family centered care*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Beckman, H., & Frankel, R. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Int Med*, 101, 692–696.
- Belz, H., & Siegrist, M. (2001). *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: východiska, metody, cvičení a hry*. Praha: Portál.
- Benbassat *et al.* (1998). Patients preferences for participation in clinical decision making: A review of published surveys. In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press, 2013.
- Boon, M.J. & van der Klink, M.R. (2003) 'Competence: the triumph of a fuzzy concept', *International Journal of Human Resource Development and Management*, Vol. 3, No. 2, pp.56–77.
- Burgoyne, J. (1988). Management development for the individual and the organisation. *Personnel Management*, 20, 6; ABI/INFORM Global, 40.
- Cantor, N., & Harlow, R. E. (1994). Personality, strategic behavior, and daily-life problem solving. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 6, 169–172.
- Carraccio, C. *et al.* (2002). Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med*, 77, 5, 361–367.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2006). *Patient focused interventions: a review of the evidence*. London: The Health Foundation.
- Coulter, A., & Magee, H. (2003). *The European patient of the future – state of health*. Maidenhead: Open University Press.
- Delamare Le Deist, F. & Winterton, J. (2005). What is competence? *Human Resource Development International*, 8, 1, 27–46.
- Denham, S. A., Blair, K. A., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K. S., Auerbach-Major, S. T. *et al.* (2003). Preschoolers' emotional competence: pathway to mental health? *Child Development*, 74, 238–256.
- DiMatteo, M. R. *et al.* (1996). Cesarean section and psychosocial outcomes: Ameta-analysis. 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*, 2013, 78, 2.
- Elliott, S. N., Gresham, F. M., & Heffer, R. W. (1987). Social-skills interventions: research findings and training techniques. In Maher, C. A., & Zins, J. E. (Eds.), *Pergamon general psychology series. Vol. 150. Psychoeducational interventions in the schools: methods and procedures for enhancing student competence*. Elmsford, NY: Pergamon Press, 141–159.
- Eklund, J. H., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J. *et al.* (2019). Same same or different? A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient education and counseling* 102, 3–11.
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287, 2, 226–235.
- Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál.
- Frank, J. R. (Ed.) (2005). *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Frank, J. R. *et al.* (2010). Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Med Teach*, 32, 8, 631–637.
- Frank, J. R., & Snell, L. S., for the International CBME Collaborators (2010) *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, 18. května 2010.
- Frank, J. R., Snell, L., & Sherbino, J. (Eds.) (2015). *Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Gerrard, B., (1980). *Interpersonal skills for health profesionalls*. Reston, Va.: Reston Publishing Co.
- Gerteis, M., (Eds.) *et al.* (1993). *Through the Patient Eyes*. In Greiner, A. C., & Knebel, E. Eds.) (2003), *Health professions education: a bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Gifford, L. S. (1998). Pain mechanisms and whiplash. In Gifford, L. S. (Ed.), *Physiotherapy Yearbook*, No I, NOI Press, Falmouth – In Press.

- Goldfried, M. R., & D'Zurilla, T. J. (1969). A behavioral-analytic model for assessing competence. In Spielberger, C. (Ed.), *Current topics in clinical and community psychology*, Vol. 1. New York: Academic, 151–196.
- Goldman, A. E. (1962). The group depth interview. *Journal of Marketing*, 26, 60–61.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Good Medical Practice. (2013). Guidance. Good Medical Council. UK. Dostupné z <https://www.gmc-uk.org>
- Gordon, T., & Edwards, S. (1995). *Making the patient your partner*. Westport, Conn. – London: Auburn House.
- Halpern, R. et al. (2001). A synthesis of nine major reports on physicians competencies for the emerging practice environment. In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Harden, R. M. (1999). AMEE Guide no 14: Outcome-based education. Part 1 – An introduction to outcome-based education. *Med Teach*, 21, 1, 7–14.
- Hartle, F. 1995. *How to re-engineer your Performance Management Process*. London: Kogan Page.
- Henbest, R. and Stewart, M. (1990). Patient-centeredness in the consultation: 2. Does it really make a difference? In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Hess, J. M. (1968). Group Interviewing. In King, R. L. (Ed.) (1968), *ACR Fall Conference Proceedings*. Chicago, Ill.: American Marketing Association, 193–196.
- Honzák, R. (1997). *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Praha: Galén.
- Hroník, F. (2007). *Rozvoj a vzdělávání pracovníků*. Praha: Grada Publishing.
- Kanitz, A. (2008). *Jak rozvíjet svou emoční inteligenci*. Praha: Grada Publishing.
- Kanning, U. P. (2017). *Diagnostika Sociálních kompetencí*. Praha: Hogrefe-Testcentrum.
- Kaplan S.H. et al. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine

- (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Kolektiv autorů. (2011). Klíčové kompetence ve výuce na základní škole a gymnáziu. Metodická příručka. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků (NÚV), divize VÚP.
- 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.
- Kraemer, W. (2010). *Development and implementation of a competency-based curriculum in orthopaedic surgery*. 35th Gallie Day symposium, Department of Surgery, 8. května 2010. Toronto: University of Toronto.
- Křivohlavý, J. (1988). *Rozhovor lékaře s pacientem*. Brno: IPVZ.
- Kunyk, D., & Olson, J. K. (2001). Clarification of conceptualization of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 3, 317–325.
- 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, 4, 483–491.
- Lewin, S.A., Skea, Z.C. Entwistle, V., Zwarenstein, M. & Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review). In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Long, D. M. (2000). Competency-based residency training: the next advance in graduate medical education. *Acad Med*, 75, 12, 1178–1183.
- Marlowe, H. A. (1986). Social intelligence: evidence for multidimensionality and construct independence. *Journal of Educational Psychology*, 78, 1, 52–58.
- Maudsley, G. (2001). Mixing it but not mixed-up: Mixed methods research in medical education (a critical narrative review). *Medical Teacher*, 33, e92–e104.
- Mead, N. and Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. In Greiner, A. C., Knebel, E. (Eds.) (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press (US).

- Meryn, S. (1998). Improving communication skills: To carry coals to...In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies 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.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- O'Neil, H. F., Keith, A., Baker, E. L. (1992). Measurement of Workforce Readiness: Review of Theoretical Framework. In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Plamínek, J., & Fišer, R. (2005). *Řízení podle kompetencí*. Praha: Grada Publishing.
- Ptáček, R., a Bartůněk, P. a kol. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing.
- Riggio, R. E. (1989). *Manual of the Social Skills Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Rogers, C. R. (2014). *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál.
- Roter D. L. *et al.* (1995). Improving physicians interviewing skills and reducing patients emotional distress. A randomized clinical trial. In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- 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* New York: Plenum Press, 283–323.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford Press.

- Schneider, B. H. (1993). *Children's social competence in context: the contributions of family, school and culture*. Oxford: Pergamon Press.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013). *Skills for communicating with patients*. 3rd ed., London: CRC Press Taylor & Francis Group.
- Smékal, V. (1995). *Sociální kompetence (sociálně psychologická způsobilost) a její rozvíjení*. Psychologické texty, č. 5. Brno: Psychologický ústav FF MU.
- Spencer F.(1990). The vital role in medicine of commitment to the patient. *Bull Am Coll Surg*. 75(11), 6-19.
- Stewart, M. *et al.* (1999). Evidence on patient-doctor communication. In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Stewart, M., J.B. Brown, H. Boon, J. Galajda, L. Meredith, and M. Sangster. 1999.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centered care. In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Stickley, T., & Freshwater, D. (2002). The art of loving and the therapeutic relationship. *Nursing Inquiry* 9, 4, 250–256.
- Takács, L., & Seidlerová, J. (2012). *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví*. Praha: FF UK.
- 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, 269–275.
- 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*. Praha: Grada Publishing.
- Tate, P. (2005). *Komunikace pro lékaře: jak získat důvěru pacienta*. Praha: Grada Publishing.
- Thompson A, Gordon D, Frank J. R. *et al.* (2009) Competency-based postgraduate education. Association for Medical Education in Europe. Conference. Malaga, Spain.

- Tomová, Š. (2016). *Didaktika komunikační přípravy studentů všeobecného lékařství*. Disertační práce. Praha: FF UK. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/103962/>
- Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum.
- Valenta, J. (2006). *Osobnostní a sociální výchova a její cesty k žákovi*. Kladno: Aisis.
- Vecánová, J. (2019). *Psychologické aspekty komunikace mezi lékařem a pacientem v kontextu poskytované péče*. Diplomová práce. Praha: FFUK. Dostupné z: file:///C:/Users/Lenka/AppData/Local/Temp/DPTX_2017_2_11210_0_504042_0_202396.pdf
- Veteška, J., & Tureckiová, M. (2008). *Kompetence ve vzdělávání*. Praha: Grada Publishing.
- Violato, C. *et al.* (2003). Multisource feedback: a method of assessing surgical practice. *BMJ*, 326, 7388, 546–548.
- Von Korff, M. *et al.* (1988). An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*, 32, 2, 173–183.
- Wagner, E. H. *et al.* (2001). Quality Improvement in Chronic Illness Care: a Collaborative Approach. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27, 2, 63–80.
- Waters, E., & Sroufe, L. A. (1983). Social Competence as a Development Construct. *Developmental Review*, 3, 79–107.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological Review*, 66, 5, 297–333.

Kontakt

PhDr. Lenka Emrová: lenka.emrova@seznam.cz